

Kronik Böbrek Hastalığının İlerlemesinin Önlenmesi ve Yönetimi

Management of Chronic Kidney Disease and Prevention it's Progression

Doç.Dr. Gülten KARADENİZ

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, MANİSA

Özet

Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Kronik böbrek hastalığı sürecinde temel sorun, hastalığı başlatan neden ne olursa olsun, böbrek fonksiyonlarının önlenemez bir tarzda azalması ile hastalığın son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) ilerlemesidir. KBH'nın doğal seyrini belirleyen faktörlerin bilinmesi ve KBH'nın SDBY'ne ilerlemesinin yavaşlatılması ve durdurulması oldukça önemlidir. KBH'nda hastalığın ilerleme hızı, hastalar ve hastalıklar arasında farklılar göstermektedir. KBH'nda ilerleme hızını etkileyen, değiştirilemeyen ve değiştirilebilir faktörler vardır. Bu faktörler arasında müdahale açısından en önemlileri kan basıncı ve proteinüri derecesidir. Böbrek hastalığının ilerlemesini önleme açısından son 20 yılda, özellikle renin-angiotensin sistemini baskılayan ilaçların deneysel bulgularının kliniğe taşınması ile önemli aşama kaydedilmiştir. Ancak böbrek hastalığının ilerlemesinin tümüyle durdurulması birçok faktöre müdahaleyi gerektiren bir klinik eylem planı gerektirmektedir. Böbrek hastalığının ilerlemesini önlemek açısından bugün de gelecekte de en önemli gerçek, hiçbir hastalığın tedavisinin "hastalığın hiç olmamasından daha iyi olamayacağı" dır. Bu nedenle atılması gereken en önemli adım böbrek hastalığının ortaya çıkmasını en aza indirecek koruyucu önlemlerin toplumsal boyuta taşınmasıdır.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, İler-

lemesi, Yönetimi

Summary

The incidence and prevalence of chronic kidney disease (CKD) is increasing both in the world and in Turkey. Whatever the underlying disease, the major problem in CKD is the relentless progression of kidney failure to end-stage renal disease (ESRD). It is extremely important to know the natural course of CKD and to stop or slow down the progression of CKD to ESRD. The progression rate of CKD varies in each patient and each underlying disease. There are both unmodifiable and modifiable factors mediating the progression rate of CKD. Among these factors, blood pressure and proteinuria appears to be most important regarding therapeutic interventions. During the last 20 years, great progress was made for renoprotection by applying experimental data of renin-angiotensin system inhibitors to the clinical practice. However, to stop the progress of kidney disease completely, a clinical action plan is required that includes a multifactorial approach. The most important fact for stopping the progression of renal disease is absolute prevention of renal disease, as "no treatment is better than being disease-free". A community program should be put into action for widespread application of preventive measures, thus decreasing the emergence of kidney disease.

Key words: Chronic kidney disease, Progression, Management

Giriş

Böbrek hastalıkları çok değişik klinik bulgu ve semptomlarla kendini göstermektedir. Bunlar direkt böbrek ile ilgili semptomlar ve bulgular (lomber ağrı, hematoma vb. olabildiği gibi, eksternal bulgu ve semptomlar (ödem, hipertansiyon, anemi vb.) ile de olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği ise Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH)'nda azalma olsun veya olmasın, böbrekte üç aydan uzun süren yapısal veya işlevsel bozukluklarla giden idrar, kan ya da görüntüleme yöntemleri ile saptanan bir hasarın olması, GFR'nin üç aydan uzun bir sürede 60ml/dk/1.73m² den düşük olması şeklinde tanımlanmaktadır (1,2). National Institutes of Health; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde kronik böbrek hastalığı ve böbrek yetmezliğinin 30 yıl önceki haritasını, bugününü ve yarınını açıklamaktadır <http://nihseniorhealth.gov>. Bu verilere göre 30 yıl önce diyalize giren hastalar kendilerini dışlanmış ve çalışamaz halde hissetmekte ve kronik hastalıklarından, alüminyum intoksikasyonu nedeniyle demanstan ve çeşitli nedenlerle kontrol edilemeyen anemiden, dolayısıyla güçsüzlükten acı çektiklerini açıklamaktadırlar. Kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı o dönemlerde yüksek olarak açıklanmakta ve bunun uzun yaşam beklentisini sınırlandırdığı belirtilmektedir. O dönemde her üç diyabet hastasından birinde böbrek yetmezliği gelişirken böbrek transplantasyonu yapılabilen hastalar şanslı hastalar olarak görülmekteydi. Çünkü yaşam kaliteleri ve süreleri yükseliyordu. Fakat transplantasyon o dönemlerde yaygın değildi ve %30- 50 oranlarında akut rejeksiyon riski vardı. Diyabetik hastalarda böbreğe verilen hasarlar erken dönemde saptanamıyordu, bu yüzden önleyici tedavi mümkün olmuyordu. Kan şekeri ve kan basıncının kontrolünün önemi bilinmiyordu. Böbrek yetmezliği epidemik oranlarda artıyordu. 1980 -1990'lı yıllarda birçok hasta son dönem böbrek yetmezliğine giriyordu. Bu gün ise iyi bir bakımla diyabetiklerin % 10 'undan daha azında böbrek yetmezliği gelişmektedir. Uzun süre diyalize giren hastalarda kemik hastalıkları, alüminyum intoksikasyonu daha az gelişmekte, anemi yönetilebilmekte ve hastaların yaşam kalitesi yükselmektedir. Diyaliz hastalarında yüksek kardiyovasküler hastalıklardan ölüm problemi ortadan kalkmıştır. Transplantasyon geniş çapta uygulanabilir hale gelmiştir. Ancak hala ulaşılabilen sınırlı organ vardır ve bu durum uzun süre beklemeye neden olmaktadır. Akut rejeksiyon nedeniyle transplantasyon başarısızlığı daha azdır, başarı oranı % 90'lara yükselmiştir. Artık uygula-

nabilir basit testlerle böbrek hastalığı erken dönemde yakalanabilmektedir. Yeni ilaçlar kan basıncını daha iyi kontrol edebilmektedir ve % 50 oranında böbrek hasarı azaltılabilmektedir. National Institutes of Health (NIH) ın bilgilendirici eğitim kampanyası sayesinde erken tanı konulabilmektedir. Gelecekte Yeni tarama yöntemleri ve testler, terapiler ve halkın eğitimi geliştirilmesi ve böylece transplantasyon ve diyalize daha az gereksiniminin duyulması hedefler arasındadır. Ayrıca ilave gelişmelere daha fazla ulaşılması, diyabetten dolayı böbrek hastalığı olanların sayısının azaltılması da hedeflenmektedir. Böbrek hastalıkları ailede diğer kişilerde de görülebildiği için genetik çalışmalar yapılarak, risk gruplarına erken teşhisin sağlanması, halka, kronik böbrek hastalığına neden olan hipertansiyon, glomerulonefrit ve sistit gibi hastalıkların eğitimi yapılması ve böbrek hastalarında ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıklardan korunmanın öğretilmesi planlanmaktadır. Diyalize gereksinim duyan hastalarda, NIH tarafından daha normal yaşamları için daha sık diyaliz seanslarının sunulması da planlanmaktadır (<http://nihseniorhealth.gov>).

Epidemiyoloji

İlk kez geçen yıl kutlanmaya başlanan Dünya Böbrek Günü'nün bu yılki teması "BÖBREK HASTALIĞI SIK GÖRÜLÜR, TEHLİKELİDİR VE ÖNLENİBİLİR" olarak belirlenmiştir. Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) (<http://www.nature.com/isn/index.html>) ile Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonunun (IFKF) (<http://www.tbv.com.tr>) hazırladığı internet sitesinde, böbreklerin önemine dikkat çekilerek, böbrek hastalığının sık görülen tehlikeli ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu mesajının yayılmasının amaçlandığı belirtilmiştir. Dünyaya genelinde 500 milyondan fazla insanın böbreklerinde hasar olduğu, farklı kıtalardan ve ırklardan yaklaşık her 10 yetişkinden birinde çeşitli tiplerde böbrek hasarı görüldüğü belirtilmiştir. Kronik Böbrek Hastalığı ve kalp damar hastalıklarının 2015 yılı itibariyle 36 milyon kişinin yaşamına mal olacağı açıklanmaktadır. Gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde de kronik böbrek hastalığı önemli bir sağlık sorunu olmaya başlamıştır. Diyaliz hastası sayısı hem ülkemizde hem dünyada hızla artmaktadır. Sağlık Bakanlığının verilerine göre; Türkiye'de 1996 yılında 9 bin 855 olan diyaliz hasta sayısının on yıl içerisinde 38 bin 235'e yükselerek yaklaşık % 300'ün üzerinde artış göstereceği açıklanmıştır (2,3). Türk Nefroloji Derneği'nin Renal Kayıt Sis-

temi verilerine göre Türkiye’de son on yılda kronik diyaliz hastası sayısında dört kat artış olmuştur. 2005 yılı sonunda Son Dönem Böbrek Yetmezliği hasta sayısı 40 000’e ulaşmıştır. Türk Nefroloji Derneği Bu artışın tehlikesine işaret ederek Ulusal Böbrek Önleme Programı hazırlamıştır. Bu program; ülkemizdeki böbrek hastalıklarına yönelik geleneksel yaklaşım ve son dönem böbrek yetmezliği aşamasında renal replasman tedavilerine ilişkin düzenlemelerden ibarettir. Bu nedenle; ülkemizde Kronik böbrek hastalığının tedavisinden çok önlenmesine dayalı ulusal bir hastalık yönetim modeli oluşturulmasına gerek olduğu belirtilmiştir (<http://www.tsn.org.tr>). Böbrek hastalıklarının önlenmesi, tanısı ve tedavisine ilişkin standart yaklaşımlar geliştirilmesine gereksinim olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda hedef, taramalarda kronik böbrek hastalığında erken teşhis olmalıdır (4,5).

Tanımlama

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) tanısı, basit bir kan ve idrar testiyle konulabilmektedir. Ancak özellikle hastalığın erken evrelerinde çok dikkat çekici belirtiler olmamaktadır. Hastalar hekime geç başvurmakta, bu nedenle tanı ileri evrelerde konulabilmektedir. Bu nedenle, KBH yönünden en önemli uyarı işaretlerini bilmek önemlidir. Bu işaretler kan basıncının birden bire ve şiddetli yükselmesi, sıvı alışkanlığından bağımsız olarak geceleri idrara çıkmaya başlanması, vücutta ödem oluşması, idrarda kan görülmesi veya idrar renginin çay rengine benzer şekilde koyulaşması, ateşle birlikte böğür ağrısı ve idrar yaparken ağrı olması, sebebi açıklanamayan halsizlik ve yorgunluk hali bulunmasıdır.

Kronik Böbrek yetmezliği açısından en önemli risk faktörleri diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, sigara tüketimi, 50 yaş ve üzerinde olma, ailede diyabet öyküsü,

ailede hipertansiyon ve böbrek hastalığı öyküsü, koroner arter hastalıkları, kalp yetmezliği olarak sıralanmaktadır (5,6,7). Tablo 1’de Türk Nefroloji Derneği 2000 yılı içinde Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) saptanan olguların etiyolojik dağılımı verilmiştir (<http://www.tsn.org.tr>).

Kronik böbrek hastalığının yönetimi

Böbrek koruyucu tedaviler, böbrek hasarı ilerlemeden, böbrek hastalığının erken evrelerinde olan hastalara sunulmaktadır. Bu aşamada yapılması gerekenler: yüksek kan basıncının düşürülmesi, kan şekerinin, kan yağlarının ve aneminin kontrolü, sigaranın bırakılması, fiziksel etkinliklerin artırılması, vücut ağırlığının denetim altına alınması şeklinde sıralanabilmektedir.

Primer bakımda kronik böbrek yetmezliğinin yönetiminde, erken tanı, renal hastalığın ilerleme sürecini durdurabilmekte veya yavaşlatabilmektedir. Bu erken müdahalelerin, primer bakım seviyesinde olması gerekmektedir. Tablo 2’de Böbrek Hastalıklarının Ulusal Böbrek Kuruluşu Yönetimi verilmiştir.

Hastalarda KBH tanımlamak için, yüksek risk grupları belirlenmeli ve bu hastalar yakından izlenmelidir. Rutin testler Kan Üre Nitrojeni (BUN), kreatinin ve idrar tahlilidir. Bu testler, eğer bir bozukluk belirlenirse ya da hasta yüksek riskliyse daha sık yapılmalıdır. Eğer herhangi bir anormallik bulunursa, CrCl ve protein için 24 saatlik idrar bakılmalıdır. Hastalık ilerlemesi yakından izlenerek herhangi bir anormalliğe karşı dikkatli olunmalıdır. KBH’nın diğer komplikasyonları için değerlendirilecek ek testler; tam kan sayımı, elektrolitler, demir parametreleri, parathormon gibi incelemeleri kapsamaktadır.

KBH’nın etkileri vücut sisteminin tümünde görülmektedir. Bu etkiler: ANEMİ, CrCl ‘nin 35 ml/dk’ nın altına indiğinde görülmektedir. Bu, böbrek hasarı sonucu oluşan eritroprotein yapımındaki azalma sonucu oluşur. Ayrıca üremi, RBC’lerin yaşam sürecini kısaltır. Demir eksikliği de bir başka anemi nedenidir. Trombosit disfonksiyonu sonucu oluşan kanamalar da anemiyi oluşturan nedenler arasında sayılabilir. PROTEİN MALNÜTRİSYONU, KBH’lı hastalardaki Hipoalbumineminin nedenleri arasında; proteinüri, anormal enerji metabolizması, protein ürününde düşüş ve protein yıkılmasında artışı sayabiliriz. Albumini düşük olan hastaların prognozu kötüdür. Bu hastalar, diyaliz alma eğilimindedirler ve büyük bir mortalite hızına sahiptirler (8,9,10).

Serum kreatinin kadınlarda 1.5 mg /dL veya erkelerde 2.0 mg /dL den fazla olduğunda, ya da Kreatinin kli-

Tablo 1: Türk Nefroloji Derneği 2000 yılı içinde KBY saptanan olguların etiyolojik dağılımı

Etiyolojik Nedenler	Sayı	%
Glomerülo nefrit	1750	22.8
Diabetes Mellitus	1212	15.8
Hipertansiyon	1159	15.2
Ürolojik nedenler	737	9.6
Kronik interstisyel nefrit	367	4.8
Kistik Böbrek hastalığı	334	4.4
Diğerleri (Nedeni belli)	723	9.5
Nedeni belli olmayan	1361	17.8
Toplam	7643	100

rensi 70 mL/dk 'dan az olduğunda hasta bir Nefroloji uzmanına başvurmalıdır. Hastada yapılması gereken önemli aşamalardan ikisi; Sık kan basıncı kontrolü ve varsa hipergliseminin düzeltilmesidir. Anjiotensin çevirme enzim inhibitörleri (ACE-Is) ve anjiotensin-2-reseptör blokerleri (ARBs) diyabet, kalp yetmezliği, hiperlipidemi veya proteinüri hastalar için ilk tercihtir. Kan basıncı kontrolünün yanında, böbrek hastalığının ilerlemesine neden olan proteinüriyi azaltan etkileri bulunmaktadır. Dehidratasyonu önleyerek prerenal azotemi engellenmeli, üriner sistem enfeksiyonları tedavi edilmeli, üriner obstrüksiyonu hafifletilmeli, nefrotoksik ajanlardan kaçınılmalıdır (NSAİİ vs...). Hastaların CrCl 50 mL / dk ' dan az olduğunda, böbrek tarafından metabolize edilen ya da atılan ilaçların dozajları ayarlanır. (Beta-blokerler, morfin, digoxin, allopurinol, penisilinler, sefalosporinler, kodein, H2-reseptör antagonistleri...). Bir diyetisyene başvurularak, laboratuvar değerlerine göre diyet ayarlanmalıdır, Dehidratasyonu önlemek için alınan yeterli sıvı miktarını korunmalı, mineral ilavelerden sakınmalı; örneğin KBH hastaları magnezyum kullanmamalıdır. Nefrotoksik olabilecek herhangi bir çeşit bitkisel ürünlerden sakınılmalıdır. Sodyumun KBH'nın derecesine bağlı olarak 2-4 g/gün alınımına izin verilmelidir. Düşük bir tuz diyeti bu tuza karşı hassas bireylerde KBH'nın ilerlemesini geciktirebilmektedir. Demir: eğer hastada demir eksikliği mevcutsa, gastrointestinal sistemden kan kaybı engellenmeli, sonra gerektiği kadar demir replasmanı sağlanmalıdır. Protein: Düşük bir protein diyeti tartışılmalıdır. Çoğu KBH hastaları zaten protein malnütrisyonuna sahiptir. Günlük protein alımı ve serum albumin seviyeleri değerlendirilmelidir. 0.8-1.2 g/gün fosfor kısıtlaması, hastalık ilerlemesine göre gerekli olabilir. Fosfor ette ve süt ürünlerinde bulunur. Tedavide ayrıca fosfor bağlayan ilaçlar gerekli olabilmektedir. Potasyumun KBH'nın geç dönemlerinde kısıtlan-

ması gerekebilmektedir. Hastalıkta kardiyak risk faktörlerinin yönetiminde, sigarayı bırakma, alkol alımını azaltma ve bir egzersiz programına başlamayı içermektedir. Lipidleri azaltmak önemlidir, ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) hedefinin 100 mg/dl altında olması gerekmektedir. Hipertansiyon, mutlaka tedavi edilmelidir. EPOETİN ALFA'lı aneminin tedavisinde ise CBC, ferritin, demir ve toplam demir bağlama kapasitesi gözlenmelidir. Eritropoetin seviyelerini kontrol etmeye gerek yoktur. Test pahalıdır ve kişinin CrCl'si 30ML/min'den az olduğu belgelenmişse gerekli değildir. Demir RBC üretmek için gerekli olduğu için, epoetin alfa tedavisi demir eksikliğine de sebep olacaktır. Hem oral yoldan hem de IV yoldan demir replasmanı epoetin alfa üzerine ek bir terapi olacaktır. Kalsiyum seviyelerinin 9-11 mg/dL normal seviyesinde korunması gerekir. Fosfor 5.0 mg /dL den az korunmalıdır. D vitamini eklemesi, eğer normal fosfor seviyeleri ve /veya yükselmiş PTH seviyeleri ile uzun süreli hipokalseminin kanıtı varsa gerekli olabilmektedir (11,12,13).

KBH da hasta eğitiminin teşhis zamanında başlaması gerekmekte ve hasta eğitiminin KBH gidişatı boyunca devam etmesinin önemi vurgulanmaktadır. Hastalar, prognozunu ve tedavi seçeneklerini bilme gereği duymaktadır. İleri yöntemler, hastanın durumu değiştiğinde tartışılmalı ve gözden geçirilmelidir. Hasta renal replasman terapisini isterse, primer bakım sağlayanlar serum kreatini 4 mg/dL'den az ya da CrCl 30 mL/dk' dan az olduğunda, hemodiyaliz yolu hakkında düşünmeye başlamalıdır. Baskın olmayan koldaki damarların korunması gerekmektedir. Bu tür IV kan alımı baskın elden alınmalıdır. Yapılan arteriovenöz fistül olgunlaşması için 3-6 ay kadar zaman gerekebilir. AV fistülleri, enfeksiyon ve pıhtılaşmaya daha dayanıklıdır. Klinik hemşiresi, KBH olan hastalar için primer bakım sağlayıcı rolünü üstlenmeli ve hastanın hekimi ile yakından çalış-

Tablo 2: Böbrek hastalıklarının ulusal böbrek kuruluşu yönetimi

Evre	Tanımlama	GFH (mL/min)	Tavsiye edilen hareket
0	Risk faktörleriyle	>90	Perdeleme, riski indirmeye
I	Normal veya azalmış GFH ile böbrek harabı	>90	yavaş progresyona teşhis ve tedavi kardiyak riski indirmeye
II	İyi huylu	60 - 89	Tahmin edilen progresyonu takip etme
III	Orta derece	30 - 59	Komplikasyonları değerlendirme ve tedavi
IV	Ağır	15 - 29	Renal replasman terapisi için hazırlık
V	Böbrek yetmezliği	<15	Renal replasman terapisi

Kaynak: Aric M (2005). Kronik böbrek hastalığının doğal seyri ve hastalığın ilerlemesinin engellenmesi Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 1(21):11-17.

malıdır. Hemşire primer bakım sağlayıcı olmalı ve KBH'lı hastaların başlangıç değerlendirmesini yapmalıdır. Günlük olarak hastaların yönetimi ve eğitimini sağlamalıdır (10,12,13). Erken teşhis ve yönetimle, ayrıca hekim ile yapılan düzenleme ile primer bakım sağlayıcı yöntemler, son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemeyi azaltma ve geciktirme şansına sahip olmayı sağlamaktadır. KBH'nın bireysel yönetiminde ise primer sorumluluk hastalardadır. Bu noktada hemşire, kronik hastalıklarda hasta otonomisini nasıl desteklemelidir sorusu karşımıza çıkmaktadır. Kronik böbrek hastalığıyla yaşam, diyabet, hipertansiyon gibi diğer kronik hastalıklarda da olduğu gibi hastanın yaşam stilini değiştirmesini gerektirmektedir. Hastalığın tıbbi ve duygusal etkileriyle hasta baş edebilmelidir. Hemşireler hastalığı tolere edebilmede yardımcı olacak stratejiler geliştirmek amacıyla hastaya yardım etmelidir. Yapılan bir çalışmada diyaliz hastaları kendi kendine hastalık yönetimini: Sağlığı geliştirmek için bakımda yer alma, Komplikasyonları önleme, semptomların kontrolü, tıbbi kaynakların kullanımı, hastalığın yaşama olan etkisini minimize etmek olarak belirtmişlerdir. Kronik böbrek hastalığında hemşire desteği yaşamsal bir öneme sahiptir. Hastalara hastalık yönetiminin temel becerileri kazandırılmalıdır. Kronik böbrek hastalığının 1. ve 2. döneminde hastalık asemptomatik olduğu için, erken tanı zordur ve hastanın yaşam stilini değiştirmesi için desteklenmesi güçtür. Ayrıca hasta tarafından hastalığın kabulü zordur ve bu dönemde hastalar genellikle davranış değişikliğine gitmezler. Öncelikle hastanın bireysel yeterlilik duygusunun geliştirilmesi, kendi kendine hastalık yönetiminin desteklenmesinde önemlidir. Bir diğer önemli nokta ise hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasıdır. Bu uyumu sağlamada tedavinin erken döneminde hastalar, hastalık, hastalığın tedavisi ve uzun dönem sonuçları hakkında bilgi gereksinimindedirler. Kan basıncı, kan glikoz düzeyi kontrollerinin ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmanın önemini anlamalıdır. Hastalığın sonraki aşamalarında ise, tıbbi tedavinin yönetimi ve hastalığın kendi kendine yönetimi daha komplike olmaktadır. Erken dönemde semptomsuz izlenen hastalıkta, ilerleyen aşamalarda: yorgunluk, uyku bozuklukları, bulantı, anoreksiya, el ve ayaklarda ödem, kas krampları, nöropati, konsantrasyonda azalma gibi belirtiler görülmektedir. Hastalara bu belirtiler hakkında eğitim verilmesi şarttır. HEMŞİRELER, rutin olarak hastalardan hastalığın semptomları, sonuçları ve kontrol edilebilirliği ile ilgili bilgi almalıdır. Daha sonra

hastayla birlikte semptom yönetim stratejileri belirlenmelidir. Hastalığın duygusal boyutu incelendiğinde kronik hastalığı olan kişilerde anksiyete, belirsizlik, korku, depresyon ortak bir sorundur. Kronik böbrek hastalığının sonraki aşamalarında, depresyon önemli bir hasta yüzdesinde saptanmıştır. Hastanın duygusal olarak hastalıktan etkilenme durumu saptanmalıdır. Hemşire hastaları hastalıkla baş etmelerinde yardımcı olacak toplumsal kaynaklara yönlendirmelidir. Hastanın kendi bakımında aktif rol alması için cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Hasta ve ailesi, hastalık süreci hakkında bilgilendirilmeli ve soruları yanıtlanmalıdır (8,10,14).

17. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi'nde (2007) sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Süleymanlar G (2006) Nefroloji el kitabı 6. baskı İstanbul:Güneş Tıp Kitabevleri 148-214.
2. Horoz M, Özgür Ö (2004). Akut böbrek yetmezliği Harran Tıp Fakültesi Dergisi 1(3): 48-63.
3. Arıc M (2005). Kronik böbrek hastalığının doğal seyri ve hastalığın ilerlemesinin engellenmesi Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 1(21):11-17.
4. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yönm Ö (2002). Kronik böbrek yetmezliğinde etiyolojik değerlendirme 24(2):62-64.
5. Işıl N, Topçu S, Gültekin F, Yönm Ö (2002). Kronik böbrek yetmezliğinde etiyolojik değerlendirme CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 24(2):62-64.
6. Brown G (2008). Kidney Disease Prevention hitting the headlines in Britain. World Kidney Day International Society of Nephrology and the International Federation of Kidney Foundations
7. Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K (1996). Türkiye'de nefroloji-dializ ve transplantasyon İstanbul:Türk Nefroloji Derneği Yayınları
8. Akyol-Durmaz A (2005). Üriner sistem hastalıklarında bakım İzmir: Nefroloji, Diyaliz ve Nefroloji Hemşireliği Yayınları Yayın No:4 100-156.
9. Yürügen B (2001). Kronik böbrek yetmezliği ve hemşirelik yaklaşımı Çınar dergisi 7(1):5.
10. Donoghue J, Duffield C, Pelletier D (1993). Health promotion as a nursing function:Perception held by university students of nursing Int J Nurs Stud 30(6):527-535.
11. Çağlar Ş, Turgan Ç, Yasavul Ü (1984). Kronik böbrek hastalığı ve diet Türkiye Klinikleri J Med Sci 4:119-122.
12. Yıldız E (2006). Kronik böbrek yetmezliği ve beslenme Ankara:Sinem Matbaacılık
13. Black MJ, Matossorin-Jacobs E, Luckmann Sorenson J (1997). Medical-Surgical Nursing, 4th Edition, W.B. Saunders Company: Philadelphia.
14. White L, Duncan G (2002). Medical surgical nursing. An integrated approach. 2nd Edition, United States: Delmar.

Doç. Dr Gülten KARADENİZ

E-Mail: drgkaradeniz@yahoo.com.tr