

Mesane Kanseri ve Üriner Stoması Olan Hastanın Evde Bakımı

Home Care of Patient With Bladder Cancer and Urinary Stoma

 Neşe İşcan AYYILDIZ¹

¹Öğr. Gör. Dr., Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta Bakım Programı, Trabzon, Türkiye, neseayyildiz@trabzon.edu.tr (Sorumlu Yazar)

Geliş tarihi/Received: 15.08.2022

Kabul tarihi/Accepted: 11.09.2023

Yayın tarihi/Online published: 15.06.2024

DOI: [pashid.1342222](https://doi.org/10.1342222)

ÖZET

Mesane kanserinin tedavi süresi boyunca evde bakım, hastaların sağlık ve yaşam kalitesini destekleyen önemli bir faktördür. Evde bakım uygulamaları, stoma bakımı, idrar kontrolü, beslenme düzeni, psikolojik destek, takip ve kontroller gibi birçok destekleyici uygulama hastalara iyileşme sürecinde yardımcı olmaktadır. Gelişen cerrahi teknikler ve hastane kalış sürelerinin azaltılması, cerrahi olarak bir ürostomi açıldıktan hemen sonraki postoperatif dönemde daha fazla hastada evde bakım alma ihtiyacının doğmasına yol açmıştır. Evde bakım uygulamalarında, ürostomili hastaların hastaneden taburcu olmasıyla kendi kendine bakımını üstlenmesine kadar bakımını yönetecek bilgi ve becerilere sahip olmaları önemlidir. Bu makale, mesane kanserinin tedavi süreci ve ürostomi ile yaşayan hastaların evde bakım yönetimine odaklanmaktadır. Üriner stoması olan hasta ve bakım veren aile bireylerinin evde bakım uygulamalarıyla desteklenmesi stent yönetimi, peristomal cilt bakımı, stoma komplikasyonları gibi birçok stoma kaynaklı olumsuz durumla baş etme konusunda oldukça büyük bir öneme sahiptir. Ürostomili hastaların bakım bilgisi, komplikasyon ve hastaneye yeniden yatış riskini azaltabilir. Ayrıca bireylere ev ortamında sağlanan bakım uygulamaları hastaların ürostomili yaşama uyum sağlamasına destek olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Evde Bakım, Mesane Kanseri, Üriner Stoma

ABSTRACT

Home care during the treatment period of bladder cancer is an important factor that supports the health and quality of life of patients. Many supportive applications such as home care applications, stoma care, urine control, nutrition, psychological support, follow-up and controls help patients in the recovery process. In home care applications, patients with urostomy information that will manage his care until he is discharged from the hospital and undertakes self-care, and it is important that they have this skills. This article focuses on the treatment process of bladder cancer and home care management of patients living with urostomy. Supporting patients with urinary stoma and caring family members with home care practices have great importance in coping with many stoma-related adverse conditions such as stent management, peristomal skin care, stoma complications. Knowledge of the care of patients with urostomy can reduce the risk of complications and hospitalization. In addition, the care practices provided to individuals in a home environment support patients to adapt to life with urostomy.

Keywords: Bladder Cancer, Home Care, Urinary Stoma

GİRİŞ

Kanser, dünya genelinde morbidite ve mortaliteyi artıran bir soruna dönüşmüştür ve insanların yaşamlarını fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal açıdan etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda dünya ve yaşlı nüfusunun artışıyla birlikte 2025 yılında 19,3 milyon civarında yeni kanser vakasının ortaya çıkabileceği öngörülmektedir. Bütün kanser türleri arasında insidans açısından onuncu sırada yer alan mesane kanseri önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mesane kanseri erkeklerde kadınlara oranla 4 kat daha yaygındır. Her yıl 550.000 civarında yeni vakalar bildirilmekte ve bu nedenle 200.000'den fazla ölüm yaşanmaktadır (McConkey & Dowling, 2021).

Yaş, mesane kanserinin gelişimi için en büyük ve bağımsız bir risk faktörüdür. Özellikle yaşlı nüfusta mesane kanseri sıkça görülen hastalıklardandır (Gültekin et al.,2020; Shariat et al., 2009). Üriner stoma, idrarın vücuttan çıkmasını sağlamak amacıyla ureterlerin karın duvarına ağızlaştırılması işlemidir. Üriner diversiyon ise kelime anlamıyla idrar yolunun değiştirilmesi anlamına gelir (Çelik, 2009). Günümüz dünyasında ilerleyen yaş, eklenen kronik hastalıklar ve postoperatif dönemdeki bakımlar gibi birçok faktör sebebiyle bireylerin evde bakım uygulamalarına olan gereksinimleri de artış göstermiştir. Harputlu ve Özsoy'un (2018) evde bakım alanında uzmanlaşmış bir ekip tarafından yapılan ostomi bakımının peristomal cilt komplikasyonları ve hastanın yaşam kalitesi (QOL) üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada; peristomal cilt komplikasyonlarının tedavisinde evde hemşirelik bakımının etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda stoma cerrahisi sonrası evde bakım ve takibinin önemi belirtilmektedir (Harputlu & Özsoy, 2018).Yapılan farklı bir çalışmada ostomi, peristomal cilt bakımı ve torbalama sisteminin yönetimi ile ilgili bilgilendirilen ve belirli aralıklarla gerçekleştirilen ev ziyaretleriyle uygun eğitimi alan hastaların, stomayla yaşam konusundaki psikolojik uyumlarında artış olduğu belirtilmiştir (Kristensen et al., 2013).

Ürostomi ile yaşayan hastalar, günlük yaşamlarının her alanını etkileyen fiziksel değişikliklerle karşılaşır. Herhangi bir ostomi türünün cerrahi olarak oluşturulmasından sonra hastanın kendi bakımını yapma yeteneği ve motivasyonu bireyden bireye farklılık gösterir. Hasta eğitimi, sosyal destek, bakıma erişim bilişsel ve psikomotor beceriler gibi çeşitli faktörler hastaların bakım sürecini etkileyebilir. Üriner stomalı hastaların postoperatif erken dönem aşamalarında eve taburcu edilmesiyle, evde bakım uygulamalarının hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Berti-Hearn & Linda, 2019).

Bu derleme ile Mesane kanseri ve üriner stoması olan hastanın evde bakımıyla ilgili literatür gözden geçirilmiş ve mesane kanserinde evde bakım uygulamaları üzerine durulmuştur. Evde bakım hizmetlerine ait uygulamaların sürdürülmesi, planlanması ve geliştirilmesi aşamasında alana katkı sunacağı düşünülmektedir.

MESANE KANSERİNDE EVRELEME

Mesane tümörlerinde tedaviye karar verme aşamasında evrelendirme oldukça büyük bir öneme sahiptir (Tuğ Bozdoğan, 2009). Mesane kanserlerinin klinik evrelendirmesinde, Tümör-Nod-Metastaz (TNM) evreleme sisteminden yararlanılmaktadır (Çiçekci et al., 2018; McConkey & Dowling, 2021; Özveren, 2016; Patel & Campbell, 2009). TNM sınıflandırmasına göre mesane mukozasında sınırlı olan papiller tümörler Ta, lamina propriayı invaze edenler ise T1, mukozada sınırlı olan düz, yüksek dereceli tümörler CIS (Tis) olarak sınıflandırılmakta ve her zaman N0

ve M0 (bölgesel lenf nodu tutulumu ya da uzak metastaz yoktur) şeklinde bulunmaktadır (Çiçekci et al.,2018; McConkey & Dowling, 2021; Özveren,2016; Patel & Campbell,2009). Tedavi yaklaşımındaki ilkeler göz önünde bulundurulduğunda bu sınıfta yer alan tümörler "kasa invaze olmayan mesane kanseri" olarak belirlenmektedir (Özveren, 2016).

KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE TEDAVİ YAKLAŞIMI

Kasa invazyonu olmayan mesane kanserinin ilk tedavisi tam transüretal rezeksiyon (TUR) işlemidir. Bu tedaviye ek olarak adjuvan intravezikal immünoterapi veya kemoterapi uygulanabilir (Bruce, 2020; Hsu et al., 2020; McConkey & Dowling, 2021; Özcan, 2016). Kasa invazyonu olmayan mesane kanserinde intravezikal immünoterapi uygulaması, hastalığın nüks potansiyelini azaltma, ilerlemeyi geciktirme ve genel sağ kalımı artırma gibi olumlu etkilere sahiptir (Çiçekbilek & Mungan, 2014; Eun et al., 2020; Hsu et al., 2020; McConkey & Dowling, 2021; Patel & Campbell, 2009; Saluja & Gilling, 2018).

Kasa invaze olmayan mesane kanserinde immünoterapi

Mesane kanserinde, spesifik tedaviler arasında yer alan immünoterapi, kelime anlamı olarak vücudun doğal savunmasının belirli bileşenlerini kullanarak kanser gibi çeşitli hastalıklara karşı mücadele etmeyi hedefleyen bir tedavi yöntemidir (Barbaros & Dikmen, 2015; Bruce, 2020). İmmünoterapötik yaklaşımlar, antitümör etkiyi pasif veya aktif immünite aracılığıyla elde etmeyi amaçlamaktadır (Barbaros & Dikmen, 2015; Patel & Campbell, 2009). Mesane kanserinde pasif immünite aracılığıyla immünoterapi uygulanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda Bacille Calmette-Guerin (BCG) uygulaması kullanılmaktadır (Hsu et al., 2020, Kulu, 2010).

BCG Uygulaması: Özellikle orta ve yüksek riskli, kasa invazyonu olmayan mesane tümörleri ve karsinoma in situ tedavisi için intravezikal BCG uygulaması tercih edilmektedir (Aydın, 2018; Çiçekçi et al., 2018, Decaestecker, 2015; Saluja & Gilling, 2018, Patel & Campbell, 2009; Yücetaş & Toktaş, 2011; Sönmezer et al., 2019). Bu yöntem, son derece güvenli ve etkin bir tedavi yöntemi olarak benimsenmektedir (Aydın, 2018; Çiçekçi, 2018; Patel & Campbell, 2009; Saluja & Gilling, 2018; Decaestecker & Oosterlinck, 2015). BCG, Mycobacterium bovis adlı bakterinin canlı ve zayıflatılmış bir formudur (Alcorn, 2015; Kamat, 2017; Saluja & Gilling, 2018; Sönmezer et al., 2019; Yücetaş & Toktaş, 2011). Bu ilaç, antitümör etki göstererek ürotelyal kanserler de dâhil olmak üzere pek çok kanser türünde kullanılmaktadır (Hsu et al., 2020).

Kasa invaze olmayan yüksek riskli mesane kanserinin tedavisinde, transüretal mesane rezeksiyonu (TUR-MT) sonrasında intravezikal BCG uygulanması oldukça etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Aydın, 2018; Eun et al., 2020). BCG planlaması yapılan hastalarda tam bir transüretal tümör rezeksiyonunun gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Saluja & Gilling, 2018). BCG uygulaması, postoperatif erken dönemde başlanmamalıdır. TUR-MT uygulamasından iki hafta sonra yapılması tavsiye edilir (Akbulut & Şanlı, 2010; McConkey & Dowling, 2021).

MESANEYE BCG UYGULAMASINDAN SONRA EVDE BAKIM VE HASTA EĞİTİMİ

- Tedavi sonrası, hastanın tuvaleti kullandıktan sonra ellerini iyice yıkaması son derece önemlidir. Ayrıca cildin idrarla temas ettiği durumlarda hastanın duş alması önerilir (Bruce, 2020; Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023).

- İnkontinans pedi kullanan hastalara ve bakım veren aile bireylerine kullanılmış pedlerin çöpe atılmadan önce üzerine çamaşır suyu dökülmesi, ardından ağzı iyice kapatılmış plastik bir torbaya yerleştirilip biyolojik atık kutusuna atılması konusunda bilgi verilir (Bruce, 2020).

- BCG ile temas etmiş her türlü materyalin tehlikeli atık torbalarına konulması, etiketlenmesi, ağzı bantla kapatılması ve talimatlara uygun şekilde imha edilmesi konusunda hasta ve aile bireyleri bilgilendirilmelidir (Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023).

- Ortak tuvalet kullanımlarında aile bireylerinin BCG temasını önleyebilmek için BCG tedavisi aldıktan ilk 6 saat sonrasına kadar her idrar yapışından sonra tuvalete iki bardak çamaşır suyu dökülmeli ve 15-20 dk. beklenmelidir. Daha sonraki

süreçlerde tuvaletin hastadan sonra normal detarjan ve su ile temizlenmesi önerilmelidir (ANZUNS,2017; Bruce,2020).

- İdrarla temas eden giysiler, çamaşır makinesinde yıkanmalıdır. Bu giysilerin diğer giysilerle karıştırılmadan çamaşır suyu ve sıcak suyla yıkanmasına dikkat edilmelidir (ANZUNS, 2017; Bruce, 2020).

- BCG ile kontamine olmuş çarşaf, önlük gibi malzemelerin temizliğinde özel olarak işaretlenmiş çamaşır torbaları kullanılmalı, çamaşır torbası ve içindeki enfekte çamaşırlar önce diğer çamaşırlardan ayrı olarak yıkanmalı, daha sonra tüm çamaşırlarla birlikte tekrar yıkanmalıdır (Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023).

- Cildin BCG ile kontamine olduğu durumda, temas etmiş alan bol miktarda suyla ya da %0.9 salin çözelti ile arındırılmalıdır. Gözler veya mukoza zarları BCG ile temas etmişse bol miktarda %0.9 sodyum klorür ile yıkanmalıdır. Kontakt lens kullanılıyorsa irrigasyon işleminden önce lens çıkarılmalı ve tıbbi yardım gereksinimi yönünden değerlendirilmelidir. BCG'nin yutulduğu durumda ise hasta, acil tıbbi yardım alabileceği alana ulaştırılmalıdır. (Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023; ANZUNS,2017).

- Tedavi sürecini takip eden bir hafta boyunca mesaneden emilen ilacın atılımını hızlandırmak için hastanın günlük olarak 2-3 litre sıvı alması önemlidir (Urological Nurses Society,2017). Mesane tahrişine neden olabileceği için hasta çay, kahve, alkol ve gazlı içecekler gibi içeceklerden kaçınması konusunda uyarılmalıdır (Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023).

- Evde bakım ekibi tarafından ev ziyaretleri sırasında hasta; idrarda bulanıklık ve kötü koku, ateş (38 °C'nin üzerinde olması), titreme, öksürük, gece terlemesi, cilt döküntüsü, kusma, yorgunluk, eklem ağrısı ve sarılık gibi semptomlar yönünden takip edilmelidir. Bu bulguların varlığı durumunda hekimine ya da hemşiresine ulaşması konusunda bilgilendirilmelidir (Bruce, 2020; ANZUNS,2017).

- Doğurganlık çağındaki kadın hastalar, tedavi sürecinde doğum kontrol yöntemleri kullanmalı ve gebelik planlamasından önce en az 2 yıl beklemelidirler. İdame tedavi alanların ise daha uzun süre beklemeleri ve hekim danışmanlığında gebelik planlamaları konusunda bilgilendirilmelidir (Action Bladder Cancer).

- Dizüri ve sistit gelişimini engellemek amacıyla, oral sıvı alımının artırılması (kafeinsiz ve asitsiz içeceklerin tercih edilmesi) ve farmakolojik tedavinin düzenli kullanılması yönünde desteklenmelidir (Karamanoğlu & Zümrütbaş, 2023). Hematürisi olan hastalarda, hemorajik sistit durumunu değerlendirmek için idrar kültürü yapılmalıdır. Bu aşamada oral sıvı alımı artırılmalıdır. BCG tedavisine ara verilmesi gerekebilir, bu nedenle hekimin konuyla ilgili bilgilendirilmesi önemlidir (McConkey & Dowling, 2021).

- Ek olarak, hastalar nefes darlığı, nefes almada güçlük ve yüzde şişlik gibi yan etkiler yönünden takip edilmelidir. Bu bulguların varlığında hasta mutlaka hastaneye ulaştırılmalıdır. Ayrıca BCG tedavisi aldığını bildirmesi gerektiği hasta/aile bireylerine söylenmelidir (Action Bladder Cancer).

KASA İNVAZE OLAN MESANE KANSERİNDE UYGULANAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kasa invaze olan mesane kanserinde en etkin tedavi yöntemi radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonudur (Merseburger & Kuczyk, 2007). Kasa invaze mesane tümöründe uygulanan bir cerrahi yöntem olan radikal sistektomi, anterior pelvik organların çıkarılmasıdır. Erkek hastalarda mesane, prostat ve seminal veziküller; kadınlarda ise mesane, serviks, anterior vajen duvarı, uterus ve overler çıkarılır (Ateş et al.,2008; Oosterlinck et

al.,2002). Radikal sistektominin yanı sıra yapılması planlanan üriner diversiyonun tipi ise bu tedavinin tartışmalı kısmıdır (Hautmann et al.,2007). İleri evre mesane kanseri hastalarında sistektomi sonrası üriner diversiyon ameliyatları zorunlu bir şekilde gerçekleştirilir. Farklı üriner diversiyon tekniklerinin varlığına rağmen, hekimler sıklıkla üreterlerin kısa bir bağırsak segmenti aracılığıyla

deriye ağzlaştırılmasını (ürostomi) tercih ederler (Çelik, 2009; Sarı et al., 2010).

Üriner diversiyonda en sık kullanılan yöntemler;

İleal loop: Bağırsağın ileum bölümünden 20 cm'lik bir kısım ayrılır. Geri kalan bağırsak uç uca getirilerek birleştirilir ve bağırsak içeriğinin düzenli bir şekilde taşınması sağlanır. Ayrılan bağırsak bölümünün bir ucuna üreterler dikilirken bağırsağın diğer ucu ciltten dışarı çıkarılır. Oluşturulan bu stomayla idrar vücut dışına atılır. Ameliyat sonrasında, idrarın toplanması için plastik bir torba,

stomanın etrafını saracak şekilde cilde yapıştırılır ve buna ürostomi torbası denir (Akkaya, 2013).

Ortopik mesane: Hastanın sağlık durumu ve hastalık özellikleri uygunsa idrarın toplanması ve atılması için bağırsakların bir bölümünün kullanılmasıyla yeni bir mesane oluşturulur. Bu durumda yeni mesane üretraya ya da karın cildine ağzlaştırılır. Bu teknikle yeni mesane üretraya bağlanırsa hastanın idrarını doğal yollardan yapması sağlanabilir. Eğer oluşturulan mesane karın cildine bağlanırsa idrarın dışarı atılması için sonda kullanılır (Çelik, 2009; Sarı et al., 2010).

ÜRİNER STOMALI HASTALARIN EVDE BAKIMI

Ürostomili hastanın evde bakımında; ürostominin değerlendirilmesi, ürostomi bakımı, stent yönetimi, farmakolojik tedavi yönetimi, beslenme desteği, peristomal cilt sorunları ve hasta eğitimi yer almaktadır. Harraz ve ark.'nın (2015) üriner stomalı 895 hastayla yapmış olduğu bir çalışmada; hastaneye yeniden yatışın en yaygın nedenleri arasında üst idrar yolu tıkanıklığı (%13), piyelonefrit (%12,4), bağırsak tıkanıklığı (%11,9) ve metabolik asidoz (%11,3) yer almaktadır. Bu nedenle ürostomisi olan hastaların evde bakımı ve takibi; ameliyat sonrası bakımı, enfeksiyonu, renal komplikasyonları ve metabolik asidozu azaltacak müdahaleleri de kapsamalıdır (Harraz et al., 2015).

1. Enfeksiyöz komplikasyonların takibi

Özellikle ameliyat sonrası ilk dönemde sık karşılaşılan bir durumdur ve idrar sızıntıları, apse, piyelonefrit ya da yara enfeksiyonunu kapsayabilir. Taburculuk sonrası eve giden hastanın kesi alanı kızarıklık veya sertleşme açısından değerlendirilmelidir. Ateş, yan ağrısı, bulanık ve kötü kokulu idrar varlığı yönünden hasta takip edilmelidir (Goldberg, 2016). İleal kondüit gelişen hastalarda barsak kondüitinden kaynaklı kronik bakteriüri gelişebilir (Patel et al., 2016). Sistemik enfeksiyon belirtileri olan hastalara hekim önerisiyle antibiyotik tedavisi başlanabilir. Harraz ve ark., hipertansiyonun da hastaneye yeniden yatışa yol açabileceğini bildirmiştir (Harraz et al., 2015). Evde bakım ekibi her ziyaretinde kan basıncını ölçmeli ve anormal sonuçları cerrahına veya birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısına ulaştırmalıdır. Hasta/aile bireyleri evde yaptıkları kan basıncı ölçüm sonuçlarındaki anormal sonuçları bildirmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (Berti-Hearn & Linda, 2019).

2. Ürostominin değerlendirilmesi

Bakımdan önce mevcut durumun belirlenmesi ve kullanılacak ürünlerin karşılaştırılması için ürostominin değerlendirilmesi gerekir.

Hastalar genellikle ameliyathaneden şeffaf bir stoma torbası ile çıkarlar. Böylelikle stoma ve stoma içeriği rahat görülür. Ürostomiden beklenen sürede idrar çıkışının olmaması acil bir durumu işaret eder. Hastanın hekiminin derhâl bilgilendirilmesi gerekir (Wright & Burch, 2008; Carmel & Goldberg, 2004).

2.1. Ürostominin Görünümü: Ürostominin oluşturulduğu dokuya bağlı olarak stoma görünümü farklılık gösterir. Kolon veya ince bağırsaktan yapılan ürostomiler genellikle kırmızı veya koyu kırmızı renktedir ve deride peristomal dikişler görülebilir. Üreterlerden veya mesaneden oluşturulan ürostomiler ise genellikle pembe renklidir. Eğer ürostomi koyu kahverengi veya siyah bir görünümdeyse iskemi veya nekrozu düşündürdüğü için dikkate alınmalıdır. (Geng et al., 2009). Ürostomiler genellikle nemli bir yapıdadır ve oval, yuvarlak, düzensiz şekillere sahip olabilirler. Ürostominin şeklinin belirlenmesi, uygun ve doğru adaptör seçimi için önemlidir. Ameliyattan hemen sonra ürostomide şişlik olabilir. Ancak bu şişlik zamanla azalacağı için stoma çapının düzenli olarak ölçülmesi ve adaptör açıklığının stomaya uygun şekilde yeniden şekillendirilmesi önemlidir. Ayrıca ödemin azalmasıyla birlikte ürostominin deriye göre yüksekliğinde değişiklik olabilir (Harputlu, 2015). Ürostominin deriyle aynı seviyede veya deri seviyesinin altında olması bakımını zorlaştıran sızıntılara neden olabilir. Deriden kabarık olan ürostomiler, özellikle uzunluğu 3 cm'den fazla ise

travmalara karşı hassas olabilir ve giysiler altında fark edilebilir. Bu nedenle ürostominin yüksekliğini değerlendirmek ve kullanılacak ürünü belirlemek büyük önem taşır (Carmel & Goldberg, 2004).

2.2. Peristomal Derinin Değerlendirilmesi:

Ürostomi çevresindeki deri (peristomal deri), herhangi bir erozyon, laserasyon veya renk değişikliği göstermemelidir. Stoma üzerindeki adaptörün her değişiminde peristomal alan deri değişiklikleri yönünden gözlenmelidir. Özellikle postoperatif erken dönemde stomanın deri ile birleştiği hatta herhangi bir ayrılma varsa, bu durum mutlaka hastanın hekimine bildirilmelidir (Carmel & Goldberg, 2004).

2.3. Torba-Adaptör Seçimi: Ameliyat sonrası erken dönemde önceden kesilmiş adaptörlerin kullanımı uygun değildir. Stoma ödeminin azalmasıyla stoma çapı değişebilir. Bu nedenle hastanın ürostomi çapına uygun adaptörler kesilmeli, ayarlanabilen adaptörler kullanılmalıdır. Ayrıca ameliyat sonrası erken dönemde peristomal derinin basınçtan kaynaklı yaralanması önlenmeli ve adaptörün stoma çevresindeki dikişlere baskı oluşturmaması için konveks, sert adaptörler tercih edilmemelidir. Bunun yerine düz, elastik ve yumuşak adaptörler kullanılmalıdır (Carmel & Goldberg, 2004).

İdrar çıkışı sürekli olduğu için, ürostomi torbasının değiştirilmesinde en uygun zamanlar; sabah saatleri, kahvaltı etmeden ve bir şeyler içmeden önceki zaman dilimleridir. Gün içinde ürostomi torbasının değişimi yapılacaksa uygulamadan birkaç saat önce sıvı alımı kısıtlanmalıdır. Stoma çevresindeki deri bütünlüğünün korunması stoma bakımında çok önemlidir. Bu amaçla adaptör yapıştırılmadan önce peristomal cildin ılık suyla temizlenip, bölgenin iyi bir şekilde kurutulması gerekir. Stomayı temizlemek için kolonya, eter, alkol gibi stomaya zarar verebilecek maddelerin kullanımından kaçınılmalıdır. Peristomal ciltte oluşabilecek sorunlar yönünden peristomal alan değerlendirilmeli ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Stomalı birey, torbasını günlük olarak 2-3 kez boşaltmalıdır. Ürostomi torbası, yarısı veya üçte biri dolu olduğunda boşaltılmalıdır. Adaptör kısmı ise 3-5 gün içinde değiştirilmelidir. Eğer hasta torbayı kendisi değiştirecekse ve stomayı göremiyorsa bu işlemi bir aynanın karşısında yapabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (Harputlu, 2015).

3. Banyo, cinsellik ve egzersiz

Taburculuk sonrası eve giden hasta ilk banyosunu duş şeklinde yapabilir. Daha sonraki banyo veya duş zamanlarını torba değişimine göre planlaması gerekir. Bununla birlikte sağlam bir torbayla bireyin duş yapması da mümkündür. Ameliyat sonrası 4 ila 6 hafta boyunca cinsel aktiviteden kaçınılması gerektiği hastaya aktarılmalıdır. Bireye 6 hafta boyunca ağır objeler kaldırmaması gerektiği ve ağır egzersizlerden kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. Kısa yürüyüşlerin faydalı olabileceği ancak uzun yürüyüşlerden kaçınılması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir (Ulubay Akkaya, 2013).

4. Seyahat

Ürostomi ameliyatı geçirmiş olan hastalar, operasyondan sonra önceden yaptıkları işlere ve seyahatlere geri dönebilirler. Sızıntı riskine karşı her zaman yanlarında yedek bir torba sistemi bulundurmalarıdır. Seyahatler için gerekli olan her şey, el bagajına paketlenmelidir. Bu paket; el antiseptik solüsyonu, önceden kesilmiş cilt bariyerleri, torbalar, el havluları ve ekstra kıyafetler gibi ürostomi bakımında gereken tüm malzemeleri içermelidir (Berti-Hearn & Linda, 2019).

5. Derin ven trombozu riskinin takibi

Hastalar ev ziyaretinde derin ven trombozu (DVT) bulguları açısından değerlendirilir. Derin ven trombozu hakkında hasta ve bakım veren aile bireylerine bilgi verilmelidir. Ayrıca hastanın göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi şikâyetlerinin olması hâl inde acil kliniğine başvurmasının önemli olduğu anlatılmalıdır. Preoperatif ya da postoperatif süreçte DVT gelişen hastaların evde bakım uygulamalarında hekim önerisiyle düşük molekül ağırlıklı heparin gibi ilaç tedavileri (SC/oral yolla) uygulanmalı ve varis çorabı kullanımı yönünde gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır (Büyükyılmaz & Şendir, 2014).

6. Stent yönetimi

Stentlerin amacı açıklığı korumak ve anastomoz bölgesinin iyileşmesini sağlamaktır. Stent yönetimi ve eğitimi hastanın eve döndüğünde stentlerin hâlâ yerinde olduğu durumlarda son derece önemlidir. Stentler genellikle ilk kontrol ziyaretinde cerrahın önerisiyle çıkarılır (Carmel, 2016). Her bir ureterde bir stent bulunduğu için stomadan iki stent çıkarılır. Stentler kendiliğinden düşebilir, ancak hastanın

cerrahını bilgilendirmesi gerekir. Çünkü bu durum acil bir durum olmasa da cerrah tarafından takip edilmelidir. Torbalama sistemi içerisinde düzgün bir şekilde yerleştirilmeleri gerekir. Kondüit bağırsaktan yapıldığı için stomadan ve stentlerin çevresinden büyük miktarda mukus atılacaktır. Bağırsak mukozasının bağırsak içeriğini kayganlaştırmak için doğal olarak mukus salgıladığı ve bu durumun normal olduğu hastaya aktarılmalıdır (Berti-Hearn & Linda, 2019).

7. Beslenme yönetimi

Ürostomili hastaların üriner komplikasyonları önlemek için yeterli sıvı alımına ihtiyaçları vardır. Bunu sağlamak için günlük olarak 2.000-2.500 mL veya vücut ağırlığına bağlı olarak 30 mL/kg su içmeleri önerilir. Çünkü böbrekleri temizlemek, bakterileri seyreltmek, asidik bir pH seviyesi sağlamak ve sürekli tek yönlü idrar akışını korumak için gereklidir (Goldberg, 2016). Hastaların ürostomi ameliyatından sonra yemek yeme konusunda herhangi bir kısıtlamaları yoktur. Bununla birlikte hastalar, tükettikleri yiyecek türleri ve bu yiyeceklerin idrar pH'ını nasıl etkileyebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir (Amerikan Kanser Derneği, 2018). Kızılıklık suyu ve C vitamini, çoğu durumda idrarı asit tarafta tutarken; sebzelerin, meyvelerin ve meyve sularının çoğu idrarı alkali tarafta tutar (Berti-Hearn & Linda, 2019).

8. Peristomal cilt komplikasyonlarının yönetimi

Peristomal cilt sorunları ameliyattan aylar sonra gelişen geç dönem komplikasyonlar içinde yer almaktadır. Evde sağlık ekibinin ostomi bakımında yetkinliği peristomal cilt sorunlarını önleme açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle evde bakım aşamasında peristomal komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek için hasta/aile bireylerinin gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekir (Merkert & Jessica, 2022).

Stoma ve peristomal cilt komplikasyonları sızıntı, ağrı, stomaya alışma sorunları artan ekipman maliyeti, bakım maliyetleri ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi birçok soruna neden olabilir. (Carlsson, 2016; Taneja, 2017).

9. Metabolik komplikasyonların takibi

Metabolik komplikasyonlar bağırsak diversiyonuna göre üriner diversiyonda daha sık görülür. Evde bakımda uzun süreli takip gerektiren bir durumdur (Vasdev et al., 2013). Metabolik komplikasyonların boyutu, kanal için kullanılan bağırsağın uzunluğuna ve tipine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ayrıca bireyin başlangıçtaki böbrek ve karaciğer fonksiyonu, yaş, kemoterapi veya radyasyon tedavisi alma durumu da etkileyen diğer faktörler arasındadır (Vasdev et al., 2013). Zamanla hastalarda malabsorpsiyon, diyare ve elektrolit dengesizlikleri belirtileri görülebilir. Hastalar hiperkloremik metabolik asidoz ve kronik üst idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle böbrek taşı riski taşır. Ayrıca böbrek fonksiyonunda uzun süreli bir azalma da mevcuttur. Üreter tıkanıklığı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, böbrek taşlarına bağlı olarak böbrek yetmezliği de meydana gelebilir (Lee et al., 2018). Metabolik komplikasyonları izlemek ve azaltmak için ürostomili hasta gruplarının hem evde bakımları sırasında hem de rutin kontrolleri sırasında yaşam boyu takip edilmeleri şarttır.

10. Psikososyal destek

Mesane kanserinde hem hastalığın tanısı hem de tedavi süreci hastanın benlik saygısında, bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, bireysel ve sosyal rollerinde, ailesiyle ve etrafındaki kişilerle olan ilişkilerinde değişikliğe yol açar. Bu değişimler bireylerin sosyal ve psikolojik desteğe olan ihtiyacını artırır. Kanserli bireylerde psikososyal tedavi girişimleri danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yöntemlerle baş etme becerilerini artırmayı amaçlayan düzenli çabaları ifade eder. Ev ziyaretleri sırasında bireyler kanserle ilişkilendirilen olumsuz duygusal tepkilerini ve hislerini açıkça ifade etmeleri, hastalıkla ilgili düşüncelerini paylaşmaları için cesaretlendirilmelidir (Ülger et al., 2014). Aynı şekilde aile bireylerine yönelik psikososyal yaklaşım da önemlidir. Aile bireylerine yönelik psikososyal yaklaşımın hedefleri; hastalığın aile üyeleri üzerindeki etkilerini incelemek, hastalığın neden olduğu veya etkilediği psikopatolojik tepkileri tanımlamak, hasta ve aileyi bir araya getirerek hastalıkla ilgili duyguların paylaşılmasını desteklemektir (Yıldırım & Gürkan, 2010).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Geliştirilmiş cerrahi teknikler ve kısaltılmış hastanede kalış süreleri, ürostomi açıldıktan hemen sonraki postoperatif dönemde daha fazla hastanın evde bakım almasına neden olmaktadır. Ürostomili hastalar, günlük yaşama uyum sağlarken hem kısa hem de uzun vadede büyük bir bakım ve eğitimin yanı sıra önemli psikososyal desteğe de ihtiyaç duyarlar. Evde bakım ekibi, hastaların öz bakım gereksinimlerinde, komplikasyonların önlenmesinde, yeniden yatış için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerinde hayati öneme sahiptir. Mesane kanserinin hem kasa invaze olmayan tipinin tedavi aşamalarında hem de kasa invaze olup ürostomisi bulunan hastaların tedavi ve bakım aşamalarında evde bakım desteği özen ve dikkat gerektiren bir süreçtir. Stoma bakımının düzenli

yapılması, beslenme düzenine dikkat edilmesi, ilaç kullanımının takibi, psikolojik destek ve bakım veren aile bireylerinin bilgilendirilmesi gibi birçok konuda evde bakım hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Sunulan bu evde bakım yaklaşımları hastaların ve bakım veren aile üyelerinin sağlıklı bir yaşam sürdürmelerine büyük bir katkı sağlamaktadır.

Gelecek çalışmalarla evde bakımın mesane kanserinde ve üriner stomalı hastalar üzerine etkisini değerlendirecek, süreç içerisinde hastaların/aile üyelerinin en çok hangi bakım gereksinimine ihtiyaç duyduğunun tespit edilebileceği çalışma planlamalarının yapılması alana katkı sağlaması açısından oldukça kıymetli olacaktır.

REFERANSLAR

- Akova, S. (2017). "Sigarayı Bırak, Hayatı Bırakma" Sloganlı Kamu Spotları Örneklerinin Alımlama Analizi Yöntemi ile İncelenmesi. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(2), 15-36.
- Action bladder cancer UK. Immunotherapy. BCG into the bladder. 14.07.2023 tarihinde <http://actionbladdercanceruk.org/immunotherapy/> adresinden alındı.
- Akbulut, M. F. & Şanlı, Ö. (2010). Mesane kanserinde intravezikal tedaviler. *Türk Üroloji Derneği*. 12.07.2023 tarihinde <https://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Books/476/mesane-kanserindeintravezikal-tedaviler.pdf> adresinden alındı.
- Akkaya Ulubay C. (2013). Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan hastalarda hemşirelik bakımı. *Üroonkoloji Bülteni*, 12(1).
- American Cancer Society. (2018). Caring for a urostomy. Retrieved from. 16.07.2023 tarihinde <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/ostomies/urostomy/management.html> alındı.
- Ateş F, Soydan H., Baykal K. (2008). Kasa invaze mesane kanserinin tedavisinde mesane koruyucu yaklaşımlar ve hasta seçimi. *Üroonkoloji Bülteni*
- Aydın A.M. (2018). Yüksek dereceli kas-invaziv olmayan mesane kanserinde pd-11 ekspresyonunun BCG immünoterapisine direnç gelişmesi ve tümör progresyonuna etkisi. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Barbaros, B. & Dikmen, M. (2015). Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 31(4), 177-181.
- Berti-Hearn L, Elliott B. (2019). Urostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. *Home Healthc Now*. 37(5):248-255. doi: 10.1097/NHH.0000000000000792.
- Bruce, J. (2020). Cancer Council Australia. Understanding bladder cancer. A guide for people with cancer, Their families and friends. <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/understanding-bladder-cancer-booklet>. (Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2023).
- Büyükyılmaz F., Şendir M. (2014). Ameliyat sonrası bakımda göz ardı edilen bir sorun: derin ven trombozu (dvt) riskinin tanınması ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences)*; 23 (1)

- Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, Petersén C, Lindholm E. (2016). The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manage*,62(10):34-48. PMID: 27768579.
- Carmel JE, Goldberg MT. (2004). Preoperative and postoperative management. *Fecal and urinary diversions management principles*. (Colwell JC, Goldberg MT, Carmel JE, ed): 207-236.
- Carmel, J. (2016). Postoperative nursing assessment management. In J. Carmel, J. Colwell, & M. Goldberg (Eds.), *Wound, Ostomy and Continence Nurse's Society Core Curriculum: Ostomy Management* (pp. 113-119).
- Clinical guidelines for instillation of intravesical solutions. Australia and New Zealand Urological Nurses Society- ANZUNS. (2017). Version 1. 15.07.2023 tarihinde https://www.anzuns.org/wp-content/uploads/2015/03/ANZUNSGuidelines_Intravesical-Solutions.pdf adresinden alındı.
- Çelik SŞ (2009). Yaşlı bireylerin ürostomi öncesi ve sonrası bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59.
- Çiçekbilek, İ., & Mungan, N. A. (2014). Kasa invaziv olmayan mesane kanserlerinde intravezikal tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 7(2), 49-55.
- Çiçekçi, F., Büyükavlak, M., Bayraktar, Y. Ş., & Çelik, J. B. (2018). Transüretral mesane tümörü rezeksiyonu sonrası Bacillus Calmette-Guérin (BCG) immünoterapisine bağlı nadir bir komplikasyon: Akut solunum yetmezliği ve sepsis. *Genel Tıp Derg*, 28(4), 168-172. doi: 10.15321/GenelTipDer.2018446996
- Decaestecker, K., & Oosterlinck, W. (2015). Managing the adverse events of intravesical Bacillus Calmette-Guérin therapy. *Research and Reports in Urology*, 23(7).
- Eun, S. J., Kim, M. S., Jung, S. I., Choi, H. J., Chung, H. S. Hwang, E. C., et al. (2020). Rates and risk factors of bacteriuria in patients with bladder cancer who underwent treatment with Bacillus Calmette-Guérin. *Urogenit Tract Infect*, 15(2), 47-53. doi.org/10.14777/uti.2020.15.2.47
- European Association of Urology (EAU) Working Group on Oncological Urology Oosterlinck W, Lobel B, Jakse G, Malmström PU, Stöckle M, Sternberg C. (2002). Guidelines on bladder cancer. *Eur Urol.*; 41(2): 105-12
- Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Fillingham S ve ark. (2009). Good practice in health care: Incontinent urostomy. *European Association of Urology Nurses*, 15.07.2023 tarihinde <http://www.uroweb.org/professionalesources/guidelines> adresinden alındı.
- Goldberg, M. (2016). Patient education following urinary/fecal diversion. In J. Carmel, J. Colwell, & M. Goldberg (Eds.), *Wound, Ostomy and Continence Nurse's Society Core Curriculum: Ostomy Management*, 131-139.
- Gültekin MH, Şimşekoğlu MF, Önal M. (2020). Yaşlılıkta üriner sistem kanserleri-mesane kanseri. Döventaş A, editör. *Geriatrik Üroloji*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 59-64
- Harputlu D, Özsoy SA. (2018). A prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life. *Ostomy Wound Manage*;64(10):18-30. PMID: 30312155.
- Harraz, A. M., Osman, Y., El-Halwagy, S., Laymon, M., Mosbah, A., Abol-Enein, H., & Shaaban, A. A. (2015). Risk factors of hospital readmission after radical cystectomy and urinary diversion: Analysis of a large contemporary series. *BJU International*, 115(1), 94-100. doi:10.1111/bju.12830
- Hautmann RE, Abol-Enein H, Hafez K, Haro I, Mansson W, Mills RD, Montie JD, Sagalowsky AI, Stein JP, Stenzl A, Studer UE, Volkmer BG. (2007). *World Health Organization (WHO) 3. Consensus Conference on Bladder Cancer. Urinary diversion*. *Urology*; 69(Suppl 1A): 17-49
- Hsu, C. W., Chiu, Y. C., Hu, H. Y., Fan, Y. H., Hong, S. C., & Cheng, W. M. (2020). Can we treat bladder cancer with intravesical Bacillus Calmette-Guérin in patients with prior tuberculosis infection? A population-based cohort study. *BMC Urol*, 20(1), 2-7. doi.org/10.1186/s12894-020-00642-1

- Karamanoğlu Yavuz A., Zümrütbaş A.E. (2023). Mesane Kanseri İncelemede İntravezikal Bacille Calmette- Guerin (BCG) Uygulaması ve Hemşirenin Sorumlulukları Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.7(1); 256-269
- Kristensen, S. A., Laustsen, S., Kiesbye, B., & Jensen, B. T. (2013). The urostomy education scale: A reliable and valid tool to evaluate urostomy self-care skills among cystectomy patients. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 40(6), 611-617. doi:10.1097/01.WON.0000436778.39349.12
- Kulu, A. (2010). Mesane tümörlü hastalara uygulanan cerrahi girişimler sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Lee, D. J., Tyson, M. D., & Chang, S. S. (2018). Conduit urinary diversion. *The Urologic Clinics of North America*, 45(1), 25-36. doi:10.1016/j.ucl.2017.09.006
- McConkey, R. W., & Dowling, M. (2021). Supportive care needs of patients on surveillance and treatment for non-muscle-invasive bladder cancer. *Semin Oncol Nurs*, 37(1), 151105. doi: 10.1016/j.soncn.2020.151105.
- Merkert, Jessica L. (2022) MSN, RN, CPN, SCR.N. Peristomal complications. *home healthcare now* 40(5):p 264-269, doi: 10.1097/NHH.0000000000001110
- Merseburger AS and Kuczyk MA. (2007)The value of bladder-conserving strategies in muscleinvasive bladder carcinoma compared with radical surgery . *Current Opinion in Urology*, 17:358–362.
- Özcan, Y., Çağlar, F., Altu, Z., & Aktaş, S. (2016). Mesane kanseri ve kanser kök hücrelerinin rekürrens ile ilişkisi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 26(3), 185-190. doi:10.5222/terh.2016.185
- Özveren, B. (2016). Mesane kanserlerinde tanı ve evrelendirme. *Mesane ve üst üriner sistem kanserleri. Kanser Gündemi Dergisi*, 4(4), 25-30.
- Patel, A. R., & Campbell, S. C. (2009). Current trends in the management of bladder cancer. *J Wound Ostomy Cont Nurs*, 36(4), 413-421. doi: 10.1097/WON.0b013e3181aaf1e7
- Patel, S., Pariser, J., & Steinburg, G. (2016). Urinary stomas: Disease states that lead to the creation of a urinary stoma and the use of intestinal segments in urinary diversion. In J. Carmel, J. Colwell, & M. Goldberg (Eds.), *Wound, Ostomy and Continence Nurse's Society Core Curriculum: Ostomy Management*, 77-89.
- Saluja, M., & Gilling, P. (2018). Intravesical Bacillus Calmette–Guerin instillation in non-muscle-invasive bladder cancer: A review. *Int J Urol*, 25(1), 18-24. doi: 10.1111/iju.13410 19
- Sarı U, Cangüven Ö, Selimoğlu A, Göktaş C, Horuz R, Ayköse G, Koçak M, Albayrak S. (2010). Mesane kanseri tedavisinde radikal sistektomi ile mesane koruyucu yaklaşımların sağ kalım ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırması: Geriye dönük bir çalışma. *Türk Üroloji Dergisi*;36:18-24.
- Shariat SF, Milowsky M, Droller Mj. (2009). Bladder cancer in the elderly. *Urol Oncol*.27:653-67.
- Sönmezer, M. Ç., Sevim, Ş., Tülek, N., Kaya, E., Erdinç, F. Ş., & Ertem, G. (2019). İntravezikal BCG uygulaması sonrası gelişen BCG sepsisi: Bir olgu sunumu. *Flora İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 24(1), 63-66. doi: <https://doi.org/10.5578/flora.67565>
- Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Lamerato L, Oster G. (2017). Clinical and Economic Burden of Peristomal Skin Complications in Patients With Recent Ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 44(4):350-357. doi: 10.1097/WON.0000000000000339. PMID: 28574928; PMCID: PMC5507819.
- Tuğ Bozdoğan, S. (2009). IL-1Ra, IL-4 VE TNF-Beta gen polimorfizmlerinin transizyonel hücreli mesane kanseri etyopatogenezi ve prognozuna etkisi. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Ülger E., Alacacioğlu A., Gülseren AŞ., Zencir G., Demir L., Tarhan MO. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal

onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi
Dergisi. 28(2), 85 – 92

Vasdev, N., Moon, A., & Thorpe, A. C. (2013).
Metabolic complications of urinary
intestinal diversion. *Indian Journal of
Urology*, 29(4), 310-315.
doi:10.4103/0970-1591.120112

Yıldırım S, Gürkan A. (2010). Psikososyal açıdan
kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege
Üniversitesi. Hemşirelik Yüksek Okulu
Dergisi. 26: 87-97

Yücetaş, U., & Toktaş, G. (2011). BCG
komplikasyonları ve başa çıkma.
Üroonkoloji Bülteni, 23-25. 12.07.2023
tarihinde
[http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article/
8333/23-25.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article/8333/23-25.pdf) adresinden alındı.

Wright S, Burch J. (2008). Pre- and Post-operative
care. *Stoma Care* (Burch J, ed). Chichester,
West Sussex: Wiley-Blackwell, 119-141.