

ISSN : 2147 7728

Ocak - Haziran, 2015 Sayı 1

January - June, 2015 Number 1

Nefroloji

Hemşireliği

Dergisi



Journal of
Nephrology
Nursing

**Türk Nefroloji, Diyaliz ve
Transplantasyon Hemşireleri
Derneği Yayın Organıdır**
Journal of Turkish Society
Nephrology Dialysis and
Transplantation Nursing

Kurucu Üyeler

Founding Members

Ekrem EREK

Birsen YÜRÜGEN (Başkan)

Deniz ŞELİMEN

Birsen TAŞ

Sezgi ÇINAR

Esmâ UYGUR

Gülfiye ALTINBAŞ

Nilgün KOŞAR

Yönetim Kurulu

Executive Committee

Başkan

President

Ayten KARAKOÇ

Sekreter

Secretary

Tülay AKSOY

Sayman

Treasurer

Sevginar ŞENTÜRK

Üyeler

Members

Sevel DOĞAN

Fatma GEDİKLİ

Rahime KORKMAZ

Gülseren PEHLİVAN



**Yayın Sahibi ve Yardımcı Editör
(Journal Owner and Associate Editor)**

Uzm.Hem.Ayten KARAKOÇ

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Adına, Yönetim Kurulu Başkanı



Editör (Editor)

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



Yardımcı Editör ((Associate Editor)

Doç. Dr. Belgüzar KARA

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Hemşirelik Yüksek Okulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı



Yayın Sekreteri (Journal Secretary)

Tülay AKSOY

TNDTHD Sekreteri
İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD
Diyaliz Ünitesi



Yayın Sekreteri (Journal Secretary)

Sevginar ŞENTÜRK

TNDTHD Saymanı
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi
Diyaliz Ünitesi

Nefroloji Hemşireliği Dergisi

Journal of Nephrology Nursing

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin Hakemli Yayın Organıdır

Journal of Turkish Society

Nephrology Dialysis and

Transplantation Nursing

Yayın Türü - Journal Type

Ulusal Süreli Yayın / National

Periodical

Online Yayın/Yılda iki kez

Online journal/Twice a year

Dergi Tasarım/Journal Design

Yavuz YILAN

Mail Adresi Telefon

Dergi Ofisi/Journal Office

Harzeshah sok. Eskitürk apt.No:25/7

34381 Şişli/İstanbul

Tel:02122919018

Web : www.ndthd.org

e-mail: tndthd@gmail.com

e-mail: aytenkrkc@gmail.com

e-mail: tulay.aksoy@mynet.com

e-mail: sevginarsenturk@mynet.com

ISSN Dergimizde yayınlanan yazı,

fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu

yazar yazarlara aittir, kaynak gösteri-

lerek kullanılabilir.

Dergimiz basın yayın ilkelerine uymaktadır.

The responsibility of the broadcasted articles , photographs and paintings

belong to the author authors in our

magazine. They can be used by

showing the resources. Our magazine

is appropriate for the media principles

**NEFROLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ
MAKALE YAZIM KURALLARI**

BİLGİLER

1. Dergide, nefroloji, diyaliz, transplantasyon hemşireliği ve hemşirelik gündemini belirleyen güncel konularla ilgili klinik ve deneysel araştırmalar, vaka sunumları, literatür derlemeleri, editoryal yorum/tartışmalar yayınlanır.
2. Dergi, Ocak- Haziran;Temmuz-Aralık olmak üzere yılda 2 kez yayınlanır.
3. Derginin yayın dili Türkçe'dir.
4. Yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin (kongre, bilimsel toplantılar hariç) daha önceden yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulan ve özeti yayımlanmış çalışmalar, makale başlık sayfasında belirtilmesi koşulu ile kabul edilir.
5. Dergiye gönderilen makaleler biçimsel esaslara uygun ise, editör/editör yardımcıları ve en az 2 danışmanın incelemesinden sonra gerek görüldüğünde istenen değişiklikler yazar/yazarlarca yapıldıktan sonra yayımlanır.
6. Makale bilimsel değerlendirme için işleme alındıktan sonra **yayın hakları devir formu**'nda belirtilen yazar isimleri ve sırası esas alınır. Bu aşamadan sonra;
 - * Makaleye hiçbir aşamada yayın hakları devir formunda imzası bulunan yazarlar dışında yazar ismi eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.
 - * Makale yazarlarından herhangi birinin isminin makaleden çıkartılması için, konuyla ilgili tüm yazarların, açıklama, yazılı izinleri alınmalı ve yayınevine bildirilmelidir.

ETİK VE BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen isim aşağıdaki özelliklerin tamamına sahip olmalıdır:

- * Makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı,
- * Makaleyi yazmalı veya revize etmeli,
- * Son halini kabul etmelidir.
- * Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarında Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk(<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş olur” (*informed consent*) aldıklarını belirtmek zorundadır. Vaka sunumlarında da hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş olur” (*informed consent*) alınmalıdır.

Hastalardan izin alınmadan mahremiyet bozulmaz. Hastaların ismi, isimlerin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soyağacı bilgileri vb. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba,yada vasisi) yazılı “Bilgilendirilmiş olur” (*informed consent*) vermedikçe basılamazlar. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma... ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalede “**Etik Kurul Onayı**” alınması gerekli ise; alınan belge e-mail olarak, **yukarıda verilen adreslere , makale ile birlikte gönderilmelidir.**

Editör, yazar(lar) ve danışmanlarla ilişkiler:

Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseyle paylaşmaz. Editör danışmanlara gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Dergi

danışma kurulu üyeleri topluma açık bir şekilde makaleleri tartışamazlar. Danışmanlar gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makaleleri online olarak editöre gönderirler. Yazar ve editör izni olmadan danışmanların gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz. Danışmanların kimliğinin gizli kalmasına özen gösterilir. Bazı durumlarda Editörün kararı ile danışmanların makaleye ait yorumları aynı makaleyi yorumlayan diğer danışmanlara gönderilerek danışmanların bu süreçte aydınlatılması sağlanabilir.

YAYIN HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiyi yayımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez.

Yazarlar, **www.ndthd.org** internet adresinden ulaşacakları “Yayın Hakları Devir Formu”nu doldurup, yukarıda belirtilen adreslere makale ile birlikte göndermelidir.

YAZIM KURALLARI

Makaleler A4 sayfasının bir yüzüne 12 punto Microsoft Word Programında, Times New Roman yazı karakterinde, 1.5 satır aralığında ve sayfanın tüm kenarlarında 2.5 cm boşluk olacak şekilde yazılmalıdır.

Kullanılan kısaltmalar yazı içerisinde ilk geçtiği yerde, parantez içinde açık olarak yazılmalıdır. Özel kısaltma yapılmamalıdır. Yazı içerisinde 1-10 arası sayısal veriler yazı ile (bir,iki gibi), 10 ve üstü rakamla (12, 25 gibi) belirtilmeli, cümle başındaki rakamlarda yazı ile yazılmalıdır. Paragraf başında kısaltma ve rakam kullanılmamalıdır.

Yazı Çeşitleri;

Orijinal Araştırma: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir.

Yapısı:

- * Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce)
- * Giriş
- * Gereç ve Yöntemler
- * Bulgular
- * Tartışma
- * Sonuç
- * Teşekkür
- * Kaynaklar

Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Dergi yayın alanlarında belirtilen her türlü konu için son literatürü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedeni.

Yapısı:

- * Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- * Konu ile ilgili başlıklar
- * Kaynaklar

Vaka Sunumu: Nadir görülen, tanı, tedavi ve bakımında farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

Yapısı:

- * Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce)
- * Giriş
- * Olgu Sunumu
- * Tartışma
- * Kaynaklar

Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

EDİTÖRE SUNUM SAYFASI: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.

KAPAK SAYFASI: Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce tebliğ olarak sunulmuş ise tebliğ yeri ve tarihi belirtilmelidir.

ÖZETLER: YAZI ÇEŞİTLERİ bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER:

- * En az üç en fazla 6 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır.
- * Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.
- * İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).
- * Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (**Bkz: www.bilimterimleri.com**).

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER:

- * Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler, ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir.
- * Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer dosya olarak sisteme eklenmelidir.
- * İçerisinde renkli şekil, resim, tablo ve grafik bulunan yayına kabul edilmiş makalelerden, basım aşamasında renkli baskı ücreti istenebilir.
- * Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. belirtilmelidir.

* Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

* Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

TEŞEKKÜR: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

KAYNAKLAR: Makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda parentez içinde numaralandırılarak belirtilmelidir. Birbirini takip eden kaynaklar ilk ve son kaynak arasına tire (-) işareti konularak verilmelidir (2-6 gibi).

Kaynaklar bölümünde; makalede bulunan yazar sayısı 5 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 6 ve daha fazla ise ilk 5 isim yazılıp “et al.” ya da “ve ark.” şeklinde yazılmalıdır.

KAYNAKLARIN YAZIMI İÇİN ÖRNEKLER
(Lütfen noktalama işaretlerine dikkat ediniz):

Makale için; Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no’su belirtilmelidir.

Örnek:

Karadakovan A. Kronik böbrek yetmezliği olan hastada hemşirelik yönetimi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2004; 1(1): 61-66.

Kitap için; Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnek:

Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için;

Pfeifer KA. Pathophysiology. In: Otto SE, ed. Oncology Nursing. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2001. p. 3-20.

Türkçe kitaplar için;

Akoğlu E, Akpolat T. Böbrek Hastalıklarında Belirti ve Bulgular. Akpolat T, Utaş C, eds. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş; 2001. s. 5-11.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için; Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnek:

Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için;

Bashir K, Whitaker JN. Epidemiology of Multiple Sclerosis. Handbook of Multiple Sclerosis. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 28-42.

Türkçe kitaplar için;

Coşkun A. Genetik Danışmanlık. Coşkun A, ed. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.1. Baskı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.; 1996. s.23-30.

Kongre kitabında yayımlanan bildiriler için:

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bildiri başlığı, kongre ismi, yıl, şehir ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnek:

Albayrak CA, Çınar S. Ölçek geliştirme çalışması: hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü. 23. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2013, Antalya, 74.

İLETİŞİM ADRESİ

Tel : 0212 291 90 18

E-posta :

e-mail: tndthd@gmail.com

e-mail: tulay.aksoy@mynet.com

e-mail: sevginarsenturk@mynet.com

Editörden

Değerli meslektaşlarım,

Nefroloji Hemşireliği Dergisi, nefroloji, diyaliz ve tranplantasyon hemşireliği alanında yapılan araştırma ve derleme makalelerin yayımlandığı süreli bir yayındır. Dergimiz 2005 yılından bu yana yayımlanmakta olup nefroloji hemşireliği alanındaki bilimsel verilerin meslektaşlarımıza ulaşmasını sağlamaktadır.

Yaptığınız araştırmalar, nefroloji hemşireliği alanındaki kanıta dayalı uygulamalara katkı sağlayacaktır. Bu araştırmaların dergimizde yayımlanması ve meslektaşlarımızla paylaşılması, klinik alandaki uygulamalara yön verecek ve aynı zamanda yeni araştırmalara da rehberlik edecektir. Bu nedenle, yaptığınız araştırmaları dergimizde yayımlayarak meslektaşlarımızla paylaşmanız önemlidir.

Tüm yazarlara, bu derginin hazırlanmasında emeği geçen danışma ve yayın kurulu üyelerine ve yayınevi çalışanlarına çok teşekkür ederim. Gelecek sayıda yeni çalışmalarınızı görmeyi umut eder, en içten sevgilerimi sunarım.

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Editör-Editor

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ (Manisa)

Yardımcı Editör-Associate Editor

Doç. Dr. Belgüzar KARA (Ankara)
Uzm. Hem. Ayten KARAKOÇ (İstanbul)

Yayın Kurulu-Editorial Board

Uz. Hem. Ayfer Ayaz (İstanbul)	Selma Çiçek (İzmir)
Uz. Hem. Zehra Aydın (İstanbul)	Rukiye Dolgun Kasap (İstanbul)
Uz. Hem. Rahime Korkmaz (Bursa)	Gülbahar Kirikçi (İstanbul)
Uz. Hem. Şenay Özer Özkan (İstanbul)	Rabia Papila (İstanbul)
Uz. Hem. Dürdane Yalçın (İstanbul)	Emine Ünal (Antalya)
Müşerref Albaz (İstanbul)	Ferda Ülker (Antalya)

Danışma Kurulu-Advisory Board

Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY (İzmir)	Doç. Dr. Dede ŞİT (İstanbul)
Prof. Dr. Nesrin AŞTI (İstanbul)	Doç. Dr. Nazan TUNA ORAN (İzmir)
Prof. Dr. Zuhâl BAHAR (İstanbul)	Doç. Dr. Serap ÜNSAR (Edirne)
Prof. Dr. Didar Zümrüt BAŞBAKKAL (İzmir)	Doç. Dr. Önder YAVAŞCAN (İzmir)
Prof. Dr. Zerrin BİCİK (Düzce)	Doç. Dr. Emel YILMAZ (Manisa)
Prof. Dr. Soner DUMAN (İzmir)	Doç. Dr. Mualla YILMAZ (Mersin)
Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL (İzmir)	Doç. Dr. Mürvet YILMAZ (İstanbul)
Prof. Dr. Ekrem EREK (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Satı BOZKURT (İzmir)
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ (İstanbul)
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (İzmir)	Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ (Manisa)
Prof. Dr. Sevgi HATİPOĞLU (Ankara)	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN (Manisa)
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (İzmir)	Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR (İstanbul)
Prof. Dr. Nermin OLGUN (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Nurgül G. TAVŞANLI (Manisa)
Prof. Dr. Rukiye PINAR (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KESKİN (İstanbul)
Prof. Dr. Necmiye SABUNCU (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Besey ÖREN (İstanbul)
Prof. Dr. Mehmet Şükrü SEVER (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Derya ÖZCANLI ATİK (K. Maraş)
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER (Mersin)	Yrd. Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ (Amasya)
Doç. Dr. Aysel BADIR (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Sevgi TÜRKMEN (Manisa)
Doç. Dr. Gülbeyaz CAN (İstanbul)	Uz. Dr. Caner ALPARSLAN (İzmir)
Doç. Dr. Aysel GÜRKAN (İstanbul)	Uz. Dr. Mesut KÖSEM (İstanbul)
Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU (Manisa)	Dr. Nilüfer ALÇALAR (İstanbul)
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN (Manisa)	Dr. Zeynep ERDOĞAN (Zonguldak)
Doç. Dr. Deniz ÖZTEKİN (İstanbul)	Dr. Adem SEZEN (İstanbul)
Doç. Dr. Leman ŞENTURAN (İstanbul)	

İçindekiler/ Contents

- **Arteriovenöz Fistül Kanülasyon İşlemi Sırasında Kullanılan Giriş Tekniklerinin Ağrı Düzeyine Olan Etkisinin Saptanması**
Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL, Hem. Ayfer MERTBİLEK, Yük Hem. Leyla KARA,
Yük. Hem. Deniz KARADENİZ
- **Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi**
Uzm. Hemş. Seher BAŞARIR, Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
- **Diyaliz Tedavisi Alan Hasta ve Ailesinin Bakımında Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımı**
Doç. Dr. Mualla YILMAZ
- **Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı Tedaviler**
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU, Doç. Dr. Özlem OVAYOLU, Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖR
MÜŞ, Yrd. Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ
- **Nefroloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar**
Doç. Dr. Nesrin NURAL
- **Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı**
Yrd. Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ
- **Yaşlı Diyaliz Hastalarında Düşmeler**
Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ, Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
- **Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı**
Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ, Arş. Gör. Nevin Bilgi

Arteriovenöz Fistül Kanülasyon İşlemi Sırasında Kullanılan Giriş Tekniklerinin Ağrı Düzeyine Olan Etkisinin Saptanması

Prof. Dr. Asiye Durmaz AKYOL , Baş Hem. Ayfer Mertbilek , Yük Hem. Leyla Kara , Yük Hem. Deniz Karadeniz

EÜ Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, İzmir , EÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi , İzmir

Özet

Amaç: Bu çalışma, arteriovenöz (AV) fistül kanülasyon işlemi sırasında fistül iğnelerinin keskin ucunun yukarı ve aşağı yönde oluşunun ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma bir üniversite hastanesinin diyaliz ünitesinde Temmuz 2011-Ağustos 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma kapsamına belirtilen tarihler arasında diyalize giren hemodiyaliz (HD) hastaları ile yürütülmüş, araştırmanın evrenini kronik HD programına devam eden 32 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip hastaların tamamı araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, kronik HD programına devam eden, otolog AV fistülü olan, AV fistülünde daha önce hematoma, stenoz gelişme öyküsü olmayan, AV fistülü iki aydan önce açılmış olan, ağrı değerlendirmesini yapmayı engelleyen psikolojik bir durumu olmayan, rahat iletişim kurulabilen hemodiyaliz hastaları ile yürütülmüştür.

Araştırmanın verileri 14 soruyu içeren sosyodemografik bilgiler, sözel kategori ölçeği (SKÖ) ve Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama değerleri ile Wilcoxon, McNemar-Bowker ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %28.1'i 55-64 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 50.44±16.23 olduğu, % 62.5'inin erkek, %68.8'inin evli,% 25.0'nın ev hanımı ve %34.4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalarda ağrının SKÖ sonuçları değerlendirildiğinde; iğne ucu yukarı (IUY) uygulamasında % 65.6'sının, iğne ucu aşağı (IUA) uygulamasında ise %65.3'ünün şiddetli ağrısı olduğu belirlenmiştir.

Summary

Purpose of Study: This experimental research planned to determine the effect on pain level when the fistula needle's sharp head move upwards and downwards.

Materials and Methods: Research has been made in the University hospital's Dialysis Unit dates in July 2011 to August 2012. Study conducted with hemodialysis patients, and the universe of project includes 32 chronic patients which continue the treatment in HD program.

There was no sampling selection in the study, all the patients created sampling part of the study. Patients who involved the research were volunteers, still continues to HD program, have autolog AV Fistula, had no story of AV Fistula hematoma or stenosis before, AV fistula opened two months ago, have psychological condition which didn't effect the evaluation of pain, and have convenient communication.

The data collected by using 14 questions of socio-demographic information, descriptive verbal scale (DVS) and Visual Analogue Scale (VAS). Evaluation of the data obtained from the study of number, percentage, average of values and significance of the difference between Wilcoxon signed-rank, McNemar-Bowker, and Student's t-test.

Results:28.1% of the patients' age group was 55-64 and the average age was 50.44 ± 16.23 years, 62.5% male, 68.8% were married, 25% were housewives and 34.4% were primary school graduates. When the results are evaluated pain in patients with DVS , the tip of the needle up in 65.6%, down to the tip of the needle in 65.3% had severe pain.

Hastalarda ağrının GKÖ sonuçları değerlendirildiğinde; en çok iğne ucu yukarı uygulamasında % 18.8'inin 40mm, iğne ucu aşağı uygulamasında ise %25.0'mın ağrısı olmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma kapsamına alınan hastaların SKÖ sonuçlarının, İUY girişimde, İUA olana göre daha düşük olduğu, GKÖ sonuçlarının iğne ucu girişimde, İUA olana göre daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Benzer çalışmaların örneklem sayısı artırılarak tekrarlanması, ağrıyı azaltmada etkisi olan buttonhole tekniği gibi farklı tekniklerle karşılaştırılmalı çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı; Kanülasyon; Nefroloji hemşiresi

When the patients VAS results were evaluated, the highest degree of needle tip-up in 18.8% of the 40mm, the tip of the needle is in the down 25% had no pain.

Conclusion and Recommendations; Based on DVS results of the patients who involved the study showed us; up attempt tip of the needle create less pain than down attempt tip of needle. On the other hand, based on VAS results of patients who involved the study showed us; up attempt tip of the needle create less pain than down attempt tip of needle; however when the results are identified, there were no significant statistical differences between them. Repetition of similar works by increasing the sample size, the effect of reducing pain compared with different techniques, such as the "buttonhole" work planning technique is recommended.

Keywords: Pain; Cannulation; Nephrology nurses.

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) birçok nedenle ortaya çıkan, böbrek fonksiyonlarının kaybı ve üremik sendrom ile sonuçlanan, geriye dönüşü olmayan kompleks tedavileri ve yüksek ekonomik giderleri dolayısıyla ülkemiz için ciddi kronik bir sağlık sorunudur (1,2). Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre; Türkiye'de kronik böbrek yetmezliği hastalarının %82.3'üne hemodiyaliz (HD) uygulanmaktadır. Düzenli HD uygulanan hasta sayısı 1998 yılında 11.330 iken, 2011 yılında bu rakam 49.404'e ulaşmıştır (3). SDBY olan hastalarda tedavi tıbbi tedavi ve diyaliz yöntemleri ile yürütülmektedir. Diyaliz hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (1). Kronik HD programına alınması planlanan hastanın yüksek volümlü kan akımının sağlanabilmesi için hastanın damar yapısına uygun olan arteriovenöz (AV) fistül, greft ya da tunnel kateter seçimi yapılır. HD girişi sağlayan bu yollardan birinin seçimi ve yeterli şekilde yapılması, HD işleminin sürekliliğini ve yeterliliğini sağlamada, son derece önemli

ve gereklidir (4-8). Kronik HD programına alınan SDBY'li bir hastada AV fistül kanülasyon işlemi vasküler girişi sağlayan altın standart yöntemlerden biridir (2,6) ve yılda ortalama 300 kez yapılmaktadır (9,10). AV fistül üzerine tekrarlayan sayılarda yapılan kanülasyon işlemleri, fistül iğnelerinin giriş açısı, çapı ve giriş teknikleri ağrı oluşumuna yol açmaktadır (5, 9,11). AV fistül üzerindeki deride fistül iğneleri ile oluşturulan delme işlemi ağrıya hassas sinir uçlarının yer aldığı dokularda ağrıya yol açmaktadır. Ayrıca fistül iğneleri işlem sırasında doku içine ilerletilmesi de ağrı hissedilmesine neden olmaktadır. Fistül iğnelerinin kanülasyon işlemi sırasında keskin ucunun yukarı olması ağrı oluşumunu artırırken, keskin ucun aşağı yönde girişi ise azaltmaktadır (9). Bu görüş AV greftli ve fistüllü hastalarda ayrı zamanlarda yapılan deneysel iki çalışmada kanıtlanmıştır (9).

Hemodiyaliz işleminin yeterli olarak yapılmasında AV girişim yollarının sağlıklı olması hayati önem taşımaktadır.

Bu nedenle nefroloji/ HD hemşiresinin AV fistül ve greftlerin ömürlerinin uzun olması tekrarlı işlemlerde belirlenen rehberler doğrultusunda bakım ve izlemine yapmanın yanında işlem sırasında hastanın konforunu sağlayan ve bakım ile izlemin kalitesini olumlu yönde etkileyen sonuçları kanıtlanmış hemşirelik girişimlerini bakıma yansıtma sorumluluğu da bulunmaktadır (8,13-15).

Bu çalışma, AV fistül kanülasyon işlemi sırasında fistül iğnelerinin keskin ucunun yukarı ve aşağı yönde oluşunun ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma Materyal ve Yöntemi

Araştırma bir Üniversite Hastanesi'nin Diyaliz Ünitesi'nde Temmuz 2011-Ağustos 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına belirtilen tarihler arasında diyalize giren hemodiyaliz hastaları ile yürütülmüş, araştırmanın evrenini kronik HD programına devam eden 32 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip hastaların tamamı araştırma örnekleme alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, kronik HD programına devam eden, otolog AV fistülü olan, AV fistülünde daha önce hematoma, stenoz gelişme öyküsü olmayan, AV fistülü iki aydan önce açılmış olan, ağrı değerlendirmesini yapmayı engelleyen psikolojik bir durumu olmayan, rahat iletişim kurulabilen hemodiyaliz hastaları ile yürütülmüştür.

Araştırmanın verileri 14 soru içeren sosyodemografik bilgileri içeren anket formu, sözel kategori ölçeği (SKÖ) ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ): Bu ölçekte hastanın ağrı durumunu tanımlayan en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Buna göre hastaya 0'ın hiç ağrı

olmamasını, 1:hafif ağrı ,2:Şiddetli ağrı 3:Çok Şiddetli ağrı, 4:dayanılmaz ağrıyı yansıtabilecek şekilde ağrısını 0-4 arasında değerlendirmesi söylenir (16).

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ): Ölçek, 100 mm boyunda bir yatay çizgiden ibarettir. Çizginin sol ucunda "Ağrı yok" veya "Ağrı tümüyle geçti" ibaresi yer alırken sağ ucunda ise "Dayanılmaz ağrı" veya "Ağrıda hiç azalma yok" ibaresi yer alır. Hastaya çizgi üzerinde, kendi ağrısını doğru şekilde yansıtabilecek bir noktayı işaretlemesi söylenir. Hastanın işaretinin sol uca uzaklığı ölçülür. Genellikle milimetre olarak ölçülen bu uzaklık "puan" olarak bildirilir (9,16)

Çalışmanın yürütülmesi aşamasında hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alındıktan sonra sosyodemografik verileri içeren anket formu yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 10-15 dk sürmüştür. HD işlemi yapılacak ve araştırmanın örnekleme alınan hastalara aynı hemşire tarafından AV fistül iğneleri ile girişim yapılmıştır. Haftanın ilk seansında aynı hemşire tarafından hastaya fistül iğnelerinin keskin ucu yukarı şekilde, ikinci seansta keskin ucu aşağı şekilde işlem yapılmıştır (Şekil 1a,b)(9,17). Her iki kanülasyon işleminin hemen sonrasında ikinci hemşire tarafından SKÖ ve GKÖ uygulanmış ve ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. İşlem sırasında hastanın iğne uçlarının yönlerini izlemesi engellenmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için kurumdan gerekli izin alınmış ve hastalara yazılı onam formu imzalatılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama değerleri ile Wilcoxon, McNemar-Bowker ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student t testi) kullanılmıştır (18).

Bulgular

Hastaların %28.1'i 55-64 yaş grubu arasında ve yaş ortalamasının 50.44 ± 16.23 olduğu, %62.5'inin erkek, %68.8'inin evli, % 25'i ev hanımı ve % 34.4'ünün ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun 0-5 yıldır (%65.4),% 40.8'inin 4 saat,3 kez diyalize girdiği,%25'inin ailesinde böbrek hastalığı olduğu ve bu kişilerin anne (%6.3) ve kardeş (%6.3), % 87.5'inin bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1,2).

Hastalarda ağrının SKÖ sonuçları değerlendirildiğinde; iğne ucu yukarı (IUY) uygulamasında %

65.6'sının, iğne ucu aşağı (IUA) uygulamasında ise %65.3'ünün şiddetli ağrısı olduğu saptanmıştır (Grafik 1). Hastalarda ağrının GKÖ sonuçları değerlendirildiğinde; en yüksek oranda İUY uygulamasında % 18.8'nin 40mm, İUA uygulamasında ise % 25'inin ağrısı olmadığı saptanmıştır (Grafik 2).

Araştırma kapsamına alınan hastaların SKÖ sonuçlarının, İUY girişimde, İUA olana göre daha düşük olduğu, GKÖ sonuçlarının İUY girişimde, İUA olana göre olana göre daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 3).

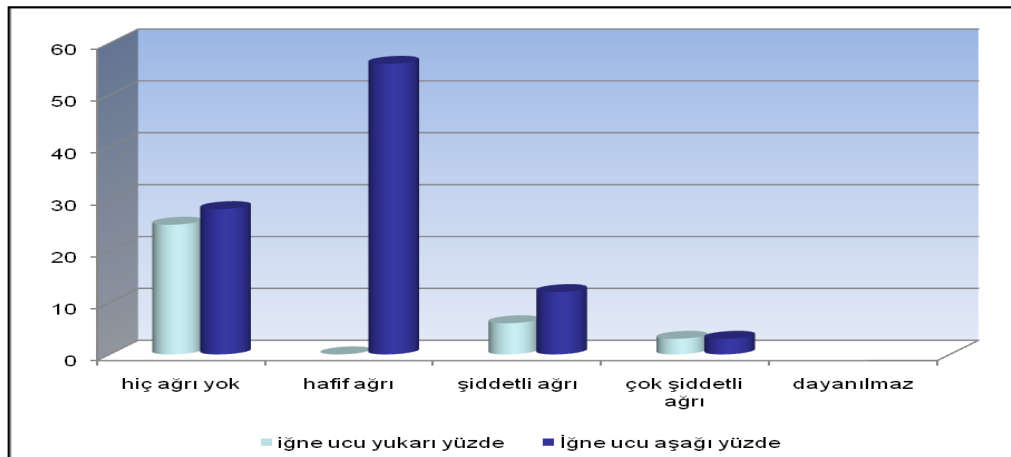
Tablo 1:Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	<i>n</i>	%
Yaş grubu		
18-24	3	9.4
25-34	3	9.4
35-44	7	21.4
45-54	3	9.4
55-64	9	28.1
65-74	6	18.8
75 yaş ve üzeri	1	3.1
Cinsiyet		
Kadın	12	37.5
Erkek	20	62.5
Medeni durum		
Evli	22	68.8
Bekar	10	31.2
Yaptığı İş/Meslek		
Ev hanımı	8	25.0
Memur	1	3.1
Mühendis	2	6.2
Serbest	7	21.9
Emekli	8	25.0
Öğrenci	1	3.1
Sağlık	3	9.4
İşçi	2	6.2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	1	3.1
Okuryazar	11	34.4
İlkokul	5	15.6
Ortaokul	6	18.8
Lise	7	21.9
Fakülte/Yüksekokul		
Toplam	32	100.0

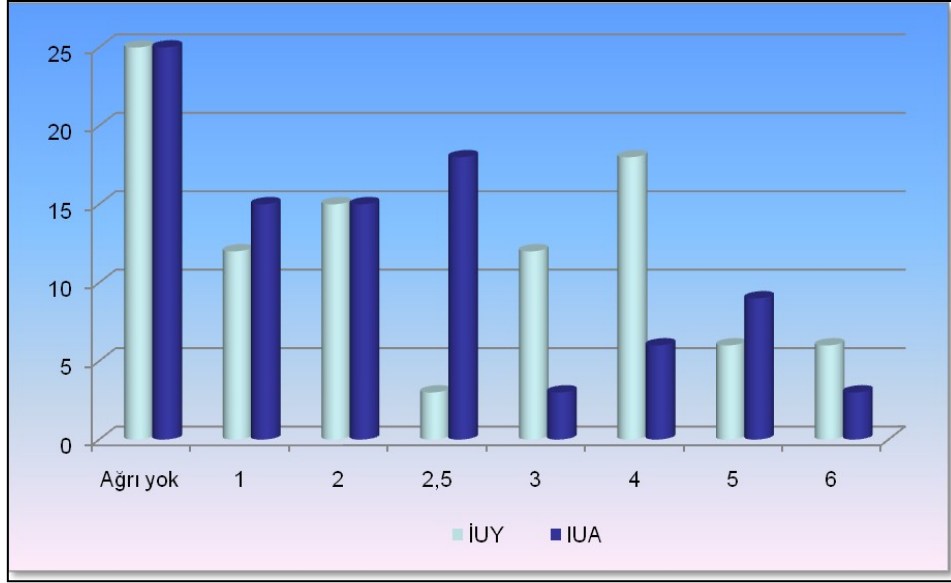
Tablo 2: Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
Diyalize giriş yılı	18	56.4
0-5 yıl	8	24.9
6-12 yıl	6	18.7
13 ve üzeri yıl		
Haftada giriş saati, adet		
5 saat-3 kez	12	37.5
4 saat ,3 kez	13	40.8
8 saat, 3 kez	1	3.1
6 saat,3 kez	5	15.6
4saat,2 kez	1	3.1
Ailede böbrek hastalığı olma durumu		
Olan	8	25.0
Olmayan	24	75.0
Böbrek hastalığı olan aile üyesi		
Anne	2	6.3
Kardeş	2	6.3
Çocuk	1	3.1
II. derece akrabalar (halaoğlu, amca)	3	9.3
Bir işte çalışma		
Çalışan	4	12.5
Çalışmayan	28	87.5
Kronik hastalığı olma durumu		
Olan	19	59.4
Olmayan	13	40.6
Acil servise gelme durumu		
Gelen	13	40.6
Gelmeyen	19	59.4
Acil servise geliş nedeni (n=13)		
Bulantı-kusma	3	23.0
Kanama	2	15.4
Nefes darlığı	2	15.4
Enfeksiyon	1	7.7
Kaşıntı	1	7.7
HT	1	7.7
Kuvvet kaybı	1	7.7
Hipoglisemi	1	7.7
Ağrı	1	7.7
Toplam	32	100.0

Grafik 1: Hastaların Fistüle İğne Giriş Tekniği ile SKÖ'ne Göre Ağrı Düzeyi Sonuçlarının Dağılımı



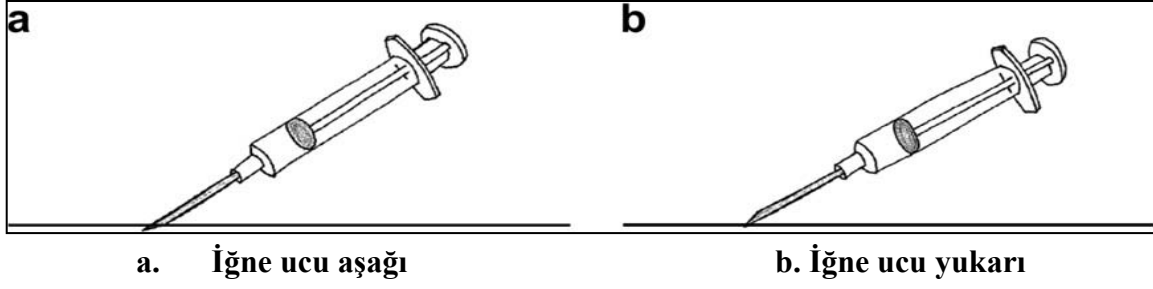
Grafik 2: Hastaların Fistüle İğne Giriş Tekniği ile GKÖ'ne Göre Ağrı Düzeyi Sonuçlarının Dağılımı



Tablo 3: Hastaların Arteriovenöz Fistüle İğne Giriş Tekniği ve Ağrı Düzeyi Sonuçlarının Dağılımı

Ağrı Düzeyi/ Ölçekler	İğne Giriş Tekniği			
	İğne ucu yukarı		İğne ucu aşağı	
	n	%	n	%
Sözel kategori ölçeği				
Hiç ağrı yok	8	25	9	8.1
Hafif ağrı	21	65.6	18	56.3
Şiddetli ağrı	2	6.3	4	12.5
Çok şiddetli ağrı	1	3.1	1	3.1
Dayanılmaz	0	0.0	0	0.0
McNemar-Bowker Test	3.000			
<i>p</i>	0.39			
Görsel kıyaslama ölçeği				
Ağrı yok	8	25.0	8	25.0
5	0	0.0	1	3.1
10	4	12.5	5	15.6
20	5	15.6	5	15.6
25	1	3.1	6	18.8
30	4	12.5	1	3.1
40	6	18.8	2	6.3
50	2	6.3	3	9.4
60	2	6.3	1	3.1
Ortalama	23.28±18.9		23.13±22.6	
<i>Z</i>	-0.41			
<i>p</i>	0.67			

Şekil 1: Arteriovenöz Fistüle İğne Giriş Teknikleri



Tablo 3. Arteriovenöz Girişim Uygulamasında Kullanılan Giriş Tekniklerinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle Olan İlişkinin Değerlendirilmesi

Değişkenler				
	IUY--SKÖ	IUA---SKÖ	IUY---GKÖ	IUA----GKÖ
Cinsiyet				
Kadın (n=12)	$X^2=1.42$	$X^2=3.20$	$U= 119,00$	$U= 105.00$
Erkek (n=20)	$p= 0.70$	$p= 0.36$	$p= 0.96$	$p= 0.56$
Yaş grubu				
18-20 (n=237)	$X^2=2.96$	$X^2=2.17$	$U= 76.50$	$U= 105.00$
21-23 (n=313)	$p= 0.40$	$p= 0.53$	$p= 0.06$	$p= 0.47$
24-26 (n=33)				
Giriş yılı				
0-5 yıl (n=18)	$X^2=6.55$	$X^2= 4.54$	$X^2= 2.19$	$X^2= 4.2$
6-12 yıl (n=8)	$p= 0.88$	$p= 0.97$	$p= 0.70$	$p= 0.37$
13 ve üzeri yıl (n=6)				
Haftada giriş saati				
5 saat-3 kez (n=12)	$X^2=6.55$	$X^2= 4.54$	$X^2= 2.19$	$X^2= 4.2$
4 saat ,3 kez (n=13)	$p=0.88$	$p=0.97$	$p=0.70$	$p=0.37$
8 saat, 3 kez (n=1)				
6 saat,3 kez (n=5)				
4saat,2 kez (n=1)				
Kronik hastalık				
Var (n=19)	$X^2= 3.17$	$X^2= 1.94$	$U= 122.50$	$U= 119.50$
Yok (n=13)	$p=0.36$	$p=0.58$	$p=0.96$	$p=0.87$

IUY:İğne ucu yukarı, IUA:İğne ucu aşağı, SKÖ: Sözel kategori ölçeği, GKÖ: Görsel kıyaslama ölçeği

Hastaların yaş grubu, diyalize giriş yılı, cinsiyet, diyalize haftadaki giriş saati ve kronik hastalığa sahip olma durumu ile AV girişim uygulamasında kullanılan giriş tekniklerine göre ağırlı değerlendirilmesi arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo3).

Tartışma

Arteriovenöz fistül kanülasyon işlemi sırasında fistül iğnelerinin keskin ucunun yukarı ve aşağı yönde oluşunun ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanan araştırmanın sonucunda; araştırma kapsamına alınan hastaların SKÖ sonuçlarının, İUY girişimde, İUA olana göre daha düşük olduğu, GKÖ sonuçlarının iğne ucu girişimde, İUA olana göre daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kanülasyon işlemi sırasındaki ağrı diyaliz ekibi tarafından çözümlenememiş bir konudur. Hemşirelerin kanülasyon işlemi sırasında hastanın ağrısını azaltan farklı stratejileri denemeye gereksinimleri bulunmaktadır. Haftanın belirli gün ve saatinde diyalize giren hastalarda ağrının tekrarlayıcı ancak kronik olmadığı unutulmamalıdır (6,9). AV fistül kanülasyon işlemi sırasında ağrı algılamasını azaltmada az sayıda da olsa stratejiler kullanılmasına rağmen bu sorun devam etmekte ve genel kullanımda yaygınlaştırılmamaktadır (2,6,9).

Arteriovenöz fistül iğnelerinin giriş bölgesindeki vasküler dokuda ve fistül iğnelerinin çıkarılması sonrası giriş bölgesinde oluşan küçük delinmeler trombüs ile kapatılmaktadır. Bunun sonucunda giriş bölgesinde ve onu çevreleyen deride skar dokusu oluşması stenoz ve anevrizmaya yol açabilmektedir. Bu nedenle dokuda oluşan hasarlar İUA yönteminin kullanılması ile azaltılabilir, doku elastikiyetinin kaybolması geciktirilebilir ve girişim bölgelerinin kullanım sürelerinin uzatılması sağlanabilir (9).

Fistül girişinde oluşan ağrı azaltılmasında bölgeye anestezi krem kullanılması etkili olmuş, ancak bölgede lokal reaksiyonlara yol açması, maliyetin yüksek olması kullanımı sınırlandırmıştır (9). Bir başka çalışmada lokal anestezi krem (EMLA krem) ve soğutucu sprey uygulanan orta ağrı şiddeti olan hasta grubunda sonuçlar benzer bulunmuştur.

Soğutucu spreyin EMLA krem kadar AV girişim sırasında ılımlı ve orta derecedeki ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (2). Crespo Montero ve ark. (9) İUY girişimde GKÖ skorunun, İUA işleminden daha yüksek olduğunu saptarken, başka bir çalışmada iki girişim uygulaması arasında fark olmadığını belirlenmiştir. Buttonhole tekniği ile yapılan kanülasyonda hastaların işlemi daha konforlu ve daha az ağrılı değerlendirdikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmada bu tekniğin ağrıyı azalttığı sonucunu desteklediği, ancak sonuçların istatistiksel yönden anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ayrıca bu tekniğin hastaların ağrılarının % 70 az olmasını sağlamanın hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (10).

Arteriovenöz fistül kanülasyonunda doğru girişim iyi HD seanslarının yapılmasını sağlayan temel faktörlerden biridir. Kanülasyon girişim işlemlerinin sık olması kanama ve kan kayıplarına yol açmaktadır. Düzenli HD programında kan kayıplarının nasıl olduğunun bilinmesi, doğru giriş tekniklerinin kullanılmasını zorunlu ve gerekli hale getirmektedir (19). Uluslararası rehberlerde hemodiyaliz işlemine gereksinimi olan hastalarda vasküler girişim için AV fistül "altın standart" olarak kabul edilmektedir (20). Bu nedenle HD hemşirelerinin AV fistül kanülasyon işlemi ile ilgili teknik gelişmeleri yakından izlemesi için eğitim programlarına dâhil edilmesi önem taşımaktadır. Bunun bir sonucu olarak Avrupa'da 2003 yılında ilk çalışma başlatılmış ve bu program hasta sonuçlarını olumlu hale getirmek için genişletilmiştir (20,21). Araştırmamızda hastaların sosyo-demografik değişkenlerinin ağrı değerlendirmesi sonuçlarını anlamlı olarak etkilemediği ($p>0.05$) saptanmıştır. Figueiredo ve ark. (10) yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere göre ağrı algılama puanlarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çelik ve ark. (2) çalışmasında, GKÖ skorları ile yaş, cinsiyet, sigara içme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Hastaların AV girişim uygulamalarında kullanılan giriş tekniklerinin ağrı oluşumunda etkili olduğu, ancak kullanılan teknikler arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hemodiyaliz işleminin yeterli olarak yapılmasında AV girişim yollarının sağlıklı olması hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle nefroloji/ HD hemşiresinin AV fistül ve greftlerin ömürlerinin uzun olması, tekrarlı işlemlerde belirlenen rehberler doğrultusunda bakım ve izlemine yapmanın yanısıra işlem sırasında hastanın konforunu sağlayan ve bakım ile izlemin kalitesini olumlu yönde etkileyen sonuçları kanıtlanmış hemşirelik girişimlerini bakıma yansıtma sorumluluğu da bulunmaktadır (14,15). Tüm bunlardan yola çıkılarak, benzer çalışmaların örneklem sayısı artırılarak tekrarlanması, ağrıyı azaltmada etkisi olan butunhole tekniği gibi farklı tekniklerle karşılaştırmalı çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Akyol A. Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları No:4 Birinci Basım, Meta Yayıncılık, 2005, 112-132.
2. Çelik G, Özbek O, Yılmaz M, Duman İ, Özbek S, et al. Vapocoolant Spray vs Lidocaine /Prilocaine cream for reducing the pain of venipuncture in hemodialysis patients. A randomized, placebo-controlled, crossover study. *Int J Med Sci* 2011; 8 (7): 623-27.
3. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S (Ed). Türkiye’de Nefroloji –Diyaliz ve Transplantasyon- Registry 2011. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2012.
4. Waterhouse D. Vascular access: A role for a renal nurse clinician. *EDTNA ERCA J* 2002; 28(2): 64-6.
5. Hentschel D. Vascular access for hemodialysis. www.nephrologyrounds.org. Erişim tarihi: 2008.
6. Sabitha PB, Khakha DC, Mahajan S, Gupta S, Agarwal M et al. Effect of cryotherapy on arteriovenous fistula puncture-related pain in hemodialysis patients. *Indian J of Nephrol.* 2008; 18(4):155-158.
7. McCann M, McCann M, Einarsdottir H, Waelegem J, Murphy F. Vascular access Management I: An Overview. *J. Renal Care* 2008; 34(2):77-84.
8. Carrion J. Vascular access devices for dialysis. *OR Nurse* 2012; 6(1): 28-32.
9. Crespo Montero R, Rivero Arellano F, Contreras Abad MD, Martinez Gomez A, Fuentes Galan MI, Pain degree and skin damage during arteriovenous fistula Puncture. *EDTNA/ERCA, XXX* 2004; 4:208-12.
10. Figueiredo A, Monteiro V, Figueiredo P. Research into pain perception with arteriovenous fistula (AVF) cannulation. *Journal of Renal Care* 2008; 34(4):169-72.
11. Ünver S, Emir G. AV kanülasyon tekniklerinin avantaj ve dezavantajları yönünden incelenmesi. 20. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2010, 117.
12. Guidelines for Vascular Access. <http://www.kidney.org> (Erişim tarihi: 13.01.2011)
13. Rushing J. Caring for a patient’s vascular access for hemodialysis. *Nursing* 2010; 40(10): 53.
14. Ball L. Improving arteriovenous fistula cannulation skills. *Nephrology Nursing Journal* 2005; 32(6):1-7.
15. Mapes D. Nurses’ impact on the choice and longevity of vascular access. *Nephrology Nursing Journal* 2005; 32(6): 670-74.
16. Aslan FE. Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Birinci Basım İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti; 2006:66-99.
17. Candiotti K, Rodriguez Y, Koyyalamudi P, Curia L, Arbeart K et al. The effect of needle bevel position on pain for subcutaneous lidocaine injection. *J PeriAnesthesia Nurs* 2009; 24(4): 241-43.
18. Bahar Z. Verilerin Çözümlemesinde İstatistiksel Yöntemler. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemler. İstanbul: Odak Ofset; 2002:189-250.
19. Rodrigues LG, Martins N, Ademar A, Moreira PJ, Brizida H et al. Puncture of the arteriovenous fistula: bevel upward or bevel downward? *EDTNA/ERCA Journal* XXIX 2003; 2:104.
20. McCann M, Einarsdottir H, Van Waelegem JP, Murphy F, Sedgwick J. Vascular access management II: AVF/AVG cannulation techniques and complications. *Journal of Renal Care* 2009; 35(2):90-98.
21. Fistula First. Change concepts. <http://www.fistulafirst.org> (Erişim tarihi: 14.10.2012).

Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Uzm.Hemş. Seher BAŞARIR, Doç.Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Özet

Bu çalışma; kronik hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırma üç özel diyaliz merkezinde 365 hemodiyaliz hastası ile yapıldı. Araştırma verileri Hasta Tanıtım Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde t-testi, Mann Withney-U, ANOVA, Kruskal Wallis varyans analizi ve Pearson's korelasyon analizleri kullanıldı. Kadınların fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim stres yönetimi alt ölçek puanları ve toplam SYBDÖ-II puanlarının erkeklerden daha düşüktü. Bekar hastaların fiziksel aktivite puanları evlilerden daha yüksek, evlilerin ise beslenme puanları bekarlardan daha yüksek olduğu belirendi. Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite puanları sigara kullanmayanlara göre daha düşüktü. Alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanları alkol kullanmayanlara göre daha düşüktü. Hasta yaşı ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt ölçek puanları arasında negatif korelasyon bulundu. Serum potasyum ve açlık kan şekerinin düzeyleri ile SYBDÖ-II toplam puanları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt ölçek puanları arasında negatif ilişki bulundu. Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında medeni durumun ve sigara, alkol gibi alışkanlıkların etkili olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışların da kan biyokimyasını etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Kan Biyokimyası.

S u m m a r y

This study was conducted to investigate healthy lifestyle behavior in chronic hemodialysis patients as descriptive and cross-sectional. The study was performed on 365 hemodialysis patients recruited from three private dialysis centers. The study data was collected via The Patient Information Form and Healthy Lifestyle Behavior Scale (HLBS)-II. Student t-test, Mann Whitney-U test, ANOVA, Kruskal Wallis variance vnanlysis and Pearson's correlation cnalysis were used for statistical analysis of data. Physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations, stress management subscale scores and total scores of HLBS-II of females were lower than males. It was found that physical activity scores of non-married cases were lower than that married cases, and nutrition subscale scores of married cases were higher than that of non-married cases. Physical activity subscale scores of smoker dialysis patients were lower compared to non-smokers. Total scores and physical activity subscale scores of patients consuming alcohol were lower compared to non-consumers. There were negative correlations between patients' age with scores of physical activity, spiritual growth and interpersonal relations subscales. There were negative correlations between body weight with scores of physical activity subscale and teher were positive correlation between body weight with scores of nutrition subscales. There were negative correlations among levels of serum potassium and fasting blood glucose with scores of HLBS-II, physical activity, nutrition and spiritual growth subscales. In this case, it has been suggested that marital status have effects on healthy lifestyle behaviors and healthy lifestyle behaviours effect on blood biochemistry.

Key Words: Hemodialysis, healthy lifestyle behavior, blood biochemistry.

Giriş

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'nde uygulanan yerine koyma tedavilerindedir (1,2). Türkiye'de SDBY nedeni ile hemodiyaliz tedavisi alan 48.900 hasta bulunmaktadır (3).

Hemodiyaliz yaşam kurtaran bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (2). Kronik bir hastalığın varlığı ve düzenli diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı zorluklar hastanın yaşam kalitesini fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda olumsuz etkilemektedir (2,4).

Düzenli hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, hastalığın belirtileri ile başetmek, bir diyet programına uymak, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda kalırlar. Bu durum, bireyleri sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkiler (3,5). Kuruma ve hemodiyaliz makinasına bağımlı olmanın yanı sıra hastalığın ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur (2).

Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında tedaviye uyumlarının sağlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir (2,6). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi biçiminde tanımlanmaktadır (7,8). Hastalıklardan korunmada, erken tanı konulmasında ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışlar oldukça önemlidir. Sağlığı geliştirme davranışları, hastalıkların ortaya çıkış sıklığını ve mortaliteyi azaltmaktadır (9,10).

Günümüzde sağlık kavramı, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eden dengeli ve durağan bir süreç iken, sağlığı geliştirme sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreç olarak açıklanmıştır (11). Sağlığı geliştirme, bireyin sağlığını koruyup, geliştireceğine inandığı ve hastalıkları asemptomatik dönemde ortaya çıkartarak, önlemeye yardımcı olacak her türlü tutum ve davranışı içermektedir. Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmak için, bireyin bir davranışı yapıp

yapmadığı ve etkileyen faktörlerin tanınması gerekmektedir. Bu nedenle davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir. Bu modellerden biri, Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model) dir (11,12).

Pender tarafından 1982-1984 yılları arasında geliştirilen ve sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanan model, sağlığı geliştiren davranışları açıklamaya yönelik geliştirilmiştir. Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler; bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır. Davranışsal faktörler, bireyin bilişsel ve psikomotor beceri düzeyinin gelişmesinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında etkili olmaktadır (12).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık düzeyine uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (12). Bireyler sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek daha sağlıklı beslenmekte, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bireylerin entelektüel kapasiteleri artmakta, bağışıklık sistemini güçlendirmekte, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmelerini sağlamaktadır (13,14,15).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar arasında demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, davranışsal, durumsal faktörler, biyolojik özellikler ve kişilerarası etkileşim sayılabilir (16). Yapılan çalışmalarda eğitim, gelir ve mesleki durumun (17), yaş ve medeni durumun (18) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Hemşireler, hastaların sağlık düzeyine uygun günlük aktiviteleri planlamalı ve sürdürülmesini sağlamalıdır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (12). Bu çalışma; kronik hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırma; Ocak-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini, az bir yıldır hemodiyaliz tedavisi alan ve iletişim sorunu olmayan 365 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu.

Veri toplama araçları: Veriler Hasta Tanıtım Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ile yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Her bir hasta için görüşme ve verileri toplama süresi ortalama 30 dakikadır.

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, tanı ile ilgili bilgileri, periton diyalizi ve transplantasyon öyküsü, tam kan sayımları ve diğer biyokimyasal parametreleri yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Walker, Sechrist and Pender (1987) tarafından oluşturulan orijinal ölçek, ülkemizde Esin (1997) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer (7). Orijinal ölçek, alt grupları gözden geçirilip, daha yüksek alfa etkinlik seviyeleri oluşturmak için yenilenmiştir (19). Yenilenen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Health Promotion Lifestyle Profile II), ülkemizde Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) tarafından güvenilirlik ve geçerliği yapılmıştır (8).

Bu ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin alt boyutları; sağlık sorumluluğu (madde 3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (madde 4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (madde 2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (madde 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (madde 1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve

stres yönetimidir (madde 5,11,17,23,29,35,41,47). Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert tipte olup, hiçbir zaman "1", bazen "2", sık sık "3" ve düzenli "4" olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (8).

Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir (19). Yapılan bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.91 olarak bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmadan elde edilen tüm veriler bilgisayarda Statistical Packages for the Social Science (SPSS) 11.5 kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldıktan sonra (frekans, yüzde dağılımı, ortalama \pm standart sapma), sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks Testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin, sosyodemografik veya klinik özelliklere göre oluşturulan gruplarda fark t testi, ANOVA, Pearson's korelasyon analizi, normal dağılıma uymayan verilerde ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Veriler %5 yanılma düzeyinde, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmalarda; hasta bireylerin bireysel hakları korumak, bireyin sağlığını ön planda tutmak, zarar vermemek ve insana özgü değerlerle bilim arasında denge sağlamak gerekmektedir. Çalışmada rehber alınan bu etik düşünceler 'insana zarar vermeme' kuralından yola çıkarak 'önce yarar' ilkesine dayandı. Araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğer bir ilke 'özerkliğe saygı' ve 'insana ve insanın karar verme hakkına saygı' idi.

Kan basıncı ve laboratuvar verileri Tablo 2’de gösterildi.

Tablo 2. Kan Basıncı ve Biyokimyasal Veriler (n=365)

	Ort	SS	Min	Maks
SKB (mmHg)	118.60	24.93	60.00	220.00
DKB (mmHg)	70.29	13.86	40.00	140.00
Sodyum (mEq/L)	135.84	10.36	1.39	145.00
Potasyum (mEq/L)	5.12	0.84	3.10	10.10
Kalsiyum (mg/dl)	9.00	0.92	3.00	13.70
T.Protein (mg/dl)	6.67	0.62	4.20	9.00
Albumin (g/dl)	4.08	0.39	2.80	6.80
T.Kolesterol (mg/dl)	168.46	46.34	75.00	358.00
Trigliserid (mg/dl)	193.56	116.08	37.00	746.00
AKŞ (mg/dl)	124.62	63.97	49.00	444.00
Hb (g/dl)	11.29	1.64	5.50	16.40
Hct (%)	34.97	5.13	18.10	49.80

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)-II ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 3’de gösterildi.

Tablo 3. Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları (n=365)

SYBDÖ-II	Ort	SS	Min	Maks
Sağlık Sorumluluğu	27.18	4.22	11.00	76.00
Fiziksel Aktivite	13.39	4.63	8.00	29.00
Beslenme	25.50	3.43	15.00	36.00
Manevi Gelişim	31.92	3.68	16.00	36.00
Kişilerarası İlişkiler	31.37	3.87	16.00	36.00
Stres Yönetimi	27.38	3.63	14.00	32.00
Toplam SYBDÖ Puanı	156.72	15.53	107.00	223.00

Kadın ve erkek hemodiyaliz hastaları arasında SYBDÖ-II ölçeğindeki sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$ ve $p<0.01$). Kadınların toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları erkeklerin puanlarından daha düşüktü (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete Göre Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları Farkı

	Kadın		Erkek		p	U
	Ort	SS	Ort	SS		
Sağlık Sorumluluğu	27.16	3.19	27.19	4.95	0.831	16362.5
Fiziksel Aktivite	12.20	4.00	14.42	4.89	0.001**	11964.5
Beslenme	24.96	3.19	25.97	3.56	0.003**	13623
Manevi Gelişim	31.36	3.82	32.41	3.49	0.003**	13601.5
Kişilerarası İlişkiler	31.35	3.73	31.39	4.00	0.747	16252.5
Stres Yönetimi	26.93	3.74	27.78	3.50	0.022*	14284.5
SYBDÖ	153.89	14.81	159.16	15.76	0.001**	13207.5
	Evli		Bekar		p	U
	Ort	SS	Ort	SS		
Sağlık Sorumluluğu	27.27	4.34	26.56	3.24	0.212	6764.5
Fiziksel Aktivite	13.09	4.46	15.33	5.25	0.005*	5692.5
Beslenme	25.76	3.32	23.81	3.69	0.001*	5122
Manevi Gelişim	31.85	3.69	32.37	3.60	0.295	6899
Kişilerarası İlişkiler	31.45	3.69	30.88	4.94	0.856	7485
Stres Yönetimi	27.45	3.61	26.94	3.80	0.381	7015
Toplam SYBDÖ	156.84	15.59	155.90	15.26	0.765	7381

Not: Mann Whitney-U testi kullanıldı. *p<0.05, **p<0.01.

Evli ve bekar hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanları, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), fiziksel aktivite ve beslenme puanları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0.01$ ve $p<0.01$). Bekarların fiziksel aktivite puanları bekarlardan daha yüksek iken, evlilerin beslenme alt boyut puanları bekarlardan daha yüksekti (Tablo 4).

Eğitim durumlarına göre toplam SYBDÖ-II puanı ve tüm alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Üniversite mezunlarının toplam

SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanları diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulundu (KW=46.653, $p<0.01$; KW=41.038, $p<0.01$ ve KW=16.582, $p<0.01$). Lise mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları diğerlerinden daha yüksekti (KW=9.795, $p<0.05$). Okur-yazar olmayanların ise manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları diğerlerinden daha düşüktü (KW=41.476, $p<0.01$; KW=9.973, $p<0.05$ ve KW=28.697, $p<0.01$).

Sigara içen ve içmeyen hastalar arasında toplam SYBDÖ-II puanı, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), fiziksel aktivite alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulundu ($U=5888$, $p<0.01$). Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite alt ölçek puanları sigara kullanmayan hastaların puanlarından daha düşüktü.

Alkol kullanan ve kullanmayan hastalar arasında sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), toplam SYBDÖ-II puanı ve fiziksel aktivite alt boyut puanları açısından anlamlı fark saptandı ($U=950$, $p<0.05$ ve $U=1079.5$, $p<0.05$). Alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanları alkol kullanmayanlardan daha düşüktü.

Hasta yaşı ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmazken ($p>0.05$), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$ ve $p<0.01$). Buna göre; yaş arttıkça toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler azalmaktadır (Tablo 5).

Beden kitle indeksi (BKI) ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ($p>0.05$), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$ ve $p<0.05$). Buna göre; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arttıkça beden kitle indeksi azalmak-

tadır (Tablo 5).

Diyaliz hastalarının sistolik ve diyastolik kan basınçları ile toplam SYBDÖ-II puanı ve alt boyutlarının hiç biri arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$), (Tablo 5). Benzer şekilde serum sodyum, total kolesterol, trigliserid, hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Htc) düzeyleri ile toplam SYBDÖ-II puanı ve alt boyutları arasında da anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$), (Tablo 5).

Serum potasyum düzeyi ile sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı korelasyon bulunmazken ($p>0.05$), toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$ ve $p<0.01$). Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyi azalmaktadır (Tablo 5).

Total protein düzeyi ile sadece stres yönetimi puanları arasında negatif yönde ($p<0.01$), serum albümin düzeyi ile toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$ ve $p<0.01$). Buna göre; stres yönetimi arttıkça total protein düzeyi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler arttıkça serum albümin düzeyi de artmaktadır (Tablo 5).

Açlık kan şekeri (AKŞ) düzeyi ile toplam SYBDÖ-II puanı, fiziksel aktivite ve manevi gelişim puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$, $p<0.01$ ve $p<0.05$). Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve manevi gelişim arttıkça açlık kan AKŞ azalmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Toplam SYBDÖ-II ve Alt Boyut Puanları ile Yaş, BKİ ve Kan Basıncı Arasındaki İlişkiler (n=365).

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Toplam SYBDÖ
Yaş (yıl)	r	-0.058	-0.396	0.005	-0.300	-0.151	-0.041	-0.251
	p	0.266	0.001**	0.921	0.001**	0.004**	0.434	0.001**
BKİ (kg/m ²)	r	0.067	-0.280	0.086	-0.162	-0.038	-0.156	-0.131
	p	0.202	0.001**	0.099	0.002**	0.472	0.003**	0.012*
SKB (mmHg)	r	0.017	0.023	-0.008	-0.089	-0.069	-0.081	-0.047
	p	0.742	0.669	0.886	0.090	0.189	0.123	0.372
DKB (mmHg)	r	0.023	0.097	0.030	-0.039	-0.004	-0.044	0.021
	p	0.663	0.065	0.561	0.453	0.946	0.405	0.684
Sodyum (mEq/L)	r	0.023	-0.084	-0.081	-0.076	-0.029	-0.092	-0.084
	p	0.668	0.110	0.121	0.148	0.579	0.080	0.108
Potasyum (mEq/L)	r	-0.002	0.172	0.110	0.128	0.053	0.101	0.144
	p	0.967	0.001**	0.036*	0.014*	0.314	0.054	0.006**
Kalsiyum (mg/dl)	r	-0.070	0.029	-0.004	-0.026	0.065	-0.035	-0.010
	p	0.183	0.585	0.943	0.617	0.216	0.509	0.846
Protein (mg/dl)	r	-0.095	0.098	0.034	-0.087	-0.063	-0.207	-0.073
	p	0.068	0.062	0.520	0.098	0.229	0.001**	0.164
Albumin (g/dl)	r	0.048	0.327	0.069	0.113	0.122	-0.010	0.180
	p	0.356	0.001**	0.186	0.031*	0.019*	0.845	0.001**
Kolesterol (mg/dl)	r	-0.055	-0.103	-0.004	-0.050	-0.048	-0.037	-0.079
	p	0.294	0.050	0.943	0.343	0.365	0.478	0.133
Trigliserid (mg/dl)	r	-0.010	-0.028	0.013	0.005	-0.014	0.065	0.006
	p	0.848	0.590	0.799	0.926	0.790	0.214	0.911
AKŞ (mg/dl)	r	-0.033	-0.218	0.038	-0.116	-0.091	-0.010	-0.118
	p	0.535	0.001**	0.468	0.026*	0.082	0.852	0.025*
Hb (g/dL)	r	0.050	0.078	-0.034	0.090	0.013	-0.031	0.046
	p	0.342	0.138	0.517	0.087	0.808	0.551	0.380
Hct (%)	r	0.009	0.069	-0.070	0.092	0.023	0.002	0.036
	p	0.865	0.190	0.181	0.079	0.661	0.976	0.498

Tartışma

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının mortalite ve morbidite yanında, yaşam kalitesi üzerine de olumlu etkilerde bulunmaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının davranış ve yaşam tarzına bağlı olduğuna işaret etmektedir (21).

Yaptığımız çalışmada, toplam SYBDÖ-II ortalama puanları 156.72 ± 15.53 olarak bulundu. SYBDÖ-II'nin alt boyutlarının puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu 27.18 ± 4.22 , fiziksel aktivite 13.39 ± 4.63 , beslenme 25.50 ± 3.43 , manevi gelişim 31.92 ± 3.68 , kişilerarası ilişkiler 31.37 ± 3.87 , stres yönetimi 27.38 ± 3.63 'dür.

Literatürde hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam kalitesini değerlendiren benzer çalışmaya rastlanmamıştır ve çalışmamız, Türkiye'de diyalize devam eden hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren ilk çalışmadır. Gelecekte konu ile ilgili yapılacak başka çalışmalara temel oluşturması ve uygulanacak eğitim programlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dikkat çekmesi açısından önemlidir.

Kronik hastalıklarla ilişkilendirilen sağlıksız yaşam biçimi davranışları arasında dengesiz beslenme, beden kütle indeksinin fazla olması, sigara kullanımı ve sedanter yaşam yer almaktadır (23). Obezitedeki artış ve daha sedanter yaşam diyabetin yaş profilini değiştirmiştir. Diyabet, günümüzde geriatrik bir sorun olarak değerlendirilmemekte ve başlangıç yaşının giderek düştüğü gözlenmektedir (24). Çok sayıda çalışma sonuçları, diyabetin önlenmesinde yaşam tarzı değişikliklerinin (diyet ve fiziksel aktivite gibi) önemini göstermiştir (25,26). Aynı biçimde, hipertansiyonu olan bireylerde yaşam tarzı değişikliklerinin hastalığın önlenmesi ve tedavisinde çok önemli olduğu vurgulanmıştır (27). Yaşam tarzı değişiklikleri, obezitenin önlenmesi ve azaltılması amacıyla sıklıkla kullanılan girişimlerdir (28). Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik böbrek hastalıkları biri diğerinin komplikasyonu olabilen hastalıklardır. Sonuç olarak, bu kronik hastalıkların birlikte bulunma olasılıkları yüksektir. Ayrıca, bu hastalık grupları fazla kilolu veya obez olma, kötü beslenme ve fiziksel aktivite azlığı ya da yokluğu gibi bazı risk faktörlerini de bulundurmaktadırlar (29). Fiziksel aktivite, obezite, sigara ve alkol kulla-

nımı gibi doğrudan sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili davranışlar, böbrek yetmezliği riskini de artırmaktadırlar (30). Sözü edilen durumların çoğu, böbrek hastalıkları açısından hem altta yatan neden hem de yetersizliğe katkısı olan faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bu nedenle, böbrek hastalıkları riskini artıran hastalıkların yaşam tarzı değişiklikleriyle önlenmesi ve/veya böbrek hastalıklarının gidişi sırasında hastalık üzerine olumsuz etkileri olan eş tanıların uygun bir biçimde tedavi edilmesi, son dönem böbrek yetmezliği sıklığında ve diyaliz gereksinimi olan hasta sayısında azalma sağlayacaktır. Böbrek hastalığı olan bireylerin önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uymakta güçlük çektikleri ve buna bağlı olarak prognozun kötüleştiği bilinmektedir (31).

Yaptığımız çalışmada; erkek diyaliz hastalarının kadınlara göre daha fazla egzersiz yaptıkları ve beslenme alışkanlıkları, manevi gelişim ve stres yönetimi açısından daha olumlu davranışlara sahip oldukları belirlendi. Kadının hem evdeki ve/veya işdeki sorumlulukları dikkate alındığında, ülkemizdeki erkek egemen kültürel yapının baskınlığı bağlamında örneklemimizdeki kadınların planlı egzersiz yapamamaları, stres yönetiminde yetersiz kalmaları daha anlaşılır hale gelmektedir. Bu nedenle, kadın diyaliz hastalarının daha fazla egzersize yönlendirilmesi ve stresle baş etme becerilerinin artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması daha önemli hale gelmektedir.

Sağlık çalışanları, rutin olarak kronik hastalığı olan birçok erişkine fiziksel aktivite önerilerinde bulunmaktadırlar. Fiziksel aktivitenin sağlık ve iyilik hali (well-being) üzerine etkileri fark edilmiş olmasına karşın, kronik hastalığı olan çoğu erişkin sedanter bir yaşam sürmektedir (32). O'Hare ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, sedanter diyaliz hastalarının bir yıllık mortalite riskinin bir biçimde fiziksel aktiviteye katılan bireylerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (33).

Im ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan küçük ölçekli bir çalışmada, kadınların fiziksel ve zihinsel sağlıkları için fiziksel aktivitenin gerekliliğini kabul ettikleri ancak, çoğu kadının fiziksel aktivitesini artırmak konusunda eyleme geçemediği bulunmuştur (34).

Yaptığımız çalışmada; evli hastaların bekarlara göre daha fazla egzersiz yaptıkları ve daha iyi beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları belirlendi. Çok sayıda araştırmacı, aile yaşamının ve arkadaşlarının fiziksel aktivite davranışı üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (35,36). SDBY, hem hastayı hem de ailesini etkileyen bir durumdur. Hasta veya eş ile ilişkiler, bir teselli veya destek kaynağı olarak kabul edilmelidir. Çoğu çift, emosyonel destek sağlamak için tutarlı bir yol geliştirmiş, günlük aktivitelerin birlikte yapıldığı, çatışmaların giderildiği yaklaşımları uygulama becerisi kazanmıştır. Böylece, hastalığa bağlı sorunlar azalmış ve çiftin yaşam doyumları artmıştır (37). Bizim çalışmamızda da, bu bulguyu destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Ancak, medeni durumun sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi üzerine etkisi olmadığı yönünde bulgular elde ettik. Evliliğin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm boyutlarında etkili olmaması bizim için şaşırtıcı oldu. Bunun nedeni, çalışmamızda değerlendirilen olguların evlilik uyumlarının düzeyi ve çiftlerin birbirlerine destek düzeyleri ile ilişkili olabilir.

Yaptığımız çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artma olduğunu görüldü. Literatürdeki bulgular da, eğitimin egzersiz alışkanlıkları üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (38). Bu bağlamda, eğitimin sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi açısından önemini kavramayı kolaylaştırdığı söylenebilir. Toplumun eğitim düzeyi arttıkça, sağlıkla ilişkili algısı da daha yapı-

lanmış bir duruma dönüşmektedir.

Sigara kullanımı, genel olarak tedaviye uyumsuzluğun göstergelerindedir (39). Alkol kullanımının ise glomerüler hasar, hipertansiyon ve hipertansif nefrosklerozis için potansiyel bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (40).

Çalışmamızda, sigara kullanmayan hastalara göre sigara kullananların fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu, alkol kullanmayan hastalara göre alkol kullananların fiziksel aktivitelerinin ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının yetersiz olduğu saptandı. Sigara ve alkol kullanan hastaların özellikle sağlık sorumluluğu açısından kullanmayanlardan farklı olmaması şaşırtıcıdır. Bunun nedeni, sigara ve/veya alkol kullanan hasta sayısının azlığı olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen olguların BKİ ortalaması $24.90 \pm 5.33 \text{ kg/m}^2$ idi. Buna göre hemodiyaliz hastalarının fazla kilolu olduğu söylenebilir. Örneklemimizde BKİ, total kolesterol ve açlık kan şekeri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif ilişki bulunması beklenen bir sonuçtur. Buna ilave olarak, obezite, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi kronik böbrek hastalıkları riskini artıran durumlardır (30).

Serum potasyum düzeyi, uygulanan tedavi rejimine uyumun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (41,42). Bu bilgi ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyinin azaldığı bulundu. Buna göre, hemodiyaliz hastaları potasyum ile ilgili diyet kısıtlamalarına uyum göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Kadınların toplam SYBDÖ-II puanları, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları erkeklerden daha düşük, bekarların fiziksel aktivite puanları evlilerden daha yüksek iken, evlilerin beslenme puanları bekarlardan daha yüksek, lise mezunların sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir.

Sigara kullanan hastaların fiziksel aktivite puanları sigara kullanmayanlara göre daha düşük ve alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ-II ve fiziksel aktivite puanlarının alkol kullanmayanlara göre daha düşüktür. Hasta yaşı arttıkça toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler azalmaktadır.

Toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arttıkça beden kitle indeksi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim arttıkça serum potasyum düzeyi azalmakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve manevi gelişim arttıkça açlık kan AKŞ azalmaktadır.

Buna göre; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında sosyodemografik özelliklerin ve sigara, alkol gibi alışkanlıkların etkili olduğu, bu davranışların da kan biyokimyasını etkilediği söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; kadınların, bekarların, okur-yazar olmayanların, ileri yaşta olanların, alkol kullananların ve fiziksel aktivitesi az olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları yönünde daha fazla desteklenmesi önerilmektedir.

Sorumlu yazar: Doç.Dr. Sezgi Çınar

E-posta: sezcinar@hotmail.com

Kaynaklar

1. Aydın M. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavileri. İçinde: Türkmen F, ed. Hemodiyaliz Seminerleri. 1. Baskı. İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık. 2002. s.11-22.
2. Çınar MS. Hemodiyaliz Hastalarında Optimal Yaşam Kalitesinin Sağlanması. İçinde: Akoğlu E, ed. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Takav Matbaacılık Yayıncılık. 2000. s. 61-6.
3. Süleymanlar G, Altıparmak MA, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2012. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2013. s.1.
4. Kuzeyle YY, Fadiloğlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21: 33-45.
5. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2001; 16: 1387-94.
6. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2009; 22-8.
7. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 1997.
8. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.
9. Sancı LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, Bowes G. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. BMJ 2000; 320: 224-30.
10. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. J Adv Nurs 2000; 32: 1083-91.
11. Akça Ay F. Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012. s. 2-21.
12. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992; 40(3): 106-112.
13. Edelman C, Mandle CL. Health promotion through the lifespan. Philadelphia, USA: Mosby Company. 2002.
14. Gordon E, Golanty E, Brown KM. Health and Wellness: Physical Activity for Health and Well-Being. Boston: Jones and Barlett Publishers. 2002.
15. Özdiñç SA. Yaşlanma ve egzersiz. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 18-22.
16. Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice. WB Saunders Company. 2000.
17. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996; 45: 30-6.
18. Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4: 11-9.
19. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center. 1996.
20. Li C, Ford ES, Mokdad AH, Jiles R, Giles WH. Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. Diabetes Care 2007; 30: 1770-6.
21. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health 2004; 74: 204-6.
22. Wainwright P, Thomas J, Jones M. Health promotion and the role of the school nurse: a

23. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr* 2000; 20: 21-44.
24. Ludwig DS, Ebbeling CB. Type 2 diabetes mellitus in children: primary care and public health considerations. *JAMA* 2001; 286: 1427-30.
25. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-50.
26. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393-403.
27. Lenz TL, Monaghan MS. Lifestyle modifications for patients with hypertension. *J Am Pharm Assoc* 2008; 48(4): 92-9.
28. Keener D, Goodman K, Lowry A, Zaro S, Kettel Khan L. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and measurement guide. Atlanta, U.S: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2009.
29. Tong B, Stevenson C. Comorbidity of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease in Australia. *Cardiovascular Disease Series 28*. Australian Institute of Health and Welfare Canberra. 2007. p. 1-13.
30. Stengel B, Tarver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, Brancati FL. Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease. *Epidemiology* 2003; 14: 479-87.
31. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care* 2007; 16: 222-35.
32. Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 157-72.
33. O'Hare AM, Tawney K, Bacchetti P, Johansen KL. Decreased survival among sedentary patients undergoing dialysis: results from the dialysis morbidity and mortality study wave. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 447-54.
34. Im EO, Lee B, Chee W, Stuijbergen A. Attitudes toward physical activity of white midlife women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40: 312-21.
35. Buckworth J, Dishman R. Exercise psychology. Champaign, IL: Human Kinetics. 2002.
36. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health* 2003; 93: 1583-9.
37. Gee CB, Howe GW, Kimmel PL. Couples coping in response to kidney disease: a developmental perspective. *Semin Dial* 2005; 18: 103-8.
38. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol* 2000; 19: 354-64.
39. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, Van Dijk PC, Kurokawa K, Piera L, Saito A, Fukuhara S, Young EW, Held PJ, Port FK. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int* 2003; 64: 254-62.
40. White SL, Polkinghorne KR, Cass A, Shaw JE, Atkins RC, Chadban SJ. Alcohol consumption and 5-year onset of chronic kidney disease: the AusDiab study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 24(8): 2464-72.
41. Çınar S, Dilaver S, Uraz M. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz programına, ilaç tedavilerine ve diyetle uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2005; 28-33
42. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J* 2007; 34:

Diyaliz Tedavisi Alan Hasta ve Ailesinin Bakımında Transkültürel Hemşirelik Yaklaşımı

Doç.Dr. MUALLA YILMAZ

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Mersin

Özet:

Kültür, doğanın yarattıklarına karşılık bireylerin ortaya koyduğu her şeydir. Kültür yaşamın dokusudur ve her bireyin sahip olduğu bir kültürü vardır. Her bireyi kendi kültürel özellikleri ile tanımak, farklılıklarla ve benzerliklerle birlikte yaşamayı öğrenmemiz gerekmektedir. Kültürel çeşitlilikleri zenginlik olarak kabul ederek kültüre duyarlı bakım verecek yeterliliği olan nefroloji hemşirelerine gereksinimiz vardır. Bu derlemede, diyaliz tedavisi alan hasta ve ailesine kültüre özgü hemşirelik bakımı vermenin önemine ilişkin literatür gözden geçirilmekte ve konuyla ilgili güncel bilgiler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Transkültürel hemşirelik, nefroloji hemşiresi, hemodiyaliz, hasta ve aile

Abstract:

Culture involves everything that the individual has produced against what the nature has created. Culture is the texture of life and every individual has a culture. We need to learn about every individual with their own cultural characteristics and to live with their differences and similarities. We also need nephrology nurses who recognize cultural diversity as a source of richness and are able to provide culturally sensitive care. This study reviews the literature on the importance of providing patients receiving dialysis treatment and their families with culturally specific care, and it presents up-to-date information about this subject.

Key Words: Transcultural nursing, nephrology nurses, hemodialysis, patient and family

Kültür geçmişten günümüze kadar aktarılan ve toplumdaki bireyler arasında köprü oluşturan yazılı olmayan bir bağıdır ve toplumların yaşama biçimidir (1,2). Kültürlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasında gelenek, inanç ve değerlerin etkisi vardır ve gelenek, inanç ve değerler tüm kültürlerin temel yapılarıdır. Eğer bir hasta bileğine mavi boncuklardan oluşan bir bilezik takıyorsa, bir erkek ameliyattan önce vücudundaki kılların tıraş edilmemesi için tepkide bulunuyorsa ya da bir kadın doğumdan sonra banyo yapmayı reddediyorsa, kültürel özelliklerinden dolayı bu davranışları yapıyor olabilir (1). Her bireyin, dünyayı kendi kültür penceresinden al-

gıladığını bilmek gerekir (3). Kültür, kişinin nasıl düşüneceği, hangi dili konuşacağı, nasıl giyineceği, nasıl inanacağı, hastalarını nasıl tedavi edeceği, ölümlerine ne yapacağı, nasıl besleneceği konularında etkilidir. Yeni tanı yöntemlerinden hastalıkların seyrine, semptom örüntülerinden neyin hastalık olup neyin olmadığını belirlemesine dek pek çok düzeyde etkilidir (1,4). Toplumun sağlık yapısı kültürel açıdan iyi bilinmelidir. Bireylerin değer ve tutumları yaşadıkları sosyal çevreden yani kültürden etkilenmektedir (5).

Her birey, kendisini başkalarından ayıran düşünce ve uygulamaları geliştirir, zaman içinde kültürünü oluşturur. Kültür varlığını tutum, eylem ve örneklerin öğrenilmesi ve öğretilmesi yolu ile korur. Kültür, kişiliğin şekillenmesinden ana-baba tutumlarına, çocuk yetiştirme biçimlerinden kullanılan dile kadar, insan yaşamının pek çok yönünü etkiler. Bireyler yıllardır belli kültürel özelliklerini sürdürürebilmek için çaba göstermişlerdir. Bu inanış sağlık davranışlarına da yansımış ve sağlık sorunları ile karşılaşan bireyler çareyi kültürel yaşamlarında aramışlardır (6). Kültürel faktörler bireylerin davranış değişiminde hem engel hem de kolaylaştırıcı olarak karşımıza çıkmaktadır. Türk toplumunda görülen “Kadercilik” kadereci yaklaşım davranış değişimini etkileyen önemli bir faktördür (7). Periton diyalizi tedavisi alan hastaların hastalığı kader olarak algıladığı ve her şeyin Allah’tan geldiğine inanarak şükrettikleri belirtilmektedir (8). Kadere ve hastalığın Allah’tan geldiğine inanmak hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırırken, bazı kişilerde bu kaderciliğin aşırı olması hastalığın tedavisine yönelmesine neden olabilmektedir (1). Bu durum kültürel faktörlerin davranış değişiminde ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir. Böyle bir durumda nefroloji hemşirelerinin hastalara kadereci yaklaşımın sağlığı geliştirmedeki olumsuz yönlerini açıklarken kültürel duyarlılık konusunu çok iyi bilmesi ve uygulaması gerekir .

Hastalık nedenlerinin nazara bağlanması erken teşhis ve tedaviyi geciktirmesi açısından istenmedik bir sonuçtur. Büyük İslam dininde kabul edilmeyen bir durum olmasına rağmen kültürün bir parçası olmaya devam etmektedir. Kadınlar dini inançları, toplumun yapısı ve karar verici durumda olmadıkları için karşı cins sağlık çalışanından, erkekler ise dini inançları ve toplumun yapısından dolayı kadın sağlık çalışanından hizmet almak iste-

mediklerini belirtebilmektedirler. Hatta dini açıdan aşırı muhafazakâr olan kadın, sonucu ne olursa olsun erkek sağlık çalışanından hizmet almayacağını ifade edebilmektedir. 21. Yüzyılın ilk yarısında hala sağlık hizmeti alımında bu tür tutumların olması sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir risk teşkil etmektedir (9). Bireylerin kültürel inançları meme kanseri erken tanı uygulamalarına yönelik yarar ve engel algısını, dolayısı ile erken tanı davranışlarını sürdürmelerini etkilemektedir. Benzer şekilde bireylerin kültürel inançları kronik böbrek yetmezliği olan hastaların erken tanı davranışlarını etkileyebilir (7).

Sürekli bir toplumsal hareketlilik içinde olan ve gerek geçmişte, gerekse bugün çok çeşitli kültürlerin sürekli etkileri altında bulunan Türkiye gibi bir ülkede kültürel duyarlılık konusu çok önemlidir (10). İletişim çağında dünyanın beş kıtasında olup bitenlerden, çevremizden anında haberdar olduğumuz bu süreçte dünyadaki farklılıklarla ve benzerliklerle birlikte yaşamayı öğrenmemiz gerekmektedir. Kültürlerin varlığındaki çeşitlilik bireylere zenginlikler sunmaktadır. Amaç o çeşitliliği ortadan kaldırmak değil, koruyarak birliği, sürekliliği sağlamaktır. Dünya’da çeşitli kültürler vardır, ama bu küreselleşme süreci içerisinde onun nasıl korunabileceğini ve korumak için yapılması gerekenleri bilmek durumundayız. Burada önemli olan, dünyayı kendimize benzetmek değil, bize benzemeyen dünyada yerimizi almak, birlik içinde çeşitlilik, çeşitlilik içinde birliği sağlayabilmektir. Çeşitliliği ortadan kaldırmamak gerekir. Her kültür ürününde yüzyıllarca, binlerce yıllık emek vardır. Yalnız toplumlar değil, dinler, mezhepler, tarikatlar, dünyayı birbirinden farklı bir şekilde tanımlamaktadır ve nefroloji hemşireleri de bu farklı olayları, bu farklı uygulamaları önce bilmeli, sonra hoşgörülü olmalı, ondan sonra karar vermelidir (11).

Küreselleşmenin kaçınılmaz olduğu günümüzde, transkültürel bakım uygulamalarına ilişkin çalışmalar, hem ülkemiz hem de dünya hemşireleri için ufuk açıcı olacaktır. İnsanların inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kültürel özellikler sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak görülmelidir. Daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için bakım verilen grubun hastalık ve sağlığı nasıl algıladıklarını ve buna nasıl tepki verdiklerini, davranışlarının arkasında hangi kültürel etmenlerin yer aldığını bilmek, en azından anlamaya çalışmak gerekmektedir. Transkültürel yaklaşım, her düzeyde sağlık hizmeti veren kurumlarda uygulanabilir; fakat hemşireler bu yaklaşımda ayrıcalıklı bir konumdadır. Leininger'in modeline göre, transkültürel sağlık hizmetlerini ancak hemşireler sağlayabilir. Çünkü hemşireliğin amacı, insanların kültürel değerlerine ve yaşam tarzına saygılı, insana yakışır bir bakım hizmeti sağlamaktır. Hemşireler, bireylere kültürel yönden günün koşullarına uygun, kabul edilebilir bir bakım sunmalıdır. Leininger'e göre hemşireler, hareketli ve değişen koşullarda dünyanın her tarafından insanlarla etkileşim halinde bulunabilir, göçmenlere, savaşta yaralılara yardıma çağrılabilirler (4). Bu nedenle nefroloji hemşireleri hastaların, hastalıkla baş edebilmesi, sağlığı yükseltebilmesi ve korumaya yönelik davranışları anlayabilmesi için kültürel veri toplamları gerekmektedir. Zararlı bulunan kültürel bir davranış değiştirilmeye çalışılırken o davranışın yerini dolduracak, kültürlere ters gelmeyecek bir davranış seçilebilmelidir. Bakım verenler için, hastaların en zor karşılanan gereksinimleri kültür farklılıklarından kaynaklanan gereksinimlerdir. Nefroloji hemşireleri 2014'lü yıllarda bakım verirken toplumun kültürel yapısını göz ardı etmemeli, çok kültürlü toplumlarda kültürel içerikli bakımı sağlayan yeni yollar araştırmalı, kültürün hastalık-sağlık tanımlarını nasıl

etkilediğini anlamalı ve biomedikal sistem ile farklı kültürdeki bireylere yönelik verilen bakım arasında bir köprü görevi oluşturabilmelidirler. Nefroloji hemşireleri farklı kültürlerle çalışırken o kültürleri tanımalı ve hastaya ya da kendisine kültür şoku yaşatmamalı, hizmet verdikleri grubun kültürüne karşı duyarlı olmalıdırlar (6). Kültüre özgü bakım, bireye hastanede kaldığı süre içinde uymak ya da yapmak durumunda olduğu dini uygulamaları olup olmadığını sormaktan başlayıp, hastanedeki levhaları iki dilde yazmaya kadar geniş bir yelpazede düşünülmelidir (1,4). Kültüre özgü bakım vermek, hastanın tedaviye uyum sürecini olumlu olarak etkileyebilir. Yapılan bir çalışmada Avrupa, Japonya ve Amerika'da kültürel ve uygulamayla ilgili özelliklerin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmektedir (12).

Amerikan Hemşireler Birliği, hasta hemşire ilişkisinde bireyin (hastanın) kültürü, hemşirenin kültürü ve ortamın kültürü olmak üzere karşılıklı üç etkileşimden söz etmektedir: Bireyin (hastanın) kültürü sağlığa ilişkin inançları, geçmişteki hastalık/sağlık deneyimleri ile bir bütündür ve bireylerin sağlıklarını geliştirmede yaşamsal bir rol oynar (1,4). Türk halkı, sağlık sorunlarına "geçici davranış kalıpları" geliştirerek yaklaşmaktadır. Örneğin; ciddi sağlık sorunları olan birisi, hastanede olduğu sürece kendisine azami özenin gösterilmesi için beklenti içerisinde olabilmektedir (13).

Geleneksel toplumlarda kadının her koşulda sağlık hizmeti almasına engel olarak gösterilen dini inançlar ve toplumun kültürel yapısı kadınları daha çok geleneksel uygulamalara yönlendirmektedir. Kadınlar ya geleneksel uygulamalar yoluyla ya da kendi kendilerine iyileşme yoluyla erken tanıdan uzaklaşmakta ve erken tedavi şansını kaybetmektedirler (9).

Hemşirenin kültürü kavramı ise, hasta-hemşire ilişkisini etkileyen tek unsurun, hasta olmayıp, hemşirelerin kendi gelenek, inanç ve değerlerinin de transkültürel ilişki içinde oldukça fazla önem taşıdığını ifade etmektedir. Hemşirenin kendini anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlangıç noktası olabilir. Kültürel çatışma yaşayan hemşire, kültürel çatışmanın nedenini anlayabilmesi için, öncelikle kendi bilinçaltındaki kültürel davranışının farkına varmalıdır. Transkültürel üçlünün sonuncu ögesi “ortamın kültürü”dür. Çevre, kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. İnsan, fiziksel, ekolojik, sosyopolitik ve kültürel varlık olarak çevresiyle karşılıklı etkileşim halindedir. (1,4).

Nefroloji Hemşiresinin Kültürel Çatışma Yaşadığında Gösterdiği Olumsuz Tepkiler

Etnosantrizm: Kişinin kendi kültürünü temel alarak, diğer kültürleri kendi kültürü açısından değerlendirir. Etnosantrizm, genelde bir şeyin başka toplumlardaki yapıma şeklinin, aynı şeyin kendi toplumunda yapıma şeklinden daha geri olduğunu varsayan bir yaklaşımdır. Hemşirenin ait olduğu kendi kültür grubunun inanç ve değerlerini en iyi, en kabul edilir görmesi, bakım alanların inançlarını ve değerlerini engeller. Bu etnik merkezli olma etnosantrizm biçiminde ifade edilir (3,4).

Stereotip: Bireysel farklılıklar göz önüne alınmadan bireylerin ya da grup üyelerinin özelliklerinin aynı olduğunun kabul edilmesidir. Stereotip davranış, hemşirenin hastasının farklılıklarını ve bireysel özelliklerini tanımasına engel olabilecek bir yaklaşımdır.

Kültürel körlük: Kültürel farklılığın ifade edilmesine önem vermemenin bir belirtisidir. Hemşire, hastanın farklı yönlerini önemsemez, bunları yok sayıp, tedaviye devam ederse kültürel körlük denilen durum ortaya çıkar.

Kültürel empoze: Hemşire kendi kültür normlarına

ya da sağlık kurumunun normlarına hastasının uymasını beklediği zamanlarda ortaya çıkar. Hemşire “burada benim hastanemdesin ve bizim yöntemlerimize uymak zorundasın” diye bir ifade kullanıyorsa hemşire kültürel empoze yapıyor demektir.

Kültürel çatışma: Hemşire, hasta ve ailesi farklı değerlere sahip olduklarında, farklı davranışlar sergilediklerinde, inanç ve geleneklerinin farklılığı durumunda çatışma yaşayabilir.

Hemşireden beklenen profesyonel tavır, kültürel relativizmdir. Kültürel relativizm, bireyi kültürü, kendi yapısı içinde, başka değer yargıları kullanmadan tanımak ve anlamaktır. Hastasına kültürel relativizm ile yaklaşan hemşire kültürün özelliklerine, inanç çeşitliliğine ve değişik çevrelerde, değişik sosyal ihtiyaçlar sonucu oluşan uygulamalara açık bir bakış açısına sahiptir (1,4).

Başka bir kültürden gelen bir bireyin ya da ailenin etkili bir hemşirelik bakımı alması ve kültürel açıdan güvenli uygulamaların kişi ya da aile tarafından belirlenmesi kültürel güvenlik olarak açıklanabilir. Sağlık bakım hizmeti alan birey, hemşire ile olan etkileşimde kendini güvende hissetmek ister. Bu güven sadece fiziksel ve ruhsal anlamda değil, aynı zamanda kültürel anlamda bir güveni de içinde barındırmaktadır. Bireyin kültürel tutum ve inançlarını herhangi bir tehdit hissetmeden ifade edebilmesi ve uygulayabilmesi ve bulunduğu ortamdan terapotik anlamda yararlanabilmesi için hemşirelik uygulamalarının kültürel olarak güvenli olması önemlidir (14).

Kültürel model ve rehberlerin kullanılması son derece önemli bir konudur. Çünkü bu model ve rehberler, hemşirelerin bakım verdikleri toplumun kültürel özelliklerini değerlendirmesinde, kültürel verilere daha sistematik ve standardize yollarla ulaşmasında ve kültürlerarası hemşirelik alanında bilgi birikiminin artmasında yararlı olmaktadır.

Böylece hemşireler bakım verdikleri bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarının arkasındaki kültürel faktörleri bilir ve bakım verdikleri kişilerle aralarında gelişebilecek ve bakıma olumsuz yansıyacak bir algılama ya da davranış yaşanması engellenir. Bunların sonucunda hemşirelerin bireylere sunduğu bakımın kalitesi yükselir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin özellikle iletişim, dini inanç ve yaşam biçimi kendisinininkinden farklı olan bireylere bakım verirken güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Yeterli kültürel veri toplayamayan hemşire, bakım verdiği bireyin davranışlarının altında yatan kültürel nedenleri analiz edemekte ve bireylerin sağlık hizmetini kabul etmeme, hizmetten etkili yararlanmama nedenlerini değerlendirememektedir. Hemşirelerin, bireyleri kendi kültürel kalıplarında incelemeleri ve hemşirelik yaklaşımında da bunu göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Hemşireler, bireylerle ilk iletişim kurdukları zaman kültürel değerlendirme yapmalıdırlar. Bu değerlendirme derinlemesine olacağı gibi daha sonra yapılabilecek derinlemesine bir değerlendirmeye zemin de oluşturabilir. Böylece hemşire topladığı bilgilerle etkili bir iletişime geçme olanağı bulur. Yurt dışında başta Leininger olmak üzere Spector, Giger, Davidhizar, Purnell gibi birçok uzman hemşire kültürel model ve rehber geliştirmişlerdir. Türkiye’de son yıllarda kültürel bakımın ve kültürel veri toplamanın önemine yönelik farkındalık artmıştır. Nefroloji hemşirelerinin de daha kısa zamanda, daha fazla kültürel veri toplayarak bakımda ortak bir dil oluşturup kültürel değerlendirme yapmalarına katkı sağlayacak bir rehber gereksinimleri vardır (15). Giger ve Davidhizar’ın Transkültürel değerlendirme modeline göre yapılan bir çalışmada; çocuk nefroloji kliniğinde yatan bir çocuk hastada bu model uygulanmıştır. Giger ve Davidhizar’ın modelinde, her birey benzersiz olarak kabul edilir ve İletişim, Alan, Sosyal Organizasyon, Zaman, Çevre Kontrol

ve Biyolojik Değişkenler gibi alt kültürel boyutları vardır. Kültüre uygun bakım modellerinden teorik ve kavramsal olarak elde edilmiş bilgiyi kullanmak hemşireler için gereklidir. Giger-Davidhizar transkültürel modeli bireylerin kültürel miraslarını inançlarını, tutum ve davranışlarını anlamamızı mümkün kılmaktadır. Bu model kültürel olarak farklı bireylere uzman bir hemşirelik bakımı verilirken bireylerin değerlendirilmelerine yardımcı olmaktadır (16).

Çok kültürlü toplumlarda, sağlık bakım profesyonellerinin kültürel yeterliğe sahip olmaları gerekmektedir ve bu gereklilik toplum tarafından beklenmektedir. Kültürel yeterlik; farklı değerleri, kültürel adetleri bilmeyi, toplumların geleneklerine uygun olmayı ve bireylerin bakımında duyarlı olmayı içermektedir (17). Sağlık personelinin bireyin kültürünü iyi anlayamaması, tanımaması, iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık bakımında eşitsizliklere, ayrımcılığa, ırkçılığa, kalıplaşmış yargılamalara neden olur. Bu durum bakımın niteliğini ve bireyin sağlığını olumsuz etkiler (2,3). Bakım, bireylerin yaşam şekline ve değerlerine göre uyumlandırılmalıdır (7). Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin farklı kültürden gelen bireye bakım verirken, farklılıkla yüz yüze gelme durumunda gerginlik yaşadıkları belirtilmektedir. Farklı kültürden gelen hastaların bakımında kültürel yeterliliğin eksikliği olabilmektedir. Kültürel yeterliliğin eksikliği, hatalı anlama, güven eksikliği, iletişim ve olumlu ilişkinin kurulmasında engellerle sonuçlanan, etnik merkezli odaklanmanın bir sonucu olarak kültürel çatışmaya neden olabilir (17). Gerek bakım alanlar gerekse bakım veren sağlık personeli arasında giderek artan kültürel çeşitlilik, bakımda niteliği etkilemektedir. Tüm bu nedenlerle hemşireler farklı kültürden bireylere geleneksel değil, bütüncül ve kültürlerarası yaklaşımla bakım vermek durumundadır (18).

Hemşireler kültürel yeterlilik içindeki gerekli bilgi ve becerileri kazanmalıdırlar. Böylece kültürel yeterli hemşirelik bakımı hasta memnuniyetine ve olumlu sonuçlar sağlamaya yardımcı olacaktır (16).

Böbrek nakli yapılan hastaların birçoğu yeni organın beyinlerini, duygularını, kişiliklerini nasıl etkileyeceğini merak edebilir. Örneğin, bir kadının böbreğini alan bir erkek hasta “kadınlaşır mıyım” endişesi taşıyabilir. Bireylerde beden imajına, kimliğe ve özlük duygusuna ilişkin sorunlar da gündeme gelebilmektedir (19). Yukarıda organ bağışi ile ilgili verilen örnekte bu hastanın içinde yaşadığı kültürün cinsiyete ve özellikle, o kültürde erkeklerin kadınlara göre daha güçlü olarak görüldüğü anlaşılmaktadır.

Farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin duygusal yüz ifadelerini anlama düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bireylerin kendi kültürlerinden olanların duygularını daha iyi anladığı ve kültürler arasında duygusal yüz ifadelerini anlama bakımından farklılıklar olduğu belirtilmektedir. Küreselleşme ile birlikte hemşireler çok kültürlü ortamlarda ve farklı kültürlere sahip bireylerle daha fazla karşılaşmaktadırlar. Farklı kültürel geçmişe sahip bireylerle çalışmak önemli güçlükler neden olabilmektedir. Bu güçlükler arasında ilk sırayı iletişim sırasında yaşanan güçlükler almaktadır. Hemşire sözel ve sözel olmayan iletişim yoluyla bireyin yaşadıklarını anlamaya çalışırken kendini doğru ifade edebilmeli, bir bakım verici olarak bakımı alan kişi ile etkili bir iletişim kurabilmelidir. Bu nedenle hemşireler, bireylere bakım verirken kültürel farklılıklar ve benzerlikler hakkında daha fazla bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Kültürel yapı içinde özellikle iletişimi etkileyebilen özelliklerin bilinmesi önemlidir. Kültürel farklılıkları olan bireyler arasında beden dilinin ortaya koyduğu anlamlar iletişimin aksamasına neden olabilir. Korku,

anksiyete, ağrı, ümitsizlik, uykusuzluk gibi birçok sorunun tanılanmasında hemşirenin, hastanın yüz ifadelerini anlaması gerekir. Ayrıca hasta ve hemşirenin aynı dili konuşmadığı durumlarda da yüz ifadelerini tanıma kişilerin birbirlerini anlamasında önemli role sahiptir. Hemşireler iletişim sırasında yalnızca bakım verdikleri bireylerin bedenlerinden gelen mesajlara değil, aynı zamanda kendi beden mesajlarının iletişim kurdukları bireyler tarafından nasıl algılandığına ve nasıl değerlendirildiğine de dikkat etmek zorundadır. Hemşirenin duygusal tepkilerinin, yüz ifadelerinin bakım verdiği bireyler tarafından doğru değerlendirilememesi de iletişimde güçlükler yaşamasına yol açabilir. Japon’ların duygularını maskeleymeye çalıştıkları, Amerika’lıların duyguları anlamaya çalışırken daha çok ağız hareketlerine, Japon’ların ise göz ve bakışlara odaklandığı belirtilmektedir. Mutluluk, üzüntü, öfke ve korku gibi duyguların yansıtılmasının ve anlaşılmasının bebeklik dönemlerinde gelişmeye başladığı, kültürel ve diğer bireysel ve çevresel faktörlerden daha az etkilendiği, tikslenme, küçük görme ve hayret etme gibi duyguların ve bunları açığa çıkaran ifadelerin kültürden ve diğer etmenlerden daha fazla etkilendiği belirtilmektedir. Nefroloji hemşireleri bakım verirken ve bireylerle iletişim içindeyken, kültürün yüz ifadelerinin anlaşılmasında etkili olabileceğini ve bakım verdikleri bireylerin ve toplumun kültürel özelliklerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (20). Toplumun kültürel özelliklerini tanımının yanı sıra hemşireler geleneksel ilaçları, ibadet yerlerini, kutsal sayılan yerleri ve bunun gibi organizasyonları tanımalı, eğer olanak varsa hizmet grubunu tanımak amacıyla bu gibi yerleri ziyaret etmeli ve gözlem yapmalıdır (6).

Hemodiyaliz hasta ve ailesi için kayıp ve yaşam şekli değişiklikleri önemlidir ve bu değişiklikler ailenin stres ve anksiyete yaşamasına neden olabilir. ilintilidir.

Bu hasta ve ailelerin yaşadıkları sorunlarla başa çıkma kapasiteleri kültürel özellikleriyle doğrudan kültürel farklılıkları ve benzerlikleri ortaya çıkaran çalışmaların yapılması diyaliz hasta ve ailelerinin tepkilerinin anlaşılmasına ışık tutabilir. Meksikalı Amerika'luların kültüründe günahların karşılığında ceza yada kader olarak hastalığın ortaya çıktığı düşüncesi vardır. Hastalığın Tanrı'dan ya da bir davranışın sonucunda doğa ya da doğaüstü güçlerden gelen bir ceza olduğuna inanılmaktadır. Meksikalı Amerika'lılarda aile kavramının anlamı birey için son derece önemlidir. Aile ilişkileri, Kore kültüründe de çok önemlidir. Kore toplumunun geleneksel yapısında duyguların baskılanması söz konusudur. Koreli Amerika'lılar arasında diğer etnik gruplara kıyasla daha yüksek bir depresyon olduğu bildirilmiştir. Kore'liler nadiren depresyon ya da diğer psikolojik problemleri vardır, çünkü ruhsal hastalık damgalayıcı ve tehdit edici bir deneyim olarak görülmektedir. Güney Koreli hastalarda son dönem böbrek yetmezliği ve hemodiyalize bağlı olarak ortaya çıkan rol değişikliği nedeniyle bu hastaların diğer etnik gruplardaki hastalara oranla daha fazla stres yaşamaları sonucu çeşitli ruhsal sorunlarının olduğu belirtilmektedir. Kore kültüründe, psikolojik belirtilerin ifadesine karşı bir tabu olduğundan belki de kronik hastalık ile ilişkili duygusal sıkıntıyı ifade etmede güçlük yaşanabilmektedir. Diğer bir deyişle, kronik hastalıkların ciddi psikolojik etkileri vardır. Kronik hastalığı olan bireyler daha fazla stres oluşturacağı için tartışmaktan kaçınabilmektedir. Asya kültürünün çoğunda ciddi kronik hastalıklar 'utanma nedeni, hayatta önceden yapılmış hatta atalarının yaptığı kötü şeylerin sonucu olarak görülebilmektedir. Bireylerin stres yönetimine yardımcı olmak için aile ve arkadaşlarından yardım aramak için tereddüt etmesi kaygı vericidir. Bu bulgu özellikle kronik hastalığı olan bireyler için zaman içinde sosyal destekte azalma olması açısından önemlidir. Bu çalışmanın bulguları hasta ve ailesinin diyaliz deneyimine tepkisinde kültürel farklılıklar olduğunu açıkça göstermektedir (21). Porto Riko'luların ruhsal hastalıkları stigmatize etmeye meyilli olmaları,

emosyonel dışavurumların erkekler tarafından zayıflık olarak görülmesi kültürel etmenlerle ilgilidir (22).

Nefroloji Hemşireleri Hasta ve Ailesine Bakım Verirken;

- 1-Hizmet verdiği topluma ilişkin bilgi sahibi olmalı,
- 2-Hizmet verdiği toplumun okul, hastane, ibadethane gibi sosyal birliktelik ortamlarını tanımalı,
- 3-Kültürel değerlendirme öncesinde odaklanmak istediği özel alanları tanımalı,
- 4-Kültürel verileri toplamada kendisine yardımcı olabilecek stratejileri belirlemeli,
- 5-Kültürler arasında köprü olabilecek öğeleri tanımlamalı,
- 6-Bireyleri incitmeksizin uygun soru sormayı bilmeli,
- 7-Meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliğine girmeli,
- 8-Toplumda kabul gören toplum liderleriyle görüşmeli,
- 9-Bireylere ve kendisine karşı dürüst, açık ve samimi olmalı,
- 10-Bakım öncesinde gerek objektif, gerekse subjektif veri toplamalı ve bu verilerin doğruluğundan emin olmalı,
- 11-Kültürel bakımda da belirtildiği gibi sağlığı koruma ve geliştirmede öncelikle toplum tanılanmalı ve bireylerle görüşmeler yapılmalı,
- 12-Bakım verdiği birey ve ailesine ilişkin kültürel farklılıklar ve benzerlikler hakkında bilgi sahibi olmalı ve duyarlı davranılmalı,
- 13-Nefroloji hemşireleri farklı kültürlerle ait bilgisini arttırarak, bireylerle kendi kültürlerine uygun ve önyargıdan uzak görüşmeler yapmalı, böylece kültürel şoku engellemelidir. 13-Nefroloji hemşireleri farklı kültürlerle ait bilgisini arttırarak, bireylerle kendi kültürlerine uygun ve önyargıdan uzak görüşmeler yapmalı, böylece kültürel şoku engellemelidir. Belirli bir kültürde bireyin yaşamı ve deneyimlerinin (bütünün bir parçası olarak), o toplumun kültürünü yansıttığı bilinmelidir. Bütün bunların yanı sıra hemşireler az da olsa toplumda çok yaygın olarak kullanılan ve bakım verirken iletişimi kolaylaştıracak kelime ve cümleleri de öğrenmelidirler (2,7).

Sonuç olarak; kültürel özellikleri dışlayan bir hemşirelik bakımının, hasta, aile ve toplum tara-

Bu gerçeikle, nefroloji hemşiresi bakım verdiği birey, aile ve topluma yönelik kaliteli bir bakım vermeyi hedefliyorsa o toplumun kültürünü çok iyi tanımak zorundadır.

Kaynaklar

1. Bolsoy N, Sevil N. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(3):78-87.
2. Öztürk E, Öztaş D. Transkültürel hemşirelik. Yaşam Bilimleri Dergisi 2012; 1(1):293-300.
3. Temel A.B. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(2):92-101.
4. Şahin NH, Bayram GO, Avcı D. Kültürlere duyarlı yaklaşım: transkültürel hemşirelik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009; 6(1):2-7.
5. Kılıç M, Apay SE, Beji NK. İnfertilite ve kültür. İ.U.F.N. Hemşirelik Dergisi 2011;19(2): 109-115.
6. Tortumluoğlu G, Okanlı A. Özer N. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; 1-12.
7. Ersin F, Bahar Z. Odak grup görüşmeleri ve kültürel bakım farklılık-evrensellik teorisi ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(3):165-168.
8. Yılmaz M, Özaltın G. The sexual behaviors of patients receiving peritoneal dialysis treatment. Sexuality and Disability 2011; 29(1): 21-32.
9. Tanrıverdi, G, Bedir E, Seviğ Ü. Cinsiyetin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşler üzerindeki etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):435-440.
10. Babaoğlu AN. Transkültürel psikiyatri. Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; (2):33-36.
11. Güvenç B. Sağlık ve Hastalık Kültürleri. Kültür ve Hemşirelik Sempozyum Kitabı, 2003. 4-5 Temmuz, Kapadokya; 1-15.
12. White RB. Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. Nephrol Nurs J 2004; (31):432-435.
13. Taşçı S. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, ed. Kültürlerarası Hemşirelik Kitabı. 2012. s.19-44
14. Yılmaz EB. Bakımda Kültürel Güvenlik. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, ed. Kültürlerarası Hemşirelik Kitabı. 2012.s.445-481.
15. Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök M.C. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):793-806.
16. Karabudak SS, Tas F, Başbakkal Z. Giger and Davidhizar's transcultural assessment model: a case study in Turkey. Health Science Journal 2013;7(3):342-345.
17. İz FB, Temel AB. Hemşirelikte kültürel yeterlik. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2009;5(17):51-57.
18. Temel AB. Hemşirelik araştırmalarına kültürel yeterli yaklaşım. Seviğ Ü, Tanrıverdi G, ed. Kültürlerarası Hemşirelik Kitabı. 2012.s.409-442.
19. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.
20. Akpınar RB. Moğol ve Türk katılımcıların duygusal yüz ifadelerini tanıma becerileri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13 (3):1-6.
21. White N, Richter J, Koeckeritz J, Lee Y AE, Munch KL. A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. Journal of Transcultural Nursing 2002;13(3): 218-227.
22. Şahin M.Ö, Türkçan A.S, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. Yeni Sempozyum Psikiyatri, Nöroloji ve

Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı Tedaviler

Prof. Dr. Nimet OVAYOLU , Doç. Dr. Özlem OVAYOLU , Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ ,
Yrd. Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gaziantep

Özet

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, zarar verme potansiyeli bulunmasına rağmen birçok nedenle tamamlayıcı tedavilere başvurmaktadır. En sık başvuru alan tamamlayıcı yöntemler arasında; bitkisel ürünler, relaksasyon, akupunktur, akupressüre, yoga, masaj, müzik, refleksoloji ve aromaterapi yer almaktadır. Hastalar bu yöntemleri kullanırken, olası zararlı etkilerin neler olabileceğini tahmin edememekte ve çoğunlukla kullandıkları yöntemi sağlık ekibi ile paylaşmamaktadır. Bu nedenle bu tedavilerin farkında olunmalı, hastalarla sürekli iletişim kurulmalı, yararlı ve zararlı etkileri açısından hastalar izlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Böbrek yetmezliği; tamamlayıcı tedaviler.

Abstract

Although potential for harm exists, patients with chronic renal failure apply to complementary therapies for many reasons. The most commonly used complementary methods, herbal products, relaxation, acupuncture, acupressure, yoga, massage, reflexology, music and aromatherapy. When patients using this method, they are unable to predict what might happen possible harmful effects and commonly they do not share the methods they use to with healthcare team. Thus, it behooves us to become conversant in these therapies so that we may hold open dialogues with our patients, and monitoring them for effects, both beneficial and harmful.

Key words: Complementary therapies, renal failure.

Son yıllarda tıp ve teknolojiadaki gelişmeler böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam süresini uzatmıştır. Yaşam süresinin uzaması ile beraber hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden akut durumlar, komorbid hastalıklar, kronik diyaliz tedavisine bağlı ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal semptomlar, genel iyilik hali ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (1). Bu nedenle kronik böbrek hastalarının hastalığın veya tedavinin yol açtığı sorunlar ile baş etme yöntemi olarak tamamlayıcı tıp uygulamalarını tercih etme oranları her geçen gün artmaktadır (2). Hastalar, hastalık semptomlarını gidermek (özellikle yorgunluk, kaşıntı, anksiyete, depresyon, kardiyovasküler risk faktörleri) (3),

yaşamı tehdit eden durumlarda hastalığın kontrolünü sağlamak, standart tedavilerine destek olmak, immün sistemlerini güçlendirmek, fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve ruhsal yönden kendini iyi hissetmek (4), diyalize girmeyi geciktirmek, böbreği korumak, diyalizdeki yaşam kalitesini arttırmak ve ölüm korkusunu yenmek için tamamlayıcı yöntemlere başvurmaktadır. Özellikle diyaliz tedavisine henüz başlamamış olan hastalar kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamasının kendisini diyalizden kurtarabileceğini düşünürken, diyaliz tedavisi altında olan hastalar hastalık veya tedaviden kaynaklanan komorbidite semptomlarını hafifletebileceklerini düşünerek tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmayı tercih etmektedir (2).

Günümüzde tamamlayıcı tıp, kronik hastalıkların getirdiği umutsuzluğa karşı bir çıkış yolu olarak düşünülmektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastaları da tanı konmasından itibaren birçok çıkış noktası aramakta (2) ve tamamlayıcı yöntemlere başvurmaktadır. Ancak son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların tamamlayıcı yöntem kullanma durumları ile ilgili veriler yeterli değildir (5-8). Uçan ve arkadaşları (4) hemodiyaliz hastalarının %49,6'sının, Nowack ve arkadaşları (5) %49,6'sının, Hess ve arkadaşları (6) renal transplantasyon yapılan hastaların %11,8'inin tamamlayıcı yöntemlere başvurduğunu belirtmiştir. Böbrek yetmezliği olan hastaların sıklıkla başvurduğu tamamlayıcı yöntemler arasında, bitkisel ürünler, relaksasyon, hipnoz, akupunktur, akupres, yoga, masaj, müzik, refleksoloji ve aromaterapi yer almaktadır

Bitkisel ürünler

Bitkisel ürünler, tarih boyunca hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kullanılmıştır (9). Böbrek yetmezliği gibi kronik veya tamamen tedavi edilemeyen sağlık sorunu olan hastalar hipertansiyon, uykusuzluk, kas krampları gibi bazı semptomları gidermek için “doğal” çareler olarak düşündükleri bitkisel ürünlere başvurabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastaları çoğunlukla prediyaliz dönemdeyken, “doğal” ve “güvenilir” olduğuna inandıkları bitkisel ürünlerle, hastalığın ilerlemesini azaltmaya ve semptomları gidermeye çalışmaktadır (4,10,11). Bitkisel ürünlerin böbrek yetmezliği olan hastalarda farmakokinetiği (emilimi, dağılımı, metabolizması, atılımı) tam olarak bilinemediği ve toksik yan etkileri nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (11-13). Bu ürünler özellikle diyaliz hastalarında, rezidüel böbrek fonksiyonları, kan basıncı, kan glikozu ve koagülasyonda tahmin edilemeyen etkiler, elektrolit dengesizlikleri, ilaç etkileşimleri, akut proteüni, zehirlenmeler, kanserojen etki ve

hipersensitivite reaksiyonlarına neden olabilmektedir (10, 14,15). Özellikle bitkisel ürünlerin kullanımı tübüler nekroz, akut/kronik intestisiyel nefrit, hipokalemi, hiperkalemi, hipertansiyon, nefrolithiazis, üriner retansiyon gibi renal sendromlara yol açmaktadır (16). Bitkisel ürünler böbrek dışında deri, karaciğer, gastrointestinal, pulmoner, kardiyovasküler, endokrin, hematolojik, nörolojik sorunlara yol açabilir ve tüm organ ve sistemleri tutabilir (17). Tamamlayıcı yöntem kullanan hastalarda ortaya çıkan sorunları değerlendiren bir çalışmada, hastalarda en sık dehidratasyon, kusma, diyare, bilinç değişikliği, oligüri gözlenmiştir. Ayrıca hastaların %76'ında renal disfonksiyon, %48'inde karaciğer disfonksiyonu gözlenmiştir (18).

Bütün bu yan etkilere rağmen böbrek yetmezliği olan hastalar farklı amaçlarla bitkisel ürünleri tercih edebilmektedir. Örneğin; kan basıncını düşürebilmek için kullanılan sarımsak günümüzde, antihipertansif, antilipidemik, antikanser, antibakteriyel, antiplatelet etkileri nedeniyle dünyada en yaygın kullanılan 12 bitki arasında yer almaktadır. Ancak, sarımsağın bu özelliklerini kanıtlayan, etkinlik ve güvenliğini gösteren bilimsel verilerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sarımsağın rutin bir antihipertansif tedavi seçeneği olarak önerilemeyeceği açıklanmıştır. Ayrıca sarımsağın hipoglisemi, midede yanma, bulantı, kusma, diyare, alerjik reaksiyonlar, nefes ve vücutta hoş olmayan bir koku yaratması gibi birçok yan etkisi vardır. Sarımsak, antikoagülan (aspirin, varfarin, heparin gibi), antiplatelet ve nonsteroidal anti-inflamatuvar ilaçlarla etkileşime girerek, kanama riskini artırabilmektedir. Bunun için böbrek hastalarının sarımsak kullanmaları uygun görülmemektedir (10). Ginkgo biloba preparatları vazodilatasyon yapabildiğinden ve pıhtılaşmayı azalttığından iç kanamaya yol açma olasılığı bulunmaktadır.

Ginkgo biloba preparatları vazodilatasyon Ekinezyanın bulantı-kusmaya yol açabildiği, pıhtı yapabildiğinden ve pıhtılaşmayı azalttığından iç ka- laşmayı etkileyebileceği belirtilmektedir. endorfin namaya yol açma olasılığı bulunmaktadır. salınımını artırır. Vücudun doğal ağrı kesici ve ruh-

Tablo 1. Bazı bitkilerin etkileşimde bulunabileceği ilaçlar

Bitkiler	İlaçlar
Ginkgo biloba (Japon eriği)	Aspirin, antikoagülanlar, varfarin (kumadin), heparin, tiklopidin (tiklid), klopidogrel (plavix), dipiridamol (persantin), NSAİİ, antikonvülsanlar
Hypericum perforatum (Binbir delik otu)	Antidepresanlar, demir ilaçları
Ephedra (Efedra)	Kafein, dekonjestanlar, stimulanlar
Ginseng	Antikoagülanlar, varfarin, heparin, aspirin, NSAİD'ler, kortikosteroidler, östrojen, digoksin, antidiyabetikler
Matricaria chamomilla (Sarı papatya)	Antikoagülanlar, demir ilaçları
Echinacea purpurea (Ekinezya)	Anabolik steroidler, amiodaron, metotreksat, ketokonazol, immünodepresanlar, kortikosteroidler, siklosporin
Tanacetum parthenium (Koyun gözü)	NSAİİ, antikoagülanlar, demir ilaçları
Sarımsak, zencefil	Antikoagülanlar
Piper methysticum (Kava)	Sedatifler, uyku hapları, antipsikotikler
Valeriana officinalis (Kedi otu)	Uyku hapları

Aromaterapi

Günümüzde, birçok ülkede hasta bakımının bir parçası olarak kabul edilen, noninvaziv, ucuz ve rahatlatıcı bir yöntemdir (9, 19, 20). Fiziksel ve psikolojik iyilik sağlamak için bitkilerden elde edilen esansiyel yağların tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Bitkisel öz yağlar, solunum ve deri ve yolu ile uygulanmaktadır. Esansiyel yağlar düşük dozlarda, masaj için ya da çevreye güzel koku sağlamak amacıyla kullanılabilir (9). Böbrek yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda aromaterapinin kaşıntıyı, depresyon ve anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir (21-25).

Müzik Terapi

Müzikle tedavinin tarihi tıp tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Çünkü insanlar tedavi araçları ile müziği çoğu kez bir arada kullanmışlardır. Müzik terapi uygulaması, hipofiz bezini uyararak

olan endorfinin salınımı sonucunda ağrı, anksiyete azalır ve algılama üzerine olumlu etki yapar (9). Müzik terapinin bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak hastaların, emosyonel, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları için kullanılabileceği belirtilmektedir. Cantekin ve arkadaşları (26)'nın çalışmasında müziğin hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve stresi, Pothoulaki ve arkadaşları (27)'nin çalışmasında da müziğin hastaların anksiyete ve ağrılarını azalttığı saptanmıştır. Lin ve arkadaşları (28)'nin hemodiyalize giren yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ise müziğin hastaların stresini, diyaliz sırasında yaşanabilecek problemlerin sıklığını ve şiddetini azalttığı, hastaların iyilik halini olumlu etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların diyalize uyumunu ve diyaliz yeterliliğini de etkileyebileceği ifade edilmiştir.

A k u p u n k t u r

Klasik Çin Tıbbı'nın önemli dallarından biri olan akupunktur, vücuttaki belli noktalara iğne batırarak veya ona eş değer başka yöntemler kullanılarak gerçekleştirilen ve iki- üç bin yıldır uygulanan bir tedavi yöntemidir (9, 20). Hem hastalığın hem de tedavilerin yol açtığı sorunların kontrolünde kullanılmaktadır (20, 29). Hemodiyalize giren hastaların semptom yönetiminde güvenle kullanılabilir bir yöntem olduğu belirtilmektedir (30). Kim ve arkadaşları (31)'nin hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada, akupunkturun postmenapozal dönemdeki sıcak basmalarını azalttığı, başka bir çalışmada ise erektil disfonksiyona yararlı etkilerinin olduğu belirlenmiştir (32). Che-Yi ve arkadaşları (33)'nin çalışmasında ise akupunkturun üremik kaşıntıda güvenli ve etkili bir şekilde kullanılabilirliği ifade edilmiştir (33).

A k u p r e s

Bu uygulamanın aslı akupunktura dayanır. Akupres, iğnesiz akupunktur da denilmektedir. İğne kullanmayı gerektirmediğinden acısız, ağrısız, zahmetsiz, güvenli, etkili, ekonomik, yan etkisi olmayan, öğrenilmesi ve uygulaması kolay olan, iyi bir eğitimle kişinin kendisinin bile uygulayabileceği bir tedavi yöntemidir (34). Bedenin belli bölgelerindeki noktalara basınç uygulanarak semptomlar yok edilmeye çalışılır (20). Vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmaklar, avuç içi, tenis topları, küçük tanecikler veya özel stimülasyon cihazlarıyla basınç uygulayarak yapılmaktadır. Böbrek hastalarında da depresyon, uykusuzluk, yorgunluk, bulantı-kusma, kas krampları ve kaşıntı gibi birçok semptomun kontrolünde akupres'in kullanılabilirliği belirtilmektedir (34). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda akupres'in kaşıntıyı (35), susuzluk şiddetini (36), yorgunluğu, depresyonu azalttığı (37, 38) uyku kalitesini iyileştirdiği (37), yaşam kalitesini olumlu etkilediği tespit edilmiştir (39).

Relaksasyon (gevşeme)

Hastalara eğitim verilerek kademeli olarak kasları germe ve gevşetmeleri sağlanır, bunun sonucunda bazı semptomlar kontrol altına alınmaya çalışılır (20). Diyalize giren hastalarla yapılan çalışmalarda, progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların anksiyete düzeyini (40), ağrı ve yorgunluğu (41) azalttığı, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (40, 41). Ayrıca böbrek yetmezliği olan hastalarda egzersizin etkisini araştıran çalışmalarda da hafif düzeyde yapılan egzersizin diyalizin etkinliğini (42), iyilik hali ve genel sağlığını arttırdığı (43), güvenli ve etkili bir tamamlayıcı yöntem olduğu tespit edilmiştir (42).

Hipnoz

Tıpta farklı alanlarda kullanılan (44), dikkatin belirli bir noktaya odaklaşmasını ve fiziksel rahatlamayı sağlayan bir yöntemdir (20). Untas ve arkadaşları (44)'nin hemodiyaliz hastalarında hipnozun etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, hipnozun hastaların anksiyete, depresyon, yorgunluk ve uykusuzluğunu olumlu etkilediği ve bu yöntemin kolaylıkla nefroloji hastalarının bakımına dahil edilebileceği belirtilmiştir (44).

Yoga

Solunum teknikleri, fiziksel duruş ve meditasyondan oluşan (20), kan basıncı, nabız gibi fizyolojik parametreleri kontrol altına alabilen ve klinikte terapotik bir girişim olarak kullanılabilen bir yöntemdir (45). Yurtkuran ve arkadaşları (46)'nin hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada, yoga temelli yapılan egzersizin hastaların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, kreatinin ve kolesterol düzeyini azalttığı saptanmıştır (46).

Refleksoloji

Bakımda sıklıkla kullanılan (47), vücudun spesifik noktalarına, genellikle el ve ayaklara basınç uygulayarak yapılan tamamlayıcı bir yöntemdir. Bu spesifik noktaların iç organlara karşılık geldiği düşünülmektedir (20). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, ağrı ve kramp şiddetini azaltmak ve bu semptomları azaltarak, yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlamak için refleksolojinin, eğitilmiş kişiler tarafından farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılması önerilmektedir (47).

Bilindiği üzere nefroloji hemşirelerinden son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerde semptomları tanımlama ve yönetme, bakımı planlama, aile/bakım verenlerin gereksinimlerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmesi beklenmektedir (1). Bu nedenle özellikle nefroloji hemşireleri, hastaların tamamlayıcı yöntem kullanıp kullanmadığını araştırmalı ve bu yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

Bu yöntemlerin olası riskleri, yararları ve kısıtlamaları gibi konularda hastalarını tam olarak bilgilendirmeli, onların sorularını yanıtlayabilmeli, açık bir iletişim kurmalı, hastaları bu yöntemlerin etkileri açısından izlemelidir (3, 4). Özellikle bitkisel ürünleri kullanma ve bu ürünlerin tüketimi sırasında gelişen etkileri de sorgulanarak, hastalara danışmanlık hizmeti ve bitkisel ürünlerin böbrek hastalığına etkisi ile ilgili eğitim verilmelidir. Ancak yanlış geleneksel ve yaygın uygulamaların tam olarak önlenmesinin, yasal, ekonomik ve toplumsal olarak gerçekleştirilebileceği unutulmamalıdır (4).

Kaynaklar

1. Akyol AD. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 2(1): 31-41.
2. Özdemir AA. Kronik böbrek hastalarında tamamlayıcı tıp uygulamaları. Başkent Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009; 1-9.

3. Markell MS. Potential benefits of complementary medicine modalities in patients with chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis 2005; 12(3): 292-299.
4. Uçan Ö, Ovayolu N, Pehlivan S. Hemodiyaliz hastalarının alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin uygulamaları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2007; 17 (3): 56-60.
5. Nowack R, Balle C, Birnkammer F, Koch W, Sessler R. et al. Complementary and alternative medications consumed by renal patients in southern Germany. J Ren Nutr 2009; 19(3): 211-219.
6. Hess S, De Geest S, Halter K, Dickenmann M, Denhaerynck K. Prevalence and correlates of selected alternative and complementary medicine in adult renaltransplant patients. Clin Transplant 2009; 23(1): 56-62.
7. Duncan HJ, Pittman S, Govil A, Sorn L, Bissler G. et al. Alternative medicine use in dialysis patients: potential for good and bad. Nephron Clin Pract 2007; 105(3): 108-113.
8. Akyol AD, Yildirim Y, Toker E, Yavuz B. The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. J Clin Nurs 2011; 20(7-8): 1035-1043.
9. Akça NK, Taşçı S. Kaşıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. TAF Prev Med Bull 2013; 12(3): 359-364.
10. Kara B. Kronik böbrek yetmezliğine bitkisel ürünlerin etkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 189-193
11. Dahl NV. Herbs and supplements in dialysis patients : panacea or poison? Semin Dial 2001; 14(3): 186-192.

12. Biçen C, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Elver Ö. et al. Kronik böbrek hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2012; 21(2): 136-140.
13. Chan TY, Tam HP, Lai CK, Chan AY. A multidisciplinary approach to the toxicologic problems associated with the use of herbal medicines. *Ther Drug Monit* 2005; 27(1): 53-57.
14. Luyckx VA. Nephrotoxicity of alternative medicine practice. *Adv Chronic Kidney Dis* 2012; 19(3): 129-141.
15. Dugo M, Gatto R, Zagatti R, Gatti P, Cascone C. Herbal remedies: nephrotoxicity and drug interactions. *G Ital Nefrol* 2010; 27(52): 5-9.
16. Isnard Bagnis C, Deray G, Baumelou A, Le Quintrec M, Vanherweghem JL. Herbs and the kidney. *Am J Kidney Dis* 2004; 44(1): 1-11.
17. Erdem S, Eren PA. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2009; 66 (3): 133-141.
18. Luyckx VA, Steenkamp V, Rubel JR, Stewart MJ. Adverse effects associated with the use of South African traditional folk remedies. *Cent Afr J Med* 2004; 50(5-6): 46-51.
19. Gül A, Aslan FE. Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2012; 4(1): 30-6.
20. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1): 83-98.
21. Shahgholian N, Dehghan M, Mortazavi M, Gholami F, Valiani M. Effect of aromatherapy on pruritus relief in hemodialysis patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(4): 240-4.
22. Ro YJ, Ha HC, Kim CG, Yeom HA. The effects of aromatherapy on pruritus in patients undergoing hemodialysis. *Dermatol Nurs* 2002; 14(4): 231-4.
23. Itai T, Amayasu H, Kuribayashi M, Kawamura N, Okada M. et al. Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54(4): 393-7.
24. Karadağ E, Kılıç SP, Karatay G, Metin O. Effect of baby oil on pruritus, sleep quality, and quality of life in hemodialysis patients: Pretest-post-test model with control groups. *Japan Journal of Nursing Science* 2013; 1-10
25. Jeong SK, Park HJ, Park BD, Kim IH. Effectiveness of topical chia seed oil on pruritus of end-stage renal disease (ESRD) patients and healthy volunteers. *Ann Dermatol* 2010; 22(2): 143-8.
26. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Ren Fail* 2013; 35(1): 105-9.
27. Pothoulaki M, Macdonald RA, Flowers P, Stamataki E, Filiopoulos V, Stamatiadis D, Stathakis ChP. An investigation of the effects of music on anxiety and pain perception in patients undergoing haemodialysis treatment. *J Health Psychol* 2008; 13(7): 912-20.
28. Lin YJ, Lu KC, Chen CM, Chang CC. The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biol Res Nurs* 2012; 14(3): 277-85.
29. Paley CA, Johnson MI, Tashani OA, Bagnall AM. Acupuncture for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 19(1): 1-28.

30. Kim KH, Kim TH, Kang JW, Sul JU, Lee MS. et al. Acupuncture for symptom management in hemodialysis patients: a prospective, observational pilot study. *J Altern Complement Med* 2011; 17(8): 741-748.
31. Kim KH, Na SY, Lee MS, Kim SH, Jung SY. et al. Acupuncture for hot flashes in postmenopausal hemodialysis-dependent women: two case reports. *J Altern Complement Med* 2010; 16(8): 915-918.
32. Kim KH, Kim TH, Kang JW, Lee MS, Kim JI. et al. Acupuncture for erectile dysfunction in a non-diabetic haemodialysis patient: a case report. *Acupunct Med* 2011; 29(1): 58-60.
33. Che-Yi C, Wen CY, Min-Tsung K, Chiu-Ching H. Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (LI11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20(9): 1912-1915.
34. Akça NK, Taşçı S. Kaşıntı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4(1): 190-196.
35. Kiliç Akça N, Taşçı S, Karataş N. Effect of acupressure on patients in Turkey receiving hemodialysis treatment for uremic pruritus. *Altern Ther Health Med* 2013; 19(5): 12-18.
36. Yang LY, Yates P, Chin CC, Kao TK. Effect of acupressure on thirst in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* 2010; 33(4): 260-265.
37. Tsay SL, Cho YC, Chen ML. Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Am J Chin Med* 2004; 32(3): 407-416.
38. Cho YC, Tsay SL. The effect of acupressure with massage on fatigue and depression in patients with end-stage renal disease. *J Nurs Res* 2004; 12(1): 51-59.
39. Tsay SL, Rong JR, Lin PF. Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003; 42(2): 134-142.
40. Yildirim YK, Fadiloglu C. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patients. *EDTNA ERCA J* 2006; 32(2): 86-88.
41. Kaplan E, Ovayolu N, Ovayolu Ö. Diyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi. 22. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Poster Bildiri, Antalya, 2012.
42. Mohseni R, Emami Zeydi A, Ilali E, Adib-Hajbaghery M, Makhloogh A. The effect of intradialytic aerobic exercise on dialysis efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Oman Med J* 2013; 28(5): 345-349.
43. Ling KW, Wong FS, Chan WK, Chan SY, Chan EP. et al. Effect of a home exercise program based on tai chi in patients with end-stage renal disease. *Perit Dial Int* 2003; 23(2): 99-103.
44. Untas A, Chauveau P, Dupré-Goudable C, Kolko A, Lakdja F. et al. The effects of hypnosis on anxiety, depression, fatigue, and sleepiness in people undergoing hemodialysis: a clinical report. *Int J Clin Exp Hypn* 2013; 61(4): 475-483.
45. Gordon L, McGrowder DA, Pena YT, Cabrera E, Lawrence-Wright MB. Effect of yoga exercise therapy on oxidative stress indicators with end-stage renal disease on hemodialysis. *Int J Yoga* 2013; 6(1): 31-38.
46. Yurtkuran M, Alp A, Yurtkuran M, Dilek KA. Modified yoga-based exercise program in hemodialysis patients: a randomized controlled study. *Complement Ther Med* 2007; 15(3): 164-171.
47. Ozdemir G, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *Int J Nurs*

Nefroloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doç. Dr. Nesrin NURAL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon

Özet

Bir problem çözme yaklaşımı olan kanıta dayalı uygulama, hastanın tercihleri ve değerleri, klinik uzman deneyimleri, hasta bakımı verileri ve çalışmalardan elde edilen en iyi kanıtların entegrasyonu ile sunulan sağlık hizmetidir. Destekleyici örgüt kültürü ve kanıt temelli yaklaşım hasta sonuçlarını iyileştirir, bakımın kalitesini ve hemşire memnuniyetini artırır.

Anahtar Kelimeler: Nefroloji hemşireliği, kanıta dayalı uygulama

Summary

Evidence-based practice which is a problem-solving approach, is a delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values. The supportive organizational culture and the evidence-based approach is improved highest quality of care and best patient outcomes and nurse satisfaction

Key Words: Nephrology nursing, evidence based practice

Hemşirelikle ilgili araştırmalar Kırım Savaşı (1856) sırasında, Florence Nightingale'in askerlerin aldığı yaradan çok sıtma ve bulaşıcı hastalıklardan öldüğüne tanık olmasıyla başladı. Nightingale yaralı askerlere verilen bakım sürecinde aldığı önlemlerle, hastanede ölüm oranlarını azaltarak dünyada kanıt kullanan ilk hemşire oldu (1).

Hemşirelik eğitimi 1900-1940 yılları arasında araştırma çalışmalarına odaklanmaya başlamıştır. 1970'li yıllarda kanıta dayalı uygulama (KDU) hareketi ilk olarak İngiliz Hekim Epidemiyolog Archie Cochrane tarafından başlatıldı. Aynı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde doktoralı hemşirelerle birlikte bakımın kalitesini arttırmak için araştırma projeleri başlatılmış, ancak kalitatif çalışmalardan çok tanımlayıcı özellikteki çalışmalara yer verilmiştir.



1980'li yıllarda kanıta dayalı uygulamalar artmaya başlamış, hemşireler yaşam kalitesi, ağrı, dekübitüs ülseri, üriner inkontinans gibi spesifik konularla ilgilenmeye başlamışlardır. 1990'lı yıllarda, sağlık bakım maliyetleri, örneğin; kalite, sağlık olanaklarına erişim gibi sağlık reformlarına öncelik verildi (2). Türkiye'de ilk defa 2000 yılında kanıta dayalı hemşirelik (KDH) Platin tarafından, "Ülkemizde kanıta dayalı hemşireliğin uygulama engelleri" konusu ele alınarak gündeme getirilmiştir (3).

Bu hareketin hızlanmasında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin taleplerinin yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında (malpractice) artış belirleyici olmuştur. KDU temelinde klinik uygulamalarda ve hasta sonuçlarında fark yaratmak, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, bakımı standardize etmek ve tüm bu sonuçlara bağlı olarak da hemşire memnuniyetini arttırmak yatmaktadır (4,5).

Kanıtla dayalı uygulama özenli ve dürüstçe yayınlanmış, açık, net doğru kararların ortaya çıkardığı araştırma sonuçlarının hasta bakımında kullanılmasıdır (6). Sackett'e (1996) göre hasta bakımında alınan kararların en akıllıca ve makul bir şekilde kullanılmasıdır (7). Tranmer ve arkadaşları (1998) sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel değerlendirilmesine dayanan bilgi olarak tanımlamaktadır (8). Epstein (1999) "uygulamacının karar verme sürecinde kullandığı bilgi, beceri, değerler, deneyim de bir çeşit kanıttır" şeklinde ifade etmektedir (9).

Kanıtla dayalı uygulama farklı hasta gruplarından elde edilen kanıtların, klinik uzman görüşü ve bilgilerinin bir arada değerlendirilerek hastalara en iyi bakım vermek için bir araya getirme olarak tanımlanabilir. Bu doğrultuda hastalara en iyi bakımı verebilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve hasta değerlerini ve en iyi araştırma kanıtlarını bir araya getirmek gerekir (5,10,11).

En iyi araştırma kanıtı; iyi randomize edilmiş kontrollü çalışmalardan oluşur, çoğunlukla nicel göstergelere dayanır ancak, nicel verilerin yanında vaka çalışmaları da kullanılır. *Klinik uzman kavramı*; profesyonel ve klinik eğitim sonucunda elde edilen yeterlilik ve profesyonel karar verme yetisidir. Hastaların sağlık durumlarını, teşhisini, kişisel risk faktörlerini ve girişimlerden alacakları potansiyel yararları, hasta ve uygulayıcılar arasın-

da iletişim kurarak karar verilmesini sağlar. Klinik deneyimin yanında, araştırma bulgularının bireylere uygulanması, hastaların değerlerine ilişkin bilgiyi gerektirmektedir. Hastaların değerleri, hastaların beraberlerinde getirdikleri beklentilerini, endişelerini, tercihlerini, hastalık ile ilgili deneyimlerini kapsar (11,12).

Kanıtla dayalı uygulama yeni gelişmeleri güncel tutma ve hemşireliğe uzmanlık kimliğini kazandırma yoludur. Problem odaklıdır ve sağlık hizmetinin verildiği alanlarda yer alır. Sağlık hizmetlerinin amacı var olan kaynakları en etkin biçimde kullanarak yeni kaynak oluşturmaktır. Diğer taraftan toplum/bireyin en üst düzeyde sağlık hizmeti almasını sağlamaktır. Sağlık hizmetinde elde edilen kanıtlar klinik etkinliğini arttırmaya, sağlık hizmetinde bulunanlar için protokol/klavuz oluşturmaya, daha kaliteli hizmet/bakım sağlamaya ve elde edilen sonuçları değerlendirmeye yarayacaktır (13). Protokol/kılavuz geliştirme ve araştırma sorusu oluşturma, tasarım ve çalışma seçim kriterleri belirlemede rehberlik eder. Bu çalışmalar, etkili klinik uygulama ya da karar almada ve bu alandaki gelişmeleri takip etmede çok önemlidir (13,14). Klinik kılavuzlar klinik uygulamalar sırasında yenilenen kanıtla dayalı bilgilerin bileşimidir. Klinik kılavuzların ana amacı en iyi kanıtlardan elde edilen bilgi ve uygulamalarla, tıbbi davranışı tanımlamak ve hasta sonuçlarını iyileştirmektir. Yüksek kaliteli KDU kılavuzları iyi düzenlenmiş sistematik incelemeler ve meta analizler temel alınarak yapılır (15). Kanıt kalitesinin ve önerilerin derecelendirilmesi tablo 1'de gösterilmektedir (16).

Tablo1: Kanıtların ve önerilerin derecelendirilmesi

Derece	Kanıt Kalitesi	Anlamı
A	Yüksek	Gerçek etkinin, ön görülen etkiye yakın olduğuna inanma
B	Orta	Gerçek etkinin ön görülen etkiye yakın olması çok olası, fakat ondan önemli ölçüde farklı olma olasılığının olma
C	Düşük	Gerçek etki ön görülen etkiden önemli ölçüde farklı olabilir.
D	Çok düşük	Etki ön görülenden oldukça belirsizdir ve sıklıkla gerçek etkiden oldukça uzaktır.
Önerinin Gücü		
Düzey I		Önerilir
Düzey II		Önerilir

Teknolojideki hızlı değişim ve dünyadaki bilgiye hızlı erişim sağlık çalışanlarının çözüm arama, karar verme ve gelişmeleri izleme sürecini kolaylaştırmıştır. Sistemik analiz/meta analiz çalışmalarına kapsamlı bir şekilde ulaşabilmek için sistemik eğilimli kütüphaneleri kullanmak gerekir. En sıklıkla kullanılan MEDLINE ve EMBASE veri tabanlarıdır. Diğer önemli kaynak yıllık olarak yayınlanan “Nursing Research” dergisidir. Bu dergi tez çalışmalarını ve önemli klinik çalışmaları içerir (14).

Sistemik analiz birden fazla bağımsız çalışmanın klinik ve araştırma problemlerini organize ve yapılandırılmış bir şekilde değerlendirilmesidir. Var olan delilleri raporlama işlemidir.

Bu açıdan sistemik derlemeler, uygulayıcılara, konu ile ilgili araştırma bulgularını sunmakla kalmamakta, aynı zamanda yöntemsel açıdan güçlü olan araştırmaları ortaya koymakta, uygulayıcıların daha geçerli ve güvenilir olan kanıta ulaşmalarına da yardımcı olmaktadır (14).

Kronik böbrek yetmezliği ve renal hastalıklarla ilgili randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ), iç hastalıkları ve diğer alanlarda yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında kalite ve sayı olarak hasta yararına elde edilen kanıtların en az düzeyde olduğu görülmektedir (17,18,19). Murray ve arkadaşlarının (2009) kronik böbrek yetmezliği ile ilgili yaptığı sistemik analiz sonuçları tablo 2’de verilmiştir (20).

Tablo 2: Kronik böbrek yetmezliği ilgili çalışma bulgularının özetleri ve kanıt düzeyleri

Çalışma	Yöntem	Kanıt düzeyi	Veri kaynakları	Tanımlanan faktörler
Orsino et al. 2003; Kanada	Tanımlayıcı	Zayıf	197 Renal replasman tedavisi alan SDBY hastası	Tedavi ile ilgili durumlar (diyaliz türü ve programı, fiziki görünümüne etkisi, cinsel aktivite, çalışma ve sosyal yaşam, diyalizden çekilme kararı), transplantasyona ilişkin sorunlar (transplantasyonun psikolojik etkileri, riskleri/yararları/canlı donörün iyileşme süreci/bağış nedenleri/deneyimler/riskler/yararlar)
Wuerth et al. 2002;USA	Tanımlayıcı	Güçlü	40 hasta (20 PD, 20 HD) diyaliz başladıktan 6 ay sonra	Doktor ve aile görüşleri, Tedaviye ilişkin zorluklar/kolaylıklar
Ashby et al. 2005; Astrailia	Kalitatif	Zayıf	16 hasta ya da bakım verenler	Yaşam kalitesi; sağlık algısı, kendilik algısı.... Hasta/doktor etkileşimi
Calvin. 2004;USA	Kalitatif	Güçlü	20 HD hastası (11 erkek, 19 kadın, yaş ort:56)	Kontrolün sürdürülmesi; diğerleriyle iletişim; iletişim becerileri
Davison, 2006; Kanada	Kalitatif	Orta	24 SDBY hastası	Kontrol, diğerleriyle sağlanan etkili iletişimin yaşam kalitesi üzerine etkisi

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD)

“Hemşirelikte elde edilebilir en iyi kanıt nedir” sorusu henüz yeterince yanıt bulamamıştır. Mc Pheeters (1999), 21. yüzyılın hemşireliğin kanıt dayalı uygulamaları şekillendireceğini ön görmektedir (21). 1993 yılında Oxford’da nefrolojiyle ilgili sistematik analiz grupları, 1997 yılında da Cochrane merkezinde renal inceleme grubu oluşturuldu. Bu grup daha çok renal tıp ve sağlık bakımı ile ilgili konular ve küçük hasta gruplarını içermektedir. Cochrane kütüphanesinde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) yönetimi ile ilgili yapılan uluslararası çalışmalar arasında yer alan sistematik analizleri içeren 12000 özet değerlendirildi. Bu çalışmaların 2085’i (%18) randomize ya da yarı randomize kontrollü çalışmalar idi. Ancak bu çalışmaların içinden 39 çalışma değerlendirilmeye uygun görüldü (22).

Randomize kontrollü çalışmalar iyi klinik uygula-

maları takip etmek için kullanılır ve alternatif tedavilerin etkinliğini değerlendirmede altın standartlar olarak kabul edilir. Ön yargıların minimize edilmesini sağlar. Tedaviler arasında gözlenen farklılıkların açıklanmasına olanak verir. Hastalar açısından kabul kriterlerinin oluşmasına, sınırlılıkların belirlenmesine rehberlik eder (23,24). Örneğin SDBY hastalarının tedavisinde periton diyalizi ya da hemodiyaliz tedavisini seçmeye ilişkin farklılık ya da bir tedavi seçeneğinin yararları ya da riskleri konusunda belirsizlikler olabilir. Ya da SDBY hastaların tedavisinde kullanılan bir yöntemin daha etkili ancak daha yüksek maliyetli olması sonucunu getirebilir (22).

Böbrek hastalığı ile ilgili en iyi bilgi, metodolojisi iyi tanımlanmış ve kanıtların sentezlenmesiyle hazırlanmış klinik klavuzlarda (The Joint National Committee ve Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/ KDOQI) yer almaktadır. Örneğin; KDOQI’e göre kronik böbrek yetmezliği

(KBY) için önerilen kan basıncı hedefi $< 130/80$ mmHg'dir. Ancak klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre bu önerinin desteklenip desteklenmediği tartışmalıdır. Son sistematik analizler diyabeti ve proteinürisi olmayan, sadece KBY tanısı olan hastalar için bu hedefi önermektedir (19).

Nefroloji ile ilgili hasta bakımı uygulamaları geniş değişkenlik gösterebilmektedir. KBY kronik bir hastalık olduğu kadar komorbit komplikasyonları nedeniyle de yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. KBY diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar için de bir risk faktörüdür. Dolayısıyla KBY'nin yönetimi böbrek hastalığı, vasküler biyoloji, kardiyoloji, diyabet, temel ve klinik araştırmacılar tarafından ele alınmalıdır (25).

Nefroloji ile ilgili, sistematik analiz /meta analiz çalışma sonuçları "güvenli ve etkili ilaç tedavisi, Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonlu hastalar, KBY eritropoezisini stimule eden ajanlar, hemodiyaliz hastalarında aneminin yönetiminde askorbik asit, katetere bağlı enfeksiyonlarda profilaksiye yönelik antibiyotikler, eser elementler, renal sonuçları iyileştirmede statinler, yeni popüler tedavi uygulamaları, böbrek yetmezliği ve post operatif mortalite ya da mortaliteyi arttıran tüm risk faktörleri, klinikte bazı prosedurler ile ilgilidir (14). Amerikan Nefroloji Hemşireleri Derneği (ANNA), araştırma önceliklerini;

- 1-Vasküler erişim yolları enfeksiyonlarını önlemek için hemşirelik girişimleri,
- 2-Vasküler erişim açıklığını korumak için hemşirelik girişimleri,
- 3-Hasta ve ailenin gereksinimlerine yönelik eğitim,
- 4-Hemşirelerin yeterlilik düzeyleri ve hasta sonuçları üzerindeki etkisi ve hemşirelik girişimleri,
- 5- Başarılı hasta sonuçları üzerindeki hemşirelik girişimlerini doğrulama olarak beş alanda toplamıştır (25).

Böbrekler fonksiyonları nedeniyle, vücudun tüm hücrelerini ve tüm organlarını etkilemektedir. Dolayısıyla nefroloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, transplantasyon, psikiyatri, psikoloji, epidemiyoloji ve enfeksiyon kontrolü, yoğun bakım, onkoloji, nöroloji ve gerontoloji vb. diğer spesifik alanları ve hemşireliğini kapsamaktadır. Hemşirelerin nefrolojiyi anlaması için hemşirelik ve klinik gereksinimlerin yanısıra diğer disiplinleri de araştırma kapsamına alması gerekir (26).

Nefroloji ile ilgili alanlarda çalışan hemşirelerin bakmakla yükümlü oldukları hastaların özellikleri nedeniyle, hemşirelik girişimlerinin kanıta dayandırılma gereği vardır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması, bakım kalitesinin yükseltilmesine ve dolayısıyla da hastaların yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir etken olacaktır. KDU tüm sağlık ekibi tarafından daha fazla hasta gereksinimlerinin giderilmesi, aynı zamanda örgüt desteğinin de alınmasına katkı sağlar. Ortak dili geliştirir, mesleki gelişimi arttırır, hemşirelik uygulamalarının tanımlanmasında yardımcı olur. İlgili sağlık alanında öncelikli sorulara cevap verir ve bilimsel çerçeveye katkı sağlar (23).

Hemşireliğe ilişkin uygulamaların bilimsel olabilmesi için, önce uygulamaların tanımlanabilmesi, ölçülebilmesi ve de sınıflandırılabilmesi gerekir. Bu şekilde elde edilen bilgilerin hemşireliğe ilişkin alanlarda uygulama düzeyi yüksektir. Hemşirelik teorisini ve uygulamalarını geliştirmekle sorumlu olan hemşireler, uygun araştırma yöntemleri ve bu yöntemlerde kullanacağı teknikleri, veri toplama araç ve gereçlerini belirleyebilmeli, yoksa yeni araç ve gereçler geliştirmelidir. Hemşireler sağlık sonuçlarını etkilemede, bilimsel kanıtları yorumlayabilme, kanıta dayalı politika geliştirme ve analiz için, hemşirelik eğitimi politika ve programlarını oluşturmada ve sistematik analizde daha aktif bir rol üstlenmelidir (27).

Kaynaklar

1. Donald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evid Based Nurs* 2001; 4: 68-69.
2. Webb J.J. Nursing research and evidence-based practice. <http://evolve.elsevier.com/Cherry>. Erişim tarihi: 10.12.2012.
3. Babadağ K., Kara M. Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 7(2):112-11.
4. Thurston N.E., King K.M. Implementing evidence-based practice: walking the talk. *Applied Nursing Research* 2004; 17(4): 239-247
5. Bennet C. *Nursing interventions and patient outcomes: A meta-analysis of studies*. *Nursing Research* 2006; 37(5): 303-307
6. Liberati A., Telaro E., Perna A. Evidence-Based medicine and its horizons; a useful tool for nephrologists? *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14(3): 46-52.
7. Sackett D.L., Rosenberg W. M. C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312.
8. Tranmer J.E., Squires S., Brazil K. Factors That Influence Evidence-Based Decision-Making, National Forum on Health Canadian Health Action: Building on the Legacy, 1998, 5:3-92'den aktaran French, 2002
9. Epstein R.M. Mindful Practice. *JAMA*, 1999, 282(9), 833-839'den aktaran Polat, 2005
10. Scott K., McSherry R. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18: 1085-1095.
11. French P., What is the evidence on evidence based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(3): 250-257
12. Polat G., Kanıta dayalı sosyal hizmet uygulaması. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2010; 15-18.
13. Levin A. Practice guidelines do improve patient outcomes: association or causation? *Blood Purif* 2008; 26: 67-72.
14. Bello A.K., Wiebe N, Garg A.X., Tonelli M. Basics of systematic reviews and meta-analyses for the nephrologist. *Nephron Clin Pract*. 2011; 119(1): 50-60.
15. Colyer H., Kamath P. Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some materials for consideration by professional practitioners. *J Adv Nurse* 1999; 29(1): 188-193.
16. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant* 2009; 9(3): 1-155
17. Strippoli G.F., Craig J.C., Schena F.P. The number quality and coverage of randomized controlled trials in nephrology. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 411-419.
18. Samuels J. A., Molony D. A. Randomized Controlled Trials in Nephrology: State of the Evidence and Critiquing the Evidence. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2012; 19(1): 40-46.
19. Vassalotti J.A. Navigating the challenges of evidence-based chronic kidney disease care. *European Nephrology* 2012; 6(1): 10-4.
20. Murray M. A., Brunier G., Chung J. O., Craig L.A., Mills C. et al., A Systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Education and Counseling* 2009; 76: 149-158.
21. McPheeters M., Lohr K. Evidence-based practice and nursing: commentary outcomes. *Management For Nursing Practice* 1999; 3(3): 99-101.
22. Campbell M.K., Daly C., Wallace S.A., Cody D.J., Donaldson C. et al. Evidence-based medicine in nephrology: identifying and critically appraising the literature. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15(12): 1950-1955.
23. Sackett D.L., Rosenberg W. M. C. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995; 88: 620-624.
24. Vedelo T. W., Lomborg K. Reported challenges in nurse-led randomised controlled trials: an integrative review of the literature. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 194-200.
25. Lewis S.L., Cooper C.L., Cooper K.G., Bonner P.N., Parker K. et al. Research priorities for nephrology nursing: American Nephrology Nurses' Association's Delphi Study ANNA J. 1999; 26(2): 215-25.
26. Allison, M. M. Mapping the literature of nephrology nursing. *J Med Libr Assoc* 2006; 94(2): 74-79

Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı

Yrd. Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

Özet

Türkiye’de her altı kişiden birinde kronik böbrek hastalığı (KBH)’nın olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle KBH’nda evrelerinin bilinmesi, risk grubundaki kişilerin tespit edilmesi son dönem böbrek yetmezliğinin gelişmesini önlemek ve diyaliz endikasyonunu geciktirmek açısından önemlidir. Bu derlemede KBH’nın evreleri ve her evreye özgü bakım tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, bakım, hemşirelik

Summary

It is stated that one in every six people in Turkey has chronic kidney disease (CKD). Therefore, it is important to have knowledge about the phases of CKD and to detect those people in the risk group in order to prevent the occurrence of end stage renal failure and delay the indication of dialysis. This review discusses the phases of CKD and the necessary care specific to each phase.

Key words: Chronic Kidney Diseases, care, nursing

Kronik Böbrek Hastalığı ve Önemi

Kronik böbrek hastalığı (KBH); Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NFK-DOQI) tanımlama sisteminde böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerül filtrasyon hızı (GFH)’nin 3 aydan uzun bir sürede 60 ml/dk/1,73m²’den düşük olması veya GFH’nda azalma olsun olmasın böbrekte 3 aydan uzun süren yapısal ve işlevsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1,2,3).

Son zamanlarda nefroloji otoriterleri KBH’na neden olan faktörlerin erken tanımlanmasının öneme ve özel girişimlerle hastalık sürecinin yavaşlatıp durdurulabileceğine dikkat çekmektedirler. Çünkü KBH tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. 2006 yılından beri KBH ve özellikle bunların sonucunda ortaya çıkan kronik böbrek yetmezliği (KBY) hakkında dünya kamuoyunu aydınlatmak ve bilinçlendirmek amacıyla Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) ve Uluslararası

Böbrek Vakıfları Federasyonu (IFKF) öncülüğünde 90 aşkın ülkede “Dünya Böbrek Günü” kutlanmaktadır. Bu konunun önemini Serdengeçti (4) KBY görülme sıklığında yıllık %12 orandaki artış nedeni ile diyalizdeki hasta sayısının önümüzdeki 6 yıl içinde 110,000’e yaklaşacağını ve bütçe yükünün de 2,5-3 milyar doları bulacağını, bu artışın kontrolsüz kalmış diyabet ve hipertansiyon (HT) ile ilgili olduğunu ve bu hastalıkların erken yakalanıp tedavi edilirse böbrekleri bozmasının mümkün olmayacağını, bunun sonucunda da diyaliz ihtiyacı olan KBY’li hasta sayısının kendiliğinden %50’ye varan oranda azalacağını belirtmektedir.

Diğer taraftan KBY’ye neden olan birçok böbrek hastalığının da erken yakalandığında tamamen iyileştirilebileceği ya da ilerlemesinin yavaşlatılıp durdurulabileceği üzerinde durulmaktadır (4).

Utaş (5) ise Serdengeçti'nin (4) yaptığı KBY ait vurgulara ek olarak renal replasman tedavilerinin ülke ekonomisine getirdiği yüke dikkat çekmektedir. Utaş'ın belirtişine göre ülkemizde periton diyalizi (PD)'nin maliyeti hemodiyaliz (HD)'ye kıyasla hasta başına yıllık 500 Amerikan doları daha azdır. Bu durumu hastaların ilaç kullanımları da göz önünde bulundurulduğunda PD hastalarında eritropoetin, demir ve fosfor bağlayıcı ilaç kullanımının HD'ye göre daha az olduğu ile açıklanmaktadır. Ayrıca Nefroloji Derneği kayıtlarındaki ilaç kullanım oranları baz alınarak yapılan hesaplamada, PD'deki bir hastanın yıllık maliyeti 17,779 dolar iken HD hastası için 23,342 dolardır. Her iki diyaliz modalitesi arasındaki fark 5,563 dolardır (5).

Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyoloji ve Etyolojisi Türkiye'de genel yetişkin popülasyonundaki KBH oranı %15,7'dir. Diğer bir deyişle yetişkin 6 kişiden birisinde KBH'lığı vardır. Düşük GFH <60 ml/dk olan hasta oranı ise %5,1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelansı Araştırması (CREDIT) çalışmasında KBH'nın bayanlarda (%18,4) erkeklere (%12,8) oranla daha fazla görüldüğü, yaşla birlikte riskin belirgin bir şekilde arttığı, kırsal kesimde yaşayanlarda riskin daha fazla olduğu, ayrıca Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda KBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (6). Tablo 1'de 18 yaşın üstündeki popülasyonda KBH/KBY prevelansı verilmiştir. Bu tabloda 18 yaş ve üzeri popülasyon 46,54,409 olarak hesaplanmış ve Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (K/DOQI) 2002 ile CREDIT çalışmasının karşılaştırması buna göre yapılmıştır (7).

2012 yıl sonu itibariyle 61,667 hastanın renal replasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) prevelansı milyon nüfus başına (per million population -pmp) 816, insidansı ise 139 olarak hesaplanmıştır. HD tedavisi

alan hasta sayısı 48,900 olup yıllık artış devam etmektedir. PD tedavisi alan hasta sayısı 4,777 olup hasta sayısında geçen yıla göre (5,105) azalma dikkati çekmektedir (8). Transplantasyon yapılan hasta sayısı 2014 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2,662 (9) Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi verilerine göre ise 8000'dir (8). HD tedavisi alan hastalarda en önde gelen etiyolojik neden: Diabetes Mellitus (DM) (%36,5), bunu sırasıyla HT (%27,45), glomerülonefrit (%7,32), polikistik böbrek hastalığı (%4,24), tübülointertisyel nefrit (%2,69), amiloidoz (%1,85) ve diğer nedenler izlemektedir. PD hastalarında en önde gelen etiyolojik neden: HT (%34,94), bunu sırasıyla DM (%28,57), glomerülonefrit (%8,13), polikistik böbrek hastalığı (%3,30), tübülointertisyel nefrit (%2,42), amiloidoz (%1,32) ve diğer nedenler izlemektedir (8).

Dünyadaki bazı ülkelerdeki durum ise: 2013 Amerikan böbrek kayıt sistemi (USDRS) atlasında SDBY insidans oranları pmp; Tayvan 527 pmp, Jalisco-Meksika 362 pmp ve ABD 295 pmp'dir. Aynı yıldaki milyon nüfus başına prevelansları ise; Japonya 2,309 pmp, ABD 1,924 pmp, Portekiz 1,662 ve Singapur 1,661 gibi yüksek oranlardadır (10). USDRS 2013 raporunda Amerika'da 2011 yılında diyaliz ve transplantasyon yapılan hasta sayısı 615,899, SDBY'li yeni vaka sayısının ise 155,643 olduğu, SDBY nedenlerinin ise; diyabet 718 pmp; hipertansiyon 477 pmp; glomerulonefrit 274 pmp ve kistik böbrek hastalığının olduğu belirtilmektedir (11). İngiltere'de 2008 yıl sonu itibariyle 47,525 hasta renal replasman tedavisi (RRT) almakta ve prevelansı ise milyon nüfus başına 774'dür. Bu durum yaklaşık olarak %4,4 bir artışı temsil etmektedir (12,13). İngiltere'de 2008 yılında yapılan böbrek nakli sayısı 2486, 2007 yılında 2,218 ve 2006 yılında ise 2,067'dir (13).

2007 yılı sonunda seçilmiş 19 ülkenin nokta prevalansında en düşük Bangladeş 99 pmp iken en yüksek Amerika, Tayvan ve Japonya oluşturmaktadır. RRT prevelansı yıllık ortalama artışı %3,9'dur. Malezya'da yıllık ortalama prevelans %9,7, Yeni Zellenda'da ise yılda %2,5'dir, 19 ülkenin ortalama insidansları ise 136 pmp 'dir (14).

Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Geçmişte KBH'nı derecelendirilirken hafif, orta yada ağır biçiminde tanımlanırken günümüzde artık NFK-DOQI tarafından önerilen ve klinisyenler arasında ortak dili oluşturan sınıflama sistemi kullanılmaktadır (15). KBY'nin varlığı, tanı ne olursa olsun, böbrek hasarının varlığına ve böbrek işlev düzeyine dayanarak belirlenmelidir. KBH olanlarda evre tanı dikkate alınmaksızın NFK-DOQI sınıflama sistemine göre Tablo 2'deki gibi belirlenmelidir (16).

Avrupa En İyi Uygulama Klavuzunda GFH değerinin 15 ml/dk/1,73m²'nin altına gerilediğinde hasta muayeneleri sıkılaştırılarak ayda bir civarına çıkarılması ve HT kontrolüne, sıvı yüklenmesine, biyokimyasal anormalliklere (üremi vb.) ve malnütrisyon tedavisine özellikle dikkat edilmesi gerektiği ve damar yolu cerrahisi planlanması üzerinde durulmaktadır. Ayrıca bu klavuza göre mutlaka GFH 6 ml/dk/1,73m²'nin altına düşmeden diyalize başlanmalıdır. GFH 6 ml/dk/1,73m²'nin altına düşmeden önce diyalize başlamış olmayı garantiye almak için, diyalizin GFH 8-10 ml/dk arasında iken başlatılması düşünülmelidir. Diyabetik

hastalarda daha erken başlanabilir (17).

Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı

NFK-DOQI klavuzları KBH olan hastaların, tanısı (böbrek hastalığı tipi), eşlik eden başka bir hastalığı var mı, böbrek işlev düzeyiyle ilgili değerlendirilen hastalığın ağırlığı ve komplikasyonların varlığı (ör:anemi), böbrek işlev kaybı, kardiyovasküler risk açısından değerlendirilmesini önermektedir. Tedavisinde ise; tanıya dayalı özgül tedavi, eşlik eden hastalık durumlarının değerlendirilmesi ve kontrol altına alınmasını (ör:DM), böbrek işlev kaybını önlemeye yönelik; kan basıncı kontrolü, sigara bırakılması, egzersiz, lipit kontrolü ve nefrotoksik ajanlardan kaçınılması gibi sağlıklı yaşam stilinin geliştirilmesi, böbrek yetmezliği gelişmiş üremi belirtileri var ise de; renal replasman tedavileri olan PD, HD ve renal transplantasyona hastanın yönlendirilmesini içeren bir tedavi planının geliştirilmesini önermektedir (16). Renal replasman tedavi (RRT)'lerinin yaşamı uzattığı kanıtlanmasına rağmen yinede önemli derecede morbidite ve mortalite söz konusudur. Seçilecek diyaliz şekli ideal olarak maliyet yararlılığı yüksek olmalı, en düşük morbidite ve mortalite ilişkili olmalı ve en yüksek düzeyde yaşam kalitesi sağlamalıdır (18). Tablo 3'de KBH tedavisi görülmektedir (19).

Sonuç olarak; hemşireler KBH insidansının giderek arttığını göz önüne alarak verilmesinin yanı sıra hastalar psikososyal açı- hastalığın gelişimini ve ilerlemesini önlemek için değerlendirilmeli ve kendi bakımlarında so- için evrelere göre bakımı bilmeli ve klinik uygu- rumluluk almaları için desteklenmelidirler. Ay- lamalarında bu bilgileri yansıtabilmelidirler. rıca KBH'nin tüm evrelerinde hastalara aile KBH'nin semptom yönetiminde bire özgü tıbbi örüntülerini içeren bütüncü bir hemşirelik bakı- bakımını mı da verilmelidir.

Tablo 1: KBH/KBY Prevelansı

GFH	ABD 2002, n	Türkiye 2009, n (%)
<15 ml/dak/1,73m ²	300,000	68,815 (%0.15)
15-29 ml/dak/1,73m ²	400,000	125,667 (%0.27)
30-59 ml/dak/1,73m ²	7,600,000	2,173,577 (%4.67)
60-89 ml/dak/1,73m ²	5,300,000	2,396,985 (%4.67)
>90 ml/dak/1,73m ²	5,900,000	2,527,307 (%4.67)

Tablo 2: NKF-DOQI Sınıflama Sistemine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dak/1,73m ²)
0	Risk faktörü var	≥ 90
1	Böbrek hasarı var,GFH normal	≥ 90
2	Böbrek hasarı ve GFH hafif derecede azalma	60-89
3	GFH'ında orta derecede azalma	30-59
4	GFH'ında ciddi derecede azalma	15-29
5	Böbrek Yetmezliği (Diyaliz/Transplantasyon)	< 15

Tablo 3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı

Evre	Belirtiler	Tedavi-Bakımı
Evre 1	KBH'nın bu evresi belirti vermez. GFH'da düşme dışında klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur (1).	<p>*KBH tanımlanır ve uygun tedavi seçeneği sunulur.</p> <p>*Kardiyovasküler risk faktörleri belirlenir, çünkü GFR hızında hızlı bir bozulma olur.</p> <p>*Kan basıncı ölçümlerinde dikkatli olunmalıdır.</p> <p>*Glikoz kontrolü sağlanır, kilo takibi ve uygun kilo planlaması yapılır ve kolesterol seviyesi ölçülür.</p> <p>*Yıllık GFR ölçülmeli.</p> <p>*Eğer stikle ölçümde protein varsa yıllık idrarda PKÖ (protein-kreatin ölçüm), AKÖ (albumin-kreatin ölçüm) bakılır.</p> <p>*Sağlığı koruyucu davranışların gelişmesi sağlanmalı (sigara, alkol, nefrotoksik ajanlardan (ilaç ve bitkiler vb.) uzak durması,</p>
Evre 2	NFK-DOQI'ye göre (GFH 60-89 ml/dk/1.73m ²) hastanın ısrarlı mikroalbuminüri (albumin/kreatin oranı ile ölçülür), ısrarlı proteinüri (diğer nedenler dışlandıktan sonra ör:ürolojik), ısrarlı hematüri, böbreğin yapısal anormallikleri, biyopsi ile kanıtlanmış glomerülonefriti yoksa KBH'lı olarak kabul edilmemeli veya daha fazla araştırma konusu yapılmamalı. GFH'nın değişiklik oranı, hastalığın ilerlemesi dikkate alındığında önemlidir ve sevke gerek vardır. Altı ay yada üstündeki bir süre boyunca GFH'de < 2 ml/dk/1.73m ² 'lik bir düşme varsa GFH stabil kabul edilir. NFK-DOQI'nın Evre 2'deki hastaları KBH'na dahil etme nedeni önemli ölçüde böbrek hasarına karşın GFH'nin normal yada artmış düzeylerde sürdürülebileceği ve böbrek hasarı olan kişilerin, böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından yüksek risk altında olmasındandır (16).	<p>*Glikoz kontrolünün iyi ayarlanması, kan basıncı tedavisi ve izlenmesi.</p> <p>*Kendi öz bakım gücü ve yaşam stili değişiklikleri konusunda hastalar cesaretlendirilmeli (düzenli egzersiz yapma, sigara ve alkolu bırakma vb).</p> <p>*Kolesterol seviyesi izlenmeli.</p> <p>*Yıllık GFR ölçülmeli.</p> <p>*İlaç tedavisine uyumları sağlanmalı.</p>

<p>Evre 3</p>	<p>GFH ≥ 3 ay boyunca 60 ml/dk/1.73m² veya daha altına inmesi bu hastaların böbrek işlev düzeyinin yarısının yada daha fazlasının kaybolduğunu gösterir (16). Çınar (1) bu evrede fonksiyonel kayıpların biyokimyasal olarak belirlendiğini (noktirü, poliüri, anemi, BUN ve kreatinde artış, idrar konsantrasyonunda azalma vb.) belirtmektedir.</p>	<p>*Kan basıncı iyi kontrol edilmeli. *6 ayda bir GFR, Hb, Ca, P ve K kontrolü yapılmalı. *Eğer GFR’de hızlı bir düşme, mikroskopide hematüri varsa, TA kontrol edilemiyorsa, idrarda PKÖ 45 mg/mmol ve AKÖ >30 mg/mmol ise rutin olarak nefroloji servisine gidilmeli. *Tekrarlayan grip ve pnömoni önlenmeli. *Bütün ilaçları gözden geçirilmeli uygun doz ayarlanmalı. *Nefrotoksik ilaçlara karşı uyarılmalı. Ör: Nonsterid ve antiinflamatuvar ilaçlar. *Malnütrosonu önleyen diyet önerilmeli. *Psikolojik destek sağlanmalı. *Hastalar renal replasman tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeli. *Kilo ve ödem takibi yapılmalı. *Diyabetik hastalarda proteinüriyi önlemek için hastaların kan basıncı ve kan glikoz seviyesi kontrol altına alınmalı, ilaçlarını düzenli alması, diyetine dikkat etmesi sağlanmalı.</p>
<p>Evre 4</p>	<p>GFH’ındaki düşmeyle birlikte üremik semptomlar belirginleşir. Hiperfosfate mi, hipokalsemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz, anemi, gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, kanama) ve nörolojik bulgular (üremik nöropati, üremik ensefalopati) görülür.</p>	<p>*3 ayda bir hem GFR ölçülmeli hem de evre 3’deki kan ölçümlerine ek olarak bikarbonat ve PTH seviyesi ölçülmeli. *Hepatit B aşısı tekrarlanmalı (Anti-HBs titresi <10 mIU/ml). *Hastalar renal replasman tedavisine hazırlanmalı ve dikkatli yönetilmeli. *Primer ve sekonder bakım arasında etkili bağlantı sağlanmalı. *Devamlı diyaliz tedavisi sağlanmalı. *Kardiyovasküler komplikasyonların ve kemik hastalıklarının yönetilmesi çok önemlidir. *Diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve eczacı ekibe alınmalı. *Renal anemi ve renal kemik hastalığı tedavi edilmeli.</p>
<p>Evre 5</p>	<p>Üremik semptomlar şiddetlenir, idrar miktarı azalır, tüm organ ve sistemlerle ilgili bulgular ortaya çıkar ve renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyulur (2).</p>	<p>*Evre 4’tekiler aynen yapılır. *Renal replasman tedavisine başlanmalı ve dikkatli tedavi yaklaşımı sağlanmalı. *Malnitrosyon önlenmeli. *Genel sağlık ve iyilik hali sağlanıp, korunmalı.</p>

Kaynaklar

1. Çınar S. Kronik böbrek hastalıklarından korunma: Erken tanı, önlemler ve hemşirelik bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2007;1 (1):1-8.
2. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, et al. National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Annals of Internal Medicine* 2003;139(2):137-147.
3. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International* 2005;67 (6):2089-2100.
4. Serdengeçti K. Türk nefroloji derneği ve dünya böbrek günü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Trasplantasyon Dergisi* 2010;19(1):1-2.
5. Utaş C. Diyaliz uygulamalarında maliyet analizi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Trasplantasyon Dergisi* 2007;16(2):73-76.
6. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, et al. A Population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey-the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2010;26(6):1862-1871.
7. Süleymanlar G. Türkiye kronik böbrek hastalığı prevalansı araştırması, Chronic Renal Disease In Turkey CREDIT, Erişim 29.11.2014, http://www.turkhipertansiyon.org/konge2010/gultekin_suleymanlar.pdf
8. Süleymanlar G, Altıparmak M.R., Seyahi N, Trabulus S. Türkiyede diyaliz ve transplantasyon registry 2012, Türk Nefroloji Derneği Yayınları 2012, İstanbul.
9. [https://organ.saglik.gov.tr/web/Content.aspx?menu=\(3\)nakil_performansi](https://organ.saglik.gov.tr/web/Content.aspx?menu=(3)nakil_performansi), Erişim Tarihi:29.11.2014.
10. http://www.usrds.org/2013/pdf/v2_ch12_13.pdf, Erişim Tarihi:29.11.2014.
11. http://www.usrds.org/2013/pdf/v2_00_intro_13.pdf, Erişim Tarihi:29.11.2014.
12. Byrne C, Steenkamp R, Casteline C, Ansell D, Feehally J. UK renal registry 12th annual report (December 2009): Chapter 4 UK ESDR prevalent rates in 2008:national and centre-specific analyses. *Nephron Clinical Practice* 2010;115(1), c41-c67.
13. Thomson CR. UK renal registry 12th annual report (December 2009): Chapter 1 summary of findings in the 2009 UK renal registry report. *Nephron Clinical Practice* 2010;115(1):c1-c2.
14. Donovan K, Ford D, van Schalkwyk D, Ansell D. UK renal registry 12th annual report (December 2009): Chapter 16 international comparisons with the UK RRT programme. *Nephron Clinical Practice* 2010;115(1):c309-c320.
15. Nurol A, Dilek M. Nefropatik Kronik Böbrek Yetmezliği: Önlenebilir mi?, Roshe Yayınları, 2006;2-20.
16. Mohan A, Jenkins K. (Ed.). Kronik Böbrek Hastalığı (Evre 1-3) Klinik Uygulama Klavuzu. İstanbul: Golden Medya:2007.p.36-38.
17. ERA/EDTA (Aralık). Periton Diyalizinde “Avrupa En İyi Uygulama” Klavuzu. 2005;20, ix1-ix7.
18. Cunningham R. Henrich WL. Diyaliz Prensipleri ve Uygulaması. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastada En İyi Diyaliz Tercihlerinin Seçilmesi. 3th ed. İstanbul: Düzey Matbacılık: 2006.p.103-110.
19. Redmond, A. ve McClelland, H. Chronic kidney disease: risk factors, assesment and nursing care. *Nursing Standart* 2006;21(10):48-55

Yaşlı Diyaliz Hastalarında Düşmeler

Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ, Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Manisa

Özet

Düşmeler ve kırılabilirlikle ilgili kırıklar kronik böbrek yetersizliği nedeni ile diyaliz tedavisi alan yaşlı bireylerde mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Diğer yaşlı bireylere göre, yaşlı diyaliz hastalarında düşmelere bağlı kırık riski daha fazladır. Aynı zamanda düşmeler, yaşlı diyaliz hastalarında ciddi yaralanmalara, başkasına bağımlı olma, hastane ve bakım evlerine yatırılmalarına neden olmaktadır. Yaşlı diyaliz hastalarında düşmenin önlenmesi hemşireler için önemli bir sağlık bakım hedefidir. Bu makalenin amacı, yaşlı diyaliz hastalarında düşme etyolojisi, tanınması ve önlenmesi üzerine güncel literatürlerin incelenmesidir.

Anahtar kelimeler: Diyaliz, düşmeler, yaşlı

Summary

Falls and fragility associated with fractures are major cause of morbidity and mortality in older persons receiving dialysis treatment related to chronic renal failure. The older dialysis patients have higher risk of fracture causing falls than other older persons. At the same time, falls lead to serious injury, dependence, hospitalization and institutionalization in older dialysis patients. The preventing of falls in older dialysis patients is an important health care target for nurses. The aim of this article was to investigate recent literatures on the etiology, assessment and preventing of falls in older dialysis patients.

Giriş

Yaşlı bireylerde bilişsel, davranışsal ve fonksiyonel bozukluklar nedeniyle “düşme” sık görülen bir durumdur. Düşme, bireyin dikkatsizliği nedeniyle, bulunduğu seviyeden daha aşağıda hareketsiz hale gelmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Düşme sonrası ise yaşlılarda ciddi olarak tanımlanabilecek travma ve yaralanmalar meydana gelmekte ve ölüm oranlarında da artışa neden olmaktadır. Yaşlı bireylerde düşmeler, tıbbi ve ekonomik sonuçlar açısından büyük bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Düşmeye bağlı en yüksek mortalite ve yeti kaybı yaşlı grupta bildirilmekte; yaşın ilerlemesiyle de düşme olasılığı artmaktadır (2). 65 yaş ve üzeri, sağlıklı ve toplum içinde yaşayanlarda kişi başı yıllık düşme oranı %30–40 iken, uzun dönem bakım merkezlerinde yaşayanlarda bu oran %50'lere yükselmektedir. Hastane ve bakımevinde

yaşayan yaşlılardaki düşmeler, toplum içinde yaşayanlara göre daha sık görülmekte ve daha olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. 75 yaş üzerindeki bireylerde de yıllık düşme oranı, %50'ye çıkmaktadır. Düşme öyküsü olan yaşlı bireylerde tekrar eden düşme oranı ise %60'tır (1). Yaşlı bireylerin düşme eğilimlerinin yüksek olmasıyla birlikte osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, nörolojik hastalıklar gibi komorbid durumlar, koruyucu reflekslerin azalması gibi fizyolojik değişiklikler basit bir düşmeyi tehlikeli noktalara getirebilmektedir. Özellikle kronik böbrek yetersizliği (KBY) gibi tüm organ ve sistemleri etkileyen kronik hastalıklarda fonksiyonel kayıplar ve aktivite kapasitesindeki azalma kronik böbrek yetmezliğinin başladığı ilk andan itibaren görülmektedir.

Son yıllarda, diyalize giren hastaların demografik özelliklerindeki dramatik değişiklikler tüm dünyada oldukça dikkat çekicidir. Bu durum, diyalize giren hastalara verilen sağlık hizmetinin ve kalitesinin artışı ile ilgilidir. Diyaliz hastalarını birçok yetersizliği ve karmaşık komorbid durumu olan daha yaşlı hastalar oluşturmaktadır. Kanada'da 75 yaş üstü diyaliz hastalarının insidansı tüm diyaliz hastalarının dörtte birini oluşturduğu belirtilmektedir (3). Ülkemizde 2013 yılı verilerine göre; 53.677 diyaliz hastası bulunmakta olup bu hastaların %46.05'i 65 yaş ve üzerindedir (4).

Diyaliz tedavisi alan KBY'li yaşlı hastalar fiziksel, emosyonel ve sosyal faktörler nedeniyle fonksiyonel olarak kısıtlanmaktadır. Yaşlı diyaliz hastalarında birçok komorbid durumun böbrek yetmezliğine eşlik etmesi ve ilerleyen yaşla birlikte fonksiyonel kapasitede azalma gözlenmektedir. 65 yaş ve üzeri diyalize giren hastalarda fiziksel kısıtlılık oldukça yaygın olup, genel bir kuvvetsizlik ve ardından günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılığa neden olmaktadır (5). Evans et al (1985) 65 yaş ve üzeri hemodiyaliz hastalarının genç hastalara göre daha belirgin fonksiyonel bozukluklara sahip olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu hastalarda fonksiyonel kısıtlılıkların emosyonel sıkıntı ve depresyonu artırarak yaşlıların yaşam kalitesini de azalttığını belirtmişlerdir (6). Hemodiyalize giren yaşlı bireylerin hareket kapasitesi, kognitif fonksiyonları ve duygu durumlarının iyi olmasının, fonksiyonel sağlıkları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7). Bu veriler doğrultusunda, sağlık profesyonellerinin fonksiyonel yetersizliği ve komorbid durumu olan yaşlı diyaliz hastalarına daha dikkatli sağlık bakım hizmeti vermesi gerektiği söylenebilir.

Düşmeler ve düşmelere bağlı önemli yaralanma olarak nitelendirilen kırık ve yumuşak doku yaralanmaları KBY olan yaşlı bireylerde ciddi

mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (8). Yaşlı diyaliz hastalarında düşmeleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada, 308 diyaliz hastası 8 hafta boyunca prospektif olarak takip edilmiş %13'ünün en az bir kere düştüğü ve düşmelerin %80'inin evde meydana geldiği bildirilmiştir. Gözlem periyodu sonlandırıldıktan sonra 12 ay içinde hastaların %4'ünde düşme ile ilgili kırık şikayetinin olduğu gözlenmiştir. Düşme nedenleri incelendiğinde; ileri yaş, diyabet varlığı, çoklu ilaç kullanımı ve özellikle antidepresan ilaç kullanımı ve fonksiyonel kapasitenin azalması olarak bildirilmiştir (9). Başka bir çalışmada 78 diyaliz hastası genç (65 yaş altı) ve yaşlı (65 yaş ve üzeri) olarak iki gruba ayrılarak, 6 ay boyunca izlenmiştir. Her iki grupta da %80'inde baş dönmesi, %50'sinde pre-senkop, % 20-30'unda senkop olduğu ve düşme oranının (yaşlı diyaliz hastalarında %38, genç grupta %4) yaşlı grupta daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yaşlı hastalarda düşme hızı (hasta/yıl) 1.76 olarak belirlenmiş olup, bu hız yaşlı bakım evlerinde bildirilen hızdan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlı diyaliz hastalarında düşmeler olmadan da ciddi sonuçlar meydana gelebilmektedir. Kalça kırıkları genel nüfusa göre diyaliz hastalarında 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Diyaliz hastalarında kemik mineral yoğunluğunun azalması, düşme riskini arttırmakla birlikte düşmeye bağlı olmayan kırıklara da neden olabilmektedir. Kalça kırığı olan diyaliz hastalarında bir yıllık mortalite oranı %40-60 olarak bildirilmektedir (10). Düşmenin en önemli etkileri ve sonuçları; baş yaralanmaları, laserasyon, kırıklar (kalça, vertebra ve diğer), yumuşak doku yaralanmaları, düşme korkusu, aktivitelerde azalma ve fonksiyonel gerilemedir (8).

Yaşlı diyaliz hastalarında düşme nedenleri Yaşlılarda düşme nedenleri; ekstrasik (çevresel) ve intrinsik (diğer özel nedenler) faktörler olarak iki grupta toplanabilir. Ekstrasik faktörlere ıslak ve kaygan zeminler, yetersiz aydınlatma, pürüzlü ve dengesiz yüzey ve merdivenler dahil edilebilmektedir. Intrinsik faktörlere ise ilaç kullanımı, hipotansiyon, düşük 25(OH) vitamin D düzeyi, görmede bozulma, duruş ve denge sorunları, kas güçsüzlüğü, demans, depresyon, senkop, nöbetler dahil edilebilmektedir. Diyaliz tedavisine özgü düşme nedenleri; üremik ensefalopati, diyaliz demansı, üremik ensefalopati, diyaliz dengesizlik sendromu olarak sayılabilmektedir. Yaşlılarda böbrek hastalıkları ile ilgili düşme nedenleri Tablo 1'de belirtilmiştir-

Tablo 1. Yaşlılarda böbrek hastalıkları ile ilgili düşme nedenleri

Kas güçsüzlüğü
Yaş
Besin kısıtlamaları ile ilgili hipotansiyon
Çevresel faktörler
Aterosklerotik hastalıklar (senkop)
Çoklu ilaç kullanımı
Dişabet
Sistolik kan basıncı (diyaliz öncesinde düşük olması)
Ortostatik hipotansiyon
Denge sorunları
D vitamini eksikliği (< 30 ng/ml)
Deliryum veya diyaliz dengesizlik sendromu

tir (8).

Deliryum

Deliryum, diyaliz tedavisine başlayan her hangi bir hastada aniden gelişebilen ve düşmeye neden olabilen bir durumdur. Deliryumun ilaçlar, infeksiyon, beyin oksijenlenmesini azaltan durumlar (pulmoner emboli, miyokart infarktüsü, anemi, strok, dehidratasyon, subdural hematoma vb), B 12 vitamini eksikliği, hipotirodizm, tiamin eksikliği gibi metabolik anormallikler, diyaliz dengesizlik sendromu, emosyonel durum ve üremik ensefalopati gibi birçok nedeni vardır (8).

Dişabet

Yaşlı dişabet hastalarında yapılan çalışmalar, HAlc düzeyinin %7'nin altına düşmediği sürece yaşlı bireylerde de düşmelerin önlenemeyeceği bildirilmektedir (8).

İlaç kullanımı

Yaşlı popülasyonda kronik hastalık prevalansı ve çoklu ilaç kullanımı fazladır. Bu grupta reçetesiz ilaç kullanımı da oldukça sıktır. Çoklu ilaç kullanımı yaşlılarda daha çok yan etki ve ilaç etkileşimlerine neden olmaktadır (11). İlaçların en sık görülen yan etkilerinden biri de düşmelerdir ve çok sayıda ilaç kullanımı ve düşme arasındaki ilişki kesin olarak bilinmemektedir. Düşmelerle en çok ilişkisi olduğu gösterilen ilaçlar; kardiyovasküler ilaçlar (nitratlar, antihipertansifler, diüretikler, antiaritmikler), antikonvülzanlar, antidepresanlar, sedatif/hipnotikler, nonsteroidal antiinflatuvar ilaçlar, antipsikotikler, dopamin agonistleri ve propoksifendir (8,12,13).

Kan basıncı anormallikleri

Postür al hipotansiyon, düşmeler için önemli bir nedendir. Her hangi bir baş dönmesi olmadan da hipotansiyon meydana gelebilmektedir. Bu nedenle yaşlı diyaliz hastalarında kan basıncı diyaliz öncesi, diyaliz sonrası ve ayakta durur pozisyonda düzenli olarak ölçülmelidir (8). Sistemik kan basıncının düzenlenmesi, dik duruşun sürdürülmesinde önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle yaşlılar hipotansiyona eğilimi olduklarından, dik duruşu sağlamada zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Yaşlıda kan basıncı düştüğünde, kalp hızını artıran baroreflaks duyarlılığında (ortostatik ve postprandial hipotansiyon) ve vücut toplam sıvısında azalma nedeniyle hipotansiyon meydana gelebilir. Vücut sıvısı, susama hissinin azalması, diyaliz tedavisi, diüretik kullanımı ve sıcak hava gibi nedenlerle azalabilmektedir. Bazal ve uyarılmış renin düzeylerinde ilerleyen azalma da aldesteron salınımını düşürerek sıvı kaybına katkıda

Postüral hipotansiyon, beyin kan akımında azalmaya yol açarak düşme riskini artırabilmektedir. Yaşlıların yaklaşık %30'unda postüral hipotansiyon görüldüğü bildirilmiştir. Özellikle ortostatik hipotansiyonun da sabah saatlerinde sık görüldüğü bilinmektedir. Antikolinergik ilaç kullanımı, anemi, uzamış yatak istirahati, dehidratasyon, yetersiz tuz alımı, protein enerji malnütrisyonu, adrenal yetersizlik, diyabetle ilişkili otonom nöropati, Parkinson Hastalığı ve çoklu sistem atrofileri de ortostatik hipotansiyona neden olmaktadır. Birçok yaşlının özgeçmişinde, istirahat beyin kan akımını etkileyen bir damar hastalığı vardır. Kan basıncında hafif azalma, düşme ve senkopu da içeren belirtilere yol açabilmektedir (1). Diyaliz öncesinde 8'inde ortostatik hipotansiyon olduğu bilinen 23 yaşlı diyaliz hastası ile yürütülen bir çalışmada, diyaliz sonrasında 16 yaşlı diyaliz hastasında ortostatik hipotansiyonun düşmelerin yanı sıra strok (inme), miyokard infarktüsü, senkop ve ölüme neden olduğu bulunmuştur (14). Postprandial hipotansiyon genellikle yemekten bir iki saat sonra ortaya çıkabilmekte, diyabetik ve diyabetik olmayan yaşlıların %25'inde görülmektedir. Postprandial hipotansiyona bağlı düşmelerin senkop, strok, miyokard infarktüsü ve ölüme ilişkili olduğu bildirilmiştir. Postprandial hipotansiyonun önlenmesi için karbonhidrat içeriği kısıtlı yiyecekler ile sık ve az miktarda beslenme önerilmektedir (8).

Bilinç kaybı

Senkop ya da nöbet geçiren yaşlılarda bilinç kaybına bağlı düşmeler gelişebilmektedir. Yaşlı bireylerin yarısından fazlasında parsiyel kompleks nöbet geçirmektedir. Bu nöbetlerin tanınması yaşlı bireylerde neredeyse iki yılı bulmaktadır. Senkop geçiren yaşlı bireylere bradikardiyi uyardığı için karotis sinüs masajı gerekebilir. Yaşlı birey bir kere senkop geçirdiğinde nadiren tanılanabilir ve birden çok senkop gelişme öyküsü varsa kayıt edilerek ta-

nılanmalıdır (8).

Düşme korkusu

Düşme korkusu, düşme sonrasında potansiyel zayıflama olarak tanımlanan bir anksiyete sendromudur. Düşme korkusu "temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken düşmekten korunmada kendini yetersiz hissetme" olarak tanımlanmıştır (15). Bu durumda yaşlı, düşme korkusu ile hareketlerini kısıtlayarak kaslarında zayıflamaya neden olmakta, bunun sonucunda postür ve yürüyüşte bozukluk ve düşme riski artmaktadır. Düşme korkusunun yaşlı popülasyonun %30'unda görüldüğü bildirilmiştir (15,16).

D Vitamini

Aktif D vitamini [25 (OH) D vitamini] eksikliği böbrek yetersizliği olan hastalarda oldukça sık görülür. Yapılan bazı çalışmalarda 25 (OH) D vitamini düzeyinin < 75 nmol/L (30 ng/ml) olması düşme nedeni olarak gösterilmiş ve düşmelerin önlenmesinde kalsidiol ile tedavi önerilmiştir (8).

Düşen veya düşme riski olan yaşlı diyaliz hastalarının değerlendirilmesi

Düşme etiyojisi çok çeşitli olduğu için düşmeye neden olan ve riski artıran faktörler belirlenmeli ve gerekli durumlarda uygun müdahaleler yapılmalıdır. Yaşlı diyaliz hastalarının değerlendirilmesinde geriatrist, nefrolog ve nefroloji hemşireleri rol almalıdır. Yaşlı hastalar genellikle düşme konusunda kendiliğinden bilgi vermedikleri için diyaliz seansları sırasında düşme öyküsü sorulmalı, hasta denge ve yürüme problemleri açısından değerlendirilmelidir. Düşen veya düşme riski olan yaşlı hastaların değerlendirilmesi aşağıdaki şekilde yapılmalıdır (17,18,19).

1. Daha önceki düşmenin değerlendirilmesi:

Düştüğü çevre (kaygan veya düz olmayan yürüme yüzeyleri, zayıf aydınlatma), düştüğü dönemde hastanın yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı, düşme öncesi baş dönmesi olup olmadığı, yaralanmanın tipi sorgulanmalıdır

2. İlaç öyküsünün değerlendirilmesi:

Hastaya reçeteli veya reçetesiz kullanılan tüm ilaçlar detaylı sorulmalı, ilaç sayısı saptanmalı, dört ve üzerinde ilaç kullanımının düşme riskini artırdığı unutulmamalı, yüksek risk grubunda olan ilaçlara özellikle dikkat edilmelidir.

3. Görmenin değerlendirilmesi:

Hekim tarafından görme keskinliği, derinliği ve kontrast duyarlılığını kapsayan görme muayenesi yapılmalı, katarakt açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

4. Postural kan basıncı ölçümü:

Hasta en az 5 dakika düz yatar pozisyonda dinlendikten sonra ilk, hemen ayağa kalktıktan sonra ikinci ve 3 dakika ayakta bekledikten sonra üçüncü kan basıncı ölçümleri yapılmalıdır. Ayağa kalktıktan hemen veya 3 dakika sonra sistolik kan basıncında ≥ 20 mm Hg (veya $\geq 20\%$) düşme semptomatik veya asemptomatik olsun postural hipotansiyon olarak kabul edilmelidir. Hekim baş dönmesini değerlendirirken Dix-Hallpike manevrasını uygulaması önerilmektedir.

5. Denge ve yürümenin değerlendirilmesi:

Denge ve yürümenin değerlendirilmesinde pratik bir test olan kalk ve yürü testi kullanılabilir. Bu test yapılırken hastaya ellerini ve kollarını kullanmadan oturduğu sandalyeden kalkması, birkaç metre yürütmesi ve geriye dönmesi söylenir. Kalk ve yürü testinin 14 saniyeden daha uzun sürede yapılması düşme riskinde belirgin artışa neden olmaktadır.

6. Nörolojik değerlendirme:

Yaşlı hastanın kas kuvveti ve tonusu, serebellar koordinasyon, kognitif fonksiyonlar, derin tendon refleksleri ve

depresyon açısından değerlendirilmelidir.

7. Kas-iskelet sistemi değerlendirilmesi:

Hastanın eklemleri değerlendirilmeli ve ayak muayenesi yapılmalıdır.

8. Kardiyovasküler değerlendirme:

Yaşlı hastanın senkop, aritmi ve koroner arter hastalığı öyküsünü sorgulanmalıdır. Prekordiyal ve boyun oskültasyonu ile üfürüm-yayılmı ve ritim değerlendirilmelidir. Karotis sinüs hipersensitivitesi değerlendirilirken damar yolunun açık ve monitorizasyona dikkat edilmesi önerilmektedir.

9. Ev içi tehlikelerin değerlendirilmesi:

Az aydınlatılmış ortam, kaygan zemin, banyoda güvenli olmayan eşyaların kullanımı gibi düşmeye neden olabilecek faktörler değerlendirilmelidir (17,18). Evde yaşayan yaşlılarda düşme riskinin değerlendirilmesi için toplumumuz için geçerlik ve güvenilirliği sınanmış bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Bu ölçüm aracı "Ev Güvenliği Kontrol Listesi" olarak tanımlanmaktadır. Yaşlıların düşme risklerinin, güvenli ev koşulları, güvenli davranışlarının belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması için yaşlı sağlığının korunmasında kullanılabilecek önemli bir araç olarak sağlık personellerine önerilmektedir (19).

Düşmeyi Önleme Yaklaşımları

Düşmelerin önlenmesine yönelik önlemler ancak kazalar ve fonksiyonel bozukluklar oluştuğundan sonra alınabilmektedir. Düşmeleri önlemeye yönelik yaklaşımda ilk yapılması gereken hastaya düşme öyküsünün, yürüme ve denge problemlerinin sorulması ve düşmeye yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesidir (17,18).

Düşmeyi önleme ve sıklığını azaltmada, tıbbi girişimler, çevresel düzenlemeler, eğitim ve egzersiz programları ile yardımcı aletler kullanılmaktadır. Bu girişimlerdeki amaç tekrarlayan düşme sayısını azaltıp, hastalık ve ölüm oranlarını düşürmektir.

Yaşlıda düşmeye yol açan risk faktörlerinin çoğunluğunun düzeltilebilmesi hemşirenin rolünü daha önemli hale getirmektedir. Diyaliz hemşireleri, yaşlı diyaliz hastalarını yakından takip ederek risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasını sağlayarak, düşme oranını azaltabilmektedir (17,18). Yaşlı diyaliz hastasının ilaçları hekim tarafından değerlendirilerek düşmelerle ilgili olduğu bilinen ilaçların mümkünse kesilmesi önerilmektedir. Yaşlı bireylerde ilaç sayısının azaltılması, özellikle sayının dördün altına indirilmesinin düşme riskini belirgin olarak azalttığı bildirilmektedir (8,12,13,20). Postüral hipotansiyon tanısı alan yaşlılarda etiolojinin araştırılması, yaşlının kullandığı ilaçların gözden geçirilmesi, aşırı tuz ve sıvı kısıtlaması yapılan yaşlının diyetinin yeniden düzenlenmesi, dehidratasyonun ve aneminin önlenmesi varsa tedavi edilmesi önerilmektedir. Postüral hipotansiyonu olan hastalara yatak başının yükseltilmesi, yataktan yavaş kalkması ve dorsifleksiyon egzersizler yapması, diyaliz hemşiresinin kan basıncı takibini prediyaliz, postdiyaliz ve hasta ayakta iken yapması önerilir. Yaşlı diyaliz hastası antihipertansif bir ilaç kullanıyorsa gerektiğinde kullandığı hipertansiyon ilacı başka grup bir ilaçla değiştirilmesi ve bu müdahaleler yetersiz kalırsa, fludrokortizon ve mitodrine ile farmakolojik tedavi uygulanması önerilmektedir (8).

Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda kemik mineral yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak renal osteodistrofi gelişebilmektedir. Düşük kemik mineral yoğunluğu diyaliz hastalarında kırılabilirlik (fragility) artırarak, kalça, vertebra ve diğer bölge kırıkları için riski arttırmaktadır. Bu nedenle yaşlı diyaliz hastaları kemik mineral yoğunluğu ölçülmeli, gerekli farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler önerilmelidir. Yüksek riskli hastalarda kalça koruyucuların kullanımının kalça kırığı riskini

azalttığı bildirilmektedir (21). Yapılan çalışmalarda, D vitamini kullanımının kas gücünü arttırarak yaşlılarda düşme sayısını azalttığı, özellikle kadın hastalarda daha yararlı olduğu gösterilmiştir (22). Adinamik kemik hastalıklarında erkeklerde biofosfonat ve testosteron, kadınlarda da raloksifen kullanımı önerilmektedir (8).

Çevresel düzenlemeler, yalnızca yaşlı diyaliz hastalarında değil tüm yaşlılarda düşmeyi önlemek için önemlidir. Bu çerçevede, ev içindeki emniyetin sağlanması için yerlerde az tüylü halılar kullanılmalı, özellikle banyolarda kaymayan karolar, küvet, lavabo ve tuvalet yakınında bulunan yer zemininde kaymayan örtüler ve yapışkan şeritler kullanılmalıdır. Tuvaletin yanındaki duvara tutunma barları konulması tavsiye edilebilir. Kaymayan yapışkan lastik bantları olan altlıkların küvet zeminine yerleştirilmesi, küvet ve duş içine tutunma barları konulması, bir duş sandalyesi ve denge bozukluğu olanlar için elle tutulan fleksibl duş başlığı kullanılması önerilebilir. Merdiven, banyo ve yatak odasında iyi aydınlatılmalıdır. Gündüz aşırı ışığı ve parlaklığı önemek için pencerelere koyulaştırıcı boyalı materyal kullanılmalıdır. Gece ve/veya karanlıkta görüş sıkıntısı olabileceğinden, merdivenlerin üst ve alt kısmına elektrik düğmeleri yerleştirilmeli, gece lambaları ile ışıklandırılmalı, basamak kenarlarına kaymayan renkli yapışkan şeritler yerleştirilmeli ve basamak yüksekliği en fazla 15 cm olmalıdır. Basamakların her iki yanına silindirik, uç kısımları içe dönük, kolayca kavramayı sağlayabilen ve basamak bitiminde bir miktar devam eden tırbazanlar konulmalıdır. Yatak yüksekliği için patelladan yere olan mesafe ölçü alınmalıdır. Yatağın kenarları, oturma pozisyonundaki bir kişi için çökme oluşmadan yeterli desteği verecek kadar sert olmalıdır. Alçak sandalyeler daha uygun olanlarıyla değiştirilmelidir. Sık olarak kullanılan mutfak ve klozet eşyalarının

Düşme riski olan hastada, eğitim programları (riskler hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verme, denge-yürüme eğitimi, işitme yardımcısı eğitimi gibi), egzersizler (alışkanlık, denge, kas kuvvetlendirme ve direnç egzersizleri, gözlem altında egzersiz) ve yardım edici aletlerden (sert tabanlı uygun ölçüde ayakkabı, yürüteç, kalça koruyucuları) klinik pratikte sıklıkla faydalanılmaktadır (1). Egzersizin hemodiyaliz hastalarında fiziksel kapasiteyi arttırdığı bunun yanında anksiyete ve depresyonu azalttığı, sosyal iletişimi arttırdığı, emosyonel durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili diğer göstergeleri geliştirdiği bilinmektedir (23,24,25). Bu hastalarda rehabilitasyonun amacı fiziksel fonksiyonunu artırıp, psikolojik ve sosyal destek sağlanarak yaşam kalitesini arttırmak olmalıdır. Özellikle yaşlı diyaliz hastalarının kardiyovasküler ve kas iskelet sisteminin dayanıklılığı geliştirecek egzersiz programları uygulanmalıdır. Böylelikle düşmelerin önlenmesinin yanı sıra günlük yaşamda bağımlı hale gelmeleri engellenmiş ve yaşam kalitelerinin de yükselmesi sağlanacaktır (23,24,25,26).

Sonuç ve Öneriler

Yaşlı diyaliz hastalarında düşmeler oldukça sık görülen bir sağlık sorundur. Düşmeyi önleme programları kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemini güçlendirici, ortostazi önleyici egzersizler, ilaçların gözden geçirilmesi, dehidratasyon, hipotansiyon, aneminin tedavi edilmesi ve önlenmesi, kemik mineral yoğunluğunun izlenerek, osteoporoz ve osteodistrofinin tedavi edilmesi, çevresel önlemleri içermektedir. Tüm bu sağlık bakım hizmetinin yaşlı diyaliz hastalarına sunulması, düzenlenmesi ve izlenmesi için multidisipliner bir sağlık bakım ekibi gerekmektedir (26).

Kaynaklar

1. Naharcı İM, Doruk H. Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım. TAF Prev Med Bull 2009; 8(5): 437-44.
2. Tinetti ME. Performance oriented assessment of mobility problems in the elderly patient. J Am Geriatr Soc 1989; 34: 119-26.
3. Cook WL, Tomlinson G, Donaldson M, et al. Falls and fall-related injuries in older dialysis patient. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1: 1197-1204.
4. Süleymanlar G, Altıparmak MA, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2012. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2013.
5. Levendoğlu F, Altıntepe L, Uğurlu H. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(4): 195-8.
6. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, et al. The quality of life patients with end stage renal disease. N J Med 1985; 312:553-59.
7. Kutner NG, Brogan D, Hall WD, Haber M, Daniels. Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A prospective study. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: 453-459.
8. Morley JE. Falls in elderly patients with kidney disease. J Am Soc Nephrol (2009). http://www.asn-online.org/education_and_meetings/geriatrics/Chapter33.pdf
9. Desmet C, Beguin C, Swine C, Jadoul M. Falls in hemodialysis patients: prospective study of incidence, risk factors, and complications. Am J Kidney Dis 2005; 45: 148-53.
10. Roberts R, Jeffrey C, Carlisle G, Brierly E. Prospective investigation of the incidence of falls, dizziness and syncop in haemodialysis patients.

11. Dökmeci D. Yaşlıda polifarmasi ve toksisite. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2(46): 53-8
12. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1629-34.
13. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis. I. Psychotropic Drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 30-9.
14. Roberts RG, Kenny RA, Brierley EJ. Are elderly hemodialysis patients at risk of falls and postural hypotension? *Int Urol Nephrol* 2003; 35: 415-21.
15. Tinetti ME, Richman D, Powell. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990; 45(6): 239-43.
16. Bruce DG, Devine A, Prince RL. Recreational physical activity levels in healthy older women: the importance of fear of falling. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50: 84-9.
17. Uyanık M, Karaduman AA, Can F. Yaşlılarda Düşmeler, Kırıklar ve Önlenmesi, Osteoporoz Rehabilitasyonu. In: Arıoğlu S (ed). *Geriatric ve Gerontoloji 1. Baskı İstanbul: MN Medikal&Nobel Ltd Şti.* 2006; p. 339-52.
18. Sarıdoğan M. Düşmeler. In: Gökçe-Kutsal Y (ed). *Temel Geriatric Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.* 2007; p.253-59.
19. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde yaşayan yaşlılarda düşme risklerinin belirlenmesi. *Türk Geriatric Dergisi* 2006; 9(2): 75-80.
20. Kannus P, Parkkari J, Neimi S, et al. Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N Engl J Med* 2000; 343: 1506–13.
21. Broe KE, Chen TC, Weinberg J, et al. A higher dose of vitamin D reduces the risk of falls in nursing home residents: a randomized, multiple-dose study. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 234-39.
22. Bischoff-Ferrari HA, Orav EJ, Dawson-Hughes B. Effect of cholecalciferol plus calcium on falling in ambulatory older men and women: a 3-year randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006; 166: 424-30.
23. Heiwe S, Tollback A, Clyne N. Twelve weeks of exercise training increases muscle function and walking capacity in elderly predialysis patients and healthy subjects. *Nephron* 2001; 88: 48-56.
24. Carney RM, McKeivitt PM, Goldberg AP, Hagberg J, Delmez JA, Harten HR. Psychological effects of exercise training in hemodialysis patients. *Nephron* 1983; 33: 179-81.
25. Goldberg AP, Hagberg J, Delmez JA, Carney RM, McKeivitt PM, Ehsani AA, et al. The metabolic and psychological effects of exercise training in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr* 1980; 33(7): 1620-28.
26. Cook WL, Sarbjit JV. Prevalance of falls among seniors maintained on hemodialysis. *Int Urol Nephrol* 2005; 37: 649-52.

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı

Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ, Arş. Gör. Nevin Bilgi

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

Özet

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda en sık karşılaşılan sorunlardan biri cinsel fonksiyon bozukluklarıdır. Yapılan çalışmalarda, SDBY'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı % 60- % 87 arasında bildirilmiştir. Cinsel fonksiyon bozuklukları, kadınlarda; cinsel istekte azalma, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, disparanoya ve vajinismus, erkeklerde ise; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (ED), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları gibi sorunlardan oluşmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğunun değerlendirilmesinde multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekmektedir. Bu ekip içerisinde hemşireler cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Hastaların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımları; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözümlenmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Tüm bu aşamalardaki hemşirelik girişimlerinin amacı, hastaların cinsel sağlığını güçlendirmek, cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek, belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Anahtar kelimeler: Son dönem böbrek yetmezliği; cinsel fonksiyon bozukluğu; hemşirelik bakımı

Summary

Sexual dysfunction is one of the most common problems in patients with end-stage renal failure (ESRD). In the studies, the incidence of sexual dysfunction have been reported in 60%-87% in patients with ESRD. Sexual dysfunction, in women; consists of problems such as the reduction of sexual arousal and sexual aversion disorder, lack of sexual desire, orgasmic disorder, dyspareunia and vaginismus, in males; lack of sexual desire, sexual aversion disorder, erectile dysfunction (ED), premature ejaculation and ejaculation disorders. A multidisciplinary team approach is required in the evaluation of sexual dysfunction. Nurses have an important role to promotion and protection of sexual health in this team. Nursing approaches for patients with sexual problems, comprises the steps which are assessment of sexual health, identification of problem, analysis problem with appropriate nursing interventions and maintenance of sexual health. All these stages of the nursing interventions aim to strengthen the sexual health of patients, to determine the causes of sexual problems and characteristics, to take appropriate measures for the solution of determined problems and to improve the quality of life.

Key words: End-stage renal failure; sexual dysfunction; nursing care

Giriş

Dünya'da ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), böbreğin sıvı-elektrolit dengesini sağlama ve

metabolik-endokrin fonksiyonlarını gerçekleştirmede yetersiz kalması sonucu hastalığın etkilerinin tüm organ sistemlerinde görüldüğü karmaşık bir durumdur (1).

Son dönem böbrek yetmezliği olan bireyler, hastalığın yarattığı olumsuz etkilerin yanı sıra uygulanan tedaviler nedeniyle birçok fiziksel ve psiko-sosyal sorun yaşamaktadır (2). Hastalarda sık karşılaşılan fiziksel sorunlar arasında; sıvı elektrolit dengesizlikleri, iştahsızlık, bulantı, kusma, yorgunluk ve anemi vb. gibi durumlar gelirken, psiko-sosyal sorunlar arasında; depresyon, tedaviye uyumsuzluk, rehabilitasyonda zorluklar ve cinsel fonksiyon bozuklukları yer almaktadır (3).

Cinsel fonksiyon bozuklukları, kadınlarda; cinsel istekte azalma, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, disparanoya ve vajinismus, erkeklerde ise; cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (ED), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları gibi sorunlardan oluşmaktadır (4). Yapılan çalışmalarda, SDYB'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının % 60-% 87 arasında olduğu bildirilmiştir (5-7).

Böbrek Yetmezliğinde Cinsel Fonksiyon Bozukluğuna Neden Olan Faktörler

Cinsel sorunların kökeninde organik ve psikolojik nedenler yer almaktadır (8). SDBY'li bireylerde meydana gelen endokrin değişiklikler, kullanılan çeşitli ilaçlar, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozmaktadır (9).

Organik Faktörler

SDYB'li hastalar çoğu zaman bir veya daha fazla ek kronik hastalığa sahiptir. Yapılan bir çalışmada SDBY'li hastaların % 35.3'ünün herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir (10). Bu nedenle bu hastaların kullandıkları ilaç sayılarının da fazla olması beklenmektedir. Kullanılan beta blokerler, alfa blokerler, sempatolitikler, vazodilatörler, antidepressanlar, H₂ reseptör

antagonistleri ve diüretiklerin cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarla da kanıtlanmıştır (11,12). Ayrıca hastalarda meydana gelen üremi tablosunun hem kadın hem de erkek hastalarda cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (13).

Psikolojik Faktörler

Cinsel işlev bozukluklarının organik nedenlerinin yanında psikolojik nedenleri de bulunmaktadır. Özellikle depresyon ve anksiyete cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir (4). Hemodiyalize giren hastalarda normal popülasyona göre psikiyatrik ve depresif hastalıklar önemli derecede daha sık görülmektedir (3).

Çelik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemodiyalize giren hastaların %15.3'ünün şiddetli düzeyde depresyonu olduğu belirtilmiştir (14). Ünal ve arkadaşları ise hemodiyaliz hastalarının yüksek düzeyde psikolojik distres yaşadıklarını saptamışlardır (15). Depresyon, libidoda ve koitus sıklığında azalmaya neden olarak cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir (13). Ayrıca, erkek hastalarda görülen iş kaybına bağlı olarak aile içindeki rolün tersine dönmesi ve idrar yapma fonksiyonunun kaybı cinsel fonksiyon bozukluğuna katkıda bulunmaktadır (3,16).

Erkek Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Son dönem böbrek yetmezliği olan erkeklerde görülen cinsel fonksiyon bozuklukları; libidoda azalma, infertilite, ereksiyon ve ejakülasyon problemleridir. Hastalarda meydana gelen üremik tablo, total ve serbest testosteron düzeylerinin belirgin olarak düşmesine yol açarak, erkek hastalarda sıklıkla libido azalması, impotans ve erektil disfonksiyon yakınmalarına neden olmaktadır (17) (Tablo 1).

Hastalık sürecinin bir sonucu olarak, birçok sistemin etkilendiği üremik erkek hastaların büyük bir kısmında, birçok faktöre bağlı olarak, cinsel ilişki için gerekli sertleşmeyi sağlama ve sürdürmede yetersizlik olarak tanımlanan erektil disfonksiyon (ED) ortaya çıkabilmektedir (12,13). Hastalarda meydana gelen arteriyel kan akımında azalma, penisin düz kaslarının fonksiyonundaki değişiklik, hormonal bozukluklar ve kullanılan ilaçların yan etkileri ED'ye zemin hazırlamaktadır (17). Özellikle SDBY'li hastalarda en yaygın kullanılan ilaç türü olan antihipertansif ilaçlar da ED'ye yol açmaktadır (18). Yapılan çalışmalarda SDYB'li erkek hastalarda ED sıklığı % 58- % 87.5 arasında bulunmuştur (19-21). SDBY, testiküler hasar ve yetersiz spermatogenezle birlikte seyretmektedir. Semen analizi sıklıkla; azospermi, hipospermi, ejakülat volümünün ve sperm hareketlerinin azaldığını göstermektedir (22). Bu durum sıklıkla infertiliteye neden olmaktadır.

Cinsel işlev bozukluğu olan üremik hastalarda tedavinin ilk basamağı diyaliz dozunun artırılması, empotansa neden olabilecek ilaçların kullanımının kesilmesi ve KBY'nin neden olduğu aneminin düzeltilmesidir (12). Literatürde böbrek transplantasyonu sonrası ED'nin önemli derecede düzeldiğine yönelik çalışmalar yer almaktadır (20,23-25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; böbrek nakli sonrasında hastaların % 26'sında ereksiyon kalitesinde iyileşme saptanmış ve nakil öncesi uzamış hemodiyaliz süresinin ED ile ilişkili olduğu saptanmıştır (23).

Akbari ve arkadaşlarının çalışmasında renal transplantasyon sonrası erkek hastaların böbrek fonksiyonlarındaki düzelmeye bağlı olarak, sperm hareketliliğinde ve testesteron seviyesinde önemli derecede artış olduğu (24), başka bir çalışmada da; böbrek nakli olan hastaların, diyaliz hastalarına göre

cinsel fonksiyonlarının daha iyi düzeyde olduğu gösterilmiştir (25).

Kadın Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Son dönem böbrek yetmezliği olan kadınlarda genel olarak görülen cinsel fonksiyon bozuklukları; libido azalması, menstrual siklus bozuklukları, vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazm bozukluğu, vajinusmus, disparanoya ve infertilitedir. Bu sorunların nedeni çok yönlü olmakla birlikte, hastalığın neden olduğu yorgunluğun mental etkileri ile hipotalamus ve hipofiz bezindeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır (26) (Tablo 1). Son dönem böbrek yetmezliği olan kadınlarda menstrual düzensizlikler çok yaygındır (17,27). Üremik kadınlarda ovülasyondaki azalma, menstrual düzensizliklere ve amenoreye neden olan en önemli faktördür. Bu hastalarda amenoreye % 50-100 oranında rastlanmaktadır. Menstrasyonu olan kadın hastaların çoğunda ise polimenore, menoraji veya oligomenore görülmektedir (17). Erken menapoza, KBY'li kadınlarda daha fazla rastlanmaktadır (28). Ayrıca diyalize girenlerde serumda östrodiol seviyesinin düşüklüğüne bağlı olarak cinsel ilişki sırasında rahatsızlığa yol açan vajinal atrofi, vajinal kuruluk, pubik bölgedeki tüylerde azalma ve kaşıntı görülebilmektedir (17). Östrojen tedavisi veya vajinal kayganlaştırıcılar bu hastalarda yarar sağlayabilmektedir (27).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların kullandıkları ilaçlar; erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Özellikle antidepressanların, kadınlarda cinsel istekte azalma, uyarılmama veya yetersiz uyarılma, vajinal kayganlığın yetersiz olması, vajinal anestezi, orgazmda gecikme ya da orgazm olamama gibi sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (29).

Montejo ve arkadaşlarının depresyon tedavisi alan ve öncesinde normal cinsel fonksiyona sahip olan hastalarla yaptıkları çalışmada, antidepressan ilaç kullanımını sonucu gelişen cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının % 59 olduğu gösterilmiştir (30). Antihipertansif ilaçların da kadın hastalarda klitoral ve vajinal damar yapısında değişime, pelvik bölgedeki kan akımında azalmaya, vajinal duvar ve klitoral düz kaslarda incelmeye yol açtığı, (11) oluşan bu değişikliklerin kadınların cinsel ilişkide ağrı duyma, orgazm olamama, yetersiz uyarılma ve cinsel isteksizlik gibi sorunlar yaşamalarında etkili olduğu belirtilmektedir (31).

62'sinde cinsel istekte azalma, %52'sinde vajinal lubrikasyonda azalma, %60'ında orgazm yetersizliği ve %4'ünde dispanoya olduğu saptanmıştır (35). Santos ve arkadaşlarının çalışmasında hemodiyalize giren cinsel disfonksiyonlu kadın hastaların yaşam kalitelerinin fiziksel boyutu, diğer hastalara göre daha düşük bulunmuştur (33). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada ise periton diyalizi olan kadın hastaların %94.1'inde, hemodiyalize girenlerin ise tamamında cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmış ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (36).

Tablo 1. Erkek ve kadın hastalarda görülen cinsel fonksiyon bozuklukları (17, 26)

<i>Erkek hastalarda görülen cinsel fonksiyon bozuklukları</i>	<i>Kadın hastalarda görülen cinsel fonksiyon bozuklukları</i>
Libidoda azalma Ereksiyon problemleri Ejekülasyon problemleri İnfertilite	Libidoda azalma Vajinal lubrikasyonda yetersizlik Orgazm bozukluğu Vajinusmus veya dispanoya İnfertilite

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğuna ilişkin çalışmalar daha çok erkek hastalar üzerinde yapıldığı için kadın hastalarla ilgili literatür yetersizdir. Yapılan çalışmalarda SDBY'li kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu %65- % 84 olarak bildirilmiştir (6, 32, 33). Laumann ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsel fonksiyon bozukluğunun kadınlarda (%43), erkeklerden (%31) daha sık görüldüğü belirtilmiştir (34). Başka bir çalışmada hemodiyalize giren ve cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadın hastaların; %

Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı

Cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bileşenleri olan çok yönlü bir sağlık sorunu olup, değerlendirilmesinde multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu ekip içerisinde hemşireler de cinsel sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli roller üstlenmektedir. Cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesinde, ayrıntılı tıbbi öykü almak ve detaylı fizik muayene yapmak gerekmektedir (29,37).

Cinsellik bütüncül sağlık bakım kavramının önemli bir parçası olarak kabul edilmesine karşın, hastalarla en çok vakit geçiren ve onları doğru bir biçimde gözlemleyebilen hemşirelerin çok azı bu konuda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Bu duruma neden olarak, hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanmaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi faktörler gösterilmektedir (38,39). Hemşirelerin, hastaların cinsel sorunlarına çözüm bulabilmeleri için sahip olması gereken özellikler aşağıda sıralanmıştır:

- Bireye özel cinselliği tanımlayabilmeli
- Cinsel konularda rahat olmalı
- iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı
- Danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı
- Hastalarla cinsel konularla ilgili tartışmalarda iletişim yeteneklerini geliştirmeli
- Cinsellik konusunu kabul etmeli ve bu konu ile ilgili kendini rahat hissetmeli
- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar konusunda bilgi sahibi olmalı
- Cinsellik konusunda inanç, değer ve tutumların farkında olmalı
- Yaşam döngüsü içinde cinselliğin gelişimsel durumunu iyi bilmelidir (29,40).

Hastaların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımı; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözümlenmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermektedir. Tüm bu aşamalardaki hemşirelik girişimlerinin amacı, hastaların cinsel sağlığını güçlendirmek, cinsel sorunlarını ifade ede-

bilmeleri için cesaretlendirmek, cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemek, belirlenen sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (29).

Holistik hemşirelik bakımında hastaların, fiziksel, psikolojik, sosyal ve emosyonel açıdan bir bütün olarak ele alınması beklenmektedir. Bu doğrultuda böbrek yetmezliği olan hastalara bakım veren hemşirelerin cinsel fonksiyon bozukluğu tanısını koyarken hastayı tüm yönleriyle ele alarak bakımı planlamaları gerekmektedir.

Sonuç

Son dönem böbrek yetmezliği olan kadın ve erkek hastalar birçok nedene bağlı olarak cinsel fonksiyon bozukluğu yaşamaktadır. Yaşamın bir parçası olan cinselliğin hastalar açısından nasıl değerlendirildiği, hastalıklarının cinsellik üzerine olan olumsuz etkileri ile nasıl baş ettiklerinin değerlendirip bu sorunlara uygun hemşirelik girişimlerini planlamaları hemşirelerin önemli sorumluluklarından biridir. Bu nedenle hemşirelerin cinsel fonksiyonları koruma ve geliştirme konusunda eğitimlerinin artırılarak, hastaların uygun koşullar altında hizmet alması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Feehally J, Floege J, Johnson RJ, Editors. Comprehensive clinical nephrology (3rd ed). Philadelphia: Mosby; 2007.
2. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi 2010; 2(2): 27-32.
3. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz hastasında sık karşılaşılan sorunlar. <http://www.tsn.org.tr>, Erişim Tarihi: 28.02.2014.
4. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; Ek3:3-13.
5. Messina LE, Claro JA, Nardoza A, Andrade E, Ortiz V et al.. Erectile dysfunction in patients with chronic renal failure. Int Braz J Urol 2007; 33: 673-678.
6. Strippoli GFM. Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2012; 7: 974-981.
7. Mumtaz A, Anees M, Barki MH, Sami W, Hussain S et al. Erectile dysfunction in hemodialysis patients. J Ayub Med Coll Abbottabad 2009;21(2): 4-7.
8. Neto AF, Rodrigues MA, Fittipaldi JA, Moreira ED. The epidemiology of dysfunction and its correlates in men with chronic failure on hemodialysis in Londrina, Southern Brazil. Int J Impot Res 2002; 26(2): 19-26.
9. Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. Klinik Gelişim. 2009; 22(4): 75-79.
10. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17 (1): 22-31.
11. Bailie GR, Elder SJ, Mason NA, Asano Y, Cruz JM et al. Sexual dysfunction in dialysis patients treated with antihypertensive or antidepressive medications: results from the DOPPS. Nephrol Dial Transplant 2007; 22: 1163-1170.
12. Ateş F. Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz ve böbrek naklinin cinsel ve üreme işlevleri üzerindeki etkileri. Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52: 229-236.
13. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. J Am Soc Nephrol 1999; 10: 1381-1388.
14. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(1):23-27.
15. Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2005; 44(1): 35-38.
16. Küçük, L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Turk Neph Dial Transpl 2005; 14 (4): 166-170.
17. Rathi M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: pathophysiology. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism 2012; 16(2): 214-219.
18. Grimm RH Jr, Grandits GA, Prineas RJ, McDonald RH, Lewis CE et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Hypertension. 1997; 29: 8-14.
19. Arslan D, Aslan G, Sifil, A, Cavdar, C, Celebi I et al. Sexual dysfunction in male patients on hemodialysis: assessment with the International Index of Erectile Function (IIEF). Int J Impot Res 2002; 14: 539-542
20. Mehra A, Mousavi S, Nikoobakht M, Khanlarpour T, Shekarpour L et al. Improvement of erectile dysfunction after kidney transplantation: the role of the associated factors. Urol J 2006; 3:

- 21.Makarem AR, Mohammad Yasin Karami MY, Zekavat OR. Erectile dysfunction among hemodialysis patients. *Int Urol Nephrol.* 2011; 43 (1): 117-123.
- 22.Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Adv Ren Replace Ther* 2003; 10: 48-60.
- 23.Şahin AF, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A et al. Erkek hastalarda böbrek nakli sonrası cinsel işlevler. *Türk Üroloji Dergisi* 2009; 35(1): 23-27
- 24.Akbari F, Alavi M, Esteghamati A, Mehraei A, Djaladat H et al.Effect of renal transplantation on sperm quality and sex hormone levels. *BJU Int* 2003; 92: 281-283.
- 25.Tavallai SA, Mirzamani M, Behzadi AH, Assari S, Vishteh HRK et al. Sexual Function. A Comparison Between Male Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients, *J Sex Med* 2009; 6:142-148.
- 26.Palmer BF. Management of sexual dysfunction in uremic patients. *Dialysis & Transplantation* September 2010; 39(9): 370-372.
- 27.Ghazizadeh S, Pezeshki ML. Reproduction in women with end-stage renal disease and effect of kidney transplantation. *Iran J Kidney Dis* 2007; 1:12-15.
- 28.Song YS, Yang HJ, Song ES, Han DC, Moon C et al. Sexual function and quality of life in korean women with chronic renal failure on hemodialysis: Case-Control Study. *Urology* 2008; 71(2): 243–246.
- 29.Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12): 111-136.
- 30.Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish working group for the study of psychotropic- related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(3): 10-21.
- 31.Demirezen E. Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam. *Androloji Bülteni*, 2006; 26: 261-263.
- 32.Seethala S, Hess R, Bossola M, Unruh ML, Weisbord SD. Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International* 2010; 14:55-60.
- 33.Santos PR, Capote JR Jr, Cavalcanti JU, Vieira CB, Rocha AR et al. Quality of life among women with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012; 10:103.
- 34.Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6): 537-544.
- 35.Asadifard F, Mohamadi SZ, Heidari TBB. Sexual function of women with chronic renal failure undergoing hemodialysis and factors related to it. *Iran J Crit Care Nurs* 2013; 5(4): 204-213.
- 36.Yazici R, Altintepe L, Guney I, Yeksan M, Atalay H et al. Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Ren Fail* 2009; 31(5): 360-364.
- 37.Ohl LE. Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective. *Urologic Nursing* 2007; 27(1): 57-63.
- 38.Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual Counseling Following Acute Myocardial Infarction. *Clin Nurs Res* 1996; 5(4): 462-472.
- 39.Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z. Unwanted sexual activity among married women in urban China. *J Sex Res* 2007;44(2):158-171.
- 40.Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3): 82-92.