

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

SAĞLIK HİZMETLERİ

BOŞALTIM İHTİYACINI KARŞILAMA

Ankara, 2016

- 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 / SÜRGÜ VERME.....	3
1.1. Ördek ve Sürgü Çeşitleri.....	4
1.2. Ördek ve Sürgü Verme İşlemi	5
1.3. Ördek ve Sürgü Verme İşleminde Kullanılan Malzemeler	5
1.4. Ördek ve Sürgü Verme İşlem Basamakları.....	5
1.5. Ördek ve Sürgü Verme İşleminde Dikkat Edilecek Noktalar	7
1.6. Ördek ve Sürgü Temizliği.....	8
UYGULAMA FAALİYETİ	9
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	10
2. İDRAR VE DIŞKISINI TUTAMAYAN HASTANIN BAKIMI	11
2.1. İnkontinans Çeşitleri	12
2.2. İdrar İnkontinansı Nedenleri	12
2.3. İdrar İnkontinansında Bakım İlkeleri	13
2.4. Mesane Kateteri Olan Hastalarda İdrar Torbasını Değiştirme.....	14
2.5. Gaita ve Gaz İnkontinansı.....	15
2.5.1. Gaita ve Gaz İnkontinansı Nedenleri.....	15
2.5.2. Gaita ve Gaz İnkontinansı Olan Hastada Bakım İlkeleri.....	16
UYGULAMA FAALİYETİ	18
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	19
MODÜL DEĞERLENDİRME	21
CEVAP ANAHTARLARI	22
KAYNAKÇA	23

AÇIKLAMALAR

ALAN	Sağlık Hizmetleri
DAL/MESLEK	Alan Ortak
MODÜLÜN ADI	Boşaltım İhtiyaçlarını Karşılama
MODÜLÜN SÜRESİ	40/12
MODÜLÜN AMACI	Öğrenciye, idrar ve gaitasını tutamayan hastaya bakım yapma ile ördek / sürgü vermeye yönelik bilgi ve becerileri kazandırmaktır.
MODÜLÜN ÖĞRENME KAZANIMLARI	<ol style="list-style-type: none">1. Mahremiyete özen göstererek hastaya ördek / sürgü verebileceksiniz.2. Bakım ilkeleri doğrultusunda, idrar ve gaitasını tutamayan hastaya bakım yapabileceksiniz.
EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	Ortam: Sınıf, teknik laboratuvar, etkileşimli tahta, hasta odası Donanım: Hasta yatağı, maketi, eldiven, sürgü, ördek, hasta örtüsü, paravan, lavabo, el yıkama malzemeleri
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	Modül içinde yer alan her öğrenme faaliyetinden sonra verilen ölçme araçları ile kendinizi değerlendireceksiniz.

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Hastalar, çeşitli hastalık nedenleri ile yatağa bağımlı kalabilirler. Yatağa bağımlı hastalar, temel ihtiyaçlarını karşılayamazlar. Temel ihtiyaçlarından biri olan boşaltım ihtiyacını gidermede sıkıntı yaşayabilirler. Yatağa bağımlı hastaların boşaltım ihtiyaçlarının hijyenik koşullarda ve uygun bakım şartlarında karşılanması gerekmektedir. Boşaltım ihtiyacının giderilmesi önemli bir temel ihtiyaçtır.

İnkontinanslı hastalara psikolojik destek sağlamak hemşire yardımcısının önemli görevleri arasındadır. Miksiyon ve defekasyon işlemi birey için oldukça özel bir durumdur. Vücudun mahrem bölgelerinin bir başkası tarafından görülmesi, miksiyon ve defekasyonun başkasının gözetiminde yapılması ve atıkların çevreye yaydığı kötü koku ve görüntü hastanın utanmasına neden olur. Sağlık personeli boşaltım ihtiyacını karşılarırken hasta mahremiyetine, psikolojisine ayrı bir özen göstermelidir. Sağlık personeli empatik yaklaşımı kullanarak hasta ile olan iletişimi sürdürerek bu ihtiyacını rahat karşılanmasına destek vermelidir.

Bu modülle idrar ve gaitasını tutamayan hastaya bakım yapma ile ördek / sürgü vermeye yönelik bilgi ve becerileri kazanmış olacaksınız.



ÖĞRENME FAALİYETİ-1

ÖĞRENME KAZANIMI

Bakım ilkeleri doğrultusunda idrar ve gaitasını tutamayan hastaya mahremiyetine dikkat ederek ördek ve sürgü verebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Boşaltım ihtiyacının giderilmesinde kullanılan ördek ve sürgü çeşitlerini görsel kaynaklardan araştırarak arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. ÖRDEK / SÜRGÜ VERME

Boşaltım, insanın temel fizyolojik ihtiyaçlarından biridir. Üriner ve bağırsak boşaltımı olarak ikiye ayrılır.

➤ Üriner Boşaltım

Üriner sistem; kanı böbrekler aracılığı ile süzen, oluşan idrarı mesane, ureterler ve üretra aracılığıyla vücuttan uzaklaştıran sistemdir. Üriner sistemin temel fonksiyonlarından biri, oluşan idrarın vücuttan atılımını sağlamaktır. İdrar çıkarma, **miksiyon** olarak adlandırılır.

Erişkin bir insan, günde yaklaşık 1.000-1.800 cc idrar çıkarır. İdrar asidik özelliktedir. İdrar dansitesi 1015- 1025', pH'ı ortalama 5,5'tir. İdrar; su, tuz, üre, ürik asit ve kreatinin gibi atıklardan oluşmuştur. İdrarın rengi sabahın ilk saatlerinde koyu sarı olmakla birlikte, ilerleyen saatlerde açık sarıya döner, görünümü genelde berraktır. Ancak alınan diyet, bazı hastalıklar ve ilaçlara bağlı olarak idrarın rengi değişir. Uzun süre bekletilen idrarda bakteriler tarafından ürenin amonyağa dönüştürülmesi sonucu keskin bir amonyak kokusu görülür.

➤ Bağırsak Boşaltımı

Besinlerin sindirilmesi sonucu oluşan ve sindirim kanalıyla atılan atık maddeler gaita (feçes) olarak adlandırılır.

Gaitanın rektumdan dışarı atılmasına **defekasyon** denir. Sindirim sonunda oluşan atıkların düzenli bir şekilde atılması bedensel işlevlerin devamı için önemlidir. Bağırsak boşaltımı (defekasyon / dışkılama) temel ve fizyolojik insan gereksinimidir. Alınan gıdaların yarısı 24 saat içinde diğer yarısı da 48 saat içinde atılır.

Ancak insanlarda gaita boşaltımı, alınan besinler ve bireyin defekasyon alışkanlığına göre değişiklikler gösterir. Günlük gaita miktarı 150-250 g arasındadır.

1.1. Ördek ve Sürgü Çeşitleri

Sürgü, yatağa bağımlı hastaların dışkı ve idrarını yatağında yapmaya elverişli, kalçanın anatomik yapısına uygun olarak üretilmiş araçtır. Oksitlenmeyen metal veya emaye kaplı metal ve plastikten yapılmış olanları mevcuttur.

Ördek, sürgüden farklı olarak erkek hastalara sadece idrar yapmaları için verilen metalden veya plastikten üretilmiş araçtır. Ördek genellikle erkek hastalar için kullanılır, fakat kadın hastalar için üretilmiş ördekler de vardır.

Günümüzde disposable ördek ve sürgüler üretilmiştir. Disposable malzemeler tek kullanımlıktır. Hijyenik olması nedeniyle ve enfeksiyon oluşumunu önlediği için disposable ördek ve sürgüler her zaman tercih edilmelidir.



Resim 1.1: Hastalarda kullanılan ördek ve sürgü çeşitleri

Hareket edebilen veya hareket yeteneği kısıtlı olan hastalar, tuvalete gidemiyorsa boşaltım ihtiyacını karşılamak için özel tasarlanmış sandalyeye oturtularak (hasta oturağı) ihtiyacı karşılanabilir.



Resim 1.2: Hasta oturağı

1.2. Ördek ve Sürgü Verme İşlemi

Yatağa bağımlı kişilerde boşaltım ihtiyacının karşılanması tıbbi açıdan önemlidir. Kişinin boşaltım ihtiyacını sağlamak için, uzun süreli mesane kateteri takılması enfeksiyon riskini artıracığından önerilmez. Bu nedenle yatağa bağımlı kişilerin boşaltım ihtiyacı olduğunda tekniğine uygun olarak ördek / sürgü verilerek karşılanması hijyen ve sağlık açısından çok önemlidir.

Ördek ve sürgü verme işleminin genel amaçları;

- Yataktan kalkamayan hastanın boşaltım ihtiyacını karşılamak,
- Hastaya düzenli defekasyon ve idrara çıkma alışkanlığı kazandırmak,
- İdrar ve gaitanın teşhise yardımcı olmak amacıyla doğru gözlemlenmesi ve ölçülmesini sağlamaktır.

1.3. Ördek ve Sürgü Verme İşleminde Kullanılan Malzemeler

- El yıkama malzemeleri,
- Sıcak su ve sabun,
- Kâğıt havlu veya havlu,
- Eldiven,
- Yatak koruyucu örtü,
- Ördek / sürgü,
- Tuvalet kâğıdı,
- Hasta alt bezi,
- Kirli kabı,
- Paravan / hasta perdesi,
- Koku giderici spreylendir.

1.4. Ördek ve Sürgü Verme İşlem Basamakları

- Hastaya işlemle ilgili bilgi verilir. İşleme başlamadan önce eller el yıkama standardına göre yıkanır. Tüm araç gereç hastanın yanına getirilir. Sürgünün soğuk olmaması için içine sıcak su dökülebilir.
- Sürgü, yatağın ayakucuna ya da sandalyeye konur.
- Perde / paravan çekilir, kapı kapanır, ziyaretçi ya da diğer refakatçilerin odadan dışarı çıkması sağlanır.
- Yatağın başı hafifçe kaldırılır.
- Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verilir. Yapabiliyor ise hastadan, ayak tabanlarına güç vererek kalçasını hafifçe yukarı kaldırması istenir ve kalçasının altına koruyucu örtü serilir. Hastanın alt çamaşırını dize doğru indirilip üst çamaşırları yukarı doğru sıyrılır.



Şekil 1.1: Dorsal rekümbent pozisyonu

- Sol el ile kalçadan tutularak hastanın kalçasını kaldırmasına yardım edilir, sağ el ile sürgü kalça altına yerleştirilir.
- Hasta kalçasını kaldıramıyor ise; yatak başı mümkün olduğunca alçaltılır ve hastaya lateral pozisyon verilir. Yatak kenarlıkları kaldırılır ve gerekirse lateral pozisyonu sürdürmek için hastanın kenarlıkları tutması istenir. Yatağın diğer tarafına geçilir ve sürgü üst bacağın hemen bitiş noktasına yerleştirilir. Sürgü kalça üzerine bastırılarak hastanın sürgü üzerine dönmesine yardım edilir.



Resim 1.3: Kalçasını kaldıramayan hastalarda sürgünün yerleştirilmesi

- Hastanın bacaklarının arasından bakılarak sürgünün pozisyonu kontrol edilmeli, sürgünün önü tam ortada olmalı ve görünmelidir.
- Hastanın üzeri örtülür, tuvalet kağıdı hastanın yanına bırakılır ve hasta yalnız bırakılır.
- Boşaltım gerçekleştikten sonra hastanın üzeri açılır. Hasta kendi temizliğini yapamıyor ve tuvalet kâğıdı ile iyice temizlenemiyorsa bu bölge sabunlu su ile yıkanıp temizlenmelidir.
- Hastanın kalçasını kaldırmasına yardım edilir ve sürgü hastanın altından çekilir. Hasta kalçasını kaldıramıyorsa bir el ile sürgü tutulurken dikkatlice diğer tarafa doğru dönmesine yardım edilir, sürgü geri çekilir ve kapağı kapatılır.
- Hastanın altına serilen alt bezi alınır.
- Hastanın giysileri giydirilir, gerekirse çamaşırları değiştirilir.
- Hastaya uygun pozisyon verilir.
- Yatak seviyesi ayarlanır. Yatağın güvenlik bariyeri kaldırılır.
- Sürgünün içeriği tuvalete boşaltılır. Disposable olan sürgüler tıbbi atık ünitesine atılır. Eldivenler çıkarılır.

- Hastanın ellerini yıkaması için malzemeler sağlanır.
- Malzemeler kaldırılır, tek kullanımlık olanlar uygun şekilde atılır, tekrar kullanılacak olanların uygun şekilde dezenfekte edilmesi sağlanır. Malzeme durulanıp kurulanır, rafta ya da dolapta saklanır. Tekrar kullanılacağı zaman ıslak olmamasına dikkat edilir.
- Dışkının miktarı, rengi ve kan vb. içeriği not edilir.
- Erkek hastaya ördek veriliyor ise; yatak başı yükseltilir, hastaya lateral, supine ya da oturur pozisyon verilir.
- Hastaya işlemle ilgili bilgi verilir. Tuvalet kâğıdı hastanın yanına bırakılır ve hasta yalnız bırakılır.
- Boşaltım gerçekleştikten sonra eldiven giyilir, ördek hastadan alınır ve içerik tuvalete boşaltılır. Bu arada idrarın görünümüne dikkat edilir, eğer aldığı / çıkardığı takibi yapılıyorsa idrar miktarı kaydedilir.
- Hastanın ellerini yıkaması için malzemeler sağlanır.
- Malzemeler kaldırılır, tek kullanımlık olanlar uygun şekilde atılır, tekrar kullanılacak olanların uygun şekilde dezenfekte edilmesi sağlanır.
- Boşaltım bittikten sonra, oda derhal havalandırılır, eğer hastanın alerjisi yoksa oda spreyi sıkılabilir.
- Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
- İdrarın rengi, miktarı vb. kayıt edilir.

Boşaltım ihtiyacının karşılanmasından sonra mutlaka hastanın perine bölgesinin temizliği itina ile yapılmalıdır. Hastanın gerekli temizlik ve bakımı yapılmazsa perine bölgesinde tahriş, kötü koku, yara veya enfeksiyon gelişebilir. Hasta kendi temizliğini yapabiliyorsa perine bölgesi temizliğini nasıl yapacağı anlatılmalıdır. Perine bölgesi temizlenirken hastanın mahremiyeti korunmalı, tıbbi asepsi ilkelerine uyulmalıdır.

1.5. Ördek ve Sürgü Verme İşleminde Dikkat Edilecek Noktalar

- Hastanın gizlilik isteğine saygı gösterilmeli, hasta diğer hastalardan paravanla ya da perde ile ayrılmalıdır.
- Hastayla doğru ve etkin iletişim kurulmalı ve hasta psikolojik olarak rahatlatılmalıdır. Hastaya işlemi anlatırken ve işlem sırasında anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.
- Tıbbi asepsi kurallarına uyulmalıdır.
- Yatağa bağımlı olma idrar ve dışkılama alışkanlığında değişikliklere yol açar. Hastanın beslenme düzeni, sıvı alımı ve hareket gereksinimi değerlendirilmelidir.
- Konstipasyon (kabızlık), diyare (isal), inkontinans (idrar veya gaitayı tutamama) durumu, idrar ve dışkının renk, miktar ve kokusundaki değişiklikleri değerlendirilip kaydedilmelidir.
- Bulaşıcı hastalığı olan hastaların ördek ve sürgüleri ayrılmalı, başka hastaya kullanılmamalıdır. Tek kullanımlık ördek / sürgü tercih edilmelidir.
- İşlem bittikten sonra sürgü ve ördeğin yere konmamasına dikkat edilmelidir.

- Sürgü ve ördeğin soğuk olmamasına özen gösterilmelidir. Çok soğuksa sıcak suda bekletilerek ısıtılabilir ancak sürgü / ördeğin kuru olmasına dikkat edilmelidir.
- Hastanın refakatçisi varsa ördek / sürgü verme, malzemenin temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.
- Sürgü ve ördekler hastane enfeksiyon kontrol komitesinin önerisine uygun olarak dezenfekte edilmelidir.

1.6. Ördek ve Sürgü Temizliği

Kullanılan malzemenin temizliği, bakımı ve atıkların imhası oldukça önemlidir. Sağlık personeli tüm işlemlerinde tıbbi asepsi kurallarına uygun davranmalıdır.

Kullanılan malzemenin temizliği ve bakımında, atıkların imhasında dikkatli ve kurallara uygun davranılmadığında enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlanır. Kirli atıkları yok etme işlemi '**Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği**' doğrultusunda yapılır. Hasta bakımında kullanılan malzemeler, hasta bezleri, pedleri, kirli yatak takımları, tek kullanımlık malzemeler, boşaltım gereksiniminde kullanılan ördek, sürgü gibi malzemeler biyolojik atık içerir. Biyolojik atıkların yok edilmesi yönetmeliğine uyulması gerekir. Tek kullanımlık tıbbi atıklar uygun şekilde paketlenip yok edilir.

Enfeksiyon oluş ve geçişini önlemek amacıyla tek kullanımlık veya her hastaya özgü malzeme kullanılır. Tek kullanımlık malzeme mevcut değilse malzemelere uygun teknikle sterilizasyon veya dezenfeksiyon işlemi uygulanır. Bazı hastanelerde, sürgü temizliği için sürgü yıkama makineleri kullanılır.



Resim 1.4: Ördek / sürgü imha ve yıkama makineleri

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek boşaltım ihtiyaçlarını karşılamak için ördek / sürgü verme işlemini gerçekleştiriniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Boşaltım ihtiyacının karşılanmasında kullanılacak malzemeleri hazırlayınız.	➤ Boşaltım ihtiyacının karşılanmasında kullanılacak malzemelerin görsellerini hazırlayıp sınıf panosuna asabilirsiniz.
➤ Hastayı yapılan işlem hakkında bilgilendiriniz.	➤ Hastayı bilgilendirme işlemi için arkadaşlarınızla rol play çalışması yapabilirsiniz.
➤ Hastaya ördek / sürgü veriniz.	➤ Teknik laboratuvardaki maket üzerinde ördek / sürgü verme işleminde, modülünüzdeki işlem basamaklarından yararlanabilirsiniz.
➤ Genital bölge temizliğini yapınız.	➤ Maket üzerinde ördek / sürgü verme işleminden sonra genital bölge temizliğini yapabilirsiniz.
➤ Malzemeleri tekrar kullanıma hazırlayınız.	➤ Malzemelerin dezenfeksiyonu ve imhası hakkında bilgi edinmek için Tıbbi Atık Yönetmeliği'ni inceleyebilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, idrar dansitesi değeridir?
A) 1015-1025
B) 1030-1045
C) 1035-1040
D) 1040-1050
E) 020-1050
2. Aşağıdakilerden hangisi, istemsiz idrar ve dışkı kaçırılmasına verilen addır?
A) Distansiyon
B) Kontinans
C) Retansiyon
D) İmpuls
E) İnkontinans
3. Aşağıdakilerden hangisi, mesanede idrar olmasına rağmen dışarı atılamamasını tanımlar?
A) Diare
B) İdrar retansiyonu
C) Miksiyon
D) Hematüri
E) Dizüri
4. Aşağıdakilerden hangisi, bağırsak eğitiminin amaçlarındanıdır?
A) Konstüpsiyonu engellemek
B) Diareyi engellemek
C) Deri bütünlüğünü korumak
D) Dışkı tutma alışkanlığı kazandırmak
E) Sfinkter kontrolünü bozmak
5. Aşağıdakilerden hangisi enfeksiyonu önlemek amacıyla yapılmaz?
A) Tıbbi asepsi kurallarına uyulur.
B) Disposable malzeme kullanılır.
C) Hastalara kullanılan malzemeler ortak kullanılır.
D) Atıklar, Atık Yönetmeliği'ne uygun imha edilir.
E) Hastaya kullanılan malzemenin temizlik ve bakımı yapılır.

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

Bakım ilkeleri doğrultusunda idrar ve gaitasını tutamayan hastaya bakım yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çevresindeki bakımevlerinde çalışan sağlık personelinden, idrar ve dışkısını tutamayan hastaların bakımları hakkında bilgi alınız ve elde ettiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. İDRAR VE DIŞKISINI TUTAMAYAN HASTANIN BAKIMI

Bireyin uygun zaman ve yer bulana kadar istemli olarak defekasyon ve miksiyon gereksinimini kontrol etmesine **kontinans** denir. Kontrol edememesi sonucu istemsiz dışkı ve idrar çıkarılması **inkontinans** olarak adlandırılır. İnkontinans hastanın sosyal ve psikolojik yaşam kalitesini ve konforunu etkileyen bir tablodur.

Bazı hastalarda mesanede idrar olmasına rağmen çeşitli faktörlere bağlı olarak idrar yapma zorluğu gelişebilir. Mesanede idrar olmasına rağmen dışarı atılamamasına yani idrar yapma gücüne, **idrar retansiyonu** denir. İdrar yapma gücüne; hastada ağrıya, mesanede gerginliğe ve anksiyete gelişimine yol açar. Yatağa bağımlılık, psikolojik faktörler (heyecan, korku, utanma vb.), tuvalet alışkanlığının değişmesi, idrar yapımı zorluğuna yol açan faktörlerdendir.

İdrar yapma zorluğu olan hastaya yapılacak işlemleri şöyle sıralayabiliriz:

- Hasta, psikolojik olarak rahatlatılır ve uygulanacak işlemlere katılımı sağlanır.
- Hasta, oturur pozisyona getirilir ve sürgü üzerine oturtulur. Hasta, hafif öne eğilir ve mesaneye basınç uygulaması sağlanır.
- Odadaki su musluğu açılarak veya bardaktan bardağa su aktararak su sesiyle hastanın psikolojik etkilenmesi sağlanır. Su sesi hastayı etkiler ve idrar yapımını kolaylaştırır.
- Sakıncası yoksa mesane bölgesine içinde sıcak su olan termofor konur ve mesane kaslarının gevşemesi sağlanır (Yanık oluşmasını engellemek amacıyla termofora kılıf geçirilir ve aralıklı olarak hasta kontrol edilir.).
- İdrar çıkış miktarı, özellikleri değerlendirilir ve gerekli kayıtlar tutulur.

2.1. İnkontinans Çeşitleri

İnkontinans; mesane (idrar) inkontinansı, bağırsak (gaita / fekal) inkontinansı şeklinde görülür.

➤ İdrar inkontinansı

Üriner kas tonüsünün azalması sonucu idrar kontrolünün kaybolması ve istemsiz idrar kaçırmaya, **idrar inkontinansı** olarak adlandırılır. İdrar kaçırmaya, kısmi ve tam idrar kaçırmaya şeklinde görülür.

- **Sıkışma tipi inkontinans;** yaşlılarda en sık görülen inkontinans türü olup acil idrar yapma isteği sonrası gerçekleşen istemsiz idrar kaçırmadır.
- **Stres inkontinans;** 75 yaş altı kadınlarda daha sık görülen; gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncını artıran aktivitelere bağlı olarak aniden 50 ml'den daha az idrar kaçağının olmasıdır.
- **Taşma inkontinansı;** idrarın mesaneden yeterince boşalamaması ve mesanenin aşırı gerilmesi sonucu, mesane içi basınç üretral dirence eşitlendiğinde gelişen istemsiz idrar kaybıdır, genellikle sıkışma hissi olmaksızın damlalar hâlinde sürekli idrar kaçırmaya şeklinde olmaktadır.

➤ Gaita inkontinansı

Gaz veya gaita kontrolünün kaybolması sonucu istemsiz gaita ve gaz çıkarmadır. Anüs etrafında bulunan sfinkter kaslar dışkı kontrolünü sağlayan en önemli yapılardır. Kontrolde rektum ve anal sfinkter koordinasyonu, sinirsel uyarı ağı ve gaitanın içeriği önemli rol oynar.



Resim 2.1: İdrar inkontinansı

2.2. İdrar İnkontinansı Nedenleri

Sık geçirilen üriner sistem enfeksiyonları, deliryum, atrofik vajinit, bazı grup ilaçlar, idrar çıkışında artış ve hareket kısıtlılığı gibi durumlar geçici idrar inkontinansına yol açan faktörler arasındadır. Geçici idrar inkontinansı tedavi edilmezse kronikleşerek kalıcı idrar kaçırmaya yol açar.

Çok doğum yapmış kadınlarda, üriner kasların gücünü kaybetmesi sonucu, erkeklerde prostat hastalıklarında kalıcı idrar inkontinansı gelişebilir. Birey öksürdüğünde, güldüğünde ya da ağır bir şey kaldırdığında küçük bir idrar sızıntısı oluşabilir. Bu tip inkontinansın önlenmesinde ve tedavisinde, dış sfinkterlerin etrafındaki kasları güçlendirmek amacıyla pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri) öğretilir.

2.3. İdrar İnkontinansında Bakım İlkeleri

İdrar inkontinanslı hastanın bakımında temel hedef; doku bütünlüğünü korumak, enfeksiyon gelişimini engellemek, hastaya idrar çıkış kontrolünü yeniden kazandırmaktır.

İdrar inkontinansında bakım ilkeleri aşağıda sıralanmıştır.

- Hasta ile etkin iletişim kurularak psikolojik olarak rahatlatılır (İdrar tutamama, hastayı psikolojik olarak etkileyen bir durumdur. Hastada öz saygı ve güven yitimi, depresyon vb. durumlar gelişebilir.).
- Tıbbi asepsi kurallarına uyulur.
- Hastanın cildi kuru ve temiz tutulur (İdrar asidik yapıdadır. Bu nedenle inkontinanslı hastada kolaylıkla cilt bütünlüğü bozulur yara ve enfeksiyon oluşur.).
- Sık aralıklarla perine bakımı verilir, gerektiğinde pomat sürülür.
- İnkontinans sıklığı, idrar miktarı, idrardaki değişiklikler gözlemlenir ve kaydedilir.
- Hasta yatağını koruyarak yatağa sıvı emme özelliği olan koruyucu yatak bezleri konulur. Gerektiğinde sızıntıyı önlemek için hastaya hasta bezi kullanılır.
- İnkontinanslı hastada, son çare olarak hekim önerisiyle mesane kateterizasyonu yapılır (Mesane kateterizasyonu kullanımı hastanın rahat etmesini sağlar ancak enfeksiyon oluşturma riski yüksektir.).
- Yaşlı erkek hastalarda kondom sonda kullanılabilir (Enfeksiyon riski diğer sondalara göre daha düşüktür.). Kondom sonda esnek kauçuktan yapılmıştır. Penise geçirilir ve kondomun ucu idrar torbasına bağlanır.
- Hastaya idrar çıkış kontrolünü kazandırmak amacıyla sağlık ekibiyle (hekim, psikiyatrist, diyetisyen, fizyoterapist) mesane eğitim programı hazırlanır ve uygulanır. Mesane eğitimi programının amacı idrar yapma sürelerini ayarlamak ve mesane kas işlevini yeniden kazandırmaktır. **Bu doğrultuda;**
 - Hastanın diyeti, sıvı alımı ayarlanır, mesane, karın ve perine kaslarını güçlendirici egzersiz programı oluşturulur. Program yapılırken hastanın miksiyon alışkanlığı göz önüne alınır.
 - Mesane eğitim programı hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilir ve iş birliği sağlanır.
 - Program dâhilinde hastaya düzenli ve sık aralıklarla sürgü / ördek verilir.

- Sıvılar belirli aralıklarla verilir veya hekim önerisi doğrultusunda sıvı kısıtlamasına gidilebilir. Kateter takılı hastalarda, kateter çıkarılmadan önce giderek uzayan aralıklarla kateter sıkıştırılarak mesane kontrolü kazandırılmaya çalışılır.

Yaşlanmayla birlikte bireylerin hareketlerinde sınırlılık; idrar yapma ve defekasyonda değişikliklere neden olabilir. Sıkışma inkontinansı olan yaşlı bireylere tuvalet yakın olmalıdır. Sürgü veya ördek isteği ya da tuvalete gitme için yardım isteğinin hemen karşılanması konusunda hasta yakınları veya bakıcılar uyarılmalı ve eğitilmelidir.

2.4. Mesane Kateteri Olan Hastalarda İdrar Torbasını Değiştirme

İdrar torbasını değiştirme işlem basamakları aşağıdaki gibidir.

- İdrar torbası boşaltılırken;
 - Eller el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.
 - İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemeli ve idrar torbası boşaltımı gerektiğinde ve en az sıklıkta yapılmalıdır.
 - Eğer idrar toplama torbası boşaltılacaksa çıkış musluğu antiseptik solüsyon ile ıslatılmış gazlı bez ile temizlenir.
 - İdrarın uygun atık sistemine boşaltılması sağlanır.
 - Çıkış musluğunun çevreye temas etmemesine ve torbanın yere dokunmamasına dikkat edilir.
 - Çıkış musluğu kapatılır ve antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez ile tekrar silinir.
 - İdrar boşaltılırken aseptik kurallara dikkat edilmeli ve torbanın yere dokunmamasına dikkat edilmelidir.
 - İdrar torbası boşaltılırken içindeki idrar miktarı torbadaki ölçüm çizgisinden okunarak aldığı / çıkardığı sıvı açısından not edilmelidir.
 - Atıklar atık torbasına atılır.
 - Eller, El Yıkama Standardı'na göre yıkanır.

Mikrobiyolojik inceleme için idrar örneği mutlaka kateterden, varsa örnek alma bölümünden, yoksa kateterin son bölümünden aseptik tekniğe ve laboratuvar testleri için Örnek Alma Standardı'na uygun olarak alınmalıdır. Bakteriler hızla çoğaldığından idrar toplama torbasından kültür için örnek almak uygun değildir. Ancak diğer idrar analizleri için idrar torbasından idrar örneği alınacaksa torbadaki idrar boşaltılır, gelen yeni idrardan örnek alınır.

Kateter bakımı için; meatusta kir birikimi varsa kontaminasyonu önlemek için su ve sabunla temizlenmelidir. Ancak periyodik yıkama veya antiseptiklerle silmenin enfeksiyonu önlemede faydası yoktur. Temizleme sonrası nemlendirici kullanılmamalıdır. Meatüs antibiyotik, antimikrobiyal temizleyiciler ya da betadin ile temizlenmemelidir.

Üriner kateterli hasta banyo yapacaksa, öncesinde torba boşaltılır ve sondanın klempli olduğu kontrol edilir.

2.5. Gaita ve Gaz İnkontinansı

Gaita (feçes) inkontinansı, normal bağırsak boşaltım alışkanlığının istemsiz olarak gerçekleştirilmesinde ve normal kıvamdaki feçes atılımını kontrol etmedeki yetersizliktir. Bağırsak içeriğinin ve gaz çıkışının değişik sebepler sonucu kontrol edilememesi, istemsiz olarak kaçırılmasına anal inkontinans denir.

Kontinans denilen gaz ve büyük abdest tutma işlevi makat kasları, bağırsak son kısmının duyarlılığı ve kapasitesi, pelvik taban olarak tarif ettiğimiz anüs çevresindeki destek kaslarının tam fonksiyonel çalışması ve nörolojik-sinirsel fonksiyonların tam olması ile sağlanır. Bu işlevin yerine getirilememesi ise bu fonksiyonlardaki kusur nedeni ile ortaya çıkar. Tek bir sebebe bağlı olabileceği gibi birden fazla sebeple de inkontinans oluşabilir.

Gaita inkontinansı, kısmi ve majör inkontinans olarak ortaya çıkabilir. Kısmi inkontinans gaz ya da minimal bir kirlenmeyi kontrol edememedir. Majör inkontinans ise normal kıvamdaki feçesin atılımını kontrol edememedir.

Gaita inkontinansının derecesi hafif gaz kaçırmadan katı dışkı kaçırmaya kadar gider. Bazen akıntı, bazen ishal durumunda kaçırma, bazen tuvalete yetişememe, bazen tıkaç kullanacak kadar ileri seviyede bulunabilir. Özellikle yaşlı, bakıma muhtaç hastalarda sık rastlanan bir durum olan gaita inkontinansı gereken önlemler alınmadığı zaman ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yatağa bağımlı olan hastalarda deri bakımına gerekli özen gösterilmediği zaman inkontinans, basınç yaralarının oluşmasına neden olabilmektedir.

2.5.1. Gaita ve Gaz İnkontinansı Nedenleri

- İmperfore anüs (doğuştan makat yokluğu),
- Megakolon hastalığı (doğuştan bağırsağın son kısmında olan darlık),
- Spina bifida (omurga açıklığı nedeni ile omuriliğin dışarıda oluşu),
- Omuriliğin son kısmında olan hasar sonucu nörolojik fonksiyon kaybı,
- Rektumda duyarlılık ve kapasite azalması (kronik ishal, diyabet, demans, ileri yaş, radyoterapi, iltihabi barsak hastalıkları, fistüller, tümör vs.),
- Makat kaslarının zayıfladığı durumlar (ileri yaş, hemoroid, rektal prolapsus, bağırsak son kısmından kanser ameliyatı geçirenler),
- Anal travma, doğum travması vs.,
- Anorektal cerrahi işlemler (hemoroid, anal fissür, fistül ameliyatları) gaita ve gaz inkontinansının başlıca sebepleridir.

2.5.2. Gaita ve Gaz İnkontinansı Olan Hastada Bakım İlkeleri

Gaita inkontinansı, özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda kontaminasyon açısından güç sonuçlarla, enfeksiyon ve deri ülserlerinin oluşma riskiyle pahalı ve potansiyel tehlikelere neden olan bir durumdur. Hastalar, içinde buldukları durum nedeniyle utanabilirler, kötü koktukları için başkalarını rahatsız etmek istemezler. Bu durum hastalarda sosyal bir etkiye ve ilerleyen bir izolasyona neden olabilmektedir. Hastalarda sinirlilik, anksiyete, depresyon, kendine saygının azalması gibi pek çok psikolojik problem görülebilmektedir.

Gaita inkontinansı idrar inkontinansında olduğu gibi ciltte maserasyon, iritasyon ve basınç yarasına kadar giden cilt lezyonlarına neden olabilmektedir. Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalarda, hasta çamaşırlarının sık sık değiştirilmesine ve çok dikkatli deri bakımına rağmen ilerleyici deri iritasyonu ve deri hasarı görülebilmektedir. Bu hastaların bakımında bireyin kuru ve temiz kalması için çarşaflar da sık sık değiştirilerek hijyenik bir ortam oluşturulmalıdır.

Gaita inkontinanslı hastaların bakımında bireyin kuru, temiz kalması ve komplikasyonların önlenmesi için farklı uygulamalar yapılmaktadır.

- 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.
- İnkontinanslı hastalar gaita çıkışını azaltmak için sıvı ve besin alımını kısıtlayabilir. Bu kısıtlama hem genel durumlarının bozulmasına hem de konstipasyon gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle bireyin diyetinde yeterli miktarda sıvılara ve lifli yiyeceklere yer verilmeli ve birey kapasitesi elverdiğince egzersiz yapmalıdır. Günlük sıvı alımının 2.000 ml'den az olmamasına dikkat edilir.
- Gaita inkontinansı olan hastalara anal sfinkter kontrolü kazandırmak için bağırsak jimnastiği uygulanması yaptırılmalıdır. Pelvik kas egzersizleri, sfinkter kontrolü kazanılması için etkili olabilir.
- Bağırsak alışkanlıklarının sürdürülmesi için hastayla birlikte kararlar alınır. Bireyin defekasyon alışkanlığı belirlenmelidir. Gastrokolik refleks en çok kahvaltıdan sonra uyarıldığı için bu saatler defekasyon için uygun bir zamandır. Planlanan defekasyon saatinden önce bir fincan sıcak çay veya kahve içmek peristaltizmi uyarabilir.
- Defekasyon zamanlarında sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır.
- Bireye; tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir. İkinma, hemoroid oluşmasına neden olabileceği için önerilmez.

-
- Defekasyon sırasında bireyin gizliliği sağlanmalı ve oda ısısı ayarlanmalıdır.
 - Yatağa bağımlı hastalarda alt bezi ya da diğer inkontinans ürünleri kullanılır. Emici inkontinans ürünleri (diaperler); hastalar, hasta yakınları ve bakım veren sağlık personeli tarafından en sık kullanılan ürünlerdir. Alt bezinin emici tarafı hastaya doğru olacak şekilde, belden diz altına kadar uzanacak biçimde serilir. Bu ürünler deriden sıvı ve feçesi emer, sızıntının dışarı kaçmasını önlemek için kalçaların etrafını sarar.
 - Ciltte kızarıklık ya da irritasyon (tahriş) mevcutsa kısa süre bölge açık bırakılır ve cildin havayla teması sağlanır. Koruyucu ve nemlendiricili vücut losyonları kullanılır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek idrar ve gaitasını tutamayan hastaya bakım yapabileceksiniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Hastanın idrar torbasını değiştiriniz.	➤ Teknik laboratuvarındaki maket üzerinde işlemi modülünüzdeki işlem basamaklarından yararlanarak yapabilirsiniz.
➤ Hastanın idrar torbasını boşaltınız.	➤ Boşaltma musluğunu çevreye değdirmemeye dikkat ediniz. ➤ İdrar torbasını yere değdirmemeye dikkat ediniz.
➤ Hastanın genital bölgesindeki değişiklikleri gözlemleyiniz.	➤ Kızarıklık ve enfeksiyon belirtilerine dikkat ediniz.
➤ Atıkları niteliğine göre ayrıştırınız.	➤ Tıbbi Atık Yönetmeliği'ni inceleyebilirsiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri idrar inkontinansının nedenlerindedir?
I. Üriner staz
II. Pelvik kasların yetersizliği
III. Ciltte kızarıklık
IV. Spinal kord (omurga) yaralanmaları
A) Yalnız I
B) I ve II
C) I, II ve III
D) I, II ve IV
E) I, II, III ve IV
2. Aşağıdakilerden hangisi gaita ve gaz inkontinansı nedenlerinden biri değildir?
A) Doğum eylemi sırasında olan travmalar
B) Uzun süre devam eden konstipasyon
C) Anüs bölgesine yapılan yanlış ameliyatlara
D) Hareketleri ve zihinsel yetisi azalmış yaşlılık
E) İdrar yolu enfeksiyonu
3. Aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri inkontinanslı hastaya verilebilecek psikolojik destek anlayışına uyar?
I. Hasta mahremiyetine özen gösterilmeli
II. Hastanın öz bakımına dikkat edilmeli
III. Ses tonunuz samimi olmalı
IV. Hasta ile iletişim tek yönlü olmalı
A) I ve III
B) I ve II
C) I, II ve III
D) I, II ve IV
E) Hepsi
4. Birey öksürdüğünde, güldüğünde ya da ağır bir şey kaldırdığında küçük idrar sızıntısı oluyorsa tedavisinde dış sfinkterler etrafındaki kasları güçlendirmek için hangi kas egzersizi yapılır?
A) Pelvik taban egzersizleri
B) Göğüs kası egzersizleri
C) Karın kası egzersizleri
D) Sırt kası egzersizleri
E) Boyun kası egzersizleri

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 “Modül Değerlendirme” ye geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Bakım ilkeleri doğrultusunda mahremiyete özen göstererek hastanın boşaltım ihtiyaçlarını karşılayıp; idrar ve gaitasını tutamayan hastanın bakımını yapınız.

KONTROL LİSTESİ

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

Değerlendirme Ölçütleri	Evet	Hayır
1. Boşaltım ihtiyacını karşılamada kullanılacak malzemeleri hazırladınız mı?		
2. Hastayı yapılan işlem hakkında bilgilendirdiniz mi?		
3. Hastaya boşaltım ihtiyacını karşılamak için ördek / sürgü verdiniz mi?		
4. Boşaltım gerçekleşikten sonra genital bölge temizliği yaptınız mı?		
5. Kullanılan malzemeleri bir sonraki kullanım için hazırladınız mı?		
6. Hastanın idrar torbasını değiştirdiniz mi?		
7. Hastanın idrar torbasını boşalttınız mı?		
8. Hastanın genital bölgesindeki değişiklikleri gözlemlediniz mi?		
9. Atıkları niteliğine göre ayrıştırdınız 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	A
2	E
3	B
4	D
5	C

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	E
3	C
4	A

KAYNAKÇA

- AK B., **Sağlık Eğitimi Kavramı, Amaçları ve Konusu**, HÜ Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, 2005.
- AKÇA AY Fatma, **Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler**, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2011.
- AKÇA AY Fatma, **Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar**, 2. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
- AKÇA AY Fatma, **Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar**, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- AKDEMİR N., Leman BİROL, **İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**, 2. Baskı, Ankara, 12-18, 2004.
- AKTÜRK Z., **Nedeni ve Nasılıyla Sağlık Eğitimi**, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Sağlıkta Nabız Dergisi, Sayı:17, 2005.
- ÇAKIRCALI Emine, **Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar**, 3. Baskı, İzmir Güven&Nobel Kitabevleri, İzmir, 2000.
- ÇAVDAR Fatma, **Genel Beslenme**, MEB Ders Kitapları, 1 Baskı, İhlas Gazetecilik AŞ, İstanbul, 2006.
- DEMİR Gönül, Nuray BİNGÖL, Sacide KARAGÖZ, **İlk Yardım Kaynak Kitabı**, Türk Hava Kurumu Matbaası, Ankara, 2007.
- KARATAŞ GÜNER Ayşe, Semanur AĞRALI KEBAPÇI, Türkan AKAR EMSAL, Ayşe UZ, İlknur KÜÇÜKALP, Aysel GÜMÜŞ, **Sağlık Meslek Liselerinin Hemşirelik Bölümü, Meslek Esasları ve Tekniği IX. Sınıf**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2009.
- ÖZ Güler, Halil POLAT, Ayşe BAYER, **Meslek Esasları ve Tekniği**, 3. Baskı Songür Yayınevi, 2007.