|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **გადახედვა:** ყოველწლიურად  **ნომერი:** ZIC-NURSE-SOP- N 00-027  **დასახელება :** შარდის ბუსტის კატეტერიზაცია ქალებში  **დამტკიცებულია:** 10/11/ 2020წ.  **გადაიხედა:** 10/04/2024წ.  **ავტორი:** ლ.ჯანაშვილი | **„დამტკიცებულია“**  **ზუგდიდის ინფექციური საავადმყოფოს**  **კლინიკის გენერალური დირექტორის მიერ ბრძანებით N** |

**შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია მდედრობითი სქესის პაციენტებში**

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა

**1. მიზანი**

* შარდის მწვავე შეკავების დროს მდგომარეობის სტაბილიზაცია;
* შარდის გამოყოფის მონიტორინგი;
* სადიაგნოსტიკოდ შარდის შეგროვება;
* ქვედა შარდგამომყოფი გზების უროლოგიური შეფასება;
* პერიოპერაციული მართვის აუცილებლობა.

**2. უკუჩვენება**

* მენჯის ტრამვა და შორისზე სისხლის არსებობა;
* ურეთრის დაზიანება;
* პერინეალური ჰემატომა;
* ინტრააბდომინური პათოლოგიები;
* შარდის ბუშტის სიმსივნე.

**3. გართულება**

* შარდის ბუშტის კათეტერიზაციასთან ასოცირებული შარდგამომყოფი გზების ინფექცია;
* ურეთრიდან სისხლდენა.

**4. განსაზღვრება**

კათეტერიზაციის ტექნიკა :

* არაფიქსირებადი კათეტერი - მხოლოდ ერთჯერადად შარდის ბუშტის დაცლა და დეკომპრესია;
* ფიქსირებადი კათეტერი - ხანგრძლივი გამოყენების აუცილებლობის შემთხვევაში.

შარდის ბუშტის კათეტერის ზომა ისაზღვრება ფრენჩებში , 1ფრ = 1/3 მმ , შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია სტერილური პროცედურაა.

**5. სამიზნე ჯგუფი**

* პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ყველა პროფილის პაციენტს, რომელსაც ესაჭიროება შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია.

**6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი**

* პროტოკოლი განკუთვნილია კლინიკის პრაქტიკოსი ექთნებისთვის.

**7. ზოგადი რეკომენდაციები**

* საპროცედურო არის მომზადების შესახებ უნივერსალური პროტოკოლის გამოყენება გეგმიური პროცედურის დროს, (კანის ანტისეპტიური ხსნარით დამუშავება და შემოფარგვლის გამოყენება);
* კათეტერის ტიპის და ზომის განსაზღვრა;
* ურეთრის სტენოზის შემთხვევაში გამოიყენეთ პატარა ზომის კათეტერი,
* გამოიყენეთ სტერილური ლუბრიკანტი;
* პროცედურის დროს გამოიყენეთ სტერილური აღჭურვილობა და დაიცავით ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესები
* გამოიყენეთ სტერილური ხელთათმანი,შემოფარგვლა, ანტისეპტიური ან სტერილური ხსნარი პერინეალური დამუშავებისთვის, ერთჯერადი გამოყენებისათვის სტერილური ლუბრიკანტი
* არ შეეხოთ არასტერილურ ზედაპირებს;
* დარწმუნდით, რომ კათეტერი არის ლუბრიკანტით კარგად გაპოხილი, კათეტერის მარტივად ადმინისტრირების უზრუნველყოფისთვის, რომ არ მოახდინოთ ურეთრის დაზიანება (დაზიანებული ლორწოვანი ინფექციის შეჭრის კიდევ ერთი კარია);
* კათეტერიზაციისათვის უმჯობესია გამოიყენოთ დახურული სადრენაჟო სისტემა;
* თუ მოხდა კათეტერის კონტამინაცია არ შეიყვანოთ ის განმეორებით , გამოცვალე კათეტერი და მოამზადეთ სხვა აღჭურვილობა.

**8. საჭირო აღჭურვილობა**

* ქუდი, ნიღაბი, დამცავი სათვალე ან ფარი;
* სტერილური ხელთათმანი, არასტერილური ხელთათმანი;
* სტერილური ხალათი;
* შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ნაკრები, რომელშიც შედის:
* სტერილური შემოფარგვლა 2ც,
* სტერილური კონტეინერი -1ც (შარდმიმიმღები),
* კანის ანტისეპტიური (რომელიც არ შეიცავს ალკოჰოლს) საშუალება ერთჯერადად წმენდისათვის, სტერილური საფენები;
* პინცეტი 1ც;

ან ცალკ-ცალკე თითოეული ზემოთ ჩამოთვლილი აღჭურვილობიდან:

* სტერილური ჭიქა 100მლ-ანი -2ც;
* ნატრიუმის ქლორიდი 0,9% ან სტერილური წყალი;
* შპრიცი - 20მლ-იანი;
* სტერილური ლუბრიკანტი ლიდოკაინით (კატეჯელი);
* შესაბამისი ზომის შარდის ბუშტის კათეტერი:
* ბავშვი - 10Fr – 12Fr, ახალშობილი 6Fr-8Fr;
* მწებავი პლასტირი;
* თბილი, საპნიანი წყალი;
* პირსახოცი;
* პამპერსის ქაღალდი.

**9. პროცედურის თანმიმდევრობა:**

* გადაამოწმეთ პაციენტის ვინაობა (გვარი, სახელი, დაბადების თაროღი, ისტორიის #);
* მიიღეთ დასტური ექიმისგან პროცედურის ჩატარების აუცილებლობაზე;
* შეაფასეთ პაციენტი, განსაზღვრეთ შესაძლო უკუჩვენებები;
* პაციენიტს თავმდგმურს აუხსენით პროცედურა და მისი საჭიროება;
* მიიღეთ ინფორმირებული თანხმობა;
* დაიცავით პაციენტის პრივატულობა;
* მოამზადეთ აღჭურვილობა და მოათავსეთ საპროცედურო მაგიდაზე;
* დაიფარეთ ქუდი, გაიკეთეთ ნიღაბი;
* ჩაიტარეთ ხელის ჰიგიენა;
* გეგმიურად პროცედურის ჩატარების შემთხვევაში აწარმოეთ პერინეუმის დაბანა და დამუშავება;
* პაციენტის პერინეუმის დამუშავების შემდეგ მოიხსენით არასტერილური ხელთათმანი, გაიხადეთ დამცავი ხალათი;
* განმეორებით ჩაიტარეთ ხელის ჰიგიენა;
* გახსენით პირველი პირები:
* შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ნაკრები;
* სტერილური ხალათი და ხელთათმანი;
* სტერილური ჭიქა -2ც;
* შარდის ბუშტის კათეტერი,
* სტერილური შემოფარგვლა, საფენები, პინცეტი და შარდმიმღები (ცალკ-ცალკე აღჭურვილობის მომზადების შემთხვევაში);
* ჭიქაში ჩაასხით ნატრიუმის ქლორიდის 0,9%-იანი ხსნარი ან სტერილური წყალი და მეორე ჭიქაში ანტისეპტიური ხსნარი;
* მოამზადეთ პაციენტი: პოზიცია საწოლში - ზურგზე წოლის ქვედა კიდურები მოხრილია მენჯ-ბარძაყის სახსარში და განზიდულია;
* უზრუნველყავით ადექვატური განათება;
* დაიმუშავეთ ხელი და ჩაიცვით სტერილური ხალათი;
* ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი;
* დააფინეთ მთლიანი შემოფარგვლა ფეხებს შორის;
* ის, რისი პირველი პირებიც გახსნილია მოათავსეთ მთლიან შემოფარგვლაზე:
* ფოლეის კათეტერი,
* სტერილური ლუბრიკანტი,
* შრდმიმღები,
* შპრიცი 20მლ სტერერილური წყლისთვის;
* გაამზადეთ წმენდისთვის ბეტადინიანი საფენები სტერილური პინცეტით;
* გაწმინდეთ პერინეუმი (სამჯერ ზემოდან ქვემოთ სხვადასხვა ბურთულით);
* გამოყენებული ბურთულები და იარაღი მოათავსეთ წინასწარ გამზადებულ სპეციალურ კონტეინერში (არ დაარღვიოთ სტერილობა);
* დააფინეთ განივკვეთიანი შემოფარგვლა ბოქვენზე;

**გახსოვდეთ გაცვიათ სტერილური ხელთათმანი არ ეხებით არასტერილურ ზედაპირებს !!!**

* შეაერთეთ შარდმიმღები და ფოლეის კათეტერი;
* შეავსეთ შპრიცი სტერილური წყლით;
* მოარგეთ შევსებული შპრიცი ფოლეის კათეტერს;
* წაუსვით სტერილური ლუბრიკანტი კათეტერს;
* თქვენი არადომინატური ხელით გადასწიეთ სასირცხვო ბაგეები, ისე რომ კარგად გამოჩნდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი;
* თქვენი დომინანტური ხელის (სტერილური ხელის) სწრაფი მოძრაობით დაიწყეთ კათეტერის დმინისტრირება (შეყვანა) შარდსადენში;
* თუ გაძნელებულია კათეტერის შეყვანა, სთხოვეთ პაციენტს ღრმად და ნელა ჩაისუნთქოს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სპინქტერის მოდუნება. არ მოახდინოთ კათეტერის ძალით ადმინისტრირება, როდესაც კათეტერის ნახევარი შევა ქვედა საშარდე გზებში მიიღებთ შარდს;
* შეიყვანეთ კათეტერი ბოლომდე და გაბერეთ მუფთა (ბალონი) სტერილური წყლით ან 0,9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდით (რაოდენობა მითითებულია კათეტერზე);
* თუ მუფთის (ბალონის) გაბერვა გაძნელებულია ან პაციენტმა იგრძნო ტკივილი გაბერვისას, ჩაფუშეთ და მოახდინეთ კათეტერის უფრო ღრმად ადმინისტრირება. გაბერეთ კათეტერის მუფთა (ბალონი) ხელმეორედ;
* ნაზი მოძრაობით გამოსწიეთ კათეტერი უკან, სანამ არ იგრძნობთ წინააღმდეგობას;
* მოაცილეთ შემოფარგვლა და დაამაგრეთ კათეტერი ქვედა კიდურზე ლეიკოპლასტირით ისე , რომ კათეტერი არ ეხებოდეს კანის ზედაპირს;
* მოაშორეთ დარჩენილი ანტისეპტიური ხსნარი და ლუბრიკანტი პაციენტს;
* მიალაგეთ საპროცედურო არე, სამედიცინო ნარჩენები მოათავსეთ შესაბამის
* კონტეინერში;
* მოიხსენით ხელთათმანი, გაიხადეთ ხალათი, მოიხსენით ნიღაბი და ქუდი;
* ჩაიტარეთ ხელის ჰიგიენა;
* დააფიქსირეთ მონაცემები შესაბამის ფორმაში.

**წყარო:**

* Fundamental of Nursing Procedure Manual5tht edition
* **Center for Disease Control and Prevention**
* Web site. http://www. cdc.gov/ncidod/dhqp/gl\_catheter\_assoc.html. (Accessed in May 2008.)
* **Procedures in Critical Care** - C.William Hanson, 3 MD.
* **Managing Urinary Catheters and CAUTIs**
* Sharon Eustice, Nurse Consultant, Peninsula Community Health
* A Webber Training Teleclass
* Hosted by Maria Bennallick [maria@webbertraining.com](mailto:maria@webbertraining.com)
* www.webbertraining.com - April 24, 2012
* Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
* [www.webbertraining.com](http://www.webbertraining.com)Best Practices for Eliminating Catheter-Associated UTI: May 10, 2012