

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIMDA YATAN KADIN HASTALARDA
BAKIM PAKETİ UYGULAMASININ ÜRİNER
KATETERLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON VE
İNKONTİNANSA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevcan KUTLUĞ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem DOĞU KÖKCÜ

HAZİRAN-2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIMDA YATAN KADIN HASTALARDA
BAKIM PAKETİ UYGULAMASININ ÜRİNER
KATETERLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON VE
İNKONTİNANSA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevcan KUTLUĞ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

**“Bu tez sınavı/..../2020 tarihinde online olarak yapılmış olup aşağıda isimleri
bulunan jüri üyeleri tarafından oybirliği / oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”**

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26/12/2019 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29/6/2021

Sevcan KUTLUĞ

ÖNSÖZ

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Komisyonu Başkanlığı tarafından: 2020724-11 numaralı proje ile desteklenmiştir. Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen hem tez dönemi hem de eğitim sürecinde bana yol gösteren danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Özlem DOĞU KÖKCÜ'ye, Tez sürecinde ortaya çıkan COVID-19 Pandemisi boyunca birlikte çalıştığım Gebze Fatih Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere, ayrıca tezimin her aşamasında yanımda olarak desteğini esirgemeyen sevgili ailem ve eşim Muhammed KUTLUĞ'ya teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

Sevcan KUTLUĞ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
ÖNSÖZ	II
KISALTMA VE SİMGELER.....	VI
ŞEKİLLER.....	V
TABLolar	X
RESİMLER.....	IX
ÖZET.....	X
SUMMARY	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ÜRİNER KATETERİZASYON.....	4
2.1.1. Üriner Kateterizasyonda Kateter Seçimi	4
2.1.2. Üriner Kateterizasyon Türleri.....	5
2.1.3. Üriner Kateterizasyon Endikasyonları.....	8
2.2. HATALI ÜRİNER KATETER UYGULAMALARI.....	9
2.3. ÜRİNER KATETERİZASYONLA İLİŞKİLİ KOMPLİKASYONLAR.....	10
2.4. ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU (ÜSE).....	13
2.4.1. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Prevalansı	13
2.4.2. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Risk Faktörleri.....	13
2.4.3. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Semptom ve Bulgular	14
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS	14
2.5.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipler	15
2.5.1.1. Stres Tipi İnkontinans.....	15
2.5.1.2. Urge (Sıkışma Tipi) İnkontinans	15
2.5.1.3. Miks Tip İnkontinans.....	16
2.5.1.4. Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans.....	16
2.5.1.5. Sürekli İnkontinans	17
2.5.1.6. Enürezis noktürna (Uykuda İdrar Kaçırma)	17
2.5.1.7. Koital İnkontinans	17
2.5.2. Üriner İnkontinans Prevalansı	17
2.5.3. Üriner İnkontinans Gelişiminde Etkili faktörler.....	18

2.6. HEMŞİRELİK BAKIMI	22
2.6.1. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonları Önlemede Hemşirelik..	22
2.6.2. Üriner İnkontinasta Hemşirelik Bakımı.....	24
2.6.3. Üriner Kateterizasyonda Hemşirelik Bakımı.....	29
2.7. BAKIM PAKETİ.....	32
2.7.1. Bakım Paketi Nasıl Oluşturulur?	34
2.7.2. Neden Bakım Paketi Kullanılmalı?	35
2.7.3. Kİ-ÜSE ve İnkontinans İçin Geliştirilen Bakım Paketleri	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	40
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH.....	41
3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	41
3.4. ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	42
3.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	42
3.4.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	43
3.4.3. Çalışma Grubu	43
3.4.4. Kontrol Grubu.....	44
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	45
3.5.1. Hasta Tanılama Formu	45
3.5.2. Hasta İzlem Formu	45
3.5.3. Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8)	46
3.5.4. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi.....	47
3.6. ÇALIŞMANIN UYGULANMA SÜRECİ.....	50
3.6.1. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi'nin Oluşturulma Süreci.....	50
3.6.2. Hemşire, Doktor ve Personelin Eğitim Süreci.....	51
3.6.3. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulanma Süreci.....	55
3.7. ÇALIŞMANIN TASARIMI	58
3.8. ÇALIŞMADA YAŞANILAN SINIRLILIKLAR	59
3.9. ETİK KONULAR.....	59
4. BULGULAR.....	61
4.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	61
4.2. HASTALARIN YATIŞ SÜRESİNCE İZLEM KAYITLARI	65

4.3. AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA SKOR FORMU	68
5.TARTIŞMA	70
5.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	71
5.2. BİREYİN İNKONTİNANS RİSK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	73
5.3. ÜRİNER KATETER UYGULAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	74
5.4. ÜRİNER KATETER UYGULAMASI SONRASI ENFEKSİYON BULGULARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI	77
5.5. AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA SKOR ORTALAMALARI BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	85
EKLER.....	113
EK-1:Güç Analiz Raporu.....	114
Ek-2: Üriner Enfeksiyon Ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Eğitimi	115
Ek-3: Hasta Tanılama Formu	116
EK-4: Hasta İzlem Formu	117
EK-5: Aşırı Aktif Mesane	118
EK-6: Üriner Enfeksiyon Ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulaması	119
EK-7 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Durumu Kullanım İzni	131
ÖZGEÇMİŞ	123

KISALTMA VE SİMGELER

°C	Santigrat Derece
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CRP	C Reaktif Protein
DM	Diyabetes Mellitus
FMF	Akdeniz Ateşi
HIPAC	Kİ-ÜSE Önleme Rehberi
HİDER	Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
HT	Hipertansiyon
ICS	Uluslararası İnkontinans Derneği
IHI	Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü
KAH	Koroner Arter Hastalığı
Kİ-ÜSE	Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları
KKY	Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
POST OP	Post operatif dönem
SVO	Serebro Vasküler Olay
TAK	Temiz aralıklı kateterizasyon
Üİ	Üriner inkontinans
ÜSE	Üriner Sistem Enfeksiyonları

ŞEKİLLER

Şekil 1: Üriner Kateter Çeşitleri.....	5
Şekil 2:Aralıklı Kateterizasyon Uygulaması ve Çıkartılması	5
Şekil 3:Kadınlarda TAK Uygulaması	6
Şekil 4:Kalıcı Mesane Kateterizasyonunda Kullanılan Kateter	6
Şekil 5: İnkontinans Çeşitlerine Göre Mekanizmaları	17
Şekil 6: 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Üİ Yaşama Durumları (%).....	18
Şekil 7: Kegel Egzersizleri İle Çalışılan Pelvik Kaslar.....	25
Şekil 8: Bakım Paketine Uyum Oranı	35
Şekil 9: Hasta İzlem Formunda Yer Alan Enfeksiyon Parametreleri	46

TABLÖLAR

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=52)	61
Tablo 2: Bireyin İnkontinans Risk Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı (n=52)	63
Tablo 3: Üriner Kateter Uygulamasına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=52)	65
Tablo 4: Foley Kateter Uygulaması Sonrası Enfeksiyon Bulgularına İlişkin Verilerin Dağılımı	67
Tablo 5: Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Skor Ortalamaları	69



RESİMLER

Resim 1: Hasta Deskinde Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi İçeriği	50
Resim 2: Eğitimden Bir Görüntü	52
Resim 3: Sunumun Birinci Bölümünün İçeriğinden Bir Görüntü	52
Resim 4: Steril Eldiven Giyme Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü.....	53
Resim 5: Kateterizasyon Öncesi Steril Malzeme Hazırlığı Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü	54
Resim 6: Üriner Katerizasyon İşlemi Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü	54
Resim 7: Planlı Üriner Kateter Çıkartma İşlemi Sunum İçeriğinden Görüntü	55

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada yoğun bakımda yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının üriner inkontinans ve üriner sistem enfeksiyonu sıklığına etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmada deneysel tasarım tipi kullanılmıştır. Ocak 2020-Şubat 2021 tarihlerinde Gebze Fatih Devlet Hastanesi koroner yoğun bakım-yetişkin yoğun bakımdaki 52 kadın hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma ve kontrol grubuna “Hasta Tanılama Formu”, “Hasta İzlem Formu”, taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra “Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu” uygulanmıştır. “Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi” yalnızca çalışma grubundaki bireylere uygulanmıştır. Bakım Paketi kontrol grubu bitirildikten sonraki süreçte hazırlanmış ve ön uygulama yapıldıktan sonra klinikte çalışan kişilere eğitim verildikten sonra uygulanmıştır.

BULGULAR: Hastaların kateterizasyon sonrası üriner sistem enfeksiyonu semptomları görülme durumu çalışma grubunda (%42,3) kontrol grubuna (%15,4) kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İdrar kültüründe üreme açısından incelendiğinde çalışma grubunun %19,2’sinde kontrol grubunun ise %26,9’unda üreme olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunda üriner sistem enfeksiyonu belirtileri olmasına karşın idrar kültürü üreme sonuçlarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p<0,05$). Bu durum araştırmamız devam ederken COVID-19 pandemisinin ortaya çıkmasıyla Üriner sistem enfeksiyonu ve COVID-19 semptomlarının benzerlikleri nedeniyle karışabileceğini düşündürmüştür. Gruplar arasında taburculuk sonrası birinci gün ve birinci ayda uygulanan OAB-V8 formu ortalamasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen çalışma grubunun ortalaması (10,12) kontrol grubundan (11) daha düşük çıkmıştır.

SONUÇ: Araştırmamızda bakım paketi uygulanarak inkontinans ve üriner sistem enfeksiyon durumu incelenmiş ve anlamlı sonuç saptanamamıştır. Ancak bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Bakım Paketi, Kateterizasyon, Yoğun Bakım Hastası, Hemşirelik Bakımı

SUMMARY

THE EVALUATION OF THE EFFECT OF CARE PACKAGE APPLICATION ON URINARY CATHETER-RELATED INFECTION AND INCONTINENCE OF FEMALE PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: The purpose of this study is to explore and describe the effects of Urinary Infections and Incontinence Prevention Care Package application on the frequency of Urinary Incontinence and UTI of female patients in intensive care unit.

MATERIAL AND METHOD: In this study, experimental design type was used. The study was performed on 52 female patients in the coronary intensive care unit and adult intensive care unit of Gebze Fatih Public Hospital between January 2020-February. "Patient Diagnosis Form", "Patient Follow-up Form", "Overactive Bladder Inquiry Form On The Day of Discharge" and "Overactive Bladder Inquiry Form of The First Month After Discharge" were applied to the study and control groups. "Urinary Infections and Incontinence Prevention Care Package" was solely applied to the individuals in the study group. The Care Package was prepared after the process of completion of control group and it was applied to the individuals working in the clinic after they all had been trained.

FINDINGS: The incidence of urinary tract infection symptoms after catheterization was significantly higher in the study group (42.3%) while compared to the control group (15.4%) ($p<0.05$). When the urine culture was examined in terms of reproduction, it was found that 19.2% of the study group and 26.9% of the control group had reproduction. In spite of the fact that there were signs of urinary system infection in the study group, no any significant relationship was found in urine culture reproduction results ($p<0.05$). This situation made us think that urinary tract infection and COVID-19 symptoms may be confused with each other due to their similarities because of the break out of the COVID-19 pandemic while our research was continuing. While there was no significant difference between the groups in terms of the mean of the OAB-V8 form applied on the first day of the discharge and first month

after discharge, the mean of the study group (10.12) was lower than that of the control group (11).

CONCLUSION: In this study, incontinence and urinary system infection were examined by applying the care package and no significant results were found. However, since it is the first study on this subject, further studies are needed.

Key words: Care Package, Catheterization, Intensive Care Patient, Nursing Care.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinansın (Üİ) tanımı, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) aracılığıyla az veya çok fark etmeksizin istem dışı idrar kaçırma olarak belirlenmiştir (D'Ancona et al 2019). Üİ çeşitleri; stres tipi, sıkışma tipi (urge), miks tip, taşma (overflow), fonksiyonel, sürekli, enürezis noktürna ve koiteal Üİ'dir (Coşkun ve Onur 2016, Eryılmaz 2015).

Üİ dünyada 200 milyonu aşkın bireyde görülen bir halk sağlığı sorunudur. Kadın cinsiyette daha fazla rastlanılmasının yanı sıra dünyada her 10 kadından 1'inin inkontinans yaşadığı bilinmektedir (Milsom and Gyhagen 2018). Kadınlar üzerinde yapılan prevalans çalışmalarının sonuçları dünyada ve ülkemizde inkontinans ortalamasının %18 ile %45 arasında olduğunu göstermektedir (Terzi, Terzi ve Hale 2013, Pérez, Harlow, Sampsel and Denman 2013, Kirss, Lang, Toompere ve Veerus 2013, Rebassa et al 2013, Jokhio, Rizvi, Rizvi and Macarthur 2013, Şensoy, Doğan, Özek ve Karaaslan 2013, Dursun ve ark 2014).

Üİ'de etkili faktörler; yaş, obezite, sigara kullanımı, konstipasyon, gebelik, doğum şekli, parite, çoğul gebelik, kronik hastalıklar (pulmoner hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, nörolojik hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği), pelvik taban disfonksiyonu, geçirilmiş jinekolojik operasyonlar, üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) aile öyküsü ve üriner kateterizasyondur (Kazanlaya 2018, Cerit 2015, Taşdemir 2015, Kaşıkçı, Kılıç, Avşar ve Şirin 2015). Üriner kateter inkontinans için önemli bir risk faktörüdür. Kateterizasyon sonrası normal idrar boşaltımı bozulur. Bireyin mesane kaslarını kullanmasına gerek kalmadan idrar kateter aracılığıyla sürekli drene edilir.

Böylece mesanenin yapısı bozulur ve kullanılmayan mesane kasları atrofiye uğrar. Kateterizasyon sonlandırıldıktan sonra bile mesane normal tonüsüne kavuşamayabilir. Tüm bunlar bireyin idrar kaçırması problemi yaşamasıyla sonuçlanabilir (Balcı 2014, Liu, Wei ve Elliott 2015). Kateterizasyon endikasyon varlığında gerekli bir işlemdir. Fakat kateterizasyon sonrasında bireyin yaşam kalitesinin bozulmaması için sonlandırılmadan önce mesane egzersizleri yaptırılarak idrarın mesanede birikmesi ve mesanenin eski tonüsüne kavuşması sağlanmalıdır (Balcı 2014).

Üİ kadınları birçok yönüyle etkileyen bir problemdir. İnkontinans yaşayan kadınlar üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için günlük yaşam aktivitelerinden uzaklaşarak sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Özcan ve Beji 2014, Aylaz, Işık Bayır ve Yetiş 2016, Uğurlucan, Comba, Emegil ve Yalçın 2016, Amanak ve Sevil 2020). Aynı zamanda kadının Üİ'ye bağlı olarak çekiciliğini kaybettiği düşüncesi cinsel disfonksiyona neden olabilir ve tüm bunlar bireyin yaşam kalitesinin bozulmasıyla sonuçlanabilir (Eroğlu, Aydın, Onuk ve Çilesiz 2020).

ÜSE, patojene karşı üriner sistemde oluşan inflamatuvar bir cevap olarak tanımlanır (Dubbs and Sommerkamp 2019). Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE) ise kateterizasyon gerçekleştirilen bireyde meydana gelen veya kateterin çıkarılmasını takip eden iki gün içinde oluşan enfeksiyonlar olarak ifade edilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, HSGM 2017). Kİ-ÜSE gerçekleştirme kriterleri, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından şu şekilde sıralanmıştır: hastada semptomları takip eden 2 gün boyunca kalıcı üriner kateter vardır, hastada ateş-subrapubik hassasiyet-ostovertebral açrı ağrısı/hassasiyeti-artmış idrar sıklığı veya dizüri semptomlarının gözlenmesi, idrar kültürü sonucunda ikiden az tür bakteri kolonisi üremesi ve mililitre başına en az $\geq 10^5$ koloni bulunmasıdır (Advani and Faki 2019).

Üriner kateterizasyon, idrar çıkışının saatlik olarak izlenmesi gereken kritik hastalar, obstrüksiyon durumları, cerrahi operasyonlar, mesane içi ilaç uygulama gibi birçok endikasyon nedeniyle uygulanan tanı ve tedavi amacıyla mesaneye kateter takılması işlemidir. Endikasyon varlığında kullanılması hasta takibi ve bakımı açısından önemlidir (APIC 2015, Potter, Perry, Hall and Stockert 2021). Endikasyon dışı kullanımının fazla olması sonucunda yoğun bakım ünitelerinde en çok görülen

sağlık bakım kaynaklı enfeksiyonlar içerisinde Kİ-ÜSE birinci sırada yer almaktadır (Ak ve Kandemir 2018).

Kİ-ÜSE; hastanın hospitalizasyon süresini, hastalığın mortalite-morbidite oranlarını arttırmakla beraber sağlık bakım maliyetinin de artmasına neden olur (Ceylan, Doğan Şen ve Odabaş 2012, Magers 2013, Alcaide et al 2015). Kİ-ÜSE nedeniyle oluşan maddi ve manevi zararları önlemede ve azaltmada hemşirelerin rolü oldukça büyüktür. Üriner kateter endikasyon durumunda cerrahi aseptik teknik ile takılması ve planlı olarak çıkarılması gereken hemşirelik uygulamasıdır. Ayrıca yoğun bakımda yatan hastalarda üriner kateter kullanımının daha fazla olması, kateterin tedavi ve takip amacıyla uzun süre hastada kalması ve aynı zamanda yoğun bakımda yatan hastaların kişisel bakımlarını yerine getirememeleri nedeniyle üriner kateterli hastalara verilecek bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır (Çelik, Karaman, Yanık ve Veren 2011, Cura ve ark 2020, Karabey, Karagözoğlu ve Uçar 2020). Hemşirelerin uyguladıkları perine bakımı sonrasında Kİ-ÜSE oranının azaldığı çalışmalarla da bildirilmektedir (Yoon et al 2013, Conner, Kelechi, Nemeth, Edlund and Krein 2013, Kurukız ve Özden 2017).

Hem Kİ-ÜSE'yi önlemede ve azaltmada hem de kateterizasyon nedeniyle oluşabilecek inkontinans durumunu önlemede kateter kullanımının endikasyon varlığında yapılması ve endikasyon ortadan kalktığında kateterizasyonun sonlandırılması gerekmektedir. Aynı zamanda kateterizasyon işlemi öncesi, sırası ve sonrasında verilecek bakımın bakım paketleri ile sağlanması, hemşirelerin karar verme algoritmalarını kullanarak kateter çıkartma protokollerini kullanması bakımın kalitesini artırarak, Kİ-ÜSE ve kateter ilişkili inkontinans oluşumunu azaltacaktır (Yatım et al 2016).

Bu çalışmanın yoğun bakımda yapılmasının nedeni hastanemizin diğer servislerine oranla üriner kateterizasyon işleminin en fazla yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşiyor olmasıdır. Çalışmamızda yoğun bakımda yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının Üİ ve ÜSE sıklığına etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRİNER KATETERİZASYON

Üriner kateterizasyon, üriner kanaldan mesaneye kateter yerleştirilmesi işlemidir (Potter et al 2021). Üriner kateterizasyon işlemi hem hastane içinde hem de hastane dışında sıklıkla kullanılmaktadır. Hastanede yatan bireylerin yaklaşık olarak dörtte birine üriner kateterizasyon uygulanmaktadır (Bhatia 2010). Hastanede yatan hastaların %15-25'ine minimum bir defa üriner kateter uygulanmakla birlikte bu oran yoğun bakım hastalarında %75-90'a kadar artmaktadır (Çelik ve ark 2011). Bununla birlikte üriner kateter takılma oranlarının son zamanlarda yükseldiği görülmektedir (Chenoweth 2011, Türe, Ersoy, Kalın, Altun ve Meşe 2015).

2.1.1. Üriner Kateterizasyonda Kateter Seçimi

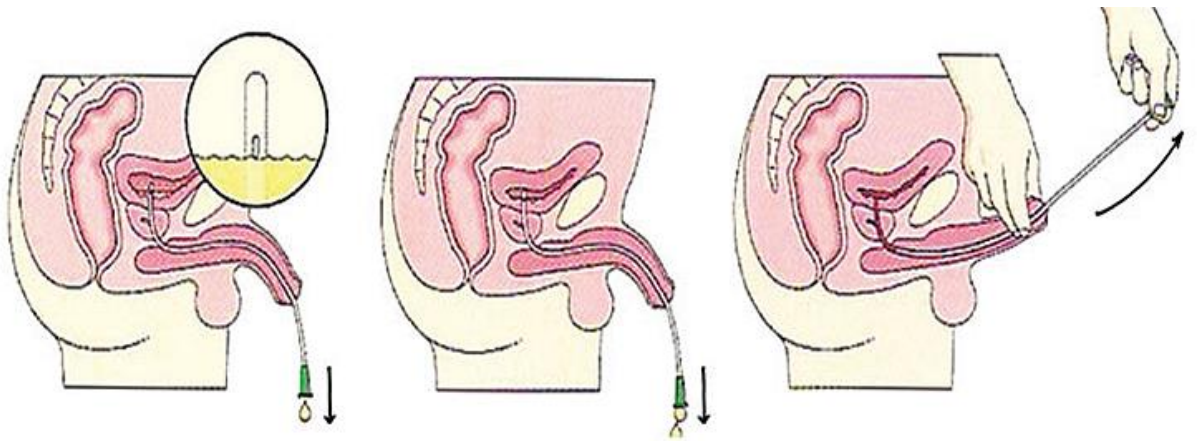
Kateter yabancı cisim etkisiyle travmaya neden olabileceğinden hasta bireye, uygulamanın amacına uygun küçük çaplı kateter seçilmelidir. Kadınlarda 12-14 Fr, erkeklerde ise 14-16 Fr kateter numarası kullanılması gerekmektedir (Balcı 2014, Alpar ve Özkan 2015, Süzen ve Sarı 2020). Eğer idrar çok bulanık ve konsantreyse drenajı daha kolay sağlamak amacıyla daha geniş çaplı kateter seçilebilir. Seçilen kateterde yazan miktarda steril sıvı verilerek kateter balonu şişirilir (Arda ve ark 2012).



Şekil 1: Üriner Kateter Çeşitleri

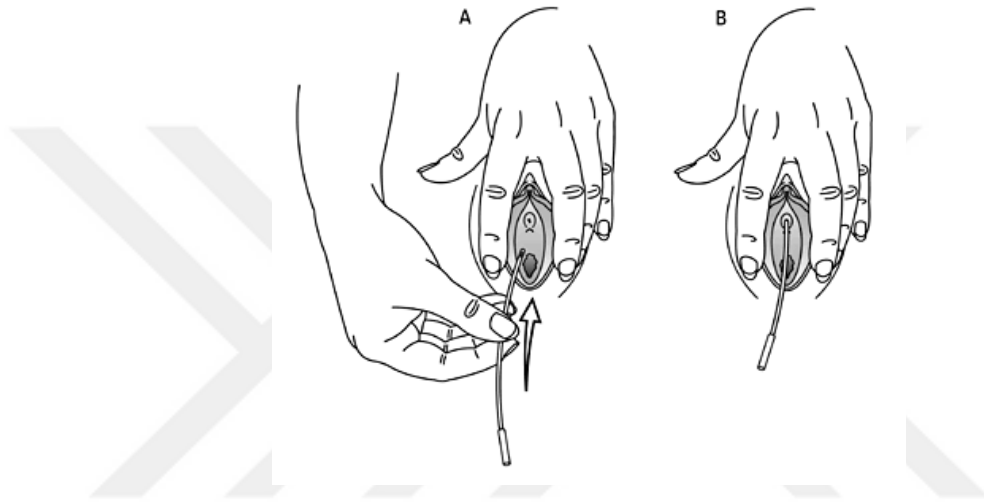
2.1.2. Üriner Kateterizasyon Türleri

Aralıklı (Geçici) Mesane Kateterizasyonu; Aralıklı kateterizasyonda rutin aralıklarla her 6-8 saatte bir mesanenin boşaltılması amacıyla mesaneye kateter takılması ve çıkartılması işlemidir. Aralıklı mesane kateterizasyonunda kateter mesanede bırakılmaz işlem bittiğinde çıkartılır (Balcı 2014). Genellikle mesanede birikmiş idrarı boşaltmak, rezidüel idrar miktarını ölçmek ve idrar örneği almak amacıyla uygulanır. İşlem steril tekniğe uygun yapılır. Kronik olarak idrar yapamama şikayeti olan bireyin kateterizasyonu evde sürdürmesi gerekebilir. Bu ve benzeri durumlarda temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) kullanılabilir (Avşar 2021).



Şekil 2:Aralıklı Kateterizasyon Uygulaması ve Çıkartılması

Temiz aralıklı kateterizasyon; TAK uzun süreli kateterizasyon gereken nörolojik ve nörolojik olmayan mesane boşaltım sorunlarında; mesane işlevlerinin zarar gördüğü olaylarda, mesanenin kasılma gücünün zayıflamasında ve üretral sfinkterlerin görevini yerine getiremediği durumlarda tercih edilir. Aralıklı kateterizasyon kateterin komplikasyonlarını azaltır ve kalıcı kateterle yaşama zorluğunu ortadan kaldırır (Alpar ve Özkan 2015). Birey TAK uygulamasını gün içerisinde belirli aralıklarla kendi de yapabilmektedir.



Şekil 3:Kadınlarda TAK Uygulaması

Kalıcı Mesane Kateterizasyonu; Kalıcı mesane kateterizasyonunda mesaneye takılan kateter çıkartılmaz. Bu nedenle kateterizasyonda foley kateter tercih edilerek üriner kateterde bulunan kateter balonu şişirilir ve kateter sabitlenir (Cerit 2015). Kalıcı mesane kateterizasyonu sürelerine göre 3 çeşittir.



Şekil 4:Kalıcı Mesane Kateterizasyonunda Kullanılan Kateter

Kısa Süreli Kateterizasyon; Kısa süreli kateterizasyon bir ya da yedi gün arası sürede üriner kateter takılması işlemidir. Ortalama uygulama süresi 2-4 gündür. Kateterizasyon sonrası günlük bakteriüri gelişme olasılığı ise %1-10 olarak saptanmıştır (Cerit 2015).

Orta Süreli Kateterizasyon; Orta süreli kateterizasyon yedi ile yirmi sekiz gün arasında uygulanan üriner kateterizasyon işlemidir. Genellikle ameliyat sonrası iyileşme süresinin daha uzun olduğu yaşlı ve ortopedik sorunu olan bireylerde tercih edilir (Avşar 2021).

Uzun Süreli Kateterizasyon; Uzun süreli kateterizasyon yirmi sekiz günden daha uzun süreyle uygulanan üriner kateterizasyon işlemidir. Kateterizasyon işlemin uzamasına bağlı olarak komplikasyon riski en yüksek olan kateterizasyon çeşididir. Çoğunlukla inkontinans, mesane boynu obstrüksiyonu, nörolojik mesane gibi önemli sorunları olan bireylerde veya terminal dönemdeki bireylerin rahatlığını sağlamada ve bakımını kolaylaştırmada kullanılır (Alpar ve Özkan 2015).

Kalıcı Kateterizasyona Alternatif Yöntemler; Kateterizasyon işlemine karar verilen bireylerin için öncelikle alternatif yöntemler değerlendirilmeli en son kalıcı kateterizasyon uygulaması tercih edilmelidir. Kalıcı kateterizasyona alternatif olarak aralıklı kateterizasyon, eksternal toplayıcı kateter uygulaması, suprapubik kateter, üreteral stent veya protez uygulamaları kullanılabilmektedir (Avşar 2021).

Eksternal Toplayıcı Kateter (Kondom Kateter); Sağlıklı idrar boşaltımını gerçekleştirebilen ve üriner yolda idrar çıkışını engelleyecek bir tıkanma sorunu yaşamayan inkontinanslı erkeklerde kondom kateter olarak da adlandırılan eksternal toplayıcı kateter uygulanabilir. Bu kateter çeşidi erkeklerde kalıcı kateterizasyonu önlemede etkili bir seçenektir. İdrar boşaltımı sonrası artık mesanede kalan idrar miktarı az olan bireylerde toplayıcı kateter, bakteriüri gelişme durumu açısından değerlendirildiğinde kalıcı kateterizasyondan üstündür (Arda ve ark 2012). Kontrollü çalışmalar olmamakla birlikte bakteriüri oranının kalıcı kateterizasyondan daha düşük olduğu bildirilmektedir (Lynn, Wilkins and Health 2015, Potter et al 2021).

Suprapubik Kateterizasyon; Ameliyathane ortamında anestezi uygulanarak karın duvarından küçük bir üriner kateterle idrar çıkışının sağlandığı subrapubik kateterizasyon cerrahi bir işlem olması nedeniyle komplikasyonları çok fazladır. Ancak subrapubik kateterizasyonda üretral darlık gelişmemesi, bakteriüri olmaması ve hastanın idrar boşaltımını kontrol edebilme fırsatının olması bu yöntemin avantajlarından (Lynn et al 2015, Gould et al 2017, Potter et al 2021).

Üreteral Stent ve Protez; Üretra darlığı, nörojenik mesane işlev bozuklukları ile idrar retansiyonu sorunun çözülmesi amacıyla üretraya protez ya da stent yerleştirilmesi tercih edilebilir. Stres tipi inkontinanslarda vakaların %50'sinde kontrol sağlar (Elliott and Boone 2000). Ancak bakteriüri ya da ÜSE'ye yol açması açısından değerlendirebilmek için diğer kateterizasyon yöntemleriyle kıyaslandığı bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır (Arda ve ark 2012).

2.1.3. Üriner Kateterizasyon Endikasyonları

Üriner kateterizasyon aşağıda belirtilen endikasyonlar varlığında gerçekleştirilmeli ve endikasyon varlığı sürekli sorgulanarak ortadan kalktığında üriner kateterizasyon işlemi sonlandırılmalıdır.

- Akut idrar retansiyonu,
- Üriner tıkanıklıklar,
- Genito üriner sisteme komşu organlara cerrahi işlem,
- Cerrahi işlemin süresinin uzaması,
- Cerrahi işlem sırasında yüksek doz infüzyon alan veya diüretik ilaç verilen bireyler,
- Çıkan idrarın saatlik olarak hesaplanması gerektiği kritik durumlar,
- Cerrahi işlem sırasında idrar çıkışının takip edilmesi gerektiği durumlar,
- Açık perineal veya sakral bası yarası olan inkontinans sorunu yaşayan bireyler,
- Bir süre immobil kalması gerekli olan bireyler,
- İntravezikal tedavi,
- Mesanede tanılama amacıyla idrar biriktirilmesi (Meddings et al 2015, Kaya 2016, Gould et al 2017, Potter et al 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 4 Nisan 2020).

2.2. HATALI ÜRİNER KATETER UYGULAMALARI

Endikasyon Dışı Kateter Kullanımı; Literatür incelendiğinde hastanede yatan hastalara uygulan ürener kateterizasyon işleminin %34-50 oranında endikasyon dışı yapıldığı saptanmıştır (Fakih et al 2012, Schuur, Chambers and Hou 2014, Turan 2020). Endikasyon dışı kateter kullanım nedenleri incelendiğinde cerrahi nedenler dışında takip, yatış süresince idrar takibi, idrar örneği almak ve ürener inkontinans tedavisinde kullanılmak amacıyla uygulandığı görülmektedir (Abrams et al 2010, Gould et al 2017).

Plansız Ürener Kateter Çıkartılması; Ürener kateter uygulanmış bireylerde uzun süre boş kalan mesanenin kasları küçülür ve esnekliğini kaybeder. Mesane egzersizi yapılmadan plansız bir şekilde ürener kateterizasyon sonlandırıldığında bu durum normal idrar yapmayı olumsuz etkiler (Balci 2014). Mesanede az miktarda idrar birikmesi dahi bireyde tuvalete çıkma isteği oluşturabilir ya da birey mesanesinde idrar biriktiğini hissedemeyip idrar kaçırabilir (Griffiths and Fernandez 2007).

Kateter Seçiminde Yapılan Hatalar; Ürener kateterizasyon işleminde kullanılan kateter; bireyin yaş, cinsiyet, BKİ durumuna göre seçilmelidir. Kateter ölçüsü belirlenirken bireye uygun olan en küçük numaralı kateterin seçilmesi temel ilke olmalıdır. Üretraya uygun olmayan kalın kateterler birçok istenmeyen komplikasyonun (travma, üretral enflamasyon, üretral darlık, ağrı, hematüri) görülmesine neden olurlar. Ürener kateterin her birinin balonları farklı miktarlarda sıvı olacak şekilde üretilmiştir. Her kateterde balonun kaç ml sıvı ile doldurulması gerektiği yazılıdır. Balonun fazla miktarda sıvı ile şişirilmesi bireyde travmaya neden olabileceği gibi kateterin küçük ebatla seçilmesi de idrar sızıntısına sebebiyet vermektedir (Alpar ve Özkan 2015). Genellikle balonun 30 ml ile şişirilmesi uzun süreli kateterizasyon içindir (Potter et al 2021).

Ürener kateterizasyon işleminde kullanılan kateterler lateks, teflon, silikon ve poliüretan maddeleri ile yapılmış olabilir. Kateter seçimi kateterizasyonun süresine ve

hastaya göre yapılmalıdır. Kateterizasyonun bir ay ve üzeri süreceği durumlarda silikon veya teflon kateterler tercih edilerek üretrit oluşumunun azalması amaçlanmaktadır. Kısa süreli kateterizasyonlarda ise kauçuk ya da lateks kateter tercih edilmelidir. Hastada öncesinde üriner katetere bağlı kabuklanma öyküsü varsa silikon veya teflon kateter seçilmelidir. Eğer hastanın lateks alerjisi varsa teflon ya da silikon kateter kullanılmalıdır. Hastada enfeksiyona duyarlılık varsa enfeksiyon riskini azaltmak için gümüş alaşımlı veya hidrojel kaplı kateterler kullanılabilir (Balcı 2014, Potter et al 2021).

2.3. ÜRİNER KATETERİZASYONLA İLİŞKİLİ KOMPLİKASYONLAR

Üriner kateterizasyon hastanede yatan hastalarda birçok komplikasyon oluşmasına zemin hazırlayan bir işlemdir. Aşağıda üriner kateterizasyona bağlı oluşan bazı komplikasyonlar ve nedenleri anlatılmıştır.

Ağrı; Kateter takılırken bireye uygun olmayan büyük numaralı kateter seçimi, yetersiz kayganlaştırıcı kullanılması ve kateterin zorlanarak takılması sürtünmeyi artırarak ağrıya neden olabilmektedir. Ağrıya neden olan diğer durumlar ise kateterin dokular üzerinde uyguladığı basınç, doku hasarı ve enfeksiyondur (Babadağ ve Atabek 2012).

Travma; Kateterin hatalı uygulama ile takılması ve çıkarılması, büyük numaralı kateter seçilmesi, kateterin uzun süreli kalması, yeterince kayganlaştırıcı kullanılmaması, kateterin yanlışlıkla çekilmesi, kateter balonunun fazla şişirilmesi ve yüksek basınçla mesane irrigasyonu yapılması doku hasarına yol açmaktadır (Süzen ve Sarı 2020).

Kabuklanma; Uzun süreli kateter uygulanan bireylerde sık karşılaşılan bir problemdir (Drinka 2006, Balcı 2014). Kabuklanma kateter açıklığında ya da balon etrafında oluşan, idrar akışını engelleyen ve balonun söndürülmesini güçleştiren bir durumdur. Bu durum, idrarın alkalileşmesi ile oluşan Amonyum, Kalsiyum ve Magnezyum Fosfat tuzlarının kateter çevresinde veya üzerinde çökmesi sonucu da oluşabilir.

İdrarda bakteri varlığı veya üretral salgıların dışarıya akmasını engelleyen kalın kateter kullanılması kabuklanmaya yol açmaktadır (Balcı 2014).

Hematüri; Bireye uygun seçilmeyen büyük çaplı kateterler kullanıldığında travmaya neden olur. Travma sonucunda idrarda hematüri görülebilir. Hematürik idrar ağrıya neden olmaz fakat idrarda pıhtılar mevcutsa ağrı oluşabilmektedir (Ishvar and Bolgeri 2012).

Mesane spazmı; Mesanenin kasılması olarak tanımlanmaktadır. Multiple Skleroz gibi sinir sistemi üzerinde etkisi olan hastalıklar, ÜSE veya katetere bağlı irritasyon gibi nedenlerden oluşmaktadır. Aynı zamanda ilaç olarak kullanılan diüretik furosemid veya beslenme alışkanlıkları da (örneğin; asitli, baharatlı gıdalar ve kafein tüketmek) bir diğer nedendir. Spazmlar mesanede ağrıya neden olurken sıklıkla gelen idrar yapma isteğiyle beraber inkontinansa da sebep olabilmektedir (Koç 2019).

İnkontinans; Uzun süreli üriner kateter kullanılan hastaların çoğu inkontinans sorunu yaşamaktadır. Özellikle kalıcı kateter kullanılan kişilerde mesane kaslarındaki atrofi ve zayıflama sonucunda inkontinans gelişebilmektedir (Cerit 2015). Üriner kateter çıktıktan sonraki ilk birkaç gün idrarın damla damla sızması normaldir. Bu durum mesane tonüsünü toparlayana kadar devam etmekte ve sonrasında genellikle kendiliğinden kaybolmaktadır (Cerit 2015, Şenturan 2015). Fakat bazen bu durum kendiliğinden kaybolmaz ve inkontinans gelişebilir (Şenturan 2015).

Üriner kateter çıkartıldıktan sonra sıklıkla karşılaşılan inkontinans çeşitleri urge ve taşma inkontinanstır (Özcan ve Kapucu 2014, Cerit 2015, Topuz 2015). Urge inkontinanstaki birey idrar yapma hissini güçlükle hisseder ve sonrasında istemsizce idrar kaçırmaya başlar (Cerit 2015). Bazı hastalar üriner kateterizasyon sonrasında kısa bir süre urge inkontinans yaşayabilmekte ancak hızlı iyileşme görülmektedir. Urge inkontinans, üriner kateterizasyon uygulanan hastada, mesaneden sürekli idrar drenajı olması nedeniyle, mesanenin dilatasyonunda bozulma sonucu inkontinans yaşamaya durumudur (Cerit 2015). Urge inkontinans çeşidinin görülmesindeki bir diğer neden ise, mesane kaslarının spontan kasılmaları da olabilmektedir (Demirel 2012).

Üriner kateterizasyon sonrasında bazı kişiler mesanesindeki doluluk durumunu algılayamaz veya idrar yapmak için external üretral sfinkter ve mesane boyu gevşeyemez. Bu durumda üriner retansiyon yani mesanenin idrar boşaltımında yetersizlik meydana gelir. Mesane normal kapasitesinin üzerine çıkararak 2000-3000 ml idrar depolar (Cerit 2015). Üriner retansiyon durumunda mesanenin kapasitesi fazlaca aşılar ve taşma tipi inkontinans görülür. Taşma tipi inkontinanstaki az miktarda idrar aşırı gergin mesaneden sızar. İlk retansiyonun rahatlamaından sonra bile mesane gerginliğinin normale dönmesi haftalarca sürebilir. Taşma tipi inkontinanstaki bazen retansiyon dışında da birey sıkıştığını anlayamaz ve damla şeklinde sürekli sızıntısı oluşabilir (Özcan ve Kapucu 2014).

Üriner Sistem Enfeksiyonu; Yetişkinlerde ÜSE, klinik semptomlar ve/veya patojene inflamatuvar bir cevap ile birlikte idrar yolu içinde patojenik bakterilerin varlığı olarak tanımlanır (Dubbs and Sommerkamp 2019). ÜSE en sık rastlanan hastane kaynaklı enfeksiyonlardır. Yoğun bakımlarda en sık kullanılan invaziv aletin üriner kateter olduğu saptanmıştır (Çoksak, Çelik, Danacı ve Sökel 2017). Mesane kateterizasyonu mikroorganizmaların vücuda girmesini kolaylaştıracak üriner enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır. Kİ-ÜSE ise kalıcı bir üriner kateteri olan veya üriner kateterin çıkarılmasından sonraki iki gün içinde meydana gelen enfeksiyon olarak tanımlanır (Nicolle 2012). Cerrahi aseptik teknik ile uygulanması gereken kateterin doğru teknik ile yapılmaması, kalış süresinin uzaması, hemşirelik bakım hataları, kadın cinsiyet, kullanılan kateter çeşidi, fekal inkontinans, yetersiz beslenme, bireyde var olan diğer enfeksiyonlar Kİ-ÜSE'nin gelişiminde risk faktörleridir (Potter et al 2021).

Kateterizasyon sonrası 48 saat içinde üriner kateter bakteri ile kolonize olabilmekte ve kateterizasyon süresi uzadıkça kolonizasyonda artmaktadır (<https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2020). Patojen mikroorganizmalar üriner sisteme kateter içinden ve dışından olmak üzere iki yol ile ulaşabilmektedir. Kateter dışından kaynaklanan enfeksiyon oluşumu perine bölgesinde hijyen eksikliği nedeniyle patojenlerin üriner sisteme ulaşmasıyla gerçekleşir. Kateter içi kaynaklı enfeksiyonlar da kapalı drenaj sisteminin bütünlüğünün bozulması ve drenaj sisteminin kontamine olması nedeniyle oluşur (Balcı 2014).

Kontamine olmuş kateterlerin çoğunda mikroorganizmalar tarafından oluşturulan kalın biyofilm tabaka bulunmaktadır. Uzun süren kateterizasyonlarda mikroorganizmaların biyofilm geliştirme eğilimleri ve enfeksiyon görülme riski artmaktadır (Hortaç ve ark 2015). Kİ-ÜSE önleme klavuzlarının ortak önerileri doğrultusunda kateter en kısa sürede hastadan çıkartılmalıdır (Lo et al 2014, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 8 haziran 2020). Kateterin kaldığı her gün hastada Kİ-ÜSE gerçirme riski %3-7 oranında artmaktadır (McGuckin 2012, Lo et al 2014).

2.4. ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU

2.4.1. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Prevelansı

Kİ-ÜSE son 48 saat içinde kateterize edilen bir kişide meydana gelen enfeksiyondur (Yılmaz 2019). Son yıllarda üriner kateter kullanım sıklığının arttığı ve hastaneye yatan hastaların %12-16'ine üriner kateter uygulandığı bilinmektedir (<https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 6 Haizran 2020). The National Health care Safety Network (NHSN) raporlarında yoğun bakım ünitelerindeki hastalarının 2/3'üne üriner kateterizasyon yapıldığı görülmektedir ve üriner kateterin en çok kullanıldığı alanın yoğun bakım üniteleri olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Chenoweth and Saint 2016). Bununla birlikte yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen sağlık bakımı kaynaklı enfeksiyonlar içerisinde birinci sırada Kİ-ÜSE enfeksiyonları yer almaktadır (Ak ve Kandemir 2018). Aynı zamanda Kİ-ÜSE yoğun bakım ünitelerinde oluşan enfeksiyonların %23'ünü, hastane enfeksiyonlarının ise %40'ını oluşturmaktadır (Yılmaz 2019).

2.4.2. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Risk Faktörleri

Kİ-ÜSE oluşumunda yer alan risk faktörleri aşağıda görülmektedir.

1. Bakım hataları,
2. Yabancı cisimler (örn. Kateterler, drenaj tüpleri, aletler),
3. Aseptik tekniklere uyulmadan kateter takılması,

4. Kateterin kalış süresinin uzaması- Üriner kateterizasyon sonrası bireylerin %20-30'unda ilk 7 günü takiben Candidaüri veya bakteriüri görülmekle birlikte kateterizasyon süresinin devamındaki günlerde enfeksiyon görülme riski %5 yükselmektedir (Aygün 2008),
5. Drenaj torbalarının mikrobiyal kolonizasyonu,
6. Başka bir alanda aktif bir enfeksiyon varlığı,
7. Eşlik eden diğer durumlar (böbrek fonksiyon bozukluğu, diabetes mellitus, immun sistemin baskılanması, idrar yolu anormallikleri, mesane taşı veya böbrek taşı varlığı, böbrek nakli, iyi huylu prostat hipertrofisi, hidronefroz, vezikoüreteral reflü, genitoüriner malignite, mesane divertikülü, miyom, uterus prolapsusu veya sistosel, malnütrisyon),
8. Hastane kaynaklı enfeksiyon/çok ilaca dirençli enfeksiyon,
9. İdrar retansiyonu,
10. Hastalığın şiddeti,
11. Meatus kolonizasyonu,
12. Sistemik antibiyotik kullanılmaması,
13. Kadın cinsiyet,
14. Gebelik olarak belirlenmiştir (Cerit 2015, Beahm, Nicolle, Bursey, Smyth and Tsuyuki 2017, Potter et al 2021, Avşar 2021).

2.4.3. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Semptom ve Bulguları

ÜSE üst (piyelonefrit) ve alt üriner sistem enfeksiyonları (sistit) olarak ikiye ayrılır. Belirti ve bulgular alt veya üst ÜSE'de değişiklik gösterebilmektedir (Sheerin and Glover 2019). Hemşirelerin anamnez ve fizik muayene sırasında bu belirti ve bulguları saptaması morbidite ve mortaliteyi yüksek oranda etkileyen ÜSE'nin erken teşhis ve tedavisinde oldukça önemlidir.

Sistit tipik olarak dizüri, artan idrar sıklığı, koku ve suprapubik ağrı ile bulgulanmaktadır. Semptomların başlamasından birkaç gün sonra gelişen ateş, kusma, yan ve sırt ağrısı semptomları piyelonefriti düşündürür. Enfeksiyon ilerledikçe hastada baş dönmesi ve hipotansiyon gerçekleşmektedir. (Long and Koyfman 2018).

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS

2.5.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipler

Üİ tanımı, ICS tarafından az veya çok fark etmeksizin istem dışı idrar kaçırma olarak belirlenmiştir (D'Ancona et al 2019). Üİ tipleri; stres, sıkışma (urge), miks, taşma (overflow), fonksiyonel, sürekli, enürezis noktürna ve koiteal Üİ'dir (Coşkun ve Onur 2016).

2.5.1.1. Stres Tipi İnkontinans

Stres tipi inkontinans; detrüsör kasın istem dışı kasılması olmadan pelvik taban kasları ile bağ dokusunun zarar görmesi nedeniyle gerçekleşen, abdominal basıncı yükselten olaylarda oluşan istem dışı inkontinans yaşanmasıdır (Çetinel 2015). Stres tipi inkontinansın başlıca nedeni mesane ya da üretrayı tutan pelvik taban kaslarının tonüsünü kaybetmesidir. Bu inkontinans çeşidi; hapşırma, gülme, koşma, ıkınma, öksürme, güç kullanma veya fiziksel aktivite sırasında meydana gelen istem dışı idrar kaçırma ile bulgulanmaktadır. Stres tipi inkontinans kadınlarda en sık görülen inkontinans çeşidi olmakta ve yaş ilerledikçe prevelansı artmaktadır (Yücel ve ark 2018).

Kontinans mekanizmasında üretra içindeki basınç mesane içindeki basınçtan her zaman daha yüksektir. Üretradaki basıncın mesaneden daha yüksek olması idrar kontrolünün sağlanmasında temel prensiptir. Fakat stres durumunda karın içi basınç artar ve bu durumda üretra ve mesaneye eşit basınç uygulanamaz. Pelvik tavan desteği bazı durumlarda gevşer bununla birlikte üretra mesanenin bulunduğu yerden ayrılarak aşağıya kaymasına neden olur. Böylece karın içi basınç arttığında mesane içindeki basınç üretra içindeki basınçtan büyük olur ve bu da istemsiz idrar kaçırma neden olur (Yalçın 2012).

2.5.1.2. Urge (Sıkışma Tipi) İnkontinans

Sıkışma duygusuyla beraber veya sıkışma duygusunun ardından meydana gelen istem dışı idrar kaçırma şikayetidir (Onur ve Bayrak 2015). Stres tipi inkontinanstaki sonradan en sık görülen inkontinans çeşididir. (Nigam, Ahmad, Gaur,

Elahi and Batra 2016, Yücel ve ark 2018). Bu inkontinans çeşidinde sık ve ani idrar yapma isteği bir arada görülür (Eryılmaz 2015).

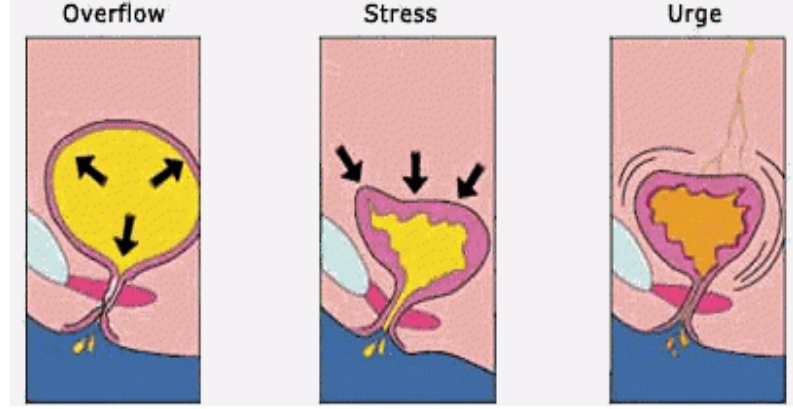
Urge inkontinanstaki aniden gelen idrar yapma isteği ile beraber istemsiz idrar kaçırma görülür. Bireyde üretra normal, detrisör kas ileri düzeyde aktif ve mesane kapasitesi azalmıştır (Eryılmaz 2015). Önlenemeyen ve ani kasılmalar sonucunda üretranın basıncı mesane basıncından küçük olur ve aniden tuvalete gitme ihtiyacıyla birlikte tuvalete yetişmeden idrar kaçırma görülür (Hersh and Salzman 2013). Sıkışma tipi idrar kaçırma değişik şekilde karşımıza çıkabilmektedir. İstemli idrar boşaltımları arasında sık ama düşük miktarda inkontinans olabileceği gibi mesanenin tamamının aniden boşalmasıyla yüksek miktarlarda idrar kaçırma görülebilmektedir (Önol ve Tahra 2015).

2.5.1.3. Miks Tip İnkontinans

Stres ve urge inkontinans şikayetinin beraber olduğu tablo miks tip inkontinanstır (Onur ve Bayrak 2015). Miks tip inkontinans idrar kaçırma sorunu olan bireylerin %25-35'inde görülmektedir (Murray and Lemack 2010).

2.5.1.4. Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans

Mesane aşırı gerilmesi sonucunda idrarın mesane dışına taşmasıyla birlikte detrisütör kaslarda kasılma ve idrar yapma hissi olmaksızın sık sık veya sürekli damla şeklinde idrar kaçırma görülür (Hazar 2015). Bu inkontinans çeşidindeki ana sorun detrisütör kasının kontrakte olmasındaki yetersizliğine bağlı olarak mesanenin tam olarak boşaltılamamasıdır. Taşma tipi inkontinanstaki üretranın aktivitesi artmışken detrisütör kasın aktivitesi azalmıştır. Üretradan idrar çıkışı azaldığından idrar mesanede birikir ve dolar. Bir süre sonra mesanenin hacmi dolar ve daha fazla idrar depolayamaması nedeniyle taşma gözlenir (Kuyumcu, Yeşil ve Cankurtaran 2011).



Şekil 5: İnkontinans Çeşitlerine Göre Mekanizmaları

2.5.1.5. Sürekli İnkontinans

Üretradan kaynaklanmayan başka kanallardan gerçekleşen, anormal anatomik değişiklikler nedeniyle meydana gelen idrar kaybıdır (Eryılmaz 2015). İnkontinans sürekli diğer tiplerle karıştırılır fakat aktivite olmaksızın sürekli olarak iç çamaşırının ıslak olması ile karakterizedir. Üretral veya genital fistüller bu inkontinans çeşidi için örnek olarak verilebilir (Zilinskas 2018).

2.5.1.6. Enürezis noktürna (Uykuda İdrar Kaçırma)

Bireyin uyumasını takiben idrar kaçırmaları olarak tanımlanmaktadır. Enürezis her türlü idrar kaçırmayı ifade edebilmektedir. Fakat birey uykuya daldıktan sonra idrar kaçıyorsa mutlaka noktürna terimi kullanılmalıdır (Önol ve Tahra 2015).

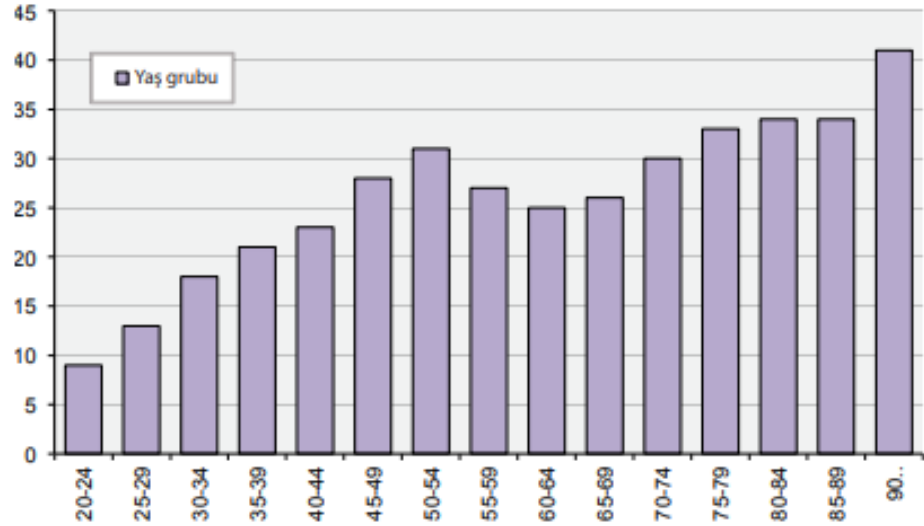
2.5.1.7. Koital İnkontinans

Cinsel ilişkide orgazm ya da penetrasyon esnasında meydana gelen inkontinans çeşididir. Sistosel veya sfinkter yetmezliği nedeniyle oluşur (Rogers et al 2018).

2.5.2. Üriner İnkontinans Prevalansı

Üİ cinsiyete göre incelendiğinde kadında daha çok görülen ve yaş arttıkça görülme sıklığı artan, kişinin nitelikli bir hayat sürdürmesini negatif yönde değiştiren ve sağlık sorunlarına yol açmasının yanı sıra sosyal hayatıda önemli ölçüde etkileyen bir problem olarak kabul edilmektedir. Dünyada ve ülkemizde gerçekleştirilen

araştırmalarda inkontinans görülme sıklığının, kadınlarda %18 ile %45 oranında olduğu belirtilmiştir (Pérez et al 2013, Kirss et al 2013, Rebassa et al 2013, Jokhio et al 2013, Şensoy ve ark 2013, Terzi ve ark 2013, Dursun ve ark 2014). Bununla birlikte ülkemizde 2016 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) aracılığıyla gerçekleştirilen Sağlık Bakanlığının yayınladığı istatistik verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınlarda idrar kaçırma oranı %7,8 olarak rapor edilmiştir (TÜİK 2016).



Şekil 6: 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Üİ Yaşama Durumları (%) (Koçak 2015).

2.5.3. Üriner İnkontinas Gelişiminde Etkili faktörler

Yaş; Üriner İnkontinasta yaş arttıkça prevalansın arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Balık ve ark 2016, Demircan ve ark 2016, Dinç 2017). Yücel ve ark'ları (2018) bireylerin yaşa göre inkontinans görülme durumlarını incelemiş ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulmuşlardır. Araştırmada 20-29 yaş grubunun %12,5 ile en düşük inkontinans sıklığına sahip olduğu, 50-59 yaş grubunun ise %45,7 oranıyla en yüksek inkontinans sıklığına sahip olduğu görülmektedir. 60 ve üzeri yaş grubunda ise inkontinans sıklığında düşüş gözlenmektedir (Yücel ve ark 2018). Literatürdeki diğer araştırmalarda bu bulguyu destekler niteliktedir (Terzi ve ark 2013, Durukan, Tok, Tok ve Aytan 2015).

Cinsiyet ve Irk; Üİ'nin kadın cinsiyette 2-3 kat daha çok görüldüğü bilinmektedir (Taşdemir 2015). Bu farklılığın; kadınlarda anatomik yapının farklı olması (üretrenanın daha kısa oluşu), parite, gebelik ve menopoz dönemleri yaşanan fiziksel

ve hormonal değişiklikler kaynaklı yaşandığı belirtilmektedir (Öztürk, Toprak ve Basa 2012, Karakuş ve Yanıkekre 2015).

Üİ üzerine yapılan bazı çalışmalar inkontinans oranlarının ırklar arasında farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır (Graham and Mallett 2001, Sampsel, Harlow, Skurnick, Brubaker and Bondarenko 2002). Sampsel ve ark. (2002) yaptığı çalışmada beyaz ırktaki üretra basıncının ve mesane kapasitesinin siyah ırka kıyasla daha düşük olduğu bu nedenle inkontinans yaşama oranının daha çok olduğu saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise ırk ve inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Leroy, Lopes and Shimo 2012).

Gebelik ve Doğum; Üİ gerçekleşmesinde; gebelik, parite, normal doğum yapma, zor doğum, 4000 gr üzeri bebek doğurmak ve epizyotomi gibi birçok faktör önemli rol oynamaktadır (Terzi ve ark 2013, Taşdemir 2015). Gebelikte uterusun büyümesiyle birlikte karın içi basıncın artması pelvik organların aşağıya iter ve pelvik yapı zayıflar (Herbert 2009, Süt 2015). Pelvik yapının zarar görmesi inkontinans riskini artırır. Gebelik ve gebelik öncesi dönem kıyaslandığında gebelikte Üİ sıklığının arttığı ortaya konulmuştur (Bayrak 2018).

Doğumun pelvik organ ve yapılarına, sinir sistemi ve fonksiyonlarına, pelvis taban kaslarının yapısına ve fonksiyonlarına olumsuz etkileri bilinmektedir. Doğum yapmış kadınlarda doğum yapmamış kadınlara kıyasla urge inkontinansı daha sık görülmekle birlikte bireyin doğum sayısının artması stres inkontinansın görülmeye sıklığını da arttırmaktadır (Eryılmaz 2015). Doğum şekillerine göre inkontinans durumları araştırıldığında ise vajinal doğumun sezaryen ile doğuma kıyasla inkontinans oluşma sıklığını arttırdığı görülmektedir (Terzi ve ark. 2013).

Sigara; Sigaranın inkontinans üzerindeki kesin etki mekanizması bilinmemektedir. Risk faktörü olabileceği şeklinde bildirimler mevcuttur. Ancak sigaranın neden olduğu öksürüğün pelvik taban kaslarını etkilediği, abdominal basıncı arttırdığı ve sigarada bulunan zararlı maddelerin mesaneye olumsuz etkileri gerekçesiyle Üİ oluşturabileceği öne sürülmektedir (Taşdemir 2015). Aynı zamanda yapılan başka çalışmalarda da sigara kullanımının östrojen seviyesini düşürmesi ve kollojen

sentezini azaltması nedeniyle Üİ riskini arttırabileceği düşünülmüştür (Hsieh, Hsu, Su, Chang and Lee 2007, Ahmed, Osman, Al-Alaf and Al-Tawil 2013). Tüm bu çalışmaların aksine bazı çalışmalarda sigara ve inkontinans arasında bir ilişki bulunamamıştır (Özkan ve Sapmaz 2015, Onur ve Bayrak 2015).

Menopoz; Menopoz Üİ için bir risk faktörüdür. Kadınlarda üriner sistem ve genital organlar östrojen ve progesteron seviyelerinden etkilenirler. Menopozla birlikte kadın vücudundaki östrojen seviyesi azalır ve bu azalmayla beraber ürogenital atrofi gelişir ve destek dokuları zayıflar. Ürogenital destek dokularındaki zayıflama Üİ görülmesine neden olabilmektedir (Akgün, Süt ve Kaplan 2010, Terzi ve ark. 2013).

Obezite; Obezite Üİ’de önemli bir risk faktörü olmakla birlikte inkontinans şiddeti üzerinde de oldukça önemlidir. Obezitenin abdominal basıncı arttırması nedeniyle pelvik taban kas ve sinirlerde zayıflama meydana geldiği ve Üİ oluşumuna zemin hazırladığı bilinmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda obez kadınların obez olmayan kadınlara göre inkontinans yaşama durumu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve özellikle stres inkontinansının daha çok görüldüğü sonucuna varılmıştır (Akın ve ark 2015, Eryılmaz 2015).

Konstipasyon; Konstipasyonda obezite benzeri abdominal basıncı arttıran bir faktördür. Kronik kontipasyon yaşayan bireylerde zorlaşan defekasyon ve uzayan ıkınma durumuyla birlikte pelvik sinirler gerilir ve kaslar güçsüzleşir. Pelvik kas gücü zayıflayan bireyde abdominal basıncın artmasıyla inkontinans görülür (Ünsal, Tözün ve Arslantaş 2013).

Cinsellik; Pelvik taban kaslarının doyum verici bir cinsel ilişkide önemli bir rolü vardır. Bu kaslar cinsel ilişki sırasında istemli kasılarak sağlıklı bir cinsel ilişkiye aynı zamanda her iki partnerinde orgazmına olanak sağlar. Pelvik kasların hipertonic olması disparoni, vajinismus ve ilişki sırasında ağrı yaşamasına neden olurken kasların hipotonik olması vajinal hissiyatın azalmasına, orgazm olamamaya ve ilişki sırasında inkontinans yaşanmasına neden olmaktadır (Demirel 2012, Topuz 2015).

Üriner Sistem Enfeksiyonları; ÜSE'nin inkontinans üzerindeki etkisi tam anlamıyla bilinmemekle birlikte inkontinans gelişiminde rol oynayıp oynamadığı yönünde hala araştırmalar yapılmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda enfeksiyon yaşayan ve enfeksiyon yaşamayan bireylerdeki inkontinans sıklığı incelendiğinde ÜSE'ye sahip bireylerde inkontinans sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Ünsal ve ark 2013, Yücel ve ark 2018). Fakat ÜSE'nin inkontinans için risk faktörü olmadığını iddia eden çalışmalarda mevcuttur (Heydari, Motaghed and Abbaszadeh 2016).

İlaçlar; Bazı ilaçlar sempatik ve parasempatik sistem üzerinde oluşturdıkları etki ile idrar oluşumunu hızlandırmakta ve kas tonüsünü etkileyerek Üİ'ye neden olabilmektedir. Üİ için risk faktörü olan ilaçlar; diüretikler, antikolinergikler, antiparkinson ilaçları, alfa agonistler, narkotik ve sedatif analjezikler, antidepresanlardır (Akın ve ark 2015, Taşdemir 2015).

Geçirilmiş Jinekolojik Operasyonlar; Histerektomi ameliyatı sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar (ameliyatta pelvik sinir ve kas destek harabiyeti, mesane destek yapılarının çıkarılması, vajinanın kısaltılması) Üİ için ciddi bir risk faktörüdür (Taşdemir 2015, Onur ve Bayrak 2015). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde jinekolojik operasyon geçirenlerde inkontinans sıklığının fazla olduğu görülmüştür (Eryılmaz 2015, Hock et al 2015).

Pelvik Organ Prolapsusu; Pelvik organ prolapsusunun oluşma nedeni pelvik taban yetmezliğidir. Aynı zamanda pelvik taban yetmezliği inkontinans oluşumuna neden olduğundan pelvik organ prolapsusu olan her hastada inkontinans görülmektedir (Mihmanlı ve Yüksel 2013).

2.6.HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelerin hastanın primer bakım vericisi olması nedeniyle Üİ yönetiminde ve üriner katetere bağlı enfeksiyonları önlemede rolü oldukça büyüktür. Hemşire güncel bilgiler ışığında kanıta dayalı bakım uygulayarak inkontinans gelişimini azaltabilir veya inkontinans durumunu kontrol altına alarak bireyin yaşam kalitesini arttırabilir (Topuz 2015). Aynı zamanda hemşirelik bakımı ile üriner kateterizasyonun bir komplikasyonu olan enfeksiyon oluşumu büyük ölçüde azaltarak bireyin hastanede kalma süresi ve sağlık bakım hizmetlerinde oluşan maliyet azaltılabilmektedir (Ak ve Kandemir 2018).

2.6.1. Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonları Önlemede Hemşirelik Bakımı

Kİ-ÜSE; hastanın hastanede kalış süresini ve hastalığın mortalite ve morbidite oranlarını arttırmakla beraber gereksiz antibiyotik kullanımı nedeniyle maddi zararlara da yol açmaktadır (Tay, Lee, Wee and Oh 2010, Ceylan ve ark 2012, Magers 2013, Seckel 2013, Alcaide et al 2015). Bu maddi ve manevi zararları en aza indirmede hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Kİ-ÜSE Önleme Rehberi (HICPAC 2009); kanıt düzeyi yüksek önleme planları kullanılarak %17 ile %69 oranında Kİ-ÜSE'nin düşürülebileceğini ortaya koymuştur. Hemşirelere üriner kateterler takılması, çıkarılması ve bakımını içeren eğitimlerin verilmesi Kİ-ÜSE gerçekleştirme durumunu azalttığı saptanmıştır (Purvis et al 2014, Ferguson 2018, Ak ve Kandemir 2018, Potter et al 2021).

Literatür incelendiğinde üriner kateter kullanımının endikasyon varlığında yapılmamasının veya endikasyon ortadan kalktığında kateterizasyonun sonlandırılmamasının Kİ-ÜSE oluşumunu arttırdığı görülmektedir. Kİ-ÜSE oranlarının azaltılmasında; hemşirelerin bakım paketi uygulaması, kateterin endikasyon varlığının günlük olarak değerlendirilmesi, karar alma teknikleriyle birlikte hemşire merkezli kateterizasyon işleminin sonlandırılmasını içeren klavuzun uygulanması etkili olmaktadır (Yatim et al 2016).

Kİ-ÜSE önlemede verilecek kateter bakımı oldukça önemlidir. Kateter bakımı içerisinde yer alan konular aşağıda verilmiştir.

Perine ve Kateter Bakımı

Perine yüzeyindeki mikroorganizmalar kateter dışından üriner sisteme girerek enfeksiyona yol açarlar. Perineden üriner sisteme mikroorganizma bulaşmasını önlemek için;

- ✓ Kirlenme oldukça perine bakımı yapılmalıdır.
- ✓ Kateterin giriş yerinde tortu ve sekresyon birikimi tamamen temizlenmelidir.
- ✓ Kateterin dışarıda kalan 10 cm'lik kısmı temizlenmelidir.
- ✓ Kateter veya drenaj sistemine eldivenle temas edip işlem öncesi ve sonrasında eller mutlaka yıkanmalıdır (Arda ve ark 2012, Lo et al 2014, CDC 2019, Potter et al 2021).

Kapalı Drenaj Sistemini Korumak

Kapalı drenaj sisteminin açılması ve kontamine olması nedeniyle mikroorganizmalar üriner sisteme girerek enfeksiyona yol açar. Kİ-ÜSE'yi önlemede kapalı drenaj sisteminin korunması büyük öneme sahiptir. Kapalı drenaj sisteminin bütünlüğünü korumak için aşağıdaki kurallara uyulmalıdır (Arda ve ark 2012, Potter et al 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 4 Nisan 2020).

- ✓ Kapalı drenaj sisteminin bütünlüğü kesinlikle bozulmamalıdır eğer bozulmuşsa üriner kateter ve idrar torbası değiştirilmelidir.
- ✓ Kateter ve idrar torbası bel seviyesinin altında tutulmalı, yatak kenarına asılmalı ve idrarın kesinlikle geriye akışı engellenmelidir.
- ✓ Kapalı drenaj sisteminde kıvrılmaların olmamasına dikkat edilmelidir. İdrar drenajı sürekli olarak kesintisiz sağlanmalıdır.
- ✓ İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemelidir.

- ✓ İdrar, idrar toplama torbasının altından ihtiyaç duyuldukça ve mümkün oldukça en az sıklıkla boşaltılmalıdır.
- ✓ Hastalar arasında çapraz kontaminasyonu engellemek için her hastada ayrı idrar boşaltma kabı kullanılmalıdır.
- ✓ Yapılan işlemlerde her zaman eldiven kullanılmalı uygulamaya başlamadan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalıdır.

Diğer Önlemler

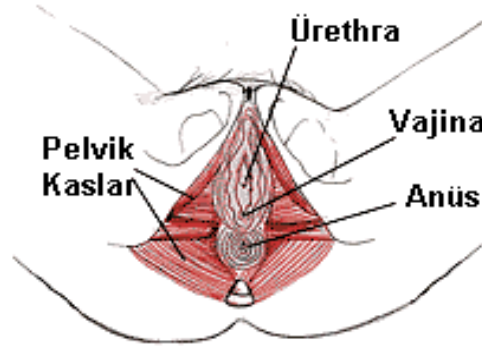
- ✓ Bireyin sıvı alımını kısıtlayacak bir durum yoksa bol su tüketimi sağlanmalıdır.
- ✓ Proteinden zengin besinler idrardaki asidik özelliğin devamını sağladığından mikroorganizma gelişimini önler. Engel bir durum yoksa bireyin protein alımı artırılmalı ve yeterli beslenme sürdürülmelidir.
- ✓ Birey Kİ-ÜSE belirti ve bulguları yönünden takip edilmelidir.
- ✓ Meatusa antimikrobial krem sürülmesi veya profilaksi amacıyla antibiyotik kullanımı dirençli bakteri oluşumuna neden olacağından önerilmemektedir.
- ✓ Kateter kullanım endikasyonu ortadan kalktığında üriner kateter çıkartılmalıdır (Arda ve ark 2012).

2.6.2. Üriner İnkontinasta Hemşirelik Bakımı

Hemşireler Üİ'nin teşhis, tedavi ve yönetiminde etkin bir şekilde rol alarak önem ve öncelik sırası içerisinde bireyin ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımını vermelidir. Hemşireler Üİ'li bireylerde inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerini değerlendirmeli, bireylere gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek bilinçlenmelerini sağlamalıdır (Potter et al 2021). Üİ'de bireye destek olunarak yaşam tarzı değişiklikleri yapması sağlanmalı ve sağlık sorunu ile baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir. Üİ'si olan bireylerde yapılabilecek temel eğitim ve danışmanlık konuları aşağıda yer almaktadır.

Kegel Egzersizleri; Bireye kegel (pelvik kas) egzersizleri öğretilerek vajina ve üretra etrafındaki pubokoksigeal kasların güçlenmesi sağlanmalıdır (Lukacz, Lastra, Albo and Brubaker 2017, Bykoviene, Kubilius, Aniuliene, Bartuseviciene and Bartusevicius 2018). Öncelikle bireye hangi kası kalması gerektiği öğretilmelidir. Bunun için kadın anatomisini anlatan basit resimler kullanılmalıdır. İdrar ya da gaz çıkışını kontrol ediyormuş gibi pelvik taban kasları kasılmalıdır (Potter et al 2021).

Egzersiz, perine kasları kasılıp gevşetilerek yapılır. Bunun için bireylerden idrar boşaltımı sırasında idrarı durduracak şekilde perine kaslarını 10 saniye kadar sıkıştırması ve ardından kaslarını gevşeterek tekrar idrar akımını başlatması istenir. Birey kegel egzersizlerini idrar yapma dışındaki zamanlarda da uygulayabilir. İdrar boşaltım anı dışındaki egzersizlerde bacaklar dizden bükülü, karın kasları ise düz olmalıdır. Program günde 3-4 defa tekrarlanmalıdır. Bireyden egzersiz esnasında yüksek sesle sayı sayması istenerek nefesini tutması engellenmelidir (Taşkın 2020, Potter et al 2021). Egzersizin sürekli olarak devam etmesi önerilmektedir. Düzenli aralık ve sıklıkla yapılan egzersizin idrar sızıntısını azalttığı bilinmektedir (Kaplan ve Demirci 2010, Şenturan 2015, Özdemir 2017, Pires et al 2020).



Şekil 7: Kegel Egzersizleri ile Çalışılan Pelvik Kaslar

Üriner Günlük Tutuma; Birey inkontinans yaşadığı durumları veya gün içinde tuvalete gittiği zamanları kaydeder. Böylece en çok hangi durumlarda ve zamanlarda inkontinans yaşadığı belirlenebilir. Günlük, daha sonrasında incelenerek mesane eğitimi için plan oluşturulmasında yardım sağlar (Rogers 2016, Moorhead, Johnson, Maas and Swanson 2018).

Mesane Eğitimi; Kadınlarda idrar kaçırmamak için az miktarda bile idrar yapma hissi olsa tuvalete gitme gözlenir. Fakat bu durum kısa süre içerisinde alışkanlığa dönüşerek mesane kapasitesinin azalmasına ve inkontinansa neden olur (Çiloğlu 2018). Bu yüzden bireye düzenli tuvalete gitme programı oluşturulmalıdır. Program hastanın idrar yapma alışkanlığına göre hazırlanmalıdır. Bireyin idrar yapma hissi olmasa bile günde belirli aralıklarla tuvalete gitmesi ve düzenli bir şekilde idrar boşaltımını gerçekleştirmesi sağlanmalıdır. Bu yöntemde amaç bireye mesane eğitimi verilerek idrar yapmayı sınırlandırmak, düzenlemek ve idrar kontrolünü sağlamaktır (Shivkumar, Srivastava and Grupta 2015, Butcher, Bulechek, Dochterman and Wagner 2018). Böylece hasta inkontinans yaşamadan tuvalete gidebilir.

Yaşam Tarzı Değişiklikleri; Sıvı yönetimi inkontinansla mücadelede önemlidir. Geceleri yatma saatine yakın fazla su alımı kısıtlanmalıdır (Erdemir 2012). Fakat bireyin yetersiz sıvı alımından kaçınması gerektiği açıklanmalı ve günlük 2 litre sıvı tüketmesi sağlanmalıdır (Lukacz et al 2017). Sigara bırakılmalı veya azaltılmalıdır (Lukacz et al 2017). Kilo vermek abdominal basıncı azalttığından inkontinans oluşumunu azaltacaktır. Asidik, baharatlı ve karbonhidrattan zengin gıdalar mesaneyi irrite ettiğinden az tüketilmelidir (Özcan ve Kapucu 2014, Bykoviene et al 2018). Kafein alımının detrisütör kasları etkilemesi sonucu diüretik etki oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle bireyin kafein kullanımını azaltması önerilmelidir (Süt 2015, Butcher et al 2018).

Cilt Bakımı; İnkontinans sonrası idrar ciltte uzun süre temaslı durmamalıdır. Aksi taktirde idrar cildi irrite eder ve cilde zarar verir. Aynı zamanda ÜSE'ye neden olabilir. İnkontinans sonrası idrar su ve sabunla temizlenmeli cilde gerekiyorsa nemlendirici sürülmelidir (Şenturan 2015, Potter et al 2021).

Koruyucu Ürünlerin Kullanılması; İdrar kaçıрма durumlarında kıyafet, çarşaf, örtü vb. eşyaları korumak amacıyla bazı ürünler kullanılmaktadır. Bez, alez, yatak koruyucu vb. ürünler ıslaklık hissini en aza indirmektedir. Bu ürünlerin cildi tahriş etmemesi için ıslak kısımlarının cilde temas etmemesine dikkat edilmelidir (Demirci, Başar, Süzer, Aba ve Ataman 2011, Şenturan 2015).

Planlı Üriner Kateter Çıkartma İşlemi; Kateterizasyon işlemi sonrasında herhangi bir komplikasyon yaşanmaması için kateterin mesaneden planlı olarak çıkartılması gerekmektedir. Kateter çıkartılmadan önce egzersizler yaptırılarak mesane eski esnekliğine dönmesi sağlanmalıdır (Şenuran 2015).

Literatürde mesane jimlastiği veya mesane egzersizi olarak da bilinen kateter klempleme uygulaması ilk kez 1936 yılında normal mesane boşaltılması ve doluluğunu uyararak mesane kaslarında oluşabilecek atrofiyi önlemek amacıyla uygulanmıştır. Bu uygulamadaki temel prensip mesaneyi yeniden doğru idrar boşaltım siklusu için eğitmektir (Curci and Dimonte 2010).

Kateterin çıkartılması planlandıktan sonra kateter yaklaşık 3-4 saat klemplenerek idrar akışı durdurulmalıdır. Kateter klembi 5 dk süre ile açılarak idrarın drene edilir (Erb, Berman and Burke 2004, Balcı 2014, Liu et al 2015). Egzersiz 3-4 defa tekrarlanır. Bazı kaynaklarda bu egzersiz kateterin 1-2 saat klempli kalmasından sonra 10 dk açılarak idrarın drene edilmesi ve bu işlemin tekrar edilmesi olarak yer almaktadır (Şenturan 2015, Yılmaz ve Özden 2019). Mesane egzersizi yapıldıktan sonra üriner kateteri çıkartılan hastalar egzersiz yapılmayanlara oranla idrar yapma ihtiyacını daha çabuk hisseder (Süzen ve Sarı 2012). Bu işlem idrarın mesanede birikmesini, mesanenin eski esnekliğine kavuşmasını ve mesane kaslarının gelişmesini sağlar (Balcı 2014).

Mesane egzersizi yapılmadan plansız olarak üriner kateterizasyonun sonlandırılması mesane kaslarındaki gerileme nedeniyle rezidüel idrarın artmasına neden olur. Mesanede yer alan rezidüel idrarın 150 ml'den fazla olması ÜSE gelişmesine yol açar (Stevens 2005, Lynn et al 2015). Rezidüel idrarın 150 ml'den fazla olduğu durumlarda genellikle yeniden kateterizasyon uygulanarak idrar drene edilir. Bu durum hastanın hastanede kalış süresini uzatabileceği gibi çalışanlarında iş yükünü artırır (Lynn et al 2015). Mesane egzersizi yapılarak sonlandırılan kateterizasyon sonrası hastalar mesanesini daha kolay boşaltır ve mesanede kalan rezidüel idrar miktarı daha azdır (Süzen ve Sarı 2012).

Planlı kateter çıkartma işlemi yalnızca mesane egzersizlerini içermez. Kateterin takılmasındaki endikasyonun ortadan kalktığı gibi kateterizasyonun planlı

bir şekilde sonlandırılması gerekmektedir. Bu durum Kİ-ÜSE oluşumunu azaltmakla birlikte hastaların kateterin erken sürede çıkartılması hastanede kalış süresini de kısaltmaktadır (Griffiths and Fernandez 2007).

Planlı kateter çıkartma işlemi içerisinde yer alan kateter klempleme uygulamasına yönelik yapılan sistematik review ve meteanaliz çalışmaları sonuçlarına göre uzun süreli kateterizasyonlarda üriner inkontinans yaşama riski olduğu fakat bu konuda yapılacak başka çalışmalarda ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Souto et al 2004, Onile, Kutu, Orji and Ogunniyi 2008, Kim et al 2012, Güngör ve ark 2014, Ahmed, Sayed, Atwa and Metwally 2014, Barone et al 2015, Ellahi et al 2021). CDC yönergeleri, kısa süreli kalıcı üretral kateterlerin klemplendikten sonra çıkarılmasının bir fayda sağlamadığını aynı zamanda klempleme yapılmasının üriner enfeksiyona neden olabileceği düşüncesiyle uygulanmasını önermemektedir (<https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 10.07.2021), Ancak üriner enfeksiyona yönelik yapılan klempleme uygulamasının gerçekleştirildiği çalışmalarda enfeksiyon açısından anlamlı bir fark görülmemekle birlikte klempleme uygulamasına ilişkin kanıt düzeyi düşük bulunmuştur (Fernandez and Griffiths 2003, 2005, Phipps et al 2006, Wang, Tsa, Han, Huang and Liu 2016). Kateter klempleme uygulamasının kanıt düzeyinin düşük olması nedeniyle hemşirelerin uygulamasının iş yükü olacağı yönünde fikirlerde mevcuttur (Nyman, Johansson and Gustafsson 2010, Gong, Zhao, Wang and Wang 2017). Klempleme uygulamasına ilişkin kanıt düzeylerinin düşük olduğu çalışmalardaki metodolojik eksiklikler nedeniyle benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir (Geng 2012, Wang et al 2016, Ellahi et al 2021).

Literatür incelendiğinde planlı üriner kateter çıkartma işlemi bakım paketi ile uygulayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda planlı kateter çıkartma işleminde yer alan kateter klempleme uygulaması için kanıt düzeyi çok düşüktür (Griffiths, Fernandez and Murie 2004, Griffiths and Fernandez 2007). Bu yüzden çalışmamızda planlı kateter çıkartma işleminin ÜSE ve inkontinans üzerindeki etkilerinin bakım paketi uygulanarak araştırılması literatüre katkı sağlayacaktır.

2.6.3. Üriner Kateterizasyonda Hemşirelik Bakımı

Üriner kateterizasyon doktor istemiyle hemşire sorumluluğunda gerçekleşen bir işlem olup uygulaması ve çıkarılması komplike bir hemşirelik uygulamasıdır. Kateterizasyon işleminin cerrahi aseptik tekniğe uygun olarak gerçekleşmesi steril olan üriner sistemin korunması için oldukça önemlidir. Uygun koşullarda takılmayan üriner kateter sonrasında birçok komplikasyon gelişebilmekte ve bireyin sağlık durumu olumsuz etkilenebilmektedir (Potter et al 2021). Üriner kateterizasyon sırasında görülen en sık komplikasyon Kİ-ÜSE'dir (Ak ve Kandemir 2018, Yılmaz 2019). Kateterizasyon işlemi sonlandırıldıktan sonra görülen komplikasyonlar ise Üİ ve üriner retansiyondur (Şenturan 2015, Cerit 2015). Uygulamada bireyin hümanistik ve holistik yaklaşım ile gereksinimleri değerlendirmek, endikasyonunu belirlemek, doğru teknik ile hemşirelik bakım uygulamasını gerçekleştirmek gerekmektedir (Lynn et al 2015, Avşar 2021).

Üriner Kateter Takılması İşlemi; Üriner kateterizasyon işlemi steril gereçler aracılığıyla cerrahi aseptik yöntem uygulanarak gerçekleştirilmelidir. Eğer steril malzemenin yer aldığı hızlı kateter takımı bulunmuyorsa mutlaka kateteri takacak kişiyle birlikte bir kişi daha yardım etmek için bulunmalıdır. Aksi halde hemşirenin işlem öncesi steril bir alan hazırlaması, malzemelerini steril bir şekilde alana bırakması ve en son kendisinin steril olması gerekmektedir (Taylor, Lillis, LeMone and Lynn 2011, Babadağ ve Atabek 2012, Dikmen ve Korhan 2016, Süzen ve Sarı 2020, Potter et al 2021).

Kateter takılması sırasında uygulanacak işlem basamakları sırasıyla aşağıda yazmaktadır.

1. Hekim istemi kontrol edilir.
2. Eller yıkanır.
3. İşlem için gereken tüm gereçler bireyin yakınında temiz bir yere konulur.
4. Kateterizasyon süresince bölünmeleri ve cerrahi aseptik tekniğin bozulmasını önlemek amacıyla ikinci bir hemşireden yardım istenir.
5. Hastaya işlem açıklanır.
6. Hastanın mahremiyeti sağlanır.

7. Üretral meatusun daha iyi görülmesini sağlamak amacıyla kadına dorsal rekümbent pozisyonu verilir.
8. Nonsteril eldiven giyilir.
9. Hastanın perineal bölgesi kontrol edilir. Eğer kirliyse önce sabun ve ılık su ile temizlenir.
10. Steril eldiven giyilir.
11. İdrar torbası paketi açılır ve klembi kapatılır.
12. Kolay ulaşılabilecek bir noktaya steril kateterizasyon bohçası aseptik yöntemler kullanılarak açılır.
13. Steril olan tüm malzemeler (steril spanç, örnek alınacaksa steril idrar toplama kabı, kayganlaştırıcı jel, üriner kateter, steril pens) paketleri açılarak steril alana bırakılır.
14. Kateterin balonunu şişirmek için kateterler üzerinde yazan miktarda steril sıvı enjektöre çekilerek steril alana bırakılır.
15. Steril alanda kullanılacak malzemeler düzenlenir ve kullanıma hazır hale getirilir. Kateterin ucuna kadınlarda 2,5-5 cm kayganlaştırıcı jel sürülür.
16. Aktif olmayan el ile labia majör ve minörler yana doğru açılır ve bu durum uygulama boyunca korunur.
17. Steril pens ile tamponlar tutulup antiseptik solüsyonla uygulama alanı yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir.
18. Aktif olmayan el aynı pozisyonda korunurken meatusun görülmesi için labia minörler açılır.
19. Aktif el ile kateter alınır. Kateterin üst ucu idrar gelinceye kadar meatus içine itilir (5-7,5 cm).
20. Aktif olmayan el bırakılır.
21. Kateterin balonu enjektör ile steril sıvı verilerek şişirilir. Üriner kateter hastaya zarar vermeden geriye doğru çekerek mesane boynuna yerleştirilir.
22. Kateterin ucu idrar torbasına bağlanır.
23. İdrar torbası mesanenin altında olacak şekilde yatak kenarına asılır. Drenaj sistemi kontrol edilir. Varsa kıvrılma veya sıkışma düzeltilir.
24. Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır.
25. Eldiven çıkarılır, el hijyeni sağlanır.

Üriner Kateterin Çıkartılması İşlemi; Üriner katetrizasyonda yapılması için gerekli endikasyon ortadan kalktığında üriner kateter en kısa sürede çıkartılmalıdır (Balci 2014, Alpar ve Özhan 2015, Ak ve Kandemir 2018).

1. Kateter çıkarma kararı verildikten sonra kateter klemple kapatılır.
2. 3-4 saat kapalı kaldıktan sonra kateter tekrar açılır.
3. İdrar 5 dk da drene edilir.
4. Bu işlem 3 kez tekrarlanır.
5. Eller yıkanır ve kateterin çıkarılması sırasında enfeksiyona neden olabileceği için aseptik tekniklere uyularak bireye yaklaşılr.
6. Birey kadınsa dorsal rekümbent pozisyonu verilir.
7. Kateterin balon kısmında yer alan tüm sıvı geri çekilir.
8. Üretral travmaya neden olmamak için kateterin yavaş çekilmesi gerekir.
9. Çıkarılan kateter ve kapalı drenaj sistemi tıbbi atığa atılır.

Üriner Kateterizasyon Sürecinde Hemşirelik Bakımı; Üriner kateteri olan bireylerde kateterizasyona bağlı gelişen komplikasyonları azaltmak için uygun bakımın sürekli olarak sağlanması gerekmektedir. Bu doğrultuda kanıta dayalı uygulamalar ışığında hemşirelik bakımı uygulanmalıdır (Güven 2010, Arda ve ark 2012, Lynn et al 2015, Potter et al 2021, Avşar 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2020).

- ✓ Kateterin giriş yeri kontrol edilmeli ve sekresyon ya da tortu birikimleri su ve sabunla temizlenmelidir.
- ✓ Kateterin açıkta kalan bölümü antiseptik solüsyonla temizlenmelidir.
- ✓ Kapalı drenaj sisteminin bütünlüğü asla bozulmamalıdır. Eğer bütünlük bozulmuşsa her ikisi de değiştirilmelidir.
- ✓ Kateterle birlikte drenaj sistemi mesane düzeyinin altında olmalı ve drenaj sistemindeki idrarın geriye dönüşü engellenmelidir.
- ✓ Torbada biriken idrar drenaj sisteminin en alt kısmından boşaltılmalı ve çapraz kontaminasyonu önlemek için idrar toplama kapları her hasta için ayrı olmalıdır.

- ✓ Drenaj torbası fazlası dolmadan (2/3'ünden fazla) düzenli aralıklarla dökülmelidir. İdrarın drenaj siteminden boşaltılması olabilecek en az sayıda gerçekleştirilmelidir.
- ✓ Düzenli aralıklarla kateter ve drenaj sistemi değiştirilmesi önerilmemektedir. Kateterde irrigasyon ile geçmeyen obstrüksiyon varsa değiştirilmesi önerilmektedir.
- ✓ İdrar örneği alınması gerekiyorsa mesaneye en yakın bölümden aseptik yöntemlere uyularak örnek alma işlemi yapılmalıdır. Drenaj sisteminde idrarın birikmesi nedeniyle fazla sayıda bakteri üreyeceğinden bu kısımdan örnek asla alınmamalıdır. Aynı zamanda kateterli hastalardan rutin olarak idrar kültürü alınması önerilmez.
- ✓ Hemşire ve personelin enfeksiyon kontrolü amacıyla kateter bakımında sürekli eğitilmesi önerilmektedir.

2.7. BAKIM PAKETİ

Bakım paketi bir başka deyişle; care bundles (bakım bohçası/bakım paketi), temel önlem paketi ve bundle approach (paket yaklaşımı) olarak da adlandırılmaktadır (Kurutkan 2014). Bakım paketini 2001 yılında ilk kez gündeme getiren Gönüllü Hastaneler Birliği'nin Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü'den (Institute for Healthcare Improvement-IHI) "Yoğun Bakım Ünitelerinin İdeal Dizaynı" adında bir çalışma başlatmasını istemesidir (www.ihl.org Erişim Tarihi: 06 Haziran 2020, Çetinkaya 2010). Bu dizaynın içeriğinde yoğun bakımın kalitesinin, ekip iletişiminin ve birlikteliğinin artması, güvenilir bakım verilebilmesi için yoğun bakımların fiziki şartlarının incelenmesiyle beraber yoğun bakım ünitelerinde gerekli koşulların sağlanması amaçlanıyordu. Bu amaç bakımı iyileştirmek için yenilikçi bir yaklaşım olan bakım paketi kullanımını beraberinde getirdi (Crunden, Boyce, Woodman and Bray 2005, <http://www.ihl.org> Erişim Tarihi:1 Aralık 2020).

IHI tarafından hastanın güvenliği ve verilen bakımın kalitesini arttırmak için geliştirilen "100.000 ve 5 Milyon Yaşam Kapanyası" projelerinde alınan sonuçlarda

bakım paketi uygulamasının önemli bir etkisi olduğu görülmektedir (Berwick 2014). 100.000 ve 5 Milyon Yaşam Projelerinde tıbbi bakımın iyileştirilmesini destekleyerek morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltmak amaçlanmıştır. 2005-2006 yıllarında uygulanan 100.000 Yaşam Projesi kapsamında hızlı müdahale ekiplerinin kurulması, akut miyokart infarktüsünde güvenilir ve kanıta dayalı bakımın sağlanması, olumsuz ilaç olaylarının önlenmesi, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, 'Santral Hat Bakım Paketi' uygulayarak enfeksiyonların önlenmesi ve "Ventilator Bundle" paketi uygulayarak Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi planmıştır (Gold 2005, McCannon, Schall, Calkins and Nazem 2006, Meyers 2007, Berwick 2014).

5 Milyon Yaşam Kampanyasıyla, 100.000 Yaşam Kampanyasında yer alan kriterler desteklenerek devam ettirildi. 5 Milyon Yaşam Kampanyası projesiyle 2007 ve 2008 yıllarında basınç ülserlerinin önlenmesi, Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus (MRSA) enfeksiyonunun azaltılması, yüksek riskli ilaçların zararlarının önlenmesi, cerrahi komplikasyonların azaltılması, yeniden hastaneye yatışların azaltılması için konjestif kalp yetersizliğinde güvenilir ve kanıta dayalı bakım sağlanması amaçlandı. 5 Milyon Yaşam Kampanyası uygulanan hastalarda önlenen zararlar ve hasta ölümlerinin sayısı ölçülerek önemli düzeyde hastaya verilen zararın azaltıldığı ve mortalite oranının azaldığı saptandı (Gold 2008, Berwick 2014). Projenin uygulanmasıyla kritik hasta bakımında bakım paketlerinin kullanılması uluslararası alanda teşvik edilmiş ve bakım paketlerinin önemi dikkat çekmiştir.

Bakım paketi uygulamasında önemli bir role sahip olan bir diğer çalışmada "Sepsiste Sağkalım Kampanyası"dır. Sepsiste Sağkalım Kampanyası için oluşturulan tedavi klavuzu uluslararası örgütleri temsilen uluslararası uzmanların oluşturduğu bir kurul tarafından hazırlanmıştır. Klavuz ilk kez 2004 yılında yayınlanmış daha sonra 2008, 2012, 2016 ve 2018 yıllarında revize edilmiştir (Dellinger et al 2014, Rhodes et al. 2016, Levy, Evans and Rhodes 2018). Kampanyanın amacı ağır sepsis ve septik şok yönetiminin sağlanarak sağ kalım oranının arttırılmasıdır (Horner and Bellamy 2012). Sepsiste sağ kalım kampanyası tedavi klavuzundaki öneriler 21 ana başlık olarak ele alınarak güncel olarak hala kullanılmaktadır (Levy et al 2018).

Bakım paketi hastanın yararına olabilecek kanıt düzeyi yüksek uygulamaların bir araya getirilmesi ve kullanılmasından oluşmaktadır. Bu uygulamalar tek tek

yapıldığında hastaya yarar sağlar fakat hepsinin aynı paket içerisinde uygulanması teker teker yapılmasına kıyasla daha iyi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (Marwick and Davey 2009, Çetinkaya 2010). Bu doğrultuda bakım paketinin temel amacı, hastaya alması gereken en kaliteli bakımın sunulmasının sağlanmasıdır (Kurutkan 2014).

Bakım paketinin uygulanması, her biri ayrı ayrı kanıtlanmış uygulama basamaklarının bir araya getirilmesi ve hasta bireye belirli bir zaman diliminde uygulanması, etkinliğinin gözlenmesi şeklinde gerçekleşir. Bakım için ayrılan zaman bakım paketine göre değişiklik gösterir. Bazı paketlerin aynı bireye tekrarlanarak uygulanması gerekebilir (Pronovost et al 2003). Paketlerdeki ana mantık “ya hep ya hiç” prensibidir. Bakım paketindeki parametrelerden bir tanesine uyumsuzluk saptandığında diğer parametrelerde uyulmamış kabul edilir (Çetinkaya 2010). Aşamalar “evet” ve “hayır” şeklinde check list yapılarak uygulanır (Kurutkan 2014).

2.7.1. Bakım Paketi Nasıl Oluşturulur?

Bakım paketi doğruluğu kanıtlanmış fakat her seferinde düzenli ve kesin olarak uygulanamayan üç veya beş bakım uygulamasından oluşması gerekmektedir (<http://www.ihl.org> Erişim Tarihi: 15 Aralık 2020). Bu nedenle kullanıcılar bakım paketi içeriğine etkinliği kanıtlanmış başka uygulamalar kolaylıkla ekleyebilirler.

IHI'ya göre bakım paketi bazı ilkeler doğrultusunda oluşturulması gerekmektedir (Aboelela, Stone and Larson 2007, Marwick and Davey 2009, Candaş ve Gürsoy 2017, <http://www.ihl.org> Erişim Tarihi: 15 Aralık 2020).

1. Bakım paketi kanıta dayalı üç ve/veya beş parametreden meydana gelmelidir.
2. Her bir aşama ilgili alanda kanıtlanmış en iyi uygulamalar olmalıdır. Özellikle randomize kontrollü çalışmalarda elde edilen kanıt düzeyi I ve II olan uygulamalar tercih edilmelidir.
3. Bakım paketinde bulunan her bir aşama net ve anlaşılır olmalıdır.
4. Bakım paketi tutarlı verilerden oluşmalıdır.
5. Bakım paketinin aşamaları kuralcı olmaktan çok tanımlayıcı parametrelerden oluşmalıdır.

6. Bakım paketinin hastaya uyumlu olup olmadığına “ya hep ya hiç” yöntemiyle bakılmalıdır. Paket içerisindeki bir parametreye uyumsuzluk tümüne uyumsuzluk olarak sayılmalıdır.
7. Bakım paketinin her bir aşaması diğerinden kısmen bağımsız olmalıdır. Örneğin bir aşaması uygulanamadığında diğer aşamalar uygulanmayacak anlamına gelmez. Diğer bir aşamaya geçilip uygulanabilir.
8. Bakım paketi hazırlanırken kime ve nereye soruları sorulmalıdır. Bu yüzden bakım paketi belirlenmiş yerde tanımlanmış hasta popülasyonuna uygulanmalıdır. Bakım paketinde değişen herhangi bir uygulama bütün hastalar için geçerli olmalıdır.
9. Pakette bir uygulama değiştirildiğinde veya pakete ekleme yapıldığında yeni hastalara paket uygulandıktan sonra sonuç değerlendirmesi yapılmalıdır. Aksi takdirde sonuç gerçeği yansıtmaz.
10. Bakım paketi multidisipliner bir ekip tarafından hazırlanmalıdır.
11. Her kurum kendisine özel bakım paketi hazırlayabilir. Hazırlanmış bakım paketinin aynısı alınıp kullanılmak zorunda değildir. Çünkü oluşturulan bakım paketi kurumun ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanır ve kuruma özgüdür.
12. Bakım paketi ve hasta uyumu %95 veya daha fazla olmalıdır.

$$\text{Bakım paketine uyum oranı} = \frac{\text{Bakım paketi tüm girişimlerinin uygulandığı hasta sayısı}}{\text{Bakım paketi tüm girişimlerinin uygulanması gereken hasta sayısı}} \times 100$$

Şekil 8: Bakım Paketine Uyum Oranı (Sayın 2015)

2.7.2. Neden Bakım Paketi Kullanılmalı?

Bakımın bir standardizasyonu olmadığında bakım vericinin bilgi, beceri ve tutumlarından etkilenir. Bu durum hemşirelik bakımının kişiden kişiye farklılık oluşturmaya yol açmaktadır. Kişiden kişiye değişen bakımda hasta memnuniyeti azalır ve bakımın kalitesi düşer. Bakım paketi uygulandığında bütün sağlık çalışanları tarafından aynı hasta bakımı uygulaması benimsenir, hemşirelik bakımında standardizasyon sağlanır ve bu durum bakımın kalitesini artırır (Marwick and Davey

2009, Çetinkaya 2010, Candaş ve Gürsoy 2016, <http://www.ihl.org> Erişim Tarihi:6 Haziran 2020).

Bakım paketi kullanılarak verilen bakımda sağlık ekibi ortak bir dil oluşturulur. Bakımda uygulanan uygulamalar kanıt temelli olduğunda komplikasyonlar düşer ve maliyet azalır, hasta bakımında denetim imkânı sunar. Aynı zamanda uygulanabilirliği kolay ve pratiktir. Bakım paketinin, kanıta dayalı uygulamalar içermesi klinik uygulamalar ve yapılan araştırmalar arasında bir köprü kurar. Böylece tutulan kayıtlar ve geri dönüşler eşliğinde paket geliştirilerek uygulanabilirliği artırılır (<http://www.ihl.org> Erişim Tarihi: 6 Haziran 2020, Kurutkan 2014, Tayyib, Coyer and Lewisa 2016, Chaboyer et al 2016).

Hemşireler primer bakımın öncüleridir. Bu nedenle hemşireler güncel bilgileri takip etmeli ve bakım paketin oluşturulması ve kullanılmasında yer almalıdır. Hemşireler hasta bireyi sürekli yakın takip eden ve birebir bakım sorumluluğu üstlenen bir meslek grubu olması nedeniyle uygulanan bakım paketinin eksik yönlerini ve aksaklıklarını fark edebilecek kişilerdir. Bu şekilde bakım paketinin gelişmesini sağlayacaklardır. Ayrıca bakım paketinin kullanılması hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artırarak hemşirelerinde memnuniyet düzeylerinin ve iş doyumlarının da artmasını sağlamaktadır (Can ve Acaroğlu 2015, Candaş ve Gürsoy 2016, Gel, Yaşayacak ve Yorgun 2020).

Şanlı, Sarıkaya ve Katırcıoğlu (2016) bakım paketi kullanarak kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları önleme konusunda yaptıkları derlemede 21 araştırma incelemiş ve hemşirelik uygulamalarında paket kullanılmasının enfeksiyonların önlenmesinde önemli düzeyde katkı sağladığını ortaya koymuştur. Yapılan çalışmada uygulamanın ilk yılında %26, uygulamadan sonraki ikinci yılda ise %95 oranında azalma olduğu saptanmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen başka çalışmalarda mevcuttur (Polat ve ark 2014, Alcan ve Korkmaz 2015). Bu sonuca bakılarak yoğun bakımlarda paket uygulamasının etkili ve sürdürülebilir olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Aynı zamanda yapılan bir başka çalışma yoğun bakımlarda bakım paketi uygulamasıyla sıfır enfeksiyon hedefine ulaşılabileceğini göstermiştir (Şen, Uğur, Afacan ve Sönmezoglu 2019).

2.7.3. Kİ-ÜSE ve İnkontinans İçin Geliştirilen Bakım Paketleri

Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği (HİDER) tarafından Kİ-ÜSE önlemek amacıyla CDC'nin önerileri doğrultusunda bir klavuz oluşturulmuştur. Klavuzda yer alan öneriler doğrultusunda içeriği hemen hemen aynı olan fakat farklı isimlerde bakım paketleri oluşturulmuştur (<https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2020, Arda ve ark. 2012).

Bakım paketinin önemi yıllardır gündemde olmasına karşın paket içeriğindeki tüm bileşenlerin birbiriyle uyum içerisinde olmasının önemi son yıllarda anlaşılmıştır. Paket içerisindeki bileşenlerden birinin uyumsuz olması tüm paket uyumunu yok ederek sonuçları olumsuz etkilemektedir (Şen ve ark 2019). Bu doğrultuda hazırlanan bakım paketleri sonucunda morbidite, hastanede kalınan gün sayısı ve enfeksiyon oranları azalırken iyileşen hasta sayısında artış gözlemlendiği vurgulanmaktadır (Candaş ve Gürsoy 2016, Prakash, Rajshekar, Cherian and Sastry 2017, Şen ve ark 2019).

Kİ-ÜSE'lerini önlemek amacıyla geliştirilen Üriner Enfeksiyonlarda Bakım ve Önleme Paketi'nin basamaklarında; kateterizasyon endikasyonunun sürekli takip edilmesi, kateterizasyon sırasında aseptik yöntemler uygulanması, idrar drenaj sitemini mesane seviyesinin aşağısında bulundurma, hastaya uygun kateterin seçilmesi, gümüş kaplı üriner kateterlerin tercih edilmesi yer almaktadır (Venkatram 2010). Araştırmalarda Üriner Enfeksiyonları Bakım ve Önleme Paketi uygulandıktan sonra yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında Kİ-ÜSE oluşma sıklığında düşüş saptandı (Venkatram 2010, Davis et al 2014, Sampathkumar 2017).

Bir hastanede yapılan çalışmada, kanıta dayalı maddelerin bir araya getirilmesiyle oluşturulan Kİ-ÜSE'yi azaltmaya yönelik bakım paketi hastalara uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Bakım paketi uygulandıktan sonra Kİ-ÜSE görülme sıklığında anlamlı derecede düşüş gözlemlendiği, aynı zamanda sağlık bakım maliyetini anlamlı derecede azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Kaya 2016).

Şen ve ark.'nın (2019) Kİ-ÜSE'yi önlemek amacıyla kullandıkları bakım paketinin sonuçları incelendiğinde hastaların enfeksiyon düzeylerinin düşmesiyle birlikte 2. senede sıfır hastane enfeksiyonu yaşanmasını öngören çalışmanın sonucu başarıyla gerçekleştirilmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen başka çalışmalarda

bulunmaktadır. Marra ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada Üriner Kateter İlişkili Paket Yaklaşımının kullanılması yoğun bakım servisleriyle birlikte hastanenin diğer servislerinde de enfeksiyon düzeylerini düşürdüğü kanıtlanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada KI-ÜSE'yi önlemek amacıyla kullanılan bakım paketi enfeksiyon hızının %10,6'dan %5,6'ya düşmesini sağlamıştır (Jaggi and Sissodia 2012).

Dünyada ve ülkemizde üriner kateter ve inkontinans ilişkisini beraber değerlendiren herhangi bir bakım paketi uygulaması çalışmasına ulaşılamamıştır. Yalnızca Gülnar'ın (2018) doktora tezinde stres inkontinansı olan toplam 68 kadın hastaya kanıt düzeyi yüksek bir klavuz olarak kabul edilen ACE Yıldız Modeli ışığında oluşturulmuş Stres İnkontinans Bakım Klavuzu uygulanmıştır. Stres İnkontinans Bakım Klavuzu içeriğinde; pelvik taban kas egzersizinin hastaya uygulama yapma olanağı tanınarak öğretilmesi, yaşam tarzı değişikliklerine (sigara kullanma, fiziksel aktivite yapma, kafein alımı, sıvı tüketimi, obeziteye ve konstipasyon durumu) yönelik yapılması gerekenler adımlar yer almaktadır. Stres İnkontinans Bakım Protokolü uygulandıktan sonra 8. ve 12. hafta sonrasında eğitimin etkinliği tekrar ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda deney ve kontrol grubunda inkontinans yaşama durumu bakımından anlamlı bir ilişki olduğu, Stres İnkontinans Bakım Protokolü uygulanan hastalarda inkontinans yaşama sıklığının düştüğü görülmüştür (Gülnar 2018).

Literatürde çoğunlukla üriner kateter çıkarma protokollerine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır. Çalışmalar incelendiğinde üriner kateter çıkarılmadan önce yapılan egzersiz protokollerinin her çalışmada farklı olduğu ve kateterin çıkartılmadan önce klemplenme süresine ilişkin yeterli sayıda kanıta dayalı bilginin olmadığı saptanmıştır (Briggs 2008). Aynı zamanda üriner kateterizasyonun sonlandırılması işleminde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmediği, hatalı girişimlerde bulundukları gözlemlenmiştir (Curci and Dimonte 2010).

Bakım paketi hem maddi hem de manevi olarak hasta, sağlık ekibi ve sağlık sistemi yararına sonuçlar ortaya koymaktadır. Ulusal ve uluslararası alanda üriner kateterizasyon, inkontinans ve üriner enfeksiyon ilişkisinin kanıt temelli bir bakım paketiyle incelenip kateter sonlandırma işleminin belirli bir plan doğrultusunda yapıldığı ve çalışmanın sonuçlarının incelendiği bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır. Tüm bunlar göz önüne alındığında çalışmamızda uygulayacağımız 'Üriner

Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi'nin ÜSE ve Üİ olan etkilerinin araştırılması literatürde bakım paketi ilişkili konulara açıklık getireceği, bilime katkı ve yarar sağlayacağı düşünülmektedir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu çalışmada yoğun bakımda yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının Üİ ve ÜSE sıklığına etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma deneysel tasarım türünde gerçekleştirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek skorlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Simironov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması, standart sapma ile ortalamanın oranını yüzde olarak ifade eden bağıl değişim katsayısının 20 ile 25 aralığında olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır. (Lind, Marchal and Wathen 2006, Howitt and Crame 2011, McKillup 2012, Wilcox 2012, Tabachnick and Fidell 2013).

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nin koroner yoğun bakım ve yetişkin yoğun bakım (ikinci basamak ve üçüncü basamak) ünitelerinde Ocak 2020 ve Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Koroner yoğun bakım ünitesi 2. basamak düzeyinde 5 yataklı bir birim olup günlük 2 hemşire 24 saatlik nöbet tutmaktadır. 2 adet ikinci basamak yoğun bakım ünitesi (2A-2B) bulunmaktadır. İkinci basamak yetişkin yoğun bakım üniteleri 9 yataktan oluşmakta 24 saatlik nöbette 3 hemşire çalışmaktadır. Üçüncü basamak yetişkin yoğun bakım ünitesi (3A-3B-3C) üç tanedir. Yetişkin yoğun bakım 3a ünitesi 10 yataklı bir birim olup 24 saatlik nöbette 5 hemşire çalışmaktadır. Yetişkin yoğun bakım 3b ünitesi 14 yataklı bir birim olup 24 saatlik nöbette 7 hemşire çalışmaktadır. Yetişkin yoğun bakım 3C ünitesi 12 yataktan oluşmakta 24 saatlik nöbette 6 hemşire çalışmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 0 (H0): Yoğun bakım ünitesindeki kadın hastalara uygulanan Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi'nin ÜSE ve Üİ gelişme riski üzerinde olumlu etkisi yoktur.

Hipotez 1 (H1): Yoğun bakım ünitesindeki kadın hastalara uygulanan Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi'nin ÜSE ve Üİ gelişme riski üzerinde olumlu etkisi vardır.

3.4. ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Gebze Fatih Devlet Hastanesi koroner ve yetişkin yoğun bakım ünitelerinde örneklem kriterlerini karşılayan kadın hastaların tamamı oluşturmuştur. Çalışma örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden, yatarak tedavi gören ve üriner kateter takılan 52 kadın hasta oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastalar, üriner kateteri olan kontrol grubu ve üriner kateteri olan Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulanan çalışma grubu olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır.

Çalışmamızda kontrol ve deney grubu 0,8 effec size, 0,05 alfa hata miktarı ve 0,80 güç düzeyi için 26 kişi kontrol grubu ve 26 kişi deney grubu olmak üzere toplamda 52 hastaya ulaşılması gerektiği güç analizi yapılarak tespit edilmiştir (Ek-1). Örneklem kriterlerini karşılayan ilk 26 hasta kontrol grubuna seçilmiştir. İki grup arasında sağlık çalışanlarına eğitim yapıldıktan sonra örneklem kriterlerini karşılayan 26 hasta çalışma grubu olarak seçilmiştir.

Hasta ve yakınlarına yapılan çalışma ve amacı ile ilgili bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)'nu imzalayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Ayrıca takip edilen süreç boyunca exitus olan 10 hasta ve bir aylık takip esnasında telefon numarasına ulaşamayan sekiz hasta araştırma kapsamından çıkartılmıştır.

3.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 Yaşından büyük kadın olma,
- İnkontinans öyküsü olmaması,
- Fiziksel, kognitif ve psikolojik problemi olmaması,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- İdrar yolu enfeksiyonu ve idrar kültüründe üreme olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Hastanın erkek olması,
- İnkontinans öyküsünün olması,
- Hastaya sedasyon uygulanması,
- Üriner kateterizasyon işleminin başka bir kurumda yapılmış olması,
- Akıl ve ruh sağlığının yerinde olmaması çalışmadan dışlanma kriterleridir.

3.4.3. Çalışma Grubu

Çalışma grubundaki bireyler kontrol grubu toplandıktan sonraki süreçte yoğun bakım ünitesine yatan çalışma kriterlerine uygun olan ve kendisi ya da yakınının bilgilendirilmesi sonrası çalışmada yer almayı kabul eden kadın hastalardan oluşmuştur. Kontrol grubunu etkilemesi düşünülerek çalışmaya kesitsel süreçte kontrol grubu sonrası çalışma grubu alınmaya başlanmıştır. Araştırmamızda çalışma grubundaki her birey, hasta tanılama formu ve hasta izlem formu ile değerlendirildi. Hastaların tanımlayıcı özellikleri, ana yatış nedenleri, yoğun bakım ünitesinde yattıkları süre içinde günlük ateş, fizik muayene bulguları, anormal olan laboratuvar bulguları, hastalara uygulanan invaziv girişimler, antibiyotik tedavileri ve izlemleri kayıt edilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara klinikte rutin uygulanan idrar tahlilleri sonucunda elde edilen lökosit parametresi 1 2 ve 3 takip olarak hasta dosyasından alınarak takip edilmiştir. Çalışmamızda hastalardan kliniğin rutin kan tetkikleri ve hekimler tarafından istenen kan ve idrar örnekleri dışında kan ve idrar örneği alınmamıştır.

Çalışma grubuna klinikte rutin uygulanan bakıma ek olarak Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulaması gerçekleştirilmiştir. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi üriner kateterin seçilmesi, takılması ve planlı olarak çıkartılması aşamalarından oluşan parametrenin bir arada bulunduğu bir pakettir. Uygulama öncesinde bakım paketi içeriği hakkında klinikte çalışan hemşirelere, hekimlere ve personellere araştırmacılar tarafından eğitim yapılmıştır (Ek-2).

Hastalara taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8) uygulanarak inkontinans yaşama durumları değerlendirilmiştir. Hastalara telefon ile iletişim kurularak anket uygulanmıştır.

3.4.4. Kontrol Grubu

Bakım paketsiz kontrol grubunu oluşturan hastalar yoğun bakıma yatan, çalışma kriterlerine uygun olan ve çalışmada yer almayı kendisi ya da yakınının onayı sonrası kabul eden kadın hastalardan oluşmuştur. Kontrol grubunda yer alan hastalar yatışlarının ilk günü hasta tanılama formu ve hasta izlem formu ile değerlendirilmiştir. Veriler çalışma grubuyla aynı şekilde toplanmış olup çalışmamız için hastalardan kliniğin rutin kan tetkikleri ve hekimler tarafından istenen kan ve idrar örnekleri dışında kan ve idrar örneği alınmamıştır.

Kontrol grubundaki bireylerden veri formları toplandıktan sonra her hastaya klinikteki rutin bakım uygulanmıştır. Yoğun bakıma yatan her hastaya uygulanan rutin kateter bakımında üriner kateterizasyon endikasyon varlığında gerçekleştirilmiştir. Hastanın ihtiyaç durumuna göre sayısı değişmekle birlikte gün içinde en az defa meatus ve kateter bakımı yapılmıştır. Standart bir bakım protokolü olmadığından bakım, uygulayan hemşireye göre farklılık gösterebilmektedir. Yoğun bakım personelleri gün içerisinde 12-18-24-06 saatlerinde kapalı drenaj torbasındaki idrarın boşaltımını gerçekleştirilmiştir. Hastaların yoğun bakımdan taburculuğuna veya servise devrine karar verildiğinde üriner kateter mesane egzersizi uygulanmadan çıkarılmıştır. Araştırmamızda hastaların bakım almalarını engelleyecek bir durum veya zarar söz konusu olmamıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacı tarafından hasta tanılama formu, hasta izlem formu ve OAB-V8 formu aracılığıyla yüz yüze ve telefonla görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanılama Formu (Ek-3)

Form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Kurul 2013, Erkal 2018, Demirtaş 2019). Formda; hastanın adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, boy-kilosu, telefon numarası, öğrenim durumu, yatış tanısı, ürolojik girişim uygulanma durumu, ailede kronik hastalık öyküsü, menopoz durumu, obstetrik öyküsü, sigara-alkol kullanımı ve düzenli kullandığı ilaçlara yönelik bilgiler kaydedilmiştir.

3.5.2. Hasta İzlem Formu (Ek-4)

Form araştırmalar tarafından literatür ışığında hazırlanmıştır (Kara 2012, Kaya 2016, Koç 2019). Hasta izlem formu kontrol ve çalışma grubundaki her hasta için hasta başı doldurulmuştur. Hasta izlem formunda; üriner kateter takılma ve çıkartılma tarihi, kateterin takıldığı yer, kateter çeşidi, özelliği ve çapı, kateterin kaldığı gün sayısı, daha önce üriner kateter uygulanma durumu, genital ve perineal muayene ve anomali durumu, kateterizasyon sonrası ÜSE'ye ait semptom varlığı, idrar kültüründe üreme sonucu, üreyen etken var ise adı, üriner enfeksiyon var ise kateterizasyonun kaçınıcı gününde gerçekleştiği, antibiyotik ve antiviral ilaç kullanım durumu ve enfeksiyon parametreleri sorgulanarak kayıt edilmiştir. Hastaların yoğun bakımda yattığı gün sayısının aynı olmaması nedeniyle hasta izlem formunda yer alan birinci, ikinci ve üçüncü takipleri farklı zamanlarda alınmıştır.

Çalışmamız devam ederken COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması nedeniyle takip süresince kayıt edilen ateş, WBC ve CRP değerleri COVID-19 ve ÜSE bulgularının ayrımı yapılamadığı için çalışmada kullanılamamıştır. Çalışmamızda

ÜSE durumunu değerlendirmek amacıyla yalnızca idrarda lökosit değerine yer verilmiştir.

İzlem	1. TAKİP Hastalığın kaçınıcı günü:	2. TAKİP Hastalığın kaçınıcı günü:	3. TAKİP Hastalığın kaçınıcı günü:
Lökosit Değeri (idrar analizi)			

Şekil 9: Hasta İzlem Formunda Yer Alan Enfeksiyon Parametreleri

3.5.3. Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8) (Ek-5)

Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) ilk kez Coyne ve arkadaşları tarafından Aşırı Aktif Mesane Semptom ve Yaşam Kalitesi Sorgulama Formu olarak 2002 yılında İngilizce olarak geliştirilmiştir (Coyne et al 2002). OAB-q aktif mesane hastalığı için geliştirilen ilk formdur. Formda 33 adet soru bulunmaktadır. İlerleyen zamanlarda OAB-q'nun ilk 8 sorusundan oluşturulan ve kısa bir form olan OAB-V8 geliştirilmiştir (Acquadro et al 2006). OAB-V8'in aşırı aktif mesane tarama-farkındalık anketi şeklinde kullanımı önerilmektedir. Acquadro ve ark'ları (2006) 14 dile çevrerek linguistik validasyonlarını yapmıştır. Tarcan ve ark. 'OAB-V8 Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizini' 2012 yılında yapmıştır (Tarcan, Mangır, Özgür ve Akbal 2012). Çalışma öncesi Tarcan'dan ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 10).

OAB-V8 anketi bireyin şikayet düzeyini; çok fazla (5), çok (4), epeyce (3), biraz (2), çok az (1), hiç (0) seçenekleriyle derecelendirdiği 8 tane sorudan meydana gelmektedir. Toplam puan 0-40 arasında olmalıdır. Toplam puan ortalamasının yüksek olması şikayet şiddetinin fazla olduğu, skorun düşük olması ise şikayet şiddetinin az olduğu anlamına gelmektedir. Bakım paketsiz kontrol grubuna ve bakım paketi uygulanan çalışma grubuna taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra OAB-V8 formu ile inkontinans değerlendirilmesi yapılmıştır (Ek 3).

Coyne ve ark. OAB- V8 sorgulama formunun iç tutarlılığı (Cronbach alfa= 0.92) ve test-tekrar test tutarlılığı yüksek olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda

cronbach's alfa değerleri taburculuk günü ölçümü için 0,785, taburculuk sonrası birinci ay ölçümü için ise 0,833 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulaması (Ek-6)

Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulaması çalışma grubunda yer alan kadın hastalar için yoğun bakım ünitesinde yapılan rutin bakım uygulamalarına ek olarak uygulanmıştır (Ek 6).

Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulamasının;

Birinci bölümde; Üriner kateter takılma endikasyonu sorgulanmıştır. Üriner kateter takılma endikasyonları; üriner tıkanıklıklar, akut idrar retansiyonu, genito üriner sisteme komşu organlara cerrahi işlem, cerrahi işlemin süresinin uzaması ya da cerrahi işlem sırasında yüksek doz infüzyon alan ve/veya diüretik ilaç verilen bireyler, çıkan idrarın saatlik olarak hesaplanması gerektiği kritik durumlar, açık perineal veya sakral bası yarası olan inkontinans sorunu yaşayan bireyler, bir süre immobil kalması gerekli olan bireyler, palyatif bakım, intravezikal tedavi, 24 saatten fazla hemodinamik kararsızlık ve saatte 250 ml veya daha fazla idrar çıkışı ve diğer nedenler olarak yer almıştır (Meddings et al 2015, Kaya 2016, Gould et al 2017, Potter et al 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 4 Nisan 2020).

İkinci bölümde; Planlanan üriner kateterizasyonun kalış süresi (1-7 gün: kısa süreli 7-28 gün: orta süreli, 28 gün-üzeri: uzun süreli) kayıt edilmiştir.

Üçüncü bölümde; Uygulanacak üriner kateterin türü hedefe uygun olarak belirlenmiştir. Kateter türleri; silikon kateter, lateks kateter, teflon kateter, gümüş alaşımlı kateterdir.

Dördüncü bölümde; Üriner kateter takılması işlemi;

1. Hekim istemi kontrol edilir.
2. Eller yıkanır.
3. İşlem için gereken tüm gereçler bireyin yakınında temiz bir yere konulur.
4. İdrar torbası paketi açılır ve klembi kapatılır.

5. Kateterizasyon süresince bölünmeleri ve cerrahi aseptik tekniğin bozulmasını önlemek amacıyla ikinci bir hemşireden yardım istenir.
6. Hastaya işlem açıklanır.
7. Hastanın mahremiyeti sağlanır.
8. Üretral meatusun daha iyi görülmesini sağlamak amacıyla kadına dorsal rekümbent pozisyonu verilir.
9. Nonsteril eldiven giyilir.
10. Hastanın perineal bölgesi kontrol edilir. Eğer kirliyse önce sabun ve ılık su ile temizlenir.
11. Steril eldiven giyilir.
12. Kolay ulaşılabilecek bir noktaya steril kateterizasyon bohçası aseptik yöntemler kullanılarak açılır.
13. Steril olan tüm malzemeler (steril spanç, örnek alınacaksa steril idrar toplama kabı, kayganlaştırıcı jel, üriner kateter, steril pens) paketleri açılarak steril alana bırakılır.
14. Kateterin balonunu şişirmek için kateterler üzerinde yazan miktarda steril sıvı enjektöre çekilerek steril alana bırakılır.
15. Steril alanda kullanılacak malzemeler düzenlenir ve kullanıma hazır hale getirilir. Kateterin ucuna kadınlarda 2.5-5 cm kayganlaştırıcı jel sürülür.
16. Aktif olmayan el ile labia majör ve minörler yana doğru açılır ve bu durum uygulama boyunca korunur.
17. Steril pens ile tamponlar tutulup antiseptik solüsyonla uygulama alanı yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir.
18. Aktif olmayan el aynı pozisyonda korunurken meatusun görülmesi için labia minörler açılır.
19. Aktif el ile kateter alınır. Kateterin üst ucu idrar gelinceye kadar meatus içine ilerletilir (5-7,5 cm).
20. Aktif olmayan el bırakılır.
21. Kateterin balonu enjektör ile steril sıvı (%0.9 NaCl izotonik) verilerek şişirilir. Üriner kateter hastaya zarar vermeden geriye doğru çekerek mesane boynuna yerleştirilir.
22. Kateterin ucu idrar torbasına bağlanır.

23. İdrar torbası mesanenin altında olacak şekilde yatak kenarına asılır. Drenaj sistemi kontrol edilir. Varsa kıvrılma veya sıkışma düzeltilir.
24. Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır.
25. Eldiven çıkarılır, el hijyeni sağlanır.

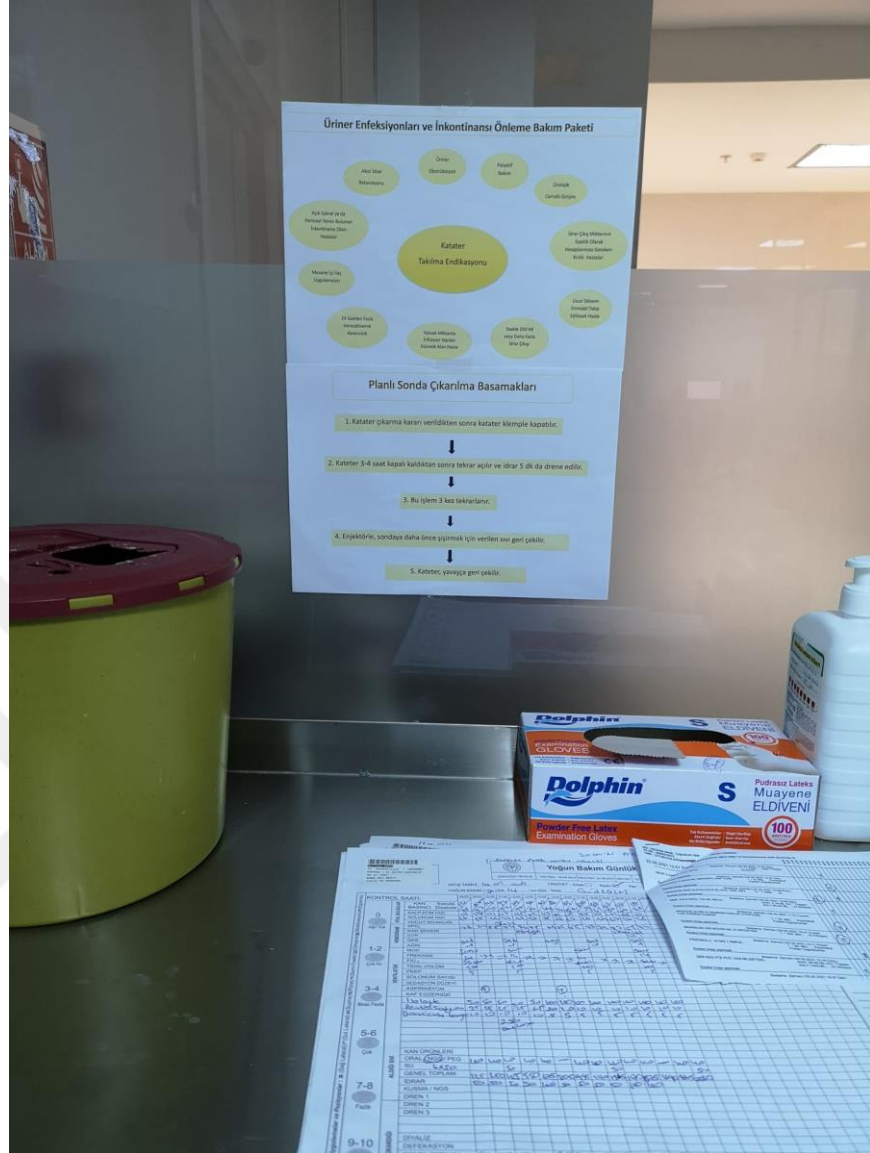
Aşamaları kontrol edilerek paraf atılmıştır.

Beşinci bölümde; Planlı üriner kateter çıkarılma basamakları

1. Kateter çıkarma kararı verildikten sonra kateter klemple kapatılır.
2. 3-4 saat kapalı kaldıktan sonra kateter tekrar açılır.
3. İdrar 5 dk da drene edilir.
4. Bu işlem 3 kez tekrarlanır.
5. Eller yıkanır ve kateterin çıkarılması sırasında enfeksiyona neden olabileceği için aseptik tekniklere uyularak bireye yaklaşılr.
6. Birey kadınsa dorsal rekümbent pozisyonu verilir.
7. Kateterin balon kısmında yer alan tüm sıvı geri çekilir.
8. Üretral travmaya neden olmamak için kateterin yavaş çekilmesi gerekir.
9. Üriner kateterin kaçınıcı gününde çıkarıldığı kayıt edilir.

Aşamaları kontrol edilerek paraf atılmıştır.

Altıncı bölümde; Araştırmacılar tarafından hazırlanan bakım paketi içeriği ve çalışma süreci konusunda çalışmanın yürütüleceği kliniklerde çalışan hemşire, doktor ve personele araştırmacılar tarafından eğitim düzenlenmiş ve gerçekleştirilmiştir.



Resim 1: Hasta Deskinde Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi İçeriği

3.6. ÇALIŞMANIN UYGULANMA SÜRECİ

3.6.1. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi'nin Oluşturulma Süreci

Paket oluşturulma sürecinde güncel literatür tarandı (Candaş ve Gürsoy 2017, Potter et al 2021, Avşar 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2020, <http://www.ihl.org> Erişim Tarihi: 05 Mayıs 2020). Paket içeriği için hemşirelik

esasları alanında çalışan uzmanlardan (üç Dr. Öğr. Üyesi) görüş alındı. Aynı zamanda çalışmanın gerçekleştirildiği hastanenin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hekim ve hemşirelerden destek alınarak verdikleri öneriler doğrultusunda Literatür ışığında bakım paketi oluşturuldu. Aktif olarak klinikte yer alan hekim ve hemşirelerin destek ve önerileri bakım paketinin uygulanabilirliği açısından çok önemliydi.

Bakım paketinin içeriği oluşturulduktan sonra bir ay süreyle ön uygulama yapılarak paket test edildi. Bir ay sonrasında klinikte çalışan kişilere sorularak uygulamayı kolaylaştırdığı ve üriner kateter bakımında standardizasyon sağladığı görüşleri alınarak çalışmada kullanılmasına karar verildi.

3.6.2. Hemşire, Doktor ve Personelin Eğitim Süreci

Araştırmacılar tarafından güncel literatür ışığında hazırlanan eğitim (Balcı 2014, APIC 2015, Kaya 2016, Potter et al 2021, Avşar 2021, <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2020) Gebze Fatih Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde (Koroner yoğun bakım, yetişkin yoğun bakım ünitesi 2A-2B-3A-3B-3C) çalışan 90 hemşire, 9 doktor ve 10 personele uygulandı. Üriner kateteri uygulayan primer kişi hemşire olduğundan çalışmamızda klinikteki bütün hemşireler eğitilmiştir. İdrarın kapalı drenaj sistemi torbalarından toplanması işlenminden görevli kişilerin personeller olması nedeniyle çapraz kontaminasyonu önlemek amacıyla personeller eğitime dahil edilmiştir. Kişilerden eğitim için ayrı bir gün hastaneye gelmeleri istenmemiş olup nöbet gün ve saatlerine göre eğitim zamanı planlanmıştır. Çalışanların nöbet gün ve saatlerinde görülen farklılıklar ve hastanedeki birim içi iş yoğunluğu nedeniyle yapılan eğitimlere katılan kişi sayısı farklılık göstermektedir. Toplam 10 eğitim yapılmıştır. Her bir eğitim 20 dakika sürmüştür. Eğitimlerin tümü çalışma grubu toplanmaya başlamadan önceki bir ay süre içerisinde yapılmıştır (Ek-2).



Resim 2: Eğitimden Bir Görüntü

Eğitim beş ana başlıktan oluşmakta olup içeriğinde uygulama ve bakım gerektiren noktalarda video ve resimlerden yararlanılmıştır. Eğitimin birinci bölümünde kateter takılma endikasyonu nedir? Endikasyon neden önemlidir? sorularına yanıt verilmiştir. Bu bölümde endikasyon varlığının gerekliliği konusuna vurgu yapmak amacıyla güncel çalışmalarla desteklenerek endikasyon dışında kateter takılma oranları, nedenleri ve sonuçları anlatılmıştır.

Birinci bölüm: Üriner Kateter Takılma Endikasyonu Nedir?

Hazırlayan:
Sevcan KUTLUĞ

☐ Açık Sakral Ya Da Perineal Yarası Bulunan İnkontinansı Olan Hastalar

☐ Uzun Dönem Hareketsiz Kalması Gereken Hastalar

☐ Palyatif Bakım

☐ 24 Saatten Fazla Hemodinamik Kararsızlık ve Saatte 250 MI Veya Daha Fazla İdrar Çıkışı Ve Diğer Nedenler

(CDC 2021, Potter ve ark 2021, Gould ve ark 2017, Kaya 2016, Medlines ve ark 2015).

Resim 3: Sunumun Birinci Bölümünün İçeriğinden Bir Görüntü

Eğitimin ikinci bölümünde kateterizasyon süreleri (1-7 gün: kısa süreli 7-28 gün: orta süreli, 28 gün-üzeri: uzun süreli) hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Bu bölümde güncel günlük bakteriüri gelişme oranı verilerek kateterizasyon süresinin uzamasının zararlarına dikkat çekilmiştir.

Eğitimin üçüncü bölümünde kateter çeşitleri (silikon kateter, lateks kateter, teflon kateter, gümüş alaşımlı kateter), kateter çeşidinin özellikleri ve kateterizasyon süresine göre seçilmesi gerekliliği anlatılmıştır.

Sunumun 4. bölümünde üriner kateterizasyon işlemi, Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinans Önlleme Bakım Paketinde yer alan işlem basamakları ayrıntılı olarak açıklanarak anlatılmıştır.

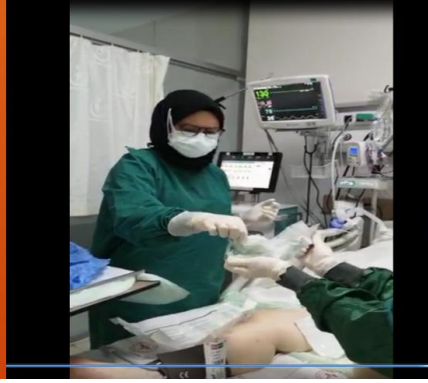


Resim 4: Steril Eldiven Giyme Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü

Anlatılan konuların kalıcı olması amacıyla katılımcılara kateterizasyon öncesi steril malzeme hazırlığı, steril eldiven giyme ve üriner kateterizasyon işlemleri anlattıldıktan sonra video izletilmiştir.

Dördüncü Bölüm: Üriner Kateterizasyon Malzemeleri Hazırlama- Video

Hazırlayan:
Sevcan KUTLUĞ



Resim 5: Kateterizasyon Öncesi Steril Malzeme Hazırlığı Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü

Üriner kateterizasyon öncesinde, kateterizasyon sırasında ve sonrasında bireye verilecek olan bakım anlatılmıştır. Kateterizasyon sonrası kateter bakımı ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Dördüncü Bölüm: Üriner Kateter Takılması video

Hazırlayan:
Sevcan KUTLUĞ



Resim 6: Üriner Katerizasyon İşlemi Videolu Anlatım İçeriğinden Bir Görüntü

Sunumun beşinci bölümünde planlı üriner kateter çıkarma işlemi nedir? Önemi nelerdir? açıklandıktan sonra Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinans Önleme Bakım Paketinde yer alan işlem basamakları takip edilerek süreç aşamalı olarak anlatılmıştır.

5. Bölüm: Planlı Üriner Kateter Çıkarma İşlemi

Hazırlayan:
Sevcan KUTLUĞ

□Katater çıkarma kararı verildikten sonra kateter klemple kapatılır.



□3-4 saat kapalı kaldıktan sonra kateter tekrar açılır.



□İdrar 5 dk da drene edilir.



□Bu işlem 3 kez tekrarlanır.

Resim 7: Planlı Üriner Kateter Çıkartma İşlemi Sunum İçeriğinden Görüntü

Eğitim sonrasında katılımcıların istekleri doğrultusunda eğitim sunumu paylaşılmıştır. Aynı zamanda verilen bilgilere ulaşımı kolaylaştırmak adına her bir yoğun bakım birimindeki bilgisayarda eğitim sunumu yer almaktadır.

Eğitim sonrası bilginin devamlılığını ve uygulanabilirliğini sürdürmek amacıyla her bir yoğun bakımın en çok kullanılan alanlarına Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinans Önlleme Bakım Paketini içeren bir poster araştırmacı tarafından hazırlanıp asılmıştır.

3.6.3. Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinans Önlleme Bakım Paketi Uygulanma Süreci

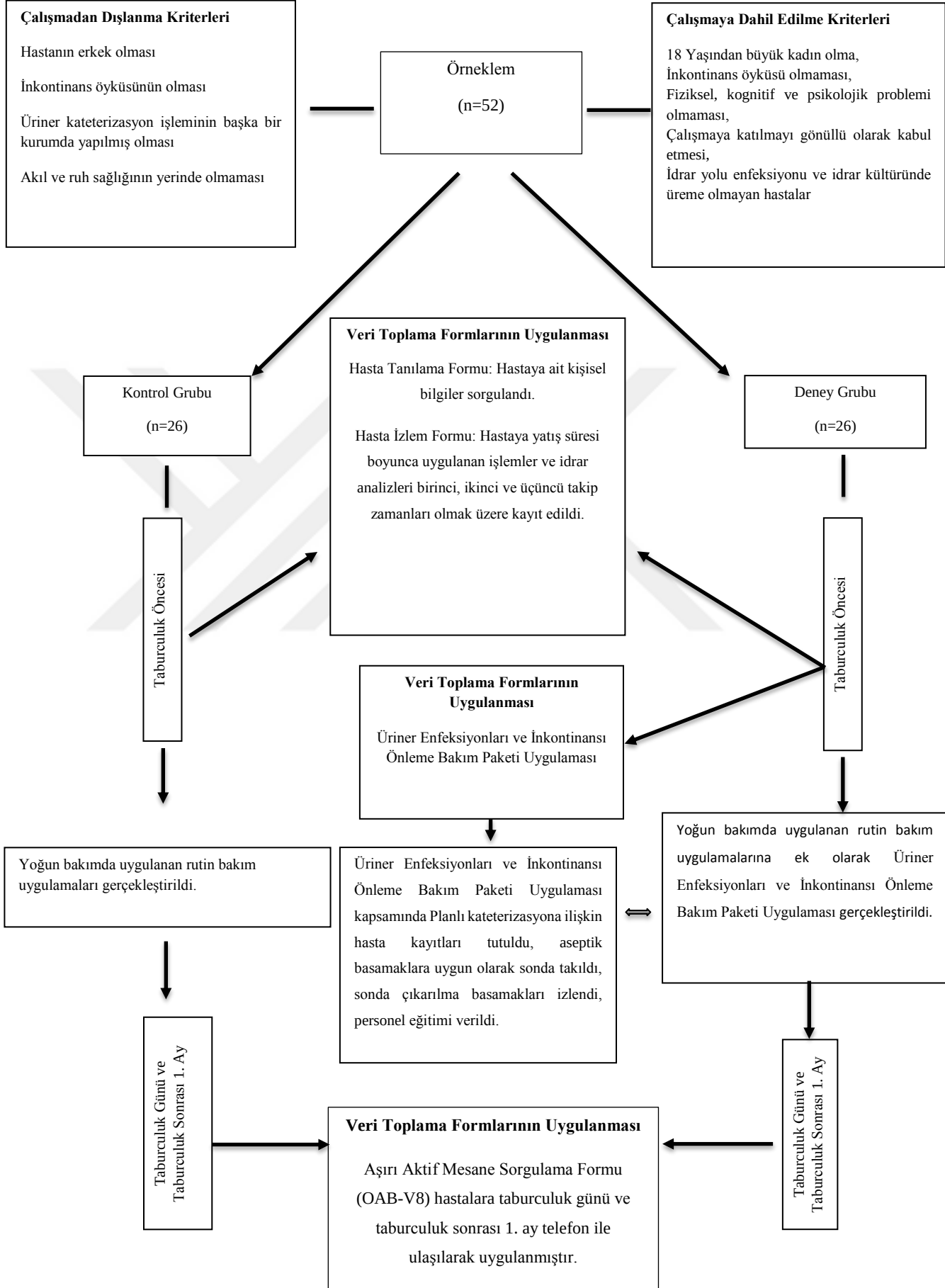
- ✓ Örneklemme alınma kriterlerini karşılayan hastalar ile çalışma ve kontrol grubu belirlendi.
- ✓ Çalışma ve kontrol grubunda yer alan tüm hastalar yatışlarının ilk günü hasta tanılama formu ve yatış süresince hasta izlem formu ile değerlendirildi.
- ✓ Hastaların ana yatış nedenleri kayıt altına alınmakta ve yoğun bakım ünitesinde yattıkları süre içinde günlük ateş, fizik muayene bulguları, rutin istenen idrar analizleri, kültür sonuçları, hastalara uygulanan invaziv girişimler, antibiyotik tedavileri hasta dosyasından alınarak kayıt edilmiştir.
- ✓ Hastalardan alınan idrar analizleri yatış süresi boyunca 1 2 ve 3 takip olarak kayıt edilerek enfeksiyon parametleri incelenmiştir.

- ✓ Kontrol grubundaki bireylere ilk yatışta endikasyon var ise asepsi tekniklerine uyularak üriner kateterizasyon gerçekleştirilmiştir. Günlük üriner kateter endikasyonunun devam edip etmediği sorgulanmıştır. Bu dönemde bireylere ünitenin rutin bakım uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Bireylerin kateterizasyonunun sonlandırılmasına karar verildikten sonra yoğun bakım ünitesinde uygulanan rutin kateterizasyon sonlandırılma işlemi yapılmıştır. Üriner kateter mesane egzersizi uygulanmadan çıkartılmıştır. Bu aşamada hastaların bakım almasını engelleyecek bir durum söz konusu olmamıştır.
- ✓ Çalışma grubuna uygulanacak Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi hazırlandıktan sonra ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında araştırmada kullanılmasına karar verilmiş ve çalışma grubu toplanmaya başlamadan önce paket içeriği hakkında klinikte çalışan hemşirelere, hekimlere ve personellere araştırmacılar tarafından personel eğitimi düzenlenmiştir.
- ✓ Çalışma grubuna ise yoğun bakımda yer alan rutin bakım uygulamalarına ek olarak beş ana başlıktan oluşan Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulaması gerçekleştirilmiştir.
- ✓ Bakım paketi içinde hastanın ilk yatışında üriner kateterizasyon endikasyonu olup olmadığı değerlendirilmiştir. Sonrasında hastanın özellikleri ve tanısına göre kateterizasyon süresi öngörülerek kateter çeşidi seçilmiş ve pakette yer alan üriner kateterizasyon işlem basamakları uygulanarak kateterizasyon işlemi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Paketin uygulanma aşamalarında klinik çalışanlarından destek alınarak takibe devam edilmiştir. Yatış süresi boyunca her gün kateterizasyonun sürdürülmesi için endikasyon varlığının devam edip etmediği sorgulanmıştır. Kateterizasyonun sonlandırılmasına karar verildikten sonra üriner kateter klemplenmiştir. Üriner kateter 3-4 saat kapalı kaldıktan sonra tekrar açılarak idrar 5 dakika drene edilmiştir. Bu işlem 3 kez tekrarlandıktan sonra kateterizasyon paketinde yer alan işlem basamakları takip edilerek sonlandırılmıştır.
- ✓ Gruplara taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra OAB-V8 formu ile inkontinans değerlendirilmesi bireylerden alınan telefon numaralarına ulaşılarak yapılmıştır.

Her iki grup taburculuk öncesi ve taburculuktan bir ay sonrasına kadar takip edilmiştir.



3.7. ÇALIŞMANIN TASARIMI



3.8. ÇALIŞMADA YAŞANILAN SINIRLILIKLAR

- Araştırmanın izlem gerektiren bir çalışma olması nedeniyle süreç içerisinde takipli hastanın exitus olması ve hastaların taburculuk sonrası telefon numarasına ulaşılamaması,
- Araştırmanın ayrı yoğun bakım biriminde yapılması araştırmacının bireylere ulaşımında ve takip etmesinde güçlükler yaşamasına,
- Araştırmacının klinikte sürekli bulunmaması, zaman zaman hasta kabulünden haberdar olmama ve hastanın taburculuk sürecinin takip edilmesi konularında zorluk yaşanmasına neden oldu.
- Çalışma her ilde bulunan hastaların örneklem grubunu oluşturmaması nedeniyle genellenemez.

3.9. ETİK KONULAR

Çalışmanın etik kurul izni 26/12/2019'da 2019-105 protokol numarası ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-7). Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden 65530689-799 sayılı başvuru ile Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nde çalışma izni alınmıştır (Ek-8)

Araştırmanın yapıldığı Gebze Fatih Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire, hekim ve personellere çalışma doğrultusunda eğitim verildi ve destek sağlandı.

Yoğun bakımda yatan hasta veya ailelerine çalışmanın amacı ve uygulanma şekli anlatıldıktan sonra onay verebilecek durumda olan hastaya veya veremeyecek durumda olan hastanın yakınına **gönüllülük ilkesi esas alınarak** araştırmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren BGOF metni imzalatıldı (Ek-9).

Çalışmanın maddi desteği Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü (BAP) tarafından sağlanmıştır (BAP Başvuru no: 2020724-11). (Ek-10). Çalışmada kullanılan OAB-V8 formu için gerekli izinler alınmıştır. (Ek-11).



4.BULGULAR

Yoğun bakımda yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının ÜSE ve Üİ etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen çalışmanın bulguları tablo halinde verilmiştir.

4.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde örneklem kriterlerini karşılayan hasta bireylerin tanımlayıcı özellikleri ve inkontinans risk durumuna ilişkin özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2’de incelenmiştir.

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=52)

		ÇALIŞMA		KONTROL		Test/p ³
		n	%	n	%	
Yaş (ort±ss)		58,23±15,29		55,92±15,27		0,545/0,588 ²
Yatış Süresi (ort±ss)		15,00±9,36		13,12±6,25		0,854/0,397 ²
Eğitim Durumu	İlköğretim-altı	20	76,9	23	88,5	1,209/0,465 ¹
	Lise-üzeri	6	23,1	3	11,5	
Yatış tanısı ⁴	COVID-19	13	50,0	4	15,4	
	Kronik hastalıklar ⁵	18	69,2	14	53,8	
	Akut gelişen tanılar ⁵	13	50,0	15	57,7	

Ailede Kronik hastalık durumu	Evet ⁶	15	57,7	11	42,3	
	Hayır	11	42,3	15	57,7	1,231/0,267 ¹

¹:Ki kare testi,

²Bağımsız Örneklem T Testi

³: $p < 0,05$

⁴:Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

⁵:COVID-19, Kronik hastalıklar (HT, DM, Kalp Yetmezliği, KOAH, ABY, KAH, Guatr, Alzheimer, FMF, Hipotroidi, Astım, Kronik Lenfositik Lösemi, Epilepsi), Akut gelişen tanılar (Pnömoni, Anjina Pektoris, İntervertebral Disk Bozukluğu Opere, Koroner Anjiyografi, Periferik Anjiyo, Lomber Fraktür Opere, Sepsis, Endokardit, Lad/Bct, Menenjit, Akut MI, Beyin Tümörü Opere, Plevral Effüzyon, Svo, Pelvis Fraktürü Opere, Stent İmplantasyonu, Aterektomi, Embolektomi, Epidural Kanama, Diabetik Ketoasidoz)

⁶:DM, KKY, KBY, KOAH, SVO

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; bireylerin yaş ortalamalarıyla çalışma ($58,23 \pm 15,29$) ve kontrol grubu ($55,92 \pm 15,27$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Örneklem grubunda öğrenim durumları *ilköğretim-altı olan bireyler çalışma grubunda %76,9, kontrol grubunda ise %88,5 oranındayken öğrenim durumu lise-üstü olan bireyler çalışma grubunda %23,1 iken, kontrol grubunda %11,5 oranındadır. Öğrenim durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır* ($p > 0,05$).

Çalışmamızda yoğun bakımda yatan hastaların birden fazla tanısı olabilmektedir. Hastaların yatış tanıları incelendiğinde *kronik hastalıklar nedeniyle yatış çalışma grubunda %69,2 oranındayken kontrol grubunda %53,8 oranındadır. COVID-19 nedeniyle yatış çalışma grubunda %50 oranındayken kontrol grubunda bu oran %15,4'tür. Akut gelişen tanılar nedeniyle yatış çalışma grubunda %50 oranındayken kontrol grubunda bu oran %57,7'dir.*

Tablo 2: Bireyin İnkontinans Risk Durumuna İlişkin Verilerin Dağılımı (N=52)

		ÇALIŞMA		KONTROL		Test/p ¹
		n	%	n	%	
Menopoz Durumu	Evet	18	69,2	18	69,2	0,000/1,000 ²
	Hayır	8	30,8	8	30,8	
Menopoz Süresi	1-5 yıl	2	11,1	1	5,6	0,364/0,546 ²
	5 yıl ve üstü	16	88,9	17	94,4	
Menopoz Dönemi	Menopoz	3	16,7	1	5,6	1,125/0,603 ²
	Postmenopoz	15	83,3	17	94,4	
Menopoza Girme Şekli	Doğal menopoz	15	83,3	17	94,4	1,125/0,603 ²
	Cerrahi Menopoz	3	16,7	1	5,6	
Doğum yapma durumu	Hayır	2	7,7	2	7,7	0,000/1,000 ²
	Evet	24	92,3	24	92,3	
Doğum Sayısı	1-3	12	50,0	7	29,2	3,227/0,199 ²
	3-5	7	29,2	13	54,2	
	5 ve üstü	5	20,8	4	16,7	
Doğum Şekli	Normal Doğum	21	87,5	22	91,7	0,223/1,000 ²
	Sezaryen	3	12,5	2	8,3	
4000 Gr Üstü Doğum Yapma Durumu	Evet	3	12,5	10	41,7	5,169/0,023 ^{1 2}
	Hayır	21	87,5	14	58,3	
Epizyotomi Durumu	Evet	7	29,2	6	26,1	0,056/0,813 ²
	Hayır	17	70,8	17	73,9	
BKI (ort±ss)		28,51±7,05		27,63±6,36		0,474/0,638 ³
Sigara Kullanma	Hayır	19	73,1	20	76,9	0,103/0,749 ²
	Evet	7	26,9	6	23,1	
Düzenli İlaç Kullanma ⁴	Hayır	13	50,0	7	26,9	2,925/0,087 ²
	Evet	13	50,0	19	73,1	

¹:p<0,05²:Ki kare testi,³:Bağımsız örneklem t testi

⁴:Codiovan, Glifor, Novorapid, Lantus, Levemir, Toujeu, Novomix, Januvia, Arlec, Sarilen, Ecopirin, Plavix, Coversly Plus, Lixiana, Panto, Diltizem, Digoxin, Ferrosanol, Keppra, Delix, Concor, Dideral, Beloc, Coumadin, Adalat Crono, Euthyrox, Cardura, Lixiana, Ventolin Inhaler, Mikardis Plus, Trajenta, Vasoxen, Coirda, Vasteral Plus,

Bireyin inkontinans risk durumuna ilişkin veriler incelendiğinde çalışma ve kontrol grubunda menopoza giren hasta %69,2 oranında saptanmıştır. Gruplar arasında menopoz dönemine ilişkin menopoz durumu, menopoz süresi, menopoz dönemi ve menopoza girme şekli incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik olmadığı sonucuna varıldı ($p>0,05$).

Hastaların obstetrik öyküleri incelendiğinde çalışma ve kontrol grubunda yer alan bireylerin %92,3'ü daha önce doğum yapmıştır. Doğum şekline göre dağılımda çalışma (%87,5) ve kontrol grubunda (%91,7) normal doğum yapan hastalar çoğunluktadır. En yüksek doğum sayısı çalışma grubunda 1-3 arasında doğum yapanlardan (%50,0) oluşurken kontrol grubunda 3-5 arasında doğum yapan hastalardan (%54,2) oluşmaktadır. Hastaların epizyotomi durumu incelendiğinde çalışma (%29,2) ve kontrol grubunda (%26,1) bu oran benzerdir. Gruplar arasında doğum yapma durumu, doğum sayısı, doğum şekli ve epizyotomi durumu açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Hastaların 4000 gr ve üzeri doğum yapma durumu çalışma grubunda %12,5 oranındayken kontrol grubunda %41,7 oranında olduğu saptanmıştır. Gruplar ile 4000 gr üstü doğum yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). 4000 gr ve üzeri doğum yapanların oranı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda çalışma grubunun BKİ ortalaması $28,51\pm7,05$ iken kontrol grubunun ortalaması $27,63\pm6,36$ 'dır. Grupların BKİ ortalamaları kıyaslandığında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmamıza katılan hastaların sigara içme durumu çalışma (%26,7) ve kontrol grubunda (%23,1) benzerdir. Gruplar arasında sigara içme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hastaların düzenli ilaç kullanma durumu incelendiğinde çalışma grubundaki bireylerin %50'si düzenli ilaç kullanırken kontrol grubundaki bireylerin %73,1'i düzenli ilaç kullanmaktadır. Çalışma ve kontrol grubunda düzenli ilaç kullanan

bireyler arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.2. HASTALARIN YATIŞ SÜRESİNCE İZLEM KAYITLARI

Kontrol ve çalışma gruplarında yer alan bireylerin yoğun bakımda yatış süresince uygulanan bakım paketini enfeksiyon gelişimi ve inkontinans gelişimi açısından değerlendirmek için belirlenen izlem kayıt verilerinin gruplar arası dağılımına ilişkin bulgular Tablo 3 ve Tablo 4’te verildi.

Tablo 3: Üriner Kateter Uygulamasına İlişkin Verilerin Dağılımı (n=52)

		ÇALIŞMA		KONTROL		Test/p ¹
		n	%	n	%	
Kateter Takılma Endikasyonu	Cerrahi işlemin süresinin uzaması ya da cerrahi işlem sırasında yüksek doz infüzyon alan ve/veya diüretik ilaç verilen bireyler	6	23,1	4	15,4	0,495/0,482 ²
	Çıkan idrarın saatlik olarak hesaplanması gereken kritik durumlar	20	79,9	22	84,6	
Takılan Kateterin Çeşidi	Foley Kateter	1	3,8	2	7,7	0,354/1,000 ²
	Kendinden Klempli Foley Kateter	25	96,2	24	92,3	
Foley Kateterin Özelliği	Silikon foley kateter	4	15,4	5	19,2	0,134/1,000 ²
	Lateks kateter	22	84,6	21	80,8	
Uygulanan Kateter Çapı	14-16 FR	18	69,2	16	61,5	0,340/0,560 ²
	18 FR ve üstü	8	30,8	10	38,5	
Kateterin Kaldığı Gün Sayısı	1 haftadan az	3	11,5	6	23,1	1,262/0,532 ²
	1-2 hafta	13	50,0	12	46,2	
	2 hafta ve üzeri	10	38,5	8	30,8	
	Uygulandı	7	26,9	7	26,9	0,106/0,948 ²
	Uygulanmadı	9	34,6	8	30,8	

Daha Önce Üriner Kateter Takılma Durumu	Hatırlamıyorum	10	38,5	11	42,3	
Antibiyotik ve Antiviral İlaç Kullanma Durumu	Evet	20	76,9	20	76,9	0,000/1,000 ²
	Hayır	6	23,1	6	23,1	
Genital ve Perineal Muayenesinde Anomali Durumu	Evet	1	3,8	1	3,8	0,000/1,000 ²
	Hayır	25	96,2	25	96,2	

¹: $p<0,05$

²:Ki kare testi

Çalışma ve kontrol grubunda kateter takılma endikasyonları incelendiğinde ‘*cerrahi işlemin süresinin uzaması ya da cerrahi işlem sırasında yüksek doz infüzyon alan ve/veya diüretik ilaç verilen bireyler ve çıkan idrarın saatlik olarak hesaplanması gereken kritik hastalar*’ olmak üzere iki gruba ayrıldığı görülmektedir (Tablo 3). Çalışmamızda endikasyon dışı kateter uygulaması görülmemektedir.

Çalışmada kullanılan kateter çeşidi incelendiğinde kendinden klempili foley kateter ve foley kateter olmak üzere iki çeşit olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla %96,2 ve %92,3 oranında kendinden klempili foley kateter uygulanmıştır. Gruplar arasında takılan kateterin çeşidi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastalara uygulanan foley kateterin özelliği incelendiğinde *silikon kateterin çalışma grubunda %15,4 oranında, kontrol grubunda %19,2 oranında uygulandığı, lateks kateterin ise çalışma grubunda %84,6 oranında, kontrol grubunda %80,8 oranında uygulandığı* saptanmıştır. Gruplar arasında foley kateterin özelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda kateter çapı 14-16 Fr kateterin çalışma grubunda %69,2 oranında, kontrol grubunda %61,5 oranında uygulandığı; 18 Fr ve üstü kateterin çalışma grubunda %30,8 oranında uygulanırken kontrol grubunda %38,5 oranında uygulandığı belirlenmiştir. Kateterin kaldığı gün sayısı ise çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla en fazla 1-2 hafta, 2 hafta ve üzeri, 1 haftadan az olarak belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubuna daha önceden kateter uygulanma durumu sırasıyla %26,9’dur. Gruplar arasında uygulanan kateter çapı, kateterin kaldığı gün

sayısı ve daha önce kateter uygulanma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışma ve kontrol grubunda antibiyotik ve antiviral ilaç kullanma durumu %76,9 oranında olduğu saptanmıştır. Hastaların genital ve perineal muayenesinde anomali durumu incelendiğinde %96,2 oranında anomali olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasında antibiyotik kullanma ve genital ve perineal muayenesinde anomali durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 4: Foley Kateter Uygulaması Sonrası Enfeksiyon Bulgularına İlişkin Verilerin Dağılımı

		ÇALIŞMA		KONTROL		Test/p ¹
		n	%	n	%	
Kİ-ÜSE Semptomları Durumu	Evet	11	42,3	4	15,4	4,591/0,032^{1 2}
	Hayır	15	57,7	22	84,6	
Semptomlar	İdrar koyulaşması, bulanıklaşma	4	36,4	3	75,0	
	Ateş	3	27,3	1	25,0	
	Ağrı	1	9,1	0	0,0	
	Piyüri	1	9,1	0	0,0	
	Yanma	1	9,1	0	0,0	
İdrar Kültüründe Üreme	Evet	5	19,2	7	26,9	0,433/0,510 ²
	Hayır	21	80,8	19	73,1	
Üreyen Etkenin Adı	Escherichia coli	0	0,0	3	42,9	
	Candida	2	40,0	1	14,3	
	Klebsiella pneumoniae	1	20,0	3	42,9	
	Pseudomonas aeruginosa	1	20,0	0	0,0	
	Enterobacter spp.	1	20,0	0	0,0	
İdrar Yolu Enfeksiyonu Foley Kateterin Kaçıncı Gününde Gerçekleşti?	1 haftadan az	5	100,0	5	71,4	1,714/0,470 ²
	1-2 hafta	0	0,0	2	28,6	
Lökosit (ort/ss)	Birinci Takip	4,70±7,83		8,88±12,21		-1,402/0,169 ³
(İdrar Analizi)	İkinci Takip	4,01±6,60		4,48±9,55		-0,186/0,854 ³

¹: $p<0,05$

²:Ki kare testi

³:Bağımsız örneklem t testi

Hastaların kateterizasyon sonrası ÜSE semptomları görülme durumu çalışma grubunda %42,3 iken, kontrol grubunda bu oran %15,4'tür. ÜSE semptomları görülme durumu çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol grubundaki hastalarda en çok görülen semptomlar sırasıyla idrar koyulaşması-bulanıklaşma ve ateştir.

İdrar kültüründe üreyen etkenin adı incelendiğinde *Candida üremesi* çalışma grubunda %40 oranındayken kontrol grubunda %14,3 oranında üreme saptanmıştır. *Klebsiella Pneumoniae* üremesi çalışma grubunda %20 oranındayken kontrol grubunda %42,9 oranında bulunmuştur. *Pseudomonas Aeruginosa* ve *Enterobacter Spp.* üremesi çalışma grubunda %20,0 oranındayken kontrol grubunda üreme görülmemiştir. Gruplar arasında idrar kültüründe üreme durumuyla ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

ÜSE'nin foley kateterin kaçınıcı gününde gerçekleştiği incelendiğinde her iki grupta da bir haftadan kısa bir sürede gerçekleştiği saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda yatış süresince hastaların Kİ-ÜSE durumlarını değerlendirmek amacıyla idrarda lökosit değerleri 1 2 ve 3 takip olarak kayıt edilmiş ve incelenmiştir. Gruplar arasında üç takip değeri arasında lökosit ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.3. AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA SKOR FORMU

Çalışma ve kontrol grubuna taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonrasında uygulanan OAB-V8 formunun puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 5'da verildi.

Tablo 5: Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Skor Ortalamaları

	ÇALIŞMA			Kontrol			Test/p ¹
	Ort	Ss	Min-maks	Ort	ss	Min-maks	
Skor (taburculuk günü)	9,58	8,43	0-32	8,73	6,08	1-20	0,415/0,680 ²
Skor (taburculuk sonrası 1.ay)	10,12	7,56	0-31	11,00	8,78	0-32	-0,389/0,699 ²
Test/p ³	-0,481/0,635 ³			-1,936/0,064 ³			

¹: $p < 0,05$

²:bağımsız örneklem t testi

³:bağımlı örneklem t testi

Çalışma grubunda yer alan bireylerin skor ortalamaları taburculuk gününde 9,58 iken kontrol grubunun skor ortalaması 8,73'dür. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, çalışma ve kontrol grubu arasında 1 ve 2. ölçüm zamanlarındaki OAB-V8 formu skor ortalamaları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Taburculuktan bir ay sonrasında uygulanan skor ortalaması çalışma grubunda 10,12 iken kontrol grubunun skor ortalaması 11'dir. Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, çalışma ve kontrol gruplarında zamanlar arasında da OAB-V8 formu skor ortalamaları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Çalışma ve kontrol grubunda minimum ve maksimum skor değeri açısından anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen kontrol grubunun taburculuk günü ve taburculuk sonrası 1. ayda ölçülen minimum maksimum skor değerleri arasında yükselme gözlenmektedir ($p > 0,05$).

5.TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde yapılan tüm çalışmalara karşın hospitalizasyona bağlı enfeksiyonlar hayati bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane enfeksiyonları içerisinde en sık görülen enfeksiyon Kİ-ÜSE'dir (Ak ve Kandemir 2018, Yılmaz 2019). Kİ-ÜSE azaltılması için birçok protokol ve klavuz geliştirilmiş olmasına rağmen hala hastane enfeksiyonları içerisinde en sık görülen enfeksiyondur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Kİ-ÜSE'nin yatan hastaların mortalite ve morbidite oranlarını arttırdığı saptanmıştır (www.Nursing2013.com Erişim tarihi: 29.01.2021, Alcaide et al 2015).

Literatür tarandığında üriner kateterizasyon sonlandırıldıktan sonra hastaların büyük oranda Üİ yaşadığı gözlenmiştir (Joshi, Blok, Muilekom and Poel 2010, Coelho 2011, Matsushima et al. 2015, Cedit 2015). Üİ bireyin gün içindeki eylemlerini negatif olarak etkileyerek kaliteli yaşama durumunu azaltan bir sağlık sorunudur (Özcan ve Beji 2014, Aylaz ve ark 2016, Uğurlucan ve ark 2016, Amanak ve Sevil 2020). Bu nedenle hastaların taburculuk sonrası dönemde inkontinans yaşamamaları için üriner kateterizasyonun literatür ışında planlı olarak sonlandırılması önem taşımaktadır (Balcı 2014). Planlı üriner kateter çıkarma işleminin uygulandığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının ÜSE ve Üİ sıklığına etkilerinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmada bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin yaş ortalamaları çalışma grubunda $58,23 \pm 15,29$ iken kontrol grubunda $55,92 \pm 15,27$ olarak bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmamızda kontrol ve çalışma grubunun yaş ortalaması açısından homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde yaşı artması ve inkontinans oluşumu arasında doğru orantı olduğu görülmektedir (Irwin et al 2006, Özdemir 2009, Oğuz ve Önem 2015). Yapılan diğer çalışmalarda bu bulguyu destekler niteliktedir. Yücel ve ark. yaptığı çalışmada inkontinans görülme sıklığı en çok 50-59 yaşları arasındayken yine benzer bir sonuç elde edilen Özerin çalışmasında 50-64 yaş grubunda en yüksek görülme sıklığı bulunmuştur (Özer 2017, Yücel ve ark 2018). Aynı zamanda ileri yaşı Kİ-ÜSE oluşumunda risk faktörlerinden biri olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Gillen, Isbell, Michaels, Lau and Sawyer 2015, Kakde, Redkar and Yelale 2018). Araştırmamızda ise yaş ortalamasının yüksek oluşunun Üİ ve enfeksiyonla ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Araştırmanın H0 hipotezi doğru kabul edilmiştir. Bulgumuzu destekleyen başka çalışmalarda mevcuttur (Piljic, Jahic, Piljic, Ahmetagic and Jahic 2013, Ün ve ark 2015).

Örneklem grubundaki bireylerin eğitim durumları incelendiğinde çalışma grubunun %76,9 'u ilköğretim-altı, %23,1'i lise-üstü öğrenim durumuna sahipken kontrol grubundaki bireylerin %88,5'i ilköğretim-altı, %11,5'i ise lise-üstü eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde öğrenim durumu ile Üİ ilişkisinin incelendiği bazı çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya konulmuştur. Çalışma sonuçlarında okuma yazma bilmemek veya eğitim seviyesinin düşük olması Üİ için risk faktörü olarak bulunmuştur (Demirci ve ark 2011, Terzi ve ark 2013, Ünsal ve ark. 2013, Woods and Mitchel 2013). Bu bulguyu desteklemeyen çalışmalarda mevcuttur (Kök, Şenel ve Akyüz 2006, Akgün ve ark 2010). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesinin düşük olması sağlık tesisine başvurma, sağlık davranışını sürdürme, anket aşamasında soruları anlama, kavrama ve doğru yanıtlama açısından değerlendirildiğinde çalışmayı olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların yatış tanıları çalışma grubunda sırasıyla %69,2 oranında kronik hastalıklar nedeniyle yatış, %50 oranında COVID-19 ve akut gelişen tanımlar nedeniyle yatış olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sırasıyla %57,7 oranında akut gelişen tanımlar nedeniyle yatış, %53,8 oranında kronik hastalıklar nedeniyle yatış ve %15,4 oranında COVID-19 nedeniyle yatış olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Kronik hastalıkla yatış tanıları içerisinde ‘Kronik Kalp Yetmezliği (KKY), Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), Akut Böbrek Yetmezliği (ABY), Koroner Arter Hastalığı (KAH), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Guatr, Alzheimer, Akdeniz Ateşi (FMF), Hipotroidi, Astım, Kronik Lenfositik Lösemi ve Epilepsi’ yer almaktadır. Akut gelişen tanımlar incelendiğinde ‘Pnömoni, Anjina Pektoris, İntervertebral Disk Bozukluğu Opere, Periferik Anjiyo, Lomber Fraktür Opere, Sepsis, Endokardit, LAD/BCT, Menenjit, Akut MI, Beyin Tümörü Opere, Plevral Effüzyon, Serebrovasküler Olay (SVO), Pelvis Fraktürü Opere, Stent İmplantasyonu, Aterektomi, Embeloktemi, Epidural Kanama, Diabetik Ketoasidoz’ tanımları yer almaktadır.

Hastaların yatış tanıları alt gruplarıyla beraber değerlendirildiğinde DM, böbrek yetmezliği, KOAH, konjestif kalp hastalığı, SVO, malignite, travma, cerrahi girişim hastalarda enfeksiyon gelişim risk faktörleri olarak belirlenmiş olup enfeksiyona yatkınlığı arttırdığı görülmektedir (Araç ve ark. 2019, Erben, Alpat, Kartal, Özgüneş ve Usluer 2009). Aynı zamanda DM, nörolojik hastalık, SVO, kalp yetmezliği, HT ve pulmoner hastalık tanısı olan kadınlarda inkontinansın daha yaygın olduğu ve diğer gruplara nazaran inkontinans şiddetinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Turan ve ark 2010, Kurul 2013, Yılmaz 2014, Eryılmaz 2015, Kazankaya 2018, Erdal 2018, Erdal ve Pakyüz 2019). Bu durumun çalışmamızda Üİ görülme durumunu ve Kİ-ÜSE geçirme oranını olumsuz olarak etkileyeceği düşünüldü.

5.2. BİREYİN İNKONTİNANS RİSK DURUMUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunda menopoza giren hasta %69,2 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Araştırmada menopoza ilişkin menopoza süresi, menopoza dönemi ve menopoza girme şekli sorgulanmıştır. Menopoz süreleri incelendiğinde çalışma grubunun %88,9'u, kontrol grubunun ise %94,9'unun 5 yıl ve üstü süredir menopoza döneminde olduğu ve menopoza dönemleri içerisinde post menopoza olan hastaların çalışma grubunda %83,3 oranında, kontrol grubunda ise %94,4 oranında olduğu saptanmıştır. Menopoz inkontinans açısından önemli bir faktördür. Sağlık Araştırması ve Kalite Kurulu'nun (Agency for Healthcare Research and Quality) yayınında, kadın cinsiyetin %44-57'sinde menopoza dönemini takiben inkontinans görüldüğü bildirilmiştir (Shamliyan et al 2007). Literatürde bu bulguyu destekleyen başka çalışmalarda mevcuttur (Öztürk ve ark 2012, Akkuş 2014, Özkan ve Sapmaz 2015, Baykuş 2016). Özer'in çalışmasında bu bulguya karşıt olarak menopoza öncesi-sonrası karşılaştırıldığında inkontinans durumları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Özer 2017). Çalışmamız Özer'in bulgusunu destekler nitelikte olup örneklem grubunda yer alan post menopoza dönemdeki kadınların inkontinans yaşamadığı görülmüştür. Çalışmamız ve literatürdeki veriler arasındaki farkın örneklem grubunun alındığı bölge farklılığı ve örneklem sayısından kaynaklı olduğu düşünüldü.

Araştırmamızda kadınların obstetrik öyküleri alınmıştır. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastalardan %92,3'ü daha önce doğum yapmıştır. Normal doğum yapan hastaların %87,5'i çalışma grubunda ve %91,7'si ise kontrol grubunda yer almaktadır. En yüksek doğum sayısı çalışma grubunda %50 oranıyla 1-3 defa doğum yapanlardan oluşurken kontrol grubunda %54,2 oranıyla 3-5 defa doğum yapan hastalar yer almaktadır. Vajinal doğum ve parite Üİ risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Demir ve Kızılkaya 2015, Tähtinen et al 2019). Çalışmamızda vajinal doğum ve parite oranının fazla olmasına karşın Üİ ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

($p>0,05$). Bu bulgu çalışmanın H1 hipotezini dışlayarak H0 hipotezini desteklemektedir.

4000 gr ve üzeri doğum yapan bireyler çalışma grubunda %12,5 oranındayken kontrol grubunda %41,7 oranında olduğu belirlenmiştir. 4000 gr üstü doğum yapan bireylerin kontrol grubunda olma oranının istatistiksel olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Yapılan çalışmalar 4000 gr üstü (iri bebek) doğum yapan kadınlarda stres Üİ riskinin önemli ölçüde arttırdığı saptanmıştır (Çitçi ve Günay 2008, Erdoğan 2019, Nazım 2019). Çalışmamızda elde edilen bulgulara literatürden farklı olarak *4000 gr ve üstü doğum yapan kadınlar ile Üİ* arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızın H0 hipotezi doğru kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında kontrol ve çalışma grubu karşılaştırıldığında yaş, öğrenim durumu, ailede kronik hastalık varlığı, menopoz durumu bilgileri (menopoz süresi, menopoz dönemi, menopoza girme şekli), obstetrik öykü (doğum yapma durumu, doğum sayısı, doğum şekli, epizyotomi durumu), BKİ ($\text{ort} \pm \text{ss}$), sigara kullanma ve düzenli ilaç kullanma parametreleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olamaması çalışma ve kontrol grubu arasında bireysel özellikleri açısından homojen dağılım gösterdikleri belirlendi. Grupların homojen olması çalışmamızı olumlu etkileyen bir durum olarak değerlendirildi.

5.3. ÜRİNER KATETER UYGULAMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunda kateter takılma endikasyonları incelendiğinde *‘cerrahi işlemin süresinin uzaması ya da cerrahi işlem sırasında yüksek doz infüzyon alan ve/veya diüretik ilaç verilen bireyler ve çıkan idrarın saatlik olarak hesaplanması gerektiği kritik durumlar’* olmak üzere iki gruba ayrıldığı görülmektedir (Tablo 3). Çalışmamızda endikasyon dışı kateter uygulaması görülmemektedir. Turan’ın çalışmasında üriner kateterin en sık endikasyonu olarak

idrarını kendi toplayamayan kritik bakım gerektiren hastalar olarak belirlenmiştir (Turan ve ark 2020). Gokula, Hickner, Smith'in (2004) çalışmasında idrar çıkışı takibinin %26 oranıyla en sık endikasyon nedeni olduğu saptanmıştır. Çalışmamız bu bulguları destekler niteliktedir. Literatürde üriner kateter uygulanma endikasyonunun %34-50 oranında uygunsuz olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu destekleyen başka çalışmalarda mevcuttur (Gokula et al 2004, Schuur et al 2014, Turan ve ark. 2020). Çalışmamızda endikasyon dışı kateter uygulanması görülmemesinin nedeni olarak yüksek oranda kritik hasta takibinin yapılmış olmasıyla birlikte klinikte çalışan bireylere verilen eğitimin etkili olması gösterilebilir.

Takılan kateterin çeşidi kendinden klempili foley kateter ve foley kateter olmak üzere iki çeşittir. Çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla %96,2 ve %92,3 oranında kendinden klempili foley kateter uygulanmıştır. Bu durum kurumun sarf deposunda yer alan malzemede foley kateterin yeterli sayıda olmamasından gerçekleşmiş olup araştırmacıların tercihi dışındadır (Tablo 3).

Hastalara uygulanan foley kateterin özelliği incelendiğinde çalışma grubunda %84,6 oranında lateks kateter, %15,4 oranında silikon foley kateter; kontrol grubunda ise %80,8 oranında lateks kateter, %19,2 oranında silikon foley kateter uygulanmıştır. Üriner kateterin yapısal özelliğinin enfeksiyon gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir. Maliyeti en düşük kateterler lateks veya plastikten üretilmektedir (Teke ve ark. 2010). Bu nedenle uzun süreli kateterizasyonda lateks kateter yerine silikon kateter kullanılması önerilmektedir (Balcı 2014, Vallverdui Vidal ve Barcenilla Gaité 2018). Fakat çalışmamızda büyük oranda lateks kateter uygulandığı görülmektedir. Çalışma grubunda lateks kateter uygulanma oranı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Bu sonuç hastalarda çalışma grubunda ÜSE semptomu görülme durumunun fazla olmasını etkilemiş olabilir. Çalışmamızda lateks kullanım oranlarının fazla olması araştırmacıların isteği dışında gerçekleşmiş olup kurumdaki silikon kateter eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

Yapılan bir çalışmada lateks kateter kullanımı sonucunda idrar kültüründe üreme sonuçları incelenmiş ve üreme oranı %42 olarak saptanmıştır (Teke ve ark. 2010). Çalışmamızda lateks kateter uygulanan hastaların idrar kültüründe anlamlı bir üreme görülmemiştir ($p>0,05$). Aynı zamanda lateks ile silikon kateter kullanımı

arasında üreme sonuçlarını etkileyen bir farkda saptanmamıştır($p>0.05$) (Tablo 3). Araştırmanın H_0 hipotezi doğru kabul edilmiştir.

Araştırmamızda kateter çapı çalışma grubunda 14-16 Fr kateter %69,2 oranında, 18 Fr ve üstü kateter %30,8 oranında uygulanırken kontrol grubunda 14-16 Fr kateter %61,5 oranında, 18 Fr ve üstü kateter %38,5 oranında uygulanmıştır. Literatürde gereğinden küçük veya büyük çaplı kateter kullanımının komplikasyon riskini arttırdığı belirtilmektedir. Kadınlarda önerilen kateter numarası 14-16 Fr'dir (Balcı 2014). Çalışmamızda büyük oranda 14-16 Fr kateter kullanılmıştır. Fakat 18 Fr ve üzeri kateter numarası kullanılan hastalar da mevcuttur. 18 Fr ve üzeri kateter hemşireler tarafından hastanın kilosuna uygun olarak tercih edilmiştir.

Kateterin kaldığı gün sayısı çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla en fazla 1-2 hafta, 2 hafta ve üzeri, 1 haftadan az olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda kontrol ve çalışma grubunun üriner kateterin kalış günü açısından homojen olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Akbaşı'nın yaptığı araştırmada da çalışma ve kontrol grubu arasında kateter kalış günü homojen tutulmuş ve gruplar arasında üreme durumları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Akbaş 2017). Literatür incelendiğinde yapılan bazı çalışmalarda gruplar arasında kalış süresi açısından homojenlik olmamasının üreme durumları etkilediği görülmüştür. Kaya'nın araştırmasında kontrol grubunda 1760 gün, çalışma grubunda ise 1090 gün kateter kalış süresi olduğu ve gruplar arasında kateter kalış süresindeki anlamlı farkın hastaların üreme sonuçlarına yansıdığı görülmektedir (Kaya 2016). Bu durumu destekleyen başka bir çalışmada mevcuttur (Saltoğlu 2012).

Çalışmamızda gruplar arasında daha önce üriner kateter kullanma, antibiyotik ve antiviral kullanma durumu, genital ve perineal muayenesinde anomali durumu incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı derecede bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

5.4. ÜRİNER KATETER UYGULAMASI SONRASI ENFEKSİYON BULGULARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI

Hastaların ÜSE semptomları görülme durumu çalışma grubunda %42,3 iken, kontrol grubunda %15,4'tür. Araştırmamızda çalışma grubundaki hastalarda ÜSE semptomları daha fazla görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4). Hastalarda en çok görülen ÜSE semptomları idrar koyulaşması-bulanıklaşma ve ateştir. Araştırmamız devam ederken COVID-19 pandemisinin gerçekleşmesi nedeniyle çalışma grubunda COVID-19 tanısı alan hastaların oranı kontrol grubuna göre fazla idi.

Literatür incelendiğinde tespit edilen COVID-19 vakalarında en sık görülen semptomların %98 oranıyla ateş olduğu bildirilmiştir (Wu, Wu, Liu and Yang 2020; <https://www.cdc.gov> Erişim Tarihi: 1 Ocak 2021). Ciddi COVID-19 olgularında ateş görülebilenken bazen görülme durumunun hastalarda değişkenlik gösterdiğide belirtilmiştir (Karaca 2020). ABD'de ÜSE'yi düşündüren semptomlarla hastaneye başvuran bir hastanın takibinde böbrek fonksiyonlarının gün geçtikçe kötüleştiği ve COVID-19 testinin pozitif geldiği saptanmıştır (Larsen, Bourne, Wilson, Saqqa and Sharshir 2020). COVID-19 vakasının (701 tane) incelendiği başka bir çalışmada hastaların böbrek fonksiyonlarının bozulduğu ve %43,9'unda proteinüri görüldüğü saptanmıştır (Cheng et al 2020). Bu durum çalışmamızda idrarda bulanıklaşmanın yalnızca ÜSE semptomu nedeniyle olmayacağı proteinüri nedeniyle de oluşabileceğini düşündürdü. Aynı zamanda ÜSE bulgularıyla COVID-19 tanısı bulgularının benzerlikleri nedeniyle karıştırılabileceğinden çalışma grubunda enfeksiyon semptomları görülme durumu fazla olduğu şeklinde yorumlandı.

İdrar kültüründe üreme açısından incelendiğinde çalışma grubunun %19,2'sinde kontrol grubunun ise %26,9'unda üreme olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunda ÜSE belirtileri olmasına karşın çalışma grubunun idrar kültürü üreme sonuçları incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunamıştır. Aynı zamanda gruplar arasında kateterin kalış süresindeki homojenlik nedeniyle üreme durumları açısından anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4). Bu bulgu çalışmanın H0 hipotezini desteklemektedir.

İdrar kültüründe üreyen etkenin adı incelendiğinde çalışma grubunda %40 *Candida*, %20 *Klebsiella Pneumoniae*, *Pseudomonas Aeruginosa* ve *Enterobacter*; Kontrol grubunda %42,9 *Escherichia Coli* ve *Klebsiella pneumoniae*, %14,3 *Candida* üremesi görülmüştür (Tablo 4). Yapılan çalışmalara göre Türkiye’de Kİ-ÜSE’ye neden olan bakteriler *Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae* ve *Candida*’dır (HSGM 2017). Erben ve ark.’nın (2009) yaptığı çalışmada hastane kaynaklı ÜSE’ye neden olan bakteriler arasında %28,9 oranıyla *Candida*’nın en sık üreyen etken olduğu görülmüştür. Çalışmamızda literatürdeki bulguya paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında idrar kültüründe üreme ve ÜSE’nin foley kateterin kaçınıcı gününde geliştiği arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır. Çalışma ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olamaması grupların bu özellikler bakımından homojen olduklarını gösterdi ve bu durum çalışma ve kontrol grupları için istendik bir durum idi.

Literatürde Kİ-ÜSE tanı kriterlerinin içerisinde ateş ($>38^{\circ}\text{C}$), idrarda lökosit varlığı- piyüri- idrarın gram yaymasında mikroorganizma görülmesi (üç parametreden en az birinin varlığı) ve idrar kültürü sonucunda ikiden az tür bakteri kolonisi üremesiyle birlikte mililitre başına en az $\geq 10^5$ koloni bulunması yer almaktadır (Advani and Faki 2019). Çalışmamızda yatış süresince hastaların Kİ-ÜSE durumlarını değerlendirmek amacıyla idrarda lökosit değerleri değerlendirilmiştir. Gruplar arasında üç takipte de lökosit ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4). Bu bulgu çalışmanın H1 hipotezini dışlayarak H0 hipotezini desteklemektedir. Hastaların üriner kateter elektronik takip uygulamasıyla takip edildiği bir çalışmada da Kİ-ÜSE durumlarını değerlendirmek amacıyla kan tetkikleri (CRP-WBC) incelenmiş kontrol ve vaka grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kaya 2016).

5.5. AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA SKOR ORTALAMALARI BULGULARININ

Hastalara uygulanan OAB-V8 formu taburculuk günü skor ortalaması çalışma grubunda 9,58 iken kontrol grubunda 8,73’dür. Hastalara taburculuk sonrası birinci

ayda yapılan OAB-V8 skor ortalaması ise çalışma grubunda 10,12 iken, kontrol grubunda 11 olarak bulundu. OAB-V8 formu ile yapılan anket sonucunda gruplar arasında inkontinans açısından anlamlı bir ilişki görülmedi. Ancak çalışma grubunda taburculuk günü yüksek olan puan ortalamasının birinci ayın sonunda kontrol grubuna göre (çalışma grubu: 0,54 puan-kontrol grubu: 2,27 puan) daha az yükseldiği belirlendi. Aynı zamanda hastaların taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra yapılan OAB-V8 anketi arasında zaman açısından da sayısal olarak farklılık görülürken, bu farklılığın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5). Araştırmanın H_0 hipotezi doğru kabul edilmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmamasına karşın, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında min-max skor değerleri incelendiğinde; çalışma grubundaki hastaların taburculuktan bir ay sonraki ölçümlerinde min-max skor değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, kontrol grubunun min-max skor değerlerinde ise gözle görülür bir yükseklik gösterdiği belirlendi. Gruplar arasındaki bu farkın uygulanan bakım paketinden kaynaklanabileceği öngörülerek düşünüldü (Tablo 5).

Çalışma grubunun min-max skor değerinin taburculuk günü ve taburculuk sonrası birinci ayda benzer olduğu görülmektedir. Çalışma grubunun değerindeki bu yüksekliğin kronik hastalıklar nedeniyle yatışın çalışma grubunda %69,2 oranıyla kontrol grubuna (%53,8) göre yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Aynı zamanda çalışma grubundaki hastalarda üriner kateterin kaldığı gün sayısının 2 hafta ve üzeri olarak %38,5 oranıyla kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu ve bu durumun skor oranlarına yansıdığı görüldü. Fakat gruplar arasında min-max skor değerleri arasında anlamlı bir farklılık olmamasına karşın kontrol grubunda taburculuk gününe göre taburculuk sonrası birinci ayda minimum-maksimum skor değerinin yükseldiği gözlemlendi. Min-max skor değerinin çalışma grubunda taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonrasında benzer oluşu sevindirici idi (Tablo 5).

Literatürde bazı çalışmalarda kısa süreli kateterizasyonlara uygulanan planlı üriner kateter çıkartma işlemi sonrasında herhangi bir anlamlı fark görülmemiştir (Nyman et al 2010, Gong et al 2017, Talreja et al 2016). Fakat uzun süreli

kateterizasyonlarda uygulanan planlı ürener kateter çıkartma işlemi sonrasında doğal idrar yapma döngüsü ve yaşanan komplikasyonlar incelendiğinde elde edilen bulgulara olumlu sonuç saptanan çalışmada bulunmaktadır (Yılmaz 2017). Bu bulguyu destekleyen başka çalışmalarda mevcuttur (Zhengyong 2014, Liu et al 2015).

Planlı ürener kateter çıkartma uygulamasının mesaneye dilatasyonu ve kasılmayı hatırlatmak amacıyla yapıldığı bilinmektedir (Curci and Dimonte 2010, Süzen ve Sarı 2012, Balcı 2014, Şenuran 2015). Fakat planlı ürener kateter çıkartma ile inkontinans ilişkini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Ürener kateter ve Üİ ilişkisini ele alan rektal kanserli 80 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ürener kateterin planlı ve erken çıkarılması amacıyla post op 1. günde kateterizasyon sonlandırılarak Üİ gelişme durumu incelenmiştir. Çalışma sonucunda hiçbir hastada Üİ gözlenmemiştir (Nemati, Lavasani, Samsami, Eslami and Jalaeefer 2017). Elde edilen bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir. Literatürde bu bulguya karşıt olarak ürener kateter çıkartıldıktan sonra Üİ gelişen hastalarda mevcuttur (Joshi et al 2010, Coelho 2011, Cedit 2015).

Nışıda ve ark.'nın (2009) 58 erkek hasta üzerinde uyguladığı çalışmada ürener kateter çıkartıldıktan sonra 1 2 ve 7 günlerde inkontinans yaşama durumu ve miktarı araştırılmıştır. Hastalarda 1 2 ve 7 günlerde inkontinans görülmüş fakat kateter çıkartıldıktan 1 gün sonra görülen inkontinans miktarı 2 ve 7 günde kademeli olarak azalmıştır. Matsushima ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada postoperatif (postop) dönemde ürener kateterin erken çıkarılmasının inkontinans durumuna etkisi araştırılmıştır. Çalışmada birinci gruptaki bireylerin ürener kateteri postop. ikinci günde çıkarılırken ikinci gruptaki bireylerin kateteri postop dördüncü günde çıkarılmıştır. Hastaların Üİ durumları ürener kateter çıkartıldıktan sonra 3 6 9 ve 12 ayda ölçülmüştür. Üİ düzeyleri ürener kateteri postop dördüncü gün çıkarılan hastalarda postop ikinci günde çıkarılan hastalara oranla 6 ve 9 ayda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Matsushima et al 2015). Yapılan bir diğer çalışmada laparoskopik radikal prostatektomi geçiren hastalar postop 2 3 ve 4 günde çıkarılan ürener kateter sonrası 7 ay süreyle hastalardaki inkontinans durumu gözlenmiş ve %93 oranında inkontinans görülmüştür (Nadu et al 2001).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebze Fatih Devlet Hastanesi yetişkin yoğun bakım ünitesinde yatan kadın hastalarda Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi uygulamasının ÜSE ve Üİ sıklığına etkilerinin araştırılması amacıyla planlandı.

Araştırma Ocak 2020 ve Şubat 2021 tarihleri arasında Gebze Fatih Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım ve Yetişkin Yoğun Bakım (birinci basamak-ikinci basamak ve üçüncü basamak) ünitelerinde yatan ve üriner kateter takılan 52 kadın hasta üzerinde yapıldı.

Araştırmanın sonucunda;

- Araştırma kapsamında kontrol ve çalışma grubu bireysel özellikleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan bir farkın olamaması çalışma ve kontrol grubu arasında bireysel özellikleri açısından benzer olduklarını göstermektedir.
- Hastaların yatış tanıları çalışma grubunda sırasıyla %69,2 oranında *kronik hastalıklar* nedeniyle yatış, %50 oranında *COVID-19* ve *akut gelişen tanılar* nedeniyle yatış olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sırasıyla %57,7 oranında *akut gelişen tanılar* nedeniyle yatış, %53,8 oranında *kronik hastalıklar* nedeniyle yatış ve %15,4 oranında *COVID-19* nedeniyle yatış olduğu saptanmıştır.

- Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunda menopoza giren hasta %69,2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda örneklem grubunda yer alan post menopozal dönemdeki kadınların Üİ yaşamadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu bulgu çalışmanın H0 hipotezini doğrulamaktadır.
- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastalardan %92,3'ü daha önce doğum yapmıştır. Doğum yapan hastaların çalışma grubunda %87,5'i ve kontrol grubunda ise %91,7'si normal doğum yapmıştır. En yüksek doğum sayısı çalışma grubunda %50 oranıyla 1-3 defa doğum yapanlardan oluşurken kontrol grubunda %54,2 oranıyla 3-5 kere doğum yapan hastalar yer almaktadır. Çalışmamızda vajinal doğum ve parite oranının fazla olmasına karşın Üİ görülme durumu açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Bu veri çalışmanın H1 hipotezini dışlamakta H0 hipotezini desteklemektedir.
- 4000 gr ve üzeri doğum yapan bireylerin çalışma grubunda %12,5 oranındayken kontrol grubunda %41,7 oranında olduğu belirlenmiştir. Gruplar ile 4000 gr üstü doğum yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda elde edilen bulgulara literatürden farklı olarak *4000 gr ve üstü doğum yapan kadınlar ile Üİ* arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Araştırmanın H0 hipotezi doğru kabul edilmiştir.
- Hastaların ÜSE semptomları görülme durumu çalışma grubunda %42,3 iken, kontrol grubunda %15,4'tür. Araştırmamızda çalışma grubunda ÜSE semptomları görülme oranı anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$). Çalışma grubunda ÜSE semptomlarının anlamlı derecede yüksek olmasına karşın çalışma grubunun idrar kültüründeki üreme durumları incelendiğinde anlamlı bir sonuç saptanamamıştır. Araştırmanın H0 hipotezi doğru kabul edilmiş olup H1 hipotezi dışlanmıştır.
- Çalışmamızda yatış süresince hastaların Kİ-ÜSE durumlarını değerlendirmek amacıyla idrarda lökosit değerleri 1 2 ve 3 takip olarak incelenmiştir. Gruplar arasında lökosit ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- **Üriner Enfeksiyonları ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi** çalışma grubundaki her hastaya uygulanmıştır. Fakat gruplar kıyaslandığında Üİ bakımından anlamlı bir ilişki görülmemesine rağmen OAB-V8 anketi sonuçlarında çalışma grubundaki hastalarda daha düşük bir ortalama elde edilmiştir. OAB-V8 anketindeki düşük ortalama Üİ görülme durumunun daha düşük olduğu olarak yorumlanmıştır. Çalışmanın H0 hipotezi doğru kabul edilmiştir.
- **OAB-V8 formu** ile yapılan anket sonucunda gruplar arasında Üİ yaşama durumu bakımından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aynı zamanda hastaların taburculuk günü ve taburculuktan bir ay sonra yapılan OAB-V8 ortalamaları arasında zaman açısından da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5). Bu veri araştırmanın H0 hipotezini desteklemektedir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmamasına karşın çalışma ve kontrol grubu arasında OAB-V8 formu ortalamaları incelendiğinde çalışma grubundaki hastaların ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın uygulanan bakım paketinden kaynaklanabileceğini düşündürdü.
- **OAB-V8 formu** ile yapılan anket sonucunda Çalışma ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmamasına karşın, çalışma grubu ve kontrol grubu arasında min-max skor değerleri incelendiğinde; çalışma grubundaki hastaların taburculuktan bir ay sonraki ölçümlerinde min-max skor değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, kontrol grubunun min-max skor değerlerinde ise gözle görülür bir yükseklik gösterdiği belirlendi. Gruplar arasındaki bu farkın uygulanan bakım paketinden kaynaklanabileceği öngörülerek düşünüldü (Tablo 5).

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmanın bir bölümünde COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması ÜSE açısından objektif bir değerlendirme yapılmasını engellediğinden benzer çalışmaların COVID-19 tanısını dışlayarak yapılması önerilebilir.
- OAB-V8 anketinin 6. ayda tekrarlanması inkontinansa ilişkin daha kapsamlı veri elde edebilmek amacıyla önerilebilir.

- Çalışmada kullanılan kateter çeşidinde kurumda yer alan malzeme yetersizliği nedeniyle hasta yatış tanısına ve süresine uygun kateter çeşidi kullanılamamıştır. Hasta zararını en aza indirmek için kurumlarda malzeme eksikliği yaşanılmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Literatürde planlı üriner kateter çıkartma işlemi ve Üİ ilişkisini konu edinen yeterince çalışma olmadığından benzer çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla ileri analizlerle tekrarlanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Aboelela SW, Stone PW, Larson EL. (2007). Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: A, systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 66(2):101-108.
- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, Ridder DD, Dmochowski R, Drake M, DuBeau C, Fry C, Hanno P, Smith JH, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29(1):213-240.
- Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS. (2006). Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*, 67(3):536-540.
- Advani SD, Faki MG. (2019). The evolution of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI): Is it time for more inclusive metrics? *Infect Control Hosp Epidemiol*, 40(6):681-685.
- Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al-Tawil NG. (2013). Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 13(2):269-274.
- Ahmed MR, Sayed WAA, Atwa KA, Metwally L. (2014). Timing of urinary catheter removal after uncomplicated total abdominal hysterectomy: a prospective randomized trial. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 176(1):60-63.

- Ak ES, Kandemir D. (2018). Kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonları ve hemşire yönetimli kateter çıkarma protokolleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1):27-32.
- Akbaş DB. (2017). Kendinden Klempli Foley Sondanın Üriner Sistem Enfeksiyonuna ve Hemşire İş Yüküne Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi BG Karabacak).
- Akgün G, Süt N, Kaplan PB. (2010). Kırk yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. Clin Obstet Gynecol, 20(6):378-386.
- Akın Y, Gülmez H, Sonbahar A, İpekçi T, Yılmaz M, Ateş E. (2015). Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. Ankara Medical Journal, 15(4):226-230.
- Akkuş Y. (2014). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Y.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. G Pınar).
- Alcaide EJ, Polo JM, González LG, Pajares AA, Ramos FG, Cadavid SP, Sutil RS, Sala RB, Isa MA, Isla AL, Martínez JBP, Sánchez AT. (2015). Healthcare-associated urinary tract infections in patients with a urinary catheter: Risk factors, microbiological characteristics and patterns of antibiotic resistance. Archivos Espanoles de Urologia, 68(6):541-550.
- Alcan AO, Korkmaz FD. (2015). Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi: Bakım paketi yaklaşımı. İzmir Ege Üniveristesi Tıp Dergisi, 3:38-47.
- Alpar ŞE, Özhan F. (2015) Üriner Sistem Uygulamaları. İçinde: *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Sabuncu N. (Ed), 4. Baskı, Alter Yayıncılık, Ankara, s503-527.
- Altıparlak Ü, Özbek A, Aktaş F. (2001). Üriner sistem enfeksiyonlarından izole edilen bakterilerin çeşitli antibiyotiklere duyarlılıkları. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi, 32(3-4):167-173

- Amanak K, Sevil Ü. (2020). Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların yaşam doyumu ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10(2):217-222.
- Araç E, Kaya S, Parlak E, Büyüktuna S, Baran A, Akgül F, Gökler ME, Akgöz S, Tartar AS, Tekin R, Yıldız Y, Günay E. (2019). Yoğun bakım ünitelerindeki enfeksiyonların değerlendirilmesi: çok merkezli nokta prevalans çalışması. Mikrobiyoloji Bülteni, 53(4):364-373.
- Arda B, Ateş K, Bakır M, Güven M, Karakoç E, Özinel MA, Pirat A, Şenkul T. (2012). Üriner kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 16(1):1-18.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). (2015). Guide to Preventing Catheter Associated Urinary Tract Infections, Newly revised Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections.
- Avşar G. (2021). Üriner Eliminasyon. İçinde: *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. Kaşıkçı MK, Palandöken EA. (Eds), Nobel tıp kitap evi, İstanbul, s670-689.
- Aygün P. (2008). Hastane enfeksiyonları. Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s131-137.
- Aylaz R, Işık K, Bayır B, Yetiş G. (2016). Üriner inkontinansın 65 yaş ve üzeri kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2):19-25.
- Babadağ K, Atabek TA. (Eds). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul.
- Balcı RA. (2014). Üriner Boşaltım. İçinde: *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Aşti TA, Karadağ A. (Eds). Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s984-995.
- Balık G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağıtçı M, Üstüner I, Ural MU, Şahin FK. (2016) Lower urinary tract symptoms and urinary

incontinence during pregnancy. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 8(2):120-124.

Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Mansaray TG, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Adeoye IS, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoğlu M. (2015). Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, noninferiority trial. *Lancet*, 386(9988):55-62.

Baykuş N. (2016). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Ş.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, (Danışman: Doç. Dr. K Yenal).

Bayrak NHE. (2018). Kadın doğum polikliniklerine başvuran gebelerin 3. Trimester ve postpartum dönemde üriner inkontinans durumlarının değerlendirilmesi. S.B.Ü. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. O Basat).

Beahm NP, Nicolle LE, Bursey A, Smyth DJ, Tsuyuki RT. (2017). The assessment and management of urinary tract infections in adults: Guidelines for pharmacists. *Can Pharm J (Ott)*, 150(5):298-305.

Benlioğlu C. (2006). Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması. K.S.İ.Ü. Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, (Danışman: Doç. Dr. S Resim).

Berman JR, Adhikari S, Goldstein I. (2000). Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: Classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol*, 38(1):20-29.

Berwick DM. (2014). *Some Is Not a Number, Soon Is Not a Time. Promising care: How we can rescue health care by Improving it.* Jossey-Bass, San Francisco.

- Bhatia N, Daga MK, Garg S, Prakash SK. (2010). Urinary catheterization in medical wards. *Journal of global infectious diseases*, 2(2):83-90.
- Bilgin NÇ. (2017). İnkontinans: Üriner Sıkışmaya Bağlı. İçinde: *Hemşirelik Tanı Girişimleri Sonuçları*. İlhan SE, Ançel G, Yönt GH. (Eds). Andaç Yayınevi, s358-364.
- Borgert MJ, Goossens A, Dongelmans DA. (2015). What are effective strategies for the implementation of care bundles on ICUs: a systematic review. *Implementation Science*, 10(1):1-11.
- Briggs J. (2008). Removal of short-term indwelling urethral catheters. *Nursing Standard*, 22(22): 22-42.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, Wagner CM. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)-E-Book*. 7th ed, Elsevier Health Sciences.
- Bykoviene L, Kubilius R, Aniuliene R, Bartuseviciene E, Bartusevicius A. (2018). Pelvic floor muscle training with or without tibial nerve stimulation and lifestyle changes have comparable effects on the overactive bladder. A randomized clinical trial. *Urology journal*, 15(4):186-192.
- Can Ş, Acaroğlu, R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1):32-40.
- Candaş B, Gürsoy A. (2017). Hemşireler için harekete geçme zamanı: Kanıta dayalı uygulamalardan bakım paketlerine. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3):233-238.
- Cerit B. (2015). Üriner Boşaltım. İçinde: *Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları*. Uysal Ç, Çakırcalı E. (Eds). Palme Yayıncılık, Ankara, s.1035-1041.
- Ceylan C, Doğan S, Şen S, Odabaş Ö. (2012). Kliniğimizdeki nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonların kateterizasyonla olan ilişkisi ve

- bakteriyel prevelans: Retrospektif bir çalışma. Van Tıp Dergisi, 19(1):21-26.
- Chaboyer W, Bucknall T, Webster J, McInnes E, Gillespie BM, Banks M, Whitty JA, Thalib L, Roberts S, Tallott M, Cullum N, Wallis M. (2016). The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud*, 64:63-71.
- Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, Li J, Yao Y, Ge S, Xu G. (2020). Kidney disease is associated within hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*, 97(5): 829-838.
- Chenoweth CE, Saint S. (2016). Urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am*, 30(4):869-885.
- Coelho RF, Chauhan S, Orvieto MA, Sivaraman A, Palmer KJ, Coughlin G, Patel VR. (2011). Influence of modified posterior reconstruction of the rhabdosphincter on early recovery of continence and anastomotic leakage rates after robot-assisted radical prostatectomy. *European urology*, 59(1):72-80.
- Conner BT, Kelechi TJ, Nemeth LS, Edlund BJ, Krein SL. (2013). Exploring factors associated with nurses' adoption of an evidence-based practice to reduce duration of catheterization. *J Nurs Care Qual*, 28(4):319-326.
- Coşkun B, Onur R. (2016). Üriner inkontinans. İçinde: *TÜAK/ Türkiye ESRU Asistan El Kitabı*. Sarıkaya S, Kadioğlu A. (eds). 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s435-449.
- Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, Kurth H, Abrams P. (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Qual Life Res*, 11(6):563-574.
- Crunden E, Boyce C, Woodman H, Bray B. (2005). An evaluation of the impact of The Ventilator Care Bundle. *Nursing in Critical Care*, 10(5):242-246.

- Cura ŞÜ, Arslan Ş, Özkan E, Dönmez E, Soğlu E, Kaya H. (2020). Üriner kateteri olan hastaların katetere ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2):240-248.
- Curci D, Dimonte V. (2010). Nurses' behaviours and justifications for bladder training. *Assist Inferm Ric*, 29(1):18-25.
- Çelik S, Karaman D, Yanık F, Veren F. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinin kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi hakkındaki bilgi durumları, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4):215-220.
- Çetinel B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinas): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2):246-252.
- Çetinkaya YŞ. (2010). Enfeksiyon kontrolünde paketler. *Yoğun Bakım Dergisi*, 9(4):188-192.
- Çiloğlu D. (2018). Üriner İnkontinanslı Bireylerde Başetme Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A. Zambak).
- Çoksak A, Çelik Y, Danacı C, Sökel S. (2017). Yoğun bakım ünitelerinde invaziv uygulamalar ve enfeksiyon ilişkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1):22-31.
- D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Monteiro LA, Arnold EP, Goldman HB, Hamid R, Homma Y, Marcelissen T, Rademakers K, Schizas A, Singla A, Soto I, Tse V, Wachter SD. (2019). An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 38(2):433-477.
- Davis KF, Colebaugh AM, Eithun BL, Klieger SB, Meredith DJ, Plachter N, Sammons JS, Thompson A, Coffin SE. (2014). Reducing catheter-associated urinary tract infections: A quality-improvement initiative. *Pediatrics*, 134(3):857-864.

Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb SA, Beale RJ, Vincent JL, Moreno R. (2014). Uluslararası ağır sepsis ve septik şokun yönetimi kılavuzu: 2012 sepsiste sağlıkım kampanyası. *Turkish journal of intensive care*, 12(3):118-164.

Demir S, Kızılkaya NB. (2015). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1):23-31.

Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M, Arıkan İİ. (2016). What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *Peer J*, 27(4):e2283.

Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. (2012). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19):23-37.

Demirci N, Başar FK, Süzer F, Aba YA, Ataman H. (2011). Huzurevindeki kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(18):85-101.

Demirel TT. (2012). 65 Yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Doç. Dr. B Akın).

Demirtaş FA. (2019). Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. K.S.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, (Danışman: Doç. Dr. F Başar).

Deng Y, Liu W, Liu K, Fang YY, Shang J, Zhou L, Wang K, Leng F , Wei S , Chen L , Liu HG. (2020). Clinical characteristics of fatal and recovered cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan,

- China: A retrospective study. Chin Med J (Engl), 133(11):1261-1267.
- Dikmen Y, Korhan EA. (2016). *Hemşirelik Esasları Klinik Uygulama Rehberleri*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, s165-180.
- Dinç A. (2018). Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 10(3):303-307.
- Dökmeci F, Peker BH, Uğurlucan FG, Yeniel Ö, Çetinkaya ŞE, Seval MM, İtil İM. (2017). Kadınlarda izlenen üriner inkontinans: uluslararası kılavuzlar ışığında güncel yönetim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 70 (3):187-193.
- Drinka PJ. (2006). Complications of chronic indwelling urinary catheters. Journal of the American Medical Directors Association, 7(6):388-392.
- Dubbs SB, Sommerkamp SK. (2019). Evaluation and management of urinary tract infection in the emergency department. Emerg Med Clin North Am, 37(4):707-723.
- Dursun P, Doğan NU, Kolusari A, Dogan S, Ugur MG, Komurcu O, Altuntas B, Gultekin M, Celik NY, Karaca M, Guzel AB, Cim N, Ege S, Koc O, Yigit FA. (2014). Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: analysis of 6473 women. Urol Int, 92(2):209-214.
- Durukan H, Tok E, Tok D, Aytan H. (2015). Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın görülme sıklığı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 46(1):1-5.
- Ellahi A, Stewart F, Kidd EA, Griffiths R, Fernandez R, Omar MI. (2021). Strategies for the removal of short- term indwelling urethral catheters in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6:1-305.

- Elliott DS, Boone TB. (2000). Urethral devices for managing stress urinary incontinence. J Endourol, 14(1):79-83.
- Erb G, Berman AJ, Burke K. (2004). Fundamentals of nursing: Concepts, process and practise. 7th ed, Kozier B. (ed), Prentice Hall, p1225.
- Erben N, Alpat SN, Kartal ED, Özgüneş İ, Usluer G. (2009). Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonlarında risk faktörlerinin analizi ve üriner kateter kullanımının etkenlerin dağılımı üzerine etkisi. Mikrobiyoloji Bülteni, 43(1):77-82.
- Erdal E. (2018). Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Diyabetli Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. M.C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, (Danışman: Prof. Dr. SÇ Pakyüz).
- Erdoğan ŞV. (2019). Ürodinaminin Stres İnkontinans Cerrahisi Sonrası De Novo Urge İnkontinansı Öngörmedeki Yeri. S.B.Ü. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. M Ekin).
- Erkal E. Pakyüz SÇ. (2019). Diyabetli kadınlarda önemli bir sorun: üriner inkontinans. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 11(1):28-31.
- Eroğlu A, Aydın M, Onuk Ö, Çilesiz N C, Nuhoglu B. (2020). Üriner inkontinansı olan premenopozal dönemdeki kadınlarda cinsel disfonksiyon araştırılması. Journal of Academic Research in Medicine, 10(2):160-165.
- Eryılmaz HY. (2015). Pelvik Bozukluklar. İçinde: *Kadın Sağlığı*. Kavlak O, Şirin A. (Eds). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s122-141.
- Esler R. (2013). Introduction. *Multidisciplinary Care of Urinary Incontinence A Handbook for Health Professionals*. Chan L, Tse V. (eds). Springer, London, p1-5.
- Fakih MG, Watson SR, Greene MT, Kennedy EH, Olmsted RN, Krein SL, Saint S. (2012). Reducing inappropriate urinary catheter use: a statewide effort. Arch Intern Med. 2012;172 (3):255-260.

- Ferguson A. (2018). Implementing a CAUTI prevention program in an acute care hospital setting. *Urologic Nursing*, 38(6):273-302.
- Fernandez R, Griffiths R. (2003). Policies for removal of indwelling urethral catheters for short-term management of voiding in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Fernandez RS, Griffiths RD. (2005). Clamping short-term indwelling catheters: a systematic review of the evidence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(5):329-336.
- Gel KT, Yaşayacak A, Yorgun S. (2020). Hemşirelerin bakım paketi uygulamaları hakkındaki görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3):383-388.
- Geng V, Boekhorst HC, Farrell J, Sánchez MG, Pearce I, Schwennesen T, Vahr S, Vandewinkel C. (2012). European Association of Urology Nurses Catheterisation: indwelling catheters in adults-urethral and suprapubic. Evidence-based guidelines for best practice in urological health care, 1-112.
- Gillen JR, Isbell JM, Michaels AD, Lau CL, Sawyer RG. (2015). Risk factors for urinary tract infections in cardiac surgical patients. *Surg Infect*, 16(5):504-508.
- Gokula RRM, Hickner JA, Smith MA. (2004). Inappropriate use of urinary catheters in elderly patients at a midwestern community teaching hospital. *American Journal Of Infection Control*, 32(4):196-199.
- Gold JA. (2005). The 100,000 Lives Campaign. *WMJ*, 104(8):81-82.
- Gold JA. (2008). The 5 Million Lives Campaign: preventing medical harm in Wisconsin and the nation. *WMJ*; 107(5):270-271.
- Gong Y, Zhao L, Wang L, Wang F. (2017). The effect of clamping the indwelling urinary catheter before removal in cervical cancer patients after radical hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8):1131-1136.

- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, HICPAC. (2017). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(4):319-326.
- Griffiths RD, Fernandez RS, Murie P. (2004). Removal of short-term indwelling urethral catheters: The evidence. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 31(5):299-308.
- Griffiths, R, Fernandez R. (2007). Strategies for the removal of short- term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Gülnar E. (2018). Bakım Protokolü ve Telefonla İzlemin Stres İnkontinanslı Hastalarda Bakım Sonu larına Etkisi. G. . Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N  alışkan).
- Güngör Uğurlucan F, Yaşa C, Comba C, Dural O, Ayvacıklı G, Yalçın O. (2014). Effect of duration of bladder catheterization on bladder function in patients undergoing anterior colporrhaphy: prospective randomized study. In: *44th Annual ICS Meeting*, Rio de Janeiro, Brazil.
- Güven, M. (2010). Hastane infeksiyon kontrolünde önlem paketi yaklaşımı: Kateter ilişkili üriner infeksiyonda. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 14(1):52-55.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2017) Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar s rveyans ağı etken dağılımı ve antibiyotik direnç rapor . *Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar S rveyans Rehberi*.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2017). Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar s rveyans standartları. *Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar S rveyans Rehberi*.
- Hazar HU. (2015). Üriner İnkontinans ( İ). *Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım*. Saydam BK, (ed), Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s209-217.

- Herbert J. (2009). Pregnancy and Childbirth: The effects on pelvic floor muscles. *Nurs Times*, 105(7):38-41.
- Heydari F, Motaghd Z, Abbaszadeh F. 2016. Could urinary tract infection cause female stress urinary incontinence? A clinical study. *Nephro Urology Monthly*, 8(1):e33571.
- Hock M, Tóth S, Hartmann G, Hartmann T, Bódis J, Garai J. (2015). Quality of life, sexual functions and urinary incontinence after hysterectomy in hungarian women. *American Journal of Health Research*, 3(6):393-398.
- Honar BN, Lavasani SMAH, Samsami M, Eslami B, Jalaefar A. (2017). Evaluation of early removal of urinary catheter after rectal cancer surgery. *Academic Journal of Surgery*, 4(3):78-81.
- Horner DL, Bellamy MC. (2012). Care bundles in intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 12(4):199-202.
- Hortaç E, Kaleli G, Çökeliler D, Yavuzdemir Ş, Mutlu M, Ekici MD, Göçmen JS. (2015). GSBL pozitif üropatojen Escherichia Coli izolatlarının plazma polimerizasyon tekniği ve nanomalzemeler ile modifiye edilmiş (mikroplak) yüzeylerde biyofilm oluşumunun incelenmesi: deneysel model. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 45(4):181-187.
- Howitt D, Cramer D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier*. 5th ed, London: Pearson Education Limited.
- Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. (2007). Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18(11):1325-1329.
- Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Kopp KZ, Herschom S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European Urology*, 50(6):1306-1315.

- Jaggi N, Sissodia P. (2012). Multimodal supervision programme to reduce catheter associated urinary tract infections and its analysis to enable focus on labour and cost effective infection control measure in tertiary care hospital in India. *Journal of Clinical Diagnosis and Respiratory*, 6(8):1372-1376.
- Jokhio AH, Rizvi RM, Rizvi J, Macarthur C. (2013). Urinary incontinence in women in rural Pakistan: Prevalence, severity, associated factors and impact on life. *BJOG*, 120(2):180-186.
- Joshi N, Blok WD, Muilekom EV, Poel HVD. (2010). Impact of posterior musculofascial reconstruction on early continence after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: Results of a prospective parallel group trial. *European urology*, 58(1), 84-89.
- Kakde P, Redkar NN, Yelale A. (2018). Urinary tract infection in elderly: Clinical profile and outcome. *J Assoc Physicians India*, 66(6):14-17.
- Kara A. (2012). Üretral Katetere Bağlı Gelişen Üriner Sistem Enfeksiyonlarında Kateter Bakımının Önemi. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi P Özyürek).
- Karabey T, Karagözoğlu Ş, Uçar KN. (2020). Üriner Kateterizasyona Bağlı Enfeksiyonların Önlenmesinde Güncel Yaklaşımlar. 4. Uluslararası Akademik Öğrenci Çalışmaları Kongresi, 19-20 Aralık, s82-89.
- Karaca B. (2020). Erişkin yaş grubunda Covid-19 klinik bulguları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4(1):85-90.
- Karakuş A, Yanikkerem E. (2015). Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3):54-59.
- Kaşıkcı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M. (2015). Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Arch Gerontol Geriatr*, 61(2):217-223.

- Kaya G. (2016). Hastanede Üriner Kateter Elektronik Talip Sistemi (HÜKETS)'nin Üriner Kateter Süresi, Bakteriüri ve Üriner Sistem Enfeksiyonu (ÜSE) Sıklığına Etkilerinin Araştırılması. S. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Danışman: Prof. Dr. O Karabay).
- Kim TN, Ahn JH, Choi YH, Kim HW, Park SW, Lee W, Chung MK. (2012). Early removal of urethral catheter after laparoscopic radical prostatectomy. Journal of Endourology / Endourological Society, 26(Suppl 1): p.A311-A311.
- Kirss F, Lang K, Toompere K, Veerus P. (2013). Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. Springerplus, 2(1):524-531.
- Koç M. (2019). Evde Sağlık Birimine Kayıtlı Hastalarda Üriner Kateterizasyona Bağlı Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İ.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ö Yazıcı).
- Koçak İ. (2015). Üriner İnkontinans Prevalansı. İçinde: *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. Onur R, Bayrak Ö. (Eds). Türk Üroloji Akademisi Yayını, s67-75.
- Kök G, Şenel N, Akyüz A. (2006). GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 48(3):132-136.
- Kurukız S, Özden D. (2017). Distile Su ve Klorheksidin Glukonat (%0.1) Solüsyonu ile yapılan perine bakımının kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu gelişimine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(4):208-215.
- Kurul Ş. (2013). Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans

Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. N Özerdoğan, Prof. Dr. ÖT Yalçın)

Kurutkan MN. (2014). Kanıta dayalı uygulamalar bağlamında bir hasta güvenliği uygulaması: Care Bundles (Temel Önlem Paketi). Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1(2):83-88.

Kuyumcu ME, Yeşil Y, Cankurtaran M. (2011). İç hastalıkları pratiğinde önemsenmeyen bir hastalık: Üriner inkontinans. İç Hastalıkları Dergisi; 18:91-99.

Larsen CP, Bourne TD, Wilson JD, Saqqa O, Sharshir MD. (2020). Collapsing glomerulopathy in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID19). Kidney Int Rep, 5(6):935-939.

Levy MM, Evans LE, Rhodes A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive care medicine, 44(6):925-928.

Li YY, Wang WN, Lei Y, Zhang B, Yang J, Hu JW, Ren YL, Lu QF. (2020). Comparison of the clinical characteristics between RNA positive and negative patients clinically diagnosed with 2019 novel coronavirus pneumonia. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 43(5):427-430.

Lind DA, Marchal WG, Wathen SA. (2006). Basic statistics for business and economics. 5th ed, United States: McGraw-Hill Companies.

Liu YS, Wei S, Elliott M. (2015). The effects of a catheter clamping protocol on bladder function in neurosurgical patients. International Journal of Nursing Practice, 21(1):29-36.

Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, Pegues DA, Pettis AM, Saint S, Yokoe DS. (2014). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol, 35(5):32-47.

Long B, Koyfman A. (2018). The emergency department diagnosis and treatment of UTI. Emerg Med Clin North Am, 36(4):685-710.

- López FRP, Cuadros JL, Alonso AMF, Chedraui P, Borrego RS, Castro AM. (2012). Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas*, 73(4):369-372.
- Lukacz ES, Lastra YS, Albo ME, Brubaker L. (2017). Urinary incontinence in women: A review. *Jama*, 318(16):1592-1604.
- Lynn P, Wilkins LW, Health WK (2015). Üriner Boşaltım. *Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri*. 3rd ed. Çeviren: Çoban Gİ. Öztürk H, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, s595-655.
- Magers TL. (2013). Using evidence-based practice to reduce catheter-associated urinary tract infections. *Am J Nurs*, 113(6):34-42.
- Marra AR, Camaro TZS, Gonçalves P., Soyagar AMCB, Moura DF, Guastelli LR, Rosa CACA, Vüctor ES, Santos OFPD, Edmond MB. (2011). Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. *Am J Infect Control*, 39(10):817-822.
- Marwick C, Davey P. (2009). Care bundles: The holy grail of infectious risk management in hospital? *Current opinion in infectious diseases*, 22(4):364-369.
- McCannon CJ, Schall MW, Calkins DR, Nazem AG. (2006). Saving 100,000 lives in US hospitals. *British Medical Journal*, 332(7553):1328-1330.
- McGuckin M. (2012). The patient survival guide: 8 simple solutions to prevent hospital-and healthcare-associated infections. *Demos Medical Publishing*, New york, p.1-87.
- McKillup S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists*. 2nd ed, United States: Cambridge University Press.
- Meddings J, Saint S, Fowler KE, Gaies E, Hickner A, Krein SL, Bernstein SJ. (2015). The Ann Arbor criteria for appropriate urinary catheter use in hospitalized medical patients: results obtained by using the

- RAND/UCLA appropriateness method. *Annals of internal medicine*, 162(Suppl 9):S1-S34.
- Meyers S. (2007). Arresting death: Saving 100,000 lives. *Trustee: The Journal For Hospital Governing Boards*, 60(1):6-10.
- Mihmanlı V, Yüksel İT. (2013). Geriatrik hastalarda jinekolojik sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Suppl 2):127-131.
- Milsom I, Gyhagen M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3):217-222.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (2018). Nursing outcomes classification (NOC)-E-Book: Measurement of health outcomes. 5th ed, Elsevier Health Sciences.
- Murray S, Lemack GE. (2010). Overactive bladder and mixed incontinence. *Curr Urol Rep*, 11(6):385-392.
- Nadu A, Salomon L, Hoznek A, Olsson LE, Saint F, Taille ADL, Cicco A, Chopin D, Abbou CC. (2001). Early removal of the catheter after laparoscopic radical prostatectomy. *J Urol*, 166(5):1662-1664.
- Naranji I, Bolgeri M. (2012). Significant upper urinary tract hematuria as a rare complication of high-pressure chronic retention of urine following decompression: a case report. *Journal of medical case reports*, 6(1):1-3.
- Nazım H. (2019). Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastalarda Üriner ve Fekal İnkontinans Varlığının Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. M.C.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Manisa, (Danışman: Prof.Dr SÇ Pakyüz).
- Nicolle LE. (2012). Urinary tract infection in adults. *Brenner and Rector's The Kidney*. 9th ed, Saunders, p1356-1382.
- Nigam A, Ahmad A, Gaur D, Elahi AA, Batra S. (2016). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnant women during late third trimester. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 5(7):2187-2191.

- Nyman MH, Johansson JE, Gustafsson MA. (2010). Randomised controlled trial on the effect of clamping the indwelling urinary catheter in patients with hip fracture. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4):405-413.
- Oğuz U, Önem K. (2015). Kadın ve erkekte üriner inkontinans etyopatogenezi. İçinde: *Üriner inkontinans tanı ve tedavi*. Türk üroloji akademisi yayını, s.53-62.
- Onile TG, Kutu O, Orji EO, Ogunniyi SO. (2008) A prospective randomised clinical trial of urethral catheter removal following elective cesarean delivery. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 102(3):267-70.
- Onur R, Bayrak Ö. (2015). *Kadınlarda Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. Onur R. (Ed), 2. Baskı, Nobel Kitap Evleri, İstanbul, s.41-52.
- Orhan, MF, Büyükavcı M. (2020). COVID-19'un tanı ve tedavi sürecinde hematolojik parametreler. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4:123-127.
- Önol FF, Tahra A. (2015). Tanım ve Sınıflama. İçinde: *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. Onur R, Bayrak Ö. (Eds), Türk Üroloji Akademisi, s.63-66.
- Özcan H, Beji NK. (2014). Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 29(4):236-238.
- Özcan M, Kapucu S. (2014). Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2);101-109.
- Özdemir E. (2009). Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş Ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. E.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Doç. Dr. N Özerdoğan).

- Özdemir K. (2017). Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Kegel Egzersizi Eğitiminin Etkinliği. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. A Çevirme).
- Özer NE. (2017). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ç.O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, (Danışman: Doç. Dr. A Dinç).
- Özkan ZS, Sapmaz E. (2015). Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. The Journal of Kartal Training and Research Hospital, 26(2):101-106.
- Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 46(4):170-176.
- Pérez HG, Harlow SD, Sampsel CM, Denman C. (2013). Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: Prevalence and severity. International Urogynecology Journal, 24(5):847-854.
- Phipps S, Lim YN, McClinton S, Barry C, Rane A, N'Dow JM. (2006). Short term urinary catheter policies following urogenital surgery in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.
- Piljic D, Jahic HP, Piljic D, Ahmetagic S, Jahic R. (2013). Catheter-associated Urinary Tract Infections in Adults. Mater Sociomed, 25(3):182-186.
- Pires TF, Pires PM, Moreira MH, Gabriel RECD, João PV, Viana SA, Viana RA. (2020). Pelvic floor muscle training in female athletes: A randomized controlled pilot study. International Journal of Sports Medicine, 41(4):264-270.
- Polat F, Şahinoğlu AH, Dilek A, Köksal E, Üstün YB, Kaya C, Ülger F, Esen Ş. (2014). Rehberlere dayalı önlem ve bakım paketlerinin yoğun

- bakım ünitesinde santral venöz kateter enfeksiyonları üzerine etkisi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 12(3): 86-93.
- Potter PA, Perry AGE, Hall AE, Stockert PA. (2021). Urinary Elimination. In: *Clinical Companion for Fundamentals of Nursing*. 10th ed, Elsevier, p.3739.
- Prakash S, Rajshekar D, Cherian A, Sastry A. (2017). Care bundle approach to reduce device-associated infections in a tertiary care teaching hospital, South India. *Journal of laboratory physicians*, 9(4):273-278.
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C. (2003). Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 18(3):145-55.
- Purvis S, Gion T, Kennedy G, Rees S, Safdar N, VanDenBergh S, Weber J. (2014). Catheter-associated urinary tract infection: a successful prevention effort employing a multipronged initiative at an academic medical center. *Journal of nursing care quality*, 29(2):141-148.
- Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, Navarro M, Ribot MM, Llobera J. (2013). Urinary incontinence in Mallorcan women: Prevalence and quality of life. *Actas Urol Esp*, 37(6):354-361.
- Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, Kumar A, Sevransky JE, Sprung CL, Nunnally ME, Rochwerf B, Rubenfeld GD, Angus DC, Annane D, Beale RJ, Bellingham GJ, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith C, Backer DPD, French CJ, Fujishima S, Gerlach H, Hidalgo JL, Hollenberg SM, Jones AE, Karnad DR, Kleinpell RM, Koh Y, Lisboa TC, Machado FR, Marini JJ, Marshall JC, Mazuski JE, McIntyre LA, McLean AS, Mehta S, Moreno RP, Myburgh J, Navalesi P, Nishida O, Osborn TM, Perner A, Plunkett CM, Ranieri M, Schorr CA, Seckel MA, Seymour CW, Shieh L, Shukri KA, Simpson SQ, Singer M, Thompson BT, Townsend SR, Poll TVD, Vincent JL, Wiersinga WJ, Zimmerman JL, Dellinger RP. (2016). Sepsiste Sağkalım Kampanyası: Uluslararası

Sepsis ve Septik Şokun Yönetimi Kılavuzu. Çeviren: Hancı V, Gündüz M, Demiraağ K, Büyükoçak Ü, Baykara N, s.1-177.

Rogers RG, Thakar R, Petri E, Fatton B, Pauls RN, Morin M, Lee J, Kuhn A, Whitmore K. (2018). International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for the Sexual Health in Women with Pelvic Floor Dysfunction. International urogynecology journal, 29(5):647-666.

Rogers RG. (2016). Kadın Pelvik Sağlığı ve Rekonstrüktif Cerrahisi Klinik Pratik ve Cerrahi Atlası, Çeviren: Uğurlucan FG, Pelikan Yayıncılık, Ankara.

Saltoğlu N. (2012). Üriner kateterle ilişkili infeksiyonlar. In: II. Sağlık Bakımıyla İlişkili İnfeksiyonlar Simpozyumu Kitabı. Ergönül Ö. (ed), İstanbul, p63-70, 9-11 Mart 2012.

Sampathkumar P. (2017). Reducing catheter-associated urinary tract infections in the ICU. Current opinion in critical care, 23(5):372-377.

Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. (2002). Urinary incontinence predictors and life impact In ethnically diverse perimenopausal women. Obstet Gynecol, 100(6):1230-1238.

Sayın Y. (2015). Bakım paketi nedir? 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. 12-16 Kasım 2015, s.110-112.

Schuur JD, Chambers JG, Hou PC. (2014). Urinary catheter use and appropriateness in US emergency departments, 1995–2010. Academic Emergency Medicine, 21(3):292-300.

Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. (2007). Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. Evidence report/technology assessment, 161:1-379.

Sheerin NS, Glover EK. (2019). Urinary tract infection. Medicine, 47(9):546-550.

- Shivkumar R, Srivastava N, Gupta J. (2015). Effects of bladder training and pelvic floor muscle exercise in urinary stress incontinence during postpartum period. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 9(4):194-198.
- Souto CAV, Rhoden EL, Conti RD, Chammas MJr, Laste SE, Fornari A, Riberio EP, Scholl L, Claudio T, Souto JCS. (2004). Urethral catheter removal 7 or 14 days after radical retropubic prostatectomy: clinical implications and complications in a randomised study. *Revista do Hospital das Clinicas*, 59(5):262-265.
- Stevens E. (2005). Bladder ultrasound: Avoiding unnecessary catheterizations. *Medsurg Nursing*, 14(4):249-253.
- Süt HK. (2015). Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: Önlenmesi ve korunmada hemşirelerin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2):292-304.
- Süzen B, Sarı D. (2020). Üriner Sistem ve Uygulamaları. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. Ay FA. (Ed), 4.baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Şanlı D, Sarıkaya A, Katırcıoğlu K. (2016). Yoğun bakım hastalarında kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının önlenmesinde kanıt dayalı önerilerin etkinliğinin incelenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(4):163-187.
- Şen S, Uğur E, Afacan S, Sönmezoğlu M. (2019). Yoğun Bakım Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Bakım Paketlerinin Kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(1):27-35.
- Şensoy N, Doğan N, Özek B, Karaaslan L. (2013). Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(8):18-22.
- Şenturan L. (2015). İnkontinas ve inkontinansı olan hasta bakımı, İçinde: *Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. Sabuncu N, Ay FA. (Eds), Nobel Matbaacılık, İstanbul, s.612-622.

- Tabachnick BG, Fidell LS. (2013). Using multivariate statistics. 6th ed, United States: Pearson Education.
- Tähtinen RM. Cartwright R. Vernooij RW. Rortveit G. Hunskaar S. Guyatt GH. Tikkinen KA. (2019). Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes. American journal of obstetrics and gynecology, 220(2):181.e1-181.e8.
- Talreja V, Ali A, Saeed S, Rani K., Samnani SS, Farid FN, Haider M. (2016). Trail without catheter after transurethral resection of prostate: clamp It or not? Scientifica, p.1-3.
- Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C. (2012). OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu validasyon çalışması. Üroloji Bülteni; 21(21):113-116.
- Taşdemir C. (2015). Risk faktörleri, önleyici tedbirler içinde üriner inkontinans tanı ve tedavi. *Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını*. Onur R. Bayrak Ö. (Eds), 2. Baskı, Nobel Kitap Evleri, s.77-83.
- Taşkın L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. baskı Akademisyen yayınevi.
- Tay MKX, Lee JLC, Wee LYJ, Oh HML. (2010). Evaluation of intensive care unit-acquired urinary tract infections in Singapore. Ann Acad Med Singapore, 39(6):460-465.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. (2011). Fundamentals of Nursing: The art and science of nursing care. 7th ed. PA: Woters Kluwer Health\Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, p.188-196.
- Tayyib N, Coyer F, Lewisa PA. (2016). Implementing a pressure ulcer prevention bundle in an adult intensive care. Intensive and Critical Care Nursing, 37:27-36.
- Teke T, Yavuz Z, Atalay H, Maden E, Solak Y, Uzun K. (2010). Yoğun bakımda kateter nedenli idrar yolu enfeksiyonlarını önlemede gümüş

- kaplı idrar sondasının etkinliği. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi, 2:45-47.
- Terzi H. Terzi R. Kale A. (2013). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi, 52(1):15-19.
- Topuz Ş. (2015). Üriner inkontinans ve cinsellik. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1):60-64.
- Turan ÖF. (2020). Bir Üniversite Hastanesi Erişkin Acil Servisinde Üriner Kateterizasyon Endikasyon ve Komplikasyonlarının Prospektif Gözlemsel Olarak İncelenmesi. G.Ü. Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. F Bildik).
- Türe Z, Ersoy S, Kalın G, Altun D, Meşe EA. (2015). Bir üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde gelişen nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonu insidansı, etken mikroorganizmalar ve duyarlılıkları. Flora, 20(4):188-194.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016). Türkiye Sağlık Araştırması. İçinde: Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Uğurlucan FG, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö. (2016). Türkiye’de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 79(4):141-146.
- Ün S, Yılmaz Y, Yıldırım M, Akdeniz F, Türk H, Koca O. (2015). Ciddi yanık travması olan hastalarda hastane kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu sıklığı ve risk faktörlerinin araştırılması. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, 21(1):57-62.
- Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. (2013) Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. TAF preventive medicine bulletin,12(3):231-242.
- Venkatram S, Rachmale S, Kanna B. (2010). Study of device use adjusted rates in health care–associated infections after implementation of

- “bundles” in a closed-model medical intensive care unit. *Journal of critical care*, 25(1): 174.e11-174.e18.
- Vidal MV, Gaithe FB. (2019). Antisepsia en el sondaje urinario y en el mantenimiento de la sonda vesical. *Medicina Intensiva*, 43(1):48-52.
- Wang LH, Tsai MF, Han CY, Huang YC, Liu HE. (2016). Is bladder training by clamping before removal necessary for short-term indwelling urinary catheter inpatient? A systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 10(3):173-181.
- Wilcox RR. (2012). *Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction*. United States: Chapman & Hall/CRC Press.
- Woods NF, Mitchell ES. (2013). Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women’s Health Study. *Menopause*, 20(9):915-921.
- Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis*, 94:44-48.
- Yalçın O, Timur S, Özbaş A, Özerdoğan N, Aslan E, Beji NK. (2011). Urinary incontinence prevalence and risk factors in women aged 20 and over in Malatya. *International Journal Of Urological Nursing*, 5(2):65-72.
- Yalçın Ö. (2004). *Jinekolojik Üroloji (Ürojinekoloji)*. İçinde: *Jinekoloji*. Berkman S. (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.97.
- Yalçın ÖT. (2012). *Ürojinekoloji. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (Eds), 3. Baskı, Atlas Kitapçılık, Ankara, s:1077-1117.
- Yatim J, Wong KS, Ling ML, Tan SB, Tan KY, Hockenberry M. (2016): A nursed driven process for timely removal of urinary catheters. *International Journal of Urological Nursing*, 10(3):167-172.

- Yılmaz E. (2019). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonlar ve kanıta dayalı uygulamalar. *Yoğun Bakım Hemşireliği*. Özer N. (Ed), 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara, p.27-36.
- Yılmaz F, Özden D. (2019). Hemşirelerin kalıcı üriner kateterizasyonda mesane jimnastiğine ilişkin uygulama ve görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21(1-2):55-68.
- Yılmaz F. (2017). Hemşirelerin Kalıcı Üriner Kateterizasyonda Mesane Egzersizine İlişkin Uygulama ve Görüşleri. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. D Özden).
- Yılmaz M. (2014). Exercise and physical activity in type I diabetes. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 5(3):53-58.
- Yoon B, McIntosh SD, Rodriguez L, Holley A, Faselis CJ, Liappis AP. (2013). Changing behavior among nurses to track indwelling urinary catheters in hospitalized patients. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, Marquart ME. (Ed), p.1-4.
- Yücel U, Hadımlı A, Koçak YÇ, Ekşioğlu AB, Dilek S, Saydam BK. (2018). Bornova’da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3):414-423.
- Zhang Y, Cao W, Xiao M, Li YJ, Yang Y, Zhao J, Zhou X, Jiang W, Zhao YQ, Zhang SY, Li TS. (2020). Clinical and coagulation characteristics of 7 patients with critical COVID-2019 pneumonia and acro-ischemia. *Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi*, 41(0):E006.
- Zhengyong Y, Changxiao H, Shibing Y, Caiwen W. (2014). Randomized controlled trial on the efficacy of bladder training before removing the indwelling urinary catheter in patients with acute urinary retention associated with benign prostatic hyperplasia. *Scandinavian Journal of Urology*, 48(4):400-404.

Zilinskas GB. (2018). Female urinary incontinence. Physician Assistant Clinics, 3(1):69-82.



EKLER

EK-1 Güç Analizi Raporu

EK-2 Üriner Enfeksiyon ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Eğitimi

EK-3 Hasta Tanılama Formu

EK-4 Hasta İzlem Formu

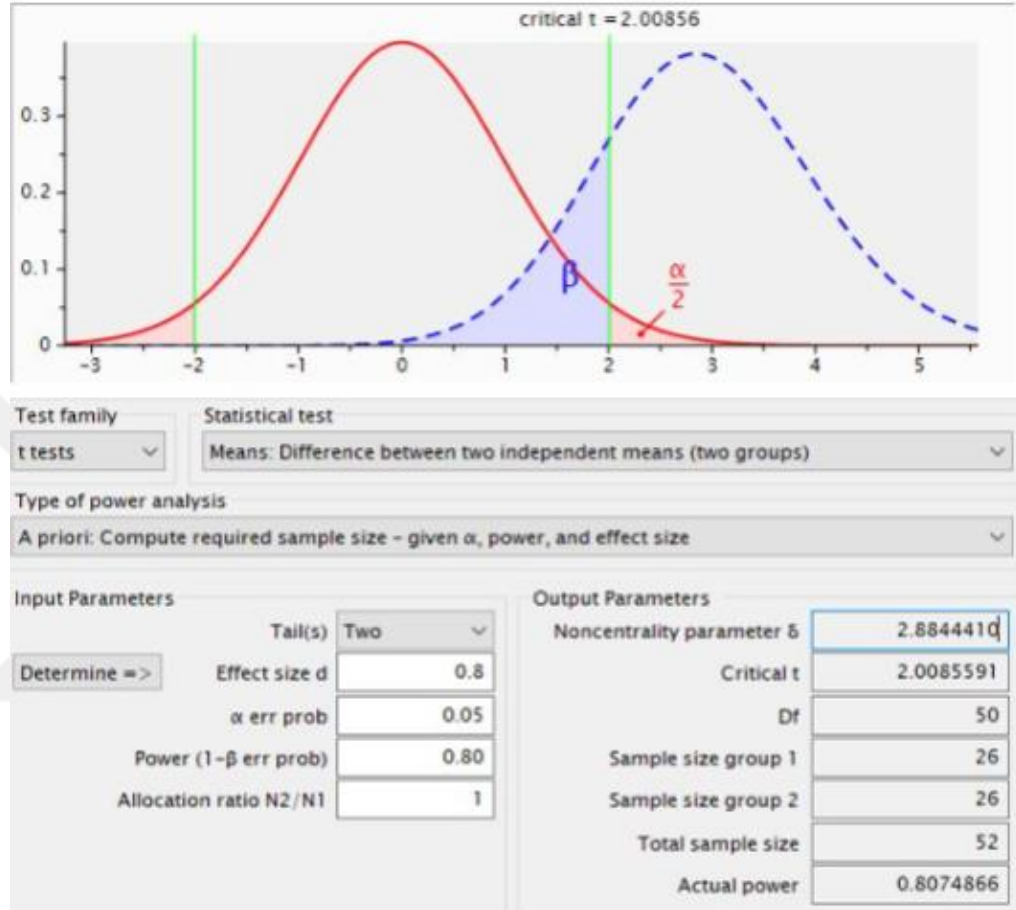
EK-5 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu

EK-6 Üriner Enfeksiyon ve İnkontinansı Önleme Bakım Paketi Uygulaması

EK-7 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu Kullanım İzni

GÜÇ ANALİZİ

Figure1.



Ek-2



Ek-3

HASTA TANILAMA FORMU (ilk yatışında doldurulacak)

- 1) Adı-Soyadı:
- 2) Yaş:
- 3) Hastanın Eğitim Durumu
a) İlköğretim ve altı b) Lise ve üzeri
- 4) Hastanın yatış tanısı :
- 5) Telefon numarası:.....E-posta:.....
- 6) Hastaya ürolojik girişim yapıldı mı?
a) Evet b) Hayır
- 7) Ailede kronik hastalık öyküsü var mı?
a) Evet b) Hayır
- 8) Cevabınız evet ise nedir?
a) DM b) Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) c) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
d) Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) e) Obezite, f) Malignite, g) İmmünsüpresyon k) SVO
l) Diğer (.....)
- 9) Menopoza girdiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 10) Cevabınız evet ise kaç yıldır menopoz dönemindeyiz?
a) 1-5 yıl b) 5 yıl ve üstü
- 11) Hangi menopozal dönemde yer alıyorsunuz?
a) menopoz b) postmenopoz
- 12) Menopoza girme şekliniz nedir?
a) Doğal menopoz b) Cerrahi menopoz
- 13) Daha önce doğum deneyiminiz oldu mu?
a) Hayır (soru 18'e geçiniz) b) Evet
- 14) Yaptığınız doğum sayısı nedir?
a) 1-3 b) 3-5 c) 5 ve üstü
- 15) Doğum şekliniz nedir?
a) Normal doğum b) Sezeryan
- 16) 4000 gr üzerinde doğum yaptınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 17) Epizyotomi(normal doğumda kesi dikiş veya yırtılma) öyküsü var mı?
a) Evet b) Hayır
- 18) Kegel egzersizleri uyguladınız mı?
a) Evet b) Hayır
- 19) Beden Kütle İndeksi (BKİ):.....
- 20) Sigara kullanımı(gün/paket)/alkol/ilâç bağımlılığı:
a) Hayır b) Evet (belirtiniz).....
- 21) Düzenli olarak kullandığınız bir ilâç var mı?
a) Hayır b) Evet (belirtiniz).....

EK: 4

HASTA İZLEM FORMU (yatış süresince)

- 1) Katater takılma tarihi nedir?
- 2) Takılan kateterin çeşidi nedir?
 - a) Kendinden Klemppli Foley Kateter b) Foley Kateter
- 3) Foley kataterin özelliği
 - a) Silikon foley katater (7 gün) b. Lateks veya teflon katater (3 hafta) c. Silikon sonda (3 haftadan fazla)
- 4) Uygulanan kateter çapı nedir?
 - a) 14 FR b) 16 FR c) 18 FR d) 20 FR ve üstü
- 5) Kateterin kaldığı gün sayısı nedir?
 - a) 1 haftadan az b) 1-2 hafta c) 2-4 hafta d) 1 ay ve üzeri
- 6) Daha önce üretral kateter uygulandı mı?
 - a) Uygulandı b) Uygulanmadı c) Hatırlamıyorum
- 7) Hasta antibiyotik kullanıyor mu?
 - a) Evet (.....) b) Hayır
- 8) Hastanın Genital ve perineal muayenesinde anomali (prolapsus, sistosel, rektosel, anatomik anormallikler, vajinal atrofi veya kitle) mevcut mu?
 - a) Evet (.....) b) Hayır
- 9) Hastada üriner sistem enfeksiyonu semptomları (Ateş, pollaküri, dizüri veya suprapubik duyarlılık, idrar renginde koyulaşma, bulanıklaşma, yan ağrısı) mevcut mu?
 - a) evet (.....) b) hayır
- 10) İdrar kültüründe üreme var mı?
 - a) Evet b) Hayır
- 11) Üreyen etkenin adı nedir?
 - a) Esheria coli b) Enterococcus spp c) Enterobacter spp. d) Candida spp. e) Klebsiella spp. f) P.aeruginosa g) Diğer
- 12) İdrar yolu enfeksiyonu var ise foley sonda kalış günü ve kateter takılmasının kaçınıcı gününde gelişti?
 - a) 1 haftadan az b) 1-2 hafta c) 2-4 hafta d) 1 ay ve üzeri
- 13) Üriner katater çıkarılma tarihi nedir?
- 14) Enfeksiyon Parametirleri:

İDRAR	1. TAKİP	2. TAKİP	3. TAKİP
	Hastalığın kaçınıcı günü:	Hastalığın kaçınıcı günü:	Hastalığın kaçınıcı günü:
Lökosit Değeri			

AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA FORMU (TABURCULUK GÜNÜ)

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir ?	Hiç	Çok az	Biraz	Epeyce	Çok	Çok fazla
1. Gündüz saatlerinde sık idrara çıkma?	0	1	2	3	4	5
2. Rahatsızlık verici bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
3. Ani ve beklenmedik bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
4. Kazara az miktarda idrar kaçırma?	0	1	2	3	4	5
5. Gece idrara gitme?	0	1	2	3	4	5
6. Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma?	0	1	2	3	4	5
7. Kontrol edilemez bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
8. Aşırı idrar yapma isteği ile beraber idrar kaçırma?	0	1	2	3	4	5
Cinsiyetiniz erkek mi?	Eğer erkek ise, ☐ skorunuza 2 puan ekleyiniz					

Lütfen yukarıdaki sorulara verdiğiniz cevapları toplayınız:

AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA FORMU (TABURCULUK SONRASI 1. AY)

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir ?	Hiç	Çok az	Biraz	Epeyce	Çok	Çok fazla
1. Gündüz saatlerinde sık idrara çıkma?	0	1	2	3	4	5
2. Rahatsızlık verici bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
3. Ani ve beklenmedik bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
4. Kazara az miktarda idrar kaçırma?	0	1	2	3	4	5
5. Gece idrara gitme?	0	1	2	3	4	5
6. Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma?	0	1	2	3	4	5
7. Kontrol edilemez bir idrar sıkıştırmaları?	0	1	2	3	4	5
8. Aşırı idrar yapma isteği ile beraber idrar kaçırma?	0	1	2	3	4	5
Cinsiyetiniz erkek mi?	Eğer erkek ise, ☐ skorunuza 2 puan ekleyiniz					

Lütfen yukarıdaki sorulara verdiğiniz cevapları toplayınız:

- Hastada üriner sistem enfeksiyonu semptomları (Ateş, pollaküri, dizüri veya suprapubik duyarlılık, idrar renginde koyulaşma, bulanıklaşma, yan ağrısı) mevcut mu?
 - Evet (.....) b) Hayır
- Taburculuk sonrası hekime başvuruldu mu?
 - Evet (.....) b) Hayır

ÜRİNER ENFEKSİYON VE İNKONTİNANSI ÖNLEME BAKIM PAKETİ



EK-6 DEVAM



Ek-6 DEVAM

KATETERİZASYONDA ASEPTİK YÖNTEMLER:

☐ Hekim istemi kontrol edilir ve Eller yıkanır.



☐ Gerekli tüm malzemeler hastanın yanına temiz bir alana yerleştirilir.



☐ İdrar torbası paketi açılır ve klembi kapatılır.



İşlem sırasında bölünmeleri ve cerrahi aseptik tekniğin bozulmasını önlemek amacıyla ikinci bir hemşireden yardım istenir.



☐ Hastaya işlem açıklanır. Hastanın mahremiyeti sağlanır.



Üretral meatusun daha iyi görülmesini sağlamak amacıyla kadına dorsal rekümbent pozisyonu verilir.



☐ Nonsteril eldiven giyilir.



☐ Hastanın perineal bölgesi kontrol edilir. Eğer kirliyse önce sabun ve ılık su ile temizlenir.



☐ Steril eldiven giyilir.



Kolay ulaşılabilir bir noktaya steril kateterizasyon bohçası aseptik yöntemler kullanılarak açılır.



☐ Steril olan tüm malzemeler paketlenmiş olarak steril alana bırakılır.



Kateterin balonunu şişirmek için kateterler üzerinde yazan miktarda steril sıvı enjektöre çekilerek steril alana bırakılır.



Steril alanda kullanılacak malzemeler düzenlenir ve kullanıma hazır hale getirilir.



☐ Kateterin ucuna kadınlarda 2.5-5 cm kayganlaştırıcı jel sürülür.



Aktif olmayan elinizle labia majör ve minörleri yana doğru açın ve bu durumu uygulama boyunca koruyunur.



Steril pens ile tamponlar tutulup antiseptik solüsyonla uygulama alanı yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir.



Aktif olmayan el aynı pozisyonda korunurken meatusun görülmesi için labia minörler açılır.



Aktif el ile kateter alınır. Kateterin üst ucu idrar gelinceye kadar meatus içine itilir (5-7.5 cm).



Aktif olmayan el bırakılır. Kateterin balonu enjektör ile steril sıvı verilerek şişirilir. Kateter yavaşça geri çekilerek mesane boynuna oturtulur.



☐ Kateterin ucu idrar torbasına bağlanır.



☐ İdrar torbası mesanenin altında olacak şekilde yatak kenarına asılır.



☐ Drenaj torbası kontrol edilir. Varsa kıvrılma veya sıkışma düzeltilir.



☐ Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır.



☐ Eldiven çıkarılır, el hijyeni sağlanır.

Ek-6 DEVAM

Planlı Sonda Çıkarılma Basamakları

1. Katater çıkarma kararı verildikten sonra katater klemple kapatılır.



2. Kateter 3-4 saat kapalı kaldıktan sonra tekrar açılır ve idrar 5 dk da drene edilir.



3. Bu işlem 3 kez tekrarlanır.



4. Enjektörle, sondaya daha önce şişirmek için verilen sıvı geri çekilir.



5. Kateter, yavaşça geri çekilir.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sevcan KUTLUĞ

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Lise-Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi, Tıbbi Laboratuvar Bölümü (2009 – 2012)

Lisans- Kocaeli Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü (2013 – 2017)

Yüksek Lisans- Sakarya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik (2018- 2021)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Hemşire (2017-Halen)

IV- Mesleki Deneyimi

Özel Medipol hastanesi (2017)

Kocaeli Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi (2017-2018)

Gebze Fatih Devlet Hastanesi (2018-Halen)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

Öğrenci Hemşireler Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları:

Yayınları: ÖZCAN S. YAMAN Y. YÜZÜGÜLDÜ S. (2017). Hemşirelik Tanılarının Kullanımında Öğrenciler Nerede? 16.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster bildirir.

KÖKÇÜ ÖD, KUTLUĞ S. (2020). Menopoz dönemi obez kadınlarda swanson bakım kuramının kullanımı ve hemşirelerin rolü. 3. Uluslararası 4. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi (8-10 Ekim), Poster Bildiri.

KÖKÇÜ ÖD, KUTLUĞ S. (2021). Menopoz dönemi obez kadınlarda swanson bakım kuramının kullanımı ve hemşirelerin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(2), 149-153.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Bölüm İkinciliği

16.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi – Poster Bildiri Üçüncülüğü Ödülü.

Projeleri

Bilimsel Araştırma Projesi 2020

Verdiği konferans ya da seminerler

Katıldığı paneller (panelist olarak)

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

Kocaeli Üniversitesi-Pedagojik Formasyon 2017

Okul Sağlığı Hemşireliği Sertifikası 2020

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

1.Uluslararası 4.Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Kongresi 2017

İş Sağlığı Hemşireliği Paneli 2016

Organ Bağışı Paneli 2016