

## KONTİNAN ÜRİNER DİVERSİYONDA KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR VE HEMŞİRELİK

*EVIDENCE-BASED PRACTICE IN CONTINENT URINARY DIVERSION AND NURSING*

**Öğr.Gör. Filiz KABU HERGÜL\***    **Prof.Dr. Meryem YAVUZ van GIERSBERGEN\*\***

\*Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

---

### ÖZET

Kontinan üriner diversiyon, mesanenin değişik nedenlerle dolmuş ve boşaltım işlevlerini göremediği ve bu bozuklukların ilaç ile tedavi edilemediği durumlarda, kozmetik olarak ideal, idrar kaçırmanın olmadığı, alt bezi ihtiyacını ortadan kaldıran ve tam bir kuruluk sağlayan yeterli kapasitede bir mesane oluşturmak amacıyla uygulanan bir girişimdir. Ancak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve her yaşta korku verici bir cerrahi girişim olarak görülmektedir. Üriner diversiyonu olan hastanın psikolojik ve sosyal yönden kaliteli yaşam sürdürebilmesinde, verilen hemşirelik bakımının önemi büyüktür. Bunun sağlanmasında kanıta dayalı uygulamalardan yararlanılmaktadır.

Bu derleme üriner diversiyon yapılan hastaların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde kullanılabilecek Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN tarafından oluşturulan kanıt temelli yaklaşımları vurgulamayı amaçlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kontinan üriner diversiyon, hemşirelik, avrupa üroloji hemşireliği birliği, kanıta dayalı uygulama.

### ABSTRACT

*Continent urinary diversion is an ideal intervention to create a bladder with sufficient capacity to provide full dryness, dismiss need for diaper when bladder does not fulfill its storage and drainage functions and when these malfunctions cannot be treated medically. However, it seems as a surgical operation which affects patient's life quality adversely and scary for patients in every age group. For a patient suffering from the urinary diversion, nursing care is significantly important to live a quality life in terms of psychological and social aspects. In provision of the quality service, proof-based applications are utilized.*

*This compilation aims to emphasize proof-based approaches created by the European Association of Urology Nursing (EAUN), which can be used to preserve and maintain health of the patients who experienced urinary diversion operation.*

**Key Words:** *Continent urinary diversion, nursing, european association of urology nursing, evidence based practice.*

## GİRİŞ

Üriner diversiyon kelime anlamı olarak "idrar çıkış yolunun değiştirilmesi" dir (Akgül ve Tarcan 2012). Sistektomi ve mesane disfonksiyonunun üriner diversiyonun en önemli endikasyonları olduğu belirtilmektedir (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010). Bunların dışında üriner diversiyonların; konjenital anomali, nörojenik mesane bozuklukları, malign hastalıklar, radikal sistektomi durumlarında değişik intestinal segment kullanımı ile yaygın olarak uygulandığı vurgulanmaktadır (Ekren ve Cüreklibatır 2008, Kaplan 2009). Bu ameliyatın ilk olarak erişkinlerde mesane tümörü nedeniyle mesanenin çıkarılması sonrası yapıldığı ortaya konulmaktadır (Akgül ve Tarcan 2012).

Temiz aralıklı kateterizasyonun (TAK) yaygın olarak kullanılmaya başlanması ve cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler ile gastrointestinal segmentlerin idrar transportu ve depolanması amacıyla kullanılması daha da büyük önem kazanmıştır (Kaplan 2009). Modern rekonstruktif tekniklerin, ileri yaş hastaların yanı sıra gençlerde de barsak kullanımını arttırdığı ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Gümüş ve Boylu 2005). Diversiyon amacıyla barsak segmentlerinin ürolojide kullanımı ilk kez 1852'de Simon tarafından gerçekleştirilmiştir (Ekren ve Cüreklibatır 2008, Latini 2003, Kaplan 2009). Bricker 1950'de ileal konduit ameliyatında bağırsak segmentlerini kullanarak diğer diversiyon ameliyatlarında tarihe geçmiştir (Ekren ve Cüreklibatır 2008). Başlangıçta ileum ya da kolon konduitler ve ardından kateterize edilebilir kontinan stomalı rezervuarlar tanımlanmış olsa da hastalar ve ürologlar birlikte fizyolojik koşulları daha çok taklit eden üriner diversiyon arayışlarını sürdürmüşlerdir (Arık ve Uygur 2010).

Her cerrahi uygulamada olduğu gibi, üriner diversiyonlarda da birtakım komplikasyonlar karşımıza çıkabilmektedir. Üriner diversiyon sonrası komplikasyonların genel olarak uygulanan cerrahi tekniğe bağlı olduğu, hastanın yaşına, genel durumuna, altta yatan hastalığa ve takip süresi ile de değişebileceği belirtilmektedir (Şanlı ve ark. 2005, Şenol Çelik S. 2009). Erken dönem komplikasyonların yaklaşık %10 oranında, geç dönem komplikasyonların ise yaklaşık %10-20 oranında görüldüğü ortaya konulmaktadır (Şanlı ve ark. 2005).

Bu komplikasyonlara bakıldığında;

- Erken dönem komplikasyonları; Enfeksiyon (Gümüş ve Boylu 2005, Akgül ve Tarcan 2012), kanama, bağırsak tıkanıklıkları, stoma çevresinde deride yaralar, idrar ekstrevasyonu (Akgül ve Tarcan 2012), yeni mesanenin karın cildine ağzlaştırıldığı yerde darlıklar (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği - EAUN 2010, Akgül ve Tarcan 2012) olarak sıralanabilirler. Ayrıca bu dönemde özellikle ileum rezeksiyonu ile ilişkili aşağıdaki komplikasyonlar görülebilir;
  - Hiperkloremik metabolik asidoz
  - Hipokalemi ve diğer elektrolit anormallikleri
  - Karaciğer metabolizması bozuklukları

-Anormal ilaç metabolizması  
-Vitamin B12 eksikliği  
-Mukus üretimi (Gümüş ve Boylu 2005, Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği - EAUN 2010, Akgül ve Tarcan 2012).

- Geç dönem komplikasyonları; Taş gelişimi (Gümüş ve Boylu 2005, Ekren ve Cüreklibatır 2008, Akgül ve Tarcan 2012), enfeksiyon, staz, mukus, yapışıklık (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010), Gross hematüri, diversiyonda basınç hissi, inkontinans ve rekürren üriner sistem enfeksiyonu (Özkaya ve ark. 2013), kanser gelişimi (Gümüş ve Boylu 2005, Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010), kemik hastalıkları (Gümüş ve Boylu 2005) olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Tüm bu komplikasyonların ortaya çıkmaması için; yeterli sıvı alınması, kabızlığın giderilmesi, düzenli TAK uygulaması ve hekimin önerdiği şekilde kontrollere özen gösterilmesinin büyük önem taşımaktadır (Akgül ve Tarcan 2012).

Yapılacak üriner diversiyonun seçiminde, kişinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi de önemli rol oynamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda standart bir değerlendirme formu kullanılmamakla birlikte, genellikle çalışmalar diversiyon tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması şeklindedir. Çalışmaların genelinde; yaşam kalitesinin üriner diversiyonun tipine göre farklılık göstermediği ortaya konulmaktadır. Beden imajı ve idrar kontrolü gibi özel durumlar sorgulandığında ise; ortotopik yeni mesanenin diğerlerine göre üstün olduğu belirtilmektedir (Üçer ve Müezzinoğlu 2009). Ancak, üriner diversiyon ameliyatının özellikle yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve her yaşta korku verici bir cerrahi girişim olduğu vurgulanmaktadır. Bu cerrahi girişimin birey tarafından kabul edilebilirliğinin; sadece uygulanan cerrahi girişim değil aynı zamanda bireyin kişilik özelliği, beden imajı, beden algısı, kültürel yapısı, önceki deneyimleri ve bilgisi ile ilişkili olduğu ortaya konulmaktadır (Çelik 2009). Uygulanan diversiyon tiplerine bakıldığında en sık karşılaşılan üriner diversiyon yöntemlerinden biri kontinan üriner diversiyondur.

Kontinan üriner diversiyon, mesanenin değişik nedenlerle dolmuş ve boşaltım işlevlerini göremediği ve bu bozuklukların ilaç ile tedavi edilemediği durumlarda son seçenek olarak kullanılan cerrahi girişimlerden biridir. Kelime anlamı olarak kontinans "idrar tutma" üriner diversiyon da "idrar çıkış yolunun değiştirilmesi" dir (Akgül ve Tarcan 2012). 1984 yılında Lilien ve Camey ilk ortotopik kontinan diversiyonu yayınladıkları ortaya konulmaktadır. Aslında kontinan diversiyonla ilgili arayışlar çok daha eskilere gitmektedir. 1965 yılında Gilvernet ileoçekal segmente ureterleri anastomoz ederken, kolonun da uretraya anastomozunu yapmıştır. Ancak operasyonun çok komplike olması ve kontinans oranlarının düşük olması bu yöntemin popüler olmasını engellemiştir. Doğal fizyolojiye en yakın rezervuarı, Goodwin basınç yasalarından yararlanılarak oluşturulabilmiştir. Böylece bağırsağın herhangi bir segmentinden küresel yapıda, düşük basınç içeren mesane oluşturulabilmiştir. Sonraki yıllarda şaşırtıcı miktarda kontinan diversiyon yöntemleri sunulmuş, hemen hemen tüm bağırsak segmentleri denenmiştir (Arık ve Uygur 2010)

Kontinan üriner diversiyonda amaç; kozmetik olarak ideal, idrar kaçırmanın olmadığı, alt bezi ihtiyacını ortadan kaldıran ve tam bir kuruluk sağlayan yeterli kapasitede bir mesane oluşturmak ve bu mesanenin karın ön duvarındaki cilt ile bağlantısını sağlamaktır (Akgül ve ark. 2012). Böylece üst üriner sistemin yani böbreklerin korunması, mesanenin idrar depolama görevini düzgün bir şekilde yerine getirmesi ve mesanedeki idrarın vücut dışına aktarımı, idrar kaçırma olmadan sağlanmış olacaktır (Akgül ve Tarcan 2012). Kontinan üriner diversiyonların tüm formlarında yaygın görüşün; geniş uyumlu bağırsak kullanımıyla, düşük basınçlı idrar depolama yapısını oluşturmak olduğu belirtilmektedir (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010).

Bu operasyonlar sonrası kural olarak mesane boşaltımı temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) adı verilen yöntemle karın ön duvarında hazırlanan idrar kanalından mesanenin sondalanması ile sağlanır (Akgül ve Tarcan 2012). Kontinan üriner diversiyon yöntemleri şu şekilde sınıflandırılabilirler;

- Cilde kalıcı üriner diversiyon bağırsağın yeniden yapılandırılması ile alçak basınçlı idrar depolama birimi oluşturulması ilkesine dayanır.
- Ortotopik üriner diversiyonda ise amaç, yine bağırsağın yeniden yapılandırılması ile alçak basınçlı idrar depolama birimi oluşturulmasıdır. Ancak cilde kalıcı üriner diversiyon ile kıyaslandığında cerrahi teknikte farklılıklar vardır.
- Recto-sigmoid üriner diversiyonda idrar akımı, üreterler aracılığı ile doğrudan sigmoid kolon ve rektuma yönlendirilir.
- Büyütme ileosistoplasti ise, ince bağırsağın mesanenin iki yarısı arasında bir yama olarak görev alacağı şekilde cerrahinin uygulandığı tekniktir.
- Otomatik güçlendirme, miyektomi ile bağırsak kullanmadan alçak basınçlı mesane oluşturmak için uygulanan daha az invazif bir yöntemdir.
- Katerize edilebilir kanallar; mesane duvarı aracılığıyla tünel oluşturularak, karın ön duvarı ile cilde doğrudan anastomoz edildiği tekniğe verilen isimdir (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010).

Kontinan üriner diversiyonlarda da bağırsak segmentinin rezeksiyonu ile ilgili özellikle metabolik sorunlar, enteroenterik anastomozla ilgili sorunlar, poş ya da yeni mesane için oluşabilecek sorunlar (taş gibi), ureteroenterik anastomozla ilgili sorunlar, üst üriner sistemle ilgili sorunlar gibi ortak sorunlar karşımıza çıkabilmektedir. Ancak kullanılan diversiyon yöntemine göre sıklıkları ya da önemleri farklıdır. Cilde kalıcı üriner diversiyonda stoma varlığı nedeniyle üriner rezervuar kullanılmasının gerekmesi ve olumsuz beden imajı, kendine has en önemli sorunlardır. Ayrıca idrarın teması yüzünden deri irritasyonu, stoma darlığı, stoma prolapsusu diğer özel komplikasyonlar arasında sayılabilir. Ortotopik diversiyonda ise üretral anastomoz bölgesinde darlık, inkontinans gibi spesifik sorunlar söz konusudur. Kontinan üriner diversiyonlarda da yeni mesaneye dair sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlar;

- Rezeksiyona bağlı komplikasyonlar
- Poşa ait komplikasyonlar

- Anastomozla ilgili komplikasyonlar
- Fonksiyonel komplikasyonlar (İşeme, Seksüel sorunlar)
- Üretral nüks ve tümör kontrolündeki sorunlar olarak belirtilmektedir (Arık ve Uygur 2010)

Tüm bu komplikasyonların önlenmesinde hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşireler ameliyat öncesi ve sonrası bakımı iyi planlamalı ve eğitim gereksinimlerini belirlemelidir. Ameliyat öncesinde; hastanın psikolojik ve fizyolojik yönden değerlendirilmesi, elde edilen verilere yönelik girişimlerin eksiksiz uygulanmasıyla; hastada komplikasyon gelişmesini önlenebileceği ya da azaltılabileceği belirtilmektedir. Ameliyat öncesi fiziksel hazırlığın yanı sıra psikolojik hazırlık da çok önemlidir. Bireyin beden imajı, yaşam biçimi, cinsellik, arkadaş ve ailenin tepkileri, bir başkasına bağımlı olma ve ameliyat gibi konularda endişeleri olabilir. Bireyler cinsellikle ilgili konuşmak isteyebilir. Bu konuya daha özenli yaklaşılmalı ve güvene dayalı bir hasta/hemşire ilişkisi kurulmalıdır. Cinsellik konusu mümkünse bireyin hayat arkadaşıyla birlikte ve yaşadığı ortamda konuşulmalıdır (Çelik 2009). Hastaların kendi bakımlarına katılımlarının sağlanmasının; stresle daha iyi baş edebilmelerini, iyileşme sürelerinin kısalmasını ve erken taburcu olmalarını sağladığı vurgulanmaktadır.

Ameliyat sonrası bakımda ise; hemşirelerin genel bakım ilkelerinin yanı sıra, hastada tercih edilen diversiyon yöntemiyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları ve girişimlerini buna göre belirlemeleri gerektiği ortaya konulmaktadır. Aynı zamanda bireyin eğitimi, taburculuk hazırlığı ve evde izlemine yönelik; hasta, ailesi ve diğer ekip üyeleriyle işbirliği içinde olmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Çelik 2009, Akkaya ve ark. 2013). Ameliyat sonrası bakımın; genel bakım ilkelerinin yanı sıra stomalı bireyin eğitimi, tedavileri, stoma bakımı, taburculuk hazırlığı gibi konuları da içermesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ameliyattan sonra hastanın hayati bulguları sık aralarla izlenmeli, direnleri, kateterleri ve stoması kontrol edilmelidir (Çelik 2009). Dehidratasyonu önlemek için bireyin aldığı çıkardığı izlenmelidir (Çelik 2009, Altınal ve Akıncı 2010). İntravenöz sıvı alımına bağlı olmaksızın saatlik idrar miktarı 30 ml'nin altına düşerse ya da aniden azalır bu durum hemen rapor edilmelidir. İdrar ilk 48 saatte pembe renktedir. Ancak ameliyatın 3. günde idrarın rengi sarı olmalıdır. Hemşire idrarın rengini, miktarını, yoğunluğunu, stoma torbasında sızıntı ve ciltte irritasyon olup olmadığını izlemelidir. Stomadaki renk değişikliği stomanın oksijenlenmesinde bir problem olduğunu göstermekte olup, soluk görünmesi anemiye, mor-siyah renkte olması ise nekroza işaret etmektedir. Ameliyattan hemen sonra stomanın ödemli olması normal olup, bu ödem ameliyattan sonra 6-8. haftada azalmaktadır. Stomanın kenarında kanama olup-olmadığı ve kanamanın miktarı not edilmelidir (Çelik 2009). Ayrıca ameliyat sonrasında ağrı için gerekli girişimler planlanmalı ve profilaktik antibiyotik rejimi düzenlenmelidir (Altınal ve Akıncı 2010). Hastaların gereksinim duydukları bakımların sağlanmasında ve dolayısıyla komplikasyonların önlenmesinde etkili role sahip olan hemşirelik, tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin tümünün hasta bakım süreçlerinde kanıt temelli uygulamaları kullanması önerilmektedir (Kocaman 2003).

Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik uygulamaları içindeki önemi artmaktadır (Şengün ve ark. 2011). Kanıta dayalı uygulama; hastalara en iyi bakım hizmetini verebilmek için, ilgili alanlardaki bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamanın amacının, hastalara mevcut kaynaklarla etkili sağlık bakımı vermek olduğu vurgulanmaktadır (Kocaman 2003, Yılmaz 2005). Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olmasının, bakım kalitesinin ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması, bakımın standardize edilmesi ve hasta memnuniyetini arttırması gibi sonuçları açısından önemli olduğu ortaya konulmaktadır (Kocaman 2003). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ihmallerin önüne geçmek ve hastaya zarar vermeden ona yardımcı olmak mümkündür (Özsoy ve Ardahan 2006).

Klinik rehber/klinik yol, kanıta dayalı uygulamanın tamamlayıcı bir ögesidir. Klinik rehberlerin klinik konuları tanımlamayı gerektirdiği; geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik yönünden sistematik klinik incelemeyi zorunlu kıldığı belirtilmektedir (Kara ve Babadağ 2003).

Sağlık bakımında kanıta dayalı uygulamalar /Kontinan Üriner Diversiyon (Good Practice in Health Care /Continent Urinary Diversion) rehberi, Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği (European Association of Urology Nurses-EAUN) tarafından Nisan 2010' da geliştirilmiştir. Bu rehber; kontinan üriner diversiyonlu hastaların değerlendirilmesine yardımcı olmakta ve klinik uygulamalar için öneriler içermektedir. Bakım ile ilgili kararlar verilirken kişiye özel olması ve sağlık profesyonellerinin hasta ile görüşükten sonra kendi klinik bilgi ve uzmanlıklarını kullanarak karar vermelerinin önemi vurgulanmıştır (Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN 2010).

**Tablo 1.** Sağlık Bakımında Güvenilir Uygulamalar /Kontinan Üriner Diversiyon Rehberi'nde Sunulan Kanıt Seviyeleri ve Önerinin Sınıfı

<b>Kanıt Seviyesi</b>	<b>Kanıt Tipi</b>
<b>1a</b>	Randomize çalışmaların meta-analizinde elde edilen kanıtlar
<b>1b</b>	En az bir randomize çalışma ile elde edilen kanıtlar
<b>2a</b>	Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalarda elde edilen kanıtlar
<b>2b</b>	İyi tasarlanmış yarı deneysel ve en az bir diğer çalışma türünden elde edilen kanıtlar
<b>3</b>	Karşılaştırmalı çalışmalar gibi iyi tasarlanmış deneysel olmayan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, korelasyon çalışmaları ve olgu sunumları
<b>4</b>	Uzman komite raporları veya görüşleri ile saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilen kanıtlar

Öneri Sınıfı	Önerilerin içeriği
<b>A</b>	Kaliteli ve tutarlı klinik çalışmalara dayalı tavsiyeler ile en az bir randomize deneme
<b>B</b>	Randomize klinik çalışmalarda yer almadan, iyi yürütülen klinik çalışmalarda yer alanlar
<b>C</b>	İyi kalitede, doğrudan uygulanabilir klinik çalışmalar bulunmamasına rağmen yapılan çalışmalarda yer alanlar

**Tablo 2.** Sağlık Bakımında Güvenilir Uygulamalar/Kontinan Üriner Diversiyon Rehberi'nde Sunulan Uygulama Önerileri

Madde	Öneriler	KS	ÖS
1	Üriner diversiyon yapılan hastalar için, önerilere uygun bakım planları uygulanmalıdır.	4	C
2	Hastanın ameliyat öncesi beslenmesi değerlendirilmelidir.	1b	A
3	Ameliyattan en az 30 gün önce sigara bırakılmalıdır.	1b	A
4	Hastanın ameliyat öncesi iş, eğlence, spor aktiviteleri ve ev işleri dahil olmak üzere günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmelidir.	4	C
5	Mali desteğin uygunluğu, ameliyat öncesinde değerlendirilmelidir.	4	C
6	Ameliyat öncesi değerlendirmeye aile üyeleri ve yakınları da dahil edilmeli ve destek mekanizmaları tanımlanmalıdır.	4	C
7	Ameliyat öncesi hastanın psikolojik değerlendirmesi yapılmalı ve motivasyon seviyesi belirlenmelidir.	4	C
8	Sözel ve görsel bilgi verilmelidir.	4	C
9	Hastanın benzer hastalarla tanışması için fırsat sağlanmalıdır.	4	C
10	Hastanın kültürel ve dini yönünün farkında olunmalıdır.	4	C
11	Her zaman hastanın onuru korunmalıdır.	4	C
12	Hastaya gerektiğinde çeviri hizmetleri sunulmalıdır.	4	C
13	Hastaya ameliyattan 8 saat önce katı gıda, 2 saat önce sıvı almaması gerektiği konusunda sözel ve yazılı eğitim verilmelidir.	1a	A
14	Hastada dehidratasyon belirtileri değerlendirilmeli ve gerekiyorsa ameliyat öncesi sıvı tedavisine başlanmalıdır.	1a	B
15	Bağırsak hazırlığının ihtiyaç olabileceği düşünülerek, hazırlık planlanmalıdır.	4	C

16	Hidrasyon durumu değerlendirilmelidir.	4	C
17	Kıl temizliği yapılacak ise, ameliyattan önce elektrikli kesme makineleri ile yapılmalıdır.	1a	A
18	Ameliyat sonrası dönemde klorheksidin ile banyo cerrahi alan enfeksiyonu oranını azalttığı için önerilmektedir.	2b	B
19	Hasta eğitimine ameliyat öncesinde başlanmalı ve ameliyat sonrası devam edilmelidir.	4	C
20	Aileler / bakıcılar hasta rızası ile eğitime dahil edilmelidir.	4	C
21	Görüşme yazılı hale getirilmelidir.	4	C
22	Ameliyat ile ilgili hastaya bilgi verilmeli, öncesi ve sonrasındaki bakım sonuçları tüm hastalara anlatılmalıdır.	4	C
23	Sözel bilginin yanı sıra yazılı materyelde kullanılmalıdır.	4	C
24	Tüm hastalara kalıcı üriner diversiyon yönetimi öğretilmelidir.	4	C
25	Kalıcı üriner diversiyonlu tüm hastalara kısa ve uzun vadeli bakım planlanmalı, eğitim verilmelidir.	4	C
26	Tüm hastalar, olası komplikasyonları ve nereden destek bulabileceklerini bilmelidir.	4	C
27	Hemşire yeterli idrar çıkışının kontrolü için, kateter fonksiyonunu değerlendirmelidir.	4	C
28	Azalmış idrar çıkışı araştırılmalıdır.	4	C
29	Sıvı dengesi ve serum kreatinin düzeyleri ölçülmeli ve kaydedilmelidir.	4	C
30	Kateterler günde en az iki kez yıkanmalıdır.	4	C
31	Ameliyat sonrası dönemde günlük kilo takibi yapılmalıdır.	1b	C
32	Günlük sıvı dengesi kaydedilmelidir.	4	C
33	Sıvı yüklenmesi veya dehidratasyonu tanımlamak için klinik gözlemler yapılmalıdır.	4	C
34	Hastanın bağırsak fonksiyonları günlük gözlenmelidir.	4	C
35	Hastanın günlük oral alımı belirlenmeli ve eksiği giderilmelidir.	1a	A
36	Ameliyat sonrası beslenme eğitimine hasta da dahil edilmelidir.	4	C



## Kontinan Üriner Diversiyonda Kanıt Temelli Uygulamalar ve Hemşirelik

38	İnsizyon 24-48 saat boyunca steril sargı ile korunmalıdır.	1b	B
39	Pansuman değişiklikleri sırasında, hasta ile temas öncesi ve sonrası eller yıkanmalıdır.	1b	B
40	İnsizyon örtüleri değiştirilirken, steril teknik kullanılmalıdır.	1b	C
41	Uygun insizyon bakımı ile ilgili hasta ve yakınları eğitilmeli, cerrahi alan enfeksiyonu belirtileri rapor edilmelidir.	1b	C
42	Kan şekeri seviyesi gerekli aralıklarla kontrol edilmelidir.	1b	A
43	Ağrı stratejisi hakkında hastaya ameliyat öncesinde eğitim verilmelidir.	4	C
44	İstirahat ve aktivite sırasında analjezik etkilerini değerlendirmek için görsel skala kullanılmalıdır.	4	C
45	Hasta ameliyat sonrası ilk günden itibaren harekete teşvik edilmelidir.	4	C
46	Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi için hastanın yeteneği değerlendirilmelidir.	4	C
47	Hastanın uyku örüntüsü değerlendirilmelidir.	4	C
48	Yorgunluğa ilişkin hastanın duygusal yanıtı değerlendirilmelidir.	4	C
49	Kateterdeki gerginliğin etkili drenaj açısından uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.	4	C
50	Aile ve bakıcıların bakımdaki rolü kabul edilmelidir.	4	C
51	Kateterizasyon teknikleri ile ilgili eğitime ameliyat öncesinde başlanmalıdır.	4	C
52	Kalıcı üriner diversiyon yapılan hastalar ömür boyu takip edilmelidir.	4	C
53	Hastalara, süreç içinde sorunları veya endişeleri ile ilgili hemşire ile temasa geçmeleri konusunda olanak sağlanmalıdır.	4	C
54	Kalıcı üriner diversiyon olan hastalar bilgi, beceri ve araçlar konusunda donanımlı olmalıdır.	4	C
55	Hastanın öğrenmesini kolaylaştıracak bir öğretim planı hazırlanmalıdır.	3	C
56	Taburcu olurken hemşire öz-bakım ile ilgili öğeleri hasta ve bakıcıları ile konuşmalıdır.	4	C
57	Hastalar günlük deneyimlerini paylaşmak için teşvik edilmelidir.	4	C
58	Hastalar kullanılacak malzemelerin geri ödemesi ile ilgili bilgilendirilmelidir	4	C

59	Hemşire, uygun planlandığında seyahatin problem olmayacağını açıklamalıdır.	4	C
60	Hemşire, seyahat belgesi ile gerekli malzemeleri hastalara sunmalıdır.	4	C
61	Hastalara, idrar yolu enfeksiyonunun belirtileri konusunda taburcu olmadan önce eğitim verilmelidir.	4	C
62	Günlük 2.5 -3 litre sıvı alımı sağlanmalıdır.	3	B
63	Hastalar idrardaki değişiklikler konusunda eğitilmelidir.	4	C
64	Rekonstrüktif mesanesi olan kadınlarda, gebeliği belirlemek için kan testi yapılmalıdır.	3	B

**Tablo 3.** Sağlık Bakımında Güvenilir Uygulamalar /Kontinan Üriner Diversiyon Rehberi'nde Sunulan Ürün Önerileri

Madde	Öneriler	KS	ÖS
1	Kalıcı üriner diversiyon yapılan hastalar için farklı kateter alternatifleri bulundurulmalıdır.	4	C
2	Hemşire uygun kateter kullanımı için hastayı yönlendirmelidir.	4	C
3	Kapağın farklı hastalar için farklı seçenekleri mevcut olmalıdır.	4	C
4	Hemşire uygun kapak ya da torbanın kullanımı için hastayı yönlendirmelidir.	4	C
5	Hastalar ihtiyacı olabilecek pedler konusunda bireysel danışmanlık almalıdır.	4	C

**Tablo 4.** Sağlık Bakımında Güvenilir Uygulamalar /Kontinan Üriner Diversiyon Rehberi'nde Sunulan Komplikasyon Yönetimi Önerileri

Madde	Öneriler	KS	ÖS
1	Cilt tahrişi olan hastaların hemşireye danışması için olanak sağlanmalıdır.	4	C
2	Uygun tedaviyi verebilmek için etiyojiji iyi değerlendirilmelidir.	4	C
3	Hastalarda inkontinans var ise; üroloğa danışılmalıdır.	4	C
4	Mesane yıkama işlemi; kateter tıkanmasını riskini azaltmak için; İYE ve taş oluşumu yüksek riskli hastalarda uygulanmalıdır.	4	C

5	İYE riskini azaltmak için hastaya, kızılçık ürünleri tavsiye edilmelidir.	3	B
6	Tüm hastalar B12 eksikliği için düzenli olarak izlenmelidir.	2b	B
7	Hastalar hastaneye başvurdıklarında non-spesifik hastalık oluşumundan haberdar edilmelidirler.	2b	C
8	Hastalara günlük 2-3 litre su tüketmeleri tavsiye edilmelidir.	4	C
9	Hastalara düzenli kateterizasyon konusunda eğitim verilmelidir.	2b	B
10	Hasta ısrarla ağrı şikayetinde bulunuyorsa, böbreklerinin değerlendirilmesi için üroloji uzmanına sevk edilmelidir.	4	C
11	Kanalının açıklığının ve yüzey seviyesinde korunabilirliğinin sürdürülmesi, ACE tıpasının kullanımı ile ilişkilidir.	4	C
12	Ameliyat sonrası erektil disfonksiyonu olan erkek hasta, tedavi uygunluğu açısından değerlendirilmelidir.	4	C
13	Radikal pelvik cerrahi geçiren erkek ya da kadın hastalar için; aktif cinsel yaşamın sonu demek doğru değildir. Cinsel aktivitenin onarılabileceği, ancak ileri tedavi adaptasyon ve uzman müdahalesi gerektirdiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.	4	C
14	Hastalar, cinsel fonksiyonlarındaki potansiyel değişiklikler hakkında operasyon öncesinde bilgilendirilmelidir.	4	C
15	Ameliyat sonrası danışmanlık, bireysel tedavi seçeneklerinin hastalar için uygunluğunda içermelidir.	4	C

Kontinan üriner diversiyon hastalarında; hemşirelik uygulamaları, ürün seçimi ve komplikasyon yönetimi ile ilgili kanıt temelli yaklaşımların daha çok uzman komite raporları veya görüşleri ile saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilen kanıtlar düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle üriner diversiyonlu hastalarda; hemşirelik uygulamaları, ürün seçimi ve komplikasyon yönetiminin daha iyi kanıt düzeylerine temellendirilmesi için bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına gerek duyulmaktadır.

Hemşirelerin tüm uygulamalarında; kanıta dayalı uygulamaları takip etmeleri, bunları bakımlarında kullanmaları ve kanıta dayalı uygulamalara katkı sağlayacak çalışmalar yapmaları önemlidir. Bu sayede bakım kalitesi yükselecek ve mesleki anlamda sorumluluklara en iyi şekilde katkı sağlanmış olacaktır.

#### KAYNAKLAR

- Akgül M, Tarcan T. Çocukta kontinanüriner diversiyonlar. Çocuk Ürolojisi Ameliyatları Kitabı 2012; 5:107-10.
- Akkaya C.U. Radikal Sistektomi ve Üriner Diversiyon Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı.Üroonkoloji Bülteni 2013; 12(1): 43-5.

- Altınel M, Akıncı S. Ürolojik Laparoskopik Cerrahide Postoperatif Bakım. Türk Üroloji Seminerleri 2010; 1: 147-52.
- Arık A, Uygur C. Yeni Mesane Yapılan Hastalarda Yeni Mesanenin Yarattığı Sorunlar Ve Bunlara Yaklaşım. Üroonkoloji Bülteni 2010; 1:49-56.
- Avrupa Üroloji Hemşireliği Birliği-EAUN. Sağlık Bakımında Güvenilir Uygulamalar. Kalıcı Üriner Diversiyon. 2010; 1-72.
- Ekren F, Cüreklibatır İ. Üriner Diversiyonlu Hastalarda Taş Hastalığı. Üroonkoloji Bülteni 2008;2: 18-23.
- Gümüş E, Boylu U. Üriner Diversiyonların Komplikasyonları Ve Tedavisi. Üroonkoloji Bülteni 2005; 4:11-5.
- Kaplan M. Üriner Diversiyon Ve Sistoplasti Sonrası Gelişen Sekonder Malignansiler. Üroonkoloji Bülteni 2009;2:38-48.
- Kara M, Babadağ K. Kanıta dayalı hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(3):96-104.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(2):61-9.
- Latini J.M. Urinary Diversion. Urology Board Review Manual. Urology 2003; 11(1):2-11.
- Özkaya F, Adanur Ş, Zıypak T ve ark. Kontinan Diversiyonun Nadir Komplikasyonu: Neobladder Taşı ve Endoskopik Tedavisi. Dicle Tıp Dergisi 2013; 40 (3): 504-6.
- Özsoy S.A, Ardahan M. Hemşirelerin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22 (2) : 89-101.
- Şengün F, Altıok H.Ö, Üstün P. Kanıta Dayalı Bir Uygulama: Psikoeğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011; 27 (3) : 66-74.
- Şanlı Ö, Esen T, Çeltik M ve ark. Radikal sistektomi sonrası erken üriner kaçığa yaklaşım. Türk Üroloji Dergisi 2005; 31 (1): 31-5.
- Şenol Çelik S.Ş. Yaşlı Bireylerin Ürostomi Öncesi ve Sonrası Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 59-68.
- Üçer O, Müezzinoğlu T. Üriner Diversiyonlarda Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Bülteni 2009; 2: 49-52.
- Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıta Dayalı Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):41-8.

## AMELİYATHANE YANGINLARININ ÖNLENMESİ VE YÖNETİMİ UYGULAMA ÖNERİLERİ

*PRACTICE ADVISORY FOR THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF OPERATING  
ROOM FIRES*

Öğr.Gör. Yasemin USLU\*

Prof.Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN\*\*

\*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

---

### ÖZET

Ameliyathane yangınları nadir görülmekle birlikte herhangi bir cerrahi işlem sırasında oluşarak ciddi komplikasyonlar yaratabilir. Ameliyathane yangınları büyük ya da küçük yanıklar, inhalasyon yaralanmaları, enfeksiyon, beden imajında bozulma ve ölüm gibi olumsuz sonuçları içerebilir. "Ameliyathane Yangınlarının Önlenmesi ve Yönetimi Uygulama Önerileri" rehberi, Amerikan Anestezistler Birliği tarafından 2008 yılında yayınlanmıştır. Ameliyathane yangınlarının önlenmesi ve yönetimine ilişkin öneriler: eğitim, ameliyathane yangın tatbikatı, hazırlık, ameliyathane yangınlarının önlenmesi ve ameliyathane yangınlarının yönetimi başlıkları altında ele alınarak uygulama önerileri getirilmiştir. Bu makalede rehber doğrultusunda önerilerin paylaşılması amaçlanmıştır. Ameliyathanede çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanmasında, yangın riskine karşı gerekli önlemlerinin alınması ve etkin tahliye planlarının oluşturulması ameliyathane yangınlarının önlenmesinde hayatidir.

**Anahtar kelimeler:** ameliyathane yangınları, cerrahi yangın, hasta güvenliği.

### ABSTRACT

*Operating room fires are rare, however it may cause serious complications during surgical procedures. Some of the negative results that may have occurred in operating room fires are, large or little burns, inhalation injuries, infections, deterioration in shape and death. The guide of "Practice Advisory For The Prevention and Management of Fires in Operating Rooms" was published by 'The American Society of Anesthesiologists' in 2008. The recommendations on prevention of operating rooms from fire and their management, such as, education, fire drill in operating rooms, preparation, prevention of operating room fires and management of fires in operating rooms, are discussed and the recommendations for the implementation are shared. Aim of this article shared accordance with the guide. It is vital in prevention of fires in operating rooms that to make the required provision against fire risks and to ensure the effective releasing plans.*

**Key words:** Fires in operating rooms, surgical fire, patient safety.