

## Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

Ülkemizde son 35-40 yılda böbrek sağlığı hastalıkları ve tedavisi konusundaki imkansızlıklarımız, yetersizliklerimiz, çok büyük oranda aşılmış, batı standartlarına ulaşmıştır. Bu süreçte Nefroloji hemşirelerinin gelişiminde büyük ilerlemelerin hasta bakım kalitesi üzerindeki olumlu etkileri olmuştur.

Bildiğiniz gibi hemşirenin en önemli görevlerinden birisi eğitimidir. Nefroloji hemşireleri hasta eğitimin önemine inanırlar.

Hasta eğitimleri genellikle eğitim hemşirelerimiz tarafından yapılmaktadır. Özellikle PD hemşire grubu eğitimleri örnek olarak gösterilebilir. Ünitelerde çalışan hemşirelerimiz de gerekli durumlarda hastalarına eğitim yaparlar. Eğitim yaparken aşağıdaki maddelerin hastaların hastalığa adaptasyonlarına yaşamına etki edebileceğine inanırlar ve eğitimler de dikkate alırlar. Eğitim yapan Nefroloji Hemşirelerinin düşüncelerine göre:

- Eğitimin başarılı olması, tedavinin başarısı için en önemli etkidir
- Nefroloji hemşireleri hastalarının her birini ayrı birey olarak ele alırlar ve onları fizyolojik, psikolojik ve sosyal çevresi ile birlikte değerlendirirler
- Kronik bir hastaya bakım verdikleri ve tedavilerinin önemli bir zamanını hastaları ile birlikte geçirdikleri için onların güvenini ve itimadını kazanırlar, onların sırdaşı olabirler
- Hemşireler hastalarının hastalıkları ve tedavileri hakkında bilmediklerini sorup öğrenmelerine, tekrar sorup tartışmalarına fırsat tanırırlar
- Özellikle yeni hastaların hastalığı ve tedavilerine kabul süreçlerinde en büyük destekçileridir
- Psikolojik sorunlarının çözülmesinde yardımcı olurlar, gerekirse psikologlarla işbirliği yaparlar
- Hemşireler, hastayı pes ettiren durumun , hastalıktan önce o insanın psikolojisinin olduğunu bilirler
- Aile yaklaşımının önemine inanırlar
- Belli önlemleri alarak hastalığın ilerleyişi ve diğer organlara verebileceği muhtemel zararın önlenmesi ya da asgariye indirilebilmesinin sadece bilinçli ve doğru bilgilendirilmiş hasta ve yakınlarının başarabileceği bir durum olduğunu bilincindedirler
- Bu konuda hastanın sadece sağlık ekibinden beklenti içinde olmasının yeterli olmadığını, Hastaların diğer hastalara ve ailelerine söyleyeceği her bir sözün çok büyük önem taşıdığını ve yönlendirici rol oynadığını bilerek, bu konuya da özen gösterirler

- Hastaların yaşam kaliteleri üzerine eğitimin etkisini araştırmak için hemşireler tarafından yapılmış birçok çalışmaların sonuçları, eğitim verilen hastaların yaşam kalitelerinin diğer hastalara oranla daha iyi olduğunu ortaya koymuştur
- Hemşireler eğitimin önemine ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olacağına inanırlar
- Ancak, hastaların sosyal çevresi, aile ilişkileri, evindeki fizik koşullar, eğitim düzeyi, maddi olanakları, dini inanışları, yaşı, yaşama olan bağlılığı, Tx, umudu, amaçlarının olması gibi nedenlerde yaşam kaliteleri üzerine etki eden diğer önemli faktörlerdir
- Yine yapılan alışmalar Türkiye’de tüm merkezlerde değişik nedenlerden dolayı tam ve sürekli eğitim yapılamadığını ortaya koymuştur. Bu olumsuz bir yaklaşımdır. Umarım arzu edilen hasta eğitimlerimiz tüm merkezlerimizde gerçekleşebilir
- Söзlerimi bir hastamızın yazdığı cümleler ile bitirmek istiyorum
- Profesyonellerden beklentimiz ve naızane ricamız eski alışlagelmiş doktor hasta/veya hemşire –hasta mesafeli ilişkisini bir kenara bırakarak karşılıklı saygılı, anlayışlı ve sevgi dolu bir çerçevede nefrolojide her türlü bilgi, yenilik, uygulama, tedavi konularını biz hastaları ile paylaşmanızdır
- Zaten bu konuda tıp camiasında en şanslı hasta grubunun Nefroloji Diyaliz ve tx hastaları olduğunu belirtmek istiyorum
- Genele bakıldığında en bilinçli hasta grubu olmakla gurur duymaktayız, ki buda bizlerin yaşamına olumlu yönde etki ediyor. Bunu da siz nefroloji hemşirelerimize borçluyuz ve teşekkür ediyoruz
- Sevgiyle kalın böbreksiz kalmayın”Diyor sevgili hastamız Sami Yenibahar. “Bu düşünceleri ile bizlere çok şey anlatıyor.

**Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN**

TNDTH Derneği Başkanı

Hali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Öğretim üyesi ve Ebelik Bölümü Başkanı,

İSTANBUL

# Editorial

Dear Colleagues,

Our drawbacks about the kidney health and the treatment issues have been improved significantly and reached to the Western standards during the last 35-40 years. In this period, nephrology nurses made great progress that had a positive impact on patient care. As you know, one of the most important duties of the nephrology nurses is education.

They well know the importance of patient education. Patient educations are generally performed by the nurses. The PD nurse groups can be taken as example. They give education to the patients where necessary. When performing the education, they take into account the many items, which I will mention after a short while and they strongly believe that this education increases their potential of adaptation to their disease.

- Treatment success is depends upon the educational success
- Nephrology nurses take every patient as a unique individual and assess them with their physiological, psychological and sociological environments as a whole
- As they spend their time with a patient, who suffers from a chronic disease, they are able gain their trust, they share their confidential matters
- Nurses collaborate with their patients to improve their understanding about their disease and repeatedly discuss its treatment, and also discuss many other issues
- Especially, they provide support to the new patients for acceptance of their unfortunate disease
- They provide help for the psychological problems, if needed, collaborate with the psychologists
- Nurses know very well that if anything knocks the patient out, it is their psychology, but not the disease process per se
- They believe the importance of the family approach. They believe that anyone can be a kidney patient in any period of their lifetime, and they also believe that it is not a final but is a new beginning to a new life style. They also convince their patients about this reality
- They are aware of possibility of preventing the progression of the disease, or preventing its possible damage to the other organs, or minimizing those damages, is only possible by the patients' and their relatives' active contribution
- They acknowledge that in addition to support from the health care team, getting support and sympathy from other patients and to their families has utmost importance.

- These nurses believe the importance of the education and its positive impact over the quality of the life
- Studies performed by the nurses, have shown that, the life-quality of the well educated patients is much higher than the other ones that did not receive the same education
- However, the social circumstances of the patients, their family relations, their physical conditions at home, their financial abilities, their religious beliefs, their ages, their hope for life and TX are also important factors on the quality of the life of the patients
- However, the same studies also proved the fact that effective education is not always possible in Turkey because of various factors. This is a major drawback; issue. I hope high quality of patient education can be accomplished in all our centers
- I would like to finish my words with the sentences written by one of our patients
- Our expectations from the professionals is that they should give up the traditional school approach, which implies a certain distance between the patients and them; however, to build a mutual relation between us which is based on common understanding and love, sharing every kind of current medical information and treatment options
- I also would like to state that the most fortunate patient group is Nephrology, Dialyses and tx patients
- In general, we are proud of being the most conscious patient group amongst all and this affects us in a positive way in our lives. And we all are thankful to you nephrology nurses and we would like to thank you
- Sami yenibahar, our dedicated patient, says “Stay with love, not without kidneys”. These nice and kind wishes implies a lot to all...

**Birsen YÜRÜGEN. R.N.,Ph.D.**  
Professor in Medical Nursing&Lecturer  
School of Health,University of Haliç,  
İstanbul,Türkiye

## International Editorial - in Chief



Dear Colleagues,

Welcome to another addition of the Turkish Nephrology Nurses Journal which now (I hope) is a regular feature of your personal library or available to your fellow nephrology nurses within your work settings. It was a wonderful opportunity for me to attend your annual conference held in the beautiful city of Antalya in November 2008. As with previous conferences I have attended it is always so wonderful to see and hear the excellent work that Turkish Nephrology nurses are involved in. The energy and enthusiasm for collaborative and true multi-disciplinary working that I see when I come to Turkey is great and ultimately benefits patients and their families.

I was fortunate enough to speak to a number of Turkish nurses during the conference and they discussed similar challenges with me as my own colleagues in the UK. Concerns around advancement of professional identity of nephrology nurses, access to continuing education as well as some of the challenges that we all face in responding to the epidemic of Chronic Kidney Disease. The future, as I have said in previous editorial in this journal is for nephrology nurses to strengthen their primary care focus primarily aimed at strategies to prevent and manage early Chronic Kidney Disease.

The clear benefits of early assessment and identification of patients at risk to CKD are well known including delayed progression to Established renal failure, preservation of GFR, improved management of co-morbidities associated with CKD and more importantly a significant reduction in patient mortality. Despite all of this evidence nephrology nurses are still challenged in the current global economic climate of using scarce resources to the maximum benefit - we all know that health care resources are forever declining - surely then if we as nurses think more about our primary preventative role then we can use this to our economic advantage. The additional benefit of this is that it allows us as nurses to work closely with nurses and physicians responsible for diabetes, the biggest cause world-wide of CKD.

Finally strengthening the preventative role of nephrology nurses is also about a philosophical shift in a way of thinking about how we see the overall management of CKD - nephrology nurses have a major part to play in this and I would urge all nephrology nurses to take some time to think how in their daily practice they engage with preventative of nephrology care.

**John Sedgewick - International Editor**

MSc (Nurs), MSc (Research, BSc (Hons), RN, RMN,  
Renal Cert, Cert ED, RNT, PhD \*(c) Nephrology  
Chairman Education & Research Board EDTNA/ERCA  
Director Programmes  
University of Teesside, Durham UK

# Uluslararası Editör

Sevgili Meslektaşlarım

Türk Nefroloji Hemşireliği Dergisi'nin yeni sayısına hoş geldiniz. Umuyorum ki bu dergi artık kütüphanenizde yerini aldı ya da işyerinizde birlikte çalıştığınız nefroloji hemşirelerinin elinin altında. Güzel Antalya'da, Kasım 2008'da düzenlenen yıllık kongrenize katılmak benim için harika bir fırsattı. Daha önce katıldığım kongrelerde olduğu gibi, bu sefer de Türk Nefroloji hemşirelerinin yer aldığı mükemmel çalışmalarını görmek ve duymak harikaydı. Türkiye'ye geldiğimde, işbirliği ve gerçek multidisipliner çalışma konusunda tanıştığım muazzam enerji ve coşkunun, hastalara ve ailelerine gerçekten yararlı olduğunu gördüm.

Bu kongre sırasında pek çok Türk hemşireyle konuşma şansına eriştim. Tıpkı İngiltere'deki meslektaşlarımla yaptığım gibi, Türk hemşirelerle de aynı zorluklar üzerine konuştuk: Nefroloji hemşirelerinin mesleki kimliklerine ilişkin kaygılar, sürekli eğitim imkanları, Kronik Böbrek Hastalıkları epidemisinde hepimizin karşılaştığı bazı zorluklar. Derginin önceki sayısının başyazısında da anlattığım gibi, nefroloji hemşirelerinin ana hedefi Kronik Böbrek Hastalıklarını önleme ve tedavi etmeye yöneliktir.

Kronik Böbrek Hastalığı (KBY) riski taşıyan hastaların erken teşhis ve tespitinin, kesin böbrek yetmezliği progresyonunun geciktirilmesi, GFR'nin korunması, KBY ile birlikte görülen diğer hastalıkların daha iyi tedavi edilmesi ve hepsinden önemlisi, hasta mortalitesinde anlamlı bir düşüş sağlanması gibi tartışılmaz yararları vardır. Tüm bu kanıtlara rağmen nefroloji hemşireleri, halen kısıtlı kaynaklarla maksimum yarar sağlamaya çalıştıkları bir küresel ekonomik ortamda mücadele etmeyi sürdürmektedirler ve hepimiz biliyoruz ki sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar sürekli azalmaktadır. O halde, biz hemşireler olarak, temel koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolümüzü daha dikkatle ele alırsak bunu kendi lehimize ekonomik bir avantaja dönüştürebiliriz. Bunun bir faydası da, bize tüm dünyada KBY'nin en baste gelen nedeni olan diyabet alanında çalışan hemşire ve hekimlerle daha sıkı işbirliği imkanı sağlaması olacaktır.

Son olarak, nefroloji hemşirelerinin koruyucu rolünün desteklenmesi, aynı zamanda, KBY'nin genel tedavisine yaklaşımımızda felsefi bir değişimle ilgilidir -bu anlamda en büyük rol nefroloji hemşirelerine düşmektedir ve bu nedenle, tüm nefroloji hemşirelerini, ısrarla, gündelik uygulamalarında koruyucu nefroloji hizmetlerinde nasıl yer alacakları hakkında düşünmeye davet ediyorum.

**John Sedgewick - International Editor**

MSc (Nurs), MSc (Research, BSc (Hons), RN, RMN,  
Renal Cert, Cert ED, RNT, PhD \*(c) Nephrology  
Chairman Education & Research Board EDTNA/ERCA  
Director Programmes  
University of Teesside, Durham UK

### Editör

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN (İstanbul)

### Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Nimet OVAYOLU (Gaziantep)

Doç. Dr. Sultan TAŞCI (Kayseri)

### Yayın Kurulu

#### Editorial Board

Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK (Ankara)	Doç. Dr. Mehtap TAN (Erzurum)
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR (Ankara)	Yrd. Doç. Dr. Saniye Ayla ALBAYRAK (Ankara)
Prof. Dr. Şule Ecevit ALPAR (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ (İstanbul)
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU (Antalya)	Yrd. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR (İstanbul)
Prof. Dr. Nuray ENÇ (İstanbul)	Dr. Serkan DİLAVER (İstanbul)
Prof. Dr. Ekrem EREK (İstanbul)	Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ (İstanbul)
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (İzmir)	Uzm. Hem. Yeşim TOLA (İstanbul)
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN (Bolu)	Tülay AKSOY (İstanbul)
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (İzmir)	Selma ÇİÇEK (İzmir)
Prof. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY (İzmir)	Rukiye DOLGUN (İstanbul)
Prof. Dr. Necmiye SABUNCU (İstanbul)	Deniz KARADENİZ (İzmir)
Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN (İstanbul)	Ayten KARAKOÇ (İstanbul)
Prof. Dr. Ayla Bayık TEMEL (İzmir)	Şenay Özer ÖZKAN (İstanbul)
Prof. Dr. Suzan YILDIZ (İstanbul)	Rabia PAPILA (İstanbul)
Doç. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL (İzmir)	Mine URAZ (İstanbul)
Doç. Dr. Mağfiret KARA (Erzurum)	Şükran Çiloğlu ÜNAL (Antalya)
Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU (Sivas)	

### International Editor

#### Uluslararası Editör

John Sedgewick BSc & MSc / UK

### International Advisory Board

#### Uluslararası Danışma Kurulu

Cordelia ASHWANDEN, PhD. / UK	Anastasia LASKARI / Greece
Marie Cruz Casal GARCIA / Spain	Anna Marti i MONROS / Spain
Waltraud KÜNTZLE / Germany	Helen NOBLE, Senior Nurse / UK
Jean - Pierre Van WAELEGHEM / Belgium	Meral DURAN KİM / USA

## İçindekiler / Contents

- **Kronik Böbrek Hastalığının İlerlemesinin Önlenmesi ve Yönetimi**  
*Management of Chronic Kidney Disease and Prevention it's Progression*  
Doç. Dr. Gülten KARADENİZ .....1
- **Kronik Böbrek Hastalıklarında Kardiyovasküler Risk**  
*Cardiovascular Risks in Chronic Kidney Diseases*  
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN .....6
- **Diyabetik Nefropatide Hasta Yönetimi**  
*The Management of Patients with Diabetic Nephropaty*  
Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU .....12
- **Yaşlılarda Üriner Sistem İnfeksiyonları ve Hemşirelik Yönetimi**  
*Urinary Tract Infections (UTI) in Elderly and Nursing Managment*  
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN .....17
- **Nefroloji Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Hemşirelik Yaklaşımı**  
*The Use of Complementary and Alternative Medicine and Nursing Approach in Nephrology Patients*  
Dr. Yasemin YILDIRIM .....21
- **Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki**  
*Relationship Between Sleeping Quality and Depression Level in Hemodialysis Patients*  
Öğr. Gör. Özlem UÇAN, Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU  
Arş. Gör. Seda PEHLİVAN, Arş. Gör. Döndü ÇUHADAR .....26
- **Hemodiyaliz Tedavisini Gören Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Uyku Sorunları**  
*Sleep Problems in End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis*  
Doç. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL, Dr. Yasemin YILDIRIM, Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU .....31
- **Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi**  
*The Determination of The Level of Hopelessness in a Chronic Illness*  
Öğr. Gör. Aynur BAHAR .....38
- **Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formunun Hemodiyaliz Hastalarında Güvenirliğine Yönelik Bir Çalışma**  
*A Study About Reliabilty of Functional Performance Inventory (FPI) Midi Form on Hemodialysis Patients*  
Dr. Bilgi GÜLSEVEN, Doç. Dr. Şule ECEVİT ALPAR, Dr. Leman ŞENTURAN  
Rabia PAPİLA, Prof. Dr. Necmiye SABUNCU .....44
- **Hemodiyaliz Hastalarının Aileden Aldıkları Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**  
*Relationship Between Perceived Social Support From Family and Depression Level in Hemodialysis Patients*  
Arş. Gör. Seda PEHLİVAN, Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU, Öğr. Gör. Özlem UÇAN .....50
- **ABD'de Hemşirelik Eğitimi ve Nefroloji Hemşireliği**  
*Nephrology Nursing and Education in USA*  
Meral DURAN KİM RN, BSN, CMSRN .....55
- **Hemşirelikte Etik Kodlar ve Etik Sorunlar**  
*Code of Ethics for Nurses and Ethical Problems*  
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN .....61
- **Transkültürel Hemşirelik**  
*Transcultural Nursing*  
Öğr. Gör. Özlem UÇAN, Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI, Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU .....66



İmtiyaz Sahibi ve  
Genel Yayın Yönetmeni  
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü  
Mine URAZ

Grafik Tasarım  
Ekrem AYDEMİR

Yayın Türü  
Yaygın - Süreli - Altı ayda bir

Yönetim Yeri  
Perihan Sok. Kitapçıoğlu Apt.  
No: 75/4 Şişli - İSTANBUL - TÜRKİYE  
Tel: (+90 212) 291 90 18  
Faks: (+90 212) 291 90 19  
web: www.diyaliz.net  
mail: nefrohem@mynet.com  
mail: birsenyurugen@gmail.com

Yayına Hazırlık: Merajans Ltd. Şti.

Baskı  
Özlem Grafik Matbaacılık  
Litrosyolu 2. Matbaacılar Sitesi  
A Blok Kat: 5 No: 8-10  
Topkapı - İSTANBUL - TÜRKİYE

Dergimizde yayınlanan yazı,  
fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu  
yazar - yazarlarına aittir, kaynak  
gösterilerek kullanılabilir.

Dergimiz basın meslek  
ilkelerine uymaktadır.

ISSN 1304-0141

Cilt 6 / Sayı 1-2

Ocak - Haziran 2009  
Temmuz - Aralık 2009

## Makale Yazım Kuralları

### İlgi Alanı ve Amacı

Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği yayın organı olan Nefroloji Hemşireliği Dergisi yılda iki sayı yayınlanır. Nefroloji, diyaliz transplantasyon hemşireliği alanındaki klinik ve deneysel araştırmalar orijinal vaka takdimleri ve literatür derlemeleri daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamış olmak şartıyla kabul edilir, özeti yayınlanmış olabilir. Araştırma makalelerinin yayınlanabilmesi için, projelerin ilgili kurumun etik kurulunca onaylanmış olması gerekir.

▪ Yazı ile birlikte yayın ile ilgili haberleşmeden sorumlu olan yazarın bir mektubu da verilmelidir. Mektupta, diğer yazar(lar)ın onay(lar)ı olmalıdır. Ayrıca editöre yardımcı olabilecek diğer bilgileri de içermelidir.

▪ Dergide yazılar Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanır.  
▪ Orijinal araştırmalar 14 A4, derlemeler 12 A4, vaka sunumları 5 A4, okuyucu ve editöre mektup 1 A4 sayfayı geçmemelidir.

▪ Yayınlanması istenen metin dört nüsha olarak bir diskete kopya edilerek gönderilmeli, elektrolit metinler Windows formatında 3<sup>1/2</sup> inçlik disk ortamında kayıt edilmelidir.

▪ Yayın kurulunca uygun bulunan metinler yayınlanır. Yayın kurallarına uygun olmayan metinler düzeltilmek üzere yazara geri gönderilir.

### Metnin Yazılımı

▪ **Başlık sayfası:** Metnin başlığı, kelimeler arasındaki boşluklar dahil olmak üzere 85 karakter ile sınırlı olmalı, ayrı bir sayfaya yazılmalıdır. Yazarların tüm isimleri, akademik unvanları, mesleki statüleri, araştırma yapılan kurum, şehir, ülke ve ilave olarak açık adresler, telefon numaraları ve e-mail adresleri belirtilmelidir.

▪ **Özet:** Türkçe ve İngilizce olarak ayrı bir sayfaya yazılmalıdır. Her biri 150 kelimeyi geçmemeli, başlık konulmalıdır (yazarların isimleri ve diğer bilgiler yazılmaz). Orijinal araştırmalarda; giriş, materyal metod, sonuçlar ve tartışmadan meydana gelen dört paragraf olmalıdır. Metin sonunda "Anahtar Kelimeler" başlığı altında 3-5 anahtar kelime verilmelidir. Vaka raporlarında özet gerekli değildir.

▪ **Ana metin:** Yeni bir sayfa ile başlamalıdır. Standart A4 boyutunda, tüm kenarlarında en az 3 cm boşluk olacak şekilde çift aralıklı ve sayfa numaraları konularak yazılmalı, resim, şekil ve tablo yerleri metin içinde belirtilmelidir. Metin, giriş, materyal ve metod, bulgular ve tartışma formunda düzenlenmelidir. Herhangi bir istatistiksel metod, yazının materyal ve metod bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.

▪ **Kaynaklar:** Kaynak numaraları metin içinde uygun yerlere parantez içinde belirtilmelidir. Bütün kaynaklar metin sonunda metin içinde kullanılan sıraya göre numaralandırılarak yazılmalıdır. Eğer kaynak üçten fazla yazar tarafından yazılmış ise, üçüncü isimden sonra "ve ark." kısaltması konulmalıdır.

▪ **Makalelerde:** Yazar(lar)ın ismi, metnin başlığı, derginin Index Medicus'ta belirtilen kısaltılmış şekli veya belirtilmemiş ise tam adı, sayısı, yılı ve ilk ve son sayfa numarası; **Kitaplarda** ise metnin başlığı, kitabın adı, yayın yeri, yayın evi, yıl ve sayfa numaraları yazılmalıdır.

### Örnekler

1. **Dergiler için:** Davies S.J., Harding L.M., Baranowski A.P. A novel treatment of postherpetic neuralgia using peppermint oil. Clin J Pain 2002;18:200-202.

2. **Kitaplar için:** Gullanick M, Puzas MK, Wilson CR. Nursing care plans for newborns and children. Acute and critical care (2nd ed). Mosby Year Book, St. Louis, 1992 pp.124-127.

3. **Kitaptan alınan bölümler için:** Sagawa K. Analysis of the CNS ischemic feed back regulation of the circulation. In: Reeve EB, Guyton AC (eds), Physical Basis of Circulation Transport. WB Saunders, Philadelphia 1967, pp 129-139.

4. **İnternet sitesi için:** Bournemouth University 2003. Guide to Citing Internet Resources (online). Available at:

[http://www.bournemouth.ac.uk/library/using/guide\\_to\\_citing\\_internet\\_source.html](http://www.bournemouth.ac.uk/library/using/guide_to_citing_internet_source.html)  
//Introduction (Accessed 28 May 2003)

İnternette alınan kaynaklar metin içinde kullanıldığı yerde belirtilmelidir. Kaynaklar bölümünde listelenmemelidir.

▪ **Tablolar, Şekiller;** Her bir tablo ve şekil (resim) ayrı sayfada düzenlenmeli, numara verilmeli açık olarak başlık yazılmalı ve metin içinde ilgili yerlerde Tablo 1;1 vb. olarak belirtilmelidir.

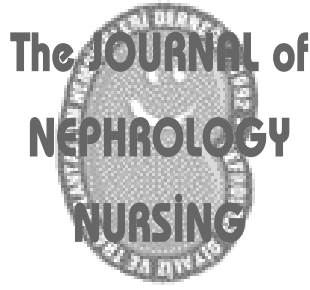
▪ Bilgilendirme kaynaklardan önce yazılmalıdır.

▪ Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara telif hakkı ödenmez.

▪ Teslim edilmiş bir metnin tümünün veya bir bölümünün başka bir yerde yayınlanması durumunda, yazı işleri sorumlusuna bilgi verilmelidir.

▪ Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.

▪ Yazılara tıpkıbasım gönderilmez, yayınlanması kabul edilmeyen metinler yazarlara iade edilir.



### Owner and Editor in Chief

Birsen YÜRÜGEN Prof. Dr.

### Editor Responsible

Mine URAZ

### Graphic Desing

Ekrem AYDEMİR

### Publication Type

Widespread-periodical-  
for every four mounts

### Management Place

Perihan Sok. Kitapçıoğlu Apt.

No: 75/4 Şişli - İSTANBUL - TÜRKİYE

Tel: (+90 212) 291 90 18

Faks: (+90 212) 291 90 19

web: www.diyaliz.net

mail: nefrohem@mynet.com

mail: birsenyurugen@gmail.com

### Preparation for Publication

Merajans Ltd. Şti.

### Printed by

Özlem Grafik Matbaacılık

Litrosyolu 2. Matbaacılar Sitesi

A Blok Kat: 5 No: 8-10

Topkapı - İSTANBUL - TÜRKİYE

Responsibility of the photographs,  
graphics and texts that are pressed in  
our journal is belong to aoutor/s

Our jurnal is fitted to  
professional press principle

ISSN 1304-0141

Volume 6 / Number 1-2

January - June 2009

July - December 2009

## Guidelines for Publication

### Aims and Scope

■ The Journal of Nephrology Nursing is the official publication of Nephrology Dialysis and Transplantation Nurses Association which is publication two times in a year. TNNJ welcomes original contributions dialing with all aspects of Nephrology Nursing (NN) from scientists working in the NN field around the world. All material is assumed to be submitted exclusively to the Journal of Nephrology and must not have been previously published except in abstract form. For researches, approval of the institutional clinical research panel or its equivalent should be submitted.

■ Manuscripts should be accompanied by a cover letter from the author who will be responsible for the correspondence regarding the manuscript. The cover letter should contain a statement that the manuscript has been seen and approved by all authors. The letter should give any additional information that may be helpful to the Editor.

■ The journal is published in Turkish and in English.

■ The following types of papers are published, original researches should not exceed 14 A4 pages, review articles should not exceed 12 A4 pages, case reports should not exceed 5 A4 pages, letter to editor should not exceed 1 A4 page and news.

■ Submission of manuscripts should be in quadruplicate and additionally a copied disk should be included. For electronic manuscripts the preferred storage medium is 3 1/2 inch disk in windows format.

■ Manuscripts which are accepted by Editorial Boards (EB) can be published. The EB have the right to reject or to send the manuscript for review and revise.

### The order of the text should be as follows

**Title page:** The complete title should be limited to 85 characters including spaces between words. The title page should be typed on a separate sheet and should include the complete title of the papers. The first name(s), middle initial(s) and surname of author(s). The laboratory or institution of origin including the city, state and country and the complete mailing address for page proofs. In addition, please include the telephone number, fax number and e-mail address of the designated author.

**Abstract:** An abstract or summary must be submitted on a separate page in Turkish and in English. It must not exceed 150 words in length and the complete title of the paper (without the names of authors and institutional affiliation) should be repeated at the beginning of the narrative. For the Original Investigations, the abstract should consist of four paragraphs, labelled Background, Methods, Results and Conclusions. Following this 3 to 5 key words should be given under the title Key Words. No abstract is necessary for the Case Reports.

**Main Text:** Manuscript should type double-spacing lines at least 3 cm margin on page of uniform A4 size, with page numbers all figures and tables must be labelled and should be referred to in the main text. The full text will include the following sections. Introduction. Subjects and Methods; Results and Discussion. Any statistical methods must be detailed in the Subjects and Methods section.

**References:** The references cited at the proper point the text should be included in parentheses. At the of the article all references should be numbered which they appear in the text. When manuscript written by more than three authors, the abbreviation "et al" should be used following the third name.

**In Articles:** The authors' names should be followed by the title of the article, the title of the journal in which it appeared abbreviated according to the sty of Index Medicus, the year of publication, the volume number and the first and last page numbers. References to books should give the title of the book, which should be followed by the place of publication, the publisher, the year and the relevant pages.

### Examples:

**1. Journal article:** Davies S.J., Harding L.M., Baranowski A.P. A novel treatment of postherpetic neuralgia using peppermint oil. Clin J Pain 2002;18:200-202.

**2. Books:** Sagawa K. Analysis of the CNS ischemic feed back regulation of the circulation. In: Reeve EB, Guyton AC (eds), Physical Basis of Circulation Transport. WB Saunders, Philadelphia 1967, pp 129-139.

**3. Chapter in a book:** Sagawa K. Analysis of the CNS ischemic feed back regulation of the circulation. In: Reeve EB, Guyton AC (eds), Physical Basis of Circulation Transport. WB Saunders, Philadelphia 1967, pp 129-139.

**4. Internet:** Bournemouth University 2003. Guide to Citing Internet Resources (online). Available at

[http://www.bournemouth.ac.uk/library/using/guide\\_to\\_citing\\_internet\\_source.html](http://www.bournemouth.ac.uk/library/using/guide_to_citing_internet_source.html)

//Introduction(Accessed 28 May 2003)

**Tables, Figures:** Type each table's and figure's on a separate sheet of paper. Number table's and figure's consecutively using roman numerals and provide a brief title for each and referred to in the text as a Table 1:11.

Acknowledgements should be placed before the references list.

■ No payment for copyright of the article will be done.

■ If a part or whole of the submitted manuscript will be published elsewhere, "Editor of Journal" should be informed.

■ All the responsibilities belong to author's.

■ No reprints will be sent to the author's and rejected manuscripts are not returned to author's.

# Activities of European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association and Turkish Nephrology, Dialysis & Transplant Nurses Association

*Paper presented at the 18th. National Congress of Renal Diseases, Dialysis and Transplantation. Antalya 2008*

## **John Sedgewick**

MSc (Nurs), MSc (Research, BSc (Hons), RN, RMN, Renal Cert, Cert ED, RNT, PhD \*(c) Nephrology  
Chairman Education & Research Board EDTNA/ERCA  
Director Programmes  
University of Teesside, Durham UK

As a speciality Nephrology nursing has come along way since its early developments in the early 1950's where nurses were primarily 'hand maidens' to physicians. It is critically important that any review of the emergence of Nephrology nursing takes into consideration the historical development of the speciality itself and particularly the 'professionalization of nursing as a profession. Globally nursing as a profession is a powerful occupational group although local social, political and economical factors in various countries has a significant influence upon the emergence of nursing as well as the professional recognition afforded to nurses.

World-wide nurses continue to strive for similar needs; those of professional recognition, promoting equitable access to services for patients and their families, developing standards and quality of services as well as professional education. Nurses as professionals both carry individual professional accountability both to themselves in the exercise of their professional practice as well as to members of the public and community at large in ensuring a high quality service. Coupled with this nursing as a profession is also regulated by regulatory bodies / councils in their various ways.

In many countries Ministries of Health have internal mechanisms to monitor and regulate nurses and their standards of practice whereas in other countries more established organisation such as the Nursing & Midwifery Council in the United Kingdom are charged with ensu-

ring professional governance of nursing from the initial registration of newly qualified nurses through to the support and guidance to nurses throughout their whole professional careers. Nursing education plays a vital role in preparing nurses with the skills, knowledge and competencies to deliver the care across a wide range of client groups both at primary, secondary & tertiary care level. Wide variations exist globally in the preparation of nurses although more nurses currently receive their nursing education at university level.

Following initial registration as a 'nurse', nurses who desire to pursue a career within many of the various specialities require further education to equip them with the specialist skills and knowledge for their chosen specialist field of practice. Specialist programmes in nephrology nursing vary in their focus as well as their length. In the United Kingdom specific programmes of nephrology education generally last 1 year and cover a wide range of topics including clinical sciences of nephrology, specialist nephrology nursing care and skills, research, leadership and management. What is important is that specialist nephrology nursing programmes exist to support the advanced level of preparation nurses require to work within nephrology. Nephrology nurses occupy very privileged positions in influencing health policy, practice and research and contribute to the development of local, national and international standards for practice by virtue of their advanced clinical skills and knowledge base.

European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).

EDTNA/ERCA is the leading renal multi-professional association in Europe. As a large organisation with more than 3,000 members in approximately sixty-five countries it is the 'voice' of nephrology care for a wide range of members of the renal multi-disciplinary team. The organisation represents renal professionals including nurses, dieticians, social workers, technicians, renal counsellors. As an organisation EDTNA/ERCA is actively involved in a wide range of clinical research projects both across Europe as well as internationally through its collaborative relationships with other renal organisations.

The Education & Research board of EDTNA/ERCA plays a key part in the provision of professionally relevant educational opportunities for members of the association to enable high quality care delivery. The Education & Research board has delegated responsibility for the development and implementation of educational & research policy for the association. Members of the Education & Research Board have a wide range of clinical practice, education and research expertise. Committee members either currently are employed as senior clinical renal nurses in hospitals or work in Universities or School of Nursing providing nephrology education programmes. Current committee members include nurses from the UK, Belgium, Italy, Spain, Greece, Germany, Iceland, and Ireland.

A major challenge facing nephrology nursing worldwide is the variations which exist in the education of nephrology nurses. In many countries nephrology nursing is recognised as a speciality in its own right whereas in many countries this is not the case. In these countries nephrology education is seen as a component of initial registration as a nurse with very little specialist nephrology content included in educational curricula. EDTNA/ERCA recognises the European diversity of its membership and therefore has developed flexible approaches to supporting local nephrology nursing developments in various countries. EDTNA/ERCA has a well developed programme for the accreditation of renal education programmes across Europe. Schools of Nursing & Universities are provided with personal support from members of the Education & Research Board in preparing an application for approval. Successful accreditation of renal education programmes is a clear signal of the overall quality of educational programme being offered in many coun-

tries across Europe. Currently programme within the UK, Germany, Italy, Finland, Scotland have received successful accreditation. Additionally the Education & Research Board has a well developed process for recognising renal education provided by renal industry. To date programmes from Fresenius Middle East, Gambro, and Diverium have been successfully endorsed.

In terms of its European networking EDTNA/ERCA is a highly active association and works hard with colleagues in many associations with an interest in the care and management of individuals with chronic kidney disease. In 2008 EDTNA/ERCA formally joined the European Kidney Health Alliance Association (EKHA). EKHA is composed of the main associations involved in renal care and include International Society of Nephrology (ISN), European Renal Association/European Dialysis Transplant Association (ERA-EDTA) as well as the European Kidney Patients Association (CEAPIR). This alliance is helping to raise the profile of Kidney disease at a European Union level as well as helping to secure opportunities of European Union financed projects relevant to renal care.

EDTNA/ERCA is active in producing various publications and during 2008 a number of new publications were realised. The Journal of Renal Care (formerly known as EDTNA/ERCA Journal) is the periodical of the association and published 4 times per year and provides members with contemporary research evidence and topics relevant to clinical practice. Additional publications during 2008 included the Chronic Kidney Disease Handbook stages 4 - 5 'A Guide to Clinical Practice', Venous Needle Dislodgement - clinical practice recommendations. Additionally work is currently underway on development of the Social Workers Job Description & Standards.

Another important project of EDTNA/ERCA was the development of the Renal Competency Framework. This was the result of a joint collaborative project with nine major National Renal Associations in Europe which included the Turkish Nephrology Nurses Association. The project was developed since it was recognised that across Europe there were different skills and different competencies required from nurses. The aim of the project was to produce a document that could be adapted specifically to each countries individual needs.

Additional benefits of the project included supporting the training and development of staff, promote the recruitment and retention of existing staff, and provide a document which could be useful during individual perfor-

mance review of staff competencies annually and ultimately to ensure a quality service for patients. Based upon some initial survey data collected on the scope of responsibilities of nephrology nurses across Europe the competency Framework was developed. The competency framework currently addresses the skills, knowledge required to provide safe and competent care to patients undergoing chronic haemodialysis and Peritoneal Dialysis. Each competency statement has been developed by a core develop team with feedback from the relevant National association. Clear competency written descriptors which cover key elements of the clinical skill are provided along with associated performance criteria.

The Education & Research Board of EDTNA/ERCA works hard to produce flexible approaches to continuing education for its members and recognises that members need to be provided with learning opportunities which will attract EDTNA/ERCA Learning credits as proof of successful completion of learning as well as part of formal educational certification. Continuing Education articles published within the Journal of Renal Care address a wide range of contemporary clinical topics and encourage readers to reflect upon their own clinical practice and apply learning from each article to improve care for patients.

One of the strengths of EDTNA/ERCA is its close partnership with Renal Industry on a wide range of projects at various levels. This has included working closely with industry on the prevention and management of venous needle dislodgement and the subsequent publication of the EDTNA/ERCA clinical recommendations. The Education & Research Board have also been active in developing tailor made renal education programmes in partnership with industry. One such programme is the Fresenius / EDTNA/ERCA Renal education programme aimed at nurses in the Middle East & Africa who have little access to continuing education in nephrology care. This 3 day programme provides clinical updates in a wide range of renal therapies as well as encourages the sharing and dissemination elated to best practice.

In striving to provide flexible learning opportunities, the Education & Research Board has developed E-Learning as one strategy to encourage professional development for nurses. The first E-Elearning module addresses vascular access and follows the clinical journey of three different patients with varying vascular access needs. Successful completion of the E-Learning module leads to

the award of certification on successful completion of a number of short assessments which are built into the module.

EDTNA/ERCA Annual International Conference is one the major nephrology conference for members of the renal multi-disciplinary team. From September 5th - 8th Hamburg, Germany will play host to this conference. The annual conference provides the wonderful opportunity to share and disseminate research and practice developments across Europe with many colleagues. Previous annual conferences have always seen a high level of abstract submission from Turkish nurses and the excellent work of the previous EDTNA/ERCA Key Members Professor Birsen Yurgen and current Key Member Zehra Aydin are to be congratulated. Professor Birsen continually works extremely hard both as the President of the Turkish Nephrology Nurses Association on raising the profile of Nephrology Nursing in Turkey along with the excellent work of Zehra Aydin. Turkish Nurses should be very proud of their achievements during previous annual conferences both with successful presentations of research

Indeed during the 2007 annual conference in Florence a certificate of merit was awarded to Sevel Dogan, Haseki Training & Research Hospital, Istanbul for her paper 'The relationship of various demographic, clinic & biochemical parameters to peritonitis in PD patients'. Members of the Education & Research Board are always keen to support the continuing submission of high quality abstracts from nurses within Turkey and there are clear guidelines available to improve the possible successful acceptance of abstracts which must be followed.

What is clear that over successive years submission of abstracts from Turkish nurses have always been in the top 5 of countries submitting which is excellent? Turkish nurses should be duly proud of the great achievements they have made in sharing their developments within Turkey with other colleagues across Europe. More importantly the excellent work of the Turkish Nephrology Nurses Society must be congratulated in providing a professional forum for the advancement and sharing of developments in nephrology nursing in Turkey. The Turkish Journal of Nephrology Nursing is an essential publication in demonstrating the professionalism and maturity of Turkish Nephrology nurses and the collaboration between nursing and the wider health care team.

# Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal Uyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

## *Determining of Effective Factors on Psychosocial Adjustment in Hemodialysis Patients*

Yard. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların hastalığa psikososyal uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişkilendirici olarak yapılandırılan çalışma, Haziran-Aralık 2005 tarihleri arasında, yaş ortalaması  $51.76 \pm 12.53$  yıl olan %51.4' ü kadın, toplam 208 kronik hemodiyaliz hastası ile gerçekleştirildi. Veriler, hasta tanıtım formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği ile hemodiyalizde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; Spearman korelasyon analizi, t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastalığa psikososyal uyum ortalama puanının  $51.89 \pm 12.53$  olduğu, hastalıktan dolayı hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin alt boyutlarından mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre ilişkilerinin olumsuz yönde daha çok etkilendiği belirlendi. Psikososyal uyumun cinsiyet ve eğitim durumu ile ilişkili olmadığı saptandı. Bekarların, çalışanların ve ev hanımlarının psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu, yaş arttıkça ve hemoglobin düzeyi azaldıkça psikososyal uyumun azaldığı belirlendi. Ayrıca, aile ortamına uyum bozuldukça iki diyaliz arasında alınan sıvı miktarı artmaktadır.

**Sonuç:** Hemodiyaliz hastalarının mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre ilişkileri hastalıktan dolayı daha fazla etkilenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, Uyum, Hastalığa psikososyal uyum.

### Summary

**Objective:** This study was performed to determine psychosocial adjustment to illness for patients receiving hemodialysis treatment with chronic renal failure and effective factors.

**Method:** This study was carried out as descriptive and correlational between June-December 2005. The sample consisted of 208 hemodialysis patients, mean age was  $51.89 \pm 12.53$  years, and 51.4% of patients were women. Data was collected through face to face interviews with patients accepted by researcher on hemodialysis. Patient information sheets and Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report were used. Data was analyzed by Spearman correlation coefficients, t-test and one-way variance analysis' were used.

**Results:** The psychosocial adjustment to illness mean score was  $51.15 \pm 19.29$ . Domains showing the most adjustment problems were vocational environment, sexual relationships and social environment. There were no significant relationships between psychosocial adjustment and gender and educational levels. Single patients had better psychosocial adjustment than married patients. Patients working had better psychosocial adjustment than no working and housewife. Poorer psychosocial adjustment was associated with older age and lower hemoglobin level. In addition to, higher level of domestic environment was associated with better adjustment to limitation water.

**Conclusion:** The vocational environment, sexual relationships and social environment of hemodialysis patients are affected too much.

**Key words:** Hemodialysis, Adjustment, Psychosocial adjustment to illness.

## Giriş

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ilerleyici ve tedavisi olmayan kronik bir hastalıktır, ancak hemodiyaliz, periton diyaliz veya böbrek nakli ile hastanın yaşamını sürdürmesi mümkündür (1). Dünyada ve buna paralel olarak Türkiye’de 1964 yılından bu yana SDBY’nin tedavisinde büyük ilerlemeler olmuş ve hemodiyaliz hasta sayısı artmıştır. Türk Nefroloji,

Diyaliz ve Transplantasyon Derneği verilerine göre, 2007 yılında, Türkiye’de 40.309 hemodiyaliz, 6.370 periton diyalizi tedavisi alan çocuk ve yetişkin hasta bulunmaktadır (2). SDBY’li hasta popülasyonunda birçok sorun da ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlardan en önemlilerinden biri hastalığa ve neden olduğu komplikasyonlara psikososyal uyum sorunudur (3). Psikososyal değişkenler bireysel ve sosyal kimlikleri; bilişsel, duygusal ve ahlaki gelişim evrelerini; aile ve evlilik oluşturma evrelerini ve yaşamı tehdit eden sorunları içerir (4). Psikososyal sorunlar ise rol kaybı, yaşam şeklindeki değişiklikler ve psikolojik baskılara bağlı olarak gelişir (5). Yaşam şeklindeki değişiklikler ev, aile, çocuklar, sağlık, sosyal zorunluluklar, arkadaş ve finans ile ilgili alanları kapsar. Bunların yarattığı travma ise onlara atfedilen anlama bağlıdır (6,7). Hemodiyaliz tedavisi hasta yaşamında değişiklik yaratan yeni ve farklı bir deneyimdir. Bu durum hem hasta hem de hasta ailesini yakından etkiler ve yaşamla ilgili yeni düzenlemeler gerektirir. Aile içi rol kaybı, iş kaybı ve vücut fonksiyonlarındaki kayıplar hasta için büyük psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Böbrek yetmezliğine bağlı gelişen anemi, eklem ağrıları, kaşıntı, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu gibi komplikasyonlar hastanın sosyal yaşamdan uzaklaşmasına neden olur. Hemodiyaliz hastası kronik hastalıkla ve onun neden olduğu stresörlerle yaşamak ve bunlara uyum sağlamak zorundadır. Hemodiyaliz hastalarının uyumu ile ilgili yapılan çalışmalar; diyaliz seanslarına (8,9), ilaç tedavisine (9,10), sıvı (11,12) ve besin kısıtlamalarına (9) uyum üzerine odaklanmıştır. Psikolojik sorunlar ise hastalarda depresyon düzeyi (13,14), kızgınlık ve umutsuzluk ile ilgilidir (15). SDBY’li hastaların hemodiyaliz tedavisine psikososyal uyumunu gösteren çalışmalar son derece sınırlıdır. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığa psikososyal uyumun orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (3,16,17). Hastalığa psikososyal uyum (PAIS) puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunamazken

cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuş ve kadınlarda toplam PAIS puanının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (3).

## Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi alan SDBY’li bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu ve etkileyen olası faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Psikososyal uyumu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hemodiyaliz yılı, iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı, hemogloblin düzeyi ve diyaliz yeterliliği arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildi.

## Materyal - Metod

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişkilendirici olarak yapıldı. Araştırma, Haziran-Aralık 2005 tarihleri arasında İstanbul’da yer alan iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesi diyaliz servisinde gerçekleştirildi. Bu tarihte İstanbul’da 32 hemodiyaliz merkezi bulunmakta olup, yaklaşık %10’u olasılıksız örnekleme yöntemi ile çalışma kapsamına alındı.

Araştırmanın evrenini 283 hemodiyaliz hastası oluşturdu. Örneklem grubunu ise en az altı aydır hemodiyaliz tedavisinde olan, 18-65 yaş arasında, okuma yazma bilen, daha önce psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış, son bir ay içinde herhangi bir nedenle hastaneye yatmamış, kanser tanısı olmayan, iletişim sorunu olmayan ve katılmayı kabul eden 213 kronik hemodiyaliz hastası oluşturdu. Beş hasta, ölçek sorularını uzun bularak soruları yanıtlamaktan vazgeçti. Ölçek sorularını eksiksiz yanıtlayan 208 hemodiyaliz hastası örneklem grubunu oluşturdu.

## Verilerin Toplanma Araçları

Araştırma için “Hasta Tanıtım Formu” ve “Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report= PAIS-SR)” kullanıldı. Birebir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak Hasta Tanıtım Formu araştırmacı, PAIS-SR ölçeği ise hastalar tarafından hemodiyaliz sırasında dolduruldu. Her bir hasta ile görüşme süresi ortalama 30 dakika sürdü. Hasta Tanıtım Formu’nda sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin veriler, iki diyaliz seansı arasında sıvı miktarı, hemogloblin değeri ve diyaliz yeterliliği yer aldı. Diyaliz yeterliliği, diyalizin vücut ölçüsüne göre düzeltilmiş üre klirensi (Tüm vücut üre klirensi= Kt/V) ile

belirlendi. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği: "PAIS-SR" ölçeği Derogatis ve Lopez (1986) tarafından geliştirilmiş (18), Türkçe geçerlik-güvenirliliği 1995 yılında Adaylar tarafından yapılmıştır (19). PAIS-SR ölçeği hastaların diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevre ile etkileşimini ölçer. Ölçek 46 sorudan oluşup yedi alt boyuta ayrılır. Bu alt boyutlar: sağlık bakımına uyumu, mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskıdır. Her bir soru için, uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılır. Her bir ifade 0'dan 3'e kadar değişen puanlarla gösterilir. Hastalıktan bu yana oluşan büyük oranda olumsuz değişiklikler "3" puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişimler "0" puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar ise hastalığa "kötü psikososyal uyumu" gösterir (18). Çalışma için kullanılan PAIS-SR ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa) .92 ve alt boyutlarının .80 ile .95 arasında olduğu bulunmuştur (3). Bu çalışmada; PAIS-SR ölçeği için Cronbach's alfa .78, alt boyutları için alfa .71 ile .79 arasında bulundu.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı. Araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözel hasta onayları alındı. Ölçeği kullanmak için, PAIS-SR ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenirliliğini yapan Adaylar' dan izin alındı.

#### Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS versiyon

12) kullanılarak yapıldı. Çalışmada non-parametrik veriler yüzdelik, parametrik veriler aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma (SD) ile sunuldu. Sosyodemografik veriler ve PAIS-SR arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile; farklar ise t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için  $p < .05$  değeri kabul edildi.

#### Bulgular

Çalışmaya katılan 208 hastanın yaş ortalaması 51.89  $\pm$  12.53 (21-65) yıl, %51.4' ü kadın, %77.4' ü evli, %44.2' si ilköğretim, %41.3' ü orta öğretim ve %14.4' ü üniversite mezunudur. Hastaların %42.8' i emekli, %43.3' ü ev kadını ve %13.9'u çalışmaktadır.

Ortalama diyaliz yılı 4.73  $\pm$  3.52 (1-20) yıl, iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı 2.52  $\pm$  .91 (1-5) L, ortalama hemogloblin düzeyi 10.95  $\pm$  1.46 (6.7-14.8) gr/dl ve ortalama Kt/V değeri 1.34  $\pm$  .22 (1.0-1.7) olarak bulundu.

Ortalama PAIS-SR puanı 51.15  $\pm$  19.29 olduğu saptandı. Hastalıktan dolayı PAIS-SR ölçeğinin alt boyutlarından mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre ilişkilerinin daha fazla etkilendiği, sağlık bakımına uyum, aile ortamı, geniş aile ilişkilerinin ve psikolojik durum boyutlarının daha az etkilendiği belirlendi (Tablo 1).

Sosyodemografik veriler açısından PAIS-SR ve alt boyutları farkı Tablo 2' de gösterildi. Kadın ve erkekler arasında psikososyal uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı alt boyutları açısından anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Kadınların seksüel ilişkiler ve psikolojik durum ile ilgili sorunlarının erkeklerden daha fazla olduğu belirlendi.

**Tablo 1: Toplam PAIS-SR ve Alt Boyut Puanları (N: 208)**

<b>PAIS-SR ve Alt Boyutları</b>	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Ort. <math>\pm</math> SS</b>	<b>(min.-maks.)</b>
Sağlık Bakımına Uyum	8	8.22 $\pm$ 3.69	(0.0 – 18.0)
Mesleki Çevre	6	8.88 $\pm$ 3.49	(0.0 – 18.0)
Aile Ortamı	8	7.35 $\pm$ 4.41	(0.0 – 20.0)
Seksüel İlişkiler	6	8.32 $\pm$ 5.24	(0.0 – 18.0)
Geniş Aile İlişkileri	5	3.47 $\pm$ 3.09	(0.0 – 12.0)
Sosyal Çevre	6	8.25 $\pm$ 4.49	(0.0 – 18.0)
Psikolojik baskı	7	6.62 $\pm$ 4.38	(0.0 – 18.0)
Toplam PAIS-S	46	51.115 $\pm$ 19.29	(8.0 – 122.0)



Evli ve bekarlar arasında psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ilişkileri ve psikososyal baskı açısından anlamlı fark bulundu ( $p<0.05$ ). Buna göre; evlilerin psikososyal uyumları, sağlık bakımına uyumları, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ilişkileri ve psikolojik durumları bekarlardan daha kötüydü.

Eğitim durumları açısından psikososyal uyum farklılık göstermezken, aile ortamı ve psikolojik durum puanları farklılık gösterdi. Üniversite mezunlarının psikolojik baskıyı daha az yaşadığı ve aile ortamına uyumlarının diğer eğitim gruplarından daha iyi olduğu saptandı.

Çalışma durumlarına göre psikososyal uyum, mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre ilişkileri puanları farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.05$ ). Çalışan hastaların psikososyal uyumu, mesleki çevre ilişkileri, seksüel ilişkileri ve sosyal çevre ilişkileri çalışmayan ve ev kadınlarından daha iyiydi.

Yaş, diyaliz yılı, iki diyaliz seansı arasında alınan sı-

vı miktarı, Kt/V ve hemoglobin düzeyleri ile PAIS-SR ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 3' de gösterildi. Yaş ile psikososyal uyum, mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ve sosyal çevre ilişkileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), yaş ile sağlık bakımına uyum, geniş aile ilişkileri ve psikolojik durum arasında anlamlı ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ). Buna göre; yaş arttıkça psikososyal uyum, mesleki çevre, aile ortamı, seksüel ve sosyal çevre ilişkileri daha fazla bozulmaktadır (PAIS-SR puanları arttıkça psikososyal uyum bozulmaktadır).

Diyaliz süresi ve diyaliz yeterliliğinin göstergesi olan Kt/V ile psikososyal uyum ve PAIS-SR' nin diğer alt boyutları arasında anlamlı ilişki yoktu ( $p>0.05$ ). İki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı ile sadece aile ortamı uyumu arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu. Buna göre; aile ortamına uyumsuzluk arttıkça iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarı da artmaktadır. Hemoglobin düzeyleri ile psikososyal uyum ve mesleki

**Tablo 2:** Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Çalışma Durumuna göre Toplam PAIS-SR ve Alt Boyutları Farkları (N=208)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PU
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın (n=107)	8.37±3.55	8.67±3.17	7.46±4.34	9.17±5.44	3.62±3.04	7.87±4.47	7.21±4.54	52.37±19.27
Erkek (n=101)	8.06±3.84	9.11±3.81	7.24±4.51	7.42±4.89	3.32±3.15	8.66±4.50	5.98±4.14	49.78±19.32
t	.614	.899	.359	2.436	.937	1.277	2.046	.968
p	.540	.370	.720	.016*	.485	.203	.042*	.334
<b>Medeni durum</b>								
Evli (n=161)	8.55±3.47	9.12±3.39	6.63±4.41	8.01±4.86	3.84±3.14	8.62±4.43	7.04±4.51	52.82±18.98
Bekar (n=47)	7.11±4.19	8.40±3.74	6.40±4.32	9.36±6.32	2.19±2.53	7.01±4.52	5.15±3.59	45.28±19.40
t	2.382	1.840	1.679	1.558	3.307	2.198	2.655	2.385
p	.018*	.067	.095	.121	.001**	.029*	.009**	.018*
<b>Eğitim Durumu</b>								
İlköğretim (n=92)	8.48±3.50	9.17±3.22	8.02±4.83	8.42±5.21	3.80±3.24	8.27±4.45	7.26±4.28	53.43±18.81
Ortaöğretim (n=86)	8.28±3.89	8.49±3.73	7.31±4.18	7.59±5.13	3.43±2.98	8.64±4.84	6.65±4.28	50.39±19.83
Üniversite (n=30)	7.27±3.60	9.13±3.60	5.40±3.01	10.07±5.39	2.57±2.80	7.10±3.36	4.53±4.48	46.07±18.66
F	1.242	.943	4.120	2.549	1.847	1.313	4.534	1.765
p	.291	.391	.018*	.081	.160	.271	.012*	.174
<b>Çalışma Durumu</b>								
Emekli (n=89)	8.17±3.64	9.30±3.75	7.54±4.59	8.39±4.51	3.27±3.12	9.17±4.16	6.35±4.10	52.19±17.82
Çalışan (n=29)	9.14±4.60	7.41±3.20	5.59±3.81	3.07±3.04	3.66±2.83	5.93±4.83	6.07±4.73	40.86±19.53
Ev kadını (n=90)	7.08±3.40	8.94±3.22	7.73±4.32	9.93±5.41	3.61±3.15	8.10±4.44	7.06±4.55	53.35±19.77
F	1.102	3.290	2.786	22.797	.332	6.066	.853	5.030
p	.334	.039*	.064	.000***	.718	.003**	.432	.007**

NOT: \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

çevre ilişkileri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.05$ ). Buna göre; hemogloblin düzeyi arttıkça psikososyal uyum ve mesleki çevreye uyum artmaktadır (Tablo 3).

### Tartışma

Hemodiyaliz tedavisi alan SDBY'li bireylerin hastalığa psikososyal uyumu önemli bir sorundur ve değerlendirilmesi gerekir (3). Hemodiyaliz hastalarında ortalama PAIS-SR puanı  $51.89 \pm 12.53$  olduğu saptandı. De-Nour (1982); 102 hemodiyaliz hastası ile yaptığı çalışmada PAIS-SR puanını  $49.5 \pm 22.88$  olarak bulmuştur (3). Tanyi ve arkadaşları (2003) 65 kadın hemodiyaliz hastası ile yaptığı çalışmada PAIS-SR puanını  $40.57 \pm 17.55$  olarak bulmuştur (17). Curtis (2000) PAIS-SR puanlarının 32 – 67 arasında değiştiğini bildirmiştir (16). Bu çalışmada elde edilen PAIS-SR puanlarının De-Nour, Tanyi ve arkadaşları'nın çalışma bulgularından daha kötü olduğu görülmektedir. Willoughby ve arkadaşlarının (2000) diyabetik kadın hastalarla yaptıkları çalışmada psikososyal uyumun iyi olduğu bildirilmiştir (20). Akca ve Cinar (2008) tarafından yapılan bir çalışmada; diyabetik ayağı olmayan hastaların psikososyal uyumu (PAIS-SR puanı  $43.12 \pm 17.13$ ) diyabetik ayağı olanlardan ( $61.01 \pm 21.41$ ) daha iyi bulunmuştur (19). Buna göre,

diyabetik ayağı olmayan hastaların psikososyal uyumlarının hemodiyaliz hastalarından daha iyi olduğu görülmektedir.

Hemodiyaliz bozulan metabolik durumu tedavi ederken, diğer taraftan bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar (21). Bu çalışmada; psikososyal uyumun alt boyutlarından mesleki çevre, seksüel ilişkiler ve sosyal çevre ilişkilerinin kötü, sağlık bakımına uyum, aile ortamı, geniş aile ilişkileri ve psikolojik durum boyutlarının orta düzeyde olduğu saptandı. Bu bulgular, Tanyi ve Werner'ın (2003) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Buna göre, fiziksel performans gerektiren sosyal çevre, mesleki çevre ve seksüel ilişkilerin son dönem böbrek hastalığından daha fazla etkilediği söylenebilir. Emekli ve ev hanımı hasta sayısının fazla olması, mesleki çevre ilişkilerinin daha düşük bulunmasına neden olmuş olabilir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda seksüel fonksiyon bozukluğu sık görülen bir komplikasyondur. Hemodiyaliz hastalarında üremi, anemi, bazı ilaçlar (antihipertansifler vs.), beslenme bozukluğu ve psikolojik problemler nedeni ile erkeklerde spermiojenizde azalma, testiküler atrofi, libidoda azalma ve empotans, kadınlarda amenore, infertilite ve libidoda azalma olur (21,22,23). Bu çalışmada, hemodiyaliz hastalarında seksüel ilişkilerin kötü bulunması literatür ile

**Tablo 3:** Toplam PAIS-SR ve Alt Boyutları ile Yaş, HD Süresi, İki HD Seansı Arasında Alınan Fazla Sıvı (Sıvı Alımı), Kt/V ve Hemogloblin Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=208)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PU
<b>Yaş (yıl)</b>								
r	-.050	.364	.181	.576	.015	.325	.055	.352
p	.477	.000***	.009**	.000***	.835	.000***	.429	.000***
<b>HD yılı</b>								
r	-.079	.045	.039	-.051	-.112	-.121	-.002	-.056
p	.259	.516	.578	.463	.106	.083	.976	.418
<b>Sıvı Alımı</b>								
r	.130	.103	.174	-.130	.091	.066	.131	.126
p	.060	.140	.012*	.062	.190	.341	.059	.069
<b>Kt/V</b>								
r	-.032	.032	-.043	-.024	.106	.081	.094	.040
p	.647	.650	.533	.734	.128	.247	.176	.563
<b>Hb (gr/dl)</b>								
r	-.067	-.243	-.119	-.076	-.069	.013	-.106	-.159
p	.339	.000***	.089	.275	.324	.850	.126	.022*

NOT: P1= Sağlık bakımına uyum; P2= Mesleki çevre; P3= Aile ortamı; P4= Seksüel ilişkiler; P5= Geniş aile ilişkileri; P6= Sosyal çevre; P7= Psikolojik durum; PU= Psikososyal uyum; HD= Hemodiyaliz; Hb= Hemogloblin; Kt/V= Diyaliz yeterliliği; \* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$ .

uyumludur. Hemodiyaliz hastalarında sosyal çevre ilişkilerinin kötü olduğu belirlendi. Diyaliz için haftada üç gün hastaneye gidip-gelme zorunluluğu, sosyal ilişkilere daha az zaman bırakmakta ve diğer kişilerle ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir. De-Nour (1982) yaptığı çalışmada; geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre ilişkilerinin daha iyi olduğunu bulmuştur (3). Bu çalışma bulguları ile De-Nour (1982) çalışma bulguları kısmen benzerlik göstermektedir. İki çalışmada da hemodiyaliz hastalarında geniş aile ilişkilerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Aile ortamının ve geniş aile ilişkilerinin iyi olması, hemodiyaliz hastalarının sosyal destek alabilmeleri açısından önemli bir bulgudur. Bu çalışmada, yaş arttıkça psikososyal durum, mesleki çevre, aile ortamı, sosyal çevre ve seksüel ilişkilerinin daha fazla olumsuz etkilendiği belirlendi. Yapılan çalışmalarda sosyodemografik özelliklerin hastalığa psikososyal uyumu etkilediği bildirilmiştir (3,16). De-Nour' un (1982) yaptığı çalışmada; yaş grupları açısından PAIS puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (3). Yaşla birlikte sağlık sorunlarının artmasının yanı sıra, aile ve sosyal çevre ilişkilerinin bozulabileceği unutulmamalı ve bu nedenle hemodiyaliz hastaları bio-psikososyal yönden dikkatli izlenmelidir.

Bu çalışmada, kadınların seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı ile ilgili sorunlarının erkeklerden daha fazla olduğu belirlendi. Bunun nedeni, erkek hastaların psikolojik ve cinsel sorunlarını bir kadın ile konuşmak istememeleri veya bu durumlarını yeterince ifade edememelerinden kaynaklanıyor olabilir. De-Nour' un (1982) yaptığı çalışmada da cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmuş ve kadınların psikososyal uyum, mesleki çevre, seksüel ilişkiler, aile ortamı ve psikolojik durum puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (3). Medeni durumlara göre psikososyal uyum değerlendirildiğinde; evlilerin psikososyal uyumu, sağlık bakımına uyumu, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ilişkileri ve psikolojik durumları bekarlardan daha kötüydü. Bu sonuçlara, evlilerin ev ortamı ile ilgili daha fazla sorumluluk almaları, diğer ilişkilere ve kendi ihtiyaçlarına daha az zaman ayırmaları neden olmuş olabilir. Akın ve Durna (2006) kalp yetmezlikli hastalarda yaptıkları çalışmada; psikososyal uyum ile cinsiyet ve medeni durum arasında ilişki olduğunu, seksüel ilişkiler alanının evli olan kişilerde ve erkeklerde daha fazla etkilendiğini bildirmiştir (24). Eğitim du-

rumları açısından psikososyal uyum farklılık göstermezken, üniversite mezunlarının psikolojik baskıya daha az yaşadığı ve aile ortamına uyumlarının diğer eğitim gruplarından daha iyi olduğu saptandı. Alınan eğitimin bir taraftan meslek kazandırırken, diğer taraftan bireylerin sorunlarının çözümü için yardım arama ve alma yöntemlerini geliştirdiği düşünülmektedir. Hastalıkla baş etmek için uygun yöntemlerin bulunması, bireylerin hastalığın neden olduğu psikolojik baskıya daha az hissetmesini sağlayacaktır. Akın ve Durna (2006) yaptıkları çalışmada; eğitim durumu yükseldikçe hastalığa psikososyal uyumun daha olumlu etkilendiğini saptamıştır (24). Bir işte düzenli çalışan hastaların psikososyal uyumu, mesleki çevre, seksüel ilişkileri ve sosyal çevre ilişkileri çalışmayan ve ev kadınlarından daha iyiydi. Bu sonuçlar, çalışan hastaların çalışmayanlara göre daha genç ve sağlık durumlarının daha iyi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada, hemodiyaliz hastalarının hemoglobin düzeyi arttıkça psikososyal uyumları ve mesleki çevre ilişkilerinin arttığı saptandı. Literatürde psikososyal uyum ile hemoglobinin düzeyini ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır SDBY'li bireylerde morbiditeyi en aza indirmek ve hastaya sosyal bağımsızlık kazandırmak için yeterli diyaliz tedavisi önerilmektedir (23). Diyaliz yeterliliğinin göstergesi olan Kt/V ile PAIS-SR ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Hemodiyaliz hastalarında düzensiz diyalize girme veya sıvı-diyet kısıtlamalarına uymama sık görülen bir durumdur (9,10). Psikososyal uyumun, iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarını etkileyebileceği düşünülmüşse de, aralarında anlamlı ilişki bulunmadı. Ancak, aile ortamına uyumsuzluk arttıkça iki diyaliz seansı arasında alınan sıvı miktarının da arttığı belirlendi. Bu bulgu, sıvı kontrolünü sağlayamayan hemodiyaliz hastalarında aile ilişkilerinin değerlendirilmesinin gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir.

**Sonuç olarak;** hemodiyaliz tedavisi alan SDBY'li bireylerin hastalığa psikososyal uyumu kötüdür. Psikososyal uyumu değerlendirirken, hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özellikleri ile birlikte hemoglobin düzeyleri gibi hastalığa ilişkin verilerin de göz önünde bulundurulması önerilir.

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

**Kaynaklar**

1. Goshorn J. Management of Patients With Urinary and Renal Disorders. In: SC Smeltzer, BG Bare (Eds). *Brunner & Suddath's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Lippincott, Philadelphia 2000, pp 1151-1155.
2. Turk Nefroloji Dernegi Yayinlari. *Türkiye' de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2007*. İstanbul, 2008.
3. De-Nour AK. Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS): A study of chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 1982; 26(1): 11-22.
4. Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2001; 44(3): 151-160.
5. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35(4 Suppl.1): 132-140.
6. Romanov K, Varjonen J, Kaprio J et al.. Life events and depressiveness-the effect of adjustment for psychosocial factors, somatic health and liability. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107(1): 25-33.
7. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. The influence of life events and social support in a psycho-educational intervention for women with depression. *Salud Publica Mex* 2004; 46(5): 378-387.
8. Blayer AJ, Hylander B, Sudo H et al. An international study of patient compliance with hemodialysis. *JAMA* 1999; 281(13): 1211-1213.
9. Çınar S, Dilaver S, Uraz M. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz programına, ilaç tedavilerine ve diyete uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2005; Temmuz-Kasım: 28-33.
10. Courtin RB, Svarstad BL, Keller TH. Hemodialysis patients' non-compliance with oral medications. *ANNA Journal* 1999; 26(3): 307-316.
11. Tanaka K, Morimoto N, Tashiro N et al. The feature of psychological problems and their significance in patients on hemodialysis with reference to social and somatic factors. *Clinical Nephrology* 1999; 51: 161-176.
12. Ifidu O, Chan E, Brezsnjak WF et al. Interdialytic weigh gain and missed dialysis treatment in long-term hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation* 1995; 24(6): 292-303.
13. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International* 1998; 54: 245-254.
14. Kahraman A, Çınar S, Pınar R. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek depresyonu etkiler mi? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006; Temmuz-Ekim: 46-53.
15. White Y, Grenyer BFS. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(6): 1312-1320.
16. Curtis NF. Psychosocial adjustment of patients on home hemodialysis and their dialysis partners. *Clinical Nursing Research* 2000; 9(2): 177-190.
17. Tanyi RA, Werner JS. Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis. *Clinical Nursing Research* 2003; 12(3): 229-245.
18. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30: 77-91.
19. Akca TA, Cinar S. Comparison of psychosocial adjustment in people with Diabetes with and without diabetic foot ulceration. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 24(4): 87-96.
20. Willoughby DF, Kee C, Demi A. Women's psychosocial adjustment to diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(6): 1422-1430.
21. Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında optimal yaşam kalitesinin sağlanması. In: E Akoğlu (Ed). *Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı*. Takav Matbaacılık Yayıncılık A.Ş. Ankara, 2000, ss 61-66.
22. Çınar S. Hemodiyaliz Komplikasyonları. In: E Akoğlu (Ed). *Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı*, Takav Matbaacılık Yayıncılık A.Ş. Ankara, 2000, ss 27-60.
23. Levy J, Morgan J, Brown, E. *Diyaliz Yeterliliği: Genel Bakış*. Oxford Diyaliz El Kitabı. (Çeviren: İ Uslan). Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. İstanbul, 2004, ss 154.
24. Akın S, Durna Z. Kalp yetmezliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10(2): 1-8.

**Yard. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR**

**E-Mail: sezcinar@hotmail.com**

# Diyaliz Hastalarında Semptom Yönetimi

## *Symptom Management in Patients of Dialysis*

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, BOLU

### Özet

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) nın tedavisinde diyaliz tekniği ve teknolojisinde son 40 yılda önemli ilerlemeler görülmesine karşın, intra/interdiyaliz morbiditesinde fazla bir değişiklik olmamıştır. Morbidite, hemodiyaliz süreci ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı çeşitli semptomları kapsamaktadır. SDBH olan hastaların semptom yönetimine odaklanan özelleşmiş bir bakımı alamamasının nedeni olarak semptomların etkili bir şekilde kontrol edilememesi ve hemşirelerin semptom yönetiminde, bakımın planlanması ve uygulanmasında yetersiz kalması gösterilmektedir. Diyaliz hastalarına bakım veren hemşirelerin semptom yönetimi ve liderlik rollerini geliştirmede eğitim programlarından ve örnek klinik uygulamalardan yararlanarak kendilerini geliştirmeleri beklenmektedir. Semptom yönetiminin amacı; semptom yönetimi alanında bilgi geliştirmek ve sağlık bakım elemanlarının uygulamaları ile kişilerdeki semptomları iyileştirmektir. Bu semptomların başarılı bir şekilde tedavi edilmesinin, diyaliz hastalarının yaşam kalitesinde de önemli iyileşmeler sağlayacağı ileri sürülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Diyaliz, Semptom yönetimi, Hemşirelik bakımı, Anoreksiya, Kramplar.

### Summary

Although there have been significant developments in dialysis techniques and technology in the last 40 years in treatment of End-Stage Renal Disease there has been no considerable change in the intra/interdialysis morbidity. Morbidity implies various symptoms based on physiological changes resulting from the hemodialysis process. Failure in effective control of the symptoms and insufficiency of nurses in planning and applying health care in symptom management are regarded as the reasons for the fact that the patients with End-Stage Renal Disease cannot be provided a specific healthcare focusing on symptom management. Nurses providing nursing care to dialysis patients are expected to improve themselves in symptom management and leadership roles through training programs and good clinic practices. The purpose of the symptom management is to enhance knowledge on symptom management and treat the symptoms of patients through interventions of the health care staff. It is assumed that successful treatment of these symptoms will ensure significant improvement in the daily lives of patients with dialysis.

**Key words:** Dialysis, Symptom management, Nursing care, Anorexia, Cramps

### I. Giriş

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) nın tedavisinde diyaliz tekniği ve teknolojisinde son 40 yılda önemli ilerlemeler görülmesine karşın, intra/interdiyaliz morbiditesinde fazla bir değişiklik olmamıştır (1,2). 1960'lı yılların başında tanımlanan bu morbidite, hemodiyaliz süreci ile ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere bağlı çeşitli semptomları kapsamaktadır (3,4). Renal replasman tedavisi (RRT)'ne karşın, SDBH olan bireylerin yaşam süreleri kısalmıştır. United Renal Data Sistem (USRDS)

verilerine göre SDBH olan bireylerin beklenen yaşam süresi, genel toplumdaki aynı yaş ve cinsiyetteki kişilerin yaklaşık beşte biri kadardır. SDBH olan bireylerin tedavinin başlangıcından sonra bir yıllık yaşam şansı %78'dir. Yaşam şansı beş yıl içinde %38'e düşer (5).

SDBH ve tedavisi, yaşam biçiminde önemli değişiklikler yaratır. Kabul edilebilir bir yaşam kalitesini sürdürmek için hasta ve ailesinin mücadele etmesini gerektirir. Böbrek yetmezliği, hasta ve aileleri üzerinde çok büyük fiziksel ve psikososyal yükü olan ve yaşamı

kısıtlayan bir hastalıktır. Buna karşın, ciddi ve kronik bir hastalığın gereksinimleri ile baş etmesi gereken hasta ve ailelerine yardıma odaklanan hizmetlerden hastalar nadiren yararlanmaktadır. SDBH olan bireylerin semptom yönetimi, psikososyal ve spiritual destek, bakım kararlarına yardımcı olmak üzere palyatif bakım programından yararlanılabileceği ileri sürülmektedir (6,7). Araştırmalarını palyatif bakımda semptom yönetimine odaklandıran SDBH Çalışma Grubu, sağlık profesyonellerin diyaliz uygulamaları ile palyatif bakımın bütünleşmesiyle böbrek yetmezliği olan bireylerin yaşamlarının iyileştirilebileceğini ileri sürmektedir (www.promotingexcellence.org/esrd/index.html).

## II. Palyatif Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre (1990) palyatif bakım "iyileştirici tedaviye yanıt vermeyen hastalığı olan kişilerin tüm bakımını ve ağrı ve diğer semptomların kontrolü ile psikolojik, sosyal ve spiritual sorunları kapsar". Palyatif bakım, yalnızca yaşam sonundaki hastalarla sınırlı olmayıp, hastalığın erken dönemlerinde aktif tedavi ile bağlantılı olarak da verilir (8). Palyatif bakımın temel amacı, hem kronik hem de yaşamı tehdit eden bir hastalığı yaşayan hasta ve ailesi için yaşam kalitesini mümkün olduğu kadar en iyi durumda tutmaktır.

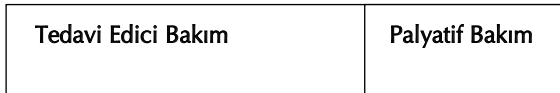
Palyatif bakım ilave bir bakım değil, kapsamlı bir

bakımın bütünleştirici kısmı olarak tanımlanır. DSÖ'nün Kanser Ağrısının Azaltılması ve Palyatif Bakım: DSÖ Uzman Komitesinin Raporu (1990)'nda; Geleneksel Palyatif Bakım Modeli'nde tedavi edici bakım ile palyatif bakım farklı iki durum olarak görülür (Şekil 1. Geleneksel Palyatif Bakım Modeli). Bu bakımda palyatif bakım başladığında aktif tedavi sonlandırılır ya da tam tersi şekli ile aktif tedavi sonlandırıldığında palyatif bakıma başlanır. SDBH olan bireylerin çoğu aktif tedaviye devam etmeyi istemeleri nedeniyle palyatif bakım, bu modelde rutin bir bakım olarak düşünülmemektedir (6). Bu nedenle de SDBH olan bireyler, palyatif bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bunun nedeni, geleneksel bakış açısıyla agresif ve iyileştirici bakımı tercih eden hastalara, palyatif bakımın sınırlı bir hizmet olarak sunulmasıdır. Çünkü, palyatif bakımın çoğu hospis organizasyonlar aracılığıyla önerilmektedir. National Hospice and Palliative Care Organization (2004)'a göre, hospis için başvuruların %46'sını kanser hastaları oluşturmasına karşın, kanser olmayan başvuruların yalnızca %3.1'ini SDBH olan bireyler oluşturmuştur (www.nhpco.org/files/public/Facts\_Figures\_for2004data.pdf.).

Özellikle kronik ve yaşamı sınırlayan bir hastalık olduğunda, aktif tedavi ve palyatif bakım bir arada kullanılmamaktadır. Bütünleştirilmiş Palyatif Bakım Modeli'nde ise, aktif tedavi ve palyatif bakımın birlikte verilmesi önerilmektedir (Şekil 2. Bütünleştirilmiş Palyatif Bakım Modeli) (8). İyileştirilemeyen hastaların tanınmasıyla birlikte palyatif bakım kullanılmaya başlanır ve hastanın ölümü yaklaşırken palyatif bakım kullanımı artar. Bu model özellikle iyileşme umudu ile aktif tedaviye başlanan ve yaşam sonuna doğru giden kanserli hastaların bakımı ile ilgilidir.

SDBH olan bireyler için önerilen Palyatif Bakım Mo-

**Şekil 1: Geleneksel Palyatif Bakım Modeli.**

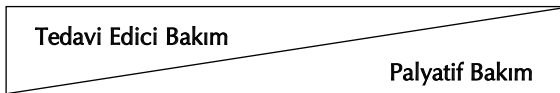


Tanı

Ölüm

(Kaynak: World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO expert committee (Technical reports no. 804). Geneva: WHO; 1990)

**Şekil 2: Bütünleştirilmiş Palyatif Bakım Modeli**



Tanı

Ölüm

(Kaynak: World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO expert committee (Technical reports no. 804). Geneva: WHO; 1990)

**Şekil 3: SDBH olan Bireyler için Önerilen Palyatif Bakım Modeli**



Tanı

Ölüm

(Kaynak: Jablonski A. Level of symptom relief and the need for palliative care in the hemodialysis population. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2007;9(1):50-58)

deli, palyatif bakımla uyumlu olup, sağlık bakım sistemi tarafından yeni kabul gören ve masrafları karşılanan bir modeldir (Şekil 3. SDBH olan bireyler için önerilen Palyatif Bakım Modeli) (6). Palyatif bakım hizmetlerinin çoğu, halen hospisler aracılığıyla önerilmekte ve yaşam sonu ile sınırlı bir seçenek olarak sunulmaktadır (9).

### III. Semptom Yönetimi

Burada konu, SDBH olan bireylerin semptom yönetimine odaklanan özelleşmiş bir bakımı alamamasıdır. Bu durum, renal replasman tedavisi (RRT) alan bireylerin en büyük alt grubunu oluşturan özellikle hemodiyaliz ile tedavi edilen hastalar için sorun haline gelmiştir (5). Diğer taraftan, bu semptomların etkili şekilde kontrol edilemediği ve hemşirelerin semptom yönetiminde bakımın planlanması ve uygulamasında yetersiz kaldıkları ve yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir (10,11). Yeterli düzeyde bakım verme yeteneği, kapsamlı bir bilgi tabanına bağlıdır. Lisans, lisansüstü ya da sürekli eğitim şeklinde yapılan, hemşirelik eğitim programları semptom yönetimi ve bakımda liderlik rollerini geliştirmek için gerekli becerileri sağlamaktan sorumludur. Ancak hemşirelik eğitim programlarının genellikle

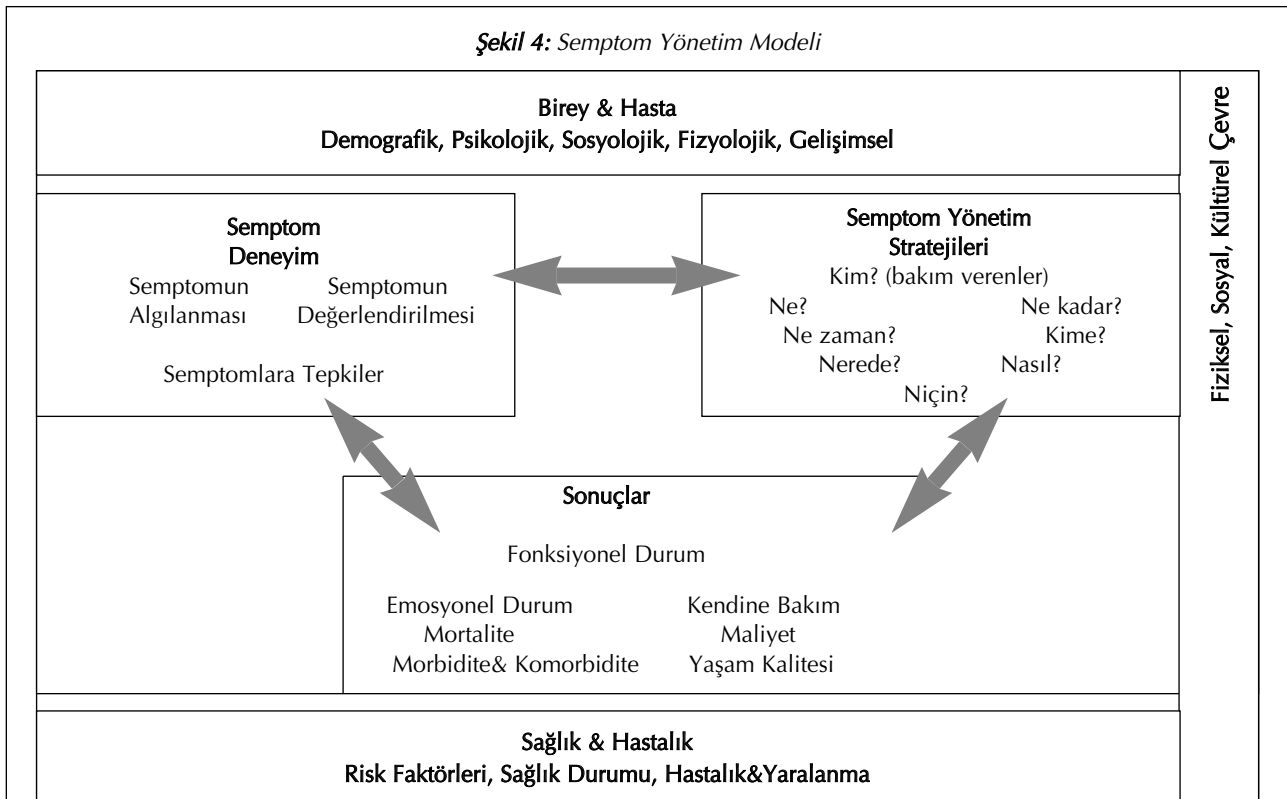
bunları sağlamada yetersiz kaldığı görülmektedir. Hemşirelerin hazırlığındaki yetersizlik; müfredat, hemşire eğitimcilerin hazırlığının yetersizliği, eğitim materyalleri ve rehberler, eğitim programlarındaki klinik deneyimlerdeki ve lisans/sertifika sınavlarındaki yetersizliklere bağlanabilir (11).

SDBH olan bireylerde en fazla sorun yaratan, tanı ve tedavisi güç olan ve çeşitli nedenlere bağlı gelişen semptomlara örnek olarak yorgunluk, kas halsizliği ve uyku sorunları verilebilir. Bunların dışında kaşıntı, baş ağrısı, kramplar, ağrı (eklem, göğüs, abdominal), nefes darlığı, bulantı-kusma, huzursuz bacak sendromu, ekstremitelerde uyuşukluk gibi semptomlar da görülebilir (12,13). Yapılan bir çalışmada en sık görülen bu 11 semptomdan en önemlilerini tanımlamaları istendiğinde, hastalar ortalama 5-6 semptom bildirmişlerdir (6). Palyatif bakımın yararlarının açıklanmasında bu semptomlarla başlamak en iyisidir. Bu semptomların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi, diyaliz hastalarının yaşam kalitelerinde de önemli iyileşmeler sağlayacaktır.

#### III.1. Semptom Yönetim Modeli (SYM)

Semptomlar, bireylerin sağlık bakımı arayışlarının

Şekil 4: Semptom Yönetim Modeli



(Kaynak: Dodd M, Janson S, Carrieri-Kolhman V, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 2001;33:668-676.)

en sık görülen nedenidir. Semptom yönetimi genellikle birey ve ailesinin sorumluluğunda olduğundan ve bu kişiler doğru yapıp yapmadıkları konusunda emin olamadıklarından, semptomlar başlıca sorun kaynağı oluşturmaktadır. Eğer semptomlar kontrol altına alınamazsa, kişilerin günlük yaşam aktiviteleri bozulur ve yaşam kaliteleri de olumsuz yönde etkilenir. Diğer taraftan, sağlık çalışanları da hastanede ve evde bakımda semptom yönetimi konusunda güçlüklerle karşılaşmaktadır. Semptom yönetiminin amacı; semptom yönetimi alanında bilgi geliştirmek ve sağlık bakım elemanlarının uygulamaları ile kişilerdeki semptomları iyileştirmektir (11).

Semptom Yönetim Modeli'nde insan, çevre ve sağlık/ hastalık gibi hemşireliğin temel kavramları yer alır. Bu model, kavramsal olarak semptom deneyimi, semptom yönetimi ve sonuçlar olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (14,15) (Şekil 4. Semptom Yönetim Modeli).

**Semptom Deneyimi:** Bireyin semptomları algılamasında rol oynar; semptomlara verdiği anlam ve semptomlara karşı fizyolojik, bilişsel, emosyonel ya da davranışsal tepkileridir.

**Semptom Yönetimi:** Birey, bakım verenler/sağlık bakım elemanları tarafından semptomları azaltmak, olumsuz sonuçları geciktirmek için uygulanan eylemlerdir.

**Sonuçlar:** Hem semptom deneyimi hem de semptom yönetimi ile ortaya çıkan sonuçlardır. Bu bölümde odaklanılan sekiz sonuç vardır: semptom, fonksiyonel durum, emosyonel durum, kendine bakım, harcamalar, morbidite/ komorbidite, mortalite ve yaşam kalitesi.

**III.2. Semptom Yönetim Bölümleri:** Semptom kontrolünü tehdit eden çeşitli faktörleri tanımlamaya yardımcı olur.

**a. İnsan:** Başlıca bölümünü hastalar, sağlık bakım çalışanları, informal bakım verenler ve aile üyeleri gibi semptomu yöneten kişiler oluşturur. Diğer profesyonellere göre hemşireler hastalarla daha uzun zaman geçirmeleri, hasta bakımının tüm alanlarında yer almaları nedeniyle semptom yönetiminde odak grup olarak görülür (15) Hemşireler, semptomların azaltılmasında kullanılan stratejileri seçmelerinin yanı sıra; bu uygulamaların ne zaman, nerede, nasıl ve ne kadarının uygulanacağını da kontrol ederler.

**b. Çevre:** Semptom yönetiminin ikinci bölümünü çevre oluşturmaktadır. Semptomların oluşumunda fiziksel, sosyal ve kültürel çevreyi kapsar (14). Fiziksel çevre, akut bakım, uzun süreli bakım ve evde bakım gibi semptomların deneyimlendiği yerler olarak tanımlanır.

Sosyal destek ve kişilerarası ilişkiler ise sosyal çevre olarak bilinir. Kültürel çevre ise kişisel değerleri, inanışları ve ırk, etnik grup ya da dini geçmişine bağlı uygulamaları içerir (14,15).

**c. Sağlık/ Hastalık:** Literatürde diyaliz ile ilişkili semptomlar farklı şekilde adlandırılmaktadır; diyaliz intoleransı, diyaliz disequilibrium sendromu, vasküler değişkenlik sendromu, diyaliz yorgunluğu gibi (1). Diyaliz intoleransına bağlı semptomlar, diyaliz sırasında ya da diyaliz seansından sonra hipotansiyon, başağrısı, hafif baş dönmesi, bulantı, kusma, kas krampları şeklinde görülebilir. Bu semptomların fizyopatolojik açıklaması çeşitli faktörlere dayalı olup, bazıları ise açıklanamamaktadır. Ancak araştırmacılar arasında genellikle kabul edilen süreç aşağıdaki gibidir (17,18).

Vücuttaki toplam su miktarı, yetişkin bir kişinin yaklaşık vücut ağırlığının %60'ı kadardır. Vücuttaki su, ekstraselüler sıvı (ESS) ve intraselüler sıvı (ISS) bölümlerine ayrılır. Bu iki bölümde elektrolit miktarı farklıdır. Sodyum, ESS'nin başlıca katyonudur. Vücut sıvı bölümleri arasındaki sıvı dengesi, hücre membranların permeabilitesi ve osmotik dengesiyle sürdürülür. Diyaliz intoleransında önemli rol oynayan başlıca iki süreç, elektrolit dengesizliği ve kan hacim eksikliğidir. Diyaliz seansı sırasında ultrafiltrasyon yoluyla sıvı ESS bölümünden çekilirse, plazma ve ESS hacmi azalır. Plazma hacmindeki bu azalmayı kompanse etmek için ISS'dan sıvı çekilir, ancak bu sürekli değildir. Bu, sıvı kaymaları ile eksikliğin tamamlanmasına ve yukarıda tanımlanan semptomların oluşmasına yol açar. Diyalizin başlangıç aşamasında üre gibi partiküllerde de hızlı azalma oluşur ve plazma osmolalitesi düşer. Ürede bu hızla düşüş, ESS bölümünden ISS bölümüne su çekilerek sinir hücrelerinde aşırı su birikmesine ve gelişen bu durum da diyaliz intoleransı ile ilişkili semptomlara yol açabilir. ESS ile ISS bölümleri arasında diyaliz dengesizliği sendromuna (disequilibrium) yol açar. Bazı bulgular otonomik disfonksiyon, kardiyak rezervin azalması, serum potasyum ve kalsiyum konsantrasyonlarında değişiklik ve nitrik oksit birikmesi de diyaliz tedavisi sırasında ve sonrasında semptomların varlığında önemli bir rol oynar.

#### IV.1. Örnek Semptom Deneyimi: Anoreksiya

Anoreksiya, yeme isteğinin kaybı olarak tanımlanır ve hemodiyaliz hastaların yaklaşık üçte birinde oluşan nonspesifik bir semptomdur. Patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ancak üremi ve yetersiz diyalizin bir



göstergesi olabileceği gibi depresyon, inflamasyon, gastrointestinal rahatsızlıklar, tad almada bozukluklar ve mekanik nedenler de anoreksiyaya yardımcı olabilir. Enerji ve protein alımını azaltarak geniş ölçüde malnütrisyon ve kaşeksiye neden olur. Düşünlük yaratarak yaşam kalitesini etkiler, morbidite ve mortalite riskini artırır (19).

**a. Semptomun Algılanması:** Anoreksiyanın varlığı ve derecesi, iştah ve diyet tanılama aracının ilk üç sorusu ile değerlendirilebilir. "Geçen hafta boyunca, iştahınız nasıldı?" İlk soruya yanıtlar "çok iyi, iyi, fena değil, kötü ve çok kötü" olarak işaretlenmektedir. İkinci ve üçüncü sorular; "Geçen hafta iştahınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?" sorusuna "arttı, aynı kaldı ya da azaldı" şeklinde yanıt vermeleri beklenmektedir. İştahsızlık durumunu değerlendirmede yiyecek kaydı ve diyet öyküsü de yararlı araçlardır (20). HEMO çalışmasında (Hemodialysis Study) 1846 hemodiyaliz hastasının üçte birinde (%37.8) anoreksiya bildirilmiştir. Diyaliz olmadığı günlere göre (%5.4), diyaliz tedavisinin olduğu günlerde hastaların "kötü" ya da "çok kötü" iştah yüzdesi (%12.7) daha fazla bulunmuştur. Sonuç olarak, diyaliz tedavisi olduğu günlerde kiloya uyan diyet enerji ve protein alımının önemli derecede azaldığı saptanmıştır (77.5 kcal/gün yerine 4.79 kcal/gün) (20).

**b. Semptomun Değerlendirilmesi:** Anoreksiyalı hastalarda "kötü" iştah durumu ile birlikte diyet enerji ve protein alımı azalmıştır; serum albümini, hemoglobin değerleri ve total lenfositleri düşmüştür; son altı aydaki kilo kaybı daha fazla olup postdiyaliz ağırlığı azalmıştır; üst kol çevresi ve manşet çevresi küçülmüştür (19, 20, 21). Kötü iştah durumu, hastaneye yatış oranlarında artış ile ilişkili bulunmuştur. Anoreksiya aynı zamanda yaşam kalitesinin kötüleşmesine de yol açar.

**c. Semptomun Tedavisi:** Hemodiyaliz hastalarında anoreksiyanın tedavisi sık diyaliz seansları, beslenme danışmanlığı, beslenme ve farmakolojik yaklaşımlar gibi terapötik stratejiye dayalıdır.

- Hastaya en uygun diyaliz yapılı (KT/V en az 1.4). Günlük hemodiyaliz ile diyaliz seanslarının sayısında artışın, iştah ve gıda alımını iyileştirdiği görülmüştür. Bu muhtemelen genel iyilik haline, fiziksel aktivitenin artmasına, daha az diyet kısıtlamalarına, fosfat bağlayıcı ve antihipertansif ilaçların dozunun azalmasına ve aynı zamanda potansiyel anoreksik faktörün temizlenmesine bağlı olabilir. Günlük yapılan hemodiyalizin serum albumin ve kolesterol düzeylerini ve kuru vücut ağırlığını önemli derecede arttırdığı gösterilmiştir (22). Gelenek-

sel haftada üç kez tedavi ile birlikte diyaliz dozunda artış ya da yüksek diyaliz değişimi, iştah artışını ve diyet alımını iyileştirmediği görülmüştür.

- Anoreksiyanın nedeni olarak depresyon bulgularının varlığı tanılanmalıdır.
- Bulantı varsa, yemeklerden önce antiemetikler verilebilir.
- Gastroparezis ya da diyare bulguları yönünden tanılanır ve uygun şekilde tedavi edilir.
- Konstipasyon olup olmadığı soruşturulmalı ve tedavi edilmelidir.
- Ağrı olup olmadığı araştırılmalı ve tedavi edilmelidir.
- Yemek yemeyi bozan yutma güçlüğü, diş sorunları, iyi oturmayan takma dişler gibi herhangi bir mekanik neden olup olmadığı incelenmelidir.
- Tad bozuklukları varsa, nedenleri (sinüzit ya da diğer enfeksiyonlar) doktor önerisiyle Zinc 220 mg ile tedavi edilebilir.
- Ağız kuruluğu varsa, doktor önerisiyle Pilocarpine günde üç kez 5-10 mg verilir. Yapay tükürük salgısı her 1-2 saatte bir uygulanır. Ağız, kuruluğa neden olan ilaçlar açısından değerlendirilir, yerine başka bir ilaç verilebilir.
- İştah açıcı ilaçlar verilebilir. SDBH olanlarda doktor önerisiyle Megace 40-400 mg kullanılmaktadır. Marinol günde 2-3 kez/ 2.5-5 mg verilebilir.

#### IV.2. Örnek Semptom Deneyimi: Kramplar

Hemodiyaliz hastaları kas kramplarına eğilimlidir. Kas krampları; istemsiz, uzamış ve ani başlangıçlı olan kas kontraksiyonları genellikle ciddi ağrı ile birlikte intradiyalitik ya da interdiyalitik olarak görülür. Bu kas krampları çoğunlukla alt ekstremitelerde kasları kapsar, ancak abdomen, kol ve el kasları da etkilenebilir. Diyaliz tedavisindeki ilerlemelere karşın, kas krampları bir sorun olarak devam etmektedir. Hastaların %2'sinde haftada iki ya da daha fazla intradiyalitik kramplar (23), %25'inde ise haftada iki ya da daha fazla interdiyalitik kramplar oluşmaktadır (24).

**a. Semptomun Algılanması:** Hemodiyaliz ile ilişkili kas kramplarının fizyopatolojisi açıklanamamıştır. Krampların kaynağı kas dokusu değil, sinirselidir. Hemodiyaliz ile ilişkili krampların etiyojisi multifaktördür ve plazma hacim daralmasından, hipotansiyon, plazma osmolalitesinde değişiklikler, hiponatremi, karbamin eksikliği, hipomagnezemi ve doku hipoksisine kadar değişkenlik gösterir. Elektromyografi, krampların

çeşitli kas bölümlerinde fasikülasyonlar şeklinde başladığını ve daha sonra sık frekanslı aksiyon potansiyellerine doğru ilerlediğini göstermiştir (25, 26).

**b. Semptomun Değerlendirilmesi:** Hemodiyaliz ile ilişkili kas krampları yaşam kalitesini bozar, bunun yanı sıra sık oluşan ağrılı kramplar diyalizin erken sonlandırılmasına ve bu nedenle uzun sürede diyaliz tedavisinin yetersizliğine yol açar. Diğer taraftan kramplar, diyaliz sırasında ultrafiltrasyonu sınırlayabilir ve böylece kronik hacim yüklenmesi, hipertansiyon ve kardiyak uyumsuzluklara yol açabilir. Diyalize bağlı krampı olan hastalarda sıklıkla serum kreatinin fosfokinaz düzeyi yüksek çıkar ve kramplar geçici kas hasarına neden olabilir (27,28).

**c. Semptomun Tedavisi:** Hemodiyaliz ile ilişkili interdiyalitik ve intradiyalitik kas kramplarının önlenmesi farklı uygulamalar gerektirir.

- Hipotansiyon ve hipoosmolarite, diyalizle ilişkili krampları tetikleyebilir ya da birlikte ortaya çıkabilir ve bu sorunun etiolojisinde önemli bir rol oynayabilir. Diyaliz ile ilişkili hipotansiyon ve hipoosmolaritenin önlenmesi, kas kramplarını azaltabilir. İnterdiyalitik kilo alımı en aza indirilmelidir. Hastaların hesaplanan kuru ağırlığın altında kalmasını önlemek için kuru ağırlığı sık sık tanımlanmalıdır. Hastaların sıvı kısıtlamalarına katılmaları ve fazla miktarda intradiyalitik sıvı kazanımları da önlenmeye çalışılmalıdır.

- Diyaliz sırasında hipoosmolariteye bağlı kas kramplarını azaltmak için (%23.4) 5-20 ml kadar hipertonic saline 3-5 dk içinde verilir. Diyabeti olmayan hastalara postdiyalizde susmaya neden olmayacağından hipertonic glikoz (%50) 50 ml kadar verilebilir.

- Uygun sodyum ve potasyum düzeyleri ile birlikte diyalizat kullanımı krampların önlenmesine yardımcı olur. Sodyum modeling, yüksek sodyum diyalizatı ile başlanır (150-155 mEq/L), daha sonra programlı bir şekilde tedavi sonunda 135-140 mEq/L olacak şekilde adım adım azaltılır.

- Nonfarmakolojik uygulama olarak sedanter hastaların, yatmadan önce birkaç dakika süreyle bisiklete binmesi, noktürnal bacak kramplarını önleyebilir. Ayağın dorsifleksiyonu ile germe egzersizleri, kas kramplarını önlemede etkili olabilir. Hastaların bir hafta boyunca günde dört kez, 10-20 saniye boyunca üç ila beş kez germe egzersizleri yapması istenir. Daha sonraki haftada, günde iki kez akşam ve yatmadan önce bu egzersizleri yapması önerilir. Kramp oluştuğunda, yürümesi ya da bacağını yükseltip daha sonra hafifçe sallaması ağrı-

nın hafiflemesine yardımcı olabilir.

- İnterdiyalitik kas kramplarının önlenmesinde E Vitamini (400 IU) ve C vitamininin antioksidan etkileri nedeniyle yararlı olabileceği ileri sürülmektedir. Hemodiyaliz hastalarında sıklıkla C vitamini eksikliği olduğu ve C vitaminin, karnitin biyosentezini hızlandırarak kas kramplarının sıklığını azaltabileceği bildirilmektedir.

- İnterdiyalitik alt ekstremitte kramplarının hemodiyaliz tedavisi sırasında venöz staz nedeniyle tetiklendiği, bu nedenle ardışık şekilde yapılan basıncın venöz dönüşü arttıracığı ileri sürülmektedir. Haftada iki kezden daha fazla kramp deneyimleyen hastalara hemodiyaliz öncesi her iki bacağa ve hemodiyaliz sırasında 40 mmHg şeklinde basınç uygulandığında kramplarda iyileşme olduğu görülmüştür. Ancak periferik vasküler hastalığı ya da alt ekstremitede yarası olan hastalarda bu uygulamada gerekli önlemler alınmalıdır (23).

- Diyaliz öncesi 12 gr kreatin monohidrat verilen hastalarda kramp %60 oranında uzar. Bir aylık tedavi sonrasında serum kreatinin düzeyleri hafifçe yükselir ( $10.7 \pm 3.2$  vs.  $12.4 \pm 3.2$  mg/dl). Diğer taraftan, serum kreatinin fosfokinaz düzeyi yüksek olan hastalarda diyaliz ile ilişkili kramplar sık görülür.

- Hemodiyalizde hacim azalmasına karşın sempatik sinir sisteminin yanıtı krampla ilişkili bulunduğundan, Prazosin (0.25-1.0 mg) verilmesi kramp sıklığında %58 azalma sağlamıştır. Buna karşın terapötik uygulama gerektiren hipotansiyon insidansında artış olduğu görülmüştür (29).

- L-Karnitin, hücre mitokondrisinde yağ asitlerinin girişiyle oluşan doğal bileşiktir. İskelet kasları gibi yağ asitlerin oksidasyonuna bağımlı dokularda enerji üretimi için L-Karnitin yaşamsaldır. Çalışmalarda bazı hemodiyaliz hastalarında serumda serbest L-Karnitin düzeyi düşük ve kas depolarında azlığı gösterilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında eksikliği nedeniyle diyaliz sırasında L-Carnitine 1000-2000 mg IV yolla üç ay boyunca verildiğinde; intradiyalitik ve interdiyalitik kas kramplarında azalma saptanmıştır (30).

- Geleneksel olarak haftada üç kez uygulanan hemodiyalizde uygun tedaviye karşın, intradiyalitik hipotansiyon durumlarında kas krampları oluşuyorsa, hemodiyaliz sıklığı ve süresi artırılarak sorun azaltılabilir.

- Özellikle interdiyalitik fazla sıvı kazanan hastalarda, önleyici uygulamalara karşın intradiyalitik kramplar sık görülür. Krampları azaltmak için nemli ısı, masaj ya da etkilenen kasın gerilmesi gibi rahatlatıcı uygulamalar yapılabilir.

• İntradiyalitik kas kramplarının tedavisinde nifedipine (10-20 mg) verildiğinde (hastalara kapsülü ısıması ve emmesi öğretilir), hastaların üçte ikisinde krampların tamamen iyileştiği gösterilmiştir (31).

## V. Sonuç

Hemşirelerin semptom yönetiminde bakımın planlanması ve uygulamasında kapsamlı bir bilgi tabanına gereksinimleri vardır. Bunun için semptomun fizyopatolojik temellerinin çok iyi anlaşılması gerekir. Diyaliz hastalarına bakım veren hemşirelerin semptom yönetimi ve liderlik rollerini geliştirmede eğitim programlarından ve örnek klinik uygulamalardan yararlanarak kendilerini geliştirmeleri beklenir. Böylece hem hemşireler semptom yönetiminde etkili olabilecekler, hem de hasta ve ailelerin yaşam kalitelerinde iyileşme görülecektir.

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

## Kaynaklar

1. McLaren P, Hunter C. Sodium profiling: The Key to reducing symptoms of dialysis. *Nephrology Nursing Journal* July-August 2007; 34(4): 403-414.
2. Bonomini V, Coli U, Scolari, MP. Profiling dialysis: A new approach to dialysis intolerance. *Nephron*1997; 75: 1-6.
3. Arief AI . Dialysis disequilibrium syndrome: Current concepts on pathogenesis and prevention. *Kidney International* 1994; 45:629-635.
4. Tang, H.U, Wong, S.H., Chu, K.H., et al. Sodium ramping reduces hypotension and symptoms during haemodialysis. *Hong Kong Medical Journal* 2006;12 :10-22.
5. United States Renal Data System. *USRDS 2005 Annual Data Report: Atlas of End-stage Renal Disease in the United States*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2005.
6. Jablonski A. Level of symptom relief and the need for palliative care in the hemodialysis population. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2007;9(1):50-58.
7. Moss AH, Holley JL, Davison SN, et al. Core curriculum in nephrology. *Palliative care*.Am J Kidney Dis 2004;42(1):172-185.
8. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. (Technical report series 804). Geneva: World Health Organization; 1990.
9. Kinzbrunner BM. Palliative care perspectives. In: Kuebler KK, Davis MP, Moore CD, eds. *Palliative Practices: An Interdisciplinary Approach*. St. Louis, MO: Mosby; 2005:3-28.
10. Poppel DM, Cohen LM, Germain MJ. The renal palliative care initiative. *J Palliat Med* 2003;6(2):321-326.
11. Dodd M, Lee K, Carrieri V. Symptom management model. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2005; 7(21):23-36.
12. Parfrey PS, Vavasour H, Henry S, et al. Clinical features and severity of nonspecific symptoms in dialysis patients. *Nephron* 1988;50(2):121-129.
13. Curtin R, Bultman D, Thomas-Hawkins C. Hemodialysis patients' symptom experiences: Effects on physical and mental functioning. *Nephrol Nurs J* 2002;29(6):562-574.
14. Dodd MJ, Janson S, Carrieri-Kolhman V, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* 2001;33:668-676.
15. The University of California, San Francisco School of Nursing Symptom Management Group. A model for symptom management. *J Nurs Scholarsh* 1994;26:272-276.
16. Foley KM, Gelband H. *Improving Palliative Care for Cancer*. Summary and Recommendations. Washington, DC: National Academy Press; 2003.
17. Movilli E, Camerini C, Viola BF, et al. Blood volume changes during three different profiles of dialysate sodium variation with similar intradialytic sodium balances in chronic hemodialyzed patients. *American Journal of Kidney Disease* 1997; 30: 58-63
18. Stiller S, Btmnie-Schom E, Grassmann A, Uhlenbusch-Korwer I, Mann H. A critical review of sodium profiling for hemodialysis. *Seminars in Dialysis* 2001; 14: 337-347.
19. Bossola M, TazzaL, Giungi S, Luciani G. Anorexia in hemodialysis patients: An update. *Kidney International* 2006; 70, 417-422.
20. Burrowes JD, Larive BL, Cockram DB et al. Effects of dietary intake, appetite, and eating habits on dialysis and non-dialysis treatment days in HD patients: cross sectional results from the HEMO study. *J Renal Nutr* 2003; 13: 191-198.
21. Kalantar-Zadeh K, Block G, McAllister CJ et al. Appetite and inflammation, nutrition, anemia, and clinical outcome in HD patients. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 299-307.
22. Suri RS, Nesrallah GE, Mainra R et al. Daily hemodialysis: a systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 33-42.
23. Ahsan M, Gupta M, Omar I, et al. Prevention of hemodialysis-related muscle cramps by intradialytic use of sequential compression devices: a report of four cases. *Hemodial Int* 2004; 8:283-286.
24. Khajedehi P, Morerlou M, Behzadi S, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of supplementary vitamins E, C and their combination for treatment of haemodialysis cramps. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16:1448-1451.
25. Canzanello VJ, Burkart JM: Hemodialysis-associated muscle cramps. *Semin Dial* 1992; 5:299-304,
26. McGee SR: Muscle cramps. *Arch Intern Med* 1990; 150:511-518.
27. Rocco MV, Burkart JM: Prevalence of missed treatments and early sign-offs in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1993; 4:1178-1183..
28. Hernando P, Carmelo C, Lopez Garcia D, et al Musclecramps: a cause of elevated creatinine kinase levels in hemodialysispatients. *Nephron* 1990; 55:231-232.
29. Sidhom A, Odeh YK, Krumlovsky FA, et al. Low-dose prazosin in patients with muscle crampsduring hemodialysis. *Clin Pharmacol Ther* 56:445-451, 1994.
30. Ahmad S: L-carnitine in dialysis patients. *Semin Dial* 2001; 14:209-217.
31. Peer G, Blum M, Aviram A: Relief of hemodialysis-induced musclecramps by nifedipine. *Dial Transplant* 1989; 12:180-181.

**Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN**

**E-Mail: gokdogan\_f@ibu.edu.tr**

# Hemodiyaliz Hastalarının Evde Bakım Gereksinimleri

## Home Care Needs of Hemodialysis Patients

Öğr. Gör. Gönül SUNGUR<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Pınar TEKİNSOY<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Özlem CEYHAN<sup>1</sup>

Doç. Dr. Sultan TAŞCI<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Sevil ŞAHİN<sup>2</sup>, Öğr. Gör. Songül GÖRİŞ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, KAYSERİ

<sup>2</sup>Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, KIRŞEHİR

### Özet

**Giriş ve Amaç:** Hemodiyaliz hastalarında öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve evde bakım yükü önem taşımaktadır. Çalışma; hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın evrenini, Kayseri il merkezinde resmi ve özel ünitelerde hemodiyaliz uygulanan 153 birey oluşturmuştur. Veriler; araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Günlük Yaşam Aktiviteleri/Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA/AGYA) aracılığı ile toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ki kare ve student t testi kullanılmıştır.

**Sonuçlar ve Tartışma:** Hastaların %60.8'i erkek, %22.2'si 61 yaş ve üzerindedir. Hastaların %81,4'ünün kilo kontrolüne, %70,6'sının diyetine, %47,8'inin sıvı alımına, %26.8'inin ilaç tedavisine uymadığı ve %13.7'sinin GYA/AGYA' inin yeterli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Diyaliz süresi 0-6 ay olanların, 6-12 aydır tanı konanların, 61 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin GYA/AGYA puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $P<0.05$ ). Çalışma grubundaki bireylerin günlük yaşam aktiviteleri çoğunlukla yeterli düzeyde olmasına karşın hemodiyaliz tedavisi sonrası evde yaşadıkları sorunlara etkili çözümler bulamadıkları, sağlık kuruluşuna başvurmada yetersiz kaldıkları, bilgi almaya ve bakımda desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, Evde bakım, Günlük yaşam aktiviteleri

### Summary

**Introduction and Aim:** Improvement of self care behaviors and home care are extremely important for hemodialysis patients. This study is performed to identify home care needs of hemodialysis patients.

**Materials and Methods:** Samples of this descriptive study are selected from government and private hemodialysis centers within the city limits of Kayseri. Total of 153 patients were included into the study. Data are collected with using a questionnaire form created by researchers and Activities of Daily Living (ADL)/Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scoring systems. Chi-square test, student t-test were used for statistical analysis.

**Results and Conclusion:** Male patients were 60.8% and 22.2% of the patients were above age of 61. The patients were not following the rules and restrictions for weight control in 81.4 %, diet in 70.6 %, fluid consumption in 47.8 % and drug therapy in 26.8 %. IADL/ADL scores were lower in 13.7 % all of patients. IADL/ADL scores were lower in patients with duration dialysis 0-6 months, diagnosed within 6-12 months and age group above 61 ( $p<0.05$ ). In spite of IADL/ADL scores were higher in this study group; the patients were not able to find solutions for problems encountered at home after hemodialysis therapy, were not able attend to health care facilities. We also found that they need to gather more information and more home care support.

**Key words:** Hemodialysis, Home care, Daily life activity

### Giriş ve Amaç

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengeğini ayarlamada, metabolik ve endokrin fonksiyonla-

rında, kronik, ilerleyici bozulma durumudur (1). Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakikaya indiğinde son dönem böbrek yetmezliği gelişir (2). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne götüren başlıca nedenler

diabetes mellitus (%22.8), hipertansiyon (%18.1) ve kronik glomerüler hastalıklardır (%16.6) (3).

SDBY tanısı alan hastalarda diyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavi (RRT)'leri uygulanmaktadır (2,4). RRT yaşamı koruyucu tedavilerdir ve uygulanan en yaygın yöntem hemodiyalizdir. Dünya çapında 1.4 milyon kişi RRT'si almaktadır. 2006 yılı içinde hemodiyaliz tedavisine dahil edilen hasta sayısı %11.58, düzenli hemodiyaliz programında olan hasta sayısı %33.95'dir (<http://www.who.int/en/> Accessed: 03.12.2008).

Ülkemizdeki RRT'sini sırasıyla hemodiyaliz (%77.4), böbrek transplantasyonu (%12.1) ve periton diyalizi (%10.7) izlemektedir (3).

SDBY olan bireylerin hemodiyalize düzenli girmeleri, ilaçlarını düzenli kullanmaları, kardiyovasküler komplikasyonlara neden olduğu için yüksek protein, sodyum, potasyum içeren yiyecekleri ve sıvı alımını kısıtlamaları gerekmektedir (5,6). Bu nedenle SDBY olan bireylerde tedaviye uyum hayati önem taşımaktadır. Bireyin öz bakım davranışlarındaki yetersizlik, tedaviye uyumu bozarak, tedavinin etkinliğini azaltmakta ve maliyeti arttırmaktadır (7).

Hemodiyaliz hastalarında öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve evde bakım büyük önem taşımaktadır. Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700' lü yılların sonunda İngiltere' de, ardından da ABD' de ortaya çıkmıştır. Bu hizmet yeni doğandan yaşlılığa kadar her yaş grubuna sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri temel günlük yaşam aktivitelerine yardım, tıbbi tedavi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimi olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere ev ortamında sunulan hizmetlerdir (8). Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dik-kate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (9, <http://en.wikipedia.org/wiki/Homocare> Accessed: 03.12.2008).

SDBY olan bireyler; kendi başına giyinme, tuvalete gitme, yemek yeme, kişisel hijyen ve bakım, hareket etme, telefon etme, alış-verişe gitme, merdiven çıkma, evdeki gereçleri kullanma, yemek hazırlama gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar yaşayabilir ve başka insanlara bağımlı olabilirler (10). Bu nedenle hastaların evde bakım gereksinimleri belirlenerek bireyin yetersizliklerinin karşılanması gerekmektedir. Bu çalışma hemodiyaliz hastalarının evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Materyal ve Metod

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini, Kayseri il merkezinde resmi ve özel ünitelerde hemodiyaliz uygulanan 575 birey oluşturmuştur. Evrenin tamamının araştırmaya alınması planlanmış olup örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için diyaliz merkezlerinden resmi izin alınmış (İzin yazısı no: B.30.2.ERC.0.66.00.00-294) ve dört diyaliz merkezi izin vermediği için çalışmaya alınamamıştır. Çalışma grubunu iletişim güçlüğü olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 153 birey oluşturmuştur. Veriler; temmuz 2006 tarihinde, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve Leon ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliği Çölgeçen ve Tümerdem tarafından yapılan Günlük Yaşam Aktiviteleri/Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA/AGYA) aracılığı ile toplanmıştır. GYA/AGYA Ölçeği; bireyin kişisel bakımında temel olan ve yaşadığı çevrede günlük ihtiyaçlarıyla ilgili daha karmaşık boyutta ve bağımsızlık gerektiren 14 aktiviteden (banyo, giyinme, tuvalet, kal-kıp-oturma, idrar ve dışkı kaçırma, yemek yeme, telefon etme, alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çamaşır, taşıtlara binme, ilaç içme ve para kullanma) neleri yapıp, neleri yapamadıklarının tespitine yöneliktir. Ölçek; '0' puan aktivitelerde bağımlı, '1' puan aktivitelerde bağımsız olmayı ifade etmekte olup GYA'da '6' puan, AGYA'de '8' puan olmak üzere toplam '14' puan üzerinden değerlendirilmiştir. GYA/AGYA'den alınan toplam puanların değerlendirilmesinde; 0-7 puan arası yetersiz, 8-14 puan arası yeterli olarak alınmıştır (11).

Formlar; yüz-yüze görüşme tekniğiyle diyaliz seansları esnasında araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ki kare, student t ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

## Bulgular ve Tartışma

Çalışmaya alınan bireylerin % 34.6'sı 41-60 yaş grubunda (  $46.07 \pm 1.32$  ), % 60.8'i erkek, % 48.4'ü ilköğretim mezunu, % 66.0'ı evli, % 42.5'i yeşil kart sahibi olduğu ve % 88.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Bireylerin çoğunluğunun hastalık süresinin 5-10 yıl (%30.7) olduğu ve 1-5 yıldır (%30.7) hemodiyalize girdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların %44.5'i hastalığına ilişkin eğitim almadığını belirtirken, %56.9'unun fistül bakımı, %56.2'sinin yolculuk yapma durumu, % 53.6'sının beslenme ve %51.6'sının cinsel yaşam konularında bilgiye gereksinim duydukları saptanmıştır (Tablo 2). Hemodiyalize giren bireyler yaşam kaliteleri için hasta-

lıkları ile ilgili bilgi almaya gereksinim duymaktadır. Ünlüoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da; hemodiyaliz hastalarının büyük bir çoğunluğu hem kendilerinin, hem de ailelerinin bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (12).

**Tablo 1: Hemodiyaliz Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:153)**

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	93	60.8
Kadın	63	39.2
<b>Yaş Grupları ( 46.07 ± 1.32)</b>		
18-30	32	20.9
31-40	34	22.3
41-60	53	34.6
61-70	34	22.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuma yazma bilmiyor	40	26.2
İlkokul mezunu	74	48.4
Ortaokul ve üzeri	39	17.0
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	101	66.0
Bekar	52	34.0
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Kayseri İl merkezi	89	58,2
Kayseri İlçe	29	19,0
Kayseri Köy	35	23.8
<b>Sosyal Güvence Kuruluşu</b>		
SSK	59	38,6
Bağ-Kur	17	11,1
Emekli Sandığı	12	7,8
Yeşil Kart	65	42,5
<b>Gelir Durumu</b>		
Kötü	62	40,7
Orta	74	48,4
İyi	17	12,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Tam gün çalışma	7	4,6
Yarım gün çalışma	11	7,2
Çalışmayan	135	88,2
<b>Hastalık Süresi</b>		
6-12 ay	25	16,3
1-5 yıl	41	26,8
5-10 yıl	47	30,7
10 yıl ve üstü	40	26,1
<b>Diyaliz Süresi</b>		
0-6 ay	27	17,6
6-12 ay	14	9,2
1-5 yıl	47	30,7
5-10 yıl	40	26,1
10 yıl ve üstü	25	16,3

Hemodiyaliz tedavisindeki gelişmelere rağmen göz ardı edilemeyecek sıklıkta komplikasyonlar görülebilmektedir. Hastalarda sık görülen komplikasyonlar; hipotansiyon (%20-30), kas krampları (%5-20), bulantı-kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (%2-5), sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5), titreme ve ateştir (13). Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi sonrasında bireylerin %90.2'sinin sorun yaşadığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz sonrasında bireylerin %56.9'u kan basıncında düşme, %52.9'u kas krampları, %74.6'sı halsizlik, yorgunluk, %52.3'ü sınırlılık semptomlarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar, diyaliz işlemi bittikten sonra ve ilk 30 dakika içerisinde daha fazla yardıma ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Sorun yaşadıklarında bireylerin %71.2'si evde sorunlarına çözüm bulmaya çalıştığını, % 20.2'si sağlık kuruluşuna başvurduğu, %8.6'sı doktorunu aradığını belirtmiştir. Tedavi sonrası sorun yaşayanların üçte birinin bu uygulamalarından yarar bulamadıkları ve destek almaya ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

Bireyler kronik bir hastalığa uyum gösterirken, hastalığın ve tedavinin özellikleri önemli rol oynamaktadır. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha da zordur (14).

Yaşamı sürdürebilmek için HD gibi invaziv bir tedavinin zorunlu olması, tedavinin yan etkileri, makineye ve sağlık personeline bağımlı olma, bireyin yaşamının bütün yönlerini ve sağlığını etkileyebilmekte ve tedaviye uyumu güçleştirmektedir (14). Bu çalışmada; hastaların %81.4'ünün kilo kontrolüne, %70.6'sının diyeti-ne, %47.8'inin sıvı alımına ve %26.8'inin ilaç tedavisine uymadıkları saptanmıştır. Çalışmayla benzer şekilde Çınar ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %39.4'ünün ilaç tedavisine, % 70.1'inin sıvı kısıtlama-

**Tablo 2: Hemodiyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Bilgi Gereksinimleri (n:153)**

Hastalıkla İlgili Bilgi Konuları	Bilgi Gereksinimi	
	Var %	Yok%
Beslenme	53.6	46.4
İlaç kullanımı	47.1	52.9
Fistül bakımı	56.9	43.1
Hijyen	49.7	50.3
Yolculuk yapma	56.2	43.8
Cinsel yaşam	51.6	48.4
Egzersiz	45.1	54.9
Alması gereken sıvı	47.1	52.9

sı ve diyetlerine uymadıkları belirlenmiştir (15). Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumunda eğitim düzeyi önemli bir faktördür (16). Çalışmada da eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin düzenli ilaç kullanımına daha fazla dikkat ettikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hemodiyaliz tedavisindeki bireylerin tedaviye uyumsuzlukta en çok belirttikleri nedenler arasında; bilgisizlik, unutkanlık, ihmal, hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği bıkkınlık ve maddi sorunlar yer almaktadır. Benzer şekilde Ünlüoğlu ve arkadaşlarının çalışmasın-

da da hastaların hastalığa uyum gücünü nedenleri arasında bıkkınlık ve unutkanlık olduğu belirtilmiştir (12).

Bireylerin GYA'ni; fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, ekonomik faktörler etkilemektedir. GYA çok yönlü ve kapsamlıdır ve her bir aktivite birbiriyle ilişkilidir (17).

Çalışmaya katılan bireylerin %13.7'sinin günlük yaşam aktivitelerini yetersiz düzeyde yapabildiği saptanmıştır. Bu hastalardan erkeklerin ( $11.82 \pm 3.40$ ), kadınlara ( $10.71 \pm 3.61$ ), göre günlük yaşam aktiviteleri-

**Tablo 3: Hemodiyaliz Hastalarının Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yeterlilik Durumları (n:153)**

Tanıtıcı Özellikler	Günlük Yaşam Aktivitesi				X <sup>2</sup>	P
	Yeterli %	Yetersiz %	Toplam n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
30 yaş ve altı	96.9	3.1	32	100.0	11.347	0.01
31-40	97.1	2.9	34	100.0		
41-60	79.2	20.8	53	100.0		
61 yaş ve üzeri	76.5	23.5	34	100.0		
<b>Hastalık Süresi</b>						
6-12 ay	72.0	28.0	21	100.0	10.771	0.02
1-5 yıl	82.9	17.1	41	100.0		
6-9 yıl	93.6	6.4	47	100.0		
10 yıl ve üzeri	90.0	10.0	40	100.0		
<b>Diyalize Girme Süresi</b>						
0-12 ay	75.6	24.4	41	100.0	8.938	0.03
1-5 yıl	83.0	17.0	47	100.0		
5-10 yıl	95.0	5.0	40	100.0		
10 yıl ve üzeri	96.0	4.0	25	100.0		

**Tablo 4: Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirebilme Durumuna Göre Dağılımı**

Günlük Yaşam Aktiviteleri / Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yeterli		Yetersiz	
	Sayı	%	Sayı	%
Duş alma/banyo yapma	130	85.0	23	15.0
Giyinme/soyunma	137	89.5	16	11.5
Tuvalete gitme	139	90.8	14	9.2
Sandalyeden yataktan kalkma	142	92.8	11	7.2
İdrar /dışkı kaçıрма	115	75.2	38	24.8
Yemek yeme	147	96.1	6	3.9
Telefon etme	133	86.9	20	13.1
Alışveriş yapma	98	64.1	55	35.9
Yemek hazırlama	106	69.3	47	30.7
Ev işleri yapma	115	75.2	38	24.8
Çamaşır yıkama	116	75.8	37	24.2
Ulaşım araçlarını kullanma	130	85.0	23	15.0
İlaçlarını içme	136	88.9	17	11.1
Para idare etme	124	81.0	29	19.0

ni daha yeterli düzeyde yaptıkları belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). 61 yaş ve üstü (%23.5), tanı süresi 6-12 ay (%28.0) ve diyaliz süresi 0-12 ay (%24.4) olanların günlük yaşam aktivitelerini yetersiz düzeyde yaptıkları tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 3). Bu gruplarda GYA'lerinin yetersiz olması, yaşlılığın birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmesine, buna bağlı olarak kısıtlılık ve özürülülüğün artmasına, kronik bir hastalık tanısı almanın ve ilk yıllarda hemodiyaliz tedavisine uyumun zor olmasına bağlanabilir.

Evde bakım hizmetleri temel günlük yaşam aktivitelerine yardım, tıbbi tedavi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimi olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere ev ortamında sunulan hizmetlerdir (8). Çalışmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlikleri incelendiğinde; en çok alışveriş yapma (%35.9), yemek hazırlama (%30.7), ev işleri yapma (%24.8), çamaşır yıkama (%24.2) ve para idare etme(%19.0) konusunda yetersizlik yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4). GYA/AGYA'si yetersiz olan bireylerin yeterli olanlara göre evde bakım gereksinimlerinde daha fazla eğitime ihtiyaç duydukları ve hemodiyaliz sonrası gelişen sorunları evde çözümlenmeye çalıştıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar bize kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının getirdiği sorunlarla baş etmenin yanı sıra evdeki günlük yaşamlarını devam ettirmelerinde de desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışma grubundaki bireylerin günlük yaşam aktiviteleri çoğunlukla yeterli düzeyde olmasına rağmen hemodiyaliz sonrası evde yaşadıkları sorunlara etkili çözümler bulamadıkları, sağlık kuruluşuna başvurmada yetersiz kaldıkları, bilgi almaya ve bakımda desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

- HD hastalarına ve ailelerine yaşam şekillerinde meydana gelen fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklere adaptasyonunu kolaylaştırmak için, tedaviye uyum ve evde bakıma yönelik bilgilendirilme yapılması,
- Hemşirelerin hasta ve ailelerine hemodiyaliz sonrasında dikkat edilmesi gereken konular, hemodiyaliz komplikasyonları hakkında eğitim vermesi,
- Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki yeterlilik düzeyinin belirli aralıklarla ölçülerek özellikle yeni tanı konan ve diyalize yeni başlayan bireylerde gerekli desteğin sağlanması,
- Daha geniş araştırma grupları ile karşılaştırmalı

çalışmalar yapılması önerilebilir.

*16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi'nde (2006) sunulmuştur.*

### Kaynaklar

1. Jacobson HR. Chronic renal failure pathophysiology. Lancet 1991; 338:419-423.
2. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı İkinci Baskı, Anadolul Yayıncılık-Kayseri 2001.
3. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Ereğ E. Türkiye'de son dönem böbrek yetmezliğinin epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005, 1(21):1-8.
4. Türkiye 2006 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry, Türk Nefroloji Derneği, İstanbul, 2006
5. Wright IF. Maintenance dialysis. Boston: GK Hall, 1981.
6. Christensen AJ, Benotsch EG, Smith TW. Determinants of regimen adherence in renal dialysis. In: Gochman DS, editor. Handbook of health behavior research: II. Provider determinants. New York: Plenum Press, 1997. pp. 231-44.
7. De Vecchi AF, Dratwa M, Wiedemann ME. Healthcare systems and end-stage renal disease (ESRD) therapies—an international review: Costs and reimbursement/funding of ESRD therapies. Nephrol Dial Transplant 1999;14(Suppl 6):31-41.
8. Özkan Ö. Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri neyin alternatifi. Toplum ve Hekim. Mayıs-Haziran 2000, Cilt 15, S:3.
9. Karahan A. Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri 5 (4): 155-159, 2002.
10. Brazil L, Thomas R, Laing R, Hines F, Guerrero D, Ashley S, Brada M: Verbally administered Barthel Index as functional assessment in brain tumour patients. J Neuro-Oncology 34: 187-192, 1997.
11. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Bildiri Kitabı), ss 280-291, 1998, İstanbul Üniversitesi, İstanbul (Ölçek kaynağı).
12. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1997; 3-4:125-130.
13. Topal M, Özdemir N. Hemodiyalizin akut komplikasyonları, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006, 2(4):24-29.
14. Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım, Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 132-136.
15. Çınar S, Dilaver S, Uraz M. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz programına, ilaç tedavilerine ve diyetle uyumlarının değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; 28-33.
16. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. Mt Sinai J Med 2006; 73: 553-559.
17. Ay F. Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal, 2007.

**Öğr. Gör. Gönül SUNGUR**

**E-Mail: gonuls@erciyes.edu.tr**



# Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Düzeylerinin Belirlenmesi

## *The Determination of The Hemodialysis Patients' Loneliness Levels*

Yrd. Doç. Dr. Zeliha KOÇ, Msc. Zeynep SAĞLAM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, SAMSUN

### Özet

**Amaç:** Bu tanımlayıcı çalışma hemodiyaliz uygulanan bireylerin yalnızlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Araştırmanın örneklemini 121 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Araştırma Ekim-Aralık 2007 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma verileri UCLA yalnızlık ölçeği ve hastaların demografik özelliklerini içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde olarak hesaplama, aritmetik ortalama, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

**Sonuçlar:** Hastaların %78.6'sı 46 yaş ve üstünde, %59.5'i erkek, %94.2'si evli, %37.1'i ev hanımı, %5.0'ı herhangi bir işte çalışmamakta ve %71.0'ına da haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Çalışmada hemodiyalize giren bireylerin %45.5'inin orta düzey yalnızlık puanına ( $37.71 \pm 9.76$ ) sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tartışma:** Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde hemodiyalizin olumsuz etkilerini ve yalnızlığı önlemek önemlidir. Bu nedenle hastalara psikolojik destek, sağlık eğitimi ve yeterli danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda hemşire, danışmanlık fonksiyonunu uygulayarak bu yardımın sağlanmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemodiyaliz Hastası, Yalnızlık.

### Summary

**Aim:** This descriptive study has been done in order to determination of the hemodialysis people loneliness levels.

**Material and Method:** The sample of the study is 121 hemodialysis patient. The research was applied in between October and December 2007. Research data were collected via UCLA loneliness scala and a questionnaire which included hemodialysis patients' demographical characteristics. The evaluation of the data was made by using percentage, arithmetical mean, t test, and analysis of variance.

**Results:** 78.6% of the patients' age were 46 years old and above, 59.5% were male, 94.2% were married, 37.1% house wife, 5.0% weren't working and 71.0% were dialised three times a week. In this study it was found that 45.5% of patients have middle of level loneliness points ( $37.71 \pm 9.76$ ).

**Discussion:** In chronic renal failure patients to prevent the negative effect of hemodialysis and loneliness is very important. So it is necessary that patient must have psychological support, health education and adequate counseling. In this context, nurses take an important role in giving this help by applying consultancy function.

**Key words:** Chronic Renal Failure, Hemodialysis Patient, Loneliness.

### Giriş

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), renal veya sistemik hastalıklara bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının yavaş yavaş fakat devamlı düşmesi ve bu düşmenin irreversible (geri dönüşümsüz) olması halidir (1). Böbrek

yetmezliği tanısı almış hasta sayısı 1970'den bu yana her yıl %9 artış göstermiştir (2). Türk Nefroloji Derneği verilerine göre 2007 yılında tanı alan akut böbrek yetmezlikli birey sayısının 5498 olduğu, %54.0'ını erkeklerin, %46.0'ını kadınların oluşturduğu, 2007 yıl sonu

itibariyle de hemodiyaliz programında olan erişkin ve çocuk birey sayısının da 40.309 olduğu bildirilmiştir (3).

KBY sonucu hemodiyalize giren bireylerde, sıvı alımı, yiyeceklerin kısıtlanması, ilaçların yan etkileri, yorgunluk, geleceğin belirsizliği, aile bireylerinin rol ve sorumluluklarındaki değişiklikler, bir makineye bağımlı olma, tedavi süresi nedeniyle vakit kaybı, cinsel fonksiyon bozukluğu, mali sorunlar ve iş kaybı gibi pek çok sorun yaşanmaktadır (4,5,6,7,8,9,10).

KBY kronik seyirli hastalıklar arasında yol açtığı fiziksel ve psikososyal sorunlar bakımından ilk sıralarda yer almaktadır (4). Hastalık, bireyin biyopsikososyal bütünlüğünü tehdit eden, gelecekte yalnız kalma korkusu yaşatan (11) ve bireyin uyumunu bozan bir durumdur (12, 13). Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen sürede artmakta; hem hastanın kendisi, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalığa uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar (14). Hastalıkta bireyin, ailenin geleceği önemli olduğundan hem fiziksel hem psikolojik hastalık korkusu yalnızlığa neden olmaktadır (11,12,13,15).

Kişiler için yalnızlık durumu, son derece acı veren, korkutucu, sıkıntılı, tanımlanması güç, karmaşık bir yaşantıdır (16). Yapılan çalışmalarda yalnızlığın, yardım edilmesi gereken psikososyal bir problem olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda yalnızlığın bireylerde madde kullanım eğilimini arttırabileceği, depresyona, ruhsal çöküntüye neden olabileceği ve yaşama bağlılığı azaltabileceği bildirilmektedir (16,17).

Bireyin yalnızlık problemi sağlık personeli tarafından fark edilmediğinde ve hasta gerekli yardımı alamadığında hastalık olgusuna sekonder olarak yalnızlık problemide eklenmektedir (17). Literatürde yalnızlık ile baş etmede iletişim araçlarının kullanılmasının ve başkalarıyla konuşmanın gerekliliği saptanmış ve yalnızlık duygularının başkalarıyla paylaştıkça azalacağı belirtilmiştir (11,16,17). Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, kronik hastalığı olan her bireyin yalnızlığa aday olduğunu bilmeli (17), sağlık ve yaşam kalitesini tehdit eden yalnızlık duygusunu önlemeye yönelik uygun yaklaşımlarda bulunmalıdırlar (15).

Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık gibi duygularıyla yakından ilgilenilmesi, fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda bütüncül bakım verilmesi önemlidir. Araştırma hemodiyalize giren bireylerin yal-

nızlık düzeyini ve bu durumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## **Materyal ve Metod**

### **Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Sinop İli sınırları içerisindeki hemodiyaliz ünitelerinde diyalize giren bireyler (138), örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan 121 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Ekim-Aralık 2007 tarihleri arasında ilgili kurumlardan gerekli izin alınarak ve yüz yüze görüşme yöntemi araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

### **Veri Toplama Aracı**

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve "UCLA Yalnızlık Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, aile tipi, yerleşim yeri, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir durumu, çocuk sayısı, diyalize girme sıklığı, diyalize girme süresi, sağlığını algılama durumu, hastalığı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olma durumu, arkadaş ve yakınlarıyla görüşme sıklığı, boş vakitlerini değerlendirme durumu, bir problem yaşadığında yardım alabileceği kişi bulunma durumu ve kimlerden yardım aldığı, yaşantısında diyalize bağlı değişiklik olma durumu ve diyalize bağlı olarak meydana gelen bu değişiklikler, bakımına yardımcı olan kişi bulunma durumu ve kimlerin bakımına yardımcı olduğu, yalnız hissettiklerinde ne yaptıkları ile ilgili olmak üzere toplam 23 soru bulunmaktadır.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin yalnızlık düzeyleri ise orijinali 1978 yılında Russel, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilen, 1989 yılında Demir tarafından (18) Türkçe'ye uyarlanan 20 maddelik "UCLA Yalnızlık Ölçeği" (Loneliness Scale) kullanılarak değerlendirilmiştir. UCLA Yalnızlık Ölçeği 10'u olumlu (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 ve 20. ifadeler), 10'u olumsuz (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17 ve 18. ifadeler) olmak üzere toplam 20 ifadeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin her bir mad-

desinde bireylere sosyal ilişkilerle ilgili duygu durumu sunulmakta ve bireylerden maddelerde yer alan durumları ne sıklıkta yaşadıklarını dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir.

Ölçekte olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere, "hiç yaşamam" 4 puan, "nadiren yaşarım" 3 puan, "bazen yaşarım" 2 puan, "sık sık yaşarım" 1 puan, olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi olarak, "hiç yaşamam" 1 puan, "nadiren yaşarım" 2 puan, "bazen yaşarım" 3 puan, "sık sık yaşarım" 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Bireyler aldıkları toplam puanlara göre 20-34 puan alan bireyler "hafif derecede", 35-48 puan alanlar "orta derecede", 49 ve üstünde puan alanlar "yüksek derecede" yalnız olarak değerlendirilmektedir. Puanın düşüklüğü yaşanan yalnızlık duygusunun azlığına işaret ederken, puanın yükselmesi yaşanan yalnızlık duygusunun artmasına işaret etmektedir.

#### **Verilerin Toplanması**

Hemodiyaliz ünitelerinde tedavi görmekte olan hastalardan iletişim kurulabilen, böbrek yetmezliği tanısı konulmuş olan, psikiyatrik sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler toplanırken etik ilkeler göz önünde bulundurulmuş, hastalara araştırmanın amaçları açıklanmış, hastalara bu bilgilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ifade edilerek, anket formlarına isim, soy isim yazmalarının gerekli olmadığı belirtilmiştir. Bu açıklamalardan sonra araştırmaya katılma hastaların isteklerine bırakılmış, anket formları veri toplama döneminde hemodiyalize giren ve araştırma yapılmasını kabul eden hastalara uygulanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık olarak 12 dakika sürmüştür.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada yalnızlık puanı bağımlı değişken, yaş, eğitim durumu, aile tipi, yerleşim yeri, cinsiyet, medeni durumu, sosyal güvence durumu, mesleği, gelir durumu, diyalize girme sıklığı, diyalize girme süresi, hayatında diyalize bağlı değişiklikler olma durumu, sağlığı algılama durumu ve yakınlarıyla görüşme sıklığı bağımsız değişkenlerdir. Veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve veriler istatistiksel olarak yüzde olarak hesaplama, aritmetik ortalama, t testi ve varyans analizi testleri kul-

lanılarak değerlendirilmiştir.

#### **Bulgular ve Tartışma**

Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1 'de verilmiştir. Araştırma grubunun %40.5'ini kadınların, %59.5'ini erkeklerin oluşturduğu, %94.2'sinin evli olduğu, %78.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %50.4'ünün ilçe merkezinde yaşadığı, %52.9'unun ilkokul mezunu olduğu, %37.1'inin ev hanımı olduğu, %98.3'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %74.4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %67.6'sının 1-3 çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 57.04±13.37, çocuk sayısı ortalaması da 3.23±1.51 olarak saptanmıştır.

Hemodiyaliz uygulanan bireylerin hastalık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Çalışmada hastaların %71.0'ünün haftada üç gün, %61.2'sinin 1-5 yıldır diyalize girdiği, %47.1'inin hayatlarında diyalize bağlı olarak değişiklik olduğunu belirttiği ve %47.4'ünün de hareket kısıtlılığı yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Foxall ve Ekberg (1989) kronik hastalıklara yakalanan bireylerin kendilerini sağlıklı insanlardan farklı olarak gördüklerini ve hissettiklerini; genel olarak nedenleri tam olarak tanımlanmamış olmasına karşın, yalnızlığın sosyal izolasyonu güçlendiren önemli bir faktör olduğunu, kronik hastalıkların yalnızca sağlıklı/hasta bireyde değil bireyin ailesinde de sosyal izolasyona yol açtığını ve emosyonel sağlığı etkilediğini bildirmişlerdir (19). Kronik hastalığı olan bireyler hastalığın getirdiği fiziksel ve sosyal sınırlılığı uzun süre yaşamakta, hastalık nedeni ile işini, bağımsızlığını, sosyal gücünü ve özsaygısını kaybedebilmektedir. Bu nedenle bireylerin kronik hastalıkları ve bu hastalığın getireceği yaşam değişiklikleri ile baş etmede sağlık bakım profesyonelleri ve aileleri tarafından desteklenmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların %75.2'sinin sağlık durumunu orta düzey olarak algıladıkları, %21.5'inin günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olduğu, %96.7'sinin bakımına yardımcı olan kişi bulunduğu tespit edilmiştir. Hawkley ve Cacioppo (2002) bir çok sosyo-demografik değişkenin ve özellikle sosyal izolasyon ile yalnızlığın sağlık durumunun kötü olarak algılanmasına neden olan önemli faktörler olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada yalnızlığın stres ve

hastalık arasındaki bağlantı ve geçişde sağlığı dolaylı olarak etkileyen ve potansiyel önemi olan sosyal bir faktör olduğu da belirtilmiştir (20).

Çalışmada hastalara arkadaş ve akrabaları ile ne sık-

**Tablo 1: Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N:121)**

Sosyodemografik Özellikler	n	%
<b>Yaş grubu</b>		
24-34 yaş	8	6.6
35-45 yaş	18	14.8
46-56 yaş	29	24.0
57-67 yaş	36	29.8
68 yaş ve üzeri	30	24.8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	49	40.5
Erkek	72	59.5
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	114	94.2
Bekar	7	5.8
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş aile	26	21.5
Çekirdek aile	95	78.5
<b>Yaşadığı Yerleşim Yeri</b>		
İl merkezi	19	15.7
İlçe	61	50.4
Köy	41	33.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar	40	33.0
İlkokul	64	52.9
Ortaokul	6	5.0
Lise	9	7.4
Üniversite	2	1.7
<b>Mesleği</b>		
Ev hanımı	45	37.1
İşçi	2	1.7
Emekli	35	28.9
Çiftçi	15	12.4
Serbest meslek	18	14.9
Çalışmıyor	6	5.0
<b>Sosyal Güvencesi</b>		
Var	119	98.3
Yok	2	1.7
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden fazla	22	18.2
Gelir gidere eşit	90	74.4
Gelir giderden az	9	7.4
<b>Sahip Olduğu Çocuk Sayısı (n:111)</b>		
1-3	75	67.6
4-6	33	29.7
7-9	3	2.7

lıkta görüştükları ve hayatlarında diyalize bağılı olarak ne gibi değişiklikler yaşadıkları sorulduğunda; %85.2'si arkadaş ve yakınlarıyla sık sık görüştüklarını ve %42.1'i de diyalize bağılı olarak sosyal izolasyon yaşadıklarını ifade etmiştir. Hagerty ve Williams (1999) sosyal destek, çatışma ve özellikle yalnızlığın ruhsal sağlığı etkileyen ve depresyonla ilişkili olan önemli faktörler oldu-

**Tablo 2: Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:121)**

Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%
<b>Diyalize Girme Sıklığı (Hafta/gün)</b>		
Haftada 2 gün	29	24.0
Haftada 3 gün	86	71.0
Haftada 4 gün	6	5.0
<b>Diyalize Girme Süresi</b>		
0-11 ay	11	9.1
1-5 yıl	74	61.2
6-10 yıl	27	22.3
11-15 yıl	8	6.6
16 yıl ve daha fazla	1	0.8
<b>Hayatınızda Diyalize Bağılı Değişiklik Olma Durumu</b>		
Evet	57	47.1
Hayır	64	52.9
<b>*Cevabınız Evet İse Hayatınızda Diyalize Bağılı Olarak Meydana Gelen Değişiklikler (n:57)</b>		
Taşınmak zorunda kalma	13	22.8
İşini bırakmak zorunda kalma	22	38.6
Maddi sorunlar yaşama	2	3.5
Hareket kısıtlılığı yaşama	27	47.4
Sosyal izolasyon yaşama	24	42.1
Seyahat edememe	3	5.3
Ailevi görevleri yerine getiremememe	3	5.3
<b>Sağlığını Algılama Durumu</b>		
İyi	27	22.3
Orta	91	75.2
Kötü	3	2.5
<b>Hastalığı Nedeniyle Günlük Yaşam Aktivitelerinde Başkalarına Bağımlı Olma Durumu</b>		
Evet	26	21.5
Hayır	95	78.5
<b>Bakımına Yardımcı Olan Kişi Bulunma Durumu</b>		
Evet	117	96.7
Hayır	4	3.3
<b>Bakımına Yardımcı Olan Kişi/ Kişiler (n:117)</b>		
Ailem	62	53.0
Eşim	55	47.0
<b>Bir Sorun Yaşadığında Yardım Alabileceği Kişi Bulunma Durumu</b>		
Evet	119	98.3
Hayır	2	1.7

**Tablo 2:** Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:121) (Devam)

<b>*Sorun Yaşandığında Yardım Aldığı Kişi/Kişiler (n:119)</b>		
Ailesi	77	64.7
Eşi	22	18.5
Akrabaları	19	16.0
Arkadaşları	19	16.0
Doktor ve hemşire	1	0.8
<b>Arkadaş ve Yakınlarıyla Görüşme Sıklığı</b>		
Sıklıkla görüşen	103	85.2
Seyrek görüşen	17	14.0
Hiç Görüşmeyen	1	0.8
<b>Kendini Yalnız Hissettiğinde Yaptığı Uygulamalar (n:94)</b>		
Sohbet etme	21	22.3
Ağlama	3	3.2
Gezme	16	17.0
Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma	21	22.3
Uyurum	12	12.8
Çocuklarım, ailemle vakit geçiririm	9	9.6
Hiç bir şey yapmam	12	12.8

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

ğunu; hem sosyal hem de emosyonel yalnızlığın iyileşme sürecini geciktirdiğini bildirmişlerdir (21).

Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu arkadaş ve yakınlarıyla sık sık görüştiklerini belirtmiş olmalarına karşın hastaların yarıya yakını hastalıkları nedeniyle sosyal izolasyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Elde edilen bu bulgu hastaların çevreleriyle olan iletişimleri devam etmesine karşın kendilerini yalnız hissettiklerini ve bu durumda hastalıklarına bağlı olarak çevreleriyle olan ilişkilerinde fiziksel ve sosyal sınırlılıklar yaşamalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Mollaoğlu ve Arslan'ın (2003) çalışmasında diyalize giren bireylere yönelik sosyal desteğin az olduğu ve diyaliz tedavisi başladıktan sonra arkadaş, komşu ziyaretlerinin oldukça azaldığı ve sosyal izolasyon yaşandığı bildirilmiştir (6). Çalışmaya alınan bireylerin kendilerini yalnız hissettiklerinde ne yaptıkları ve boş vakitlerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; %22.3'ünün müzik dinleyip, tv izleyip, kitap okuduğunu belirttiği,

**Tablo 3:** Hastaların Yalnızlık Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Ortalama ve Standart Sapmaları (N:121)

	<b>Ortalama</b>
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	1.85±0.68
2. Arkadaşım yok	1.71±0.90
3. Başvurabileceğim hiç kimsem yok	1.53±0.81
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum	1.98±0.73
5. Kendimi bir arkadaş grubunun parçası olarak hissediyorum	1.82±0.78
6. Çevremdeki insanlarla birçok ortak yönüm var	1.99±0.75
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim	1.52±0.83
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor	3.23±0.64
9. Dışa dönük bir insanım	1.99±0.86
10. Kendimi yakın hissettiğim insanlar var	1.67±0.63
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	1.39±0.71
12. Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir	2.69±0.68
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	1.98±0.89
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1.47±0.80
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim	2.01±0.82
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var	1.67±0.62
17. Bu derecede içim kapanmış olmaktan mutsuzum	2.17±0.97
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller	1.70±0.86
19. Konuşabileceğim insanlar var	1.63±0.61
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var	1.62±0.60

**Tablo 4:** Hastaların Yalnızlık Puanlarının Dağılımı (N:121)

<b>Yalnızlık Düzeyleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Ortalama</b>
Hafif Düzey Yalnızlık (20-34 puan)	48	39.7	37.71±9.76
Orta Düzey Yalnızlık (35-48 puan)	55	45.5	
Yüksek Düzey Yalnızlık (49 puan ve üzeri)	18	14.8	

%22.3'ünün sohbet ettiği, %12.8'inin uyuduğu ve %17.0'inin gezdiğini ifade ettiği belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler yönde Alkan da (1996) yapmış

olduğu çalışmada bireylerin yalnızlıkla baş etmek için kitle-iletişim araçlarını kullandıklarını, başkalarıyla konuştuklarını, ağladıklarını, uyduklarını ve bazen de

**Tablo 5: Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yalnızlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:121)**

ÖZELLİKLER	Yalnızlık Düzeyi		Test Değeri
	Ortalama	Puan Ortalaması SD	
<b>Cinsiyeti</b>			
Kadın	40.81	9.72	t=2.121
Erkek	35.61	9.27	p:036
<b>Medeni Durumu</b>			
Evli	37.19	8.99	t=2.714
Bekar	46.28	17.07	p:008
<b>Mesleği</b>			
Ev hanımı	41.04	9.86	
İşçi	32.50	12.02	F:4.135
Emekli	32.34	6.57	p:002
Çiftçi	40.73	10.42	
Serbest meslek	37.11	10.07	
Çalışmıyor	40.16	10.47	
<b>Gelir Durumu</b>			
Gelir giderden fazla	33.90	5.95	F:4.356
Gelir gidere eşit	37.93	10.14	p:015
Gelir giderden az	44.88	9.63	
<b>Aile Tipi</b>			
Geniş Aile	39.53	9.32	t=2.270
Çekirdek Aile	37.22	9.86	p:025
<b>Sosyal Güvencesi</b>			
Sosyal Sigortalar Kurumu	36.53	9.51	F:3.710
Bağ-kur	38.57	9.50	p:007
Emekli Sandığı	36.66	6.98	
Yeşil kart	45.40	12.97	
Sosyal Güvencesi Olmayanlar	58.50	0.70	
<b>Sağlığını Algılama Durumu</b>			
İyi	33.18	9.93	F:4.137
Orta	39.13	9.44	p:018
Kötü	35.66	6.65	
<b>Sağlık Durumu Nedeniyle Hareket Aktivitelerinde Bağımlı Olma Durumu</b>			
Evet	39.11	9.45	t=2.270
Hayır	37.33	9.85	p:025
<b>Bakımına Yardımcı Olan Kişi Bulunma Durumu</b>			
Evet	37.58	9.49	t=2.025
Hayır	41.75	17.42	p:045
<b>Kendini Yalnız Hissettiğinde Yaptığı Uygulamalar</b>			
Sohbet etme	36.40	9.26	F=4.532
Ağlama	65.00	9.89	p:000
Gezme	33.18	8.76	
Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma	39.09	10.47	
Uyurum	37.66	8.93	
Çocuklarım, ailemle vakit geçiririm	39.44	3.32	
Hiç bir şey yapmam	40.41	10.25	

hiçbir şey yapmadıklarını belirlemiştir (16). Ayrıca literatürde genel olarak hemodiyaliz hastalarının aileleri ile olan ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerinde azalmalar olduğu ve boş zamanı değerlendiren aktivitelere daha az katıldıkları bildirilmektedir (10).

Araştırmada hastaların UCLA yalnızlık ölçeğinin her bir maddesine vermiş oldukları cevapların ortalaması ve standart sapması Tablo 3'de verilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.92'dir. Çalışmada hastaların yalnızlık puanlarının dağılımına bakıldığında %39.7'sinin hafif düzey yalnızlık puanına, %45.5'inin orta düzey yalnızlık puanına, %14.8'inin de yüksek düzey yalnızlık puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık puan ortalaması ve standart sapması  $37.71 \pm 9.76$  olarak belirlenmiş olup hastaların büyük çoğunluğunun orta derece yalnızlık puanına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının orta düzey yalnızlık puanına sahip olmalarında, hastalığın tedavisi ve kabul sürecine ilişkin uyumun, geleceğe ilişkin beklentilerin ve yaşam değişikliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 5'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin yalnızlık puan ortalamaları ile cinsiyet ( $t=2.121$ ,  $p:.036$ ), medeni durum ( $t=2.714$ ,  $p:.008$ ), meslek ( $F:4.135$ ,  $p:.002$ ), gelir durumu ( $F:4.356$ ,  $p:.015$ ), aile tipi ( $t=2.270$ ,  $p:.025$ ), sosyal güvencesi ( $F:3.710$ ,  $p:.007$ ), sağlığı algılama durumu ( $F:4.137$ ,  $p:.018$ ), sağlık durumu nedeniyle hareket aktivitelerinde bağımlı olma durumu ( $t=2.270$ ,  $p:.025$ ), bakımına yardımcı olan kişi bulunma durumu ( $t=2.025$ ,  $p:.045$ ), kendini yalnız hissettiğinde yaptığı uygulamalar ( $F=4.532$ ,  $p:.000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında, kaygı puan ortalamasının kadınlarda, bekar olanlarda, ev hanımı olanlarda, gelirleri giderlerinden az olanlarda, geniş aileye sahip olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, sağlığını orta olarak algılayanlarda, sağlık durumu nedeniyle hareket aktivitelerinde başkalarına bağımlı olanlarda, bakımına yardımcı olan kişi bulunmayanlarda ve kendilerini yalnız hissettiklerinde ağlama davranışı gösterenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların diyalize girme süreleri ile yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $F=1.718$ ,  $p=0.167$ ) bulunmamış olmasına karşın Ocak'ın (2002) çalışmasında bir yıldan daha az süreyle tedavi görmekte olan hastaların yüksek düzeyde yalnızlık pu-

anına sahip oldukları görülmüştür (8).

Günümüzde kronik hastalığı olan pek çok bireyin yaşayabileceği yalnızlık deneyimine karşı sağlık ekibinin bütün üyelerinin özellikle hemşirelerin uygun yaklaşımlarda bulunması önemlidir. Bunun için hemşireler hastalara yalnızlıkla baş etme ve uyum sağlama yollarını gösterebilmeli ve uygun hemşirelik yaklaşımları ile çözüm üretebilmelidir.

### Sonuç

Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık puan ortalaması  $37.71 \pm 9.76$  olarak saptanmış olup hastaların büyük çoğunluğunun orta derecede yalnızlık puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Bireylere, yalnızlık duyguları ve nedenleri hakkında konuşmaları için fırsat verilmesi,
- Bireylerin hastalık hakkındaki duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirilmeleri,
- Bireylerin ne tür sosyal aktiviteleri tercih ettiklerinin belirlenmesi ve bu aktiviteler içerisinde yer almalarının sağlanması,
- Bireylere yönelik rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması ve psikolojik yardım almaya teşvik edilmeleri,
- Bireylerle iletişimde süreklilik sağlanarak, doyuru- cu kişilerarası ilişkiler kurmalarına yönelik olarak desteklenmeleri önerilmektedir.

### Kaynaklar

1. Sertbaş G, Çuhadar D. Diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar. Hemşirelik Forumu 2004; 7(3): 27-31.
2. Akyol AD. Diyaliz hemşireliği. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2004;1(1) :1-9.
3. Türkiye'de Nefroloji- Diyaliz ve Transplantasyon Kayıtları 2007. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2008.
4. Akduran FS. Hemodiyaliz hastalarında beslenmede hemşirenin rolü. Çınar Dergisi 2004; 10(2): 27-29.
5. Kara B. Hemodiyaliz stresör ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Zonguldak SağlıkYüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi 2006; 2(2): 64-71.
6. Molloğlu M, Arslan S. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13(4): 42-46.
7. Yetişen AY, Yılmaz A. Son dönem böbrek yetmezliği hastalarının stres durumlarının değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2004; 1(1): 32-36.
8. Ocak Z. Hemodiyaliz hastalarında yalnızlık ve hemşirelik yaklaşımının belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Bolu, 2002 (Danışman: Doç. Dr. Feray Gökdoğan).

**9.** Özatalay S. Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum, 1990.

**10.** İnce E. Uzun süreli hemodiyaliz hastaları ile romatoid artrit tanısı almış hastaların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1993 (Danışman: Prof. Dr. İsmail Çifter).

**11.** Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Baskı İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, 2004 s. 180-205.

**12.** Kara B, Akbayrak N. Hemodiyaliz: hastalar başatmeyi nasıl öğrenebilirler? Sağlık ve Toplum 2005; 15(3): 3-7.

**13.** Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum:çok yönlü yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 132-136.

**14.** Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S ve ark. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. Kriz Dergisi 2002; 10(2): 29-39.

**15.** Günaydın N. Yaşlı bireylerde yalnızlığın incelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1996 (Danışman: Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu).

**16.** Alkan S. Hastanede yatan bireylerde yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 1996 (Danışman:Yrd. Doç. Dr. Arzu Sezgin).

**17.** Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 43-51.

**18.** Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7(23) 14-18.

**19.** Foxall MJ, Ekberg JK. Loneliness of chronically ill adults and their spouses. Issues in Mental Health Nursing 1989 10(2):149-167.

**20.** Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness and pathways to diseases. Brain Behavior, and Immunity 17, 2003:98-105.

**21.** Hagerty BM, Williams RA. The effects of sense of belonging social support, conflict and loneliness on depression. Nursing Research 1999; 48(4):215-219.

**Yrd. Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**E-Mail:** zelihaceren@hotmail.com



# Kalsiflaksi: Olgu Sunumu

## Calciophylaxis: Case Report

Uzm. Dr. Aziz SÜMER<sup>1</sup>, Yard. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR<sup>2</sup>, Hemş. Mine URAZ<sup>3</sup>,  
Doç. Dr. Çetin KOTAN<sup>4</sup>, Uzm. Dr. A. Nedim SARMAZ<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kaş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANTALYA

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İSTANBUL

<sup>3</sup>Florence Nightingale Hastanesi Organ Nakli Merkezi, İSTANBUL

<sup>4</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, VAN

<sup>5</sup>Ren Med Diyaliz Merkezi, İSTANBUL

### Özet

Kalsiflaksi nadir görülen, patogenezi tam olarak ortaya konulamamış, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, vasküler kalsifikasyonlar ve deri nekrozu ile seyreden bir hastalıktır. Kalsiflaksinin genellikle son dönem böbrek yetmezliği olan hastaları etkileyen, yüksek serum fosfat ve kalsiyum değerlerine bağlı gelişen metastatik bir kalsifikasyon olduğu bilinmektedir. Bu makalenin amacı; hemodiyaliz tedavisi gören ve ayak topuk bölgesinde kalsiflaksi gelişen bir olguyu literatür eşliğinde tartışmaktır.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, Kalsiflaksi, Hiperparatroidizm

### Summary

Calciophylaxis which is seen rarely, unknown exactly pathogenesis, has high mortality and morbidity, present vascular calcifications and skin necroses is a disease. It is known that calciophylaxis affects generally on patients with end-stage renal failure. It is a metastatic calcification produced by high serum phosphate and calcium levels. Aim of the article is to discuss literature together with case who has calciophylaxis on ankle surface and receiving hemodialysis treatment.

**Key words:** Hemodialysis, Calciophylaxis, Hyperparathyroidism

### Giriş

Kalsiflaksi (kalsifik üremik arteriopatide) nadir, genellikle fatal seyreden arterioller tromboz, intimal fibroplazi ve kalsifikasyona bağlı derinin iskemi ve nekrozu ile karakterize vaskülopatik bir hastalıktır. İlk olarak üremi ile ilişkili olabileceği 1898 yılında Bryant ve White tarafından rapor edilmiştir (1,2).

Kalsiflaksinin genellikle son dönem böbrek yetmezliği olan hastaları etkileyen, yüksek serum fosfat ve kalsiyum değerlerine bağlı gelişen metastatik bir kalsifikasyon olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte böbrek fonksiyonları bozulmamış ya da normal kalsiyum fosfat değerlerine sahip bazı olgularda da kalsiflaksi rapor edilmiştir. Kalsiflaksi oluşumunu tetikleyen risk faktörleri hiperparatroidizm, artmış fosfat düzeyi, diyabetes mellitus, kadın cinsiyet, beyaz ırk, hipoalbuminemi, obesite, warfarin kullanımı, protein C ve S eksiklikleri-

dir. Son dönemlerde araştırmacılar kalsiflaktik lezyonlarda kemik matriks proteini osteopontinin varlığını göstermişlerdir (1,3,4). İlerlemiş böbrek yetersizlikli hastalarda seyrek olarak parmak, bilek, bacak derilerinde progressif iskemik ülserasyonlar görülür. Bu lezyonlar diyaliz ve transplantasyon hastalarında da oluşabilmektedir. Bu lezyonlar genellikle lokal tedavilere yanıt vermemekte ve paratroidektomiden sonra çoğu olguda düzelme saptanmaktadır (5).

Kalsiflaksinin tanı kriterleri tartışmalıdır. Bazı klinisyenler tarafından kalsiflaksi tanısı sadece klinik bulgular temelinde konulur iken, diğer bir kısım klinisyen tarafından da biyopsi sonuçları temelinde tanı konmaktadır (6).

Bu çalışmanın amacı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören ve ayak topuk bölgesinde kalsiflaksi gelişen bir olguyu literatür eşliğinde

de incelemektir.

### Olgu Sunumu

Malin hipertansiyona bağlı son dönem böbrek yetersizliği gelişen 44 yaşındaki erkek olgu, 18 yıldır haftada üç kez ve dört saat hemodiyaliz tedavisi programındadır. İlk 14 yıl yüksek kalsiyum (Ca) konsantrasyonlu diyalizat (1.65 – 1.75 mmol/L Ca) ile hemodiyaliz uygulanan hastaya, sonraki dört yıl boyunca düşük Ca konsantrasyonlu (1.25 ve 1 mmol/L Ca) diyalizat ile hemodiyaliz tedavisi uygulandı. Antihipertansif tedavinin yanı sıra, eritropoietin, Ca ve alüminyum içeren fosfat (P) bağlayıcı ajanlar, aktif D vitamini tedavileri rutin olarak uygulandı. Diyetine uyumsuz olan olguda serum intak parathormon (iPTH), serum Ca, P ve Ca x P değerlerinin genelde yüksek olduğu saptandı (iPTH:700-1200 pg/mL, Ca:9,5-11 mg/dL, P:6-8mg/dL, Ca x P:57-88). Serum iPTH, Ca, P değerlerinin yüksek olduğu dönemlerde Ca içeren fosfor bağlayıcı ilaçlar ve aktif D vitamini preparatları kesilerek yerine alüminyum yada Ca ve alüminyum içermeyen fosfor bağlayıcı preparatlar (sevalem) başlandı. Diyaliz tedavisinin 16. yılında ayak topuğunda ani ortaya çıkan, kızarıklık ve ağrı şeklinde başlayan belirtiler çok hızlı bir şekilde ülseratif bir lezyona dönüştü (Resim 1). Periferik nabızlar iki taraflı eşit ve güçlü alınıyordu. Yüksek serum Ca, P değerleri ve Ca x P üretiminin artmış olmasından dolayı hastanın tanısı kalsiflaksi olarak düşünüldü. Distal iskemiye gösteren herhangi bir bulgu saptanmadı. Çekilen direk bacak grafisinde diffüz subkutan arterioller kalsifikasyon tespit edildi.

Histopatolojik inceleme için biyopsi önerilen hasta,

**Tablo 1:** Kutanöz ülserlerde ayırıcı tanı

<p><i>Dolaşım Bozuklukları</i> (venöz staz, periferik damar hastalıkları, nekrotizan vaskülitler)</p> <p><i>Diabetik nöropati</i></p> <p><i>Septik emboliler</i></p> <p><i>Warfarin tedavisi sonrası gelişen deri lezyonları</i></p> <p><i>Travma</i></p> <p><i>Yanıklar</i></p> <p><i>Radyoterapi</i></p> <p><i>Piyoderma ganrenosum</i></p> <p><i>Isırıklar</i></p> <p><i>Tümör (melanom, kaposi sarkomu, metastazlar)</i></p>
--

biyopsiyi kabul etmedi. Olguda ayak topuk bölgesinde oluşan kalsiflaksiye, ilk olarak yara debridmanı ve antibakteriyel pomatlar kullanılarak yara bakımı şeklinde destek tedavisi uygulandı. Bu arada çekilen boyun ultrasonografisinde adenom saptanan hastaya tersiyer hiperparatroidi tanısı ile paratroidektomi önerildi. Hastanın paratroidektomiyi kabul etmemesi nedeniyle yaklaşık bir yıl destek tedavisi uygulanmaya devam edildi. Bir yıl sonra cerrahi tedaviyi kabul eden hastaya subtotal paratroidektomi uygulandı.

### Tartışma

Kalsiflaksi nadir görülen, patogenezi tam olarak ortaya konulamamış, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, vasküler kalsifikasyonlar ve deri nekrozu ile seyreden bir hastalıktır. Üremik hastalarda kalsifikasyonlar orta ve küçük çaplı arterlerin mediasını etkiler ve kalsiyum fosfor birikimi ile karakterizedir (1,2,5,7). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda kalsifikasyonlar arter duvarlarını (vasküler), böbrek, akciğer ve kalp gibi organları (visseral), periartiküler, kutanöz ve subkutanöz dokuları etkileyebilir (5,8).

Kalsiflaksi çoğunlukla olgu sunumları ya da olgu serileri şeklinde literatürde yer almaktadır. Kalsiflaksi lezyonları ani olarak ortaya çıkar ve hızlı ilerler. Lezyonlar tek veya birden fazla olabilir ve genellikle ekstremitelerde ortaya çıkar. Bununla birlikte literatürde gövdede (2), peniste oluşan kalsiflaksi ve gastrik kalsiflaksi olguları da rapor edilmiştir (9,10). Böbrek fonksiyonları ve PTH değerleri normal olan bir olguda osteolitik metastatik meme kanseri ile ilişkili kalsiflaksi bildirilmiştir (11).

Kalsiflaksi daha çok beyaz ırkta ve kadınlarda ortaya çıkmaktadır. Kadın erkek oranı 3:1 düzeyindedir.

**Resim 1:** Ayak topuğunda kalsiflaktik deri lezyonu



Altı aylıktan 83 yaş aralığına kadar kalsiflaksi olguları rapor edilmiştir (2). Diyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezlikli hastaların % 4'ünde kalsiflaksi görüldüğünü bildiren yayınlar da mevcuttur (12).

Kalsiflaksinin tanı kriterleri tartışmalıdır. Kalsiflaksi tanısı sadece klinik bulgular temelinde konulabileceği gibi, biyopsi sonuçları temelinde histopatolojik olarak da konulabilir (6). Kalsiflaksinin diğer kutanöz ülsere neden olan hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Kutanöz ülselerde ayırıcı tanı tablo 1'de gösterilmiştir (5).

**Tedavi önerileri;** lokal tedaviler, serum kalsiyum ve fosfor seviyelerinin düşürülmesi ve buna bağlı olarak oluşan Ca x P üretiminin azaltılmasını içeren medikal tedaviler ve paratroidektomiye kapsayan cerrahi tedaviden oluşmaktadır. Serum Ca ve P seviyeleri; düşük kalsiyum konsantrasyonlu diyalizat kullanımı, Ca içeren fosfor bağlayıcı ilaçların ve aktif D vitamini preparatlarının kullanımının durdurulması ve Ca ve alüminyum içermeyen fosfat bağlayıcı ajan kullanımı ile azaltılabilir. Yüksek kalsiyum konsantrasyonlu diyalizat (1.65 – 1.75 mmol/L Ca) kullanımı hiperkalsemi ataklarına ve Ca x P artmasına neden olarak yumuşak doku kalsifikasyonları oluşma riskini arttırmaktadır (3,5). Sümer ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada düşük kalsiyum konsantrasyonlu diyalizat (1.25 mmol/L Ca) kullanıldığı dönemde PTH düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (13).

Kalsiflaksi tedavisinde sodyum tiyosülfat kullanımının yararlı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (3,12). Kalsiflaksi patogenezinde inflamatuvar değişikliklerin rol oynayabileceği teorisi ile, makrofaj aktivitesi ve lokal proinflamatuvar sitokin üretimi üzerine inhibitör etkisi olan bifosfanatların tedavide kullanılabileceği ile ilgili çalışmalar rapor edilmiştir (7,12).

Son dönemlerde ülsere lezyonu olmayan hastalarda prednisone kullanımı, ülsere lezyonu olan hastalarda ise hiperbarik oksijen tedavileri önerilmekle birlikte; bu tedavilerin güvenilirliği kısıtlıdır ve etkinliğini gösteren prospektif çalışmalar yoktur (3).

Olgumuza ayak topuk bölgesinde oluşan kalsiflaksi nedeni ile ilk başta yara debridmanı ve antibakteriyel pomatlar kullanılarak yara bakımı şeklinde destek tedavisi uygulanmıştır. Hastanın paratroidektomiye kabul etmemesi nedeniyle yaklaşık bir yıl destek tedavisi uygulanmış ve bir yıl sonra hastaya subtotal paratroidektomi

ameliyatı yapılmıştır.

Kalsiflakside mortalite oranı; ülsere olmayan lezyona sahip hastalarda %30 iken, ülsere lezyonu olan hastalarda %80 'lerin üzerine çıkabilir. Ölümünün büyük çoğunluğu hastaların başvurusundan sonraki altı ay içinde olmaktadır (3).

Son yıllarda, tıp alanındaki ilerlemelere paralel olarak kalsiflaksi görülen olgu sayısında azalma görülmüştür. Diyaliz hastalarında, işbirlikçi ekip çalışması ve yakın hasta izlemi ile kalsiflaksi oluşumunun önlenileceğini düşünmekteyiz.

### Kaynaklar

1. Weenig RH, Sewell LD, Davis MD, McCarthy JT, Pittelkow MR. Calciphylaxis: natural history, risk factor analysis, and outcome. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 569-79.
2. Al-Hwiesh AK. Calciphylaxis of both proximal and distal distribution. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2008; 19: 82-68.
3. Cicone JS, Petronis JB, Embert CD, Spector DA. Successful treatment of calciphylaxis with intravenous sodium thiosulfate. *Am J Kidney Dis* 2004; 43: 1104-1108.
4. Himmelfarb J. Hemodialysis complications. *Am J Kidney Dis* 2005; 45: 1122-1131.
5. Sümer A, Sarsmaz N, İşgör A. Sekonder Hiperparatiroidizm. In: İşgör A.(ed.) Paratiroid Hastalıkları ve Cerrahisi. Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul 2006, ss 263-288.
6. Reed KB, Davis MD. The incidence of physician-diagnosed calciphylaxis: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 365-366.
7. Shiraiishi N, Kitamura K, Miyoshi T. et.al. Successful treatment of a patient with severe calcific uremic arteriopathy (calciphylaxis) by etidronate disodium. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: 151-154.
8. Goodman GW, London G. Vascular calcification in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2004; 43: 572-579.
9. Woods M, Pattee SF, Levine N. Penile calciphylaxis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:736-737.
10. Shapiro C, Coco M. Gastric calciphylaxis in a patient with a functioning renal allograft. *Clin Nephrol* 2007; 67: 119-125.
11. Bosler DS, Amin MB, Gulli F, Malhotra RK. Unusual case of calciphylaxis associated with metastatic breast carcinoma. *Am J Dermatopathol* 2007; 29:400-403.
12. Araya CE, Fennell RS, Neiberger RE, Dharnidharka VR. Sodium thiosulfate treatment for calcific uremic arteriopathy in children and young adults. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 1161-1166.
13. Sümer A, Çınar S, Sarsmaz N, Dilaver S, Sezerli M. Hemodiyaliz tedavisinde farklı kalsiyum konsantrasyonlu diyalizatın serum kalsiyum, iyonize kalsiyum, alkalin fosfataz, fosfor ve parathormon düzeylerine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006; 1: 30-35.

**Op. Dr. Aziz SÜMER**

**E-mail:** azizsumer2002@yahoo.com

# Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama

## Evidence - Based Practice in Nursing

Doç. Dr. Nimet OVAYOLU<sup>1</sup>, Hemş. Özge KAPLAN<sup>2</sup>, Öğr. Gör. Özlem OVAYOLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, GAZİANTEP

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, GAZİANTEP

### Özet

Bu derlemeyle son yıllardaki teknolojik gelişmelere paralel olarak, artan hasta beklentilerinin bir sonucu olan hemşirelikte kanıta dayalı uygulama hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önemi tam olarak anlaşılacakla birlikte, uygulamaya geçirildiğinde hemşirelik hizmetlerini geliştirme potansiyelini arttıracak olması ve hemşirelik mesleğine daha bilimsel bir kimlik kazandırması yadsınamaz bir gerçektir. Ancak araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasında yaşanan problemler, hemşirelerin eleştirel düşünme becerisine yeriince sahip olamaması, yöneticilerin kanıta dayalı uygulamada araştırmaların kullanımı konusunda destek vermemesi gibi nedenlerden dolayı kanıta dayalı uygulama kavramı hala tartışılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Kanıt, Hemşirelik, Kanıta dayalı uygulama.

### Summary

The purpose of this research is to provide evidence based practice in nursing as a result of patient expectations in parallel to the recent technological advances. Although the importance of the evidence based nursing practices are not completely understood, if it is applied it has a great potential to improve nursing practices. Moreover it is an unavoidable reality that nursing would gain scientific perspective with the evidence based nursing practice. For the following reasons evidence based practices are still controversial issues; problems in transferring research results to practice, lack of critical thinking capability of nurses and lack of administrator supports in using the results of evidence based practice research.

**Key words:** Evidence, Evidence based practice, Nursing

### Giriş

Günümüzde tüm sağlık profesyonelleri için, uygulamaların en iyi kanıt üzerine temellendirilmesi gereksinimi giderek artmaktadır (1). Çünkü artan sağlık bakım gereksinimlerinin azalan kaynaklarla nasıl karşılanacağı evrensel bir sorun haline gelmiştir. Bu nedenle gelişmiş ülkeler, özel sağlık bakım gereksinimleri doğrultusunda kendi organizasyonlarını ve ekonomik olanaklarını birbirine uygun şekilde düzenleyen politikalar oluşturarak, maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakımının verilmesi için çalışmaktadır. Ülkelerin geliştirdiği sağlık politikaları ve ekonomik güçleri ile maliyet etkili kaliteli bakım sunma isteğinin bir sonucu olarak, kanıta dayalı uygulama kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavram, hastalara en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen klinik kanıtları bir araya getirme ola-

rak tanımlanmaktadır. Yalnızca hekimlerin çalışmalarına yönelik olmayıp, ekip içindeki tüm disiplinlerin bir araya gelmesini vurgulamaktadır (2). Özellikle hemşirelikte ve diğer disiplinlerde verilen hizmetlerin temeli olarak kabul edilmektedir (3). Bu hareketin hızlanmasında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin taleplerinin yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında (malpractice) artış da belirleyici olmuştur. Sağlık bakım uygulamalarının kanıta dayandırılması gereklilikleri olarak; bakım maliyetinde artış, bakımın sadece %20'sinin kanıta dayalı olması, hastaların hatalı uygulama kaygısı, hastaların bilgi taleplerinde artış ve sağlık personeline güvenin azalması konularına dikkat çekilmektedir. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak

gibi sonuçlar açısından önemlidir (4). Amacı hastalara mevcut kaynaklarla etkili sağlık bakımı vermektir (2).

Kanıtı dayalı uygulamanın başlangıcı 1970'li yıllarda Epidemiyolog Dr. Archie Cochrane'a dayanmaktadır. Cochrane, sağlık bakım kararlarını sistematik olarak gözden geçirmiş ve alınan kararların kanıtı dayalı olması gerektiğini belirtmiştir (1). Hemşirelikte kanıtı dayalı uygulamanın gelişimi tıpta olduğundan çok daha yavaş olmuştur. Tıpta kanıtı dayalı uygulama üzerine ilk dergi 1970'de yayınlanırken, hemşirelikte 1998'de yayınlanmıştır (2). Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları, kanıtı dayalı tıp gibi Kanada, İngiltere ve Avusturalya'da başlamıştır. İngiltere, Kanada ve Yeni Zelanda'da hemşirelik kanıt merkezleri oluşturulmuştur. Hemşirelikte araştırma konusunda model geliştiren Stetler, Amerika Birleşik Devletleri'nde kanıtı dayalı hemşirelik uygulaması ile ilgilenen ilk hemşirelerdendir. Türkiye'de kanıtı dayalı hemşirelik konusu ilk kez 2000 yılında Platin tarafından, ülkemizde kanıtı dayalı hemşireliğin uygulama engelleri ele alınarak gündeme getirilmiştir. Kara ve Babadağ tarafından 2003 yılında yayımlanan "Kanıtı Dayalı Hemşirelik" konulu ilk makalede konu ile ilgili temel kavramlara ve tartışmalara yer verilmiştir (5). Günümüzde hemşireler kendi uygulamalarını tanımlamak için kanıtı dayalı uygulama ve kanıtı dayalı hemşirelik terimlerini kullanmaktadır (2).

### Kanıt

Türk Dil Kurumu sözlüğünde "kanıt" sözcüğü, bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda kanaat verici belge, delil, iz" olarak tanımlanmaktadır (6). Kanada'nın ulusal raporunda ise kanıt, uygulamanın değerlendirilmesinde tarihsel ve bilimsel temelli bilgi olarak tanımlanmaktadır. Kanıt, araştırmalardan, incelemelerden, hastalardan alınan geri bildirimlerden ve uzmanlardan elde edilebilir. Özellikle kliniksel etkili kanıtların

hasta bakımında kullanılması kanıtı dayalı uygulamaların temel taşıdır (1). Kanıtı dayalı uygulama, aynı zamanda klinik problemi tanımlama, literatürü araştırma, araştırma bulgularını değerlendirme ve müdahaleye karar vermekten oluşan problem çözücü bir yöntemdir (7). Bu kavram, bakım verenleri hasta değerlerine duyarlı hale getirerek, en uygun hasta bakım kanıtını ve klinik deneyi, hastaya yönelik bir karar verme işlemiyle bütünleştirir (8). Böylece daha iyi klinik kararlara ve hasta sonuçlarına varılmasını sağlar (9), araştırma ile uygulama arasındaki uçurumu kapatmayı amaçlar (5). Ayrıca, araştırma kanıtlarının klinik uzmanlıkla birleştirilerek, hastanın değerleri ve kültürleri dikkate alınarak kullanılmasını sağlar. Bu durum, en iyi kanıtın klinik kararlarla birleştirilmesinin ve hasta merkezli bakımın önemini ortaya koyar (3).

Kanıtı dayalı uygulama çok farklı şekillerde kullanılırken, Sackett ve arkadaşları aşağıda belirtilen beş basamaktan oluşan bir süreç olduğunu belirtmiştir.

- Klinikteki soruların yanıtlanması; en iyi kanıt bu sorulara yanıt vermeye odaklanır,
- En önemli kanıtı belirlemek- bu kanıtı inanılabilir mi?
- Kanıtın gerçek anlamı nedir?
- Kanıtı klinik probleme uygulamak,
- Uygulamalara etkisini değerlendirmek (1).

Araştırma kanıtları, araştırmanın tipine göre 5 grupta toplanmaktadır (Tablo 1). Bu sınıflandırma, araştırmanın bilimsel niteliğini göstermektedir (3).

Kanıtı dayalı tıp bir kanıt hiyerarşisi tanımlamıştır: Birinci derecede kanıtlar, yaygın olarak gü-venle kullanılabilir. İkinci derecede kanıtlar, çe-şitli ortamlarda kesinliği ve uygunluğu sınanarak kullanılabilir. Üçüncü derecede kanıtlar, daha zayıftır, dikkatle ve kanıtın geliştirildiği ortamda kullanılmalrı daha doğrudur. Dördüncü derecede kanıtlarda ise kuralın daha çok çalışıl-

**Tablo 1:** Araştırmalardan Elde Edilen Kanıtların Düzeyi

Kanıtın düzeyi/gücü	Araştırmanın tipi
1	<i>İyi planlanmış, randomize kontrollü çalışmalara yönelik en az bir sistematik derlemeden elde edilen güçlü kanıt.</i>
2	<i>İyi planlanmış, yeterli örnekleme içeren en az bir randomize kontrollü çalışmadan elde edilen güçlü kanıt.</i>
3	<i>Kohort ya da uygun şekilde eşleştirilmiş olgu kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt (yarı deneysel).</i>
4	<i>İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalardan elde edilen kanıt (tanımlayıcı çalışmalr, kalitatif çalışmalr).</i>
5	<i>Saygı duyulan otoritelerin görüşleri, uzman komitelerin raporları.</i>

ması gerektiği anlaşılır (5, 10).

### Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulaması

Hemşirelik biyo-fizyolojik olayların yanı sıra ruhsal ve toplumsal etkileşmelerin sentezine dayandırılmış zengin bir içerikle uygulamalarını yürüten ve her geçen gün gelişen bilim ve sanattan oluşan bir disiplindir (11). Kanıtı dayalı hemşirelik, bakım ortamlarında hemşirelerin, klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar alma süreci olarak tanımlanmaktadır (12). Başka bir deyişle kanıtı dayalı hemşirelik; hastaların her boyuttaki sorun ya da sorunlarını (ne olduğunu, nedenlerini), hastalıklarının belirti ve bulgularını, seyrini, verilerini, bakımını, tedavisini, bireye, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yükü anlamayı, kavramayı ve gereğini yapmayı içeren bir kavramdır (Kanıtı dayalı hemşirelik <http://www.akdeniz.edu.tr/sag/atalay.doc> Erişim:11.06.2008.). Kanıtı dayalı/kanıt temelli hemşirelik; bakımda var olan en iyi, en yeni bilimsel kanıtlara göre karar vermenin önemini vurgular ve karar verme sürecinde araştırma sonuçlarını kullanır (Kanıtı dayalı hemşirelik ve uygulama. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/bakim\\_teknolojisi\\_yenilikler.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/bakim_teknolojisi_yenilikler.pdf) Erişim:10.12.2007). Kanıtı dayalı uygulama, hemşirenin kendi uygulamasına eleştirel gözle bakmasını ve hangi uygulamalarının geleneksel anlayışlara dayalı olduğunu belirlemesini gerektirir. Hemşirenin sürekli olarak kendini geliştirmesini ve literatürdeki bilgilere ulaşmasını, araştırma ve uygulama arasındaki boşlukları azaltmasını içerir (3). Hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülebilmesi her şeyden önce klinik uygulayıcı olan hemşirelerin, çağdaş hemşirelik anlayış ve kavramlarını benimsemesi, bilimsel yöntem ışığında uygulamalarda bilgi üretmesi, uygulama ortamlarında üretilen diğer hemşirelik bilgilerini bu anlayışlar çerçevesinde analiz etmesi ile mümkündür (13).

### Hemşirelik Uygulamaları

#### Neden Kanıtı Dayandırılmalıdır?

Son yıllarda hemşirelikte kanıtı dayalı uygulamalar ile ilgili literatürde artış olmasına karşın bu konuyu tartışan bazı hemşire araştırmacılar günümüzde hala hemşirelik uygulamalarının sadece deneyimler, sezgiler, geleneksel yaklaşımlar ve test edilmemiş teorilere dayalı olduğunu belirtmektedir (1). Ancak hemşirelikte uygu-

lamaların bilimsel teorilere dayandığını gösterme gereksinimi giderek artmaktadır (3). En iyi kanıt bilimsel araştırmalardan elde edildiğine göre, hemşirelik bakımının da araştırma temeline dayandırılması gerekir (2). Hemşirelikte bilimsel yöntem kullanılarak yapılan araştırmalar, gelecekte hemşireleri deneyimlere dayalı kararlardan, kanıtı dayalı karar verme bilincine taşıyacak, kendi bilgisini üreten hemşirelik, bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda daha fazla sorumluluk alacaktır (14). Kanıtı dayalı uygulama daha bilimsel olmayı hedefleyen hemşirelere ve diğer klinik çalışanlarına uygulamalarında sahip olmaları gereken ve sağlık bakımına aktarmaya yarayan en iyi araçları sağlayacaktır (9). Hemşireler bilimsel araştırmalar yaparak mesleğin gelişimine katkıda bulunacak, bilimsel problem çözme metotlarını sorunlarının çözümünde kullanacaktır.

Hasta bakımında kanıtı dayalı uygulamayı kullanma, uygun araştırma kanıtlarını bulmayı, araştırmayı yorumlarken istatistiğe ilişkin bir anlayış geliştirmeyi ve girişimin hastaya etkisini değerlendirmeyi gerektirir. Araştırmacının uygulamaya anlamlı bir şekilde aktarılması için araştırmacı ve klinikteki hemşirenin birlikte çalışmalarına bir temel sağlar (3). Bu bilgiler, daha kaliteli bakım verme sorumluluğu açısından her türlü hemşirelik kararlarının kanıtı dayandırılması gerektiği sonucunu ortaya çıkarmaktadır (4). Kanıtı dayalı hemşirelik bakımının güçlenmesi için; hemşirelerin bağımlı fonksiyonlarından çok, bağımsız fonksiyonlarını ön plana çıkarmaları, eleştirel düşünerek karar verme ve sorun çözme gibi becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir (15). Eleştirel düşünme sadece düşünmek değil, aynı zamanda kendi kendini geliştirmek için nelerin etkili olduğunu bilincine varmaktır. Kendi kendini geliştirme de, bireyin düşünürken kullanacağı standartlar konusundaki becerisiyle ilgilidir (16). Eleştirel düşmenin temelinde; kendi düşüncelerimizi gözlemleyebilme ve bunları anlamlandırabilme yeteneği yatar (Kanıtı dayalı tıp. [http://www.medicine.ankara.edu.tr/basic\\_medical/basicmed/kdtindex.htm](http://www.medicine.ankara.edu.tr/basic_medical/basicmed/kdtindex.htm) Erişim:10.12.2007)

Eleştirel düşünme sürecinin becerileri arasında; kanıtlanmış gerçekler ve öne sürülen iddialar arasındaki farklılığı yakalayabilme, elde edilen bilgilere ait kaynakların güvenilirliklerini test edebilme vardır. Ayrıca, ilişkisiz bilgileri kanıtlardan ayıklayabilme, ön yargı ve bilişsel hataların farkında olabilme, tutarsız yargıların farkına varabilme, etkili soru sorabilme, sözlü ve yazılı

dili etkili kullanabilme, bireyin kendi düşüncelerinin farkına vardığı üst biliş ve benzerleri de yer alır. Bu beceriler, eleştirel düşünme eğiliminin de temelini oluşturmaktadır (17).

### **Kanıt Dayalı Uygulamada Eleştirel Düşünme**

Hızlı teknolojik gelişmeler, artan hemşirelik araştırmaları ve hasta beklentileri hemşireleri “daha bilimsel olmaya” ve “eleştirel düşünme” becerilerini geliştirmeye itmektedir. Günümüzde hemşirelikte bilim ve sanatın araştırmaya/bilgi temeline dayalı olarak uygulanması gereksinimi her geçen gün daha da artmaktadır (18). Kanıt dayalı uygulamayı desteklemesi gereken bilgi, beceri ve işlemler arasında eleştirel düşünme en önemli araçlardan birisidir. Eleştirel düşünme, bir kanıt ya da öneriyi değerlendirirken, o bilgiyi doğruladığı halde, ona karşı çıkan araştırma, inanç ve hareketleri mantıklı sebeplere dayanarak objektif olarak yargılama ve bunu yaparken düşünce tarzını da sorgulama ve izleme yeteneğini içerir (19). Eleştirel düşünme gibi hızlı ve dinamik değişiklikler sağlık bakım sisteminde geleneksel eğitim sürecinden ziyade, daha kapsamlı, daha güçlü ve bütüncül yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. İşte bu kapsamlı ve bütüncül yaklaşım eleştirel düşünmenin temel olarak adlandırılmaktadır (20). Bu kavram; analiz etme, sonuç çıkarma ve değerlendirme gibi kognitif yetenekler yoluyla karar verme süreçlerini geliştiren bir beceridir (20). Profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünme, hemşirelik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgiler ışığında neye gereksinim olduğunun saptanması, birçok olası yaklaşımdan birinin seçilmesi, uygulanması ve işlemin sonuçlarının değerlendirilmesi gibi özellikleri içeren vazgeçilmez bir düşünce sürecidir (17). Bu yetenek hemşirelerin bağımlı ve bağımsız karar vermesini güçlendirir. Karşılaştığı durumlara ilgili; analiz-sentez yapabilme, neden-sonuç ilişkisini kurabilme, tümevarım-tümdengelim mantığıyla düşünebilme, durumları yorumlama gibi entelektüel yeteneklerini geliştirir (21). Bu bilgiler ışığında çoğu zaman birden çok seçeneği düşünmek ve hızlı karar vermek zorunda olan hemşireler için eleştirel düşünme büyük önem taşımaktadır (22). Özellikle uygulama alanlarında hızlı ve doğru kararların alınmasıyla karşı karşıya olan hemşirelik mesleğinde, eleştirel düşünme gücüne sahip bakım verenlerin akılcı kararlar alması açısından da bir

zorunluluktur (23). Bütün bunlardan anlaşılacağı gibi; akılcı kararların alınması, mesleki gelişimin devam ettirilmesi ve alternatif yaklaşımların belirlenmesi eleştirel düşünme yoluyla gerçekleştirilir (19). Görüldüğü gibi hemşirelerin eleştirel düşünme becerisini geliştirmeleri, mesleğin bilime inanan, bilimsel gerçekleri araştırıp uygulayan ve uygulamalarını kanıt dayalı olarak gerçekleştiren bir disiplin olmasında olmazsa olmaz faktörlerden biridir (24).

### **Eleştirel Düşünme Eğiliminin Önündeki Engeller**

Hemşireler yaşam boyu öğrenmek, profesyonel olarak gelişebilmek, başkaları ile etkili çalışabilmek, hedeflenen sonuçlara ulaşmak, toplumu değiştirmek ve kültürler arası realiteyi geliştirmek için eleştirel düşünmek zorundadır (17). Ancak gerek dünyada gerekse ülkemizde bu durum ile ilgili ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Yapılan bir araştırmada, hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin istenilen düzeyde olmamasının; eğitim sistemindeki farklılıklar, iş yoğunluğu, kurumun işleyişi, rutini yerine getirme beklentisi, iş doyumsuzluğu, eleştirel düşünmeyi destekleyici ve uyarıcı yönetsel yaklaşımların sınırlı olması gibi nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır (18). Diğer taraftan hemşirelerin bireysel farklılıkları, hemşirelik sürecini etkin kullanamamaları, eleştirel düşünme gibi entelektüel becerilerini kullanmak yerine daha çok bağımlı hemşirelik işlevlerini yerine getirmelerinin beklenmesi, düşünsel gelişim gösterememe ve farklı bakış açıları geliştirememesi gibi faktörler de sayılabilir (20). Bütün bunlar da hemşirelik bakımının içeriğine ve niteliğine dinamik bir boyut getiren eleştirel düşünme becerisini, hizmette kaliteyi, etkinliği ve yeterliliği, meslekte profesyonelliği, otonomi ve güç sahibi olmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (24).

### **Hemşirelikte Kanıt Dayalı Uygulamada Engeller**

Günümüzde hemşirelikte üretilen yeni bilgilerin uygulamaya aktarılmasının yetersiz olması, klinik uygulamaların çoğunlukla sezgiler, kişisel deneyimler ve alışkanlıklar doğrultusunda yapılmasına neden olmaktadır. Ayrıca geleneksel sağlık hizmetlerinin standartları ve doğasının değişken olması nedeniyle de hastalara kaliteli sağlık bakımı verilmesi, kanıt dayalı bakım yerine tesadüfen gerçekleştirilebilmektedir (2). Bu nedenle hemşirelik uygulamasında kanıt kullanımını incelemek için geliştirilen ölçme araçları, hemşirelerin bilgi kaynakları-

na ve araştırma kanıtının kullanımına engel olan faktörlere odaklanmaktadır (21). Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulamayı geliştirmek için, bu alandaki bilgi ve becerinin uygulanmasında karşılaşılan engellerin azaltılması gerekir (3). Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması, bakım kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir etken olarak görülmektedir. Ancak yapılan bir çalışmada hemşirelerin araştırma ve sonuçlarını istenilen düzeyde kullanmadığı ve kanıta dayalı hemşirelik konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir (25). Uygulama alanlarında araştırma bulgularının kullanımına ilişkin belirlenen engeller şöyle sıralanabilir;

- 1- Kanıta dayalı bakıma ilişkin bilgi eksikliği,
- 2- Hemşirelerin yapılan araştırmalar konusunda yeterli bilgilerinin olmaması,
- 3- Hemşirelerin araştırmaları okuyacak yeterli zamanının olmaması,
- 4- Klinikte yeni bilgileri uygulayacak yeterli zamanın olmaması,
- 5- Araştırma raporlarına kolayca ulaşamaması/ilgili literatüre ulaşma güçlüğü,
- 6- Hemşirenin kendisini hasta bakımında değişiklik yapabilecek yeterlilikte hissetmemesi,
- 7- Araştırma bulgularını değerlendirme ve istatistiksel analizleri anlama konusunda bilgi eksikliği,
- 8- Yöneticilerin uygulama alanında araştırma sonuçlarının kullanımı konusunda destek olmamasıdır (3).

Kanıta dayalı uygulamanın önündeki engelleri ortadan kaldırmada, hemşirelerin araştırma sonuçlarını uygulamaya aktarmalarının değerini fark etmeleri oldukça önemlidir (3). Ayrıca profesyonel hemşirelik kurumları ile işbirliği yapılması da kanıta dayalı uygulamaların gerçekleşmesinde önemli bir rol oynar. Çünkü bu kurumlar, hemşireleri ve hemşirelik mesleğinin ilgilerini temsil eden profesyonel ağlar kurmayı, hükümeti ve politika yapanları etkilemeyi ve hemşirelerin temel değerlerini koruyup desteklemeyi amaçlar (26). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının yaşama geçirilebilmesi için öncelikle hemşirelerin, araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine ve uygulamaları bilimsel bilgiye dayandırma kültürü ile gerçekleştirilmesine gereksinim vardır (5). Kanıta dayalı uygulama sürecine ilişkin eğitim, konferanslar, hemşireler arasında etkileşimi gerektiren interaktif eğitim toplantıları ve eğitim materyalleri ile yapılabilir. Günümüzde ve gelecekte araştırmacıların, hastane yöneticilerinin ve klinik-

te çalışan hemşirelerin, araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasında en etkili stratejileri belirlemek için birlikte çalışılmasına gereksinim olacaktır (3). Bilim dalları içerisindeki işbirliği de kanıta dayalı uygulama yeniliklerinin yaygınlaşmasını sağlayacaktır (27).

**Sonuç olarak;** kanıta dayalı uygulama hastalara maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi için önemlidir. Bu hizmetin sağlanabilmesi için kanıta dayalı uygulamayı engelleyen nedenlerin ortadan kaldırılması ve hemşirelerde araştırma becerisinin geliştirilmesi gerekir. Bu da ancak inançları, değerleri ve algıları etkileyen bir eğitim ile gerçekleşebilir (2). Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim programlarında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının öğretimi ve projeler geliştirilmesine fırsat sağlayacak biçimde düzenlemeler yapılmasına gereksinim vardır. Hemşirelik eğitiminde araştırma süreci konusunda verilen eğitimin geliştirilmesi ve araştırmanın yararlarının vurgulanması da önemlidir. Çünkü araştırma sürecine ilişkin eğitimin yetersizliği, araştırmanın yararlarının anlaşılmasını güçleştirmektedir (3). Ülkemiz hemşireliğinin, henüz sadece kuramsal düzeyde ele aldığı bu konuda atacağı ilk ve en önemli adım, uygulamalarını kanıta dayandırma sorumluluğunu ve niyetini gözden geçirmek olacaktır (5).

## Kaynaklar

1. Yurtsever S, Altıok M. Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;20(2): 159-166.
2. Yılmaz M. Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(1): 41-48.
3. Çavuşoğlu H. Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27: 398-406.
4. Platin N. Kanıta dayalı hemşirelik, 2. Uluslar Arası 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 2003.
5. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5: 61-69.
6. Çaylı S. Kanıta dayalı tıp. Türk Nöroşirurji Derneği Bülteni 2007;1(14): 47-51.
7. White SJ. Evidence-based practice and nursing: the new panacea? Br J Nurs. 1997;13-26;6(3):175-178.
8. Spasser MA. Evidenced-based nursing resources. Medical Reference Services Quarterly 2005; 24(2): 71-85.
9. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. J. Prof Nurs 2005;21(6): 335-344.
10. Fidaner H. Kanıta Dayalı Tıp ve Psikiyatri, Yeni Symposium 2002; 40 (1): 15-19
11. Bayık A. Hemşirelik disiplini ve araştırma, Hemşirelikte Araştırma



İlke Süreç Ve Yöntemleri, I Erefe (eds), Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, Yayın No:1, Odak Ofset, İstanbul, 2002, ss13-26.

12. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. Evidence-based Nursing 1998;1(2): 38-40.

13. Karagözoğlu Ş. Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 13(2): 64-71.

14. Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8(2): 1-8.

15. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3): 42-51.

16. Güven M, Kürüm D. Öğrenme stilleri ve eleştirel düşünme arasındaki ilişkiye genel bir bakış. Sosyal Bilimler Dergisi 2006; 1: 75-90.

17. Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N. Eleştirel düşünme ve hemşirelik. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7): 17-27

18. Eşer İ, Khorsid L, Demir Y. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(3): 13-22.

19. Özer N. Kritik düşünme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(2): 63-67.

20. Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14(Hemşirelik Özel Sayısı): 73-78.

21. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, et al. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. J Adv Nurs. 2007;57(3):328-338.

22. Atalay M, Tel H. Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3(2): 47-54.

23. Kaya H. Eleştirel düşünme gücü ve yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1998;2(2): 94-96.

24. Öztürk N, Ulusoy H. Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2008;1(1): 15-25.

25. Yava A, Tosun N, Çiçek H, ve ark. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında engeller ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. Gülhane Tıp Dergisi 2007;49(2): 072-080.

26. Holleman G, Eliens A, van Vliet M, van Achterberg T. Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: Literature review. J Adv Nurs. 2006;53(6): 702-709.

27. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. Image J Nurs Sch. 1999;31(4): 317-322.

**Doç. Dr. Nimet OVAYOLU**

**E-Mail:** ovayolu@gantep.edu.tr

# Periton Diyalizinde Evde Bakım

## Home Care of Peritoneal Dialysis

Yrd. Doç.Dr. Mualla YILMAZ

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD, MERSİN

### Özet

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle periton diyalizi tedavisi olan bireyler kronik bir hastalığın olumsuz etkilerinin yanı sıra hastalıklarının semptomları ve tedavisi ile uğraşmak zorundadırlar. Periton diyalizi yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın ailesi ve çevresini de etkilemektedir. Daha üretken, mutlu, doyumsuz ve kaliteli bir yaşam için periton diyalizi tanısı alan hastayı ve hastanın çevresini bir bütün olarak ele alan evde bakım; hastanın tedaviye aktif katılımı, kendi kendine yetebilmesi ve ev ortamında sorunlarla baş etme yollarını bilmesi, yaşam kalitesini artırması açısından son derece önemlidir. Periton diyalizinin başarısı hasta eğitime ve düzenli takiplere bağlıdır. Eğitimin etkinliğini ve evdeki bakımı değerlendirmek için düzenli hasta takipleri yapılmalıdır. Hasta takipleri; telefonla iletişim, klinikte kontrol, hastanın ev kayıtlarını değerlendirme ve ev ziyaretleri ile yapılabilir. Periton diyaliz tedavisi hastanın bağımsızlaştırılması ilkesine dayanır. Ev ziyaretleri tıbbi ve psiko-sosyal destek vermek, verilen eğitimin ev koşullarına adaptasyonunu değerlendirmek ve bilgi eksikliğini gidermek amacı ile yapılır.

**Anahtar kelimeler:** Periton Diyalizi, Evde Bakım, Hemşirelik

### Summary

Patients who go through peritoneal dialysis due to chronic renal failure have to struggle with not only the negative effects of the ailment but also its symptoms and treatment. Peritoneal dialysis affects not only the patient but also his/her family and his/her environment. Home care is extremely important for the patient with peritoneal dialysis to increase the quality of his/ her life, to deal with problems at home, to be self-sufficient, to actively participate in the treatment, to perceive his/ her environment as a whole and to lead a happy, satisfied and quality life. The success of peritoneal dialysis depends on the regular follow-ups and the education of the patient. Regular patient follows-ups should be done in order to evaluate the efficiency of education and home care. Patient follow-ups could be done/ made by telephone calls, check-ups in the clinic, evaluation of home records of the patient and home visits. Peritoneal dialysis treatment is based on the principle of making the patient independent. Home visits are made/done in order to give the patient medical and psycho-social support, to evaluate whether education/ training given is well-adapted to home conditions and to obtain more information on the patient.

**Key words:** Peritoneal Dialysis, Home Care, Nursing

### Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle periton diyalizi tedavisi olan bireyler kronik bir hastalığın olumsuz etkilerinin yanı sıra hastalıklarının semptomları ve tedavisi ile uğraşmak zorundadırlar. Periton diyalizi yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın ailesi ve çevresini de etkilemektedir. Daha üretken, mutlu, doyumsuz ve kaliteli bir yaşam için periton diyalizi tanısı alan hastayı ve hastanın çevresini bir bütün olarak ele alan evde bakım; hastanın tedaviye aktif katılımı, kendi kendine yetebilmesi ve ev ortamında sorunlarla baş etme

yollarını bilmesi, yaşam kalitesini artırması açısından son derece önemlidir (1,2).

Evde Sağlık Bakımı: Kişinin sağlık sorunu nedeniyle hastane koşullarına ihtiyacı olmadığında uygun koşullar sağlanarak sağlığı geliştirmek, korumak, sürdürmek, düzeltmek ya da sakatlık, hastalığın etkisini en aza indirerek, bağımsızlığını en yüksek düzeye çıkarmak amacıyla birey ve ailelere yaşadıkları ortamda sunulan kapsamlı sağlık hizmetleridir (3). Evde bakım hizmetleri; birey ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile bütüncül olarak dikkate alın-

masını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Çağdaş hemşirelik anlayışında; bakım verme, eğiticilik, danışmanlık, liderlik, hasta savunuculuğu gibi birçok role sahip olan hemşireler, bu ekibin önemli bir üyesidir (3). Hemşirelerin amacı; sağlığı ve refah düzeyini yükseltmek, hastalığı önlemek, en iyi sosyal ve fiziksel rehabilitasyonu sağlamaktır. Periton diyalizi hemşiresinin rolü hastaların kendi öz bakımlarını yapmalarına destek ve teşvik etmeyi içerir (4). Hemşirelik bakımının primer amacı hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlamak, hastayı diyet, sıvı kısıtlaması ve tedaviye uyum konusunda eğitmektir. Bu arada sosyal, çevresel, kültürel ve ailesel faktörlerin hastanın sağlık ve esenliğini etkilediği göz ardı edilmemelidir. Brindle ve Brown evdeki diyaliz hastasının bakımında; semptomların kontrolü, destek ve öneriler, hemşirelik bakımının koordinasyonu, uygulamada ortaya çıkan gereksinimlerin karşılanması ve eğitim olmak üzere beş amaç olduğunu belirtmektedir (5).

Periton diyalizi programında uzman ve iyi yapılandırılmış ev ziyaretleri programı, hasta komplikasyonlarını önlemek, hastanın gelecekteki komplikasyonlarını önlemek ve tıbbi problemlerin erken tanısını yapabilmek, müdahale ve beslenme durumlarının takibinde uygun değişim yapabilmesi için zorunludur. Periton diyalizi hastasının düzenli ev ziyaretleri ile izlenmesi, yaşam kalitesini ve yaşamı sürdürmesini doğrudan etkiler. Bu klinik eğitim koordinatörü periton diyalizi merkezi ile hasta arasında bir bağ görevi görür buda periton diyalizi programının başarısında hayati bir rol oynar (2). Periton diyalizi eğitimi genellikle diyaliz ünitelerinde yapılmaktadır. Ev ziyaretleri ile de evde eğitim sürdürülmektedir. Böylece hastanın yaşadığı alanda eğitimi değerlendirme fırsatı elde edilmektedir. Ayrıca diyaliz ekibi ev ziyaretleri yaparak ev ve ünite arasında bakımın sürekliliğini sağlamakta, eğitimin amaçlarını, gözlem ve değerlendirme yaparak hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır (6). Periton diyalizinin başarısı hasta eğitimine ve düzenli takiplere bağlıdır. Eğitimin etkinliğini ve evdeki bakımı değerlendirmek için düzenli hasta takipleri yapılmalıdır. Hasta takipleri telefonla iletişim, klinikte kontrol, hastanın ev kayıtlarını değerlendirme ve ev ziyaretleri ile yapılabilir. Hastanın bağımsızlaştırılması ilkesine dayanan periton diyaliz tedavisinde ev ziyaretleri; tıbbi ve psiko-sosyal destek vermek, verilen eğitimin ev koşullarına adaptasyonunu değerlendir-

mek ve bilgi eksikliğini gidermek, hastaların diyaliz odaları gözlemlenerek ev koşullarında uygun ortamı oluşturmak, hastanın eğitimini tekrarlamak, eğitimin devamını sağlamak, hastanın ailesini tanıyarak hastayla ilgili daha geniş bilgi elde etmek, hasta yakınlarını bilinçlendirmek ve ailenin hastaya destek olmasını teşvik etmek, hastanın hastaneye gelme ve hastanede yatma sıklığını azaltmak, peritonit oluşumunu önlemek, hastanın sosyal statüsüne dönmesini sağlamak ve geliştirmek, evi ile hastane arasında köprü oluşturmak amacı ile yapılır (6,7,8).

Periton diyalizi hemşiresinin ev ziyaretinde dikkat etmesi gereken önemli noktalar ise; ev ziyaretiyle ilgili form hazırlanmalı, gidilecek hastalar belirlenmeli ve mutlaka randevu alınarak gidilmeli, hastanın eksiklikleri düzeltilirken özenle yaklaşılmalı ve destek olunmalıdır.

Evde bakım sisteminde kilit insan gücü olarak nitelendirilen hemşirenin en önemli rolü hasta ve ailelerine sağlıklarını ve yaşamlarını olumlu etkileyecek "sağlık davranışlarını öğretmek ve hastanın öz-bakım gücünü geliştirmektir. Periton diyalizi hemşiresi ev ziyaretlerinde hastasına periton diyalizi ünitesinde verdiği eğitimin ne kadarını davranışa dönüştürdüğünü, evde nasıl uygulama yaptığını ve ev ortamını değerlendirmelidir. Periton diyalizi hemşiresi, eğitim sırasında veya sonrasında hastasına öğrenme yolunda sağladığı ilerlemenin sürekli ve sistematik olmasına önem vermelidir (5). Ziyaret süresince hastanın diyalizi, yaşam biçimi ve günlük rutini ile nasıl bağdaştırdığı, ailenin uyumu, desteği ve işlemin içinde yer alması da değerlendirilmelidir. Hemşire hastanın sorunlarını saptayıp gerekli yardımı sağlarken, hastaneye gelmeyen aile bireylerine temel bilgiler vererek onların hastalığı kabullendirici tutumlar geliştirmesine yardımcı olmalıdır (6,7,8).

Periton diyalizi uygulamaları için uygun ev ortamının düzenlenmesi çok önemlidir. İdeal uygulama odası güneş gören, tozdan arındırılmış ve fazla eşyanın olmadığı bir odadır. Koşullar uygun değilse, evin az kullanılan temiz bir odası tercih edilmelidir. Bu odada hayvan ve çiçek olmamalıdır. Periton diyalizi tedavisi alan hastaların eğitimleri düzenli olarak tekrar edilmeli, ev ziyaretleri yapılarak uygulamaları ve ev ortamları değerlendirilmelidir (7,9). Periton diyalizi hemşireleri ev ziyareti yaparken hastanın oturduğu evin tipi, banyo ve uyku olanakları, aydınlanma koşulları, havalandırma, mutfak

kültürleri vs. konusunda dikkat etmeleri gerekir. Tüm bunlar periton diyalizi ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde oldukça önemlidir (4,9,10). Hastayı evinde ziyaret eden hemşire her hasta ile yakın ve samimi ilişki kurmak için iyi bir fırsat yakalamış demektir. Hastanın sorunlarını ve eksikliklerini saptayıp gerekli yardımı verirken, hastaneye gelemeyen ailenin diğer üyelerine de yöntemle ilgili temel bilgilerin verilmesi ve onlarında hastalığı kabullenici tutumlar oluşturmasına yardım edecektir. Hastanın hastaneye tekrarlı yatışını da önlemiş olmaktadır (8,9,11,12).

Periton diyalizi tedavisi olan bireylere nitelikli evde bakım hizmeti sağlanırsa bireylerin yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenecek ve dolayısıyla tedavide kalma süreleri ve yaşam süreleri de artacaktır.

*2.Ulusal Evde Bakım Kongresi'nde (2008) poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

### Kaynaklar

1. Yücel L, Güvenç S, Ekiz S ve ark. Periton Diyalizinde Hasta Eğitiminin Tekrarlanan Ev Ziyaretleri İle Denetlenmesi. 17.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ekim, 2007.
2. Nayak KS, Sinoj KA, Subhramanyam SV et al. Our experience of home visits in city and rural areas. Perit Dial Int.2007 Jun;27 Suppl 2: 27-31.
3. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003, 7, (2): 15-22.
4. Castro MJ, Celadilla O, Muñoz I, et al. Home training experience in peritoneal dialysis patients. EDTNA ERCA J 2002, Jan-Mar; 28(1):36-39.
5. Tülek Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinde Evde Bakım. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 24-26 Eylül İstanbul, 1998, ss:283-288.
6. Farina J. Peritoneal dialysis: a case for home visits. Nephrol Nurs J. 2001, Aug;28(4):423-428.
7. Albaz M, Mentş SÇ. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) hastalarının evde bakımlarının değerlendirilmesi: ev koşulları ile SAPD komplikasyonları arasındaki ilişki. Çınar Dergisi 1999, 5(1-2):13-20.
8. Ünal B. Periton diyalizinde hasta ve ailesinin tedaviye uyumu. Çınar Dergisi 2001, 7 (2):40-46.
9. Öztarhan S. SAPD hastalarında ev ziyaretleri ve psikososyal destek. Çınar Dergisi 1998, 4(2):36-37.
10. Ekiz S, Yücel L, Doğan S, ve ark.. Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Ev Ziyaretlerinin Belirlenen Kriterlere Göre Değerlendirilmesi. 16.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ekim, 2006.
11. Campoy S. Chronic kidney disease (CKD) special interest group (SIG) networking session. Nephrol Nurs J 2005, Jul-Aug; 32 (4): 446-448.
12. Zorzanello MM, Peritoneal dialysis and hemodialysis: similarities and differences. Nephrology Nursing Journal 2004, Sep/Oct Vol.31, Iss. 5, 582.

**Yrd. Doç. Dr. Mualla YILMAZ**  
E-Mail: mualley69@gmail.com

# Yaşlı Hastalarda Son Dönem Böbrek Yetmezliği ve Diyaliz

## End-Stage Renal Disease and Dialysis in Elderly

Doç. Dr. Gülten KARADENİZ, Öğr. Gör. Özden DEDELİ  
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, MANİSA

### Özet

Yaşlılıkla birlikte bazı fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Yaşlanma böbreklerde hem yapısal hem de fonksiyonel değişikliklere neden olmaktadır. Son on yıldır Dünyada diyalize başlayan veya transplantasyon yapılan hasta sayısı artmıştır ve renal replasman tedavisine başlayan yaşlı hasta sayısının da hızlı ve dramatik bir şekilde arttığı bilinmektedir. Bu derlemede; yaşlı hastalarda son dönem böbrek yetmezliği ve diyaliz konusu incelenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Son dönem böbrek yetmezliği, Diyaliz, Yaşlı hastalar

### Summary

It occurs some physiological changes by elderliness. Aging is associated with structural and functional changes in the kidney. Over the last ten years an increasing number of patients worldwide have started dialysis or had transplantation. In recent years registries across the world all show a rapid and dramatic increase in the number of older patients accepted for renal replacement therapy. In this review; it has evaluated end-stage renal disease and dialysis in elderly patients.

**Key words:** End-stage renal disease, Dialysis, Elderly patients

### Giriş

Altmış beş yaş ve üzeri geriatik yaş grubu olarak kabul edilmektedir Yaşlılıkta tüm sistemlerde fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Böbreklerde de yaşlanma ile birlikte hem yapısal hem de fonksiyonel değişiklikler olmaktadır. Geriatik yaş grubundaki bireylerde renal fonksiyon bozukluğuna sık olarak rastlanmaktadır (1).

Yaşlılarda kronik böbrek yetmezliği gelişmesindeki en önemli nedenler; diyabet ve hipertansiyondur. Hastalığın progresyonunu yavaşlatmaya yönelik uygulanan tıbbi tedavi ve bakımlara rağmen, son dönem kronik böbrek yetmezliği (SDBY) evresine ulaşan ve renal replasman tedavisine başlanan hasta sayısı hızla artmaktadır. Bu hastalar arasında yaşlı popülasyondaki artış diğer yaş gruplarına göre çok daha fazladır (1,2). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1973 yılında SDBY tedavisini gören bireylerin %5'i 65 yaşın üstünde iken, 1990'da bu oran %38.7'dir. 2000 yılında ise diyaliz tedavisinde olan hastaların %50-60'ının yaşlı hastalar olacağı öngörülmektedir. Yine ABD verilerine göre yaşlı SDBY'li hastaların %89'u merkezi hemodiyaliz (HD), %8'i peri-

ton diyalizi (PD), %1'i ev diyalizi tedavisi görmektedir. Avrupa verilerinde ise PD tedavisi daha yüksek oranda olmakla birlikte HD tedavisi yine ilk sıradadır (%76.6 HD, %16.6 PD) (3,4). Renal replasman tedavisine başlayan yeni hastaların yaş ortalaması 1990 yılında 55 yaş iken 1998 yılında 60 yaş olmuştur (5).

### Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Yaşlı Hastalarda Tedavi Seçenekleri

Eskiden nefrologlar, böbrek yetmezliği olan hastada üremik belirtiler (inatçı bulantı, kusma, kilo kaybı, mental durum değişiklikleri vb) başlayıncaya kadar renal replasman tedavisini erteleme eğilimindeydiler. Günümüzde de bu eğilim değişmiştir. Uluslararası Böbrek Birliği tüm hastalar için erken dönemde diyaliz tedavisine başlanmasını önermektedir (6,7). Ayrıca, yaşlı hastalarda üremik belirtilerin ortaya çıkışı gençlere göre daha erken dönemde olmaktadır. Özellikle kalp yetmezliği olanlarda kreatinin klirensinin 10 ml/dak'nın altına inmesini beklemeden diyaliz tedavisine başlanması uygundur. Seçilecek diyaliz yönteminin belirlenmesinde hastanın durumu temel etkindir. Hemodiyaliz

tedavisinin tercih nedenleri arasında ilk sırayı, hastanın kendi başına diyaliz işlemini gerçekleştiremeyecek kadar bedensel ve mental yönden yetersiz olması gelmektedir. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD, continuous ambulatory peritoneal dialysis) tedavisi ise azalmış kardiyak rezerv, hipotansiyon ve uygun vasküler giriş yolunun bulunamaması durumlarında ilk seçenek olmaktadır. Diyaliz modelinin seçiminde etkili olan faktörler Tablo 1’de verilmiştir (8).

Nefrolog, diyaliz modelinin seçiminde etkili olan faktörler doğrultusunda, hastanın bireysel, psikolojik, tıbbi, sosyal faktörlerini de göz önünde bulundurarak hasta ve bakım vericilerle birlikte diyaliz modeline karar verir. SDBY olan yaşlı bireylerde kullanılan diyaliz modelleri aşağıda tartışılmıştır.

### 1) Hemodiyaliz:

Son yıllarda HD tedavisi hem ABD’de hem de Kanada’da yaşlı hastalar arasında en sık kullanılan tedavi seçeneğidir. Altmış beş yaş ve 74 yaş arasında da kullanımını oldukça siktir. Kanada’da 1981-1998 yılları arasında 65-74 yaş arası hastaların %61’i HD tedavisi görmüştür (4). HD tedavisi en sık tercih edilen tedavi şekli olmakla birlikte, bir takım avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. HD tedavisinin avantaj ve dezavantajları Tablo 2’de verilmiştir (9,10).

SDBY olan yaşlı bireyler yaşlılığa ve böbrek yetmezliğinin vücut sistemleri üzerindeki etkilerine bağlı olarak bir çok önemli durumla karşı karşıya kalmaktadır. Vasküler damar yolunun seçiminde etkili olan faktörler, diyalizin başlama zamanını da etkiler. Vasküler damar yolu planlanmasından önce yaşlıdan iyi bir anamnez alınmalıdır ve fizik muayenesi yapılmalıdır. Yaşlıda kalp pili/defibrilatör, kalp kapağı protezi, aksiller lenf nodu disseksiyonu ve radyoterapi öyküsü öğrenilmelidir. Fizik muayenede ise, zayıf arteriyel dolaşım, yetersiz dolaşım, yetersiz venler, lenfadenopati ya da aşırı doku skarı varlığı araştırılmalıdır. İdeal damar yolu yaştan bağımsız olarak ele alınmalıdır. Yaşlı hastalarda kullanılan damar yolu tipleri; arteriyovenöz fistül (AV), arteriyovenöz greft ve kateterlerdir (7,9).

**Arteriyovenöz Fistül:** AV fistül, hem radyal-sefalik hem de brakial-sefalik fistüllerin diğer giriş tipleriyle karşılaştırıldığında daha az komplikasyon ve daha iyi açıklık (patens) oranı sağladıkları bildirilmektedir. El bileğinde AV fistül (Brescia-Cimino fistülü) açılması daha kolaydır. Fakat yaşlı hastalarda bu tip girişin potansiyel dezavantajları radyal arterin arterosklerozu nedeniyle yavaş olgunlaşma ve yetersiz kan akımıdır. Bu gibi durumlarında dirsekte fistül açılması tercih edilmektedir. Alternatif olarak, brakial-sefalik fistül kullanılabilir, fakat diğer fistül tiplerinden daha fazla oranda kolda şiş-

**Tablo 1:** Diyaliz modelinin seçiminde etkili olan faktörler

<b>Etkili olan faktörler</b>	<b>Hemodiyalize uygun</b>	<b>Periton diyalize uygun</b>
Azalmış kardiyak kapasite	(-)	(+++)
Kardiyak aritmiler	(+)	(++)
Azalmış pulmoner kapasite	(-)	(-)
İmmün yetersizlik	(+)	(-)
Kemik kaybı	(-)	(-)
Karbonhidrat intoleransı	(++)	(-)
Malnutrisyon	(+)	(+)
Barsak disfonksiyonu	(+)	(-)
Gecikmiş yara iyileşmesi	(-)	(-)
Vasküler giriş yolu kapasitesi	(-)	(+++)
Bilişsel fonksiyon bozukluğu	(-)	(++)
Kanama diatezi	(-)	(++)
Kendi başına diyaliz yapamama	(+++)	(-)
Yaşam kalitesinin bozulması	(-)	(++)
İzolasyon	(++)	(-)
Depresyon	(+)	(-)
Öz saygı gereksinimi	(-)	(++)

lik ve çalma sendromu (parmakta iskemik değişikliklere bağlı olarak ağrı, soğukluk, his fonksiyonlarında bozulma ve parmak uçlarında nekroz) gelişebildiği bildirilmektedir (7).

**Arteriyovenöz Greft:** Sentetik politetrafloroetilen (PTFE) greftin özellikle AV fistülün açılmadığı durumlarda uygun olduğu bildirilmektedir. AV greft kolay kanülasyon için geniş alan sağlar ve AV fistüllere göre daha kısa zamanda olgunlaşır. Özel lokalizasyonun primer olarak her hastanın anatomik sınırlamalarına göre belirlenmesi gerektiği, ancak antekübital çukur (loop) greftleri ya da üst kol kıvrımlı greftlerin tercih edilmesi gerektiği bildirilmektedir (7).

**Kateter:** Hem kıvrım hem de kıvrım olmayan (non-curved) kateterler uygun damar yolu sağlamaktadırlar. Kateter henüz olgunlaşmamış daha kalıcı girişi olan yaşlı hastalarda özellikle kullanılabilir. Kateterler AV fistül ya da AV greftin uygun olmadığı, diğer alanlarda diyalizin sürekliliğini sağlamaktadır. Fakat kateterler, fistüller ya da greftlerden önce daha yüksek enfeksiyon ve fonksiyon bozukluğu oranına sahiptir. Tercih edilen

bölge sağ internal jugular vendir (7).

Sentetik PTFE ve santral venöz kateterlerin sadece AV fistül açılması gerçekleşmediği zaman kullanılması önerilmektedir. 1986 -1990 yılları arasında fistülü olan 65 yaş ve üzerindeki hastaların fraksiyonunun yaklaşık %30 oranında azaldığı bildirilmektedir. Bu sonuç şaşırtıcıdır. Çünkü hem diyabetik hem de diyabetik olmayan yaşlılarda AV fistül ile PTFE greftinin vasküler açıklığının birbirine eşit olduğu hatta AV fistülün açıklık oranının biraz daha fazla olduğu bildirilmektedir (4).

Yaşlıda HD için hangi damar yolu tipi kullanılırsa kullanılsın HD hemşiresi vasküler giriş bakımında bilgi sahibi olmalı, komplikasyonlardan kaçınmak ve en aza indirmek için gerekli önlemleri almalı ve bu konuda yaşlı hasta/bakım vericilere gerekli eğitimi vermelidir.

#### Komplikasyonlar:

**1- Hipotansiyon ve Kardiyak Sorunlar:** Yaşlı hastalarda sık oluşan kardiyak rezervdeki azalma nedeniyle diyaliz sırasında sıvı çekilmesi hipotansiyona, aritmilere neden olmakta ve %20 sıklıkta hipotansiyon geliş-

**Tablo 2: Hemodiyaliz tedavisinin avantaj ve dezavantajları**

<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenilmesi, diğer zamanlarda serbest olması,</li> <li>- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az olması,</li> <li>- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması,</li> <li>- Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması,</li> <li>- Sıvı, üre ve kreatinin hızlı bir şekilde uzaklaştırılması,</li> <li>- Serum trigliseridlerinin düşülmesi,</li> <li>- Etkili potasyum uzaklaştırılması'dır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vasküler giriş yolu problemlerinin fazla olması,</li> <li>- Santral kateter kullanımının fazla olması,</li> <li>- Septiseminin yüksek olması,</li> <li>- Diyet ve sıvı kısıtlaması,</li> <li>- Heparinizasyon gereksinimi,</li> <li>- Diyaliz sırasında dengesizlik sendromu ve hipotansiyon gibi komplikasyonların gelişmesi,</li> <li>- Özel yetişmiş personele gereksinim bulunması'dır.</li> </ul>

**Tablo 3: Periton diyalizinin avantaj ve dezavantajları**

<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemodinamik stabilite,</li> <li>- İyi hipertansiyon kontrolü,</li> <li>- Tekrarlı vasküler girişimlerin olmaması,</li> <li>- Daha serbest diyet olanağı,</li> <li>- Seyahat kolaylığı/daha özgür hareket,</li> <li>- Daha az kan kaybı,</li> <li>- Eritropoeitin gereksiniminin azalması,</li> <li>- Hepatit riskinin daha az olması,</li> <li>- Yaşlı hastalarda uygulama kolaylığı'dır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tüm hastalar için uygun olmaması,</li> <li>- Öğrenme güçlüğü,</li> <li>- Sosyal izolasyona neden olması,</li> <li>- Periton kullanım ömrünün bilinmemesi,</li> <li>- Enfeksiyon riskinin yüksekliği</li> <li>- Günlük uygulama gerektirmesi,</li> <li>- Protein kaybına neden olması,</li> <li>- Kateterin yerleştirilmesi için küçük bir cerrahi girişim gerektirmesi'dir.</li> </ul>

mektedir. Yaşlı popülasyonda aterosklerozun yaygın olması nedeniyle oluşan hipotansiyon, miyokard infarktüsü ve serebrovasküler olay gelişimine neden olabilmektedir. Hipotansiyon oluşumunu engellemek için hastanın kuru ağırlığı iyi hesaplanmalı, bikarbonatlı diyaliz yapılmalı, sıvı çekilmesi yavaş hızda yapılmalıdır. Diyalizat sodyum konsantrasyonunun en az 140 mEq/l olması önerilmektedir. Yaşlı hastalara kan ve diyalizat akım hızını düşük tutarak daha uzun süreli diyaliz yapmanın yaşam süresini arttırdığı gösterilmiştir.

**2- Gastrointestinal Sistem (GİS) Kanamaları:** Üremik gastrit en önemli GİS kanaması nedenidir ve sıklıkla nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) tarafından uyarılmaktadır. Bilindiği gibi bu yaş grubunda sıklıkla oluşan iskelet sistemi hastalıkları nedeniyle NSAİİ'ler çok kullanılmaktadır. İkinci önemli kanama nedeni ise angiodisplazilerdir.

**3- Malnütrisyon:** Yaşlı SDBY hastalarında %20 oranında görülmekte; mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde arttırmaktadır. Serum albümin düzeyi 3 gr/dl'nin altında olanlarda ölüm olasılığı 5 kat artmaktadır. Azalmış iştah, bozulmuş tat duygusu, depresyon, yemekleri hazırlama ve yemede fiziksel yetersizlik, malabsorbsiyon gibi nedenler malnütrisyonu yol açmaktadır. Günde en az 1 gr/kg/protein ve 35 kcal/kg'lık diyet uygulanmalıdır. Diyaliz sırasında diyalizattaki glukoz içeriğini arttırmak (200 mg/dl) hastaların beslenmesi açısından yararlı olmaktadır.

**4- Enfeksiyon:** Yaşlı HD hastalarında ölüm nedenleri içinde ikinci sırada sepsis gelmektedir. İmmün yanıtın bozulması, malnütrisyon, periferik damar hastalığına bağlı gelişen gangrenler ve ileri derecede düşkün hastalarda oluşan aspirasyon pnömonileri sepsisin oluşmasını kolaylaştırmaktadır (8).

## 2- Periton Diyaliz:

Amerika Birleşik Devletleri'nde PD'in kullanımı 1994'te %10.2 iken, 1998'de bu oran azalarak %7.2 olmuştur. Avrupa verileri incelendiğinde; PD tedavisinin %16.6 oranında olduğu görülmektedir (11).

Yaşlı hastalarda da PD seçimi hasta özellikleri dikate alınarak yapılmaktadır. Hasta, nefrolog tarafından SAPD için uygun bulduysa eğitimli PD hemşiresi hastanın ev durumu, hijyeni, uyumu, hasta yakınlarının uyumu gibi birçok faktörü değerlendirmek için ev ziyaretleri yapar. Eğitimli PD hemşiresi hasta ve bakım ve-

renlerin uyumunu belirleyip nefrologa bilgi verir, SAPD tedavisine başlanması için karar verilir. SAPD tedavisine başlama kararı verildikten sonra, hasta ve yakınlarının eğitimi, takibi, uyumu PD hemşiresi tarafından izlenir (12).

PD'in hemodinamik stabilite ve hipertansiyon kontrolünü iyi sağlanması, hastaneye bağımlı olmama gibi avantajları mevcut iken bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Periton diyalizinin avantaj ve dezavantajları Tablo 3'te verilmiştir.

## Komplikasyonlar:

Yaşlı hastalarda PD'in komplikasyonlarının (peritonit, kateterle ilgili problemler, herni ve hiperlipidemi) gençlerden daha fazla görüldüğünü gösteren kanıtlar bulunmamaktadır. Tünel enfeksiyonları ve enfeksiyon nedeniyle kateterin çıkarılmasına gençlerden daha az rastlanmaktadır. Peritonit gelişmesi riski açısından da aynı durum söz konusudur. PD'ini kendisi yapanlar ile PD'ini aile bireyleri uygulayan yaşlı hastalar arasında peritonit gelişmesi açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte peritonit geliştiğinde mortalite oranının yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir. Diğer bir komplikasyon olan herninin yaşlı hastaların karın kaslarının daha zayıf olması nedeniyle daha sık görülebildiği bildirilmiştir (11).

## Diyaliz Yeterliliği

Yaşlı hastalarda yetersiz protein alımı ve azalan kas kütlesi nedeniyle diyaliz öncesi serum üre ve kreatinin değerleri düşüktür. Bu nedenle yalnızca bu değerlere bakılarak tedavi değerlendirilmemeli, üre kinetik modelleri kullanılmalıdır. Diyaliz yeterliliği Kt/V değeri ile ölçülmektedir (K: Kullanılan filtrenin klirensi; t: Bir diyaliz seansının dakika olarak süresi; V: Ürenin dağılım volümü). PD için Kt/V oranının 2.1, HD için 1.6-1.8 olması tercih edilmektedir. Kt/V oranı ile hastalığın prognozu ve mortalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Kt/V oranı 1.67'nin üzerinde olanlarda 5 yıllık yaşam süresi %69 gibi çok yüksek rakamlara çıkmaktadır (13,14).

## Yaşlı Diyaliz Hastalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Ölüm Nedenleri

Yaşlı diyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda HD ve PD arasında beklenen yaşam süreleri açısından fark-



lı sonuçlar elde edilmiştir (10). PD uygulayan yaşlı hastalarda yaşam süresinin HD uygulayan hastalardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (15,16,17). Bazı araştırmacılara göre de genel olarak HD ve SAPD tedavi yöntemleri arasında beklenen yaşam süresi açısından belirgin bir fark yoktur (13). Yaşam süresini belirleyen en önemli etken eşlik eden hastalıklardır. Ancak yaşlı diyabetik SAPD hastalarında mortalite HD hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Kardiyak yetersizliği olan ve HD tedavisini tolere edemeyen hastaların SAPD tedavisine alınmaları bu farkı yaratmış olabilir. Yaşlılarda beklenildiği gibi yaşam süresi gençlere göre belirgin şekilde azalmıştır. Beş yıllık beklenen yaşam süresi Avrupa'da %32, ABD'nde ise %19 olarak belirtilmiştir. Oysa Fransa'da uzun süreli diyaliz yapılan hastalarda ise bu oran %69 gibi çok yüksek rakamlara ulaşmaktadır. Bu da yaşlı hastalarda yetersiz yapılan diyalizin yaşam süresini azalttığına göstergesidir (8). Yaşlı hastalarda yaşam süresi incelendiğinde; iki yıllık sağ kalım süresinin %64; dört yıllık sağ kalım süresinin %39; sekiz yıllık sağ kalım süresinin ise %30 olduğu bildirilmiştir (5). SDBY'inde yaş arttıkça prognoz kötüleşmekte ve mortalite artmaktadır. Yetmiş beş yaş ve üzeri hastaların mortalite oranı 65-74 yaş hastalarla karşılaştırıldığında; %36 daha fazla olduğu bulunmuştur (5). Yaşlı hastalardaki en önemli ölüm nedenleri, kalp hastalıkları ve sepsistir. Yaygın kanser, demans, malnütrisyon ve ileri derecede düşkünlük hallerinde diyaliz tedavisinin sonlandırılması düşünülebilir. Ancak bu önemli etik sorunun çözümünde nefrolog, diyaliz hemşiresi, yaşlı hasta ve yakınları işbirliği yapmalı ve ortak bir karara varmalıdır (8).

### Sonuç ve Öneriler

Dünya'da ve Ülkemizde yaşlı bireylerin sayısının artması ile birlikte kronik böbrek hastalığı olan ve diyalize devam eden yaşlı sayısı da artmıştır. Diyaliz bilindiği gibi SDBY olan yaşlılarda da ilk akla gelen ve transplantasyondan önce uygulanan bir tedavi modelidir. Literatürde görüldüğü gibi SDBY olan yaşlılarda en yaygın olarak kullanılan diyaliz modeli HD'dir. Bununla beraber, SDBY olan yaşlılarda diyaliz modelinin seçiminde birçok faktör etkili olmakta ve yaşlı hastanın tıbbi, psikolojik, sosyal, ekonomik durumu göz önünde bulundurularak yaşlı hasta, ailesi ve sağlık bakım ekibi

ile ortak bir karar verilmektedir.

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

### Kaynaklar

1. Altun B. Böbrek ve yaşlanma Geriatri 1998;1(2):68-71.
2. Garg AX, Papaianou A, Cambell G et al. Estimating the prevalence of renal insufficiency in seniors requiring long term care Kidney Int 2004;65:649-63.
3. Ishani A, Xue LJ, Himmelfarb J, et al. Acute kidney injury increases risk of ESRD among elderly. J Am Soc Nephrol 2009;20:223-228.
4. Nissenson AR. Dialysis therapy in the elderly. Kidney Int 1993;43 (Suppl 40): 51-57.
5. Krishnan M, Lok CE, Jassal SV. Dialysing the elderly: Issue and concepts, epidemiology and demographic aspects of treated end-stage renal disease in the elderly. Seminars In Dialysis 2002;15(2):79-83.
6. Shapiro WB. Renal replacement therapy in the elderly. The Principles and Practice of Nephrology. Jacobson HR, Striker GE, Klahr S (ed). Mosby, St.Louis 1995: 533-541.
7. Latos DL. Dialysing the elderly: Issue and concepts, hemodialysis in the elderly: Vascular access and initiation of renal replacement therapy. Seminars In Dialysis 2002;15(2):91-3.
8. Arınsoy T. Yaşlılarda diyaliz. In: Akpolat T, Utaş C (eds). Hemodializ hekimi el kitabı. Kayseri: Anadolu Yayıncılık 2001, pp 258-65.
9. Verbeelen D, De Neve W, von Der Niepen P, et al. Dialysis in patients over 65 years of age. Kidney Int 1993;43 (Supp 41): 27-30.
10. Mignor F, Siohan P, Legallier B, et al. The management of uremia in the elderly treatment choices. Nephrol Dial Transplant. 1995;10 (Suppl 6): 55-59.
11. Dimkovic N, Oreopoulos DG. Dialysing the elderly: Issue and concepts, chronic peritoneal dialysis in the elderly. Seminars in Dialysis 2002;15(2):94-7.
12. Öztarhan S. Sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisinde hemşirenin rolü. Çınar Dergisi 1997;3(3):87-8.
13. Winchester JF. Dialysing the elderly: Issue and concepts, special clinical problems in geriatric patients. Seminars In Dialysis 2002;15(2):116-20.
14. Erdoğan N. Yaşlılarda diyaliz. Çınar Dergisi 2002;6(1-2):39-47.
15. McDonald M, McPhee PD, Walker RJ. Successful self-care home dialysis in the elderly: A single center's experience. Perit Dial Int 1995;15:33-6.
16. Fenton SSA, Schaubel DE, Desmeules M, et al. Versus peritoneal dialysis: A comparison adjusted mortality rates. Am J Kidney Dis 1997;30:334-42.
17. Collins AJ, Hao W, Xia H, et al. Mortality risks of peritoneal dialysis and hemodialysis. Am J Kidney Dis 1999;34:1065-74.

**Doç. Dr. Gülten KARADENİZ**

**E-Mail:** gulten.karadeniz@bayer.edu.tr

# Kayıt Tutmanın Önemi

Kayıt tutmak; uygulamaların devamlılığını sağlamak ve tüm bilgileri diğer ekip üyeleri ile paylaşmak amacı ile doğmuş büyük bir gereksinimdir.

Ancak gelişmiş ve sistematize edilmeden alınan bilgiler ve bu bilgilerin kaydedilmesi sadece kağıtta yazı olarak kalacak birkaç ifadeden başka bir anlam içermez. Aksine çoğu zaman bolca kağıt kalabalığı ve boşa harcanan zaman ve emektir.

İşte biz Pediatrik Periton Diyaliz Çalışma Gurubu olarak bu eksikliğin giderilmesi amacı ile kolları sıvadık. Zira tüm ekip üyeleri biliyorlardı ki;

- Aynı bilgileri her ekip üyesi defalarca sorguluyor
- Aynı bilgiler her forma defalarca yinelenerek yazılıyor
- Aynı sorulara her ekip üyesi önünde ayrı ayrı cevap vermekten hasta ve aileleri sıkılıyor.
- Bu sıkıntıları yüzünden de bir çok defa kestirme cevaplarla geçiştiriyor.
- Arkadaşlarımızın yazıları çok kötü ve okunaksız.
- Dosyalar çok kalın
- Hangi bilgiye nereden ulaşılacağını kimse bilmiyor.
- Her ekip üyesi kendine ait bir dosya yada kayıt sistemine sahip.
- Kimse kimsenin bilgisinden yararlanmıyor.
- Hasta en kolay ulaşabildiği ekip üyesine bilgi verirken bir çok defa diğer üyeler durumdan haberdar olmuyor.
- Formların yarısında gereksiz bilgi var ve neredeyse boş form sayısı dolulara eşit.
- Bilimsel çalışmalarda formlar veri toplamak için çok yetersiz.
- Form kalabalığından kimse form doldurmaktan hoşlanmıyor.

İlk kez 2007 yılında çalışmaya başladık ve taslak formlarımızı oluşturduk. Bu taslak formları kendi ünitemizde kullandık ve kullandıkça mevcut aksaklıkları ve yeni gereksinimleri değerlendirdik. Yaklaşık iki yıldır da size sunduğumuz bu formları kendi ünitemizimizde büyük bir zevkle kullanmaktayız.

Daha doğru ve sistemli veri toplayarak mevcut iş yükümüzün ne kadar azaldığının farkına vardık ve bunu diğer ekip arkadaşlarımızla da paylaştık. Artık birlikte kullandığımız ve hastalarımızı daha iyi tanıdığımız formları kullanıyoruz.

Dileriz en kısa sürede ulusal kayıt sistemimizi oluşturabiliriz ancak o süreye kadar bizim çalışmalarımızın size rehber oluşturması dileği ile.

## *Pediatric Periton Diyalizi Çalışma Grubu*

**Uzm. Hemş. Yeşim TOLA**

İst. Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. ABD. Nefroloji BD.

**Hemş. Gülseren PEHLİVAN**

İst. Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. ABD. Nefroloji BD.

**Hemş. Sevginar ŞENTÜRK**

SB İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Bölümü,

**Hemş. Berrin KAYA**

Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. ABD. Nefroloji BD

**Hemş. Jale ERTÜRK**

Süleyman Demirel Üniv. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi

**Kaynaklar**

1. Burrow, H.S.(1993). Standards of Clinical Practice For Nursing. Nephrology.New Jersey.
2. Akçiçek, F. (1997). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Bilgiler. N. Aksu, & S. Mir içinde, Çocuklarda Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (s. 189-204). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
3. Alexander, S., Balfe, J., & Harvey, E. (1994). Peritoneal Dialysis in Children. R. Gokal, & K. Nolph içinde, The Textbook of Peritoneal Dialysis (s. 598-602). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
4. Alexander, S., Donaldson, L., & K.E, S. (1998). CAPD/CCPD for Children in North America: The NAPRTCS experience. R. Fine, A. S.R, & B. Warady içinde, CAPD/CCPD in Children (2nd ed) (s. 5-8). Boston: Kluwer Academic.
5. Bouts, AH. , Davin, JC.,Groothof JW (2000 ) Standart peritoneal permeability analiysis in children. J Am Sos Nephrol s (11) 943-50
6. Copley, J., & Smith, B. &. (1998 ). Prevention of postoperative peritoneal catheter related infections. Perit.Dial.Int. , s. (8).95-197.
7. Ekim, M. (2004). Kronik Periton Diyalizi Uygulanan Çocuklarda Pediatri Uzmanının Görevleri. Türkiye Klinikleri. Pediatrik Nefroloji Özel Sayısı , 157-163.
8. Fischbach, M., Stefanidis, C. J., & Watson, A. R. Guidelines by an Ad Hoc European Committee on Adequacy and the Pediatric Peritoneal Dialysis Prescription. UK: Nottingham City Hospital.
9. Gokal, R., & Nolph, K. (1994). Historical Developments and Overview of Peritoneal Dialysis. R. Gokal, & K. Nolph içinde, The Textbook of Peritoneal Dialysis. (s. 10-12). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
10. II. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis Adequacy. (2001). Am J Kidney Dis (37) , 65-136.
11. Judith, H., Harvey, E., & Braj, B. (2004). Can The DOQI Guidelines Be Met By Peritoneal Dialysis Alone In Pediatric Patients? Pediatric Nephrology , 717-719.
12. Oh, J. (2000). Nasal Carriage of Staphylococcus Aureus in Families of Children on Peritoneal Dialysis. Adv Peritoneal Dialysis , 16:324-327.
13. Satko S, G., & Burkart M, J. (2004). Diyaliz Tedavisinin Başlatılması. A. Nissenon R, & R. Fine N içinde, Diyaliz Tedavisi (3. Baskı) (s. 130-132). Ankara: Güneş Kitabevi.
14. The European Best Practice Guidelines Group on Peritoneal Dialysis. (2005). European Best Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis 20(9) , 8-12.
15. Twardowski J, Z., & Khanna, R. (1994). Peritoneal Dialysis Access and Exit Side Care. R. Gokal, & K. Nolph D içinde, Textbook of Peritoneal Dialysis (s. 271-301). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
16. Uyer, G. (1997). Çocuğun Ailesi Tarfından Hastaneye Yatmaya Hazırlanması. Türk Hemşireler Dergisi , 18-19.
17. Warady, A. (2007). Peritoneal Dialysis. K. Kher, W. Schnaper, & P. Makker içinde, Clinical Pediatric Nephrology (Second Edition) (s. 391-406). UK: Informa.
18. Wild, J. (1984). Peritoneal Dialysis. T. Smith içinde, Renal Nursing, Bailliere Tindall (s. 247-317). UK.
19. Yıldırım, A. (2001). Hasta Kabul Protokolü. Hemşirelik Bakım Protokolleri (s. 377-382). içinde İstanbul: İstanbul Üniversitesi.



## PERİTON DİYALİZİ HASTA TANIM FORMU

ADI SOYADI: PROTOKOL NO:  
DOĞUM TARİHİ: TC KİMLİK NO:  
PRİMER TANI: KAN GRUBU:  
BABA ADI: ANNE ADI:  
TLF: TLF:  
ADRES:

FOTO

İLK KBY OLDUĞU TARİH:

DİĞER HASTALIKLAR:

ALLERJİLERİ:

## RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ TÜRLERİ

BAŞLANGIÇ TARİHİ	TEDAVİ TÜRÜ	BITİŞ TARİHİ	DEĞİŞİM NEDENİ

## KATETERLER

TAKILMA TARİHİ	YÖNTEMİ	YÖNÜ	TİPİ	OMENDEKTOMİ	DEĞİŞİM NEDENİ

## NOTLAR



## PERİTON DİYALİZİ İZLEM FORMU

ADI SOYADI:

TARİH:

BOY(cm):

DİYALİZ TİPİ:

AĞIRLIK(gr):

KULLANILAN SİSTEM:

KAN BASINCI(mmHg):

NABİZ(dk):

ATEŞ:

KABIZLIK:

İDRAR MİKTARI(ml):

ÖDEM:

KÇY DEĞERLENDİRMESİ:

DİĞER:

TÜNELİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

TEDAVİYİ UYGULAYAN KİŞİ:

PANSUMAN ÖZELLİĞİ:

DOLUM BOŞALTIM PROBLEMİ:

DİYALİZ PROGRAMI

DOLUM VOLÜMÜ	DEĞİŞİM SAYISI	BEKLEME SÜRESİ	KULLANILAN SÖLÜSYON		ELDE EDİLEN UF	HEKİM	HEMŞİRE
			GLİKOZ ORANI	MİKTARI ML			
YENİ DOLUM VOLÜMÜ	YENİ DEĞİŞİM SAYISI	YENİ BEKLEME SÜRESİ	ÖNERİLEN YENİ SÖLÜSYON		BEKLENEN UF	HEKİM	HEMŞİRE
			GLİKOZ ORANI	MİKTARI ML			

## TEDAVİLER

	İLAÇ ADI	DOZU	KESİLME TARİHİ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

## HEKİM NOTU

## HEMŞİRE NOTU

## PERİTON DİYALİZİ HASTA KABUL FORMU

Hastanın Adı-Soyadı	Doğum Tarihi:
Adres:	Kabul Tarihi:
Servisi:	TC Kimlik No:
Sağlık güvencesi	
Hastaneye geliş şekli	

Tıbbi ön tanı:	Kan Grubu:
Kesin Tanı:	Allerji:

**Genel Görünüm**

Çocuğun görünümü:	Vücut ağırlığı:
Mental durumu:	Boy
Şuur durumu:	Cilt rengi:
Görme durumu:	Ödem:
İşitme durumu:	Solunum güçlüğü:
	Hijyen:

**Özgeçmiş**

--

**Soygeçmiş**

Anne yaşı-eğitimi-sağlık durumu:	
Baba yaşı-eğitimi-sağlık durumu:	
Kardeş sayısı:	Kardeşlerin sağlık durumu:
Ölen kardeş:	Akraba evliliği:

**Fiziksel Fonksiyonlar**

--

**Uyku ve dinlenme:**

Uyku süresi ve zamanı:
Uyurken yanında istediği özel birobje/oyuncak var mı?
Yatmadan önce özel alışkanlıkları var mı?
Uyku sorunları var mı?

**Beslenme:**

İştah durumu:			
Öğün sayısı:			
Biberon:	Anne sütü:	Bardak:	Kaşık:
Sevdiği yiyecekler:			
Sevmediği yiyecekler:			



**Davranış ve aktiviteler:**

--

**Kişisel Hijyen:**

Yardımlı:	Tek başına
-----------	------------

**Oyun ve eğlence Aktiviteleri**

Kendini güvende hissettiği özel bir oyuncacı var mı?
Varsa yanınızda getirdiniz mi?
Yapmaktan hoşlandığı diğer aktiviteler:

**Motor Gelişimi:**

Gelişim düzeyine göre:	
1)Kaba motor gelişimi:	Yaş:
Başını dik tutma:	
Gülümseme:	
Yattığı yerde ters dönme:	
Oturma:	
Emekleme:	
Ayakta durma:	
Yürüme:	
2)İnce motor gelişimi:	
Küçük objeleri yakalama:	
Objeyi bir elden diğerine geçirme:	
İki küp üst üste koyma:	
Dişlerini fırçalama:	
Ayakkabı bağcıklarını bağlayabilme:	

**Sağlık Öyküsü:**

1) Geçmiş Sağlık Öyküsü:	
<b>Natal Öykü:</b>	
Gebelikte takip	
<b>Doğum Öyküsü:</b>	
Doğum şekli	Doğum ağırlığı/boyu
Doğumda ve sonrasında sorun yaşandı mı?	
<b>Geçirilmiş Hastalık, Kaza ve Ameliyatlar:</b>	

**Diş Sağlığı:**

--

**Alerji Durumu:**

Bilinen yiyecek veya ilaç alerjileri var mı?
--

**Testler:**

PPD	TSH	GUTHRI
-----	-----	--------

**Seroloji:**

HBSAg	HCV	HIV
anti HAV	Diğer	

**Aşılar:**

Hepatit B 1	Hepatit B 2	Hepatit B 1
BCG		
DBT 1	DBT 2	DBT 3
DBT Rapel 1	DT Rapel 2	T Rapel 3
Polio 1	Polio 2	Polio 3
Polio Rapel 1	Polio Rapel 2	
Kızamık		
MMR	MMR Rapel	
Suçiçeği 1	Suçiçeği 2	
HIB		
PVC		
Hepatit A	Hepatit A Rapel	

**2) Şimdiki Sağlık Öyküsü:**

Hastaneye başvuru şikayeti:

**Sürekli Kullandığı İlaçlar:**

İlaç Adı	Dozu	Süresi
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		

**KARAR VE DÜŞÜNCELER**

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu bildiririm  
VELİ ADI SOYADI VE İMZASI

Formu Dolduranın  
ADI SOYADI VE İMZASI

## PERİTON DİYALİZİ İLK EV ZİYARETİ FORUMU

ADI SOYADI

TARİH

DOĞUM TARİHİ

Ziyaret Saati

ANNE ADI

EĞİTİM/İŞ

BABA ADI

EĞİTİM/İŞ

ADRES:

Ziyaretçi Hemşire

TELF. (EV)

TELF. (GSM)

## EVİN ÖZELLİKLERİ

BÜYÜKLÜĞÜ

.....m

ODA SAYISI

BİREY SAYISI

WC SAYISI

ISINMA DURUMU

SOBA

KALORİFER

ELEKTRİK

DOĞALGAZ

KLİMA

KULLANILAN SU

ŞEBEKE

KUYU

DEPO

TAŞIMA

DİĞER

ZEMİN

PARKE

MARLEY

TAŞ

HALI

BELEDİYE TARAFINDAN ÇÖPLERİN DÜZENLİ ALIMI

VAR

YOK

## DEĞİŞİM ODASI ÖZELLİKLERİ

BÜYÜKLÜĞÜ

.....m

PENC.SAYI.

BİREY SAYISI

LAVABO

VAR

YOK

UZAKLIK

ISINMA DURUMU

SOBA

KALORİFER

ELEKTRİK

DOĞALGAZ

KLİMA

ZEMİN

PARKE

MARLEY

TAŞ

HALI

DİĞER

AYDINLATMA

YETERLİ

YETERSİZ

RUTUBET

VAR

YOK

MALZEME DEPOSU

VAR

YOK

GENEL TEMİZLİK

YETERLİ

YETERSİZ

EVCİL HAYVAN

VAR

YOK

NOTLAR

ONAY

VELİSİ

İMZA

Evimin diyaliz hemşiresi tarafından ziyaret edilmesine izin veriyorum.

## PERİTON DİYALİZİ EV ZİYARETİ FORUMU

ADI SOYADI

TARİH

ANNE ADI

Ziyaret Saati

BABA ADI

EĞİTİM/İŞ

EĞİTİM/İŞ

ADRES:

Ziyaretçi Hemşire

TELF. (EV)

TELF. (GSM)

## DEĞİŞİM ODASININ ÖZELLİKLERİ

VAR

YOK

Değişim masası

Hasta yatağı

Sandalye

Tartı (vücut ağırlığı ölçümü için)

Digital hassas yer tartısı

El tartısı

Tansiyon aleti ve stetoskop

Derece

Solüsyon ısıtıcısı

Periton diyalizi cihazı (kullanılıyorsa)

Enfekte atık kovası

Serum askısı

Kayıt defteri ve kalemi

Malzeme dolabı

Dolap içinde

Diyaliz solüsyonu

Dezenfektan ve antiseptik solüsyon

Enjektör

Steril gaz bezi

Solüsyon klembi

Flaster

## UYGULAMALAR

El yıkama tekniği

Değişim tekniği

Çıkış yeri bakımı

Banyo sıklığı

Atıkların kontrolü

Malzemelerin depolanması

Maske kullanımı

## DEĞERLENDİRME

UYGUN

UYGUN DEĞİL

--

ONAY

VELİSİ

İMZA

Evimin diyaliz hemşiresi tarafından ziyaret edilmesine izin veriyorum.



## NON-ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYON TAKİP FORUMU

ADI  
SOYADI

## 1)DRENAJ PROBLEMİ

TARİH	NEDENİ:	ÖNERİ:	HEKİM	HEMŞİRE

- 1-)DRENAJ PROB. NEDENLERİ  
 1- Fibrin Tıkaçı Sarması 6- Peritonik  
 2- Omentum sarması 7- Kabızlık  
 3- Malpozisyon 8- Diğer  
 4- Sızıntı  
 5- Membran yetersizliği

## 2)SIZINTI

TARİH	LOKALİZASYONU	ÖNERİ:	HEKİM	HEMŞİRE

- 2-)SIZINTI LOKALİZASYONU  
 1- Cilt altı  
 2- Kateter çıkış yeri  
 3- Genital  
 4- Diğer .....

## 3)HERNİ

TARİH	LOKALİZASYONU	ÖNERİ:	HEKİM	HEMŞİRE

- 3-)HERNİ LOKALİZASYONU  
 1- Kasık  
 2- Göbek

## 4)KANAMA

TARİH	NEDENLERİ	ÖNERİ:	HEKİM	HEMŞİRE

- 4-)KANAMA NEDENLERİ  
 1- Travma öyküsü  
 2- Menstruasyon  
 3- Heparin kullanımı  
 4- Diğer .....

## 5)AĞRI

TARİH	LOKALİZASYONU	ÖNERİ:	HEKİM	HEMŞİRE

- 5-)AĞRI LOKALİZASYONU  
 1- Dolum  
 2- Boşaltım  
 3- Bel  
 4- Omuz ve sırt  
 5- Diğer .....



