

ISSN 2147 7728



Nefroloji Hemşireliği Dergisi

**Journal of
Nephrology
Nursing**

- *Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesinde Olan Hastaların Duygu Durumlarının Değerlendirilmesi*
- *Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü*
- *Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri*
- *Böbrek Nakli Hastalarında İmmünoşüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları*
- *Meme Kanseri Hastada Hemodiyaliz Strasında Kullanılan Heparin Komplikasyonu: Olgu Sunumu*

2018 Ocak – Haziran Sayı: 1

2018 January – June Number: 1

Nefroloji Hemşireliği Dergisi / *Journal of Nephrology Nursing*

ISSN 2147 7728

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin Hakemli Yayın Organıdır
Official Journal of the Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing

Editör / *Editor*

Asiye DURMAZ AKYOL-İzmir

Yardımcı Editör / *Associate Editor*

Ayten KARAKOÇ-İstanbul

Yayın Sekreteri / *Journal Secretary*

Sevginar ŞENTÜRK- İzmir

Yönetim Kurulu / *Executive Committee*

Başkan / *President*

Ayten KARAKOÇ

Sekreter / *Secretary*

Tülay AKSOY

Sayman / *Treasurer*

Sevginar ŞENTÜRK

Üyeler / *Members*

Arzu ARDA

Fatma GEDİKLİ

Gülseren PEHLİVAN

Sevel YILDIZ

Yayın Türü – *Journal Type*

Ulusal Süreli Yayın / National Periodical

Online Yayın / Yılda iki kez

Online Journal / Twice a year

Dergi Ofisi / *Journal Office*

Harzemşah sok. Eskitürk apt. No:25/7

34381 Şişli / İstanbul

Web-Mail Adresi, Tel / *Web-Mail Address, Phone*

Web: www.ndthd.org.tr

e-mail: tndthd@gmail.com

e-mail: sevginar2016@gmail.com

Tel: 0212 291 90 18

ISSN Dergimizde yayınlanan yazı, fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu yazar(lara) aittir, kaynak gösterilerek kullanılabilir. Dergimiz basın yayın ilkelerine uymaktadır.

The responsibility of the broadcasted articles, photographs and paintings belong to the author(s) in our journal. They can be used by showing the resources. Our the journal is appropriate for the media principles.

Yayın Sahibi / *Journal Owner*

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Adına Başkan /

On Behalf of Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing, President

Ayten KARAKOÇ, İstanbul

Dergi Tasarım / *Journal Design*

✉ ninetasarim@gmail.com

Yayın Kurulu

Ayfer AYAZ - İstanbul
Zehra AYDIN - İstanbul
Rahime KORKMAZ MERTSÖZ – Bursa
Şenay ÖZER ÖZKAN - İstanbul
Dürdane YALÇIN - İstanbul
Selma ÇİÇEK - İzmir

Rukiye DOLGUN KASAP - İstanbul
Gülbahar KİRİKÇİ - İstanbul
Rabia PAPILA - İstanbul
Emine ÜNAL - Antalya
Ferda Ülker - Antalya

Danışma Kurulu

Asiye DURMAZ AKYOL – İzmir
Nilüfer ALÇALAR – İstanbul
Caner ALPARSLAN- İzmir
Güler BALCI ALPARSLAN – Eskişehir
Tuğba MENEKLİ AMAÇ - Şanlıurfa
Selda YARALI ARSLAN - Konya
Fatma ARIKAN - Antalya
Nesrin AŞTİ – İstanbul
Derya ÖZCANLI ATİK – Kahramanmaraş
Elif ÜNSAL AVDAL - İzmir
Zuhal BAHAR – İstanbul
Gülcan BALKAN – Denizli
Didar Zümrüt BAŞBAKKAL – İzmir
Tülin BEDÜK - Ankara
Hicran BEKTAŞ – Antalya
Zerrin BİCİK - İstanbul
Satı BOZKURT – İzmir
Dilek ÇEÇEN - Manisa
Sezgi ÇINAR – Manisa
Soner DUMAN – İzmir
Neşe ERDEM – Aydın
Zeynep ERDOĞAN – Zonguldak
Ekrem EREK – İstanbul
Arzu ERKOÇ – Rize
Fatma ETİ ASLAN – İstanbul
Aysel GÜRKAN – İstanbul
Zöhre IRMAK – Muğla
Belgüzar KARA – Ankara
Ezgi KARADAĞ – İzmir
Ayfer KARADAKOVAN – İzmir
Gülten KAPTAN - İstanbul
Gülbahar KESKİN – İstanbul

Serap PARLAR KILIÇ - Elazığ
Azime KARAKOÇ KUMSAR – İstanbul
Adalet KOCA KUTLU - Manisa
Mesut KÖSEM – İstanbul
Nermin OLGUN – İstanbul
Nazan TUNA ORAN – İzmir
Şeyda ÖZCAN – İstanbul
Zeynep CANLI ÖZER – Antalya
Besey ÖREN – İstanbul
Gülçin ÖZALP – İzmir
Süheyla ALTUĞ ÖZSOY – İzmir
Deniz ÖZTEKİN – İstanbul
Rukiye PINAR - Gaziantep
Necmiye SABUNCU – İstanbul
Mehmet Şükrü SEVER – İstanbul
Adem SEZEN - İstanbul
Sibel KARACA SİVRİKAYA – Balıkesir
Leman ŞENTURAN – İstanbul
Dede ŞİT – İstanbul
Nurgül G. TAVŞANLI – Manisa
Hatice TEL - Sivas
Sevgi TÜRKMEN – Manisa
Eylem TOPBAŞ – Amasya
Serap ÜNSAR – Edirne
Önder YAVAŞCAN – İzmir
Suzan YILDIZ - İstanbul
Emel YILMAZ – Manisa
Mualla YILMAZ – Mersin
Mürvet YILMAZ - İstanbul
Sabire YURTSEVER - Mersin

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, editöryal 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 makaleler (kongre, bilimsel toplantılar hariç) daha önceden yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulan (poster yada sözel) ve özeti yayımlanmış çalışmalar, makale başlık sayfasında belirtilmesi koşulu ile kabul edilir.
5. Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine (tndthd@gmail.com) gönderilmesi gerekmektedir.
6. Dergiye gönderilen makaleler biçimsel esaslara uygun ise, editör/editör yardımcıları ve en az 2 danışmanın incelemesinden sonra gerek görüldüğünde değişiklik isteyebilir.
7. Bu incelemelerden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yetkisine sahiptir.
8. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez.
9. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.
10. Makale bilimsel değerlendirme için işleme alındıktan sonra yayın hakları devir formu'nda

belirtilen yazar isimleri ve 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, açıklamalı, yazılı izinleri alınmalı ve yayınevine bildirilmelidir.

ETİK VE BİLİMSEL SORUMLULUK

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

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

Dergi “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda 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 bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, foğtorafklar ve soyağacı bilgileri vb. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da

vasisi) “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 tanımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

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

YAZIM KURALLARI

Makaleler A4 sayfasının bir yüzüne 10 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, 15 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 ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)

Öz ve Anahtar Kelimeler uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Örnek. TR Dizin Anahtar Terimler Listesi, Medical Subject Headings, CAB Theasarus, JISCT, ERIC vb gibi kaynaklar kullanılabilir.

- 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 nedenidir.

Yapısı

- Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)

Öz ve Anahtar Kelimeler uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Örnek. TR Dizin Anahtar Terimler

Listesi, Medical Subject Headings, CAB Theasarus, JISCT, ERIC vb gibi kaynaklar kullanılabilir.

- 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)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)

Öz ve Anahtar Kelimeler uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Örnek. TR Dizin Anahtar Terimler Listesi, Medical Subject Headings, CAB Theasarus, JISCT, ERIC vb gibi kaynaklar kullanılabilir.

- 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 sunulmuş ise tebliğ yeri ve tarihi belirtilmelidir.

ÖZETLER

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

ANAHTAR KELİMELER

- En az 3 en fazla 5 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır.
- Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.
- İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings, CAB Theasarus, JISCT, ERIC vb” gibi kaynaklara uygun verilmelidir. (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).
- Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri (TBT), TR Dizin Anahtar Terimler Listesi” uygun olarak verilmelidir. (Bkz: www.bilim-terimleri.com)

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler, ilgili cümlenin 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.
- 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 parantez içinde numaralandırılarak belirtilmelidir. Birbirini takip eden kaynaklar ilk ve son kaynak arasına (-) 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 YAZILIMI 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

Akoğulu 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.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

1. İnternet Sitesi

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yayınlanma veya güncellenme tarihi). Başlık., internet adresi, Alınma tarihi.

2. Yazar ve Tarih Belirtilmeyen İnternet Belgesi

Belgenin başlığı. (b.t.), internet adresi, Alınma tarihi

TEZLER

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Başlık. Yayınlanmamış yüksek lisans/doktora tezi, Üniversitenin adı.

İLETİŞİM ADRESİ

Tel: 0212 291 9018

E-posta:

e-mail: tndthd@gmail.com

e-mail: sevginar2016@gmail.com

İçindekiler / Contents

ARAŞTIRMA / RESEARCH

- Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesinde Olan Hastaların Duygu Durumlarının Değerlendirilmesi
Evaluation of Emotional State of the Patients on the National Cadaveric Donor List
Rukiye İNAL, Sabriye Sibel TAZE, Rabiye YAYLA 1

DERLEME / REVIEW

- Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü
The Importance of Oral Care in Dialysis Patients and the Role of Nurse
Belkız KIZILTAN, Merdiye ŞENDİR 9

- Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri
Common Problems in Hemodialysis Patients and the Problem Solving Recommendations
Döndü ŞANLITÜRK, Nimet OVAYOLU, Duygu KES 17

- Böbrek Nakli Hastalarında İmmünoşüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları
Adherence to Immunosuppressive Therapy in Renal Transplantation Patients and Nurses Responsibilities
Metin TUNCER, Leyla KHORSHTD 26

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

- Meme Kanseri Hastada Hemodiyaliz Sırasında Kullanılan Heparin Komplikasyonu: Olgu Sunumu
Complication of Heparin Used During Hemodialysis in Breast Patient with Cancer: Case Report
Yavuz PIRHAN, Bedri Burak SUCU 32

Editörden

Sayın Meslektaşlarım, Sevgili Dergi Okurları

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği'nin bir yayın organı olan Nefroloji Hemşireliği Dergisinin 2018 yılının ilk sayısını çıkarmanın huzuru ve mutluluğu içindeyiz.

Bu sayıda klinik alanda çalışmalarınıza ve uygulamalarınızda yararlı olabileceğini düşündüğümüz çalışmalara yer vermeye çalıştık.

Sevgili Okurlar, 8 Mart 2018 “Dünya Böbrek Günü” teması “Böbrek ve Kadın Sağlığı: Dahil et, Değerli Kıl, Güçlendir” olarak belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili kurumlarda yapılacak –yapılması planlanan tüm etkinliklerinizin hem dergi hem de dernek web sayfasında duyurulması, bu tema ile ilgili yapacağınız tüm çalışmalarınızın bilimsel sonuçlarına dergimizde yer verilmesi bizi mutlu edecektir.

Dergi kalitesinin geliştirme çabaları içinde devam eden çalışmalarımızdan olan Dergi park üyeliği aktifleştirilmiş ve 2017 yılı içinde yayınlanan iki sayının basımı gerçekleştirilmiştir. Eski sayılara yönelik yükleme çalışmaları devam etmektedir, ancak sistemde yoğunluk nedeniyle hepsinin tamamlanamadığını belirtmek isterim. Bu çalışmaların derginin ulaşımını kolaylaştırdığı ve siz değerli dergi okurlarının yararlanmasını da etkin hale getireceği düşünülmektedir.

Tüm yazarlarımıza ve bu sayının hazırlanmasında emeği geçen danışma kurulu üyelerine içten teşekkür eder, bundan sonraki süreçte değerli katkılarının devamını rica ederim.

Gelecek sayımızda sizlerden gelecek farklı değerlendirmelerin ve kaliteli araştırma/derleme /olgu çalışmalarının artarak devam edeceğini umut eder, gelen yeni yılın hepimize sağlık, huzur ve barış getirmesi temennileri ile yeni yılınızı kutlar, içten sevgi ve saygılarımı sunarım.

Nefroloji Hemşireliği Dergisi Editörü
Prof. Dr. Asiye (DURMAZ) AKYOL

2018

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesinde Olan Hastaların Duygu Durumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Emotional State of the Patients on the National Cadaveric Donor List

Rukiye İNAL¹, Sabriye Sibel TAZE², Rabiye YAYLA¹

¹Hem. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı- İstanbul

²Dr. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı- İstanbul

* Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 18-22 Ekim 2017 tarihleri arasında Kaya Palazzo Hotel & Kongre Merkezi, Belek, Antalya'da gerçekleştirilen kongrede poster olarak sunulmuş ve Poster Bildiri Değerlendirmesinde 1. Ödülü almıştır.

Geliş Tarihi: 21 Kasım 2017

Kabul Tarihi: 28 Aralık 2017

İletişim / Correspondence:

Rukiye İnal

E-posta: rukiye_erd@hotmail.com

Özet

Amaç: Ulusal böbrek nakli bekleme listesinde olan hastaların duygu durumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, kronik böbrek yetmezliği olan ve bir üniversite hastanesinin ulusal kadavra böbrek bekleme listesine kayıtlı olan diyaliz hastaları oluşturuldu. Herhangi bir iletişim sorunu veya psikiyatri hastalığı olmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü 12 hasta ölçüt örneklem yöntemi ile belirlendi. Araştırmacı tarafından kadavra bekleme listesinde olan hastaların demografik özellikleri ve duygu durumlarını belirlemeye yönelik soruları içeren görüşme formu kullanıldı. Görüşmede araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgi verildi, "Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu" imzalatıldı. Derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak, 20-30 dakika süren görüşmelerin ses kaydı alındı. Verilerin analizinde ses kayıt cihazına kayıt edilen görüşmeler araştırmacı tarafından, manuel olarak deşifre edilerek, temalar belirlendi. Temaların analizinde içerik analizi yöntemi kullanıldı.

Bulgular: Nicel bulgularda; hastaların yaş ortalamasının 46.7±12.8 %25.0'inin ilkökul, %50.0'sinin ise ortaöğretim mezunu olduğu, %75.0'inin kronik hastalığı olduğu, diyaliz tedavisi süresi ortalamasının 7.8± std:7.9 yıl olduğu belirlendi.

Nitel bulgularda; hastalığını kabullenmekte zorlanma, umut, umutsuzluk, belirsizlik nedeni ile anksiyete, korku, sosyal destek, iş ve sosyal yaşamda bozulma temaları bulundu.

Sonuç: Diyaliz ve organ nakli sürecinin hastalar açısından oldukça stresli bir süreç olduğu, hastaları fiziksel ve psikososyal yönden etkilediği belirlendi.

Anahtar kelimeler: Böbrek yetmezliği, diyaliz, organ nakli

Abstract

Objective: To evaluate the emotional status of patients on the national kidney transplant waiting list.

Method: The qualitative study's universe consisted of dialysis patients of a university hospital who had chronic renal failure and were enrolled in the national cadaveric kidney waiting list. Participants without communication barrier or psychiatric disease were determined by criterion sampling method and 12 of them volunteered in the study. The participants were informed and their written consents were obtained with assurance of confidentiality. 20-30 minutes in-depth interview was the data collection method. The interview form was developed by the researchers which comprised questions of demographic information and the emotional status of the patients. The calls were recorded on the voice recorder and collected. The interviews' records were deciphered manually by the investigators and the themes were determined. In the analysis of the themes, content analysis method was used.

Findings: In quantitative aspect; the mean age of patient were 46.7 ± 12.8 %25.0 of them were primary school graduates, %50.0 of them were secondary school graduates, %75.0 of them had a chronic illness, the duration of previous hemodialysis treatment 7.8 ± 7.9 years. In qualitative aspect, the determined themes were; "struggle with the acceptance of their disease, hope, hopelessness, uncertainty related anxiety, fear, social support, deterioration in work and social life".

Conclusion: It has been determined that dialysis and organ transplantation process is significantly stressful for the patients whom affected physically and psychosocially.

Keywords: Renal failure, dialysis, organ transplantation

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği yaşamı tehdit eden önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu en çok da genç yetişkinleri etkileyen bir hastalıktır (7). Son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle diyaliz programında olan hastalardan, öncelikle depresyon ve anksiyete olmak üzere, ruhsal bozukluk oranlarının yükseldiği ve eşlik eden ruhsal bozuklukların 1.5-3 kata varan oranlarda daha fazla hastane yatışlarına neden olduğu bildirilmektedir (19). Tüm bu etkenler tedaviye uyumu ve prognozu olumsuz etkilemekle beraber yaşam kalitesini de düşürmektedir. Yapılan birçok çalışmada diyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu düşüşün hem kronik böbrek hastalığı hem de tedavi yöntemi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (15).

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam kalitesini iyileştiren, yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi

metodudur. Kronik böbrek yetmezliğinin kesin tedavisinin ancak böbrek transplantasyonu ile mümkün olması, bu yapılamadığı takdirde hastaların uzun yıllar hemodiyalize bağlı olarak yaşamlarını sürdürmek zorunda olmaları birçok sorunu da birlikte getirmektedir (4,31). Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte ve hastalık sürecini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir (12).

Ülkemizde kadavra transplantasyonunun çok küçük oranlarda yapılabilmesi kronik böbrek yetmezliğindeki hastaları çok uzun süre diyalize bağlamaktadır (4). Kronik hastalık hasta bireyi derinden etkilerken beraberinde ailesindeki insanları da derinden etkileyen izler bırakmakta fakat her bireyin kronik hastalık sürecine verdiği yanıt aynı olmamaktadır (5,21). Kronik hastalıklar bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kro-

nik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına tamamen kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve iş birliğini sağlamaktır (20). Kronik Böbrek Yetmezliği tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönlerden etkilemektedir. Sürekli kendileri dışında birtakım gereçlere ve kişilere bağlı olma durumu bu hastaların bağımlılık sorunlarını arttırmaktadır. Tedavinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin imkânsız olması, haftada iki-üç kez diyaliz tedavisi alma zorunluluğu ve sıkı diyet bireyin özgürlüğünü kısıtlayarak ve hastanın aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (31).

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma, ulusal kadavra böbrek bekleme listesine giren ve diyaliz alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşadıkları duygu durumlarını değerlendirmek amacı ile yapıldı.

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde kronik böbrek yetmezliği olan ve o hastanenin ulusal kadavra böbrek bekleme listesine kayıtlı olan diyaliz hastaları oluşturuldu. Örnekleme, Herhangi bir iletişim ve psikiyatri hastalığı olmayan araştırmaya katılmayı gönüllü 12 hasta alınarak örneklem seçiminde ölçüt örneklem yöntemi kullanıldı.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından demografik özellikleri ve kadavra bekleme listesinde olan hastaların duygu durumlarını belirlemeye yönelik soruları içeren görüşme formu kullanıldı. Görüşmede araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili bilgi verildikten sonra katılımcılara "Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu" okutularak imzalatıldı. Katılımcılara kayıtların gizli tutulacağı ve başka hiçbir yerde kullanılmayacağına ilişkin güvence verildi. Nitel araştırmalarda en sık veri toplama yöntemi olarak kullanılan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak, 20-30 dk. süren görüşmeler ses kayıt cihazına kayıt edilerek veriler toplandı.

Verilerin analizinde ses kayıt cihazına kayıt edilen görüşmeler araştırmacı tarafından manuel olarak deşifre edilerek temalar belirlendi. Temaların analizinde içerik analizi yöntemi kullanıldı.

BULGULAR

Nitel Bulgular

Tablo 1. Demografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	Ort: 46.7 ±12.8 (min: 28.0, mak: 68.0)		
Eğitimi	Okur yazar	1	8.3
	İlkokul	3	25.0
	Ortaokul	3	25.0
	Lise	3	25.0
	Üniversite	2	16.7
Kronik Hastalık Durumu	Evet	9	75.0
	Hayır	3	25.0
Diyaliz Süresi	Ort:7.8±7.9 (min:1.0, mak: 29.0)		
Diyaliz Tipi	Hemodiyaliz	11	91.7
	Periton diyaliz	1	8.3

Tablo 1’de çalışmaya katılan hastaların demografik özellikleri görülmektedir. Hastaların yaş ortalamasının 46.7±12.8, %25.0’inin ilkökul, %25.0’inin ortaokul, %25.0’inin lise mezunu olduğu, %75.0’inin kronik hastalığı olduğu, hastaların ortalama 7.8±7.9 yıl diyaliz tedavisi aldıkları saptandı.

Nitel Bulgular

Tema1: Hastalığını Kabullemekte Zorlanma

“İlk duyduğumda hayatın en acımasız yönüyle yüzleştim 2 yıl hastalığım yokmuş gibi davrandım 8 ay diyaliz girmeyi kabul etmedim artık dayanamadım bir noktada yani fenalaştım da acil diyalize alındım tam bir kara kuyunun içine düşmüş gibi hissettim kendimi hatta keşke ölsem diye bile düşündüm ama şimdi mecbur kabulleniyorum başka çarem yok.”(Katılımcı 5)

“İlk duyduğumda benim için hayat durdu hastalığımın başka birisinin bana böbrek bağışı yapmasına bağlı olacağını bilmek ve yaşamımı makinelerle sürdüreceğimi öğrendiğimde 2 yıl kabul edemedim hastalığımı ama mecburen kabullendim.”(Katılımcı 13)

“İlk tanı konulduğunda psikolojim bozuldu. Çünkü tüm hayatım değişti hayatım değişti durumu önce kabullenemedim İlk 1 ay çok zorlandım sonra alışmaya başladım, kabullendim. Sonuçta benden daha kötü durumu olanda var.”(Katılımcı 11)

“Hatalığımı ilk öğrendiğimde hayatım alt üst oldu ilk 1 ay zorlandım sonra alışmaya başladım, kabullendim.”(Katılımcı 9)

Tema 2: Umut

“Yeniden umut ettim kadavra şansım var diye çünkü herkesin ulusal bekleme listesine girme şansı olmuyor benim en azından böyle bir umudum var kendimi yine de mutlu hissettim.”(Katılımcı 12)

“Kardeşıme de kadavradan nakil çıktığı için o günün sırasının bana geleceğine eminim hep umudum var beni her aradığınızda hastaneye her çağrıldığımda çok heyecanlanıyorum umudum hep var.”(Katılımcı 2)

“Kadavra bekleme listesi hakkında bilgim yoktu, her gün yeni bir umut ile güne başlıyorum bana kadavradan nakil çıkacağı günü bekliyorum” (Katılımcı 11).

“Kadavra böbrek bekleme listesinde bekleyeceğimi duyunca bu sürenin bu kadar uzun olacağını düşünmemiştim ama şansım vardı ki bu listeye kayıt olacağımı öğrendim karamsarlığım var ama yine de umudumda var bunca yıldır bekliyorum.”(Katılımcı 1)

“Kadavradan nakil denildiğinde kismet dedim 10 yıldır listedeyim bekliyorum umudumu yitirmedim.”(Katılımcı 8)

Tema 3: Umutsuzluk

“Hastalığımı ilk öğrendiğimde umutsuzluğa kapıldım çok kötü bir durum başkalarından size organ verilmesini beklemek 6.5 ay kontrollerime gitmedim durumumu öğrenince memleketime gittim ve 3 ay dışarı bile çıkmadım kendi başıma dolaştım nasıl olsa öleceğim dedim bana kadavra bekleme listesinden böbrek bulunamaz dedim.”(Katılımcı 3)

“Görüşüyorum ama bu konuları kimse ile konuşmak istemiyorum onları dinledikçe umutsuzluğum artıyor çoğu organ çıkacağını düşünmüyor ve beni bu söyledikleri ile listeden çıkmayı bile düşündürüyorlar.”(Katılımcı 1)

“Liste her geçen gün artıyor bize çıkması çok zor.” (Katılımcı 12)

“Diyalizdeki diğer arkadaşlarım neden yazıldın böbrek sırasına biz yazılmadık, gidip geliyoruz sende öyle yaparsın keşke yazılmasaydın diyorlar.” (Katılımcı 7)

“Nakil olmam gerektiği söylendiğinde başımdan kaynar sular döküldü. Umutsuzluğa kapıldım.” (Katılımcı 10)

Tema 4: Belirsizlik Nedeni ile Anksiyete

“Kadavra bekleme süresini düşünmemeye çalışıyorum o zamanı düşünmüyorum bazılarında 3 ayda bazılarında 20 yılda çıkıyor düşününce çok agresif oluyorum.”(Katılımcı 4)

“Sürekli bekleme durumundasın, telefon kapanmasın diyorsun, panik atak oluyorsun. Acaba kapanır da ulaşamazlarsa şansımı kaybeder miyim diye.”(Katılımcı 12)

“Sürekli aranılacağımı ve hastaneye çağrılacağımı düşünüyorum ama yinede bunu düşünmeden yaşamak istiyorum.”(Katılımcı 1)

Tema 5: Korku

Alt Tema-1: Diyaliz Makinesine Bağlı Yaşama Korkusu

“Kendimi çok kötü hissettim yaşamımın bundan sonra devam etmesinin bir makineye bağlı olacak olması beni çok üzdü.”(Katılımcı 6)

“Diyalize gireceğimi ilk duyduğumda benim için hayat durdu, hastalığımın ve diyalizden kurtulmamın başka birisinin bana böbrek bağışi vermesine bağlı olacağını bilmek ve yaşamımı makinelele sürdüreceğimi öğrendiğimde 2 yıl kabul edemedim diyalize girmeyi.”(Katılımcı 1)

“Diyalizi ilk duyduğumda algılayamadım hayatımın diyaliz denen makine ile devam edeceğini ve tek bu makineden kurtulma şansımın nakil olacağımı anladım.”(Katılımcı 2)

Alt Tema 2: Ölüm Korkusu

“Hayatımın başka bir boyuta geçtiğini hissettim çocuklarıma ne olacağını düşündüm, dünya üstüme yıkıldı böbrek yetmezliğinden ağabeyimi kaybettim kendimin de aynı hastalıktan organ bulunamazsa ölebileceğimi hiç düşünmemiştim.” (Katılımcı 4)

“Bekleme listesinden organ bulunamazsa canlı vericimde olmadığına göre aklıma hep kötü şeyler geliyor.” (Katılımcı 11)

Alt Tema 3: Vericiye Zarar Verme Korkusu

“Evet oldu eşim vermek istedi ama ben eşime karşı böyle bir vefa borcu altında kalmak istemedim çünkü eğer onunda benim yüzümden böyle bir hastalık riski ile bile karşı karşıya kalması beni ona karşı suçluluk duygusu içinde bırakır.” (Katılımcı 5)

“Çocuklarım böbreklerini vermek istediler ama ben istemedim, kıyamadım onlara öleceksem ben öleyim onlara bir şey olmasın.” (Katılımcı 12)

“Yavrularımın böbrekleri dursun, biri çalışmazsa diğeri çalışır ama bana çekerlerse o yüzden kalsın onların böbrekleri.” (Katılımcı 7)

“Canlı vericimden organ almayı kabul etmiyorum yaşarken onların benim yüzümden tehlikede olduklarını bilmek istemiyorum.” (Katılımcı 1).

Tema 6: Sosyal Destek Alma

Alt Tema 1: Aile Desteği

“Ailemim hep bana destek özellikle annem hep yanımda kardeşimde kadavra böbrek bekleme listesinden organ aldığı için oda beni çok iyi anlıyor babamda sağ olsun maddi manevi hep yanımdalar.” (Katılımcı 2)

“Onlarda benimle beraber umut ediyorlar benden çok dua ediyorlar benimle beraber onlarda diyalize geliyor kadavradan nakil çıkar diye bir yere gidemiyorlar.” (Katılımcı 6)

“Ailem bu süreçte yanımda ama ben onların özel zamanlarında yanlarında olamıyorum 3 gün diyaliz olarak sürekli hastanelerdeyim onlarda bu konudan dolayı özellikle çocuklarım bana hasret büyüyorlar.” (Katılımcı 5)

“Onlar sürekli bana üzülüyor ama zaman geçtikçe onlarda bu hayatıma alıştılar benimle beraber mücadele veriyorlar tek arzum özgürce yaşamak, artık hayatımı böyle götüreceğim tek arzum 3 gün dahi olsa dahi özgürce yaşamak nerdeyse 30 yıldır bunun için uğraşıyoruz.” (Katılımcı 3)

“Ailem hep yanımda özellikle eşim benimle beraber yıllardır aynı sorunları yaşıyor.” (Katılımcı 1)

Alt Tema 2: Bekleme Listesinde Olan Hastalar ile Görüşme

“Diyaliz merkezinde beraber diyaliz aldığım arkadaşlarım var onlar ile görüşüyoruz onlarda benimle aynı duygular içindeler hep umutları var.” (Katılımcı 12)

“Evet görüşüyorum çünkü hepimiz aynı gemideyiz kurtulacağımız günü bekliyoruz onlarla konuşunca rahatlıyorum çünkü beni anlayan sadece onlar.” (Katılımcı 5)

“Benim gibi olan hastaların yorumlarını görüyorum, okuyorum. Onlarla aynı şeyleri yaşamak.” (Katılımcı 9)

“Bekleme listesinde olan diğer hastalarla görüşüyorum, onlarda aynı umutla bekliyor. Aslında hepimiz aynı umutla bekliyoruz sıranın bize geleceği günü.” (Katılımcı 13)

Tema 7: İş ve Sosyal Yaşantıda Bozulma

“Her yönden etkiliyor stresli bir süreç her an diyalize gireceğim diye bir yere gidemiyorsun diyaliz makinesine ipe bağlı gibiyim.” (Katılımcı 3)

“Sosyal yaşantım diye bir şey kalmadı çocuklarımla bile ilgilenemiyorum diyaliz günü sürekli yatıyorum kendilerini kendileri idare etmeye çalışıyorlar eşim çok anlayışlı bu konuda ben ise biblo gibi evde duruyorum.” (Katılımcı 4)

“Diyaliz olunca bir yere bağlı yaşamak zorundasınız, makinaya bağlı yaşamak zorundasınız makine sosyal yaşantınızı etkiliyor. İstedığınız zaman istediğiniz işleri yapamıyorsunuz çok zor bir hayat.” (Katılımcı 10)

“Diyaliz olduğu günler diyalizden sonra yorgunluk oluyor, 3 gün diyalize girmek sosyal hayatta zorlanmaya neden oluyor. İsteddiğiniz yere gidemiyorsunuz, tatile gidemiyorsunuz ailenize vakit ayıramıyorsunuz.” (Katılımcı 9)

“Diyaliz benim için ayağıma vurulmuş pranga gibi ben ona o bana bağlı hayatımda özgürce seyahat edemiyorum halsizim sürekli bazen ayağa bile kalkamıyorum. Sürekli hasta gibiyim evde.” (Katılımcı 1)

“Gemi makine mühendisiyim iş yaşantım diyaliz yüzünden çok etkileniyor.” (Katılımcı 11)

“Hangi sosyal hayatımız bir yere gitmek istesek orda kendimize diyaliz ayarlamak zorundayız çocuklarımızın okul gösterilerine bile gidemiyorum bazen.”(Katılımcı 5)

TARTIŞMA

İnsanı, biyopsikososyal bir varlık olarak ele alırsak kronik böbrek yetmezliği bireyleri fiziksel olduğu kadar psikolojik açıdan da etkilemekte, KBY tanısı konulan bireyleri psikolojik açıdan zor bir süreç beklemektedir. Tedavi süreci, bireylerin yeni bir yaşam tarzına geçiş yapmak zorunda olmaları bireylerde korkuya neden olarak hastalığı kabullenmelerini zorlaştırabilmektedir (29). Mutlu'nun (2007) yaptığı çalışmada hastaların %86.3'ü hastalıklarını kabullendiklerini, Duran ve Güngör'ün (2015) yaptıkları çalışmada ise hastaların %62'si diyaliz sürecine alıştıklarını ifade etmiştir. Arıkan ve ark.'nın (1992) yaptığı çalışmada ise ilk olarak diyaliz tedavisi olmaları gerektiği söylendiğinde hastaların büyük bir çoğunluğunun korktuğu, öfkelenildiği ve kabullenmek istemediği sonucu bulunmuştur (4,10,22). Çalışmada hastalar, ilk olarak böbrek yetmezliği tanısı konulduğunda tanıyı kabullenmekte zorlandıklarını fakat zamanla hastalıkla yaşamaya alıştıklarını ve kabullendiklerini ifade etti. Böbrek yetmezliğinin kronik bir hastalık olması ve uygulanan diyaliz tedavisi, bireylerin normal yaşamlarının tamamen değişmesine neden olmaktadır. Bu durumda bireylerin hastalık ve tedavi sürecini kabullenmeleri zaman almakla birlikte ilk şoku atlattıktan sonra hastalığı kabullenmektedirler. Hastaların ilk tepkisinin hastalığı kabullenmemesi olağan ve doğal bir tepkidir.

Kronik böbrek yetmezliği, böbreklerin geri dönüşümsüz olarak fonksiyonlarını kaybetmesi ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Böbrek yetmezliğinin son aşamasında uygulanan organ nakli, hastalık nedeni ile yaşanan sınırlılıkları ortadan kaldırarak hastanın yaşam kalitesini önemli düzeyde arttırmaktadır. Fakat nakil bekleyen hasta sayısının artması, bağış sayısının az olması, uygun organın bulunma süresinin belirsiz olması, bekleme sürecinde olan hastaların anksiyete, ajitasyon, korku, kızgınlık, çaresizlik ve zaman zaman umutsuzluk duygularını yaşamalarına neden olmaktadır (2,3,23,26-28,30). Yapılan çalışmalarda bu süreçte yaşanan umut-

suzluğun bireyin bu süreçle baş etmesini olumsuz yönde etkileyerek depresyona neden olabileceği bildirilmektedir (11,26). Başaran ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu, Dadalı'nın (2009) araştırmasında diyaliz hastalarında umutsuzluk oranının %77.6 olduğu, Mutlu'nun (2007) yaptığı çalışmada ise hastaların %68.4'ünün hastalıklarını iyileşemez olarak gördükleri, %47.0'sinin ise geleceklerine ilişkin kaygı duydukları bildirilmektedir (6,8,22). Gündüz'ün (2014) ve Moran ve ark.'nın (2010) yaptığı nitel çalışmada da nakil bekleyen diyaliz hastalarının umutsuzluğa ilişkin ifadelerde buldukları bildirilmektedir (14,25). Çalışmada hastaların bir kısmının umutsuz olduklarına yönelik ifadelerde bulunması literatür ve diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermekle birlikte hastaların, hastalık ile ilgili olumsuz olayları tekrar tekrar deneyimlemeleri, organ nakil sürecinin uzaması gibi faktörlerin bir sonucu olarak düşünülebilir.

Nakil sürecindeki hastaların yaşadığı bir başka duygu ise korkudur. Hastalar, bu süreçte hayatları boyunca makineye bağımlı olarak yaşama korkusu ve ölüm korkusu duygusunu yoğun olarak yaşayabilmektedir. Mutlu'nun (2007) yaptığı çalışmada diyaliz tedavisi alan hastaların %87.2'si kendilerini tedaviye ve hastane ekibine bağımlı olarak hissettiklerini ve %80.4'ü de ara sıra da olsa kronik bir hastalığa sahip olmaları nedeni ile ölümü düşündüklerini ifade etmiştir. Aker ve Yüksel'in (2016) yaptıkları nitel çalışmada hastaların makineye bağımlı olarak yaşamaktan korktuklarına, Gündüz'ün (2014) yaptığı nitel çalışmada ise hastaların ölüm korkusuna ilişkin ifadelerde buldukları bildirilmektedir (1,14,22). Yaşam ve ölüm insanların zihnini en çok meşgul eden ve korkuya neden olan en önemli kavramlardan biridir. Birey, normal yaşam akışında ölümü aklına getirmeyenken, buna neden olabilecek bir olay ya da durumun ortaya çıkmasında ölümü düşünebilmektedir (18). Böbrek yetmezliğinin ölümcül sonuçlara neden olabilmesi, hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için haftada en az 3 gün diyaliz tedavisi almak zorunda olmaları, uygun organın bulunamaması gibi etkenler hastaların makineye bağımlı olma ve ölüm korkusu yaşamalarına neden olabilmektedir. Çalışmada böyle bir sonucun bulunması diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Nakil bekleme sürecinde hastalar, yaşadıkları umutsuzluk, korku, anksiyete gibi duygularla baş etmeye çalışırlar. DSÖ raporunda ruh sağlığını koruyucu faktörler arasında ailenin ve dostların sosyal desteğinin önemi kanıtlara dayalı olarak açıklanmıştır (17). Gerogianni ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan ve diyaliz tedavisi gören hastaların %52.0'sinin, Duran ve Güngör'ün (2015) yaptıkları çalışmada hastaların %78.0'inin ailelerinden destek aldığı bildirilmektedir. Karabulutlu ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmada da hastaların en çok ailelerinden destek aldıklarını bildirilmektedir (10,13,16). Mollaoğlu' nun (2005) yaptığı çalışmada ise sosyal destek puanı yüksek olan hastalarda anksiyete düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (24). Çalışmada, bu süreçte hastaların en çok desteği ailelerinden alarak ve nakil bekleme listesinde olan diğer hastalar ile görüşerek hastalıkla baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Hastaların en büyük desteği ailelerinden almaları bu stresli süreç ile baş etmeleri açısından oldukça olumlu bir sonuçtur. Bunun yanı sıra aynı durumda olan diğer hastalarla görüşmeleri, hem hastanın hastalığı ile yüzleşmesini, hem de hastalık sürecindeki değişimi görmesini sağlamaya yardımcı olduğunu gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hastaların, haftanın belli günleri diyaliz tedavisi almak zorunda olmaları, seyahat edecekleri zaman gidecekleri yerde diyaliz merkezi ayarlamak zorunda kalmaları, aile içi rolleri yerine getirmede zorluklar gibi nedenler aile ve sosyal yaşamı olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Ayrıca tekrarlayan hastalıklar, diyaliz prosedürleri de iş, okul ve ev işlerinde üretkenliğin kaybı, güç kaybı, bağımsızlığın sınırlanması ve gelir kaybı

gibi birçok kaybın yaşanmasına neden olabilmektedir (9,10,13). Mutlu'nun (2007) yaptığı çalışmada hastaların %63.2'si yaşamlarını kısıtlanmış olarak hissettiklerini, %60.7'si iş hayatının etkilendiğini ifade etmiştir. Duran ve Güngör' ün (2015) yılında yaptıkları çalışmada hastaların sadece %39.0'u sosyal yaşamının kötü etkilendiğini ifade ederken geriye kalan hastaların %36.0'sı sosyal yaşamının zaman yönünden kısıtlandığını, %26.0'sı ise sosyal yaşamının kalmadığını, %58.0'i de ekonomik gelirlerinin azaldığını ifade etmiştir (10,22). Aker ve Yüksel'in (2016) ve Christos ve ark.'nın (2012) yaptıkları nitel araştırmalarda çalışmaya katılan hastaların iş ve ev hayatlarının etkilendiği bildirilmektedir (1,9). Hastaların nakil bekleme sürecinde diyaliz tedavisine devam etmek zorunda olmaları, diyaliz tedavisinin zaman alması, diyaliz sonrasında yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel sorunlar yaşamaları iş, aile ve sosyal hayatlarında aksamalar olmasına neden olabilmektedir.

Sonuç olarak; hastaların tanıyı ilk duyduklarında hastalığı kabullenmekte zorlandıkları, diyaliz prosedürlerinin getirdiği sınırlamaların yanı sıra organ bekleme sürecinin belirsiz olması nedeni ile hastaların anksiyete, umutsuzluk, korku gibi duyguları yaşadıkları, bu süreçte en çok ailelerinden destek aldıkları, iş ve sosyal yaşantılarının etkilendiği belirlendi. Bu süreçte, yeni tanı konulan bireylerin bu krizle baş etmeleri için kapsamlı bilgi ve danışmalığın verilmesi, olumlu baş etme yöntemlerini kullanmaları için desteklenmeleri gerekirse profesyonel yardım almaları için teşvik edilmeleri, hastanın yanında bu süreci onlarla birlikte yaşayan ailelerinde bu programlara dahil edilmesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. Aker S, Yüksel S. Hipertansif Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Kalitatif çalışma. *Journal of Human Sciences* 2016; 13(3): 4389-4404.
2. Aktaş YY, Karabulut N. Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesindeki Hemşirelik Öğrencilerinin Beyin Ölümü ve Organ Bağışına İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17(3): 129-134.
3. Alemdar H, Pakyüz ŞÇ. Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015; 2: 19-30.
4. Arıkan Z, Hasanoğlu E, Pınar H, Işık E. Hemodiyaliz Yapılan Hastaların Hastalıklarını Algılayışları ve Depresyon. *Gazi Tıp Dergisi* 1992; (3): 83-89.
5. Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, Deccache A. Reconsidering Patient Empowerment in Chronic Illness: A Critique of Models of Self-Efficacy A-and Bodily Control. *Social Science & Medicine* 2008; 66:1228-1239.

6. Başaran D, Altun ÖŞ, Kaban F, Ecder T. Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2016; 1: 9-15.
7. Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D, et al. Psikosomatik Bozukluklar, Medikomat; 1996: 55-63: Ankara.
8. Dadalı Z. Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi (2009): İstanbul.
9. Christos M, Maria R, Maria S, Theodora F, Georgios T, et al. Factors Affecting Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis Helenic Journal of Nursing Science 2012; 5(2): 65- 71.
10. Duran S, Güngör E. Diyaliz Hastalarının Duygusal ve Sosyal Sorunlarının Belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015; 41 (2): 59-63.
11. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşan Doymu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN 2004; www.insanbilimleri.com erişim 08.11.2017.
12. Gelder M, Gath D, Mayou R. et al. Oxford Textbook of Psychiatry. 3 th edison. Oxford University Press. 1996: 385.
13. Gerogianni S, Babatsikou F, Gerogianni C, Panagiotou M, Psimenou E. Social Life of Patients Undergoing Hemodialysis. International Journal of Caring Sciences 2016; 9(1): 122.
14. Gündüz ES. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Transplantasyon Öncesi ve Sonrası Psikososyal Deneyimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi 2014; İstanbul.
15. Kalender B, Özdemir AÇ, Yaluğ İ, Dervisoglu E. Antidepressant Treatment Increases Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure. Renal Failure 2007; 29: 817-822.
16. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N. Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Baş etme ve Sosyal Destek. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 8(3): 56- 66.
17. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. DEUHYO ED (2011); 4 (2): 78-82.
18. Kızılkaya M, Koştü N. Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(4): 69- 74.
19. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM et al. Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease. Am J Med 1998 Sep; 105(3):214-221.
20. Kuyurtan F. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Kronik Hastaların Hastalığına ve Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. 1998; 48: 25-27 1998.
21. Young JT. Illness Behaviour: A Selective Review and Synthesis. Sociology of Health & Illness 2004; 26:1-31.
22. Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007: Ankara.
23. Mollahadi M, Yayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison of Anxiety, Depression and Stress Among Hemodialysis and Kidney Transplantation Patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 2(4): 153- 156.
24. Mollaoğlu M. Perceived Social Support, Anxiety, and Self- Care Among Patients Receiving Hemodialysis. Dialysis & Transplantation 2011; 35(3): 1-7.
25. Moran, A. Scott, A. ve Darbyshire, P. Waiting for a Kidney Transplant: Patient's Experiences of Haemodialysis Therapy. Journal of Advanced Nursing 2010; 67 (3): 501-509.
26. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar(2004); İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara.
27. Özşaker E. Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(3): 166-173.
28. Santos CM, Kirchmaier FM, Silveira WJ, Sena CA. Perceptions of Nurses And Clients About Nursing Care İn Kidney Transplantation. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):337-43.
29. Sarı Ö. Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği. BEU. SBE. Dergisi 2015; 4(2): 70- 80.
30. Schulz KH, Kroencke S. Psychosocial Challenges Before and After Organ Transplantation. Transplant Research and Risk Management. 2015;7: 45-53.
31. Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak MR, Serdengeçti K. Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu. Türk Nefroloji Derneğinin Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti 2011, 20(1): 1-6.

DERLEME / REVIEW

Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü

The Importance of Oral Care in Dialysis Patients and the Role of Nurse

Belkız KIZILTAN¹, Merdiye ŞENDİR²

¹Öğr. Gör. Dr. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Trabzon

²Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri, İstanbul

Geliş Tarihi: 03 Ekim 2017

Kabul Tarihi: 04 Aralık 2017

İletişim / Correspondence:

Belkız Kızıltan

E-posta:

belkiz.kiziltan@avrasya.edu.tr

Özet

Kronik böbrek hastalığından olumsuz etkilenen ağız sağlığı, diyaliz hastalarında, hastalığın kendi sonucu ya da ilişkili olduğu tıbbi tedaviler, tedavi biçimi ve kötü ağız bakımı ile bozulabilir. Birçok araştırma normal popülasyona göre ağız bakımının kronik böbrek hastaları ve diyaliz hastalarında daha kötü olduğunu, ayrıca kronik böbrek hastalarında kötü ağız hijyeninin yaygın olarak görülmesine rağmen gözden kaçan önemli bir problem olduğunu ortaya koymaktadır. Diyaliz hastalarında kötü ağız hijyeni sonuçları ciddi olabilir. Dolayısıyla, uygun ağız bakımı ile ağız problemlerinin oluşumu engellenebilir veya oluşmuş ağız problemleri hafifletilebilir. Bireylerin ağız sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi, alışkanlığı olmayanlara ağız bakımı alışkanlığının kazandırılması, tedavinin yol açtığı komplikasyonların önlenmesi, bireye danışmanlık hizmeti ve eğitimin verilmesi sorumluluğu hemşireye aittir. Hemşirenin bu sorumluluğu, birçok komplikasyona yol açan diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda daha da ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin bütün bu uygulamaları yapabilmesi; bireyin ağız sağlığını değerlendirme bilgi ve becerisine, uygun değerlendirme araçlarını kullanmasına ve etkili ağız bakım protokolleri geliştirmesine bağlıdır.

Anahtar kelimeler: Ağız hijyeni; diyaliz; hemşirelik

Abstract

Oral health which is negatively affected by chronic kidney disease can be impaired in dialysis patients, due to illness and poor oral care. Many studies have shown that oral care is worse in chronic kidney disease and dialysis patients than in the normal population, and that widespread poor oral hygiene in chronic kidney patients is also an important problem that runs out of sight. Dialysis patients may have poor oral hygiene results. Thus, proper oral care can prevent the occurrence of mouth problems or alleviate the mouth problems that have occurred. It is the nurse's responsibility to provide and maintain oral health for individuals, to provide oral care habits for non-habitants, to prevent complications caused by treatment, to provide counseling services and training. This responsibility of the nurse becomes more prominent in the patients who under go dialysis treatment that leads many complications. Nurse's opportunity to do all these applications; depends on the individual's ability to assess oral health, the use of appropriate assessment tools and to develop effective oral care protocols.

Keywords: Oral hygiene; dialysis; nursing

GİRİŞ

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016 verilerine göre, 2016 yılı sonu itibarıyla, Türkiye’de düzenli hemodiyaliz (HD) programında olan hasta sayısı 56687 (%76.1), periton diyalizi (PD) 3508 (%4.8), transplantasyon ise 14280 (%19.2)’dir ve toplam olarak 74475 hastaya böbrekle ilgili yerine koyma tedavisi uygulanmaktadır. Ülkemizde böbrek replasmanını gerektiren son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) prevelansının geçen yıllara oranla artışı dikkat çekicidir (1).

Ağız sağlığı genel sağlığın önemli bir bileşenidir ve kronik böbrek hastalığından olumsuz olarak etkilenir (2,3). Diyaliz hastalarında ağız içi değişiklikleri kronik böbrek hastalığının kendi sonucu ya da ilişkili olduğu tıbbi tedaviler, tedavi biçimi ve kötü ağız bakımı ile bağlantılı olarak meydana gelebilir (2,4). Bu hastalarda gözlenen ağız içi değişiklikleri ile ilgili çok önemli bildirimler vardır ve tahminen hastaların %90’ı bu semptomların bir veya daha fazlasını deneyimlemektedir (2,5).

Birçok araştırma normal popülasyona göre ağız bakımının kronik böbrek hastaları ve HD hastalarında (4,6-10) daha kötü olduğunu, ayrıca kronik böbrek hastalarında kötü ağız hijyeninin yaygın olarak görülmesine rağmen gözden kaçan önemli bir problem olduğunu ortaya koymaktadır (11-13). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında kötü ağız hijyeni sonuçları ciddi olabilir. Çünkü ileri yaş, eşlik eden hastalıklar, malnütrasyon, zayıflamış immün sistem, eşzamanlı alınan ilaçlar, periodontit ve diğer dişlerin durumları enfeksiyon ve sistemik sonuçlar için riski artırır (13,14). Ayrıca transplantasyon hastalarında bu enfeksiyonlar hastanın hayatını riske atabilir, greftin reddedilmesine neden olabilir (15). Öte yandan diyaliz hastalarında, periodontitis derecesi ile mortalite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (16,17).

Hemşire, sağlık ekibinin hasta ile en uzun süre birlikte olan üyesi olarak bakım verdiği bireyi yakından gözleme fırsatına sahiptir. Bir diyaliz ünitesi, düşünüldüğünde hasta ile iç içe, hastaya en yakın kişinin hemşire olduğu görülmektedir.

Hemşire bu konumunu profesyonel yönde kullanarak özellikle diyaliz hastalarında bilgilendirici ve uygulamalı hemşirelik yaklaşımlarını kullanarak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye katkı sağlamaktadır (18). Ayrıca, uygun bir ağız tanılması ve ağız bakımı uygulaması ile ağızda gelişebilecek komplikasyonları önlemek için ağız bütünlüğünü koruyucu önlemler almak, gelişen komplikasyonlara mümkün olan en erken bakım girişimlerini uygulamak, hastaların konforunu geliştirmek ve optimal düzeyde beslenmelerini sağlamak için yardımcı olmalıdır (19,20).

Diyaliz Hastalarında Ağız Sağlığının Önemi

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-elektrolit değişimini temel alan bir tedavi şeklidir (21,22). HD, uygun bir damar yolu aracılığı ile hastadan alınan kanın (300-450ml/dk) antikoagülasyon ile vücut dışında cihaz yardımıyla yapay böbrek görevi gören yarı geçirgen bir membrandan geçirilen sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesi esasına dayanan bir böbrek yerine koyma tedavisidir (23). PD daha çok akut böbrek yetmezliklerinde uygulanır ve yarı geçirgen membran olarak peritonlar kullanılır. HD ise akut, kronik veya terminal böbrek yetmezliklerinde kullanılan bir yöntemdir ve yapay yarı geçirgen membranlar kullanılarak, genellikle haftada 3 gün ortalama 4 saat olarak uygulanır (11).

Ağız ve diş sağlığı genel sağlıktan ayrı düşünülmemesi gereken bireyin yaşam kalitesini ve konforunu direkt olarak etkileyen önemli bir faktördür (24). Amerikan Genel Sağlık Servisi’nin 2000 yılı Ağız Sağlığı Raporu’nda ilk kez ağız sağlığının sağlıklı dişlerden fazlası demek olduğu ve ağız sağlığının genel sağlığın bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (25).

Ağız boşluğu oral ve sistemik hastalıklara neden olabilecek çok çeşitli mikropların yerleşimi için bir sığınaktır (26). Günümüzde oluşan genel kanı; ağız sağlığı, sistemik sağlık ile birliktedir, kötü ağız sağlığı, sistemik hastalığın şiddetini artırabilir ve/veya ciddi sistemik hastalıklara sebep

olabilir (27,28). Çünkü ağız boşluğunda, mikro-organizmaların yerleşmesi ve üremesini etkileyen fizikokimyasal (yüzey, sıcaklık, pH gibi), konak (ağız bakımı, sigara içme, genetik durum gibi) ve bakteriyel (enzimler, fimbria gibi) faktörler bulunmaktadır. Konak mikroflorayı etkileyeceği gibi mikroflora da konağı lokal ve belki sistemik olarak etkilemektedir. Bir biyofilimdeki bakteri türlerinin kendi aralarında ve buldukları fiziksel ve kimyasal ortamla aralarındaki etkileşimler son derece dinamiktir (29).

Son yıllarda periodontal hastalıklarla ilgili patojenlerin kardiyovasküler hastalık, inme, prematüre ya da düşük doğum kilo ağırlıklı bebekler, üst solunum yolu enfeksiyonları, diyabet ve şişmanlık, romatoidartrit, renal hastalıklar gibi sistemik durumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (30).

Ağız diş hastalıkları ve kronik hastalıkların risk faktörleri benzerdir. Sağlıksız beslenme, tütün ve alkol kullanımı her iki hastalık grubunda da görülen risk faktörleridir. Bu nedenle DSÖ ağız sağlığını geliştirmeye yönelik programların kronik hastalıklarla ilgili sağlığı geliştirme programlarına eklenmesini önermektedir (31). Ayrıca, sistemik hastalıklarla ağız sağlığı sorunlarının birlikteliği ve yaygınlığı koruma ve tedavide sağlık hizmeti sunan tüm sağlık personelinin birlikte çalışması gerekliliğini doğurmaktadır (32).

Literatür incelendiğinde SDBY’nde en sık karşılaşılan ağız içi sorunları dişeti büyümesi, dişetindeki diğer değişimler (solukluk, kanama), periodontal değişimler, tükürük değişimleri, plak, diş taşı, ağız kokusu, tat bozukluğu, dil ve mukozada değişimler olduğu görülmektedir (4,12,33,34). Ayrıca takip edilen KBY hastalarında diyaliz tedavisinin başlaması ile ağız içi sorunlarının oluştuğu ve periodontal hastalığın ilerlediği ortaya konmuştur (33). Sırasıyla diyaliz öncesi, PD ve HD boyunca periodontal hastalığın şiddetinde ilerleme olduğu rapor edilmiştir (33,34).

Diyalizin periodontal dokulara etkileri hastalığın evresine, şiddetine ve süresine bağlı olarak değişmektedir. Nedenleri ise;

- Birincil hastalıklarından dolayı hastaların ağız bakımı uygulamalarını ihmal etmesi,

- Malnütrisyon, anemi, inflamasyon, üremik toksinler nedeniyle periodontal dokuların metabolizmalarının bozulmasına bağlı gingivitis gelişmesi ve immun yetersizlikten dolayı periodontal ceplerin oluşması,
- Üremik toksinlerden ötürü tükürük yapısının bozulmasına bağlı diştaşı oluşumunun artışı,
- Üremik kemik lezyonları ve elektrolit bozukluklarına bağlı olarak alveolar kemikte lezyonların gelişmesi,
- Tedavide kullanılan ilaçlara bağlı olarak periodontal dokuların etkilenmesi şeklinde sayılabilir (4,33,35).

Diyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda kötü ağız hijyeninin plak miktarını, periodontal hastalık oluşumunu, gingivit, periodontit ve diş taşını arttırdığı rapor edilmiştir (4,12,34-36). Ayrıca, tıbbi yönden baskılanmış bu hastalarda plağa bağlı hastalıkların aktif enfeksiyon kaynağı oluşturacağı ve SDBY olan hastalarda periodontitisin sistemik iltihabi alevlenmeye neden olabileceği bildirilmiştir (37). Hemodiyaliz hastaları normal popülasyon ile karşılaştırıldığında; özellikle genç gruplarda arteriosklerosis ve komplikasyonlarına bağlı ölümler oldukça fazladır. Arteriosklerosisin kökeninde ise inflamasyonun rolü bilinmektedir. Ulusal ve uluslararası yıllık renal kayıt sistemlerinden elde edilen raporlarda; diyaliz hastalarında ölümlerin büyük bir kısmının kardiyovasküler ve enfeksiyon kaynaklı olduğu görülmüştür (7,38-40).

Kötü ağız hijyeninin diyalize bağlı olarak gelişen ağız komplikasyonlarını arttırdığı birçok literatürde belirtilmektedir. Kötü ağız hijyeninin ortak bulgusu olan gingivitis ve periodontitis diyaliz hastalarında daha sık görülmektedir (41,42). Bu bağlamda diyaliz hastalarında, uygun ağız bakımı ile ağız problemlerinin oluşumu engellenebilir veya oluşmuş ağız problemleri hafifletilebilir. Ayrıca, diyaliz hastalarında iyi bir ağız bakımı ile septisemi, endokardit ve endarteritisin oluşumuna zemin hazırlayacak ağız enfeksiyonlarının oluşma riski azaltılmaktadır (4).

Ağız bakımının yeterli düzeyde sürdürülememesi ağız hastalıkları oluşması ile ilişkilidir. Plağın önlenmesi ve kontrol edilmesi için ağız bakımı temel olarak nitelendirilmektedir (43). Sağlıklı

ağız ve dişlere sahip olmanın temelini dental plağın ortadan kaldırılması oluşturmaktadır. Çünkü diş ağız mikrobiyal plak diş sorunlarının birinci kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Ana kaynağı ağız florası olan bakteriler diş, dolgu, protez gibi yüzeyi değişmeyen cisimlerin üzerine yapışarak kolonize olmaktadır. Ayrıca dişeti hastalığına da yol açmaktadır (44).

Ağız bakımının sağlanması için dental plağı ortadan kaldıracak iki yol bulunmaktadır: bunlardan birincisi diş hekimleri tarafından yapılan profesyonel bakım, ikincisi ise bireyin kendisi tarafından yapılan öz bakımdır (45). Ağız bakımında öz bakım için mekanik ve kimyasal korunma olmak üzere iki yöntem tanımlanmıştır. Mekanik korunma yöntemi diş fırçalama, ara yüz fırça ve diş ipi kullanımından oluşmaktadır. Kimyasal yöntem ise diş macunları, bitkisel ve kimyasal içerikli ağız gargaralarını içermektedir (19,26,45-48). Diş fırçalama; dünya çapında en sık yapılan mekanik kişisel plak temizleme yöntemidir ve uzun süreli periodontal sağlığı korumada çok önemli rol oynamaktadır (49).

Diyaliz Hastalarının Ağız Bakımında Hemşirenin Rolü

Diyaliz tedavisi uygulanan hastaların hastalık süreci ve semptomlarını kontrol altına alabilmede öz bakım davranışlarını yeterli düzeyde gerçekleştirmeleri önemlidir (50). Bunu sağlamak için yapılacaklardan ilki ve en önemlisi bireyin kendi sağlığını koruması ve sürdürmesi için gerekli bilgilere sahip olmasıdır (51). Bu nedenle çeşitli düzeylerde bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik girişimleri ile hasta ve ailesinin desteklenmesi ön plana çıkmaktadır (18). Bu bağlamda, nefroloji hemşiresi, hastanın rehberi, danışmanı, eğitimcisi, bireye tedavi seçenekleri konusunda destek, yardımcı olan ve bireyin en yüksek seviyede istenilen bağımsızlık düzeyine gelmesini sağlayan kişidir. Nefroloji hemşiresi gerektiğinde yönetici hemşire olarak da uygun sağlık bakımının verilmesini sağlayarak ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planını uygulamaktadır. Bireyselleştirilmiş hasta bakım planının tanılama aşamasından sonra hemşirelik tanımlarını geliştirerek bu doğrultuda bakımı planlamakta, uygulamakta ve değerlendirmektedir. Aktif olarak profesyonel rol geliştirme aktivitelerine katılmaktadır (52).

Diyaliz hastasında ağız sağlığı diyaliz hekimi, diş hekimi ve hemşire çalışmasını gerektiren disiplinler arası bir sorun olmasına karşın; kliniklerde ağızda problem gelişmesini önlemeye yönelik uygulamalarda primer olarak hemşire sorumluluk almaktadır (53). Kılınç ve Günay'ın (2010) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmada öğrencilerin bilgi düzeylerinin orta ve düşük düzeyde olduğu ve tıp eğitimleri sırasında bu konuda bilgi almamış oldukları saptanmıştır (54). Ulusal ve uluslararası hemşirelik literatüründe nefroloji hastalarında ağız bakımını değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Gonyea (2009) diyaliz hastalarında diş ağız sorunlarının görülme oranının yüksek olduğu ve nefroloji hemşirelerinin bu konuda bilinçli olması gerektiğini belirtmektedir (55) Bastos Jdo ve arkadaşlarının (2011) nefroloji hekim ve hemşirelerinin KBY hastalarında periodontal hastalıklara yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını incelediği araştırmada hekim ve hemşirelerin çoğunluğunun ağız boşluğunu değerlendirmediklerini saptamıştır (13). Diyaliz hastalarında ağız komplikasyonları gelişmeden önce önlemeye yönelik bakımın yapılması, ağız bakımının öğretilmesi, ağızın tanınması, riskli durumlarda hastaların diyaliz hekimi veya diş hekimine yönlendirilmeleri hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (53,56). Bu bağlamda diyaliz hastalarına bakım veren sağlık bakımı profesyonellerinin ağız bakımı ve sağlığına yönelik yeterli bilgiye sahip olması ve hastalara bu yönde eğitim vermesi önem kazanmaktadır.

Ağız bakımı, bireyin rahatı ve esenliği için en temel hemşirelik uygulamalarından biridir (57). Bireylerin ağız sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi, alışkanlığı olmayanlara ağız bakımı alışkanlığının kazandırılması, tedavinin yol açtığı komplikasyonların önlenmesi, bireye danışmanlık hizmeti ve eğitimin verilmesi sorumluluğu hemşireye aittir. Hemşirenin bu sorumluluğu, birçok komplikasyona yol açan diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda daha da ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin bütün bu uygulamaları yapabilmesi; bireyin ağız sağlığını değerlendirme bilgi ve becerisine, uygun değerlendirme araçlarını kullanmasına ve etkili ağız bakım protokolleri geliştirmesine bağlıdır (19,20,58-61).

Hemşire, uygun bir ağız tanılması ve ağız bakımı uygulaması ile ağızda gelişebilecek komplikasyonları önlemek için ağız bütünlüğünü koruyucu önlemler almak, gelişen komplikasyonlara mümkün olan en erken bakım girişimlerini uygulamak, hastaların konforunu geliştirmek ve optimal düzeyde beslenmelerini sağlamak için yardımcı olmalıdır (19,20).

Ülkemizde 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde, 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan düzenleme ile (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik) ağız bakımı ve ağız diş sağlığı uygulamalarının hemşirelik kararı ile yapılabilecek uygulamalar olduğu belirtilmektedir (62).

Diyaliz tedavisi bireyi tüm yönleriyle etkileyen, uzun yıllar sürdürülen bir tedavi olması nedeniyle bu tedavinin uygulandığı hastalar için hemşirelik sürecinin bütüncül bakış açısı sağlayan bir yaklaşımla oluşturulması ve uygulanması önem taşımaktadır. Bu bağlamda hemşireliğin temel felsefesi olan holistik ve hümanistik yaklaşımla

diyaliz hastalarının ağız bakım gereksinimlerinin karşılanmasında en önemli araç hemşirelik sürecinin kullanılmasıdır. Tanılama aşamasında diyaliz hastalarının ağız sağlığına yönelik temel oluşturacak veriler toplanır ve bireye özgü toplanan verilerin ilk değerlendirmesi yapılır. Verilerin doğru ve eksiksiz toplanması ve tanılamanın sürekliliği etkili ağız bakımı yönetiminin uygulanmasında önemlidir (63-68).

SONUÇ

Diyaliz hastalarında ağız sağlığı disiplinler arası ekip anlayışı çerçevesinde çözümlenecek bir sorun olmakla birlikte ağız bakımı temel hemşirelik işlevlerinden biridir. Hemşire, sağlık ekibinin hasta ile en uzun süre birlikte olan üyesi olarak diyaliz hastalarında ağız sağlığının korunması, ağız bakımının sağlanması, kötü ağız hijyeninin sistemik etkilerinin önlenmesi ve diyalize bağlı gelişebilecek ağız içi komplikasyonlarının erken tanılmasında en önemli role sahiptir. Bu bağlamda bireyselleştirilmiş hemşirelik süreci doğrultusunda ağız bakımı sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon TC Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2017.
2. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *Journal Of Dental Research*. 2005; 84(3): 199-208.
3. Blue C, Isringhausen K, Dils E. Raising oral health awareness among nephrology nurses. *The Journal of Dental Hygiene*. 2011; 85(2).
4. Klassen JT, Krasko BM. The dental health status of dialysis patients. *Journal Canadian Dental Association*. 2002; 68: 34-38.
5. Bayraktar G, Kazancıoğlu R, Bozfakıoğlu S, Eceder T, Yıldız A, ve ark. Stimulated salivary flow rate in chronic hemodialysis patients. *Nephron*. 2002; 91: 210-214.
6. Atassi F. Oral home care and the reasons for seeking dental care by individuals on renal dialysis. *Journal of Contemporary Dental Practice*. 2002; 15: 31-41.
7. D’Aiuto F, Ready D, Tonetti MS. Periodontal disease and C-reactive protein-associated cardiovascular risk. *Journal of Periodontal Research*. 2004; 39: 236-41.
8. Souza CR, Liberio SA, Guerra RN, Monteiro S, Silveira EJ, et al. Assessment of periodontal condition of kidney patients in hemodialysis. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*. 2005; 51: 285-289.
9. Sharma DC, Pradeep AR. End stage renal disease and its dental management: an overview. *New York State Dental Journal*. 2007; 73(1): 43-47.
10. Hill KE, Tuck A, Ranner S, Davies N, Bolieiro-Amaral K. The use of a nursing oral and nutritional assessment tool to improve patient outcomes-one centre’s experience. *Renal Society of Australasia Journal*. 2014; 10(1): 6-10.

11. Canan S. (2009). Hemodiyaliz hastalarına periodontal açıdan yaklaşım ve ağız bakımı alışkanlıklarının geliştirilmesi. Yayınlanmamış Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi.
12. Akar H, Akar GC, Carrero JJ, Lindholm SB. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011; 6: 218-226.
13. Bastos Jdo A, Vilela EM, Henrique MN, Daibert Pde C, Fernandes LF, et al. Assessment of knowledge toward periodontal disease among a sample of nephrologists and nurses who work with chronic kidney disease not yet on dialysis. *Jornal Brasileira De Nefrologia*. 2011; 33(4): 431-435.
14. Kato S, Chmielewski M, Honda H, Pecoits-Filho R, Matsuo S, et al. Aspects of immune dysfunction in end-stage renal disease. *Clinical Journal American Society of Nephrology*. 2008; 3: 1526-33.
15. Abbott KC, Oliver JD, 3rd, Hypolite I, Lepler LL, Kirk AD, et al. Hospitalizations for bacterial septicemia after renal transplantation in the United States. *American Journal of Nephrology*. 2001; 21(2): 120-127.
16. Kshirsagar AV, Craig RG, Moss KL, Beck JD, Offenbacher S, et al. Periodontal disease adversely affects the survival of patients with end-stage renal disease. *Kidney International*. 2009; 75: 746-751.
17. Chen LP, Chiang CK, Peng YS, Hsu SP, Lin CY, et al. Relation ship between periodontal disease and mortality in patients treated with maintenance hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*. 2011; 57: 276-282.
18. Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(1): 33-43.
19. Evans G. A rationalefor oral care. *Nursing Standard*. 2001; 15(43): 33-36.
20. Ünsal A. Hijyen Uygulamaları. Aştı TA, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 1. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014. s.442-479.
21. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007.
22. Kandi T. (2013). Son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile periton diyalizi alan hasta grubunda hipertansifretinopati ile plazma nt-probnp düzeylerinin ilişkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi.
23. Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Z, Türk S, et al. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2009.
24. Namal N, Can G. Bireylerin eğitim düzeyi, diş fırçalama sıklığı-DMFT ilişkisi. *Diş hekimliği (Journal of Dentistry) Dergisi*. 2002; 9(45): 148-152.
25. U.S. Department of Health and Human Services. 2000. Oral Health in America: A Report of the Surgen General. Rockville MD: U.S.Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Reseach, National Institute of Health. <https://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/Documents/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf>. (Alınma Tarihi: 20.12.2015).
26. Kite K, Pearson, LA. Rationale for mouth care: the integration of theory with practice. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1995; I: 71-76.
27. Scannapieco FA, Panesar M. Periodontitis and chronic kidney disease. *Journal of Periodontology*. 2008; 79: 1617-1619.
28. Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clinical Microbiology and Infection*. 2007; 13: 3-10.
29. Socransky SS, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. *Periodontology 2000*. 2005; 38(1): 135-87.
30. Külekçi G, Gökbuget A. Ağız mikroflorasının genel sağlığa etkisi ANKEM Dergisi. 2009; 23(3):137-145.
31. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2009; 37(1): 1-8.
32. Özvarış ŞB. Topluma dayalı tıp eğitimi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007; 26: 1-6.
33. Borawski J, Borawska WM, Stokowska W, Mysliwiec M. The periodontal status of pre-dialysis chronic kidney disease and maintenance dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007; 22: 457-64.
34. Kshirsagar AV, Craig RG, Beck JD, Moss K, Offenbacher, S, et al. Severe periodontitis is associated with low serum albumin among patients on maintenance hemodialysis therapy. *Clinical Journal American Society of Nephrology*. 2007; 2: 239-244.
35. Craig RG. Interactions between chronic renal disease and periodontal disease. *Oral Diseases*. 2008; 14: 1-7.
36. Bots CP, Poorterman JH, Brand HS, Kalsbeek H, Van Amerongen BM, et al. The oral health status of dentate patients with chronic renal failüre undergoing dialysis therapy. *Oral Diseases*. 2006; 12: 176-180.

37. Rahmati MA, Craig RG, Homel P, Kaysen GA, Levin NW. Serum markers of periodontal disease status and inflammation in hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002; 40: 983-989.
38. US Renal Data System. USRDS. 2005. Annual data report: Atlas of end-stage renal disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: Bethesda, MD. <https://www.usrds.org/atlas05.aspx>. (Alınma Tarihi: 20.12.2015).
39. Stel VS, Van de Luijngaarden MW, Wanner C, Jager KJ. The 2008 ERA-EDTA Registry Annual Report-a precis. *NDT Plus*. 2011; 4(1): 1-13.
40. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, ve ark. A population- based survey of Chronic Renal Disease in Turkey the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011; 26: 1862-1871.
41. Al-Wahadni A, Al-Omari MA. Dental diseases in a Jordanian population on renal dialysis. *Quintessence International*. 2003; 34: 343-347.
42. Buhlin K, Barany P, Heimburger O, Stenvinkel P, Gustafsson A. Oral health and pro-inflammatory status in end-stage renal disease patients. *Oral Health&Preventive Dentistry*. 2007; 5: 235-244.
43. Aydın AK. Kişisel Hijyen ve Yatak Yapımı. Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s. 394-400.
44. Chaushu G, Bercovici M. Salivary flow and its relation with oral symptoms in terminally III patient. *Cancer*. 2000; 88(5): 984-97.
45. Doğan C. Ağız ve diş sağlığı bakımı, Halk Sağlığı Günleri. III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu, 2014, Ankara, 23-29.
46. Pearson LS, Hutton JL. A controlled trial to compare the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque. *Journal Of Advanced Nursing*. 2002; 39(5): 480-9.
47. Bowsher J, Boyle S, Griffiths J. A review of the research evidence base for oral care procedures utilised by nurses. *Nursing Standard*. 1999; 13: 31.
48. Pearson LS. A comparison of the ability of foam swabs and toothbrushes to remove dental plaque: implications for nursing practice. *Journal Of Advanced Nursing*. 1996; 23(1): 62-9.
49. Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. *Journal of Clinical Periodontology*. 1998; 25(4): 297-305.
50. Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumasoglu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(3): 70-80.
51. Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009; 4(11).
52. *Nephrology Nurse*. <http://www.nursesource.org/nephrology.html>, (Alınma tarihi: 12.05.2016).
53. Güneş Z. (2003). Kemoterapi alan hastalarda ağız bakımı standardının ağız komplikasyonları gelişme riskini önlemesinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi.
54. Kılınç G, Günay T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010; 24(3): 131-7.
55. Gonyea J. Oral health care for patients on dialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*. 2009; 36(3): 327-8.
56. CANNT (2008). Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists Nephrology Nursing Standards and Practice Recommendations. http://www.cannt.ca/files/CANNT_Nursing_Standards_2008.pdf. (Alınma Tarihi: 11.08.2016).
57. Davies A, Finlay I. *Oral Care In Advanced Disease*. Bangalore, India: Oxford University Press; 2005.
58. Dodd M. Pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum*. 2004; 31(4): 5-23.
59. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*. 2004; 100(9): 2026-46.
60. Kozier B, Berman A, Snyder S, Erb G. *Fundamentals Of Nursing Concepts, Process and Practice*. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall. Upper Saddle River; 2008.
61. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P. 1110-37.
62. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. (Alınma Tarihi:15.01.2016).

63. Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S. Application of the Roper, Logan and Tierney Model of Nursing in Practice. In: Holland K, ed. 2th ed. Edinburgh; Churchill Livingstone; 2008.
64. Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Genişletilmiş 9. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.; 2009.
65. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(2): 84-92.
66. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper- Logan- Tierney Model of Nursing. Edinburgh: Churchill Living Stone; 2000.
67. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H. Hemşirelik Süreci. Babadağ K, T., Aştı Atabek T, eds. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. s. 8-20.
68. Özer S, Gökçe S. Neuman Sistemler Modeli'nin hemodiyaliz tedavisi gören bir olguda uygulanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12(1): 69-77.

DERLEME / REVIEW

Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri

Common Problems in Hemodialysis Patients and the Problem Solving Recommendations

Döndü ŞANLITÜRK¹, Nimet OVAYOLU², Duygu KES³

¹Arş. Gör. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Tokat

²Prof. Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gaziantep

³Arş. Gör., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Karabük

* Bu çalışma '14-18 Ekim 2015 tarihinde Antalya da düzenlenen 17. Ulusal İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur'

Geliş Tarihi: 06 Aralık 2017

Kabul Tarihi: 10 Ocak 2018

İletişim / Correspondence:

Duygu Kes

E-posta: duygukes1478@gmail.com

Özet

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan bireylerin tedavisinde en sık uygulanan renal replasman tedavisi (RRT) tipi Hemodiyaliz (HD) tedavisidir. Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular HD tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın HD makinesine bağlı sürdürülmesi farklı sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar arasında; hipotansiyon, kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, psikosozyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları yer almaktadır. HD hastalarının yaşadığı sorunların doğru ve etkin yönetimi, hastaların yaşam kalitesinin ve hemşireler tarafından verilen bakımın niteliğinin artırılması açısından önemli bir etkidir. Bu derlemede, sıklıkla yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri hakkında rehber oluşturacak bilgiler yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, Hemodiyaliz, Hemodiyaliz sorunları, Hemşirelik

Abstract

Hemodialysis (HD) is the most common applied to type of renal replacement therapy (RRT) in the treatment of chronic renal failure (CRF). The signs and symptoms result from kidney failure while controlling the HD treatment, depending on the treatment process and life sustaining HD machine leads to different problems. These problems include; hypotension, muscle cramps, fatigue, weakness, nausea, vomiting, anemia, bleeding and susceptibility to infection, uremic bone disease, uremic pruritus, hyperlipidemia, endocrine abnormalities, fistula complications, thrombosis, vascular insufficiency, aneurysm rupture, deterioration in physical functioning and general health perception due to physical problems, fulfillment of obligations due to difficulties in psychosocial and emotional problems, sleep disorders. Correct and effective management of problems experienced by hemodialysis patients, is an important factor in terms of improving the quality of care given by nurses and quality of life of patients. This review is written to guide with the aim of commonly experienced problems and recommendations to the solutions.

Keywords: Chronic renal failure, Hemodialysis, Hemodialysis problems, Nursing

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan bireylerin tedavisinde sıklıkla hemodiyaliz (HD) uygulanarak, hastaların daha rahat ve uzun yaşayabilmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır (1). Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre, ülkemizde 2013 yılı sonu itibariyle toplam 66.711 hastaya renal replasman tedavisi (RRT) uygulanmaktadır. En sık (%79) uygulanan RRT tipi HD tedavisidir (2).

Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular HD tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın HD makinesine bağlı sürdürülmesi farklı sorunlara yol açmaktadır. HD tedavisindeki gelişmelere rağmen, hastalar tedavi süresince sıvı-elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, kas krampları, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, göğüs ve sırt ağrıları, ateş, üremi, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, psikososyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları gibi pek çok, göz ardı edilemeyecek sorunları deneyimlemektedir (1, 3, 4).

Hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaşılan stresörler, akut hastalık veya ataklar, hastanede uzun süre yatma veya bağımlılık hastaların aktivite tercihlerini değiştirebilmekte, performansını etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini de düşürmektedir (5, 6).

RRT Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sık görülen semptomlar şöyle sıralanabilir:

1. Hipotansiyon

Hipotansiyon hemodiyalizin en sık görülen komplikasyonudur (7, 8). Özellikle yaşlılarda, diyabetiklerde ve kardiyovasküler problemlere sahip bireylerde daha sık görülmektedir (9). Her seansta yaklaşık olarak %20-30 oranında hipotansiyonla karşılaşılmaktadır (10,11). Karın ağrısı, esneme, bulantı-kusma, kas krampları, huzursuzluk, baş dönmesi, bayılma veya anksiyete gibi birçok semptom hipotansiyona eşlik eder (10,11)

Intradiyalitik hipotansiyon (İDH), sıklıkla ultrafiltrasyonla (UF) çok miktarda sıvı ve solütün kısa sürede vücuttan uzaklaştırılmasıyla kan volümünün hızla azalması sonucunda ve azalan kan volümünü kompanse edecek olan kopmansatuar mekanizmaların yetersiz kalmasıyla oluşur (7,8,10). Hemodiyalizin en sık sorunlarından olan hipotansiyon ve eşlik eden semptomların varlığı kapsamlı bir hemşirelik bakımını gerekli kılar.

Hipotansiyonun önlenmesine yönelik öneriler

- Ultrafiltrasyon kontrollü diyaliz makinesi kullanımı
- İnterdiyalitik kilo alımını önleyen diyet ve tuz kısıtlaması
- Kuru ağırlığın iyi tespiti ve kuru ağırlığın altında UF yapılmaması
- Diyaliz solüsyonu Na⁺unun düşük tutulması
- Na⁺ profilinin uygulanması: Sodyum, üre konsantrasyonundaki azalma ile oluşan osmotik basınç değişikliğini dengeleyerek hipotansiyon ve buna bağlı görülen komplikasyonları sıklığını azaltır. Ancak sürekli yüksek Na⁺'lu diyaliz solüsyonu ile diyaliz yapmak hastada total sodyum yükünün artmasına ve iki diyaliz seansı arasında aşırı sıvı alınımına yol açacağından diyaliz seansının ilerleyen bölümlerinde diyaliz solüsyonu Na⁺ konsantrasyonu azaltılmalıdır. Bu olaya sodyum profili adı verilmektedir. Bu şekilde büyük oranda intravasküler volüm azalması ve osmotik basınçtaki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan intradiyalitik hipotansiyon atakları azalmaktadır (12). Tang ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir çalışmada sodyum profili ile hipotansiyon epizodlarının %62, göğüs ağrısı, bulantı, kusma, baş ağrısı gibi intradiyalitik semptomların %82 ve hemşirelik girişimlerinin %85 oranında azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (13).
- Antihipertansif ilaçların diyaliz sonrası verilmesi: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDIGO) 2012 kan basıncı yönetimi rehberinde (14), hipertansif ilaçlar verilirken hasta profillerinin dikkate alınması, yaşlı

hastaların takibinin sık yapılması ve tüm hastalarda düzenli olarak postüral hipotansiyonun izlenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (14,15).

- Bikarbonatlı diyaliz solüsyonunun kullanılması
- Diyaliz solüsyonunun ısısının azaltılması (34-36°C)
- Hematokrit değerinin diyaliz öncesi %33'ün üzerinde tutulması
- Diyaliz sırasında gıda alımının önlenmesi (7,9,11).

Bunlara ek olarak karnitin yada intravenöz manitol gibi farmakolojik uygulamalar olmasına rağmen hipotansiyon gelişimini önlemeye yönelik kabul görmüş herhangi bir tedavi rehberi mevcut değildir (9).

Hipotansiyon geliştiğinde uygulanması gereken girişimler

- Solunum sıkıntısı yoksa hasta trendelenburg pozisyonuna getirilmeli
- Bolus tarzında %0,9 NaCl (100ml veya gerekirse daha fazla) verilmeli
- UF hızı minimuma indirilmeli, mümkünse sıfırlanmalı
- Gerekirse nazal oksijen verilmeli
- Diyaliz solüsyonu ısısı düşürülmelidir.

Bu tedbirler ile kan basıncı normale getirilemezse ve kan basıncı hayati organların dolaşımını bozacak düzeyde ise pozitif inotropik ajanlar başlanmalı ve gerekirse hemodiyaliz sonlandırılmalıdır (7).

2. Kas krampları

Hemodiyaliz hastalarında sıklıkla yaşanan bir diğer sorun ise kas kramplarıdır (7,16). Yapılan çalışmalarda HD hastalarının kas krampı yaşama durumları %46-62 olarak saptanmıştır (4,17). Kas kramplarının muhtemel sebebi olarak yoğun ultrafiltrasyon ve diyalizat solüsyonunda sodyum düşüklüğü gösterilmektedir (16). Kral ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmaya göre kas kramplarının nedenleri arasında hastaların iki diyaliz arasında fazla kilo almalarına bağlı olarak

diyaliz sonuna yakın hipotansiyonla birlikte kas krampı yaşamaları, karnitin eksikliği gibi nedenlerden dolayı olduğu düşünülmektedir (17). Hastalar yaşadıkları bu sorunları gidermek için çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastaların kas kramplarını gidermek için uyuma, masaj yapma ve ilaç alma gibi yöntemlere başvurdukları belirtilmiştir (4).

Kas kramplarının önlenmesine yönelik öneriler

- UF hızının ayarlanması
- Hipotansiyonun eşlik ettiği kramplarda salin solüsyonlarının (izotonik/hipertonik NaCl solüsyonu) verilmesi
- Hipertonik glukoz kullanımı (7,16).

3. Bulantı kusma

Diyaliz esnasında görülen bulantı ve kusmanın en önemli nedenleri uygulanan aşırı UF nedeni ile ortaya çıkan hipotansiyon (en sık), üremi, yetersiz diyaliz, hiperkalsemi ve disequilibrium sendromudur (7,16,18). Caplin ve arkadaşlarının (2011) hastaların bakış açısıyla HD semptomlarını değerlendirdiği bir çalışmada bulantı %34, kusma ise %23 olarak tespit edilmiştir (19).

Bulantı kusmanın önlenmesine yönelik öneriler

- Diyaliz kan akım hızı kontrolü
- Hipotansiyonun düzeltilmesi
- Antiemetik (oral/parenteral) verilmesi (7,16).

4. Kaşıntı

Kaşıntı HD hastalarının sık yaşadığı, prevelansı %20-90 arasında değişen rahatsız edici bir semptomdur (20). HD hastalarının yaşadığı sorunları araştıran çalışmalarda da kaşıntının prevelansı %39-%52 oranında saptanmıştır (4,19). Kaşıntı uyku kalitesi başta olmak üzere hastanın yaşam kalitesini bozmaktadır (20). HD hastalarında görülen kaşıntının nedenleri arasında sekonder hiperparatroidizm, hiperfosfatemi, deride kalsiyum-fosfat depolanması, kuru deri, yetersiz diyaliz, anemi, demir eksikliği ve hipersensitivitesi düşük olan diyaliz araçları ile diyaliz işleminin yapılması sayılabilir (21).

Kaşıntının önlenmesine yönelik öneriler

- Hastaya cilt bütünlüğünü korumak için; beslenme, hareket ve hijyen kuralları konusunda eğitim vermeli
- Cildi tırmalayarak kaşınmasının ve tırnaklarının uzun olmasının cilt lezyonları ve yara oluşumuna neden olabileceği konusunda hastayı uyarılmalı
- Hastada tırmalanmış bölgeler değerlendirilmeli, tırmalanmış bölgede üremi yara iyileşmesini geciktirdiği için enfeksiyon riski yüksektir
- Kuru ve pullu cilde suda eriyebilen losyon ya da solüsyon sürülmeli
- Sert sabun ve çok sık banyo yapmaktan kaçınılmalı (gün aşırı yeterli olabilir)
- Cilt kuru ise banyo sonrası vücut yağı sürmenin kaşıntıyı azaltacağı konusunda hastaya bilgi vermeli (21,22)
- Antihistaminik kullanımı
- Cildin nemlendirilmesi
- Yüksek akımlı (high flux) diyalizer membranı kullanma
- Ultraviyole ışın tedavisi (özellikle UVB) ve oral aktif karbon tedavide kullanılabilir (7).

Ayrıca çalışmalarda aromaterapi, akupressör, akupunktur gibi tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kaşıntı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (20,23).

5. Yorgunluk-güçsüzlük

Kas zayıflığı, atık ürünlerin birikmesi, inflamatuvar süreçler gibi durumlarda ortaya çıkan ve engellenemeyen bir tükenme duygusu olarak tanımlanan yorgunluk hastalar tarafından yoğun şekilde yaşanan bir semptomdur (24). Akça ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir çalışmada yorgunluk/güçsüzlük oranının %81,7 olduğu belirlenmiştir (4). Usta ve Demir'in (2014) çalışmasında yorgunluk %62,2 olarak belirlenmiştir (25). Karabulutlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların, hastalığın başlangıcından beri en fazla güç kaybı ve yorgunluk deneyimlediği ve bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkilendirdiklerini belirlenmiştir (26).

KBY'de sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, hematopoetik, metabolik ve endokrin fonksiyonların yerine getirilememesi nedeni ile yorgunluk oluşmaktadır (24). Yorgunluk ve güçsüzlük, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemelerinin yanı sıra yaşamı tehdit edici olmaları nedeniyle önem taşımaktadır (27).

Yorgunluğun önlenmesine yönelik öneriler

- Hastanın aktiviteleri değerlendirmeli ve yorgunluğa neden olan aktiviteleri belirlemeli
- Hastaya özgü aktivite planı oluşturulmalı
- Hastanın önceliklerini tanımlayarak, vazgeçilebilir olanların bırakılmasının sağlanması
- Hasta enerjisinin en yüksek olduğu dönemlerde önemli işlerini yapması konusunda yönlendirmeli
- Hasta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşıyorsa yardım edilmeli ve hareketsizliğin oluşturduğu riskleri göz önünde bulundurarak aktif pasif hareketler yaptırılmalıdır (18,22).
- Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk sıklıkla anemiye bağlı ortaya çıkar, bu durumda hemşire reçete edilen demir ilaçlarını doğru bir şekilde uygulamalıdır. Reçete edilen Epoetin Alfa (Epogen) hemşire tarafından subkutan veya intramüsküler yolla kullanılmalıdır. Ayrıca Epoetin Alfa'nın yan etkileri olan ani kan basıncı yükseliği, göğüs ağrısı, bayılma, şiddetli baş ve bacak ağrısı, bacaklarda eritem ve şişme izlenmelidir (22).
- Hastaların hemodiyaliz sonrası yorgunluklarının yönetimi eğitici programların düzenlenmesi ve hastaların yorgunluğa ilişkin deneyimlerini paylaşmak için haftalık hasta grup toplantılarının yapılması da hastaların deneyimlediği yorgunluğu azaltacak öneriler arasında yer alır (25).

Yapılan çalışmalarda egzersiz, yoga, akupresüre gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yorgunluğu azalttığı belirtilmektedir (23, 28, 29).

6. Uyku sorunları

Hemodiyaliz hastalarında %60-%80 oranında görülen uyku sorunları, hastaların yaşam kalitelerini bozmalarının yanı sıra mortalite oranını da arttırıcı etkiye sahiptir (6,30,31). Uyku sorunları arasında uykuya dalmakta gecikme, sık uyanma, gündüz uyuklama, huzursuz bacak sendromu sayılabilir (31,32). Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı uyku sorunlarını tek bir nedene bağlamak doğru olmaz. Hastaların yaşadığı kaşıntı ve huzursuz bacak sendromuna yoğun hemodiyaliz seanslarında uyuyakalmak, günlük yaşamdan kaynaklı anksiyete, hastalığa bağlı depresyon ve antihipertansif ilaç kullanımı gibi faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir (30).

Uyku sorunlarının önlenmesine yönelik öneriler

- Hemşire, hastanın uyku alışkanlığını ve uyku hikâyesini değerlendirmeli
- Hastanın gündüz saatlerinde uyuması engellemeli
- Gün içinde aktivitelerini arttırarak hastanın yorularak gece rahat uyuması sağlamalı
- Gece yatma saatlerine uyum konusunda hasta teşvik edilmeli (3).
- Hemşire, hasta için dinlendirici bir ortam hazırlamalı, uyku ve diğer temel fizyolojik gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamalı (3).
- Uyku hijyeni eğitimi, relaksasyon, egzersiz programları, (6,30,31,32,33) lavanta esansiyel yağı ile aromaterapi uygulanması (34), yaşam kalitesinin yükseltilmesi, kas kramplarının önlenmesi gibi alternatif uygulamalar da hastaların uyku problemlerinin çözümünde etkilidir (35).
- Sosyokültürel yapı ve yaş baz alınarak hastalara uygun müzik dinletilmesi (3) huzursuz bacak sendromunun iyi tanılanmasının ve yönetiminin planlanmasıyla hastanın uyku sorunları azaltılabilir (36).

Tüm bu uygulamalara rağmen uyku probleminin devam etmesi durumunda medikal tedaviler kullanılabilir (31).

7. Enfeksiyon

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hatsalarında enfeksiyona bağlı hastaneye yatışlar, morbidite ve mortalite oranlarında artış oluşturmaktadır (37,38,41). Normal popülasyonla karşılaştırıldığında diyaliz hastalarında mortalite oranı 6,5-7,9 kez daha yüksektir (37). Taş ve arkadaşlarının (2011) akut ve kronik böbrek yetmezliğinde mortalite nedenlerini araştırdıkları çalışmada, hastaneye başvuran 240 hastada en sık mortalite nedeni olarak enfeksiyon hastalıkları bulunmuştur (39).

Hemodiyaliz hastalarındaki enfeksiyonların %70'den fazlası vasküler giriş yeri ile ilişkilidir (40,41). Sıklıkla görülen diğer enfeksiyonlar ise kan yoluyla bulaşan Hepatit B Virüsü (HBV), Hepatit C Virüsü (HCV)'dür (42). Dağlar ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, çalışmaya alınan 201 olgudan 100 (%50) olguda HBV, 40 (%20) olguda HCV enfeksiyonu saptanmıştır (38).

KBY hastalarında ileri yaş, eşlik eden hastalıkların varlığı, aşı cevabının azlığı, immunsupressif tedavi, üremi, diyaliz girişim yolu, daha önceden kullanılan kateterin tipi, önceden kullanılan antimikrobiyal, hastaneye yatış öyküsü ve diyaliz seçimi gibi çok sayıda potansiyel risk faktörü enfeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır (37,38,43).

Enfeksiyonun önlenmesine yönelik öneriler

- Diyalizin amacı ve fistülün önemini hemşire tarafından hasta ve yakınına anlatılmalı
- Hasta ve hasta yakınının vasküler giriş yolunun bakımı ve korunması konusundaki bilgileri değerlendirilmeli
- Hasta ya da yakınının bakım sorumluluğunu alabileceğinden emin olunmalıdır (22). Çünkü kateter ve giriş yeri bakımının doğru tekniikle yapılması enfeksiyon gelişimini önlenmesinin yanı sıra hastaneye yatışları da azaltmaktadır (37).
- Hemşire hemodiyaliz sırasında aseptik tekniğe uymalı, her hasta için farklı eldiven kullanılmalı ve kontaminasyon geliştiğinde değiştirmeli
- Bölgeyi antiseptik solüsyonla temizlemeli

- Tedavi sırasında ve fistül iğnesi çıkarıldıktan sonra bölge steril pansumanla kapatılmalı (22).
- Kateter teknolojisindeki gelişmelere rağmen kateterle ilişkili bakteriyemileri önleyecek en etkili yol, hala personel eğitimi ve sıkı aseptik teknik uygulanmasıdır (40). KDIGO Hepatit C önleme klavuzuna göre; infeksiyon kontrolüne ilişkin gerekli bilgiler klinik hizmeti yapmayan personel, hastalar, bakıcılar ve ziyaretçiler için de verilmelidir (44).
- Personel, hasta veya diyaliz istasyonundaki herhangi bir gereç ile temas öncesinde ve sonrasında ellerini, sabunla veya antiseptik el yıkama solüsyonu ile yıkamalıdır. Ellerin net olarak kontamine olmadığı durumlarda, antiseptik alkol jeli ile silinmesi yeterli olabilir. El yıkamanın dışında, personel hasta ile ilgilenirken veya diyaliz istasyonunda potansiyel kontamine bir yüzeye dokunurken tek kullanımlık eldiven giymelidir. Eldivenler diyaliz istasyonundan ayrılırken mutlaka çıkartılmalıdır (14).
- Uygun olduğu durumlarda hastalar da diyaliz istasyonuna geldiklerinde ve giderken ellerini yıkamalı veya alkol jeli ile silmelidir (14).
- Hepatit ile bulaş olmuş hastaların ayrı ünitelerde diyalize alınması, makinalarının ayrılması diğer hastaların da enfekte olmasının önlenmesinde etkindir (45).
- KDIGO US 2012 rehberi kontrendikasyon yoksa KBY hastalarının yıllık grip aşısı ve beş yılda bir pnömokok aşısı olmaları gerektiğini vurgulamaktadır (15). Hepatit B açısından sadece hastaların değil personelin de aşılanması gerekmektedir (42).

8. Depresyon-Anksiyete

Depresyon ve anksiyete bozuklukları HD hastalarında sık karşılaşılan mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen hastalıklardır (46). Çelik ve Acar'ın (2007) yaptığı çalışmada, hastaların %15,3'ünde depresyon ve %28,8'inde anksiyete geliştiği görülmüştür (47). Gürcani ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise hastaların %28,6'sında depresyon, %16,7'sinde anksiyete saptanmıştır (20). HD hastalarının %5-22'sinde

major depresyon, %25'inde ise depresyon semptomlarına benzer bulguların olduğu belirtilmektedir (21). Kaya ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada HD hastalarında depresif bozukluk oranı 37,5 olarak saptanmıştır (46).

Teles ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada HD tedavisinin sabah olması, ileri yaş, düşük hemoglobin ve fosfat düzeylerinin depresyona zemin hazırladığı belirtilmiştir (48). Uzun süreli HD tedavisi kişilik ve yaşam stili değişikliklerine neden olarak hastaların depresyon ve anksiyete gibi psikososyal problemler yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (49).

Depresyon-Anksiyetenin önlenmesine yönelik öneriler

- Hemşire hasta ve ailesi için yaşadıkları sorunlar ve duygusal gerginliklerini rahatça açıklayabilecekleri ortam hazırlamalı ve onları bu konuda konuşmaya cesaretlendirmeli
- Gereksinimi olan hasta ve ailesi için danışmanlık yapılmalı ve destek sağlanması için yönlendirici olunmalı
- Hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı hasta ve ailenin böbrek yetersizliği ve tedavi programına uyumu ve etkin baş etme yöntemlerini uygulaması için gerekli desteği sağlamalı (50).
- Antidepresan ilaçlar depresyonun tedavisinde oldukça etkili olup hastanın yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlamaktadır (21).
- Hasta ve hasta yakınları için de hasta-aile grup toplantıları, kendi kendine destek grupları ve eğitim programları ile hastaya ve ailesine hastalığın ayrıntılarıyla anlatılması
- Hastanın ve ailenin destek sistemlerini fark etmesi sağlanarak hasta ve ailesinin depresyona/umutsuzluğa girmesi engellenmesi (51).
- Progresif relaksasyon, derin solunum egzersizleri, akupunktur, aromaterapi, terapötik dokunuş ve müzik terapisi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımı (23,52)
- Spirüel iyilik halinin geliştirilmesi/arttırılması psikososyal sorunların çözümünde etkilidir (53).
- Sosyal destek; bireyin stresli yaşam deneyimleriyle baş etmesine yardımcı olur ve işlev

bozukluğunun derecesine göre bireyin sorunlarla daha kolay baş edebilmesini sağlar. Bu nedenle mümkünse hastaların algıladıkları sosyal desteğin artırılması da önerilmektedir (54).

SONUÇ

HD hastaları kronik bir hastalığa sahip olmanın yanında bu hastalığın tedavisinde yer alan hemodiyaliz sürecinden kaynaklanan çeşitli sorunlarla yüz yüze kalmaktadırlar. Hasta ile birebir çalışan hastalık ve tedavi süreci dahil hastayı sürekli olarak izleyen ve değerlendiren sağlık bakım

ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelere bu süreçte daha fazla rol düşmektedir.

HD geçici bir tedavi olmayıp ömür boyu devam eden bir süreç olduğu için hasta HD'yle yaşamayı öğrenmek durumundadır. Hemşire, hastaların HD'ye bağlı sıklıkla deneyimmediği sorunları tanımlamak, değerlendirmek ve hastaların sorunlarıyla başa çıkmalarında onlara danışmanlık yaparak kendi bakımı konusunda rehabilite etmeli ve hasta uyumunun sağlanmasını amaçlamalıdır. Hemşire tüm bunları yaparken gerekli bilgi donanımına sahip olmalı ayrıca bilgisini uygulamaya aktarma konusunda istekli olmalıdır.

Kaynaklar

1. Biçer S, Taşçı S, Taş T, Ceyhan Ş. Hemodiyalizde meydana gelen kan basıncı değişiminin hastada yarattığı sorunların belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013; (1): 15-23.
2. Seyahi N, Altıparmak MR, Ateş K, Trabulus S, Süleymanlar G. Türkiye'de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2015; 24(1): 10-16.
3. Karadağ E, Karadakovan A. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda uyku sorunları ve müzikle tedavi uygulaması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013; (1): 53-60.
4. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2011; (1): 15-22.
5. Öztürk B, Akın S, Durna Z, Özdilli K. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve fistül bakımı ile ilişkili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013; (1): 24-34.
6. Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. Quality of sleep and its relationship to quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences* 2013; 2(4): 295-304.
7. Ahsen A. Hemodiyalizin akut komplikasyonları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2011; 12: 54-60.
8. Bansal S, Ansons A, Vishwanath M. Hypotension-induced blindness in haemodialysis patients. *Clinical Kidney Journal* 2014; (7): 387-390.
9. Beladi Mousavi SS, Tamadon MR. Vasopressin and prevention of hypotension during hemodialysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(11): e20219.
10. Ettema EM, Zitteba D, Kuipers J, et al. Dialysis hypotension: A role for inadequate increase in arginine vasopressin levels? A systematic literature review and meta-analysis. *American Journal of Nephrology* 2014; 39: 100-109.
11. Chao C, Huang C, Yen C. Intradialytic hypotension and cardiac remodeling: A vicious cycle". Hindawi Publishing Corporation. *BioMed Research International* 2015; Article ID 724147 <http://dx.doi.org/10.1155/2015/724147>.
12. Altıntepe L, Tonbul HZ, Yeksan M, Türk S. Hemodiyaliz hipotansiyonunda farklı sodyum ve ultrafiltrasyon profilinin etkinliği. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 2 (1): 29-33.
13. Tang HL, Wong SH, Chu KH, et al. Sodium ramping reduces hypotension and symptoms during haemodialysis. *Hong Kong Medical Journal* 2006; 12: 10-14.
14. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements* 2012; 2: 337-414.
15. Inker LA, Astor BC, Fox CH, et al. KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *American Journal Kidney Disease* 2014; 63(5): 713-735.
16. Prabhakar, Singh RG, Singh S, Rathore SS, Choudhary TA. Spectrum of intradialytic complications during hemodialysis and its management: A single-center experience. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 2015; 26(1): 168-172.

17. Kral Ü, Yurtsever S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013; (1): 61-76.
18. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde sağlığı koruma ve geliştirme: Bir vaka. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2013; (1): 6-14.
19. Caplin B, Kumar S, Davenport A. Patients' perspective of haemodialysis-associated symptoms. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2011; 26: 2656–2663.
20. Gürçani M, Tan M. The effect of aromatherapy on haemodialysispatients' pruritus. *Journal of Clinical Nursing* 2014; (23); 3356–3365.
21. Durmaz Akyol A. Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) olan hastada palyatif bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013; 2(1): 31-41.
22. Albayrak A. Kronik Böbrek Yetmezliği. Akbayrak N, Erkal İnal S, Ançel G ve Albayrak A, Editörler. *Hemşirelik bakım planları: Dahiliye-Cerrahi hemşireliği ve psiko-sosyal yaklaşım*. Ankara: Alter yayıncılık; 2007. ss. 511-512.
23. Erdoğan Z, Özcanlı Atik D, Çınar S. Kronik böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014; 23(4): 773-790.
24. Azak A, Altundağ Dünder S. Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 32(6): 1623-9.
25. Yıldırım Usta Y, Demir Y. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğa etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2014; 8(1): 21-27.
26. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14: 4.
27. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3): 513-552.
28. Astroth KS, Russell CL, Welch JL. Non-Pharmaceutical fatigue interventions in adults receiving hemodialysis: A systematic review. *Nephrology Nursing Journal* 2013; 40(5): 407-427.
29. Chang Y, Cheng S, Lin M, Gau F, Chao YC. The effectiveness of intradialytic leg ergometry exercise for improving sedentary life style and fatigue among patients with chronic kidney disease: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies* 2010; (47): 1383–1388.
30. Shibata S, Tsutou A, Shiotani H. Relation between sleep quality and daily physical activity in hemodialysis outpatients. *Kobe Journal of Medical Science* 2013; 59(5): 161-166.
31. Saeedi M, Shamsikhani S, Farahani PV, Haghverdi F. Sleep hygiene training programme for patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2014; (8): 65-69.
32. Eslami AA, Rabiei L, Khayri F, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(7): e17155.
33. Maniam R, Subramanian P, Singh SKS, Lim SK, Chinna K, Rosli R. Preliminary study of an exercise programme for reducing fatigue and improving sleep among long-term haemodialysis patients. *Singapore Medical Journal* 2014; 55(9): 476-482.
34. Najafi Z, Tagharrobi Z, Shahriyari-Kale-Masihi M. Effect of aromatherapy with lavender on sleep quality among patients undergoing hemodialysis. *Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2014; 18(2): 145-150.
35. Einollahi B, Motalebi M, Rostami Z, Nemati E, Salesi M. Sleep quality among Iranian hemodialysis patients: A multicenter study. *Nephro-Urology Montly* 2015; 7(1): e23849.
36. Chavoshi F, Einollahi B, Haghighi KS, Saraei M, Izadianmehr N. Prevalence and sleep related disorders of restless leg syndrome in hemodialysis patients. *Nephro-Urology Montly* 2015; 7(2): e24611.
37. Fram D, Okuno MFP, Taminato M, et al. Risk factors for bloodstream infection in patients at a Brazilian hemodialysis center: A case-control study. *BMC Infectious Diseases* 2015; (15): 158.
38. Dağlar D, Ergani A, Demirbakan H, ark. Hemodiyaliz hastalarında Hepatit B ve Hepatit C virus enfeksiyonlarının serolojik ve moleküler yöntemlerle araştırılması. *Mikrobiyoloji Bülteni* 2014; 48(1): 143-150.
39. Taş FS, Cengiz K, Erdem E, Karataş A, Kaya C. Kronik böbrek yetmezliğinde mortalite nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2011; 16(3): 120-124.
40. Tonbul HZ, Altintepe L. Hemodiyalizde kateter enfeksiyonları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12 (2): 78-83.
41. Atahan E, Yasım A, Cantimur AT. Hemodiyaliz hastalarında geçici kateter uygulamaları ve komplikasyonları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2006; 28 (2): 071-076.
42. Parlar E. Diyaliz hastalarının nazokomiyal enfeksiyon kontrolü. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi 2008; 60: 121-129.

43. Tiryaki Ö, Usalan C. Diyaliz hastalarında enfeksiyon sorunu. Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Dergisi 2010; 3(1): 62-8.
44. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI): Kronik Böbrek Hastalığında Hepatit C Önleme, Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Klinik Uygulama Kılavuzu. http://www.kdigo.org/pdf/Hep%20C%20Executive%20Summary_Turkish_Final.pdf. Erişim tarihi: 09.06.2015.
45. Özer Etik D, Ocal S, Boyacıoğlu A.S. Hepatitis C infection in hemodialysis patients: A review. World Journal of Hepatology 2015; 7(6): 885-895.
46. Kaya B, Taşkapan H, Ateş F, Erdoğan S, Taycan E. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik bozukluklar, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri 2012; 15: 144-152.
47. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007; 12(1): 23-27.
48. Teles F, Azevedo VFD, Milanda CT, et al. Depression in hemodialysis: role of dialysis shift. clinics 2014; 69(3): 198-202.
49. Gorji MAH, Davanloo AA, Heidarigorji AM. The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. Indian Journal of Nephrology 2014; 24(6): 356-362.
50. Karadakovan A. Üriner Sistemin Değerlendirilmesi. Karadakovan A. ve Eti Aslan F. Editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı. Adana: Nobel kitabevi; 2009. ss. 905-919.
51. Kaya Akı M, Demir Dikmen Y. Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012; 2(3): 24-28.
52. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. Renal Failure 2013; 35(1): 105-109.
53. Martínez BB, Custódio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: A correlation study. Sao Paulo Medical Journal 2014; 132(1): 23-7.
54. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2010; 18(2): 87-97.

DERLEME / REVIEW

Böbrek Nakli Hastalarında İmmünosüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları

Adherence to Immunosuppressive Therapy in Renal Transplantation Patients and Nurses Responsibilities

Metin TUNCER¹, Leyla KHORSHTD²

¹Arş. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları A.D, İzmir

²Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları A.D, İzmir

Geliş Tarihi: 29 Kasım 2017

Kabul Tarihi: 11 Ocak 2018

İletişim / Correspondence:

Metin Tuncer

E-posta: metintuncerege@gmail.com

Özet

Böbrek nakli hastaları, transplante edilen böbreğin sağlığının sürdürülmesi için yaşam boyu immünosüpresif tedaviye (İT) ihtiyaç duymaktadır. İmmünosüpresif tedaviye uyumsuzluk oranları böbrek nakli yapılan hastalarda oldukça yüksektir ve istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. İmmünosüpresif tedaviye uyum göstermeyen hastalar, artmış mortalite ve morbidite, azalmış yaşam kalitesi ve diyaliz tedavisine dönüş gibi sonuçlarla karşılaşabilmektedirler. Buna rağmen böbrek nakli hastalarında immünosüpresan tedaviye uyumsuzluk oranları %15-55 arasında değişmektedir. Böbrek nakli hastalarının immünosüpresan tedaviye uyumlarını; sosyoekonomik ve kültürel faktörler, hasta ilişkili faktörler, durum ilişkili faktörler ve tedavi ilişkili faktörler etkileyebilmektedir. Böbrek nakli hastalarının immünosüpresif tedaviye uyumunun artırılmasında hemşirelerin çok önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler immünosüpresan tedaviye uyumu etkileyen faktörleri bilmeli ve doğru müdahaleleri planlamalıdır. Hemşireler, hastalara immünosüpresan ilaçlar konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeli, ev ziyaretleri düzenlemeli ve telefon görüşmeleri yapmalıdırlar. Hemşireler, hastalara uyumu artıran yöntemleri planlama konusunda destek olmalıdırlar. Bu makalede böbrek nakli yapılan hastalarda immünosüpresan grubu ilaçlara uyum hakkında bilgi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: İmmünosüpresif Tedavi; Böbrek Nakli; Tedaviye Uyum; Hemşirelik

Abstract

Renal transplant patients need lifelong immunosuppressive treatment to maintain the health of transplanted kidneys. Immunosuppressive treatment non-adherence rates are high in kidney transplant patients and lead to undesirable results. Patients who do not adhere to immunosuppressive treatment may experience increased mortality and morbidity, decreased quality of life, and return to dialysis treatment. Socioeconomic and cultural factors, patient-related factors, condition-related factors and treatment-related factors may affect the immunosuppressive treatment compliance of patients. Nurses have very important missions and responsibilities in increasing the immunosuppressive treatment compliance of renal transplant patients. Nurses should know the factors affecting compliance to IT and plan correct interventions. Nurses should give education and counseling service to patients about immunosuppressant drugs, arrange to home visits and make to telephone calls. Also nurses should support to patients about planning to methods which increase adherence. In this article, information about adherence to immunosuppressant drugs in kidney transplant patients was presented.

Keywords: Immunosuppressant Therapy; Kidney Transplantation; Adherence to Therapy

Son dönem böbrek yetmezliği dünya çapında artan kronik bir hastalıktır (1). Son dönem böbrek yetmezliği hastaları hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek nakli yapılarak tedavi edilmektedir (2). Böbrek nakli, böbrek fonksiyonlarını düzeltmek için cerrahi yöntemle böbreğin hasta bedene yerleştirilmesi işlemidir ve diyalizle karşılaştırıldığında daha yüksek yaşam kalitesi ve sağ kalım oranı sunmaktadır (3,4-7). Ancak böbrek nakli hastaları, transplante edilen (nakil yapılan) böbreğin sağlığının sürdürülmesi için yaşam boyu ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu ilaç tedavisinin büyük çoğunluğunu, hastayı rejeksiyondan (organ reddinden) korumak için kullanılan immünoşüpresif tedavi (İT) oluşturmaktadır (4,6,8). Böbrek nakli yapılan hastalarda immünoşüpresan grubu ilaçlara uyumun sürdürülmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından izlenmesi büyük bir öneme sahiptir. İlaça uyum; hem ilacın alınması hem de doğru dozda ve doğru zamanda alınması olarak tanımlanmaktadır (7,9). Dolayısıyla önerilen ilacın farklı dozda ve farklı zamanda alınması, böbrek nakli yapılan hastalarda olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (10,11).

İmmünoşüpresif tedaviye uyum göstermeyen hastalar, artmış mortalite ve morbidite, azalmış yaşam kalitesi ve diyaliz tedavisine dönüş gibi sonuçlarla karşılaşabilmektedir (12,13). Yapılan sistematik bir incelemede, böbrek nakli yapılan hastalarda geç dönemde akut rejeksiyonun yaklaşık %50'sinin ve organ kayıplarının yaklaşık %15'inin İT'ye uyumsuzluk ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (10,14). Bir başka çalışmada da İT'ye uyumsuz hastalarda transplante edilen böbrek kaybı (greft kaybı) riskinin, tedaviye uyumlu hastalara oranla yedi kat arttığı saptanmıştır (15). Bu verilere paralel olarak, Gorevski ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada İT'ye uyum göstermeyenlerde greft rejeksiyon riski, uyum gösteren hastalara oranla %74 daha fazla bulunmuştur (13). Ayrıca İT'ye uyumlu hastalarda, böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için yapılan glomeruler filtrasyon hızının, İT'ye uyumsuz hastalara göre daha yüksek bulunduğu, yani İT'ye uyumsuz hastalarda böbrek fonksiyonlarının bozulduğunu gösterdiği belirtilmektedir

(6). Bu risklere rağmen İT'ye uyumsuzluk oranları böbrek nakli yapılan hastalarda oldukça yüksektir ve istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır. Yayınlanmış çalışmalar, böbrek nakli hatsalarında İT'ye uyumsuzluk oranlarının %15-55 arasında değiştiğini göstermektedir (15-20).

De Geest ve ark. (1995)'nin çalışmasında uyumsuzluk oranı böbrek nakli hastalarında %22.3 olarak bulunurken, Schmid-Mohler ve ark. (2010)'nin çalışmasında, böbrek naklinden sonra en az bir yıl, en çok beş yıl geçen 114 nakilli hastaya anket uygulanmış ve hastaların %23.7'sinin ilaca uyumsuz olduğu ortaya konmuştur (5,20). Dew ve ark. (2007)'nin organ nakli hastalarında İT'ye uyumu saptamak amacıyla yaptığı bir meta-analizde, kalp, böbrek, karaciğer, akciğer ve pankreas nakli yapılan hastalarda 1981-2005 yıllarında yürütülen 147 çalışma ele alınıp değerlendirilmiştir (21). Bu değerlendirme sonucunda böbrek nakli hastaları dışındaki uyumsuzluk oranı %7-15 aralığında bulunurken, böbrek nakli hastalarında İT'ye uyumsuzluk oranı %36 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Germani ve ark. (2011)'nin yaptığı bir çalışmaya; 103 karaciğer nakli, 50 böbrek nakli, 52 kalp nakli ve 13 akciğer nakli hastası alınarak bu hastaların İT'ye uyumsuzluk oranları karşılaştırılmış ve sonuç olarak en yüksek uyumsuzluk böbrek nakli hastalarında (%38.8) bulunmuştur (22).

İmmünoşüpresif tedavi'ye uyumsuzluğun rejeksiyona ve greft kaybına neden olduğu bilinen bir gerçek olmasına rağmen hastalar bu ilaçlara istenen düzeyde uyum göstermemektedirler (23). Bu nedenle hemşireler İT'ye uyumu etkileyen faktörleri bilmeli ve doğru müdahaleleri planlamalıdır (24). Ancak böbrek nakli hastalarında İT'ye uyumsuzluk konusunda risk faktörleri açısından sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır. İT'ye uyum temel olarak; sosyoekonomik ve kültürel faktörler, hasta ilişkili faktörler, durum ilişkili faktörler ve tedavi ilişkili faktörlerden etkilenmektedir (25). İT'ye uyumu etkileyen faktörleri bilmek hemşirelerin doğru müdahaleyi planlamasına olanak sağlayacağından, uyumsuzluğun nedenlerini bu dört boyutta incelemek,

uyumu artırmak için planlanacak girişimlerde yardımcı olacaktır (25,26).

SOSYOEKONOMİK VE KÜLTÜREL FAKTÖRLER

Yapılan çalışmalara göre, İT'ye uyumsuzluk oranı adölesan grupta en yüksek bulunmuştur (27,28). Bu sonucun ortaya çıkması; adölesanlarda yenilmezlik hissi, ilaçların kullanılmamasına bağlı ne tür sorunların ortaya çıkacağını bilmemeleri, mesleki anlamda aktif bir dönemde olmaları ve yaşam tarzı nedeniyle günlük rutine uyamama gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (28,29). Bir çalışmada adölesan hastaların gece eve çok geç döndükleri ve bu nedenle akşam dozlarını almayı unuttukları ya da eve geç dönmeleri nedeniyle sabah dozlarını almaları gereken saatte uykuda oldukları için alamadıkları belirtilmiştir. Yaşa göre sıralama yapıldığında; adölesanlardan sonra en uyumsuz yaş grubunun yaşlı hastalar olduğu bulunmuştur. Yaşlı hastaların uyumsuz olmasında unutkanlığın önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (28).

Cinsiyet ve medeni durumun İT'ye uyum ile ilişkisini inceleyen çalışma sonuçları birbirinden farklı bulunmuştur (17,29). Denhaerynck ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada erkek hastaların uyumu daha yüksek bulunurken, Griva ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada kadın hastaların uyumu daha yüksek bulunmuştur. İT'ye uyumu coğrafi bölgelere göre karşılaştıran araştırmalar ise Kuzey Amerika'daki uyumsuzluk oranının Avrupa'ya göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durumun sebebi olarak Amerika'daki sağlık bakım hizmetlerinin ve sağlık sigorta sisteminin Avrupa'dan farklı olması gösterilmiştir (21,23). Çünkü yapılan çalışmalar, ilaç maliyeti ve uyum arasında ilişki bulmuş ve artan ilaç maliyetlerinin uyumu düşürdüğünü göstermiştir (12,30,31).

HASTA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Uyumsuzluk; hasta tarafından bilinçli olarak yapıyorsa, kasıtlı uyumsuzluk olarak adlandırılmaktadır. Kasıtlı uyumsuzluk, amaçlanan eylemleri ifade ederek büyük oranda hastanın motivasyonu ve inançları tarafından yönlendirilmektedir.

Kasıtlı uyumsuzluk gösteren hastalar önerilenden farklı olarak ilaçlarını erteleyebilmekte, dozunu değiştirebilmekte veya dozu atlayabilmektedirler (29). Bu bağlamda hastaların ilaca olan inancı arttıkça uyumları da artmaktadır (24,29). Yapılan çalışmalarda İT'ye uyumsuzluğun en büyük sebebinin ilacı almayı unutmak olduğu gösterilmiştir (5,28,32).

Yapılan çalışmalarda hastaların immünoşüpresan ilaçlar hakkında bilgi eksikliğinin olmasının da ilaca uyumu azalttığı bulunmuştur (12). Örneğin, Moors-Tielen ve ark. (2008)'nin yaptığı bir çalışmada, böbrek nakli hastalarından oluşan katılımcıların %40'ı (n=10) bu ilaçları almayı unutmanın ciddi sorunlara yol açmayacağını düşündüklerini belirtmiştir (33). Çalışmadaki hastalar uzun yıllardır bu ilaçları defalarca aldıklarını ve bu yüzden rejeksiyona karşı korunacaklarına inandıklarını bildirmişlerdir. Bu durumdaki hastaların bilgi eksikliğinin giderilmesinin hastalarda uyumu artıracığı öngörülmektedir. Bunların yanı sıra hastaların depresif duygu durumu da incelenmelidir. Çünkü böbrek nakli hastalarında yapılan çalışmalar, depresyonun hastalarda İT'ye uyumu düşürdüğünü göstermektedir (17,25,29, 34-36).

DURUMLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Hastalara böbrek nakli yapıldıktan sonra geçen her yıl ilaca uyum daha da düşmektedir. Hastaların en yüksek uyum oranları ilk yılda bulunurken, en düşük uyum oranları 16-21 yıldan sonra bulunmuştur (7,17,35,37). Yıllar arttıkça uyumun düşmesinin bazı nedenleri; yıllar boyunca kullanılmış olan immünoşüpresan ilaçların yaşam boyu koruyuculuğunun olacağı düşüncesi, nakil yapılan böbreğin vücuda uyum gösterdiği inancı ve rejeksiyon gelişmeyeceği düşüncesi olabilir (37). Bu inanç ve düşünceler hastaların İT'ye uyum konusunda motivasyonlarını azaltabilir. Hastaların nakil sonrası ilk dönemde uyum göstermelerinin nedeni ise diyaliz tedavisinden henüz kurtulmuş olmaları ve diyaliz anılarının taze olması olarak gösterilmiştir (12). Ayrıca yapılan bir çalışmada ikinci kez böbrek nakli yapılan hastaların bir kez böbrek nakli yapılan hastalara göre daha uyumsuz oldukları bulunmuştur (35).

TEDAVİ İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bilindiği gibi immünoşüpresan ilaçların; diyabet, kozmetik yan etkiler, diyare, titreme gibi yan etkileri bulunmaktadır (31). Bu yan etkiler nedeniyle hastalar bazen bu ilaçları kullanmamaktadır (23,28,29). Özellikle adolesan grupta beden imajını zedeleyen, akne, aydede yüz, büyüme geriliği, kilo alma ve ameliyat izi gibi yan etkiler ilaca uyumu düşürebilmektedir (38). İT'ye uyumu azaltan tedavi ilişkili faktörlerden bir diğeri de karmaşık ilaç rejimidir (21,23,28,31,39,40). Yapılan çalışmalar, ilaç rejimini basitleştirmenin İT'ye uyumu artırdığını ortaya koymaktadır (23,28,40,41).

İMMÜNOSÜPRESAN TEDAVİ'YE UYUMU ARTIRMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Böbrek nakli yapılan hastalarda greft rejeksiyonu ve greft kaybının en büyük nedeni İT'ye uyumsuzluk olduğu bilinmesine rağmen uyumu artırmaya yönelik girişimleri test eden çalışmalar sınırlıdır (10,42). Böbrek nakli yapılan hastaların hemşirelik bakımında hastanın ilaçlarına uyumu artırmaya yönelik girişimler yer almalıdır. Hemşireler, tüm sağlık bakım aşamalarında yer aldıkları ve hastalara bütüncül bakımla sorumlu oldukları için İT'ye uyum sağlamaya yönelik girişimler planlama, uygulama ve değerlendirmede etkin rol üstlenmelidirler. Hemşireler, kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri hakkında hastalara bilgi vermeli, İT'ye uymayan hastaları tanımlayabilmeli ve eğitim programları düzenlemelidir (22, 27, 35).

İmmünoşüpresif tedaviye uyum için yapılan eğitim programı, İT'ye uyumun önemini vurgulama, uyum gösterilmediğinde ortaya çıkabilecek sorunlara değinme ve uyumu artırmak için ipuçları verme açısından önemli bir yere sahiptir. Böbrek nakli yapılan hastalara eğitim ve danışmanlık hizmeti vermenin, İT'ye uyumu artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (32,42). Hemşireler hastaların uyumunu artırmak için

verdikleri eğitimde; açık, net ve kısa ifadeler kullanılmalı, mutlaka bilinmesi gerekenleri vurgulamalı ve özetleme tekniğini kullanmalıdır (7). Ayrıca hastaların rutin kontrollerinde memnuniyet düzeyleri ile doğru orantılı olarak uyumları da artmaktadır. Sağlık personeli ile iyi iletişim ve etkileşim hastanın uyumunu artırdığından, hemşirelerin hastayla etkileşimi artırmak için rutin telefon görüşmeleri yapıp eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri önerilmektedir. Ayrıca ilaca uyumsuz hastaların uyumlu hastalarla görüştürülmesinin olumlu etki yapacağı düşünülmektedir. Bu şekilde hastalar arasında sosyal destek oluşturulacak ve uyumlu hastaların rol model alınması sağlanacaktır (7).

Hastaların uyumunu önemli oranda artıran bir yöntemin günlük doz rejiminin günde iki kez yerine günde bir kez şeklinde düzenlenmesi olduğu sonucuna varılmıştır (23,28,40). Toplam 75 hastayla yapılan bir çalışmada, immünoşüpresan tedavi alan hastaların dozları günde iki kez yerine günde bir kez şeklinde düzenlenmiş ve sonuç olarak hastaların uyumunun arttığı bulunmuştur (40). Yapılan bir çalışmada hastalar, ilaca uyumu artırmak için; günlerine ve dozlarına ayrılmış ilaç kutusu kullanma, alarm kurma ve hatırlatıcı notlar alma gibi yöntemler uyguladığını ifade etmişlerdir (28). Bu yöntemler unutmaya kaynaklı uyumsuzluk gösteren hastalar için etkili olabilir. Bu nedenle hemşireler, hastaların kullanabileceği ve uyumu kolaylaştıran yöntemleri belirleme konusunda destekleyici olmalıdır.

Sonuç olarak, böbrek nakli hastalarının immünoşüpresan tedaviye uyumunun artırılmasında hemşirelerin çok önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle hemşireler böbrek nakli hastalarını yakından takip etmeli, immünoşüpresan tedaviye uyumsuz hastaları saptamalı, uyumsuzluğun nedenlerini belirlemeli ve etkili çözüm yolları geliştirip girişimler uygulamalıdır. Bu doğrultuda; makalenin organ nakli birimlerinde çalışan hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Cozzolino M, Galassi A, Pivari F, Ciceri P, Conte F. The Cardiovascular Burden in End-Stage Renal Disease. In: Ronco C, ed. Expanded Hemodialysis. 1st. Ed. Basel: Karger; 2017. P. 44-57.
2. Abbasi MA, Chertow GM, Hall YN. End-stage renal disease. 15; 82(12): 1512.
3. Marsicano EO, Fernandes NS, Colugnati FAB, Fernandes NMS, De Geest S et al. Multilevel correlates of non-adherence in kidney transplant patients benefitting from full cost coverage for immunosuppressives: a cross-sectional study. Plos One 2015; 10(11): 1-12.
4. Mahendran AO, Barlow AD. Kidney transplantation. Surgery (Oxford) 2014; 32(7): 364-370.
5. Schmid-Mohler G, Thut MP, Wüthrich RP, Denhaerynck K, De Geest S. Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction: a cross-sectional study. Clinical Transplantation 2010; 24(2): 213-222.
6. Lalić J, Veličković-Radovanović R, Mitić B, Paunović G, Cvetković T. Immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. Medical Principles and Practice 2014; 23(4): 351-356.
7. Chisholm MA. Issues of adherence to immunosuppressant therapy after solid-organ transplantation. Drugs 2002; 62(4): 567-575.
8. Morrissey PE, Flynn ML, Lin S. Medication noncompliance and its implications in transplant recipients. Drugs 2007; 67(10): 1463-1481.
9. Williams AF, Manias E, Gaskin CJ, Crawford K. Medicine non-adherence in kidney transplantation. Journal of Renal Care 2014; 40(2): 107-116.
10. De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. Transplant International 2009; 22(8): 780-797.
11. Laederach-Hofmann K, Bunzel B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. General Hospital Psychiatry 2000; 22(6): 412-424.
12. Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL, Jagadeesan M, Wynn JJ et al. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. Transplantation 2000; 70(8): 1240-1244.
13. Gorevski E, Minkara A, Bain B, Mogilishetty G, Boone JM. (2011). PSU12 Immunosuppressant therapy adherence and rejection outcomes in liver and kidney transplant patients. Value in Health 2011; 14(3): A88.
14. Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A, Schäfer-Keller P et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. Transplant International 2005; 18(10): 1121-1133.
15. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004; 77(5): 769-776.
16. Zhu Y, Zhou Y, Zhang L, Zhang J, Lin J. Efficacy of interventions for adherence to the immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: a meta-analysis and systematic review. Journal of Investigative Medicine 2017; Oct; 65(7):1049-1056.
17. Denhaerynck K, Steiger J, Bock A, Schäfer-Keller P, Köfer S et al. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. American Journal of Transplantation 2007; 7(1): 108-116.
18. Gordon EJ, Prohaska TR, Gallant MP, Siminoff LA. Adherence to immunosuppression: a prospective diary study. In Transplantation Proceedings 2007; 39(10): 3081-3085.
19. O'grady JG, Asderakis A, Bradley R, Burnapp L, McPake DM et al. Multidisciplinary insights into optimizing adherence after solid organ transplantation. Transplantation 2010; 89(5):627-632.
20. De Geest S, Borgermans L, Gemoets H, Abraham I, Vlaminck H et al. Incidence, determinants, and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. Transplantation 1995; 59(3): 340-346.
21. Dew MA, Di Martini AF, Dabbs ADV, Myaskovsky L, Steel J et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation 2007; 83(7): 858-873.
22. Germani G, Lazzaro S, Gnoato F, Senzolo M, Borella V et al. Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. In Transplantation Proceedings 2011; 43(1): 318-323.
23. Dharancy S, Giral M, Tetaz R, Fatras M, Dubel L et al. Adherence with immunosuppressive treatment after transplantation: results from the French trial PREDICT. Clinical Transplantation 2012; 26(3): 293-299.
24. Hugon A, Roustit M, Lehmann A, Saint-Raymond C, Borrel E et al. Influence of intention to adhere, beliefs and satisfaction about medicines on adherence in solid organ transplant recipients. Transplantation 2014; 98(2): 222-228.

25. Gonçalves PRC, Reveles AF, Martins HIF, Rodrigues IL, Rodrigues SMM. Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative Literature Review/A Adesão à Terapêutica Imunossupressora na Pessoa Transplantada Renal: Revisão Integrativa da Literatura/La Adhesión a la Terapia Inmunosupresora en el Paciente con Trasplante Renal: Revisión Integradora de la Literatura. *Revista de Enfermagem Referência* 2016; 4(8): 121.
26. De Geest S, Sabaté E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2003; 2(4): 323-323.
27. Fredericks EM, Magee JC, Opiari-Arrigan L, Shieck V, Well A et al. (2008). Adherence and health-related quality of life in adolescent liver transplant recipients. *Pediatric Transplantation* 2008; 12(3): 289-299.
28. Muduma G, Shupo FC, Dam S, Hawken NA, Aballéa S et al. Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. *Patient Preference and Adherence* 2016; 10: 27-36.
29. Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. *Annals of Behavioral Medicine* 2012; 44(1): 85-93.
30. Pinsky BW, Takemoto SK, Lentine KL, Burroughs TE, Schnitzler MA et al. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. *American Journal of Transplantation* 2009; 9(11): 2597-2606.
31. Moors-Tielen M. (2016). Psychosocial aspects of medication nonadherence after kidney transplantation.
32. Chisholm-Burns M, Pinsky B, Parker G, Johnson P, Arcona S et al. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical Transplantation* 2012; 26(5): 706-713.
33. Tielen M, Jedeloo S, van Staa AL, Weimar W. Immunosuppressive drugs and young adults: a difficult combination. In: Weimar W, ed. *Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychosocial Aspects towards a Common European Policy*. 1st ed. Rotterdam: 2008. P. 563-569.
34. Frazier PA, Davis-Ali SH, Dahl KE. Correlates of noncompliance among renal transplant recipients. *Clinical Transplantation* 1994; 8(6): 550-557.
35. Hamedan MS, Aliha JM. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Global Journal of Health Science* 2014; 6(4): 205.
36. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International* 2009; 75(11): 1223-1229.
37. Greenstein S, Siegal B. Compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: A Multicenter Study1, 2. *Transplantation* 1998; 66(12): 1718-1726.
38. Dobbels F, Damme-Lombaert RV, Vanhaecke J, Geest SD. Growing pains: Non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric Transplantation* 2005; 9(3): 381-390.
39. Przytula K, Smith SG, Patzer R, Wolf MS, Serper M. Medication regimen complexity in kidney and liver transplant recipients. *Transplantation* 2014; 98(7): e73 - e74.
40. van Boekel GA, Kerkhofs CH, Hilbrands LB. Treatment satisfaction in renal transplant patients taking tacrolimus once daily. *Clinical Therapeutics* 2013; 35(11): 1821-1829.
41. Nevins TE, Robiner WN, Thomas W. Predictive patterns of early medication adherence in renal transplantation. *Transplantation* 2014; 98(8): 878.
42. Russell C, Conn V, Ashbaugh C, Madsen R, Wakefield M et al. Taking immunosuppressive medications effectively (TIMELink): a pilot randomized controlled trial in adult kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation* 2011;25(6): 864-870.

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Meme Kanseri Hastada Hemodiyaliz Sırasında Kullanılan Heparin Komplikasyonu: Olgu Sunumu

Complication of Heparin Used During Hemodialysis in Breast Patient with Cancer: Case Report

Yavuz PIRHAN¹, Bedri Burak SUCU²

¹ Yard. Doç. Dr. Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bölümü Sabuncuoğlu Serefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Amasya

² Asistan Dr. Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bölümü Sabuncuoğlu Serefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Amasya

Geliş Tarihi: 05 Aralık 2017

Kabul Tarihi: 13 Ocak 2018

İletişim / Correspondence:

Yavuz PIRHAN

E-posta: ypirhan@gmail.com

Özet

Kronik böbrek yetmezliğinin son yıllarda ülkemizde insidansı giderek artmaktadır. Bu hastalar son dönem böbrek yetmezliğinde sürekli periton diyalizi ve hemodiyaliz (HD) olarak tedavi edilmektedirler. HD sırasında tromboz oluşması, Arterio-venöz fistüllerin ve diyaliz kataterinin tıkanmaması amacıyla antikoagülanlar kullanılmaktadır. Bu antikoagülanlar da çeşitli komplikasyonlara yol açmaktadır. Bu olguda; son dönem böbrek yetmezliği tedavilerinden biri olan hemodiyaliz sırasında kullanılan heparin infüzyonunun yol açtığı komplikasyon sunulmuştur. Bu olgu sunumunda; meme kanseri cerrahisi uygulanmış hastada cerrahi alan bölgesinde hemodiyaliz sonrasında meydana gelen komplikasyonu ve hastanede tedavisi ve hemşirelik bakım girişimleri tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz; antikoagülan; kronik böbrek yetmezliği; meme kanseri

Abstract

The incidence of chronic renal failure is increasing in our country in recent years. These patients are treated as continuous peritoneal dialysis and hemodialysis (HD) in end-stage renal failure. Anticoagulants are used in order to prevent thrombosis during HD, to prevent clotting of arteriovenous fistulas and dialysis catheters. These anticoagulants also lead to various complications. We report a complication caused by heparin infusion during hemodialysis, one of the end-stage renal failure treatments. In this case report; complications of hemodialysis in the surgical area of the patient who underwent breast cancer surgery, hospital treatment and nursing care interventions were discussed.

Keywords: Hemodialysis; anticoagulants; chronic renal failure; breast cancer

GİRİŞ

Meme kanseri, dünyada (1) ve ülkemizde kadınlar arasında görülen kanserler içinde 41.6/100.000 oranı ile ilk sırada yer almakta olup görülme yaşı giderek düşmektedir (2). Erken

evrede tanı konduğunda 5 yıllık yaşam süresi yaklaşık % 90'lardadır. Tedavisi şu an dünyada cerrahi ve kemo-radyoterapidir. Bununla birlikte dünyada son dönem böbrek yetmezliği hastaların sayısı her yıl yaklaşık %10 civarında artış göstermektedir (3). Ülkemizde kronik böbrek

yetmezliği yaygınlığı milyon nüfus başına 390'dır (bu oran son dönem böbrek yetmezliği için 276'dır). Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği prevalansı diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşüktür (2). Kanser ile kronik böbrek yetmezliği (KBY) nin bir arada bulunması nedeniyle hastalar tedavi edilirken daha dikkatli olunmalı ve özen gösterilmelidir. Bu olgumuzda; kanser cerrahisi yapılan aynı zamanda ek hastalığı bulunan ve ardından hemodiyalize bağlı komplikasyon gelişen hastayı sizlere paylaştık.

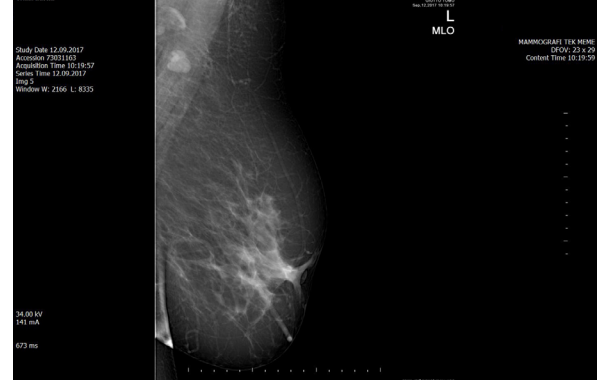
Olgu sunumu olması nedeniyle etik kurul onayı alınmamıştır. Çalışmalarımız Helsinki Deklasyon uyarınca yapılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hastaya, çalışmadan önce ve sonra hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

OLGU

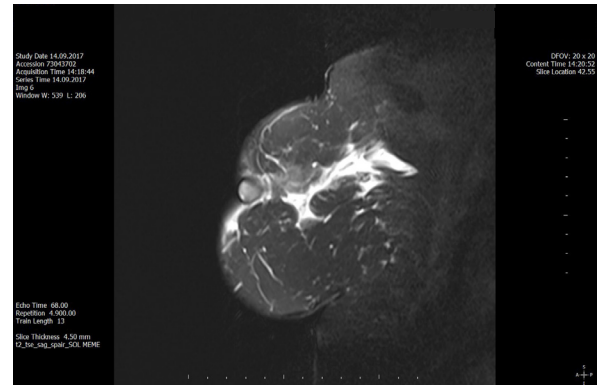
1. Sağlığı algılama-Sağlığın yönetimi:

Elli yedi yaşında kronik böbrek yetmezliği tanısıyla haftada üç kez hemodiyaliz uygulanan, koroner By-Pass uygulanmış ve ileri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan kadın hasta kliniğimize sol meme başı altında kitle şikâyeti ile başvurdu. Yapılan muayene ve tetkikler (Resim 1,2) sonucunda sol memeden tru-cut biyopsi iğnesi ile biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme sonrası infiltratif duktal karsinom olarak raporlandırıldı. Hasta kliniğe yatırılarak meme kanseri tanısıyla klinik evreleme yapılarak (evre 2B) ameliyata hazırlandı. Hastanın diyaliz arterio-venöz fistülü(AVF) sol kolda olması nedeniyle fistül iptal edilip sağ subklavian venden kalıcı diyaliz kateteri açıldı. Ardından hastaya ASA III riskle sol meme koruyucu cerrahi ve sol axiller lenf nodu diseksiyonu uygulandı (Resim 3). Ameliyat sonrası hastanın ek şikâyeti olmaması nedeniyle medikal onkoloji kliniğine başvurması önerisiyle taburcu edildi. Ancak KBY tanısıyla 14 yıldır haftada 3 kez hemodiyalize (HD) girmesi ve hemodiyalizin de heparinize edilerek yapılması nedeniyle hasta sol koltuk altında şişlik ile polikliniğe başvurdu. Hastadan yaklaşık 600 cc hemorojik mayı drene edildi. Negatif basınçlı dren kondu. Bakılan Hgb 7,6 gr/dl olması sebebiyle hasta hastaneye yatırıldı ve HD ile birlikte 4 ünite eritrosit süspan-siyonu transfüze edildi. Hemodiyaliz merkezi hastanın kanaması olmasından dolayı HD'nin

heparinize edilmeden alınması konusunda uyarıldı. Klinikte takip sırasında drenajdan gelen sıvı miktarı azaldı ve rengi hemorojiktan seröza döndükten sonra ikinci yatışının 10. gününde dren çekilerek komplikasyonsuz taburcu edildi. Taburculuk sonrası hasta 1 hafta daha heparinsiz HD'ye devam edildi. Daha sonra normal HD prosedürü uygulandı. Kontrolde geldiğinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı.



Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.

2. Beslenme-metabolik durum

Kendi kendine beslenebilmektedir.

3. Boşaltım

Pek sık olmasada ara ara kabızlık şikâyeti mevcuttur.

4. Aktivite-egzersiz

Gün içinde daha çok oturmayı tercih etmekte kısıtlı biçimde normal tempoda yürüyüş yapmaktadır.

5. Uyku-dinlenme

Yatağa uzandığında rahatlıkla uykuya daldığını ve sabah dinlenmiş şekilde uyandığını belirtmektedir.

6. Bilişsel algısal durum

Algılamada sorun yaşamamaktadır.

7. Kendini algılama-benlik kavramı

Meme kanseri olduğunu öğrendiği günden beridir, ölüm korkusu yaşadığını ve bu nedenle anksiyetesinin arttığını ifade etmektedir.

8. Cinsellik-üreme

Bu alana özgü elde edilen verilerde cinsel yaşamda bir değişiklik olmadığı yönündedir. Hasta 12 yıldır menopozda olduğunu ifade etmiştir.

9. Değer-inanç

Hastalıkların Allahtan geldiğine inanmakta ve kaderci olduğunu söylemektedir.

10. Rol-ilişki

Rol kaybından dolayı emosyonel durumu üzgün olduğu değerlendirilmiştir

11. Baş etme-stres toleransı

Hastalıklardan korkmadığını başına gelebilecek tüm hastalıkları yenebileceğini belirtmektedir.

Olgumuzda Planladığımız Hemşirelik Tanularımız (4);

Hemşirelik Tanısı: Meme kanserine bağlı anksiyete

Hedef: Anksiyetenin giderilmesi

Girişimler

- Hastaya meme kanserinin etyolojisi ve tedavi sonrası sağkalımın yüksek olduğu anlatılır.
- Geçirilmiş meme cerrahisi sonrasında beden imajında bozulma(sol memenin olmaması) hakkında hastaya bilgi verildi.
- Hastanın tedavi süreci sonunda meme rekons-triktif cerrahi hakkında bilgi verildi.
- Hastayla daha önceden meme kanseri nedeniyle tedavi almış ve tedavi sonrası normal hayatına dönmüş başkibir hasta ile görüşme sağlanır.
- Psikiyatrist ve psikolog desteği sağlanır.

Değerlendirme: Hasta anksiyetesinin azaldığını ifade etmiştir.

Hemşirelik Tanısı: HD de heparin verilmesine bağlı kanama

Hedef: Kanamanın önlenmesi

Girişimler

Kanama öncesi yapılması gerekenler

- Hasta diyaliz birimine geldiğinde hastanın doktorundan hasta ve hastalık hakkında bilgi alınır.
- Hemoglobın, hematokrit, PT/aPTT ve İNR düzeylerine bakılır.
- Hastanın antikoagülan ilaç alıp almadığı sorulur.
- Diyaliz uzmanı ile görüşülerek HD'nin nasıl uygulanacağı hakkında bilgi alınır.
- Önceki HD sonrası subkutan katater (diyaliz katateri) içine bırakılan heparin aspire edilir.
- HD doktor orderi ile heparinsiz yapılır.

Kanama sonrası yapılması gerekenler:

- Heparine bağlı aktif kanamalarda heparin antidotu verilir.
- Kanama bölgesindeki serbest kan veya hematoma boşaltılır.
- Baskılı pansumanla pansuman yapılır.
- Hastanın primer hekimi gerekli görürse K-vitamini ve taze donmuş plazma verilir.
- Sonraki HD seansları heparinsiz uygulanır.

Değerlendirme: Hastanın kanaması durdu.

Hemşirelik Tanısı: Cerrahi alan enfeksiyon riski

Hedef: Enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak

Girişimler

- Ameliyat sonrası hasta yatağında hasta alındıktan sonra yara bölgesi, pansuman örtüsü ve varsa dreni kontrol edildi.
- Pansuman örtüsü bütünlüğü bozulması durumunda pansuman yenilendi.
- Günlük povidon iyotla steril pansuman yapıldı, dren steril boşaltıldı.
- Hastaya kol hareketleri sırasında yapması gerekenler konusunda bilgi verildi.
- Negatif basınçlı derinin hava alması durumunda haber vermesi konusunda hastaya bilgi verildi.

Değerlendirme: Hastada cerrahi alan enfeksiyonu gelişmedi.

TARTIŞMA

Son dönem KBY hastaları günümüzde, periton diyalizi ve hemodiyaliz olarak tedavi edilmektedir (5). HD uygulanırken açılmış AVF'nin tıkanmaması ve tromboz oluşmaması amacıyla antikoagülan kullanmak gerekmektedir (6). Bu da

çeşitli komplikasyonlara sebep olmaktadır. Özellikle cerrahi öncesi ve sonrasında uygulanan antikoagülanlı HD, hastalarda cerrahi alan bölgesinde kanamalara neden olur ve hastaların yaşam konforlarını etkileyip, kanamalardan dolayı tekrar tedavi edilmelerine yol açar. Bu nedenle HD uygulanan KBY hastalarında HD' i sırasında antikoagülan kullanılmamalıdır. Ancak antikoagülan kullanılmaması da örneğin AVF tıkanması, kalıcı diyaliz kataterinin tıkanması ve emboli-tromboza yatkınlığının artması gibi çeşitli komplikasyonlara yol açmaktadır (7). Nitekim yukarıda sunduğumuz olguda da benzer durum gelişmiş hasta şifa ile taburcu edilmesine rağmen, hasta kanama komplikasyonu ile hastaneye tekrar yatırılıp tedavi edilmek zorunda kalmıştır.

Günümüz HD merkezlerinde rutin antikoagülan kullanılmaktadır. Bu nedenle ameliyat olacak ve ameliyat olmuş hastalar multidisipliner (cerrah-nefrolog-diyaliz hemşiresi) olarak ele alınmalı ve hastanın kliniğine göre antikoagülanlı diyaliz uygulanıp uygulanmamasına karar verilmelidir. Özellikle tromboza yatkınlığın fazla olduğu kanser hastalarında daha dikkatli olunmalı ve tedavi planı özenle hazırlanmalıdır. Ayrıca HD birimlerinde çalışan nefroloji hemşirelerinin de kanamaya sebep olabilecek tüm etmenlere karşı dikkatli olmalı, hasta ve hastalığa göre hemşirelik bakım ve tedavi planı hazırlanmalıdır (8).

Yazı ile ilgili çıkar çatışması ve herhangi bir finansal destek yoktur.

Yazının hazırlanmasında desteklerinden dolayı Yard. Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani B. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2010.ss.27-8. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>. (erişim tarihi:2010)
3. Rooijens PP, Burgmans JP, Yo TI, et al. Autogenous radial-cephalic or prosthetic brachial-antecubital forearm loop AVF in patients with compromised vessels? A randomized, multicenter study of the patency of primary hemodialysis access. J Vasc Surg. 2005;42(3):481-486.
4. Akyolcu N, Aksoy G, Kenan N. Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2011
5. Tanrıverdi M.H, Karadağ A, Hatipoğlu E.Ş. Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):27-32.
6. Aygencel G. Anticoagulation in Extracorporeal Therapies. Türkiye Klinikleri J Intensive Care-Special Topics 2016;2(2):50-60
7. Başel H, Çeğin M.B., Aydın Ü, Aydın C, Kutlu H, Karadağ M, Dostbil A. Diyaliz Amacı ile Oluşturulan Arteriyel Venöz Fistül Operasyonu Sonrası Gelişen Komplikasyonlar ve Buna Fistül Açım Yerinin Etkisi. Van Tıp Dergisi: 17 (4):118-123, 2010
8. Erdemir F (çeviri editörü). Hemşirelik Tanıları El kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği

NEFROLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ YAYIN HAKLARI DEVİR FORMU

.....
.....
.....
başlıklı makalenin yazar(lar)ı olarak, yayınlanması dileğiyle makalemizi gönderiyor ve aşağıdaki şartları kabul ediyoruz.

- * Makalenin her türlü yayın hakkı, Nefroloji Hemşireliği Dergisine'ne aittir.
- * Tüm yazarlar, makalede belirtilen sıraya göre formu imzalamalıdır (formda yazışma yazarının imzasının bulunması zorunludur. Diğer yazar/yazarlara ulaşılamaması sebebiyle imzalarının alınamaması durumunda yazışma yazarı ilgili yazar/yazarların sorumluluğunu kabul eder).
- * Makale; değerlendirilmek üzere dergiye gönderildikten sonra, hiçbir aşamada, yayın hakları devir formunda belirtilen yazar isimleri ve sıralaması dışında, makaleye yazar ismi eklenemez, silinemez ve sıralamada değişiklik yapılamaz
- * Makale; derginin belirttiği yazım ve yayın kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır.
- * Makale orijinaldir. Daha önce yurtiçinde/yurtdışında, Türkçe/yabancı dilde yayınlanmamıştır veya yayınlanmak üzere değerlendirme aşamasında değildir.
- * Makalenin; bilimsel, etik ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir.
- * Belirli bir kurum tarafından desteklenen yazılar için gerekli kurum onayının alınmasından yazarlar sorumludur.

Sorumlu yazar

İmza

Tarih

Yazar(lar)

İmza

Tarih

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)