# 6-12 AYLIK BEBEKLERDE BEZ DERMATİTİNİN TEDAVİSİNDE STERİL SALİN VE İÇİLEBİLİR AMBALAJLANMIŞ SUYUN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Eda Ülger
191501104

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Behice Ekici

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Temmuz, 2022

# 6-12 AYLIK BEBEKLERDE BEZ DERMATİTİNİN TEDAVİSİNDE STERİL SALİN VE İÇİLEBİLİR AMBALAJLANMIŞ SUYUN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Eda Ülger
191501104
Orcid:0000-0003-4158-3620

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Behice Ekici

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Temmuz, 2022



# JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

# ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

# TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden, özveriyle zaman ayıran kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Behice Ekici'ye,

Çalışmam boyunca bütün sıkıntılarıma ortak olarak bana yardımcı olan, beni cesaretlendiren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli eşim Efe İbrahim Ülger'e, ilham kaynaklarım; oğlum Erk Tardu Ülger ve kızım Naz Tuya Ülger'e,

Hayatımın her anında desteklerini hissettiğim sevgili babam Osman Uzun, canım annem Seher Uzun, sevgili kardeşlerim Ogün Uzun ve Doğukan Uzun'a,

En içten teşekkürlerimi sunarım…

Eda Ülger

20.07.2022

# ÖZ

## 6-12 AYLIK BEBEKLERDE BEZ DERMATİTİNİN TEDAVİSİNDE STERİL SALİN VE İÇİLEBİLİR AMBALAJLANMIŞ SUYUN ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Eda Ülger
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Behice Ekici
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bez dermatiti, 6-12 ay arasındaki bebeklerde oldukça sık görülmektedir. Bu araştırma, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde steril salin ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisini incelemek amacı ile gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini İstanbul Maltepe 21 Numaralı ASM'de Ağustos 2020 - Ekim 2020 ve Mayıs 2021- Ekim 2021 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan ve annelerinden onam alınan 90 bebek oluşturdu. Veriler, Bebek Tanıtıcı Formu ve Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği ile toplandı. Veriler; Kolmogorov Smirnov, Shapiro-wilk, Independent Samples t testi, One-Way Anova, post- hoc, Paired-Samples t test ile analiz edildi. İstatiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ kabul edildi. Araştırma bulgularının analizinde steril salin, içilebilir ambalajlanmış su ve kontrol grubundaki bebeklerin ikinci değerlendirme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görüldü ($p<0.00$). Steril salin grubundaki bebeklerin ikinci değerlendirme puanının ($0.67 \pm 0.60$) ambalajlanmış su grubuna ($1.00 \pm 0.69$) göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$). Sonuç olarak; bebeklerde perineal bölge ve çevresinin temizliğinde steril salin solüsyonu kullanılabilir. Ayrıca steril salin solüsyonu ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkinliğini, uzun süre izleyen başka çalışmaların yapılması önerilir.

**Anahtar Sözcükler:** Bebek, cilt, bez dermatiti, steril salin, içilebilir ambalajlanmış su, bebeklerde komplike olmayan bez dermatiti şiddet değerlendirme ölçeği.

# ABSTRACT

## EXAMİNATİON OF EFFECT OF STERİLE SALİNE AND DRİNKABLE PACKAGED WATER İN THE TREATMENT OF DİAPER DERMATİTİS İN INFANTS 6-12 MONTHS OLD

Eda Ülger
Master Thesis
Department of Interdisciplinary Nursing
Child Health and Disease Nursing Programme
Advisor: Asst. Prof. Behice Ekici
Maltepe University Graduate School, 2022

Diaper dermatitis is quite common in infants aged 6-12 months. This study was carried out to examine the effect of sterile saline and drinkable packaged water in the treatment of diaper dermatitis in infants aged 6-12 months. The sample of the study consisted of 90 infants who met the research criteria and whose mothers consented between August 2020 - October 2020 and May 2021 - October 2021 in Istanbul Maltepe ASM No. 21. Data were collected with the Infant Descriptive Form and the Assessing the Severity of Uncomplicated Diaper Dermatitis in Infants Scale. The collected datas have been tested on; Kolmogorov Smirnov, Shapiro-wilk, Independent Samples t-test, One-Way Anova, post-hoc, Paired-Samples t-test. The statistical significance value was accepted as $p<0.05$. In the analysis of the research findings, the second evaluation scores of the babies in the sterile saline, drinkable packaged water and control group
a statistically significant decrease was observed ($p<0.00$). The second assessment score ($0.67 \pm 0.60$) of the infants in the sterile saline group was found to be significantly lower than that of the drinkable packaged water group ($1.00 \pm 0.69$) ($p<0.05$). As a result; Sterile saline solution can be used for cleaning the perineal area and its surroundings in babies. It is also recommended that further studies be conducted to monitor the effectiveness of sterile saline solution and drinkable packaged water over a long period of time.

**Keywords:** Baby, skin, diaper dermatitis, sterile saline, drinkable packaged water, a new scale for assessing the severity of uncomplicated diaper dermatitis in ınfants.

# İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ..... i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI ..... ii
TEŞEKKÜR ..... iii
ÖZ ..... iv
ABSTRACT ..... v
İÇİNDEKİLER ..... vi
TABLOLAR LİSTESİ ..... viii
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... ix
GRAFİKLER LİSTESİ ..... x
KISALTMALAR ..... xi
ÖZGEÇMİŞ ..... xi
BÖLÜM 1. GİRİŞ ..... 1
Problem ..... 1
Amaç ..... 2
Önem ..... 2
Varsayımlar ..... 3
Sınırlılıklar ..... 4
Tanımlar ..... 4
BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR ..... 5
Cilt Yapısı ve Görevleri ..... 5
Bebeklerde Cilt Yapısı ..... 6
Bez Dermatiti ..... 7
Bez Dermatitinin Etiyolojisi ..... 7
Bez Dermatitinin Belirtileri ..... 8
Bez Dermatitinin Değerlendirilmesi ..... 9
Bez Dermatitinin Tedavisi ..... 10
BÖLÜM 3. YÖNTEM ..... 14
Araştırmanın Modeli ..... 14
Araştırmanın Yeri ve Tarihi ..... 14
Evren ve Örneklem ..... 14
Veriler ve Toplanması ..... 16
Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması ..... 17
Araştırmada Kullanılan Solüsyon ve Materyaller ..... 17

Veri Toplama ve Uygulama Süreci ..... 19
Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması ..... 23
Araştırmanın Etik Yönü ..... 23
Süre ve Olanaklar ..... 24
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR ..... 25
Bulgular ..... 25
Yorumlar ..... 34
BÖLÜM 5. SONUÇ ..... 41
Özet ..... 41
Yargı ..... 42
Öneriler ..... 42
EK'LER ..... 43
EK-1 Bebek Tanıtıcı Formu ..... 43
EK-2 Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği ..... 43
EK-3 Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü ..... 46
EK-4 S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Raporu ..... 50
EK-5 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni ..... 51
EK-6 İstanbul Maltepe 21 Numaralı Aile Sağlığı Merkezi Kurum İzni ..... 52
EK-7 Ölçeğin Kullanım İzni ..... 53
EK-8 Bilgilendirilmiş Onam Formu ..... 54
KAYNAKÇA ..... 56

# TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 4.1.** Bebeklerin Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları ..... 26
**Tablo 4.2.** Bebeklerin Gruplarına Göre Bez Dermatiti Öyküsüne ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulguları ..... 27
**Tablo 4.3.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları ..... 28
**Tablo 4.4.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması ..... 30
**Tablo 4.5.** Bebeklerin Gruplarına Göre İyileşme Süreleri ..... 31
**Tablo 4.6.** Gruplardaki Bebeklerin Yaşlarına Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ..... 32
**Tablo 4.7.** Gruplardaki Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ..... 33
**Tablo 4.8.** Gruplardaki Bebeklerin Ten Rengine Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ..... 33
**Tablo 4.9.** Gruplardaki Bebeklerin Kilosuna Göre BKOBDŞDÖ Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ..... 34

# ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 2.1.** Cilt Tabakaları ..... 5
**Şekil 2.2.** Bez Dermatitinin Oluşum Süreci ..... 8
**Şekil 3.1.** Steril Salin (%0,9 İzotonik Sodyum Klorür) 500 ml ..... 18
**Şekil 3.2.** İçilebilir Ambalajlanmış Su (Kuvars) 500 ml ..... 19
**Şekil 3.3.** Beybi 20 ml Enjektör ..... 19
**Şekil 3.4.** Veri Toplama ve Uygulama Süreci ..... 20
**Şekil 3.5.** Araştırma Süreci Basamakları ve Zaman Değerlendirme Süreci ..... 24

# GRAFİKLER LİSTESİ

**Grafik 4.1.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları ... 29

# KISALTMALAR

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**AWHONN:** Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

**BKOBDŞDÖ:** Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği

**BBBCTEB:** Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü

**EPUAP & NPUAP:** European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel

**SC:** Stratum Corneum

**SS:** Steril Salin

**İAS:** İçilebilir Ambalajlanmış Su

**ml:** Mililitre

**kg:** Kilogram

**pH:** Potansiyel Hidrojen

**SPSS (Statistical Package for the Social Sciences):** Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi

# ÖZGEÇMİŞ

**Eda Ülger**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

## Eğitim

| *Derece* | *Yıl* | *Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı* |
|---|---|---|
| Ls. | 2016 | T.C. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu |
| Lise | 2012 | Haydarpaşa Bülent Akarcalı Anadolu Sağlık Meslek Lisesi |

## İş/İstihdam

| *Yıl* | *Görev* |
|---|---|
| *2018-Halen* | Hemşire. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi |

## Kişisel bilgiler

# BÖLÜM 1. GİRİŞ

## Problem

Bez dermatiti, dünyada ve ülkemizde bez kullanan bebeklerde %7-35 oranında görülen yaygın bir cilt sorunudur (Arıkan & Alemdar, 2013); (Blume-Peytavi & Kanti, 2018); (Blume-Peytavi & diğerleri, 2014); (Klunk, Domingues & Wiss, 2014). Bez dermatiti insidansının 6-12 ay arasındaki bebeklerde arttığı belirtilmektedir (Arndt, Schalock & Hsu, 2010); (James, Timothy & Dirk, 2019). Yapılan çalışmalarda bez dermatitin en sık 6 aylık bebeklerde görüldüğü belirlenmiştir (Gözen, Çağlar & Doğan, 2011); (Owa, Oladokun & Osinusi, 2016); (Tüzün & diğerleri, 2015).

Bebeklerde bez dermatitinin sık görülmesinin nedenleri; bebeklerin cildinin immatürlüğü, anne sütüyle beslenmeme, ek gıdaya geçilmesi (Arıkan & Alemdar, 2013); (Christensen & Kockrow, 2010); (Gözen, Çağlar & Doğan, 2011); (Schachner & Hansen, 2011); (Shah, 2014), fekal bakteri florasında enterobakter türlerinin daha baskın, clostridioides difficile ile escherichia coli sayısının daha fazla (Thomas, 2022); (Toscano & diğerleri, 2017) ve idrar pH'ının daha asidik olmasıdır (Shoji & diğerleri, 2017). Bu faktörlerin etkisiyle, stratum corneumda (SC) aşırı hidrasyon görülür ve SC'un bariyer fonksiyonu bozulur. SC tahriş edici ve bakteri penetrasyonuna daha duyarlı hale gelir. Böylelikle kimyasal ve mekanik aşınma meydana gelir (Panahi & diğerleri, 2012).

Yapılan çalışmalarda beslenmenin sadece anne sütü ile yapıldığı 0-6 ay arasında bez dermatit görülme oranının düşük olduğu belirtilmektedir (Arıkan & Alemdar, 2013); (Kayaoglu, Kivanc-Altunay & Sarikaya, 2015); (Stamatas & Tierney, 2014). Literatürde anne sütü ile beslenen bebeklerin dışkılarında, gram pozitif flora bulunduğu, üreaz içeren organizmaların daha az olduğu, fekal potansiyel hidrojen (pH) ve fekal enzim düzeylerinin ise daha düşük olduğu bildirilmektedir (Bikowski, 2011); (Li, Zhu & Dai, 2012); (Thomas, 2022). Yapılan çalışmalarda anne sütü ile beslenen bebeklerin bağırsak mikrobiyotasında, bifidobakteri sayısının daha fazla ve clostridioides difficile ile escherichia coli sayısının da daha düşük olduğu belirtilmektedir (Amenyogbe,

Kollmann & Ben-Othman, 2017); (Martin & diğerleri, 2016); (Underwood, German & Lebrilla, 2015).

## Amaç

Bu araştırma, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde steril salin ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

Bu amaçla sınanan hipotezler:

Hafif bez dermatiti olan 6-12 aylık bebeklerde;

**$H_1$:** Perineal bölge ve çevresinin steril salin ile temizlenmesi, hafif derece bez dermatitini iyileştirir.

**$H_2$:** Perineal bölge ve çevresinin içilebilir ambalajlanmış su ile temizlenmesi, hafif derece bez dermatitini iyileştirir.

**$H_3$:** Perineal bölge ve çevresinin steril salin ile temizlenmesi, içilebilir ambalajlanmış su ile temizlenmesine göre hafif derece bez dermatitini daha hızlı iyileştirir.

## Önem

6-12 aylık bebek cildinin immatür olması ve ek gıda alarak beslenmeye geçilmesi bez dermatitinin etiyolojisinde rol oynamaktadır (Christensen & Kockrow, 2010); (James, Timothy & Dirk, 2019).

Hafif bez dermatiti görülen bebeklerde perineal bölge ve çevresinin temizliğinde kullanılan solüsyonlar ile birlikte doğru hijyen rutini, farmokolojik tedavi gerektirmeksizin iyileşme sağlayabilmektedir (Klunk, Domingues & Wiss, 2014; Merrill, 2015). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzunda, bez dermatiti tedavisinde olası en iyi cilt ortamının korunmasını sağlamak için perineal bölge ve çevresinin cilt temizliğinde; musluk suyunun güvenliğinden emin olunamayacağından, içilebilir özellikteki su ile temizlenmesini, suyun olmadığı durumlarda ise deterjan ve alkol içermeyen tek kullanımlık silme bezlerin kullanılmasını önermektedir (AWHONN, 2018). European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP) ise enfekte yaralar, enfeksiyon şüphesi taşıyan yaralar ve bütünlüğü risk altında (nem, basınç vb.) bulunan dokuların temizliğinin steril salin (SS) solüsyonu veya içilebilir

özellikteki su ile yapılmasının en uygun yöntem olduğunu belirtmektedir (EPUAP & NPUAP, 2014).

Literatürde hafif ve orta dereceli bez dermatiti olan bebeklerin tedavisinde bitkisel içerikli krem (papatya kremi, aynısefa kremi, aloe vera kremi), bariyer krem (çinko oksit) ve bitkisel karışım (bal, balmumu, zeytinyağı) gibi yöntemlerin kullanıldığı çalışmalara rastlandı (Afshari & diğerleri, 2015); (Al-Waili, 2005); (Heidari & diğerleri, 2020). Ancak AWHONN ve EPUAP & NPUAP tarafından önerilen SS solüsyonu ve içilebilir ambalajlanmış su (İAS)'yun tedavide kullanıldığı kanıta dayalı, randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmadı. Bu araştırmada, 6-12 aylık bebeklerde hafif derece bez dermatitin tedavisinde SS ve İAS kullanılmıştır.

Bu araştırma sonuçları, 6-12 aylık bebeklerde perineal bölge ve çevresinde cilt bütünlüğünün sürdürülmesinde kanıta dayalı bir araştırma olarak literatüre katkı sağlayacaktır.

## Varsayımlar

Bebeklerde bez dermatiti gelişimi ile beslenme şekli arasında ilişki vardır (Christensen & Kockrow, 2010); (Tüzün & diğerleri, 2015). Bez dermatiti perineal bölge ve çevresindeki nem artışı, maserasyon, sürtünme, idrar ve fekal enzimler ile birlikte diyet, mikroorganizmalar, beslenme bozuklukları, antibiyotikler ve kimyasal tahriş edici maddeler (deterjan, alkol içerikli ürünler, parfüm, etanol, isoprenol vb.) gibi nedenlerle doku bütünlüğünün bozulmasıdır (Cohen, 2021).

Bez dermatiti gibi doku bütünlüğünün bozulduğu durumlarda perineal bölge ve çevresinin temizliği içilebilir özellikteki su veya steril su ile yapılmalıdır (AWHONN, 2018); (Lund & Kuller, 2014); (Wilson & Hockenberry, 2014). European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP)'a göre ise bozulmuş dokunun temizliğinde SS solüsyonu veya içilebilir özellikteki su ile yıkamak en uygun yöntemdir (EPUAP & NPUAP, 2014).

## Sınırlılıklar

- Covid-19 pandemisi nedeniyle Ağustos 2020- Ekim 2020 tarihleri arasında veri toplanması planlanan araştırma, coronavirüs vakalarında görülen artış nedeniyle

iki döneme (Ağustos 2020- Ekim 2020 ve Mayıs 2021- Ekim 2021) ayrılarak toplanmıştır.

## Tanımlar

**Stratum Corneum (SC):** Cildin ölü keratinize yassı hücrelerden oluşan ve yumuşak keratin, keratohiyalin granülleri ile tonofibrillerin kaynaşması ile şekillenen en üst tabakasıdır (Leyden & Rawlings, 2013).

**Mikrobiyata:** Vitamin üretimi, lipid metabolizmasının düzenlenmesi, epitel hücreler için gerekli olan kısa zincirli yağ asidi üretimi ve gen ekspresyonunun düzenlenmesini sağlayan; bağırsak ve özellikle kolonda çok sayıda ve çeşitli mikrobiyal topluluktur (Harmsen & Goffau, 2016).

**Hipertrikoz:** Aynı yaş, ırk ve cinsiyetteki bireylerle karşılaştırıldığında vücudun herhangi bir yerinde normal varyasyonun ötesinde aşırı kıl büyümesidir (Robles & diğerleri, 2021).

**Papül:** Kabarık, sınırlı, katı, içlerinde sıvı olmayan 0.5 cm'den küçük lezyonlardır (Khanna, 2013).

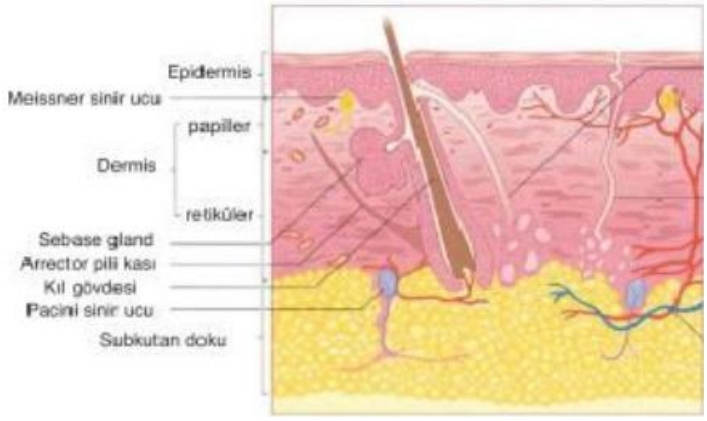
**Püstül:** Cerahat içeren küçük kabarcıklardır. Şekil olarak veziküllere benzerler ve genellikle inflamatuar halka ile çevrilidirler (Khanna, 2013).

**Ultraviyole:** Elektromanyetik spektrumda dalga boyu 10-400 nanometre arasında değişen bölgedir (Koutchma, 2019).

# BÖLÜM 2. İLGİLİ LİTERATÜR

## Cilt Yapısı ve Görevleri

Matür cildin ana fonksiyonları; dış ortamdan gelen bakteri, fiziksel ve kimyasal ajanlara karşı bariyer oluşturmak, vücudu enfeksiyonlardan, ultraviyole (UV) ışınlarının hasarından, mekanik kuvvetlerin basısından ve sıvı kaybından korumaktır (Gardner & diğerleri, 2020). Diğer fonsiyonları ise D vitamini sentezi yapmak, vücut ısısını düzenlemek, duyu organı görevi yapmaktır (Dağoğlu & Ovalı, 2017). Cilt 3 tabakadan oluşur: epidermis, dermis ve hipodermis (James, Timothy & Dirk, 2019).




**Şekil 2.1.** *Cilt Tabakaları (Habif, 2015)*

### Epidermis

Epidermis, stratum corneum ve bazal tabakadan oluşan, çok katmanlı, kendini yenileyen cildin dış ortamla temas halinde olduğu tabakadır. Su ve ısı kaybını önler, toksik madde emilimini engeller, fiziksel, kimyasal hasarlara ve enfeksiyonlara karşı bariyer görevi yapar (Dağoğlu & Ovalı, 2017); (Irvine, Hoeger ve Yan, 2019).

### Dermis

Dermis, kolajen ve elastin lifler ile kan ve lenf damarlarından oluşur (Şekil 2.1). Cilde elastikiyet sağlar, travmalardan korur, ısı dengesi sağlar, ağrı, dokunma, sıcaklık ve soğukluk gibi uyarıların beyin tarafından algılanması sağlar (Paige, Gennery & Cant, 2016); (Paller & Mancini, 2020).

**Hipodermis**

Hipodermis, derinin en iç tabakasını oluşturur (Şekil 2.1). Büyük kan damarları, sinirler, elastin ve kolajen lifler, yağ dokusu ve yağ hücrelerinden oluşur. Cilt hareketini, termoregülasyonu ve enerji depolanmasını sağlar (Gardner & diğerleri, 2020); (Lund & Kuller, 2014).

## Bebeklerde Cilt Yapısı

Bebeklerde cilt yapısı yetişkinlere benzer ancak matürasyonunu tamamlamadığı için yapısal ve fonksiyonel olarak farklılıkları vardır. Bu farklılıklar cilt katmanlarının kalınlığı, kapladığı yüzey alanı, yapısal ve fonksiyonel özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Dağoğlu ve Ovalı, 2017); (Irvine, Hoeger & Yan, 2019).

Term bebek ile yetişkin cildinin yapısal ve fonksiyonel farklılıkları:

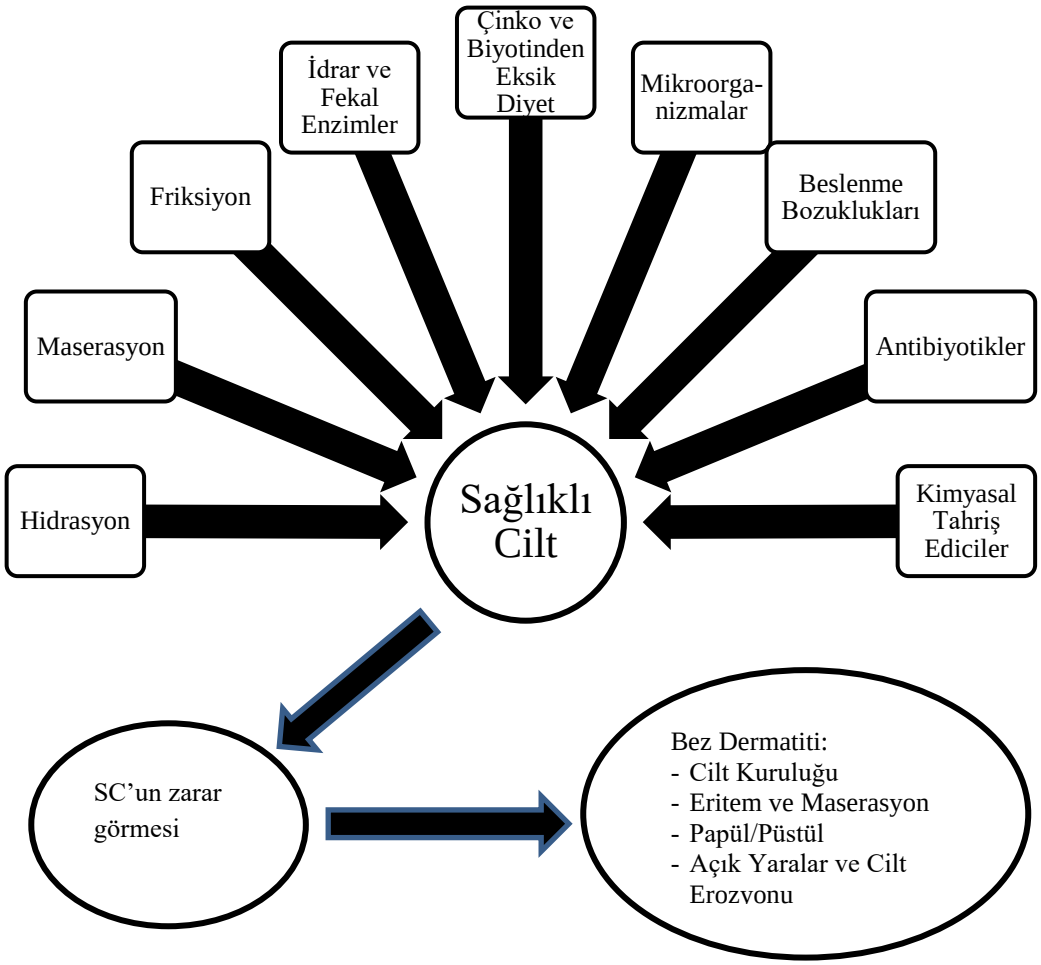
| **Özellikler** | **Term** | **Yetişkin** |
|---|---|---|
| - Cilt kalınlığı | 1.2 mm | 2.1 mm |
| - Epidermis kalınlığı | 40-50 mm | 50 mm |
| - Epidermal yüzey | Verniks | Verniks |
| - SC kalınlığı | 15 Hücre | 15 hücre |
| - Keratin filaman dansitesi | Normal | Normal |
| - Dezmozom sıklığı | Normal | Normal |
| - Melanazomlar | Daha az | Normal |
| - Vazomotor Fonksiyon | İmmatür | Normal |
| - Subkutan Yağ Dokusu | İmmatür | Normal |
| - Dermis | Kolajen- elastik lifler az | Normal |

# Bez Dermatiti

Bez dermatiti, perineal bölge ve çevresinde; nem, iritasyon ve bölgenin kapalı kalması ile şiddeti artan inflamatuar bir deri sorunudur (Arndt & diğerleri, 2013); (Harper & Oranje, 2019). Genellikle yaşamın 3. haftasından sonra görülmeye başlar, 6-12. aylar arasında sıklığı artar (Adib-Hajbaghery & diğerleri, 2014); (Buckley & diğerleri, 2016); (Dağoğlu ve Ovalı, 2017); (Ekim ve Ocakçı, 2014); (Klunk, Domingues & Wiss, 2014); (Owa, Oladokun & Osinusi, 2016).

## Bez Dermatitinin Etiyolojisi

Bez dermatiti etiyolojisini; nem artışı, friksiyon, maserasyon, idrar ve fekal enzimler, çinko-biyotin eksikliği, mikroorganizmalar (Staphylococcus, Streptecoccus, Candida Albicans) oluşturmaktadır (Harper & Oranje, 2019). Ayrıca beslenme bozuklukları (Akrodermatitis enteropatika, çinko metabolizması bozukluğu), antibiyotikler, perineal bölge ve çevresinin hijyeninde kullanılan tahriş edici kimyasal maddeler (deterjan, alkol içerikli ürünler, parfüm, etanol, isoprenol vb.) de etkilidir (Christensen & Kockrow, 2010). Bez dermatitinin etiyolojisinde sayılan tüm bu nedenler cildi dış etkenlerden koruyan SC tabakasının bütünlüğünü bozarak bez dermatitinin oluşmasına neden olur (AWHONN, 2018); (Cohen, 2021). Bez dermatitinin oluşum süreci Şekil 2.2.'de verilmiştir.




**Şekil 2.2.** *Bez Dermatitinin Oluşum Süreci*

**Bez Dermatitinin Belirtileri**

Bez dermatitinin ilk belirtisi cilt kuruluğudur. Bez dermatitin klinik belirtileri oluş sırasına göre: eritem, maserasyon, papül, püstül, açık yaralar ve cilt erozyonlarıdır. Erken dönemde eritem, hafif maserasyon ve ödemle kendini gösterir. Lezyon zamanla bez bölgesinde yayılan şiddetli eritem ve maserasyon şeklinde devam eder. İlerleyen evrede daha geniş yüzey alanına yayılan maserasyon ile orta şiddette eritem ve eksudatif veya ülsere lezyonlara yol açan cilt döküntüleri ortaya çıkabilir. Klinik şiddeti artan bebeklerde papüller, püstüller ve açık yaralarla birlikte cilt erozyonları gözlenir. Geç dönemde çeşitli bakteri ve mantarların neden olduğu sekonder cilt enfeksiyonları gelişebilir (Cohen, 2021); (Irvine, Hoeger & Yan, 2019).

**Bez Dermatitinin Değerlendirilmesi**

Bez dermatiti değerlendirilmesinde, cilt lezyonlarının görünümü ve kültür sonucu önemlidir (Irvine, Hoeger ve Yan, 2019). Ancak bez dermatitinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen ölçeklerde, lezyonların görünümüne (papül/püstül, açık yaralar, cilt erozyonu vb.) göre alınan puanlar sonucunda bez dermatiti şiddeti 7 dereceli olarak değerlendirilmektedir. Buna göre göre bez dermatiti şiddeti; yok, az, hafif, hafif/orta, orta, yüksek/orta ve yüksek olarak sınıflandırılmaktadır. Bez dermatiti tedavisi, bez dermatitinin derecesine ve türüne göre düzenlenir (Stamatas & Tierney, 2014).

Literatür taramasında bebeklerde bez dermatiti şiddetinin değerlendirilmesinde farklı ölçekler kullanıldığı görüldü. Bunlar: Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği (A New Scale for Assessing the Severity of Uncomplicated Diaper Dermatitis in Infants: Development and Validation) ve Bez Dermatiti Şiddetini Tanımlama Klinik Değerlendirme Ölçeği (Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis)'dir (Buckley & diğerleri, 2016); (Stamatas & Tierney, 2014). Bu ölçeklerden ve Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.

**Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği** (A New Scale for Assessing the Severity of Uncomplicated Diaper Dermatitis in Infants)

2016 yılında Buckley ve arkadaşları tarafından bebek cildinde eritem/tahriş, alanın büyüklüğü, papül/püstül ve açık deri parametrelerinin derecesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin her bir maddesinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 0-6'dır. Ölçeğin sonunda toplanan puanların 0-3 arasında olması bez dermatiti şiddetinin düşük, toplanan puanların 3-6 arasında olması bebek bez dermatiti şiddetinin orta/yüksek olduğunu göstermektedir (Buckley & diğerleri, 2016). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Keskin tarafından 2019'da yapılmıştır (Keskin, 2019).

**Bez Dermatiti Şiddetini Tanımlama Klinik Değerlendirme Ölçeği** (Clinical Evaluation Scale for Characterization of the Severity of Diaper Dermatitis)

2014 yılında Stamatas ve Tierney tarafından preterm, term veya postterm bebeklerin cildinde kuruluk/kızarıklık, papül, püstül, ödem, ülserasyon varlığını ve derecesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 3'tür. Toplam puanın yüksek olması bez dermatiti şiddetinin yüksek olduğunu gösterir (Stamatas & Tierney, 2014).

**Bez Dermatitinin Tedavisi**

Bez dermatitinin tedavisi, dermatitin derecesine göre düzenlenir. Bez dermatitinin tedavisinde amaç doku bütünlüğünü korumak, inflamasyon riskini azaltmak, zarar gören cildi iyileştirmek ve nüksleri önlemektir (Shin, 2014). Hafif derece bez dermatiti tedavisinde, etiyolojisinde rol oynayan faktörlerin en aza indirilmesi sağlanır ve bariyer kremler kullanılır. İleri derece bez dermatitin tedavisinde topikal olarak; çinko oksit krem, antifungal ve antibakteriyel kremler, kortikosteroidli krem, hidrokolloid örtüler ve tamamlayıcı alternatif tedaviler (bitkisel ve mineral yağlar, anne sütü, bal ve kişniş ekstresi) uygulanır (Gardner & diğerleri, 2020).

Bez dermatitinin önlenmesinde "ABCDE" kuralı kullanılır. Bu kurala göre sırasıyla: A:Air (Havalandırma), B:Barrier (Bariyer), C:Cleansing (Temizleme), D:Diaper (Bez değiştirme) ve E:Education (Eğitim)'dir (Elzouki & diğerleri, 2011); (Klunk, Domingues & Wiss, 2014); (Merrill, 2015).

**A: Air (Havalandırma):** Bu aşamada bebek bezi bölgesinin havayla teması sağlanarak bölgenin bez, idrar, dışkı, nem ve tahriş edici maddelere (deterjan, alkol, sabun, parfüm vb.) maruz kalma süresi azaltılır (Merrill, 2015); (Stamatas & Tierney, 2014).

**B: Barrier (Bariyer):** Bu aşamada topikal olarak farmakolojik ve farmakolojik olmayan krem veya yağlar kullanılarak ciltte bariyer oluşturulur (Stamatas & Tierney, 2014). Bu krem ve yağlar bez bölgesindeki idrar, dışkı, tahriş edici maddeler ile lipit bir bariyer oluşturarak cildin hasar görmesini ve inflamasyonu önler (Merrill, 2015); (Ravanfar, Wallace & Pace, 2012); (Stamatas & Tierney, 2014).

**C: Cleansing (Temizleme):** Amaç idrar, dışkı, nem ve tahriş edici maddelerden cildi arındırarak inflamasyonu önlemek, cildin pH'ını düzenlemektir (Coughlin, Frieden & Eichenfield, 2014). AWHONN kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzunda, bez dermatiti tedavisinde olası en iyi cilt ortamının korunmasını sağlamak için perineal bölge ve çevresinin cilt temizliğinde; musluk suyunun güvenliğinden emin olunamayacağından, içilebilir özellikteki su ile temizlenmesini önermektedir (AWHONN, 2018). EPUAP & NPUAP ise enfekte yaralar, enfeksiyon şüphesi taşıyan yaralar ve bütünlüğü risk altında (nem, basınç vb.) bulunan dokuların temizliğinin SS solüsyonu veya İAS ile yapılmasının en uygun yöntem olduğunu belirtmektedir (EPUAP & NPUAP, 2014). Dışkılama sonrasında temizlik rutininde su ile birlikte vazelin ve yağlar da kullanılabilir. Bez değişikliğinde tahriş edici maddeleri ortadan kaldırmak için bez alanında aşırı sürtünme ve deterjanların kullanımından uzak durulmalı (Klunk, Domingues & Wiss, 2014); (Merrill, 2015) ve yıkama hafif tazyikli şekilde uygun solüsyonla yapılmalıdır (EPUAP & NPUAP, 2014). Perineal bölge ve çevresinin temizliğinde etanol ve isoproponal içeren ıslak mendil kullanımının deri pH'ını düşürdüğü ve bu nedenle düşük pH'ın ciltte bez dermatitine neden olduğu belirtilmektedir (Dumycz, Kunkiel & Feleszko, 2019). Literatürde ise bu bölgelerin temizliğinde suyun olmadığı durumlarda deterjan ve alkol içermeyen tek kullanımlık silme bezlerin kullanılması önerilmektedir (AWHONN, 2018); (Coughlin, Eichenfield & Frieden, 2014); (Furber & diğerleri, 2012).

**D: Diaper (Bez Değiştirme):** Bu aşamada bez değişimi ile cildin kuru kalmasını sağlamak dışkı enzimleri, nem ve tahriş edici maddelere maruz kalma süresinin azaltması amaçlanır (Merrill, 2015). Bu nedenle yenidoğan olmayan bebeklerde bez değişim sıklığı günde 3-4 saatte bir olmalı (Çağlar, 2015) ve açık bırakılarak kendiliğinden kurumalıdır (Scheich & Bingham, 2015); (Shin, 2014); (Klunk, Domingues & Wiss, 2014).

**E: Education (Eğitim):** Annelerin bez değişimi sürecinde her bez değişimi öncesi ve sonrası ellerini yıkaması, bez bölgesinin idrar, dışkı ve tahriş edici maddelere maruziyetinin en aza indirilmesi için bebek bezinin mümkün olan en kısa sürede değiştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır (Klunk, Domingues & Wiss, 2014). Bariyer krem kullanımında, krem ciltten tamamen temizlenmeye çalışılmamalı, gerekiyorsa cilde kalan bariyer kremin üzerine yeni bir katman krem sürülmelidir. Kızarıklıklar geçene kadar bu

adımlar tekrarlanmalı ve bu uygulamalara rağmen iyileşme gözlemlenmezse veya bez dermatiti şiddeti artarsa bir sağlık kuruluşuna başvurulması önerilmelidir (Merril, 2015).

**Çinko oksit krem:** Zarar görmüş cildi onarır, lipid bariyer oluşturur, sıvı kaybını en aza indirir, idrar ve dışkı gibi maddelerle ciltle temasını engeller (Stamatas & Tierney, 2014).

**Antifungal kremler:** Antifungal tedavi yalnızca mantar kaynaklı ve 72 saatten uzun süren bez dermatitlerinin tedavisinde kullanılır, rutin tedavide kullanımı önerilmez (Pillitteri, 2017); (Tüzün & diğerleri, 2015). Candida Albicans kaynaklı bez dermatiti tedavisinde ilk olarak nistatin olmak üzere (Shin, 2014) mikanazol, klotrimazol, siklopiroks etken maddesine sahip antifungal kremler kullanılmaktadır (Gunes & diğerleri, 2013); (Nourbakhsh & diğerleri, 2016).

**Antibakteriyel kremler:** Antibakteriyel kremler bez dermatiti tedavisinde genellikle endike değildir (Merrill, 2015). Fakat etken maddesi mupirosin, polisporin, basitrasin olan antibiyotikler, bez bölgesinde bakteriyel enfeksiyonların varlığında (Staphylococcus ve Streptecoccus) infekte bölge temizlenene kadar günde 3 kez kullanılabilir (Oranje, 2015); (Shin, 2014).

**Kortikosteroid kremler:** Çinko oksit krem, antifungal ve antibakteriyel kremlerin etkili olmadığı bez dermatitlerinin tedavisinde oldukça başarılıdır. Ancak yenidoğanların cildinin immatür olması nedeniyle emilim yüksek olacağından önerilmemektedir (Pillitteri, 2017); (Tüzün & diğerleri, 2015).

**Hidrokolloid örtü:** Hidrokolloid örtüler üzerlerindeki yarı geçirgen film veya köpük tabakasından oluşan jel formundaki maddelerdir. Bu jel tabakası ise sodyum karboksimetilselüloz, pektin ve jelatinden oluşan hidrokolloid matriks içeren yapışkan yapıdır. Hidrokolloid örtüler dermatit bölgesine zararlı mantar ve bakteri (Staphylococcus, Streptecoccus, Candida Albicans) girişini engeller, hava alışverişine imkân sağlar, yara iyileşmesi için uygun ortam oluşturur ve dermatit üzerindeki eksüdasyonu absorbe eder. Böylece hidrokolloid örtüler inflamasyon riskini azaltarak yara iyileşmesini hızlandırır (Moura & diğerleri, 2013); (Türsen, 2013).

**Tamamlayıcı alternatif tedavi:** Bez dermatitinin tedavisinde farmakolojik olmayan ürünlerin etkisini inceleyen birçok çalışma vardır. Bu çalışmalarda; bitkisel ve mineral

yağlar, anne sütü, bal ve kişniş ekstresi sayılabilir. Araştırma sonuçlarında kullanılan ürünlerin cilt bariyer gelişimine zarar vermediği, cilt hidrasyonunu artırdığı, cilt pH'nı ve transepidermal sıvı kaybını azalttığı, eritem, döküntü ve kuruluğu ise daha hızlı azalttığı görülmüştür (Dastgheib & diğerleri, 2017); (Gözen & diğerleri, 2013); (Seifi, Jalali & Heidari, 2017).

# BÖLÜM 3. YÖNTEM

## Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde steril salin ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisini inceleyen, tek merkezli, prospektif randomize kontrollü bir tasarımdır.

## Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, İstanbul Maltepe 21 No'lu ASM'de Ağustos 2020- Ekim 2020 ve Mayıs 2021- Ekim 2021 tarihleri arasında yapıldı.

Bu ASM'de Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile rutin kontrol ve aşılama, gebe, lohusa, sağlıklı ve/veya hasta bebek ve çocuk takipleri, yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalar, rehberlik (sağlığı geliştirme ve koruma, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması) hizmetleri sunulmaktadır. ASM'ye bez dermatiti şikayetiyle başvuran bebeklerde, hafif bez dermatitin tedavisinde bez dermatiti süresi 3 günü geçmediği durumda annelere ABCDE kuralı önerilmektedir. Buna göre annelere, perineal bölge ve çevresini; havalandırmaları, temizlemeleri ve sık bez değiştirmeleri önerilmektedir. Bez dermatitinin 3 günü geçtiği durumlarda ise farmakolojik ajanlar (Çinkooksit kremler, antifungal kremler, antibakteriyel kremler ve kortikosteroid kremler) kullanılmaktadır. ASM'de tüm sağlık hizmetleri 08:30-16:30 arasında verilmektedir.

ASM'de tek koridor üzerinde; 2 doktor odası, 1 bebek bakım odası, 1 kan alma-pansuman odası ve 1 mutfak bulunmaktadır. Bebek bakım odasında; lavabo, 1 muayene sedyesi, hemşire masası ve sandalyesi ve hasta yakınları için sandalyeler bulunmaktadır. Bu araştırmada; ilk görüşme, birinci değerlendirme ve uygulama süreci ile ikinci değerlendirme bebek bakım odasında yapıldı.

## Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ağustos 2020- Ekim 2020 ve Mayıs 2021- Ekim 2021 tarihleri arasında ASM'ye bez dermatiti şikayetiyle veya rutin kontrol amacıyla başvuran 6-12 ay arasındaki 117 bebek oluşturdu.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, geniş etki büyüklüğüne ($\Delta$:0,40) göre Power:0,72, $\beta$:0,20 ve $\alpha$:0,05 alındığında örneklem sayısı, her bir grup için 28 olarak hesaplandı. Araştırmaya örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 93 bebek alındı. Veri

toplama sürecinde 3 anne araştırma sürecine uygun şekilde yapamayacağını gerekçe göstererek araştırmadan ayrıldı. Araştırma 90 bebeğin katılımıyla tamamlandı. Araştırmada toplam 90 bebeğin verileri analiz edildi. Araştırma verileri toplandıktan sonra araştırmanın gücü, retrospektif power analizinde %5 hata payı ile 90 bebekten oluşan örneklem için %92 olarak belirlendi (G*Power 3.1.9.2).

Örneklem seçim kriterleri:

- Bebeklerin yaşının, 6-12 ay aralığında olması,
- BKOBDŞDÖ'ne göre hafif derece bez dermatiti olması (Keskin, 2019),
- Ek gıda alması,

Örneklem dışı bırakılma kriterleri:

- Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle antibiyotik kullanıyor olması,
- BKOBDŞDÖ 'ne göre orta/şiddetli bez dermatitinin olması (Keskin, 2019),
- Günde 7 ve daha fazla sayıda dışkılama yapması,
- Egzama, alerjik hastalıklar, seboreik dermatit gibi cilt hastalığı öyküsünün olması,
- Pediatrik idrar torbası kullanımına bağlı perineal bölgede cilt tahrişlerinin olması,
- Serebral palsi, meningomyolesel gibi hastalıklara bağlı idrar inkontinansı olması,
- Annenin rutin bakımda bariyer krem veya farmakolojik olmayan bakım yağları vb. kullanmasıdır.

**Randomizasyon**

Bu araştırmada 93 bebek, üç gruba eşit ve yansız olarak randomize edildi. 1. grup, steril salin (uygulama grubu 1); 2. grup, içilebilir ambalajlanmış su (uygulama grubu 2); 3. grup, kontrol grubu (anneler tarafından rutin perineal bölge ve çevresinin temizliği sürdürüldü) olarak tanımlandı. Bebekler gruplara basit randomizasyon yöntemiyle atandı. Basit randomizasyon, bebeklerin aile sağlığı merkezine (ASM) başvuru sırasına göre yapıldı. Örneğin; ASM'ye ilk başvuran bebek SS grubuna, ikinci başvuran bebek İAS grubuna ve üçüncü başvuran bebek kontrol grubuna alındı. SS, İAS ve kontrol grupları için öngörülen örneklem sayısı eşitlenene kadar bu seçim yöntemi tekrar edildi (Şekil 3.4).

Araştırmanın değişkenleri:

- Bağımlı değişkenler: Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BKOBDŞDÖ) puanları, kilo, yaş.

- Bağımsız değişkenler: Steril salin, içilebilir ambalajlanmış su, cinsiyet, ten rengi, uyruk.

## Veriler ve Toplanması

## Veri Toplama Formları

Veriler, Bebek Tanıtıcı Formu ve BKOBDŞDÖ ile toplandı.

**Bebek Tanıtıcı Formu:**

Bebek tanıtıcı formu, araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanmıştır. Bu formda toplam 9 soru bulunmaktadır. Bu sorular; bebeğin yaşını, cinsiyetini, kilosunu, ten rengini, ASM'ye başvuru nedenini, bez dermatit öyküsünü, bez dermatitinin kaç günde iyileştiğini, idrar ve dışkı sonrası perineal bölge ve çevresinin nasıl temizlendiğini öğrenmeye yönelik olarak hazırlanmıştır (Ek 1).

**Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BKOBDŞDÖ):**

Bu araştırmada bebeklerde bez dermatiti şiddetini değerlendirmek amacıyla 2016 yılında Buckley ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve 2019 yılında Keskin tarafından Türkçeye uyarlanan Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği kullanıldı (Buckley & diğerleri, 2016); (Keskin, 2019) (Ek 2). Ölçekte perineal bölge ve çevresini; eritem, papül, püstül, cilt açıklığı, alanın büyüklüğünü değerlendiren 4 madde bulunmaktadır (Buckley & diğerleri, 2016). Ölçeğin her bir maddesinden alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 6'dır. Her bir maddeye verilen puan değişmektedir. Eritem ve tahrişin şiddetine verilen puan 0 ile 3 puan arasında değişmektedir. 0 puan eritem ve tahriş yok, 3 puan ise eritem ve tahrişin şiddetli olduğu anlamındadır. Bez Dermatitinin Derecesi, Papül ve Püstüller, Açık Cilt parametreleri için ise 0 ile 1 puan arasında değişmektedir. Perineal bölge çevresinin %50'den azının etkilenmesi, çok az miktarda papül/püstül varlığı ve sürtünme kaynaklı, yaralanma ile bez dermatiti etiyolojisinde kaynaklanan nedenlerle oluşan cilt açıklığı 0 puan; perineal bölge ve çevresinin %50'den fazlasının etkilenmesi, kümelenmiş veya sayılamayacak kadar çok

papül/püstül varlığı, sürtünme kaynaklı, yaralanma ile bez dermatiti etiyolojisinde kaynaklanmayan nedenlerle oluşan cilt açıklığı ise 1 puandır. Ölçeğin sonunda toplanan puanların 0-3 arasında olması bez dermatiti şiddetinin düşük, toplanan puanların 3-6 arasında olması bebek bez dermatiti şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (Buckley & diğerleri, 2016).

**Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü**

Bebeklerde bez bölgesi cilt temizliği eğitim broşürü, araştırmacı ve danışman tarafından literatür dikkate alınarak hazırlanmıştır. Eğitim broşürü, SS ve İAS grubundaki annelerin, bebeklerinin perineal bölge ve çevresini uygulama sürecine uygun temizlemeleri amacıyla hazırlanmıştır. Eğitim broşüründe bebeklerde bez bölgesi cilt temizliği 5 başlık altında anlatılmıştır. Bu başlıklar: bebeklerin bez bölgesi cilt temizliğinin genel kuralları, yıkama öncesi hazırlık, solüsyonların hazırlanması, yıkama yöntemi ve yıkama sonrası uygulamaları içermektedir. Broşürde yıkama yöntemi, kız ve erkek bebekler için ayrı alt başlık altında anlatılmıştır (Ek 3).

**Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması**

Bebek tanıtıcı formunun uygunluğunu değerlendirmek amacıyla 10 Ağustos 2020 tarihinde ASM'de, örneklem kriterlerine uyan bebeklerin %5'i (6 bebek) ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrası araştırma formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için ön uygulama yapılan bebekler uygulama ve kontrol gruplarına dahil edildi.

**Araştırmada Kullanılan Solüsyon ve Materyaller**

Araştırmada uygulama gruplarında SS solüsyonu, İAS ve enjektör kullanıldı.

**Steril Salin**:

Araştırmada, Polifleks marka %0,9 İzotonik Sodyum Klorür (NaCl) 500 mililitre (ml) solüsyonu kullanıldı. Ürünün içeriğinde bir litre çözelti için 9 gram sodyum klorür bulunmaktadır. Solüsyon 50, 100, 150, 250, 500 ve 1000 ml'lik medifleks torbalarda setli ve setsiz olarak üretilmektedir. Bu araştırmada Şekil 3.1.'deki 500 ml ve setsiz formu kullanıldı.




**Şekil 3.1.** *Steril Salin (%0,9 İzotonik Sodyum Klorür) 500 ml*

Solüsyon torbaları tek kullanımlıktır, her bir torbanın üzerinde son kullanma tarihi yazılıdır. Kullanılmış torbalar tıbbi atık prosedürüne uygun olarak imha edilmektedir.

**İçilebilir Ambalajlanmış Su**:

Araştırmada analiz rapor tarihi güncel (16.04.2021), T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünce yapılan fiziksel, bakteriyolojik ve kimyasal analiz sonuçlarına göre geçerli puan almış ve Halk Sağlığı resmî sitesinde ilan edilmiş olan içilebilir ambalajlanmış su kullanılmıştır (Fiziksel; Bulanıklık:5 birim, Koku:3 birim, Renk:15 birim. Bakteriyolojik; Koliformlar: 1 koliform/100 ml. Kimyasal; Arsenik 0,01 mg/ L, demir 0,3 mg/ L, çinko 5 mg/ L, bakır 1 mg/ L, klorür 250 mg/ L, Sülfat 250 mg/ L, Siyanür 1 mg/ L, Fenoller 0,001 mg/ L, pH 6,23). Su markası seçiminde Kuvars markası kullanılmış ve rastgele seçim yapılmıştır. Araştırma boyunca aynı marka su kullanılmıştır.




**Şekil 3.2.** *İçilebilir Ambalajlanmış Su (Kuvars) 500 ml*

**Enjektör:**

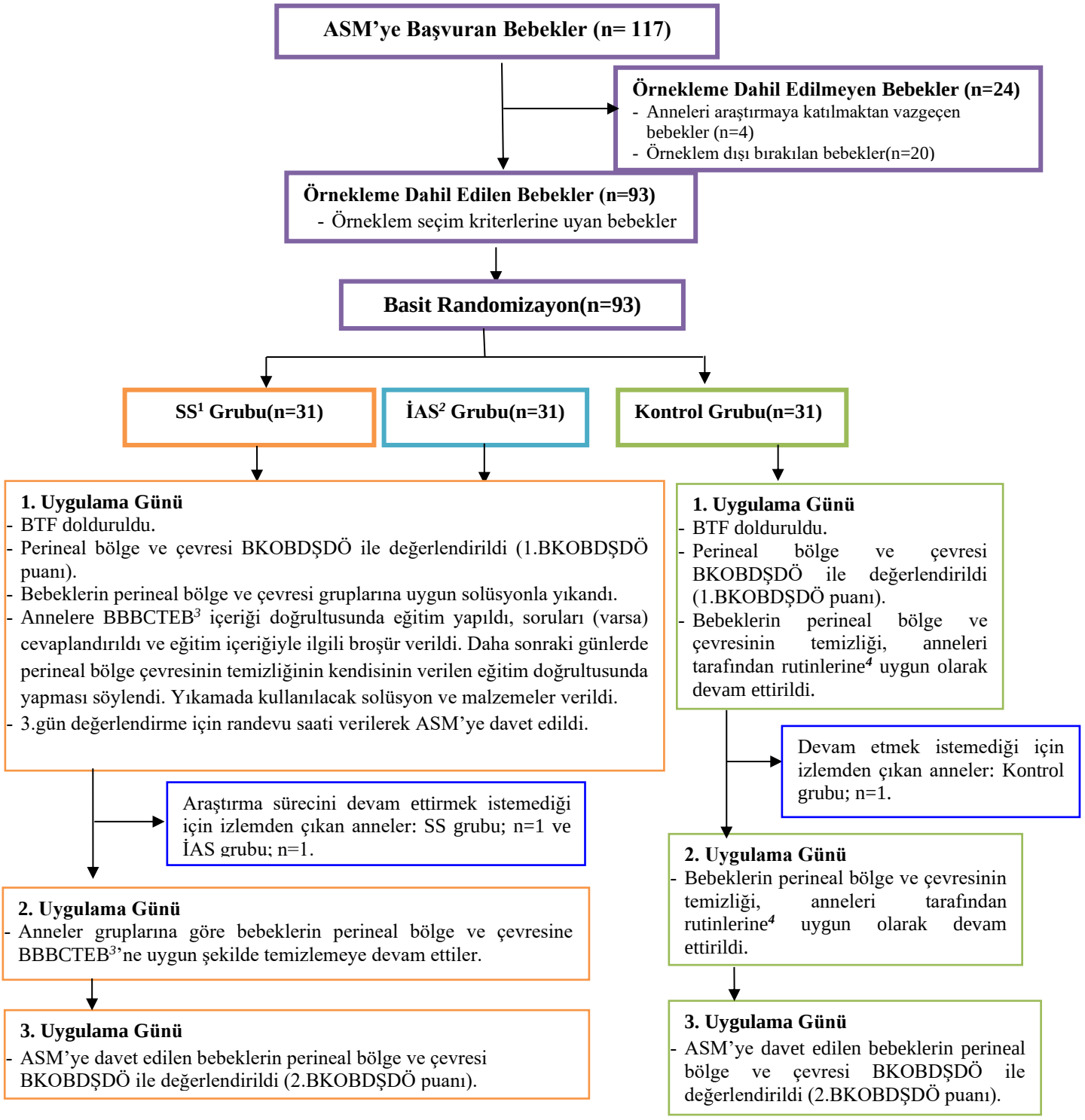
Araştırmada, Beybi marka 24.09005 kodlu, steril, tek kullanımlık, luer slip, apirojen ve non toksik 20 ml enjektör kullanıldı.




**Şekil 3.3.** *Beybi 20 ml Enjektör*

## Veri Toplama ve Uygulama Süreci

Bu araştırmada Şekil 3.4.'te gösterilen veri toplama ve uygulama süreci izlenmiştir.




[1]SS: Steril Salin; [2]İAS: İçilebilir Ambalajlanmış Su; [3]BBBCTEB: Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü; [4]Rutin anne perineal bölge ve çevresi temizliği: İdrar boşaltımı sonrası ıslak mendil (n=29), su-sabun ile yıkama (n=1) ile dışkı boşaltımı sonrası ise; su-sabun ile yıkama (n=2),

**Şekil 3.4.** *Veri Toplama ve Uygulama Süreci*

## Verileri Toplama ve Uygulama Süreci

Bu araştırmada, verilerin toplanması ve uygulamalar 08:30-16:30 saatleri arasında yapıldı. Tüm uygulamalardan önce bebeklerin genel durumunun stabil olması dikkate alındı. Literatürdeki kanıta dayalı çalışmalar (Dastgheib & diğerleri, 2017); (Gözen & diğerleri, 2013); (Seifi, Jalali & Heidari, 2017) referans alınarak gruplardaki bebeklerin bez dermatiti derecesi 1. gün-uygulama öncesi (1. BKOBDŞDÖ puanı) ve 3. gün-uygulamanın 3. günü (2. BKOBDŞDÖ puanı) olmak üzere toplam 2 kez değerlendirildi. Birinci BKOBDŞDÖ puanı, bebeklerin ASM'ye başvurdukları ilk gün yapılan cilt değerlendirme puanını göstermektedir. 2. BKOBDŞDÖ puanı, 1. değerlendirmeden 72 saat sonra yapılan cilt değerlendirme puanını göstermektedir. Her bir bebeğin bez dermatiti şiddetinin değerlendirilmesi ortalama 1-2 dakika sürdü. Araştırma sürecince; SS, İAS ve kontrol grubundaki tüm bebeklerin, bez dermatiti 3 günü geçtiği zaman veya BKOBDŞDÖ puanı, 3'ün üstünde olan bebeklerin dermatoloğa yönlendirilmesi öngörülmüştür. Ancak araştırmaya katılan bebeklerin bez dermatiti ilk 3 günde iyileşmiş ve bez dermatiti şiddet puanı, 0-3 puan arasında olduğu görülmüştür.

### 1. Uygulama Günü:

Uygulamanın 1.günü; ASM'ye bez dermatiti şikâyetiyle veya rutin kontrol amacıyla gelen bebekler belirlendi. Örneklem kriterlerine uyan bebekler ve anneleri, bebek bakım odasına davet edildi. Annelere araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden onam alındı.

Randomizasyon yöntemine göre bebekler gruplara atandı. Bebeğin perineal bölge ve çevresinin cilt durumunun değerlendirilmesi ve yıkanması, annelere 'Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü' doğrultusunda sözlü anlatım ve göstererek eğitim verilmesi bebek bakım odasında yapıldı. BTF annelerle yüz yüze görüşülerek soru cevap şeklinde kaydedildi. Doldurulma süresi ortalama 5 dakika sürdü. Bu görüşmede bebeklerin bez dermatiti şiddet değerlendirilmesi (1. BKOBDŞDÖ puanı) araştırmacı tarafından yapıldı.

*Grupların perineal bölge ve çevresinin bakımı*

*SS ve İAS grubundaki bebekler:*

Gruplardaki bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliği, eğitim broşürü içeriği ve sırasına göre gösterilerek, sözlü anlatımla araştırmacı tarafından yapıldı (EK 8). Yıkama işlemi ve sonrasında annelerin geri bildirimleri alındı ve soruları cevaplandırıldı. Bu eğitim, geri bildirimlerin alınması ve soruların cevaplandırılması ortalama 60 dakika sürdü. Eğitim sonrası annelerin bilgilerinin pekişmesi ve eğitim içeriğine tekrar bakma ihtiyacı olabileceği düşünülerek her bir anneye bir eğitim broşürü verildi. Annelere 2.değerlendirmeye gelene kadar (1.değerlendirmeden 72 saat sonrası) her bez değişiminde yıkama işlemini aynı şekilde yapmaları söylendi. Annelere uygulama gruplarına göre, SS solüsyonu (500 ml) veya İAS (500 ml) verildi. SS ve İAS grubundaki bebeklerin yıkama solüsyonunu çekmek için perineal bölge ve çevresinin temizliğinde kullanılmak üzere 5 adet 20 ml enjektör verildi. Bu süreçte, annelerin araştırmacıyla iletişim kurma ihtiyacı olması halinde kullanmaları için iletişim bilgisi verdi. Anneler 3. gün yapılacak 2. cilt değerlendirmesi için ASM'ye davet edildi.

*Kontrol grubundaki bebekler:*

Kontrol grubundaki bebeklerin anneleri bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliğini, rutin uygulamaları doğrultusunda devam edildi. Araştırmacı tarafından kontrol grubundaki bebeklere eğitim yapılmadı ve bebek annelerine ABCDE kuralı doğrultusunda bilgiler verildi. Buna göre annelere, perineal bölge ve çevresini; havalandırmaları, temizlemeleri ve sık bez değiştirmeleri önerildi.

**2. Uygulama Günü:**

Anneler bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliğini, eğitim broşürü doğrultusunda gruplarına uygun solüsyonlar (SS veya İAS) ile devam ettirdiler (Ek 3). Kontrol grubundaki bebeklerin anneleri bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliğini, rutin uygulamaları doğrultusunda devam ettirdiler. Her 3 grupta da bebeklerin perineal bölge ve çevresi cilt durumları değerlendirilmedi.

**3. Uygulama Günü:**

Tüm gruplardaki bebeklerin, perineal bölge ve çevresinin birinci değerlendirmesinden, 72 saat sonra araştırmacı tarafından bez dermatiti derecesi ikinci defa değerlendirildi (2.BKOBDŞDÖ puanı) ve sonuçlar kayıt edildi.

## Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmanın analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23 (SPSS Inc, in Chicago) istatistik programı kullanıldı. Tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%), ortalama ± standart sapma (Ort ±SS) analizleri ile değerlendirildi. Analiz öncesi grupların verilerinin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-wilk sınamaları ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan verilerin analizi için ikili karşılaştırmalarda Bağımsız Gruplarda T Testi (t), üç veya daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında; One-Way Anova (f) uygulandı. Anlamlı çıkan analizlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde, Levene ve Gabriel Post- Hoc analizleri uygulandı. Grupların BKOBDŞDÖ'nin 1. ve 2. değerlendirme puanları arasındaki farkın analizinde Bağımlı Gruplarda T Testi (t) kullanıldı. Yapılan analizlerde istatiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi. Gruplara ait sonuçlar arasındaki farkın önemli olup olmadığı cohen d değeri (0,2 küçük bir etkiyi, 0,5 orta düzeyde bir etkiyi ve 0,8 büyük bir etkiyi temsil eder) ile hesaplandı (Cohen, 1998).

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada, S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan uygulanması için 27.07.2020 tarihli 093 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı (Ek 4).

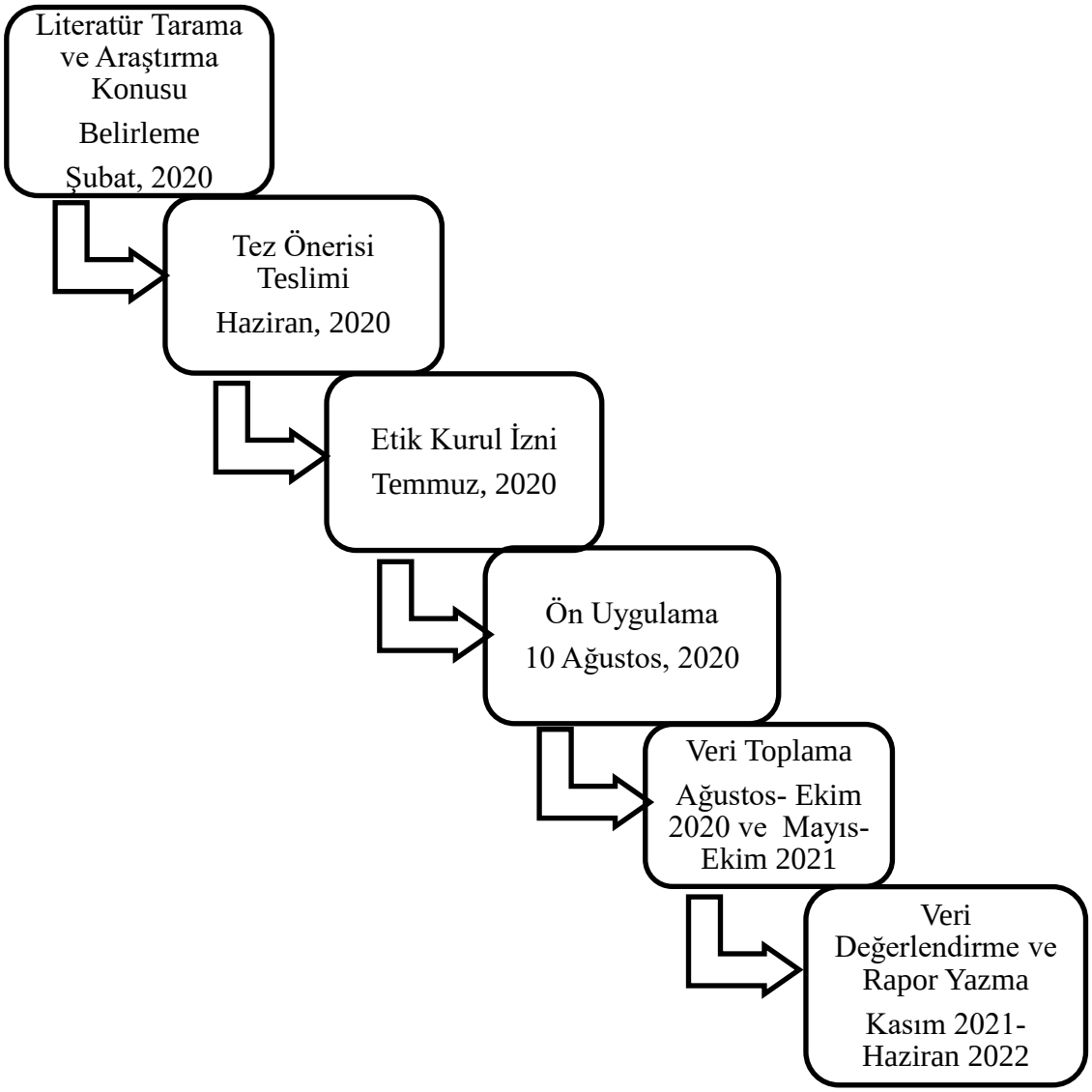
Araştırmanın uygulanacağı kurumlardan (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 26.04.2021 tarihli (E-09.04.2021/15916306- 604.01.01) sayılı karar (Ek 5) ve İstanbul Maltepe 21 Numaralı Aile Sağlığı Merkezinden 20.07.2020 tarihli) araştırma kurum izni alındı (Ek 6).

BKOBDŞDÖ'nin Türkçe formunun kullanılabilmesi için Keskin'den izin alındı (Ek 7).

Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, araştırmanın her aşamasında isterlerse ayrılabilecekleri, uygulanacak ürünler ve etkileri hakkında bilgiler verildi, sözlü ve yazılı onam alındı (Ek 8).

## Süre ve Olanaklar

Araştırma süreci basamakları ve zaman değerlendirme süreci Şekil 3.5.'da verilmiştir.




**Şekil 3.5.** *Araştırma Süreci Basamakları ve Zaman Değerlendirme Süreci*

# BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

## Bulgular

Bu araştırmada, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde SS ve İAS'yun etkisi, randomize kontrollü bir tasarım ile incelendi. Araştırma bulguları üç başlık altında sunuldu:

- Bebeklerin Gruplarına Göre Tanıtıcı Özellikleri, Bez Dermatiti Öyküsü ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulguları
- Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanları ve İyileşme Sürelerine İlişkin Bulguları
- Bebeklerin Tanıtıcı Özellliklerine Göre BKOBDŞDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

## Bebeklerin Gruplarına Göre Tanıtıcı Özellikleri, Bez Dermatiti Öyküsü ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulguları

Bu bölümde bebeklerin gruplarına göre yaş, cinsiyet, kilo, ten rengi, bez dermatiti öyküsü ve rutin temizlik yöntemine ilişkin özelliklere ait bulgular incelendi.

Bebeklerin gruplarına göre tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.1'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Bebeklerin Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları (n=90)

| **Özellikler** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaşlar (ay)** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 6 | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| 8 | 9 | 30 | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 |
| 10 | 3 | 10 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| 12 | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 | 10 | 33.3 |
| **Toplam yaş; Ort ±SS=**8.96 ± 2.42 | 9.00 ± 2.44 | | 8.93 ± 2.44 | | 8.93 ± 2.44 | |
| [1]***Test değeri;*** $\mathbf{x^2}$ = 2.125; $\boldsymbol{p}^1$ = 0.98 | | | | | | |
| **Cinsiyeti** | | | | | | |
| Kız | 13 | 43.3 | 13 | 43.3 | 11 | 36.7 |
| Erkek | 17 | 56.7 | 17 | 56.7 | 19 | 63.3 |
| [1]***Test değeri;*** $\mathbf{x^2}$ =1.033; $\boldsymbol{p}$ = 0.46 | | | | | | |
| **Kilosu (kg)** | | | | | | |
| ≤7 | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 | 1 | 3.3 |
| 7-9 | 14 | 46.7 | 14 | 46.7 | 11 | 36.7 |
| ≥9 | 14 | 46.7 | 12 | 40 | 18 | 60 |
| **Toplam kilo; Ort ±SS=**8.93 ± 1.31 | 8.95 ± 1.34 | | 8.68 ± 1.34 | | 9.14 ± 1.26 | |
| [1]***Test değeri;*** $\mathbf{x^2}$ =5.510; $\boldsymbol{p}$ = 0.23 | | | | | | |
| **Ten rengi** | | | | | | |
| Beyaz | 21 | 70 | 23 | 76.7 | 22 | 73.3 |
| Buğday | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 | 3 | 10 |
| Esmer | 5 | 16.7 | 3 | 10 | 5 | 16.7 |
| [1]***Test değeri;*** $\mathbf{x^2}$ =30.196 $\boldsymbol{p}$ = **0.00** | | | | | | |

[1]Pearson Ki-kare testi.

Bebeklerin yaş ortalaması ambalajlanmış su grubunda 8.93 ± 2.44 ay, SS grubunda 9.00 ± 2.44 ay ve kontrol grubunda 8.93 ± 2.44 aydır. Bebeklerin gruplarına göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Araştırmaya 37 kız ve 53 erkek bebek katıldı. Bebeklerin gruplarına göre cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Bebeklerin kilo ortalaması 8.93 ± 1.31 kg'dır. Bebeklerin gruplarına göre kiloları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Ambalajlanmış su grubundaki bebeklerin %76.7'sinin, SS grubundaki bebeklerin %70'inin, kontrol grubundaki bebeklerin %73.3'ünün ten rengi beyazdır. Gruplarına göre ten renkleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SS grubunda, ambalajlanmış su grubuna göre esmer tenli bebeklerin oranının daha fazla, beyaz tenli bebeklerin oranı ise daha azdır.

Bebeklerin gruplarına göre bez dermatiti öyküsüne ve rutin temizlik yöntemine ilişkin bulguları Tablo 4.2'de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Bebeklerin Gruplarına Göre Bez Dermatiti Öyküsüne ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulguları (n=90)

| **Özellikler** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Öykü varlığı** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Var | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 |
| **İdrar boşaltımı** | | | | | | |
| Islak mendille silme | 30 | 100 | 30 | 100 | 29 | 96.7 |
| Su-sabunla yıkama | * | * | * | * | 1 | 3.3 |
| **Dışkı boşaltımı** | | | | | | |
| Su-sabunla yıkama | * | * | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| Akan su altında yıkama | * | * | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 |
| Su-pamukla silme | 1 | 3.3 | * | * | * | * |
| Islak mendille silme | 29 | 96.7 | 27 | 90 | 27 | 90 |

*****SS, İAS ve kontrol grubunda, ilgili maddelere ait yeterli veri olmadığı için sayı (n) ve yüzde (%) değeri hesaplanamadı.

Bebeklerin tamamında bez dermatiti öyküsü vardır. Annelerin idrar ve dışkı boşaltımı sonrasındaki rutin perineal bölge ve çevresi temizliğinde tüm gruplarda tamamına yakınının ıslak mendil kullandığı belirlendi.

## Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına ve İyileşme Sürelerine İlişkin Bulguları

Bu bölümde bebeklerin gruplarına göre BKOBDŞDÖ puanlarına ve iyileşme sürelerine ilişkin bulguları incelendi.

Bebeklerin gruplarına göre BKOBDŞDÖ puanlarına ilişkin bulguları Tablo 4.3'te verildi.

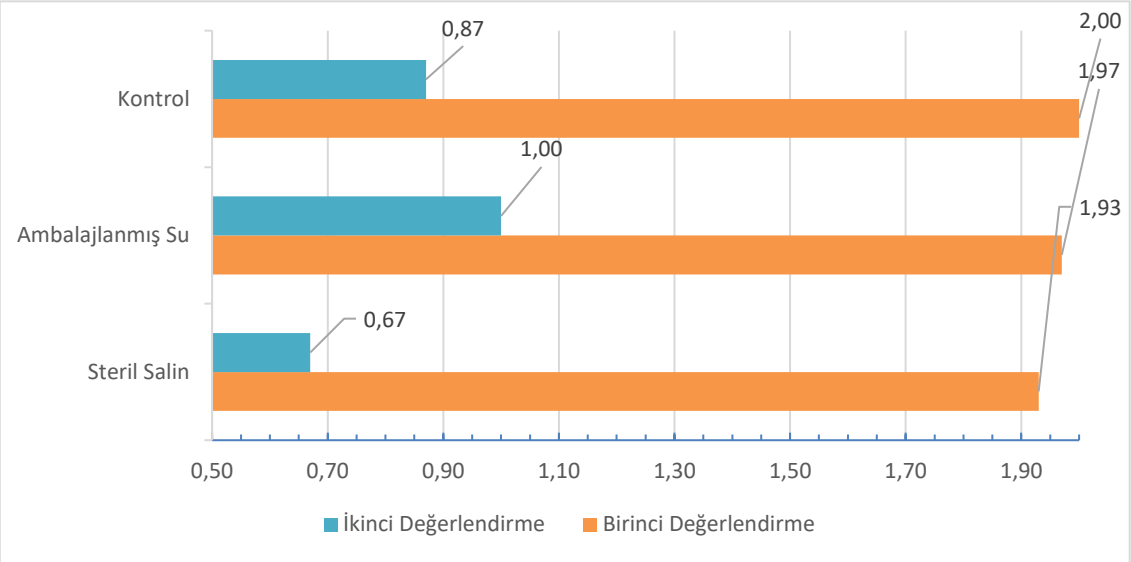
**Tablo 4.3.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları (n=90)

| **Puanlar** | **Steril Salin n=30** | **Ambalajlanmış Su n=30** | **Kontrol n=30** | **[1]*Test değeri; p*** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ort ±SS** | **Ort ±SS** | **Ort ±SS** | ***f ; p*[1]** |
| [3]Birinci puan | 1.93 ± 0.25 | 1.96 ± 0.18 | 2.00 ± 0.00 | 1.024; 0.36 |
| **Toplam puan; Ort ± SS=** 1.97 ± 0.18 | | | | |
| [4]İkinci puan | 0.67 ± 0.60 | 1.00 ± 0.69 | 0.87 ± 0.57 | 2.152; 0.12 |
| **Toplam puan; Ort ± SS=** 0.84 ± 0.63 | | | | |
| [2]***Test değeri (t); p*** | 11.894; **0.00** | 7.918; **0.00** | 10.865; **0.00** | |

[1]One-Way Anova; [2]Bağımlı Gruplarda T Testi; [3]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. [4]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı.

Bebeklerin kendi içinde birinci ve ikinci puanlarında SS, İAS ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlendi ($p<0.05$). Tüm gruplarda ikinci BKOBDŞDÖ puanları düşüktür.

Bebeklerin gruplarına göre BKOBDŞDÖ puanlarına ilişkin bulguları Grafik 4.1'de verilmiştir.




Birinci Değerlendirme; Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. İkinci Değerlendirme; Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı.

**Grafik 4.1.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları

Grafik 4.1'e göre bebeklerin BKOBDŞDÖ puanlarının sütun grafiğinde, grupların ortanca değerleri her üç grupta da ikinci değerlendirmede düşüş gösterdi. İkinci değerlendirme puanlarındaki düşüş sırasıyla en fazla SS, kontrol ve İAS grubundadır.

Bebeklerin gruplarına göre BKOBDŞDÖ puanları arasındaki farkın karşılaştırılması Tablo 4.4'te verildi.

**Tablo 4.4.** Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması (n=90)

| | | |
|---|---|---|
| **[2]Birinci puan** | **Ambalajlanmış Su n=30** | **Kontrol n=30** |
| | **Ort ±SS** | **Ort ±SS** |
| | 1.97 ± 0.18 | 2.00 ± 0.00 |
| [1]***Test değeri (t); p***= -1.000; 0.32 | | |
| **[3]İkinci puan** | **Ambalajlanmış Su n=30** | **Kontrol n=30** |
| | 1.00 ± 0.69 | 0.87± 0.57 |
| [1]***Test değeri (t); p***= 0.812; 0.42 | | |
| **[2]Birinci puan** | **Steril Salin n=30** | **Kontrol n=30** |
| | 1.93 ± 0.25 | 2.00 ± 0.00 |
| [1]***Test değeri (t); p***= -1.439; 0.15 | | |
| **[3]İkinci puan** | **Steril Salin n=30** | **Kontrol n=30** |
| | 0.67 ± 0.60 | 0.87 ± 0.57 |
| [1]***Test değeri (t); p***= -1.315; 0.19 | | |
| **[2]Birinci puan** | **Steril Salin n=30** | **Ambalajlanmış Su n=30** |
| | 1.93 ± 0.25 | 1.97 ± 0.18 |
| [1]***Test değeri (t); p*** = 0.584; 0.56 | | |
| **[3]İkinci puan** | **Steril Salin n=30** | **Ambalajlanmış Su n=30** |
| | 0.67 ± 0.60 | 1.00 ± 0.69 |
| [1]***Test değeri (t); p*** = 1.980; **0.04** | | |

[1]Bağımsız Gruplarda T Testi; [2]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı; [3]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı.

Ambalajlanmış su ile kontrol grubu arasındaki birinci ve ikinci BKOBDŞDÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Grupların ikinci değerlendirme puanları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). SS grubu puanları ambalajlanmış su grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür ($p=0.04$). Testin Cohen etki büyüklüğü 0.5 orta etki olarak belirlendi (Cohen, 1998).

Bebeklerin gruplarına göre iyileşme süreleri Tablo 4.5'te verildi.

**Tablo 4.5.** Bebeklerin Gruplarına Göre İyileşme Süreleri (n=90)

| İyileşme süresi (gün) | Steril Salin n=30 | | Ambalajlanmış Su n=30 | | Kontrol n=30 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 2 | 6.7 | 5 | 16.7 | 2 | 6.7 |
| 2 | 13 | 43.3 | 9 | 30 | 11 | 36.7 |
| 3 | 15 | 50 | 16 | 53.3 | 17 | 56.7 |
| [1]***Test değeri;*** $\mathbf{x^2}$ =20.821; ***p*** =**0.00** | | | | | | |

[1]Pearson Ki-kare testi.

Bebeklerin gruplarına göre iyileşme süresi incelendiğinde, her üç grupta bebeklerin çoğunluğunun bez dermatitinin 3 günde iyileştiği belirlenmiştir. Bebeklerin gruplarına göre iyileşme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. SS grubunun iyileşme süresi, ambalajlanmış su grubuna göre daha kısadır ($p<0.05$).

## Gruplardaki Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gruplardaki bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre BKOBDŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları incelendi.

Gruplardaki bebeklerin yaşlarına göre BKOBDŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6'da verildi.

**Tablo 4.6.** Gruplardaki Bebeklerin Yaşlarına Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (n=90)

| **Yaş (ay)** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | |
| | [3]1.Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS | [3]1.Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS | [3]1.Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS |
| 6 | 2.00 ± 0.00 | 0.63 ± 0.74 | 2.00 ± 0.00 | 1.25 ± 0.70 | 2.00 ± 0.00 | 1.25 ± 0.46 |
| 8 | 1.78 ± 0.44 | 0.78 ± 0.66 | 2.00 ± 0.00 | 0.90 ± 0.56 | 2.00 ± 0.00 | 0.40 ± 0.51 |
| 10 | 2.00 ± 0.00 | 1.00 ± 0.00 | 1.50 ± 0.70 | 1.00 ± 1.41 | 2.00 ± 0.00 | 1.00 ± 0.00 |
| 12 | 2.00 ± 0.00 | 0.50 ± 0.52 | 2.00 ± 0.00 | 0.90 ± 0.73 | 2.00 ± 0.00 | 1.00 ± 0.00 |
| [1,2]***Test değeri (f); p*** | 1.733; 0.18 | 0.642; 0.59 | 8.089; **0.00** | 0.456; 0.71 | * | 5.239; **0.00** |

[1]One-Way ANOVA; [2]Gruplarda anlamlılığın kaynağı; Levene Testi ve Gabriel Post-hoc ile analiz edildi; [3]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. [4]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı; *****Kontrol grubunda, ilgili maddeye ait yeterli veri olmadığı için test; p değeri hesaplanamadı.

Bebeklerin gruplarına göre 1.ve 2. BKOBDŞDÖ puan ortalamalarında, kontrol grubundaki bebeklerin BKOBDŞDÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Gruplar arasında fark Levene Testi ve Gabriel Post-hoc analizi ile değerlendirildi. Buna göre kontrol grubundaki ikinci değerlendirmede altı aylık bebeklerin bez dermatit şiddetleri daha yüksektir.

Gruplardaki bebeklerin cinsiyetlerine göre BKOBDŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7'de verildi.

**Tablo 4.7.** Gruplardaki Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (n=90)

| **Cinsiyet** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | |
| | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS |
| Kız | 1.92 ± 0.27 | 0.77 ± 0.59 | 2.00 ± 0.00 | 1.23 ± 0.72 | 2.00 ± 0.00 | 0.91 ± 0.53 |
| Erkek | 1.94 ± 0.24 | 0.59 ± 0.61 | 1.94 ± 0.24 | 0.82 ± 0.63 | 2.00 ± 0.00 | 0.84 ± 0.60 |
| [1]***Test değeri(t); p*** | -0.190; 0.85 | 0.805; 0.42 | 0.871; 0.39 | 1.636; 0.11 | * | 0.305; 0.75 |

[1]Bağımsız Gruplarda T Testi; [2]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. [3]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı; *****Kontrol grubunda, ilgili maddelere ait yeterli veri olmadığı için sayı (n) ve yüzde (%) değeri hesaplanamadı.

Gruplardaki bebeklerin cinsiyetlerine göre birinci ve ikinci değerlendirmelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi (p>0.05).

Gruplardaki bebeklerin ten rengine göre BKOBDŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.8'de verildi.

**Tablo 4.8.** Gruplardaki Bebeklerin Ten Rengine Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (n=90)

| **Ten rengi** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | |
| | [3]1. Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS | [3]1. Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS | [3]1. Ort ±SS | [4]2.Ort ±SS |
| Beyaz | 1.90 ± 0.30 | 0.62 ± 0.59 | 2.00 ± 0.00 | 0.96 ± 0.70 | 2.00 ± 0.00 | 0.95 ± 0.57 |
| Buğday | 2.00 ± 0.00 | 0.75 ± 0.95 | 1.75 ± 0.50 | 1.25 ± 0.95 | 2.00 ± 0.00 | 0.00 ± 0.00 |
| Esmer | 2.00 ± 0.00 | 0.80 ± 0.44 | 2.00 ± 0.00 | 1.00 ± 0.00 | 2.00 ± 0.00 | 1.00 ± 0.00 |
| [1,2]***Test değeri(f); p*** | 0.426; 0.65 | 0.211; 0.81 | 3.900; **0.03** | 0.289; 0.75 | * | 4.876; **0.01** |

[1]One-Way ANOVA. Gruplarda anlamlılığın kaynağı; [2]Levene Testi ve Horcberg's GT2 Post-hoc ile analiz edildi; ; [3]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. [4]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı; *****Kontrol grubunda, ilgili maddeye ait yeterli veri olmadığı için test; p değeri hesaplanamadı.

Kontrol grubundaki bebeklerin ikinci değerlendirmedeki BKOBDŞDÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0.05). Gruplar arasındaki fark Levene Testi ve Horcberg's GT2 Post-hoc analizi ile değerlendirildi. Buğday ve beyaz tenli ile esmer tenli bebekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buğday

tenli bebeklerin, beyaz ve esmer tenli bebeklere göre BKOBDŞDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak derecede düşüktür ($p<0.05$).

Gruplardaki bebeklerin kilosuna göre BKOBDŞDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.9'da verildi.

**Tablo 4.9.** Gruplardaki Bebeklerin Kilosuna Göre BKOBDŞDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (n=90)

| **Kilo(kg)** | **Steril Salin n=30** | | **Ambalajlanmış Su n=30** | | **Kontrol n=30** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | | BKOBDŞDÖ puanları | |
| | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS | [2]1.Ort ±SS | [3]2.Ort ±SS |
| < 7 | 2.00 ± 0.00 | 0.50 ± 0.70 | 2.00 ± 0.00 | 1.50 ± 0.57 | 2.00 ±0.00 | 2.00 ± 0.00 |
| 7-9 | 1.86 ± 0.36 | 0.64 ± 0.63 | 2.00 ± 0.00 | 0.93 ± 0.61 | 2.00 ± 0.00 | 0.82 ± 0.60 |
| 9 > | 2.00 ± 0.00 | 0.71 ± 0.61 | 1.92 ± 0.28 | 0.92 ± 0.79 | 2.00 ± 0.00 | 0.83 ± 0.51 |
| [1]***Test değeri(f);p*** | 1.200; 0.31 | 0.122; 0.88 | 0.736; 0.48 | 1.214; 0.31 | * | 2.207; 0.12 |

[1]One-Way ANOVA; [2]Birinci Puan: Uygulama öncesi 1. BKOBDŞDÖ puanı. [3]İkinci Puan: Uygulamanın 3.günü yapılan 2.BKOBDŞDÖ puanı; *****Kontrol grubunda, ilgili maddeye ait yeterli veri olmadığı için test; p değeri hesaplanamadı.

Gruplardaki bebeklerin kilosuna göre birinci ve ikinci değerlendirmede BKOBDŞDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

## Yorumlar

6-12 aylık bebeklerde nem artışı, friksiyon, maserasyon, idrar ve fekal enzimler, çinko-biyotin eksikliği, ek gıda alımı, mikroorganizmalar (Staphylococcus, Streptecoccus, Candida Albicans) bez dermatiti oluşumuna neden olmaktadır. Ayrıca beslenme bozuklukları (Akrodermatitis enteropatika, çinko metabolizması bozukluğu), antibiyotikler, perineal bölge ve çevresinin hijyeninde kullanılan tahriş edici kimyasal maddeler (deterjan, alkol içerikli ürünler, parfüm, etanol, isoprenol vb.) de bez dermatiti oluşum mekanizmasında etkilidir. Bez dermatitinin etiyolojisinde sayılan tüm bu nedenler cildi dış etkenlerden koruyan SK tabakasının bütünlüğünü bozarak, bez dermatitinin oluşmasına neden olur (AWHONN, 2018); (Cohen, 2021); (Fölster-Holst, 2018). Hafif bez dermatiti uygun solüsyon ve materyaller ile doğru hijyen uygulamaları kullanılarak farmakolojik tedavi gerekmeksizin iyileşebilmektedir (Klunk, Domingues &

Wiss, 2014); (Merrill, 2015). Bez dermatitinin önlenmesi ve tedavisine yönelik hangi solüsyon ve materyallerin kullanılacağına ilişkin kanıta dayalı çalışmalar sınırlıdır. Bu bölümde bez dermatitinin tedavisinde SS, İAS ve kontrol grubuna ait bulgular, ilgili literatür ve diğer çalışma bulguları ile birlikte üç başlık altında yorumlandı:

- Bebeklerin Gruplarına Göre Bez Dermatiti Öyküsüne ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulgularının Yorumlanması
- Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına ve İyileşme Sürelerine İlişkin Bulgularının Yorumlanması
- Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKOBDŞDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının Yorumlanması

## Bebeklerin Gruplarına Göre Bez Dermatiti Öyküsüne ve Rutin Temizlik Yöntemine İlişkin Bulgularının Yorumlanması

Bez dermatiti bebeklerde en sık görülen cilt sorunudur (Cohen, 2021); (James, Timothy & Dirk, 2019). Bu araştırmada da bebeklerin tamamının bez dermatiti sorunu yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.2). Yapılan iki çalışmada, Tayland'da bez dermatiti sıklığının %55.4 (Suebsarakam, Chaiyarit & Techasatian, 2020) ve İran'da %73.3 olduğu belirtilmiştir (Seifi, Jalali & Heidari, 2017). Ülkemizde ise bez dermatit sıklığının %60.3-84.5 arasında değiştiği belirlenmiştir (Gözen, Çağlar & Doğan, 2011); (Kayaoğlu, Kıvanç-Altunay & Sarıkaya, 2015); (Kurt & Kahraman, 2021). Yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik ve kültürel durum, annenin eğitim düzeyinin düşük olması, annenin iş hayatında aktif olması, genel çocuk bakımı konusunda farkındalık gibi nedenlerin bez dermatiti sıklığını etkileyebildiği belirtilmiştir (Arıkan & Küçük Alemdar, 2013); (Kurt & Kahraman, 2021).

AWHONN kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzu, bebeğin perineal bölge ve çevresinin temizliğinde en iyi cilt ortamının korunmasını sağlamak amacıyla bu bölgenin su ile ıslatılmış yumuşak bezle temizlenmesini ve cilt bütünlüğünün bozulması halinde ise steril su kullanımını önermektedir. Önerilen ürünlerin bulunmadığı durumlarda ise deterjan ve alkol içermeyen tek kullanımlık alt silme mendillerinin kullanılabileceğini belirtmektedir (AWHONN, 2018); (Lund & Kuller, 2014). Perineal bölge ve çevresinin temizliğinde etanol ve isoproponal içeren ıslak mendil kullanımının, deri pH'ını

düşürdüğü ve düşük pH'ın ciltte bez dermatitine neden olduğu belirtilerek (Dumycz, Kunkiel & Feleszko, 2019); suyun olmadığı durumlarda deterjan ve alkol içermeyen tek kullanımlık silme bezlerinin kullanılması önerilmektedir (Coughlin, Eichenfield & Frieden, 2014); (Furber & diğerleri, 2012). Bu araştırmada, her üç gruptaki bebeklerin anneleri idrar ve dışkı boşaltımı sonrası perineal bölge ve çevresini; daha az oranda su – sabun (yalnızca idrar boşaltımı sonrası: kontrol grubu %3.3) ve akan su altında yıkama (yalnızca dışkı boşaltımı sonrası: İAS grubu %3.3 ve kontrol grubu: %3.3) şeklinde temizledikleri belirlenmiştir. Ancak tamamına yakınının hem idrar hem de dışkı boşaltımı sonrası perineal bölge ve çevresini etanol ve isoproponal içermeyen ıslak mendil ile temizledikleri görülmüştür (Tablo 4.2). Annelerin ıslak mendil tercih etmelerinin en önemli nedenleri kullanma ve taşıma kolaylığına bağlanmıştır. Samakayanusorn & diğerleri, (2017), bez dermatiti olan bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliğinde ıslak mendil, su-pamuk, akan su altında yıkama, sabunlu suyla yıkama, nemli bezle silme gibi yöntemler kullanıldığını belirlemişlerdir. Örneğin, Carr & diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada bebeklerde ülkelere göre Çin'de %28.2'sinde, Almanya'da %68.6'sında ve Amerika'da ise %83.9'unda boşaltım durumu belirtilmeksizin perineal bölge ve çevresinin temizliğinde ıslak mendil kullanıldığını belirlemiştir. Gözen, Çağlar & Doğan, (2011) ise çalışmasında bebeklerin %66.3'ünde ve Kurt & Kahraman (2021) ise çalışmasında bebeklerin %86.8'inde boşaltım durumu belirtilmeksizin perineal bölge ve çevresinin temizliğinde ıslak mendil kullanıldığını belirlemişlerdir. Diğer bazı çalışmalarda bebeklerin %12.2 (Kurt & Kahraman, 2021)'sinin ve %14.4 (Arıkan & Küçük-Alemdar, 2013)'ünün perineal bölge ve çevresinin akan su altında yıkandığı; %24.4 (Baran & Çimen, 2013)'ünde ve %33.7 (Gözen, Çağlar & Doğan, 2011)'sinde su-pamuk kullanılarak temizlendiği belirtilmiştir.

## Bebeklerin Gruplarına Göre BKOBDŞDÖ Puanlarına ve İyileşme Sürelerine İlişkin Bulgularının Yorumlanması

Bez dermatitinin klinik evresinin belirlenmesinde kullanılan ölçeklerden alınan puanlara göre bez dermatiti şiddeti yok, az, hafif, hafif/orta, orta, yüksek/orta ve yüksek olarak sınıflandırılmaktadır. Bu amaçla farklı parametrelerin kullanıldığı ölçekler bulunmaktadır (Buckley & diğerleri, 2016); (Stamatas & Tierney, 2014). Yapılan değerlendirmeye göre bez dermatitin tedavisinde izlenecek yol belirlenmektedir (Gardner

& diğerleri, 2020). Hafif derece bez dermatitin önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ABCDE kuralı yeterli olurken, 72 saati aşan ve şiddeti artan bez dermatiti tedavisinde antifungal ve/veya kortikosteroid kremlerin kullanılması gerekmektedir (Elzouki & diğerleri, 2011); (Neyzi, Ertuğrul & Darendeliler, 2020); (Paller & Mancini, 2020). Bu araştırmaya katılan bebeklerde 3. gün yapılan 2. değerlendirmede, SS grubunda BKOBDŞDÖ puanı (0.67 ± 0.60) İAS ve kontrol grubu puanlarından daha düşüktü. Yapılan bir çalışmada hafif derece bez dermatitinin tedavisinde papatya kremi ve aynısefa kremi kullanılmış, bebekler 3 gün izlenmiş ve bez dermatiti şiddeti, 5 noktalı döküntü skalası ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede papatya kremi grubunun ölçek puanı 0.8 ± 0.4, aynısefa kremi grubunun ölçek puanı ise 1.1 ± 0.4 olarak belirlenmiştir (Afshari & diğerleri, 2015). Heidari & diğerleri (2020)'nin yaptıkları çalışmada, hafif/orta derece bez dermatiti olan bebeklere aloe vera kremi ve rutin bez dermatiti tedavisi uygulanmış ve bebekler 3. gün yapılan değerlendirmede, 5 noktalı döküntü skalası ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede aloe vera kremi grubunun ölçek puanı 0.86 ± 0.86, rutin tedavi grubunun (hidrokotizon + klotrimazol + çinko oksit merhemlerinin kombinasyonu) ölçek puanını ise 0.43 ± 0.62 olarak belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada hafif bez dermatitinin tedavisinde ise uygulama grubuna bir karışım (bal + balmumu + zeytinyağı) kullanılmış, karışımın uygulandığı bebeklerde, 3.gün yapılan değerlendirmede bez dermatiti şiddeti, 5 noktalı döküntü skalası ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede karışım grubunun ölçek puanının kontrol grubundan daha düşük (2.00 ± 0.96) olduğu belirlenmiştir (Al-Waili, 2005). Bu araştırma sonuçlarına göre hafif bez dermatitinin tedavisinde kullanılan papatya kremi, aynısefa kremi, aloe vera kremi, rutin tedavi ve karışım kremlerinin bez dermatiti şiddet puanlarının bu araştırmayla benzer şekilde düşük olduğu görülmüştür.

AWHONN kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzunda, bez dermatiti tedavisinde perineal bölge ve çevresinde olası en iyi cilt ortamının korunmasını sağlamak için cilt temizliğinde; musluk suyunun güvenliğinden emin olunamayacağından, içilebilir özellikteki su ile temizlenmesini, suyun olmadığı durumlarda ise deterjan ve alkol içermeyen tek kullanımlık silme bezleri kullanılmasını önermektedir (AWHONN, 2018). Bu araştırmada SS grubu ve İAS grubundaki bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliğinde SS ve İAS solüsyonları kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre annelerin rutin perineal bölge ve çevresi temizliğini sürdürdüğü kontrol grubundaki bebeklerin idrar

boşaltımı sonrası %96.7'sinin, dışkı boşaltımı sonrası %90'ının ıslak mendil kullandıkları belirlendi (Tablo 4.2). Bu araştırmada BKOBDŞDÖ puanlarına göre bebeklerin bez dermatiti şiddeti tüm gruplarda sırasıyla SS grubu (0.67 ± 0.60), kontrol grubu (0.87 ± 0.67) ve İAS grubunda (1.00 ± 0.69) 1.değerlendirmeye göre hafif derecede devam etmiş ancak BKOBDŞDÖ puanlarında bir miktar azalma görülmüştür (Tablo 4.4). BKOBDŞDÖ puanlarına göre hafif derece bez dermatitinin tedavisinde öncelikle SS solüsyonu; daha sonra ıslak mendil kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda da, benzer şekilde perineal bölge ve çevresinin temizliğinde boşaltım durumu belirtilmeksizin en fazla ıslak mendil (%66.3 - %80) kullanıldığı görülmüştür (Arıkan, Küçük Alemdar, 2013); (Gözen, Çağlar, Doğan, 2011); (Kurt & Kahraman, 2021). BKOBDŞDÖ puanlarının karşılaştırmalarında **$H_1$** hipotezi (Perineal bölge ve çevresinin steril salin ile temizlenmesi, hafif derece bez dermatitini iyileştirir.)'nin geçerli olduğu kabul edildi (Tablo 4.4). **$H_2$** hipotezi (Perineal bölge ve çevresinin içilebilir ambalajlanmış su ile temizlenmesi, hafif derece bez dermatitini iyileştirir.) ise doğrulanmadı. Bu araştırma sonuçlarına göre 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde SS solüsyonu, İAS'ya göre daha etkilidir ($p<0.05$). Müdahalenin etki büyüklüğü (Cohen etki değeri) SS grubu ikinci puan ortalamaları, ambalajlanmış su grubuna göre anlamlı ve etkisi ortadır (0.5).

Bez dermatitinin klinik evresinin belirlenmesinde kullanılan ölçeklerden alınan puanlara göre bez dermatiti şiddeti yok, az, hafif, hafif/orta, orta, yüksek/orta ve yüksek olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmada farklı parametrelerin kullanıldığı ölçekler bulunmaktadır (Buckley & diğerleri, 2016); (Stamatas & Tierney, 2014). Yapılan sınıflandırmaya göre bez dermatitin tedavisinde izlenecek yol belirlenmektedir (Gardner & diğerleri, 2020). Bez dermatitinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçek parametrelerinden alınan değerlendirme puanlarına ve sınıflandırma derecesine bağlı olarak (Stamatas & Tierney, 2014); ölçekten alınan puanın 0-3 arasında olması hafif bez dermatiti olarak tanımlanır ve ortalama 3 gün sürdüğü belirtilmektedir (Neyzi, Ertuğrul & Darendeliler, 2020); (Tüzün & diğerleri, 2015). İyileşme süresinin 3 günü aştığı durumlarda bez dermatit şiddeti orta derecede olarak sınıflandırılır ve bu durum ciltte Candida Albicans'ın ürediğini gösterir (Pillitteri, 2017). Bu araştırmada farmakolojik ürün olmamasına rağmen uygulama grubundaki bebeklerin çoğunluğunun (%46.7 - %56.7) bez dermatitinin ilk üç gün içinde iyileştiği belirlendi. SS grubunun iyileşme

süresinin ise İAS grubundan daha kısa olduğu görüldü. Araştırma sonucuna göre **$H_3$** hipotezi (Perineal bölge ve çevresinin steril salin ile temizlenmesi, içilebilir ambalajlanmış su ile temizlenmesine göre hafif derece bez dermatitini daha hızlı iyileştirir.)'nin geçerli olduğu kabul edildi (Tablo 4.5). Hafif bez dermatitinin iyileşme süresine ilişkin çalışmalarda, çinko içerikli bariyer krem kullanıldığında iyileşme süresinin 2.7 ± 0.5 gün ve talk pudra kullanıldığında 3.7 ± 3.3 gün olduğu belirlenmiştir (Chaithirayanon, 2016). Nourbakhsh & diğerleri (2016) %2 magnezyum içeren krem kullanılan bebeklerin bez dermatitinin 1.5 ± 0.5 günde, hiçbir ürün kullanılmayan kontrol grubunda ise 3.25 ± 0.67 günde iyileştiğini belirlemişlerdir. Chaithirayanon, (2016)'nun çalışmasında bez dermatitin tedavisinde önerilmeyen talk pudranın iyileşme süresi, çinko içerikli bariyer kremi grubundan ve Nourbakhsh & diğerleri (2016)'nin çalışmasındaki %2 magnezyum içeren krem grubundan daha uzun sürede iyileşmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre bez dermatitinin tedavisinde bariyer krem ve %2 magnezyum içeren krem ürünlerinin kullanıldığı, bu araştırmayla benzer şekilde iyileşme süresinin 3 günü aşmadığı görülmüştür.

## Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BKOBDŞDÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının Yorumlanması

Literatürde bebeklerde bez dermatitinin etiyolojisinde, 0-6 ayda cildin immatürlüğü ve anne sütü ile beslenmeme neden gösterilirken, 6 aydan sonra ek gıdaya geçişin de önemli olduğu belirtilmektedir (Christensen & Kockrow, 2010); (Schachner & Hansen, 2011). Bez dermatiti etiyolojisinde etkili olan faktörler; nem artışı, friksiyon, maserasyon, idrar ve fekal enzimler, çinko-biyotin eksikliği, mikroorganizmalar (Staphylococcus, Streptecoccus, Candida Albicans)'dır. Bununla birlikte beslenme bozuklukları (Akrodermatitis enteropatika, çinko metabolizması bozukluğu), antibiyotikler, perineal bölge ve çevresinin temizliğinde kullanılan tahriş edici kimyasal maddeler (deterjan, alkol içerikli ürünler, parfüm, etanol, isoprenol vb.) de etkilidir (AWHONN, 2018); (Cohen, 2021). Bu çalışmada 6 aylık ve buğday tenli bebeklerin bez dermatiti şiddetlerinin istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6); (Tablo 4.8). Cinsiyet ve kiloya göre yapılan karşılaştırmada ise uygulama grubundaki bebeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7); (Tablo 4.9). Literatürde, bez dermatitinin bebeğin bulunduğu yaş, cinsiyet,

kilo ve ten rengi ile olan ilişkisini ölçekle değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak yapılan çalışmalarda bez dermatiti insidansının 6 aylık bebeklerde daha fazla olduğunun belirtilmesi ve açık tenli bebeklerde daha fazla olduğunun belirtilmesi; ölçek puanlarının da yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Carr & diğerleri, 2020); (Gustin & diğerleri, 2021); (Furber & diğerleri, 2012); (Kayaoğlu, Kıvanç-Altunay & Sarıkaya, 2015); (Schachner & Hansen, 2011); (Sukhneewat, Chaiyarit & Techasatian, 2019). Gözen & diğerleri (2011)'nin yapmış olduğu çalışmada bez dermatiti gelişimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sukhneewat, Chaiyarit & Techasatian, (2019) çalışmasında bez dermatiti gelişimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bez dermatiti gelişimi ile cinsiyet arasında farklı sonuçlar elde edilmesi, bez dermatiti gelişiminde cinsiyetin anlamlı olmadığını düşündürmektedir. Bu araştırma sonucumuz, yukarıda verilen araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir.

# BÖLÜM 5. SONUÇ

Bu bölümde, tek merkezli ve prospektif randomize kontrollü bir tasarım ile, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde SS solüsyonu ve İAS'yun etkisini inceleyen araştırma sonuçları özetlendi. Araştırma sonuçları ışığında yargı ve öneriler sunuldu.

## Özet

Bu araştırma, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde SS ve İAS'yun etkisini incelemek amacıyla yapıldı. Bebekler, gruplara basit randomizasyon ile atandı. Uygulama 1.günü bebek tanıtıcı formundaki tüm veriler araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Uygulama ve kontrol grubundaki bebeklerden uygulamanın birinci günü birinci değerlendirme, üçüncü günü ikinci değerlendirme puanı toplandı. Uygulama grubundaki bebeklerin annelerine 'Bebeklerde Bez bölgesi Cilt Temizliği Eğitimi' konulu eğitim verildi. Kontrol grubundaki bebeklerin perineal bölge ve çevresinin temizliği, anneleri tarafından rutin uygulamaları doğrultusunda devam ettirdiler.

Bu araştırmada ulaşılan araştırma sonuçları:

- Bebeklerin; yaş, cinsiyet ve kilolarının her üç gruptada benzer dağılım gösterdiği ($p>0.05$) (Tablo 4.1),
- Bebeklerin tamamında bez dermatiti öyküsünün varlığı (Tablo 4.2),
- Bebeklerin idrar ve dışkı temizliğinde en fazla ıslak mendil kullanıldığı (Tablo 4.2),
- Bebeklerin kendi içinde birinci ve ikinci puanlarında İAS, SS ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve tüm gruplarda ikinci BKOBDŞDÖ puanlarının daha düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.3) (Grafik 4.1),
- SS grubundaki bebeklerin BKOBDŞDÖ puanlarının İAS grubuna göre daha düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.4),
- Her üç gruptaki bebeklerin bez dermatiti ilk 3 gün içinde iyileştiği ve SS grubunun iyileşme süresinin İAS grubundan daha kısa olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.5),

- Kontrol grubundaki 6 aylık bebeklerde, 2.BKOBDŞDÖ puanlarının, daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.6),
- Gruplardaki bebeklerin cinsiyetlerine göre BKOBDŞDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.7),
- Kontrol grubundaki buğday tenli bebeklerde, beyaz ve esmer tenli bebeklere göre 2.BKOBDŞDÖ puanlarının, daha düşük olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.8),
- Gruplardaki bebeklerin kilosuna göre BKOBDŞDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.9) belirlendi.

## Yargı

6-12 aylık bebek cildinin immatür olması ve ek gıda alarak beslenmeye geçilen bu dönemde yaşanan biyolojik değişimler perineal bölge ile çevresinde SC'un daha hassas olmasına ve bez dermatitinin sık görülmesine neden olmaktadır. Hafif bez dermatiti görülen bebeklerde perineal bölge ve çevresinin temizliğinde kullanılan solüsyonlar ile birlikte doğru hijyen rutini, farmakolojik tedavi gerektirmeksizin kuruma ve fissürlerin önlenmesine, transepidermal sıvı kaybının azaltılmasına ve cilt bariyerinin güçlendirilmesine katkı sağlayarak iyileşmektedir.

## Öneriler

Bu araştırmada elde edilen bulgulara dayanarak;

- 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitinin tedavisinde steril salin solüsyonunun kullanılması,
- Steril salin solüsyonu ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisinin uzun süre izlendiği çalışmaların yapılması,
- 0-6 ay arasındaki bebeklerde steril salin solüsyonu ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisinin incelendiği başka çalışmaların yapılması,
- Bebeklerde bez dermatiti tedavisinde diğer yöntem ve solüsyonların etkinliğini araştıran başka çalışmaların yapılması önerilir.

# EK'LER

Ekler kullanım sırasına göre aşağıda listelenmiştir.

**EK-1:** Bebek Tanıtıcı Formu

**EK-2:** Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği

**EK-3:** Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü

**EK-4:** S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul İzni

**EK-5:** İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

**EK-6:** İstanbul Maltepe 21 Numaralı Aile Sağlığı Merkezi Araştırma İzni

**EK-7:** Ölçeğin Kullanım İzni

**EK-8:** Bilgilendirilmiş Onam Formu

## EK-1

# Bebek Tanıtıcı Formu

Grup Adı : ( ) Steril Salin ( ) İçilebilir Ambalajlanmış Su ( ) Kontrol Grubu

Değerlendirme Sıra Numarası:

1. Cinsiyeti: ( ) 1. Kız ( ) 2. Erkek
2. Ten rengi: ……..
3. Yaş (Ay): …….
4. Kilo ……
5. Aile sağlığı merkezine başvuru sebebi:
6. Çocuğunuz idrar yaptıktan sonra alt temizliğini nasıl yaparsınız?
   ( ) 1.Kuru bezle silme ( ) 4.Su-pamukla silme
   ( ) 2.Su-sabunla silme ( ) 5.Islak mendille silme
   ( ) 3.Akan su altında yıkama ( ) 6. Diğer :……..
7. Çocuğunuz dışkı yaptıktan sonra alt temizliğini nasıl yaparsınız?
   ( ) 1.Kuru bezle silme ( ) 4.Su-pamukla silme
   ( ) 2.Su-sabunla silme ( ) 5.Islak mendille silme
   ( ) 3.Akan su altında yıkama ( ) 6. Diğer :…….
8. Bez dermatiti öyküsü var mı? ( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır
9. Mevcut bez dermatiti kaç günde iyileşti?.....

## EK-2

# Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği

Grup adı:

Değerlendirme sıra numarası:

| **Bebeklerde Komplike Olmayan Bez Dermatiti Şiddet Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Dil Uyarlanmış Versiyonu** | **Skor** |
|---|---|
| **Eritem ve Tahrişin Şiddeti** | |
| Yok- Sağlam cilt | 0 |
| Hafif- Cilt tahrişi olabilir ancak belli olmayabilir | 1 |
| Orta- Cilt tahrişi açıkça görülmekte ama şiddetli veya yoğun değil | 2 |
| Ciddi- Yoğun cilt tahrişi, parlak kırmızı, ağrılı | 3 |
| **Bebek Bezi Dermatitin Derecesi** | |
| Perineal, perianal, gluteal bölge alanı ve 'bebek bezi alanının' %50' sinden azı etkilenmiş | 0 |
| Perineal, perianal, gluteal bölge alanı ve 'bebek bezi alanının' %50' sinden fazlası etkilenmiş | 1 |
| **Papüller ve Püstüller** | |
| Papüller ve püstüller mevcut ama çok az | 0 |
| Kümelenmiş şekilde papül ya da püstül mevcut, sayılamayacak kadar çok | 1 |
| **Açık Cilt** | |
| Sürtünmeden kaynaklanan cilt açıklığı, yaralanma ve diğer bez dermatitinin etiyolojisinden kaynaklanan nedenler | 0 |
| Sürtünmeden kaynaklanan cilt açıklığı, yaralanma ve diğer bez dermatitinin etiyolojisinden kaynaklanmayan nedenler | 1 |
| **TOPLAM PUAN** | |

## EK- 3

## Bebeklerde Bez Bölgesi Cilt Temizliği Eğitim Broşürü

Merhaba,

Bebeğiniz, özellikle ek gıdalara geçişte, vücudu yeni besin maddeleriyle tanıştığı için idrar ve dışkı ile atılan maddeler değişir. Bu maddelerin etkisi ve bebeğinizin cildinin hassas olması nedeniyle kızarıklık, kuruluk, soyulma olabilir. Bu durum sizi endişelendirmesin. Bu sorunu yaşamamak için ek gıdalara başladığınız aylar içinde bebeklerin bez bölgesi temizliğine daha fazla özen gösterdiğiniz zaman bebeğiniz, kısa sürede sağlıklı cildine geri kavuşacaktır. Bu broşür bebeğinizin alt temizliği ile ilgili size yol gösterecektir.

Sağlıklı günler dilerim.

**Bebeklerin Bez Bölgesi Cilt Temizliği Genel Kuralları:**

- Bebeğinizin idrar veya dışkıyla kirlenmiş bezini 3-4 saatte bir değiştiriniz.
- Alt temizliğinde kullandığınız solüsyonu en az oda ısısında bulundurunuz. Mümkünse ısısı 37- 38 °C olacak şekilde ayarlayınız.
- Oda ısınızı ise bebeği rahatsız etmeyecek şekilde ayarlayınız (22-24 °C).
- Her bez bölgesi cilt temizliği öncesi ve sonrasında ellerinizi yıkayınız.
- Bez bölgesi cilt temizliği öncesinde yıkama solüsyonunu hazır bulundurunuz.
- Kirli bez bölgesinde dışkı varsa 2-3 yıkama (40-60 ml) yapacak miktarda solüsyonu hazırlayınız.
- Kirli bez bölgesinde dışkı yoksa 1-2 yıkama (20-40 ml) yapacak miktarda solüsyonu hazırlayınız.
- Yıkama sonrası bez bölgesini kendi kendine kurumaya (3-4 dk.) bırakınız ve sonra bezleyiniz.

**Yıkama öncesi hazırlık:**

- Oda ısısı bebeği rahatsız etmeyecek (22-24 °C) derecede ayarlayınız,
- Ellerinizi yıkayınız ve bez bölgesini yıkama için gerekli solüsyon ve materyalleri hazırlayınız,
- Solüsyonun sıcaklığı 37-38 °C olacak şekilde ayarlayınız,
- Enjektöre (20 ml) solüsyon çekiniz,

- İğne ucu çıkarınız,
- Dışkılama varsa 2-3 yıkama (40-60 ml) solüsyonla yıkayınız,
- Dışkılama yoksa 1-2 yıkama (20-40 ml) solüsyonla yıkayınız,
- Yıkama sırasında bebeğin pozisyonunu korumak için boyun-omuz boşluğu rulo havlu ile destekleyiniz.

**Solüsyonların hazırlanması:**



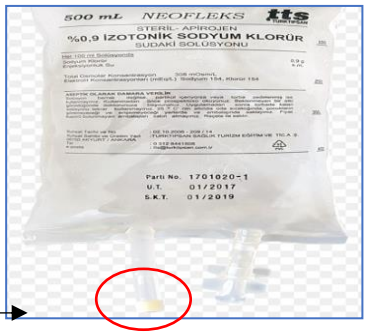
- Ellerinizi yıkayınız. Enjektörü ambalajından çıkarınız.
- Solüsyonu enjektöre çekiniz.

<u>Solüsyonunuz Kuvars marka su ise:</u>

- Su şişesinin kapağını açarak temiz bir çay bardağına yarısını dolduracak şekilde boşaltınız.
- Enjektörün iğne ucunu takmadan enjektöre 20 ml olacak şekilde suyu çekiniz. Su ve enjektörün uç kısmına elle temas etmeyiniz.

<u>Solüsyonunuz steril salin ise:</u>

- Enjektöre iğne ucunu takınız.
- Serumu jelatininden çıkarınız. Enjektörü tıpalı olan kısma
- batırınız. Enjektöre 20 ml solüsyonu çekiniz.




- Sonra iğne ucunu çıkarınız.



**Bez bölgesi cilt temizliğinde aşağıdaki sırayı takip ediniz!**

**Yıkama yöntemi:**

- Temizliği her zaman merkezden dışarıya doğru olacak şekilde yapınız,
- Bebeği alt değiştirme ünitesi üzerine açma bezi vb. sererek sırt üstü pozisyonda yatırınız,

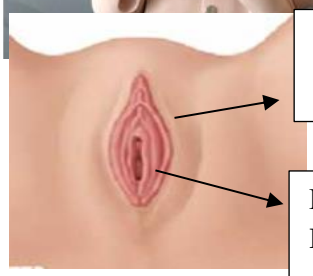
- Alt giysileri çıkarınız ve bezi açınız,
- Bebeği ayak bileklerinden nazikçe tutularak yukarı kaldırınız.

**<u>Kız bebeklerde</u>:**

- Yıkama yönünü göbek hizasından makata doğru olacak şekilde yapınız,



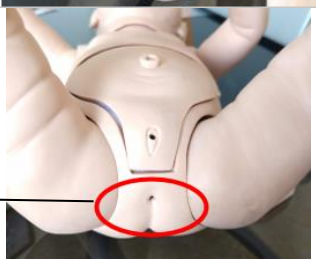
- Vajinada ki küçük dudakları iki parmak yardımıyla açarak solüsyonu cilt katmanlarınapüskürtünüz / sıkınız,




- Vajinada ki büyük dudakları iki parmak yardımıyla açarak solüsyonu cilt katmanlarına püskürtünüz / sıkınız,

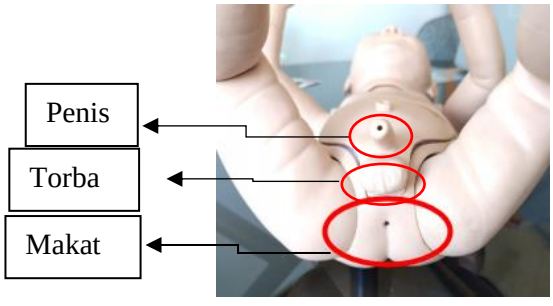


- Son olarak makat bölgesine solüsyonu püskürtünüz / sıkınız.




**<u>Erkek bebeklerde</u>**:

- İlk olarak penis ucundan başlayınız ve nazik hareketlerle geriye doğru temizleyiniz,




- Penisi nazikçe yukarı kaldırınız,
- Penisin altı ve torbaların etrafındaki
- cilt katmanlarına solüsyon püskürtünüz / sıkınız,

- Makat bölgesine solüsyon püskürtünüz / sıkınız,
- En son penisi serbest bırakarak göbek hizasından makata olacak şekilde solüsyon püskürtünüz / sıkınız.

**Yıkama sonrası:**

- Bez bölgesi kendi kendine kurumaya bırakınız (3-4 dk.),
- Daha sonra bezleyiniz.

**EK- 4**

## S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Raporu

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

## EK- 5

# İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

## EK- 6

# İstanbul Maltepe 21 Numaralı Aile Sağlığı Merkezi Kurum Araştırma İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

**EK- 7**

## Ölçeğin Kullanım İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

## EK- 8

# Bilgilendirilmiş Onam Formu

../../20..

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sizi Eda Ülger tarafından yürütülen "6-12 Aylık Bebeklerde Bez Dermatitinin Tedavisinde Steril Salin ve İçilebilir Ambalajlanmış Suyun Etkisinin İncelenmesi"başlıklı **araştırmaya**davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma**hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz**biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

**1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırmada, 6-12 aylık bebeklerde bez dermatitin tedavisinde steril salin ve içilebilir ambalajlanmış suyun etkisini incelemek amacıyla yapılacaktır.

b. Araştırmanın İçeriği: Ek gıdaya geçiş döneminde perineal bölge ve çevresindeki dermatolojik yaklaşım büyük öneme sahiptir. Bu dönemde iyatrojenik durumlar dahil birçok dermatolojik sorun yaşanmaktadır. Ek gıdaya geçiş döneminde karşılaşılabilecek sorunların ön görülerek erken tanı konulması, uygun tedavinin seçilmesiyle birlikte gereksiz ya da zararlı olabilecek uygulamaların önüne geçilmesine katkı sağlayacaktır. Bu sebeple hafif bez dermatiti olgularında bozulmuş doku bütünlüğünde kullanılması önerilen solüsyonlardan olan steril salin ve içilebilir ambalajlanmış su, ek gıdaya geçen ve olguların en sık görüldüğü 6-12 aylık bebeklerde perineal bölge ve çevresinin tedavisinde kullanılacaktır. Gerekli görülen durumlarda perineal bölge ve çevresi değerlendirme amaçlı fotoğraflanacaktır.

c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması

## 2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

**(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;**

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

***Not:*** *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

# KAYNAKÇA


Adib-Hajbaghery, M., Mahmoudi, M. & Mashaiekhi, M. (2014). The effects of bentonite and calendula on the improvement of infantile diaper dermatitis. Journal of Research in Medical Sciences: *The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. (19),4: 314.

Afshari, Z., Jabraeili, M., Asaddollahi, M., Ghojazadeh, M., & Javadzadeh, Y. (2015). Comparison of the effects of chamomile and calendula ointments on diaper rash. *Evidence Based Care.* 5(2), 49-56.

Al-Waili, N. S. (2005). Clinical and mycological benefits of topical application of honey, olive oil and beeswax in diaper dermatitis. *Clinical Microbiology and Infection.* 11(2), 160–163.

Amenyogbe, N., Kollmann, T. R., & Ben-Othman, R. (2017). Early-life host–microbiome interphase: the key frontier for immune development. *Frontiers in Pediatrics. 5*, 111.

Arndt, K.A., Schalock, P.C., Hsu & Jeffrey T. S. (2010). *Lippincott's Primary Care Dermatology.* 1. Baskı. Wolters Kluwer- Philadelphia.

Arndt, K. A., Hsu, J. T., Alam, M., Bhatia, A. C., & Chilukuri, S. (2013). *Manual of Dermatologic Therapeutics (Lippincott Manual Series).* 8.Baskı. Lippincott Williams & Wilkins.

Arıkan, D. & Alemdar, D. K. (2013). Çocuklarda bez dermatiti görülme sıklığının ve yapılan uygulamaların incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 12:4, 409–416.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2018). *Neonatal Skin Care:* Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 4th ed. Washington DC.

Baran, G. & Çimen, S. (2013). The effect of protective genital care protocol on preventing diaper dermatit development in 0-18 month old children using antibiotics. *Open Journal of Nursing.* 3, 153–161.

Bikowski, J. (2011). Update on prevention and treatment of diaper dermatitis. *Practical Dermatology for Pediatrics.* 16–19.

Blume-Peytavi, U., & Kanti, V. (2018). Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology, 35 Suppl 1*, s19–s23.

Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Lünnemann, L., Stamatas, G. N., Kottner, J., & Garcia Bartels, N. (2014). Prevention of diaper dermatitis in infants. *A Literature Review. Pediatric Dermatology.* 31, 4: 413-429.

Buckley, B.S., Mantaring, J.B., Dofitas, R.B., Lapitan, M.C. & Monteagudo, A. (2016). A new scale for assessing the severity of uncomplicated diaper dermatitis in infants: Development and validation. *Pediatric Dermatology*. 33(6): 632-639.

Carr, A. N., DeWitt, T., Cork, M. J., Eichenfield, L. F., Fölster-Holst, R., Hohl, D., Lane, A. T., Paller, A., Pickering, L., Taieb, A., Cui, T. Y., Xu, Z. G., Wang, X., Brink, S., Niu, Y., Ogle, J., Odio, M., & Gibb, R. D. (2020). Diaper dermatitis prevalence and severity: Global perspective on the impact of caregiver behavior. *Pediatric Dermatology. 37*(1), 130–136.

Chaithirayanon, S. (2016). Comparative study between talcum and zinc oxide cream for the prevention of irritant contact diaper dermatitis in infants. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(8), 1–6.

Christensen, L. & Kockrow, E.O. (2010). *Foundations of Nursing* (6th ed.) Mosby, Chapter 31, 1050-1051.

Cohen, B.A. (2021). *Pediatric Dermatology* (5. Ed) Saunders: Elsevier.

Cohen, J. (1998). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. *Routledge Academic*, New York, NY.

Coughlin, C.C., Eichenfield, L.F., & Frieden, I.J. (2014). Diaper dermatitis: Clinical characteristics and differential diagnosis. *Pediatric Dermatology*. 31(s1), 19–24.https://doi.org/10.1111/pde.12500.

Çağlar, S. (2015). Bez dermatiti ve bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 1(2), 29–33.

Dağoğlu T. & Ovalı F. (2017). Neonatoloji. 3. Baskı. *Nobel Tıp Kitap Evleri*. 303-310: 1253-1259.

Dastgheib, L., Pishva, N., Saki, N., Khabnadideh, S., Kardeh, B., Torabi, F. & Heiran, A. (2017). Efficacy of topical coriandrum sativum extract on treatment of infants with diaper dermatitis: a single blinded non-randomised controlled trial. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 24(4), 97–101.

Dumycz, K., Kunkiel, K., & Feleszko, W. (2019). Cosmetics for neonates and infants: haptens in products' composition. *Clinical and Translational Allergy.* 9, 15.

Elzouki, A. Y., Harfi, H. A., Nazer, H., Oh, W., Stapleton, F. B., & Whitley, R. J. (2011). *Textbook of Clinical Pediatrics.* Springer Science & Business Media.

Ekim, A., & Ocakçı, A.F. (2014). Yenidoğan cilt bakımında güncel yaklaşımlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 3(2): 30-37.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (2014); *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP; NPUAP). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf (ErişimTarihi: 04.04.2020).

Fölster-Holst R. (2018). Differential diagnoses of diaper dermatitis. *Pediatric Dermatology.* 35 Suppl 1, s10–s18.

Furber, C., Bedwell, C., Campbell, M., Cork, M., Jones, C., Rowland, L., & Lavender, T. (2012). The challenges and realties of diaper area cleansing for parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing : JOGNN, 41*(6), E13–E25.

Gardner, S., Carter, B., Enzman-Hines, M. & Hernandez, J.A. (2020). *Merenstein and Gardners's Hand Book of Neonatal Intensive Care* (Ninthedition). USA, St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby. 482-485.

Gözen, D., Çağlar, S. ve Doğan, Z. (2011). 0-24 Ay arası bebeği olan annelerin pişiği önleme ve bakımına yönelik uygulamaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 19:1, 17–22.

Gözen, D., Çağlar, S., Bayraktar, S. & Atıcı, F. (2013). Diaper dermatitis care of newborns human breast milk or barrier cream. *Journal of Clinical Nursing*. 23:3–4, 515–523.

Gunes, T., Akin, M. A., Sarici, D., Hallac, K., Kurtoglu, S. & Hashimoto, T. (2013). Guaiazulene: A new treatment option for recalcitrant diaper dermatitis in NICU patients. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 26:2, 197– 200.

Gustin, J., Bohman, L., Ogle, J., Fadayel, G., Mitchell, M. C., Narendran, V., Visscher, M. O., & Carr, A. N. (2021). Improving newborn skin health: Effects of diaper care regimens on skin pH and erythema. *Pediatric Dermatology*, *38*(4), 768–774.

Habif, T. P. (2015). *Clinical Dermatology* (6th ed.) London: Saunders/Elsevier.

Harmsen, H.J. ve Goffau, M. (2016). *Microbiota of the Human Body*. Springer/Cham. 95-108.

Harper, J., & Oranje, A. P. (2019). *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. John Wiley & Sons.

Heidari, S., Parizad, N., Shirazi, F., Alinejad, V., & Badelbuu, S. G. (2020). Comparing the effects of aloe vera ointment with routine treatment on the severity of diaper dermatitis: A randomized controlled double-blinded clinical trial. *Disease and Diagnosis.* 9(4), 158-162.

Irvine, D.A., Hoeger, H.P. & Yan, C.A. (2019). *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology.* 4. Baskı. Wiley-Blackwell. 300-302.

James, W.D., Timothy, G.B. & Dirk, M.E. (2019). *Andrew's Diseases of the Skin Clinical Dermatology* (13th ed.). London: Saunders/Elsevier.

Kayaoglu, S., Kivanc-Altunay, I., & Sarikaya, S. (2015). Diaper dermatitis in infants admitted to social pediatrics health center: Role of socio-demographic factors and infant care. *Indian Journal of Pediatrics.* 82:10, 904–908.

Keskin, E. (2019). Bebeklerde komplike olmayan bez dermatiti şiddet değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi: İzmir. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan Akçay Didişen).

Khanna, N. (2013). *Illustrated Synopsis of Dermatology & Sexually Transmitted Diseases* (4th ed.). Elsevier Health Sciences.

Klunk, C., Domingues, E., & Wiss, K. (2014). An update on diaper dermatitis. *Clinics in Dermatology. 32*:4, 477–487.

Koutchma, T. (2019). *Ultraviolet Light in Food Technology:* Principles and Applications (2nd ed.). CRC Press.

Kurt, H. & Kahraman, S. (2021). The Prevalence of diaper rash in infants aged 0-24 months and affecting factors in şanlıurfa. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi,* 59(2), 1-6.

Leyden, J.J., & Rawlings, A.V. (Eds.) (2013). *Skin Moisturization* (3. ed.). CRC Press.

Li, C. H., Zhu, Z. H., & Dai, Y. H. (2012). Diaper dermatitis: a survey of risk factors for children aged 1-24 months in China. *The Journal of International Medical Research.* 40:5, 1752–1760.

Lund, H.C. & Kuller, M.J. (2014). Integrumentary system. In: Kenner C, Wright Lott J, eds. *Comprehensive Neonatal Nursing Care.* 5th ed. USA: Springer Publishing Company. p.299-333.

Martin, R., Makino, H., Cetinyurek Yavuz, A., Ben-Amor, K., Roelofs, M., Ishikawa, E., Kubota, H., Swinkels, S., Sakai, T., Oishi, K., Kushiro, A., & Knol, J. (2016). Early-life events, including mode of delivery and type of feeding, siblings and gender, shape the developing gut microbiota. *PloS One.* 11:6, e0158498.

Merrill, L. (2015). Prevention, treatment and parent education for diaper dermatitis. *Nursing for Women's Health.* 19,4: 324-337.

Moura LI, Dias AM, Carvalho E. & de Sousa HC. (2013). Recent advances on the development of wound dressings for diabetic foot ulcer treatment. *Acta Biomater*. 9,7:7093–114.

Neyzi, O., Ertuğrul, T., Darendeliler, F. (2020). *Pediyatri.* 5. Baskı: 750. Nobel Tıp Kitabevi.

Nourbakhsh, S. M. K., Rouhi-Boroujeni, H., Kheiri, M., Mobasheri, M., Shirani, M., Ahrani, S., Keivani, Z. (2016). Effect of topical application of the cream containing magnesium 2% on treatment of diaper dermatitis and diaper rash in children a clinical trial study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 10:1, 4–6.

Oranje, A. P. (2015). Recent developments in the management of common childhood skin infections. *Journal of Infection.* 71: S76-9.

Owa, A.B., Oladokun, R.E. & Osinusi K. (2016). Diaper dermatitis among children in Ibadan, Nigeria: frequency and predisposing factors. Eur. J. *Pediatr Dermatol.* 26,3: 135-141.

Paige, D.G., Gennery, A.R. & Cant, A.J. (2016). *The Neonate. Rook's Textbook of Dermatology* (9. Ed). 1012-1023.Wiley- Blackwell.

Paller, A.S. & Mancini, A.J. (2020). *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology:* a textbook of skin disorders of chilhood and adolescence (6th ed.), 21-23. Philadelphia, PA: Elsevier.

Panahi, Y., Sharif, M. R., Sharif, A., Beiraghdar, F., Zahiri, Z., Amirchoopani, G., Marzony, E. T., & Sahebkar, A. (2012). A randomized comparative trial on the therapeutic efficacy of topical aloe vera and Calendula officinalis on diaper dermatitis in children. *The Scientific World Journal,* 810234.

Pillitteri, A. (2017). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family* (8.Ed). Chapter 40, 1137-1149, Lippincott Williams & Wilkins.

Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. (2014). https://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf.Erişim Tarihi: 25.04.2018.

Ravanfar, P., Wallace, J. S., & Pace, N. C. (2012). Diaper dermatitis: a review and update. *Current Opinion in Pediatrics. 24*:4, 472–479.

Robles, DM, Saldana, M., del Carmen, Velez-Muniz, R., Velasco, MAM, and Asz-Sigall, D. (2021). *Hair Disorders Diagnosis and Management:* Hypertrichosis, 129-145. CRC Press.

Samakayanusorn, N., Chaithirayanın, S., Chalermchai, T., Ophaswongs, S., Siriwat, N., Udompataikul, M. (2017). Comparison of rice starch powder and zinc oxide cream fort he prevention of diaper dermatitis. *J Med Assoc Thai.* 100:1.

Schachner, L. & Hansen. R. (2011). *Pediatric Dermatology* (4th ed.) Elsevier, 878-882.

Scheich, B. & Bingham, D. (2015). Key findings from the AWHONN perinatal staffing data collaborative. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 44,2: 317-328.

Seifi, B., Jalali, S. ve Heidari, M. (2017). Assessment effect of breast milk on diaper dermatitis. *Dermatology Reports*, 9:1, 17–20.

Shah, KN. (Ed.) (2014). Pediatric dermatology for diaper dermatitis. *Pediatr Clin North Am.* 61, 2: xv-xvi.

Shin, H. T. (2014). Diagnosis and management of diaper dermatitis. *Pediatric Clinics of North America.* 61,2: 367–382.

Shoji, S., Katayama, I., Aihara, M., Ohya, Y., Saeki, H., Shimojo, N. & Yamada, H. (2017). Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergology International.* 66(2), 230-247.

Stamatas, G. N. ve Tierney, N. K. (2014). Diaper dermatitis: Etiology, manifestations, prevention and management. *Pediatric Dermatology*. 31,1:1-7.

Suebsarakam, P., Chaiyarit, J., & Techasatian, L. (2020). Diaper dermatitis: Prevalence and associated factors in 2 university daycare centers. *Journal of Primary Care & Community Health.* 11, 2150132719898924.

Sukhneewat, C., Chaiyarit, J., & Techasatian, L. (2019). Diaper dermatitis: a survey of risk factors in Thai children aged under 24 months. *BMC Dermatology*. 19(1), 7.

Thomas. S. (2022). *Human Microbiome İmplications Therapeutic Interventions* (1.baskı). Springer/Cham, 24-25.

Toscano, M., De Grandi, R., Grossi, E., & Drago, L. (2017). Role of the human breast milk-associated microbiota on the newborns' ımmune system. *Front Microbiol*. 25: 8: 2100.

Türsen, Ü. (2013). Ülser tedavisinde yara örtüleri. *Turk J Dermatol*, 7, 61–71.

Tüzün, Y., Wolf, R., Bağlam, S., Engin, B. (2015). Diaper (napkin) dermatitis: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clinics in Dermatology*. 33:4, 477–482.

Underwood, MA., German, JB., Lebrilla, CB., Mills, DA. (2015). Bifidobacterium longum subspecies infantis: champion colonizer of the infant gut. *Pediatr Res.* 77, 1-2: 229-35.

Wilson, D. & Hockenberry, M.J (2014). *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing* (8.baskı). Elsevier Health Sciences