



T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**MESANE KATETERİ OLAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNE
KAYITLI HASTALARIN BAŞVURULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE BAKIM VERENLERİN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Hatice EKŞİ

Tez Danışmanı

Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR - 2023



T.C.SAğLIK BAKANLIğI

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR BOZYAKA EğTİM ve ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**MESANE KATETERİ OLAN EVDE SAğLIK HİZMETLERİNE
KAYITLI HASTALARIN BAşVURULARININ
DEğERLENDİRİLMESİ VE TüKENMİşLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dr. Hatice EKşİ

Tez Danışmanı

Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR – 2023

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecim boyunca desteğini hissettiren, tezimin her aşamasında tecrübeleriyle yol gösteren sevgili hocam ve tez danışmanım Uz. Dr. Özge Tuncer' e, eğitim sürem boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Aslı Bayındır' a, hayata ve hekimlik mesleğine bakışını kendime kılavuz edindiğim Uz. Dr. Halime Seda Küçükerdem' e ve Uz. Dr. Olgu Aygün' e,

Beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm hocalarım, asistan ve hemşire arkadaşlarıma,

Asistanlık sürecim boyunca desteğini her zaman hissettiğim kıymetli arkadaşım Uz. Dr. Ebru Terzi'ye ve keyif alarak çalıştığım sevgili eşkıdemlerim Dr. İkbâl Karataş, Dr. Seda Eleman, Dr. Bahar Berna Gökçe' ye,

Hayatım boyunca bana inanan ve her kararımda yanımda olan canım anneme, babama ve sevgili kardeşim Duygu Ekşi' ye,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

DR. HATİCE EKŞİ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	16
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	16
2.1.1 Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı	16
2.1.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve İşleyişi.....	16
2.2.ÜRİNER KATETERİZASYON.....	17
2.2.1.Üriner Kateterizasyon Endikasyonları.....	18
2.2.2.Üriner Kateterizasyon Kontrendikasyonları.....	18
2.2.3.Üriner Kateter Seçimi	18
2.2.4.Üriner Kateterizasyon Komplikasyonları.....	19
2.3. ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI.....	20
2.3.1. Üriner Sistem Enfeksiyonu Belirti ve Bulguları.....	20
2.3.2. Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısı.....	20
2.3.3.Üriner Sistem Enfeksiyonu Tedavisi.....	21
2.4.KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU.....	23
2.5.KATETER İLİŞKİLİ ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONUNDA BAKIMVERENİN ROLÜ.....	24
2.6.TÜKENMİŞLİK.....	24
2.6.1 Tükenmişlik Belirtileri.....	24
2.6.2.Tükenmişlik Evreleri.....	25
2.6.3.Tükenmişlik Modelleri.....	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	29

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE YAPILDIĞI YER.....	29
3.3. ETİK KURUL İZNİ.....	29
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	29
3.5. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	29
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ÇALIŞMANIN YAPILMASI.....	30
3.6.1 Anket Formu.....	30
3.6.2.Maslach Tükenmişlik Anketi.....	30
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	31
4.BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	73
EK-1 MASLACH TÜKENMİŞLİK ANKETİ	73
EK-2 ANKET FORMU.....	74

KISALTMALAR

ESH: Evde Sağlık Hizmetleri

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

TİT: Tam İdrar Tetkiki

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

VAC: Vacuum Assisted Closure

ÜSE: Üriner Sistem Enfeksiyonu

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

NG: Nazogastrik

ESYS: Evde Sağlık Yönetim Sistemi

IDSA: Infectious Disease Society of America

UPEC: Üropatojen Escherichia Coli

ÇİD: Çoklu İlaç Direnci

GSBL: Genişlemiş Spektrumlu Beta Laktamazlar

SVH: Serebrovasküler Hastalık

DM: Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

KİÜSE: Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

NÜSE: Nazokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonu

KET'li: Üriner Kateter Elektronik Takip Sistemli

KET'siz: Üriner Kateter Elektronik Takip Systemsiz

ESGNI: Study Group for Nosocomial Infections

INICC: International Nosocomial Infection Control Consortium

NHSN: National Healthcare Safety Network

CDC: Centers for DiseaseControl and Prevention



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 2: Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve kronik hastalıklarının dağılımı

Tablo 3: Mesane kateter bakımı ile ilgili durumların dağılımı

Tablo 4: Bakım verenlerin mesane kateterizasyonu ile ilgili bilgi düzeyleri

Tablo 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden elde ettikleri puanların dağılımı

Tablo 7: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Tablo 8: Örneklem Büyüklüğünün Güvenilirlik Analizi (KMO ve Bartlett's Test)

Tablo 9: Tam idrar tetkikinin değerlendirilmesi

Tablo 10: Kültürde üreme ve antibiyotik duyarlılığı

Tablo 11: Sosyodemografik değişkenlere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam puanlarının karşılaştırılması

Tablo 12: Tam idrar tetkikindeki özelliklerin kültürde üreme ile karşılaştırılması

Tablo 13: Tam idrar tetkikinde üreme durumlarının kültürde duyarlılık ile karşılaştırılması

Tablo 14: Hastanın cinsiyetine göre evde sağlık hizmetlerine başvurma nedenleri ve katater değişimi için başvurma sıklığı

Tablo 15: Mesane kateteri bakımıyla ilgili öncüllerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınan toplam puanlarla karşılaştırılması

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ESH (Evde Sağlık Hizmetleri)' ye kayıtlı mesane kateteri olup ÜSE (Üriner Sistem Enfeksiyonu) şüphesiyle başvuran ve TİT (Tam İdrar Tetkiki), idrar kültürü çalışılan hastaların bakım verenlerinin başvuruları değerlendirilmiş, tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir.

Gereç ve yöntem: Araştırma analitik, kesitsel, ulusal, tek merkezli anket çalışmasıdır. Çalışma S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ESH birimine kayıtlı ve mesane kateteri olan hastaların bakım verenleriyle yapılmıştır. Mesane kateteri olan 125 hastadan ÜSE semptomuyla polikliniğe başvuran ve tanısal TİT, idrar kültürü çalışılan, dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 hastanın bakım vereniyle çalışma tamamlanmıştır. Sosyodemografik verileri içeren anket formu, hastaların başvuru nedenlerini ve bilgi düzeyi sorularını içeren anket formu, bakım verenlerin tükenmişliğini ölçmek için MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bakım verenlerin %79' u kadın, %21' i erkektir. Bakım verenlerin yaş ortalaması $75,1 \pm 13,8$ ' dir. Hastaların yaş ortalaması $75,1 \pm 13,8$ olup %64' ü erkektir. Hastaların % 47' si 12 aydan fazla zamandır mesane kateteri kullanmaktadır. Katetere en sık ihtiyaç duyma nedenleri %91 yatağa bağımlılık, %80 bakım yükünü azaltmadır. En sık başvuru nedeni %61 oranında değişim zamanının gelmesi, %48 tıkanma, %47 sızdırmadır. TİT' de %79 bakteriüri tespit edilmiştir. İdrar kültüründe %72 üreme saptanmıştır. En sık üreyen etken %25 oranında E. Coli' dir. En yüksek duyarlılık saptanan antibiyotik %39 Amikasin, %37 Gentamisindir. Bakım verenlerin MTÖ' den aldıkları puan ortalaması $19,1 \pm 11,2$ olup tükenmişlik düzeyleri düşük bulunmuştur. Sızıdırma şikayeti ($p=0.011$), sondada tıkanma ($p=0.017$) şikayetleri kadın hastalarda erkeklerden daha sık evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenidir.

Sonuç: Çalışmamıza dahil edilen hastalarda yatağa tam bağımlılık, en sık mesane kateterine ihtiyaç duyma nedenidir. En sık görülen komplikasyon sondada tıkanıklık olmasıdır. Hastaların %72' sinde kültürde üreme saptanmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin mesane kateteri hakkında bilgi düzeyi yüksek bulunmuş, tükenmişlik düzeyi düşük çıkmıştır. Bakım verenlerin bilgi düzeyinin artmasıyla daha az komplikasyonla karşılaşacakları, stres ve iş yüklerinin azalacağı daha az tükenmişlik hissedecekleri düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: üriner kateter, tükenmişlik, evde bakım hizmetleri



ABSTRACT

Purpose: In this study, the applications of caregivers of patients with bladder catheters registered to Home Health Care Services (HHCS), who sought medical attention due to suspected Urinary Tract Infections (UTI) and underwent Complete Urinalysis (CUA) and urine culture, were evaluated. Additionally, their levels of burnout were examined.

Materials and Methods: This study is a descriptive, cross-sectional, national, single-center survey. The study was conducted with caregivers of patients with bladder catheters registered to the HHCS unit of S.B.Ü. İzmir Bozyaka Training and Research Hospital.

The study was completed with the caregivers of 100 patients who presented to the outpatient clinic with the symptom of UTI, out of 125 patients with bladder catheters, whose diagnostic TIT and urine culture were studied, and who met the inclusion criteria. A survey form was used, which included socio-demographic data, questions about the reasons for patient referrals and their knowledge level, and the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to measure the caregivers' burnout levels.

Results: 79% of the caregivers participating in the study were female and 21% were male. The average age of caregivers is $75,1 \pm 13,8$. The average age of the patients was 75,1, and 64% of them were male. 47% of the patients had been using a bladder catheter for more than 12 months. The most common reasons for needing a catheter were bedridden condition (91%) and reducing caregiver burden (80%). The most frequent reasons for patient referrals were due to the need for catheter replacement (61%), blockage (48%), and leakage (47%). 79% bacteriuria was detected in CUA. In the urine culture, 72% showed growth. The most frequently detected microorganism was *E. coli*, accounting for 25% of cases. The antibiotics with the highest sensitivity rates were Amikacin (39%) and Gentamicin (37%). The caregivers had an average score of $19,1 \pm 11,2$ on the MBI. The participants' burnout levels were found to be low according to the MBI. . Leakage complaint ($p=0.011$), urine coming to the catheter ($p=0.049$), and catheter blockage ($p=0.017$) were more frequent reasons for referral to HHCS among female patients than male patients.

Conclusion: In our study, complete bedridden condition was the most common reason for needing a bladder catheter in the included patients. The most frequent complication observed was catheter blockage. In 72% of the patients, growth was detected in the urine culture. The majority of caregivers were female and housewives. This study revealed that caregivers had a high level of knowledge about bladder catheters, and their burnout levels were low. It is

believed that with an increase in caregivers' knowledge level, they will encounter fewer complications, experience reduced stress and workload, and feel less burnout.

Keywords: urinary catheter, burnout, home care services



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Teknolojik ve bilimsel yeniliklerle birlikte hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmaktadır. Erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler beklenen yaşam süresini uzatmış bunun sonucu olarak da engellilik ve kronik hastalıkların sıklığı artmıştır. Bireylerin yaşlılıkla birlikte fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarının azalması nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştırmıştır. Sağlık hizmetlerini toplumun tüm bireylerine ulaştırmak amacıyla ESH birimleri kurulmuştur. ESH bireylerin sağlığını korumayı, geliştirmeyi, yeniden sağlığına kavuşmasını ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Hastaların tetkik, tedavi, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Tıp ve sağlık alanındaki ilerlemeler sağlık hizmetlerinin evde sunulmasını kolaylaştırmıştır. Kronik hastalıkları ve engelliliği nedenli sağlık kurumlarına ulaşması zor ve maliyetli olan bu hastalar için sağlık hizmetlerinin evde verilmesi yaşam kalitelerini artırmaktadır. Yaşlılık, kronik hastalıklar, bilişsel fonksiyonların gerilemesi ve fiziksel engeller bu hastaların ihtiyaçlarını tek başlarına karşılayamamalarına neden olur. İşlevselliği azalan hastalar ihtiyaçlarını karşılamak için bakım verene ihtiyaç duyar. Ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde değişen toplumsal yapıya karşın güçlü aile ilişkileri devam etmekte ve bakım verme sorumluluğunu genellikle aile bireyleri üstlenmektedir. Aile içerisinde bu görev özellikle kız çocukları ve gelinlere düşmektedir. Bakım veren hastayı yedirme, giydirme, banyo yaptırma, çevirme, altını değiştirme, ilaçlarını verme, psikolojik yardım gibi birçok destek sağlar.

Hastasının günlük ihtiyaçlarının yanında bazı hastaların tedavisi ve palyasyonu için mekanik cihazlar ve malzemeler kullanılmaktadır. Bu malzeme ve cihazların amacı hastanın tedavi ve palyasyonunun ev ortamında da devamlılığını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Mesane kateteri, PEG (perkütan endoskopik gastrostomi), nazogastrik kateter, trakeostomi, homevent cihazları, VAC (vacuum- assisted closure) bunlardan bazılarıdır. Hastaların yaşamının bir kısmı ya da tamamında bu cihaz ve tıbbi malzemeleri kullanması gerekebilir. Bu malzemeler ev ortamına da uygun olacak şekilde geliştirilmiştir. Cihaz ve malzemelerin bakımını ve kontrollerini bakım veren yapmaktadır. Taburcu olurken bakım verene eğitim verilir evde devam eden süreçte ESH ekibi bilgilendirme yapar. Bakım verene hastasının mevcut durumu, hekimin yapacağı işlemler ve bakım verenin yapması gerekenler anlatılır. Varsa mekanik cihaz ve malzeme kullanımları öğretilir, bakım verenin uygulamaları da kontrol edilir.

Mesane kateteri yaşıllıkla artan üriner inkontinans, yatağa bağımlılıkla beraber oluşan dekübit ülseri, üriner obstrüksiyona neden olan prostat patolojisi gibi nedenlerden bu hasta grubunda sık kullanılan bir tıbbi malzemedir. Bakım verenlerin iş yükünü azaltır fakat ÜSE, sızdırma, tıkanma gibi komplikasyonları da sık görülmektedir. Yanlış bilgi ve uygulamalar hastanın daha çok komplikasyonla karşılaşmasına ve bakım verenin bu sorunlarla daha sık karşı karşıya kalmasına neden olur. Bakım verenin iş yükü artar ve kendisini yetersiz hissedebilir. Ev ziyaretinde bakım verenlerin bilgisi sorgulanmalı yanlış uygulamalar düzeltilmelidir.

Yaşlı, yatağa bağımlı hastanın bakımı komplekstir, bakım veren için yorucu ve anlaşılmaz olabilir. Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların evde yaşam süreleri uzamıştır ve bakım verenin hastasıyla ilgili bilişsel sorunlar, hastanın hareket yeteneği, güvenlik sorunları, düşme, dışkı ve idrar kaçırma, kronik sağlık sorunları gibi stresi artıran durumlarla uzun süre karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu yardımların tümü zaman alıcıdır ve bakım vereni duygusal, psikolojik ve fiziksel olarak yıpratır. Bu zamanla bakım veren üzerinde bir stres oluşturmaya başlar. Stres artışı, bakım verenin sağlığının bozulmasına, tükenmesine ve depresyonuna neden olabilir (1-3).

Çalışmamızda Bozyaka Hastanesi ESH' ye kayıtlı mesane kateteri mevcut olan ve ÜSE bulgularıyla başvuran hastaların TİT VE idrar kültürü incelenmiş, bakım verenlerin başvuruları, bilgi düzeyi ve uygulamaları sorgulanmış, tükenmişlik durumu değerlendirilmiştir. Amacımız hastaların kateter nedenli yaşadıkları komplikasyonların, bakım verenlerin bilgi düzeyinin ve tekrarlayan ÜSE' nin tükenmişliğe olan etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1 Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı

ESH; yatağa bağımlı, çeşitli kronik ve malign hastalıklar ya da ameliyat sonrası ihtiyaçları nedeniyle sağlık kuruluşuna ulaşımında güçlükler yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir (4). Engelli, yaşlı, süregen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri bulundukları ortamdan ayırmadan desteklemeyi, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamayı, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini hedefler. Bunun yanında bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletir. Birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (5).

Tüm dünyada ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklar, engellilik durumları ve bakıma muhtaçlık artmıştır. Bu durum sağlık harcamalarının artmasına neden olmuş alternatif bakım yöntemleri geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Tüm dünya ülkeleri bakıma muhtaçların temel gereksinimlerini karşılayacak uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, etkili, kapsamlı ve aile ile devletin rolü arasındaki dengeyi sağlayacak kısa ve uzun süreli evde bakım hizmetlerini geliştirme ve politika oluşturma konusunda çaba gösterilmektedir (6).

2.1.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve İşleyişi

ESH başta yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar olmak üzere toplumdaki bütün yaş gruplarına hitap etmektedir. 80 yaş üzeri bağımlılık durumuna bakılmaksızın, 65 yaş üzeri tam ya da ileri bağımlılığı olan bireyler hizmetten yararlanabilir. Hastalığı nedenli bir cihaza ya da eve bağımlı olanlar ve Palyatif Bakım Hizmeti sonrası tıbbi bakımına evde devam edilmesi uygun hastaları kapsar. Herhangi bir nedenle primer hekimince tedavisi planlanmış ve evde de tıbbi tedavisi devam etmesi gereken bireylere tıbbi bakım ve tedavi hizmeti sunar. Terminal dönem kanser, multi morbiditeye sahip kronik hastalar, diyabet, kalp yetmezliği, inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), alzheimer/demens, nörodejeneratif hastalıklar, kalça/diz/omuz fraktürü sonrası tedavi ve takip yapılan hastalar ve amputasyon sebebiyle tıbbi bakım alması gereken hastalar öncelikli olarak evde sağlık hizmeti kapsamında

değerlendirmeye alınır. Enteral beslenmesini PEG (Perkütan endoskopik gastrostomi) ya da NG (Nazogastrik) kateter ile devam ettiren hastaların takipleri, komplikasyonlarının yönetimi ve kateter değişimleri hizmete dahildir. Kapsama alınan hasta grupları sürekli ve sürekli olarak ayrılmaktadır. Sürekli hizmete dahil olanlar; hastalığı veya kullandığı cihaz nedeniyle ömür boyu tam ya da ileri derece bağımlı olanlar ve 80 yaş üzeri tüm hastalardır. Sürekli hizmete taburculuk sonrası hekimince tıbbi tedavisinin 30 güne kadar devam edebileceği bireyler dahil edilmektedir (7).

2 Haziran 2023 yılı yönetmeliğine göre hasta veya yakını ESH iletişim merkezleri ve/veya bakanlığın belirlediği bilişim araçları vasıtasıyla başvuru talebinde bulunur. Bu talep il koordinasyon merkezince hastanın adresi kılavuzluğunda ilgili ESH birimine aktarılır. Başvuru talebi ESYS (Evde Sağlık Yönetim Sistemi) üzerinde görünür. İlgili merkezce görevlendirilen doktor-yardımcı sağlık personelinden oluşan ekip hastayı yerinde değerlendirerek ESH hastası olup olmadığına karar verir. Hasta ESH' a uygunsa kliniği ve hastalıkları doğrultusunda günlük-haftalık-aylık ziyaret programına dahil edilir. Hastanın dosyası oluşturularak her talep, ziyaretler, uygulanan tedaviler, yapılan işlemler sistematik şekilde not edilir. Hizmete uygun olmadığı düşünülen hastalar ise yakınları bilgilendirilerek ihtiyacı olan sağlık ya da sosyal yardım birimlerine yönlendirilir (8). Yatağa bağımlılık, obstrüktif üropatolojiler nedeniyle mesane kateteri olan hastalar azımsanamayacak kadar çoktur ve kateter nedeniyle oluşan komplikasyonların, endikasyonun devamlılığı ya da kateterin gerekliliğinin takibi ESH birimleri tarafından yürütülmektedir.

2.2.Üriner Kateterizasyon

2.2.1.Üriner Kateterizasyon Endikasyonlar

Üriner kateterler hasta yönetimi hasta yönetimi için önemli bir tıbbi cihaz olmasına rağmen kateterlerin uzun süreli ve gereksiz kullanımı, hem enfeksiyöz hem de enfeksiyöz olmayan komplikasyonlara neden olma açısından hasta güvenliği için de risk oluşturur. Bu nedenle hasta doğru bir şekilde değerlendirilip sadece endikasyon varsa kateter takılmalıdır. Hastanın hekimince yapılan takiplerinde endikasyonunun devamlılığı değerlendirilmelidir. ESH biriminde hastaların düzenli aralıklarla takip edilmesi endikasyon devamlılığının değerlendirilmesi için önemlidir. Kateter endikasyonları şu şekilde sıralanabilir:

İdrar retansiyonuna neden olan mesane disfonksiyonu oluşturan nörolojik bozukluklar

Üriner sistem obstrüksiyonunun giderilmesi

Üriner sistem anatomisini bozan cerrahi girişimler

İdrar çıkışının takip edilmesi gerekenler

Mesane disfonksiyonu ya da idrar retansiyonu oluşturan nörolojik bozukluklar

Yoğun bakım gerektiren hastalarda idrar çıkışının yakın takibi

Terminal dönemde üriner inkontinansı olan yatak değişiminin mümkün olmadığı bakım hastaları

Mesane içi tanı ya da tedavi amaçlı ilaç uygulamaları (9).

2.2.2.Üriner Kateterizasyon Kontrendikasyonları

Travma nedenli üretral hasar mesane kateteri uygulanması açısından tek mutlak kontrendikasyondur (10). Bunun yanında üretral darlık, üriner sistem cerrahi öyküsü (üretra, prostat, mesane vs), yapay sfinkter varlığında fayda-zarar ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır (11).

2.2.3.Üriner Kateter Seçimi

Uygulanacak kateterin özellikleri katetere bağlı enfeksiyon gelişme riskini etkilemektedir (12). Klinik açıdan aksi belirtilmemişse yeterli drenajı sağlayacak mesane boynu ve üretrayı en az travmatize edecek en küçük kateter tercih edilmelidir (13). Erişkinlerde genelde kadınlarda 14-16F, erkeklerde 16-18F kateter kullanılmaktadır.

2.2.4.Üriner Kateterizasyon Komplikasyonlar

Uzun süre kateterizasyon uygulanan hastalarda görülen komplikasyonlar iki gruba ayrılır. İlki üriner kateterizasyon uygulanan hastalarda en yaygın komplikasyon bakteriüri ve bu olguların çoğunda ortaya çıkan ÜSE' dir. Foley kateterin balonu mesanenin tabanını kaplar ve mesanede rezidü 10- 100 ml idrar kalmasına neden olur (14). Bu rezidüel idrar bakteri kolonizasyonunu kolaylaştırmaktadır. Böylece böbreklerden inen enfekte olmamış steril idrar da hızla enfekte olabilmektedir. Bu da mesanenin kronik enfeksiyonuna zemin hazırlamaktadır. İkincisi ise kateterizasyon sürecinde mesane ve böbrekte taş oluşabilir ve bu taşlar obstrüksiyona neden olabilir. Böbrek taşları nedeni ile hastada akut ya da kronik piyelonefrit gelişebilir (15).

Kısa süreli kateterizasyonda görülen akut komplikasyonlar; piyelonefrit, bakteriyemi, semptomatik ÜSE' dir. Hastaya kateter takılıp çıkarılırken travma nedeni ile hematüri, üretral yapışıklık, üretra ve mesane yırtılması, rektum perforasyonu gibi komplikasyonlar görülmektedir (16, 17).

Uzun süreli mesane kateterizasyonu mesane kaslarında atrofiye ve üriner inkontinansa neden olur. Büyük kateter kullanımı ya da yetersiz kayganlaştırıcı kullanımı sürtünmeyi artırarak ağrı yapabilir (15).

2.3. Üriner Sistem Enfeksiyonları

2.3.1. Üriner Sistem Enfeksiyonu Belirti ve Bulguları

Alt üriner sistem enfeksiyonu semptomları: sık idrara çıkma, idrar kaçırma, dizüri, bazen suprapubik hassasiyet veya ağrıdır; ateş yoktur. Mikroskopik veya makroskopik hematüri görülebilir (18).

Üst üriner sistem enfeksiyonun klasik semptomları; ateş, yan ağrısı ve beraberinde alt üriner sistem enfeksiyonu (dizüri, pollaküri ve sıkışma hissi) bulgularıdır (18, 19). ESH hastalarının büyük çoğunluğunun nörokognitif fonksiyonları bozuktur ve bu nedenle oryante-koopere değildir. Dizüri, yan ağrısı, suprapubik hassasiyeti ve pollaküri zaten subjektif yakınmalarken bu hasta grubunda her zaman değerlendirilemez.

2.3.2. Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısı

Üriner sistem enfeksiyonlarının tanısında kullanılan ilk aşama mikroskopik incelemedir. Taze santrifüje uğramamış orta akım idrarda en az 10 lökosit/mm³ görülmesi piyüri olarak tanımlanır. Santrifüj edilmiş idrarda *40 büyütmede her sahada 5-10 lökosit olması da piyüri olarak tanımlanır. Piyüri nonspesifik bir bulgudur enfeksiyon olmaksızın da görülebilir (20).

ÜSE' lerin çoğunda (< 2g/24 saat) proteinüri, alt üriner sistem enfeksiyonu olan hastalarda ise mikroskopik ve bazen makroskopik hematüri görülebilir.

ÜSE tanısında idrar örneğinin bakteri açısından incelenmesi sık kullanılır. Santrifüjsüz orta akım idrarının gram boyasında 1x1000 büyütmede en az bir bakterinin görülmesi $\geq 10^5$ koloni/ml ile uyumludur ve anlamlı kabul edilir. Bakteriürinin saptanmasında hızlı indirekt bir metod ise idrarda nitrit varlığının gösterilmesidir. Bakteri tarafından nitratın redüklenmesi ile oluşturulur. Özellikle düşük oranda bakteriüri varsa (10² -10³ /ml) yanlış negatiflik sık görülür. İdrar kültürü, üriner sistem enfeksiyonu olan hastaların idrarında en az 10⁵ koloni/ml

bakteri mevcuttur. Semptomatik infeksiyonu olan genç kadınların 1/3'ünde 10^5 koloni/ml'den daha az bakteri saptanır. "Infectious Disease Society of America" (IDSA) tanımlamalarına göre sistit için idrarda $\geq 10^3$ koloni/ml (duyarlılık %80, özgüllük %90), piyelonefrit için $\geq 10^4$ koloni/ml (duyarlılık %90, özgüllük %95) bakteri bulunmalıdır (21). Son yayınlanan rehberlere göre sistit tanısı için ≥ 100 koloni/ml mikroorganizma yeterlidir (22).

İdrar kültüründe üreme olmadan veya ml'de 1000'den az bakteri üremesi ile birlikte görülen piyüri, steril piyüridir. ÜSE semptomları olmaksızın steril piyüri, Mycoplasma ve Chlamydia üretritleri, üriner tüberküloz, vajinit ve diğer genital sistem infeksiyonları ve interstisyel sistite bağlı olarak görülebilir (22).

2.3.3. Üriner Sistem Enfeksiyonu Tedavisi

Gram pozitif, gram negatif bakteriler başta olmak üzere mantarlar da ÜSE etiyolojisinde yer alır. Komplike olmayan ÜSE çoğunlukla sağlıklı çocuklar, yaşlılar ve kadınları etkiler. Komplike ÜSE ise kalıcı kateterizasyon, üriner trakt anomalileri, bağışıklığın baskılandığı durumlar ve antibiyoterapi sonrası görülebilir. Hem komplike hem non komplike ÜSE'lerde en sık görülen etken üropatojen *Escherichia Coli*'dir (UPEC). Komplike olmayan ÜSE'ler için diğer nedensel ajanlar (yaygınlık sırasına göre) *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, grup B *Streptococcus* (GBS), *Proteus mirabilis*'tir. *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* ve *Candida* spp. (23-26). Komplike ÜSE'ler için diğer nedensel ajanlar (yaygınlık sırasına göre) *Enterococcus* spp. *K. pneumoniae*, *Candida* spp, *S. aureus*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa* ve GBS'dir (27-30).

Yaşlı ve kırılğan hastada asemptomatik bakteriüri yanıltıcı olabilir, bu hasta grubunda rutin tarama ve ampirik antimikrobiyal tedavi önerilmemelidir. Kültür ve antibiyogram sonuçlarına göre antibiyoterapi planlanmalıdır (31). Tedavi planlanırken hastanın komorbiditeleri değerlendirilmeli üropatojen direnç paterni ve yerel direnç durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi öncesi hastane yatış öyküsü olması, daha önce antibiyotik kullanmış olmak ve özellikle bakım hastası olması direnç gelişimi açısından riskli durumlardır ve tedavi planlamada göz önünde bulundurulmalıdır (32).

Yaşlılarda ÜSE tedavi kararı verilirken ilaç etkileşimleri, bilişsel etkileri, yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Yandaş hastalıkların (DM, HT, kronik böbrek hastalığı) kontrol altında olup olmaması tedavi başarısını ve rekürrensi etkilemektedir. Hastada ÜSE oluşumunu kolaylaştıracak mesane kateteri, yatağa bağımlılık gibi faktörlerin varlığı iyi

sorgulanmalı ve tedavi kararı tüm bu durumlar bütüncül düşünülerek alınmalıdır. Antibiyotik seçiminde allerji öyküsü ve hastalığın derecesi de önemlidir (31).

Çoklu ilaca dirençli (ÇİD) üropatojenlere yönelik tedavi seçenekleri sınırlı olduğundan, klinisyenlerin bu enfeksiyonlar için spesifik klinik ve epidemiyolojik risk faktörlerinin farkında olması gerekir.

Tedavi algoritması kliniği uygun, hafif ateş hafif lökositoz ve bulantı -kusması olmayan hastalarda ampirik olarak oral nitrofurantoin (kronik böbrek yetmezliğinde önerilmez), fosfomisin ve trimetoprim -sulfametaksazol başlanması önerilir. Akut basit sistit tanılı yaşlı bireylere kinolon önerilmemektedir. Kültür antibiyogramına göre tedavi planlanabilir.

Kliniği orta şiddette olan (sepsis düşünülmeyen akut piyelonefrit) yaşlı bireylerde başlangıçta kinolon kullanımı uygun olmayanlarda 3. veya 4. kuşak sefalosporinler, aminoglikozid ± ampisilin, karbapenem ya da piperasilin/tazobaktam ± aminoglikozid tercih edilmelidir. İlk 48-72 saatte tedavi yanıtı değerlendirilir. Klinik yanıt varlığında parenteral tedavi 3-5 güne tamamlanır. İdamesinde antibiyogram göz önünde bulundurularak oral tedaviye geçilip 10-14 güne tamamlanabilir (33).

Antibiyotik tedavisinin net süresi konusunda görüş birliği yoktur. Komplike olmayan alt ÜSE olan yaşlı kadınlarda 10 güne, yaşlı erkeklerde ise 14 güne tamamlanacak şekilde tedavi yaklaşımları uygundur. Kısaltılmış tedavi süresi (<7 gün) yaşlı ve kırılğan bireylerde nüks ve tedavi başarısızlığına sebep olabilir. Piyelonefrit ve ürosepsisi olan hastalarda en az 14 gün tedavi önerilmektedir (34).

Tedavi belirlemede hastanın durumları neticesinde kültürde sık üreyen etkenler ve bu etkenlerin duyarlı oldukları antibiyotikler tercih edilmelidir. Kültürde en sık üreyen etkenlerden olan ÇİD E.coli ye bağlı enfeksiyonların tedavisinde fosfomisin ve nitrofurantoin literatürde yeterli olarak bildirilmiştir. Trimetoprim-sulfametaksazol klinik etkinliğini korusa da uluslararası direnç oranı artmaktadır. Beta laktam antibiyotikler en yüksek direnç en düşük klinik başarıya sahiptir. Florokinolonlar ÜSE için birinci sırada tercih edilen antibiyotikler olmasına karşın ÇİD üropatojenlerde yüksek oranda direnç olduğu görülmüştür. Dolayısıyla alt üriner sistem enfeksiyonlarında fosfomisin ve nitrofurantoin kullanılabilecek ilaçlar arasındadır. GSBL'ler gram negatif enterik basillerde görülen karbapenemler hariç beta laktamları inaktive eden direnç enzimleridir. Bu enzimleri üreten E. coli ve Klebsiella spp.'ye karşı kullanılabilecek en etkili beta -laktam karbapenemlerdir (35, 36).

2.4.Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu

Nazokomiyal ÜSE hastane enfeksiyonları arasında en sık görüldür. Bu enfeksiyonlar %60-80 üriner kateterizasyona sekonder gelişmektedir. Yatağa bağımlı hastaların %12-16'ında üriner kateterizasyona başvurulmaktadır. Nörolojik disfonksiyon, kronik üriner retansiyon, üriner inkontinans, üriner kateterizasyon endikasyonlarındanır. Gerekli önlemler alınsa da meatus mikroorganizmaların konaklaması için uygun bir ortam oluşturur ve kateter uygulamaları sırasında mikroorganizmalar steril olan mesaneye taşınır. ÜSE gelişiminde uygulamada sterilitate önlemleri kadar kateter seçimi de önemlidir. Kısa süreli kateterizasyonda lateks uzun süreli kateterizasyonda silikon kateterler tercih edilmelidir. Uzamış kateterizasyonda lateks kateter kullanımı enfeksiyon oluşumu riskini artırmaktadır. Silikon kateterlerin uzun süreli kateterizasyonda tercih edilmesinin nedeni yüzeyinin daha düzenli olması ve biyofilm oluşumuna uygun olmamasıdır. Mikroorganizmalar ürogenital bölgeden mesaneye taşınması rektal, vajinal, meatal ya da uygulayıcı kaynaklı olabilir. Kateter ilişkili ÜSE'lerde en sık görülen etken E.Coli' dir, bunu sırasıyla Klebsiella ve Kandida izlemektedir. Kadın cinsiyet, diyabet, eşlik eden hastalıklar, obezite, kullanılan ilaç, serum kreatinin düzeyi, sistemik antibiyotik kullanımı, malnütrisyon, sistemik enfeksiyonlar, kateterizasyonun süresi ve kateter bakımındaki yetersizlikler, işlem esnasında kontaminasyon, idrar torbasının kapalı drenaj yapısının bozulması ÜSE gelişimini kolaylaştırıcı faktörlerdendir. Kateterizasyonun 7. Gününde yaklaşık %20-30 vakada bakteriüri, kandidüri gelişmekte devam eden her gün enfeksiyon riski %5 artmaktadır (37). KİÜSE sağlık ve otoritelere mali zarar verirken, hastalara ise mortalite, morbidite, hastane kalış süresi ve antibiyotik direncini artırarak zarar vermektedir. Eğitim stratejileri, kateterden kaçınma, kateter yerleştirme politikaları, kateter seçimi, günlük gerekçelerin değerlendirilmesi KİÜSE' de anlamlı azalma sağlamaktadır (38).

2.5.Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonunda Bakım Veren Rolü

Sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında ESH en etkin model olarak tanımlanmaktadır. ESH kurumsal olarak ne kadar iyi verilirse verilsin bakımın en önemli yükünün aile bireylerinde olduğu bilinmektedir. İyileşme süresinde pozitif psikolojik etki sağlanması, iyileşme döneminin kesintisiz olması, hasta ve yakınlarının uzun süreli bakım sürecinin yıpratıcı etkisinden korunması için ESH' nin etkili bir şekilde yürütülmesi ve aile bireylerinin bakım konusunda yeterli hale getirilmesi önemlidir. Ev ziyaretlerinde 15-20 dakikalık hizmet sonrası tıbbi personel evden ayrılmak durumundadır. Sağlık personeli bu süre içerisinde hastaya hizmet yakınlarına da eğitim vermektedir. Hastasının bakımını 7 gün

24 saat sağlayan aile bireyleri için sağlık bakım ekibi tarafından verilen eğitim ve danışmanlıklar ailenin bakım yeterliliğini ve bunun yansıması olarak hastanın bakım kalitesini doğrudan etkileyecektir. Dolayısı ile bakım verenlerin hasta bakımı konusunda alanında uzmanlar tarafından sürekli olarak bilgilendirilmesi ve öğrenim materyallerinin sağlanması önemlidir. Kateter takılması ve değiştirilmesi sağlık personeli tarafından gerçekleştirilirken kateterin bakımı perianal bölge temizliği mesane yıkama uygulaması ve idrar torbası değişimi kapalı drenaj sisteminin korunması hastanın bakım verenlerinin sorumluluğundadır. Kapalı sistem bozulmamalı, idrar drenaj musluğundan boşaltılmalı, drenaj torbası mesane düzeyi altında tutulmalı ve torba yere değmemelidir. Kolaylaştırıcı faktörleri azaltmak açısından da hastaların hidrasyonu iyi sağlanmalı, geniş ve pamuklu çamaşırlar tercih edilmeli, genital deodorant kullanımından kaçınılmalıdır. Anüs bölgesindeki mikroorganizmaları taşımamak adına genital temizlik nden arkaya yapılmalıdır. Hekimin başladığı antibiyotiğin yarıda bırakılmaması, idrar torbasının 2/3  dolduğunda boşaltılması ama bu işlemin çok sık yapılması gereklidir. Hasta için ayrı bir idrar boşaltma kabı kullanılmalıdır, musluk ile boşaltma kabının temas etmemesine dikkat edilmelidir. Tüm bu işlemlerden önce bakım veren ellerini yıkamalı ve eldiven giymelidir. Hasta taşınması esnasında drenaj sisteminin kapalı olduğundan emin olunmalıdır (39, 40).

2.6.Tükenmişlik

2.6.1.Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere 3 ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar aynı zamanlarda görülmekle birlikte davranışsal belirtiler genellikle en son ortaya çıkan ve tükenmişliğin ciddi düzeyde olduğunu gösterir.

Fiziksel belirtiler: Yorgunluk, bitkinlik, baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları, kilo kaybı, şişmanlık, mide ağrıları, hipertansiyon, cilt hastalıkları şeklinde görülebilir.

Psikolojik belirtiler: Sinirlilik, huzursuzluk, tedirginlik, sabırsızlık, tatminsizlik, özgüvende azalma, ümitsizlik, güçsüzlük, düşüncede belirsizlik şeklinde ortaya çıkabilir.

Davranışsal belirtiler: Ciddi boyutta unutkanlık, öfkelenme, konsantrasyonda azalma, ani sinir patlamaları, işleri yavaşlatma, ağlama nöbetleri, alınganlık, yalnız kalma isteği şeklinde görülebilir. Tükenmişliğin ciddi olduğunu gösterir (41).

2.6.2.Tükenmişliğin Evreleri

Tükenmişlik belirti ve evreleri olan bir durumdur. 4 evre ile tanımlanmaktadır.

1.Şevk ve Coşku: Kişi enerjik ve mutludur. İşini ön plana koyar. Kişi tüm olumsuzluklara rağmen uyum sağlama çabası içindedir.

2.Durağanlaşma: İstek ve mutluluk azalmaya başlar, tüm hayatın işle ilgili olması sorgulanır.

3.Engellenme: Kendisini önemsemeden başka insanları ve işini ön planda tutan biri beklentisinin altında takdir görürse insanları, işi ve ortamı değiştiremeyeceğini fark edip engellendiğini hisseder.

4.Umursamazlık: Kişi bu evrede işinden kopma, inanç kaybı ve umutsuzluk yaşar. İş yaşamı tatmin edici olmaktan çıkar ve huzursuzluk mutsuzluk kaynağına dönüşür.

Tükenmişliğin önemi, çalışma ortamlarında çatışma ve verimsizliğe neden olmasıdır. Bu da beraberinde mutsuzluk depresyonu getirmektedir (42).

2.6.1.Tükenmişlik Modelleri

Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky'e (1980) göre tükenmişlik, yardıma ihtiyacı olan kişilere hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerde çalışma koşullarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, idealizm, enerji ve amaç kaybıdır. Yoğun iş temposu, düşük maaş, uzun mesai saatleri, takdir edilmeme, bürokratik ya da siyasi baskılar, mevcut durumla beklenen durum arasında uçurum olması gibi nedenleri vardır (43).

Pines Tükenmişlik Modeli

Pines modelinde “motivasyon düzeyi” büyük bir öneme sahip olmaktadır. Tükenmişlik Pines ve Aronson “Bir arzu, enerji, idealizm, bakış açısı, amaç kaybıdır ve devamlı strese, umutsuzluğa, çaresizliğe, kapana kısılmışlık duygusuna sebep olan fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme halidir” der. Pines' a göre hiçbir çalışma ortamı tamamen destekleyici ya da engelleyici değildir. Çalışma ortamının destekleyici ya da engelleyici olması kişinin algısına göre farklılık göstermektedir. Bu yüzden de aynı ortamda çalışan bir kişinin tükenmişlik yaşamaktayken bir başkasının yaşamaması doğal karşılanmaktadır (44).

Cherniss Tükenmişlik Modeli

1980 yılında Chernis tükenmişliği farklı bir açıdan incelemiş ve kronik stresin bir sonucu olduğunu söylemiştir. Bu modele göre tükenmişlik “İşe bağlı stres kaynaklarına bir tepki ile başlayan, bununla başa çıkma davranışlarını kapsayan ve işle psikolojik ilişkiyi

kesmeyle sonlanabilen süreç" olarak ifade etmektedir. Bu bağlamda tükenmişliğe rol belirsizliğinin neden olduğunu düşünmektedir. Çalışma ortamında farklı kişilerle iletişim halindedir bu bağlamda karşısındaki kişiye göre stres düzeyi değişmektedir. Bu stresle başa çıkmaya çalışan kişi ilk olarak stresin kaynağını ortadan kaldırmaya çalışır. Başaramazsa meditasyon egzersiz gibi rahatlama yollarını dener yine başaramazsa duygusal yükü azaltabilmek için stres kaynağıyla bağını koparır. Kişi stresle başa çıkmada başarılı olmuşsa olumlu davranış değişiklikleri olurken yetersiz kalmışsa olumsuz davranış değişiklikleri görülür (44).

Perlman ve Hartman'ın Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman'ın (1982) yaklaşımı, kişisel değişkenler ve bireyin çevresini yorumlayan bilişsel bir odağa sahiptir (Perlman ve Hartman, 1982; 283-305). Tükenmenin üç boyutu, stresin üç temel semptom kategorisini yansıtan, fiziksel semptomlar üzerinde odaklanan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme), tutum ve duygular üzerinde odaklanan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme) ve semptomatik davranışlar üzerinde odaklanan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi). Bu modelde; “Durumun strese götürme derecesi, algılanan stres düzeyi, strese verilen tepki ve strese verilen tepkinin sonucu” olmak üzere dört aşama bulunmaktadır (45).

Maslach Tükenmişlik Modeli

Literatürde “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” (Maslach Burnout Inventory), “Çok Boyutlu Tükenmişlik Modeli” ,“Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli” (Leiter, 1993) gibi değişik isimlerle anılan ve günümüz koşullarında en çok benimsenmiş olan bu modele göre, Maslach ve arkadaşları tarafından diğer modellerden farklı olarak tükenmişlik üç boyutlu olarak yapılandırılmıştır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olarak tanımlanmıştır. Bu üç boyuta göre tükenmişliği daha iyi analiz edebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” oluşturulmuştur (46).

Duygusal Tükenme: Tükenmişliğin ilk aşamasında görülen, en temel bileşeni olup daha çok iş stresi ile ilgilidir. İnsanlarla birebir ilişkinin kaçınılmaz olduğu mesleklerde çalışmakta olan kişilerde gözlenmektedir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içerisinde yer alan kişi, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme işte bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır (47).

Duyarsızlaşma: Maslach’a göre duyarsızlaşma alt boyutu en problemli boyut olarak görülmektedir. Bu boyutta, kişinin hizmet verdiği insanlara karşı davranışlarında negatif yönde bir değişim vardır. Katı, ilgisiz, soğuk ve sert tutumlar sergilemesi esasında duygusal tükenmeye karşı geliştirdiği bir yanıttır. Bu durum genellikle, işe yönelik idealizmin kaybolması ve hızla artan uzaklaşma duygusu ile eşleştirilir (48).

Kişisel başarı eksikliği: Kişisel başarı eksikliği kişinin kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesidir. Sorunun başarıyla üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme olarak ifade edilmektedir. Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünceler, kişinin kendisi için de olumsuz düşünceler geliştirmesine neden olur. Bu düşünce ve davranış tarzı nedeni ile kendisini suçlu hisseder, kimse tarafından sevilmediği, hizmet verilen kesimle ilgilenmede yetersiz kaldığı ve işinde başarısız olduğu duygusuna kapılır. Tüm bunların sonucunda kendisine olan saygısını kaybedebilir ve depresyona girebilir. Kendisi hakkında “başarısız” olduğu kanısına varır. Bu noktada, tükenmişliğin üçüncü basamağı olan düşük kişisel başarı hissi meydana çıkar (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tek merkezli, kesitsel analitik, anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE YAPILDIĞI YER

Araştırma İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Evde Sağlık Hizmetleri biriminde yapılmıştır. Araştırmanın evreni İzmir S.B.Ü Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine aktif kayıtlı ve mesane kateteri olan 125 hastadan ESH polikliniğine ÜSE bulgularıyla başvuran, tanısal amaçlı TİT ve idrar kültürü çalışılan 100 hasta ve bakım vereni dahil edilmiştir.

3.3.ETİK KURUL İZİNİ

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Karar numarası: 2022/102) etik onay almıştır.

3.4.ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne aktif kayıtlı olmak.
Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Hastada mesane kateteri olması

Hastaya bakım verilmesi

ÜSE bulgularıyla ESH polikliniğine başvurmak

3.5.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

Mesane kateterizasyonu olmaması

Hastaya bakım vermemek

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olmamak

3.6.VERİLERİN TOPLANMASI VE ÇALIŞMANIN YAPILMASI

Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı mesane kateteri olan hastaların bakım verenlerine 01.07.2022-31.12.2022 tarihleri arasında kendilerine telefon yoluyla ulaşılarak ve

polikliniğe başvuruları esnasında, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır.

3.6.1.Anket Formu

Çalışmada kullanılan anket formu mesane kateteri olan hastaların başvuru nedenleri taranarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Anketin ilk kısmı; hastanın bakım vereninin sosyodemografik verilerini sorgulayan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu sorularından oluşmaktadır. Anketin devamında hastanın mevcut sağlık durumunu öğrenebilmek amacıyla kronik hastalıkları sorgulanmıştır. Daha sonrasında hastanın kateterizasyon süresi, neden mesane kateterine ihtiyaç duyulduğu, kateter nedenli karşılaşılan sorunlar, kateterle ilgili sorun yaşadığında nereye başvurduğu kateter değişimine ne sıklıkla ihtiyaç duyduğu, yıkama yapma davranışları, ÜSE geçirme ve tedavi alma sıklıkları, antibiyotik kullanma ve yarıda bırakma davranışı, alt bezi kullanımı, kateter değişiminin ne sıklıkta olması gerektiği, idrarda ne görürse ÜSE' den şüphelenmesi gerektiği, günlük sıvı alımının normal aralığı, kateterin komplikasyonları sorgulandı. Anketteki soruların amacı hastaların yaşadığı sorunları anlamak ve kateter bakımı ve komplikasyonları hakkında bilgi düzeylerini ölçmektir.

Çalışmamızda MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) kullanılmıştır.

3.6.2.Maslach Tükenmişlik Envanteri

Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçeğin 1922 yılında Ergin tarafından Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 5' li likert tipi ölçek 22 soru ve 3 alt gruptan oluşur. Ölçekteki 9 madde duygusal tükenmeyi (m1,m2,m3,m6,m8,m13,m14,m16,m20), 5 madde duyarsızlaşmayı (m5,m10,m11,m15,m22), 8 madde kişisel başarı hissini (m4,m7,m9,m12,m17,m18,m19,m21) içermektedir. Her önerme en düşük 0, en yüksek 4 puan alınacak şekilde hesaplanmıştır. Kişisel başarı hissi boyutundaki önermeler olumlu olduğundan ters kodlanmıştır. Böylece ölçekteki tüm önermeler olumsuz anlam taşımakta ve alınan puanların yüksekliği tükenmişliği ifade etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik geçerlilik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0,65-0,83 aralığında bulunmuştur (50).

3.7.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın analizlerinde IBM SPSS24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular kategorik değişkenler için sayı ve yüzde,

sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Veriler non-parametrik olduğu için iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $52,8 \pm 12,1$ 'dir. Bakım verenlerin %79' u kadın ve %21' i erkektir. Katılımcıların çoğunluğu ev hanımıdır (%59), ardından emekli/çalışmıyor (%15) ve serbest meslek sahibi (%15) gelmektedir. Gelir durumu açısından, katılımcıların %52' si gelir giderine eşittir, %42' si gelir giderinden azdır ve %6' sı gelir giderinden fazladır. Katılımcıların çoğunluğu ilk ve orta öğretim mezunu (%63), ardından lise (%21) ve üniversite (%16) mezunudur. Birlikte yaşama durumu açısından, bakım verenlerin %32' si eşi ve çocuğuyla birlikte yaşarken, %18' i sadece eşiyle yaşamakta ve %15' i anne-baba ile yaşamaktadır. Sigara kullanımı %31, alkol kullanımı ise %10 seviyesindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken	Ort $\pm$ SD (Ortanca)	
Yaş (n=100)	52,8 $\pm$ 12,1 (53)	
Değişken	N	%
Cinsiyet		
Kadın	79	79,0
Erkek	21	21,0
Toplam	100	100,0
Meslek		
Ev hanımı	59	59,0
Emekli/çalışmıyor	15	15,0
Serbest meslek	15	15,0
Memur	6	6,0
İşçi	5	5,0
Toplam	100	100,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	42	42,0
Gelir gidere eşit	52	52,0
Gelir giderden fazla	6	6,0
Toplam	100	100,0
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	7	7,0

İlköğretim	56	56,0
Lise	21	21,0
Üniversite	16	16,0
Toplam	100	100,0
Aile durumu		
Çekirdek aile	72	72,0
Geniş aile	28	28,0
Toplam	100	100,0
Sigara		
Hayır	69	69,0
Evet	31	31,0
Toplam	100	100,0
Alkol		
Hayır	90	90,0
Evet	10	10,0
Toplam	100	100,0

Bakım verilen hastaların yaş ortalaması $75,1 \pm 13,8$ ' dir. Hastaların %64' ü erkektir. Bakım hastalarının %99' u kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklar arasında en sık görülenler HT (%17,5), kas eklem hastalıkları (%15,1) ve SVH (%13,8)' tır. Diğer kronik hastalıkların oranı dağılımı Tablo 2'de gösterilmektedir. Hastaların %98' i sürekli ilaç kullanmaktadır.

Tablo 2. Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve kronik hastalıklarının dağılımı

Değişken	Ort $\pm$ SD (Ortanca)	
Yaş (n=100)	75,1 $\pm$ 13,8 (78)	
Değişken	N	%
Cinsiyet		
Kadın	36	36,0
Erkek	64	64,0
Toplam	100	100,0

Kronik hastalık*		
Hipertansiyon	56	17,5
Kas eklem hastalığı	48	15,1
Serebrovasküler Hastalık	44	13,8
Diabetes Mellitus	40	12,5
Alzheimer	35	10,9
Kalp hastalığı	32	10,1
Prostat patolojisi	23	7,1
Böbrek hastalığı	9	2,8
Kanser	7	2,1
Tiroid hastalığı	5	1,5
Diğer	21	6,6
Toplam	320	100,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %4' ü 1 aydan kısa bir süre boyunca kateter kullanmıştır. %19' u 1-3 ay arasında, %30' u 3-12 ay arasında ve %47' si ise 12 aydan daha uzun bir süre boyunca kateter kullanmaktadır. Kateter kullanımına neden olan faktörler arasında yatağa tam bağımlılık (%29,4), bakım yükünü azaltma (%25,9), alt bezi maliyeti (%21,4), idrar yapamama (%8,4), dekübit ülseri (%8,4) ve idrar kaçırma (%6,5) bulunmaktadır. Sonda ile ilgili sorun yaşandığında başvurulacak yerlerin dağılımı evde sağlık hizmetleri (%91), acil servis (%6) ve aile hekimliği (%3) olarak belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri arasında değişim zamanı gelince (%23,1), sondaya idrar gelmemesi (%18,5), sondada tıkanma (%18,5), sızdırma (%18,1), idrarın kokusu ya da rengi değiştiği zaman (%17,3) ve sonda nedenli penil ülser oluşumu (%4,6) bulunmaktadır (Tablo 3).

Kateterin değişim sıklığı, 15 günde 1 (%8), ayda 1 (%34), 2 ayda 1 (%39) ve 3 ayda 1 (%19) şeklinde dağılmıştır. Kateter bakımı için yıkama sıklığı ise haftada 1 kere (%17), 3 günde 1 kere (%10), 2 günde 1 kere (%7), günde 1 kere (%6) ve günde 2 kere (%1) olarak belirlenmiştir. Daha önce en az 1 kere ÜSE tedavisi alma oranı %83 iken, hastaların %19' u her ay, %45' i 3 ayda bir ve %11' i 6 ayda bir ÜSE geçirmiştir. Hastaların %72' si tekrarlayan ÜSE için ilaç kullanmaktadır. Antibiyoterapiyi yarıda bırakma oranı %8' dir. Penil ülserasyonu önlemek için sondanın yönünü değiştirme uygulaması hastaların %48' i tarafından yapılmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Mesane kateter bakımı ile ilgili durumların dağılımı

Mesane katater süresi	N	%
< 1 ay	4	4,0
1-3 ay	19	19,0
3-12 ay	30	30,0
> 12 ay	47	47,0
Toplam	100	100,0
Mesane kateterine ihtiyaç duyma*		
Yatağa tam bağımlılık	91	29,4
Bakım yükünü azaltma	80	25,9
Alt bezi maliyeti	66	21,4
İdrar yapamama	26	8,4
Dekübit ülseri	26	8,4
İdrar kaçırma	20	6,5
Toplam	309	100,0
Sonda ile sorun yaşandığında başvuru yeri		
Evde sağlık hizmetleri	91	91,0
Acil servis	6	6,0
Aile hekimliği	3	3,0
Toplam	100	100,0
Evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenleri*		
Değişim zamanı gelince	60	23,1
Sondaya idrar gelmemesi	48	18,5
Sondada tıkanma	48	18,5
Sızdırma	47	18,1

İdrarın kokusu ya da rengi değiştiği zaman	45	17,3
Sonda nedenli penil ülser oluşumu	12	4,6
Toplam	260	100,0
Katater değişim başvuru sıklığı		
15 günde 1	8	8,0
Ayda 1	34	34,0
2 ayda 1	39	39,0
3 ayda 1	19	19,0
Toplam	100	100,0
Katater yıkama durumu		
Hayır, Yapmıyoruz	59	59,0
Haftada 1 Kere	17	17,0
3 Günde 1 Kere	10	10,0
2 Günde 1 Kere	7	7,0
Günde 1 Kere	6	6,0
Günde 2 Kere	1	1,0
Toplam	100	100,0
İdrar yolu enfeksiyonu tedavisi alma		
Hayır	17	17,0
Evet	83	83,0
Toplam	100	100,0
Hastanın üriner sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı		
Her Ay	19	19,0
3 Ayda 1	45	45,0
6 Ayda 1	11	11,0
Toplam	100	100,0

Penil ülserasyonu önlemek için sondanın yönünü değiştirme		
Hayır	52	52,0
Evet	48	48,0
Toplam	100	100,0
İdrar yolu enfeksiyonu tekrarlayan ilaç kullanımı		
Hayır	28	28,0
Evet	72	72,0
Toplam	100	100,0
Antibiyoterapiyi yarıda bırakma		
Hayır	92	92,0
Evet	8	8,0
Toplam	100	100,0
Hasta alt bezi kullanma		
Hayır	10	10,0
Evet	90	90,0
Toplam	100	100,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Bakım verenlerin mesane kateterizasyonu ile ilgili bilgi sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde, kateter değişim sıklığını sorduğumuz soruya en sık verilen yanıtlar iki ayda bir (%32), ayda bir (%31) ve üç ayda bir (%31) şeklindedir. İdrar yolu enfeksiyonundan şüphelenme durumunda, en yaygın belirti idrarda tortu beyazlık görülmesi (%22,2), idrar renginde bulanıklaşma (%21,7), idrarda kan görülmesi (%21,0) şeklinde yanıtlanmıştır. Günlük sıvı alımı konusunda, en yaygın 2-3 litre (%64) yanıtı verilmiştir. Mesane kateter komplikasyonlarına ilişkin olarak en yaygın yanıt üriner sistem enfeksiyonu (%22,5), ardından üretra travması (%20,2), penil ülserasyon (%21,5) şeklindedir (Tablo 4).

Tablo 4. Bakım verenlerin mesane kateterizasyonu ile ilgili bilgi düzeyleri

Değişken	N	%
Katater değişimi ne sıklıkla olmalı		
15 günde 1	6	6,0
Ayda 1	31	31,0
2 ayda 1	32	32,0
3 ayda 1	31	31,0
Toplam	100	100,0
İdrar yolu enfeksiyonundan şüphelenme durumu*		
İdrarda tortu beyazlık görülmesi	92	22,2
İdrar renginde bulanıklaşma	90	21,7
İdrarda kan görülmesi	87	21,0
İdrar kokusunda değişme	83	20,0
Kasık ağrısı	62	15,0
Toplam	414	100,0
Günlük sıvı alımı		
1 litre	3	3,0
1-2 litre	31	31,0
2-3 litre	64	64,0
3-4 litre	2	2,0
Toplam	100	100,0
Mesane katater komplikasyonları*		
Üriner sistem enfeksiyonu	91	22,5
Üretra travması	82	20,2
Penil ülserasyon	87	21,5
Glob vezikale	75	18,5
Piyolonefrit	70	17,3

Toplam	405	100,0
--------	-----	-------

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı aşağıdaki Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Önerme	Hiçbir zaman n (%)	Nadiren n (%)	Bazen n (%)	Çoğu zaman n (%)	Her zaman n (%)
Hasta bakmaktan soğuduğumu hissediyorum	50 (50,0)	28 (28,0)	17 (17,0)	4 (4,0)	1 (1,0)
Hastama bakım verdikten sonra kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum	45 (45,0)	25 (25,0)	21 (21,0)	7 (7,0)	2 (2,0)
Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum	61 (61,0)	26 (26,0)	10 (10,0)	3 (3,0)	-
Hasta bakımı vermek insanların ne hissettiğini daha kolay anlamama neden oldu	2 (2,0)	3 (3,0)	14 (14,0)	67 (67,0)	14 (14,0)
Hasta bakımı vermek, karşılaştığım kimselere sanki insan değillermiş gibi davranmaya başlamama neden oldu	85 (8,50)	10 (10,0)	4 (4,0)	-	1 (1,0)
Bütün gün hasta bakımı vermek yıpratıcı oluyor	60 (60,0)	19 (19,0)	14 (14,0)	5 (5,0)	2 (2,0)
Hasta bakımı vermek, karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulmama yardımcı oldu	3 (3,0)	3 (3,0)	19 (19,0)	54 (54,0)	21 (21,0)

Hasta bakımı vermekten yıldığımı hissediyorum	53 (53,0)	26 (26,0)	13 (13,0)	8 (8,0)	-
Hasta bakımı vererek insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	-	3 (3,0)	9 (9,0)	68 (68,0)	20 (20,0)
Hasta bakımı vermeye başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	63 (63,0)	20 (20,0)	10 (10,0)	7 (7,0)	-
Hasta bakımı vermenin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum	55 (55,0)	33 (33,0)	6 (6,0)	6 (6,0)	-
Çok şeyler yapabilecek güçteyim	4 (4,0)	9 (9,0)	25 (25,0)	43 (43,0)	19 (19,0)
Hasta bakmanın beni kısıtladığını hissediyorum	32 (32,0)	35 (35,0)	18 (18,0)	12 (12,0)	3 (3,0)
Hastama bakım verirken çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	19 (19,0)	37 (37,0)	20 (20,0)	22 (22,0)	2 (2,0)
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil	86 (86,0)	8 (8,0)	1 (1,0)	5 (5,0)	-
Doğrudan doğruya hasta bakmak bende çok fazla stres yaratıyor	45 (45,0)	30 (30,0)	9 (9,0)	13 (13,0)	3 (3,0)
Hasta bakımı vermek karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratmama yardımcı oldu	3 (3,0)	7 (7,1)	21 (21,2)	56 (56,6)	12 (12,1)
İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim	3 (3,0)	17 (17,0)	-	69 (69,0)	11 (11,0)
Hasta bakımı verirken kayda değer birçok başarı elde ettim	4 (4,0)	7 (7,0)	-	69 (69,0)	20 (20,0)
Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	77 (77,0)	11 (11,0)	7 (7,0)	4 (4,0)	1 (1,0)

Hasta bakımı verirken karşılaştığım duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım	2 (2,0)	7 (7,0)	16 (16,0)	61 (61,0)	14 (14,0)
Hasta bakımı verirken karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum	76 (76,0)	9 (9,0)	12 (12,0)	3 (3,0)	-

Tablo 6’da MTÖ’ den elde edilen puanların dağılımı yer almaktadır. Yapılan ölçüm sonuçlarına göre MTÖ’ den alına toplam puan ortalamasının $19,1 \pm 11,2$ olduğu görülmektedir. Duygusal tükenme alt ölçeği puanlarının ortalaması $7,8 \pm 6,7$ olarak hesaplanmıştır. Duyarsızlaşma alt ölçeği puanlarının ortalaması ise $2,1 \pm 2,7$ ’dir. Kişisel başarı alt ölçeği puanlarının ortalaması $9,2 \pm 3,8$ ’ dir.

Tablo 6. Katılımcıların MTÖ’ den elde ettikleri puanların dağılımı

Değişken (n=100)	Ort $\pm$ SD (Ortanca)
Duygusal tükenme alt ölçek puanı	$7,8 \pm 6,7$ (6)
Duyarsızlaşma alt ölçek puanı	$2,1 \pm 2,7$ (1)
Kişisel başarı alt ölçek puanı	$9,2 \pm 3,8$ (8)
Toplam puan	$19,1 \pm 11,2$ (16)

Anketin duygusal tükenme alt ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,902 (yüksek derecede güvenilir), madde sayısı 9'dur. Duyarsızlaşma alt ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,737 (oldukça güvenilir), madde sayısı 5' tir. Kişisel başarı alt ölçeği için Cronbach's Alpha değeri 0,701 (oldukça güvenilir), madde sayısı 8' dir. Son olarak, anketin toplam puanı için Cronbach's Alpha değeri 0,894 (yüksek derecede güvenilir), madde sayısı ise 22' dir (Tablo 7).

Tablo 7. MTÖ Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha Sayısı	Madde sayısı
Duygusal tükenme alt ölçek puanı	0,902	9
Duyarsızlaşma alt ölçek puanı	0,737	5

Kişisel başarı alt ölçek puanı	0,701	8
Toplam puan	0,894	22

Örneklemin büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için yapılan KMO analizi sonuçlarına göre değeri 0,785 çıktığı görülmektedir. KMO değerinin 0,70-0,80 arasında olması sonucu örneklem büyüklüğünün orta düzeyde iyi olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu ölçütün sonucuna göre anket yeterli sayıda kişiye uygulanmıştır. Bartlett's Testi sonuçlarının ($p<0.001$) olması verilerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Örneklem Büyüklüğünün Güvenilirlik Analizi (KMO ve Bartlett's Test)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,785
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1103,992
	df	231
	Sig.	<0,001

Hastaların %74'ünde nitrit bulunmadığı görülmüştür. Hastaların %8'inde lökosit bulunmadığı, %34'ünde 1-20 arası lökosit tespit edildiği ve %58'inde ise 20'den fazla lökosit saptandığı belirlenmiştir. Hastaların %79'unda TİT' te bakteri varlığı saptanmıştır. Hastaların %10'unda maya tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Tam idrar tetkikinin değerlendirilmesi

Değişken	N	%
Tam idrar tetkikinde nitrit		
Negatif	74	74,0
Pozitif	26	26,0
Toplam	100	100,0
Tam idrar tetkikinde lökosit		
Negatif	8	8,0
1-20 arası	34	34,0
20'den fazla	58	58,0
Toplam	100	100,0

İdrar tetkikinde bakteri		
Negatif	21	21,0
Pozitif	79	79,0
Toplam	100	100,0
Tam idrar tetkikinde maya		
Negatif	90	90,0
Pozitif	10	10,0
Toplam	100	100,0

Toplam 100 kültür örneği incelenmiş ve bunların %72' sinde üreme gösterilmiştir. Kültürde %16 oranında üreme olmamıştır, %12 oranında kontaminasyon görülmüştür. Kültürde üreyen etkenler arasında en sık E. Coli (%25) ve Klebsiella Pneumoniae Ssp Pneumoniae (%9) saptanmıştır. 100 örneğin %35' inde duyarlılık tespit edilmemiştir. Duyarlılık tespit edilen örneklerin yüzdesi %65' tir. Antibiyotik duyarlılığı incelendiğinde, en sık kullanılan antibiyotikler arasında Amikasin (%13,2), Gentamisin (%12,5), Ertapenem (%9,1) ve Meropenem (%9,1) yer almaktadır (Tablo 10).

Tablo 10. Kültürde üreme ve antibiyotik duyarlılığı

Değişken	N	%
Kültürde üreme		
Yok	16	16,0
Var	72	72,0
Kontaminasyon	12	12,0
Toplam	100	100,0
Kültürde üreyen etken		
Yok	16	16,0
Escherichia Coli	25	25,0
Klebsiella Pneumoniae Ssp Pneumoniae	9	9,0
Proteus Mirabilis	7	7,0
Non Albicans Candida	7	7,0
Pseudomonas Aeruginosa	6	6,0
Enterobacter Aerogenes	4	4,0

Enterococcus Faecalis	4	4,0
Enterobacter Cloacae	3	3,0
Klebsiella Oxytoca	2	2,0
Candida Albicans	1	1,0
Citrobacter Freundii	1	1,0
Serratia Marcescens	1	1,0
Escherichia Hermannii	1	1,0
Providencia Stuartii	1	1,0
Kontaminasyon	12	12,0
Kültürde duyarlılık		
Yok	35	35,0
Var	65	65,0
Toplam	100	100,0
Duyarlı antibiyotik		
Amikasin	39	13,2
Gentamisin	37	12,5
Ertapenem	27	9,1
Meropenem	27	9,1
Trimetoprim-Sulfametaksazol	26	8,8
İmipenem	23	7,8
Nitrofurantoin	20	6,8
Piperasilin-Tazobaktam	20	6,8
Seftriakson	19	6,4
Amoksisilin-Klavulonik Asit	15	5,1
Ciprofloksasin	13	4,4
Fosfomisin	11	3,7
Ampisilin	10	3,4
MDR	3	1,0
Diğer	6	2,0
Toplam	296	100,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 11'e göre; alkol kullanan bakım verenlerde kullanmayanlara göre MTÖ' den daha yüksek puanlar elde etmişlerdir ($p=0.045$). Diğer sosyodemografik değişkenlerin grupları arasında MTÖ toplam puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Sosyodemografik değişkenlere göre MTÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik değişkenler	Bağımlı değişken		Test değeri	p
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam puanı	Ort±SD (Ortanca)		
Yaş grupları	20-65 yaş	18,6±10,9 (16)	680,0	0,431
	65-80 yaş	21,2±12,2 (19)		
Cinsiyet	Kadın	18,7±11,1 (16)	756,0	0,533
	Erkek	20,7±11,6 (18)		
Meslek	Emekli/ çalışmıyor	24,8±12,5 (20)	4,233	0,375
	Serbest meslek	19,1±11,2 (17)		
	İşçi	20,2±14,5 (11)		
	Memur	18,1±15,1 (13.5)		
	Ev hanımı	17,7±10,0 (16)		
Gelir	Gelir giderden az	19,9±10,8 (17)	2,120	0,346
	Gelir gidere eşit	18,3±11,9 (14)		
	Gelir giderden fazla	21,1±8,4 (20)		
Eğitim	Okuma yazma bilmiyor	16,7±9,0 (16)	0,578	0,901
	İlköğretim	19,0±11,9 (16)		
	Lise	19,1±9,6 (17)		
	Üniversite	20,5±12,1 (18)		
Birlikte yaşama	Çekirdek aile	20,2±11,0 (17)	787,5	0,090
	Geniş aile	16,3±11,2 (13)		
Sigara	Hayır	18,8±11,3 (17)	1029,0	0,763
	Evet	19,8±11,0 (16)		
Alkol	Hayır	18,7±11,5 (16)	275,5	0,045
	Evet	23,3±7,1 (21,5)		

*Veriler non-parametrik dağıldığı için iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

TİT' te lökosit daha fazla görüldüğünde kültürde üreme artmıştır. Kültürde üreme olmayan hastalarda TİT' te lökosit daha az görülmüştür ($p<0.001$). TİT' te bakteri görüldüğü durumda kültürde yüksek düzeyde üreme görülmüştür ($p<0.001$). TİT' te nitrit üremesiyle kültürde üreme ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Tam idrar tetkikindeki özelliklerin kültürde üreme ile karşılaştırılması

		Kültürde üreme			X ²	p
		Yok n (%)	Var n (%)	Kontaminasyon n (%)		
Tam idrar tetkikinde nitrit	Negatif n (%)	15 (20,3)	49 (66,2)	10 (13,5)	5,109	0,078
	Pozitif n (%)	1 (3,8)	23 (88,5)	2 (7,7)		
Tam idrar tetkikinde lökosit	Negatif n (%)	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	20,479	<0,001
	1-20 arası n (%)	7 (20,6)	23 (67,7)	4 (11,8)		
	20'den fazla n (%)	4 (6,9)	48 (82,8)	6 (10,3)		
Tam idrar tetkikinde bakteri	Negatif n (%)	10 (47,6)	9 (42,9)	2 (9,5)	19,881	<0,001
	Pozitif n (%)	6 (7,6)	63 (79,7)	10 (12,7)		
Tam idrar tetkikinde maya*	Negatif n (%)	16 (17,8)	63 (70,0)	11 (12,2)	-	-
	Pozitif n (%)	0 (0)	9 (90,0)	1 (10,0)		

*Gözlerde boş verilerin olması nedeniyle analiz yapılmamıştır.

TİT' te nitrit görülen hastalarda kültürde duyarlılık daha yüksek bulunmuştur ($p=0.004$). TİT' de lökosit görülen hastalarda düzey arttıkça kültürde duyarlılık artmaktadır ($p<0.001$). TİT' de bakteri görülmesi kültürde duyarlılığı artırmaktadır ($p<0.001$). TİT' te maya görülmesi ile kültürde duyarlılık azalmaktadır ($p=0.002$) (Tablo 13).

Tablo 13. Tam idrar tetkikinde üreme durumlarının kültürde duyarlılık ile karşılaştırılması

		Kültürde duyarlılık		X ²	p
		Yok n (%)	Var n (%)		
Tam idrar tetkikinde nitrit*	Negatif n (%)	32 (43,2)	42 (56,8)	-	0,004
	Pozitif n (%)	3 (11,5)	23 (88,5)		
Tam idrar tetkikinde lökosit	Negatif n (%)	7 (87,5)	1 (12,5)	17,086	<0,001
	1-20 arası n (%)	16 (47,1)	18 (52,9)		
	20'den fazla n (%)	12 (20,7)	46 (79,3)		
Tam idrar tetkikinde bakteri*	Negatif n (%)	17 (81,0)	4 (19,0)	-	<0,001
	Pozitif n (%)	18 (22,8)	61 (77,2)		
Tam idrar tetkikinde maya*	Negatif n (%)	27 (30,0)	63 (70,0)	-	0,002
	Pozitif n (%)	8 (80,0)	2 (20,0)		

*Gözlerde 5'ten küçük değerler olması nedeniyle Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

**Gözlerde boş verilerin olması nedeniyle analiz yapılmamıştır.

Değişim zamanı gelince (p=0.148) ve idrar kokusu rengi (p=0.112) gibi şikayetler hastanın cinsiyetine göre evde sağlık başvuru nedenleri açısından farklılık göstermemiştir. Sızıdırma şikayeti (p=0.011), sondada tıkanma (p=0.017) şikayetleri kadın hastalarda erkeklerden daha sık evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenidir. Katater değişimi için başvurma sıklığı hastaların cinsiyetine göre değişmemektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Hastanın cinsiyetine göre evde sağlık hizmetlerine başvurma nedenleri ve katater değişimi için başvurma sıklığı

Evde sağlık hizmetlerine kateter ile ilgili başvurma nedeni		Hastanın cinsiyeti		X ²	p
		Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Değişim zamanı gelince	Hayır n (%)	11 (30,6)	29 (45,2)	2,091	0,148
	Evet n (%)	25 (69,4)	35 (54,7)		
Sızıdırma	Hayır n (%)	13 (36,1)	40 (62,5)	6,441	0,011
	Evet n (%)	23 (63,9)	24 (37,5)		
İdrar kokusu rengi	Hayır n (%)	16 (44,4)	39 (60,9)	2,532	0,112
	Evet n (%)	20 (55,6)	25 (39,1)		

Sondada tıkanma	Hayır n (%)	13 (36,1)	39 (60,9)	5,689	0,017
	Evet n (%)	23 (63,9)	25 (39,1)		
		Kadın n (%)	Erkek n (%)	X²	p
Katater değişimi için başvurma sıklığı	15 günde 1	6 (16,7)	2 (3,1)	7,798	0,089
	Ayda bir	10 (27,8)	24 (37,5)		
	2 ayda 1	15 (41,7)	24 (37,5)		
	3 ayda 1	5 (13,9)	14 (21,9)		

Sonda değişim zamanı gelince evde sağlık hizmetlerine başvurmayanlarda MTÖ' den alınan puanların anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.045$). Diğer bakım vermeyle ilgili durumlar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Mesane kateteri bakımıyla ilgili değişkenlerin MTÖ' den alınan toplam puanlarla karşılaştırılması

	Bağımlı değişken		Test değeri	p
	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam puanı	Ort±SD (Ortanca)		
Mesane katater süresi	< 1 ay	22,0±3,2 (22)	6,901	0,075
	1-3 ay	22,8±9,8 (20)		
	3-12 ay	16,7±10,9 (14,5)		
	>12 ay	19,0±12,0 (16)		
Sonda değişim zamanı gelince evde sağlık hizmetlerine başvurma	Hayır	21,7±11,0 (17,5)	916,0	0,045
	Evet	17,4±11,0 (15)		
Sızdırma olunca evde sağlık hizmetlerine başvurma	Hayır	21,0±11,3 (17)	985,0	0,072
	Evet	17,0±10,7 (14)		
	Hayır	21,0±11,9 (17)	1023,5	0,138

İdrar kokusu, rengi değişince evde sağlık hizmetlerine başvurma	Evet	16,9±9,9 (14)		
Sondaya idrar gelince evde sağlık hizmetlerine başvurma	Hayır	19,4±11,1 (16,5)	1183,5	0,656
	Evet	18,8±11,4 (16)		
Sonda tıkanınca evde sağlık hizmetlerine başvurma	Hayır	19,4±11,1 (16,5)	1188,0	0,679
	Evet	18,8±11,4 (16)		
Sondada penil ülser oluşunda evde sağlık hizmetlerine başvurma	Hayır	19,3±10,8 (17)	411,0	0,214
	Evet	17,5±13,8 (12)		
Katater değişimi için başvuru sıklığı	15 günde 1	15,7±5,9 (14)	2,135	0,545
	Ayda 1	19,9±13,7 (16)		
	2 ayda 1	18,4±11,1 (16)		
	3 ayda 1	20,7±7,8 (18)		
Katater yıkama durumu	Hayır, Yapmıyoruz	18,8±10,7 (17)	8,737	0,120
	Haftada 1 Kere	24,8±13,3 (25)		
	3 Günde 1 Kere	17,0±8,8 (14)		
	2 Günde 1 Kere	19,8±12,6 (18)		
	Günde 1 Kere	10,5±4,2 (10,5)		
Hastanın üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumu	Her ay	21,6±12,9 (17)	1,619	0,635
	3 ayda 1	19,4±11,2 (16)		
	6 ayda 1	16,1±9,4 (13)		
	Yılda 1	18,1±10,7 (17)		

*Veriler non-parametrik dağıldığı için iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada insan yaşamının uzaması, kronik hastalıkların ve engelliliğin artması hastanelerin yükünü artırmıştır. Giderek artan bu soruna ESH sistemi çözüm olmuş,

lkemizde de yıllar içinde sistematik ve uygulanabilir bir birim halini almıştır. Sistemin amacı bakım hastalarında hastaneye yatışları azaltmak ve yatağı bağımlı ya da evden çıkmayan bu hasta grubunun sağık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmaktır. Kurumumuzda ESH birimi yönetmelik rehberliğınde çalışmaktadır. Hizmete ihtiyaç duyan bir grup da mesane kateteri, nazogastrik kateter trakeostomi, PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi), VAC (Vacuum Assisted Closure) kullanan hastalardır. Bu malzemeler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Mesane kateteri olan hastalarımız katetere bağılı sorunlar nedenli sık başvuruda bulunmaktadırlar. Bunlardan en sık görülen ve tedavisi gittikçe zorlaşan KISE' dir. Çalışmamızda da %72 oranında en sık komplikasyon SE olarak saptanmıştır. Bu hastaların bakım verenlerinin kateter bakımı, riskleri, komplikasyonları hakkındaki bilgi düzeyi problemle karşılaşma sıklığı ve baş edebilme becerisini etkilemektedir.

Bakım verenlerin sosyodemografik verilerine baktığımızda%79' u kadın %21'i erkekti. Kadın bakım veren çoğunluktaydı. Kalinkara ve Ark. yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %85,6' sı, Lin ve Lu' nun Tayvan' da yaptıkları bir çalışmada %63,3' , Yeşil ve ark. yaşlılara bakım verenleri inceledikleri bir araştırmada %68,50' si kadındı (2, 51, 52). alışmalar göstermektedir ki bakım vermede kadınlar erkeklere göre daha fazla rol almaktadır. Birçok toplumda ev ve beraberinde getirdiğı işlerin sorumluluğı öncelikle kadınlardadır. TÜİK 2014/2015 Zaman Kullanım Araştırması göstermiştir ki evde bakıma ihtiyaç duyan birey varlığında kadınlar erkeklere oranla 5 kat daha fazla görev almaktadır (53).

Bakım verenlerin yaş ortalaması 53 olup ğr ve Ark. Antalya ilinde yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin %80' i 50 yaş zeri, Yeşil ve ark. alışmasında yaş ortalaması 50,09 tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bakım verenlerin yaş ortalaması diğerk çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Genç yaş grubu çalışıyor olması, ileri yaş grubu hastalıklar ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle bakım vermede daha az rol almaktadır. Meslek açısından bakıldığında katılımcıların %59' u ev hanımı %15' i emeklidir. Yeşil ve Ark. yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %68' i ev hanımı, %20,2' si emekli, Kalinkara ve ark. alışmasında %69,9'u ev hanımı, %12'si emekli olup benzer oranlar içermektedir (2, 52).

Gelir durumu açısından çalışmamızda bakım verenlerin %42' sinin geliri giderinden az %52' sinin geliri giderine eşit, Kalinkara ve ark. alışmasında %12,9' unun geliri iyi, %76' sında eşit, Yeşil ve ark. alışmasında %16,8 gelir giderden az %79,8 gelir gidere eşit olarak bulunmuştur (2, 52). alışmalar arasında gelir durumu açısından farklar vardır farkın çalışmaların yapıldığı örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumuna bakıldığında bakım verenlerin %7' si okuma yazma bilmemekte %56'sı ilkokul, %21' i lise, %16' sı üniversite mezunudur. Kalınkara ve ark. çalışmasında %9,6 okuryazar değil, %54,5 ilkokul, %23,4 lise, %12,4 üniversite mezunudur (2). Eğitim durumları paralellik göstermekle beraber okur yazar ve üniversite mezunu oranı çalışmamızda daha yüksektir. Seçilen örneklem nedenli olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin %72' si çekirdek ailesiyle, %28' i geniş aile (anne, baba, kayınvalide, kayınpeder) ile yaşamaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan hasta ile yakın evlerde ya da aynı binada farklı evlerde yaşama çalışmamızdaki bakım verenlerde siktir.

Çalışmamızdaki hasta grubunun %36' sı kadın %64' ü erkektir. ESH' ye bağlı hastalarda mesane kateteri nedeniyle yaşanan komplikasyonların incelendiği bir çalışmada %55,5'i erkek bulunmuştur (54). Mesame kateteri olan hastalarda yapılan çalışmalarda erkek oranının kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki hastaların %23' ünde prostat patolojisi nedenli kateterizasyona ihtiyaç duyulmuştur bu da erkek hasta oranının çalışmamızda fazla olmasını açıklamaktadır.

Hastalarımızda rastlanan hastalıklar %56 HT (Hipertansiyon), %48 Kas Eklem hastalığı, %44 SVH (Serebrovasküler Hastalık), % 40 DM (Diyabetes Mellitus),%35 Alzheimer, %32 Kardiyak Hastalıklar, %23 Prostat Hastalığı, %7 Kanser şeklindedir. Çatak ve ark. ESH' ye bağlı hastaların profilini inceledikleri bir araştırmada hastalarda %52 HT %43 SVH,%17 DM,%24 Kardiyak Hastalıklar, %13 Alzheimer hastalığı bulunmaktadır (55). HT, SVH, Kardiyak Hastalıklar benzer olmakla beraber Alzheimer oranı çalışmamız fazla bulunmuştur. Nörolojik hastalıklarda ve Alzheimerda ileri derecede yatağa bağımlılık sık görülmektedir ve bu hastalarda mesane kateterine daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda Alzheimer hastalığının fazla görülmesinin nedeni olarak mesane kateterine ihtiyaç duyan hasta grubu olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oğuz ve Ark. yaptığı bir çalışmada %9 Kanser, %9,4 Alzheimer, %10,4 Kalp Hastalıkları, %15,1 DM, %14, 1 SVH, %18,8 HT, %7,5 Eklem Hastalığı olarak saptanmıştır(56). Yurt içi ve yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda da evde bakım hastalarında HT ve Nörolojik Hastalıklar yüksek bulunmuştur (57). Çalışmamıza dahil edilen hastalarda da HT ve Nörolojik hastalıklar diğerlerine oranla daha fazla bulunmaktadır.

Bakım verenlere mesane kateterine ihtiyaç duyma nedenini sorduğumuzda, %91' i yatağa tam bağımlılık, %80' i bakım yükünü azaltma, %66' sı alt bezi maliyeti, %26' sı idrar yapamama, %26' sı dekübit ülseri, %20' si idrar kaçırma nedeniyle ihtiyaç duyulduğunu

belirtmiştir. Bu soru birden fazla seçenek seçilebilir şekilde oluşturuldu. Huzurevinde kalan hastalarda yapılan bir çalışmada erkeklerin %32,7'sinde, kadınların %36,7'sinde inkontinans görülmüştür (58). İnkontinans kadınlarda daha fazla görülen bir problem olsa da erkeklerde de yüksek oranda görülmektedir. Üriner inkontinansı olan hastada bez maliyeti ve bakım yükü artmaktadır. Bakım verenler bu nedenle mesane kateterine ihtiyaç duymaktadır. Alt değişiminin çoğu zaman birden fazla kişiyle yapılabildiği düşünüldüğünde sonda hem daha az kişinin bakım verme işlemine dahil olmasını hem de daha az efor ve vakit harcanmasını sağlamaktadır. Mesane kateteri olmadan ona ulaşabilen alt değişimi ve bez kullanımı mesane kateteri varlığında dört ile sınırlı kalmaktadır ve bu hem daha az iş yükü hem de daha az maddi yüke neden olmaktadır. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) günlük dört alt bezi ödemekte ve dördün üzerindeki her alt bezi bakım verenlere ekstra maddi yük oluşturmaktadır. Hastaların %26' sında dekübit ülseri nedeni mesane kateterine ihtiyaç duyulmaktadır. Bakım verenler idrarın nemliliğe neden olduğunu ve ülser iyileşmesini yavaşlattığını ya da yeni ülser oluşumunu kolaylaştırdığını gözlemlemiştir. Palyatif bakım merkezinde yapılan bir çalışmada dekübit ülseri görülme oranı %17,09 bulunmuş, evde sağlık hastalarının ihtiyaçlarını araştıran yatağa tam ve ileri derece bağımlı hastanın %56,76 olduğu bir çalışmada %12 oranında dekübit ülseri olan hasta saptanmıştır (57, 59). Dekübit ülseri oluşumu risk faktörlerinde Norton skalasında idrar ve gaita bulaşı en yüksek riski oluşturmaktadır. Üriner inkontinansın dekübit ülseri oluşumu artırdığı ve iyileşmesini geciktirdiğini bakım verenler kendileri de gözlemlemiştir.

%26 hastaya idrar yapamama nedeni sonda takılmıştı bunlardan 23 ü Prostat hastasıydı ve idrar çıkışı için mesane kateteri gerekmektedir.

Çalışmamızda mesane kateteri olan hastalarımızın sonda ile ilgili yaşadıkları sorunları ve bakım verenlerinin davranışlarını belirlemeye çalıştık. Mesane kateteri hastaların %47' sinde bir yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Sondalı hastalar arasında en fazla bir yılı aşkın süredir sondalı olanlar ESH' ye ÜSE şüphesiyle başvurmuştu. Bu hastalar incelendiğinde mükerrer başvuruda bulunan hastalar olduğu görüldü. Mesane kateterizasyonu süresinin uzaması bakteri kolonizasyonu ve tekrarlayan ÜSE için risk faktörüdür (60). Çalışmamızda mesane kateteri süresi uzadıkça ESH polikliniğine ÜSE şüphesiyle başvurma oranı daha fazla bulunmuştur.

Hastaların mesane kateteri kaynaklı başvuru nedenleri sorulduğunda, bakım verenlerin %60' ı değişim zamanı gelince, %48' i sondaya idrar gelmemesi (tıkanma), %47' si sızdırma, % 45' i idrarın kokusu ve rengi değiştiği için (hematüri, piyüri) %12' si de penil ülserasyon

nedenli başvuruda bulunmuştur. Sonda değişimi için başvurma oranı diğer nedenlerden fazlaydı. Sondasında tıkanma ve sızdırma hastalarda sık görülen şikayetlerdendi. Sızdırma şikayeti ($p=0.011$) ve sondada tıkanma ($p=0.017$) şikayetleri kadın hastalarda erkeklerden daha sık evde sağlık hizmetlerine başvuru nedenidir. Mesane kateteri komplikasyonlarına bakılan bir çalışmada %25,4 üretral erozyon, %13,6 hematüri olduğu bulunmuştur. İki yıl boyunca süren kateterli hastalarda komplikasyonlara bakılan bir çalışmada %48 kateterde tıkanıklık, %37 sinde sızıntı, %30 hematüri görülmüştür (54, 61). Yapılan diğer çalışmalarda komplikasyonlar açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Farkın seçilen örneklemden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmalar göstermektedir ki en sık karşılaşılan komplikasyonlar tıkanma ve sızdırmadır. Çalışmamızda da en sık görülen komplikasyonlar tıkanma ve sızdırma olmuştur

Sonda ile ilgili sorun yaşadıklarında bakım verenlerin %91'i ESH'ye, %6' sı acil servise, %3' ü aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. acil servise ve aile hekimliğine başvuracağını söyleyen bakım verenler yeni sonda takılan, ESH birimine yeni kayıt oluşturan ve alabileceği tıbbi desteği bilmeyen bakım verenlerdir. Bakım verenlerin çoğunluğu kateter nedenli sorunları için ESH' a başvurmakta ve sorununu çözebilmektedir.

Kateter değişim sıklığınız nedir sorusuna bakım verenlerin %8' i 15 günde bir, %34' ü ayda bir, %39' iki ayda bir, %19' u üç ayda bir yanıtını verdi aynı soru bir de kateter nedenli herhangi bir sorun yaşanmadığında üriner kateterin değişimi ne sıklıkta olmalıdır şeklinde soruldu bakım verenlerin %6' sı 15 günde bir, %3' i ayda bir, %32' si iki ayda bir, %3' i üç ayda bir yanıtını verdi. Hastaların tamamı mesane kateterinin belirli aralıklarla değişmesi gerektiğini düşünüyordu. Hemşirelerin bilgi düzeyini ölçmek için yapılan bir çalışmada %31' i kateterin 21 günde bir değiştirilmesi gerektiğini belirtirken %30,6' sı 14 günde bir, %24,8' i de düzenli aralıklarla değişim önerilmez yanıtını vermiştir. Literatürde kateterin tıkanıklık, enfeksiyon gibi durumlar görülmediği sürece değiştirilmesi için rutin bir süre belirtilmediği görülmektedir (62). Çalışmamızda görüldü ki tüm bakım verenler kateterin düzenli aralıklarla değişmesi gerektiğini düşünmekte bu konuda bakım verenlerin bilgi düzeyi yetersizdir ve doğru bilgilendirilmelidir.

Mesane kateteri yıkama davranışını sorduğumuzda bakım verenlerin %59' u düzenli aralıklarla yıkama yapmıyor tıkanıklık olursa yıkama yapıyor, %41' i düzenli aralıklarla yıkama yapıyordu. Hemşirelerin bilgi düzeyini ölçen bir araştırmada kateter irrigasyonu sadece sonda tıkanığında yapılır önermesine %2,9 hiçbir zaman, %63,3 her zaman yanıtını vermiştir. CDC (Hastalı Kontrol ve Önleme Merkezi) kateter ilişkili ÜSE'leri önleme

kılavuzunda gereklilik varsa intermittan mesane kateterini irrige etmeyi önermiştir, rutin irrigasyon önerilmemektedir (62). Bakım verenlerimiz yüksek oranda doğru uygulama yapmaktadır.

Penil ülserasyonu önleme için kateterin yönünü değiştirme sorusuna %48 evet, %52 hayır yanıtını verdi. Mesane kateterinin aynı lokal bölgeye sürekli irritasyonu sonucu erozyon, inflamasyon hiperemi görülebilir. Bakım verenlerin bu konudaki bilgi düzeyi eksik olup bakım verenler bilgilendirilmelidir.

Almaya engel bir durumu yoksa hastanız günlük ne kadar sıvı almalı sorusuna bakım verenlerin %64' ü 2-3 litre, %31' i 1-2 litre, %3' ü 1 litre, %2' si 3-4 litre cevabını verdi. Profesyonel sporcularda yapılan bir çalışmada günlük ne kadar sıvı almalısınız sorusuna %44,9 1-2 litre, %37,1 3-4 litre, %11,4 5 litre ve üzerini yanıtını vermiş (63). Lise öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi düzeyini ölçen bir çalışmada %33,1 2200 ml, %30,9 1000 ml, %12,3 750 ml yanıtını vermiştir (64). Sağlıklı yaşam için her gün içme suyu ile 1500- 2000 mL/gün (8-10 su bardağı), yiyecek ve içeceklerle 1000 mL/gün, metabolizma için gerekli su için 260 mL/gün tüketilmesi önerilmektedir (65). Bu soruda amaç bakım verenlerin hastalarına yeterli sıvı desteği verme durumunu tespit etmektir. Hasta grubumuzun çoğunluğu oryante koopere olamayan, yutma refleksi bozulmuş ve beslenmesi azalmış hastalardır. Yetersiz sıvı alımı komorbiditeler de düşünüldüğünde hastaların böbrek fonksiyonlarını hızlı bozmaktadır. Bu konuda bakım verenin bilgilendirilmesi. Kurumumuzda her ziyarette ya da hastaların başvurularında hastaların beslenmesi sorgulanır bakım verene bilgi verilir. Çalışmamızda görüldü ki diğer çalışmalara göre bakım verenlerin bu konuda bilgi düzeyi yüksektir. Bunun nedeni her başvuruda ya da ziyarette hastaların beslenmesinin değerlendirilmesi ve bakım verenin bilgilendirilmesidir.

İdrar morfolojisindeki hangi özellikler hastada ÜSE' den şüphelendiriyor sorusuna bakım verenler %92 oranında tortu- beyazlık görülmesi, %90' ı idrar renginde bulanıklaşma, %87' si hematüri, %83' ü kötü koku olarak yanıtlamıştır. Bakım verenlerimizin bu konuda bilgi düzeyi yüksektir ve çoğu bakım veren başvurularında genellikle idrar morfolojisine bakarak hastasında ÜSE olduğunu düşünmektedir. Özellikle tekrarlayan ÜSE geçiren hastaların bakım verenleri idrar rengi ve kokusuna göre tarafımıza başvuru oluşturmaktadır.

Kateter nedenli oluşabilecek komplikasyonlara %91 ÜSE, %82 üretral travma, %87 penil ülserasyon, %75 glob vezikale, %70 pyelonefrit yanıtı vermiştir. Önermeler tedavi gerektiren ve hastanın sağlık bütünlüğünü bozan komplikasyonlar seçilerek oluşturulmuştur.

Evde bakım hastalarının sonda nedenli yaşadığı sorunları inceleyen bir çalışmada %30,5 ÜSE, %13,6 hematüri, %25, 4 üretral erozyon saptanmıştır (54). Literatürde de KİÜSE (Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu) en sık görülen komplikasyondur (66). Bu konuda bilgi düzeyi yüksek olsa da ilk karşılaşmada ve sonraki ziyaretlerde bakım veren bilgilendirilmeli komplikasyon yaşamaması için alması gereken önlemler anlatılmalıdır. Bakım veren bu sayede daha az komplikasyonla karşılaşır ve iş yükü azalır.

%83 hasta daha önce ÜSE nedenli tedavi almıştı bunlardan %19' u her ay %45' i 3 ayda 1, %11' i ise 6 ayda 1 ÜSE tedavisi aldığını belirtti. Hastaların %75 i mesane kateteri uygulaması sonrası yılda en az 1 kere ÜSE geçirmişti. Hastanede yatan kateterli hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada daha önce ÜSE geçirme oranı %59,3 olarak bulunmuş aynı çalışmada son 6 ayda ÜSE geçirme oranı %23,1 bulunmuştur (67). Bir hastanede 3. Basamak YBÜ (Yoğun Bakım Ünitesi)'de NÜSE (Nazokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonu) tanısı koyulan hastalarda kateterizasyon oranı %99,6 bulunmuştur (68). Katetere bağlı üriner infeksiyon gelişmesinde en önemli risk faktörü kateterizasyon süresidir. Tek bir kateterizasyonla başlangıçta günlük bakteriüri riski %3-10 arasında değişmekte iken 30 gün sonra bakteriüri riski %100'e çıkmaktadır (69). Çalışmamızda her ay ÜSE geçirdiğini belirten grupta mesane kateterizasyon süresi uzundu. ÜSE geçirme ve tekrarlama oranları çalışmamızda fazla bulunmuş ve bu farkın hastanede yatan hastaların antibiyotik kullanmaları, hastalarımızda ileri yaş, yatağa bağımlılık nedenli ideal hijyen koşullarının sağlanamaması, diyabet, hipertansiyon, dehidratasyon gibi kolaylaştırıcı faktörlerin hasta grubumuzda var olması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

KİÜSE en sık görülen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlardan biridir ve hastanede kalış süresini, mortalite ve morbiditeyi artırmakta gereksiz antibiyotik kullanımına neden olarak maddi yükü artırmaktadır. Kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberlerin önerilerine uyularak her yıl KİÜSE nedenli oluşan 38000 enfeksiyon ve 9000 ölüm önlenabilir. Rehberlerin ortak önerileri; kateterin gerekliliğinin değerlendirilmesi, aseptik tekniklere uyum, el hijyeni, kateter bakımı, kapalı drenaj sisteminin sürdürülmesi, drenaj torbalarının seviyesinin ayarlanması ve mümkün olan en kısa sürede çıkarılması yönündedir (66).

Antibiyoterapiyi yarıda bırakma durumuna bakım verenlerin %8' i evet, %92' si hayır yanıtını verdi. Bolu ilinde toplumda antibiyotik kullanım davranışının incelendiği bir çalışmada antibiyotiği yarıda bırakma oranı %78,2' dir. En önemli bırakma nedeni de klinik

iyileşmedir(70). Çalışmamızda antibiyotik kullanımı açısından bakım verenlerin bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur

ÜSE tanısal araçlarından TİT ampirik antibiyoterapi başlama kararımızı etkilemektedir. Kültür sonuçlanana kadar hastaya ampirik tedavi verip vermeme kararımızda hızlı olmamıza yardımcı olur. Çalışmamızda TİT çalışılan hastalarda nitrit, lökosit, bakteri, maya parametrelerine bakıldı.100 numuneden nitrit pozitifliği %26, lökosit pozitifliği %64, bakteri pozitifliği %79, maya pozitifliği %10 şeklindeydi. TİT ve idrar kültürü ilişkisine bakıldığında nitritin sensitivitesi %88,5 spesifitesi %20,3 olarak bulunmuştur($p=0,004$). Çalışmamızda nitrit ile kültürde üreme arasında anlamlı ilişki olmamasına rağmen nitrit görülen hastalarda kültür duyarlılığı fazla tespit edilmiştir. Arabacı ve ark. İstanbul ilinde polikliniğe ve servise ÜSE şüphesiyle başvuran erişkin hastalardan bakılan TİT analizinde ve İdrar kültürü bakısında nitritin sensitivitesi %36,4, spesifitesi %97,4 ($p<0,001$) anlamlı bulunmuştur(71). Nitritin bizim çalışmamızda spesifitesi düşük tespit edilmiştir. Farkın seçilen hasta grupları ve popülasyonumuzun kateterize hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünüldü. Aynı çalışma ile idrar lökosit ve kültür duyarlılığı karşılaştırılmış çalışmamızda sensitivite %82,8, spesifite %62,5 ($p<0,001$) ve TİT'te de lökosit görülen hastalarda düzey arttıkça kültür duyarlılığının arttığı saptandı. Arabacı ve ark. çalışmasında ise sensitivite 72,7 spesifitesi 74,1 ($p<0,001$) anlamlı olarak saptanmıştır (71). Bunun dışında Gülcan ve ark. erişkin hasta grubunda yaptığı çalışmada nitrit ve lökosit sensitiviteleri %42,6, %96 spesifitesi ise %86,3 olarak tespit edilip spesifitesi en yüksek test olarak nitrit bakısı bulunmuş ve negatif olduğunda kültür sonuçlarının da negatif olduğu en iyi kestirilen parametre olarak bulmuşlardır (72). Nitrit redüktaz içeren bakterilerin, diyetle alınan nitrat içeren gıdaları parçalaması sonucu oluşan nitritin değerlendirilmesi temeline dayanan nitrit testi, bakteriüri saptanmasında kullanılan indirekt bir yöntemdir. Nitrit redüktaz içermeyen bakterilerin oluşturduğu infeksiyonlarda, gıdalarla nitrat alınmadığında ve konsantre idrar örneklerinde yalancı negatifliklere neden olabilmektedir (73). Aynı çalışmada piyüri açısından bakıldığında sensitivitesi en yüksek spesifitesi en düşük test olarak bulunmuştur. Piyüri sensitivitesi Tunga ve ark. çalışmasında %62 (73).Gülcan ve ark. çalışmasında piyüri duyarlılığının yüksek saptanmasını çalışmalarına piyüri pozitif hastalardan kültür çalışılmasına bağlamışlardır (72). Çalışkan ve ark. benzer bir çalışmada nitrit ve piyürinin sensitivitesini %40,1, %78,8 spesifitesini ise %95,8 ,%85,5 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada bakteriüriye de bakılmış kültürle ilişkisi duyarlılığı %82,2, özgüllüğü %96,8 olup bakteriüri arttıkça üremenin de arttığı tespit edilmiştir (74). Bizim çalışmamızda bakteriüri

açısından sensitivite %79,7, spesifite %47,6'dır. TİT' de bakteriüri görüldüğü durumlarda kültürde yüksek düzeyde üreme görülmüştür.($p<0,001$). Maya hücresi de bakılan çalışmada maya hücresi görülen 11 örneğin 2'sinde kontaminasyon saptanmış, 1'inde üreme olmamış ve 8'inde Candida spp. üremesi görülmüştür. Bakteriüri açısından sensitivite ve spesifiteyi Lockhart ve arkadaşları %94 ve %92 olarak tespit etmiştir (75). Çalışmamızda ise maya hücresi açısından sensitivite %90, spesifite %17 olarak bulunmuştur. Üreyen mantar etkeni Candida spp.'dir. Buradan şu sonuç çıkmıştır TİT' de mantar hücresi görülüyorsa kültürde mantar üremesi olmaktadır.

Hastaların bakılan TİT' inde %64 oranında lökositoz (10 ve üzeri lökosit) tespit edilmiştir. Ampirik antibiyoterapi başlama kararında önemli olan idrar lökosit miktarı, üriner kateterizasyondan sonra 1,3,15,25. gün TİT incelenen bir çalışmada sırasıyla %42,2, %54,4, %55,6,%37,8 şeklinde bulunmuştur (67). Çalışmada 10 ve üzeri lökosit lökositoz olarak değerlendirilmiş olup aynı çalışmada hastanede yatan sondalı hastalar 2 gruba ayrılmış KET'li (Üriner Kateter Elektronik Takipli Grup) ve KET'sizlerdeki (Üriner Kateter Elektronik Takip sistemsiz Grup) piyüri karşılaştırılmış KET'li grupta %10,7 KET'siz grupta %16,9 şeklinde tespit edilmiştir (67). Aradaki farkın hastalarımızın % 96' sının 1 aydan, %77' si 3 aydan fazla zamandır sondalı olması ve enfeksiyon şüphesi olan hastalardan TİT çalışmamız, diğer çalışmaya dahil edilen grubun hastanede yatması nedeniyle antibiyoterapi altında olmaları ve ÜSE semptomu olmayan hastalardan TİT çalışılması nedeniyle piyürinin daha az olduğu düşünülmüştür. Çalışmanın kendi grupları arasındaki anlamlı fark da mesane kateterinin yakın takibinin piyüri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir(67). Piyüri ÜSE tanısı ve ampirik tedavi kararında önemli bir parametredir. Kateterin mesanede kalış süresi piyüri ve ÜSE gelişimi için riski artırıcı olduğundan bilinmelidir ki endikasyon yoksa ya da devam etmiyorsa kateterizasyonu sonlandırmak hasta koruyucu olacaktır. Aynı çalışmada 1058 hastadan alınan 74 (%6,9) örnekte bakteriüri görülmüş bunların %8,5'i KET' sizde, %5,3' ü KET' lide tespit edilmiştir. Bu çalışmada bakteriüri gelişiminde 4 değişken anlamlı olarak etkili bulunmuştur bunlar son altı ay üriner sistem enfeksiyonu geçirme öyküsünün olması, son altı ay hastanede yatış öyküsünün olması, sonda takılı kaldığı sürece antibiyotik kullanılması, sonda kalış süresidir(67). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu sonda kalış süresi ve tekrarlayan ÜSE geçirenlerde kültürde üreme oranı diğerlerine göre fazla bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastalarımızın %72' sinin idrar kültürü üreme ile sonuçlanmıştır. Üreme sıklıklarına göre; %25 E. Coli üremiştir. Hastane YBÜ'lerde yatan 2290 mesane kateterli hastada yapılan bir çalışmada idrar kültürü incelenmiş ve %12,4

anlamli üreme saptanmifftir. Bu çalişmada sıklıklarına göre; %45,6 candida, %18,6 e. Faecium, %16,8 E.coli, %3 E.feacalis, %3 A. Bouman, %3,5 K. Pnömonia, %2,5 P. Aeruginosa olarak saptanmifftir. Çalişma kendi iç değerlendirmesinde candida türü üremeleri anlamli bulmamifftir (76). KİÜSE etkenlerini, Study Group for Nosocomial Infections (ESGNI) en sık E. coli, ikinci sıklıkla Enterococcus spp. ve üçüncü sıklıkla Candida spp. Olarak bulmuştur (77). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) sırasıyla Candida spp., Enterobacteriaceae ve Pseudomonas spp. olarak, National Healthcare Safety Network (NHSN) ise sırasıyla E.coli, Candida spp., Enterococcus spp. olarak bildirmiştir (78). Koçer ve ark. çalişmasında idrar kültürlerinden en sık izole edilen mikroorganizmalar Candida spp., E. faecium ve E. coli, en sık KİÜSE'ye neden olan mikroorganizmalar ise E. faecium, E. coli ve A.baumannii olarak bulunmuştur (76). Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Raporu (2017)'na göre ölkemizde de KİÜSE'lerde en yaygın görölen patojenler arasında Escherichia coli ilk sırada yer almakta ve bunu ikinci sırada Klebsiella ve ardından Candida türleri izlemektedir (66). KİÜSE etkenlerinin çoğu kolon florasından, koagölaz negatif stafilokoklarsa deri florasının mesane üzerinde kolonize olup biyofilm oluşturmasından kaynaklanır. Çalişmaların çoğunda sıklıkla candida izole edilmekte olup kandidüri insidansı sonda uygulanması, hastanede kalış süresi ve antimikrobiyal kullanımıyla ilişkilidir. Bu olguların çoğu asemptomatik seyrederek kendiliğinden geriler. Asemptomatik olgularda sistemik veya lokal (mesane irigasyonu) tedavi gereksizdir. Sondanın çıkarılmasıyla, olguların %40-75'inde kandidüri kaybolmaktadır (76). Tamamı semptomatik olan ve nefroloji polikliniğine başvuran 141 hastanın idrar kültürü incelemesinde sıklığa göre E.coli, K.Pneumoniae, Staphylococcus spp, Proteus spp, E.faecalis şeklinde bulunmuştur (72). Anlaşılmaktadır ki candida kateterli hastada sık kolonize olmakta ama KİÜSE'ye neden olmamaktadır. Bakteriyel etkenler arasında idrar kültüründe ulusal ve uluslararası çalişmalarda enterokoklar ve E.coli diğer etkenlere oranla daha sık görölmektedir. Üreyen etkenin KİÜSE ilişkilendirilmesinde vakanın kliniği ve laboratuvar bulguları birlikte değerlendirilmelidir. CDC'nin belirlediği tanı ölçütlerine göre en önemli klinik bulgu ateştir. İdrar analizinde lökosit esteraz varlığı, nitrit pozitifliği veya piyüri varlığından en az biri görölmeli, idrar kültüründe ise 10⁵ kob/mL bakteri üremesi olması gereklidir (60).

Çalişmamızda patojenlerin antibiyotik duyarlılık oranlarını inceledik, %25 E.coli üremesi olup antibiyotik duyarlılığı sırasıyla %80 Nitrofurantoin, %80 Amikasin, %20 Amoksisilin-Klavulonik asit, %20 Ampisilin,%16 Siprofloksasin,%12 Fosfomisin şeklinde

çıkıştır. Ayaktan ÜSE semptomlarıyla polikliniğe başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada E.coli antibiyogram duyarlılıkları :%100 İmipenem, Meropenem, Sefeperezon-Sulbaktam,%98,9 Amikasin, %97,4, %97,4 Piperasilin Tazobactam, %87 Nitrofurantoin, %80,8 Seftriakson, %80 Ciprofloksasin, %63 Amoksisilin Klavulonik asit, %60 Trimetoprim-Sulfametaksazol, %36 Ampisilin şeklinde sonuçlanmış(79). ÜSE tedavisinde Ampisilin, Ampisilin-Sulbaktam, Amoksisilin-Klavulonik asit, Trimetoprim-Sulfametaksazol, Siprofloksasin, Levofloksasin en sık kullanılan oral ilaçlardır. Bu antibiyotiklere direnç oranları önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı direnç oranları bildirilmiştir. Gazi ve ark. E.Coli için direnç oranlarını yatan hastalarda Ampisilin için %65,2, Amoksisilin-Klavulonik asit için %14,6, Trimetoprim -Sulfametaksazol için %38,8, Pullukçu ve Ark. E. İse Coli için direnç oranlarını Ampisilin için %76, Amoksisilin-Klavulonik asit için %21,6, Trimetoprim -Sulfametaksazol için %58,4, Siprofloksasin için %47 olarak bulmuşlardır (80, 81). Karsta yapılan bir çalışmada E.coli antibiyotik duyarlılık oranları Meropenem %98,7, İmipenem %97,1, Piperasilin- Tazobactam %96,2, Amikasin %92,3, Gentamisin %89,7, Nitrofurantoin %88, Amoksisilin %65,4, Levofloksasin %59, Seftriakson %51, Siprofloksasin %51,3, Ampisilin-Sulbactam %40,2 şeklinde olup diğer çalışmalarda oral formu olan içeriklere karşı daha yüksek direnç oranları bulunmuştur. Aynı çalışmada polikliniğe başvuran hastalarda da etkenlerin duyarlılıkları sırasıyla Meropenem %100, İmipenem %99,5, Piperasilin-Tazobactam %95,3, Amikasin %98, Nitrofurantoin %95,3, Gentamisin %89,2, Amoksisilin %83,6, Levofloksasin %77,5 Seftriakson %73,7, Siprofloksasin %77,9, Ampisilin- Sulbactam %70, 9 olarak çıkmış etken duyarlılık sıralaması yatan hastalarla hemen hemen aynı olmasına karşın ayaktan başvuran hastalarda antibiyotiklerin tümünde duyarlılık oranları daha yüksek direnç oranları daha az bulunmuştur. Bizim çalışmamızda farklı olarak Amikasin ve Nitrofurantoin duyarlılığı en yüksek çıkmıştır. Bunu Gentamisin, Ertapenem, İmipenem, Meropenem, Trimetoprim-Sulfametaksazol izlemiştir. Çalışmaların hepsinde Ampisilin, Ampisilin-Sulbaktam, Amoksisilin-Klavulonik asit, Siprofloksasin için direnç oranları yüksek bulunmuştur (82). Ülkemizde ÜSE etkenlerinde GSBL oranları giderek artmaktadır. Bunun nedeni geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımının yaygınlaşmasıdır. E.coli ve Klebsiellada GSBL oranları Albayrak ve ark. %17,9 ve 23,7; Gündüçüoğlu ve ark. bu oranı %29 ve %49; Aydemir ve ark. %27 ve %73,6 olarak saptamışlardır(83-85). Başka bir çalışmada da E.coli için %22,3 , Klebsiella için %18,2 olarak bulunmuştur (89). Yapılan birçok çalışmada beta laktam olmayan Trimetoprim-Sulfametoksazol, Kinolon grubu, Aminoglikozid gibi antibiyotiklerin direnç oranlarında anlamlı artışlar olduğu bildirilmiştir(83-85). Bizim çalışmamızda Klebsiella Pnömonia en sık izole edilen 2. etkindir

ve antibiyotik duyarlılıkları %55 Amikasin, %33 Meropenem, %22 Fosfomisin, %11 Gentamisin, Trimetoprim- Sulfametaksazol, Siprofloksasin ,Amoksisilin-Klavulonik asit şeklindedir. Sonuçlar diğer çalışmalarla da uyuşmaktadır. Çalışmalar göstermektedir ki ÜSE hastane dışı ve hastane kaynaklı en sık karşılaşılan bakteriyel enfeksiyondur. Asemptomatik bakteriüriden sepsise kadar değişen klinik durumları içerir. Tüm dünyada tedavi uyumunu artırmak ve direnç gelişimini azaltmak için ortak tedavi rehberleri kullanılmaktadır. Çalışmalar özellikle oral formdaki antibiyotiklere karşı direnç geliştiğini ve giderek ÜSE'nin hastaneye yatış gerektiren ve maliyeti artan bir enfeksiyon olduğunu göstermektedir. Bakım verenin bilgi düzeyi arttıkça komplikasyon riski azalacaktır. Hekimler tarafında ise sık görülen etkenleri ve etkili tedavileri uygulamak direnç gelişimini azaltmak için önemlidir. Kateteri ve beraberindeki sorunları yönetmek bakım veren-hekim iş birliği gerektirmektedir. Aile hekimliğinin temelinde birincil koruma ve bütüncül yaklaşım vardır. Hasta ve ailesinin eğitilmesi, bilgilendirilmesi, hastanın bir bütün olarak ele alınması ve sorunların çözülmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımla bakıldığında mesane kateteri hakkında bilgilendirme yapmak, olası komplikasyonları anlatmak, hastanın kendi yaşam alanında hizmet sunmak bakım verenle iş birliği içinde olmak bakım verenin iş yükünü azaltıp işlevselliğini artırır.

Mesane kateteri olan hastalar katetere bağlı sorunlar nedeniyle sık başvuruda bulunmaktadır. Bunlardan en sık görülen ve tedavisi gittikçe zorlaşan KIÜSE' dir. Bu hastaların bakım verenlerinin kateter bakımı, riskleri, komplikasyonları hakkındaki bilgi düzeyi problemle karşılaşma ve baş edebilme sıklığını etkilemektedir. Buradan yola çıkarak bilgi düzeyi yüksek, kateter nedeniyle daha az komplikasyon yaşayan ve daha az ÜSE geçiren hastaların bakım verenlerinin tükenmişlik düzeylerinin olumlu etkileneceğini düşündük. Çalışmamızda 22 sorudan oluşan en düşük 0 en yüksek 88 puan alınabilen ve kendi için de duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi olarak 3 alt ölçeği bulunan MTÖ kullandık. katılımcıların aldığı toplam puan ortalaması 19,1' dir. Grubumuzun tamamının tükenmişlik düzeyi %21,7 olarak bulunmuştur ve düşük düzeydedir. Alt ölçek sonuçlarında duygusal tükenme alt ölçek puan ortalaması 7,8(düşük) Cronbach's Alpha değeri 0.902(yüksek derecede güvenilir), duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortalaması 2,1(düşük) Cronbach's Alpha değeri 0.737(oldukça güvenilir), kişisel başarı alt ölçek puanı ortalaması 9,2 (yüksek) Cronbach's Alpha değeri 0.701(oldukça güvenilir) olarak bulunmuştur. Buradan şu sonuç çıkmaktadır bakım verenler duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamazken kişisel başarılarının yüksek olduğunu düşünmektedirler.

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri açısından tükenme düzeylerinde anlamlı fark bulunmamakla birlikte. 65-80 yaş arası bakım verenlerin tükenmişliği 20-65 yaş arasındakilerden fazladır. Yaşla beraber fiziksel ve bilişsel fonksiyonların azalması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde kadınlardan daha fazla tükenmişlik düzeyi saptanmıştır. Görüşmelerde erkek katılımcılar ev işlerine ve bakım özelliklerine hakim olmadıklarını ifade edip bu durum yetersizlik ve hissetmelerine neden olmaktadır. Mesleki değerlendirmede ev hanımlarının emeklilere oranla tükenmişliği düşük saptanmıştır. Ev hanımları bunu görevleri ve sorumlulukları olarak görmektedir, emekli olan grup ileri yaşın getirdiği fiziksel ve bilişsel fonksiyonların azalması sonucu sorunları anlayabilme, öğrenme ve baş edebilmede zorlanmaktadır. Bu da kendilerini yetersiz hissetmelerine, streslerinde artmaya ve tükenmelerine neden olmaktadır. Eğitim durumu arttıkça tükenmişlik artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek bakım veren hastası nedeni çalışmadığını kendi işini yapamadığını ve hayatından fedakarlık yaptığını düşünmektedir.

Mesane kateterizasyon süresi 3-12 ay arasında olanlarda tükenmişlik en düşük 1-3 ay olanlarda en yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni bakım verenin sonda ile yeni karşılaşması ve sorun yaşadığında ne yapacağını bilmeyip kendisini yetersiz hissetmesidir. Sonda nedeni yaşanan sızdırma, idrardaki görüntü koku değişikliği, tıkanma, penil ülser oluşumu tükenmişlik düzeylerinde belirgin fark yaratmamakla beraber sorunları yaşayanlarda tükenmişlik yaşamayanlara göre daha fazladır. ÜSE geçirme sıklığı fazla olan hastanın bakım verenlerinde tükenmişlik daha fazla bulunmuştur. Hastanın sık ÜSE geçirmesi bakım verenin numune, tetkik ve tedavi takibi yapmasını gerektirmektedir. Kateterli hastalarda tekrarlayan ÜSE olması bakım verenin sorumluluğunu ve iş yükünü artırmaktadır. Bu da tükenmişlik düzeyini artırmaktadır.

Denizli ve Isparta ilinde ortak yürütülen bir çalışmada yaşlı hastaların bakım verenlerine MTÖ minimum 22 maksimum 110 puan üzerinden değerlendirmeye alınmış ve ortalama 54,928 puanla yüksek tükenmişlik düzeyi çıkmıştır. Bunun anlamı tükenmişliğin %50 seviyelerinde olduğudur. Ölçeğin alt boyutlarında ortalama tükenmişlik puanları duygusal tükenme için (DT) $19,775 \pm 0,535$; duyarsızlaşma için (DYS) $8,081 \pm 0,203$ ve kişisel başarısızlık için (KB) $27,072 \pm 0,372$ 'dir. Bu da bakım verenlerin % 44,0 düzeyinde duygusal tükenme (DY), % 18,0 düzeyinde duyarsızlaşma ve % 60,2 düzeyinde kişisel başarısızlık yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Aynı çalışmada sosyodemografik özellikler açısından bakım verenlerde tükenmişlik düzeyinde anlamlı fark bulunamamıştır (2). Özmete' nin huzurevlerinde çalışan profesyonel meslek elemanları ve yaşlı bakıcılarının tükenmişlik

düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada tükenmişlik düzeyi %21 olarak saptanmıştır .Salama ve El-Soud' un çalışmasında ise tükenmişlik puanı $35 \pm 14,1$ olarak belirlenmiş olup, tükenmişlik duygusu yaşayanların oranı % 43,1'dir (86, 87). Çalışmamızda diğer çalışmalara göre tükenmişlik düzeyi düşük bulunmuştur bunun nedeni olarak bakım verenlerin hastaların eşi, çocuğu olması ve bu bakımı yük olarak görmemesi, kateter bakımı hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olması ve daha az komplikasyon yaşamaları şeklinde açıklanabilir. Ek olarak bakım verenlerin tamamına yakını bir sorun yaşadığında ESH birimimize başvurmakta ve sorunu evde çözülmekte bakım verenle bu yük paylaşılmaktadır. Bakım verenler ihtiyaç duyduğunda birimimize ulaşabilmektedir. Her ziyarette bakım veren riskler, komplikasyonlar ve bakım hakkında bilgilendirilmeli yanlış olduğunu düşündüğümüz uygulamaları sorgulanıp düzeltilmelidir. Bilgi düzeyi arttıkça bakım veren komplikasyonları daha az yaşayacak, öngörebilecek, çözüm sürecinde iş birliği kurabilecektir. Bu da iş yükünü azaltıp işlevselliğini artıracak tükenmişlik hissini azaltacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

S.B.Ü. Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ESH birimine kayıtlı mesane kateteri olan hastalar kateter kaynaklı ÜSE, sızdırma ve tıkanıklık gibi komplikasyonlarla sık karşılaşmaktadır. Bakım verenlerimizin çoğunluğu kadın ve ev hanımıdır. Çalışmamızdaki

mesane kateteri olan hastaların çoğunluğu erkektir. %72 oranında kültürde üreme saptanmıştır. Kültürde en sık üreyen etken %25 oranında E.coli' dir. Antibiyogramda en yüksek duyarlılık %39 oranında Amikasin, %37 oranında Gentamisindir. Bakım verenlerin kateter bakımı ve komplikasyonları hakkındaki bilgi düzeyi yüksek, tükenmişlik seviyeleri düşük bulunmuştur. Mesane kateteri bakımı kolaylaştırdığı gibi komplikasyonları olan bir malzemedir. Gereksiz kullanımı hastaya faydadan çok zarar vermektedir. ÜSE en sık görülen komplikasyondur ve hastanın iyilik halini bozmaktadır. ÜSE tedavisi giderek artan antibiyotik direnci nedeniyle zorlaşmaktadır. Daha az komplikasyonla karşılaşılması ve gelişen komplikasyonun tedavisi için hekim ve bakım verenlerin iş birliği yapması gerekmektedir. İleri yaş, yatağa bağımlı hastalara bütüncül ve periyodik bakım sunma hizmeti veren ESH uygulaması hastaların hayat kalitesini artırmakta ve bakım verenlerin iş yükünü paylaşmaktadır. Bakım verenlere kateterin takılma nedeni, bakımı, komplikasyonları anlatılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Aslaner H, Gökçek MB, Çetin A, Mıstık S, Karaağaç M, Benli A. Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kayseri Örneği. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;31(3):383-9.
2. Kalıncara V, Kalaycı İ. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017;10(2):19-39.

3. Aykut Z, Van Gierberzken MY. Yetişkinlerde Temiz Aralıklı Üretral Kateterizasyon: Kanıta Dayalı Uygulamalar. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;7(2):428-39.
4. Çayır Y, Işık M. Terminal Dönem Kansere Hastalarında Evde Sağlık Hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi 2012; Ek sayı 1:87-89.
5. Daniş MZ. Toplum Temelli Bakım Anlayışı. Özveri Dergisi 2006;3:44-47.
6. Yorulmaz M, Özata M, Küçükkendirci H, Demirkıran M. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2016;4(8):1-13.
7. Kıran İ, Güçlü A. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi. 2022(13):107-14.
8. Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. 2 Haziran 2023.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>. adresinden 11.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
9. Cantürk HF, Özel HA, Divrik T, Karaçelik ODM. Kateter Uygulamaları ve Bakım Rehberi. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmet İçi Eğitim Dökümanı. s.34-27, İzmir, 2013.
10. Cravens DD, Zweig S Urinary Catheter Management. Am Fam Physician 2000;61 (2):369-76.
11. Turan Ö, Bildik F, Aslaner M, Keleş A, Kılıçaslan İ, Aksu Ş, et al. Bir Üniversite Hastanesi Erişkin Acil Servisinde Üriner Kateterizasyon Endikasyon ve Komplikasyonlarının Prospektif Gözlemsel Olarak İncelenmesi. 16. Türkiye Acil Tıp Kongresi, Bildiriler Kitabı s.102 , Ankara, 2020.
12. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection In Adults: International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases. 2010;50(5):625-63.
13. McGill S. Catheter Management: it's the Size That's Important. Nursing Mirror. 1982;154(14):48-9.
14. Garcia MM, Gulati S, Liepmann D, Stackhouse GB, Greene K, Stoller ML. Traditional Foley Drainage Systems Do They Drain the Bladder? The Journal of Urology. 2007;177(1):203-7.
15. Stickler D, Zimakoff J. Complications of Urinary Tract Infections Associated with Devices Used for Long-Term Bladder Management. Journal of Hospital Infection. 1994;28(3):177-94.
16. Colle I, Naegels S, De Boe V, Urbain D. Rectal Wall Perforation and Prostatic Necrosis Due to Malposition of a Transurethral Bladder Catheter. Gastrointestinal Endoscopy. 1999;50(1):82.
17. Farraye MJ, Seaberg D. Indwelling Foley Catheter Causing Extraperitoneal Bladder Perforation. The American Journal of Emergency Medicine. 2000;18(4):497-500.
18. Doğanay M, Alp Meşe EB. In Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, Editors. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 2008:897-909.
19. JD S. Jaye D. Urinary Tract Infections. Principles and Practice of Infectious Diseases 6th ed New York. Churchill Livingstone. 2005;12:875-905.
20. İpekçi T, Çelik O, Aydoğdu Ö, Akand M, Yüksel MB. Üriner Sistem Enfeksiyonlarına Güncel Yaklaşım. The Cystoscope. 2014;1:73-81.
21. Rubin RH, Shapiro ED, Andriole VT, Davis RJ, Stamm WE. Evaluation of New Anti-Infective Drugs for the Treatment of Urinary Tract Infection. Clinical Infectious Diseases. 1992;15(1):216-27.
22. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women. Clinical Infectious Diseases. 1999;29(4):745-59.
23. Foxman B. Epidemiology of Urinary Tract Infections: Incidence, Morbidity, and Economic Costs. The American Journal of Medicine. 2002;113(1):5-13.
24. Kline KA, Schwartz DJ, Lewis WG, Hultgren SJ, Lewis AL. Immune Activation and Suppression by Group B Streptococcus In a Murine Model of Urinary Tract Infection. Infection and Immunity. 2011;79(9):3588-95.

25. Nielubowicz GR, Mobley HL. Host Pathogen Interactions in Urinary Tract Infection. *Nature Reviews Urology*. 2010;7(8):430-41.
26. Ronald A. The Etiology of Urinary Tract Infection: Traditional and Emerging Pathogens. *The American Journal of Medicine*. 2002;113(1):14-9.
27. Fisher JF, Kavanagh K, Sobel JD, Kauffman CA, Newman CA. Candida Urinary Tract Infection: Pathogenesis. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;52(6):437-51.
28. Jacobsen S, Stickler DJ, Mobley HL, Shirtliff M. Complicated Catheter-Associated Urinary Tract Infections Due to Escherichia Coli and Proteus Mirabilis. *Clinical Microbiology Reviews*. 2008;21(1):26-59.
29. Levison ME, Kaye D. Treatment of Complicated Urinary Tract Infections with an Emphasis on Drug-Resistant Gram-Negative Uropathogens. *Current Infectious Disease Reports*. 2013;15:109-15.
30. Lu P-L, Liu Y-C, Toh H-S, Lee Y-L, Liu Y-M, Ho C-M, et al. Epidemiology and Antimicrobial Susceptibility Profiles of Gram-Negative Bacteria Causing Urinary Tract Infections in the Asia-Pacific Region: 2009–2010 Results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART). *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2012;40:37-43.
31. Zeng G, Zhu W, Lam W, Bayramgil A. Treatment of Urinary Tract Infections in the Old and Fragile. *World Journal of Urology*. 2020;38:2709-20.
32. Laborde C, Bador J, Hacquin A, Barben J, Putot S, Manckoundia P, et al. Atypical Presentation of Bacteremic Urinary Tract Infection in Older Patients: Frequency and Prognostic Impact. *Diagnostics*. 2021;11(3):523.
33. Heppner PE, Schnepfer L, Langer K, Fritzlar S, Deppa B. Evidence of Antimicrobial Stewardship in the Treatment of Uncomplicated Urinary Tract Infection. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2020;16(9):153-7.
34. Pepe DE, Maloney M, Leung V, Harizaj A, Banach DB, Dembry L-M, et al. An Avaluation of Metrics for Assessing Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs): A Statewide Comparison. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020;41(4):481-3.
35. Kara M, Elmaslar-Mert HT, Kuloğlu F, Akata F. Genişlemiş Spektrumlu p-Laktamaz Üreten Escherichia coli'nin Etken Olduğu Toplum Kökenli Üriner Sistem İnfeksiyonlarında Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Klimik Dergisi*. 2020;33(1):20-3.
36. Şenol A, Yakupoğulları Y, Şenol FF. Toplum Kökenli Üriner Sistem İnfeksiyonlarında Genişlemiş Spektrumlu β -Laktamaz Üreten Escherichia Coli ve Klebsiella spp. ve Antimikrobiyal Dirençleri. *Klimik Dergisi*. 2020;33(2):37-3.
37. Demiray EKD, Alkan S, Önder T, Öntürk H, Önder A. Yaşlılıkta Kırılganlık ve Üriner Sistem Enfeksiyonları. *Black Sea Journal of Health Science*. 2022;5(1):143-9.
38. Aysun A, Kahraman BB. Yetişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Sistematik Derleme. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2023;1(1):40-9.
39. Bakır M. Nozokomiyal Üriner Sistem İnfeksiyonları. Doğanay, M, Ünal, S. Hastane İnfeksiyonları. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003;25(2):531-50.
40. Maki DG, Tambyah PA. Engineering Out the Risk for Infection With Urinary Catheters. *Emerging Infectious Diseases*. 2001;7(2):342.
41. Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen adaylarında tükenmişlik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2006;16:10-3.
42. Serinkan C, Barutçu E. Güncel Yönetim Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu: Denizli de Yapılan Bir Araştırma. *Yeni Fikir Dergisi*. 2020;12(24):1-21.
43. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of Disillusionment in The Helping professions. *Human Sciences Press New York*. 1980;1:23-4.
44. Güven Ö, Sezici E. Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Maslach Tükenmişlik Modeline Göre İncelenmesi. *Journal of Management and Economics Research*. 2016;14(2):111-32.
45. Poyraz K, Sürücüoğlu H. İlk Ve Orta Öğretim Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik (Kütahya İl Merkezi Örneği). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015;44:15-3.

46. Demerouti E, Bakker AB, De Jonge J, Janssen PP, Schaufeli WB. Burnout and Engagement at Work as A Function of Demands and Control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2001;7:279-86.
47. Eryılmaz A. Pozitif Psikolojinin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Alanında Gelişimsel ve Önleyici Hizmetler Bağlamında Kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2013;1(1):1-22.
48. Çapri B, Gündüz B, Gökçakan Z. Maslach Tükenmişlik Envanteri-Öğrenci Formu' nun (MTE-ÖF) Türkçe'ye Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Cukurova University Faculty of Education Journal*. 2011;40(1):12-5.
49. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(2):201-7.
50. Can R, Hisar KM. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;6(1):1-9.
51. Lin PC, Lu CM. Hip Fracture: Family Caregivers' Burden and Related Factors for Older People in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(6):719-26.
52. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(4):54-66.
53. Zaman Kullanım Araştırması. TÜİK 2015. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Zaman-Kullanım-Arastirmasi-2014-2015-18627> adresinden 10.07.2023 tarihinde alınmıştır.
54. Korkut Y, Bekir A, Kenan E. Evde Bakım Hastalarında Görülen Yeni Ürolojik Problemler: Çıkmayan Sondalar. *Genel Tıp Dergisi*. 2021;31(2):145-7.
55. Çatak B, Kılınç A, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*. 2012;10(1):13-21.
56. Oğuz I, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(2):25-6.
57. Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Sağlık İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021;8(1):78-83.
58. Cankurtaran F, Soyuer F, Sibel A. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda İdrar Kaçırma Problemi ve Mobilite ile İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(4):594-603.
59. Enginyurt Ö. Palyatif Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevelansı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2019;11(1):15-2.
60. Tünger Ö. Değişen CDC tanımları: üriner kateterle ilişkili enfeksiyonlar. III. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar Simpozyumu (7-9 Mart 2014, İstanbul) Kitabı. İstanbul: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği, 2014: 78-89.
61. Kohler-Ockmore J, Feneley R. Long-Term Catheterization of The Bladder. *British Journal of Urology*. 1996;77(3):347-51.
62. Karabey T, Karagözoğlu Ş, Uçar KN. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Önlenmesi Güncel Yaklaşımlar. 4.Uluslararası Akademik Öğrenci Çalışmaları Kongresi, Bildiriler Kitabı. s.92-82, İstanbul, Aralık 19-20, 2020.
63. Yazar H, Gökdemir K, Eroğlu H, Özdemir G. Elit Seviyedeki Sporcuların Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*. 2011;13(3):45-20.
64. Kayapınar FÇ, Aydemir R. Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi (Karsı Dıgor Anadolu Lisesi Örneği). *International Journal of Sport Culture and Science*. 2014;2(2):21-38.
65. Devran BS, Saka M. Lise Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyi ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2019;47(3):5-14.
66. Rabia K, Gürkan A. Katater ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Güncel Yaklaşımlar. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*.1(2):72-82.

67. Kaya G. Hastanede Üriner Kateter Elektronik Takip Sistemi (HÜKETS)'nin Üriner Kateter Süresi, Bakteriüri ve Üriner Sistem Enfeksiyonu (ÜSE) Sıklığına Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, 2016.
68. Çaylak S, Çitil BE, Şahan L, Şahin C, Sözen H. Yoğun Bakım Ünitelerindeki Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Retrospektif İrdelenmesi. Duzce Medical Journal. 2015;17(3):102-4.
69. Warren JW. Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Infectious Disease Clinics of North America. 1997;11(3):609-22.
70. Kesgin MT, Zengin S, Çağlar S. Toplumda Antibiyotik Kullanımı: Bolu İlinden Bir Kesit. Ahi Evran Medical Journal. 2023;7(2):145-54.
71. Arabacı Ç, Moroğlu UDÇ, Vurgun UDE, Ak UDK. Tam İdrar Analizi İle Enfeksiyon Belirteçlerinin Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısındaki Etkiliğinin Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi, Bildiriler Kitabı s.120-25, İstanbul, Ocak 2021.
72. Gülcan A, Çelik G, Gülcan E, Cansever Z, Aladağ DM. İdrar Yolu Enfeksiyonu Şüpheli Hastalarda Tam İdrar Analizi ve Kültür Sonuçlarının Performans Değerlendirmesi. Abant Tıp Dergisi. 2012;1(2):61-4.
73. Tunga M, Şen T, Aktepe O, Altındış M. Üriner Sistem Enfeksiyon Şüphesi Olan Çocuklarda Tanımlayıcı Laboratuvar Testlerinin İdrar Kültür Sonuçlarıyla Karşılaştırılması Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi. 2002;37(3):25-12.
74. Çalışkan E, Şahin İ, Öztürk CE, Yavuz MT, Ankaralı H, Türkmen-Albayrak H. Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Tanısında Kullanılan Mikrobiyolojik Yöntemlerin Karşılaştırılması. Klimik Dergisi. 2013;26(1):9-12.
75. Lockhart GR, Lewander WJ, Cimini DM, Josephson SL, Linakis JG. Use of rinUary Gram Stain for Detection of Urinary Tract Infection In Infants. Annals of Emergency Medicine. 1995;25(1):31-5.
76. Koçer İ, Yasemin Z, Karaoğlu İ. İdrar Kültürü Sonuçlarının Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyon Tanısında Klinik Anlamı. Bozok Tıp Dergisi. 2020;10(4):62-6.
77. Tao L, Hu B, Rosenthal VD, Gao X, He L. Device-Associated Infection Rates In 398 Intensive Care Units In Shanghai, China: International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Findings. International Journal of Infectious Diseases. 2011;15(11):774-80.
78. Hidron AI, Edwards JR, Patel J, Horan TC, Sievert DM, Pollock DA, et al. Antimicrobial-Resistant Pathogens Associated With Healthcare-Associated Infections: Annual Summary of Data Reported to The National Healthcare Safety Network at The Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2008;29(11):996-1011.
79. Gözüküçük R, Çakıroğlu B, Nas Y. Toplum Kaynaklı Üriner Sistem Enfeksiyonu Etkeni Olarak Saptanan Escherichia Coli İzolatlarının Antibiyotik Duyarlılıkları. JAREM. 2012;2(3):101-3.
80. Pullukçu H, Taşbakan IM, Aydemir Ş, Sipahi OR, Turhan A, Özinel MA, et al. İdrar Kültürlerinden Soyutlanan Bakteriler ve Çeşitli Antibiyotiklere in-vitro Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi. ANKEM Dergisi. 2006;20(1):26-30.
81. Yıldırım M, Şahin İ, Öksüz Ş, Özdemir D, Güçlü E, Acar S, et al. Üropatojen Escherichia Coli Suşlarında Bazı Oral Antibiyotiklere Direnç ve Direnç İlişkili Risk Faktörleri. Ankem Derg. 2009;23(1):1-7.
82. Mehmet U, Bağcıoğlu M, Tekdoğan ÜY, Kocaaslan R, Çeçen K. Kars Bölgesindeki İdrar Yolu Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi ve Antibiyotik Dirençleri. Kafkas Journal of Medical Sciences. 2019;9(2):90-6.
83. Albayrak N, Kaya S. Extended Spectrum Beta Lactamases Production and Antimicrobial Resistance Ratio of The Escherichia Coli and Klebsiella Pneumoniae Strains Isolated from Various Clinical Specimens. Türk Microbiol Cem Dergisi. 2009;39:16-21.
84. Aydemir H, Yalçı A, Pişkin N, Gürbüz Y, Türkyılmaz R. Escherichia Coli ve Klebsiella Pneumoniae Suşlarının Genişlemiş Spektrumlu β -laktamaz Üretim ve Antibiyotik Direnç Oranları. Klimik Derg. 2006;19(2):63-8.
85. Parlak M, Çıkman A, Bektaş A, Berktaş M. Escherichia Coli ve Klebsiella Pneumoniae Suşlarında Genişlemiş Spektrumlu Beta-Laktamaz Üretimi ve Antibiyotiklere Direnç: Beş Yıllık İzlem. Sakarya Tıp Dergisi. 2012;2(1):11-5.

86. Özmete E. Yaşlı Bakımı İşinin Psikososyal Riski: Kurumsal Yaşlı Bakımında Çalışanların Stres Nedenlerinin, Tükenmişlik ve İş Tatmini Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2016;17(1):243-64.
87. Salama R. Caregiver Burden from Caring for Impaired Elderly: A Cross-Sectional Study In Rural Lower Egypt. Italian Journal of Public Health. 2012;9(4):78-12.



8. EKLER

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

		Hiçbir zaman	nadiren	bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Hasta bakmaktan soğuduğumu hissediyorum					
2	Hasta bakımı sonrası kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3	Sabah kalktığımda bu bakımı bir gün daha veremeyeceğimi hissediyorum					
4	Hasta bakmak karşılaştığım insanların hissettiklerini anlamama yardımcı oldu					
5	Hasta bakmak karşılaştığım insanlara sanki insan değillermiş gibi davranmaya başlamama neden oldu					
6	Hasta bakmak karşılaştığım insanlara sert davranmaya başlamama neden oldu					
7	Hasta bakmak karşılaştığım insanların sorunlarına uygun çözümler üretmeme yardımcı oldu					
8	Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum					
9	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10	Hasta bakımı vermeye başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim					
11	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum					
12	Çok şeyler yapabilecek güçteyim					
13	İşimin beni kısıtladığını hissediyorum					
14	Hastaya bakım verirken çok fazla çalıştığımı hissediyorum					
15	Hasta bakmaya başladığımdan beri karşılaştığım insanlara ne olduğunu umursamamaya başladım					
16	Doğrudan doğruya hasta bakmak bende çok fazla stres yaratıyor					
17	Hasta bakmak karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratmama yardımcı oldu					
18	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim					
19	Hasta bakımı verirken kayda değer birçok başarı elde ettim					
20	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21	Hastama bakım vermek duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşmamı sağladı					

22	Hasta bakmaya başladığımdan beri karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum					
----	---	--	--	--	--	--

**MESANE KATETERİZASYONU OLAN HASTALARIN BAKIMVERENLERİNİN
KATETER BAKIMI, İDRAR YOLU ENFEKSİYONU BELİRTİLERİ VE
KOMPLİKASYONLAR HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ BELİRLEME ANKETİ**

Anket soruları hastaya bakım verenin mesane kateteri bakımı, komplikasyonları, idrar yolu enfeksiyonları belirtileri hakkındaki bilgi düzeyinizi ölçmek için hazırlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

1- Cinsiyetiniz nedir?

- ☐ Kadın ☐ Erkek

2- Kaç yaşındasınız?

()

3- Mesleğiniz nedir?

- ☐ Ev Hanımı ☐ Memur ☐ Emekli / Çalışmıyor ☐ Serbest Meslek ☐ İşçi
☐ Diğer (.....)

4- Gelir durumunuz nedir?

- ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

5- Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okuma yazma bilmiyor ☐ Okuma yazma biliyor ☐ İlköğretim ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans / doktora

6- Birlikte yaşadığınız kişiler kimler?

- ☐ Eş ☐ Anne – Baba ☐ Çocuk ☐ Huzurevi / bakımevi ☐ Yalnız
☐ Diğer (.....)

7- Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

8- Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

9- Hastanızın kronik rahatsızlığı var mı varsa neler?

- ☐ Tiroid hastalıkları ☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐

- ☐ Böbrek hastalıkları ☐ Kalp hastalıkları ☐ Kas-eklem hastalıkları
- ☐ Serebrovasküler hastalık (inme-felç) ☐ Kanser
- ☐ Prostat patolojisi ☐ Alzheimer hastalığı ☐ Mesane kanseri
- ☐ Hayır

10- Hastanın sürekli kullandığı ilaç var mı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Tiroid / Guatr İlacı ☐ Hipertansiyon İlacı ☐ Diyabet İlacı / İnsülin
- ☐ Kalp İlaçları ☐ Mide – Barsak İlaçları ☐ Kanser İlaçları
- ☐ Hayır

11- Ne zamandır mesane kateteri mevcut?

- ☐ 1 ay
- ☐ 1-3 ay
- ☐ 3-12 ay
- ☐ 12 ay

12- Neden mesane kateterine ihtiyaç duyuldu?

- ☐ Yatağa tam bağımlılık
- ☐ Dekübit ülseri
- ☐ Alt bezi maliyeti
- ☐ Bakım yükünü azaltma
- ☐ İdrar yapamama
- ☐ İdrar kaçırma

13- Sonda ile ilgili sorun yaşadığınızda ilk nereye başvurursunuz?

- ☐ acil servis ☐ aile hekimliği ☐ evde sağlık hizmetleri

14- evde sağlık hizmetlerine kateter ile ilgili hangi nedenlerle başvurursunuz ?

- ☐ sızdırma
- ☐ değişim zamanı gelince
- ☐ idrarın kokusu ya da rengi değiştiği zaman
- ☐ sondaya idrar gelmemesi
- ☐ sondada tıkanma olması
- ☐ sonda nedenli penil ülserlerin oluşması

15- Kateter değişimi için ne sıklıkta başvurursunuz ?

- ☐15günde 1 ☐ayda 1
☐2 ayda 1 ☐3 ayda 1

16-Kateter değişimi ne sıklıkta olmalıdır ?

- ☐15 günde 1 ☐ayda 1 ☐ 2 ayda 1

17-kateter yıkama yapar mısınız ,yapıyorsanız ne sıklıkta yaparsınız?

- ☐günde 2 kere ☐günde 1 kere ☐2 günde 1 kere
☐3 günde 1 kere ☐haftada 1 kere
☐Hayır,yapmıyoruz

18-Hastanız daha önce idrar yolu enfeksiyonu nedenli tedavi aldı mı ,aldıysa kaç kere ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19- Hangi durumlarda idrar yolu enfeksiyonundan şüphelenirsiniz ?

- ☐ idrar rengi bulanıklaşırsa ☐ idrarın kokusu değişirse
☐ idrarda kan görölürse ☐idrarda tortu -beyazlık görölürse
☐kasıkta ağrı olursa ☐ ateş,bulantı - kusma olursa

20-Hastanız almasına engel bir durumu yoksa günlük ne kadar sıvı almalı ?

- ☐1 litre ☐ 1-2 litre ☐2-3 litre ☐3-4 litre

21-Hastanız ne sıklıkta üriner sistem enfeksiyonu geçirir ?

- ☐her ay ☐3 ayda bir ☐ 6 ayda bir ☐yılda 1

22-Penil ülserasyonu önlemek için sondanın yönünü değiştirir misiniz ?

- ☐ evet
☐ hayır

23- Mesane kateterizasyonunun komplikasyonları nelerdir ?

- ☐ Üriner sistem enfeksiyonu ☐ Üretra travması ☐ penil ülserasyon
☐glob vezikale ☐ pyelonefrit ☐hepsi
☐hiçbiri

24- Üriner sistem enfeksiyonu nedenli tekrarlayan ilaç kullanımı oldu mu ?

- ☐evet ☐hayır

25-Üriner sistem enfeksiyonu nedenli kullandığı antibiyoterapiyi yarıda bıraktığınız oldu mu

?

☐evet ☐hayır

26-Hasta alt bezi kullandınız mı?

☐evet ☐hayır

