



ÜRİNER KATETERİZASYON UYGULANMASI VE BAKIMI TALİMATI

Döküman No	KLN.TL.10
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	4/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Başhemşire	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1. AMAÇ

İdrarı boşaltmak ya da tanı amacıyla aseptik teknik kurallarına uygun olarak yatarak tedavi alan erkek ve bayan hastalarda doğru ve güvenli bir şekilde üriner kateterizasyonu sağlamaktır.

2. KAPSAM

Bu talimat, üriner kateterizasyon bakımı ve uygulanmasında dikkat edilmesi gereken kurallarını, tüm Hekim ve Hemşireleri kapsar.

3. TANIMLAR / KISALTMALAR

Özel bir tanım yoktur.

4. UYGULAMA

4.1. KULLANILAN CİHAZLAR/ MALZEMELER

<ul style="list-style-type: none">• %10 Povidon İyodin• Steril eldiven• Non steril eldiven• Steril yeşil kompres• Steril forseps• Alkol bazlı el dezenfektanı• Steril spanç• Disposable ped• Uygun Ebatla Kateter türleri	<ul style="list-style-type: none">• Steril Kayganlaştırıcı Jel• Antialerjik bant• Steril su• Enjektör ve iğne• Steril böbrek küvet• Disposable hasta altı bezi• İdrar torbası (musluklu)• İdrar askısı• Mobil Işık Kaynağı
---	--

4.1. Endikasyonları

4.1.1. Üriner sistem obstrüksiyonları

4.1.2. Nörojenik mesane disfonksiyonu veya inkontinansı

4.1.3. Transüretral cerrahi ve ürolojik cerrahi öncesi

4.1.4. Paralizi ve Spinal kord yaralanmalarında

4.1.5. Mesane irrigasyonu amaçlı

4.1.6. İdrar atılımı ölçümü, ürodinami amaçlı

4.1.7. Sitotoksik tedavi uygulaması esnasında

4.2. Erkek Hasta İçin

4.2.1. Bilinci açık ya da kapalı olan hastaya işlem, hastayı bilgilendirmek ve endişelerini gidermek ve onayını almak için açıklanır.

4.2.2. İşleme başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri doğrulanır.

4.2.3. Hastanın mahremiyetini korunur odanın kapısı kapatılır.

4.2.4. Hastanın bacakları uzatılarak sırtüstü yatması sağlanır.



ÜRİNER KATETERİZASYON UYGULANMASI VE BAKIMI TALİMATI

Döküman No	KLN.TL.10
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	4/2

4.2.5. İşlemi uygulayan sağlık personeli ve hasta arasında mikroorganizma geçişinin en aza indirilmesi için işleme başlamadan önce **EI Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı**'na uygun şekilde eller yıkanır ve eldiven giyilir.

4.2.6. Tedavi arabası hastanın yatağına yaklaştırılır.

4.2.7. Hastanın üzerindeki örtü kaldırılır ve kalçasının altına disposable hasta altı bezi ve ped yerleştirilir.

4.2.8. Hazırlanan ekipmanlar aseptik tekniğe uygun olarak açılan yeşil kompres üzerine, yine aseptik tekniğe uygun olarak diğer malzemeler açılır.

4.2.9. Jel steril şekilde sondanın etrafına sürülür .

4.2.10. Penisin etrafı steril spanç ile kapatılır.

4.2.11. Gerekirse sünnet derisi geriye doğru itilir. Penis başı steril spanç ve forseps yardımıyla %10 Povidon İyot solüsyonu ile temizlenir.

4.2.12. Penis gövdeden kavranır ve çekilerek yukarı kaldırılır.

4.2.13. Hastanın bacaklarının arasına kateter bulunan böbrek küvet yerleştirilir.

4.2.14. Kateter alınır ve idrar gelinceye kadar 15-25 cm kadar kateter ile içeri girilir.

4.2.15. Dış sfinkterde basınç hissedilirse penisteki çekim çok az artırılır ve katetere devamlı yumuşak bir basınç uygulanır.

4.2.16. Hastadan idrar yapar gibi yavaş yavaş kendisini zorlaması istenir.

4.2.17. İdrar akımı durduğunda ve mesanenin boşaldığından emin olunduktan sonra (palpe edilerek) kateter yavaşça çıkarılır.

4.3. İdrar Sondası Kalıcı İse

4.3.1. İdrar gelmeye başladıktan sonra kateter tamamen ilerletilir.

4.3.2. Katetere yeterli şekilde idrar gelip gelmediği kontrol edildikten sonra, kateter balonu 10 cc steril su ile şişirilir.

4.3.3. Kateter yavaşça çekilir ve drenaj sistemine (idrar torbası) bağlanır.

4.3.4. Kateter yana doğru bacağa yada karın üzerine sabitleştirilir.

4.3.5. Kateterin cilt üzerinde gergin durmaması sağlanır.

4.3.6. Hasta rahatlatılır ve bölgenin kuru olması sağlanır.

4.3.7. İdrar miktarı ölçülür.

4.3.8. Kirililer plastik torbada toplanır.

4.3.9. Tedavi arabası uzaklaştırılır.

4.3.10. Atıklar enfekte atık kovasına atılır.

4.3.11. **Hemsire Takip ve Tedavi Formuna** tüm bilgiler kaydedilir.

4.4. Bayan Hasta İçin

4.4.1. Bilinci açık ya da kapalı olan hastaya işlem, hastayı bilgilendirmek ve endişelerini gidermek ve onayını almak için açıklanır.

4.4.2. İşleme başlamadan önce hastanın kimlik bilekliğinden hastanın kimlik bilgileri doğrulanır.

4.4.3. Hastanın mahremiyetini korumak için yatağın perdesi çekilir ya da odanın kapısı kapatılır.

4.4.4. Hastanın dizlerinin bükülmesi, kalçasının öne doğru itilerek ayaklarının da yaklaşık 60 cm açması sağlanır.

4.4.5. Genital bölgenin uygun şekilde aydınlatılması sağlanır.



ÜRİNER KATETERİZASYON UYGULANMASI VE BAKIMI TALİMATI

Döküman No	KLN.TL.10
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	4/3

4.4.6.Tedavi arabası hastanın yatağına yaklaştırılır.

4.4.7.Hastanın üzerindeki örtü kaldırılır ve kalçasının altına disposable hasta altı bezi ve ped yerleştirilir.

4.4.8.Hazırlanan ekipmanlar aseptik tekniğe uygun olarak açılan yeşil kompres üzerine,yine aseptik tekniğe uygun olarak diğer malzemeler açılır.

4.4.9. İşlemi uygulayan sağlık personeli ve hasta arasında mikroorganizma geçişinin en aza indirilmesi için işleme başlamadan önce **El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı**'na uygun şekilde eller yıkanır ve eldiven giyilir.

4.4.10.Hastanın bacaklarının arasına steril delikli yeşil konulur.

4.4.11.Jel steril şekilde sondanın etrafına sürülür .

4.4.12.Üretra ağzını görebilmek ve labiaların kateteri enfekte etmesini önlemek için labia minörler birbirinden ayrılır.

4.4.13.Üretra ağzı forseps ve steril spanç yardımıyla 5 kez yukarıdan aşağıya doğru %10 Povidon İyot ile temizlenir ve bölge iyice kurulanır.

4.4.14.Kateterin ucu ile yukarı ve geriye doğru ilerleyerek üretranın ağız kısmına girilir.

4.4.15.Kateter 5-6 cm kadar içeri itilir.

4.4.16.İdrar akımı durduğunda ve mesanenin boşaldığından emin olunduktan sonra (palpe edilerek) kateter yavaşça çıkarılır.

4.5.İdrar Sondası Kalıcı İse

4.5.1.İdrar gelmeye başladıktan sonra kateter ile 6-7 cm içeri girilir.

4.5.2.Katetere yeterli şekilde idrar gelip gelmediği kontrol edildikten sonra, kateter balonu 10 cc steril su ile şişirilir.

4.5.3.Kateter yavaşça çekilir ve drenaj sistemine (idrar torbası) bağlanır.

4.5.4.Kateter yana doğru bacağa sabitleştirilir.

4.5.5.Kateterin cilt üzerinde gergin durmaması sağlanır.

4.5.6.Hasta rahatlatılır ve bölgenin kuru olması sağlanır.

4.5.7.İdrar miktarı ölçülür.

4.5.8.Kirli torbada toplanır.

4.5.9.Tedavi arabası uzaklaştırılır.

4.5.10.Atıklar enfekte atık kovasına atılır.

4.5.11.Bilgiler **Hemşire Takip ve Tedavi Formuna** kaydedilir.

4.6.Bakımı

4.6.1.Kateter bölgesinin günde 2 defa sabun ve distile su ile temizliği yapılır ve iyice kurulanır.

4.6.2.Genital bölge veya penis başında fazla akıntı olması durumunda bakım arttırılır.

4.6.3.Kateter bakım verilirken yada hastanın mobilizasyonu sırasında ileri- geri oynamaması sağlanır.

4.7.Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

4.7.1.Laboratuvarda incelenmek üzere idrar örneği alınırken mesaneye en yakın kateter bölgesinden aseptik tekniğe uygun olarak alınır.

4.7.2.işleme başlamadan önce **"El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı"**na uygun şekilde eller yıkanır ve eldiven giyilir.



ÜRİNER KATETERİZASYON UYGULANMASI VE BAKIMI TALİMATI

Döküman No	KLN.TL.10
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	4/4

4.7.3.Kateter bölgesi %10 Povidon İyodin ile silinir ve solüsyonun kuruması beklendikten sonra idrar örneği alınır.

4.7.4.İdrar torbası her durumda kesinlikle mesane seviyesinden yukarıda olmamalı ve yerçekimi drenajı sağlanmalıdır.

4.7.5.Kapalı sistem drenajının gerekli olmadıkça açılmaz.

4.7.6.İdrar torbalarının değişiminde eller yıkanır, non steril eldiven giyilir.

4.7.7.Torbanın boşaltılmasından sonra musluk güvenli bir şekilde kapatılır ve steril spanç ile silinir.

4.7.8.İdrar torbasında hasarlanma veya sızıntı varsa, dibinde tortu şeklinde sediment birikmişse değiştirilir.

4.7.9.Bunun haricinde kapalı sistem drenajı bozulmaz.

4.7.10.Kateterizasyon için deneyimli bir ekip olur, kateterizasyon süresi mümkün olduğunca kısa tutulur ve en erken dönemde kateterizasyon sonlandırılır.

4.7.11.Hasta 38 derece üstünde ateş, sıkışma hissi, sık idrara çıkma, disüri, suprapubik duyarlılık açısından gözlenir.

5. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

ENF.TL.02 El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı

KLN.FR.02 Hemşire Takip ve Tedavi Formu