

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HASTA VE YAŞLI HİZMETLERİ

BOŞALTIM İHTİYAÇLARI

Ankara, 2015

- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul / kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
- Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
- **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR	ii
GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. ÖRDEK VE SÜRGÜ VERME TEKNİĞİ	3
1.1. Hasta/Yaşlının Temizliği ve Bakımı	6
UYGULAMA FAALİYETİ	9
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	10
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	11
2. ÜRİNER SONDA BAKIMI VE PREZAVTİF SONDA TAKMA.....	11
2.1. Üriner Sonda Çeşitleri.....	11
2.2. Üriner Sonda Bakımı	12
2.3. Prezervatif Sonda	14
UYGULAMA FAALİYETİ	16
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	18
ÖĞRENME FAALİYETİ-3	19
3. İDRAR VE GAİTASINI TUTAMAYAN HASTA/YAŞLIYA BAKIM	19
3.1. İdrar inkontinansı	19
3.2. Gaita ve Gaz İnkontinansı.....	20
3.3. İnkontinansı Olan Hasta/Yaşlıda Bakım.....	20
UYGULAMA FAALİYETİ	22
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	23
MODÜL DEĞERLENDİRME	24
CEVAP ANAHTARLARI	25
KAYNAKÇA	26

AÇIKLAMALAR

ALAN	Hasta ve Yaşlı Hizmetleri
DAL	Alan Ortak
MODÜLÜN ADI	Boşaltım İhtiyaçları
MODÜLÜN SÜRESİ	40/36 ders saati
MODÜLÜN AMACI	Bireye / öğrenciye tekniğine uygun ördek / sürgü verme, üriner sonda bakımı, idrar ve gaitasını tutamayan hasta / yaşlının bakımını yapma ile ilgili bilgi ve becerileri kazandırmaktır.
MODÜLÜN ÖĞRENME KAZANIMLARI	<ol style="list-style-type: none">1. Tekniğine uygun ördek verebileceksiniz.2. Tekniğine uygun sürgü verebileceksiniz.3. Tekniğine uygun üriner sonda bakımı yapabileceksiniz.4. Tekniğine uygun prezervatif sonda takabileceksiniz.5. İdrar ve gaitasını tutamayan hasta / yaşlıya bakım yapabileceksiniz.
EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	Ortam: Teknik laboratuvar, beceri eğitim sahası. Donanım: Ördek ve sürgü vermeye yönelik kadın ve erkek üreme organı bulunan manken, el yıkamaya uygun lavabo, antiseptik solüsyonlar, steril ve nonsteril eldiven çeşitleri, sürgü ve sürgü kapağı, ördek, tek kullanımlık hasta altı bezi, üriner sonda, prezervatif sonda, idrar torbası ve drenaj bağlantısı, böbrek küvet vb.
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	Modülün içinde yer alan her faaliyetten sonra verilen ölçme araçları ile kazandığınız bilgileri ölçerek kendi kendinizi değerlendirebileceksiniz. Öğretmen, modülün sonunda, ölçme aracı (test, çoktan seçmeli, doğru-yanlış vb.) kullanarak modül uygulamaları ile kazandığınız bilgi ve becerileri ölçerek değerlendirecektir.

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Vücudun normal fonksiyonlarının sürdürülmesinde ve hayatın devamlılığının sağlanmasında boşaltım sisteminin önemi büyüktür.

Vücutta metabolizma faaliyetleri sonucu oluşan atık maddeler gaita ve idrar yoluyla dışarı atılır. Bunlardan sindirim sisteminin son kısmı olan kalın bağırsaklar ve üriner sistem sorumludur.

Yatağa bağımlı hasta / yaşlı bireylerde boşaltım ihtiyaçlarının karşılanması özen gösterilerek yapılması gereken uygulamalardandır. Kişinin boşaltım ihtiyacını karşılamada başkasına bağımlı olması psikolojik olarak etkilenmesine yol açabilir. Kişilerde bağımlılık duyma, utanma ve acizlik hissetme gibi duyguların gelişmesine sebep olabilir. Kişilerin boşaltım ihtiyaçları karşılanırken doğru ve etkili iletişim kurulmalı, kişiler psikolojik olarak rahatlatılmalıdır.

Yatağa bağımlı hasta / yaşlı bireylerde boşaltım ihtiyaçlarını karşılanırken hızlı ve pratik olunmalı, bakımlar tekniğine uygun olarak verilmelidir.

Bu modülde yatağa bağımlı / kendi bakımını yapamayan bireylerin boşaltım ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını ve onlara nasıl bakım vereceğinizi öğreneceksiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

ÖĞRENME KAZANIMI

Hasta / yaşlılara tekniğine uygun ördek / sürgü verebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Kendi bakımını yapamayan hasta / yaşlı için kullanılan ördek ve sürgünün ne olduğunu ve ne amaçla kullanıldığını araştırınız.
- Hasta / yaşlıya ördek / sürgü vermenin önemini sınıfta arkadaşlarınıza açıklayınız.

1. ÖRDEK VE SÜRGÜ VERME TEKNİĞİ

Boşaltım olayının vücut dengesinin (homeostazis) sağlanmasında çok önemli bir yeri vardır. Boşaltım üriner ve bağırsak boşaltımı olarak iki kısımda incelenir.

Üriner boşaltım: Böbrekler, mesane (idrar torbası), üreter (idrar kanalı) ve üretra (idrar yolu) ile yapılır. Böbrekler atıkları kandan süzer ve idrar olarak boşaltırlar. İdrar çıkarma olayına **miksiyon** denir.

Bağırsak boşaltımından ise sindirim sisteminin son kısmı olan kalın bağırsaklar sorumludur. Kalın bağırsağın dışarıya açılan son kısmına **rektum** denir. Sindirim sistemi faaliyetleri sonucu dışkı (**gaita**) oluşur. Rektumdan dışkının atılması olayı ise **defekasyondur**.

Kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan yatağa bağımlı hasta/yaşlı bireylerin boşaltım ihtiyaçlarını karşılamaları için ördek, sürgü, üriner sonda kullanılabilir.

Hasta/yaşlının kalça anatomisine uygun olan, dışkı ve idrarını yatağında yapabilmesi için kullanılan araca **sürgü** denir. Yatağa bağımlı hasta/yaşlı bireylerin idrarını yapması için kullanılan plastik veya metalden yapılmış kaba **ördek** denir. Genellikle erkek hastalar için kullanılır. Kadın hastaların kullanabileceği ördekler de vardır. Ördek ve sürgüler her hasta/yaşlıya özel olarak kullanılır ve bakım ihtiyacı sona erdiğinde atılır. Günümüzde disposable (tek kullanımlık) olanları da mevcuttur.



Resim 1.1: Ördek ve sürgü çeşitleri

➤ **Uygulamada Kullanılacak Malzemeler**

- Disposable eldiven
- Ördek/sürgü
- Tuvalet kağıdı
- Hasta alt bezi
- Paravan

➤ **Uygulamanın amacı**

- Hasta/yaşlının üriner ve bağırsak boşaltım ihtiyacını karşılamak.
- Hasta/yaşlının fizyolojik olarak rahatlamasını sağlamak.

➤ **Uygulama sırasında;**

- Hasta/yaşlı hareket edebiliyorsa ördek verilirken yatağın kenarına oturması sağlanabilir. Bu pozisyon boşaltımın kolay olmasını sağlayacaktır.
- Sürgü verilirken hasta/yaşlı yapabiliyorsa kalçasını kaldırması istenir, yapamıyorsa destek olunur sürgünün doğru yerleştirilmesi sağlanır.

➤ **Ördek ve Sürgü Verme İşlem Basamakları**

- Hasta/yaşlının tuvalet ihtiyacı tespit edilir.
- Eller yıkanır ve eldiven giyilir.

- Kullanılacak malzemeler hazırlanır.
- Hasta/yaşlıya yapılacak işlem açıklanır.
- Perde veya paravan çekilir, yatak başı yükseltilir.
- Hasta/yaşlıya işleme uygun pozisyon verilir.
- Hasta/yaşlının üstünü açmadan sadece alt çamaşırları indirilir.
- Ördek/sürgü yerleştirilir.
- Hasta/yaşlı temizliğini yapabilecekse tuvalet kağıdı yanına konur, boşaltım bittiğinde haber vermesi istenir.
- Hasta /yaşlı yalnız bırakılır. (Hasta/yaşlı güçsüz, anksiyeteli ise yanında kalınır.)
- Boşaltım gerçekleştikten sonra ördek/sürgü ağzı kapatılarak hasta/yaşlıdan uzaklaştırılır.
- Hasta/yaşlı temizliğini yapamamışsa temizliği yapılır.
- Eldivenler değiştirilir.
- Hasta/yaşlının giysileri giydirilir, yatak takımları kirlenmişse değiştirilir.
- Hasta/yaşlının el temizliği yapması sağlanır.
- Kullanılan malzemeler kaldırılır, ortamın temizliği sağlanır.
- Eller yıkanır.
- Hasta/yaşlının idrar ve gaitasının özellikleri değerlendirilir (rengi, kokusu, çıkan miktar vs.).



Resim 1.2:Sürgü verme

➤ **Dikkat edilecek noktalar**

- Hasta/yaşlı bireylerin boşaltım ihtiyacını karşılarken mahremiyetinin korunması çok önemlidir. Etkili ve doğru iletişim kurulmalı, kişi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatılmalıdır.
- İşlem öncesinde, işlem sırasında ve sonrasında tıbbi asepsi ilkelerine uyulmalıdır.
- Tek kullanımlık araç gereçler kullanım sonrası derhal uygun şekilde imha edilmelidir.
- Tek kullanımlık olmayan ördek/sürgü kullanılıyorsa işlem sonrası hemen temizliği yapılmalı, sonraki boşaltım işlemine hazır hale getirilmelidir.
- Kullanılan ördek/sürgü kişiye özel olmalıdır.
- Hasta/yaşlı bireyde konstspasyon (kabızlık), diyare (ishal), inkontinans (idrar kaçırma) problemi varsa sağlık personeli bilgilendirilmelidir.
- Kullanılacak ördek/sürgünün çok soğuk ya da ıslak olmamasına dikkat edilmelidir.
- Ördek/sürgü verme işlemi gerektiğinden fazla uzun sürdürülmemelidir.
- İşlem sonrasına idrar/gaita uygun şekilde imha edilmeli, ortamın temizliği sağlanmalıdır.



Resim 1.3:Sürgü verme

1.1. Hasta/Yaşlının Temizliği ve Bakımı

Genital bölge temizliği boşaltım ihtiyacı karşılandıktan sonra ve rutin bakımlar sırasında yapılır. Genital bölge temizliğinin doğru ve zamanında yapılması önemlidir. Yapılmazsa hasta/yaşlıda enfeksiyon, kötü koku,tahriş, deri bütünlüğünde bozulmaya sebep olabilir.

➤ **Genital Bölge Bakımında Kullanılacak Malzemeler**

- Tek kullanımlık eldiven
- Hasta alt bezi
- Tuvalet kağıdı
- Sabun
- Böbrek küvet
- Gaz tampon (spanç)
- Kirli torbası
- Paravan
- Ilık su

➤ **Genital Bölge Temizliği İşlem Basamakları**

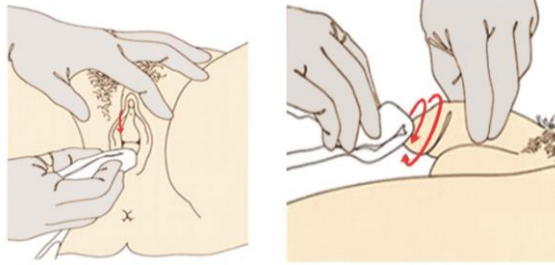
- Eller yıkanır ve eldiven giyilir.
- Malzemeler hazırlanır.
- Küvetlerin birine sıcak su konular, diğerine sabunlu su hazırlanır.
- Hasta/yaşlıya yapılacak işlem hakkında açıklama yapılır.
- Paravan/perde çekilir.
- Malzemeler kolay ulaşılabilecek bir yere konular.
- Hasta /yaşlı bakım için hazırlanır (alt taraf giysileri çıkartılır, yatak takımları gevşetilir.).
- Hasta/yaşlıya işleme uygun pozisyon verilir (kadınlar için sırtüstü yatar pozisyonda bacaklar dizlerden bükülü; erkeklerde sırtüstü yatar pozisyonda bacaklar uzatılmış).
- Hasta/yaşlının altına hasta alt bezi yerleştirilir.
- Sıcak su bulunan küvetin içine bir kaç tane spanç konur. Her silme ve kurulama işleminde ayrı spanç kullanılır.

➤ **Kadın hastalarda;**

- Önce simfis pubis içten dışa doğru,
- Uzak taraftaki labia majör önden arkaya, yakın taraftaki labia majör önden arkaya
- Yine önce uzak taraf daha sonra yakın taraf olmak üzere labia minörler önden arkaya
- Üretral bölge önden arkaya doğru tek bir hareketle silinir.
- Labiaların dışından başlayarak önden arkaya doğru kasık bölgesini tek bir hareketle silinir.

➤ **Erkek hastalarda;**

- Penis gövdesinden tutulur,
- Önce üretral meatüs dairesel hareketlerle aşağıya pubise doğru silinir,
- Son olarak testisleri yukarıdan aşağı doğru basınç uygulamadan silinir
- Hasta/yaşlıya (**kadın veya erkek**) yan yatış pozisyonu verilir.
- Sabunlu sudan alınan spançla anüs bölgesi önden arkaya doğru silinir. İşleme temizden kirliye doğru başlanır ve devam edilir.
- Bölge temizlenene kadar her seferinde yeni spançla işlem tekrar edilir.
- Duru suda bulunan spançla işlem tekrar edilir ve kurulanır.
- Hasta /yaşlının altına serilen alt bezi /tedavi bezi, muşambası alınır.
- Eldiven çıkarılarak, kirli torbasına atılır. Yeni eldiven giyilir.
- Hasta/yaşlıya temiz çamaşır giydirilir.
- Kirli ise yatak takımları değiştirilir.
- Kullanılan malzemeler kaldırılır ve temizlenerek yerine konur.
- Eller yıkanır.



Resim 1.4: Genital bölge temizliği

➤ **Dikkat edilecek noktalar**

- Tüm uygulamalarda tıbbi asepsi ilkelerine uyulur.
- Boşaltım ihtiyacı karşılanırken ve genital bölge temizliği yapılırken hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- Hasta/yaşlıya işlem anlatılırken ve işlem sırasında anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
- Her silme işleminde ayrı spanç kullanılmalıdır.
- İşlem sonrası malzemeler toplanıp temizlenmeli bir sonraki işleme hazır hale getirilmelidir.

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda hasta veya yaşlıya ördek/sürgü verebilecek, genital bölge temizliğini yapabileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının boşaltım ihtiyacını tespit ediniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Boşaltım ihtiyacını hasta veya yaşlının kendisinin karşılayıp karşılamadığını öğreniniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Ellerinizi yıkayınız ve eldivenlerinizi giyiniz.➤ Malzemelerinizi hazırlayınız.➤ Hasta /yaşlıya gerekli açıklamaları yapınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Etkili iletişim kurarak hastayı bilgilendiriniz.➤ Malzemeleri ulaşabileceğiniz yakın bir yere yerleştiriniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetine özen gösteriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetini korumak için gerekli önlemleri alınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlıya işleme uygun pozisyon veriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Boşaltım ihtiyacını rahat yapmasını sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Ördek/sürgüyü tekniğine uygun şekilde hastaya veriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Ördek/sürgünün amaca uygun kullanımına sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Boşaltım olayı gerçekleştiğinden sonra hastaya ihtiyaç duyuyorsa genital bölge bakımı yapınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının kendi bakımına ne kadar katılabildiğini tespit ediniz.➤ Bağımsız yapabileceği işlemlerde kolaylık sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Genital bölge temizliğini kadın ve erkek hastalara uygun pozisyonları vererek yapınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Bakımın etkinliğini artırınız ve kendinize çalışma kolaylığı sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Genital bölge bakımını yaparken tıbbi asepti kurallarına uygun yaptığınızdan emin olunuz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kontaminasyonu önlemenin en önemli koşulunun tıbbi asepti ilkelere uymak olduğunu hatırlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Bakım sonrası hasta/yaşlıya giysilerini giydiriniz. Hasta/yaşlı ünitesinin temiz ve düzgün olduğundan emin olunuz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlamanın önemini farkında olunuz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Boşaltım üriner boşaltım ve bağırsak boşaltımı olarak iki kısımda incelenir.
2. () Rektumdan dışkının atılması olayına miksiyon denir.
3. () Yatağa bağımlı hasta/yaşlı bireylerin idrarını yapması için kullanılan plastik veya metalden yapılmış kaba **sürgü** denir.
4. () Ördek ve sürgüler bakım verilen ortamlarda tüm hasta/yaşlılar için ortak kullanılabilir.
5. () Boşaltım sonrası hasta/yaşlı kendi temizliğini yapabiliyorsa teşvik edilmelidir.
6. () Hasta/yaşlıya ördek/sürgü verilirken eldiven kullanılmalıdır.
7. () Hasta/yaşlının tuvalet ihtiyacının olup olmadığı sorgulanmadan sık aralıklarla hasta/yaşlıya ördek/sürgü verilmelidir.
8. () Kadınlarda perine bakımı yapılırken anüs bölgesi önden arkaya doğru silinir.
9. () Hasta/yaşlı bireylerin boşaltım ihtiyacı karşılanırken mahremiyetinin korunması önemlidir.
10. () Hasta/yaşlı bireyde konstipasyon (kabızlık), diyare (ishal) problemi varsa sağlık personeli bilgilendirilmelidir.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

ÖĞRENME KAZANIMI

Tekniğine uygun ürünler sonda bakımı yapabilecek ve prezervatif sonda takabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Üriner sonda hangi durumlarda kullanılır araştırınız.
- Üriner sonda bakımı yapmanın önemini sınıfta arkadaşlarınızla tartışınız.

2. ÜRİNER SONDA BAKIMI VE PREZAVTİF SONDA TAKMA

Üriner boşaltım çeşitli nedenlerle bozulabilir. Bu durumda hasta/yaşlının idrar boşaltımı için bir kateter üretradan geçirilerek mesane içine yerleştirilir. İdrarı boşaltmak amacıyla takılan bu kateterlere genel olarak üriner sonda denir.

2.1. Üriner Sonda Çeşitleri

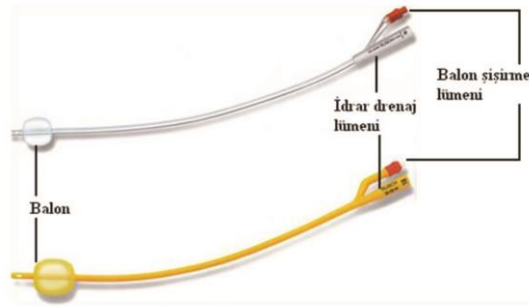
Kateterizasyon mesane içindeki idrarın boşaltılması işlemidir. Kateterizasyon amacıyla çoğunlukla nelaton sonda ve foley sonda kullanılır.

- **Nelaton sonda** düz ve takılan ucunda küçük bir açıklığı olan tek yollu kateterdir. Kauçuk veya silikondan yapılmıştır. Silikon olanların uç kısmında renkli bir bölümü vardır. Sondanın kalınlığı ya da inceliğine göre renkler değişiklik gösterir. Mesaneyi kısa sürede boşaltmak amacıyla geçici olarak kullanılır. Tek kullanımlık steril paketlerde bulunur.
- **Foley sonda** içi boş iki yollu kateterdir. Yollardan biri mesaneye açılır, diğer yol ise kateterin uç kısmındaki balonu şişirmeye yarar. Foley sondanın balonu 5–30 ml. sıvı alacak hacimdedir. Balon hacmi sondanın üzerinde yazılıdır; ancak özel bir durum söz konusu değilse genellikle balonu 8–10 ml. sıvı ile şişirmek yeterlidir. Balon, sıvı ile şişirilerek sondanın mesanede sabitlenmesi sağlar.

Ayrıca mesane yıkanması gerektiğinde kullanılan üç yollu sondalar da vardır. Bunlar iki yollu foley sondaya benzer, ancak içinde yıkama sıvısının verilmesi için kullanılan üçüncü bir yol vardır.



Resim 2.1: Nelaton sonda



Resim 2.2: Foley sonda

2.2. Üriner Sonda Bakımı

Kateterin işlevsel devamlılığının sağlanması ve üriner enfeksiyon oluşmasının önlenmesi için üriner sonda takılı hasta/yaşlıya uygun aralıklarla üriner sonda bakımı yapılır.

➤ Üriner sonda bakımında kullanılacak malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Sabun
- Böbrek küvet
- Gaz tampon (spanç)
- Kirli torbası
- Paravan ya da perde
- Ilık su

➤ Üriner Sonda Bakımı İşlem Basamakları

- Eller yıkanır ve steril olmayan eldiven giyilir.
- Kullanılacak malzemeler hazırlanır
- Küvetlerden birine ılık su konulur, diğerine sabunlu su hazırlanır.

- Hastaya işlem açıklanır.
- Perde veya paravan çekilir.
- Hasta/yaşlının altına tedavi bezi ve muşambası serilir
- Hasta sırt üstü yatar durumda iken alt giysileri çıkarılır, hasta bakım için hazırlanır.
- Sıcak su konulan küvetin içine birkaç tane spanç konur. Her silme işleminde ayrı spanç kullanılır.

Kadın hastalarda;

- Sabunlu sudan alınan spançla sondanın meatusa giren kısmı dairesel ve tek bir seferde silinir, gerekirse işlem farklı bir spançla tekrarlanır.

Erkek hastalarda;

- Sabunlu sudan alınan spançla sondanın penise giren kısmı dairesel ve tek bir seferde silinir, gerekirse işlem farklı bir spançla tekrarlanır.
- Silme işlemi aynı şekilde duru su içindeki spançla tekrarlanır, meatus veya penis kurulanır.
- Sondanın dışarıda kalan kısmı da sabunlu su içindeki spançla silinir, durulanır ve kurulanır.
- İdrar torbası dolmuşsa boşaltılır/değiştirilir.
- Tedavi bezi ve muşambası kaldırılır.
- Eldiven çıkarılarak kirli torbasına atılır, yeni eldiven giyilir.
- Hastanın alt giysileri giydirilir veya üzeri örtülür.
- Kullanılan malzemeler kaldırılır ve temizlenerek yerine konur.
- Eller yıkanır.

➤ Dikkat Edilecek Noktalar

- Hasta/yaşlı bireylere üriner sonda bakımı verilirken mahremiyetin korunması önemlidir.
- Bakım verirken tıbbi asepsi ilkelerine dikkat edilmeli, silme işlemi her zaman tek seferde yapılmalıdır.
- Temizlemeden sonra nemlendirici kullanılmalıdır.
- Üriner sondası olan hasta banyo yapacaksa, öncesinde torba boşaltılır ve sondanın klemp (idrar torbasına idrar akımı olmayacak şekilde sıkıştırılmış) olmasına dikkat edilir.
- Üriner kateterli hasta banyo yapacaksa, öncesinde torba boşaltılır ve sondanın klemp olduğu kontrol edilir

➤ **Kateterli Hasta/Yaşlılarda Üriner Enfeksiyon Oluşum Nedenleri**

- Hasta/yaşlıya sonda bakımının düzenli yapılmaması
- Vücudun başka yerinde aktif enfeksiyon varlığı
- Böbrek fonksiyonlarının bozuk olması
- Sonda da mikroorganizmaların üremesi
- Üretrada var olan ya da üreyen mikroorganizmalar
- Kateterin kalış süresinin uzaması
- Diabetes mellitus (şeker hastalığı)
- Malnütrasyon (beslenme yetersizliği)
- Kateter takılma işlemi sırasında asepsiye dikkat edilmemesi
- Kadınlarda vajen üretraya yakın olduğu için bu bölgede üreyen mikroorganizmalar
- Sistemik antibiyotik kullanımıdır.

➤ **Üriner Sondası Olan Kişide Gelişebilecek Komplikasyonlar**

- Bakteriüri (idrarda bakteri bulunması)
- Yalancı pasaj gelişimi (yalancı darlık)
- Hematüri (idrarda kan görülmesi)
- Foley sonda çıkarılırken balonunun indirilmemesi
- Mesane taşı oluşumu vb.

2.3. Prezervatif Sonda

Prezervatif sonda, erkeklerde penisin üzerine geçirilen yumuşak, esnek kauçuktan yapılmış bir kılıftır. Üriner enfeksiyon riski diğer kateterlere göre daha azdır. Sağlam miksiyon (işeme) refleksi olan, üretrada herhangi bir tıkanıklığı olmayan inkontinanslı erkek hastalarda ya da komadaki hastalarda kullanılır.



Resim 2.3:Prezervatif sonda

➤ **Prezervatif sonda takılırken kullanılacak malzemeler**

- Prezervatif sonda
- Elastik yapıştırıcı bant
- İdrar torbası
- Ilık su dolu küvet
- Sabun havlu
- Gaz tampon (spanç)
- Eldiven

➤ **Prezervatif Sonda Takılması İşlem Basamakları**

- Hastaya yapılacak olan uygulama hakkında bilgi verilir ve izin alınır.
- Hasta mahremiyetinin korunmasına uygun bir ortam hazırlanır.
- Eldiven giyilir.
- Hastanın perine bölgesi kontrol edilir. Hastanın perine bölgesinin temiz tıraşlı ve kuru olması sağlanır.
- Hastaya supine (sırt üstü) pozisyonu verilir.
- Elastik yapıştırıcı bandın yapışkan kısmı açılarak penisin etrafına dairesel olarak yapıştırılır.
- Elastik yapıştırıcı bandın yapışkan yüzü dışarıya gelecek şekilde olmalıdır.
- Bant kan akımını engelleyecek şekilde sıkı olmamalıdır.
- Bir el ile sondanın prezervatif kısmı penis üzerine geçirilir.
- Prezervatif sondanın, idrar torbası ile bağlantısı yapılır.
- İdrar torbası yatak kenarına ya da hasta üzerine tespit edilir.
- Kullanılan malzemeler tıbbi atık torbasına atılır.
- Eller yıkanır.



Resim 2.4: Prezervatif sonda takılması

UYGULAMA FAALİYETİ-1

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda üriner sonda bakımı yapabileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlıda var olan üriner sondanın çeşidini tespit ediniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Takılı olan sondanın neden tercih edildiğini öğreniniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Üriner sonda bakımı yapmak için ellerinizi yıkayınız ve kullanılacak malzemeleri hazırlayınız.➤ Hasta/yaşlıya gerekli açıklamaları yapınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Malzemeleri ulaşabileceğiniz yakın bir yere yerleştiriniz.➤ Etkili iletişim kurarak hastayı bilgilendiriniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetine özen gösteriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetini korumak için gerekli tedbirleri alınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlıya işleme uygun pozisyon veriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kendinize uygulama kolaylığı sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Tekniğine uygun bir şekilde üriner sondanın giriş kısmının bakımını yapınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Giriş bölgelerinin temiz olduğundan emin olunuz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Sondanın dışarıda kalan kısmını farklı ve temiz bir spançla siliniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ İşlemleri yaparken tıbbi asepsi kurallarına uyunuz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının giysilerini giydirip üzerini kapatınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının psikolojik olarak kendini rahat hissetmesini sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Ellerinizi yıkayınız, kullandığınız malzemeleri kirli torbasına atınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kontaminasyonu önlemenin en önemli koşulunun tıbbi asepsi ilkelerini uygulamak olduğunu hatırlayınız.

UYGULAMA FAALİYETİ-2

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda prezervatif sonda takabileceksiniz.

İşlem basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlıya gerekli açıklamaları yapınız.➤ Ellerinizi yıkayınız ve eldivenlerinizi giyiniz.➤ Malzemelerinizi hazırlayınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Malzemeleri ulaşabileceğiniz yakın bir yere yerleştiriniz.➤ Etkili iletişim kurarak hastayı bilgilendiriniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetine özen gösteriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının mahremiyetini korumak için gerekli tedbirleri alınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlıya işleme uygun pozisyon veriniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kendinize çalışma kolaylığı sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Prezervatif sondayı tekniğine uygun bir şekilde hastaya takınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Elastik yapıştırıcı bandın kan akımını engelleyecek şekilde sıkı olmamasına dikkat ediniz.➤ Prezervatif sondanın penise takılı olduğu kısımda idrar sızıntısı olup olmadığını kontrol ediniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Prezervatif sondanın idrar torbasıyla bağlantısını yapınız.➤ İdrar torbasını yatak kenarına veya hasta üzerine tespit ediniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Yerçekiminin etkisiyle idrarın torbaya birikmesini sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının giysilerini giydirip üzerini kapatınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta/yaşlının psikolojik olarak kendini rahat hissetmesini sağlayınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Ellerinizi yıkayınız, kullandığınız malzemeleri kirli torbasına atınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kontaminasyonu önlemenin en önemli koşulunun tıbbi asepsi ilkelerini uygulamak olduğunu hatırlayınız.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi üriner sonda bakımında kullanılacak malzemelerden değildir?
A) Sabun
B) Böbrek küvet
C) Bez tampon
D) Ördek
E) Tek kullanımlık eldiven
2. Aşağıdakilerden hangisi kateterli hasta/yaşlılarda üriner enfeksiyon oluşum nedenlerinden değildir?
A) Hasta/yaşlıya iyi bakım verilmemesi
B) Vücudun başka yerinde aktif enfeksiyon varlığı
C) Hipertansiyon (yüksek tansiyon)
D) Diyabetüs mellitüs (şeker hastalığı)
E) Kadın cinsiyeti
3. Aşağıdakilerden hangisi prezervatif sonda takılırken hasta/yaşlıya verilecek pozisyon-
dur?
A) Supine
B) Prone
C) Litotomi
D) Secde pozisyonu
E) Dorsal rekümbent
4. İdrarı boşaltmak amacıyla takılan kateterlere genel olarak verilen isim aşağıdakilerden
hangisidir?
A) Nelaton sonda
B) Foley sonda
C) Üriner sonda
D) Nazogastrik sonda
E) Aspirasyon sondası
5. Aşağıdakilerden hangisi üriner sondası olan kişilerde gelişebilecek komplikasyonlar-
dan biridir?
A) Hematüri
B) Pnomoni
C) Nöropati
D) Hipoglisemi
E) Hematemez

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-3

ÖĞRENME KAZANIMI

İdrar ve gaitasını tutamayan hasta/yaşlıya bakım yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- İdrar , gaita ve gaz inkontinansının ne olduğunu araştırınız ve sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

3. İDRAR VE GAİTASINI TUTAMAYAN HASTA/YAŞLIYA BAKIM

Kişinin sosyal olarak uygun zaman ve yer bulana kadar idrar/dışkılama ihtiyacını kontrol etmesine **kontinans** denir. Bu durumda idrar,gaz ya da dışkı kontrolünün kaybolmasına **kaçırma –inkontinans** denir. Farklı nedenlerden dolayı insanlarda idrar inkontinansı, gaita inkontinansı ve gaz inkontinansı gelişebilir.

3.1. İdrar inkontinansı

İdrar inkontinansı, mesane kontrolünün kaybı ve beraberinde istem dışı, damlalar halinde veya daha yoğun olarak idrarın kaçması durumudur. İdrar inkontinansı bir çok nedenle oluşan bir semptomdur. Yaşlı bireylerde ve sık doğum yapan kadınlarda daha sık görülmektedir.

- **İdrar inkontinans nedenleri**
 - Fazla ya da az aktif bir mesane,
 - Fiziksel tıkanma,
 - Enfeksiyon,
 - Pelvik kasların zayıflaması,
 - Zorlayıcı egzersiz yapmak,
 - Diyabetes mellitus (şeker hastalığı),
 - Kafein ve bazı ilaçların yan etkileri
 - Kanseri,
 - İnme,
 - Üriner sistemde yaşlılığa bağlı değişiklikler,

3.2. Gaita ve Gaz İnkontinansı

Gaz ve gaita inkontinansı gaz ve dışkının istem dışı kontrolsüz olarak anüsten dışarı kaçırılmasıdır. İnkontinansın şiddeti , nadiren kontrolsüz gaz kaçırılmasından, iç çamaşırlarının sıvı veya katı dışkı ile kirlenmesinden hastanın bezle yaşamasına kadar değişmektedir .

➤ Gaita Ve Gaz İnkontinansının Nedenleri

Dışkılamanın kontrolü birçok faktörle sağlanmaktadır. Bu faktörlerden herhangi birindeki bozukluk inkontinansa neden olabilir.

- Uzun süren kabızlık
- Barsaktan dışkı geçişinin çok hızlı olması (ishal gibi)
- Rektumun esnekliğini kaybetmesi
- Nörolojik sorunlar
- Yaşlanmaya bağlı kasların zayıflaması
- Anüsün normal çalışmadığı durumlar
- Doğum sırasında anal sfinkterin hasar görmesi

3.3. İnkontinansı Olan Hasta/Yaşlıda Bakım

Miksiyon ve defekasyon her birey için oldukça özel bir durumdur. Hem fiziksel hem psikolojik bakım gerektirir.

➤ Psikolojik Bakım

Vücutun mahrem bölgelerinin bir başkası tarafından görülmesi, miksiyon ve defekasyonun başkasının gözetiminde yapılması ve atıkların çevreye yaydığı kötü koku ve görüntü hasta/yaşlı için utanç kaynağıdır. Bu nedenle inkontinansı olan hasta/yaşlıya hem fiziksel hem psikolojik bakım sağlanmalıdır. Bu nedenle bilinçli hastalara bakım verilmesi sırasında saygılı tutum sürdürülür, olumsuz sözlü ya da sözsüz ifadelerden kaçınılır. Onaylamama ya da tiksintiyi anlatan bir yüz ifadesi hastayı rahatsız eder ve iletişimi engeller. Ses tonu ve davranışlar samimi olmalı, olumsuz duygular ve yüz ifadesinden kaçınılımalıdır.

➤ Fiziksel Bakım

Fiziksel bakımın yetersiz olması ciltte tahriş, basınç yaraları, enfeksiyon gibi durumlara neden olabilir. Bunu önlemek için cilt bakımına özen gösterilmelidir.Cilt bakımında dikkat edilmesi gerekenler şöyle sıralanabilir:

- İdrarın asidik olması idrar inkontinansı olan hasta/yaşlılarda ciltte tahriş edici etki gösterir. İdrarla kirlenmiş deri sabun ve ılık suyla yıkanarak temizlenir ve kurulanır. Kurulamadan sonra vücut losyonları kullanılarak cildin nemi korunur.

- Giysi ve yatak takımlarının korunması için koruma amaçlı ped, havlu, bez gibi malzemeleri kullanması inkontinansı olan hastalara büyük kolaylık sağlar.
- Gaita inkontinansı idrar inkontinansında olduğu gibi ciltte maserasyon, iritasyon ve basınç yarasına kadar giden cilt lezyonlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle her dışkılama sonunda perine bölgesi sabun ve ılık su ile yıkanır, durulanır ve kurulanır. Temizlenen cilde vücut losyonları uygulanır. Bu uygulama ile cildin nemi korunarak koruyucu bir bariyer oluşturur.
- Hasta/yaşlıya düzenli dışkılama alışkanlığı kazandırmak önemlidir. Hasta/yaşlı sık aralıklarla tuvalete gitmesi için teşvik edilmeli, hasta/yaşlı tuvalete gidemeyecek durumda ise sık sık tuvalet ihtiyacının olup olmadığı sorulmalı, ihtiyacı varsa ördek/sürgü verilerek ihtiyacı giderilmelidir.

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını tamamladığınızda idrar, gaz ve gaita inkontinansını tanımlayabilecek, bakım ilkelerini sıralayabileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ İnkontinans çeşitlerini ayırt ediniz.	➤ Hasta/yaşlılarda hangi çeşit inkontinansın olduğunu araştırınız.
➤ İdrar inkontinans nedenlerini sıralayınız.	➤ Üriner inkontinansa neden olan durumları değişik kaynaklardan araştırınız.
➤ Gaita ve gaz inkontinansının nedenlerini sıralayınız.	➤ Yaşlanmayla birlikte neden gaita ve gaz inkontinansının arttığını araştırınız. ➤ Uzun süreli görünen kabızlığın neden gaita inkontinansına sebep olabileceğini tartışınız.
➤ İnkontinansı olan hasta/yaşlıda bakım ilkelerini sıralayınız.	➤ İnkontinansı olan hasta/yaşlıya fiziksel bakım vermenin neden önemli olduğunu tartışınız. ➤ İnkontinansı olan hasta/yaşlıların ne gibi duygusal problemler yaşayabileceğini tartışınız. ➤ İnkontinans durumunun hasta/yaşlı cildine ne gibi zararlar verebileceğini araştırınız.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

1. Kişinin sosyal olarak uygun zaman ve yer bulana kadar dışkılama ihtiyacını kontrol etmesine denir.
2. mesane kontrolünün kaybı ve beraberinde istem dışı, damlalar halinde veya daha yoğun olarak idrarın kaçması durumudur.
3. gaz ve dışkının istem dışı kontrolsüz olarak anüsten dışarı kaçırılmasıdır.
4. İdrarın asidik yapısı cilde temas edince ciltte etki gösterir.
5. İnkontinansı olan hasta/yaşlılar duygusal problemler yaşayabilirler. Bu nedenle inkontinansı olan hasta/yaşlıya hem hem bakım sağlanmalıdır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru “Modül Değerlendirme”ye geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

KONTROL LİSTESİ

Bu modül kapsamında aşağıda boşaltım ihtiyaçlarını karşılama ile ilgili listelenen davranışlardan kazandığınız becerileri Evet, kazanamadığınız becerileri Hayır kutucuğuna (X) işareti koyarak kendinizi değerlendiriniz.

Değerlendirme Ölçütleri		Evet	Hayır
1	Hasta/yaşlının boşaltım ihtiyaçlarını karşılarken kullanacağınız malzemeleri hazırladınız mı?		
2	Hasta/yaşlıyı yapılacak işlem hakkında bilgilendirdiniz mi?		
3	Hasta/yaşlıya tekniğine uygun ördek/sürgü verdiniz mi?		
4	Hasta/yaşlıya genital bölge temizliği yaptınız mı?		
5	Hasta/yaşlıya prezervatif sonda taktınız mı?		
6	Üriner sondası olan hasta/yaşlıya üriner sonda bakımı yaptınız mı?		
7	İdrar, gaita ve gaz inkontinansı olan hasta/yaşlıda bakım ilkeleri ile ilgili sunum hazırladınız mı?		

DEĞERLENDİRME

Değerlendirme sonunda “Hayır” şeklindeki cevaplarınızı bir daha gözden geçiriniz. Kendinizi yeterli görmüyorsanız öğrenme faaliyetini tekrar ediniz. Bütün cevaplarınız “Evet” ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1.	D
2.	Y
3.	Y
4.	Y
5.	D
6.	D
7.	Y
8.	D
9.	D
10.	D

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1.	D
2.	C
3.	A
4.	C
5.	A

ÖĞRENME FAALİYETİ-3'ÜN CEVAP ANAHTARI

1.	kontinans
2.	idrar inkontinansı
3.	gaita inkontinansı
4.	tahriş edici
5.	fiziksel, psikolojik

KAYNAKÇA

- Akça Ay, Fatma, Temel **Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar**, 2. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
- AKDEMİR Nuran, Leman BİROL, **İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın No:2, İstanbul, 2003.
- Hemşirelik Alanı, **Mesane Kateterizasyonu, Nazogastrik Sonda, Lavaj ve Gavaj Uygulamaları Modülü**, Ankara, 2012.
- Hemşirelik Alanı, **Ördek ve Sürgü Verme Modülü**, Ankara, 2012.
- Hemşirelik Alanı, **Özel Bakım Teknikleri Modülü**, Ankara, 2012.
- <http://guncel.tgv.org.tr/journal/3/pdf/11.pdf> (24.07.2015 / 16.00)
- http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm (23.07.2015 / 18.00)
- <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/09/0910ano.pdf> (23.07.2015 / 19.00)
- http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_166.pdf
- <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/19PERINEBAKIMI.pdf> (13.07.2015 / 22.00)
- <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/84URINERKATETERTAKILMASIBAKIMIVECIKARILMASI.pdf> (08.07.2015 / 14.00)
- <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/86ORDEKVESURGUKULLANMA.pdf> (04.07.2015 / 13.00)
- [http://www.tkrcd.org.tr/files/file/inkontinans\(1\).pdf](http://www.tkrcd.org.tr/files/file/inkontinans(1).pdf) (24.07.2015 / 16.00)
- http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/ankara/h_a_e.pdf (24.07.2014 / 17.00)
- KARATAŞ GÜNER Ayşe, Semanur AĞRALI KEBAPÇI, **Meslek Esasları ve Tekniği**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2014.
- SABUNCU Necmiye, Fatma AKÇA AY, **Klinik Beceriler: Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi**, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
- Sabuncu, Necmiye, **Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar**, Alter Yayıncılık, Ankara, 2009.