

HEMŐİRELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ

HEMŞİRELİK BAKIM ESASLARI MODÜLÜ

KONUNUN ADI: ÜRİNER SİSTEM UYGULAMALARI

DERSİ HAZIRLAYAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Prof. Dr. Leyla KHORSHID

BÖLÜM HEDEFLERİ:

1. Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme
2. İdrar örneği alma türlerini sayabilme
3. İdrar inkontinansını tanımlayabilme
4. Mesane eğitimi tanımlayabilme
5. İdrar retansiyonunu tanımlayabilme
6. Üriner sistemde kullanılan kateter türlerini sayabilme
7. Kateterizasyon türlerini sayabilme
8. Mesane kateterizasyonunun komplikasyonlarını sayabilme
9. Mesane irrigasyonu türlerini sayabilme
10. Konu içinde geçen kavramları kavrayabilme
11. İdrar örneği alma yöntemlerinde doğru ilkelere uyarak çalışmanın öneminin farkında olabilme
12. Mesane kateterizasyonunda kullanılan kateterler arasındaki farkı ayırd edebilme
13. Temiz idrar örneği alabilme
14. Steril idrar örneği alabilme
15. 24 saatlik idrar örneği alabilme
16. Geçici mesane kateterizasyonunu uygulayabilme
17. Kalıcı mesane kateterizasyonunu uygulayabilme
18. Kalıcı mesane kateterini çıkarabilme
19. Mesane irrigasyonunun gerçekleştirebilme
20. Kondom kateter takabilme
21. Mesane irrigasyonu yapılan hastanın bakımını gerçekleştirebilme
22. Kondom kateter takabilme

KAVRAMLAR: idrar örneği, kateter, üriner kateterizasyon, geçici mesane kateterizasyonu, kalıcı mesane kateterizasyonu, enürezis, idrar retansiyonu, inkontinans, kendi kendine kesane kateterizasyonu, kondom kateter, suprapubik kateterizasyon

HEMŞİRELİK TANILARI: Dizüri, idrar retansiyonu, üriner sistem enfeksiyonu

ÜRİNER SİSTEM UYGULAMALARI

Üriner boşaltım böbrekler, üreterler, mesane ve üretra olmak üzere üriner sisteme ait dört organın etkili biçimde işlev görmesine bağlıdır. İdrar böbreklerde yapılır ve üreterler aracılığıyla mesaneye taşınır. İdrar yapma isteği oluşuncaya kadar mesanede tutulan idrar, üretra yoluyla vücut dışına atılır.

İDRAR ÖRNEĞİ ALMA

Hemşire analiz için gerekli idrar örneğini almakla sorumlu olduğundan, doğru idrar alma yöntemlerini bilmelidir. İdrar örneğini doğru yöntemlerle almama, tahlil sonucunun yanlış olmasına ve yanlış tanı konmasına yol açabilir. Örneğin; kontamine bir idrar örneği yanlış pozitif sonuca neden olabilir ve birey aslında kendisinde bulunmayan bir idrar yolu enfeksiyonu tedavisi görür.

İdrar örneği alma yöntemi yapılacak testin türüne göre değişiklik gösterir.

1.Temiz İdrar Örneği Alma: Bu yöntemle alınmış idrar, idrarın normal yapısının incelendiği testler için kullanılır. İdrar herhangi bir zamanda alınabilir.

Hastaya gerekli açıklama yapılır. Hasta temiz bir idrar kabı, sürgü veya ördeğe idrar yapar. Kadın hastalarda idrar örneğinin vaginal akıntı veya menstruasyon kanı ile kirlenmesini önlemek için, idrar yapmadan önce ostium vaginaya pamuk tampon konabilir. Hemşire idrarı uygun bir kaba boşaltır, üzerine hastanın adı, idrarın alındığı tarih ve saat yazılı bir etiket yapıştırır ve laboratuvara gönderir. Hastanın menstruasyonu varsa, idrarda eritrosit görülme olasılığı nedeniyle bu durum istem kâğıdında belirtilir.

2.Orta İdrar Örneği Alma: Üretral yolla mesane kateteri takılmaksızın, üriner sistem dışındaki mikroorganizmalarla kontamine olmamış steril idrar örneği almak için bu yöntem kullanılır. Bu yöntemle alınan idrar örneği, idrar kültürü ve kültür antibiyogram gibi mikrobiyolojik analizlerde kullanılır. Bu analizler hastalıkların tanısına ve uygun ilaç tedavisinin belirlenmesine yardım etmek ve yapılan tedavinin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılırlar.

ORTA İDRAR ÖRNEĞİ ALMA

Araç – Gereç:

-
- Sürgü veya ördek
 - Steril idrar kabı
 - Sabun ve su, ya da antiseptik solüsyon(ge
 - Steril eldiven

organları temizlemek için)

□ Kirli malzemeler için küvet

□ Steril pamuk ve gaz tampon

UYGULAMA

Orta idrar örneği tuvalette hasta tarafından, ya da hasta yatağında hemşire tarafından alınabilir. İdrar örneğini hastanın kendisi alacaksa, gerekli malzemeler verilir ve işlemi nasıl yapacağı anlatılır.

İşlemi hemşire uygulandığında ;

- Onayını almak ve işbirliği sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Gerekli araç-gereç tedavi arabasına hazırlanır ve hastanın odasına getirilir.
- Hastanın gizliliğini sağlamak için perde veya paravana çekilir.
- Hastaya genital alanını açması söylenir.
- Sürgü veya ördek yerleştirilir. Hastanın rahat bir pozisyonda olmasına dikkat edilir.
- Steril eldiven giyilir.
- Kadın hastada üretral meatus ve çevresi antiseptik solüsyonlu (veya sabunlu) tamponlarla önden arkaya doğru üç kez silinir.

Hem kadın, hem de erkek hastada yapılan silme işleminde her tampon bir kez kullanılır. Erkek hastada sünnet derisi varsa, idrar örneğinin kontaminasyonunu önlemek için, sünnet derisi çekilerek silme işlemi yapılır ve idrar örneği alınıncaya kadar bu pozisyon sürdürülür.

- Hastaya idrar yapması söylenir.
- İlk akan idrar, üretranın içini yıkayıp bakterilerin sürüklenip atılmasını sağadığı için, sürgüye veya ördeğe akıtılır. Steril idrar kabına ortadaki yaklaşık 30 cc. idrar alınır. Ayrıca idrar kabının genital organlara veya parmakların idrar kabının steril olan iç yüzüne veya ağız kenarına değmemesine dikkat edilmelidir.
- Steril idrar kabının kapağı kapatılır. Steril idrar tüpü kullanılıyorsa üstü steril pamuk tamponla kapatılır.
- İdrar tüpüne veya kabına, üzerinde hastanın adı, idrarın alındığı tarih ve saat yazılı etiket yapıştırılır.
- Yapılan işlem kaydedilir.
- İdrar örneği laboratuvara gönderilir.

İdrar örneği alındıktan hemen sonra ya da en geç bir saat içinde laboratuvara gönderilir. Bu olası değilse, +4 C'de buzdolabında tutulur ve en kısa zamanda laboratuvara gönderilir. İdrarın oda ısısında bekletilmesi mikroorganizmaların üremesini kolaylaştırır.

3.Kalici Mesane Kateterinden Steril İdrar Örneği Alma: Kalıcı mesane kateteri olan hastadan, idrar kültürü ve kültür antibiyogram testi gibi mikrobiyolojik analizlerde kullanılacak idrar bu yöntemle alınır. Kalıcı kateteri olan hastada, idrar torbasında bakterilerin hızla üremesi ve idrarda mikroorganizma miktarı ölçümünde hataya neden olabilmesi nedeniyle idrar örneği idrar torbasından alınmamalıdır.

ORTA İDRAR ÖRNEĞİ ALMA

Araç – Gereç:

- Steril enjektör ve 21-22 Gauge'lik iğne
- Bir çift temiz eldiven
- Steril idrar örneği kabı veya tüpü
- Pamuk veya gaz tampon
- Alkol
- Kirli küveti

UYGULAMA

- Onayını almak ve işbirliği sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Kullanılacak araç-gereç tedavi tepsisine hazırlanır ve hastanın odasına getirilir.
- İdrarın birikmesini sağlamak için işlemden 15 dk. önce idrar torbasının üzerindeki kısıkaç kapatılır, idrar torbası üzerinde kısıkaç yoksa, aynı amaçla bir penset kullanılabilir.
- Eldivenler giyilir.
- İdrar torbasının tüpü üzerinde özel bir giriş yoksa ve kateter kauçuktan yapılmışsa idrar kateterden alınır. Kateterin idrar tüpü ile bağlantı yerinin hemen üzerindeki alan alkollü tamponla silinir, iğne ile 45'lik açı ile girilir ve idrar enjektöre çekilir. Bu işlemi yaparken balona giden bölmeye girmemeye ve balonu patlatmamaya dikkat edilir.
- Enjektöre alınmış idrar örneği steril idrar kabına veya tüpüne boşaltılır. Üstü kapakla veya tüp kullanılıyorsa pamuk tamponla kapatılır.
- İdrar kabına veya tüpüne, hastanın adı, idrarın alındığı tarih ve saat yazılı etiket yapıştırılır.
- İdrarın akmasını sağlamak için idrar torbasının tüpü üzerindeki kısıkaç açılır.
- Yapılan işlem kaydedilir.
- İdrar örneği hemen veya en geç bir saat içinde laboratuvara gönderilir. Bu olası değilse, +4 C'de buzdolabında tutulur ve en kısa zamanda laboratuvara gönderilir. İdrar hemen laboratuvara gönderilemeyecekse, koruyucu madde olarak borik asit içeren özel kaplara da alınabilir.
- Eğer kateter silastik, plastik veya silikondan yapılmışsa ve idrar torbasının tüpü üzerinde

özel giriş yeri yoksa, katetere iğne sokulmamalıdır. Çünkü daha sonra iğnenin giriş yerinden idrar sızabilir. Bu durumda kateter ve idrar torbası tüpünün birleştiği yer, alkollü pamuk veya gaz tamponla silinir, kateter ve idrar torbası birbirinden ayrılır ve idrarın steril idrar tüpüne veya kabına akması sağlanır. Bu işlem sırasında kontaminasyondan kaçınmak için, kateterin ve idrar torbası tüpünün ucu hiçbir yere değdirilmez, ya da idrar torbası tüpünün ucuna steril eldiven geçirilerek işlem tamamlanır. Daha sonra her iki birleşme noktası alkollü tamponla silinir ve birleştirilir.

4. 24 Saatlik İdrar Toplama: Bazı tanı testleri için 24 saat boyunca yapılan idrar toplanır. Bu test için genellikle 2-3 litrelik plastik veya cam bir kap kullanılır. İdrar toplamaya başlamadan önce, kaba herhangi bir koruyucu madde ilave edilmesinin gerekli olup olmadığını anlamak için laboratuvar istem formu kontrol edilir.

- İşlem hastaya açıklanır.
- Hastaya idrar yapması söylenir. Hastanın idrar yaptığı zaman (örneğin;5.4.1997 saat 08.) kaydedilir ve yapılan bu idrar atılır.
- Bundan sonraki 24 saat boyunca hastanın yaptığı tüm idrar biriktirilir. Gerekirse idrar buzdolabında tutulur. 24 saatlik idrar toplama işleminin başarılı olabilmesi, tüm çalışanlarla iyi bir iletişimi gerektirir. Hasta yatağına, tuvalete, temiz çamaşır odasına ve hasta dosyasındaki bakım planına bu konuyla ilgili uyarı notu yazılmalıdır. Eğer bu süre içinde biriktirilen idrar, idrarın toplandığından haberdar olmayan birisi tarafından yanlışlıkla atılırsa, 24 saatlik idrar toplama işlemine yeniden başlanır. Eğer idrar biriktirme kabına koruyucu bir madde ilave edilmişse, hastaya doğrudan kaba idrar yapmaması söylenir. Çünkü birçok koruyucu madde asittir ve idrar yaparken cilde sıçradığı takdirde, yanıklara neden olur.

5. İki Kez İdrar Yaparak İdrar Örneği Alma: Bu yöntemle alınan idrar, diyabetik bireylerde idrarda glukoz ve keton cisimcikleri olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılır. Bireyin idrarını yaparken mesanesini tamamen boşaltması sağlanmalıdır. İlk idrarı yaptıktan sonra idrar örneği alınır ve analiz edilir. İdrarı yaptıktan 20-30 dk. sonra bireye tekrar idrar yapması söylenir. İkinci kez idrar yapmayı kolaylaştırmak için, bireye su içmesi önerilebilir. Ancak yapılacak idrar analizi olabildiğince az idrarı gerektirir. İkinci idrar alınır ve tekrar glukoz ve keton cisimcikleri yönünden analiz edilir.

İDRAR BOŞALTIMINDA HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Hastalık sırasında hastanın bireysel boşaltım alışkanlıklarının en az düzeyde değişikliğe uğratılması büyük önem taşır. Hastanın idrar boşaltımı ile ilgili bireysel özelliklerini ve sorunlarını belirlemek için hemşire ;

- Gelişimsel değişiklikleri göz önünde bulundurmalı
- İdrar yapma alışkanlıklarını belirlemeli (ne sıklıkla ve ne zaman idrar yaptığı, idrar yapmasını etkileyen etmenler, boşaltım sonrası hijyen hakkındaki bilgisi ve uygulamaları, boşaltıma ilişkin tutumu, boşaltım ile ilgili sorunları ve bunlarla nasıl başettiği)
- İdrar boşaltımındaki değişiklikleri ve bunu etkileyen ya da birlikte bulunan etmenleri belirlemeli
- Fiziksel inceleme yapmalı
- İdrar miktarı ve özelliklerini saptamalı
- Tanı testleri ve muayene sonuçlarından elde edilen bilgiyi gözden geçirmeli
- Daha önce geçirdiği ameliyatları belirlemelidir.

Hasta her idrar yaptığında hemşire, çıkan idrarı ölçerek miktarını belirler, aynı zamanda idrarı renk, berraklık ve koku yönünden inceler. Hasta idrarında normal olmayan bir özellik farkedildiğinde kaydedilir ve hekime bildirilir.

Hem günlük toplam idrar miktarı, hem de her defasında yapılan idrar miktarı; sıvı alımı, diğer yollarla kaybedilen sıvı, ateş, ortamın ısısı, yaş (çocuklar erişkinlere oranla daha fazla idrar çıkarırlar), yüksek proteinli diyet alımı (daha fazla idrar yapımına neden olur) veya diüretik ilaçlar gibi birçok etmene bağlıdır. Hemşire hastaya normalde günde yaklaşık kaç kez idrar yaptığını ve son zamanlarda idrar yapma alışkanlığında bir değişiklik olup olmadığını sorar.

Çıkarılan İdrar Miktarının Ölçülmesi: Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı miktarının ölçülmesi, hemşirenin önemli bir işlevidir. Hastanın tıbbi ve hemşirelik bakımının planlanması için, bütün yollarla alınan ve çıkarılan toplam sıvı miktarının bilinmesi gerekir. Patojen mikroorganizmaların veya kanın bulaşmasını önlemek için, idrarla ilgili yapılan işlemlerde idrar kabı tutulurken hemşirenin eldiven giymesi gerekir.

Hastanın çıkardığı idrar miktarı şöyle ölçülür:

- Hasta yatakta ya da tuvalette bir sürgü veya ördeğe idrar yapar.
- İdrar ölçülü bir kaba boşaltılır.
- Ölçülü kap, miktarın doğru okunması için raf gibi düz bir yüzeye konur. İdrar miktarı göz seviyesinde okunarak, aldığı-çıkardığı sıvı formuna kaydedilir. Bu form ya hasta yatağının başında tutulmalı ya da tuvalet kapısına yapıştırılmalıdır. Her nöbet değişiminde (8 saatlik bir nöbette) ve 24 saatteki toplam miktar, hastanın dosyasına kaydedilir.
- İdrar tuvalette boşaltılır. Ancak idrar örneği alınacaksa, idrar boşaltılmaz.
- Yürüeyebilen hastalara, tuvaleti kullandıktan sonra idrar miktarının ölçülmesi gerektiği söylenir. İstekli olan ve bunu yapabilecek olan hastalara, kendi idrar ölçümü ve kayıt işlemi yaptırılabilir.

Kalıcı Mesane Kateteri Olan Hastada İdrar Miktarının Ölçülmesi

- Ölçülü bir kap yatak kenarına getirilir ve idrar torbasının altına yerleştirilir.
- İdrar torbasının çıkış deliği ölçüm kabının altına gelecek şekilde yerleştirilir ve klemp açılır.
- İdrarın torbadan ölçüm kabına akması sağlanır. Daha sonra yukarıda anlatılan işlemler tekrarlanarak ölçüm tamamlanır.

Durumu ağır olan kateterli hastalarda, idrarın saatlik olarak ölçülmesi gerekebilir. Bu işlem için özel ölçüm bölmesi olan idrar miktarını ölçüp kaydettikten sonra, bu özel bölmedeki idrarın alt deliği açılır ve idrar torbaya boşaltılır. Böylece özel bölme, sonraki bir saatlik idrar miktarını ölçmek için hazırlanmış olur.

İDRAR BOŞALTIMINDA DEĞİŞİKLİKLER

İdrar İnkontinansı: İdrar inkontinansı, istem dışı idrar kaçırmasıdır. Çeşitli biçimlerde ve derecelerde görülebilir. Parsiyel inkontinans bireyin kısmen idrar kaçırması, kısmen de normal yolla idrar yapmasıdır. Total inkontinans, bireyin hiç idrar tutamaması ve sürekli damla damla idrar kaçırmasıdır. Stres inkontinans, bedensel faaliyetler sonucu mesane içi basıncının artmasına karşılık üretral sfinkterin yetersiz cevabı sonucu oluşur. Özellikle orta ve ileri yaştaki kadınlarda sistosel ile beraberdir. Gülme, ağır kaldırma, ıkınma, eğilme ve öksürme gibi durumlarda görülür.

Urgency inkontinans, ani ve şiddetli bir şekilde kontrolsüz idrar yapmadır. En sık olarak mesane enfeksiyonları, mesane spazmları ve nöromüsküler disfonksiyon nedeniyle görülür.

İnkontinans her yaşta görülebilir ve erişkinlerde daha yaygındır. İnkontinansı olan birey, giysilerinin idrarla ıslanması ve oluşan kötü koku nedeniyle kendini toplumdan soyutlayabilir. Yatağa bağımlı hastalarda sürekli idrar inkontinansı görülmesi, asit idrarın cildi tahriş etmesi sonucu yatak yarasına zemin hazırlar. İnkontinanslı hastaya bakım veren hemşirenin; hastanın sıvı alımı, hareket etme, görme ve işitme durumu, ev koşulları ve tualete erişebilme olanakları konusunda yeterli bilgi almalıdır.

İnkontinanslı Hastanın Bakımı

- **Cilt Bakımı:** İnkontinans nedeniyle cildin sürekli nemli kalması, cildin tahriş olmasına ve cilt bütünlüğünün bozulmasına yol açar. Bu durum yatağa bağımlı hastalarda yatak yarasına zemin hazırlar. Bunları önlemek için cilt temiz ve kuru tutulmalıdır. Perine bölgesi su ve sabunla yıkanır ve hava ile temas etmesi için bu bölge açıkta bırakılır. Eğer giysileri korumak için ped kullanılması gerekiyorsa, ıslandığında ciltte kuruluk sağlayan bir ped tercih edilmelidir.

□ **Kondom Kateter** : Erkek hastalara kondom kateter uygulanabilir. Kondom kateter uygulanmadan önce, varsa pubik kıllar traş edilir, kateterin bantlanacağı penisin kök kısmı, alkolle temizlenerek, yağlardan arındırılır ve kateter uygulanır. Kateterin 24 saatte bir çıkarılıp temizlenmesi ve cildin hava ile temas etmesi sağlanır. Penis; kızarıklık, ödem ve ciltte soyulma yönünden gözlenir.

□ **Mesane Eğitimi** :

○ Hemşire inkontinanslı hastaya mesane eğitimi yapmalıdır. Bu eğitim, düzenli idrar yapma alışkanlıklarının oluşturulmasıyla başlar. Örneğin ; birey her bir veya iki saatte bir tualete veya lazımlığa oturtulur ve idrar yapmasına yardım edilir. Bu zaman aralıkları, mesanenin boşalma sıklığına bağlı olarak, başlangıçta kısa olabilir. Mesane eğitimi ilerledikçe, bu zaman aralıkları uzatılır.

○ Bilinci açık hastalarda sürekli olarak alt bezi kullanılmamalıdır. Alt bezi yalnızca sosyal faaliyetlerde ve gezilerde kullanılmalıdır.

○ Hastanın durumu uygunsa, 24 saatte 2000-2500 ml. sıvı verilmelidir. İnkontinanslı hastalar, az sıvı aldıklarında idrar olmayacağını düşünürler. Hastaya idrar yapma refleksini uyarmak için yeterli miktarda idrar yapımının gerekli olduğu açıklanır. Mesane eğitimi programında, gün boyunca serbest sıvı alımı sağlanır ve gece idrar yapımını azaltmak için akşamları sıvı alımı sınırlandırılır.

○ Hastaya, pelvik taban kaslarını güçlendirmek için, idrar yaparken yarıda bırakma ve tekrar idrar yapma biçimindeki Kegel egzersizi öğretilir.

○ Bakım veren tüm sağlık ekibi üyelerinin işbirliği yaparak olumlu bir tutum takınmaları ve ruhsal destek vermeleri, inkontinanslı hastanın iyileşmesinde büyük yarar sağlar.

İdrar Retansiyonu : Hastanın mesanesi dolu olduğu halde idrar yapamamasıdır. Akut idrar retansiyonunda hasta pubis üzerinde ağrı duyar ve simfizis pubis üzerinde elle hissedilebilen kitle (glob) bulunur ve hasta idrar yapamaz. Nedenleri; benign prostat hipertrofisi, üretrada yabancı cisim ve travma, nörojenik veya psikojenik hastalıklar, büyük ameliyatlara ve anestezidir. Nedeni bulununcaya kadar acilen üretral yolla mesane kateteri takılması veya suprapubik yolla idrarın boşaltılması gerekir.

Kronik idrar retansiyonunda hasta daha az ağrı duyar, idrara başlama zamanı gecikir ve idrar akımı iyice azalır.

Hastada idrar retansiyonu olduğu düşünüyorsa; son idrar yapma zamanı, bu zamandan beri alınan sıvı miktarı, normal idrar yapma alışkanlığı ve mesane yüksekliği kaydedilir. Eğer hemşirelik girişimleri ile hastanın normal idrar yapması sağlanamazsa hekim bethanechol veya neostigmin gibi kolinerjik bir ilaç önerebilir. Bunlar mesanenin kasılmasını uyarırlar.

Ancak mekanik bir tıkanma varsa asla kolinerjik ilaç verilmemelidir. Çünkü bu durumda idrarın çıkış yolu tıkalı olduğu halde mesane içi basıncı artar ve sonuçta idrar böbreklere geri gidebilir veya mesane rüptürü gelişebilir. Tüm bu önlemlerle hastanın idrar yapması sağlanamassa, hastaya mesane kateteri takılır. Kateterle ilk 1 saat içinde 500 cc. idrar boşaltılır. Kateter klempe edilir ve mesane tamamen boşalınca kadar her saat 200-300 ml. idrar boşaltılır. Bu uygulama akut idrar retansiyonundan sonra mesane kasında tonüs kaybını önler. Ayrıca mesanenin birdenbire tümüyle boşaltılması, mesane duvarındaki kan akımının normale dönmesini hızlandırır ve hastada üşüme, ateş, başdönmesi ve şok gelişebilir.

NORMAL İDRAR BOŞALTIMININ SÜRDÜRÜLMESİNE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Hastaneye yatma nedeniyle çevre ve rutindeki değişiklik ve önerilen tıbbi tedaviler, bazı bireylerin idrar boşaltım alışkanlıklarını bozabilir. Örneğin ; gece idrar yapma alışkanlığı olan bir hasta, gece odadaki diğer hastaları rahatsız etmekten çekinebilir ve bu alışkanlığını sürdürmeyebilir. Ayrıca hekim, hemşire ya da diğer sağlık çalışanlarının hastaya idrar boşaltımı hakkında sorular sorması ve iletişimin bu konuya odaklanması hasta için çok gizli ve kişisel olan idrar boşaltımı konusunun herkesi ilgilendirmeye başlaması hastanın kendini sıkıntılı ve kaygılı hissetmesine yol açabilir. Hastaneye yatış nedeni boşaltım sorunu olmayan hasta bile bunu deneyimler. Hastaların çoğu gizliliğin olmamasından rahatsız olurlar.

Normal idrar boşaltımının sürdürülmesine yönelik hemşirelik girişimleri, bağımsız hemşirelik işlevleridir ve yeterli sıvı alımının sağlanmasını, egzersizlerin yapılmasını, normal boşaltım alışkanlıklarının sürdürülmesini, gevşemenin ve gizliliğin sağlanmasını, pozisyonu ayarlamayı, idrar yapmayı çağrıştıran uygulamaların kullanımını ve hasta eğitimini kapsar.

1. **Sıvı Alımı:** Fazla sıvı alınması idrar yapımını arttırır, idrar yoğunluğunu azaltır, dolayısıyla üriner sistemde taş ve enfeksiyon oluşumunu önler. Günde ortalama 1200-1500 ml. sıvı alınması yeterlidir. Kusma, ishal gibi nedenlerle aşırı sıvı kaybı olan hastalarda, bu miktara ek bir sıvı verilmelidir. Sıvı alımını arttırmak için hasta, su oranı yüksek olan meyve ve sebzeleri yemeye teşvik edilir. Sıvı kısıtlaması yapılmayan yatağa bağımlı hastalara, üriner sistem taş ve enfeksiyonları önlemek için günde 2000-3000 ml. sıvı almaları önerilir.

2. **Egzersiz:** Egzersiz yapmak karın ve perine kaslarını güçlendirir ve idrar yapmaya yardım eder. Pelvik ve perine kaslarının güçlü olması, aynı zamanda idrar inkontinansını önlemeye yardım eder. Kegel egzersizleri perine kaslarını güçlendirir. Kegel egzersizini yapmak için, birey sanki idrar yapmayı durdurmaya çalışıyormuşçasına, perine kaslarını büzer ve daha sonra idrar yapmaya çalışıyormuşçasına kaslarını gevşetir.

3. Normal Boşaltım Alışkanlıklarının Sürdürülmesi: İdrar yapma refleksini uyaran alışkanlıkları vardır. Örneğin; çoğu birey kendi günlük yaşam düzeninde belirli zamanlarda idrar yapar. Hastane düzeni bazen bunu zorlaştırabilmesine rağmen olabildiğince bireyin bu alışkanlıklarını sürdürmesi desteklenmelidir.

4. Gevşeme ve Gizliliğin Sağlanması: İdrar yapabilmek için gevşeme çok önemlidir. Bireylerin gizliliğinin sağlanması gevşemeyi sağlamada önemli bir etmendir. İdrar yaparken, hastanın aynı zamanda gizliliğini sağlamak için paravana veya perde çekilmeli ve idrar yapmaları için yeterli süre verilmelidir. Bireyler, idrar yapmaları için zorlanmamalıdır. Hastalar hemşirenin istediği zamanda idrar yapamayabilirler. Örneğin; bir idrar örneği almadan birkaç dakika önce hastanın birşeyler içmesi veya gevşemesi gerekir. Ameliyattan veya doğumdan sonra, işlemin yol açtığı travma nedeniyle bireylerde idrar yapma güçlüğü olabilir. Aynı zamanda, idrar yapamazlarsa, kendilerine daha sonra idrar yapmayı baskılayan kateter takılmasından korkabilirler. İdrar yapamayan hastalara gevşeyebilmeleri için yeterli süre verilmelidir. Aynı zamanda elleri ılık suda bekletme, doğru pozisyonu verme gibi idrar yapmaya yardım edecek girişimler uygulanabilir. Ağrı kas gerginliğini arttırdığından ve bazen idrar yapma için gerekli olan zihinsel konsantrasyonu azalttığından, hastanın ağrı v.b. fiziksel rahatsızlıklarını azaltmak için gerekli girişimler uygulanmalıdır. Sürgünün soğuk olması, o anda kas gerginliğine neden olarak idrar yapmayı baskılayabilir. Bu nedenle yatağa bağımlı hastalarda kullanılan sürgünün ılık olması gerekir. Sürgü sıcak suda bekletilerek veya üzerine sıcak su dökülerek ısıtılabilir. Kullanılan sürgü aynı zamanda temiz ve kuru olmalıdır. Bazı durumlarda, hastaya gevşeme tekniklerinin öğretilmesi gerekebilir. Hastanın gevşemesini sağlamak için gazete, kitap v.b. şeyler okuması sağlanabilir.

5. Uygun Pozisyonu Sağlama: İdrar yapmak için normal pozisyon kadınlarda çömelme, erkeklerde ise ayakta durma pozisyonudur. Yerçekimi etkisinin azalması ve karın içi basıncının artmaması nedeniyle dorsal rekümbent pozisyonunda idrar yapmak zordur. Yatağa bağımlı kadın hastalara sürgü verirken hasta, normal idrar yapma pozisyonuna oldukça benzeyen Fowler's pozisyonuna getirilir ve sırtı yastı desteklenir. Olası ise, erkek hastaların ayakta idrar yapmasına yardım edilir. Ayakta veya oturur pozisyonda idrar yapmayı kolaylaştırmak için, hastaya pubik alanının üzerine bastırması veya öne doğru eğilmesi söylenir.

6. İdrar Yapmayı Çağrıştıran Uygulamaların Kullanımı: İdrar yapma şartlı bir reflekstir. Birçok hemşirelik girişimi idrar yapmayı kolaylaştırır. Bu girişimler fizyolojik temele dayanmazlar, ancak çoğunlukla idrar yapmayı çağrıştıran etkili olurlar. Bu hemşirelik girişimleri şunlardır :

- İdrar yapmayı başlatmak için, hastaya duyabileceği uzaklıktaki bir musluktan akan su sesi dinletilir. Bu uygulama, yalnızca idrar yapmayı sağlamakla kalmaz, aynı zamanda kendi idrar yapma sesinin başkaları tarafından duyulmasından rahatsız olan hastaları rahatlatarak idrar yapabilmelerini sağlar.
- Hastanın elleri ılık suda bekletilir.
- Hastanın perinesi üzerine ılık su dökülür. Bu uygulama hem idrar yapmayı çağrıştırır, hem de kas gevşemesini artırır.
- İdrar yapma refleksini uyarmak için uylukların iç yüzüne hafifçe vurulur veya buz uygulanır.
- Hastanın karnının alt kısmına sıcak uygulama yapılır.
- Hasta ılık su dolu küvete oturtulur.
- Hasta idrar yapma hissi duyduğunda gecikmeden gerekli yardım yapılır. Gecikme olduğunda idrar yapma isteği kaybolabilir ve idrar yapmak zor olabilir.

7. Hasta Eğitimi: Vücudun normal yapısı ve işleyişi, ve sağlığın sürdürülmesine yönelik girişimler hakkında bilgi sahibi olan bireylerin kendi bakımını sürdürmede daha ilgili oldukları bilinmektedir. Aynı zamanda bireyler eğer mantığını biliyorlarsa, sağlığa ilişkin önerilere daha iyi uyarlar. Bundan dolayı hemşirelik bakım planında daima eğitimle ilgili girişimler yer alır. Hastanın durumuna göre değişiklik gösterse de genellikle hasta bakım planında şu konular hakkında eğitim yer almalıdır.

- Üriner sistemin işlevi
 - İdrar yapmayı etkileyen etmenler
 - Üriner boşaltım sorunlarının belirti ve yakınmaları ve bu sorunları önleme ve giderme yöntemleri
 - Normal idrar yapmanın sürdürülmesine ilişkin kendi kendine uygulanabilecek girişimler.
- Bireyin normal idrar yapmasını sürdürmeye yönelik birçok hemşirelik girişimi vardır. Ancak en önemlisi olumlu bir tutumun sürdürülmesidir. Hemşire anlayış ve güvenle davrandığında hasta istenen başarıya ulaşma eğilimindedir.

ÜRİNER KATETERİZASYON

1. Üriner Sistemde Kullanılan Kateter Türleri

Kateter; tanı ve tedavi amacıyla geliştirilmiş; kauçuk, plastik, polietilen veya metalden yapılmış içi boş bir araçtır. Üretral yolla mesane kateterizasyonu için en sık kullanılan kateterler ; Nelaton, Foley ve Tieman'dır. Daha az kullanılan Malecot ve Pezzer kateterleri sistomide, nefrostomide ve yara dreni olarak kullanılırlar.

□ **Nelaton Kateter** :Düz, takılan ucunda küçük bir açıklığı olan tek yollu kateterdir. Üretral yolla mesanenin geçici olarak boşaltılması için kullanılır.

□ **Foley Kateter**: İçi boş ve iki yollu kateteterdir. Yollardan biri mesaneye açılır, diğer yol ise kateterin uç kısmında bulunan balona açılır. Kalıcı mesane kateterizasyonunda kullanılır. Mesane irrigasyonu için kullanılan üç yollu Foley kateter de vardır. Bu iki yollu Foley katetere benzer, ancak içinde irrigasyon sıvısının verilmesi için kullanılan üçüncü bir yol vardır. Kalıcı kateterin balonu 5-50 ml. sıvı alacak hacimdedir. Balonun hacmi her kateterin üzerinde yazılıdır. Balon, kateterin üzerinde yazılı hacim kadar sıvı ile şişirilerek, kateterin mesanede kalması sağlanır.

□ **Tieman Kateter**: İçi boş, tek yollu, ucu yukarı doğru kıvrık, sert ve giderek incelik şeklindedir. Nelaton kateterin takılmadığı, genellikle benign prostat hiperplazili hastalarda kullanılır.

□ **Pezzer Kateter**:Uç kısmı mantar şeklinde olup, üzerinde delikler vardır. Çoğunlukla nefrostomide ve sistostomide kullanılır. Pezzer kateter mandren yardımıyla takılır.

□ **Malecot Kateter**:Pezzer katetere benzer, yalnız uç kısımdaki genişlik, dar lastik şeritlerden oluşmuştur. Kullanım amaçları Pezzer gibidir ve mandren yardımıyla takılır.

Kateterler latex, teflon kaplanmış latex, kauçuk, silikon kaplama veya saf silikondan üretilirler. Latex ve kauçuk üretral mukozada irritasyona neden olabileceğinden, yalnız kısa süreli kateterizasyonda kullanılmalıdır.

Teflon kaplanmış latex, kısa ve orta süreli kateterizasyon için uygundur. Silikondan yapılmış kateter, uzun süreli kateterizasyon için uygundur, ancak diğerlerinden daha pahalıdır. Silikon kateterler iki hafta veya daha uzun süre kateterizasyon gerektiren hastalarda kullanılmalıdır. Kateterler temiz ve kuru bir ortamda 25 °C de saklanmalıdır. Kateterler Fransız ölçü birimine göre 8 French'ten 30 French'e kadar ikişer numara atlayarak numaralandırılır. Her numara 1/3 mm.'ye eşdeğerdir. Örneğin; 18 F.'lik bir üretral kateterin lümen çapı 6 mm.'dir. Çocuklarda 8-10 F.'lik, kadınlarda 14-16 F.'lik, erkeklerde 16-20 F.'lik kateter kullanılır.

Çok büyük numaralı bir kateterin takılması, üretrite ve üretrada travmaya neden olabilir. Gerekenden daha küçük numaralı bir kateter takılması ise, kateterin kan pıhtıları veya idrar sedimenti ile tıkanmasına ve kateter kenarından idrarın sızmasına yol açabilir. Bu nedenle her hastaya uygun ölçüde kateter takılmalıdır.

2.Üretral Yolla Mesane Kateterizasyonu

Bir vücut boşluğu veya kanalı içine kateter sokulmasına **kateterizasyon** denir. Kateterler üriner sisteme üretra yoluyla ya da yapay bir açıklık yoluyla yerleştirilir. Üriner sistemde kateterin en sık uygulandığı kısım mesanedir. Kateter mesaneye, üretral ve suprapubik olmak üzere iki yolla takılır. Mesane kateterizasyonunda kateter üretra içinden geçirilerek mesaneye takılır. Bu işleme üretral kateterizasyon da denir. Üretral yolla mesane kateterizasyonu, çeşitli amaçlarla geçici ya da kalıcı olarak uygulanır.

GEÇİCİ MESANE KATETERİZASYONU

Geçici kateterizasyonda, genellikle Nelaton kateter olmak üzere düz bir kateter yeterli bir süre (5-10 dk.) boyunca takılır ve sonra çıkarılır. İşlem gerektiğinde tekrarlanır.

Geçici Mesane Kateterizasyonunun Uygulandığı Durumlar

1. Mesane distansiyonunun giderilmesi
 - ❑ Ameliyattan 8-12 saat sonra idrar yapamayan hastalar
 - ❑ Üretral travmadan sonra akut idrar retansiyonu olan hastalar
 - ❑ Sedatif veya analjezik ilaçların etkisiyle idrar yapamayan hastalar
2. Mesane yetersizliği olan hastaların uzun süreli bakımı için
 - ❑ Spinal kord yaralanmaları
 - ❑ Progresif nöromusküler dejenerasyon
3. Steril idrar örneği almak
4. İdrar yaptıktan sonra rezidüel idrar olup olmadığını belirlemek.

KADIN HASTADA GEÇİCİ MESANE KATETERİZASYONU

Araç – Gereç:

- | | |
|--|---|
| ❑ Steril eldiven (kateteri takmak için) | ❑ İdrar örneği alınacaksa steril tüp veya kap |
| ❑ Steril kompres (steril alan sağlamak ve yatağı korumak için) | ❑ Kirli torbası veya kabı (kirli tamponları atmak için) |
| ❑ Antiseptik solüsyon (perine temizliği için) | ❑ Seyyar lamba veya el feneri (genital alanı aydınlatmak için) |
| ❑ Forseps veya steril eldiven (perine temizliği için) | ❑ Gerekirse sabun, ılık su dolu küvet, sabunlama bezi, temiz eldiven (gaita inkontinansı nedeniyle kirli ise genital alanı temizlemek için) |
| ❑ Steril yağlayıcı (kateterin ucuna sürmek için) | |
| ❑ 14 - 16 F. lik steril Nelaton kateter | |

- Steril küvet (idrarı boşaltmak için)
- Ara muşambası ve ara çarşafı ya da su geçirmez örtü (yatağı korumak için)

UYGULAMA

- Doktor istemi kontrol edilir.
- Mesane kateterizasyonu cerrahi aseptik tekniğe uymayı gerektiren bir işlemdir. İşlem sırasında bölünmeleri ve steril tekniğin bozulmasını önlemek için, gerekli tüm araçlar hazırlanır ve ikinci bir hemşireden yardım istenir.
- Onayını almak ve işbirliğini sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır. Ayrıca, hastaya ağrı duymayacağı, hafif bir basınç hissedebileceği anlatılır. Hasta ameliyat sonrası dönemde ise ve önceden kateter takılacağı biliniyorsa, anksiyeteyi azaltmak için bu açıklama ameliyat öncesi dönemde yapılmalıdır.
- Hastanın gizliliğini sağlamak için yatağın çevresine perde veya paravana çekilir. Bu olası değilse, kapı üzerine içeri girilmemesi gerektiğine ilişkin bir not asılır.
- Hastanın altına ara çarşafı ve muşambası, ya da su geçirmez bir örtü yerleştirilir.
- Üretral meatusun iyice görünmesini sağlamak için hasta dorsal rekümbent pozisyonunda yatırılır. Bu pozisyonda yatamayan hastalar lateral pozisyonda yatırılırlar.
- Hastanın gövdesi battaniye veya üst çarşaf ile örtülür. Başka bir üst çarşaf, bir köşesi hastanın genital bölgesini örtecek şekilde köşegen biçimde yerleştirilir ve çarşafın diğer iki köşesi hastanın ayak bileklerine kadar sarılır.
- Genital bölge iyice görünecek biçimde seyyar lamba yerleştirilir veya el feneri yardım eden hemşire tarafından tutulur.
- Labia minörler, steril tamponlarla yana doğru itilerek açılır ve üretral meatus bulunur. Üretral meatus akıntı olup olmadığına bakılır ve varsa, daha sonra hasta dosyasına kaydedilir. Meatus görünmüyorsa, tamponla vagina üzerindeki perine alanı hafifçe bastırılarak aşağı doğru itilir. Bu hareket üretral meatusu ortaya çıkarabilir. Eğer meatus görünmüyorsa, hastaya kateter takılmaz ve deneyimli birinden yardım istenir.
- Hastanın genital alanı gaita inkontinansı nedeniyle çok kirli ise, önce sabun ve ılık su ile temizlenir daha sonra perine temizliği yapılır.
- Steril eldiven giyilir ya da steril forseps paketi açılır.
- Bir elle labia minörler ayrılır, diğer elle antiseptik solüsyon kullanılarak perine temizliği yapılır. Her tampon bir kez kullanılarak meatusun başlanarak anüse doğru silinir.

- Perine temizliği steril eldiven yerine steril forseps ile de yapılabilir. Steril eldiven kullanılmışsa, bunlar çıkarılır ve yeni bir çift steril eldiven giyilir.
- Steril kompres genital alanın önüne yerleştirilir.
- Kateterin ucuna steril yağlayıcı sürülür. Bunun amacı kateterin kolay girmesini sağlamak ve üretra mukozasının yaralanmasını önlemektir.
- Kateteri kontamine etmemek için gaz tampon kullanılarak bir elle labia minörler ayrılır. Diğer elle tutulan kateter 5-7.5 cm. ve idrar akmaya başlayınca kadar üretraya sokulur. Kateteri takarken direnç hissediliyorsa, kanamaya neden olabileceğinden fazla basıncı uygulanmamalıdır (şekil 9.5).
- İdrar gelmiyorsa ve hasta rahatsız görünüyorsa, kateter bir doku kıvrımı veya tıkanıklığa rastlamış olabileceğinden kateter hafifçe döndürülür, idrar gelmiyorsa geri çekilir.
- Hastadan hiç idrar gelmiyorsa ve hasta rahatsız görünmüyorsa, kateter vaginada olabilir. Kateter çekilir ve başka steril bir kateter takılır.
- Eğer idrar rneği alınacaksa, idrar steril tüpe veya kaba alınır.
- Kontaminasyonu önlemek için idrar steril bir küvete boşaltılır. Hastada idrar retansiyonu varsa bir defada 500 ml. idrar alınmalı ve kateter klempe edilmelidir. Daha sonra hastanın mesanesi boşalınca kadar saat başı 200 - 300 ml. idrar boşaltılır.
- Kateterin ucu kıvrılarak yavaşca geri çekilir.
- Hastaya birkaç saat boyunca idrar yapma hissi ve idrar yapma zorluğu olabileceği söylenir.
- Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır. Hasta nitesi temiz ve düzgün bırakılır.
- Yapılan işlem, boşaltılan idrar miktarı, idrarın özellikleri ve hastanın durumu kaydedilir.

ERKEK HASTADA GEICI MESANE KATETERİZASYONU

Araç – Gereç:

- Seyyar lamba ve el feneri dışında, kadın hastalar için kullanılan araç ve gereçler erkek hastalar için de kullanılır. Erkek hastalarda 16 - 20 F. lik kateter kullanılır.

UYGULAMA

- Doktor istemi kontrol edilir.
- Kullanılacak araç - gereç hazırlanır ve ikinci bir hemşireden yardım istenir.
- Onayımı almak ve işbirliğini sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Yatağın çevresine perde veya paravana çekilir, bu olası değilse kapı üzerine içeri girilmeyeceğine ilişkin bir kağıt asılır.

- Hastanın altına ara çarşafı ve muşamba, ya da su geçirmez bir örtü yerleştirilir.
 - Karın ve pelvik kaslarının gerilmemesi için hasta supine pozisyonunda yatırılır.
 - Hastanın gövdesi bir battaniye veya üst çarşafı ile örtülür. Başka bir üst çarşafı ile, genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın uylukları örtülür.
 - Steril eldiven giyilir.
 - Antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk veya gaz tamponlarla, üretral meatustan başlanarak penisin başı dairevi hareketlerle silinerek temizlenir. Bu işlem eldiven yerine forseps ile de yapılabilir. Steril eldiven kullanılmışsa, bunlar çıkarılır ve yeni bir çift steril eldiven giyilir.
 - Kateterin ucu steril yağlayıcı ile yağlanır. Üretranın dış bölümünü düzleştirmek için, penis hastanın vücuduna dik olarak tutularak, kateter yaklaşık 17.5-20 cm. ve ucundan idrar gelinceye kadar üretraya sokulur. Kateteri takarken bir dirençle karşılaşılırsa, kateter hafifçe döndürülür. Direnç devam ediyorsa kateter çekilir ve deneyimli birinden veya uzmandan yardım istenir. Gerekirse, 10 ml. anestezi jel içeren steril bir yağlayıcı (ksilokain) enjektörle üretraya verilir ve daha sonra kateter takılır.
 - Eğer idrar örneği alınacaksa, idrar steril tüpe veya kaba alınır.
 - Bir elle kateter tutularak, idrar steril bir küvete boşaltılır. Hastada idrar retansiyonu varsa, bir defada 500 ml.'den fazla idrar boşaltılmamalıdır. Bu uygulama, karın içi basıncında ani azalmadan dolayı şok gelişmesini önler.
 - Kateterin ucu kıvrılarak yavaşça geri çekilir.
- Hastaya birkaç saat boyunca idrar yapma hissi ve idrar yapma zorluğu olabileceği söylenir.
- Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır. Hasta ünitesi temiz ve düzgün bırakılır.
 - Yapılan işlem, boşaltılan idrar miktarı, idrarın özellikleri ve hastanın durumu kaydedilir.

KALICI MESANE KATETERİZASYONU

Kalıcı kateterizasyonda Foley kateter takılır ve hasta istemli olarak idrar yapabilir duruma gelinceye kadar uzun bir süre yerinde bırakılır.

Kalıcı Mesane Kateterizasyonunun Uygulandığı Durumlar:

1. İdrar akışında bir tıkanma olduğunda (prostat büyümesi, üretral darlık)
2. Üretra ve çevre dokuların onarıldığı cerrahi girişimlerde (transüretral rezeksiyon)
3. Üretranın kan pıhtıları ile tıkanmasını önlemede
4. Yoğun bakımdaki, durumu ağır olan veya komadaki hastaların çıkarılan saatlik ve günlük idrar miktarını doğru olarak ölçmede
5. İdrar inkontinansı olan ve durumu ağır hastalarda idrarın cildi tahriş etmesini önlemede

6. Mesane irrigasyonu yapmada

7. Papiller mesane karsinomlarının tedavisinde, sitotoksik ilaçları vermede

Kalıcı Mesane Kateterinin Takılması:

Kalıcı mesane kateteri aynen geçici kateter gibi takılır. Ancak kalıcı kateter, takıldıktan sonra şişirilen bir balonla mesanede tutulur ve idrarın boşalması için bir idrar torbasına bağlanır. İdrar torbaları temiz, steril, altta açıklığı olan veya olmayan olmak üzere çeşitli türde olabilirler.

KALICI MESANE KATETERİZASYONU

Araç – Gereç:

Geçici kateterin takılmasında kullanılan araç ve gereçlere ek olarak;

- Enjektör (balonu şişirmek için)
- Kateterin üzerinde belirtilen balon ölçüsü kadar serum fizyolojik veya steril distile su (balonu şişirmek için)
- Flaster (kateteri tespit etmek için)
- İdrar torbası kullanılır.

Balonu şişirmek için kullanılan sıvının steril olmasının nedeni, balon patladığı takdirde enfeksiyon gelişmesini önlemektir

UYGULAMA

- Kateter aynen geçici kateterizasyonda olduğu gibi takılır.
- İdrar geldikten sonra balon kateterin üzerinde belirtilen miktarda serum fizyolojik veya steril distile su ile şişirilir.
- Balonun yeteri kadar şiştiğini kontrol etmek için kateter yavaşça geri çekilir.
- Kateter idrar torbasına bağlanır ve flasterle kadınlarda uyluğun iç yüzüne, erkeklerde karına ve gerilmeyecek şekilde tespit edilir. Kateterin tespit edilmesi, üretra ve meatusa olan travmayı azaltır.
- Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır. Hasta ünitesi temiz ve düzgün bırakılır.
- Yapılan işlem ve hastanın durumu kaydedilir.

Kalıcı Mesane Kateteri Olan Hastanın Bakımı

Kalıcı mesane kateteri olan hastada enfeksiyonu önlemek için dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Olası ise idrar boşaltımı kapalı drenaj sistemi kullanılarak yapılır.

- Katetere ve kapalı drenaj sistemine dokunmadan önce eller yıkanır.
- Üriner meatus ve çevresi günde iki kez, sabunlu su veya antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk veya gaz tampon ile temizlenir ve kurulanır. Doktor isteminde belirtilmişse bu alana antibakteriyel pomad sürülür.
- Kapalı drenaj sisteminin kontaminasyonunu önlemek için, gerekmedikçe kateter ile idrar torbası birbirinden ayrılmaz. Eğer kateter ile idrar torbasını birbirinden ayırmak gerekiyorsa, uç kısımların kontamine olmamasına dikkat edilir ve onları birleştirmeden önce bağlantı yerleri alkolle silinir.
- İdrarın mesaneye geri dönmesini önlemek için, idrar torbası mesaneden daha alt seviyede tutulur. Hastayı taşıırken, idrar torbası için uygun destek veya tutucular kullanılır. Sedyeye taşınan hastada idrar torbası asla hastanın üzerine konmaz. Hastayı taşıırken veya pozisyon değiştirirken idrar torbasını yükseltmek gerektiğinde, kateterin klempini kapatılır.
- Kontaminasyonu önlemek için idrar torbası yere konmaz, yatak kenarına sabitleştirilen metal bir kafes veya askıya yerleştirilir.
- İdrar torbasını boşaltmak için eller yıkanır, eldiven giyilir, torbanın kapağı açılır ve idrar torbasını kontamine etmeden idrar boşaltılır. İdrar her hastada ayrı bir küvete boşaltılır. İdrarı boşaltırken idrar torbasının yere değmemesine dikkat edilir.
- Çapraz bulaşmayı önlemek için her hastanın kateter ve idrar torbasına dokunmadan önce ve sonra eller yıkanır.
- Olası ise, her hasta odasında kateteri olan bir hasta yatırılır. Bu olası değilse, kateteri olan hastalardan üriner enfeksiyonu olanlar ve olmayanlar ayrı odalarda yatırılmalıdır.
- İdrar torbası iyice dolmadan ve 8 saatte bir boşaltılmalıdır. Boşaltılan idrar torbası tekrar kullanılmadan önce uygun bir solüsyonla dezenfekte edilmelidir.
- Sıvı kısıtlaması yapılmıyorsa hastaya bol sıvı (2000 ml. /gün) verilir.
- Hasta üriner enfeksiyon belirtileri (ateş, bulanık, kanlı veya kötü kokulu idrar, üretral meatusta yanma) yönünden gözlenir. Bu belirtiler görüldüğünde hekime haber verilir ve bunlar hasta dosyasına kaydedilir.
- Hastaya katetere daha az basınç yapan iç çamaşırları giymesi önerilir.
- Sürekli mesane kateteri takılan hastalarda kateter 3-12 haftada bir değiştirilmelidir.
- Sürekli mesane kateteri takılan hastalara, kateter kadınlarda uyluğun iç yüzüne, erkeklerde ise penis gövdesine tespit edilerek, cinsel ilişkide bulunabilecekleri anlatılmalıdır.
- Kateter ve idrar torbası kontamine olduğunda, idrarı drene etmediğinde veya üriner enfeksiyon belirtileri geliştiğinde değiştirilir.

İDRAR TORBASININ BOŞALTILMASI

Araç – Gereç:

- %70'lik alkol
- Gaz tampon
- Isı ile dezenfekte edilmiş temiz küvet
- Dispozibl temiz eldiven

UYGULAMA

- Onayını almak ve işbirliğini sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Çapraz enfeksiyonu önlemek için eller yıkanır ve dispozibl eldiven giyilir.
- %70'lik alkolle ıslatılmış gaz tampon ile idrar torbasının boşaltma deliğinin kapağı silinir ve açılır.
- İdrar temiz küvete boşaltılır.
- İdrar torbasının kapağı kapatılır ve tekrar %70'lik alkolle ıslatılmış gaz tampon ile silinir.
- Küvetteki idrar boşaltılır ve küvet kros enfeksiyonu önlemek için ısı ile dezenfekte edilir.
- İdrar miktarı kaydedilir.

Kalıcı Mesane Kateteri Olan Hastada Hemşirelik Bakım Planı

SORUN	NEDENİ	ÖNERİLEN GİRİŞİM
-Kateterizasyon esnasında edinilen üriner sistem enfeksiyonu	-Aseptik tekniğe uymama -Üretral temizliğin yeterli olmaması -Kateterin kontamine olması	- Hekime haber verilir - Kateterden idrar örneği alınır

<p>-Drenaj sistemi aracılığı ile edinilen üriner sistem enfeksiyonu</p>	<p>-Kullanılan gereçlere aseptik kurallara uymaksızın dokunulması</p> <p>-Kapalı drenaj sisteminin bozulması</p> <p>-İdrar torbasının mesane düzeyinin üzerine çıkarılması</p>	<p>-Hekime haber verilir</p> <p>-Kateterden idrar örneği alınır</p>
<p>-İdrarın akmaması</p>	<p>-Kadın hastalarda üretral meatusun doğru olarak saptanamaması</p> <p>-Kateterin tıkanması</p> <p>-Mesanenin boş olması</p>	<p>- Kateterin doğru yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilir</p> <p>-Kadın hastalarda kateter yol gösterici olsun diye çıkarılmaksızın üretral meatus tekrar belirlenerek yeni bir kateter takılır ve yanlış yere takılan kateter çıkarılır.</p> <p>-Kateteri değiştirmeden önce 30 dk. süre ile kısıp kapatılır.</p> <p>- Yeni kateterin takılması idrarın akmasını sağlar</p>
<p>-Üretral mukozada travma</p>	<p>-Yanlış ölçülü kateterin takılması</p> <p>- İşlemin doğru ve bilerek yapılmaması</p> <p>- Kateterin üretrada hareket etmesi</p> <p>-Kateterin çok hızlı olarak takılması nedeniyle yanlış geçişin yaratılması</p>	<p>-Hastaya tekrar doğru ölçülü kateter takılır</p> <p>-Kateteri tespit eden flaster çıkarılarak kateter yeniden tespit edilir</p> <p>-Gerekirse kateter çıkarılır ve üretral mukozanın iyileşmesi beklenir</p>

-Kalıcı katetere tahammülsüzlük	-Üretral mukozada irritasyon -Psikolojik travma -Stabil olmayan mesane -Radyasyon sistiti	-Gerektiğinde kateter çıkarılır ve idrar boşaltımı için diğer yöntemler denenir. -Kateterin takılmasının zorunlu olduğu açıklanır.
-Yetersiz idrar boşaltımı	-Kateterin yanlış yere takılması -İdrar torbasının tüplerinin kıvrılması -İdrar torbasının drenaj tüpünün cerahat, urat, fosfat, kan pıhtısı ile tıkanması	-Kateter tekrar takılır -Drenaj tüplerinin kıvrık olup olmadığı incelenir ve düzeltilir -Eğer üç yollu Foley kateter takılmışsa irrigasyon yapılır. Eğer iki yollu Foley kateter takılmışsa debris çıkarılmaya çalışılır, daha sonra üç yollu Foley kateter takılır.
-Fistül oluşumu	-Penoskrotal bölge üzerine basınç	-Kateter doğru olarak tespit edilir.
-Ereksiyon sırasında peniste ağrı	-Kateterin penis ereksiyonuna uyacak uzunlukta olmaması	-Penis ereksiyonuna uyacak şekilde kateterin yeterli uzunlukta olması sağlanır
-Parafimozis	-Kateterizasyondan veya kateter bakımından sonra sünnet derisini geri çekememe	-Sünnet derisi sürekli olarak geri çekilir.
-Üretral meatus çevresinde kabuklanma	-Kateter çevresinde tuzların birikmesine neden olan ve üreyi parçalayan mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyon	-Kateter bakımı doğru olarak yapılır.

<p>-Kateterin çevresinden idrar sızması</p>	<p>-Yanlış ölçülü kateterin takılması -Balonun yanlış ölçüde sıvı ile şişirilmesi -Mesanenin aşırı derecede hassas olması</p>	<p>-Doğru ölçülü kateter takılır (genellikle 2 numara daha küçük) -Balonu 10 ml. sıvı ile şişirilen kateter seçilir. -Çift balonlu kateter kullanılır -Son çare olarak diazepam veya antikolinergik ilaçlar verilerek mesanenin aşırı hassasiyeti azaltılır.</p>
---	---	--

<p>Balon içindeki sıvının boşaltılamaması</p>	<p>-Girişteki kapakçıkta (supapta) genişleme -Kapakçığın yerinden çıkması -Kanalın tıkanması -Tuz ve debris birikimi</p>	<p>I Balon şişirme/söndürme kanalı üzerindeki geri dönüşümsüz kapakçık kontrol edilir. Eğer çalışmıyorsa enjektör ve iğne kullanılarak kapakçık üzerindeki şişirme kolundan sıvı aspire edilir II.Yabancı cisim ile tıkanmışsa, şişirme kanalı içine bir tel sokularak tıkanıklık giderilir III. Şişirme kolunun içine 3.5 ml. dilüe eter solüsyonu enjekte edilir (Yarı yarıya steril su veya serum fizyolojik ile sulandırılır) V.Ultrasonda izlenerek suprapubik iğne ile balon patlatılır V. Kateter çıkarıldıktan sonra kopan balon parçası olup olmadığı incelenir NOT: II.ve IV. adımlar bir üroloğun istemi ile yapılmalıdır. Balon patlatıldıktan sonra içeride herhangi bir parça kalıp kalmadığını incelemek ve mesaneyi yıkamak için hastaya sistoskopi yapılması gerekebilir.</p>
---	--	--

(Pritchard,A.P., David, J.A.,Tiffany, R., Manual Of Clinical Nursing Procedures. Second Edition, Harper and Row Ltd.,London,1988, p.393-403.)

Mesane Eğitimi: Kalıcı kateteri çıkarırken izlenmesi gereken iki önemli ilke vardır:

- Mesanenin normal işlevini arttırmak
- Üretraya olan travmayı önlemek

Uzun süreli kateterizasyondan sonra kas tonüsünün kaybı biçimindeki mesane işlev bozukluğu, sık görülen bir sorundur. Mesane eğitimi, mesanenin tonüs kaybını azaltmaya yardım eden bir uygulamadır.

Mesane eğitimi doktor istemini gerektirir. Mesane eğitimine kateter çıkarılmadan en az 10 saat önce başlanır. İdrarın mesanede birikmesini sağlamak için kalıcı kateterin klempini kapatılır. Mesanede idrar miktarının artması, mesane duvarlarını gererek kas tonüsünü uyarır. 3 saat sonra kısıkaç açılarak, normal idrar yapmaya benzer biçimde 5 dakika süreyle idrarın akması sağlanır. Bu uygulama en az iki kez yapılır. Mesane eğitimi yapılan hastalar, yapılmayanlara oranla idrar yapma isteğini daha çabuk hissederler, ayrıca mesane daha çabuk boşalır ve rezidüel idrar miktarı azalır.

KATETERİN ÇIKARILMASI:

Araç – Gereç:

Temiz havlu

Kirli küveti

Steril enjektör (kateterin üzerinde belirtilen balon hacmi kadar)

UYGULAMA

- Yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Hasta kateterizasyon yapılırken kullanılan pozisyonda yatırılır.
- Kateteri tespit eden flaster çıkarılır.
- Havlu kadınlarda uylukların arasına, erkeklerde uylukların üzerine yerleştirilir.
- Enjektörün ucu balon şişirme girişine sokulur ve solüsyon geri çekilerek balon boşaltılır.
- Kateterin ucu kıvrılarak yavaşça geri çekilir ve kirli küvetine atılır.
- Hastaya hafif bir yanma ve sık idrar yapma hissi duyabileceği söylenir.
- Yapılan işlem ve kateter çekildikten sonra hastanın ilk kez idrar yaptığı saat kaydedilir.
- Hasta 8 saat içinde idrar yapamazsa tekrar kateter takılması gerekebilir.

Kalıcı Mesane Kateteri Çıkarılan Hastada Hemşirelik Bakım Planı

-Dizüri	-Üretra mukozasında inflamasyon	-Hastanın günde 2 - 3 litre sıvı alması sağlanır. Hastaya dizürinin olabileceği, fakat en az üç kez idrar yaptıktan sonra hafifleyeceği söylenir. Sorun devam ediyorsa hekime haber verilir.
-İdrar retansiyonu	-Psikolojik nedenlerle gelişebilir.	-Hasta sıvı alımını arttırması için teşvik edilir. Hastaya ılık banyo yapması önerilir. Sorun devam ediyorsa hekime haber verilir.
-Üriner sistem enfeksiyonu		-Hasta günde 2 - 3 litre sıvı almaya teşvik edilir. İdrar örneği alınır. Sorun devam ediyorsa hekime haber verilir. Önerilen antibiyotik uygulanır.

(Pritchard, A. P. , David, J. A . , Tiffany, R . , Manual of Clinical Nursing Procedures. Second Edition, Harper and Row Ltd., London, 1988, p. 393 - 403.)

KENDİ KENDİNE MESANE KATETERİZASYONU

Belirli aralıklarla kendisine geçici mesane kateteri takan birey, tıbbi asepsi ilkelerine uyar. İşlem evde yapıldığında nozokomiyal üriner sistem enfeksiyon riski, hastanede yapılmasına oranla daha düşüktür.

Kendi Kendine Mesane Kateterizasyonunun Öğretilmesi

Kendi kendine mesane kateterizasyonu, hemşirenin hastaya kateter takmasına benzer. Ancak bu işlemde vurgulanması gereken bazı farklılıklar şunlardır;

- Kateterizasyon için erkek hasta ayakta ya da oturur pozisyonda durur, kadın hasta ise tuvalet klozetine oturur.
- Özellikle kadın hastaların iyi bir ışığa gereksinimleri vardır.

- Kadın hasta bir ayna kullanarak, meatusun yerini daha kolay bulabilir, ancak dokunarak meatusu bulmayı ve bu şekilde kateteri takmayı öğrenmelidir.
- Hasta taktığı kateteri çıkarmadan önce, mesaneden olabildiğince daha fazla miktarda idrar boşaltmak için, karın kaslarını sıkarak aşağı doğru basınç uygulamalıdır.
- Kateterizasyonlar arasındaki zaman aralıkları , başlangıçta 2 - 3 saat olabilirken, daha sonra yavaş yavaş arttırılabilir.
- Hasta kateterizasyondan sonra kullandığı araç-gereci sabun veya deterjan ve su ile iyice yıkamalı, durulamalı, kurulamalı ve onları temiz, üstü kapalı bir kapta tutmalıdır.
- Erişkin hastalar, üriner enfeksiyonu önlemek için günde en az 1500 ml. sıvı almalıdırlar.

MESANE KATETERİZASYONUNUN KOMPLİKASYONLARI

Mesane kateterizasyonu cerrahi aseptik teknik kullanılarak yapılır. Doğru teknik kullanıldığı durumlarda bile, kateterizasyon bazı komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle kesin olarak gerekmedikçe mesane kateterizasyonu yapılmamalıdır.

Mesane kateterizasyonunun komplikasyonları şunlardır;

1. Travma: Üretra veya mesane duvarlarındaki doku kateterizasyon nedeniyle zedelenebilir. Bunu önlemek için hastaya uygun büyüklükte kateter, nazıkçe ve zorlanmadan takılmalıdır.

2. Enfeksiyon: Mesane kateterizasyonu, patojen mikroorganizmaların vücuda girmesini kolaylaştırarak üriner enfeksiyona zemin hazırlar. Kalıcı kateterizasyon yapılan hastalarda enfeksiyon gelişme riski, geçici kateterizasyon yapılan hastalara oranla daha yüksektir.

Kateterizasyona bağlı üriner enfeksiyon çocuklarda, kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görülür. Kadınlarda üretranın kısa olması ve anüs ile vaginaya yakınlığı, normalde anüs ve vaginada bulunan mikroorganizmaların üretraya geçmesini kolaylaştırdığından, kadınlarda üriner sistem enfeksiyonuna eğilim daha fazladır. Ayrıca kateterizasyon süresinin ve hastanede kalış süresinin artması enfeksiyon riskini artırır. Kalıcı kateteri olan hastalarda gaita inkontinansı nedeniyle periüretral alanın feçesle kontaminasyonu enfeksiyon riskini artırır.

Enfeksiyon oluşumunu kolaylaştıran nedenler; kullanılan araç ve gereçlerin steril olmaması, işlem sırasında aseptik tekniğin bozulması, mesane irrigasyonu için kontamine solüsyon kullanılması, idrar boşaltımı için açık drenaj sistemi kullanılması, idrar torbasının mesane düzeyinin üzerine çıkması sonucu idrarın mesaneye geri gitmesi, kalıcı kateteri olan hastanın bakımının yapılmaması ve çok kalın veya sert kateter kullanılması sonucu üretral meatusun zedelenmesidir.

Kateterizasyona bağlı üriner enfeksiyonlarda etken mikroorganizmaların bulaşma biçimleri şoye sıralanabilir.

- Kateter takılırken üretrada bulunan mikroorganizmaların mesaneye girmesi
- Kateterizasyonu takiben üretral meatusta kolonize olan mikroorganizmaların, kateterin dışını kaplayan mukus boyunca mesaneye girmesi
- Mikroorganizmaların kateter lümeni içinden yukarı çıkararak mesaneye girmesi

3. Parafimozis: Sünnet derisi kateterizasyondan sonra öne doğru ekilmediğinde parafimozis gelişebilir.

4. Kanama ve Mesane Spazmı: Kronik mesane retansiyonuna bağlı distansiyonda idrar hızlı boşaltıldığında kanama ve mesane spazmı gelişebilir.

5.Sızıntı ve Tıkanma:Kateter çok genişse ya da balonu çok büyükse sızıntı olabilir. Kabuklanma sonucu tıkanma ve sızıntı gelişebilir. Ayrıca istemsiz mesane kasılmaları da sızıntıya neden olabilir. Kateterin tıkanması enfeksiyona zemin hazırlar. Bu nedenle tıkanıklık ortaya çıktığında kateter çıkarılmalı ve en kısa zamanda yeni bir kateter takılmalıdır.

6.Kateterin Reddi: Kateterin çekilmesi, itilmesi ya da düşmesi çoğunlukla huzursuz, demanslı, yatalak yaşlı hastalarda rastlanan ve kateterin değiştirilmesini gerektiren durumlardır. Kateterin reddi, önemli derecede morbiditeye ve mortaliteye sahiptir. Hasta kateterini çekip çıkardığında kateter yeniden takılmamalı, bunun yerine inkontinansı kontrol altına almak için alternatif yöntemlere başvurulmalıdır. Eğer kateter istemsiz bir mesane kontraksiyonu ile çıkmışsa, mesaneyi stabilize eden ilaçlar yararlı olabilir. Tekrarlanan kateter takılmasından ileri gelen üretral dilatasyon nedeniyle kateter düştüğünde veya pelvis tabanının gevşek olması halinde daha büyük balonlu kateter denenmelidir.

7.Balonun sndrlememesi: Balon sndrlemezse kateter çıkarılamaz. Bu sorunu ozmek için şişirme kanalından üreterik kateter mili sokulmalıdır.

8.Fiziksel ve Psikolojik Zorluklar: Kateter takılan hastalarda utanma ve kendine güvenini yitirme gibi psikolojik sorunlar sık görülür. Kateterin takılması ve çıkarılması hastaya acı verebilir. Bu nedenle hastalar kateterin değiştirilmesinden korkarlar. Hastalara kateter takarken, kateterin neden takıldığı, nasıl işlediği ve ne kadar süreyle kalacağı anlatılmalıdır.

KONDOM KATETER

Kondom kateter, erkek penisinin üzerine geçirilen yumuşak, esnek, kauçuktan yapılmış bir kılıftır. Kondomun ucu idrar torbasına bağlanır. Kondomu yerinde tutmak için, kendinden yapışkanı olan uzun, ince bir bant kondomun tepesini çevreleyerek sıkıca sarılır. Kondom

kateter, tam ve spontan mesane boşalması olan inkontinanslı veya komadaki hastalarda kullanılır. Kondom kateteri olan hastalarda enfeksiyon riski, kalıcı kateter takılan hastalara oranla daha azdır. Kondom kateter 1-2 gün sonra değiştirilir. Her kateter değişikliğinde, üretral meatus ve penis iyice temizlenir ve cilt irritasyon belirtileri yönünden gözlenir. Kondom kateteri olan hastalarda idrarın akıp akmadığı sık sık kontrol edilir.

KONDOM KATETERİN TAKILMASI

Araç – Gereç:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kondom kateter | <input type="checkbox"/> Ilık su dolu küvet, sabun |
| <input type="checkbox"/> Elastik yapıştırıcı bant | <input type="checkbox"/> Havlu |
| <input type="checkbox"/> İdrar torbası | <input type="checkbox"/> Gaz tampon |

UYGULAMA

- Anksiyeteyi azaltmak ve işbirliğini arttırmak için, hastanın bilinci açık ise yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Hasta supine pozisyonunda yatırılır.
- Hastanın gövdesi ve bacakları, yalnız genital alan açıkta kalacak şekilde örtülür.
- Genital organlar sabun ve su ile temizlenir ve iyice kurulanır. Böylece cildi tahriş edebilecek sekresyonlar temizlenmiş olur.
- İdrar torbası yatağa tespit edilerek hazırlanır.
- Bir elle penisin gövdesi tutulur, diğer elle kondom kateter penis üzerine düzgün bir şekilde yuvarlanarak geçirilir.
- İdrar yapma esnasında idrarın torbaya serbestçe akmasını sağlamak için, kondom kateterin ucunda 2.5 - 5 cm. 'lik boşluk bırakılmalıdır.
- Kondomun tepesinde bulunan elastik yapıştırıcı bant, penisi dairesel olarak çevreleyecek şekilde yapıştırılır. Ancak yapıştırıcı bant, çıkacak kadar gevşek, ya da kan dolaşımını engelleyecek kadar sıkı sarılmamalıdır.
- Kondom kateterin alt ucu idrar torbasına bağlanır. İdrar torbası hastanın bacağına da tespit edilebilir.
- Yapılan işlem kaydedilir.

MESANE İRRİGASYONU

Bir vücut boşluğunun özel bir eriyik veya su ile temizlenmesi veya içinin yıkanmasına irrigasyon ya da lavaj denir. Mesane irrigasyonu hekim istemine göre ve genellikle kateterin

kan pıhtısı vb. ile tıkanmasını önlemek ya da tıkanıklığı gidermek amacıyla yapılır. Mesane irrigasyonu sırasında cerrahi asepsi kurallarına uyulur. Mesane irrigasyonu sıklığı, irrigasyon solüsyonunun türü, oranı ve miktarı hekim isteminde belirtilir. Ancak genellikle mesane irrigasyonu için serum fizyolojik kullanılır.

Mesane İrrigasyonu Türleri

Mesane irrigasyonu değişik biçimlerde yapılır:

Basit Mesane İrrigasyonu: Enjektörle mesaneye sıvı verilip bu sıvının yerçekimi etkisiyle geri akması sağlanarak yapılan irrigasyondur. Basit mesane irrigasyonunda solüsyonu vermek için steril Asepto enjektörü veya kateter enjektörü kullanılır. Asepto enjektörü, ucunda kauçuk bir ampulü olan plastik veya cam enjektördür. Ampul kısmı solüsyonu kateter içine iter ve aynı zamanda solüsyonun mesaneden geri çekilmesi için negatif bir basınç oluturur. Kateter enjektörü ise, ucunda adaptör bulunan bir enjektördür.

BASIT MESANE İRRIGASYONU

Araç – Gereç:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Steril eldiven | <input type="checkbox"/> 2 adet steril kap |
| <input type="checkbox"/> Steril gaz tampon | <input type="checkbox"/> Geri gelen irrigasyon sıvısı için büyük temiz kap |
| <input type="checkbox"/> Sulandırılmış steril antiseptik solüsyon | <input type="checkbox"/> Kirli kabı |
| <input type="checkbox"/> 37.8 °C de steril irrigasyon solüsyonu | <input type="checkbox"/> Steril kompres enjektörü ya da Asepto enjektörü |

UYGULAMA

- Onayını almak ve işbirliğini sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- Kullanılacak araç - gereç bir tedavi arabasına yerleştirilerek hasta odasına getirilir.
- Hastanın gizliliğini sağlamak için perde veya paravana çekilir.
- İdrar torbasındaki idrar miktarı ölçülür ve kaydedilir.
- İrrigasyon sıvısının mesane içine akmasını kolaylaştırmak için, hasta dorsal rekümbent pozisyonunda yatırılır ve üstü örtülür.
- Eğer açık drenaj sistemi kullanılıyorsa, kateter ve idrar torbasının birleşme yerinin altına steril kompres yerleştirilir ve idrar torbası çıkarılır. Eğer kapalı drenaj sistemi kullanılıyorsa, idrar torbası çıkarılmaz.
- Eldivenler giyilir.

- Kateterin ucu, antiseptik solüsyonlu gaz tamponlarla silinir. Bu işlemi yaparken eldiven yerine forseps de kullanılabilir.
- Kateterin altına steril kap yerleştirilir.
- İkinci steril bir kaba, steril irrigasyon solüsyonu dökülür.
- Steril irrigasyon solüsyonu, steril enjektöre çekilir.
- Enjektör kateterin alt ucuna takılarak sıvı mesane içine yavaşça verilir. Daha sonra kateterin ucu mesaneden daha alt seviyede tutularak, verilen sıvının yerçekimi etkisi ile steril kaba geri akması sağlanır.
- Eğer kapalı drenaj kullanılıyorsa; klemp kapatılır, idrar torbasındaki özel giriş yeri alkollü pamuk veya gaz tamponla silinir ve enjektöre iğne takılarak bu girişe sokulur ve solüsyon yavaşça mesaneye verilir. Daha sonra klemp açılarak verilen sıvının idrar torbasına geri akması sağlanır.
- İrrigasyon için önerilen sıvı miktarı bitinceye kadar sıvı verme ve boşaltma işlemi tekrarlanır.
- Kateterin alt ucu tekrar, antiseptik solüsyonlu tamponlarla silinir.
- İdrar torbası katetere bağlanır.
- Kullanılan araç-gereç kaldırılır, hasta ünitesi temiz ve düzenli olarak bırakılır.
- Çıkan idrar miktarını doğru olarak izlemek ve kateterde tıkanıklık olup olmadığını belirlemek için mesaneye verilen sıvı ile geri gelen sıvı karşılaştırılır, herhangi bir fark varsa kaydedilir.
- Yapılan işlem kaydedilir, hasta yan etkiler yönünden izlenir ve normal olmayan bir bulgu varsa hekime bildirilir.

Aralıklı Mesane İrrigasyonu: Aralıklı mesane irrigasyonunda iki yollu Foley kateter ve Y bağlantı tüpü kullanılır. İrrigasyon sıvısı bir askıya asılır, her seferinde 100 ml. solüsyon mesaneye verilir ve bu sıvı idrar torbasına boşaltılır.

BASIT MESANE İRRIGASYONU

Araç – Gereç:

- Steril eldiven
- Steril irrigasyon seti
- Steril irrigasyon sıvısı
- İnfüzyon askısı
- Y bağlantı tüpü

UYGULAMA

- ❑ Onayını almak ve işbirliğini sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.
- ❑ Hastanın gizliliğini sağlamak için yatağın kenarına perde veya paravana çekilir.
- ❑ Hasta dorsal rekümbent pozisyonunda yatırılır.
- ❑ Kullanılacak araç-gereç tedavi arabasına yerleştirilerek hasta odasına getirilir.
- ❑ İşlem aseptik teknik kullanılarak yapılır.
- ❑ İrrigasyon sıvısı torbada ise dış ambalajı açılır, irrigasyon setinin ucu sıvı torbasına veya şişesine sokulur ve setin havası çıkarılır.
- ❑ Kateterin alt ucuna Y bağlantı tüpü takılır.Y bağlantı tüpünün bir ucuna idrar torbası, diğer ucuna ise irrigasyon sıvısının seti bağlanır.
- ❑ İrrigasyon sıvısının seti üzerindeki kısıkaç açılır ve mesane içine istenen miktarda ve hızda sıvı akması sağlanır. Eğer hekim tarafından belirli bir miktar belirtilmemişse, 100 ml. sıvı verilir.
- ❑ İrrigasyon seti üzerindeki kısıkaç kapatılır.
- ❑ İdrar torbasının tüpü üzerindeki kısıkaç açılır, idrar torbasına sıvı ve idrarın geri akması sağlanır.
- ❑ Geri gelen sıvı berraklaşmıyca veya irrigasyon sıvısı bitinceye kadar aynı işlemler tekrarlanır.
- ❑ Hastanın ağrısı olup olmadığı gözlenir.
- ❑ Geri gelen sıvının rengine ve bulanık olup olmadığına bakılır ve miktarı ölçülür. Geri gelen sıvı miktarı, verilen sıvı miktarı ile aynı olmalıdır.
- ❑ Yapılan işlem hasta dosyasına kaydedilir.

Sürekli Mesane İrrigasyonu: Mesanenin steril bir sıvı ile sürekli olarak yıkanmasıdır. Mesane irrigasyonu, kateterin kan pıhtısı vs. ile tıkanmasını önlemek amacıyla yapılır ve hastaya 3 yollu Foley kateter takılır.

SÜREKLI MESANE İRRIGASYONU

Araç – Gereç:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| ❑ Steril gaz tampon | ❑ Steril irrigasyon solüsyonu |
| ❑ Antiseptik solüsyon | ❑ İrrigasyon seti |
| ❑ Steril eldiven | ❑ İnfüzyon askısı |

□ Kısaç

□ Steril kompres

UYGULAMA

- Onayını almak ve işbirliğini sağlamak için işlem hastaya açıklanır.
- Hastanın gizliliğini sağlamak için yatağın kenarına perde veya paravana çekilir.
- Hasta dorsal rekümbent pozisyonda yatırılır.
- Kullanılacak araç-gereç tedavi arabasında hasta odasına getirilir.
- İşlem aseptik teknik kullanılarak yapılır.
- İrrigasyon sıvı torbasının dış ambalajı açılır, irrigasyon setinin ucu sıvı torbasına veya şişesine sokulur ve setin havası çıkarılır.
- Kateterin kıskaçı kapatılır.
- Steril alan sağlamak için, kateterin irrigasyon kolunun altına steril kompres yerleştirilir.
- Eldiven giyilir.
- İrrigasyon kolunun uç kısmı, antiseptik solüsyonlu gaz tamponla silinir.
- İrrigasyon seti, kateterin irrigasyon koluna takılır.
- Kateterin klempini açılarak, mesanede idrar birikmişse idrar torbasına akması sağlanır. Torbadaki idrar steril bir kaba boşaltılır.
- Eldivenler çıkarılır (İdrar torbasına değdiği için kontamine olduğu kabul edilir).
- İrrigasyon setinin klempini açılır, istenen akış hızı ayarlanarak (genellikle 40 - 60 damla / dk.) sıvı verilmeye başlanır. Geri dönen sıvının idrar torbasına boşalması sağlanır.
- Eller yıkanır.
- Kullanılan araç-gereç kaldırılır. Hasta ünitesi temiz ve düzgün bırakılır.
- Yapılan işlem, verilen ve geri gelen sıvı ve idrar miktarı kaydedilir.

Mesane İrrigasyonu Yapılan Hastanın Bakımı:

- Pıhtı birikimini en aza indirmek için, hematürinin derecesine göre sıvının verilmiş hızı ayarlanır. Bu hız, ameliyattan sonraki ilk 12 saatte en fazla olacaktır. Amaç geri gelen sıvının pembe renkte olmasıdır. İlk 12 saatte verilen sıvı miktarı 6-9 litredir, sonraki 12 saatte bu miktar 3-6 litreye düşer.
- Sıvının mesaneden boşalmasını sağlamak ve tıkanıklık olup olmadığını belirlemek için, aynı zamanda mesanenin aşırı distansiyonunu ve hastanın rahatsızlığını önlemek için irrigasyon sırasında torbadaki idrar miktarı sık sık kontrol edilir.

- Kateterin alt ucu elle sıkılıp gevşetilerek varsa pıhtıların çıkması sağlanır.
- İdrar torbası sık boşaltılmalıdır.
- Hastanın çıkan idrar miktarı ve verilen sıvı miktarı izlenir ve mesane irrigasyonu kayıt formuna doğru olarak kaydedilir.
- İdrar torbasına akan sıvıdan, hastaya verilen irrigasyon sıvısı çıkarılarak hastanın idrar miktarı hesaplanır.

K A Y N A K Ç A

1. Agarwal, N., Anderson, E. E., “Abdominal Procedures”, (Editors: George R.Schwartz, C. Gene Cayten, Mary Anne Mangelsen, Thom A. Mayer, Barbara K, Hanke.) Principles and Praticce of Emergency Medicine. Third Edition, Volume 1, Lea and Febiger, Philadelphia, 1992, p.702-705.
2. Andreoli, T. E. Carpenter, C. C. J. , Plum, F. Smith, L. H., Cecil Esentials of Medicine. (Türkçe Editor: Ayhan Yalçın, Çevirenler: Erdem Bagatur, Selçuk Baktaroğlu, And Semra 3. Çalangu, Sadi Gündoğdu, Hüseyin Keskin, Atilla Ökten, Aksel Siva, Nurdan Tözün, Muzaffer Tuzcu, Uğur Ülkü) Second Edition, W. B.Saunders Company, Philadelphia, 1990, Yüce Yayınları A. Ş. İstanbul, 1990.
3. Bakke, A., Vollset, S. E., “Risk Factors For Bacteriuria and Clinical Urinary Tract Infection in Patients Treated With Clean Intermittent Catheterization “, The Journal of Urology, Vol: 149, March 1993, p.527-531.
4. Berkow, R., (Editor in Chief) The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. (The Merck Manual Tephis Tedavi El Kitabı) Çeviren: Mehmet Pekus, 14. Baskı (Türkçe 2. baskı), Cilt: 2, Merk Yayıncılık, İtanbul, 1982, s.1112-1113, 1196-1199.
5. Bielfield, P. W. İdrar Sondaları, Literatür, C.7, Haziran 1988, s. 374-376.
6. Brunner, L. S., Suddart, D. S., Textbook of Medical - Surginal Nursing. Fifth edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1984, p. 975-1117.
7. Burkitt, H. G., Quick, C. R. G. GATT, D., Essential Surgery, Problems, Diagnosis and Management. Churchill Livingstone, New York, 1990, p. 463 - 467.
8. Cattel, W. R. , “ Lower and Upper Urinary Tract Infection in the Adult “ , (Editors:Steward Cameron., Alex M.Davison., Jean Pierre Grünfeld., David Kerr., Eberhard Ritz), Oxford Textbook of Clinical Nephrology. Volume: 3, Oxford University Press, Oxford, 1992, p. 1677-1685.
9. Crummey, V., “Ignorance Can Hurt “, Nursing Times, 85, 21, 1989, p. 66-70.

10. Daly, S., Ellis, R., Falk, D., Harby, K., Johnson, P. H., Mc Mahon, E., Morris, J., Sloan, G., Webster, M. L. , (Editors) *Nursing Procedures*. Spinghouse Corporation, Pennsylvania, 1992, p. 101-102, 143-146.
11. Erdil, F., *Cerrahi ve Üroloji Hemşireliği*. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994, s.62-67.
12. Ereğ, E., *Nefroloji*. 3. Baskı, Emek Matbaası, İstanbul, 1988.
13. Gettliffe, K. A. , Mulhall, A. B. , “ The Encrustation of Indwelling Catheters “, *British Journal of Urology*, 67, 1991, p. 337-341.
14. Gilbert, V., Gobby, M., “Bladder Irrigation” *Nursing Times*, 85, 16, 1989, p. 40-42.
15. Glenister, H., “The Passage of Infection” , *Nursing Times*, 83, 22, 1987, p. 68-73.
16. Hughes, J. M., Jarvis, W. R. , “ Nosocomial Infection Prevention and Control “, (Section Editor: James M. Hughes) , *Manual of Clinical Microbiology*. Fourth Edition, (Editor in Chief: Edwin H. Lennette)(Editors: Albert Balows, William J. Hausler, H. Jean Shadomy) , American Society for Microbiology, 1985, p. 99-103.
17. Hyland, N. , “ Training for Success “ , *Nursing Times*, August 7, Vol: 87, No:32, 1991, p. 61-62.
18. Jamieson, E. M. , Mc Call, J. M., Blythe, R., Logan, W. W., *Guidelines For Clinical Nursing Practices*. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburg, 1992, p. 198-217.
19. Kaschak, Newman, D., Lynch , K. , Smith, D. A. Cell, P. , “ Restoring Urinary Continence “*American Journal of Nursing*, Volume: 91, No: 1, 1991 (January),p. 28-34.
20. Kocher-Ockmore, J., “Catheter Concerns “, *Nursing Times*, Vol: 89, No: 2, January 13, 1993, p. 34-36.
21. Koneman, E. W. , Allen, S. D. , Janda, W. M. , Schreckenberger, P. C. , Winn, W. C. , *Color Atlas and Textbook of Diagnostic Microbiology*. Fourth Edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992, p. 76-83.
22. Kozier, B., Erb, G., *Fundamentals of Nursing*. Third Edition, Addison-Wesley Publishing Company, California, 2005.
23. Krupp, M. A. , “Genitourinary Tract “ , (Editors : Steven A. Schroeder, Marcus, A. Krupp, Lawrence M. Tierney), Third Edition, Appleton and Lange, California, 1988, p. 554-559.
24. Lowthian, P., “Preventing Trauma” , *Nursing Times*, 85, 21, 1989, p. 73-75
25. Munch, L. C. , “ Techniques of Nephrostomy “ , *Urologic Surgery*. (Editor in Chief: James F. Glenn), Fourth Edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991, p. 177-186.
26. Narrow, B. W., Buschle, K. B., *Fundamentals of Nursing Practice*. Second Edition, John Wiley and Sons, New York, 1987, p. 688-697.

27. Pannil, F. C., "Practical Management of Urinary Incontinence", Medical Clinics of North America, Vol: 73, No: 6, November 1989, p. 1423-1439.
28. Patrick, M. L., Wood, S. L., Craven, R. F., Rokosky, J. J. , Bruno, P. M. , Medical Surgical Nursing - Pathophysiological Concepts. Second Edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991, p. 937, 1071-1076.
29. Patton, J. P., Nash, D. B., Abrutyn, E., "Urinary Tract Infection: Economic Considerations", Medical Clinics of North America. 75: 2, March 1991, p. 495-513.
30. Potter, P. A., Perry, A. G., Fundamentals of Nursing. The C. V. Mosby Company, St. Louis, 2005.
31. Pritchard, A. P., David, J. A., Manual of Clinical Nursing Procedures. Second Edition, Harper and Row Ltd., London, 1988, p. 44-51, 393-403.
32. Resnich, B., "Retraining the Bladder After Catheterization", American Journal of Nursing, Vol: 93, No: 11, 1993, p. 46-49.
33. Roper, N., Logan, W. W. , Tierney, A. J. , The Elements of Nursing. Third Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1990, p. 177-201.
34. Schuster, H. P., Pop, T., Wielemann, L. S., (Çeviren: Ayşegül Akarsu, Hayati İmren), Yoğun Klinik Gözlem ve Tedavi. Sermet Matbaası, Kırklareli, 1987, s. 16-17.
35. Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., Fundamentals of Nursing-The Art and Science of Nursing Care. Second Edition, J. B. Lippincott Company, 1993, p. 847-898.
36. Thompson, J. M. , Mc Farland G. K. , Hirsch, J. E. , Tucker, S. M. , Bowers, A. C. , Mosby 's Manual of Clinical Nursing. Second Edition, the C. V. Mosby Company, St. Louis, 1989, p. 1672.
37. Warren, J. W. , " The Catheter and Urinary Tract Infection", Medical Clinics of North America, 75:2, March 1991, p. 481-493.
38. Wilson, M., Catheterization under Scruting", Nursing Times, 86, 49, 1990, p. 71-72.
39. Woods, D. R. , Bender, B. S. , " Long Term Urinary Tract Catheterization", Medical Clinics of North America, 73:6, November 1989, p. 1441-1454.