

Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastanın Palyatif Bakımı

Palliative Care in Patient with End Stage Renal Disease

Doç. Dr. Gülten KARADENİZ

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MANİSA

Özet

Diyaliz teknolojisindeki gelişmelere rağmen son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların mortalite oranı, kötü prognoz ve komorbid durumlarla/hastalıklarla ilgili olarak giderek artmaktadır. Bu hasta grubu, hem semptom tanıma ve kontrolü hem de ileri bakım planları ve üst düzeyde palyatif bakımı içeren düzenlemelere ihtiyaç duymaktadır. Bu bireylere bakım verenlerin ve ailelerinin yaşamı süresince ve ölümünden sonra desteğe ihtiyaçları vardır. Renal palyatif bakım ve yaşam sonu bakım multidisipliner ekip anlayışını gerektirir. Hemşireler de multidisipliner ekibin önemli bir üyesidir. Özellikle, nefroloji hemşireleri semptomların tanınması, semptom yönetimi ve yaşam sonu bakımı ile ilgili son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara ve ailelerine/bakım verenlere yardım etmelidirler. Bu makale son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara ve ailelerine/bakım verenlerin sağlık gereksinimleri, semptom yönetimi, destekleyici ve palyatif hemşirelik bakımını tartışmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Son dönem böbrek yetmezliği, Palyatif bakım, Semptom yönetimi, Nefroloji hemşireliği.*

Giriş

Böbrek fonksiyonlarının ileri derecede azalması (glomerüler filtrasyon hızının %5'in altına düşmesi) sonucu homeostazın ve yaşamın kişinin kendi böbrekleri ve yoğun tıbbi yardım ile sağlanamayacak duruma gelmesine son dönem böbrek hastalığı adı verilir. Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) her milyonda 60-160 kişiyi etkilemektedir. İyileşemeyen akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliğine progresyon gösterir (1). SDBY'nin diğer nedenleri Tablo 1'de gösterilmiştir (<http://www.usrds.org/atlas.htm>).

SDBY'nde böbrek kapillerinde azalma ve glomerüllerde skar dokusu meydana gelmiştir. Hastaların yaşamlarını sür-

Summary

Despite ongoing dialysis technological advances, patients with end stage renal disease have mortality rate increases gradually, it is related to poor prognosis and comorbid conditions/disease. This patient population needs an improved approach to symptom assessment and control as well as advanced care planning and high quality palliative care. Families/carers also need support during the lifetime and after death of their loved ones. Renal palliative care and end of life care was required multidisciplinary team. Also, the nurses are important member of this multidisciplinary team. Especially, nephrology nurses should encourage concern with symptom assessment, symptom management and end of life care health needs of patients with end stage renal disease and their families/carers. This article discusses the supportive and palliative nursing care, symptom management and health needs of patients with end stage renal disease and their families/carers.

Key words: *End stage renal disease, Palliative care, Symptom management, Nephrology nursing.*

dürebilmeleri için böbrek fonksiyonlarının bir şekilde dışarıdan yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla diyaliz veya böbrek nakli uygulanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve yaş gruplarına göre hemodiyaliz ve kadavradan böbrek naklinin yaşam sürelerine etkilerinin incelendiği bir çalışmanın sonuçları Şekil 1'de verilmiştir. Son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam sürelerini çok kötü etkilediği bilinen "diyabetes mellitus" varlığında da aşağıdaki tablonun değişmediği bildirilmiştir (2,3,4).

Son dönem böbrek yetmezlikli bir hastaya bakım vermek, yatak başı hemşiresinin birçok profesyonel özelliğini

ortaya koymasını gerektirir. Her ne kadar son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize giren hastalar için amaç iyi bir prognoz sağlamak ise de bunun yeterli olduğunu düşünmeyip palyatif bakımla hastaya daha iyi koşulların sağlanabilmesi için ne yapmamız gerektiği sorusu sorulmalıdır. Çünkü, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla uygulanan spesifik tedavi ve palyatif bakım günümüzde tartışmalı olsa da genel durumu iyileştirici olacağı kaçınılmazdır.

Kronik hastalıkların bir çoğu için ileri planlama çok önemli iken böbrek yetmezliği olan hastalarda bu konu ayrıca bir önemlilik arz etmektedir. Diyaliz gibi ileri tıbbi tedaviler, hastanın ölümüne kadar uygulanmasına rağmen, hasta ve ailesinin tedavinin başlatılması, durdurulması kararları hakkında ne bilgisi ne de kararı yoktur. Böbrek yetmezlikli birçok birey ve aile bu kararları verebilmek için gerekli bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Çünkü, daha ileri tıbbi tedaviler başladığında yaşam kontrollerini tamamen kaybettiklerini düşünebilirler (5,6,7).

Diyalize giren bir çok hasta, böbrek yetmezliklerine ilave olarak Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), kalp yetmezliği veya pulmoner ödem gibi diğer birçok sağlık sorununa sahiptir. Bu komorbid durumlar “diyaliz uygulaması hastaya yarar sağlıyor mu?” veya “hastaların yaşam kalitelerini azaltıyor mu?” sorularına neden olmaktadır. Ne yazık ki birçok sağlık profesyoneli, bu konuda farklı düşünmektedir. Zaman kaybı, konfor kaybı, hastanın kaygıları, kapsamlı ve ileri direktiflerin yönetiminin önemi gibi konular hala tartışılmamaktadır. Hastaların ileri planlamaları tartışmayı istedikleri ve sıklıkla sağlık bakımlarının sağlanması konusunda fikirlerini ileri sürmek için bekledikleri hakkında az miktarda literatür dikkati çekmektedir. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara bakım veren hemşireler, hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin düzenlemesine yardımcı

olmak için birçok fırsata sahiptirler. Küratif bakım modeline karşılık Palyatif bakım modeli ve ileri direktifler hakkındaki tartışmalar önemlidir. Hemşireler hasta, ailesi ve sağlık bakım ekibi arasında iletişimi sürdürebilir ve uygulamalarıyla da hasta ve ailelerini destekleyebilir (8,9, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>).

Küratif Bakımla Palyatif Bakımın Karşılaştırılması

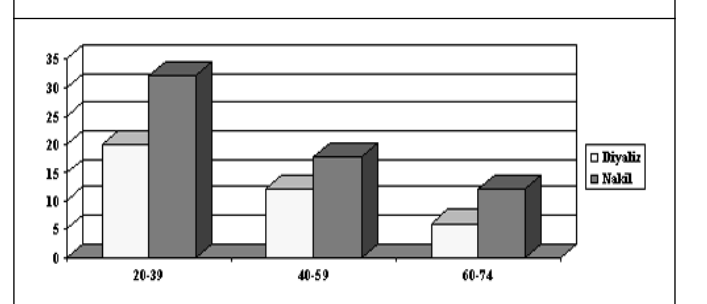
Günümüzde bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler beraberinde tıp alanındaki gelişmeleri, yeni tanı ve tedavi olanaklarını da sağlamıştır. Buna bağlı olarak da kronik veya yaşamı sınırlayıcı ya da yaşamı tehdit edici durumlar/hastalıklarla yaşayan birey sayısı da arttırmıştır. Dolayısıyla tedaviye odaklı bakım felsefesi birey ve ailenin/bakım verenlerin duygusal, sosyal, spiritüel gereksinimlerinin de giderilmesi önemseyen bakım anlayışına doğru yönelmiştir.

Palyatif bakım programları, kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerin sayısındaki artış ve sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına yönelik ilgilerinin artması sonucunda son yıllarda hızla gelişmiştir. Yakın zamana dek palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken günümüzde palyatif bakım ilkelerinin, acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenen hastalarda olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği geniş bir kabul görmektedir. Bu anlayış değişikliği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yeniden şekillendirdiği palyatif bakım tanımında da belirgin bir biçimde göze çarpmaktadır. DSÖ 1990 yılında palyatif bakımı “Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımını” şeklinde tanımlamışken; 2002 yılındaki tanımında palyatif bakım “yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psi-

Tablo 1: Son dönem böbrek yetmezliği'nin Etyolojisi

Nedenler	Oran (%)
Kronik glomerülonefrit	25
Kronik pyelonefrit	15
Diyabet	12
Bilinmeyen	13
Diğer	12
Hipertansiyon	10
Polikistik hastalık	8
Analjezik nefropatisi	5

Şekil 1: Son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam süreleri



kososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" olarak ele alınmıştır.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda da palyatif bakım fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönleri içeren aktif, bütüncül bir bakım yaklaşımıdır. Hastada sıkıntıya neden olan ve yaşamdan zevk almasını önleyen ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, anksiyete, depresyon, deliryum gibi bulguların ve yalnızlık, izolasyon gibi durumların hafifletilmesine ya da giderilmesine odaklanır. Palyatif bakım yas danışmanlığı ve güçlendirici bakım ile yas yaşayan ailelerin işlevlerini ve bütünlüklerini sürdürmelerini sağlar. Son dönem böbrek yetmezliğinde palyatif bakımın amacı ölüm sürecini uzatmak değildir. Temel amaç: hasta ve aileye/bakım verenlere anlamlı bir yaşam sürdürmelerinde yardım ederek yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. Burada önemli olan nokta, hasta ve ailesinin yaşamı tehdit edebilen tıbbi bir tedaviye karar verebilmesi ve tedavinin tolere edilebilmesi konusunda olabildiğince karar verebilmesidir. Hastalar ve aileleri tarafından yaşam kalitesi söz konusu olduğunda, daha ileri tıbbi girişimlere öncelik verilmesi ve bu teknolojik tıbbi tedavilerden başarı sağlanamaması ölümün bir işareti olarak görülmektedir. Fakat bu durumu, hasta ve ailesi ile kim tartışmalıdır? Hasta ve ailesi ile iletişim süresince beklenen sonucun ölüm olduğu açıklandığında, konuşulup tartışıldığında, gerçekleşen ölümle gelen kayıplar hasta ve ailesi tarafından daha kolay kabul edilebilmektedir. Başarılı bir tıbbi tedavi yapılmakta iken gerçekleşen ölüm ise, aile ile zaman içerisinde tartışılabilir, tanımlanabilir veya tüm bunlar için beklenilebilir. Hasta yakınları ve ailesi hazır olduğunda kayıp ve yas süreci konuşulabilir ve paylaşılabilir. Hasta ve ailesi ile prognoz, tedavi kararı ve ölüm sürecinin konuşulması gerekliliği bakış açısına sahip hekimler, tedavi ile terapinin birbirinden farklı olduğuna dikkati çekmektedirler. Bu hekimler tedaviyi, tıbbi ve teknik olarak bireye uygulanabilen prosedürler olarak tanımlarlar. Terapiyi ise, bireyin yaşam kalitesini arttırmak için uygulanan her şey olarak tanımlarlar. Yine bu hekimler, özellikle diyaliz hastaları için tedavi ve terapi arasındaki farka dikkati çekerler. Diyaliz hastaları ve aileleri ile açık ve sürekli iletişim, hastalığı ve hastalığın komplikasyonlarının gerçekliğine hangi tedavinin uygulanıp uygulanmayacağına inancına yardımcı olur. Bilim ve gerçeklik arasındaki denge, son dönem böbrek yetmezlikli hastalar için daima ölçülmeli ve geliştirilmelidir. Diyalizin sonlandırılması kolay bir karar değildir. Hasta ve aileleri için daha da zor bir seçimdir. Has-

ta ve ailesinin entelektüel ve emosyonel düzeylerine uygun bir iletişim, bireylerin ölümle yüzleşmeleri ve ölümü kabul edebilmeleri için hazırlar. (10, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>, <http://www.national-consensusproject.org>, <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=dialysis/34388>).

Bazen tedavi etmek, çoğunlukla sorunları azaltmak, daima konforu sağlamak...

Anonim

Son dönem böbrek yetmezliğinde palyatif bakım semptom yönetimi, hasta ve ailesi/bakım verenlerin yaşam sonuna hazırlanmasını içermektedir. Bu nedenle de multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir. Renal palyatif bakım aşğıdaki konuları kapsamaktadır.

- Hasta ve ailesi/bakım verenlerin fiziksel (ağrı ve semptom yönetimi), psikolojik, sosyal, kültürel, spiritüel özelliklerini içeren bütüncül bir bakımın planlanması,
- Hasta ve ailesi/bakım verenlerin yaşam sonu bakım, yas ve kayıp süreci konularında profesyonel destek alınmasının sağlanması,
- Hasta ve ailesi/bakım verenlerin kendi kararlarını verebilecekleri kadar yeterli ve etkili bilgi almalarının sağlanması,
- Diyalizin başlatılması, yükü ve sonlandırılması hakkında karar verebilecekleri kadar yeterli ve etkili bilgi almalarının sağlanması,
- Hasta ve ailesi/bakım verenlerle yaşam sonu bakımın tartışılması, onurlu bir ölüm için ölümün gerçekleşmesini istedikleri yerin (ev, hastane, hospice vb) tercih edilmesidir (9, <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=dialysis/34388>).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda sık görülen semptomlar ve hemşirelik yönetimi ise aşağıdaki başlıklar altında tartışılabilir.

Ağrı

Ağrı, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların çoğunlukla, metabolik birikim, kardiyovasküler yetmezlik, diyabet gibi diğer eş zamanlı gelişen hastalıkların bir sonucu olarak sıklıkla deneyimlediği bir semptomdur. Bazı çalışmalar hastaların suprapubik kateter ve mesane spazmı nedeniyle ağrı tanımladıklarını bildirmiştir. Bu hastalarda ağrının yönetimi, bireysel analjeziklerin farmakokinetiğinin bilinmesi ile sağlanır. Yaşamın son döneminde sık olarak kullanılan Morfin, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için uygun bir analjezik değildir. Morfin verilen böbrek yetmezlikli hastalar-

da, myoklonus, sedasyon ve uyku hali gibi yan etkiler gelişecek ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyecektir. Morfinin metabolitleri (morphin-6-glukuronit, morphin-3-glukuronit) böbreklerden kolaylıkla atılamadığından olumsuz yan etkilere neden olur. Metabolik klirensi daha iyi olan analjezikler (fentanyl, methadone, hidromorfin gibi) seçilmelidir.

Ağrı çok boyutlu bir durumdur. Bir bireyin ağrı deneyimi, yalnızca varolan hastalık ve/veya patolojik duruma yarı değil, aynı zamanda, emosyonel, entelektüel, davranışsal, duygusal ve kültürel boyutludur.

Dispne

Yaşamın son dönemindeki hastaların %50 ile %70'inde meydana gelen dispne, ilerlemiş bir hastalığın en sık görülen semptomlarından biridir. Dispne, subjektif deneyimlenen bir tanıma göre güçlük veya rahat olmayan bir şekilde solunumun sürdürülmesidir. Bunlara ilave olarak hastaların tanımlamalarına göre, güçlük soluk alma, kısalmış solunum, boğulma hissidir.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda dispne gelişiminde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörlerden ilki böbreklerin sıvı ve elektrolit dengesi ile ilgili işlevlerini gerçekleştiremediği için gelişen akciğer ödemidir. Kırmızı kan hücrelerinin yapımını uyaran eritropoetin sentezinin azalması sonucunda gelişen anemi de dispneye neden olan bir diğer faktördür. Dispne de diğer semptomlar gibi çok boyutludur. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini büyük ölçüde engelleyerek yaşam kalitelerinin de etkilenmesine neden olur. Solunum gücüne eşlik eden sürekli yorgunluk, hem hasta hem de ailesini en olumsuz etkileyen semptomlardan biri olarak tanımlanmıştır.

Delirium

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda delirium, elektrolit dengesizliği veya kanda zararlı ürünlerin artması ile ilgili olabilir. Bazı hekimler deliriumu ölümün bir göstergesi olarak görmektedirler. Yapılan çalışmalar bu episodların %25 ile %30'unun geri dönüşümlü olduğunu bildirmektedir. Palyatif bakım uygulamaları erken tanılamayı sağlayarak beklenen hasta sonuçlarını da olumlu olarak arttırmaktadır. Deliriumun tanımlanmasında akut beyin yetmezliği, akut konfüzyon, eksojen psikoz ve organik beyin sendromu gibi bir çok terim kullanılmaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre DSM-IV tanı ölçütlerinde (1994) deliriumu "etiyojik olarak non-spesifik, serebral disfonksiyonla karakterize, iletişim, düşünme, dikkat, algılama, bellek, psikomotor davranışlar, duy-

gu ve uyku uyanıklık döngüsünde bozulma" şeklinde tanımlanmıştır. Kavramsal ve fonksiyonelliğin ani ve anlamlı değişimi irreversible olarak önceki düzeye göre azalır. Delirium, uyku, psikomotor aktivite ve duyguları da etkileyebilir.

Depresyon

Araştırmalar, kronik hastalıklar ve terminal dönem hastalarında depresyon sıklığını %10 ile %25 arasında değişim gösterdiğini bildirmektedir. İlerlemiş hastalık, semptom yönetimi ve fonksiyonel kayıpların da depresyon sıklığını arttırdığı görülmektedir. Kronik veya terminal hastalıklarla ilgili hastalık sürecine bağlanan kilo kaybı/anoreksi, bulantı gibi bir çok belirti ve bulgu nedeniyle, hekimler tarafından fark edilemeyen bir çok neden olduğuna inanılmaktadır. Kronik ve terminal dönem hastalarda depresyonun en önemli belirtileri duygu durumdaki değişimlerdir. Bunlar; ümitsizlik, değersizlik ve suçluluk duygusu, tekrarlayan suicidal fikirleridir. Terminal bir tanı, hem anksiyete hem de depresyonu içerir. Ailesinde veya kendisinde depresif episode öyküsü olan bir bireyde depresyon riski normal popülasyondan daha fazladır. Bu riski fiziksel ve psikolojik faktörlerin arttırıp arttırmadığı henüz açıklanmamıştır. Depresyonun santral sinir sisteminde anormal serotonin nörotransmisyonunun direkt bir sonucu olarak geliştiği düşünülmüştür. Bu anormal salgılanmanın, genetik veya bilinmeyen mekanizmalar sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir. Y-aminobütrik asit, norepinefrin gibi diğer nörotransmitterler de depresyonla ilgili olabilmektedir (11,12,13).

Diğer Semptomlar

Susuzluk

Hasta antikolinergik tedavi ile birlikte opiat tedavisi de alıyorsa, hemşire bu ilaçların sürekli kullanıldığında mukozlarda kuruluğa neden olabileceğini bilmelidir. Ayrıca böbrek hastalarında ciddi sıvı kısıtlaması nedeniyle de mukozlarda kuruluk görülebilir. Hastaya iyi bir ağız bakımı verilerek ağız hijyeni sağlanırken, buz parçaları ve fluid tabletleri verilerek de mukozlardaki kuruluk önlenmiş olur.

Kaşıntı

Üremik hastalarda görülen kaşıntı, sık görülen diğer bir semptomdur. Bu semptomun kontrolünde, dipenhidramin, hidroksizin ve/veya ondansentronu içeren bir çok ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Hemşirelik girişimleri ise; sabun kullanılmadan banyo alınması, nemlendirici krem uygulanması, alkol içeren ürünler ve parfümlerin cilde uygulanmasının

yasaklanmasını içermektedir.

Psikososyal Girişimler

Kronik, terminal veya son dönem hastalığı olan bir hasta küratif veya yaşamı destekleyici bir tedaviyi bitirmeyi tercih edebilir. Bunu nedeni uzun süreli yaşanan kronik hastalık ve onun getirdiği tükenme duygusudur.

Hemşire, hasta ve ailesi ile duyguları, beklentileri, soruları hakkında konuşmalı, palyatif bakım desteğini ve küratif bakımın önemini açıklamalıdır. Yaşam sonu bakımda hasta ve ailesi ile etkili bir iletişim kurulması gereği vurgulanmaktadır.

Ölüm süreci bir çok aile için emosyonel bir krizdir. Bu durumda hemşire hasta ve ailenin gereksinimlerini hekime bildirmeli, hasta ve ailenin savunucusu olmalıdır. Hastanın ölümünden önceki günlerinde hemşire, hastanın fiziksel bakım, iletişim, destek ve güvenliğini sağlamalıdır.

Komorbid Durumlar

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda mortalitenin %40'ı kardiyovasküler hastalığa bağlıdır, serum fosfat düzeyi 6.5mg/dl üzerinde olan hastalarda koroner arter hastalığı nedeniyle ölüm riski %41 oranında artmıştır. Sekonder hiperparatiroidizm, son dönem böbrek yetmezliği bulunan hastaların en az yarısını etkilemekte, morbidite ve mortalitede önemli rol oynamaktadır. Yine bu hastalarda son dönem böbrek yetmezliği ile birlikte Tip 2 diyabet ve hipertansiyon açığa çıkabilmektedir. Ayrıca sürekli renal replasman tedavisi alan diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve süresi kötüdür. Başlıca ölüm nedeni yine kardiyovasküler komplikasyonlardır.

Evde Bakım

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı olan hasta, taburcu olduğunda semptomları tanımlayabilmesi ve semptom yönetimini sağlayabilmesi için hasta ve ailesine verilmesi gereken eğitim çok önemlidir. Hastanın durumunda her hangi bir değişiklik olduğunda hekime bildirilmesi gereken durumlar:

- İdrar miktarında ve renginde değişiklik, bulantı-kusma, ağız kokusu gibi belirti ve bulgular,
- Kas zayıflığı, diare, abdominal kramplar gibi hiperkalemi belirtileri,
- Sıvı volüm fazlalığına ilişkin belirti ve bulgular (dispne, ödem, solunum seslerinde değişim)
- Enfeksiyon ve kanama belirti bulgularıdır (12,13,14).

Sonuç

Palyatif bakımın amacı, yaşamın son döneminde hasta ve

ailesi için konfor ve destek sağlamaktır. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların palyatif bakım gereksinimleri ve diyalizle yaşam hakkında hasta ve ailesi ile konuşulmalı ve tartışılmalıdır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, hastanın ölümüne kadar yaşam kalitesinin artırılması için hemşirelere literatür sağlamaktadır. Hem hasta, hem de ailesinin konu hakkında bilgi ve farkındalığı artırılır. Semptom kontrolünü sağlamak için uygun farmakokinetik ajanlar uygulanır.

18.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi'nde (2008) sunulmuştur.

Kaynaklar

1. United States Renal Data System. Incidence and prevalence of ESRD. Am J Kidney Dis 1998; 32(2):38-49.
2. Pereira BJ. Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease. Am J Manag Care 2002;8 (4 Suppl):122-35.
3. Lameire N, Wauters JP, Teruel JL, et al. An update on the referral pattern of patients with end-stage renal disease. Kidney Int 2002; 61(80):27-34.
4. Ritz E, Koch M, Fliser D, et al. How can we improve prognosis in diabetic patients with end-stage renal disease? Diabetes Care 1999; 22(2):80-3.
5. Reikes ST. Trend in end stage renal disease epidemiology, morbidity and mortality. Postgrad Med 2000;108(1):124-6.
6. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Ereğ E. Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(21):1-8.
7. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, et al. Geçici hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8(3):173-178.
8. Noble H, Kelly D. Supportive and palliative care in end stage renal failure:the need for further research International J Palliat Nurs 2006; 12(8):362-7.
9. Noble H. Supportive and palliative care for the patients with end stage renal disease Br J Nurs 2008;17(8):498-504.
10. Poppel DM, Cohen LM, Germain MJ. The renal palliative care initiative J Palliat Med 2003;6(2):321-6.
11. Gunda S, Thomas M, Smith. National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK Nephrol Dial Transplant 2004; 20(2):392-95.
12. Holley JL. Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication, and hospice use. Adv Chronic Renal Disease 2007;14(4):402-8.
13. Brown ED, Chambers EJ, Eggeling C. Palliative care in nephrology Nephrol Dial Transplant 2008;23: 789-91.
14. Germain, MJ, Cohen, L. Supportive care for patients with renal disease: time for action. Am J Kidney Dis 2001; 38:884.

Doç. Dr. Gülten KARADENİZ

E-Mail: gulten.karadeniz@bayar.edu.tr