

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk Hastanın Değerlendirmesi: Olgu Sunumu

Sevinç AKKOYUN* 

Bil. Uz. Hem, Konya Ereğli Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye,
sevincakkoyun87@gmail.com

Fatma TAŞ ARSLAN 

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye,
fatmatas61@hotmail.com

OLGU SUNUMU/ CASE REPORT

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 22.10.2019 Kabul: 10.12.2019 Yayın: 26.12.2019	Çocukluk döneminde birçok kronik hastalık görülmektedir. Bu kronik hastalıkların içinde kronik böbrek yetmezliğinin özel bir önemi vardır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik renal ya da sistemik hastalıklara bağlı böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı olarak tanımlanmaktadır. Erken yaşlarda KBY tanısı alan çocukların yaşamın ilerleyen dönemlerinde sosyal ve psikolojik birçok problem yaşadığı bilinmektedir. Hemşirelik uygulamalarında da birçok model kullanılmaktadır. Bunlardan kullanımı yaygın olan modellerden biri Yaşam Aktiviteleri Modelidir. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli bireyi bir bütün olarak almayı, sorunu belirleyip çözmeyi bulmada, holistik ve humanistik yaklaşımla, hemşirelik sürecinin geliştirilmesine ve uygulamasına katkı sağlamaktadır. Aktiviteler on iki gruba ayrılmıştır. Bunlar; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama sürdürme, iletişim, solunum, yeme-içme aktivitesi, boşaltım aktivitesi, kişisel hijyen ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölümdür. Olgumuzda veriler toplandıktan sonra 12 aktivite değerlendirilip uygun girişimler belirlenip uygulanmıştır. Enfeksiyon riski, düşme riski, sosyal izolasyon, etkisiz çocuk bakımı süreci, bulantı, büyüme ve gelişmede gecikme, elektrolit dengesinde bozulma riski, sıvı volüm eksikliği riski, konstipasyon, oral mukoz membranda bozulma, hipotermi, yorgunluk, boş vakitlerini geçirme aktivitelerinde yetersizlik, ev yönetiminde bozulma, beden imajında bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, umutsuzluk ve uyumsuzluk hemşirelik tanıları konulmuştur. Çocuk hastada yaşatlarına göre gelişiminin geri olması, tedaviye uyumsuzluk göstermesi, iletişim sorunu yaşaması, ebeveynlerin rollerinde değişiklik gibi birçok problem yaşandığı belirlenmiştir.
Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hemşire, Kronik Böbrek Yetmezliği, Model, Yaşam Aktiviteleri.	

* Sorumlu Yazar/ Corresponding Author

Evaluation of a Pediatric Patient with Chronic Kidney Disease According to Nursing Model Based on Life Activities: A Case Report

Article Info	ABSTRACT
<p>Article History Received: 22.10.2019 Accepted: 10.12.2019 Published:26.12.2019</p>	<p>Many chronic diseases are seen in childhood. Of these chronic diseases, chronic kidney disease is of particular importance. Chronic kidney disease (CKD) is defined as irreversible loss of renal function due to chronic renal or systemic diseases. It is known that children diagnosed with CKD at an early age experience many social and psychological problems later in life. Many models are used in nursing practices. One of the most widely used models is the Life Activities Model. The Nursing Model Based on Life Activities contributes to the development and implementation of the nursing process by taking the individual as a whole, finding and solving the problem and with a holistic and humanistic approach. The life activities were divided into 12 groups. These; maintaining a safe environment, communication, breathing, eating and drinking, elimination, washing and dressing, controlling temperature, mobilization, working and playing, expressing sexuality, sleeping and death and dying. In our case, after the data were collected, 12 activities were evaluated and appropriate interventions were identified and practiced. Risk of infection, fall risk, social isolation, ineffective childcare process, nausea, delay in growth and development, risk of electrolyte imbalance, fluid volume deficiency risk, constipation, oral mucosal membrane deterioration, hypothermia, fatigue, lack of leisure time activities, home management disturbance, deterioration in body image, deterioration in sleep pattern, hopelessness and maladjustment were diagnosed as nursing. It was determined that the pediatric patient had many problems according to his/her age, such as delayed development, non-compliance with treatment, communication problems, and changes in parents' roles.</p>
<p>Keywords: Chronic Kidney Disease, Life Activities, Model, Nurse, Pediatric.</p>	

GİRİŞ

Günümüzde çocukluk çağı kronik hastalıklarında yaşam süresi artmıştır. Yaşam süresinin artması ile yaşam kalitesi gündeme gelmiştir. Hasta çocuk ve ailesi kronik hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır. Kronik çocukluk hastalıkları ortopedik sorunlar, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, astım gibi çok çeşitlidir (Er, 2006; Erdoğan ve Karaman, 2008).

Çocukluk çağında kronik böbrek yetmezliği (KBY) önemli bir sosyal ve ekonomik sorun oluşturmaktadır. Bu dönemde KBY'ne yol açan primer renal hastalıklar erişkin olgulardan farklıdır (Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Ülkemizde renal replasman tedavisi gören hasta sayısı hızla artmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği prevalansı milyon nüfus başına 870, insidansı ise 138 olarak hesaplanmıştır. Hemodiyaliz %79 ile en sık kullanılan tedavi yöntemi, transplantasyon %14 ve periton diyalizi %7'dir. Yaş aralığı 0-19 olan hastaların %0,9'u hemodiyaliz tedavisi, %8'i periton diyalizi tedavisi ve %9,3'ü transplantasyon uygulanan hastalardır (TND, 2014; Seyyahi, Altıparmak, Ateş, Trabulus ve Süleymanlar, 2015). Çocuğa KBY tanısı küçük yaşlarda konulduğunda ise gelişimsel, sosyal ve psikolojik sorunlara daha fazla maruz kalmaktadır.

Kronik hastalığın çocukta oluşturduğu sosyal ve psikolojik sorunlar birçok faktöre göre değişmekte ve bu durum çocuğun hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ya da zorlaştırmaktadır.

Kronik hastalığı olan çocuklarda sağlıklı çocuklara oranla iki kat daha fazla uyum sorunları görülmektedir. Kronik hastalığı olan çocuklar normal yaşantılarını sürdürmeye çalışmakta, fakat günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamalar yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Durualp, Kara, Yılmaz ve Alaybeyoğlu, 2010).

Hemşirelik bakım ve uygulamalarında teori ve modeller hemşirelere bireylerin sağlığını değerlendirme, topladığı veriyi sistematize ve analiz etme, bu bilgileri açıklama olanağı sağlayarak araştırmalara rehberlik etmektedir (Ekim, 2012). Bu nedenle hemşirelere profesyonel bir iletişim sağlamaktadır. Hemşirelerin bakımı organize etmesini sağlayarak daha az iş gücü ile kaliteli bakım sunmasını sağlamaktadır (Kacaroğlu Vicdan, Gülseven Karabacak ve Ecevit Alpar, 2015). Yaşam aktiviteleri modeli hemşirelik uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Hastayı bütün olarak ele alan bu model ile toplanan veriler doğrultusunda girişimler uygulanmaktadır. Yaşam aktiviteleri modeli, hemşirelik bakım ve uygulamalarında hasta çocuğun günlük aktivitelerini sağlamasına destek olmaktadır.

Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik renal ya da sistemik hastalıklara bağlı böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı olarak tanımlanmaktadır. Çocuklarda KBY'nin belirtileri ve bulguları böbrek hastalığının etiyolojisi, çocuğun yaşı, hastalığın şiddeti ve ortaya çıkan komplikasyonlara bağlıdır (Törüner ve Büyükgöncü, 2017). Poliüri, polidipsi, bulantı, kusma, hipertansiyon, metabolik asidoz, anemi, ödem, aritmiler, hiperlipidemi, enfeksiyonlara yatkınlık, sol ventrikül hipertrofisi ve kalp yetmezliği, kanamalara yatkınlık, nöbetler, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, kemik ağrıları ve kırıklar, gelişme geriliği, öğrenme güçlükleri, iştahta azalma, tat duyusunda farklılaşmalar çocuklarda KBY'nin belirti ve bulguları arasındadır. Nefeste üre kokusu olabilir (Potts ve Mandleco, 2012; Törüner ve Büyükgöncü, 2017; Çavuşoğlu, 2019). Kronik böbrek yetersizliği olan çocuklarda kronik asidoz, elektrolit bozuklukları, beslenme bozukluğu, renal osteodistrofi, anemi, primer hastalık nedeni ile kullanılan steroidler, geçirilen sık enfeksiyonlar gibi nedenlerle büyüme gelişme geriliği meydana gelebilir (Şirin, Emre ve Nayır, 2010).

Tedavide beslenmenin, sıvı-elektrolitin dengesinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve büyüme gelişmenin sağlanması amaçlanır. Hastalığın klinik seyri farklılık gösterir. Bazı çocuklarda renal yetmezlik hızlı bir şekilde gelişir ve diyaliz gerekir. Hastalığın yavaş ilerlediği çocuklarda ise ilaç ve diyet tedavisi yeterli olabilir. Diyetle büyümeyi sağlayabilmek için kalori alımı artırılır ancak protein alımı kısıtlanır. Protein alımının maksimum bebeklerde 2-2.5 g/kg/gün, çocuklarda 1.5-2 g/kg/gün olması istenir. Ödem ve hipertansiyon yoksa genellikle su ve tuz kısıtlamasına gidilmez. Kreatinin klerens testi kabul edilebilir sınırlar içinde ise (30-35 ml/dakika) potasyum diyetle kısıtlanmaz. Diyetle su, sodyum ve potasyum sadece son aşama böbrek yetmezliğinde, oligüride ya da serum konsantrasyonlarında anormallik olduğu zaman kısıtlanır (Potts ve Mandleco, 2012; Conk, Başbakkal, Yılmaz ve Bolşık, 2013; Törüner ve Büyükgöncü, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

KBY'de böbrekte çalışan nefron sayısı gittikçe azalır ve nefronların %50'sinden fazlası fonksiyon dışı kalınca idrarla atılamadıkları için BUN ve kreatinin gibi maddelerin kandaki miktarları normal değerlerin üzerine çıkar. Son dönem böbrek yetmezliğinde böbrekler %10'dan daha az fonksiyon görür. Bu süreçle beraber hastalar yaşamlarını yalnızca diyaliz ve böbrek transplantasyonu ile sürdürebilecek hale gelirler (Törüner ve Büyükgöncü, 2017).

Hemodiyalizde, kan içindeki atık ürünler ve eksta sıvı özel filtresi olan bir makinadan geçirilerek (dializör) vücuttan uzaklaştırılır. Kan vücuttan dışarı pompalanır ve dializ makinasından geçirilir. Atık ürünler ve eksta sıvı yarı geçirgen membranda diffüze olur. Dializat kanın ters yönünde pompa edilerek atıkların ekstraksiyonu sağlanır. Çocuğun kanı ile dializat arasındaki osmolarite ve konsantrasyon farkı intravasküler elektrolit konsantrasyonunu değiştirir ve intravasküler volümü azaltır (Potts ve Mandleco, 2012; Törüner ve Büyükgöneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

Hemodiyaliz peritoneal dialize göre daha etkilidir. Ancak hipotansiyon ve sıvı-elektrolit dengesindeki hızlı değişim nedeniyle çocuğu daha yakından izlemek gereklidir. Hemodiyaliz yapılan çocuğun kan basıncı ve diğer diğer vital bulguları yarım saatte bir izlenmelidir. İşlem önce ve sonra çocuk tartılmalıdır. İşlemden yarım saatte bir üriner output kontrol edilmelidir. Dializ sonucu kandaki atık ürünlerin uzaklaştırılması hızlı olmakta ancak kan beyin bariyeri nedeniyle beyin üresindeki azalma hızlı olmamaktadır. Bu ozmotik farklılık, beyine doğru sıvı şiftine neden olmaktadır. Ortaya çıkan beyin ödemi ile birlikte, kafa içi basınç artışı, papil ödem, baş ağrısı, kusma, kas krampları, irritabilite, ajitasyon, deliryum ve konvülziyonlar görülmektedir. Hemodiyalizin diğer komplikasyonları tromboz ve enfeksiyondur. Tromboz riskini azaltmak için heparin kullanılmaktadır (Potts ve Mandleco 2012; Törüner ve Büyükgöneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

Yaşam Aktiviteleri Modeli

Roper ve diğerleri (2006) 1970'li yıllarda hemşirelik uygulamalarının sistematik olarak belirlenmesi ve insanı tüm boyutları ile ele alan Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde bireyin günlük yaşamını sürdürmesinde yerine getirdiği aktiviteleri belirlenmiştir. Bu aktivitelerini sistematize etme, gruplandırma vardır. Günlük yaşam aktiviteleri 12 gruba ayrılmıştır. Bunlar; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama sürdürme, iletişim, solunum, yeme-içme aktivitesi, boşaltım aktivitesi, kişisel hijyen ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölümdür. Bu aktiviteler birbiri ile ilişkilidir, birbirini etkilemektedir fakat aralarında benzerlik yoktur. Uygulanan bakım bireysel farklılığı yansıtmaktadır (Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011; Veliöğlu, 2012; Birol, 2013; Kacaroğlu Vicdan ve diğerleri, 2015). Modelin temelini bu aktiviteleri bireyin bağımsız olarak ne kadarını yapabildiği oluşturmaktadır (Roper, Logan ve Tierney, 2006; Jenkins, Solomon ve Whittam, 2012; Kacaroğlu Vicdan ve diğerleri, 2015). Bu aktiviteler hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonları ile ilgilidir. Bu modeli kullanarak veri toplayan hemşire daima kendisine şu soruyu sormalıdır: "Hasta, hastalığı nedeniyle hangi günlük yaşam aktivitesini yerine getiremiyor?" Böylece hastanın bakım gereksinimi (problem) saptanır. Örneğin, ayağı kırıldığı için yatağa bağımlı olan bir hasta, yaşam aktivitelerinden hareketi kısıtlandığından "bireysel bakım aktivitelerini" yerine getiremeyebilir. Bu durumda hemşirelik tanısı, "Bireysel bakımda yetersizlik" olarak belirlenir. Bu var olan sorunun yanı sıra, hareketsizlik nedeniyle "potansiyel kabızlık" tanısı da konulabilir (Birol, 2013).

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli hemşirelik bakım ve uygulamalarında çok sık kullanılan bir modeldir. Hemşirelik süreci içerisinde temel oluşturması ve hem hasta hem sağlıklı bireyde uygulanabilecek olmasından dolayı sıklıkla kullanılmaktadır (Roper ve diğerleri, 2006; Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011; Kacaroğlu Vicdan ve diğerleri, 2015). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli bireyi bir bütün olarak ele almayı, sorunu belirleyip çözmeyi bulmada

ve holistik ve humanistik yaklaşımla, hemşirelik sürecinin geliştirilmesine ve uygulamasına katkı sağlamaktadır (Kacaroğlu Vicdan ve diğerleri, 2015).

Bu makalede kronik böbrek yetmezliği olan çocuk hastada sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve bu tanımlara yönelik hemşirelik bakım ve girişimleri Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda ele alınmıştır (Roper ve diğerleri, 1996). Çocuk hastada 12 aktiviteye göre veriler toplanmış, analiz edilmiş ve hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Tanılar doğrultusunda planlanan girişimler uygulanmıştır. Amaç, çocuk hastanın günlük yaşam aktivitelerini en iyi şekilde yapmasına destek sağlamak ve uyumunu artırmaktır.

OLGU

Adı- soyadı: F. D., **Yaş:** 13, **Cinsiyet:** Erkek, **Boy:** 120 cm (**Persentil:** %3 altı), **Kilo:** 22,5 kg (**Persentil:** %10 altı), **Eğitim durumu:** Evde eğitim, **Sağlık güvencesi:** Yeşil kart, **Annenin mesleği:** Ev hanımı, **Babanın mesleği:** Çiftçi, **Kardeş sayısı:** 3, **Anemnezi veren:** Annesi ve kendisi, **Tıbbi tanısı:** Kronik böbrek yetmezliği

Öyküsü; FD 13 yaşında, kronik böbrek yetmezliği tanısı ile 12,5 yıldır takip edilmektedir. Diyete uymamasından kaynaklı kan basıncı yüksek aralıklarda seyretmiş. Kan basıncının yüksek olması nedeniyle hastaneye yatışı yapılmıştır.

Geçmiş sağlık öyküsü; FD 6 aylık iken annesi ağlama ve huzursuzluk şikayetleri ile yaşadıkları yerdeki devlet hastanesine başvurmuş. Yapılan tetkikler sonucu FD'nin böbreklerinin yeterli çalışmadığı söylenip bir üst merkeze sevk edilmiştir. Hastanede akut böbrek yetmezliği tanısı konulup, periton diyalizine başlanması gerektiği söylenmiş ancak aile kendi isteği ile başka bir hastaneye gitmiştir. Burada FD'ye kronik böbrek yetmezliği tanısı konulmuş ve periton diyalizine başlanmıştır. 6 yıl periton diyaliz yapılmış ve son 7 yıldır haftada 3 gün 4 saat hemodiyalize girmektedir.

Varsa Alerjileri: Herhangi bir şeye karşı alerjisi yok.

Alışkanlıkları: Yok.

Tedavi:

1- Nerecormon 2000 IU 6 hazır şırınga 1x1 İntravenöz (IV) (pazartesi- çarşamba- cuma), 2- Perlinganit 10 mg 10 ampul 3x3 (IV) (33 mg perlinganit 72 cc %5 dextroz içinde 6cc/h infüzyon), 3- Sarvas tablet 50 mg 1x1/2 tablet Peroral (PO), 4- Amlodis tablet 5 mg 1X1/2 tablet (PO), 5- Alfasid flakon 3X1 gr (IV), 6- Adalat crono 30 mg tablet 1X1 (PO), 7- Enapril tablet 10 mg 1X1 (PO), 8- Rocaltrol tablet 0.5 Mcg 1x1 (PO), 9- Ferrum hausman fort draje 1X1 (PO), 10- Anti-fosfat ca 700 mg 100 T tablet 3x1 (PO), 11- Uropan 5 Mg 100 ml şurup 2x1 (PO)

Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Olgunun Verileri

1- Hastanın Çevresinin Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme:

Yaşam bulguları;

Ateş: 36.9°C, Nabız: 86 /dk, Solunum: 26 /dk, Kan basıncı: 160/100 mmHg

Laboratuvar sonuçları;

Hemogram

WBC: 4.82

RBC: 3.08 mg/dL

Hmg: 8.8 g/dL

Hct: 24.9 %

PLT: 81

Biyokimya ve Hormon

Üre: 179 mg/dL

Kreatinin: 8.20 mg/dL

GFR hesaplaması: 6.80

Sodyum: 135 mEq/L

Parat hormon: 523 pg/ml

2- İletişim:

Çocuk hastanın işitme ve konuşmada bir problemi yok. Hastane içerisinde annesi dışında kimse ile konuşmak istemiyor. Sorulan sorulara kısık ses tonu ile kısa cevaplar veriyor. Göz teması kurmak istemiyor.

3- Solunum:

Solunum: 26 /dk. Solunumu rahat, oksijen ihtiyacı yok.

4- Yeme-İçme Aktivitesi:

Diyeti: Tuzsuz diyet ve sıvı alımı kısıtlı.

Yeme Alışkanlıkları: Günde 3 öğün besleniyor. Yemeklerin hepsinin tüketemiyor genel olarak iştahsız. Tuzdan kısıtlı diyetine uyum göstermiyor. Sıvı alımı kısıtlı, bu duruma bazı zamanlar uymuyor.

5- Boşaltım Aktivitesi:

İdrar miktarı ve sıklığı: Hemodiyaliz sonrası idrar miktarı; 500-550 cc.

Dışkılama Alışkanlığı: Hiperparatiroidizme ve gereksinimden az beslenmeye bağlı konstipasyon sorunu yaşıyor. 3 günde bir kez defekasyona çıkıyor.

6- Kişisel Hijyen ve Giyim Aktivitesi:

Pijamaları temiz, kendi kıyafetlerini seçip kendi giyiyor.

7- Beden Isısının Kontrolü:

Vücut ısısı: 36.9 C. Hemodiyaliz sonrası bazen üşüdüğünü söylüyor.

8- Hareket:

Büyüme gelişme geriliği mevcut. Yaş grubuna göre kas kuvveti zayıf. Anemiye bağlı yorgunluk var.

9- Çalışma ve Eğlenme:

Hastanede boş zamanlarını etkin geçiremiyor. Hastanenin okuluna gitmek istemiyor. Genel zamanını televizyon izleyerek geçiriyor.

10- Cinselliği İfade Etme:

Bu aktiviteye yönelik açıklama elde edilemedi.

11- Uyku:

Gündüz uykusu yok. Hemodiyaliz öncesi gecelerde anksiyeteye bağlı uykuya dalma ve uykuyu sürdürme yaşıyor, 5-6 saat uyuyor. Diğer geceler 8-10 saat uyuyor.

12- Ölüm:

Annesine bazen iyileşip iyileşmeyeceği ve ölüm ile ilgili sorular soruyor. İlaç tedavisine uyumsuzluk gösteriyor.

1. Güvenli Çevre Sağlama Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 1: İnvazif yolların olması, immün sistemin zayıflaması ve anemiye bağlı bağlı **Enfeksiyon riski** (Carpenito-Moyet, 2012)

Tablo 1. Sorunların Günlük Yaşam Aktiviteleri Doğrultusunda Gruplandırılması.

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tanımlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı
1- Hastanın ve Çevresinin Güvenliğini Sağlama Sürdürme	-Juguler kataterin olması Sık hastaneye yatması -Haftada 3 gün hemodiyalize girmesi -Hemodiyaliz sonrası komplikasyonların görülmesi	1-İnvazif yolların olması, immün sistemin zayıflaması ve anemiye bağlı bağlı Enfeksiyon riski 2-Diyaliz sonrası hipotansiyon komplikasyonuna bağlı Düşme riski
2- İletişim	-Annesi dışında kimse konuşmak istememesi	3-Hastalığı ve hemodiyalizin psikososyal etkisine bağlı Sosyal izolasyon 4- Çocuğun ve ailenin günlük yaşam akışında değişikliklerin başlamasına bağlı etkisiz çocuk bakımı süreci
3- Solunum	Solunum sayısı 26/ dk	5-Üre ve kreatinin yüksekliğine bağlı Bulantı
4- Yeme - İçme Aktivitesi	-Üre ve kreatin değerlerinin yüksek seyretmesi -Süt çocukluğu döneminde kronik böbrek yetmezliği tanısının konulması -Persentil değerlerinin %3'ün altında olması -Uzun zamandır diyet ve sıvı kısıtlaması yapması	6- Kronik hastalığın varlığı ve protein kısıtlamasına bağlı Büyüme ve gelişmede gecikme 7-Hemodiyalize bağlı Elektrolit dengesinde bozulma riski 8-Sıvı kısıtlaması ve hemodiyalize bağlı Sıvı volüm dengesizliği riski
5- Boşaltım Aktivitesi	-Parat hormonlarının yüksek seyretmesi -Gereksinimden az beslenme -Aktivite intoleransının olması	9-Hiperparatiroidiye ve gereksinimden az beslenmeye bağlı Konstipasyon
6- Kişisel Hijyen ve Giyim	-Tat değişimi -İmmün sistemin baskılanmış olması	10-İmmün sistemin zayıflamasına bağlı Oral mukoz membranda bozulma

7- Beden Isısının Kontrolü	-Vücut ısısı: 36.9 C -Hemodiyaliz sonrası üşüme hissi	11-Hemodiyaliz komplikasyonuna bağlı Hipotermi
8- Hareket	-Yorgun olması Hemoglobin: 8.8. g/dL	12-Anemiye bağlı Yorgunluk
9- Çalışma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme	-Televizyon izlemek dışında aktiviteye katılmaması -Annenin haftanın 3 günü oğlu ile beraber hemodiyalize gelmesi -Kardeşlerin evde tek kalması	13-Hemodiyalize ve sık hastaneye yatmaya bağlı Boş vakitlerini geçirme aktiviterinde yetersizlik 14-Hemodiyaliz ve sık hastane de yatmaya bağlı Ev yönetiminde bozulma
10- Cinselliğini İfade Etme	-Sözel olarak boyunun kısa ve ağırlığının az olduğunu söylemesi	15-Juguler katater ve boyun kısa olmasına bağlı Beden imajında bozulma
11- Uyku	-Haftada 3 gün hemodiyalize girmesi	16-Anksiyeteye bağlı Uyku örüntüsünde bozulma
12- Ölüm	-Adölesan döneminde olması - Kronik hastalık - Sık ilaç değişimi	17-Sık hastanede yatmaya bağlı Umutsuzluk 18- Kronik bir hastalık olması, sık tedavi planının değişmesine bağlı Uyumsuzluk

Amaç: Olası enfeksiyonları ve sekonder enfeksiyonları önlemek

Girişimler: Vücut ısısında artış, idrarın koyu renkli ve kötü kokulu olması, dizüri, solunum fonksiyonlarında değişme gibi enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi, aileye ve çocuğa el hijyeninin öneminin anlatılması ve invazif işlemlerde aseptik tekniğe uyulması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Yatış sürecinde enfeksiyon gelişmedi.

Hemşirelik tanısı 2: Diyaliz sonrası hipotansiyon komplikasyonuna bağlı **Düşme riski** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Düşmenin olmamasını sağlamak

Girişimler: Diyaliz öncesi ve sonrası kan basıncının ölçülmesi, hipotansiyon durumda hastanın yataktan kalkmasının engellenmesi, antihipertansif ilaçların saatinin hemodiyaliz saatleri dikkate alınarak planlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Düşme durumu olmadı.

2. İletişim Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 3: Hemodiyalizin psikososyal etkisine bağlı **Sosyal izolasyon** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Hastanın sosyalleşmesini sağlamak.

Girişimler: Uygun yaş grubu ile arkadaşlık etmesinin sağlanması, hastane yatışı süresince okula katılımının sağlanması, sevdiği aktiviteleri belirleyip yapmasının sağlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Okuldaki diğer hasta çocuklarla konuşmaya başladı.

Hemşirelik tanısı 4: Çocuğun ve ailenin günlük yaşam akışında değişikliklerin olmasına bağlı **Etkisiz çocuk bakımı süreci** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Ebeveynlerin çocuk bakımını etkin sürdürmesini sağlamak

Girişimler: Anne ve babanın iş paylaşımı konusunda neler yaptığının belirlenmesi, evde kalan ablaların ebeveynlere yardımcı olup olmadığının değerlendirilmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Baba evde kalan çocuklarla, anne hastamız F.D. ile ilgileniyor.

3. Solunum Aktivitesi

4. Beslenme Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 5: Üre ve kreatinin yüksekliğine bağlı **Bulantı** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Bulantının azalmasını ya da olmamasını sağlamak

Girişimler: Aldığı ve çıkardığı sıvı takibinin yapılması, üre ve kreatinin takibinin yapılması, beslenme sonrası semi fowler pozisyonu verilmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Bulantının azaldığını ifade etti.

Hemşirelik tanısı 6: Kronik hastalığın varlığı ve protein kısıtlamasına bağlı **Büyüme ve gelişmede gecikme** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Ergen yaş gruplarına uygun öz bakım, sosyal gelişim, bilişsel motor beceri davranışları göstermesini sağlamak

Girişimler: Çocuğun yaş gruplarına göre büyüme geriliğinin hesaplanması, ebeveynlere yaş grubuna göre büyüme ve gelişme becerilerinin anlatılması ve desteklenmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Persentil eğrisi düşük aralıkta (%3-10), bilişsel ve motor becerileri yaş grubuna uygun.

Hemşirelik tanısı 7: Hemodiyalize bağlı **Elektrolit dengesinde bozulma riski** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Elektrolitlerin normal aralıkta olmasını sağlamak

Girişimler: Diyetle uyumunun gözlemlenmesi ve gerekirse desteklenmesi, hekim ile işbirliği yapıp elektrolitlerin düzeylerine bakılması, aldığı çıkardığı takibinin yapılması, kilo, ödem takibinin yapılması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Elektrolitlerin normal aralıkta.

Hemşirelik tanısı 8: Hemodiyaliz ve sıvı kısıtlamasına bağlı **Sıvı volüm dengesizliği riski** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Sıvı volüm dengesizliğinin olmamasını sağlamak

Girişimler: Çocuğun gün içinde alacağı sıvı miktarının ayarlanması, su verirken küçük kaplarda çocuğa su verilmesi, mümkün olduğu kadar çocuğun yanında bir şey içilmemesine özen gösterilmesi, diyaliz öncesi ve sonrası kilo takibi yapılması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Sıvı volüm dengesizliği mevcut değil.

5. Boşaltım Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 9: Hiperparatiroidiye ve gereksinimden az beslenmeye bağlı **Konstipasyon** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Konstipasyonun olmaması sağlamak.

Girişimler: Sıvı alımı takip edilmesi, hekim ve beslenme uzmanı ile beslenme programının ayarlanması, uygun zamanlarda yürüyüş ve aktivite sağlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Konstipasyon diyetle uymadığı zamanlarda devam etti.

6. Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 10: İmmün sistemin zayıflamasına bağlı **Oral mukoz membranda bozulma** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Oral mukoz membranın bütünlüğünü ve nemliliği sağlamak

Girişimler: Ağız bakımı planlanması, yumuşak diş fırçasının kullanımının sağlanması, asitli ve tahriş edici sıvı ve besin alımının engellenmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Oral mukoz membranın bütünlüğü sağlandı.

7. Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 11: Hemodiyaliz komplikasyonuna bağlı **Hipotermi** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Vücut sıcaklığının normal sınırlarda tutmak ve korumak

Girişimler: Hemodiyaliz öncesi ve sonrası vücut sıcaklığının ölçülmesi, vücut sıcaklığını koruyacak kıyafetlerin giydirilmesinin sağlanması, hemodiyaliz sırasında hastanın üstünün örtülmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Hemodiyaliz sonrası kısa süre üşüdüğünü ifade etti.

8. Hareket Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 12: Anemiye bağlı **Yorgunluk** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Yorgunluğun giderilmesini sağlamak

Girişimler: Çocuğun aktivitelerinin gereksiz yorgunlukları önleyecek şekilde düzenlenmesi, aktivitelerin çocuğun tolere edeceği şekilde ayarlanması, yatak içi pasif hareket yapmasının sağlanması, uzun süreli aktif ve yorucu hareketlerden kaçınılması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Genel olarak yorgunluğunun devam ettiğini ifade etti.

9. Çalışma ve Eğlence Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 13: Hemodiyalize ve sık hastaneye yatmaya bağlı **Boş vakitlerini geçirme aktivitelerinde yetersizlik** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Boş vakitlerini farklı aktivitelerle değerlendirmesini sağlamak

Girişimler: Hastanenin okuluna gitmesinin sağlanması, kitap okuma, gibi etkinliklere yönlendirilmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Hastane okulunun aktivitelerine katılmaya başladı.

Hemşirelik tanısı 14: Hemodiyaliz ve sık hastane de yatmaya bağlı **Ev yönetiminde bozulma** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Ebeveynlerin ev yönetiminin devamlılığını sağlamasını

Girişimler: Ebeveynlerin iş bölümü yapmasının sağlanarak aile fonksiyonunun sürdürülmesi, kardeşlerin ebeveynlere yardım etmesinin sağlanması, annenin hastanede olduğu zamanlarda eşinin diğer çocuklarla ilgilenmesinin sağlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Ebeveynler ev yönetiminin devamlılığını sağlayamıyor.

10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 15: Juguler katater ve boyun kısa olmasına bağlı **Beden imajında bozulma** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Beden imajı algısının düzelmesini sağlamak

Girişimler: Çocuğun duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmesinin sağlanması, sağlık problemi, tedavi, prognoz, ilerlemeler konusunda soru sorması için cesaretlendirilmesi, aile üyeleri ile iletişim kurmasının sağlanması, doğru, güvenilir bilginin verilmesi ve verilmiş olan bilginin pekiştirilmesinin sağlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Yaşlıtlarına göre kısa ve zayıf olmasının, Juguler kataterinin olmasının kendini üzdüğünü ifade etti.

11. Uyku Aktivitesi

Hemşirelik tanısı 16: Anksiyeteye bağlı **Uyku örüntüsünde bozulma** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Etkin uykunun olmasını sağlamak

Girişimler: Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır, doğru bilgilerin verilmesi, gürültü ve sesin olmamasını sağlamak, odanın loş ışık olması sağlanır (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Uyuma süresinde artma olduğu belirlendi.

12. Ölüm

Hemşirelik tanısı 17: Sık hastanede yatmaya bağlı **Umutsuzluk** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Umudun artmasını sağlamak

Girişimler: Duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmesinin sağlanması, aynı hastalığa sahip başka çocuklarla tanışmasının sağlanması, hekim ve psikolog ile işbirliği yapılmasının sağlanması (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: Hastalığa bağlı öleceğini ifade etti.

Hemşirelik tanısı 18: Kronik bir hastalık olması ve sık tedavi planının değişmesine bağlı **Uyumsuzluk** (Carpenito-Moyet, 2012)

Amaç: Hastalık, tedavi ve hastaneye yatmada uyumun artması

Girişimler: Tedavi planının önemli olduğunun anlatılması, hemodiyalize girme saati ve süresinin önemli olduğunun anlatılması, hastanede yatmasının kontrolleri için önemli olduğunun söylenmesi (Carpenito-Moyet, 2012; Birol, 2013).

Sonuç: İlaçlarını daha düzenli alıyor.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kronik hastalıklarda bireyin iyi bir yaşama kavuşabilmesinde hastanın sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek olduğu kadar, hastalığına ve tedavi programına uyumunu, psiko-sosyal problemlerin uygun şekilde yönetimini ve işbirliğini sağlamaktır (Akdemir ve Birol, 2005; Karakurt ve Kaşıkçı, 2008). Kronik hastalığı olan çocuklarda birçok sosyal ve psikolojik sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar çocuğa, aileye, hastalığın tipine, sosyal çevreye ve aldığı tıbbi bakıma göre değişmektedir. Çocuğun hastalığına uyumunu kolaylaştırmakta ya da zorlaşmaktadır (Erdoğan ve Karaman, 2008; Durualp ve diğerleri, 2010; Keser, Kapçı ve Odabaş, 2012).

Yaşam aktiviteleri modeline göre verilerini toplayıp analiz ettiğimiz çocuk hastada, ergenlik döneminde olması ve uzun yıllar kronik hastalık tanısı ile takip edilmiş olması, yaşitlarına göre gelişiminin geri olması, tedaviye uyumsuzluk göstermesi, iletişim sorunu yaşaması, ebeveynlerin rollerinde değişiklik gibi birçok problem yaşadığını görmekteyiz. Girişim ve uygulamalarımız yaşam aktivitelerini daha iyi yapması yönünde belirlenip uygulanmıştır. Böylece aile yaşamlarının fonksiyonel olarak sürdürülmesi desteklenmiş, çocuk hastanın düşünce ve kaygılarını daha rahat ifade etmesi, sosyalleşmesi ve tedaviye uyum sağlaması sağlanmıştır.

KAYNAKÇA

- Akdemir, N., ve Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem Ofset.
- Birol, L. (2013). Hemşirelik Süreci (10.Baskı). İzmir: Berke ofset Matbaacılık.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çeviren; Erdemir F) Nobel Tıp Kitapevleri.
- Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, HB., Bolışık, B. (2013). Pediatri Hemşireliği. İzmir: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Çavuşoğlu, H. (2019). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset.
- Durualp, E., Kara, F.N., Yılmaz, V., Alaybeyoğlu, K. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(2), 55-63.
- Ekim, A., Ekim, G., Ocakçı, A.F. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(4), 157-161.
- Er, M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49,155-168.
- Erdoğan, A., Karaman, M.G. (2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 244-252.

- Jenkins, J., Solomon, J., Whittam, S. (2012). Applying the Roper. Logan. Tierney model in Practice (Second Edition). Elsevier Limited.
- Kacaroglu Vicdan, A., Gülseven Karabacak, B., Ecevit Alpar, Ş. (2015). 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 1626-1636.
- Karakurt, P., Kaşıkçı, M. (2008). İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 76-84.
- Keser, N., Kapçı, EG., Odabaş, E. (2012). Farklı kronik hastalığı olana ve olmayan çocukların benlik algısı, duyuşsal-davranışsal sorunlar ve aa-baba tutumları açısından karşılaştırılması. *Çocuk ve gençlik ruh sağlığı dergisi*, 19(2), 57-68.
- Köşgeroğlu, N., Mert Boğa, S. (2011). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'ne Göre Zihinsel Engelli Bireylerin Sorunları ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 148-154.
- Potts NL. ve Mandleco B. (2012). *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families* (Third edition). Canada: Nelson education.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1996). *Model For Nursing Based on a Model Living* (Fourth edition). Newyork: Churcill Living Stone Publish.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2006). *The Elements of Nursing a Model for Nursing Based on a Model of Living* (Fourth edition). Tokyo: Churchill Livingstone.
- Seyahi, N., Altıparmak, MR., Ateş K., Trabulus S., Süleymanlar, G. (2015). Türkiye'de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: türk nefroloji derneği kayıt sistemi 2014 yılı özet raporu. *Turk Neph Dial Transpl*, 24(1), 10-16.
- Şirin, A., Emre, S., Nayır, A. (2010). Üriner sistem ve hastalıkları. In: Neyzi, O., Eruğrul, T (Ed.), *Pediatric (1427-1497)*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- TND. (2014). *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon-Registry 2013*. Ankara:Türk Nefroloji Derneği, 2014.
- Törüner, E.K., Büyükgöncü, L. (2017). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara:Göktaş Yayıncılık.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofis.

EXTENDED ABSTRACT

In recent years, life time has increased in chronic childhood diseases. With the increase in life time, quality of life has come to the fore. Chronic childhood diseases are very diverse such as orthopedic problems, congenital heart diseases, epilepsy, chronic renal failure, cancers, hemophilia, asthma (Er, 2006; Erdoğan et al., 2008). Chronic kidney disease is common among childhood chronic diseases.

Chronic kidney disease (CKD) is an important social and economic problem in childhood. Primary renal diseases that lead to CRF are different from adult cases in this period (Törüner and Büyükgöneç, 2017). The number of patients receiving renal replacement therapy is rapidly increasing in our country. Hemodialysis is the most commonly used treatment with 79%, transplantation 14% and peritoneal dialysis 7% (TND, 2014; Seyyahi et al., 2015).

When the child is diagnosed with CKD at a young age, he is more exposed to developmental, social and psychological problems. Social and psychological problems caused by chronic disease in children vary according to many factors and this makes it easier or difficult for the child to adapt to the disease. Children with chronic disease try to maintain their normal lives, but restrictions on activities of daily living have a negative impact on quality of life (Durualp et al., 2010).

Theories and models in nursing care and practices guide the researches by providing the opportunity for nurses to evaluate the health of individuals, systematize and analyze the data collected and explain this information (Ekim, 2012). Therefore, it provides professional communication to nurses (Kacaroglu Vicdan et al., 2015). The life activities model is frequently used in nursing practice. Interventions are applied in line with the data collected with this model which covers the patient as a whole. The life activities model supports the patient's daily activities in nursing care and practices.

Chronic kidney disease (CKD)

Chronic kidney disease (CKD) is defined as irreversible loss of renal function due to chronic renal or systemic diseases. Symptoms and signs of CKD in children depend on the etiology of kidney disease, the age of the child, the severity of the disease and the complications that arise (Törüner and Büyükgöneç, 2017). Polyuria, polydipsia, nausea, vomiting, hypertension, metabolic acidosis, anemia, edema, arrhythmias, hyperlipidemia, susceptibility to infections, left ventricular hypertrophy and heart failure, susceptibility to bleeding, seizures, fatigue, muscle weakness, bone pain and fractures, growth retardation, learning difficulties, decreased appetite, changes in taste sensations are among the signs and symptoms of CKD in children. There may be urea smell in the breath (Potts and Mandleco, 2012; Törüner and Büyükgöneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019). In children with chronic renal failure, growth retardation may occur due to chronic acidosis, electrolyte disorders, malnutrition, renal osteodystrophy, anemia, steroids used for primary disease and frequent infections (Şirin et al., 2010). Renal insufficiency develops rapidly in some children and requires dialysis. In children with slow disease progression, medication and diet may be sufficient (Potts and Mandleco, 2012; Conk et al., 2013; Törüner and Büyükgöneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

Life Activities Model

Roper et al. In the 1970s, they developed the Nursing Model Based on Life Activities, which systematically identified nursing practices and addressed human beings in all dimensions. In this model, the activities performed by the individual in maintaining their daily life were determined. Daily living activities are divided into twelve groups. These; maintaining a safe environment, communication, breathing, eating and drinking, elimination, washing and dressing, controlling temperature, mobilization, working and playing, expressing sexuality, sleeping and death and dying. These activities are interrelated, affect each other, but there is no similarity. Care applied reflects individual difference (Köşgeroğlu and Mert Boğa, 2011; Velioglu, 2012; Birol, 2013; Kacaroglu Vicdan et al., 2015). Nursing Model Based on Life Activities is a frequently used model in nursing care and applications. It is frequently used because it forms the basis of nursing process and can be applied to both patients and healthy individuals (Roper et al., 2006; Köşgeroğlu and Mert Boğa, 2011; Kacaroglu Vicdan et al., 2015).

In this article, nursing diagnoses and nursing care and interventions that are frequently seen in pediatric patients with chronic renal failure are discussed in line with Roper, Logan, Tierney's Life Activities Model (Roper et al., 1996).

Case

Story; When FD was 6 months old, his mother presented to the state hospital where he lived with complaints of crying and restlessness. As a result of the examinations, the kidneys of FD were reported to be inadequate and referred to a higher center. The patient was diagnosed with acute renal failure and peritoneal dialysis had to be started. Here, FD was diagnosed with chronic renal failure and peritoneal dialysis was started. She has undergone peritoneal dialysis for 6 years and undergoes hemodialysis 3 days a week for 4 years. Her blood pressure was high in her diet. Due to the high blood pressure, she was hospitalized.

1. Maintaining a safe environmentl Activity

Nursing diagnosis 1: Nursing diagnosis 1: Invasive pathways, immune system weakness and related to anemia **"Risk of infection"**

Nursing diagnosis 2: Post-dialysis-related hypotension complication **"Falling risk"**

2. Communication Activity

Nursing diagnosis 3: Depending on the psychosocial effect of hemodialysis **"Social isolation"**

Nursing diagnosis 4: Depending on the changes in the daily life flow of the child and family **"Ineffective childcare process"**

3. Respiratory Activity

4. Nutrition Activity

Nursing diagnosis 5: Depending on urea and creatinine height **"Nausea"**

Nursing diagnosis 6: Presence of chronic disease and due to protein restriction **"Delay in growth and development"**

Nursing diagnosis 7: Hemodialysis related **"Risk of electrolyte imbalance"**

Nursing diagnosis 8: Hemodialysis and fluid restriction **"Risk of fluid volume imbalance"**

5. Discharge Activity

Nursing diagnosis 9: Due to hyperparathyroidism and under-nutrition **"Constipation"**

6. Personal Cleaning and Dressing Activity

Nursing diagnosis 10: Due to the weakening of the immune system **"Deterioration of oral mucous membrane"**

7. Body Temperature Control Activity

Nursing diagnosis 11: Due to hemodialysis complication **"hypothermia"**

8. Movement Activity

Nursing diagnosis 12: Due to anemia **"Fatigue"**

9. Work and Leisure Activity

Nursing diagnosis 13: Hemodialysis and frequent hospitalization **"Inability to spend leisure time activities"**

Nursing diagnosis 14: Hemodialysis and frequent hospitalization “**Deterioration in home management**”

10. Activity of Expressing Sexuality

Nursing diagnosis 15: Jugular catheter and short neck “**Distortion of body image**”

11. Sleep Activity

Nursing diagnosis 16: Anxiety related “**Distortion of sleep pattern**”

12. Death

Nursing diagnosis 17: Frequent hospitalization “**Despair**”

Nursing diagnosis 18: Due to chronic disease and changing treatment plan “**Incompatibility**” (Carpenito-Moyet, 2012).

Conclusion

We observe that the child patient whose data was collected and analyzed according to the life activities model, had been in adolescence and followed up for a long time with the diagnosis of chronic disease, developmental backwarding according to his peers, noncompliance to treatment, communication problems, and the parents had many problems. Our initiatives and practices have been determined and implemented in order to make life activities better. Thus, family lives were supported in a functional way, and the child patient was able to express his/her thoughts and concerns more easily, socialize and adapt to treatment.