

## OLGU SUNUMU / CASE REPORT

# Akut Böbrek Yetersizliğine Sebep Olan Favizmlı Bir Olgunun Hemşirelik Yaklaşımı

## Nursing Approach of A Favism Causing Acute Kidney Failure

Berna CAFER, Uzm. Hem.<sup>1</sup>, Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN, Dr. Öğr. Üyesi<sup>2</sup>, Yasemin TOKEM, Prof. Dr.<sup>2</sup><sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Dâhiliye Kliniği, İzmir  
<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir**Kabul tarihi/Accepted:** 31.05.2019**İletişim/Correspondence:**Berna CAFER, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi  
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Karabağlar/  
İzmir**E-posta:** berna9395@hotmail.com**Özet**

Favizm; bakla yenmesi sonrasında 24-48 saat içinde gelişen akut hemolitik anemi şekli olup, erkek çocuklarda sıkça görülmektedir. Ancak nadiren de olsa kadın ve yetişkinlerde de ortaya çıkmaktadır. Bu makalede; nadir görülen kadın yetişkin bir favizm olgusunda gelişen akut böbrek yetersizliği tablosu, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre incelenecektir.

**Anahtar kelimeler:** Favizm, akut böbrek yetersizliği, hemşirelik, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli.

**Abstract**

Favism is a form of acute hemolytic anemia that develops within 24-48 hours after broad bean consumption and it is common in boys. However, it may rarely occur in women and adults. In this article, acute renal failure in a rarely seen female adult favism case will be examined according to Gordon's Health Patterns Model.

**Keywords:** Favism, Acute Renal Failure, Nursing, Gordon's Functional Health Pattern Model.

**Giriş**

Dünyada en sık görülen enzim eksikliği Glikoz-6-Fosfat Dehidrogenaz Enzimi Eksikliği'dir (Konak & Polat, 2015). Bu hastalık favizm hastalığı olarak da isimlendirilmektedir (Russo vd, 1972; Tandoğan, 2004). Favizm; bakla yenmesi sonrasında 24-48 saat içinde gelişen akut hemolitik anemiye sebep olur. Favizm, özellikle çocuk vakalarda görülse de dahili birimlerde yetişkinlerde de ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de bakla üretiminin fazla olmasının yanında tüketiminin de fazla olduğu Çukurova bölgesinde vakaların fazla olduğu tespit edilmiştir (% 8,2) (Altay & Gümrük, 2008).

Çoğunlukla 2-6 yaş arası erkek bireylerde görülmekle birlikte bu olgu gibi kadın vakalarda da görülmektedir (Beutler, 1973; Russo vd, 1972; Lim vd, 2005).

Genetik geçişli olmasına rağmen her hastada aynı duyarlılık bulunmamaktadır. Çoğu hastada Glikoz-6-fosfat dehidrogenaz (G6PD) adlı enzim eksikliği nedeniyle görülmektedir.

Bireylerde hemoliz sonucu anemi, ileri dönemde böbrek yetersizliği ve ciddi vakalarda ölüm görülebilmektedir (Luzotto ve Paggi,2009). Bu olguda olduğu gibi anemi belirtileri olan sırt ağrısı, karın ağrısı, sarılık, gözlerde sararma görülmektedir. Heterozigot kadın olgularda hemoliz riski altındadır (Luzzatto, 2016).

Çoğu birey enzim eksikliğinden habersizdir (Luzzatto, 2016). Önceden anlaşılması mümkün değildir. Ancak bakla tüketimi sonrası anemi bulguları yaşayan bireylerin çocuklarında bu enzim araştırılması için bireyler bilgilendirilmelidir. Bu ailelerin bebekleri de enzim açısından araştırılmalıdır. Tedaviden önce önemli faktör; hemolize neden olan tetikleyici faktörlerden kaçınmaktır. Ancak tablo ile karşılaşıldığı ilk zamanlarda ve özellikle ileri hemoliz durumunda böbrek hasarını engellemek önemlidir. Bu açıdan hastanın hidrate edilerek idrar çıkışı artırılmalıdır. Renal değişimlerin sonucu olumlu olmadığı durumlarda diyalize son çare başvurulmaktadır. Bu yüzden bireyler yakından izlenmelidir. Bu enzim yoksunluğunda oksidatif döngü tam olarak gerçekleştirilemez ve hemoliz olayı gerçekleşir. Bazı ilaçların kullanımı, enfeksiyon ve kimyasal maddelerin kullanımı gibi durumlarda da favizm hipersensitivite görülebilmektedir.

Favizm; başlıca hemolitik anemi nedenleri arasındadır. Sarılık ve hemoglobinüri ileri gelen bulgular olarak sayılabilir. Oluşan hemoglobinüri akut tübüler nekroza sebep olarak buna bağlı olarak böbrek yetersizliğine yol açabilir. Bunun önüne geçebilmek için hidrasyon ve hızlı müdahale önemlidir. Ancak yetmezliğin önüne geçilemez ise diyaliz endikasyonu mevcuttur. Bazı vakalarda kan transfüzyonu da gerekli olabilir (Akman vd, 2012; Luzzatto & Poggi, 2015; Luzzatto & Arese, 2018).

Sıklıkla yenidoğan ve süt çocuklarında görülen bu durum; erişkinlerde akut böbrek yetersizliğine sebep olabilecek tablolar oluşturabilmektedir. Bu olguda akut böbrek yetersizliğine sebep olan bir favizm olgusu, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre incelenecektir.

## OLGU

**Sosyodemografik Veriler:** I.S., 56 yaşında kadın, ilkokul mezunu, evli olup kızı ve eşiyle yaşamaktadır. İl merkezinde yaşamakta ve ev hanımıdır. Sigara alkol veya herhangi bir madde kullanım öyküsü bulunmamaktadır. Diyabet (5 yıl) tanısı sebebiyle takipli ve oral antidiyabetik kullanımı mevcuttur. Kolesistektomi (10 sene önce) öyküsü bulunmaktadır. I.S 62 kilo, 1.55 boyunda ve beden kitle endeksi 25,8'tür.

**Geliş Şekli ve Nedeni:** Evde geçirdiği senkop sebebiyle yakınları tarafından acil servise getirilmiştir. Derin anamnez sonucunda bireyin bir gün önce bakla yemeği yediği öğrenilmiştir.

**Yaşamsal Bulgular:** Hastanın servise kabulündeki yaşamsal bulguları; kan basıncı 120/60 mmHg, nabız 76 atım/dk, solunum sayısı 18 /dk ve vücut sıcaklığı 36,4°C şeklindedir. Hastanın aynı zamanda 5 yıldır diyabet hastası olduğu bilinmekte ve kan glikoz değerleri 84-104 mg/dl arasında değişmektedir (Tablo 1).

Hastanın yapılan fizik muayenesinde; ikterik ten ve göz rengi, kollarında ekimotik alanlar dikkati çekmiştir. Aynı zamanda uzun süredir oral alımı kapalı olduğu ve şiddetli kusma yaşadığı için dudakları çatlamış ve cildi kuru görünümündeydi. Hastanın hafif dispnesi tespit edilmiştir. Evde gazete vs okurken gözlük kullandığı öğrenilmiştir.

**Tablo 1. Hastanın Kan Değerleri**

Tetkik adı	05/04/2018	25/04/2018	Normal Değerleri
<b>BİYOKİMYA</b>			
Glikoz	181	121	70-105 mg/dl
BUN	23	8	8-21 mg/dl
AST	84	22	5-34 U/L
ALT	83	31	0-55 U/L
Total Bilirubin	14.47	0.9	0.1-1.2 mg/dl
Direkt Bilirubin	1.56	0.33	0-0.5 mg/dl
İndirekt Bilirubin	12.9	0.6	0.1-0.9 mg/dl
CRP	3.56	0.02	<0.5 mg/dl
Ferritin	2192	284	10-291
<b>KOAGÜLASYON</b>			
PTZ	13.3	11.3	9.4-12.5 sn.
INR	1.21	1.03	0.8-1.2
<b>HEMOGRAM</b>			
WBC	19.54	7.53	4-10 K/uL
NEU	13.71	4.12	2-7 K/uL
RBC	2.11	4.54	3.5-5 M/uL
HGB	6.4	12.4	11-15 g/dL
HCT	19.2	39.8	37-47 %

## Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre İncelenmesi

### 1. Sağlığı algılama-Sağlığın yönetimi:

Olgunun diyabet sebebiyle hastane takiplerini aksatmadığı öğrenilmiştir.

Hastanın mevcut durum ve bilirubin yükselmesine sebep olacak olası nedenler sorgulanmıştır. Olgunun bitkisel ilaç veya zararlı bir madde kullanımı bulunmamaktadır.

Olgu acilde tetkikleri sonrası oral alımı kapalı izlenmiştir. Aynı zamanda bulantı kusma sebebiyle yorgunluk ve halsizlik yaşadığını belirtmiştir. Bu yüzden kızı bireysel gereksinimlerinde yardımcı olmaktadır. Olgu yaşadığı sağlık sorunu sebebiyle korktuğunu belirtmiş ve sağlık durumundan endişe etmektedir.

### 2. Beslenme-metabolik durum:

Bulantı kusma sebebiyle acil servise gelen olgu; burada hidrasyon tedavisi almıştır. Oral alımı açıldıktan sonra ise tekrar bulantı ve kusma görülmemektedir. Ancak yaşadığı stres ve anksiyete sebebiyle iştahının azaldığını ve yemekten korktuğunu belirtmiştir.

Mevcut durumda 2 kilo verdiği belirlenmiştir. Diyabetik diyet almakla birlikte; ara öğünlerini ara ara atladığı görülmüştür.

### 3. Boşaltım:

Hasta her gün defekasyona çıktığını, ancak renginin açık renkli olduğunu belirtmiştir. Hasta, tuvalete gitmek için kızından yardım almaktadır. Acil servise alınan idrar örneği kahverengi iken dahiliye servisinde yatışı anında açık sarı renkli olduğunu belirlenmiştir. Ara ara tekrar koyulaştığını belirten hasta; poliüri, polidipsi veya oligüri tariflememiştir. Gönderilen idrar kültür ve tetkiğinde anormal bulgu saptanmamıştır.

### 4. Aktivite-egzersiz:

Ev hanımı olan olgu, günlük ve ev işlerini kendi yaptığını belirtmiştir. Ancak hastaneye geldiğinden beri yorgunluk ve güçsüzlük sebebiyle bireysel gereksinimleri sırasında yardım almaktadır.

Bireyin evde hiç hipoglisemik atak yaşamadığı öğrenilmiştir. Düşme öyküsü de bulunmamaktadır. Ancak hastanedeki izleminde İtaki Düşme Skoru 10 (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır.

### 5. Uyku-dinlenme:

I.S, klinikte üç kişilik bir odada yatmaktadır. Hasta; aldığı mayiler sebebiyle sık tuvalete gittiğini ve bu yüzden sık uyandığını belirtmiştir. Aynı zamanda yanında yatan, durumu kritik olan hasta olması, ses, ışık ve gürültü sebebiyle uyuyamadığını ifade etmiştir. Yorgunluk düzeyini 6 olarak puanlamıştır.

### 6. Bilişsel algısal durum:

I.S, günlük hayatında uykusuzluğa çok dayanamadığını; hastanede yaşadığı uykusuzluk ve halsizliğini kendisini çok etkilediğini belirtmiştir.

### 7. Kendini algılama-benlik kavramı:

Hastanın, hastalığı ile ilgili bilinmezlik nedeniyle, mutsuzluk ve endişe yaşamaktadır. Ayrıca ten renginin ikterik olması, bireyin kendini çok rahatsız ve huzursuz hissetmesine sebep olmuştur.

### 8. Rol-ilişki:

Anne ve eş rolünü üstlenmiş olan I.S, yanında kalan kızının kendisi ile ilgilendiği için çok yorulduğunu ve bundan dolayı huzursuz olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda evdeki diğer çocukları ile ilgilenmediği için üzüntü duyduğunu belirtmiştir.

### 9. Cinsellik-üreme:

Hasta, özel yaşantısı ile ilgili konuşmaktan kaçınmıştır. Beş sene öncesi menopoza girdiği öğrenilmiştir.

### 10. Başetme-stres toleransı:

Hastanın, hastalık konusundaki anksiyete düzeyi yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalığından dolayı korku yaşadığını ve iyileşmek istediğini belirtmiştir. En çok büyük kızından destek aldığını ve ona yük olduğunu düşündüğü için üzgün olduğunu belirtmiştir.

### 11. Değer-inanç:

Mevcut durumunun bir sınav olduğunu ve yaşaması gerektiğini belirten I.S; dini bir ritüel gereksinimi belirtmemiştir.

## HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

**Hemşirelik Tanısı:** Yorgunluk düzeyinde artışa bağlı Aktivite İntoleransı

**Amaç:** Bireyin aktivite düzeyinin artması

### Girişimler:

- Hastanın yorgunluğuna neden olan ya da katkıda bulunan faktörleri belirlenmeli
- Bireyin halsizlik yorgunluk düzeyi yorgunluk skalası ile sorgulanmalı
- Bireyin laboratuvar değerleri kontrolü sağlanmalı, gerekli durumlarda kan transfüzyonu, oksijen desteği, yatak istirahati sağlanmalı
- Bireyin enerji düzeyinin en yüksek olduğu zaman diliminde aktivite için teşvik edilmeli
- Aktivite başlamadan ve bitiminde yaşamsal bulguları kontrol edilmeli
- Aktivite sırasında taşikardi, bradikardi, takipne, baş dönmesi, kan basıncında ani değişim ve kendini kötü hissetme gibi bulgular fark ettiğinde aktiviteyi sonlandırması söylenmeli.

**Değerlendirme:** Hastanın günlük yorgunluk değerlendirmesi yapılmış olup yorgunluk düzeyi giderek azalmıştır. Koridorda yürüyüş sıklığı, süresi ve aktivite düzeyi artmıştır. Laboratuvar değerleri düzelme göstermiş kan transfüzyonuna gerek duyulmamıştır.

**Hemşirelik Tanısı:** Anemi ve uyku düzeninde bozulmaya bağlı Yorgunluk

**Amaç:** Bireyin yorgunluk düzeyinin azalması

### Girişimler:

- Yorgunluğana neden olan risk faktörleri değerlendirilmeli (anemi, kötü beslenme, bulantı kusma)
- Yorgunluk düzeyi 0 -10 puan arasında puan vermesi istenmeli ve kaydedilmeli
- Yorgunluk düzeyi yüksek olduğu dönemlerde aktiviteler için yardım istemesi için teşvik edilmeli.
- Uyku düzeyi sorgulanmalı ve uyku hijyeni için bilgi verilmeli. Uygun, sessiz, karanlık uyku ortamı sağlanmalı
- Tedavi saatleri hastaya uygun şekilde, tedavisini aksatmayacak şekilde ayarlanmalı
- Ağrı düzeyi sorgulanmalı, doktor orderina göre analjezik uygulanmalı

**Değerlendirme:** Hasta, hastane ortamında olma, yanındaki hastalar ve ses sebebiyle sık sık uyandırdığı, uykusunu alamadığı için yorgun kalktığını dinlenemediğini belirtmiştir.

**Hemşirelik Tanısı:** Sık diürez ve olumsuz çevre koşulları sebebiyle Uyku Örüntüsünde Bozulma

**Amaç:** Bireyin uyku düzeni ve yeterli dinlenme sağlama

### Girişimler:

- Evdeki uyku düzeni sorgulanmalı
- Klinik için ses, gürültü ve ışık kontrol altına alınmalı
- Bireyin gündüz uykuları kısıtlanmalı
- Bireyin yatış ve kalkış saatlerinin rutin sağlanmalı ve tedavi saatleri bu saate göre ayarlanmalı
- Hastanın ağrı kontrolü sağlanmalı
- Evde uykuya dalmayı kolaylaştırıcı etkinlikleri sorgulanmalı
- Sıvı alımı akşam saatlerinde azaltılmalı

**Değerlendirme:** Hidrasyon verilmesi ve sık tuvalete gidişi sebebiyle uygun uyku düzeni sağlanamamıştır. Hasta sık uyandırdığını belirtmiştir.

**Hemşirelik Tanısı:** Kusma ve bulantı yaşamaktan korkma ve iştahsızlığa bağlı Beslenme Dengesizlik: Az Beslenme

**Amaç:** Bireyin yeterli beslenme düzeyinin sağlanması

**Girişimler:**

- Bireyin bakla yüzünden yaşadığı korku konusunda bilgi verilmeli ve bu şekilde korkusunun giderilmesi sağlanmalı.
- Hastanın az ve sık beslenmesi sağlanmalı
- Ara öğünlerini alması istenmeli ve takibi yapılmalı
- Diyabeti olduğu için öğünleri atlaması durumunda kan şekeri takibi sıklaştırılmalı
- İştahını arttırabilecek sevdiği yiyecekler öğrenilmeli ve yemek yemesi için teşvik edilmeli
- Yağlı, aşırı baharatlı yiyecekler alınması istenmeli
- Eğer bulantı yaşıyorsa yemek öncesi doktor orderına göre antiemetik verilmeli
- Hergün aynı saatte, aynı kıyafet, aynı tartıda ve tuvaletten sonra kilo takibi yapılmalı
- Beslenme düzeni hakkında diyetisyenden konsültasyon istenebilir.

**Değerlendirme:** Hastanın ara öğünlerini bitirmediği ve atladığı gözlemlendi. Ara öğünlerini atlamaması gerektiği belirtildi. Kan şekeri takibi artırıldı. Hipoglisemi gözlenmedi. Bulantı yaşanmadı. Antiemetik ihtiyacı belirtilmedi.

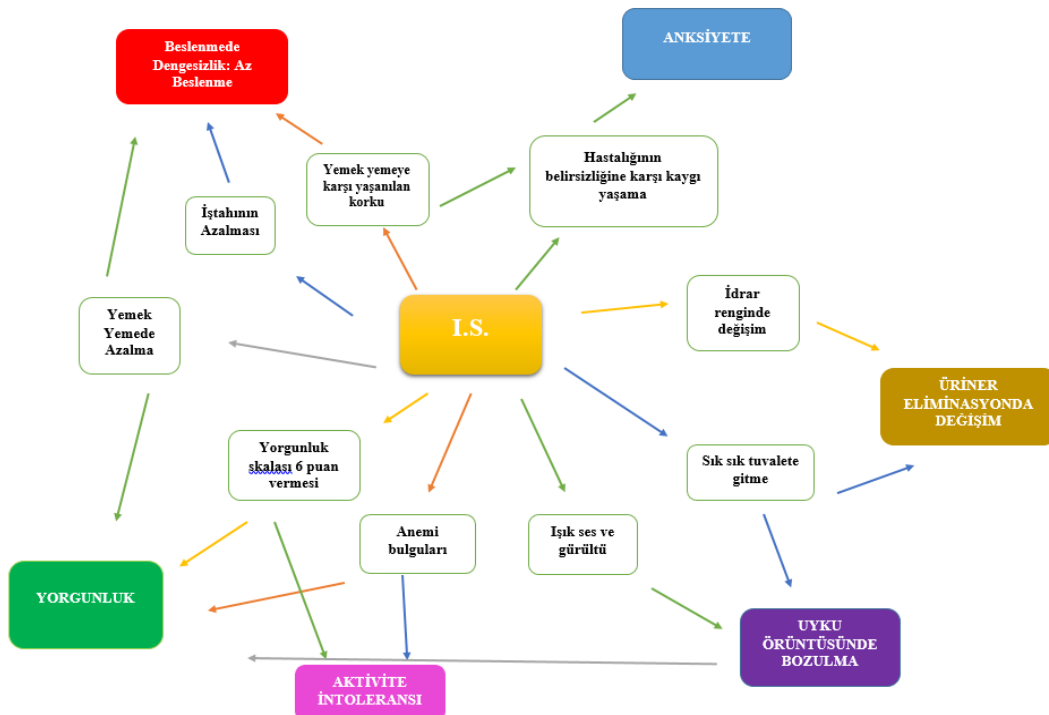
**Hemşirelik Tanısı:** Tedavi sürecindeki belirsizlik yaşanmasına bağlı Anksiyete

**Amaç:** Bireyin anksiyete düzeyinin azalmasını sağlanması

**Girişimler:**

- Hastanın çevreye, kliniğe, ekipmanlara ve rutinlere oryantasyonu sağlanmalı
- Yemek yemeye karşı yaşadığı korku için paylaşımları dikkatle dinlenmeli.
- Yemesi uygun olmayan (bakla) yiyecekler konusunda bilgilendirilmeli
- Tedavi rejimi konusunda sık sık bilgilendirilmeli
- Anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirilmeli
- Sessiz rahat bir çevre sağlanmalı
- Bu dönemde hastanın yanında bulunduğu belirtilmeli
- Hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmeli
- Hastaya tüm tedavi yöntemleri açıklanmalı
- Yapılan işlemler ve tedavi süreci hakkında hasta ve aile üyelerine bilgi verilmeli
- Mümkün olduğu sürece hastanın ailesinin bakıma katılması sağlanmalı
- Sakin, destekleyici ve güvenli bir şekilde bakım sağlanmalı.
- Hasta ile iletişimde sakın, anlaşılır bir dil kullanılmalı

**Değerlendirilme:** Mevcut durumu düzeldiği ikterik ten rengi görünümü gerilediğinin ve kan değerlerinin düzeliyor olduğunun belirtmesi üzerine hastanın anksiyete düzeyi azalmıştır.



**Hemşirelik Tanısı:** Sık hidrasyon tedavisine Bağlı Üriner Eliminasyonda Değişim

**Amaç:** Bireyin normal üriner düzeninin sağlanması

**Girişimler:**

- Sıvı tedavisinin gerekli ve önemli olduğu belirtilmeli
- Bireyin günlük hidrasyonu ve oral sıvı alımı artırılmalı
- Sık sık idrara gitmesi sebebiyle perine hijyeni konusunda bilgi verilmeli.
- Cildin kuru ve temiz kalmasına özen gösterilmeli. Düzenli olarak cilt bakımı ve kontrolü yapılmalı.
- Aldığı çıkardığı takibi yapılmalı
- Hastanın laboratuvar bulguları sık monitörize edilmeli
- Ödem takibi yapılmalı
- Her gün aynı saatte, aynı tartıda, aynı kıyafetlerle ve tuvaletten sonra kilo takibi yapılmalı
- İdrar renginin giderek açılacağı, bu durumun şu anlık normal olduğu konusunda bilgilendirme sağlanmalı
- Mümkün olduğunca tedavi süreci hastanın durumu, uyku saatlerine göre düzenlenmeli

**Değerlendirme:** Hastanın akut böbrek yetersizliği tablosu gerileme sürecine girince hidrasyon tedavisi kesilmiş olup normal üriner düzenine yakın bir sürece geçilmiştir.

**Tartışma**

Hastanın Ege bölgesinde yaşaması, bakla tüketiminin fazla olması favizimin yaşanmasında en önemli faktördür. Hastanın enzim eksikliğinin daha önceden tespiti mümkün değildir. Bu ilk süreçte önemli olan hastaya acil ve gerekli müdahale yapılması, hastanın tedavi ve iyileşme sürecinin doğru şekilde tamamlanmasıdır.

Hastanın hızlı hidrasyon ve zorlu diürez tedavisi ile tablosunda iyileşme sağlanmıştır. İki haftalık tedavi süresince laboratuvar, idrar tetkikleri düzelmiş ve fiziksel belirtilerden ikterik ten ve göz rengi gerilemiştir. Hasta uygun hemşirelik bakımı ve tedavi sürecinde diyalize girmesine gerek kalmadan tedavi edilmiştir.

Sürecin ikinci kısmı ise bu durumun tekrarlamasını önlemektir. Bu süreçte hemşirelerin özellikle eğitici rolü burada önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin özellikle hasta ve yakınları bakla tüketimi, bazı ilaçlar (sulfonamid grubu antibiyotikler, dapson gibi sulfonlar, naftalen (naftalin tabletleri) kullanımlarının sakıncalı olduğu konusunda bilgilendirme yapmaları önem arz etmektedir. Bunun sebebi; favizm önceden tespit edilmesi için bir rutin uygulamanın yapılmamasıdır. Bireylerin;

- Favizmin genetik bir hastalık olduğu,
- Özellikle enzim eksikliği belirlenmiş olan bireylerin; favizmin genetik olarak çocuklarına aktaracaklarını ve yine çocuklarda da görülebileceği,

- Bakla tüketiminin veya polenin solunmasının hastalığa sebep olabileceği,
- Baklanın tüketilmesinin yasak olduğu,
- Baklanın anne sütü ile bebeğe geçip bebekte sarılığa sebep olabileceği,
- Ciltte gözde sararma, idrar renginde koyulaşma, yorgunluk ve halsizlik gibi durumlarda hemen sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği,
- Bu durumun çok ilerleyen vakalarda ölümcül olabileceği,

konularında bilgilendirmeli ve bu konuda bilgi düzeylerinin artırılması sağlanmalıdır.

Unutulmamalıdır ki; hastalığın önlenmesi tedaviden daha kolay ve daha az maliyetlidir. Bu şekilde hastaların zarar görmesi engellenerek sağlığın yükseltilmesine katkı sağlanması amaçlanmalıdır.

G6PD enzim eksikliği saptanan hastalarda hemolize sebep olabilecek ilaç listeleri hastaya verilmeli, favizm tespit edilenlerde bakla yenmesi yasaklanmalıdır.

Taburculuk planlanan hasta ve ailesine favizm ile ilgili eğitim verilmiş olup bilgi gereksinimi giderilmiştir. Klinik bulguları gerileyen hasta herhangi morbitite gelişmeden taburculuğu sağlanmıştır.

**Sonuç**

Tartışılan olgu gerekli tedavi ve izlem ile diyalize gerek kalmadan taburcu edilmiştir. Bu olguda olduğu gibi, G6PD enzim eksikliğinin sebep olduğu favizm her yaş ve klinikte görülebilmektedir. Bireylerin favizm ve bakla tüketimi konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalı, bu şekilde akut ve acil vakaların önüne geçilmelidir.

**Alana Katkısı**

G6PD Enzimi Eksikliği olarak bilinen favizm; bakla tüketiminin fazla olması nedeniyle ülkemizde sıklıkla görülmektedir. Gerekli önlemlerin alınması ile diyalize gereksinim olmadan kapsamlı medikal tedavi ve izlem sayesinde hastalarda maliyet etkin bir tedavi yaklaşımı sağlanabilir. Ayrıca bu olgu makalesi; gerekli beslenme ve ilaç kullanımı konularına yönelik hemşirelik eğitiminin önemli olduğu bir vaka örneği olması açısından da hemşirelik bilimine katkı sağlayacağı düşünülen bir olgu örneği olarak sunulmuştur.

**Çıkar Çatışması**

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

**Kaynaklar**

- Akman, T., Çavdar, C., Özcan, MA., & Pişkin, Ö. (2012). Favizm sonucu gelişen akut böbrek yetmezliği: olgu sunumu ve literatür derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(1): 45-50.
- Altay, Ç., & Gümrük. F. (2008). Red cell glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Turkey. Turk J Hematol, 25:1-7.
- Beutler, E. (1973). Screening for Glucose-6-Phosphate dehydrogenase deficiency. Israel Journal of Medical Sciences, (9):9-10: 1350-1352.

- Konak, Ş., & Polat, M. (2015). Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği; tanı ve tedavi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(2): 77-83.
- Lim, F., Vulliamy, T., & Abdalla, S. H. (2005). An Ashkenazi Jewish woman presenting with favism. *Journal of clinical pathology*, 58(3), 317-319.
- Luzzatto, L., & Paggi, V. Glucose 6 phosphate dehydrogenase deficiency. (2009) In: Orkin SH, Nathan DG (eds). *Nathan and Oski's Hematology Infancy and Childhood*. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 883-907.
- Luzzatto, L., & Arese, P. (2018). Favism and glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *New England Journal of Medicine*, 378(1), 60-71.
- Luzzatto, L., & Poggi, VE. (2015). Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. In: Orkin SH, Fisher DE, Ginsburg D, Look AT, Lux SE, Nathan DG, eds. *Nathan and Oski's hematology and oncology of infancy and childhood*. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 609-29.
- Luzzatto, L., Nannelli, C., & Notaro, R. (2016). Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Hematol Oncol Clin North Am*, 30:373-93.
- Russo, G., Mollica, F., Pavone, L., & Schiliro, G. (1972). Hemolyticcrises of favism in Sicilian females heterozygousfor G-6-PD deficiency. *Pediatrics*, 49: 854-859.
- Tandoğan, B. (2004). Kuzu böbrek korteksinden, glikoz-6-fosfat dehidrogenazın saflaştırılması ve bazı özelliklerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyokimya Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.