

Editörden



Değerli Meslektaşlarım, Sevgili Okurlar,

Uzun bir aradan sonra sizlere tekrar yazabilmenin mutluluğunu yaşıyorum. Bahar geldi ve bizler çok yoğun bir dönemi arkada bıraktık.

Bu sayımızın içeriği, sizlerden gelen yazıların hakem kurulu üyelerimiz ve Dergimiz editörü olarak benim tarafımdan titizlikle incelendikten sonra belirlendi. Sorumlu Yazışleri Müdürümüz Mine Uraz'ın Dergimizin basım aşamasındaki uğraşları için de teşekkür ediyorum. Ancak basım için gönderilen yazıların yeterli olmaması nedeni ile bu sayıyı birleştirilmiş iki sayı olarak yayınlamak zorunda kaldığımızı üzüntü ile belirtmek istiyorum. Bizlerin sıklıkla yakındığımız durum araştırmalarımızı makalelerimizi dergilerde yayınlamak için uzun zaman beklemek durumunda kalmamızdı. Elimizde olan bu fırsatı değerlendirmenizi bir kez daha rica ediyorum. Gerçekten çok zor şartlarda yayınladığımız Dergimize tek yapmanız gereken, konumuz ile ilgili yazılarınızı istenilen formatta yazıp göndermenizdir.

Gelecek günlerde Nefroloji Hemşireliğimiz adına çok anlamlı bir kongreye ev sahipliği yapacağımızı sizlerle paylaşmak istiyorum. 21-24 Haziran 2008 tarihinde İstanbul Lütfi Kırdar Uluslararası Kongre ve Sergi Sarayın'da yapılacak olan 12.ISPD İstanbul 2008 Konferansının hemşirelik bilimsel programını hazırladık. Ulusal ve Uluslar arası bilhassa, Periton Diyalizi Hemşireliği alanında otorite olan meslektaşlarımızı davet ettik. Üyesi olduğumuz EDTNA/ERCA için bir stand organizasyonu yaptık. Ümit ediyorum ki bu kongreye katılım fazla olur. Bu büyük kongrenin bilimsel programının hazırlanmasında emeği geçen Periton Diyaliz Hemşireleri çalışma grubumuz başkanı Zehra Aydın'a sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum.

Günler çabuk geçiyor, 19-23 Kasım 2008 tarihinde Sungate Port Royal Otel, Kemer/Antalya' da yapılacak olan 18.Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongremizin hazırlıkları tüm hızı ile devam ediyor. Umarım kongremizin sosyal programına olduğu kadar bilimsel programına katılımda memnuniyet verici olur. Sizlere en iyisini yapmak için maddi ve manevi hiçbir zorluktan kaçmadığımız çalışmalarımızın, neticesini olumlu katılımlarınızla almış oluruz ve böylece Kongremizde amacına ulaşmış olur.

Sevgili okurlar, 13 Mart 2008 tarihinde Dünya Böbrek Günü nedeni ile hastalarımızı unutmamak ve onlarla her koşulda birlikte olacağımızı ve onlar için var olduğumuzu anımsattık. Bu konu ile ilgili hastamızdan aldığımız bir yazıyı ilgi ile okuyacağınızı ümit eder, sağlıklı günlerde birlikte olabilmek dileği ile satırlarıma son verir en içten sevgilerimi sunarım.

Şen ve esen kalın.

Editör

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

mail: ybirsen@superonline.com

Dünya Böbrek Günü Üzerine/On World Kidney Days

Sayın Birsen Yürügen hocamız “dünya böbrek günü ile ilgili bir yazı yazmaya vaktin olur ise dergimize koyarız.” Dediğinde önce ne yazmam gerekir diye çok düşündüm. Haliyle bir profesyonel değil fakat hastaydım ve profesyonellerin çıkartmakta olduğu bir dergide fikirlerime ve hislerime yer verilebileceği söyleniyordu. Bundan dolayı öncelikle sayın hocamın şahsında tüm nefroloji emekçisi profesyonellere teşekkürlerimi sunmak isterim.

Kendimi tanıtmaktan öte bana ayrılan bu satırları daha olumlu şekilde değerlendirmem gerektiği kanaatindeyim.

Ülkemizde böbrek sağlığı ve hastalıkları konusundaki süreci birebir 30 yılı aşkın bir süredir takip eden bir birey olarak eski imkansızlıklarımızın, yetersizliklerimizin, hatalarımızın büyük oranda aşılmış olması beni ziyadesiyle mutlu etmektedir.

Nefrolojide nerelerden nerelere geldiğimizi benim gibi hastalığı belli bir geçmişe dayanan hastalar ve bu yola baş koymuş ve en meşakkatli yollardan geçmiş profesyonel sağlık çalışanları (doktorlar, hemşireler ve diğer tüm sağlık ekibi) çok iyi bileceklerdir.

Evet hala sorunlarımız var. Evet hala bazı konularda bilinçsizliklerimiz var. Evet hala bu ülkenin her yerinde aynı kalitede ve yaygınlıkta tedavi olanakları yok. Bu sadece tıp alanında değil ama maalesef hemen her alanda böyle ve şiddetle top yekun savaşılması gereken bir olgu.

Peki biz nefroloji hastalarının beklentileri neler? Bu yemekte bizim de tuzumuz olsun diyen böbrek hastaları neler yapmalı? Dünya böbrek günü diye bir günün varlığından kaçımız haberdarız? Kaçımız böyle bir günün varlığı ve hangi etkinliklerin ülkemizde yapıldığı konusunda haberdar oluyoruz ya da ediliyoruz? Kaçımız bildiği halde bir şeyler yapabilmek için uğraş veriyor? Ve asıl en önemlisi neden böyle bir gün dünya çapında etkinlikler ile kutlanıyor ya da daha uygun bir tabirle düzenleniyor. Maalesef bu da aynı organ bağışında bulunmak istediğini dile getiripte organ bağış kartı almamak ve hiçbir girişimde bulunmamak gibi açıklanamayan bir samimiyetsizlik gibi geliyor insana.

Toplumumuzun gelecek nesillere ve en önemlisi sağlıklı nesillere ihtiyacı var. Her konuda olduğu gibi bilinçlenme, eğitim ve şartların yeterince zor olduğu ülkemizde özveride bulunmak anahtar rol taşıyor. İşte dünya böbrek günü de bu işin içerisinde olan her bireyin; ister doktor, ister hemşire, ister sağlık personeli ve isterse de hasta olsun, üzerinde sorumluluk hissedenden herkesin bir şeyler yapabilmesine vesile olabilecek bir gün.

Özellikle böbrek hastalıkları konusunda konu komşu, hısım akraba kimselere ulaşabiliyorsak hasta olarak yaşadıklarımızı ve böbrek hastalıkları dolayısıyla neler yaşanabileceğini dilimiz döndüğünce aklımız erdiğince aktarabiliyorsak, bu bile biz hastalar için bir başlangıç sayılır. Bilmediklerimizi sorup öğrenmek, bildiğimizi sandığımız şeyleri tekrar tekrar konuşup tartışmak, özellikle yeni hastaların psikolojilerini kendimizde yaşadığımız için iyi bildiğimizden, onlara ölçülü ve dikkatli yaklaşmak asli görevimiz olmalıdır. Özellikle maalesef bazı yaşça büyük hastaların genç hastalara sıkça yaptıkları gibi “vah vah daha da çok gençsin!!!” Gibi davranış ve sözlerden kaçınmaları gibi çoğaltılabilecek daha birçok örnek. Unutulmasın ki bir insanı pes ettiren hastalığından önce o insanın psikolojisidir ve çevrenin yaklaşımı ve özellikle de kendisi gibi hasta olan insanların kendisine yaklaşımı o insan için çok ama çok önemlidir.

Nefroloji konusunda dünyada ve ülkemizdeki yenilikleri, gelişmeleri ve organizas-

yonları fırsat buldukça ve imkanlarımız ölçüsünde takip etmek. Basılmış yayınları okumak, İnternet araştırmaları yapmak, toplantı, seminer, kongrelere iştirak etmek ve okuyup gördüklerimizi ve birikimlerimizi çevremizde ulaşabildiğimiz herkesle paylaşmak.

Bunlar hastalar olarak kendimizden beklentimiz olmalıdır ve bunu sadece dünya böbrek günü için değil hayatımız boyunca bir yaşam tarzı olarak benimsememiz gerekir. Unutmamalıyız ki her insan hayatının belli bir evresinde böbrek hastası olabilir ve böbrek hastası olmak bir son değil sadece yeni bir başlangıçtır ve belli bazı tedbirlerle hastalığın ilerleyişi ve diğer organlara verebileceği muhtemel zararların önlenmesi ya da asgariye indirilebilmesi sadece bilinçli ve doğru bilinçlendirilmiş hastanın ve yakınlarının başarabileceği bir şeydir. Bu konuda sadece sağlık ekibinden beklenti sahibi olmak yeterli değildir. Hastaların diğer hastalara ve ailelerine söyleyeceği her bir söz de çok büyük önem ve yönlendirici rol taşımaktadır.

Profesyonellerden beklentimiz ve naçizane ricamız ise eski alişagelmiş doktor-hasta ve/veya hemşire-hasta mesafeli ilişkisini bir kenara bırakarak karşılıklı saygılı, anlayişlı ve sevgi dolu bir çerçevede nefrolojide her türlü bilgi, yenilik,uyguluma,tedavi konularını biz hastalarıyla paylaşmalarıdır. Zaten bu konuda tıp camiasında en şanslı hasta grubunun nefroloji-diyaliz-transplantasyon hastaları olduğunu da belirtmek gerekir. Bu sebeple genele bakıldığında en bilinçli hasta grubu olmakla gurur duymaktayız.

Dünya böbrek günümüz kutlu olsun derken bu fırsatı tanıyan herkese teşekkür eder, biz hastalar üzerinde büyük emekleri olan doktorlarımız, hemşirelerimiz ve tüm sağlık personelimizin ellerinden öperim. Elleriniz dert görmesin.

SEVGİYLE KALIN, BÖBREKSİZ KALMAYINI!
Sami YENİBAHAR

Editör

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN (İstanbul)

Yayın Kurulu Editorial Board

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Tülay AKSOY / İstanbul | Ayten KARAKOÇ / İstanbul |
| Uzm. Hem. Melahat ALBAYRAK / İstanbul | Dr. Zeynep KOÇ / İstanbul |
| Selma ÇİÇEK / İzmir | Rabia PAPILA / İstanbul |
| Dr. Serkan DİLAVER / İstanbul | Uzm. Hem. Yeşim TOLA / İstanbul |
| Gönül EMİR / Bursa | Şenay ÖZER ÖZKAN / İstanbul |
| Uzm. Hem. Nermin ERDOĞAN / İstanbul | Mine URAZ / İstanbul |
| Uzm. Hem. Müyesser GELMEZ / İzmir | Şükran Çiloğlu ÜNAL / Antalya |
| Deniz KARADENİZ / İzmir | Uzm. Hem. Gülay YEŞİLTEPE / İstanbul |

Danışma Kurulu Advisory Board

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK / Ankara | Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN / İstanbul | Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ / İstanbul |
| Prof. Dr. Nuran AKDEMİR / Ankara | Doç. Dr. Şule Ecevit ALPAR / İstanbul | Yrd. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR / İstanbul |
| Prof. Dr. Ayla BAYIK / İzmir | Doç. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU / Antalya | Yrd. Doç. Dr. Mağfiret KARA / Erzurum |
| Prof. Dr. Ekrem EREK / İstanbul | Doç. Dr. Nuray ENÇ / İstanbul | Yrd. Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU / Sivas |
| Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN / Bolu | Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY / İzmir | Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU / Gaziantep |
| Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU / İzmir | Doç. Dr. Suzan YILDIZ / İstanbul | Yrd. Doç. Dr. Nurten ÖZDAĞ / Eskişehir |
| Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN / İzmir | Yrd. Doç. Dr. Asiye Durmaz AKYOL / İzmir | Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞÇI / Kayseri |
| Prof. Dr. Necmiye SABUNCU / İstanbul | Yrd. Doç. Dr. Saniye Ayla ALBAYRAK / Ankara | |

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 KARADENİZ1
- **Kronik Böbrek Hastalıklarında Kardiyovasküler Risk**
Cardiovascular Risks in Chronic Kidney Diseases
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN6
- **Diyabetik Nefropatide Hasta Yönetimi**
The Management of Patients with Diabetic Nephropaty
Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU12
- **Yaşlılarda Üriner Sistem İnfeksiyonları ve Hemşirelik Yönetimi**
Urinary Tract Infections (UTI) in Elderly and Nursing Managment
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN17
- **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 YILDIRIM21
- **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 ÇUHADAR26
- **Hemodiyaliz Tedavisi 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 FADİLOĞLU31
- **Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi**
The Determination of The Level of Hopelessness in a Chronic Illness
Öğr. Gör. Aynur BAHAR38
- **Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formunun Hemodiyaliz Hastalarında Güvenirliğine Yönelik Bir Çalışma**
A Study About Reliably 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 SABUNCU44
- **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 UÇAN50
- **ABD'de Hemşirelik Eğitimi ve Nefroloji Hemşireliği**
Nephrology Nursing and Education in USA
Meral DURAN KİM RN, BSN, CMSRN55
- **Hemşirelikte Etik Kodlar ve Etik Sorunlar**
Code of Ethics for Nurses and Ethical Problems
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN61
- **Transkültürel Hemşirelik**
Transcultural Nursing
Öğr. Gör. Özlem UÇAN, Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI, Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU66

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Mine URAZ

Grafik Tasarım
Ekrem AYDEMİR

Yayın Türü
Yaygın - Süreli - Dört ayda bir

Yönetim Yeri
Perihan Sok. Kitapçioğlu 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@mynef.com
mail: ybirsen@superonline.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

Eylül - Aralık 2007
Ocak - Nisan 2008

Makale Yazım Kuralları

İlgi Alanı ve Amacı

Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği yayın organı olan Nefroloji Hemşireliği Dergisi yılda üç kez 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^{1/2} inçlik disk ortamında kayıt edilmelidir.
- Yayın kurulunca uygun bulunan metinler yayınlanır. Yayın kurallarına uygun olmayan metinler düzeltilmek üzere yazara geri gönderilir.

Metnin Yazılışı

▪ **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 kullanılmalıdır.

▪ **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
//Introduction (Accessed 28 May 2003)

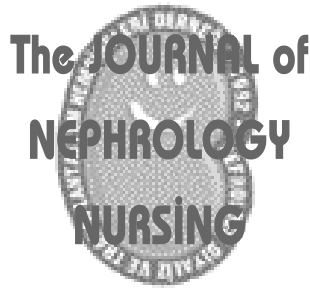
İnternette alın kaynaklar metin içinde kullanıldığı yerde belirtilmelidir. Kaynaklar bölümünde listelenmemelidir.

▪ **Tablolar, Şekiller;** Her bir tablo ve şekil (resim) ayrı sayfada düzenlenmeli, numara verilmeli açık olarak başlık yazılmalı ve metin içinde ilgili yerlerde Tablo 1;11 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 YÜRÜĞEN Prof. Dr.

Editor Responsible
Mine URAZ

Graphic Desing
Ekrem AYDEMİR

Publication Type
Widespread-periodical-
for every four mounts

Management Place
Perihan Sok. Kitapçioğlu 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: ybirsen@superonline.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

September - December 2007
January - April 2008

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 three 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 style 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. //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.

Kronik Böbrek Hastalıklarında Kardiyovasküler Risk

Cardiovascular Risks in Chronic Kidney Diseases

Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, BOLU

Özet

Kronik böbrek hastalıklarında risk faktörleri olarak kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve obezite gösterilmektedir. Son dönem böbrek hastalığı olanlarda morbidite ve mortalitenin başlıca nedeni ve tüm ölümlerin %50'sini kardiyovasküler hastalıklar (koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, periferik vasküler hastalık ve kalp yetmezliği gibi) oluşturmaktadır. Diyaliz tedavisi gören 25-35 yaşları arasındaki kişilerde kardiyovasküler hastalık 500 katı, 85 yaş ve üzerindeki kişilerde ise 5 katı daha fazladır. KBH olan hastalarda GFR azalırken, hormonal, metabolik ya/ya da trombojenik faktörlerdeki anormallikler, KVH başlangıcı ve alevlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan kişilerde hem "geleneksel" hem de "geleneksel olmayan" (kronik böbrek hastalığı ile ilgili) KVH risk faktörleri artmıştır. Bu makalede "değiştirilebilir" özelliği nedeniyle KBH'nın tüm safhalarında geleneksel risk faktörleri (dislipidemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kötü glisemi kontrol, sigara içme ve bedensel hareketsizlik gibi), risk faktörlerin görülme sıklığı, KVH ile risk faktörleri arasındaki ilişkileri ve risk faktörlerinin tedavisi üzerinde durulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, Kardiyovasküler risk, Geleneksel risk faktörleri.

Summary

It has been shown cardiovascular disease, diabetes mellitus, hypertension and obesity as risk factors in chronic kidney diseases, Cardiovascular diseases (coroner heart disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease and congestive heart failure, etc) remains the leading cause of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (ESRD) and may account for 50% of all deaths. Cardiovascular disease in the individuals with dialysis treatment between 25-35 years old have up to a 500-fold and 85 years old and over have 5-fold greater risk. Abnormalities of hormonal, metabolic and/or thrombogenic factors play an important role in the beginning and exacerbating of cardiovascular disease in individuals with chronic kidney disease. The increased risk is due to a higher prevalence of both traditional risk factors as well as nontraditional risk factors. In this review we focus on individuals at all stages of CKD and discuss modifiable traditional risk factors (namely dyslipidemia, hypertension, diabetes mellitus and poor glycaemic control, smoking, and physical inactivity), relationships between cardiovascular disease and risk factors and treatments of risk factors.

Key words: Chronic kidney disease, Cardiovascular risk, Traditional risk factors.

Giriş

Kronik böbrek hastalığı (KBH); yaşam kalitesinde azalma ve sağlık bakım harcamalarında artışla birlikte erken ölüme neden olan ciddi bir durumdur. KBH tedavi edilmediği takdirde, diyaliz ya da böbrek transplantasyonu gerektiren son dönem böbrek hastalığına yol açabilir. Kronik böbrek hastalıklarına risk faktörü olarak kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve obezite gösterilmektedir (1-4).

Kardiyovasküler Hastalık (KVH), son dönem böbrek hastalığı (SDBH) olanlarda morbidite ve mortalitenin başlıca

nedenini ve tüm ölümlerin %50'sini oluşturmaktadır (5). Genel topluma göre SDBH olanlarda KVH mortalitesi yaklaşık 15 katı fazladır. Böbrek yetmezliğinin başlangıcında, diyaliz ya da transplantasyon öncesinde birçok kardiyovasküler hastalık aşikar hale gelmektedir. Diyalize başlanan hastaların %40'ında koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği olduğu bildirilmesine karşın (6,7), kronik böbrek hastalığının erken döneminde kardiyovasküler hastalık prevalansını gösteren çalışmalar yetersizdir. Framingham Kalp Çalışması verilerine dayanarak, serum kreatini normal olan-

lara göre (erkeklerde 1.5-3.0 mg/dl, kadınlarda 1.4-3.0 mg/dl) yüksek olan kadınlarda KVH prevalansı %20.4 (normal %9.3) ve erkeklerde, %17.9 (normal %13.9) bulunmuştur. Yaklaşık 11.000 kişinin katıldığı "Hipertansiyon Belirleme ve İzleme Programı" çalışmasında serum kreatinin değeri ≥ 1.7 mg/dL olanlarda ölümlerin %58'inin kardiyovasküler nedenle olduğu görülmüştür.

Tanımlar

Kardiyovasküler hastalık (KVH): angina ve miyokard enfarktüsü dahil koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ya/yada periferik vasküler hastalığını gösterir.

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH): glomerul filtrasyon hızında (GFR) azalma olsun ya da olmasın, böbreğin yapısal ya da işlevsel anormalliği (proteinüri gibi) ile tanımlanan üç aydan uzun süren böbrek hasarı durumu; ya da böbrek hasarı olsun ya da olmasın, üç aydan uzun süren glomerul filtrasyon hızında ≤ 60 ml/dk/1.73 m² azalması şeklinde tanımlanmaktadır (3,8,9,10).

Kronik Böbrek Hastalığı Safhaları

Ulusal Böbrek Kuruluşu (National Kidney Foundation-NKF) son yayınında tanımladığı KBH safhaları glomerul filtrasyon hızı hesaplanmasına dayalı olup, KBH her bir safhasındaki risk faktörlerinin prevalans ve ciddiyetine dayanmakta ve standartlara göre böbrek fonksiyon düzeyleri tanımlanmaktadır (3, 8-10).

Kronik böbrek hastalığı safhalarının tanımlanmasıyla erken dönemdeki uygulamalarla kardiyovasküler risk azaltılabilir, ilerleyişi yavaşlatılabilir ve diyaliz gereksinimi azaltılabilir. Böbrek işlevleri ve böbrek yetmezliğine gidişatin en iyi ölçüm yöntemlerinden biri, glomerul filtrasyon hızının (GFR) hesaplanmasıdır. Sağlıklı bir yetişkinde yaklaşık dk/100 ml/1.73 m²'dir. Glomerul filtrasyon hızı yalnızca dk/15 ml/ 1.73 m² altına düştüğünde ve hastalarda üremik semptomlar geliştiğinde önemli hale gelir. Azalmış glomerul filtrat hızının (GFR) KVH ve ölüm açısından büyük risk oluşturduğu bildirilmektedir (5). Kronik böbrek hastalığı olanlarda böbrek yetmezliğine göre kardiyovasküler hastalık mortalitesi daha yüksektir (3, 9-10).

KVH Risk Faktörleri

Ulusal Böbrek Kuruluşu- NKF (1998) KBH olanların kardiyovasküler hastalık açısından "en yüksek risk" grubunu oluşturduğu ve bu kişilerde kardiyovasküler hastalıklara bağlı yüksek mortalite görüldüğüne dikkat çekmiştir (11). Genel toplumla karşılaştırıldığında, böbrek yetmezliği olanlarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm çok yüksektir. Diyaliz tedavisi gören 25-35 yaşları arasındaki kişilerde kardiyovasküler hastalık 500 katı, 85 yaş ve üzerindeki kişilerde ise 5 katı daha fazladır (12).

KBH olan kişilerin prognozunu iyileştirmek üzere "değiştirilebilir" KVH risk faktörlerini tanımlamak ve tedavi etmek önemlidir. KBH olan hastalarda böbrek yetmezliğine göre

Tablo 1: Kronik böbrek hastalığının safhaları

| Safha | GFR dk/ml/1.73m ² | Tedavisi ve Bakımı | GFR testi sıklığı |
|--|---------------------------------|---|----------------------|
| Safha 1 Normal GFR ile birlikte kronik böbrek Hastalığı | > 90 | Altında yatan nedenin, komorbid durumların tanı ve tedavisi, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltarak ve kan basıncını kontrol altına alarak ilerleyişin yavaşlatılması, kan glikozun kontrol altına alınma ve proteinürinin azaltılması | Yılda bir kez |
| Safha 2 GFR azalma ve hafif kronik böbrek hastalığı | 60-89 | Safha 1'de olduğu gibi ve ilerleyişin hesaba katılması | Yılda bir kez |
| Safha 3 Orta düzeyde kronik böbrek hastalığı | 30-59 | Komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi | Altı ayda bir |
| Safha 4 Ciddi kronik böbrek hastalığı | 15-29 | Renal replasman tedaviye hazırlık (diyaliz ya da transplantasyon) | Üç ayda bir |
| Safha 5 Böbrek yetmezliği | <15 ya da diyalizde | Renal replasman tedavisine başlanır | Üç ayda bir |

Kaynak: National Kidney Foundation 2002, Joint Specialty Committee 2006.

kardiyovasküler hastalıklar daha sık görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar açısından kronik böbrek hastalığı bağımsız bir risk faktörüdür. KVH başlangıcı ve alevlenmesinde KBH olan hastalarda GFR azalırken hormonal, metabolik ya/ya da trombojenik faktörlerdeki anormallikler önemli bir rol oynamaktadır (5). National Kidney Foundation (NKF) Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) Clinical Practice Guidelines, kronik böbrek hastalıklarında kardiyovasküler risk faktörlerini geleneksel ve geleneksel olmayan risk faktörleri (kronik böbrek hastalıklarıyla ilgili hemodinamik ve metabolik faktörler) olarak gruplandırılmaktadır (8). Kronik böbrek hastalığı olan kişiler KVH risk faktörleri açısından tanılanmalı ve bunlar azaltılmalıdır(10).

a. Geleneksel KVH Risk Faktörleri. Framingham Kalp Çalışması gibi prospektif çalışmalarla genel toplumda tanımlanan değişkenlerdir (10). KBH olan kişilerde yaş, dislipidemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, sigara içme ve fiziksel hareketsizlik gibi geleneksel kardiyak risk faktörleri arasındaki ilişkiler çok iyi tanımlanmıştır (5). Ayrıca bu risk faktörleri, KBH olanlarda genellikle gruplar halinde bulunmaktadır. Bu nedenle her bir risk faktörü ele alınırken, KBH olan kişilerde birkaç risk faktörün bir arada bulunduğunu düşünmek önemlidir.

b. Geleneksel Olmayan KVH Risk Faktörleri. Geleneksel olmayan KVH risk faktörleri, kronik böbrek hastalığı ve azalmış böbrek işlevlerindeki komplikasyonla ilişkili hemodinamik ve metabolik anormallikleri içerir. Bu faktörler, böbrek fonksiyonları azalırken ciddiyeti ve prevalansında artış oluşturan faktörlerdir. Bazı uzmanlar, KBH ile ilgili risk faktörlerini "üremik" durumla değişen faktörler (hipertansiyon, dislipidemi, homosistein) ve üremik durum özellikleri olan faktörler (anemi, malnutrisyon, oksidatif ve hiperparatiroidizm) olarak gruplandırmaktadır.

KBH Safhalarına Göre "Geleneksel" KVH Risk Faktörleri

| | |
|-----------------------|---|
| KBH safha 1-4: | Böbrek hasarı ya/ ya da azalmış glomerul filtrat hızı (GFR) olanlar Diyabetik ve nondiyabetik böbrek hastalığı olanlar Böbrek transplantasyonu yapılanlar |
| KBH safha 5: | Hemodiyaliz ve peritondiyaliz hastaları |

Bu makalede "değiştirilebilir" özelliği nedeniyle KBH'nın tüm safhalarında geleneksel risk faktörleri, bunların görülme sıklığı, KVH ile risk faktörleri arasındaki ilişkiler ile bu faktörlerin tedavisi üzerinde durulacaktır. Başlangıçta her bir konuya genel bir bakış yapılacak, daha sonra dislipi-

dem, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kötü glisemi kontrol, sigara içme ve bedensel hareketsizlik gibi risk faktörlerine daha ayrıntılı olarak bakılacaktır.

Kardiyovasküler hastalık ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki nedeniyle diyabetin diğer kronik böbrek hastalık nedenlerinden ayırt edilmesi gerekir. Böbrek transplantasyonu için KVH olmayan hastalar tercih edilmesine karşın, böbrek transplantasyonu olanlarda kardiyovasküler nedenlerle mortalite oldukça yüksektir. National Kidney Foundation (NKF), diyaliz hastalarında KVH prevalansını yüksek olarak bildirmiştir KBH her safhasında hastaların %38-40'ında KVH bulunmuştur (13). Diyaliz öncesi hastalarda geleneksel risk faktörleri nedeniyle KVH yükünde artış olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Böbrek hastalığı olmayanlara göre hafif böbrek hastalığı olanlarda dahi, kardiyovasküler hastalık ve ölüm riski kısmen artmıştır (11).

1. Dislipidemia. Total kolesterol, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), kolesterol, HDL kolesterol ve trigliseridler üzerinde odaklanılacaktır.

KBH Safha 1-4. Bu safhada diyabetik ve nondiyabetik böbrek hastalığı olanlarda dislipidemi prevalansı, GFR ve proteinüri düzeyine göre değişir (14,15). GFR azalırken, trigliserid düzeyi artar ve HDL kolesterol düzeyi azalır. Proteinüri düzeyi artarken; total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid düzeylerinin hepsi artar ve HDL kolesterol düzeyi azalır (14). Diyabetli kişilerde kötü glisemik kontrol dislipidemi ile ilişkilidir. Nondiyabetik böbrek hastalığı olan kişilerde lipid düşürücü ilaç alan kişilerin yalnızca %8-18.2'sinde yetersiz tedavi nedeniyle dislipidemi görülür (14).

Böbrek transplantasyonu yapılan kişilerde de dislipidemi prevalansı yüksektir. Genel topluma göre hastalarda kolesterol, LDL ve trigliserid düzeyleri daha yüksektir (15). Düşük HDL kolesterol prevalansı, genel toplumdakine benzer. Dislipidemi prevalansı, kısmen immunosupresif ajan kullanıma bağlıdır. Bu kişilerde KVH ile hiperkolesterolemia, hipertrigliseridemia ve düşük HDL kolesterol arasında önemli ilişkileri gösteren birkaç çalışma vardır (16).

KBH Safha 5. Peritondiyaliz hastalarında dislipidemi prevalansı yüksektir (15). Hastalar total kolesterol, LDL ve trigliserid düzeyleri yüksek olmaya eğilimlidir. Diğer taraftan, hemodiyaliz hastaları düşük HDL ve yüksek trigliserid düzeylerine sahiptir, ancak total ve LDL kolesterol düzeyleri genel topluma benzerdir.

KBH olan kişilerde dislipideminin tedavisi. Kısa süreli randomize kontrollü çalışmalar, statinlerin hemodiyaliz, peritondiyaliz ve transplantasyonda total kolesterol ve LDL düşürmede güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir (17). KBH'de lipid düşürücü tedavinin kardiyovasküler hastalıklara yararı desteklenmemesi nedeniyle, genel topluma dayalı öneriler uygulanır. KBH yüksek risk durumu taşıması nedeniyle, LDL hedef 100

mg/dl'den daha az olmalıdır (18). Trigliserid düzeyleri 500 mg/dl'den daha fazla ise diyabetli kişilerde kötü glisemik kontrol gibi ikincil nedenlerin değerlendirilmesi ve tedavisi gerekir.

2. Hipertansiyon

KBH Safha 1-4. Bu safhada diyabetik ve nondiyabetik böbrek hastalığı olanların yaklaşık %70-80'inde hipertansiyon vardır (19,20). GFR azalırken, hipertansiyon prevalansı artar. GFR dk/90 ml/1.73 m² olanlarda hipertansiyon %40; GFR dk/30 ml/1.73 m² olanlarda hipertansiyon %77 oranında görülmektedir (8). Sistolik kan basıncı düzeyi, direkt olarak GFR ve proteinüri düzeyi ile ilişkilidir (14) ve hipertansiyon tubulointerisyel hastalıktan daha çok glomerular hastalıkta yaygındır (20).

KBH olan kişilerin yaklaşık %68-91'i antihipertansif ilaç almasına karşın, yarısından azında kan basıncı 140/90 mmHg'dır (19,20). Vakaların çoğunda antihipertansif ajan olarak anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri ya da anjiotensin reseptör blokerleri önerilmektedir. Bu, hem diyabetik hem de nondiyabetik böbrek hastalığının ilerlemesini geciktirmede yararlıdır (21), Özellikle proteinürisi olan ve azalmış GFR olan kişilerde ACE inhibitörleri, diyabet ya da vasküler hastalığının yanısıra en az bir KVH risk faktörü olan kişilerde KVH çıktılarını azalttığını göstermiştir (22).

Diyabetik ve nondiyabetik böbrek hastalığı olanlarda kan basıncı hedefleri için konsensus raporları dikkate alınmalıdır. Altıncı Joint National Committee (JNC VI) Raporu, parenkimal böbrek hastalığı olanlarda kan basıncı hedefini 130/85 mmHg'dan daha düşük tutulmasını önermektedir. Proteinüri ya/ya da diyabeti olan kişilerde bu düzey daha da düşük olmalıdır. JNC VI tarafından önerilen hedef kan basıncı günde 1 gr'dan daha fazla proteinürisi olanlar için 125/75 mmHg'dır (23). Diyabeti olan ancak proteinürisi günde/ 1 gr'dan daha az olanlar için JNC VI kan basıncı hedefini 130/85 mmHg'den daha düşük tutmaktadır. Daha sonraki konsensus konferansı, son çalışmalara dayanarak 130/80 mmHg'dan daha az olarak hedefi düşürmüştür (24).

Böbrek transplantasyonu olanlarda hipertansiyon prevalansı yaklaşık %50-%90 arasında değişmektedir (25). Bu kişilerde sol ventrikül hipertrofisi, konjestif kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı ve periferik kalp hastalığı riski artmıştır (25,26). Amerikan Transplantasyon Derneği, kan basıncının 140/90 mmHg'dan daha düşük olmasını önermektedir. Böylece böbrek hastalığı olanlar için JNC VI hedefi olan 130/85 mmHg ulaşılabilecektir (16, 23).

KBH Safha 5. Diyalize başlanan hastaların yaklaşık %80-%90'ı hipertansiftir (27,28). Hedef kan basıncı düzeyi tartışılan bir konu olmasına karşın, hemodiyaliz hastalarında hipertansiyonun yeterince tedavi edilmediği görülmektedir. Hemodiyalizdeki kişilerin yalnızca %50-60'ı antihipertansif

tedavi alırken (29), %50'sinde diyaliz öncesi kan basıncı $\geq 150/90$ mmHg ve %70'i JNC VI kriterlerine göre hipertansiftir (29). Periton diyaliz hastalarında, hipertansiyon baskın değildir, %35'inde kan basıncı $\geq 150/90$ mmHg'dır (28).

Diyaliz hastalarında kan basıncı ile KVH arasındaki ilişki karmaşıktır. Daha yüksek kan basıncının sol ventrikül hipertrofisi, iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği (30), ve serebral hemoraji (31) açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Uzun süreli ve yavaş diyaliz ile birlikte diyaliz rutinine uyum sağlanması, hacmi iyileştirmiş, kan basıncı kontrolünü sağlamış ve sol ventrikül hipertrofisinde gerileme, iyileşme sağlamış ve yaşam sürecini iyileştirmiştir (32). Diğer taraftan düşük kan basıncı, tüm mortalite nedenlerinde yüksek risk oluşturmuştur (30). Kanıtlanmamasına karşın, genellikle düşük kan basıncına sahip kişilerde tüm mortalite nedenleri açısından risk arttırdığına inanılmaktadır (33).

Diyaliz hastalarında antihipertansif ilaçların seçiminde komorbid hastalıkların varlığı rehberlik etmelidir. Tüm hastalar için ultrafiltrasyon yoluyla "kuru ağırlığın" başarılması, kan basıncı kontrolünde esastır. Kan basıncı hedeflerinin kişiye özgü olması önerilmektedir. Diyaliz sırasında hipotansif ataklar ya da diyaliz arası dönemde kan basıncında düşmenin yanı sıra yaş, koroner ya da serebrovasküler hastalık göz önünde tutulması gereken özelliklerdir. Kontrendikasyonlar ya da engellerin olmadığı durumlarda, KBH olan ve diyalize girmeyen hastalarda düşük kan basıncını sürdürmek mantıklı görünmektedir.

3. Sigara İçme

KBH Safha 1-4. Diyabetik ve nondiyabetik böbrek hastalığı olanlarda azalmış GFR olan kişilerin yaklaşık %25'i aktif ya da sigarayı bırakmış kişilerdir (7). Sigara içme hem böbrek hastalığının ilerleyişi (90), hem de GFR azalmış olanlarda KVH gelişimiyle bağlantılı bulunmuştur. Sigara içme, kan basıncını arttırarak KVH yardım edici etkisini gösterir ve aynı zamanda aterosklerotik renal arter hastalığının gelişimi ile bağlantılıdır (33).

Böbrek transplantasyonu olanlarda sigara içme prevalansı genel toplumdakine benzeyip, 30 yılda %33.5'ten %16'ya düşmüştür. Bu hastalarda KVH riski, serebrovasküler hastalık ve tüm mortalite nedenlerinin hepsi sigara içme ile ilişkili bulunmuştur (34).

KBH Safha 5. Diyaliz hastalarının %15-18'inin aktif sigara içenler olup, yaklaşık %50'si sigara içen ve sigarayı bırakmış kişilerdir (27,35). Diyaliz hastalarında sigara içme KVH, serebrovasküler hastalık, periferik vasküler hastalık ve tüm ölüm nedenleriyle ilişkili bulunmuştur (7, 35).

KBH Olanlarda Sigara İçiminin Yönetimi. KBH'da sigara içmeyi azaltmanın KVH riskini azalttığına ilişkin herhangi bir çalışma bulunmamasına karşın, genel toplumda yapı-

lan sigara bırakmanın KVH riskini zamanla azalttığına ilişkin çalışmalara dayanılmıştır (36). Bu nedenle KBH olan kişilere sigarayı bırakmaları konusunda önerilerde bulunulmalı ve danışmanlık yapılmalıdır. Genel toplumda olduğu gibi sigarayı bırakmada yardımcı olarak nikotin replasmanı / bupropion düşünülebilir (37). Bu kişiler aynı zamanda bu ilaçların yan etkileri açısından da izlenmelidir. GFR azalmış kişilerde nikotin klirensi de azalmıştır. Bupropion hepatik metabolizma ile uzaklaştırıldığından, KBH olanlarda kullanımını konusunda daha sınırlı veri bulunmaktadır (38).

4. Diyabetes Mellitus ve Glisemik Kontrol

KBH Safha 1-4. Azalmış GFR olan kişilerin yaklaşık %40'ında diyabetes mellitus vardır ve bunların çoğu diyabetik böbrek hastalığına sahiptir. Diyabetin varlığı KVH ve KBH safha 1-4 ile bağlantılıdır. Diyabetik böbrek hastalığında proteinüri düzeyinin artışı, KVH yüksek riski ve tüm ölüm nedenleri ile ilişkilidir (39). The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) ve The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), sıkı glisemik kontrolün mikrovasküler azattığı, ancak tip 1 ve tip 2 diyabette makrovasküler komplikasyonlar için gerekli olmadığını göstermiştir (40). Sıkı glisemik kontrolün KVH azalttığına ilişkin randomize çalışma bulguları olmamasına karşın, böbrek hastalığının ilerleyişini azaltmaya eğilimlidir.

Böbrek transplantasyonu olanlarda diyabet prevalansı yaklaşık %30'dur. Diyabetin varlığı, bu grupta KVH açısından bağımsız bir risk faktörüdür (34). Böbrek transplantasyonu olanların büyük bir bölümünde diyabete bağlı böbrek yetmezliği gelişir. Tip 1 diyabetlilerde böbrek transplantasyonundan sonra sıkı bir glisemik kontrolün transplante böbrekte yeni diyabetik değişikliklerin gelişimini azaltabileceğini düşündürülen bulgular vardır (41). Böbrek transplantasyonu olanlarda sıkı glisemik kontrol iki nedenle güç olabilir. Birincisi, birçok immunosupresif ajan hiperglisemiyi arttırabilir. İkincisi, bu kişiler sıklıkla uzun süreli diyabete bağlı mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara sahiptirler. Bu nedenle, hem hipoglisemik farkındalıkları yoktur hem de hipoglisemi geliştiğinde ciddi tehlikeler açısından risk altındadırlar. Böylece sıkı glisemik kontrolün yarar ve zararları kişi düzeyinde değerlendirilmelidir.

KBH Safha 5. ABD'de diyabet son dönem böbrek hastalıklarının başlıca nedenidir ve yaklaşık vakaların %40'ını oluşturmaktadır (40). Diyabetin varlığı, hemodiyaliz ve peritondiyaliz hastalarında iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve tüm ölüm nedenleri açısından bağımsız bir risk faktörüdür (35). Glisemik kontrol ve KVH olayları arasındaki ilişki diyaliz hastalarında incelenmemiştir. Glisemik kontrolün izlenmesi diyaliz hastalarında yetersiz olabilir. Son dönem böbrek hastalığı olanların yarısından daha azında bir yıl içinde HbA1c izlenmiş ve yalnızca %10'una üç ya da daha

fazla test yapılmıştır (42). Diyaliz hastalarında sıkı glisemik kontrolün yarar ve riskleri dikkatle değerlendirilmelidir (43). Bu grupta net yararı, KBH safha 1-4 ya da böbrek transplantasyonu olan kişilere göre daha küçüktür ve böbrek hastalığının ilerlemesine geciktirme gibi bir yararı da yoktur.

5. Bedensel Hareketsizlik

KBH Safha 1-4. Böbrek transplantasyonu olanlar, aynı yaş grubu ile karşılaştırıldığında sedanter kapasitede egzersiz yapmaktadır. Diğer taraftan diyaliz hastaları sedanter yaş kontrol grupları ile karşılaştırıldığında azalmış egzersiz toleransına sahiptir (44). Düşük fiziksel aktivite düzeyi bildirilmektedirler (27). Hemodiyaliz hastalarında egzersiz kapasitesi kadınlarda, yaşlı kişilerde ve diyabetli kişilerde, hemoglobin düzeyi düşük olanlarda düşüktür (45). Bununla birlikte, eritropoetin ile hemoglobin arttığında dahi, egzersiz kapasitesi normale dönmemektedir. KVH risk ile egzersiz ilişkisi, KBH'da yeterince çalışılmamıştır.

Genel toplumda, haftada hergün, günde/30 dakika kadar orta düzeyde izotonik aerobik fiziksel aktivite önerilmektedir (46). KBH da egzersizin KVH sonuçları üzerinde uzun süreli etkilerini gösteren herhangi bir çalışma yoktur. KVH olan kişilerde egzersiz programı başlatılırken uygun düzeyde egzersiz için testler yapılmalıdır (36).

Sonuç

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde geleneksel risk faktörleri yüksek prevalansa sahiptir. Bu grupta geleneksel risk faktörlerin yönetimi beklenenin altındadır. En iyi tedavi biçimini belirlemek, güvenliği açısından değerlendirmek ve tedavi hedeflerini tanılamak için acilen ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarını beklerken, terapötik yokluktan kaçınılmalı; toplumdaki yüksek risk gruplarına yönelik tedavi önerileri, KBH olan kişilerin tedavisine uyarlanmalıdır.

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

Kaynaklar

1. Center of Disease Control. Prevalence of Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors. United States, 1999—2004. March 2, 2007 / 56 (08);161-165.
2. Schoolwerth AC, Engelgau MM, Hostetter TH, et al. Chronic kidney disease: a public health problem that needs a public health action plan. *Prev Chronic Dis* 2006; 3:A57.
3. Levey AS, Coresh J, Balk E, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003;139:137-47.
4. Gelber RP, Kurth T, Kausz AT, et al. Association between body mass index and CKD in apparently healthy men. *Am J Kidney Dis* 2005;46:871--80.
5. Bruce F, Culleton, Brenda R. Hemmelgarn (2003) Is Chronic Kidney Disease a Cardiovascular Disease Risk Factor? *Seminars In Dialysis* 16

(2), 95–100.

6. National Kidney Foundation, KDOQI Working Group: The definition, evaluation and classification of chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2(suppl 1): 2002.
7. U.S. Renal Data System: USRDS 1997 Annual Data Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1997.
8. National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary. New York: National Kidney Foundation, 2002
9. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Part 7. Stratification Of Risk For Progression Of Kidney Disease And Development Of Cardiovascular Disease Guideline 15. Association Of Chronic Kidney Disease With Cardiovascular Disease. E:\renal failure cv risk\KDOQI CKD Guidelines.htm.
10. K/Doqi Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, And Stratification. Part 3. Chronic Kidney Disease As A Public Health Problem. E:\KDOQI CKD Guidelines.htm
11. Levin A. Clinical Epidemiology of Cardiovascular Disease in Chronic Kidney Disease Prior to Dialysis. *Seminars In Dialysis*, 2003; 16 (2), 101–105.
12. U.S. Renal Data System, USRDS 2002 Annual Data Report, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, Maryland, 2002.
13. Levin A, Djurdjev O, Barrett B, et al. Cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease: getting to the heart of the matter. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 1398–1407,
14. Sarnak MJ, Coronado BE, Greene T et al. Cardiovascular disease risk factors in chronic renal insufficiency. *Clin Nephrol* 2002; 57: 327–335.
15. Kasiske BL: Hyperlipidemia in patients with chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 142–156.
16. Kasiske BL, Chakkeri HA, Roel J: Explained and unexplained ischemic heart disease risk after renal transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1735–1743.
17. Saltissi D, Morgan C, Rigby RJ, et al. Safety and efficacy of simvastatin in hypercholesterolemic patients undergoing chronic renal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: 283–290.
18. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). *JAMA* 1993; 269: 3015–3023.
19. Coresh J, Wei GL, McQuillan G, et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey (1988–1994). *Arch Intern Med* 2001; 161: 1207–1216.
20. Buckalew VMJr, Berg RL, Wang SR, et al. Prevalence of hypertension in 1,795 subjects with chronic renal disease: the modification of diet in renal disease study baseline cohort. *Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Am J Kidney Dis* 1996; 28: 811–821.
21. Kasiske BL, Kalil RS, Ma JZ, et al. Effect of antihypertensive therapy on the kidney in patients with diabetes: a meta-regression analysis. *Ann Intern Med* 118: 129–138, 1993;
22. Mann JF, Gerstein HC, Pogue J, et al. Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcomes and the impact of ramipril: the HOPE randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 629–636.
23. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413–2446,
24. Bakris GL, Williams M, Dworkin L, et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach. National Kidney Foundation Hypertension and Diabetes Executive Committees Working Group. *Am J Kidney Dis* 2000; 36: 646–661.
25. Aakhus S, Dahl K, Wideroe TE. Cardiovascular morbidity and risk factors in renal transplant patients. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 648–654.
26. Mailloux LU, Levey AS. Hypertension in patients with chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 120–141.
27. Longenecker JC, Coresh J, Powe NR, et al. Traditional cardiovascular disease risk factors in dialysis patients compared with the general population: the CHOICE study. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: 1918–1927.
28. Mailloux LU, Haley WE. Hypertension in the ESRD patient: pathophysiology, therapy, outcomes, and future directions. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 705–719.
29. Salem MM. Hypertension in the hemodialysis population: a survey of 649 patients. *Am J Kidney Dis* 1995; 26: 461–468.
30. Foley RN, Parfrey PS, Harnett JD, et al. Impact of hypertension on cardiomyopathy, morbidity and mortality in end-stage renal disease. *Kidney Int* 1996; 49: 1379–1385.
31. Kawamura M, Fijimoto S, Hisanaga S, et al. Incidence, outcome, and risk factors of cerebrovascular events in patients undergoing maintenance hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 991–996.
32. Charra B, Caemard E, Ruffet M, et al. Survival as an index of adequacy of dialysis. *Kidney Int* 1992; 41: 1286–1291.
33. Coresh J, Longenecker JC, Miller ER III, et al. Epidemiology of cardiovascular risk factors in chronic renal disease. *J Am Soc Nephrol* 1998; 9: 24–30.
34. Kasiske BL, Klinger D. Cigarette smoking in renal transplant recipients. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 753–759.
35. Cheung AK, Sarnak MJ, Yan G, et al. Atherosclerotic cardiovascular disease risks in chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 2000; 58: 353–362.
36. Beto JA, Bansal VK. Interventions for other risk factors: tobacco use, physical inactivity, menopause, and homocysteine. *Am J Kidney Dis* 1998; 5(suppl 3):172–184.
37. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, et al. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121: 932–941.
38. Aronoff GR, Berns JS, Brier ME, et al. *Drug Prescribing in Renal Failure*, 4th ed.: American College of Physicians, Philadelphia, PA, 1999.
39. Stephenson JM, Kenny S, Stevens LK, et al. Proteinuria and mortality in diabetes: the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabet Med* 1995; 12: 149–155.
40. Effect of intensive therapy on the development and progression of diabetic nephropathy in the Diabetes Control and Complications Trial. The Diabetes Control and Complications (DCCT) Research Group. *Kidney Int* 1995; 47: 1703–1720.
41. Barbosa J, Steffes MW, Sutherland DE, et al. Effect of glycemic control on early diabetic renal lesions. A 5-year randomized controlled clinical trial of insulin-dependent diabetic kidney transplant recipients. *JAMA* 1994; 272: 600–606.
42. Collins AJ, Li S, Ma JZ, et al. Cardiovascular disease in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 26–29.
43. Manske CL. Hyperglycemia and intensive glycemic control in diabetic patients with chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 157–171.
44. Painter P, Messer-Rehak D, Hanson P, et al. Exercise capacity in hemodialysis, CAPD, and renal transplant patients. *Nephron* 1986; 42: 47–51.
45. Sietsema KE, Hiatt WR, Esler A, et al. Clinical and demographic predictors of exercise capacity in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: 76–85.
46. Surgeon General's report on physical activity and health. From the Centers for Disease Control and Prevention. *JAMA* 1996; 276: 522.

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

E-Mail: gokdogan_f@ibu.edu.tr

Hemşirelikte Etik Kodlar ve Etik Sorunlar

Code of Ethics for Nurses and Ethical Problems

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR

Özet

Etik, davranışlarla ilgili neyin doğru neyin yanlış olduğu ile ilişkili mesleki standartlardır. Tüm insanlar için iyi ve kötü olanın ne olduğunu tanımlar. Hemşirelikte etik kodlar güvenli ve şefkatli bakım için ilkeleri belirler. Etik kodlar mesleğin tüm üyeleri tarafından kabul edilebilir etik standartlardır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) hemşire profesyonellerin izleyeceği tüm meslek üyeleri tarafından yaygın olarak kabul edilen etik kodlar belirlemiştir.

Anahtar kelimeler: Etik, Hemşirelik etiği, Etik kodlar.

Summary

The terms of ethics refers to occupational standards of right and wrong behavior. It is concerned with determining what is good or vulnerable for all people. In nursing, a code of ethics provides guidelines for safe and compassionate care. A code of ethics is a set of ethical principles that are accepted by all members of profession. The American Nurses Association (ANA) and The International Council of Nurses (ICN) have established widely accepted codes that professional nurses attempt to follow.

Key words: Ethics, Nursing ethics, Code of ethics.

Etik: Bir insan toplumunun alışkanlıkları, gelenek ve görenekleri, kültürün özellikleri anlamına gelen Yunanca "et-hike" sözcüğünden gelir. Ahlaki değerler ve ilkelere uygun karar ve davranışları tanımlayan kurumsal kodlar ve standartları belirler(www.baltas-baltas.com. [Erişim 27 Aralık 2007]).

Etik, davranışlarla ilgili neyin doğru, neyin yanlış olduğu ile ilişkili mesleki standartlardır (http://nursingworld.org/ethics/code/ethicscode_150.htm [Accessed 4 December 2007],1,2). Etik ve ahlak sözcüğü aynı anlamda kullanılır. Ancak ahlak; dini, felsefi, kültürel ve toplumsal etkileşimler sonucu, bireylerin belleklerine yerleşmiş, iyiyi, kötüyü, doğruyu, yanlış biribirinden ayırt etmeye yarayan bireysel değerler ve ilkelerdir.

Etik;

- Ahlaki faaliyetler ve değer sistemiyle ilgili bilim,
- Değişik olaylar karşısında hangi davranış ve tutumun doğru ya da yanlış olduğunun saptanması,

İyi ilişkilerin, karakterin ve motivasyonun yansımasıdır gibi tanımlanır. (www.baltas-baltas.com. Erişim 27.Aralık 2007,1,2,3,4,5).

Etik ilkeler: Meslek üyelerinin genel olarak kabul ettiği ilkeler dizisidir. Bunlar, meslek üyesinin mesleğine, mesleki örgütüne, meslektaşlarına, hizmet verdiği ve işbirliği yaptığı bireylere ve kendine karşı sorumluluklarını tanımlar.

Etik ilkeler mesleğin üyelerine ve topluma, mesleğin te-

mel amaçları ve değerleri hakkında bilgi sağlar, meslek üyelerinin karşılaşabilecekleri etik sorunlar karşısında mantıklı ve doğru karar verebilmeleri için rehberlik eder.

Bandman ve Bandman hemşirelikte etik ilkelerin dört amacı olduğunu bildirmiştir. Bunlar;

1. Toplumun inançlarının ve hemşirenin sorumluluklarının bilincinde olduğunu ve kabul ettiğini topluma göstermek.

2. Etik sorumluluklar gerektiren eylemlere esas oluşturacak meslek ilişkileri için rehber oluşturmak.

3. Hastanın/bireyin sözcüsü, diğer sağlık profesyonellerinin çalışma arkadaşı, hemşirelik mesleğinin güvenilir bir çalışanı ve toplumda sağlık hizmetlerini temsil eden birey olarak hemşirenin konumunu tanımlamak.

4. Meslek üyelerinin mesleki düzenlerini oluşturmada bir araç sunmak(5).

Başlıca etik ilkeler;

- Yararlılık,
- Zarar vermeme,
- Özerklik,
- Doğruluk,
- Adalet,
- Güvenilirlik,
- Sadakat kavramlarından oluşur (1).

Profesyonel bir meslek üyesi olarak hemşire, hemşirelikte etik kodları, bu kodlarda belirtilen davranış ve değerle-

ri benimsemeli ve mesleğini bu standartlar doğrultusunda sürdürmelidir (<http://nursingworld.org/ethics/code/ethicscode150.htm> [Accessed 4 December 2007], www.cna-nurses.ca/pages/ethics/ethics.htm [Accessed 18 December 2007], 1,2,6).

Etik Kodlar: Hemşirelikte etik kodlar, hemşirenin topluma ve mesleğine karşı sorumluluklarını yansıtır. Etik kodlar; mesleğin birincil amaçlarını, değerlerini ve yükümlüklerini açıklar. Hemşirelikte etik kodlarla ilgili ilk metin Florence Nightingale tarafından yazılmış The Promise (Söz) adlı metindir(7). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses -ICN-) 1953 yılında hemşirelikte etik kodları hazırlamış, 1982 yılında ve 2005 yılında tekrar düzenleyerek basmıştır. ICN etik kodların hemşirelik eğitimi verilen kurumlar, hemşirelerin çalışma alanları, basılı materyaller ve medya aracılığı ile tanıtımı ve duyurulmasının önemini vurgulamaktadır. ICN'nin hazırladığı etik kodlar, ulusal ve bölgesel etik kodların geliştirilmesi için başlangıç olmuştur(<http://inc.ch/ethics.htm>. [Accessed 18 December 2007]). Amerikan Hemşireler Birliği(American Nurses Association-ANA-)ve Kanada Hemşireler Birliği hemşirelikte etik kodların neler olduğu ve bunların yerine getirilmesinin mesleki standartlar açısından önemini vurgulayan yayınlar yapmışlardır. ANA 1950 yılında hazırladığı etik kodları 1986 yılında tekrar düzenlemiş, son olarak 2001 yılında güncelleyerek web sayfasında yayınlamıştır. ANA'ya göre etik kodların uygulanabilir olması için; etik kuramların benimsenmesi ve onaylanması gerekir. Tüm ülkeler kendi toplumsal değerlerini, sağlık ve sosyal gereksinimleri göz önünde bulundurarak bu etik kodları benimsemeli, meslek üyelerinin uymasını ve bakıma yansıtmasını sağlamalıdır.

Hemşirelikte etik kodların amaçları şunlardır:

- Hemşirelik mesleği üyelerinin görevlerini ve etik sorumluluklarını kısa ve öz cümlelerle tanımlar.
- Mesleğin olmazsa olmaz etik standartlarını tanımlar.
- Hemşirenin mesleki sorumlulukları ile ilgili topluma verdiği sözleri tanımlar(<http://nursingworld.org/ethics/code/ethicscode150.htm> [Accessed 4 December 2007]).

Kanada Hemşireler Birliği'nin Etik kodları:

- Hemşire, hastalara ve onların bireysel gereksinimlerine saygı göstermek zorundadır.
- Hemşirelik bakımı, hastalara saygıyı ve onların kendi bakımını kontrol etme hakkına dayalı olarak, hastanın seçme hakkına saygıyı yansıtmalıdır.
- Hemşire, sağlık bakım kurumunda hastalar hakkında öğrendiği tüm bilgileri gizli tutmak durumundadır.
- Hemşirenin, hastaların onurunu koruma yükümlülüğü vardır.
- Hemşirenin, meslektaşları ve başkaları önünde hemşirelik etiğine uyma yükümlülüğü vardır.

relik etiğine uyma yükümlülüğü vardır.

- Hemşirenin, hastanın sözcülüğünü/savunuculuğunu üstlenme yükümlülüğü vardır.
- Hemşire, eğitim, araştırma ve yönetimi içeren tüm profesyonel kurumlarda, hastaların iyiliğini ön planda tutmakla yükümlüdür.
- Hemşire, hemşireliğe ve hemşirelere güveni devam ettirecek şekilde davranmakla yükümlüdür(www.cna-nurses.ca/pages/ethics/ethics.htm [Accessed 18 December 2007]).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA)'nin 2001 yılında güncellediği etik kodlar

(<http://nursingworld.org/ethics/code/ethicscode150.htm> [Accessed 4 December 2007]).

Kod 1: Hemşirelik, bireyin onur ve değerlerini koruyan, tutumlarına ve sağlık sorunlarına saygı gösteren, sosyal, ekonomik durum ayrımı gözetmeksizin, bireylere şefkat göstererek uygulanan profesyonel bir meslektir.

1.1. İnsan onurunu koruma: Tüm hemşirelik uygulamalarının temelinde insan onurunu ve değerini koruma vardır. Hemşireler tüm profesyonel ilişkilerinde bireylerin değerlerini ve gereksinimlerini dikkate alarak davranırlar.

1.2. Hasta ile ilişkiler: Hemşire hastasının bakımını planlarken bireylerin yaşam biçimi, değer yargıları, dini inançları ve gereksinimlerine saygı göstererek, önyargısız davranır.

1.3. Sağlık sorununun niteliği: Hemşire bireylerin sağlık sorunları ile ilgilenirken onların değerlerine, dini inançlarına saygı göstermeye ve onurunu korumaya özen gösterir. Hasta için sağlığın oluşturulması, hastalıkların önlenmesi, sağlığın düzeltilmesi, rahatsızlıkların azaltılması, terminal evredeki hastaya destek bakımını planlanması gibi hemşirelik hizmetlerinin düzenlenmesinde hastanın değerleri ve inançları göz önünde bulundurulur.

1.4. Otonomiye saygı: Hemşire hastaya yapılacak girişimler, tedaviler ve uygulamalarla ilgili bilgi vererek onayın alınması konusunda dikkatli davranır.

1.5. Çalışma arkadaşları ve diğer bireylerle ilişkiler: Hemşirenin bakım verici, yönetici, eğitici, araştırmacı ve danışmanlık gibi bir çok işlevleri vardır. Hemşire bu rolleri yerine getirirken diğer hemşireler, hizmetliler, hekimler ve öğrencilerle birlikte yaptığı çalışmalarda ilişkilerini sevecenlik ve hoşgörülü ile yürütür.

Kod 2: Hemşirelik birey, aile, grup yada toplumda hastanın birincil olarak bakımını yürüten bir meslektir.

2.1. Hastanın önceliklerini kabul etme: Hemşire hastanın bakımının planlanması, girişimler ve planın uygulamasına katılımını sağlar ve onun bireysel isteklerine öncelik verir.

2.2. Anlaşmazlıkların çözümü: Hemşire çalışma ortamında hasta, aile, hekim, hemşire meslektaşları ile ilgili anlaşmazlıkların çözümünde rol alır. Aynı zamanda sağlık bakım organizasyonları ve sağlık bakımının planlanması ile ilgili anlaşmazlıkların çözümünde de rol alır.

2.3. İş birliği: İş birliği, bireylerin yada grupların ortak amaçlar için çaba göstermesi durumudur. Sağlık bakımında ortak amaç hasta yada toplumun sağlık gereksinimleridir. Sağlık bakım sistemlerindeki kompleks gelişmeler hizmet sunumunda multidisipliner yaklaşımı gerektirir. Sağlık hizmeti sunumunda sağlık ekibinin ortak kararlar alma ve bakım sonuçlarını tartışarak kaliteli bakım hizmeti sunmaları için hemşire işbirliği sağlayıcı rol oynar.

2.4. Profesyonellik: Hemşire hastalıkların önlenmesi, acının azaltılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve düzeltilmesi gibi işlevlerde hasta ve çalışma arkadaşları ile profesyonel hizmet yürütür.

Kod 3: Hemşirelik hastanın güvenlik ve sağlığının korunması için çaba gösteren, savunucu ve geliştirici rol oynayan bir meslektir.

3.1. Gizlilik: Hemşire hastanın güvenliğinin sağlanması, sağlık bakımında olumsuzlukların önlenmesi ve hasta için doğru uygulamaların savunucusudur.

3.2. Güvenilirlik: Hemşire hastasıyla ilgili tüm bilgileri saklar.

3.3. Araştırmaya katılanların korunması: Her birey bireysel özgür iradesiyle araştırmaya katılır. Hemşire hastayı bir araştırmaya katılımından önce olası yarar ve zararları, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, araştırmanın herhangi bir evresinde araştırmadan çıkabileceği konusunda bilgilendirerek, katılım konusunda istekli olup olmadığını onamını alır.

3.4. Standartlar ve yeniden gözden geçirme mekanizmaları: Hemşire bilgi, beceri ve uygulamalar ile ilgili yenilikler ve gelişmeleri izleyerek kendisini geliştireceği konusunda topluma söz verir. Yönetici hemşireler sorumluluğunda çalışan hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için sorumluluk alır ve gerekli eğitim programlarının hazırlanmasını ve hemşirelerin katılımını sağlar.

Hemşireler hasta güvenliği, insan ve çevre kaynaklı hatalı uygulamaların azaltılması için politikalar ve standartlar geliştirir.

3.5. Hatalı/uygun olmayan uygulamalardan koruma: Hemşire hastanın yaşamı boyunca karşılaşılabileceği güvenlik, sağlık, sağlık bakım gereksinimleri gibi konularda gereksinimlerinin belirlenmesinde birincil rol üstlenir. Yapacağı uygulama konusunda yetkili olmayan birinin hastaya yapacağı uygulamalar, ekip üyelerinden birinin etik ve yasal olmayan uygulamaları konusunda dikkatli olacağı ve hastayı bunlardan koruyacağı sözünü verir.

3.6. Yanlış/zararlı uygulamalar: Hemşire çalışma ortamında hastayı ekip üyelerinin yanlış/zarar verici uygulamalarından korur.

Kod 4: Hemşireler hemşirelik bakımı ve uygulamaları ile ilgili görevlerini en üst düzeyde yerine getirme konusunda sorumluluklarını kabul eder.

4.1. Sorumluluklarını kabul etme: Hemşire, hastaya verilecek bakımın birincil sorumlusudur. Hemşirelik, doğrudan hasta bakımı, eğitim, yönetim, araştırma gibi sorumlulukları kapsar. Hemşire bu sorumlulukların her birinde kaliteli bakım ve uygulamanın sağlanmasından sorumludur. Hemşire hemşirelik uygulamaları ile ilgili değişiklikleri ve gelişmeleri izler, inceler ve bakımına yansıtır.

4.2. Hemşirelik ile ilgili karar alma ve uygulama: Kendisinin ve birlikte çalıştığı ekip üyelerinin etik kurallar çerçevesinde hastanın onurunu koruyacağını, hastanın yararı ve kendi isteklerini ifade etmesine izin verecek biçimde kararlar alacağını ve uygulayacağını kabul eder.

4.3. Hemşirelikle ilgili kararlar ve işlevlerde sorumluluk alma: Hemşire yapacağı görevleri eğitimi, bilgisi, yetenekleri ve deneyimlerine dayanarak kabul eder.

4.4. Hemşirelik işlevlerine de yetki /sorumluluk alma: Hemşire sorumluluğunda çalışan diğer sağlık personelinin kaliteli sağlık bakımı vermesi konusunda sorumluluk alır. Kaliteli sağlık bakımını sürdürülmesi için gerekli izlem ve değerlendirmeyi yapar.

Hemşirenin eğitici, yönetici ve araştırmacı rolünün hasta bakımıyla doğrudan ilgisi az olmasına karşın, hasta bakımında görev alan diğer ekip üyelerinin eğitim ve denetlemesi ile ilgili hemşireye sorumluluk yüklemektedir.

Kod 5: Hemşire kendisinin ve çalışma arkadaşlarının bireysel gelişimi sağlama ve sürdürme konusunda sorumluluk almayı kabul eder.

5.1. Ahlaki öz saygı: Bireysel tutum ve yaşam biçimini dikkate almadan ahlaki doğruları ve tüm insani değerleri içerir.

5.2. Bireysel gelişim ve yeterliliğin sürdürülmesi: Bireyin kendisini yeterli hissetmesi, özsaygısı, profesyonel davranış göstermesi ve çalışmasının yeterliliğini etkileyen önemli etmenlerdir. Tüm hemşireler kendisini geliştirmesi gerektiğinin sorumluluğunu taşır.

5.3. Karakter bütünlüğü: Hemşireler bireysel ve profesyonel kimliklerini tamamen birbirinden ayırtmaz. Ancak birbiriyle karıştırmadan bütünleştirirler. Hemşire mesleğini yürütürken bireysel değerleri ile mesleki değerlerini bütünleştirir.

5.4. Dürüstlüğü koruma: Hemşire görev aldığı her alanda mesleğin ahlaki standartlarının ihlal edilebileceği olasılığının olduğu durumlarda kabul edilebilir ahlak sınırları içinde uzlaştırıcı rol oynar. Bu rol doğrudan hasta bakımını

la ilgili olabileceği gibi hemşirelik mesleğinin diğer çalışma alanlarıyla da ilgili olabilir. Hemşire hastanın güvenliğini koruyacağına, hastayı bakımdan mahrum etmeyeceğine, yalnız hasta için alternatif hemşirelik bakım kaynakları sağlandığında bakımı devredeceğine söz verir.

Kod 6: Hemşireler kaliteli sağlık bakımı sunmak için sağlık bakım ortamının düzeltilmesi, korunması ve uygun ortamda sağlık bakımı verileceği sözünü verir.

6.1. Ahlaki değerler ve dürüstlüğün hakim olduğu bir çevre: Dürüstlük bireyin karşılaştığı ahlaki sorunlar/sorumluluklarda neyin doğru olduğu ile ilgili karakteristik özellikleridir. Akıl, onur, cesaret ve ahlaklı olma dürüst bireyi tanımlayan özelliklerdir. Hemşireler için hemşireliğin merkezinde insan onuru, iyiliği, bağımsızlığı, saygısı, dürüstlük ve fazilet yer alır.

6.2. Etik sorumluluklar doğrultusunda çevre düzenlenmesi: Tüm hemşireler hemşirelik bakımı uyguladıkları alanlarda etik sorumluluklar doğrultusunda görev yaparlar. Hemşireler uygulama alanında yazılı politika, prosedür ve standartların etik ilkeler doğrultusunda belirlenmesi ve uygulanmasında sorumluluk alır.

6.3. Sağlık bakım ortamı sorumlulukları: Hemşire sağlık bakım hizmeti sunulan ortamda çalışma arkadaşları ve diğer sağlık bakım çalışanlarının gereksinimlerini belirleme, uygun bir çalışma ortamı sunma sorumluluğu taşır. Özellikle yönetici hemşireler bakım işlevlerinin doğru biçimde yapılması, yapılacak işlerde ve uygulamalarda hemşirelerin kararlara katılımının sağlanması konusunda sorumluluk alır.

Kod 7: Hemşireler meslekteki gelişmeleri izleme ve bunları uygulama, eğitim ,yönetim hizmetlerine yansıtma sorumluluğu taşır.

7.1. Hemşirelik ve sağlık bakım politikaları ile ilgili mesleki gelişmelere aktif katılım: Hemşireler mesleki organizasyonlarda yer alma, mesleki aktivitelere katılım ve liderlik rolü üstlenme gibi mesleğin gelişimine katkıda bulunacak sorumlulukları üstlenirler. Hemşireler aynı zamanda çalışma alanlarındaki komisyon ve komitelerde çalışma grubu üyesi ya da lider olarak görev yaparak mesleğin gelişimine katkıda bulunurlar.

7.2. Klinik, eğitim ve yönetim alanında profesyonel standartların geliştirilmesi, sürdürülmesi ve uygulanması yoluyla mesleki gelişimi sağlama: Standartlar ve rehberlerin geliştirilmesi mesleki bilgi ve etik ilkelerin hemşirelik uygulamalarına yansımalarıdır. Hemşirelerin mesleklerine ilişkin standartlar ve rehberler geliştirmeleri onların topluma karşı sorumluluklarını yerine getirdiğini gösterir. Yönetici hemşireler meslekte kabul edilmiş standartların çalışma alanlarında kullanımından sorumludur. Hemşirelik hizmetlerinde mesleki otonomi ve öz düzenleme için standartlar ve rehberlerin geliştirilmesi ve uygulamada kullanımı zorunludur. Eğiti-

ci hemşireler eğitimle ilgili aktivitelerde en üst düzeyde eğitim standartlarını oluşturmak ve uygulamaktan sorumludur.

7.3. Mesleki bilginin gelişimi, yayılımı ve uygulamaya aktarılması: Hemşireler mesleki disiplin ve uygulamalarında hemşirelik bilgisinin belirlenmesi, değerlendirilmesi, incelenmesi ve yaygınlaştırılması sorumluluğu taşır. Aynı zamanda hemşirelik diğer bilim dalları ve insan bilimlerinden de yararlanır. Bilimsel aktiviteler hemşirelik mesleğinin topluma karşı sorumluluğudur. Hemşireler bireysel olarak yada diğer meslektaşları ile işbirliği yaparak mesleki bilginin gelişimi, değerlendirilmesi, yayılması ve uygulamaya yansıtılması için çalışırlar.

Kod 8: Hemşireler toplumsal, ulusal yada uluslararası düzeyde sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması için diğer sağlık profesyonelleri ve toplumla işbirliği yapar.

8.1. Sağlık gereksinimleri ve genel sağlık konularında sorumluluklar: Hemşirelik mesleği tüm insanların sağlık, iyilik ve güvenliğini sağlama sözü verir. Hemşire yalnız bireylerin/hastaların sağlık gereksinimleri konusunda sorumluluk almaz. Aynı zamanda dünyadaki açlık, çevre kirliliği, sağlık bakımına ulaşmada yetersizlik, insan hakları, hemşirelik hizmetleri ve sağlık bakım kaynaklarının eşit dağıtılması gibi genel sağlık konularında da sorumluluk alır. Uygun, yeterli ve kaliteli sağlık bakım hizmetinin tüm bireylere eşit biçimde sunulması için sağlık profesyonelleri, toplumsal, ulusal ve uluslar arası düzeyde iş birliği ve planlama gerekir. Hemşirelik mesleği bu sorumluluğun bilincindedir.

8.2. Topluma karşı sorumluluklar: Hemşireler toplum sağlığı ve sağlığı tehdit eden durumların farkındalığı konusunda sorumluluk alır. Hemşire, destek grupları, toplumdaki organizasyonlar ve gruplar aracılığı ile toplumu hastalıklar, kazalar, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, yasal ve kurumsal sağlık hakları konularında eğitir. Fakirlik, evsizlik, güvensiz yaşam, ihmal, şiddet, sağlık hizmetlerinden yararlanmada yetersizlik gibi sağlık için engel oluşturan konularda bireylere destek olur.

Kod 9: Hemşireler, dernekleri ve meslek üyeleri aracılığı ile hemşirelik değerleri ve uygulamalarını duyurur, sosyal politikaların biçimlendirilmesinde sorumluluk alır.

9.1. Değerlerin duyurulması: Meslek üyeleri profesyonel derneklerle iletişim kurarak hemşirelik mesleğinin değerlerini duyurma konusunda sorumluluk alır.

9.2. Profesyonel organizasyonlarla ortak çalışmalar yaparak mesleki başarı sağlama: Hemşirelik mesleğindeki gelişmeler mesleğin toplumdaki saygınlığını artırır. Meslek ve toplum arasındaki olumlu iletişim aşağıda verilenlerin gerçekleşmesi ile sağlanır:

- Hemşireler için etik kodların oluşturulması.
- Hemşirelik uygulama standartlarının oluşturulması.
- Hemşirelik kuramları, hemşirelik bilimi ve araştırmala-

ra dayanarak hemşirelik işlevleri ve bilgilerinde sürekli gelişimin sağlanması.

- Uygulama alanı ile ilgili gerekli eğitimlerin sağlanması.
- Sertifika programlarının düzenlenmesi.
- Profesyonel hemşirelik işlevlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi için mekanizmalar geliştirilmesi.

9.3. Profesyoneller arası dürüstlük: Mesleki dernekler /birlikler mesleki etik ilkeleri ve değerleri açıklamaktan sorumludur ve üyelerini etik değerler doğrultusunda birleşerek çalışmalarını konusunda cesaretlendirirler. Bunun için mesleki etik kodların, mesleki bağlılık ve farkındalığın oluşturulması gerekir.

9.4. Sosyal alandaki yenilikler: Hemşireler birey olarak yada diğer birey/kurumlarla birlikte sosyal değişiklikler doğrultusunda politika oluşturmak için çalışmalar yaparlar. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırma ve yeniden yapılanma için profesyonel hemşirelik dernekleri ile iş birliği yaparlar. Hastalıklarda damgalanma, insan onurunun korunması, evsizlik, açlık gibi sosyokültürel konularda çalışmalar yaparlar (http://nursingworld.org/ethics/code/ethicscode_150.htm [Accessed 4 December 2007]).

Etik Sorunlar:

Hemşireler klinik uygulama alanında etik karar vermeyi gerektiren ancak, genel kapsamlı olmaları nedeniyle etik kuralların yeterince uygulanmadığı özel durumlara karşılaşılabilmektedir.

Jameton hemşirelikte üç tür etik sorunla karşılaşılabilir.

Bunlar:

- Etik belirsizlik.
- Etik sorun.
- Etik ikilemdir.

Etik belirsizlik: Etik sorunların, etik ilke ve değerlerin neler olduğunun bilinmemesidir.

Etik sorun: Sorunun çözüm yolunun bilindiği fakat kurumdan yada başka faktörlerden kaynaklanan nedenlerle çözüm yolunun seçilemediği durumdur (1).

Etik ikilem: Etik bakımdan ayrıntılı düşünmeyi gerektiren, genellikle birden fazla doğru yanıtı olan ve bazı şeylerden vazgeçmeyi gerektiren durumlardır. Çoğu kez taraflardan birinin diğer tarafın zararı pahasına yarar sağladığı durumları içerir (www.baltas-baltas.com. [Erişim 27 Aralık 2007]).

Etik karar verme: Yalnız duygusal davranışlar değil, entelektüel sorun çözme becerisini gerektirir. Etik karar vermede bir çok model önerilmektedir. Çoğunda izlenecek adımlar aynıdır. Jameton (1984) tarafından tanımlanan altı basamaklı sorun çözme modeli aşağıdaki adımları içermektedir:

1. Sorunu tanımlama.
2. Veri toplama.
3. Seçenekleri belirleme.
4. Etik sorun hakkında düşünme.
5. Karar verme.
6. Eyleme geçme ve değerlendirme(1).

Etik sorun örnekleri

Olgu 1. Bayan NH 64 yaşında,15 yıldır Diyabet öyküsü vardır. Diyabetik nefropati tanısı ile hastaneye yatırılmış ve kalıcı fistül açılması için girişim yapılacak odaya alınmıştır. Hasta yakınları işlem sırasında hastanın yanında kalmak istediklerini, bunun hakları olduğunu iddia ederek hemşireyle tartışır. Bu durum da siz hemşire olarak nasıl davranırdınız?

Olgu 2. Hemodiyaliz ünitesinde haftada üç kez diyaliz tedavisine giren hasta diyaliz sırasında kendisini çok kötü hissettiğini ve diyaliz işlemini sonlandırmasını hemşireden ister. Hemşire sorumlu hekime durumu bildirir, ancak hekim diyalizin sonlandırılmasına gerek olmadığını söyler. Hasta hemşireye onun sorunuyla ilgilenmediğini ve kendisini şikayet edeceğini söyler. Bu durum da siz hemşire olarak nasıl davranırdınız?

Olgu 3. Kan transfüzyonu reaksiyonu sonucu acil olarak diyalize alınması gereken bir hastanız var. Ancak hastayı diyalize alacağınız makinenin dezenfeksiyonu için yeterli süresiniz yok. Hekim beklemeden aynı makineye hastayı bağlamanızı söylüyor. Bu durum da siz hemşire olarak nasıl davranırdınız?

Kaynaklar

1. Taylor C, Lillis C, Le Mone P. Fundamentals of nursing. The art and science of nursing care. J.B Lippincott Company, Philadelphia,1989 pp.58-77.
2. Potter A, Perry AG. Fundamentals of nursing concepts. Process and practices, Mosby Year Book .6.th.edit. Mosby Company. St. Louis. 2006 pp.386-404.
3. Demirhan Erdemir A.Tıp Etiği Sözlüğü. SENDROM Tıp Terimleri Sözlüğü.2004;2:11.
4. Babadağ K. Hemşirelik felsefesi ve ahlak. Şişli Etfal Hastanesi Dergisi.1996.1:1,23-27.
5. Bandman E, Bandman B. Nursing ethics through life span. Appleton and Lange. Connecticut.1999. pp.1-17..
6. Uyer G, Eren N. Sağlık meslek tarihi ve ahlakı.3. basım Hatipoğlu Yayınevi,Ankara.
7. Platin N. Lemon hemşirelik eğitim materyali.Bölüm 9.Mesleki ve etik sorunlar. T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Yayın no.609.

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

E-Mail: ayfer.karadakovan@ege.edu.tr

Kronik Böbrek Hastalığının İlerlemesinin Önlenmesi ve Yönetimi

Management of Chronic Kidney Disease and Prevention it's Progression

Doç.Dr. Gülten KARADENİZ

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, MANİSA

Özet

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

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, İler-

lemesi, Yönetimi

Summary

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

Key words: Chronic kidney disease, Progression, Management

Giriş

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

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

Epidemiyoloji

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

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

Tanımlama

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

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

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

Kronik böbrek hastalığının yönetimi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tablo 2: Böbrek hastalıklarının ulusal böbrek kuruluşu yönetimi

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

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

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

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

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

Kaynaklar

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

Doç. Dr Gülten KARADENİZ

E-Mail: drgkaradeniz@yahoo.com.tr

Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi

The Determination of The Level of Hopelessness in a Chronic Illness

Öğr. Gör. Aynur BAHAR

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, GAZİANTEP

Özet

Araştırma kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeylerini belirlemek, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerle umutsuzluk arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yapılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Görüşme Formu ve Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplanmıştır, Student t-testi ve one way ANOVA yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; medeni durum, eğitim durumu ve hastalığın aile içi rolleri etkileme durumu ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kronik Hastalıklar, Umutsuzluk, Hemşirelik

Summary

The research was done to determine the hopelessness levels of patients chronic illness and to examine relationships between sociodemographic variants and variants related to the illness. Data was collected with the interview form prepared by authors, Beck Hopelessness Scale developed by Beck et al. In the evaluation data gained, percentage calculation Student t-test and one way ANOVA methods were used. According to the results; significant relationship between Beck Hopelessness Scale and marital status, education and position in the family influence of illness was determined. Suggestions were made according to the results.

Key words: Chronic Illness, Hopelessness, Nursing

Giriş

Umutsuzluk, kişinin gelecekle ilgili olumsuz, kötümser bir tutum içinde olması ve geleceğe dair motivasyonunu kaybetmesidir (1). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) umutsuzluğu; problemleri çözmek, ve istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihinin olmadığını düşünen, amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bir bireydeki sürekli ve subjektif bir duygusal durum olarak tanımlamıştır (2).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Özellikle, günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziksel aktivite-

nin sınırlandırılması bu hastalarda en fazla rahatsızlığa neden olan durumdur. Her kronik hastalığı olan kişi veya aile, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi, kabul edilmeme ve umutsuzluk gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır (3, 4). Bu nedenle hastalar için sosyal destek oldukça önemlidir.

Bireyi umutsuzluğa iten faktörler otonomi, özsaygı, bağımsızlık, güç ve algılarına olan tehditler, fizyolojik durumda ve işlevsel yeteneklerde bozulmalar, sosyal destek yetersizliği, sorunları çözememe, geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler, beden imajında bozulma ve tedavi ile ilgili yaşanan sorunlardır (4,5).

Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, özellikle hemşi-

relerin kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmalarını organize etme, değişimin temsilcisi olma, kaynak kişi olma gibi sorumlulukları vardır. Hemşire umutsuzluk yaşayan bireylerin sorunları ile başedebilmeleri için profesyonel yardımda bulunabilmelidir. Hemşirenin bu yaklaşım içinde olması, umutsuzluk yaşayan bireylerin problem çözme, karar verme, arzu ve isteklerinin gelişmesine yardımcı olacaktır (4).

Kronik hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Özellikle umutsuzluk yaşayan hastalarda ilişkilerin olumlu olabilmesi ve bu hastalara yardım edebilmek için hastaların özelliklerinin, kişisel niteliklerinin, kişinin iç kaynaklarının değerlendirilmesi ve bazılarının harekete geçirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan ve umutsuzluk yaşayan bireye bakım veren hemşire hastalarının bu özelliklerine dikkat etmelidir (2). Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut hastanın varolan sorunları ile etkin başatmasında önemli bir faktördür. Hemşire umutsuzluk yaşayan bireylerin sorunları ile başatmaları için profesyonel yardımda bulunabilmelidir (4). Umutsuzluğa neden olan faktörler belirlenerek, güven verici hasta hemşire iletişimi ile hastanın pozitif yönleri desteklenmelidir (6).

Kronik hastalıklı bireylerin umut düzeyleri yükseldikçe sağlık durumlarının iyileştiği çalışmalarla bildirilmektedir (7). Bu çalışma kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın evrenini, Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi dahili kliniklerinde (Dahili klinikler: dahiliye, nöroloji, intaniye, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji) yatmakta olan hastalar, örneklemini ise Eylül-Aralık 2005 tarihleri arasında hastanede bulunan, kronik hastalığı bulunan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturmaktadır. Araştırma 146 hastayı kapsamaktadır.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Görüşme Formu ve Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Görüşme Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu, on dokuz sorudan oluşan görüşme formu, konu ile

ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (Beck Hopelessness Scale): Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ülkemizde ölçek üzerindeki ilk çalışma Seber (1991) tarafından yapılmıştır (Cronback alfa güvenilirlik katsayısı 0,85; test tekrar güvenilirliği 0,74). Durak ve Palabıyıkoglu (1994) 'nun çalışmalarında da ölçeğin kronik-fiziksel hastalıklar için geçerli bir ölçek olduğu belirtilmiştir (8,9). Ölçeğin amacı; bireylerin geleceğe yönelik karamsarlık derecelerinin belirlenmesidir. Sorulara doğru ve yanlış şeklinde cevap verilmektedir. Ölçeğin 2,4,7,9,11,12,14,16,18 ve 20. maddeleri pozitif; 1,3,5,6,8,10,13,15 ve 19. maddeleri ise negatif olarak puanlanmaktadır. 11 pozitif ve 9 negatif anahtar cevabı vardır. Verilen anahtar cevapla uyum sağlayan her cevap 1, uyum sağlamayan cevaplar ise 0 puan almaktadır. Elde edilen toplam puan umutsuzluk puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan dağılımı 0-20 arasındadır. Ölçeğin kesme puanı 9 olarak belirlenmiştir. Ölçekten 9 ve üzerinde puan alanlar umutsuz olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca ölçek puanlarının intiharı yordama konusunda kullanılabileceği belirtilmektedir (3, 9, 10).

Veri Toplama Araçlarının

Uygulanması ve Değerlendirilmesi:

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Görüşme Formu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği 1 Eylül-30 Aralık 2005 tarihleri arasında görüşme yoluyla uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak tablolar oluşturulmuş, Student t testi (iki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi) ve Varyans Analizi (one-way ANOVA) kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Kronik hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 55,84 1,23 (Min:19,Max:94)'dir ve yarısına yakını (%41,1) 41-60 yaş aralığındadır. Örneklemin %63'ünü kadın, %73,3'ünü evli hastalar oluşturmaktadır. Hastaların

%60,3'ü ev hanımı, %58,9'u okur yazar değil, %67,8'inin geliri giderden az ve %75,3'ünün sosyal güvencesi vardır. Çalışmamızdaki hastaların %71,2'si şehirde, %80,8'i eş ya da çocuklarıyla yaşamlarını sürdürmektedirler (Tablo 1).

Hastaların hastalıklarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların %70,5'i 1-5 defadır bu hastalık nedeniyle hastanede yatmıştır. Şu anki yatış sürelerine bakıldığında %86,3'ü 1-10 gündür hastanededir. Hastaların %43,2'sinin birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalıklarına ilişkin bilgi alan hasta oranı %39'dur ve hastaların yaklaşık dörtte üçü (%71,9) bu bilginin hekimden alındığını bildirmiştir. Çalışma kapsamındaki hastalar, hastalıklarının aile içi rollerini, sosyal yaşamlarını ve yaşam amaçlarını etkilediğini (sırasıyla %83,6; %89,7; %75,3) belirtmişlerdir.

Tablo 3'de hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar görülmektedir. Ölçeğin kesme noktasına göre alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak puandırıldığında, kronik hastalığı olan bireylerin %46,1'inin umutsuz oldukları görülmektedir. Hastaların ölçek ortalaması $9,10 \pm 0,39$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler (Sosyo-demografik özellikler ve hastalıkla ilişkili faktörler) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki tespit edilen değişkenler Tablo 4'de görülmektedir. Hastaların medeni durumları, eğitim durumları ve hastalığın aile içi rolleri etkileme durumları ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tartışma

Umut etmek hastalar üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır. Yaşlılarla yürütülen bir çalışmada (11) yaşlıların yaşam umudu arttıkça, iyileşme sürecinin daha hızlı geliştiği belirtilmiştir. Ross (1994) bireylerin yaşama umudu ne kadar büyükse, hastalığı yenme şanslarının da o oranda büyük olduğunu bildirmiştir (12). Evangelista ve arkadaşları (2003) umut düzeyi yüksek olan hastaların prognozlarının daha iyi ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (13). Jones ve arkadaşlarının (2003) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında, umutsuz hastalarda depresyonun sık görüldüğü ve bu hastaların yaşam sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (14). Bu sonuçlar bireylerin yaşamında umudun önemine dikkat çekmekte, umutsuzluğun neden olabileceği durumları ortaya çıkarmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmamızda hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalaması $9,10 \pm 0,39$ olarak belirlenmiştir. Bayram (2001) çalışmasında, hastaların umutsuzluk puan ortalamasını $10,74 \pm 4,28$; Öngider (1997) ise bu ortalamayı $9,04 \pm 4,87$ olarak bulmuştur

Tablo 1: Kronik hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

| Özellikler | Sayı | % | |
|----------------------------------|---------------------|-------|------|
| Yaş | 18-40 yaş | 29 | 19,9 |
| | 41-60 yaş | 60 | 41,1 |
| | 60-üzeri | 57 | 39 |
| Cinsiyet | Kadın | 92 | 63 |
| | Erkek | 54 | 37 |
| Medeni Durum | Evli | 107 | 73,3 |
| | Bekar | 7 | 4,8 |
| | Dul | 32 | 21,9 |
| Mesleki Durum | Ev Hanımı | 88 | 60,3 |
| | Memur-İşçi | 6 | 4,1 |
| | Emekli | 44 | 30,1 |
| | Serbest | 8 | 5,5 |
| Eğitim Durumu | Okur Yazar | 11 | 7,5 |
| | Okur Yazar Değil | 86 | 58,9 |
| | İlkokul | 39 | 26,7 |
| | Ortaokul-Lise | 6 | 4,1 |
| | Yüksekokul | 4 | 2,7 |
| Gelir Durumu | Gelir Giderden Az | 99 | 67,8 |
| | Gelir Gidere Denk | 47 | 32,2 |
| Sosyal Güvence | Var | 110 | 75,3 |
| | Yok | 36 | 24,7 |
| Yaşadığı Yer | Şehir | 104 | 71,2 |
| | İlçe | 18 | 12,3 |
| | Köy | 24 | 16,4 |
| Birlikte Yaşadığı Kişiler | Anne-Baba | 8 | 5,5 |
| | Eş ve/veya Çocuklar | 118 | 80,8 |
| | Yalnız | 20 | 13,7 |
| Toplam | 146 | 100,0 | |

(15,3). Bu bulgular, çalışma bulgumuza paraleldir. Kronik hastalıklar umutsuzluğa neden olan faktörlerden biridir.

Çalışmamıza katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile umutsuzluk puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yaş ile umutsuzluk arasında ilişki bulunduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (3, 4). Bizim çalışmamızda ise yaş ile umutsuzluk arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur. Bulgumuz Durak, Solak ve Bayram'ın çalışma bulgularıyla uyumludur (15,16,17).

Cinsiyet ile umutsuzluk arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarındaki fark önemli bulunmamıştır. Bu bulgumuz literatürle uyumludur (3, 4, 15, 16). Kronik hastalık durumunda yaşamın olumsuz etkilenmesi hem ka-

dınların, hem de erkeklerin geleceğe yönelik düşüncelerini olumsuz etkileyebilir.

Hastaların medeni durumlarının umutsuzlukla ilişkisine bakıldığında; dul ve bekar olanların umutsuzluk puanları daha yüksektir. Ortalamalar arasındaki fark incelendiğinde aralarındaki fark önemli derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4). Dinç ve Gürkan (2005), hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada, medeni halin umutsuzluk durumunu etkilediğini saptamışlardır (18). Bayram'ın (2001) çalışmasında bekar ve dulların puanları evli olanlardan daha yüksektir (15). Öngider'in (1997) çalışmasında dul hastaların evli ve bekarlara göre daha umutsuz olduklarını belirlemiştir (3). Dul yada bekar hastaların sorunlarıyla tek başlarına

mücadele etmek zorunda olmaları ve destek yetersizliğinin bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların mesleki durumları ile umutsuzluk arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bulgumuz literatürle uyumludur (4,17).

Çalışmalar eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluk oranının azaldığını göstermektedir (3,4,17). Çalışmamızda eğitim durumu ile umutsuzluk arasındaki ilişki anlamlı olarak belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). Okur yazar olmayanların umutsuzluk puan ortalamaları, diğerlerinden daha yüksektir. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların toplumdaki sosyal statüleri, rolleri ve ekonomik koşullarının yetersizliği nedeniyle umutsuzluğa daha yatkın olabilecekleri düşünülebilir.

Hastaların gelir durumları ve sosyal güvence durumları ile umutsuzluk arasında ilişki bulunamamıştır. Bulgumuz Bayram'ın çalışma bulgusuyla uyumludur

Tablo 2: Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları

| Özellikler | | Sayı | % |
|---|-----------------------------|------|-------|
| Hastaneye Yatış Sayısı | 1-5 defa | 103 | 70,5 |
| | 6-10 defa | 23 | 15,8 |
| | 11-üzeri | 20 | 13,7 |
| Hastanedeki Gün Sayısı (şu anki) | 1-10 gün | 126 | 86,3 |
| | 11-20 gün | 17 | 11,6 |
| | 21-üzeri gün | 3 | 2,1 |
| Kronik Hastalık Durumu | 1 Kronik hastalık | 83 | 56,8 |
| | 1'den Fazla Kronik Hastalık | 63 | 43,2 |
| Hastalığa İlişkin Bilgi Alma | Bilgi alan | 57 | 39 |
| | Bilgi Almayan | 89 | 61 |
| Bilginin Kimden Alındığı | Hekim | 41 | 71,9 |
| | Hemşire | 12 | 21,1 |
| | Diğer (Broşür, vs.) | 4 | 7 |
| Hastalığın Aile İçi Rollerine | Etkiliyor | 122 | 83,6 |
| | Etkilemiyor | 24 | 16,4 |
| Hastalığın Sosyal Yaşamı | Etkiliyor | 131 | 89,7 |
| | Etkilemiyor | 15 | 10,3 |
| Hastalığın Amaçlara Ulaşmayı Engelleme Durumu | Engelliyor | 110 | 75,3 |
| | Engellemiyor | 36 | 24,7 |
| Toplam | | 146 | 100,0 |

Tablo 3: Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puanlar, ortalamalar, minimum ve maximum değerler

| | | Sayı | % | Ortalama±SE | Min-Max Değer |
|------------------------|-----------------------|------|------|-------------|---------------|
| Beck Umutsuzluk Ölçeği | Eşik altı (0-8 puan) | 75 | 48,7 | 9,10±0,39 | 1-20 |
| | Eşik üstü (9-20 puan) | 71 | 46,1 | | |

(15). Çalışmamızdaki hastaların %71,2'si şehirde ikamet etmektedir. Birlikte yaşadıkları kişiler ile umutsuzluk arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnız yaşayanların puan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte aralarındaki ilişki anlamlı değildir. Bulgumuz Bayram ve Soklak'ın çalışmalarıyla uyum göstermektedir (15, 17).

Kronik hastalığı olan bireyler, beklenen süreden daha kısa zamanda tekrar tekrar hastaneye yatmaktadır. Bu nedenle hastaların psikolojik kayıpları daha fazla olmaktadır (4). Çalışmamızda hastaneye yatma sıklığı ile umutsuzluk arasında ilişki belirlenmemiştir. Bayramova ve Karadakovan (2004)'ün çalışmasında da bu ilişki anlamsız bulunmuştur (4).

Kronik hastalıklar hastanede uzun süre yatmayı gerektirmektedirler. Çalışmamızda hastanedeki gün sayısı ile umutsuzluk arasında anlamlı düzeyde ilişkiye rastlanmamıştır. Bunun nedeni uzun süredir (10 günden fazla) hastanede bulunan hasta sayısının az olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda kronik hastalık sayısı ile umutsuzluk arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur. Bayramova ve Karadakovan (2004) ile Bayram (2001)'in çalışmaları da bu ilişkinin anlamsız bulunduğu bildirilmektedir (4, 15). Kronik hastalıkların bir ya da birden fazla olması umutsuzluk düzeyini etkilemektedir.

Umudun geliştirilmesinde bilgi önemli rol oynamak-

tadır. Bilgi bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar (19). Çalışmamızdaki hastaların sadece %39'u hastalıklarına ilişkin bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Bilginin kimden alındığı sorulduğunda, hastaların %71,9'u bu bilginin hekim tarafından kendilerine iletildiğini bildirmişlerdir. İstatistiksel analiz sonucu ise anlamsızdır. Bayramova ve Karadakovan (2004) ile Bayram (2001)'in çalışmaları da bu ilişkinin önemsiz bulunduğu belirtilmektedir (4, 15). Bayramova ve Karadakovan (2004) çalışmaları da bilginin %96,8 oranında hekimden alındığını bildirmişlerdir. Birol ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında ise hastaların çoğunluğu hastalıkları hakkında bilgi sahibidir ve %73 oranında hekimden bilgi almışlardır (20). Görüldüğü gibi bilgi verme konusunda en önemli kaynak olan hemşireler, hastaların bilgilendirilmeleri konusunda yeterli değildir. Ülkemizdeki hemşirelik hizmetlerinin hasta merkezli olmak yerine, iş merkezli olarak yürütülmesinin hemşirelerin eğitimci rollerinden uzaklaşmalarına neden olması bunun sonucu olabilir.

Hastalığın aile içi rolleri etkileme durumu ile umutsuzluk arasındaki ilişki incelendiğinde, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç, Bayramova ve Karadakovan'ın (2004) çalışma bulgusuyla uyumludur (4). Kronik hastalıklar uzun süreli tedavi gerektirmekte, bireylerin tüm yaşamlarını etkilemekte, bağımlılığı ve hastaların çevresel desteklere ihtiyaçlarını arttırmaktadır. Hastaların çoğunluğu sosyal yaşamlarının etkilendiğini ve yaşam amaçlarının engellendiğini belirtmişlerdir. Ancak istatistiksel analiz sonucu, ortalamalar arasındaki fark anlamlı değildir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda hastaların umutsuzluk ölçeği puan ortalaması $9,10\pm 0,39$ olarak belirlenmiştir. Kronik hastalıklar hastaların umutsuzluk düzeylerini yükseltmektedir. Hastaların medeni durumları, eğitim durumları ve hastalığın aile içi rolleri etkileme durumu ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastalar hastalıklarına yönelik olarak

Tablo 4: Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerine göre umutsuzluk puan ortalamaları

| Özellikler | Sayı | Umutsuzluk Ortalama \pm SE | |
|--|------------------|------------------------------|------------------|
| Medeni Durum | Evli | 107 | 8,84 \pm 0,45 |
| | Bekar | 7 | 13,57 \pm 2,42 |
| | Dul | 32 | 9,03 \pm 0,72 |
| | | | F=3,335 |
| | | | P<0,05 |
| Eğitim Durumu | Okur Yazar | 11 | 10,75 \pm 3,94 |
| | Okur Yazar Değil | 86 | 13,66 \pm 2,69 |
| | İlkokul | 39 | 7,18 \pm 1,34 |
| | Ortaokul-Lise | 6 | 9,11 \pm 0,49 |
| | Yüksekokul | 4 | 8,76 \pm 0,70 |
| | | | F=3,040 |
| | | | P<0,05 |
| Hastalığın Aile İçi Rollerini Etkileme Durumu | Etkiliyor | 122 | 12,04 \pm 0,68 |
| | Etkilemiyor | 24 | 8,92 \pm 0,47 |
| | | | t=-2,421 |
| | | | p<0,05 |

bilgilendirilmelidirler. Hastaların hastalıklarını ve ne yapacaklarını bilmeleri, hastalığa uyum göstermelerini, hastalıkla daha iyi baş etmelerini sağlayacağından umutsuzluğu engelleyici rol oynayabilir.

Hastaların bilgilendirilmesinde hemşireler önemli bilgi kaynaklarıdır. Ancak bulgularımız hemşirelerin bu konuda aktif olmadıklarını göstermiştir. Bu nedenle kronik hastalığı bulunan servislere çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarıyla bu konudaki bilgi ve becerilerinin artırılması gereklidir.

Hastaların eş, aile veya çocuklardan sosyal destek almalarının sağlanması, hasta ve ailesine sağlığın yükseltilmesi için eğitim verilmesi önemlidir. Çünkü kronik hastalıklarda hizmet hastaneden çok evde yürütülmektedir. Hastalara, hastalıklarının fiziksel etkileriyle birlikte yaşamayı öğrenmeleri, özgüven ve olumlu fikirlerinin korunmasına yönelik desteklerin belirlenmesi ve olumsuz duygularla baş ederken duygusal dengenin korunmasına yönelik eğitimlerle hastaların baş etme güçleri arttırılmaya çalışılmalıdır.

Hemşirelerin kronik hastalıkların, hastaların umutsuzluk düzeylerini arttıran bir faktör olduğunu bilerek bakım planı yapmaları ve uygulamaları, bireylerin sorunlarıyla etkin baş etmelerinde yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Gençöz, F., Vatan, S., Lester, D. Umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik ölçeği'nin türk örnekleminde güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 2006; 14(1): 21-29.
2. Carpenito, L.J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev. Ed. Firdevs Erdemir. 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
3. Öngider, N. Kronik fiziksel hastalığı olan kişilerde umutsuzluk ve yaşamı sürdürme nedenlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1997.
4. Bayramova, N., Karadakovan, A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7(2): 39-47.
5. Öz, F. Ümit ve ümitsizlik". Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 2004.
6. Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A. *Psychiatric Nursing Care Plans*. Mosby Year Book, St.Louis, 1995.
7. Torun, S., Ovayolu, N., Uçan, Ö. Hemodiyaliz hasta ve yakınlarının umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2007; 37-40.
8. Durak, A., Palabıyıkoglu, R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994; 2(2): 311-319.
9. Savaşır, I., Şahin, N.H. Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, 1997, s: 61-66.
10. Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a reevaluation with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147(2): 190-195.
11. Tongprateep, T. The essential elements of spirituality among rural thai elders. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1):197-203.
12. Ross, L.A. Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19:439-447.
13. Evangelista, L.S., Doering, L.V., Dracup, K., Espejo, V.B., Kobashigawa, J. Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant* 2003; 22:681-686.
14. Jones, M.J., Huggins, M.A., Rydall, A.C., Rodin, G.M. Symptomatic distress, hopelessness and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *J Psychosom Res* 2003; 55: 411-418.
15. Bayram, M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz bakım gücüne etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
16. Durak, A. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1993.
17. Solak, M. Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeyleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
18. Dinç, A., Gürkan, A. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. 3. Uluslararası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 7-10 Eylül 2005, İzmir, 2005.
19. Kelleci, M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:41-47.
20. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T. ve ark.. Kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına, tedavilerine ve diyetlerine ilişkin bilgileri. *Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1996; 3(2): 1-8.

Öğr. Gör Aynur BAHAR

E-Mail: abahar@gantep.edu.tr

Diyabetik Nefropatide Hasta Yönetimi

The Management of Patients with Diabetic Nephropaty

Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SİVAS

Özet

Diyabetik nefropati Avrupa'da ve Türkiye'de son dönem böbrek yetmezliğine neden olan en önemli faktördür. Diyabet ve son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerde mortalite ve morbidite oranı kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yüksektir. Diyabetik nefropati yönetiminde temel hedef erken tanı ve izlem yoluyla bireyleri son dönem böbrek yetmezliğine karşı korumak olmalıdır. Tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerde mikroalbuminürinin değerlendirilmesi nefropatinin progresyonunu izlemede en güvenilir bulgudur. İyi glisemik kontrol, ACE inhibitörleri, kan basıncının normal düzeylerde tutulması ve kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolü kronik böbrek yetmezliğine gidişi önlemede etkili yaklaşımlardır. Diyabetik nefropati yönetiminde hemşirelik bakımının amacı, hastaların öz-bakım, öz yönetim düzeylerini yükseltmek, kan glikoz dengesini sürdürmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu makalede diyabetik nefropatili hastaların yönetimi hakkındaki bilgilere yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Diyabetik nefropati, Öz-yönetim, Hemşirelik

Summary

Diabetic nephropathy is the number one cause of end-stage renal failure in Europe and the Turkey. People with diabetes and end-stage renal failure have high morbidity and mortality rates due to cardiovascular disease. The focus of management of diabetic nephropathy is on prevention through early screening and detection. Elevated microalbuminuria is the earliest reliable and clinically detectable sign of progressive nephropathy in both type 1 and 2 diabetes. Once nephropathy is diagnosed, intensive glisemic control, inhibition of angiotensin-converting enzyme (ACE), normalization of blood pressure and elimination of all cardiovascular risk factors will help prevent its progression. Nursing interventions in diabetic nephropathy care always aim at improving patients' self care, self management, blood glucose balance and quality of life. This article aim to give information about the management of patients with diabetic nephropaty

Key words: Diabetic nephropathy, Self management, Nursing

Giriş

Diyabetik nefropati Tip 1 ve Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) rölatif olarak en sık görülen mikrovasküler komplikasyonudur. Gelişmiş ülkelerde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle ilk kez diyalize giren hastaların yaklaşık %50'sinde etyoloji DM'dir ve diyabete bağlı mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenidir. Benzer şekilde gelişmiş ülkelerde her yıl ilk kez renal replasman tedavisine başlayan hastaların üçte birinde tanı diyabetik nefropatidir (1,2). Ülkemizde ise 2001 yılı Türk nefroloji derneği registry raporuna göre yeni tanı konulan son dönem böbrek yetmezliği olan

hastaların % 25.3' ünün etyolojisinde diyabetes mellitus yer almaktadır (3)

Diyabetik bir hastada üç ile altı ay arasında en az iki idrar tahlilinde günlük 300 mg ve üzerinde albuminüri veya günlük 500 mg ve üzerinde proteinüri saptanması ile diyabetik nefropati tanısı konur (4). Kronik ve progresif bir hastalık olan diyabetik nefropati, idrar albuminindeki artışın yanında artan kan basıncı ve azalan böbrek fonksiyonuyla karakterizedir (5). Diyabetik nefropatinin ortaya çıkışını ve SDBY'ne gidişi kolaylaştıran risk faktörleri genetik yatkınlık, kan basıncı yüksekliği, kötü glisemik kontrol, mikroalbuminüri, glomerüler filtras-

yon hızında artış, obezite ve sigara kullanımı kesin olarak belirlenmişken erkek cinsiyet, diyetle yüksek protein alımı ve hiperlipidemi daha az tanımlanmıştır (4,5,6).

Fizyopatogenez

Diyabetik nefropatili bireyler fizyopatolojik olarak beş evreden geçer.

1- Glomerüler Hiperfiltrasyon: Tip 1 diyabetiklerde hastalığın başlangıcında bile %20 -40 oranında artmış bir GFR (Glomeruler Filtrasyon Hızı) bulunabilir. Tanı konulduğu zaman GFR>150 ml/dk ise nefropati riski yüksektir (6). İnsanlarda direkt ölçüm sonuçları olmasa da orta derecede hiperglisemik olan sıçanlarda yapılan mikroponksiyon çalışmalarında transglomeruler basınç farkının arttığı saptanmıştır. Bazal membran kalınlığında artış ve mezengiumda genişleme söz konusudur (6,7).

2- Normoalbuminüri Evresi: 24 saatlik idrar örneklerinde albumin atılımı 30mg altında olması normoalbuminüri olarak adlandırılır. Bazı diyabetiklerin kötü metabolik kontrole karşın böbrek yetmezliğinden korunması genetik faktörlerle ilgili olmalıdır (8).

3- Yerleşmekte Olan Albuminüri: GFR normal veya yüksek olabilir. Mikroalbuminüri 24 saatlik örnekte idrardaki protein miktarının 30-300mg olmasıdır. Makroalbuminüri arttıkça GFR hızı azalır. Bu yüzden mikroalbuminüri nefropatinin ilerlemesini anlamak için önemli bir göstergedir (5,8).

4- Açık Nefropati: Proteinüri >300mg/gündür. Bu dönemde GFR ve kreatinin normal bulunabileceğinden hipertansiyon, retinopati gibi diğer anjiyopatik komplikasyonlar da birlikte değerlendirilmelidir (6).

5- Son Dönem Böbrek Yetmezliği: Üremi ile seyrederek ve GFR 20ml/dak altına düşer. Bu dönemde tedavi diyaliz ve transplantasyondur (5).

Diyabetik nefropatide hasta yönetimi ilkeleri

Diyabetik nefropatinin yönetiminde, en az tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada "bütüncül bireysel bakım ve ekip yaklaşımı" doğrultusunda, hizmetin tüm basamaklarda etkinleştirilmesi önemlidir (9,10). Ekip içinde yer alan hemşireler, diyabetik nefropatili hastanın hastalığının tedavisi ve kontrolü ile ilgili olarak çok aktif bir rol almaktadır. Avrupa Diyabet Hemşireliği Derneği (FEND) diyabet alanında çalışan hemşireyi; eğitimci, danışman, yönetici, araştırmacı,

iletişim ve değişim rollerine sahip olan, diyabet yönetiminde ileri düzeyde bilgi ve beceriye sahip klinisyen hemşire olarak tanımlamıştır (11). Bu görüşle birlikte hizmet veren hemşirelerin en önemli rolü nefropatiyi kontrol altında tutmak için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmada yardım, eğitim ve destek sağlayarak hastaların öz bakım-öz yeterlilik düzeyini arttırmaktır (10,11). Hastaların öz bakım becerilerini öğrenmeleri ile yaşamdan aldıkları doyum ve tedavilerine uyumları arttığı bildirilmektedir (12). Bu doğrultuda diyabetik nefropati yönetiminde başlıca tedavi yaklaşımları olarak belirlenen glisemik kontrol, kan basıncı kontrolü, proteinden kısıtlı diyet, hiperlipidemi kontrolü ve ACE inhibitörlerinin uygun verilmesi konularında hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Glisemik kontrol

Diyabetes Mellitus'ta glisemik kontrol; kan glikoz kontrolünün istenilen düzeyde olup olmadığının incelenmesinde önemli bir göstergedir. Glisemik kontrol; glikohemoglobin değeri (HbA1c), kan glikoz ve keton düzeylerine bakılarak değerlendirilmektedir (12,13). Her iki diyabet tipinde de glisemik kontrol, nefropatiden korunmak için ilk adımdır. HbA1c düzeyinin %8 'in üzerinde olması başlangıç nefropatisi ile yakından ilişkilidir. Çalışmalar, başlangıç nefropatisinde olduğu kadar aşikar nefropatide de glisemik kontrolün GFR'nin düşüş oranıyla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (14,15).

Tip 1 hastalarda The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), tip 2 hastalarda da UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) HbA1c düzeyi ile böbrek ve göz bulgularının güçlü ilişki içinde olduğunu göstermiştir. Ayrıca DCCT çalışması yüksek HbA1c'nin nefropati açısından ilerlemeyi arttırdığını saptamıştır. Bu çalışmalarda diyabetik hastalarda hem başlangıç hem de aşikar nefropati evresinde yoğun insülin tedavisinin diyabetik nefropati kontrolünde etkili olduğu belirlenmiştir (15,16). Bu açıdan bakıldığında gereksiz bir hipoglisemi riski taşımaksızın ve yaşam biçimini engellemeksizin başarılabilecek iyi glisemik kontrol önemlidir. DCCT çalışmasında yoğun tedavi grubundaki hastalarda şiddetli hipoglisemi insidansını 3 kat fazla olduğu görülmüştür (16). Eğer böbrek bozukluğu şiddetli ise glukoneogenez yeterli olmaktan uzaktır ve bu da şiddetli hipoglisemiyi predispoze edebilir. Böylece yemeklerden önce günde üç kez kısa etkili insülin ve gece orta etkili

insülin ile birlikte evde glikoz takibi daha iyi bir kontrol sağlayarak nefropati ilerleme hızını yavaşlatsa da tedavi hastanın bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmeli ve gereksiz hipoglisemi riskinden kaçınılmalıdır. Hedef iyi glisemik kontrol ile nefropati görülme sıklığını azaltmak olmalıdır.

Diyabetik nefropatinin, başarılı yönetiminde hastanın etkin rolünün sağlanabilmesi için hasta eğitimi ve hastanın kendi kendine yardımı öğrenmesi büyük önem taşımaktadır (17). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre "eğitim" diyabet tedavisinin temel taşıdır (World Health Organization. Prevalence of Diabetes in the world. Diabetes Programme: Fact and figures. www.who.int/diabetes/facts (Accessed June 11 2007). Amaç, hastanın bilgi ve deneyimlerini artırarak hastaya olumlu davranışlar kazandırmak, böylece iyi metabolik kontrolü sağlamak, erken ve geç komplikasyonları önlemek ve iyi olma durumunu sürdürmek yoluyla yaşam kalitesini arttırmaktır (18). Nitekim birçok araştırma, planlı eğitimin, bireylerin glisemik kontrolünü önemli bir şekilde arttırdığını göstermektedir (12,19-23). Özçelik'in (2001) yaptığı bir çalışmada, diyabetli adölesanlara uygulanan eğitimin, glisemik kontrollerinde artışa neden olduğu bulunmuştur (22). Mermer'in 2001'de Tip 2 diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (18). Öztürk (2000) ise diyabetli hastalara verilen eğitim ile glisemik kontrolü daha iyi yapabildiklerine ilişkin bulgular saptamıştır (23). Metinarıkan ve arkadaşlarının (2002) 65 diyabetli birey üzerinde yaptığı araştırmaya göre de, eğitim sürecinin sonunda glikohemoglobin değerinde (HbA1c), anlamlı bir azalmanın saptanmasıyla eğitimin glisemik kontrol için önemini vurgulayan sonuçlar elde edilmiştir (21).

Diyabetik nefropatili bireyin glisemik kontrolünde; kendi kendine takibin ve beslenme alışkanlıklarında yapması gereken değişikliklerin bilinmesi, oral antidiyabetik (OAD) kullanma veya insülin enjeksiyonu yapma tekniklerini ve düzenli egzersiz yapma gibi bakım aktivitelerinin çok yönlü kontrolü gerekmektedir (19,24,25). Son yıllarda yapılan klinik çalışmalar diyabette iyi metabolik kontrolün sağlanması ile mikro-makro vasküler hastalık riskinin azaldığını, gerek birincil gerekse ikincil korunmanın elde edildiğini göstermiştir (8,9).

Kan basıncı kontrolü

Diyabetik hastalarda renal hasarı arttıran en önemli

faktör hipertansiyondur. Diyabetli ve mikroalbuminürlü hastaların %80'inde idrardaki albumin çıkışı yılda %10 -30 arasında artmaktadır. 10 -15 yıl arasında ise aşikar nefropatiye geçiş olmaktadır. Bir çok çalışmada mikroalbuminüri başlaması ile kan basıncının yükselmeye başlaması arasında yakın ilişki bulunmuştur (26). Mogensen, aşikar nefropatili hastaların hipertansiyon varlığında böbrek yetmezliği gelişmesini hızlandırdığını ve ortalama arteriyel kan basıncının 90'nın üstünde olmasının GFR'deki düşüş oranını arttırdığını saptamıştır (27). Framingham çalışmasında; makrovasküler olaylarda diyastolik kan basıncından çok sistolik kan basıncının nefropati gelişmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır (28). Diyabetik hastada ideal tansiyon 1969 yılında en fazla 160/95mm Hg'iken, 2004 yılında JNC 7 raporunda 130/80mmHg altı hedeflenmiştir (29). Diyabetik nefropatide 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümü daha önemlidir. Aralıklı kan basıncı ölçümlerinde geceki kan basıncı yükselmeleri gözden kaçabilir. Bu nedenle korunmada önemli olan 24 saatlik kan basıncı stabilizasyonudur (28,29). Tip 2 diyabetik hastalarda ise kan basıncı ile diyabet ilişkisi daha farklıdır.

Kan basıncının kontrol altında tutulması böbrek yetmezliğine gidişi yavaşlatır. Hipertansif tedavide ilaç tedavisi yanında yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz, ideal kiloya inme, sigara bırakma) yapılmalıdır. UKPDS çalışması sıkı kan basıncı kontrolünün (144/82 mmHg) mikrovasküler komplikasyonları %37 ve inme oranını %44 azalttığını göstermiştir (16).

Bireylerin öz bakım, güçlerinin, yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kendilerini koruyabilmelerinde eğitimin rolü büyüktür (12). Hemşirelerin bireyin kendi kendine bakma gücünü kullanmasına yardım etmek ve hastada istenen davranış değişimini sağlamak için planlamalar yapması önemlidir. Tansiyonun düzenli takibi, doğru ölçülmesi ve antihipertansiflerin düzenli alınması hasta öğretiminde yer alması gereken önemli konulardan biridir. Bu yardım hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarının tedavi planına katkıda bulunmaları ile güçlenir (30).

Protein Kısıtlaması

Düşük proteinli bir diyet, diyabetik nefropatinin erken döneminde hiperfiltrasyonu azaltır. Bireysel yanıtlar değişmekle birlikte protein kısıtlamasının, Diyabetik

nefropatide GFH'ındaki düşmeyi geciktirdiği gösterilmiştir. Ancak burada sağlanan yarar ile diyabetik kontrolü kötü ve/veya böbrek fonksiyonları bozulmuş hastalardaki katabolik durumun ağırlaşma olasılığı, ayrıca diyabetik hastaların da gereksinim duyduğu rafine karbonhidratlar ve lipid alımına ilişkin diyetel kısıtlamalar karşılıklı dikkate alınmalıdır. Fazla protein alımının önerilmediği açıktır; ancak diyetle sıkı bir protein kısıtlamasının avantajları ortadan kaldırması da muhtemeldir. Böylelikle çok tartışılan bir konu olmakla beraber çoğu hastada protein alımının 0.5g/kg/gün'ün altında kısıtlanması önerilmez; ve 0.8g/kg/gün civarına kadar olan düzeyler bir çok hastada yeterli olabilir(31).

Hiperlipidemi kontrolü

Nefropatili olan diyabetik hastaların aterosklerotik komplikasyonlara eğilimli ve sıklıkla yüksek düzeyde aterojenik plazma lipid profiline sahip oldukları bilinmektedir. Bu nedenle böbrek hastalığının ilerlemesine ilişkin öne sürülen etkiden bağımsız olarak lipid düzeyleri izlenmeli ve arzu edilen düzeylerde tutulmalıdır. Diyabetli hastanın beslenme tedavisindeki temel amaçlardan birisi de, kardiyovasküler hastalık riskini artıran trigliserit, total ve LDL kolesterol düzeylerinin yükselmesini, HDL kolesterol düzeyinin düşmesini önlemektir (32). Bunun için tüketilen yağ miktarı ve türüne dikkat edilmesi gerekir. Beslenme planında toplam kalorinin %30'dan azı yağlardan oluşmalı ve bunların %10'undan azını doymuş yağ olması önerilmektedir. Kolesterol ise günde 300 mg/gün'den az olmalıdır. Önerilen diyetin etkinliğini saptamak için, glisemi iki ayda ve lipid düzeyleri üç ayda ve kilonun her vizite kontrol edilmesi önemlidir (30,32).

Ayrıca LDL- kolesterolü düşüren ilaçlar (3-hidroksi-3-metilglutaril koenzim A redüktaz inhibitörleri) ve/veya trigliseritleri düşüren ajanlar (gemfibrozil) sıklıkla gerekmektedir. Miyozite ilişkin semptomlar, belirtiler ve biyokimyasal bulgular (kreatin kinaz artışı) yakından izlenmelidir; bu komplikasyonun görülme olasılığı böbrek bozukluğu olan hastalarda daha fazladır(33).

ACE İnhibitörleri

Diyabetli hastalarda yapılan bir çok çalışmada nefropati, kardiyovasküler olaylar ve mortaliteyi azalttığı gösterildiği için hipertansif diyabetlilerde tedaviye ACE inhibitörü ile başlanması önerilir. ACE inhibitörleri pro-

tein atılımını azaltmakla birlikte sistemik kan basıncını, glomerül kapiller duvarından filtrasyonu ve glomerül membran geçirgenliğini azaltır (8,16).

Nefropati olsun veya olmasın ACE inhibitörleri diyabetik hipertansiflerde tercih edilen ilaçlardır. Diyabete bağlı böbrek hastalığının önlenmesinde sistemik antihipertansif etkilerinde ötesinde yararlı olduklarının gösterilmesi ACE inhibitörlerinin diyabetik hipertansiyon tedavisinde özel bir önem kazanmasını sağlarken nefroprotektif etki kavramına da dikkatleri çekmiştir (16,34).

Hastanın tedavi ve bakımının gerçekleştirilmesinde etkin bir rol oynayan ilaçların verilmesi hemşirenin sorumluluğundadır. İlaç tedavisi hemşirenin bakım planının ayrılmaz bir parçasıdır. Yapılacak tedavinin etkinliği, tedavi ilkelerinin gerçekleşmesine bağlıdır.

Bu ilkelerden en önemlileri kullanılacak ilacın seçimi, hastaya verilecek dozun, doz aralığının ve ilacın kullanılacağı sürenin düzenlenmesidir. Hemşirenin bu sorumluluklarını yerine getirmesi tedavi etkinliğini arttıracaktır.

Sonuç ve Öneriler

Diyabetik nefropatili bireyler, hastalığın getirdiği birtakım zorlukların yanı sıra tedavi planının getirdiği bir takım kısıtlamalar ve yaşam tarzındaki değişikliklerle karşı karşıya kaldıklarından kendi bakımlarını karşılamada zorlanmaktadırlar. Bu nedenle diyabetli hastaların öz bakım gereksinimleri konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmeleri ve yaşamlarını olabilecek en iyi koşullarda sürdürmeleri, yaşam kalitelerini arttırmada önemli rol oynamaktadır. Diyabetik nefropatinin kontrolünü sağlamak için; diyabetin belirtilerini kontrol altında tutmak, kan şekeri düzeyini normal/normale yakın değerlerde tutmaya çalışmak (70-140 mg/dl), uzun süreli normal kan şekeri düzeyi sağlamaya çalışmak gerekmektedir.

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

Kaynaklar

1. Utaş C, Süleymanlar G. Diyabetik nefropati. İn: Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G, editörler. Nefroloji el kitabı. 3üncü baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevi, 1996;241- 49
2. Gruden G, Viberti GC. Pathogenesis of diabetic nephropathy. İn: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ, edi-

tors. Joslin's diabetes mellitus. 14th ed. Boston: Lippincott Williams&Wilkins, 2005;853- 66.

3. Süleymanlar G, Ereğ E, Serdengeçti K. Registry of the nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. Nephrology, Dialysis & Transplantation 2004;1-7.

4. Altınparmak MR, Apaydın S. Diyabetik nefropati. İn: Yenigün M, Altuntaş Y, editörler. Her yönüyle diabetes mellitus. 2inci baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevi, 2001;337- 402

5. Abdi R, Bernner BM. The nephropathy of type 2 diabetes. İn: Mogensen CE editor. Diabetic nephropathy in type 2 diabetes. London: Science Press,2002;1-4.

6. Jacobsen D, Rossing D, Tarrow L, Havind P. Birth weith progresson diabetic nephropathy. J İntermed 2003;253:343-5.

7. Mogensen CE. The kidney in diabetes: how to control renal and related cardiovascular complications. Am J Kidney Dis 2001;37:S2-S6.

8. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR et al, Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes, N Engl J Med(2001)345:851-6

9. Karaöz Ş. Diyabet ve Hemşirelik, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1997.

10. Özcan Ş. Diyabetes Mellitus'lu Hastanın Yönetimi ve Hemşirelik, Her Yönüyle Diabetes Mellitus, (Ed: Yenigün M, Altuntaş Y), Nobel Tıp Kitapevleri, 2001.

11. Rice R .Home Health Nursing Practice Concepts & Application., Second Editicıon. Mosby Year Book Inc. 1996 pp:181.

12. Kara B, Akbayrak N. Tip II DM Hastalarının Özbakım Gücü ile Metabolik Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hemşirelik Formu, 2001, 4(2-3): 15-20.

13. Pınar R. Diyabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, (1995).

14. Viberti G, Recent advances in understanding mecanism and natural history of diabetic renal disease. Diabetes Care. 1988 11(Suppl 1):3-6

15. Stratton IM, Adler AI, Neil HA et al. Association of glcaemia. UKPDS 35. BMJ ,2000; 321;405-12

16. Addler AI, Stration IM, Neil HA et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36). BMJ. 2000;321:412-19

17. Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T.DM'ta Hasta Eğitimi ve İzlemi, STED, 2001, 10(3): 88-91.

18. Mermer GS.Damlacık Köyünde Tip II Diyabetes Mellitus Prevelansın'ın Belirlenmesi ve Diyabetes Mellitus'lu Hastalara Uygulanan Diyabet Eğitimi Programının Değerlendirmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.

19. Scain, SF. Santos, B.L. Friedman, R. Gross, J.L.Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. Diabetes Research and Clinical Practice, 2007, 77(3), 399-404.

20. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyon Hastalarında Öz bakım Gücünün Değerlendirmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek-

kokulu Dergisi, 2000, 4(2): 89-98.

21. Metinarıkan N, Çorapcıoğlu D, Erdoğan G . DM'lu hastalara verilen diyabet eğitimi öncesi ve sonrası BKİ, kan glikozu, HbA1c ve kan lipid seviyelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi (HEMAR-G) ,2002, 4(2): 39-48.

22. Özçelik EM. Tip I Diahetes Mellitusu Olan Adölesanlara Verilen Eğitimin Metabolik Kontrolleri ve Özbakımları Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, (2001) .

23. Öztürk Z Ayakta Takip Edilen DM' lu Hastaların Ayakta Bakım Davranışları ve Mevcut Ayak Durumunun Saptanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, (2000).

24. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarının Algılamaları ile Uygulamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001,5(1): 10-17. .

25. Olgun, N. Ozcan, S. Pek, H. Yılmaz,T. Erdogan, S. Oktay, S.Pre-liminary report of the Southeastern Anatolia Diabetes Project: activities of the Diabetes Nursing Association. European Diabetes Nursing. 2005,2(2), 71-78

26. Keaney PM et al.Global burned of hypertension:analysis of worldwide data.Lancet.2005 jan 15-21;365(9453):217-23

27. Mogensen CE. Progesion of nephropathy in long term diabetics with proteinüria and effect of initial antihypertansive treatment. Scand J Clin Lab Invest 1976;36:383-8

28. Franklin SS, Khan SA, Wong ND et al. Is pulse presure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. Ciculation 1999;100:354-60

29. Chobanian AV, Bacris GL, Black HR, Cusman WC, Gren LA, Izzo JT Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wriht JT Jr, Rocella EJ. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Presure. The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72

30. Erdogan S. Diyabet Egitim ve Danışmanlık, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, (Ed: Erdoğan S.), Tavaslı Matbaacılık, Savaş Ciltevi, İstanbul, 2002.

31. Brodsky I, Robbins D, Hiser E,et al: Effect of low protein diets on proteinmetabolism in IDDM patient with early nephropathy. J Clin Endocrinol Metab 1992;75:351-357.

32. Pek H Diyabet ve Beslenme Diyabet Hemşireliği, (Ed: Erdogan S.) Diyabet Hemşireliği Derneği Tavaslı Matbaacılık, Savaş Ciltevi, Ankara, 2002 .

33. Chaturvedi N, Sjolie AK, Stephenson JM et al. Effect of lisinopril on progression of retinopathy in normotensive people with type 1 diabetes. The EUCLID Study Group. Lancet 1998;351:28-31

34. Markon CE, Kasiske BL: The use of antihypertensive agents in the management of patients with diabetic nephropathy. Dial Transplantation1994;23(3):116-125.

Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

E-Mail: mukaddermollaoglu@hotmail.com

Transkültürel Hemşirelik

Transcultural Nursing

Öğr. Gör. Özlem UÇAN¹, Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI², Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU¹

¹Gaziantep Üniversitesi Gaziantep Sağlık Yüksekokulu, GAZİANTEP

²Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, KAYSERİ

Özet

Klinik hemşiresinin, her hastanın kültürel değerlendirilmeye ihtiyacı olduğunu fark etmesi önemlidir. Çünkü her bireyin farklı değerleri, inançları ve uygulamaları vardır. Bu nedenle kültürel değerlendirmeler özel etnik gruplarla sınırlandırılmamalı, bireysel olarak yapılmalıdır. Transkültürel açıdan donanımlı olan hemşirelerin empatik, içten, şefkatli ve esnek olduğu bilinmektedir. Kültürel farklılıklara pozitif tutum sergilerler. Çünkü kültürel duyarlılığın merkezinde açıklık, diğerlerini takdir etme, holistik yaklaşım, gerçek ilgi ve önyargısız davranış vardır. Hemşire kültürel duyarlılık geliştirdiği zaman, farklı bir kültüre sahip hasta ile karşılıklı alışveriş ve kültürel sinerji oluşur, bakım anlamlı, tatmin edici ve yararlı bir şekilde sonuçlanır.

Anahtar kelimeler: Kültür, Bakım, Transkültürel hemşirelik.

Summary

It is important to realize by clinician nurse that every client needs a cultural assessment. Because every person has different values, beliefs, and practices. Therefore, cultural assessments are not limited to specific ethnic groups, but rather should be conducted on each individual. Nurses who have been identified as good transcultural nurses have been known to be empathetic, caring, open, and flexible. They have a positive attitude toward cultural. Because openness, appreciation of another's perspective, holistic communication, genuine interest, and a nonjudgmental attitude are central to cultural sensitivity. When a culturally sensitive nurse develops mutually agreeable goals with a patient from another culture, a kind of cultural synergy occurs, resulting in care that is meaningful, satisfying and beneficial to clients.

Key words: Culture, Care, Transcultural nursing.

Giriş

Kültür; "belli bir toplumun öğrenilen ve kuşaktan kuşağa aktarılan değerlerini, inançlarını, davranış kuralarını, gelenek – göreneklerini, yaşam şeklini ve uygulamalarını içerir. Leininger ise kültürü, "sağlık - hastalık bakım örüntüsü ve davranışlarda karar vermeyi etkileyen dominant bir güç" olarak tanımlamaktadır (1). Kültürün tüm yönleri hemşirelik uygulamalarında etkilidir. Özellikle sağlık ve hastalık inançları, bakım, çocuk yetiştirme, doğum uygulamaları, beslenme alışkanlıkları, cinsellik, aile yaşamı, yaşlanma ile ilgili inançlar, egzersiz, ağrı ve yasa tepki, iletişim biçimi, dokunma ve mahremiyet hemşirelik uygulamalarında yer alan kültür ağırlıklı durumlardır (2). Bunlardan bakım, hemşireliğin en önemli işlevlerinden biridir ve hemşirelik hizmetleri-

nin odak noktası "bilim ve bilgiyle uyumlu bakım"dır. Bakım verme, hemşirelik uygulamalarının merkezi olup, mevcut olan ya da beklenen gereksinimler için yardım edici, destekleyici ve kolaylaştırıcı rolleri içerir. Kişinin koşullarını ya da yaşam şeklini iyileştirme ve ilerletmeye hizmet eder. Leininger'e göre ise, bakım bireyin sağlığı için temeldir ve hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt eden en önemli özelliğidir.

Profesyonel bakım verme, sağlıklı koşullar ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek ya da geliştirmek için gerekli olan; mesleki bilgi, davranış, bakım, empati, rahatlatma, besleme, gözleme, paylaşma, yardım etme, teşvik etme, güven verme ve stresi azaltma gibi davranışları kapsar. Profesyonel hemşirelik bakımı da; yaşamın istedik düzeyde sürdürülmesinde gereken koşulların de-

vamı için bilimsel ve insancıl yardım şekillerini bünyesinde toplar. O halde profesyonel bir hemşirenin insanlara sağlıklı bir şekilde bakım verebilmesi için, birey veya grubun fiziksel, psikolojik, kültürel ve sosyal değerlerinin önemini ve anlamını bilmesi gerekir. Çünkü bakım verme, bireylerin aktivitelerini yerine getirmelerini ve sağlıklı olmalarını hedefler (3,4,5,6,7).

Transkültürel hemşirelik ise uygun bakımın sağlanmasında kullanılan bir çalışma alanıdır. Bu alan insan kültürünü farklılıklar ve benzerlikler yönünden ele alarak kültürel inanış ve değer yargılarına odaklanır (1). Bu terim ilk kez Leininger tarafından kullanılmıştır. Leininger transkültürel hemşireliği, "hasta bakımında evrensellik ve kültüre özgümlük sağlayan ve dünya kültürlerindeki farklılıkları analiz eden hemşireliğin bir kolu veya alt dalı" olarak tanımlamıştır.

Transkültürel hemşirelik, sağlık ve hastalıkla ilgili uygulamalarda kişilerin kültürel inanç ve uygulamalarına odaklanmıştır. Temeli sağlık ve sağlığı yükseltme ile ilgili geleneksel uygulamalara dayanmaktadır. Amacı ise bireylerin kültürel değer ve inançlarına uygun hemşirelik bakımının sağlanmasıdır (7,8,9,10).

Transkültürel hemşirelikte dört önemli kavram söz konusudur;

- Hemşirelik bireylerin kültürel değerlerine ve yaşam biçimine saygılı, insana yakışır bir hizmet sunmayı amaçlayan, transkültürel hizmet veren bir meslektir,
- Birey kültürel bir varlıktır, kültürel geçmişinden ayrı olarak düşünülemez,
- Birey çevresiyle bir bütündür ve çevre kültürün ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle de fiziksel, ekolojik, sosyo - politik ve/veya kültürel varlık olarak sürekli etkileşim halindedir,
- Sağlık, kültürden kültüre değişen bir kavramdır (6,10,11,12,13,14).

Transkültürel yaklaşımda ilk öge insandır. İnsana hizmet verirken bireysel farklılıklar asla unutulmamalıdır. Aynı kültüre sahip kişilerin hastalık ve sağlık durumlarında aynı tepkiyi göstereceklerini düşünmek yanıltıcı olur. İnsanları derilerinin rengine, şive, aksan ve giysi gibi esaslara göre kategorize etmekten kaçınılmalıdır. Kültürü esas alan bilgi ve anlayışın artması, ırkçılığın azalması, hemşire ve hastanın kendilerine güvenlerinin artması "transkültürel hemşirelik" ile başarılabilir. Her hemşire, her sağlık görevlisi ve her yönetici kültürel ağırlıklı bir hizmet sunabilir. Hastaya, hastanede kal-

dığı süre içerisinde uymak ve yapmak durumunda olduğu dini uygulamaları olup olmadığını sormaktan tutun, hastanedeki levhaları iki dilde yazmaya kadar her şey ve çalışan her birey transkültürel hizmette etkili olabilir. Ancak, hemşireler burada ayrıcalıklı bir konumdadır. Leininger'in modeline göre transkültürel sağlık hizmetlerini en iyi hemşireler sağlayabilir. Kültürel olarak duyarlı hemşirelik hizmeti sağlamanın özelliği ve önemi, kişisel ve mesleki olarak çok boyutludur. Hemşire hastanın kendi kültürünü ifade etmesine izin vererek ve uygun bakımı sağlayarak, hastanın uyumunu artırır ve uygulanan tedaviyi daha iyi anlamasını sağlar (2). Özetle kültürel hemşirelik uygulamaları; kültürel gereksinimlerin tanımlanmasını, aile ve bireylerin kültürel bağlantılarının değerlendirilmesini içerir (15). Bu değerlendirme yapılırken göz önünde bulundurulması gereken özellikler şöyle sıralanabilir;

- Hemşire hizmet verdiği topluma ilişkin bilgi sahibi olmalı, toplumun okul, hastane, ibadethane gibi sosyal birliktelik ortamlarını tanımaya çalışmalı,
- Kültürel verileri toplamada kendisine yardımcı olabilecek stratejileri belirlemeli,
- Kültürler arasında köprü olabilecek öğeleri tanımlamalı,
- Bireyleri incitmeksizin uygun soru sormayı bilmeli,
- Meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmalı,
- Toplum yaşamında önemli olan toplum liderleriyle görüşmeli,
- Toplumun kültürel yapısına yönelik topladığı verilerle erken bir genelleme yapmak için etik olmayan tuzaklara başvurmamalı,
- Bireylere ve kendisine karşı dürüst, açık ve samimi olmalıdır (16).

Değerlendirme sürecinde hemşire, farklı kültürden bir hasta veya aile ile karşılaştığında karşılıklı 3 etkileşim ortaya çıkar. Amerikan Hemşireler Derneğine göre bu 3 etkileşime "transkültürel üçlü" denir.

Transkültürel üçlü şöyle sıralanabilir;

- Hemşirenin kültürel alt yapısı
- Hasta/sağlıklı bireyin kültürel alt yapısı
- Ortamın (hastane, ev, klinik, yurt vs) kültürü

Hasta, hemşire-hasta ilişkisini etkileyen tek varlık değildir. Hemşireler kendi gelenek, inanç ve değerlerini transkültürel üçlü içine taşırlar. Hemşirenin kendini

anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlangıç noktası olabilir. Çünkü hemşirenin kültürel yönden kendini anlamadan olumsuz tepki göstermesi kültürel çatışmalara neden olur (12,13,17). Hemşirenin karşılaşabileceği kültürel çatışma tipleri şöyle sıralanabilir:

- **Etnosentrizm (Kültür merkezilik):** Kişinin kendi kültürünü temel alarak bireyleri değerlendirmesidir. Hemşirenin bireylere ve ailelere kendi kültürü doğrultusunda bakım vermesi kültürel çatışmalara neden olabilir.

- **Stereotip:** Bireysel farklılıkların göz ardı edilmesidir. Hemşirenin bakım verirken, hastasının aynı kültürden olan herkes gibi davranış göstereceğini düşünmesi ve bireysel özelliklerini göz ardı etmesi stereotip davranıştır.

- **Kültürel Körlük:** Kültürel farklılığın ifade edilmesine önem verilmemesidir. Hemşire bireyin farklı yönlerini önemsemediğinde ortaya çıkar.

- **Kültürel Empoze:** Etnosentrizm ile yakından ilişkilidir. Hemşire kendi kültürel normlarına yada, sağlık kurumunun normlarına uyulmasına beklediği zaman ortaya çıkar.

- **Kültürel Relativizm:** Kültürü, başka değer yargıları kullanmadan tanımak ve anlamaktır. Kültürel relativizm yönü ile hastasına yaklaşan bir hemşire, kültürün özelliklerine, inanç çeşitliliğine ve değişik çevrelerde sosyal ihtiyaçlar sonucu oluşan uygulamalara açık bir bakış açısına sahiptir (1,2).

Kültürel inanç ve değerlerin anlaşılması, hemşirelik bakımı konusunda karar vermede, hemşirelik bakım planlarının güvenilir ve kusursuz geliştirilmesinde de önemlidir. Hemşirelerin, hemşirelik sürecini kullanarak çağdaş bir bakımı sağlayabileceği göz önüne alındığında, sürecin uygulanması sırasında hastaların kültürel yapı ve gereksinimlerinin değerlendirilmesinin de önemi ortaya çıkmaktadır. Bu değerlendirme, sürecin her aşamasında yapılmalıdır (2,16,18,19).

- **Veri toplama:** Sağlık çalışanlarının hastalıkla başetme, sağlığı yükseltme ve korumaya yönelik davranışları anlamak için kültürel veri toplamaları gerekmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili kültürel inançların bilinmesi, veri toplamanın çatısını oluşturur. Hemşire, kültürel bir değerlendirme yaparken hastanın yaşam biçimini ve uyduğu kalıpları, kültürel değerlerini, beklentilerini, tabu ve batıl inançlarını, dünya görüşünü, geleneksel ve tıbbi tedavilerini ve özel davranışlarını değerlendirmeli-

dir. Dil, din, ibadet, sağlık görüşleri ve uygulamaları, beslenme, doğum ve ölüme ilişkin uygulamaları, yerleşim bölgesi ve mahremiyete ilişkin verileri, bütüncül ve çok yönlü değerlendirmelidir. Kültürel farklılık ve benzerliklerin değerlendirilmesinde, hasta yada aile en iyi veri kaynağıdır.

- **Planlama:** Hemşirelik bakım planı veri toplama aşamasında elde edilen verilere dayanır. Plan bireysel, bütüncül ve çağdaş olmalıdır. Hastadan yada ailesinden elde edilecek bilgiler ve kültürel alışkanlıklar, uygulamaları planlamada yardımcı olur. Örneğin, hasta alternatif tedavi yöntemi olarak şifalı bitki kullanmak istiyorsa bunun kontrendike olup olmadığı araştırılmalı ve kullanılacak içerik belirlenmelidir.

- **Uygulama:** Bu aşama hemşirelik sürecinin dinamik bir aşamasıdır. İlk adım, hasta yada ailesi ile güvenli bir ilişki geliştirmektir. Hastayı yargılamadan, değerleri ile ele almak gerekir.

- **Değerlendirme:** Planlama aşamasında belirlenen amaç, hedef ve sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirme yapılır. Ayrıca bireyler arasındaki kültürel farklılıklar da not edilmelidir. Bu kültürel farklılıklar davranışlardan çok, duyu ve tutumlardan kaynaklanıyorsa problemin nedenini belirlemek ve değerlendirmek güç olabilir. Hemşirelik bakım planı yeni elde edilecek bulgularla tekrar gözden geçirilebilir (2,16,18,20,21).

Sonuç olarak;

- Hemşirelik bakımı verilirken inançlar, değerler ve gelenekler gözden geçirilmeli. Kültür kavramı merkeze alınmalı, bireyler kültürel gereksinimleri ile uyumlu bakım verilmeli,

- Bakım bireye özgü olmalı,

- Hastalar hiçbir değer yargısı ile ilgili zorlanmamalı. Aksi takdirde kişi kendini yabancılaşmış hissedebilir. Bu durumda da tedavi hastayı örseler ve hastanın iyilik halini tehdit eder,

- Sağlık bakımında karşılaşılacak kültürel çeşitlilikler konusunda bilgi edinilmeli, etnik grup ve ırklar arasında sağlık ve hastalıkta dikkat edilmesi gereken bireysel farklılıklar bilinmelidir. Bakım bireyin sağlık davranışına karar vermesini kolaylaştırma stratejilerini güçlendirmeyi kapsamalı,

- İçinde bulunulan toplumun, ailelerin ve bireylerin kültürel inanış ve uygulamaları öğrenilmeli, kültürel değişkenlerin farkında olunmalıdır. Ayrıca hemşire, kendi kültürünün de farkında olmalı. Sağlık alanında ön yargı

ve ırkçılığa karşı koyarken bireysel tercihleri de bilmeli,

- Toplumun ve bireylerin kültürel inanışlarına karşı kabullenici, yargılamayan, objektif bir tutum sergilenmeli ve hastanın kültürel yapısı içinde çalışmaya istekli olunmalı,

- Hastalara saygılı ve yardım edici tekniklerle yaklaşılmalı, dil sorunu nedeni ile hemşire - hasta ilişkisine engel durumlarda özellikle etkili iletişimi kolaylaştıracak teknikler kullanılmalı,

- Ailede en önemli kararları veren kişilerin aile içindeki rolleri dikkate alınmalıdır. Bu faktörün göz ardı edilmesi tedavi ve bakımda düşünülen sonuca ulaşılmasını engelleyebilir. Planlama sırasında bu kişiler mutlaka plana dahil edilmelidir (1,2,16,18, 20,21,22).

Bugün hemşireler farklı kültüre sahip hastalara bakım vermek için transkültürel hemşirelik teorileri ve uygulamaları ile karşı karşıyadır (23). Dolayısı ile bakım verenler için, hastaların en zor karşılanan gereksinimleri, kültür farklılıklarından kaynaklanan gereksinimlerdir (24). Bu nedenle, hastaların kültürel yapılarının bilinmemesi halinde sunulacak hizmetin yetersiz olacağı unutulmamalıdır. Ayrıca sağlık bakımına yönelik girişimlerin, kültürel veriler üzerine temellenmedikçe, hedefe ulaşmasının olanaksız olduğu bilinmelidir (25). Çünkü her birey kendi kültürüne sahip çıkar ve kendi kültürüne değer verilmesini ister. Bu nedenle sağlık hizmeti verenlerin, kendilerine düşecek sorumluluğu almaları, en azından toplumun kültürel yapısını anlamaya çalışmaları ve bu konuda kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir (9,26).

Kaynaklar

1. Başdoğan H. Kültür ve hemşirelik. Sağlık Sosyolojisi Yayınlanmamış Ders Notları. 2005.
2. Bekar M. Kültürlerarası (Transkültürel) hemşirelik. Toplum ve Hemkim Dergisi 2001; 16(2): 136-141.
3. Varcarolis E.M. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing, 3rd Edition, Appleton and Lance, USA, 1998, 984-985.
4. Johnson B.M, Webber P.B. An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing, Lippincott W&W, USA., 2001.
5. McEwen M, Wills E.M. Theoretical Basis for Nursing, Lippincott W&W, USA., 2002, 211-212.
6. Leininger M(a). Culture care theory: A major contribution advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing 2002; 13(3): 189-192.

7. Murphy SC. Mapping the literature of transcultural nursing. Journal Medical Library Association 2006, April;94(2 Suppl):E143-E151.
8. Ryan M. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. Journal of Transcultural Nursing 2000, 11(4):300-307.
9. Leininger M(b). Future directions in transcultural nursing in the 21st century. International Nursing Review 1997; 44(1): 19-23.
10. Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2): 47-57.
11. Andrews MM. Cultural perspectives on the 21 st century. Journal of Professional Nursing 1992, 8(1):7-15.
12. Abdullah S.R. Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach. Journal of Advanced Nursing 1995; 22(4): 715-720.
13. Rajan MF. Transcultural nursing, a perspective derived from jean-paul Sartre. Journal of Advanced Nursing 1995; 22(3): 450-455.
14. Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar transcultural assesment model. Journal of Transcultural Nursing 2002, 13(3):185-188.
15. Mattson S(a). Providing care the changing face of the U.S. Lifelines 2000; 4(3): 49-52.
16. Degazon C. Culture diversity and community health nursing practice. Community Health Nursing, (Eds: M.Stanhope, J. Lancaster), Mosby-Year Book. Baltimore. 1996,117-134.
17. Alleyne J, Papadopoulos I, Tilki M. Antiracism withing transcultural nurse education. British Journal of Nursing 1994; 3(12): 635-637.
18. Narayan M.C. Cultural assesment in home healthcare. Home Health Nurse 1997; 15: 663-670.
19. Papadopoulos I. Health and illness belief of Greek Cypriots living in London. Journal of Advanced Nursing 1999; 5: 1097-1107.
20. Babington L.M, Kelley B.R, Patadaugter G.A. et al. From recipes to recetas health beliefs and health care encounters in the rural Dominican Republic. Journal of Cultural Diversity 1999; 6: 20-25.
21. Duffy M.E. A critique of cultural education in nursing. Journal of Advanced Nursing 2001; 36: 487-495.
22. Başalan İZ F. Yaşlılık ve transkültürel hemşirelik. Hemşirelik Forumu 2006; Eylül-Ekim/Kasım-Aralık, 10-13.
23. Leininger M(c). Culture care theory, research and practice. Nursing Science Quarterly 1996; 9(2): 71-78.
24. Braybrooke M.E. Understanding other cultures: the need for training. EDTNA ERCA J 1998; 24(1):19-21.
25. Mattson S(b). Providing culturally competent care. Lifelines 2000; October/November: 37-39.
26. Callister L.C. What has the literature taught us about culturally competent care of women and children. The American Journal of Maternal Nursing 2005; 30(6): 380-388.

Öğr. Gör. Özlem UÇAN

E-Mail: oucan@gantep.edu.tr

ABD’de Hemşirelik Eğitimi ve Nefroloji Hemşireliği

Nephrology Nursing and Education in USA

Meral DURAN KİM RN, BSN, CMSRN
Lawrence Hospital Center, NY, USA

Özet

Amerika’da hemşirelik eğitimi ve eğitim programları son zamanlarda büyük değişimlere uğradı. Amerika’da yetki ve sorumlulukları farklı olan hemşireler vardır. Örneğin, artan yetki sıralamasına göre LPN (Licensed Practical Nurse), RN (Registered Nurse), APN (Advanced practice nurse) ve DNP (Doctor of Nursing). Eğitimini tamamlayan mezun hemşire çalışmak istediği eyaletin lisans sınavlarını başarıyla geçmek zorundadır.

Amerikan nefroloji hemşireliğinde ANNA (American Nephrology Nurses Association) önemli yer tutar. Genel nefroloji hemşireliği ileri düzeyde spesifik bilgi ve klinik uzmanlık gerektirir. NNCC (Nephrology Nursing Certification Commission) tüm hemşirelerin ve hemodiyaliz teknisyenlerinin sertifika sınavını düzenler. Hemşireler üç, hemodiyaliz teknisyenleri ise her iki yılda bir sertifikalarını yenilemek zorundadırlar. Her başvuranın sınava girmeden önce öngörülen gerekli şartları tamamlaması zorunludur.

Anahtar kelimeler: ABD hemşirelik eğitimi, ABD nefroloji hemşireliği, Hemşirelik, Klinik hemşireliği

Summary

American nursing education and the educational

program requirements have changed significantly over the years. In America there are many different types of nurses that have different responsibilities and are on different levels of authority. For example LPN (Licensed Practical Nurse), RN (Registered Nurse), APN (Advanced Practice Nurse), and DNP (Doctor of Nursing) are different nursing grades listed in increasing authority. Each nurse who completed their educational training must successfully pass the state board in the region where they want to practice.

ANNA (American Nephrology Nurses Association) has an important role in American nephrology nursing. To practice general nephrology nursing, nurses have to obtain a specific knowledge and clinical proficiency in the field. NNCC (Nephrology Nursing Certification Commission) prepares the nursing and dialysis technician certification exams for the applicants. For those who pass the exam, the nurses must renew their certificate every three years and hemodialysis technicians must renew their certificate every two years. Prior to testing, every applicant must meet all the requirements before they can take the exam.

Key words: American nursing education, American nephrology nursing, Nursing, Clinical nursing

Giriş

Amerika’da hemşirelik ve hemşirelik eğitimi son zamanlarda çok büyük değişimlere uğradı. Hemşireleri daha ileri pratik düzeyde yetiştirmek ve onlara yeni rollerini öğretebilmek amacıyla eğitim programları da değişti. Amerika’da oldukça değişik rolleri, yetki ve sorumlulukları olan hemşireler mevcut olup, her grubun eğitimi farklı eğitim enstitülerinde verilmektedir. Bu

gruplar Licenced Practical Nurse (LPN), Registered Nurse (RN), Advance Practice Nurse (APN) ve Doctor of Nursing Practice (DNP) olarak adlandırılır.

Her eyaletin hemşirelik eğitim ve lisanslarını değerlendiren ve düzenleyen bir state board mevcuttur. Programı tamamlayan her mezun hemşire çalışmayı arzuladığı eyaletten lisans alabilmek için o eyaletin verdiği lisans sınavına girmek zorundadır. Sadece bu sınavı ge-

çen hemşireler sınavını geçtiği eyalette çalışmaya hak kazanırlar. Sonra başka bir eyalette çalışmak istiyorlarsa lisanslarını çalışmak istedikleri eyalete transfer ettirebilirler. Bunun için tekrar bir sınava girmek mecburiyetinde değildirler. (1,5).

Licensed Practical Nurse (LPN)

LPN olabilmek için eyaletin onayladığı bir meslek/teknik okul ya da community college de 12 ay süreyle eğitim almak ve programı tamamladıktan sonra çalışmak istedikleri eyaletin lisans sınavlarına girmek zorundadırlar. LPN'ler genellikle hastanelerde yatak başı hemşiresi olarak hekim ya da Registered Nurse altında çalışırlar. Yetki ve sorumlulukları Registered Nurse'den çok daha azdır. ([Http// www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html](http://www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html)).

Registered Nurse (RN)

RN olabilmek için üç değişik eğitim programı mevcuttur: Associates Degree in Nursing (ADN), Bachelor of Science Degree in Nursing (BSN) ve diploma programı. Bütün başarılı mezunlar hastanelerde, kliniklerde vs. genel hemşirelik vazifelerine başlamak üzere eğitilmişlerdir.

Associate's Degree: Lisans sonrası yaklaşık iki yıl community college ya da teknik enstitülerinde eğitim görürler. Bachelor's degreeye sahip olabilmeleri için bir üniversitede iki yıl daha eğitim görmeleri gereklidir.

Diploma Programları: Bu programlar toplum sağlığı merkezlerinde ya da hastanenin yönetimi altında iki-üç yıl eğitim verirler. Bu diplomaya sahip olanlar bachelor's programına kayıt olabilirler.

Associate Degree ve diploma sahipleri RN olarak çalışabilirler fakat hastaneler haricindeki bazı pozisyonlarda çalışamazlar.

Bachelor's Degree: Bu programlar bir yüksekokul ya da üniversitede dört yıl eğitim verirler. Bu bölümü bitirenler yoğun bakım, toplum sağlığı ya da psikiyatri gibi tüm sağlık bölümlerinde çalışabilirler. Bu programı bitiren hemşirelerin, sağlık sisteminin hastanelerden toplum sağlığına yöneldiği bu dönemde çok önemli pozisyonları vardır. Çalışma alanları çok daha geniştir. Bu diplomayı başarılı olarak alanlar yüksek lisans programlarına kayıt olabilirler. ([Http// www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html](http://www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html)).

Advanced Practice Nurse (APN)

APN olabilmek için mastır programını bitirmek gereklidir, standart eğitimidir. Sayısı en fazla ve popüler olan APN, Nurse Practitioner (NP) olanlardır. NP'ler daha ileri klinik eğitimi almış RN'lerdir. NP'ler hasta muayene ederler, reçete yazarlar, teşhis ve tedavi uygularlar. Laboratuvar tetkiklerini değerlendirirler ve hastaların eğitimlerinden sorumludurlar. Diğer APN'ler Clinical Nurse Specialist (CNS), Certified Nurse Midwives (CNM) ve Certified Nurse Anaesthetists (CRNA) olarak adlandırılırlar. Mastır programları yaklaşık 18-24 ay süren teorik ve pratik çalışmaları içerir. Müfredat programı; hemşirelik bilimi, teorisi ve uygulaması, sağlık yönetimi, araştırma ve öğrencinin seçmek istediği bölüm derslerini içerir. ([Http// www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html](http://www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html)).

Doctor of Nursing Science (DNP)

Doktora programlarının eğitimi beş ila yedi yıl arasındadır. Bu bölüme kayıt olabilmek için mastır diploması ile lisanslarını almış olmaları, iş deneyimine sahip olmaları ve GRE (Graduate Record Exam) gereklidir. Bu programlar hemşireleri sağlık yönetimi, kliniksel araştırma, öğretim üyeliği ve daha ileri pratik düzeye hazırlarlar. Müfredat programı ise hemşirelik tarihi ve felsefesi, hemşirelik tekniğinin geliştirmesi ve testi, data yönetimi, araştırma ve hemşireliğin sosyo ekonomisini içerir. PhD programından farklıdır. Pratiksel açıdan en yüksek düzeydeki hemşireler DNP'lerdir. ([Http// www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html](http://www.fulbright.co.uk/eas/studyus/subjects/nursing.html)).

Nefroloji Hemşireliği

Nefroloji hemşireliğinin amacı Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından 2004 yılında tanımlanmış ve Amerikan Nefroloji Hemşireleri Birliği (ANNA) tarafından yayımlanan önceki versiyonunun üzerine kurulmuştur. Akut ve kronik böbrek hastalığının çok önemli sağlık sorunu olması nefroloji hemşireliğinin özel bir bölüm olarak kurulmasına sebep olmuştur. Nefroloji hemşireliği uygulaması direkt hastabakıcı, eğitimci, koordinatör, danışman ve araştırmacı rollerini kapsar. Kronik böbrek hastasına ya da risk altında olan kişilere tüm sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda sağlık bakımını vermek, eğitmek, kronik böbrek hastalığını önlemek için danışmanlık yapmak, teşhis ve tedavi Nefroloji hemşiresinin başlıca görevleri arasındadır. Hastalığın

kontrolünün her aşamasında en yüksek düzeyde bireysel ve aile yükümlülüğünü sağlamak nefroloji hemşireliğinin öncelikli hedefidir. (2,3)

Nefroloji hemşireliği uygulaması hayat boyunca, daimi bakım ve her türlü bakım sistemi içinde gerçekleşir. Bakım gereksinimleri kronik böbrek hastalığının oluşumu ve co-morbid komplikasyonlarını da içerir. Hasta bakımı koruyucu, akut tedavi, rehabilitasyon ve palyatif destek tedavisini de içine alır. Nefroloji hemşireliği çok değişik kurum ve kuruluşlarda gerçekleşir. Bunlar hastane, klinik ve hastanın yaşadığı yer olarak örneklendirilebilir (2,3).

Genel Nefroloji Hemşireliği Uygulaması

Genel nefroloji hemşireliği temel hemşirelik eğitiminde alınan böbrek hastalıkları bakımından daha ileri düzeyde spesifik temel bilgi ve klinik uzmanlık gerektirir. Nefroloji hemşiresi diğer sağlık mensuplarıyla işbirliği halinde sağlık ekibinin bir üyesi olarak en etkili şekilde hizmet verir.

Nefroloji hemşiresi hastanın rehberi, danışmanı, eğitimcisi, hastaya tedavi seçenekleri konusunda destek ve yardımcı olan ve hastanın en yüksek seviyede istenilen bağımsızlık düzeyine gelmesini sağlayan kişidir. Nefroloji hemşiresi gerektiğinde yönetici hemşire olarak uygun sağlık bakımının verilmesini sağlar. Hemşirelik bakım planını uygular. Hasta bakım planı değerlendirme aşamasından sonra hemşirelik teşhislerini geliştirir, uygular ve değerlendirir. Aktif olarak profesyonel rol geliştirme aktivitelerine katılır. Nefroloji hemşireleri sürekli eğitim, kalite değerlendirmesi ve geliştirilmesi, araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasından sorumludur. (Http// www.nursesource.org.nephrology.html.)

İleri düzeyde hemşirelik uygulaması, yoğun teorik ve kronik böbrek hastalıkları hakkında aileyi ve toplumu içeren profesyonel hemşirelik bilgisini gerektirir. İleri düzeyde hemşirelik uygulaması en az mastır seviyesinde eğitimi gerektirir.

American Nephrology Nursing Association (ANNA)

ANNA'nın görevi nefroloji hemşireliğini iletirmek ve böbrek hastalarının sonuçlarını bilim, mükemmellik ve savunma ile pozitif yönde etkilemektir. ANNA 1969 yılında kurulmuştur. Üyelerini hemodiyaliz, periton diyalizi, kronik böbrek hastalıkları, böbrek nakli gibi farklı düzeyde deneyimi olan registered nurse ve diğer sağ-

lık personeli oluşturur. ANNA hemşireliğinin rolü; hastanın gerçek ve/veya potansiyel böbrek hastalıkları problemlerinin teşhisini koymak, tedavi etmek ve sonuçlarını değerlendirmektir. Bunun yanı sıra ANNA, her bireyin en yüksek düzeyde sağlığına kavuşması için hastalığın ve rehabilitasyon ya da daha ileri fonksiyon bozukluklarının önlemesine inanır. ANNA, hemşireliğin sürekli bir eğitim içerisinde olmasının kaliteyi yükselteceğine inanır. Diğer sağlık ekibi üyeleriyle daimi ve sağlıklı bir ilişki içinde olarak, en düşük ücretle en yüksek kalitede hizmet vermenin gerekliliğine inanır. 2, Http. www. annanurse.org.)

Nephrology Nursing Certification Commission (NNCC)

NNCC böbrek hastalarına yüksek kalitede bakım ve rebilmek için gerekli sertifikayı verir. NNCC nefroloji hemşireliğinin farklı düzeylerde eğitim, deneyim ve bölümlerinde farklı sınavların olmasını ve sertifika verilmesini destekler. Bu sınavları uygular ve başarılı olanlara sertifikalarını verir. Performansını değerlendirmek üzere dört çeşit sınav sunar. Bunlar:

1. Klinik Hemodiyaliz Teknisyeni Sertifika Sınavı (Certified Clinical Hemodialysis Technician CCHT)
2. Diyaliz Hemşireliği Sertifika Sınavı (Certified Dialysis Nurse CDN)
3. Nefroloji Hemşireliği Sertifika Sınavı (Certified Nephrology Nurse CNN)
4. Nefroloji Nurse Practitioner Sertifika Sınavı (Certified Nephrology Nurse Practitioner CNN-NP) (Http// www. nncc-exam.org.)

Clinical Hemodialysis Technician (CCHT)

Sertifika alabilmek için başvuru sahibinin;

- En az lise yada ona uygun diploması olması,
- Hemodiyaliz hasta bakımı teknisyenleri kurunu başarıyla tamamlaması,
- En az altı ay (ya da 1000 saat) klinik deneyiminin olması (bu süre sınavdan önceki kurs süresinde alınan pratik deneyimini de içerir)
- Eyaletin düzenlediği hemodiyaliz hasta bakımı teknisyenleri uygulaması protokolüne sadık kalması mecburiyeti vardır.

Bu sınavı ve sertifikasını NNCC düzenler. Her iki yılda bir sertifikalarını yenilemek zorundadırlar. Görev, yetki ve sorumlulukları eyaletten eyalete farklılık göste-

rir. RN ya da hekimin süpervayzırlığı altında çalışırlar. Diyaliz için aletleri hazırlamak, korumak ve hasta bakımını yapmak genel görevleri arasındadır. NNCC haricinde BONENT (The Board of Nephrology Examiners Nursing and Technology) ve NNCO (The National Certification Organization)'da sertifika sınavları düzenler. Sınav, pratik %50, tekniksel (%23), çevre sağlığı (%15) ve rolleri (%12) ile ilgili soruları içerir.(Http// www.nncc-exam.org.)

Pratik bölümündeki sorular aşağıdakileri içerir;

- Diyaliz esnasında aseptik teknik uygulaması,
- Kardiyovasküler canlandırma,
- Ateş, nabız, tansiyon ve solunumu değerlendirme,
- Hastanın kilosunu tartma,
- Tedavinin yan etkilerini bildirme,
- Hastanın eğitimi,
- Enfeksiyon belirtilerini tanıma,
- Hastanın diyaliz öncesi sıvı düzeyini çek etme,
- Cilt altına lidokain vermek,
- Local anestetik uygulaması,
- Hastanın son tedavisinden bu güne kadar olan sorularını cevaplamak,
 - Fizyolojik ve psikolojik olarak hastadaki değişiklikleri gözlemek ve tanımlamak,
 - Diyaliz makinesinin ayarlarını yapmak ve hazırlamak,
 - Diyaliz iğnesini hastaya yerleştirmek,
 - Hastadan kan tahlilleri toplamak hemodiyaliz tedavisini uygulamak,
 - Tedavi sırasında hastayı takip etmek,ve önemli değişiklikleri tanımlamak,
 - Hipotansiyonu tedavi etmek, heparin protokolü uygulamak, arteriyovenöz fistül/greft basınç uygulaması,
 - Hastanın diyaliz tedavisini sonlandırmak,
 - Diyaliz sonrası bakımı vermek ve hastanın diyaliz sonrası sıvı düzeyini değerlendirmek.

Teknik bölümde ise;

- Aletleri dikkatle kullanmak,
- Kalite kontrol aktivitelerine katılmak,
- İlaç tedavisini uygulamak,
- Diyaliz solusyonunu hazırlamak,
- Diyaliz solüsyonunun iletkenliğini ph ve derecesini kontrol etmek,
 - Malzemenin alarmlarını kurmak ve test etmek,

- Hemodiyaliz extracorporeal devresini kontrol etmek,
- Diyalizeri kurmak,
- Diyaliz aletlerini hazırlamak ve diyaliz esnasında kontrol etmek,
- Protokolleri uygulamak.

Çevre bölümünde;

- Diyaliz aletlerinin sterilizasyonu,
- Standart korunma yöntemlerini uygulamak,
- Uygun vücut mekaniği kullanmak,
- Koruyucu çevre sağlamak,
- Enfeksiyon kontrol önlemlerini uygulamak,
- Kullanılan çevreyi dezenfekte etmek,
- Diyaliz sonrası kullanılan aletleri uygun bir şekilde atmak.

Rol bölümünde;

- Bulguları kaydetmek,
- Uygun hasta bakımı ve hasta ilişkisini sağlamak,
- Kalite kontrol aktivitelerine katılmak,
- Sağlık ekibinin sorumluluklarını ve rollerini ayırt etmek,
 - Hasta rehabilitasyon faaliyetlerine katılmak,
 - Hasta ve hasta sahipleriyle pozitif iletişimde bulunmak,
 - Yaşa göre uygun bakım sağlamak,
 - Hastanın kişiliğini, mahremiyetini ve gizliliği korumak,
 - Hemodiyaliz sonuçlarını uygun sağlık personeliyle tartışmak.

Bu sınava gireceklerin basit anatomi ve fizyolojiyi, hemodiyaliz esnasında kullanılan bilimsel yöntemleri, kan yoluyla bulaşan mikroorganizmaları, basit renal diyeti ve sıvı kısıtlamalarını, diyaliz makinesinin bölümlerini ve nasıl kullanılacağını, glikoz hemotokrit ve hemoglobün düzeylerini takip etmeyi, diyaliz teknisyeninin rol ve sorumluluklarını bilmesi gerekir. (4, Http// www.nncc-exam.org.)

Certified Dialysis Nurse (CDN)

CDN, diyaliz hastasının direk bakımından sorumlu olmasına rağmen, bu işlevlerinin çoğunu diyaliz teknisyenleri hemşirelerinin süpervayzırlığı altında yerine getirir. Hasta ve ailenin eğitimi, daimi destek ve hastanın kendi bakımını kendisi optimal düzeyde sürdürebilme-

si için destek olmak ve sağlamak hemşirenin sorumluluğudur. Bunun yanı sıra hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal olarak sorunlarında hastayı değerlendirmek ve sağlık ekibi arasında iletişimi sağlamakta diyaliz hemşiresinin sorumluluğu altındadır. Sertifika alabilmek için;

1. Başvuru sahibinin Amerika'da kısıtlı olmayan Registered Nurse (RN) lisansının olması,
2. Son iki yıl içerisinde nefroloji hemşiresi olarak minimum 2000 saat deneyiminin olması,
3. CDN başvuru formunu vermeden önceki son iki yıl içerisinde nefroloji hemşireliği ile ilgili 15 saatlik onaylanmış sürekli eğitim kredisi olması gereklidir.

Diğer ülkelerdeki hemşireler de CDN için başvurabilirler. Bunun için hemşirenin kendi bulunduğu ülkede kısıtsız hemşirelik lisansının olması ve Amerika'da RN olabilmesi için Commission of Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) tarafından öngörülen kriterlere uyması, son iki yılda 2000 saat nefroloji hemşireliği deneyimi olması ve başvuru formunu vermeden önce nefroloji hemşireliği ile ilgili 15 saatlik eğitim almış olması gereklidir. Diğer ülkelerdeki hemşireler State Board'un şartlarını yerine getirebildiği halde, CDN olabilmek için NNCC kriterlerine uymuyor olabilirler. CDN sınavı şu bölümleri içerir: Böbrek yetmezliği %30, hemodiyaliz %50, periton diyalizi %16 ve böbrek nakli %4. Sınavın amaçları ise;

1. Böbrek yetmezliğinde oluşabilecek yada oluşan patolojik bozuklukları ve komplikasyonları ve tedavi yöntemlerini tanımak,
2. Böbrek yetmezliğinde oluşan ya da oluşabilecek olan patolojik bozukluklarda ve komplikasyonlarda hemşirelik uygulamalarını uygun olarak seçebilmek,
3. Renal replasman tedavilerinde fizyolojik ve teknik esasları uygulamak,
4. Hasta, aile, diğer sağlık personelleri ve toplumu eğitmek için uygun eğitim stratejilerini seçmek,
5. Böbrek yetmezliği tedavisi gören hastanın ilaçlarını uygun bir şekilde vermek,
6. En yüksek düzeyde fonksiyonu sağlamak için sağlık ekibiyle işbirliği halinde çalışmanın önemini anlamak,
7. Böbrek yetmezliğinin psikososyal ve sosyo-kültürel etkilerini anlamak ve uygun girişimlerde bulunmak,
8. Enfeksiyon kontrol esaslarını uygulamak,
9. Hasta bakımının sonuçlarını yükseltmek için profesyonel hemşirelik uygulamalarının önemini anlamak-

tır.

CDN'ler Sertifikalarını her üç yılda bir yenilemek zorundadırlar. ([Http// www.nncc-exam.org](http://www.nncc-exam.org))

Certified Nephrology Nurse (CNN)

Nefroloji hemşireleri böbrek hastalığı esnasında ve yüksek risk altında olanlara hemşirelik bakımı uygular. Nefroloji hemşireliği 35 yıldan uzun bir süredir Amerika'da özel bölüm olarak kabul edilmiştir. Nefroloji hemşireleri çok iyi eğitilmiş, yetenekli ve güçlü motivasyon sahibi olmalıdırlar. Bu hemşireler tüm organ sistemleriyle ilgilenirler. Hasta bakımı çok kompleks olabilir, çünkü hastaların çok değişik hastalıkları olabilir. Bunlar kardiyovasküler, diyabet, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları, kemik hastalıkları ve psikiyatrik bozukluklardır. Hastalara hastalıklarını öğretmek, teşhis ve tedavi görevleri arasındadır. Sertifika alınabilmesi için;

1. Başvuru sahibinin Amerika'da kısıtlı olmayan registered nurse lisansının olması,
 2. Başvuru formunu vermeden üç yıl önce, en az iki yıl süreyle registered nurse olarak klinikte, yönetimde, eğitimde, öğretimde ya da araştırma bölümlerinde nefroloji hemşireliği deneyiminin olması,
 3. Bir önceki kriteri sağlaması için çalışma saatlerinin en azından %50'sini nefroloji hemşireliğinde geçirmiş olması,
 4. En az BSN ya da MSN sahibi olması,
 5. CNN başvuru formunu vermeden önceki son üç yıl içerisinde nefroloji hemşireliği ile ilgili 30 saatlik onaylanmış sürekli eğitim kredisinin olması gereklidir.
- CNN sınavının içeriği; Böbrek yetmezliği %35, hemodiyaliz %30, periton diyalizi %20 ve böbrek nakli %15'dir. Sınavın amaçları CDN sınavındaki gibidir. Sertifikanın her üç yılda bir yenilenmesi gereklidir. ([Http//www.nncc-exam.org](http://www.nncc-exam.org))

Certified Nephrology Nurse-Nurse practitioner (CNN-NP)

En az mastır düzeyinde eğitim almış hemşirelerdir. Akut ve kronik diyaliz bölümlerinde çalışan NP sayısı son zamanlarda yoğun bir şekilde artmıştır. Kronik böbrek hastalıklarının her derecesinde hasta bakımı, teşhis ve tedavisini yapar ve hasta eğitiminden sorumludur. Diğer sağlık ekibiyle işbirliği halinde çalışırlar. Sertifika alabilmek için;

1. Başvuru sahibinin Amerika'da tam ve kısıtlı olma-

yan Registered Nurse lisansının ve ulusal Nurse Practitioner sertifikasının olması,

2. En az mastır düzeyinde eğitim almış olması,

3. CNN-NP başvurusunu vermeden son iki yıl içerisinde nefroloji NP olarak minimum 2000 saat deneyiminin olması,

4. CNN-NP başvuru formunu vermeden önceki son iki yıl içerisinde nefroloji hemşireliği ile ilgili 60 saatlik onaylanmış sürekli eğitim kredisi olması gereklidir.

Sınav sorularının içeriği ise;

1. Hasta sorunları

- a) Akut böbrek yetmezliği (%6-8)
- b) Kronik böbrek yetmezliği 1. 2. safhası (%2-4)
- c) Kronik böbrek yetmezliği safha 3 (%18-22)
- d) Kronik böbrek yetmezliği safha 4 ve 5 (%8-11)
- e) Renal replasman tedavileri (%56-64)
 - i. Hemodiyaliz %35-40
 - ii. Periton diyalizi %11-13
 - iii. Böbrek nakli %6-8
 - iv. Kronik renal replasman tedavisi (CRRT)/pheresis

2. Nurse practitioner aktiviteleri

- a) Böbrek hastalıklarında oluşan komplikasyon ve patolojik süreci değerlendirmek ve teşhis koymak,
- b) Hastanın yoğun bakım ihtiyaçları için evidence-based tedavi uygulamak ve reçete yazmak,
- c) Farmakoloji,
- d) Hasta, aile, diğer sağlık personeli ve toplumu eğitmek için seçmek,değerlendirmek ve stratejileri tasarlamak,
- e) Sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmak,
- f) Bireyin değer ve inançlarını koruyan bakım pla-

nı geliştirmek olarak özetlenebilir.

Sertifikanın her üç yılda bir yenilenmesi gereklidir. ([Http://www.nncc-exam.org](http://www.nncc-exam.org))

Daha evvel bahsedildiği üzere Amerika'da hemşirelik ve eğitim düzeyleri görev yetki ve sorumlulukları oldukça farklılık gösterir. Diyaliz teknisyeni diyaliz hemşiresinin süpervayzırlığı altında çalışır. Diyaliz hemşireliği oldukça yoğun bilgi düzeyi gerektirir. Advanced Practice Nursing (APN) yetki ve sorumlulukları çok yüksektir. Türkiye'de de yakın bir gelecekte hemşirelerin yetkilerinin artmasını ümit ediyoruz.

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

Kaynaklar

1. Dermann, M., H. & Gaberson, K., B. Evaluation and Testing in Nursing Education. 2nd Ed. Springer Publishing Company Inc. NY 2006, pp 137-153
2. ANNA Position Statements. Nephrology Nursing Journal 2007, 34(3) pp 319-335.
3. McCarley, P., B. & Burrows-Hudson, S. Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease- Using the ANNA standarts and Practice Guidelines to Improve Care. Nephrology Nursing Journal. 2006. 33(6). pp 666-676
4. Kallenback, J., Z., Gutch, C., F., Stoner, M., et all. Rewiev of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personel. 7th ed. Mosby, St Louis 2005. pp 2-10
5. Diekelmann, N., L. & Rather, M., L. Transforming RN Education Dialogue and Debate. In: Diekelman L., N. Transforming RN education New Approaches to innovation, National League for Nursing Press, NY 1993, pp 42-55.

Meral DURAN KİM RN, BSN, CMSRN

E-Mail: Meralkim@yahoo.com

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

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR

Özet

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kullanımı genel popülasyonda ve tıbbi hastalığı olan bireylerde önemli bir hızda artmaktadır. Böbrek hastalığı olan bireylerin TAT kullanımından fayda görebileceği alanlar böbrek yetmezliğinin ilerleme süresini uzatmak, artrit, kaşıntı, kardiyovasküler risk faktörleri, kas krampları, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve yorgunluk gibi eşlik eden problemleri tedavi etmektir. Bununla birlikte, bu hastalarda TAT kullanımı hakkında çok az bilgi bulunmaktadır.

Bu derlemenin amacı; nefroloji hastaları tarafından kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımı hakkında bilgi vermektir.

Anahtar kelimeler: Nefroloji hastası, Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, Hemşirelik

Summary

The use of complementary and alternative medicine (CAM) have been increased at a remarkable speed in the general and medical patient populations. Potential areas in which CAM usage might benefit patients with kidney disease include prolonge time of progression to kidney failure and treatment of concomitant problems, including arthritides, pruritis, cardiovascular risk factors, anxiety, depression, and fatigue. However, little information is available about CAM use in these patients.

The purpose of this article is to provide information about the use of CAM by nephrology patients and nursing approach.

Key words: Nephrology patient, Complementary and alternative medicine, Nursing

Giriş

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) son 15 yıl içinde oldukça popüler olmuştur ve tıbbi, ekonomik ve sosyolojik yönden önem kazanmıştır (1). TAT son yıllarda Amerika'da sağlık bakımına yön veren önemli bir güç olarak ortaya çıkmaktadır.

TAT'nin sınırları ne hastanelerce ne de tıp okullarınca tam olarak belirlenememiştir. Bu kavramlar çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmasına karşın iki kavram aynı anlamı ifade etmez ve kavramlar arasındaki farka dikkat edilmesi önemlidir. Tamamlayıcı tedaviler, hastalığın tedavisinde çağdaş (konvensiyonel) tıbbi tedavi ile birlikte kullanılan uygulamalar iken; alternatif tedaviler ise hastalıkları tedavi etmek veya iyileştirmek amacıyla çağdaş tıbbin yerine kullanılan girişimlerdir (<http://nccam.nih.gov>, 2). Alternatif tedavi terimi geleneksel olmayan, entegre ve holis-

tik terapötik yaklaşımları tanımlamada kullanılmaktadır (3).

Halkın ilgisi ve alternatif tedavilerin yaygın kullanımına yanıt olarak 1992 yılındaki Birleşmiş Milletler Kongresi'nde, Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı olarak Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ofisi (OCAM) kurulmuştur. İki milyon dolar bütçe ile kurulan ofisin bütçesi, 1999'da 50 milyon dolara ulaşmıştır. OCAM, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (NCCAM) olarak isimlendirilmiştir. NCCAM'ın misyonu; sağlık ve iyileşmeyi sağlama da tamamlayıcı tedaviler konusunda yapılan araştırmaları idare etmek, desteklemek ve bu tedaviler hakkında bilgi ve eğitim vermektir (<http://nccam.nih.gov>).

NCCAM 2004 yılında tamamlayıcı ve alternatif tedavileri beş sınıfta toplamıştır (<http://nccam.nih.gov>):

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopatik tıp,

akupunktur gibi Geleneksel Çin tıbbı)

2. Beden-zihin tedavisi (biyofeedback, hipnoz, gevşeme/meditasyon, müzik, hayal kurma, dua etme)

3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkisel tedavi, yüksek doz vitaminler, özel diyetler)

4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, egzersiz, chiropractic, akupressur)

5. Enerji tedavileri (iyileştirici dokunma, reiki)

Nefroloi hastaları tarafından

kullanılan tamamlayıcı/alternatif tedaviler

Kronik böbrek hastalıklarında TAT kullanım prevalansına ilişkin sistematik bir çalışma bulunmamasına karşın, çoğu hastanın nefroloji ekibine bilgi vermeksizin TAT yöntemlerini kullandığı tahmin edilmektedir (4). Ülkemizde de nefroloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile ilgili yeterli veriye ulaşılamamaktadır. Uçan ve ark (2006) tarafından hemodiyaliz (HD) hastalarının alternatif yöntem kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının incelendiği çalışmada; HD hastalarının %68.8'inin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında bilgisinin olmadığı, %49.4'ünün bu yöntemleri kullandığı saptanmıştır. En çok kullanılan yöntemin bitkisel tedaviler olduğu; hastaların %87.1'i kullandığı yöntemi sağlık ekibine söylemediğini ve %45.1'i çaresizlik nedeniyle bu yönetime başvurduğunu ifade etmiştir (5).

Nefroloji hastalarının:

- Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini azaltmak,
- Artrit, kaşıntı, kardiyovasküler risk faktörleri, kas krampları, anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve yorgunluk gibi eşlik eden problemlerin tedavisi amacıyla TAT yöntemlerini kullandığı belirtilmektedir (4).

Bu derlemede nefroloji hastaları tarafından en yaygın olarak kullanılan TAT yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımı hakkında bilgi verilecektir.

Alternatif ve medikal sistemler

Akupunktur

Akupunktur Geleneksel Çin Tıbbı'nda yaklaşık 3000 yıldır uygulanan bir tedavi yöntemidir. Vücuttaki Qi dengesinin düzeltilmesiyle çalıştığına inanılır. Qi meridyen olarak adlandırılan 12 major enerji yoluyla akar, meridyenlerin her biri spesifik iç organlar veya organ sistemleriyle 365-2000 aku noktası ile ilişkilidir. Akupunktur, çeşitli hastalıkları veya semptomları tedavi etmek ve sağlığı geliştirmek amacıyla belirli noktalara (akupunktur noktalarına) iğnelerin yerleştirilmesidir (6). Batı ülkelerinde; akupunktur, ağrı ve çeşitli kronik hastalıkların tedavisinde popülaritesi artmıştır. Akupunktur ve akupunktur benzeri somatik sinir uyarısı, farklı böbrek hastalıklarında ve onlarla ilgili

çeşitli komplikasyonların tedavisinde kullanılmaktadır (7). Böbrek hastalarında; minimal invaziv olan akupunkturun kronik ağrıyı azaltmada yardımcı olabildiği bildirilmektedir. Üremik kaşıntıyı gidermek amacıyla HD hastalarında akupunktur kullanılmıştır (8,9). Randomize kontrollü bir çalışmada; akupunktur ile tedavi edilen hastalarda ortalama kaşıntı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı oranda azaldığı, buna karşın biyokimyasal testlerde her iki grupta da fark saptanmadığı belirlenmiştir (9).

Homeopati

Kimyager Samuel Hahnemann'ın geliştirdiği teoriye göre; hastalık, sağlıklı bireydeki hastalık semptomlarını üreten maddeler ile tedavi edilmektedir. Homeopatik karışımlar vücudun temel iyileşme yanıtını uyarmada yüksek oranda dilüe edilen karışımlardır (10,11). Sağlıklı bir bireyde herhangi bir hastalık veya dengesizlik meydana getirerek, hastalık bulguları ortaya çıkartan doğal madde veya maddelerin, aynı bulguları taşıyan sağlıklı bireye belli yöntemlerle sulandırılarak ve dinamize edilerek verilmesi sonucu bireyin sağlığına kavuşturulması prensibine dayanır (12).

Randomize çift kör plasebo-kontrollü çalışmada; HD hastalarında yaygın ve tedavisi güç bir problem olan kaşıntıya homeopatik tedavilerin etkisi incelenmiştir. Homeopatik karışımların kaşıntı puanını yaklaşık %49 oranında azalttığı ve HD'e devam eden hastalarda kaşıntıyı azaltmak için homeopatik tedavinin etkili olabileceği bildirilmiştir (13).

Beden - zihin tedavisi

Hipnoz

Hemodiyaliz tedavisi alan SDBY hastalarında hipnoz kullanıldığını gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (14-17). Beş vakalık bir çalışmada; hipnoz kullanımının semptomları azaltmada önemli bir psikiyatrik girişim olduğu belirlenmiştir (15).

Gevşeme Tedavileri

Gevşeme yanıtı, gerginlik veya stresten mental ve fiziksel olarak kurtulmayı sağlamaktadır. Gevşemenin olumlu etkileri stresin etkilerini azaltmayı, kaygıyı azaltmayı, ilgiyi ağrıdan başka yöne çekmeyi, iskelet kası gerginliği ve kasılmalarını hafifletmeyi ve uykuyu kolaylaştırmayı içerir (18). Son yıllarda gevşeme yöntemlerinin kullanımı kronik hastalığı olan bireylerin bakımının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir.

Alarcon ve ark. (1982) HD tedavisi gören hastalarda yaptıkları çalışmada; deney grubundaki hastalara diyaliz öncesi 30 dakikalık progresif gevşeme egzersizleri uygula-

mışlar ve deney grubunda durumluk kaygı puanının kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığını saptamışlardır (19). Üç ay boyunca haftada iki gün 25-30 dakikalık solunum egzersizlerinin uygulandığı bir başka çalışmada; egzersiz grubunda iştah ve fiziksel güçte artma olduğu, barsak hareketlerinin sıklığının arttığı, karnofski performans durumu puanlarında anlamlı artmalar olduğu ve sonuç olarak hastaların yaşam kalitesinin geliştiği belirtilmektedir (20). Yıldırım & Fadıoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmada; diyaliz hastalarına altı hafta boyunca uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin, hastaların durumluk-sürekli kaygı düzeyini anlamlı oranda azalttığı ve yaşam kalitesini geliştirdiği saptanmıştır (18).

Biyolojik temelli tedaviler

Bitkisel Ürünler

Bitki ve diyet ürünlerinin kullanımı, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. 2002 yılında ABD toplumunun %25'inin bitki ve diyet ürünlerini kullandığı ve en sık kullanılan ürünlerin ise echinacea (40%), ginseng (24%), ginkgo biloba (21%) olduğu saptanmıştır (21). Bitkisel kombinasyonlar geleneksel Türk tıbbının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (22). Ülkemizde bitkilerin kullanım prevalansı incelendiğinde; 550 sağlıklı birey ile yapılan bir çalışmada "%72.5" (23), 65 yaş ve üzeri kadınlarda ise "%48.3" (22) olarak saptanmıştır.

Bitkilerin immun sistemi güçlendirdiği, kan kimyasını değiştirdiği veya hastalıklara karşı spesifik organları koruduğu belirtilmektedir (24). Genel popülasyonda ve böbrek dışı kronik hastalığı olan bireylerde bitkisel ürünlerin kullanımı, etkinliği, yan etkileri ve önerilen dozları konusunda bilgi bulunmasına karşın, bu ürünlerin diyaliz hastalarında kullanımı hakkında yeterli veri yoktur (25). Son yıllarda bitkisel ürünlerin tanıtımının artması, kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının da bilinçsiz şekilde bu ürünleri kullanmalarına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda KBY hastalarının böbrek hastalığının ilerlemesini önlemeye yardımcı olacağına inandıkları için çoğunlukla prediyaliz dönemindeyken bitkisel ürünler kullandıkları; diyaliz hastalarının ise bu ürünleri genel popülasyon ve diğer kronik hastalıkları olan bireylerden daha az deneyimledikleri belirlenmiştir (26).

Bitkisel ürünlerin güvenli kullanımı, özellikle böbrek hastalarında oldukça önemlidir. Bir çok yetişkin birey bitkisel ürünleri ilaç olarak görmez ve onların "doğal" ve "zararsız" olduğuna inanır. Bitkilerin çoğu küçük dozlarda zararsız olmasına karşın, bazıları ciddi zararlı etkilere sahiptir (27). Tıbbi literatürde çeşitli bitkisel ürünlerle ilgili güvenlik endişeleri hakkında raporlar bulunmaktadır (28). Bir çok bitkisel ürünün olası yan etkileri nedeniyle, KBY tedavisin-

de kullanılmaması önerilmektedir. Böbrek yetmezliği ilaçların emilim, dağılım, metabolizma ve atılımında değişikliklere neden olarak farmakokinetiği etkilemektedir. Ayrıca böbrek yetmezliği hastaları fazla sayıda ilaç kullandıkları için ilaç-ilaç ve ilaç-bitki arasında ortaya çıkan etkileşimler daha karmaşık olmaktadır. Nefrotoksisite, hemodinamik değişimler, kan basıncı, kan şekeri ve koagülasyon parametrelerinde tahmin edilemeyen etkiler veya olası elektrolit anormallikleri nedeniyle bitkisel ürünlerin kullanımı böbrek hastalıklarında özellikle zararlı olabilmektedir (26).

Diyaliz hekim ve hemşirelerinin hastaların tıbbi ve beslenme öykülerinde bitkiler ve diyet ilaveleri hakkında özel sorular sormaları ve nefroloji ekibinin bu ürünler hakkında bilgilerini arttırmaları gerekmektedir (3025, 26,29).

Aromaterapi

Aromaterapi zihin, vücut ve ruhta holistik etkileri elde etmek için aromatik bitkilerden elde edilen esansiyel yağların kullanılmasıdır (30). Bu amaçla birçok farklı ağaçlar, kökler ve çiçekler kullanılmaktadır. Aromaterapi eski çağlardan beri kullanılmaktadır (10,11). Yüzyılımızın başlarında Fransız Kimyager Gattefosse, yaptığı araştırmalar sonucunda yağların, güçlü antiseptik, mikrop öldürücü, iyileştirici, hücre yenilenmesini hızlandırıcı etkilerinin olduğunu saptamıştır. Ayrıca aroma yağlarının kan dolaşımı yardımı ile lenf sistemine ulaştığını ve hücreler arası sıvı yolu ile iyileştirdiğini kanıtlamıştır (10). Klinik çalışmalar bu özel aromaların rahatlatıcı etkisinin olduğunu, ruh durumunu etkilediğini, gevşemeyi sağladığını ve deprese hastalarda anti-depresan etkiye sahip olduğunu göstermiştir (31-34). Aromaterapi İngiltere'de hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır ve hemşireler arasında kullanılan en sık ikinci tamamlayıcı tedavidir (10, 30).

Kronik HD tedavisi gören 14 hastada aromaterapinin (lavanta and hiba yağı) ruh durumu ve anksiyete üzerine etkisinin incelediği çalışmada Hiba yağı aromasının Hamilton Anksiyete ve Depresyon puan ortalamalarını; lavanta aromasının ise Hamilton Anksiyete puan ortalamasını anlamlı olarak azalttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar kronik hemodiyaliz hastalarında hiba yağının anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olan noninvaziv bir yöntem olduğunu göstermektedir (32).

HD tedavisine devam eden KBY hastalarında aromaterapinin kaşıntı üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada; deney grubundaki hastaların kollarına dört hafta boyunca haftada üç kez aromaterapi uygulanmıştır. Çalışma sonuçları, aromaterapi sonrası kaşıntı puanının anlamlı oranda azaldığını göstermiştir. Aromaterapi kullanımının HD tedavisi alan hastalarda kaşıntı yönetimin-

de etkili ve kullanılabilir bir metot olduğu belirtilmiştir (35).

Manipülatif ve beden temelli tedaviler **Fiziksel Egzersiz**

Düzenli bireysel egzersiz kronik hastalığı olan bireylerin tedavisinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda düzenli bireysel egzersiz fonksiyonel kapasite, aerobik kapasite, ve yaşam kalitesini geliştirdiği, anemi, kardiyovasküler risk faktörleri ve psikososyal problemler üzerine yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir (36,37).

Ülkemizde diyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezliği hastalarında yapılan çalışmada; egzersiz programının hastaların kan biyokimyası (Hb, Htc, lökosit, vb), kan basıncı, diyaliz yeterliliği, performans durumu ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkili olduğu, ancak yapılan istatistiksel analizde farkın anlamlı olmadığı; egzersiz programının sadece kreatinin düzeyini anlamlı olarak azalttığı saptanmıştır (38).

Akupressure

Akupressure, başparmak, parmaklar veya elleri kullanarak akupunktur noktalarına basınç uygulanarak terapötik amaçlarla vücudun uyarılmasıdır (39,40). Noninvaziv bir yöntem olan akupressure sağlığı ve konforu ilerletmeyi sağlamada yaşam enerjisini dengede uyarda acı noktalarına basınç ve masaj uygulanmasıdır (39). Çalışmalarda; SDBY olan hastalarda akupoint masajının/akupressure'un uyku kalitesi ve yaşam kalitesini geliştirdiği; yorgunluk düzeyini anlamlı oranda azalttığı ve depresyon düzeyi üzerinde de etkili olduğu saptanmıştır (39-42).

Tamamlayıcı tedavi kullanmak **isteyen hastaya hemşirelik yaklaşımı**

Hemşirelik bu eğilime yanıtta ikiye bölünmüştür. Hemşirelerin çoğu bilgi eksikliği ve tamamlayıcı tedaviler hakkında şüpheli olmaları nedeniyle kendilerini bu tedavilerden uzakta tutarlar. Diğer grup ise, tamamlayıcı tedavileri kabul etmişlerdir ve hemşirelikle alternatif tedavi yaklaşımlarını birleştirerek entegre etmişlerdir (3).

TAT çeşitli ülkelerin bir çok üniversitesinde bilim dalı olarak kabul görmektedir. Bazı hemşirelik okulları hemşirelik teorilerini müfredatı içine almışlardır. Ülkemizde Uzun&Tan hemşire öğrencilerle yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %64'ü TAT'in müfredatı içine alınmasını istediklerini belirtmişlerdir (43).

New York State Hemşireler Birliği hemşirelik uygulamalarında tamamlayıcı tedaviyi kullanan profesyonel hemşirelerin; uygun eğitim ve klinik deneyime sahip olması, hastalara tamamlayıcı ve konvensiyonel tedavilere

ilişkin bilgi vermesi ve uygun seçenekleri tartışması, hasta ve ailenin seçimini desteklemesi, standart hemşirelik bakımının bir parçası olan bazı tamamlayıcı tedavi tiplerini uygulaması, bu yöntemlerin etkinliğini saptamak için bilimsel çalışmaları desteklemesi ve katılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir (<http://www.nysna.org/practice/positions/position14.htm>). Hemşire hastanın tamamlayıcı tedavi kullanma isteğini değerlendirirken yargılayıcı olmamalı; önyargılı olmayan bir üslupta bilgi sağlamalı, samimi ve açık bir iletişime teşvik edilmelidir (10). Çünkü; hemşireler tamamlayıcı tedavileri içeren tüm tedavi tipleri hakkında karar vermede hastalara yardım etmede merkezi bir rol oynamaktadır.

Hasta tamamlayıcı/alternatif terapiyi kullanmaya karar verdiğinde (<http://www.nursesreg.nsw.gov.au/compleme.htm>, 44,45):

1. Hemşirenin davranışları hastayı negatif ya da pozitif etkileyebileceği için, hasta bilgilendirilmeli ve fiziksel olarak zarar görmesi engellenmelidir.

2. Hasta, hemşirenin bilmediği bir TAT yöntemi uygulamak istiyorsa, hemşire bu yöntemi bilmediğini söyleyebilmeli ve danışmanlık alabileceği kurumlara yönlendirilebilmelidir.

3. Hemşireler kanıta dayalı araştırmalara başlamaya ve katılmaya teşvik edilmelidir.

4. TAT uygularken hasta tıbbi tedavisini sürdürmeye teşvik edilmeli, TAT yöntemlerini tıbbi tedavilerin yerine değil, tedavilerle birlikte kullanması önerilmeli ve hastanın uyguladığı TAT yöntemi takip edilmeli ve tedavilerin etkileri değerlendirilmelidir.

• Tıbbi tedavilerin yerine TAT tedavilerini tercih eden hastaların gerekli konvensiyonel tıbbi tedavileri kullanması gözlenmelidir ve bunları kullanması için cesaretlendirilmelidir. Bu konuşmalar ve kararlar kaydedilmelidir.

5. İdeal olarak TAT tedavilerine ilişkin çalışmaların devam etmesi ve tıbbi kanıtların hızla değişmesi nedeniyle, sağlık profesyonelleri ve klinisyenler yeni gelişmeler hakkında hastaya sürekli bilgi vermeli ve terapötik kararlarını tekrar gözden geçirmelidirler.

15. *Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi'nde (2005) sunulmuştur.*

Kaynaklar

1. Ernst E., Cassileth B.R. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer. A systematic review. *Cancer* 1998; 83:777-782.
2. Fowler S., Newton L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2006;38(4):261-264.
3. Engebretson J. Alternative and complementary healing: implications for nursing. *Journal of Professional Nursing* 1999 July-Au-

- gust;15(4):214-223.
4. Markell M.S. Potential benefits of complementary medicine modalities in patients with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005 Jul;12(3):292-299.
 5. Uçan Ö., Ovayolu N., Torun . Hemodiyaliz Hastalarının Alternatif Yöntem Kullanımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Belek-Antalya, 2006, ss:132.
 6. Yıldırım Y.K. Kanser Ağrısının Non-Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK (editör), *Kanser ve Palliyatif Bakım, Meta Basım*, 2006, ss: 97-126.
 7. Garcia G.E., Ma S.X., Feng L. Acupuncture and kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005 Jul;12(3):282-91.
 8. Gao H., Zhang W., Wang Y. Acupuncture treatment for 34 cases of uremic cutaneous pruritus. *J Tradit Chin Med.* 2002 Mar;22(1):29-30.
 9. Che-Yi C., Wen C.Y., Min-Tsung K., Chiu-Ching H. Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (L11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrol Dial Transplant.* 2005 Sep;20(9):1912-5.
 10. Guyot D.M., Oliver G.M. Complementary therapies In: *Martinson IM, Jamieson M (eds), Home Health Care Nursing and The Health Care System, Second Edition, W.B. Saunders Company, 2002, ss: 180-196.*
 11. Ernst E. Complementary therapies in palliative cancer care. *Cancer* 2001; 91(11):2181-2185.
 12. Khorshid L., Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;8(2):124-130.
 13. Cavalcanti A.M., Rocha L.M, Carillo R. Jr., et al. Effects of homeopathic treatment on pruritus of haemodialysis patients: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Homeopathy* 2003 Oct;92(4):177-81.
 14. Pan G.X., Morrison R.S., Ness J., et al. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 20(5):374-
 15. Surman O.S., Tolkoﬀ-Rubin N. Use of hypnosis in patients receiving hemodialysis for end stage renal disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 1984 Jan;6(1):31-5.
 16. Dimond R.E.. Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient. *Am J Clin Hypn.* 1981 Apr;23(4):284-8.
 17. Galli G.P., Ammirati F., Ingletto R., et al. The use of hypnosis in hemodialysis. *Minerva Psichiatr.* 1980 Apr-Jun;21(2):163-5.
 18. Yıldırım Y.K., Fadiloglu C. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patients. *EDTNA ERCA J.* 2006 Apr-Jun;32(2):86-8.
 19. Alarcon R.D., Jenkins C.S., Heestand D.E., et al. The effectiveness of progressive relaxation in chronic hemodialysis patients. *J Chronic Dis.* 1982;35(10):797-802.
 20. Tsai T.J., Lai J.S., Lee S.H., et al. Breathing-coordinated exercise improves the quality of life in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol.* 1995 Nov;6(5):1392-400
 21. Barnes P.M, Powel-Griner R., McFann K., & Nahin R.L. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Advance Data*, 343-1-19.
 22. Gozum S., Unsal A. Use of herbal therapies by older, community-dwelling women. *J Adv Nurs.* 2004 Apr;46(2):171-8.
 23. Oğuz S., Pınar R. Tamamlayıcı tıp yöntemlerinden en fazla hangileri tercih ediliyor? I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya, Türkiye,2000, ss. 358-360.
 24. Coy J. Pain management. In: *White L., Duncan G (eds), Medical-Surgical Nursing An Integrated Approach, 2nd Edition, Delmar Thomson Learning, 2002. pp. 298-301.*
 25. Burrowes J.D., Van Houten G. Herbs and dietary supplement use in patients with stage 5 chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J.* 2006 Jan-Feb;33(1):85-8.
 26. Dahl N.V. Herbs and supplements in dialysis patients: panacea or poison? *Semin Dial.* 2001 May-Jun;14(3):186-92
 27. Stupay S., Siversten L. Herbal and nutritional supplement use in the elderly. *Nurse Practitioner* 2000;25: 56-60.
 28. Roemheld-Hamm B., Dahl N.V. Herbs, menopause, and dialysis. *Semin Dial.* 2002 Jan-Feb;15(1):53-9
 29. Burrowes J.D., Van Houten G. Use of alternative medicine by patients with stage 5 chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005 Jul;12(3):312-25.
 30. Tseng Y.H. Aromatherapy in nursing practice. *Hu Li Zhi* 2005 Aug;52(4):11-15.
 31. Itai T., Amayasu H., Kuribayashi M., et al. Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2000;54:393-397.
 32. Manley C.H. Psychophysical effect of odor. *Clin. Rev. Food Nutr.* 1993;33:57-62.
 33. Komori T., Fujiwara R., Tanida M., Nomura J. Application of fragrance to treatments for depression. *Nihon shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi* 1995;15:39-42.
 34. Hiruma T., Yabe H., Sato Y., et al. Differential effects of the hiba odor on CNV and MMN. *Biol Psychol.* 2002 Nov;61(3):321-31.
 35. Ro Y.J., Ha H.C., Kim C.G., et al. The effects of aromatherapy on pruritus in patients undergoing hemodialysis. *Dermatol Nurs.* 2002 Aug;14(4):231-4, 237-8, 256.
 36. Parsons T.L., Toffelmire E.B., King-VanVlack C.E. The effect of an exercise program during hemodialysis on dialysis efficacy, blood pressure and quality of life in end-stage renal disease patients. *Clin Nephrol* 2004;61:261-74.
 37. van Vilsteren M.C., de Greef M.H., Huisman R.M. The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in The Netherlands: results of a randomized clinical trial. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:141-6.
 38. Akyol A.D., Yıldırım Y.K., Fadiloglu C., et al. Effects of exercise programme in dialysis patients. *EDTNA/ERCA 34th International Conference, Viana,-Austirilai, 10-13 September, 2005.*
 39. Tsay S.L., Rong J.R., Lin P.F. Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs.* 2003 Apr;42(2):134-42.
 40. Tsay S.L. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2004 Jan;41(1):99-106.
 41. Tsay S.L., Cho Y.C., Chen M.L. Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Am J Chin Med.* 2004;32(3):407-16.
 42. Cho Y.C., Tsay S.L. The effect of acupressure with massage on fatigue and depression in patients with end-stage renal disease. *J Nurs Res.* 2004 Mar;12(1):51-9.
 43. Uzun O., Tan M. Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2004 Nov;10(4):239-44.
 44. King C.R. Alternative cancer therapies. In: *McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg, Baird SB (eds), Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook. Second Edition, W.B. Saunders Company, 1996. pp. 531-545.*
 45. Cohen A.J., Menter A., Hale L. Acupuncture: Role in Comprehensive Cancer Care-A Primer for the Oncologist and Review of the Literature. *Integr Cancer Ther.* 2005;4(2):131-143.

Dr. Yasemin YILDIRIM

E-Mail: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formunun Hemodiyaliz Hastalarında Güvenirliğine Yönelik Bir Çalışma

A Study About Reliability of Functional Performance Inventory (FPI) Midi Form on Hemodialysis Patients

Dr. Bilgi GÜLSEVEN¹, Doç. Dr. Şule ECEVİT ALPAR¹, Dr. Leman ŞENTURAN²
Rabia PAPILA³, Prof. Dr. Necmiye SABUNCU⁴

¹Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İSTANBUL

²Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İSTANBUL

³Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi, İSTANBUL

⁴Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İSTANBUL

Özet

Amaç: Bu çalışma; Fonksiyonel Performans Envanteri (FPE) Kısa Formu'nun Türkçe şeklinin, Kronik Böbrek Yetmezlikli Hemodiyaliz Hastalarında (HD) güvenilirlik çalışmasını yapmak ve HD hastalarının fonksiyonel performans düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini özel bir HD merkezindeki tüm hastalar; örneklem grubunu ise belirlenen kriterlere uyan 37 hasta oluşturdu. Veriler; Bilgi Toplama Formu ve Fonksiyonel Performans Envanteri'nin Kısa Formu kullanılarak toplandı. Verilerin toplanmasında diyaliz öncesi uygulanan envanter iki hafta sonra diyaliz öncesi ve sonrası olmak üzere tekrar uygulandı.

Veriler yüzdelik, ortalama, korelasyon analizi ve wilcoxon testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: FPE Kısa Formu'nun iç tutarlılığının $\alpha=0,94$ olduğu belirlendi. İlk ve ikinci uygulamada envanterin ICC değeri 0,99 olarak bulundu. Bu değer yüksek ve ileri derecede anlamlı olduğu görüldü ($p=0,000$). Hastaların diyaliz öncesi FPE Kısa Form puan ortalamasının ($1,78\pm0,77$), diyaliz sonrası puan ortalamasından ($1,35\pm0,71$) daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,000$).

Sonuç: FPE Kısa Formu'nun HD hastalarında güveni-

li bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, Fonksiyonel performans, Yorgunluk, Günlük yaşam aktiviteleri

Summary

Aim: The study was structured descriptively, in order to evaluate the reliability of the Turkish version of The Functional Performance Inventory (FPI) Midi Form and to define the functional performance levels on hemodialysis patients with chronic kidney disease

Material and Method: The universe of the study was included all the patients registered in a private dialysis centre. The sample group was a total of 37 volunteer hemodialysis patients who have met the inclusion criteria. A Patient Description Form prepared by the researchers, and the FPI-Midi Form were used to collect the data. The Scale was applied before hemodialysis. The process was repeated after two weeks.

The collected data was analysed by means, correlations and Wilcoxon tests.

Findings: In this study the Cronbach Alpha reliability coefficient was 0.94. During the test-retest reliability study, ICC value of 0.99 for FPI-Midi Form was found. It was found that this value was very high and statistically high significant ($p=0,000$). It was found that the average

FPI-Midi Form scores before hemodialysis was 1.74 ± 0.69 , compared to a lower average FPI_Midi Form score after hemodialysis of $(1,35 \pm 0,71)$. This difference is statistically significant ($Z = -4,228$; $p = 0.000$).

Conclusion: FPI-Midi Form was a reliable tool on he-

modialysis patients with chronic kidney disease for our country.

Key words: Hemodialysis, Functional performance, Fatigue, Daily living activities

Giriş ve Amaç

Tedavisinde, hemodiyaliz uygulaması önemli bir yer tutan kronik böbrek yetmezliği, geriye dönüşü olmayan bir hastalıktır. Hastalığın kendisi ve uygulanan hemodiyaliz tedavisi birçok semptomu neden olarak, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Hastalardaki hematolojik ve metabolik değişiklikler, elektrolit dengesizlikleri, sistemlerdeki değişiklikler gibi fizyolojik faktörler ile stres, anksiyete, suçluluk, düşmanlık, endişe, uyku bozuklukları, depresyon, aile içi rollerin değişmesi gibi psikososyal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan semptomlardan biri yorgunluktur (1). Yorgunluk bireylerin fonksiyonel durumunu ve fiziksel performansını olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Fonksiyonel performans, bireylerin temel gereksinimlerini karşılamak, alışılmış rollerini yerine getirmek, sağlık ve iyiliklerini korumak için normal yaşamlarında sürdürdükleri fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki ve spiritual aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (2,3,4,5,6,7). Fonksiyonel performans, optimal sağlığı koruma ve geliştirmeyi kolaylaştıran, günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım aktivitelerinin yanısıra spiritual, sosyal ve eğlence alanlarındaki bedensel aktiviteleri de içerir. Bu aktiviteler insanların yapmak için gereksinim ve istek duyduğu aktivitelerdir, dolayısıyla bireysel tercihlere dayanır (3,4,5,7,8,9).

Literatürde fonksiyonel durumun hem fizyolojik hem de anksiyete, depresyon, düşmanlık duygusu ve öz-saygı gibi psikolojik faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir (10,11,12).

Yaşam kalitesini algılayışında belirgin bir rol oynayan fonksiyonel performans yaşlılarda ve kronik hastalık durumunda sınırlanabilir. Kronik hastalık durumlarında yaşanan deneyimler hastalığın uzunluk ve zorluğuna bağlı olarak bireyi adaptasyona götürebilir ve fonksiyonel performans zamanla artabilir. Bunun yanı sıra bu dönemdeki stresörler, akut hastalık veya ataklar, hastanede uzun süre yatma veya evdeki bağımlılık akti-

vite tercihlerini değiştirebilir ve performansı engelleyebilir (3).

Fonksiyonel performans, günümüz sağlık bakım sisteminde önemli bir sonuç göstergesidir. Performansı artırma veya stabilize etmede başarılı olan girişimler, hastaneye yatma sıklığını ve bakım vericinin yükünü azaltır, hastanın çalışma ve aileye katkıda bulunma kapasitesini artırır. Bu da yaşam kalitesinin artması ve maliyetin azalması anlamına gelir (8).

Fonksiyonel performansın artması sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunan çok değerli bir sonuçtur. Hastaya geri bildirimde bulunmak ve rehabilitasyon programlarını değerlendirmek için, performans artışının ölçümü büyük önem taşımaktadır (13).

Bu çalışma; kronik hastalıklardan biri olan KOAH'lı hastalarda kullanılmak için geliştirilen Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formu'nun Türkçe şeklinin, Kronik Böbrek Yetmezliği olan Hemodiyaliz hastalarında güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Materyal Metod

Araştırma; 1 Haziran-15 Temmuz 2006 tarihleri arasında, İstanbul ili Anadolu yakasında yer alan özel bir HD merkezinde gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini bu merkezde HD tedavisi uygulanan tüm hastalar; örneklem grubunu ise bu hastalar arasından mental yetersizliği, bedensel ve iletişim engeli olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 37 hasta oluşturdu.

Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı özellikleri ve hastalıkları ile ilgili özellikleri içeren Bilgi Toplama Formu ile KOAH'lı hastalarda geçerlik ve güvenilirliği Gülseven (14) tarafından yapılan Fonksiyonel Performans Envanteri'nin Kısa Formu kullanılarak toplandı.

Verilerin toplanmasında görüşme yöntemi kullanıldı. Uzman görüşü alındıktan sonra, envanterin ilk uygu-

laması yapıldı. Envanterin zamana karşı değişmezliğini test etmek için ilk uygulamadan iki hafta sonra, aynı hastalarla aynı şartlarda ikinci görüşme yapıldı. Diyaliz öncesi ve diyaliz sonrasındaki fonksiyonel performans farkını belirlemek için ölçek diyaliz sonrasında tekrar uygulandı.

Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formu: KOAH'lı bireylerin günlük temelde yaptıkları aktivitelerle ilgili fonksiyonlarını ölçmek amacıyla, Leidy tarafından 1994 yılında geliştirilmiş ve Gülseven (14) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumu uyarlanmış Fonksiyonel Performans Envanteri'nin kısa formudur.

Toplam 32 madde ve altı alt boyuttan oluşan Kısa Form beşli likert tipi bir ölçektir (15). Ölçek maddeleri düşük ve yüksek düzeyli efor gerektiren faaliyetleri içerir (14). Fonksiyonel Performans Envanteri Kısa Formunun alt boyut puanları, alt boyutu oluşturan maddelerin ortalaması alınarak hesaplanır. Altı alt boyutun ortalaması hesaplanarak da ölçeğe ait toplam fonksiyonel performans puanı elde edilir. Puanlar 0-3 arasında değişmektedir ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan ortalaması üçtür. Yüksek puan yüksek performansı göstermektedir (14). KOAH'lı hastalarla yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucu Cronbach's Alpha katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (15).

Elde edilen veriler yüzdelik hesaplama, ortalama, korelasyon analizi ve wilcoxon testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular ve Tartışma

Hastaların yaş ortalaması incelendiğinde $50,45 \pm 15,38$ yıl olduğu, ortalama $5,77 \pm 4,38$ yıldır HD tedavisine devam ettikleri, %62,2'sinin (n=23) erkek, %40,5'inin (n=15) ortaokul, %37,8'inin (n=14) ilkokul mezunu ve %62,2'sinin (n=23) evli olduğu belirlendi (Tablo 1).

FPE Kısa Formu alt boyutlara göre madde toplam puan korelasyonlarının 0,34-0,85 arasında değiştiği görüldü (Tablo 2).

Literatürde madde toplam puan korelasyonlarının 0.30'dan büyük olması gerektiği, bu kurala uymayan soruların ölçekten çıkarılması önerilmektedir (16,17,18). Çalışmamızda madde toplam puan korelasyonları tüm maddelerde 0,30'dan büyük ve literatürle uyumludur.

FPE Kısa Formu alt boyutlarının Cronbach's Alpha Değerlerinin 0,80-0,90 arasında değiştiği; ölçeğin toplamında ise $a=0,94$ olduğu saptandı (Tablo 2).

Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ile ilgili literatürde Cronbach's Alpha değerinin 0.80 ile 1 arasında olmasının ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (16,18). Çalışmamızda FPE Kısa Formunun alt boyutlarında ve toplamda yüksek alfa katsayısına sahip olduğu göze çarpmaktadır. Leidy ve Knebel çalışmalarında alt boyutların alfa katsayısını 0,76-0,89 arasında; toplamda ise 0,93 olarak bulmuştur (15). Bulgumuz literatüre ve orijinal ölçeğe paralellik göstermektedir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi; iki hafta ara ile uygulanan FPE Kısa Formu'nun toplam puan ortalaması birinci uygulama sonucunda $1,78 \pm 0,76$; ikinci uygulama sonucunda $1,78 \pm 0,76$ olarak bulundu. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p < 0,05$).

Ölçeğin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile uygulanması sonucu elde edilen ölçüm değerlerinin benzerliği, ölçüm aracının zamana karşı değişmez olduğunu gösteren bir özelliktir (16,17,19). Bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir. Ölçek güvenilirlik belirleme yöntemlerin-

Tablo 1: Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

| ÖZELLİKLER | | n | % |
|--|------------------|-------------------|------|
| YAŞ ($X \pm Sd$ Yıl) | | $50,45 \pm 15,38$ | |
| DİYALİZ BAŞLAMA ZAMANI ($X \pm Sd$ Yıl) | | $5,77 \pm 4,38$ | |
| CİNSİYET | Erkek | 23 | 62,2 |
| | Kadın | 14 | 37,8 |
| EĞİTİM | Okur Yazar Değil | 2 | 5,4 |
| | Okur Yazar | 2 | 5,4 |
| | İlkokul | 14 | 37,8 |
| | Ortaokul-Lise | 15 | 40,5 |
| | Üniversite | 4 | 10,8 |
| MEDENİ DURUM | Evli | 23 | 62,2 |
| | Bekar | 7 | 18,9 |
| | Dul | 2 | 5,4 |
| | Boşanmış | 5 | 13,5 |

den biri olan Interclass Korelasyon zamana karşı değişmezliğini gösteren diğer önemli bir analizdir. ICC'nin 0,90'ın üzerinde olması çok ilişki düzeyinin yüksek olduğunun göstergesidir (20).

FPE Kısa Formu güvenilirlik tahminindeki sınıf içi korelasyon analizinde Vücut Bakımı alt boyutu 0,98; Ev İşlerini Sürdürme alt boyutu 0,99; Fiziksel Egzersiz alt boyutu 0,99; Eğlence alt boyutu 0,98; Manevi Aktivite alt

boyutu 0,97; Sosyal Aktivite alt boyutu 0,99; ölçek toplamında ise 0,99 olarak bulundu. Uygulamalar arasındaki korelasyon katsayılarının yüksek ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p=0,000$) görüldü (Tablo 3).

Leidy'nin (5) çalışmasında, FPE ICC değerlerinin alt boyutlarda 0,66-0,89 arasında değiştiği ve toplamda 0,87 olduğu belirlenmiştir.

Bulgularımızın literatürle uyumlu olması FPE Kısa Formunun zamana karşı değişmezlik özelliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Hastaların diyaliz öncesinde FPE Kısa Formundan ortalama $1,78 \pm 0,77$; diyaliz sonrasında ise $1,35 \pm 0,71$ puan aldıkları görüldü. Hem diyaliz öncesinde hem de sonrasında alt boyutlardan alınan puanlara bakıldığında, en yüksek puanın Vücut Bakımı, en düşük puanın ise Ev İşlerini Sürdürme Aktivitesinden alındığı belirlendi. HD öncesinde FPE Kısa Formundan alınan puanların HD sonrasında alınan puanlardan daha yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4).

Kronik hastalıklar genellikle giderek artan bir fiziksel yetersizliğe yol açar. Bu durum bireyin aktivitelerini ve öz bakımını kesintiye uğratar. Bu etkinlikler aile ve işle ilgili sorumlulukları, boş zaman etkinliklerini ve bireyin kendi günlük bakımıyla ilgili davranışlarını kapsar (21).

Gülseven'in (14) KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların FPE'den aldığı toplam puan ortalamasının $1,74 \pm 0,41$ olduğu ve en yüksek puanın Vücut Bakımı alt boyutundan alındığı belirlenmiştir.

Yurtsever ve Kuyurtar'ın (1) 31 HD hastası ile yaptıkları çalışmada; hastaların % 70,9'unun hastalıkları nedeniyle yorgunluk yaşadıklarını ifade ettikleri, orta derecede yorgunluk yaşadıkları ve öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu; yorgunluk ve öz bakım gücü arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada haftalık diyalize girme sıklığı arttıkça yorgunluğun azaldığı, enerji ve öz bakım gü-

Tablo 2: FPE alt boyutlara göre madde toplam puan korelasyonları ve Cronbach's Alpha değerleri (N=37)

| | Ölçek Maddeleri | Madde Toplam Puan Korelasyonu (r) | Cronbach's Alpha (α) |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Vücut Bakımı | 1 | 0,77 | 0,90 |
| | 2 | 0,77 | 0,88 |
| | 3 | 0,79 | 0,88 |
| | 4 | 0,77 | 0,88 |
| | 5 | 0,85 | 0,86 |
| Ev İşlerini Sürdürme | 6 | 0,48 | 0,89 |
| | 7 | 0,71 | 0,87 |
| | 8 | 0,74 | 0,87 |
| | 9 | 0,83 | 0,86 |
| | 10 | 0,83 | 0,86 |
| | 11 | 0,73 | 0,87 |
| | 12 | 0,52 | 0,89 |
| | 13 | 0,44 | 0,89 |
| Fiziksel Egzersiz | 14 | 0,62 | 0,82 |
| | 15 | 0,75 | 0,79 |
| | 16 | 0,77 | 0,78 |
| | 17 | 0,67 | 0,80 |
| | 18 | 0,52 | 0,86 |
| Eğlence | 19 | 0,49 | 0,86 |
| | 20 | 0,75 | 0,78 |
| | 21 | 0,75 | 0,78 |
| | 22 | 0,63 | 0,82 |
| | 23 | 0,67 | 0,81 |
| Manevi Aktivite | 24 | 0,77 | 0,79 |
| | 25 | 0,53 | 0,89 |
| | 26 | 0,81 | 0,77 |
| | 27 | 0,72 | 0,81 |
| Sosyal Aktivite | 28 | 0,71 | 0,72 |
| | 29 | 0,64 | 0,74 |
| | 30 | 0,67 | 0,73 |
| | 31 | 0,55 | 0,77 |
| | 32 | 0,34 | 0,83 |
| TOPLAM | | | 0,80 |
| | | | 0,94 |

Tablo 3: FPE ilk test –son test puan ortalamaları ve karşılaştırılması (N=37)

| | FPE | Wilcoxon Testi | | | | Inter Class (Sınıf İçi) Korelasyon | | | | |
|-----------------------------|-----|----------------|------|------------|------|------------------------------------|-------|-----|---------|------|
| | | İlk Test X | Sd | Son Test X | Sd | Z | p | ICC | F | p |
| Vücut Bakımı | 1 | 2,75 | ,54 | 2,75 | ,54 | ,000 | 1,000 | ,98 | 177,036 | ,000 |
| | 2 | 2,70 | ,77 | 2,75 | ,64 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 3 | 2,32 | 1,15 | 2,32 | 1,15 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 4 | 2,54 | ,98 | 2,54 | ,98 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 5 | 2,52 | ,99 | 2,51 | ,98 | -1,000 | ,317 | | | |
| Ev İşlerini Sürdürme | 6 | 1,48 | 1,38 | 1,48 | 1,38 | ,000 | 1,000 | ,99 | 239,490 | ,000 |
| | 7 | 1,54 | 1,32 | 1,45 | 1,32 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 8 | 1,37 | 1,27 | 1,37 | 1,27 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 9 | ,94 | 1,28 | 1,00 | 1,29 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 10 | ,89 | 1,21 | ,89 | 1,21 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 11 | ,81 | 1,24 | ,86 | 1,25 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 12 | ,56 | 1,14 | ,64 | 1,20 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 13 | 2,54 | ,96 | 2,54 | ,9 | ,000 | 1,000 | | | |
| Fiziksel Egzersiz | 14 | 1,94 | 1,22 | 1,94 | 1,22 | ,000 | 1,000 | ,99 | 214,447 | ,000 |
| | 15 | 2,24 | ,98 | 2,24 | ,98 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 16 | 2,25 | 1,18 | 2,18 | 1,22 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 17 | 1,81 | 1,24 | 1,81 | 1,24 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 18 | 1,34 | 1,49 | 1,35 | 1,49 | -1,000 | ,317 | | | |
| Eğlence | 19 | 1,72 | 1,42 | 1,70 | 1,41 | -1,000 | ,317 | ,98 | 136,524 | ,000 |
| | 20 | 1,70 | 1,45 | 1,70 | 1,45 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 21 | 1,77 | 1,45 | 1,72 | 1,46 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 22 | 2,43 | 1,11 | 2,45 | 1,06 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 23 | 2,30 | 1,11 | 2,37 | 1,08 | -447 | ,655 | | | |
| | 24 | 1,97 | 1,05 | 1,99 | 1,01 | -535 | ,593 | | | |
| Manevi Aktivite | 25 | 1,38 | 1,35 | 1,32 | 1,37 | -1,000 | ,317 | ,97 | 80,271 | ,000 |
| | 26 | 1,61 | 1,41 | 1,56 | 1,42 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 27 | 1,72 | 1,42 | 1,72 | 1,42 | ,000 | 1,000 | | | |
| | 28 | 1,23 | 1,49 | 1,24 | 1,47 | ,000 | 1,000 | | | |
| Sosyal Aktivite | 29 | 1,52 | 1,18 | 1,46 | 1,16 | -1,461 | ,144 | ,99 | 190,760 | ,000 |
| | 30 | 1,97 | 1,38 | 1,94 | 1,41 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 31 | 1,77 | 1,43 | 1,78 | 1,45 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 32 | 1,70 | 1,37 | 1,67 | 1,39 | -1,000 | ,317 | | | |
| | 33 | 1,25 | 1,33 | 1,21 | 1,33 | ,000 | 1,000 | | | |
| TOPLAM | 34 | 1,86 | 1,31 | 1,81 | 1,35 | -1,000 | ,317 | ,99 | 337,198 | ,000 |
| | 35 | 1,72 | 1,02 | 1,68 | 1,05 | -1,633 | ,102 | | | |
| | Σ | 1,78 | ,76 | 1,78 | ,76 | -1,175 | ,861 | | | |

Wilcoxon Testi
Anova-Interclass Korelasyon (ICC)

Tablo 4: Diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası FPE'den alınan puanların dağılımı ve karşılaştırılması (N=37)

| FPE | Diyaliz Öncesi | | Diyaliz Sonrası | | Z | p |
|----------------------|----------------|------|-----------------|------|--------|-------|
| | X | Sd | X | Sd | | |
| Vücut Bakımı | 2.57 | 0.77 | 2,05 | 0,90 | -3,744 | 0,000 |
| Ev İşlerini Sürdürme | 1.27 | 0.92 | 0,90 | 0,67 | -3,264 | 0,001 |
| Fiziksel Egzersiz | 1.91 | 1.00 | 1,42 | 0,85 | -3,409 | 0,001 |
| Eğlence | 1.98 | 1.06 | 1,54 | 0,93 | -2,985 | 0,003 |
| Manevi Aktivite | 1.52 | 1.19 | 1,32 | 1,16 | -2,733 | 0,006 |
| Sosyal Aktivite | 1.73 | 1.03 | 1,18 | 1,05 | -3,555 | 0,000 |
| TOPLAM | 1.78 | 0.77 | 1,35 | 0,71 | -4,228 | 0,000 |

Wilcoxon Testi

cünün arttığı saptanmıştır (1).

Çınar ve arkadaşlarının (22) 88 HD hastası ile yaptıkları çalışmada HD öncesine göre HD sonrası yorgunluk belirtilerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Mollaoğlu'nun (21) 140 HD hastası ile yaptığı çalışmada da hastaların öz bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bulgularımız literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

FPE Kısa Formu'nun madde toplam puan korelasyonlarının 0,34-0,85 arasında değiştiği, iç tutarlılığının ($\alpha=0,94$) yüksek olduğu, ilk ve son test arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), sınıf içi korelasyon katsayılarının 0,97 ile 0,99 arasında değiştiği belirlendi. Envanterin KBY'li HD hastalarında güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ve HD sonrasında hastaların performans düzeylerinin azaldığı sonucuna varıldı.

Sonuçlar doğrultusunda;

- HD hastalarının performans düzeylerinin ölçülmesi,
- HD hastalarının performanslarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması
- Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak üzere performanslarını arttırmaya yönelik ve günlük aktivitelerini yapmayı kolaylaştıracak bireye özgü stratejilerin geliştirilmesi
- Hasta eğitimi ve HİE de bu stratejilerin paylaşılması
- Araştırmanın daha geniş örneklem grubu ile tekrarlanması önerilmektedir.

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

Kaynaklar

1. Yurtsever S., Kuyurtar F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım Gücü. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. Mart-Haziran 2005;26.
2. Larson J.L., Kapella M.C., Wirtz S., ve ark.: Reliability and validity of the functional performance inventory in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. J. Nurs. Meas. 1998; 6(1);55-73,.
3. Leidy N.K.: Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. Nurs. Res. 1994; 43(4);196-202.
4. Leidy N.K.: Using Functional status to assess treatment outcomes. Chest 1994 106(6):1645-1646,
5. Leidy N.K.: Psychometric properties of the Functional Performance

Inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nurs. Res. 1999; 48(1):20-28.

6. Leidy N.K., Abbott R.D., Fedenko K.M.: Sensitivity and reproducibility of the dual-mode actigraph under controlled levels of activity intensity. Nurs. Res. 1997; 46(1):5-11.

7. Leidy N.K., Haase J.E.: Functional status from the patient's perspective: The challenge of preserving personal integrity. Res. Nurs. Health. 1999; 22:67-77.

8. Larson J.L., Leidy N.K.: Chronic obstructive pulmonary disease: Strategies to improve functional status. In: Fitzpatrick J.(ed) Annual Review of Nursing Research. New York: Springer 1998, pp 465-78.

9. Leidy N.K., Traver G.A.: Psychophysiological factors contributing to functional performance in people with COPD: Are there gender differences? Res. Nurs. Health. 1995; 18:535-546.

10. Light R.W., Merrill E.J., Despars J.A. and all. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. Chest 1985; 87(1):35-38.

11. Weaver T.E.: Factors affecting functional status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing 1995; 2(1):29-40.

12. Weaver T.E., Narsavage G.L.: Physiological and psychological variables related to functional status in chronic obstructive pulmonary disease. Nurs. Res. 1992; 41(5): 286-91.

13. Nield M.: Pulmonary rehabilitation: The critical outcomes. J. Rehabil. Res. Dev. 2003; 40(5):7-8.

14. Gülseven B.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Fonksiyonel Performans ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2005; İstanbul.

15. Leidy N.K., Knebel A.: In Search of Parsimony: Reliability and Validity of The Functional Performance Inventory Short-Form. (Abstract). Poster presented at the European Respiratory Society 1999 Annual Congress; October 10, 1999; Madrid, Spain.

16. Akgül A.: İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. Emek Ofset Ltd. Şti., Ankara, 2003.

17. Gözüm S., Aksayan S.: Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2003; 5(1):3-14.

18. Özdamar K.: Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, 1. Cilt, Etam A.Ş., Eskişehir, 2005

19. Erefe İ.: Veri toplama araçlarının niteliği. Ed: Erefe İ., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri. Odak Ofset. İstanbul, 2002 s. 169-187.

20. Karaman T.: Psikiyatri Araştırmalarında Güvenirlik Sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 1994; 5:99-102.

21. Mollaoğlu M.: Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon. Nefroloji Hemşireliği Dergisi Temmuz-Ekim 2005;55-60.

22. Çınar Menteş S., Sezerli M., Sarsmaz N., Menteş A.Ö.: Hemodiyaliz Akut Yorgunluk Sendromuna Neden Olabilir mi? Hemşirelik Forumu Dergisi 2000; 3(2):28-33.

Dr. Bilgi GÜLSEVEN

E-Mail: bgulseven@marmara.edu.tr

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 PEHLIVAN, Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU, Öğr. Gör. Özlem UÇAN
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,GAZİANTEP

Özet

Amaç: Çalışmamız, hemodiyaliz hastalarının aileden algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Çalışmamız 1-15 Mayıs 2006 tarihleri arasında iki özel hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 100 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Veriler, sosyodemografik anket formu, Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirdiği "Beck Depresyon Envanteri", Procidano ve Heller (1983)'in geliştirdiği "Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ile toplandı. Veriler, SPSS programı kullanılarak, yüzdelik, student t, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının 50.3 ± 16.4 yıl olduğu ve %40'ının orta derecede depresyon yaşadığı tespit edildi. Gençlerde ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda depresyon puan ortalamasının düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Evli olanların ve çalışmayanların daha depresif olduğu, iyi ekonomik durumun sosyal destek ve depresyon puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği tespit edildi. Ciddi düzeyde depresyonu olanların sosyal destek puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda; aile desteğinin, hastanın ruhsal durumu üzerindeki olumlu etkileri konusunda hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, Sosyal destek, Depresyon, Hasta, Aile

Summary

Aim: Our study was done for determine relationship between perceived social support from family and depression level of hemodialysis patients.

Material Method: Study was done 100 patients as descriptive between 1-15 May 2006 at two hemodialysis unit. Before study informed approval taken from institutes and patients. Data were collected by using questionnaire form, perceived social support from family that developed by Procidano and Heller, Beck Depression Inventory that developed by Beck and friends. Analysis was done frequency, student t test, Kruskal Wallis, Mann – Whitney U tests by using SPSS programme.

Result: Age mean of patient was 50.3 ± 16.4 years and 40% of patients had depression in median degree, Mean of depression point found low in young and well graduated patient ($p < 0.05$). it was determined married and unemployment were more depressive, well economic stuation effect social support and depression point mean in positive way. Mean of social support point found low whose depression level was severity.

Conclusion: Direction of this results, information of patient relatives about positive effect of family support on patient mental statue can suggest.

Key words: Hemodialysis, Social support, Depression, Patient, Family

Giriş

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için hemodiyaliz yeni bir yaşam deneyimidir. Bireylerin geleceğe yönelik hayallerinin, planlarının önemini yitirmesine veya aksamasına neden olabilir (1). Kurtardığı hayatı aynı zamanda değiştiren ve önemli ölçüde stres yaratan bu tedavi şekli, hastalığın başlangıcından itibaren hastaları sürekli olarak stresörler ile karşı karşıya bırakır (2). Diyalize bağımlı olarak yaşamak zorunda olmak, hastayı ve bakımına aktif olarak katılan ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkiler. Hastalar, fiziksel güçte azalma, işini kaybetme olasılığı, sıvı alımı ve kısıtlamalara bağlı stres, cinsel işlev kayıpları, sosyal izolasyon, sağlık kurumuna ulaşımında güçlük ve otonomi kaybı gibi sorunlar yaşayabilir (1). Bütün bu sorunlar hastanın tedaviye uyumunu bozarak, yaşam kalitesini kötüleştirebilir. Hastanın bu sorunlarla baş etmesinde ailesi ve tedavi ekibi en önemli destek kaynaklarıdır (3). Kronik hastalığı olan bireyler için sosyal desteğin sürekliliği de önemlidir (4). Sosyal destek, stres altındaki yada güç durumdaki bireye çevresindeki bireyler tarafından sağlanan yardım olarak kabul edilir. Algılanan sosyal destek ise; bir anlamda bireyin kendisine biçtiği genel değerdir. Bireyin algıladığı sosyal desteğin yetersizliği, düşüklüğü ve sosyal izolasyon, mortaliteye neden olmaktadır. Bununla birlikte güçlü aile desteğinin hastanın sorunlarla baş etme yeteneğinde önemli olduğu bildirilmektedir (4-7). Ancak, yetersiz sosyal destek ve etkisiz baş etme stratejileri anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (2). Algılanan sosyal desteğin kronik böbrek yetmezliği hastalarında pozitif psikolojik uyum ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (4). Bu bilgiler doğrultusunda; çalışmamız hemodiyaliz hastalarının aileden algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod

Çalışmamız 1-15 Mayıs 2006 tarihleri arasında iki özel hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören hastalarla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmaya bu tarihler arasında düzenli hemodiyaliz tedavisi alan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya istekli 100 hasta alındı. Araştırma öncesi kurumlardan ve hastalardan bilgilendirilmiş onay alındı. Sosyodemografik veriler için araş-

tırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanıldı. Anketler, hastalarla yüz yüze görüşülerek uygulandı. Depresyon düzeyini değerlendirmek için; Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirdiği ve Hisli'nin (1988) ülkemize uyarladığı Beck Depresyon Envanterinden yararlanıldı. Bu ölçekte 21 soru yer almakta ve her soru 0-3 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan 17 puan ve üzeri depresyon varlığı olarak değerlendirilmekte ve depresyon düzeyi; 11-17 puan hafif düzeyde; 18-29 puan orta düzeyde; 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyon olarak sınıflandırılmaktadır (8). Aileden algılanan sosyal destek için ise; Procidano ve Heller (1983)'in geliştirdiği, Eskin'in (1993) Türk toplumuna uyarladığı Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanıldı. Bu ölçekte, "evet, hayır ve kısmen" şeklinde yanıtlanan 20 soru yer almaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe algılanan aile desteği artmaktadır (4). Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS programı kullanılarak, yüzdeler, student t, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri yapıldı.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 50.3 ± 16.4 yıl, %60'ı erkek, %53'ü ilköğretim mezunu ve %91'i evli idi. Hemodiyaliz hastalarının %82'si şehirde yaşadığını, %82'si çalışmadığını ve %66'sı ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu ifade etti. Hastaların %30'u 0-1 yıldır hemodiyaliz tedavisi görmekte olup, %53'ü hastalık ile ilgili eğitim almıştı.

Aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 30.7 ± 8.8 olarak bulundu. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanan yer, çalışma durumu ile aileden algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p > 0.05$). Sadece eğitim seviyesi düşük olanlarda, diğer gruplara göre sosyal destek puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi ($p = 0.010$).

Depresyon puan ortalamasının 21.8 ± 11.6 olduğu ve hastaların %40'ının orta düzeyde depresyon yaşadığı saptandı. Cinsiyet, yaşanan yer, tedavi süresi ile depresyon puan ortalaması arasında ilişki bulunamadı ($p > 0.05$). Ancak depresyon puan ortalamasının 18-37 yaş grubunda anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p = 0.001$). Okur – yazar olanların diğer gruplara göre depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p = 0.001$). Evli olanların depresyon puan or-

talaması bekarlara göre daha düşük ($p=0.032$), çalışanların çalışanlara göre daha depresif olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.000$). Ekonomik durumu kötü olan hastaların dep-

resyon puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.007$) (Tablo 1). Aynı zamanda ciddi düzeyde depresyonu olanların sosyal destek puan ortalamasının diğer gruptakilere göre anlamlı

Tablo 1: Hastaların sosyal destek ve depresyon puan ortalamalarının bazı özelliklerine göre dağılımı

| Özellikler | n (%) | Sosyal destek $X\pm SD$ | Depresyon $X\pm SD$ |
|---------------------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Yaş | | | |
| 18-37 | 22 (22.0) | 29.7±8.3 | 14.3±7.9 |
| 38-57 | 42 (42.0) | 32.0±6.5 | 24.0±13.5 |
| 58-77 | 36 (36.0) | 29.7±11.2 | 24.0±9.1 |
| | | KW=1.634, $p=0.442$ | KW=14.316, $p=0.001$ |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 40 (40.0) | 30.5±7.9 | 23.2±12.2 |
| Erkek | 60 (60.0) | 30.8±9.4 | 20.9±11.2 |
| | | $t=-0.161$, $p=0.872$ | $t=0.971$, $p=0.334$ |
| Eğitim durumu | | | |
| Okur-yazar | 38 (38.0) | 29.6±10.1 | 26.3±10.9 |
| İlköğretim | 53 (53.0) | 31.4±8.1 | 19.7±10.9 |
| Ortaöğrenim | 9 (9.0) | 30.6±6.2 | 15.4±12.8 |
| | | KW=0.839, $p=0.658$ | KW=14.542, $p=0.001$ |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 91 (91.0) | 30.8±8.6 | 22.5±11.7 |
| Bekar | 9 (9.0) | 29.5±10.4 | 15.1±8.9 |
| | | M-WU=368.0, $p=0.616$ | M-WU=232.0, $p=0.032$ |
| Yaşanılan yer | | | |
| İlçe | 18 (18.0) | 32.0±8.1 | 34.8±11.6 |
| Şehir | 82 (82.0) | 30.4±8.9 | 21.2±11.6 |
| | | M-WU=663.5, $P=0.503$ | M-WU=602.5, $p=0.224$ |
| Çalışma durumu | | | |
| Evet | 18 (18.0) | 31.9±6.3 | 12.3±6.9 |
| Hayır | 82 (82.0) | 30.4±9.2 | 23.9±11.4 |
| | | M-WU=722.0, $p=0.886$ | M-WU=285.5, $p=0.000$ |
| Ekonomik durum | | | |
| İyi | 15 (15.0) | 30.8±7.1 | 21.4±10.8 |
| Orta | 66 (66.0) | 32.6±6.8 | 19.7±11.0 |
| Kötü | 19 (19.0) | 23.8±12.3 | 29.6±11.5 |
| | | KW=9.256, $p=0.010$ | KW=9.844, $p=0.007$ |
| Tedavi süresi (yıl) | | | |
| 0-1 | 30 (30.0) | 29.7±10.1 | 22.3±12.3 |
| 2-3 | 21 (21.0) | 30.6±6.2 | 22.5±8.3 |
| 4-5 | 20 (20.0) | 31.9±8.9 | 25.0±11.8 |
| 5 ve üzeri | 29 (29.0) | 30.9±9.1 | 18.7±12.5 |
| | | KW=1.680, $p=0.641$ | KW=4.810, $p=0.186$ |
| Hastalıkla ilgili eğitim | | | |
| Alan | 53 (53.0) | 31.3±7.3 | 21.3±11.0 |
| Almayan | 47 (47.0) | 30.3±10.2 | 22.4±12.3 |
| | | $t=0.405$, $p=0.686$ | $t=-0.466$, $p=0.642$ |
| Toplam | 100 | 30.7±8.8 | 21.8±11.6 |

olarak daha düşük olduğu tespit edildi ($p=0.000$) (Grafik-1).

Tartışma

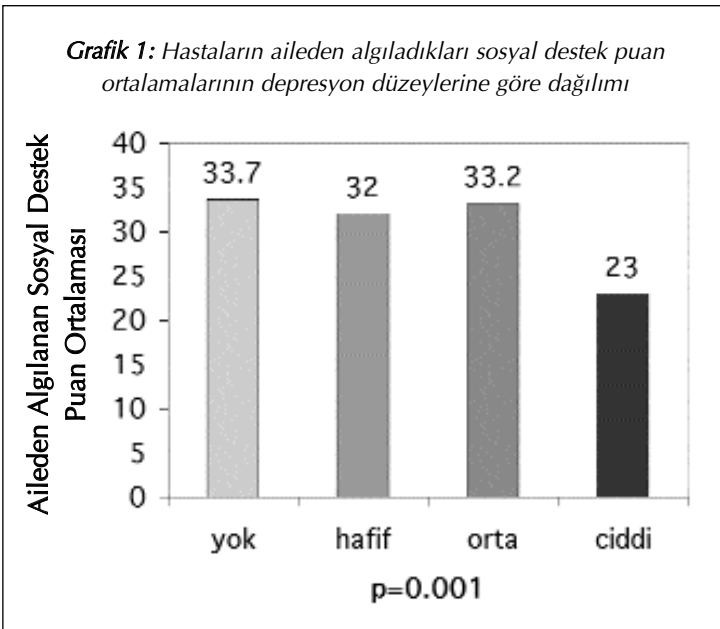
Literatürde sosyal desteğin yaşam boyu gerekli olduğu, olumlu yönde iletişim ile kişilerarası ilişkilerde ait olma duygusu oluşturduğu, depresyonu azalttığı ve bu kapsamda benlik saygısını da etkilediği bildirilmektedir (4). Kuzeyli Yıldırım ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 31.1 ± 8.6 , Tan ve arkadaşları (2005) 23.3 ± 4.8 , Fadiloğlu ve arkadaşları (1995) ise; 25.6 olarak bulunmuştur (3,4,9). Çalışmamızda elde edilen, aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması da literatür sonuçları ile uyumludur. Yapılan çalışmalarda sosyodemografik özellikler ile aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması arasında ilişki bulunamamıştır (3,4). Karabacak ve arkadaşları (2006) ise; kadınlarda, gençlerde, bekarlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, çalışanlarda aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirlemiştir (10). Çalışmamızda ise; sadece kötü ekonomik durumun aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasını olumsuz etkilediği belirlendi.

Depresyon genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilişkilidir ve hemodiyaliz hastalarında yaygın olarak görülür (11,14). Sağlıklı bireylere oranla hemodiyaliz hastalarında daha fazla depresyon görülmektedir (15).

Depresyonun kayıba bir tepki olduğu düşünülürse; sağlıklı çalışma yeteneği, enerji, güç, fiziksel özgürlük ve sağlıklı yaşam beklentisini yitiren hemodiyaliz hastalarında depresyon tablosunun daha fazla görülmesi şaşırtıcı değildir (15,16). Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında depresyon prevalansının %25-50 arasında değiştiği ve mortalite ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (14,17,18). Mollaoğlu (2005) çalışmasında, hemodiyaliz hastalarının depresyon puan ortalamasını 19.6 ± 10.2 bulmuş, kadınların ve çalışmayan hastaların depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (19). Çalışmamızda ise; hastaların depresyon puanı daha yüksek bulundu ve ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, evli olmama ve çalışmamanın depresyon düzeyini anlamlı olarak arttırdığı belirlendi.

Kronik böbrek yetmezliği bir aile hastalığı olarak görülmüştür ve yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit edilmiştir (20). Hemodiyaliz hastalarında ortaya çıkan depresyonun yetersiz sosyal destekle ilişkili olduğu ve medikal durumu daha da kötüleştirdiği bildirilmiştir (21,22). Bu nedenle hastalara çevresindeki kişiler tarafından duygusal, maddi ve kognitif yardım yani sosyal desteğin sağlanması ve sürdürülmesi oldukça önemlidir (4). Tan ve arkadaşları (2005), hemodiyaliz hastalarının aileden algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk arasında negatif yönde ilişki saptamıştır (3). Karabacak ve arkadaşları (2006) aileden algılanan sosyal destek ile anksiyete arasında negatif yönde ilişki bulmuştur (10). Mollaoğlu (2005) ise; hemodiyaliz hastalarının özbakım gücü ile aileden algılanan sosyal destek arasında negatif ilişki saptamıştır (19). Çalışmamızda da aileden algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon puanının azaldığı belirlendi. Bu sonuçlar da literatür bilgilerini desteklemektedir.

Sonuç Olarak; ilerleyen yaş ile birlikte hemodiyaliz hastalarında görülen depresyonun arttığı, eğitim durumu yükseldikçe depresyonun azaldığı, çalışan hastaların depresyon puanlarının çalışmayanlara göre düşük olduğu, ekonomik durumu iyi olanların daha az depresyon yaşadığı, aileden algılanan sosyal desteğin depresyon düzeyini olumlu yönde etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; hastaya verilen aile desteğinin, hastanın ruhsal durumu üzerindeki



olumlu etkileri konusunda hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Ayrıca bu konuda hastayla birlikte, onun stresini yaşayan hasta yakınlarının da bakımını ve desteğini sağlamada anahtar rolü olan hemşireye önemli sorumluluklar düştüğü unutulmamalıdır.

8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde (2006) sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Ovayolu N, Uçan Ö. Hemodiyalize hasta hazırlığı ve hemşirenin sorumlulukları. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2006; Mart-Haziran: 1-4.
2. Karabulutlu E, Ergüney S. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan hastalık ve stresle baş etme bilinçlendirmesinin depresyon eğilimi ve anksiyete düzeyine etkisi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2006; Mart-Haziran: 36-41.
3. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E ve ark. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2): 32-39
4. Kuzeyli Yıldırım Y, Tokem Y, Fadiloğlu Ç. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların sosyal ağ ve sosyal destek sistemlerinin incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; Mart-Haziran: 33-37.
5. Christensen AJ, Wiebe JS, Smith TW et al. Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. Health Psychol 1994; 13: 521-525.
6. McClellan WM, Stanwyck DJ, Anson CA. Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. J Am Soc Nephrol 1993; 4: 1028-1034.
7. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. Kidney Int 1998; 54: 245-254.
8. Ceyhun B. Depresyonun psikolojik değerlendirilmesi. Duygudurum Dizisi 2001; 4: 192-197.
9. Fadiloğlu Ç, Akyol A, Kaya B. Hemodiyalize giren hastaların sosyal destek ağının incelenmesi. Çınar Dergisi 1995; Haziran:15-21.
10. Karabacak Ü, Şenturan L, Sabuncu N, Alpar Ş, Sak D, Yürügen B.

The effect of social support on hemodialysis patients. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2006; Temmuz-Ekim: 30-35.

11. Cimili C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1994; 3: 88-92.
12. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. Semin Dial 2005; 18(2): 91-97.
13. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. J Psychosom Res. 2002; 53(4): 951-956.
14. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. J Am Soc Nephrol 1993; 4(1): 12-27.
15. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9(1): 13-22.
16. Şentürk A, Tamam L, Levent BA. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. Arşiv 2000; 9(49): 49-67.
17. Gudex CM. Health related quality of life in end stage renal failure. Quality of Life Research 1995; 4: 359-366.
18. Killingworth A, Akker OVD. The quality of life of renal dialysis patients: trying to find the missing measurement. International Journal of Nursing Studies 1996; 33: 107-120.
19. Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve depresyon. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; Temmuz-Ekim: 55-60.
20. 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.
21. Mete F. Hemodiyaliz Hastalarında Ruhsal Durum Değerlendirmesi ve Psikolojik Yardımın Hastalığın Seyri ve Tedavi Süreci Üzerinde Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
22. Rodin G. Depression in patients with end-stage renal disease: psychopathology or normative response? Adv Ren Replace Ther. 1994; 1(3): 219-27.

Arş. Gör. Seda PEHLİVAN

E-Mail: storun@gantep.edu.tr

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
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,GAZİANTEP

Özet

Amaç: Araştırma hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesini belirlemek, depresyon düzeyi ile arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma 5 Haziran – 16 Temmuz 2006 tarihleri arasında bir hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören çalışmaya katılmaya istekli 67 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma öncesi kurumdan ve hastalardan bilgilendirilmiş onay alındı. Veriler, anket formu, Buysse ve arkadaşlarının (1989) geliştirdiği “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” ve Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirdiği “Beck Depresyon Envanteri” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS programı kullanılarak yüzdelik, student t testi, ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis analizi yapıldı.

Bulgular: Hastaların %49.3’ünün uyku sorunu, %41.8’inin orta derecede depresyon yaşadığı belirlendi. 18-37 yaş grubundaki hastaların uyku ve depresyon puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Uyku sorunu yaşadığını ifade eden ve huzursuz bacak sendromu görülen hastaların uyku ve depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Ciddi depresyonu olan hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğu, uyku ilacı kullanmanın uyku kalitesini iyileştirmediği saptandı.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Hemodiyaliz hastaları,Uyku, Uyku kalitesi

Summary

Aim: Our study was done for determined sleeping quality of hemodialysis patients and to investigate it is relationship depression level.

Method: Search was done with 67 patients those want to join study as descriptive between 5 June-16 July 2006 dates, at hemodialysis unit. Before to start study informed approval was taken from institute and patients. Datas were collected with a questionnaire form, “Pittsburg Sleeping Quality Index” that developed by Buysse and friends and “Beck Depression Inventory” that by developed by Beck and friends. Analysing datas were done frequency, student t test, Anova, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis by using SPSS programme.

Results: It was determined that 49.3% of patients have sleeping problem, 41.8% depression at median level. Sleeping and depression points means at 18-37 age groups patients found low according to other groups as meaningfull ($p<0.05$). Sleeping and depression points were meaningfully higher than patients who said “I have sleeping problem” and was seen restless leg syndrome. ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that patients who have serious depression, sleeping quality was more bad, using sleeping drug don’t cure the patients sleeping quality.

Key words: Depression, Hemodialysis patients,Sleep, Quality of sleep

Giriş

Uyku sorunları son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilen bir semptomdur (1-5). Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarına getirilen kısıtlamalar, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, yorgunluk, kramp, ileri yaş, huzursuz bacak sendromu, kronik metabolik asidoz ile birlikte olan hipokapne, asetat diyalizinin kullanılması, üst solunum yolu sinirlerini etkileyen periferik nöropatinin varlığı ve emosyonel sorunlar uyku sorunlarına neden olabilmektedir (6-9). Üremik hastalarda, derin uyku süreleri kısalmış ve toplam uyku süresi azalmıştır. BUN seviyelerindeki artış ile uyku bozukluğunun ciddiyeti arasında pozitif korelasyon vardır (10). Ayrıca bu hastalarda, anormal hücrel interlökin üretimi nedeniyle uykuya meyil olduğu, hemodiyaliz ise uykuya neden olan bu maddelerin atılmasını sağlayarak uyku sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (11).

Hemodiyaliz hastalarında ağır fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar nedeniyle ruhsal bozuklukların sık yaşandığı ve en çok yaşanan psikolojik sorunun depresyon olduğu belirtilmektedir (12). Yapılan bir çalışmada, diyaliz hastalarında görülen uyku bozuklukları ile fiziksel ve mental iyilik hali arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (4). Ayrıca, uzun süre devam eden uyku bozukluğunun gündüz uyuklamaya, mental keskinliğin azalmasına, genel sağlığın ve fonksiyonlarının bozulmasına neden olduğu ifade edilmekte (13) ve hastaların öz-bakım gücü ve yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (6,13). Çalışmamız, hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Araştırma 5 Haziran - 16 Temmuz 2006 tarihleri arasında bir hemodiyaliz ünitesinde sürekli hemodiyaliz tedavisi gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 67 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce kurumdan ve hastalardan bilgilendirilmiş onay alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda; sosyodemografik özellikler, uyku alışkanlıkları ve uykuyu etkileyebileceği düşünülen laboratuvar bulguları (hemoglobin, hemotokrit, eritrosit, üre, kreatinin, albumin vb.) ile ilgili sorular yer alıyordu.

Uyku kalitesini değerlendirmek için; Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilip, Ağargün ve arkadaşları (1995) tarafından ülkemiz için geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmış olan "Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" kullanıldı. Bu ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. PUKİ, son bir ay süresindeki

uyku kalitesini değerlendirmektedir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir, toplam puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının ≤ 5 olması "iyi uyku"yu, >5 olması ise "kötü uyku"yu göstermektedir (14,15).

Depresyon ise, Beck ve arkadaşlarının (1961) geliştirdiği ve Hisli'nin (1988) ülkemize uyarladığı "Beck Depresyon Envanteri" ile değerlendirildi. Bu ölçekte 21 soru yer almakta, her soru 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan 17 puan ve üzeri depresyon varlığı olarak değerlendirilmekte ve depresyon düzeyi; 11-17 puan hafif düzeyde; 18-29 puan orta düzeyde; 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyon olarak sınıflandırılmaktadır (16).

Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS programı kullanılarak yüzdeler, student t testi, ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis analizleri yapıldı.

Bulgular

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı tablo 1'de görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının %38.8'i 38-57 yaş grubunda, %64.2'si erkek, %56.7'si ilköğretim mezunu, %92.5'i evli ve %85.1'i şehirde yaşıyordu. Hastaların %74.6'sı çalışmadığını, %65.7'si gelirinin orta düzeyde olduğunu ve %57.6'sı hastalıkla ilgili eğitim aldığını ifade etti. Tedavi ile ilgili verilere göre; hastaların %32.8'inin 5 yıl ve daha uzun süredir hemodiyaliz tedavisi aldığı ve %92.5'inin haftada üç defa hemodiyalize girdiği belirlendi. Hastaların %50.7'sinin "uyku sorunu yaşıyor musunuz?" sorusuna hayır yanıtını verdiği, %85.1'inin uyku ilacı kullanmadığı, %62.7'sinin huzursuz bacak sendromu yaşadığı ve %41.8'inde orta derecede depresyon olduğu saptandı (Tablo-2).

Hastaların uyku kalitesi puan ortalaması 7.3 ± 3.8 olarak bulundu. Uyku kalitesi puan ortalaması ile cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanan yer, ekonomik durum, tedavi süresi, haftalık diyaliz sayısı ve laboratuvar bulguları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p > 0.05$). 18-37 yaş grubunda, çalışanlarda ve diyaliz ile ilgili eğitim alanlarda diğer gruplara göre uyku kalitesi puan ortalaması anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.05$). Uyku sorunu yaşamadığını ifade eden ve uyku ilacı kullanan hastaların diğer gruplara göre uyku kalitesi puan ortalamasının düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Buna rağmen bu hastaların da uyku kalitesi puan ortalamasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirlendi. Huzursuz bacak sendromu yaşadığı belirlenen hastaların uyku kalitesinin, yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha kötü olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Hastaların depresyon puan ortalamasının 19.9 ± 9.9 ol-

duğu belirlendi. Depresyon puan ortalaması ile cinsiyet, yaşanılan yer, tedavi süresi, haftalık diyaliz sayısı, hastalıkla ilgili eğitim alma ve uyku ilacı kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). 18-37 yaş grubunda, ortaöğrenim mezunlarında, bekarlarda, çalışanlarda, orta düzeyde geliri olanlarda, uyku sorunu yaşamadığını ifade edenlerde ve huzursuz bacak sendromu yaşamayanlarda diğer gruplara göre uyku kalitesi puan ortalaması anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Ciddi düzeyde depresyonu olanların uyku kalitesinin, diğer gruplara göre anlamlı olarak daha kötü olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Grafik-1).

Tartışma

Normal popülasyonda uyku bozukluğu prevalansı %2-4 arasında iken, diyaliz hastalarında bu oranın %50 ile %83 arasında değiştiği bildirilmektedir (4,7,17-21).

Hemodiyaliz hastalarında görülen uyku bozukluklarının nedenleri arasında; üremi, huzursuz bacak sendromu, anemi, anksiyete ve depresyon yer almaktadır (7-9).

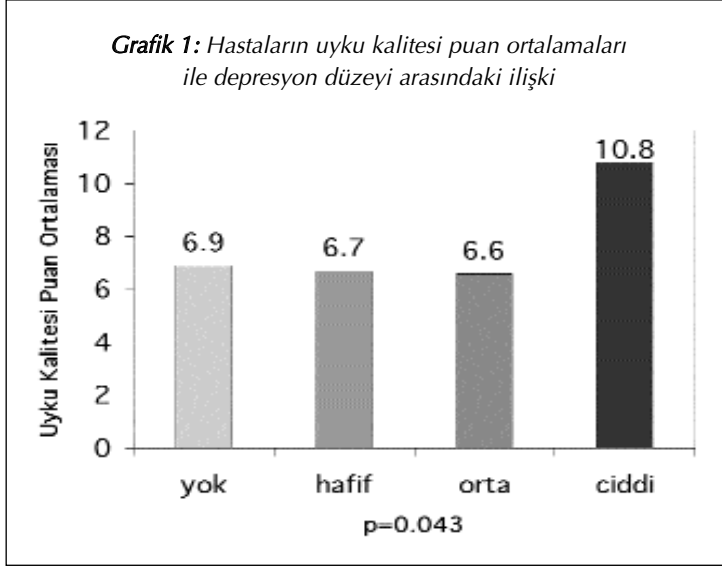
Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarının uyku kalitelerinin kötü olduğu ve uyku kalitesi ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyaliz süresi, BUN ve kreatinin değerleri arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (4,8,22-26). Çalışmamızda da hastaların uyku kalitelerinin kötü olması, uyku kalitesi ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyaliz süresi ve laboratuvar bulguları arasında ilişki bulunmaması literatür ile uyumludur.

Yaş arttıkça uyku sorunları da artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte normal uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana geldiği; uyku kalitesi konusunda tatminsizliğin ve uykusuzluk yakınmalarının arttığı belirtilmektedir (25). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda yaş arttıkça uyku sorunla-

Tablo 1: Hastaların bazı özelliklerinin uyku ve depresyon puan ortalamalarına göre dağılımı

| Özellikler | n (%) | Uyku X±SD | Depresyon X±SD |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Yaş | | | |
| 18-37 | 17 (25.4) | 5.2±3.0 | 12.0±5.8 |
| 38-57 | 26 (38.8) | 9.0±3.6 | 23.1±11.6 |
| 58-77 | 24 (35.8) | 7.0±3.8 | 22.1±6.9 |
| | İstatistiksel Analiz | KW=9.682, p=0.008 | KW=17.772, p=0.000 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 24 (35.8) | 6.7±3.9 | 20.0±8.6 |
| Erkek | 43 (64.2) | 7.7±3.8 | 19.8±10.6 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 437.5, p=0.303 | MW U=478.0, p=0.619 |
| Eğitim durumu | | | |
| Okur-yazar | 20 (22.9) | 8.4±4.3 | 23.9±6.6 |
| İlköğretim | 38 (56.7) | 6.9±3.6 | 18.8±10.1 |
| Ortaöğrenim | 9 (13.4) | 6.8±3.3 | 15.4±12.8 |
| | İstatistiksel Analiz | KW=1.537, p=0.215 | KW=11.254, p=0.004 |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 62 (92.5) | 7.4±3.8 | 20.6±9.8 |
| Bekar | 5 (7.5) | 6.6±3.9 | 10.6±5.3 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U=133.5, p=0.607 | MW U=51.00, p=0.010 |
| Yaşanılan yer | | | |
| İlçe | 10 (14.9) | 7.6±3.9 | 19.0±6.5 |
| Şehir | 57 (85.1) | 5.7±2.6 | 20.1±10.4 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 202.5, p=0.145 | MW U= 284.5, p=0.993 |
| Çalışma durumu | | | |
| Evet | 17 (25.4) | 5.5±2.5 | 13.0±6.4 |
| Hayır | 50 (74.6) | 7.9±4.0 | 22.2±9.8 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 271.0, p=0.026 | MW U=181.5, p=0.000 |
| Ekonomik durum | | | |
| İyi | 11 (16.4) | 6.3±4.5 | 21.0±7.7 |
| Orta | 44 (65.7) | 7.3±3.5 | 17.3±8.9 |
| Kötü | 12 (17.9) | 8.3±4.4 | 28.4±10.7 |
| | İstatistiksel Analiz | KW=1.347, p=0.510 | KW=10.529, p=0.005 |
| Toplam | 67 (100.0) | 7.3±3.8 | 19.9±9.9 |

rının arttığı belirlenmiştir (25,26). Çalışmamızda da genç yaştaki hastaların uyku kalitesinin daha iyi olması bu bulguları desteklemektedir.



Huzursuz bacak sendromu son dönem böbrek yetmezliği hastalarında %12-62 oranında görülmektedir ve uyku bozukluklarına neden olmaktadır (27). Merlino ve arkadaşları (2005) son dönem böbrek yetmezliği hastalarında huzursuz bacak sendromu prevalansını %18 olarak bulmuştur (9). Hui ve arkadaşları ise; hemodiyaliz hastalarında %70 oranında huzursuz bacak sendromu görüldüğünü ve huzursuz bacak sendromu ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir (8). Çalışmamızda da hastaların yarısından çoğunun huzursuz bacak sendromu yaşadığı ve bu hastaların uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptandı. Diyaliz hastalarında uyku bozukluklarının psikolojik faktörlere sekonder olarak geliştiği stres, anksiyete ve depresyonun subjektif uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (26). Kuzeyle Yıldırım ve arkadaşları (2004) kötü uykuya sahip olan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir (25).

Tablo 2: Hastaların tedavi ve uyku ile ilgili verilerinin uyku ve depresyon puan ortalamalarına göre dağılımı

| Özellikler | n (%) | Uyku X±SD | Depresyon X±SD |
|---|----------------------|----------------------|---------------------|
| Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu | | | |
| Evet | 38 (56.7) | 6.4±3.3 | 19.4±9.0 |
| Hayır | 29 (43.3) | 8.5±4.2 | 20.6±11.1 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 391.0, p=0.042 | MW U=535.5, p=0.844 |
| Tedavi süresi (yıl) | | | |
| 0-1 | 14 (20.9) | 6.3±2.6 | 19.0±8.6 |
| 2-3 | 17 (25.4) | 7.1±3.4 | 20.3±7.1 |
| 4-5 | 14 (20.9) | 8.0±4.7 | 24.2±11.4 |
| 5 ve üzeri | 22 (32.8) | 7.6±4.2 | 17.4±11.4 |
| | İstatistiksel Analiz | KW=1.054, p=0.504 | KW=4.948, p=0.176 |
| Haftalık diyaliz sayısı | | | |
| 2 defa | 5 (7.5) | 7.2±5.6 | 22.2±4.1 |
| 3 defa | 62 (92.5) | 7.2±3.6 | 19.9±10.2 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 115.5, p=0.816 | MW U=90.0, p=0.360 |
| Uyku sorunu yaşama durumu | | | |
| Evet | 33 (49.3) | 9.1±3.6 | 23.1±11.0 |
| Hayır | 34 (50.7) | 5.6±3.2 | 16.8±7.6 |
| | İstatistiksel Analiz | t=-2.359, p=0.000 | t=2.727, p=0.008 |
| Uyku ilacı kullanma durumu | | | |
| Evet | 10 (14.9) | 10.3±3.8 | 23.6±11.9 |
| Hayır | 57 (85.1) | 6.8±3.6 | 19.2±9.5 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 148.0, p=0.016 | MW U=231.0, p=0.342 |
| Huzursuz bacak sendromu | | | |
| Evet | 42 (62.7) | 8.2±4.0 | 21.1±10.4 |
| Hayır | 25 (37.3) | 5.8±3.0 | 16.2±7.8 |
| | İstatistiksel Analiz | MW U= 343.0, p=0.018 | MW U=325.5, p=0.010 |
| Toplam | 67 (100.0) | 7.3±3.8 | 19.9±9.9 |

Kara ve Yürügen (2005) çalışmalarında hastaların yorgunluk düzeyi arttıkça uyku sorunlarının arttığını tespit etmiştir (23). Şenturan ve arkadaşları da (2006) kaygı düzeyi arttıkça uyku sorunlarının arttığını belirlemiştir (22). Çalışmamızda ise depresyon düzeyi arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edildi.

Sonuç Olarak; hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesinin kötü olduğu ve depresyonun uyku kalitesini olumsuz etkilediği saptandı. Uyku sorunları bireylerin öz-bakım gücünü azaltarak, yaşam kalitesini kötüleştirmekte ve hastanın psikolojik durumunu etkilemektedir. Bu nedenle, hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının saptanması, sorunun nedenine yönelik yardım/televi almalarının sağlanması ve uyku sorunlarına yol açabilen olumsuz etkilerin önlenmesi için faaliyetlerin planlanması önemlidir.

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

Kaynaklar

1. Guillaume J, Danial P, Bernard F et al. Sleep apnea incidence in maintenance hemodialysis patients: influence of dialysis buffer. *Nephron* 1995; 71: 138-142.
2. Hanly PJ, Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *New England Journal of Medicine* 2001; 344: 102-107.
3. Hanly P. Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. *Semin Dial* 2004; 1(2): 109-114.
4. Iliescu EA, Coe H, McMurray MH et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 126-132.
5. Silverberg DS, Iaina A, Oksenberg A. Sleep-related breathing disturbance: their pathogenesis and potential interest to the nephrologist. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1997; 12: 680-683.
6. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12(1): 61-66.6
7. Venmans BJW, van Kralingen KW, Chandi DD et al. Sleep complaints and sleep disordered breathing in hemodialysis patients. *The Netherlands Journal of Medicine* 1999; 54: 207-212.
8. Hui DS, Wong TY, Li TS, et al. Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end stage renal failure on maintenance hemodialysis. *Med Sci Monit* 2002; 8(5): CR331-336
9. Merlino G, Piani A, Dolso P, et al. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 184-190.
10. Herrera CO. Sleep disorders. In: Abrams WB, Beers MH, Berkow R (ed). *The Merck Manual of Geriatrics*. Second Edition, Merck&Co.,

Inc., USA,1995, 110-112.

11. Parker KP. Sleep and dialysis: a research-based review of the literature. *ANNA J* 1997; 24(6): 626-39; quiz 640-1.
12. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(1): 72-80.
13. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al. Sleep complaints among elderly patients: an epidemiological study of three communities. *Sleep* 1995; 18: 425-432.
14. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep* 1991; 14(4): 331-338.
15. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(96): 107-115.
16. Ceyhan B. Depresyonun psikolojik değerlendirilmesi. *Duygudurum Dizisi* 2001; 4: 192-197.
17. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A et al. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron* 1990; 55: 10-15.
18. Holley JL, Nespor S, Raulth R. A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1992; 19: 156-61.
19. Parker K. Dream content and subjective sleep quality in stable patients on chronic dialysis. *ANNA Journal* 1996; 23: 201-213.
20. Veiga J, Gonçaves N, Gomes F, et al. Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dialysis&Transplantation* 1997; 26(6): 380-384.
21. Gul A, Aoun N, Trayner EM. Why do patients sleep on dialysis? *Seminars in Dialysis* 2006; 19(2):152-157.
22. Şenturan L, Gülseven B, Ecevit Alpar Ş, ve ark. Hemodiyaliz hastalarında kaygı düzeyi ile uyku ilişkisi. 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2006, s.149.
23. Kara M, Yürügen B. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve uyku. 15. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2005, s.151.
24. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Kronik hemodiyaliz hastalarında önemli bir problem: uyku sorunları. 14. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2004, s.125.
25. Kuzeyleli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Durmaz Akyol A ve ark. Diyaliz hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 20(1): 35-46.
26. Çınar Menteş S, Sezerli M, Dinçer F ve ark. Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. *Hemşirelik Forumu* 1998; 1(4): 166-172.
27. Novak M, Mendelssohn D, Shapiro CM et al. Diagnosis and management of sleep apnea syndrome and restless legs syndrome in dialysis patients. *Seminars in Dialysis* 2006; 19(3): 210-216.

Arş. Gör. Seda PEHLİVAN

E-Mail: storun@gantep.edu.tr

Yaşlılarda Üriner Sistem İnfeksiyonları ve Hemşirelik Yönetimi

Urinary Tract Infections (UTI) in Elderly and Nursing Managment

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR

Özet

Üriner sistem infeksiyonları(ÜSİ) erişkin nüfusta yaygın sorunlardandır. Kadınlar ÜSİ'na daha yatkındır. Her beş kadından birinde yaşam boyu ÜSİ yakınıması olmaktadır. Yapılan çalışmalar 65-75 yaş grubundaki kadınlarda ÜSİ prevalansının yaklaşık %20 olduğunu göstermektedir. 65-75 yaş grubu erkeklerde prevalans %3'dür. E.coli etiyolojide rol oynayan en yaygın etkindir.

Hemşirelik yönetimi, semptomların giderilmesi, yaşlı bireyin uygun perianal hijyen konularında eğitilmesi konularına odaklanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Üriner sistem infeksiyonu (ÜSİ), Yaşlı, Hemşirelik yönetimi.

Summary

Urinary taract infections(UTI) are cammon in adult population. Women are especially prone to UTIs. One women in five deveolps a UTI during her lifetime. Studies have shown that the prevalance of UTI in women between the ages of 65-75 is about 20%. Prevalance in men is 3% between the ages 65-75. Escherichia coli is most common infectious organism.

Nursing managment should focus on alleviate syp-toms, education of older adults; including appropriate perihygiene measure.

Key words: Urinary taract infections(UTI), Elderly, Nursing managment.

Giriş

Yaşlı bireylerin hastaneye yatış nedenleri arasında infeksiyon hastalıkları ilk sıralarda yer almaktadır. Genel nüfusta 65 yaş üzeri bireylerde ölüme neden olan üç temel hastalık olan; kalp hastalıkları, kanser ve se-rebrovasküler hastalıklardan sonra infeksiyon hastalıkları gelmektedir (1). Yaşlı bireylerde fizyolojik kapasite-nin azalması, konakçı direncinin azalması, kronik has-talıklar, tanı ve tedavideki gecikmeler, invaziv işlem sık-lığının artması, nazokomiyal infeksiyon riskinde artış in-feksiyonlara bağlı morbidite ve mortalite artışına neden olmaktadır. İleri yaşlarda görülme sıklığı artan infeksi-yonlar arasında üriner sistem infeksiyonlarının önemli bir yeri vardır (1,2,3).

Üriner Sistem İnfeksiyonlarının Epidemiyolojisi: ÜSİ özellikle bakım evinde kalan yaşlı bireylerde sık görü-len bir sağlık sorunudur. Ancak evinde yaşayan yaşlı bi-reylerde de solunum sistemi infeksiyonlarından sonra

en sık görülen sağlık sorunudur. ÜSİ özellikle yaşlı ka-dınlarda aynı yaş grubundaki erkeklere göre daha sık görülmektedir (4,2). ABD'de 2000 yılında ÜSİ ya da sis-tit tanısıyla 307.246 hastane yatışı olmuştur. Bunların 121.367'si erkek, 245.879'u kadındır. Aynı tanıyla 2004 yılında yapılan 429.000 hastane yatışının olduğu ve bu hastaların tedavi maliyetinin 3.5 milyon dolar ol-duğu bildirilmiştir (<http://www.kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/utiadulth/index.htm>. [Accessed 13 Sempember 2007] ,5). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar 65-75 yaş grubu kadınlarda bakteriüri prevalansının %20 olduğunu, 80 yaş üzerinde bu oranın %20-50 ol-duğunu göstermektedir. Bakteriüri prevalansı 65-75 yaş grubu erkeklerde %3 iken, 80 yaş üzerinde yaklaşık %20 olarak bildirilmektedir (5).

Yaşlıda ÜSİ predispozan nedenleri: Yaşlı kadın ve erkeklerde üriner sistem işlevlerindeki bozulmalar, yaşa bağlı değişiklikler ÜSİ için yatkınlığı arttırmaktadır.

Tablo1'de yaşlıda ÜSİ'nin predispozan nedenleri verilmiştir (4,6,7). Bunların yanı sıra kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, fonksiyonel yetersizlikler, mesane kateterizasyonu, antibiyotik kullanımı, ÜSİ oluşumunda rol oynayan diğer etmenlerdir.

ÜSİ etkenleri ve tanı ölçütleri: ÜSİ'de en yaygın etken (%90) E. coli'dir. Bunun yanı sıra Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Serratia ve Pseudomonas diğer infeksiyon etkenleridir (1,4,6,8). Tanı hastanın klinik bulgularının yanı sıra idrar incelemeleri ile konur. Aşağıda Tablo 2'de ÜSİ tanı ölçütleri verilmiştir (4,7,8).

ÜSİ'de klinik belirti ve bulgular:

Yaşlı bireylerde ÜSİ'nin klinik belirti ve bulguları yaşa bağlı özellikler nedeniyle maskelenebilir ya da belirgin olmayabilir. Bu nedenle dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.

Dizüri, sıkışma hissi, inkontinas, mesane mukozasındaki damarların yıkımına bağlı hematüri üst ÜSİ'nun, ateş, titreme, yan ağrısı/duyarlılık artışı ve mental durum değişiklikleri, alt ÜSİ'nun bulgularıdır (1,4,5).

1. Sıkışma hissi, sık idrara çıkma, dizüri: Özellikle kateteri olan yaşlılar ÜSİ'de yanma duyusunu daha az tanımlar, sıkışma ve inkontinans ise tanımlamaz. Kateteri olmayan ancak bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda bu bulgular maskelenir, hiç olmayabilir ya da çok güç değerlendirilir. Tipik bulguları olmayan yaşlılarda infeksiyonun ilerleyerek kötü prognoza neden olmaması için dikkatli hemşirelik değerlendirmesi önemlidir. Ayrıca yaşlılarda bakteriyüri olmadan da bu yakınmalar olabilir. Değerlendirmede buna dikkat edilmelidir. Bu yakınmaların genitoüriner sorunlardan kaynaklanabileceği göz ardı edilmemelidir.

2. Ateş: Yaşlı bireylerde termoregülasyon mekaniz-

masının bozulması ve diğer bazı değişiklikler nedeniyle ateş yanıtı azalmış ya da baskılanmış olduğundan infeksiyonun en önemli göstergesi olan ateş yükselmeyebilir. Hatta hipotermik olabilirler. Bu nedenle infeksiyonun erken dönemde saptanamaması ve ilerleyerek prognozun kötüleşmesi riski taşırlar (1,5,8). Ateş değerlendirmesi yaparken beden ısısını etkileyen diğer dış faktörlerin bilinmesi ve değerlendirme yaparken bunlara dikkat edilmesi gerekir. Yaşlıda beden ısısını etkileyebilecek dış faktörler ve hemşirelik girişimleri aşağıda Tablo3'de verilmiştir (1,8).

3. Titreme: Termoregülasyon mekanizması ile ilişkilidir. Termoregülasyon mekanizmasının fizyolojik ve davranışsal yanıtıdır. Yaşlı bireylerde her iki mekanizmada bozulmuş olabilir. Bakteriyel infeksiyonu olan yaşlılarda görülen bir bulgudur. ÜSİ'nin en önemli etiyolojik faktörü bakteriyel infeksiyonlar olmasına karşın, etiyolojide rol oynayan diğer faktörlere bağlı ÜSİ'de de titreme önemli bir bulgudur.

4. Ağrı: Yaşlı bireyin kullandığı ilaçlar, ağrı algısında bozulma, sosyokültürel ve psikolojik faktörler ağrının maskelenmesine ya da artarak algılanmasına neden olur. Yaşlı bireylerde infeksiyonla ilişkili ağrıyı değerlendirmek güçtür. Bu nedenle iyi yetişmiş profesyonel sağlık ekibi üyelerine gereksinim vardır.

5. İnkontinans: İnkontinans doğrudan ÜSİ nedeni olabileceği gibi, dolaylı olarak ÜSİ'ye bağlı mental durum değişikliği de inkontinans gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle inkontinans sadece ÜSİ bulgusu değil aynı zamanda risk faktörü olarak da değerlendirilmelidir.

6. Mental ve fonksiyonel durum bozulması: İnfeksiyonun neden olduğu toksisite mental durum değişikliğine neden olur. Buna bağlı fonksiyonel durum da bozulur.

Tablo1: Yaşlıda ÜSİ predispozan nedenleri

| Kadın | Erkek | Her İki Cinsiyet |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Jinekolojik ameliyatlara ve doğum Menopoza bağlı mukozal ve düz kas değişiklikleri Vajinal florada değişiklikler İdrar inkontinansı Sistosel Rezidü idrar Premenopozal ÜSİ öyküsü | <ul style="list-style-type: none"> Prostat işlevlerinde değişiklikler Obstüriktif üropati riski artışı | <ul style="list-style-type: none"> Alzheimer hastalığı ve diğer nörolojik hastalıklar |

7. Konfüzyon, letarji, ajitasyon: Yapılan çalışmalar genitoüriner kaynaklı bakteriyeminin neden olduğu letarjinin ikinci önemli bakteriyemi bulgusu olduğunu, konfüzyonun üçüncü önemli bakteriyemi bulgusu olduğunu göstermiştir (1,4,5,8,9).

Tablo 2: ÜSİ'de tanı ölçütleri

1. Bakteriüri: Arka arkaya alınan iki idrar örneğinde $\geq 10^5$ cfu/ml
2. Piyüri ≥ 10 lökosit her alanda
3. Bulgular.
 - İdrar yaparken yanma ya da daha önce var olan yanma duyusunda artış, sıkışma duyusu
 - İdrarın özelliklerinde değişme: Bulanık, kanlı, kötü kokulu.
 - Ateş
 - Titreme
 - Suprapubik bölge, yan ve kostavertebral alanda ağrı
 - İnkontinans /inkontinansta artış
 - Mental ve fonksiyonel durumda bozulma

ÜSİ'de tipik bulguların yanı sıra diğer sistemik bulguların da değerlendirilmesi önemlidir. Aşağıda Tablo 4.'de ÜSİ diğer olası bulguları verilmiştir (1,2,5,8).

Hemşirelik Yönetimi: ÜSİ yaşlı hastanın hemşirelik yönetiminde dikkatli bir hemşirelik tanılması ile infeksiyonun erken saptanması, tedavi ve girişimlerin uygulanarak hastanın rahatlatılması ve gerekli eğitimlerin yapılması esas alınmalıdır.

Tanılama: Subjektif değerlendirme için yaşlı bireyin idrar yapma alışkanlıkları değerlendirilmelidir. Normal idrar yapma alışkanlıkları ve değişiklikler sorulmalıdır. İdrarın özellikleri kaydedilmeli, deliryum gelişme olasılığı göz önünde bulundurularak mental durum değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Hemşirelik tanıları: ÜSİ olan yaşlı bireylerde saptanabilecek hemşirelik tanıları;

1. Ağrı nedeniyle idrar yapma alışkanlığında değişiklik.
2. İnfeksiyona bağlı idrar yapma alışkanlığında değişiklik.

Tablo 3: Yaşlıda beden ısısını etkileyebilecek dış faktörler ve hemşirelik girişimleri.

Faktör

Yöntem: Beden ısısı değerlendirme yöntemi.

Çevre: Sıcak bir ortamdan çıkmış yaşlılar febril olmasına karşın afebril bulgu verebilirler.

İlaçlar: Aspirin, ibuprofen ve asitaminofen bedenin ısıya yanıtını maskeleyebilir.

Zaman: Sabah 04–14.00 saatleri arasında beden ısısı düşük, 16.00–22.00 saatleri arasında yüksektir.

Tanım: Bireyin normal beden ısısının 2.4°C artışı ateş olarak tanımlanır. (37.2°C)

Hemşirelik girişimi

- En uygun değerlendirme yöntemi rektal ölçümdür.
- Dış kulak yolundan ölçüm de tercih edilebilir yöntemlerdendir.
- Beden ısısı ölçülmeden en az on sekiz saat önce hastanın sıcak olmayan bir ortamda bulunmuş olması gerekir. Örn. Beden ısını banyodan sonra değil banyodan önce ölçmek tercih edilmelidir.
- Bu tür ilaç kullananlarda ilaç alımından en az 3,5 saat(daha uzun etkililerde daha uzun süre) geçmiş olmasına dikkat edilmelidir.
- Sabah ölçülen beden ısısında ateş saptanamayabilir. Bu nedenle ölçümler daha sonraki saatlerde tekrarlanmalıdır.
- Özellikle baskılanma riski olanlarda dikkatli değerlendirme yapılmalıdır.
- Yaşlılarda 1°C artış dikkatle değerlendirilmelidir.

Tablo 4: ÜSİ diğer olası bulgular

Ateş ve mental durum değişikliği dışındaki diğer sepsis bulguları

- Hipotansiyon
- Taşikardi

Solunum sistemi bulguları

- Takipne
- Raller
- Solunum güçlüğü

GIS bulguları

- Anoreksi
- Bulantı
- Kusma
- Abdominal huzursuzluk

3. Hastanın hastalığa ilişkin bilgi eksikliği ve yaşa bağlı nedenlerle tedavi planını yönetmede bireysel yetersizlik.

Bunların yanı sıra bireye özgü özellikler ve bulgulara yönelik hemşirelik tanıları da saptanabilir.

Planlama/beklenen sonuçlar:

1. Birey dizüri ya da yanma olmadan ağrısız idrar yapabilmelidir.

2. Birey dizüri, sıkışma ve inkontinans olmadan normal idrar yapma alışkanlığını sürdürebilmelidir.

3. Birey hastalık ve tedavi planının uygulayabilme konusunda eğitilmiş olmalıdır.

Girişimler:

Hemşire hastayı aşağıdaki konularda eğitmelidir.

1. Uygun perineal hijyen.
2. Mesanesini dolu tutmaktan kaçınması.
3. Günlük yeterli sıvı alımının önemi.
4. Önerilen tedavi rejimine uyum/sürdürme.
5. İnfeksiyonun tekrarlama belirti ve bulguları.
6. Üriner kateterizasyonda sterilizasyona dikkat.

Değerlendirme:

1. Beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı,
2. ÜSİ bulgularının görülmemesi,
3. İdrarın özellikleri, aldığı/çıkarıldığı sıvı miktarı ve gerekli eğitimin verilip verilmediği ve anlaşılıp anlaşılmadığı değerlendirilir (5,8,10,11).

Yaşlıda ÜSİ önlenmesi /erken

tanısında hemşirenin sorumlulukları:

1. ÜSİ özellikle hastanede ve bakım evinde kalan yaşlılarda yaygın bir nazokomiyal sorundur. Bu sorunla mücadelede infeksiyon kaynağının saptanması önemlidir.

2. Özellikle;

- Mesane kateteri olan,
- İnkontinansı olan,
- Diabetes Mellitusu olan,
- Antipretik ve analjezik ilaç kullanan,

- Bağışıklık sistemi baskılanmış,
- Bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır (5,10,11).

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

Kaynaklar

1. Ünal S., Cankurtaran M., Aksoy DY. Yaşlıda infeksiyon hastalıkları: epidemiyoloji ve genel özellikler. İçinde: Arıoğul S(ed), Geriatri ve Gerontoloji.1.Bsk. Özyurt Matbaacılık, Ankara,2006,ss 273-278.
2. Schultz BM., Gupta KL., Humbach E and others. Urinary tract infections in non-catheterized nursing home residents.Geriatric Nephrology and Urology 1991;1:29-34.
3. Glauser MP. Infectious diseases and medical microbiology international textbook of medicine.In: Braude CE., Davis JF(eds), Urinary tract infection and pyelonephritis.2th.edit. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1986, pp 1009-1019.
4. Uzun Ö.Yaşlıda üriner sistem infeksiyonları. İçinde: Arıoğul S(ed), Geriatri ve Gerontoloji.1.Bsk. Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2006, ss 279-283.
5. Lueckenotte AG. Gerontologic Nursing. 2th.edit. Mosby, St. Louis,2000, pp 586-614.
6. Jackson SL., Scholes D., Boyko EJ and others. Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. Diabetes care 2005;28:1730-1738.
7. Abrams WB., Beers MH., Berkow R.The Merck Manual of Geriatrics. 2th.edit.Merck&Co, U.S.A,1995, pp795-799.
8. Midthum S.Criteria for urinary tract infection in elderly:variables that challenge.Urologic Nursing 2004;24:157-186.
9. Işık AT. Geriatrik olgularda inkontinans tanı ve tedavisi. 5.Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı.(6-10 Eylül 2006) Çetin Ofset A.Ş.69-73.
10. Monahan FD., Sands JK., Neighbors M and others. Phipps' Medical Surgical Nursing.Healths and Illness Perspectives 8th edit. Mosby, St. Louis,2007, pp 961-967.
11. Lewis SM., Heitkemper MM., Dirksen SR. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems.6th.edit. Mosby Company, Philadelphia,2004, pp 1193-1202.

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

E-Mail: ayfer.karadakovan@ege.edu.tr

Hemodiyaliz Tedavisi 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
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İZMİR

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarını ve hastaların bu sorunlarına yönelik uygulamalarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışma Ekim 2003- Mart 2005 tarihleri arasında altı diyaliz merkezinde yapılmıştır. 202 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama formu olarak; Hasta Tanıtım Formu, Uyku Sonrası Değerlendirme Formu (USD), Uyku Anketi ve Uykuyu Etkileyen ve Kolaylaştıran Faktörleri Saptama Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; student t testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemodiyalizden önceki gece (HG) hastaların %95.5'inde, diğer gece (DG) ise hastaların %93.6'sında uyku sorunu olduğu belirlenmiştir. Toplam USD puanları yönünden sabah ve öğlen diyalize giren grup arasında HG ve DG 'de fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınlarda ve uyku ilacı kullananlarda toplam USD puanlarının daha yüksek olduğu ve yaş ile toplam USD puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). hastaların %59.9'unda uyku apnesi ve %60.9'unda insomnia olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların %74.3'ü kolay uyumak için sessiz bir ortamı tercih ettiğini, %48'i duş aldığını ve %36.1'i müzik dinlediğini belirtmiştir.

Sonuçlar: Çalışmadan elde edilen veriler sonucunda; hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının sık gö-

rüldüğü, sabah ve öğle diyaliz seansları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Son dönem böbrek yetmezliği, Diyaliz, Hemodiyaliz, Uyku, Uyku bozuklukları, Hemşirelik

Summary

Aim: This research was planned as a descriptive study for the purpose of examining the sleep problems of chronic hemodialysis patients and the practices used for these problems.

Material - Method: The study was conducted between October 2003 and March 2005 in six dialysis centers. A total of 202 patients were taken into the research sample. For data collection in the study a Patient Information Form, Post-Sleep Inventory (PSI), and Sleep Questionnaire were used. Student's t test, and Spearman correlation analysis were used in the data evaluation.

Results: There were sleep problems in 95.5% of the patients the night before hemodialysis (HN) and in 93.6% of the patients the other nights (ON). There was no significant difference in the total PSI scores for patients starting dialysis in the morning or in the afternoon ($p>0.05$). The total PSI scores were higher for women and for those who used a medication for sleep and there was a significant positive correlation found between age and total PSI scores ($p<0.05$). It was determined that 59.9% of the 202 hemodialysis patients included in the research had sleep apnea and 60.9%

had insomnia. It was also determined that 74.3% of the patients in the research preferred a quiet environment to go to sleep easily, 48% took a shower and 36.1% listened to music.

Conclusion: In the data obtained from the study it was determined that sleep problems are common in

hemodialysis patients and that there is no difference between those who dialyze in the morning or in the afternoon.

Key words: End-stage renal disease, Dialysis, Hemodialysis, Sleep, Sleep disorders, Nursing

Giriş

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), sıklığı, değişen etyolojisi, kompleks tedavileri ve yüksek ekonomik giderleri dolayısıyla ülkemiz için ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde 2003 yıl sonu itibariyle renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY hasta sayısı önceki yıllara göre arttırmıştır. 2003 yılında SDBY'nin insidansı milyon nüfus başına 118 iken nokta prevalansı 432 olarak bulunmuştur (1).

Uyku tüm bireylerin sağlığı ve iyilik hali için gereklidir ve temel bir gereksinim olarak tanımlanmaktadır (<http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue06.pdf>, 2). Normal yaşlanmadaki değişiklikler, tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal problemler uyku şeklini ve kalitesini değiştirmektedir.

Uyku problemleri diyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda oldukça yaygındır (3-6). SDBY olan hastalarında uyku apne sendromu, gündüz uykusu, insomnia, huzursuz bacak sendromu gibi uyku bozuklukları prevalansının yüksek olduğu ve diyaliz hastalarında subjektif uyku sorunları prevalansının % 50-80 oranında değiştiği belirtilmektedir (6,8-13). SDBY hastalarının uyku kalitesinin genel popülasyona göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının nedenleri incelendiğinde; sınırlanmış yaşam, metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, dispne, yorgunluk, kramp, ileri yaş, kronik metabolik asidoz ile birlikte olan hipokapne, asetat diyalizinin kullanılması, üst solunum yolu sinirlerini etkileyen periferik nöropatinin varlığı ve emosyonel sorunlar olduğu görülmektedir (12,14). Uyku bozuklukları gündüz uyuklama, mental keskinlikte azalma ve genel sağlık ve fonksiyonel durumda bozulmaya neden olmakta ve bireyin iyilik halini ve subjektif yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (14,16-18).

Uyku bozukluklarının etkili tanınması ve yönetimi hasta bakım sonuçlarını geliştirmede önemlidir. Hemşire-

ler hastanın geçmişte ve şu anda var olan uyku problemlerini değerlendirmede, hemşirelik girişimlerini uygulamada, uyku problemlerini çözümlenmede önemli bir pozisyona sahiptir (19).

Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi gören son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları ve hastaların bu sorunlara yönelik uygulamalarını incelemektir.

Materyal ve Metod

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Ekim 2003-Mart 2005 tarihleri arasında altı diyaliz merkezinde yürütülmüştür. En az altı aydır hemodiyaliz tedavisi gören, 18 yaşını doldurmuş, görme ve işitme problemi olmayan, sözel ilişki kurabilen, herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan 221 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma sınırlılıklara uyan 202 hemodiyaliz hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için sözel onamları alınmıştır.

Veri toplamada; Hasta Tanıtım Formu, Uyku Sonrası Değerlendirme (USD) Formu, Uyku Anketi ve Uyku Etkileyen Faktörleri Saptama Formu kullanılmıştır.

- **Hasta Tanıtım Formu:** Literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin verileri saptamak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

- **Uyku Sonrası Değerlendirme (USD) Formu:** Uyku problemlerini değerlendirmek için Webb ve ark. tarafından geliştirilen "Uyku Sonrası Değerlendirme (USD)" formu kullanılmıştır. Bu formun Türkçe geçerlik ve güvenirliği Mentesh (1997) tarafından yapılmıştır. USD for-

mu 12 olumlu ve 12 zıt cevapları içeren üç grup sorudan oluşmaktadır. Birinci grup sorularda hastanın yatma zamanına ilişkin duygularını (P1), ikinci grup sorularda gece uykusu kalitesine ilişkin (P2), üçüncü grup sorularda ise uyanma zamanına ilişkin duygularını (P3) içeren ifadeler yer almaktadır. P1, P2, P3 toplamı ise toplam uyku sonrası değerlendirme puanını (toplam USD) oluşturmaktadır. Hastaların her bir olumlu ifadeleri "0" USD puanı olarak hesaplanırken, her bir olumsuz ifadeleri "1" USD puanı olarak değerlendirilmiştir. Toplam USD puanlarının değerlendirilmesi; 0: "Sorunsuz", 1-3: "Sorun az", 4-6: "orta derecede sorun", 7-9: "sorun fazla", 10-12: "Sorun çok fazla" şeklinde yapılmaktadır (20). USD formu, araştırmacılar tarafından her bir hastaya hemodiyalizden önceki gece ve diğer geceler için ayrı sorgulama yapılarak doldurulmuştur.

- **Uyku Anketi:** Uyku Anketi, 38 sorudan oluşmaktadır. "Uyku apne sendromu", "Insomnia", "Narkolepsi", "Gastroözofagial reflü", "Huzursuz bacak sendromu" olmak üzere beş alt boyutu vardır. Cevap seçenekleri "Evet" ve "Hayır" şeklinde düzenlenmiştir (<http://my.execpc.com/~sleep/slepqiz1.htm>).

- **Uykuyu Etkileyen Faktörleri Saptama Formu:** Uykuyu etkileyen ve kolaylaştıran faktörler araştırmacılar tarafından geliştirilen form aracılığıyla belirlenmiştir (21).

Verilerin değerlendirilmesinde; istatistiksel analizler SPSS 10.00 paket programında yapılmış olup, Student t testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda p değeri 0.05'in altında ise

anlamli olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların %56.4'ünü erkek, %47'sini 60 yaş ve üzerinde olan hastalar oluşturmuş olup; yaş ortalaması 55.13 ± 14.68 olarak saptanmıştır. Hastaların %75.7'sinin evli, %44.1'inin ilköğretim mezunu olduğu ve tamamının sosyal güvencesinin bulunduğu ve %87.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının hastalık tanılarına göre dağılımları incelendiğinde; en çok yüzde ile %48.6'sının kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalığın belli olmadığı, %18.8'i diyabetes mellitus tanısı aldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi ortalaması 6.26 ± 16.12 yıl olup; üre değeri ortalaması 136.89 ± 32.03 mg/dl ve kreatinin değeri ortalaması ise 8.70 ± 2.66 mg/dl olarak belirlenmiştir. Hastaların %50.50'sinin öğlen saatlerinde hemodiyaliz tedavisine girdikleri ve büyük çoğunluğunun (%90.6) diyaliz merkezine yakın yerleşim yerlerinde oturduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının %64.4'ü diyaliz süresinde uyuduğunu; %14.46'ü uyku ilacı kullandığını ve %80.2'si ise solunum sıkıntıları olmadığını belirtmişlerdir.

Hastaların %93.6'sının hemodiyalizden önceki gece, %95.5'inin ise diğer gecelerde uyku sorunlarının olduğu saptanmıştır. Tablo 1'de hemodiyalizden önceki gece ve diğer gecelerdeki uyku sonrası değerlendirme puanları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların hemodiyalizden önceki gece toplam USD puanı 5.04 ± 3.37 , diğer gecelerde toplam USD puanı 4.73 ± 3.28 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Tablo 2 ve Tablo 3'de hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklerinin hemodiyalizden önceki gece ve diğer gecelerde toplam uyku sonrası değerlendirme puanlarına etkisi görülmektedir. Araştırmada cinsiyet, yaş, uyku ilacı kullanma durumu ile hemodiyalizden önceki gece ve diğer gecelerde toplam uyku sonrası değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$), buna karşın çalışma durumu, diyaliz süresi, üre ve kreatinin değerleri, solunum sıkıntısı olma ve diyaliz sırasında uyuma durumu ile hemodiyalizden önceki gece ve diğer gecelerde toplam

Tablo 1: Hemodiyalizden önceki gece ve diğer gecelerde uyku sonrası değerlendirme puanları

| ÖZELLİKLER | X ± SD |
|--|-------------|
| Hemodiyalizden Önceki Gece | |
| P1 (Yatma zamanına ilişkin USD puanı) | 1,92 ± 1,25 |
| P2 (Gece uykusu kalitesine ilişkin USD puanı) | 1,97 ± 1,63 |
| P3 (Uyanma zamanına ilişkin USD puanı) | 1,15 ± 1,33 |
| TUSD (Toplam uyku sonrası değerlendirme puanı) | 5.04 ± 3.37 |
| Diğer Geceler | |
| P1 (Yatma zamanına ilişkin USD puanı) | 1,80 ± 1,23 |
| P2 (Gece uykusu kalitesine ilişkin USD puanı) | 1,86 ± 1,47 |
| P3 (Uyanma zamanına ilişkin USD puanı) | 1,06 ± 1,31 |
| TUSD (Toplam uyku sonrası değerlendirme puanı) | 4,73 ± 3,28 |

uyku sonrası değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 2, Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan 202 diyaliz hastasının %59.9'unda uyku apnesi, %60.9'unda insomnia, %34.2'sinde narkolepsi, %22.3'ünde gastroözofajial reflü ve %37.6'sında ise huzursuz bacak sendromu olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz hastalarında uykuyu engelleyen ve kolaylaştıran faktörler incelendiğinde; en fazla oranla hastaların %49.5'i hava/hava koşulları, %64.4'ü huzursuz bacak, %62.4'ü üzüntü, %35.6'sı kaşıntı ve %43.1'i açlığın uykusunu etkilediğini bildirirken; %55.9'u çevre, %50'si yorgunluk, %55'i ağrı ilaçları, %74.3'ü sessizlik ve %48'i duş almanın uykuyu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

Tartışma

Uyku Bozuklukları:

Araştırma kapsamına alınan hastaların toplam USD puanı hemodiyalizden önceki gece 5.04 ± 3.37 , diğer gecelerde 4.73 ± 3.28 olarak saptanmıştır. Toplam USD puanının 0-12 arasında değiştiği dikkate alınır, araştırma kapsamındaki hastaların diyaliz sonrası uyku sorunlarının "orta derecede sorun" şeklinde olduğu görül-

mektedir. Lai ve Good (2005) yaptıkları çalışmada; yaşlı bireylerin tedavi öncesi uyku kalitesi puanı çalışma sonuçlarımızdan daha yüksek olarak belirlemiştir (22).

Örnekleminizi oluşturan hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun (%93.6-%95.5) uyku sorunları yaşadığı ve uyku sorunlarının oldukça yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Menteş ve ark (1998) HD hastaları arasında uyku sorununu %93-98 oranında (20), İliescu ve ark (2003) hastaların %71'inin (6), Yıldırım ve ark (2004) diyaliz hastalarının %45'inin uyku sorunlarına sahip olduğunu saptamışlardır (18). Diyaliz hastalarının uyku sorunlarına yönelik değişik oranlar elde edilmesine karşın, sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Uyku şikayetlerinin diyaliz hastalarında yaygın olduğu, diyaliz tedavisi gören SDBY hastaların yaklaşık olarak %50-85'inde major uyku problemleri olduğu ve bu değişikliklerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (6,8-10,12,13,23,24).

Çalışma durumu, hemodiyaliz süresi, üre-kreatinin düzeyleri, diyaliz sırasında uyuma veya gündüz uyuklamanın bireylerin uyku sorunları üzerinde bir etkisi olmadığı; buna karşın kadınlarda, ileri yaşlarda ve uyku ilacı kullanan bireylerde uyku sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 2, Tablo 3).

Tablo 2: Hemodiyalizden önceki gece (HG) ve diğer gecelerdeki (DG) toplam USD puanlarının cinsiyete göre dağılımı

| | Hemodiyalizden Önceki Gece | | | | Diğer Geceler | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|------|--------|------|---------------|------|--------|------|
| | X | SD | t | P | X | SD | t | P |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Kadın (n: 88) | 5,60 | 3,34 | 2,335 | ,021 | 5,30 | 3,44 | 2,305 | ,022 |
| Erkek (n: 114) | 4,53 | 3,18 | | | 4,25 | 3,08 | | |
| Çalışma Durumu | | | | | | | | |
| Çalışan (n: 26) | 4,08 | 3,82 | -1,53 | ,127 | 3,92 | 3,53 | -1,31 | ,192 |
| Çalışmayan (n:176) | 5,13 | 3,19 | | | 4,82 | 3,23 | | |
| Diyaliz Seansı | | | | | | | | |
| Sabah (n: 99) | 4,58 | 3,28 | -1,789 | ,075 | 4,29 | 3,31 | -1,773 | ,078 |
| Öğlen (n: 103) | 5,40 | 3,25 | | | 5,11 | 3,21 | | |
| Uyku İlacı Kullanma | | | | | | | | |
| Kullanan (n: 29) | 7,14 | 3,60 | 3,93 | ,000 | 6,86 | 3,58 | 3,96 | ,000 |
| Kullanmayan (n:173) | 4,64 | 3,09 | | | 4,35 | 3,09 | | |
| Solunum Sıkıntısı | | | | | | | | |
| Var (n: 40) | 5,48 | 3,03 | 1,03 | ,303 | 4,80 | 3,05 | ,19 | ,843 |
| Yok (n: 162) | 4,88 | 3,34 | | | 4,69 | 3,34 | | |
| Diyaliz Sırasında Uyuma Durumu | | | | | | | | |
| Uyuyan (n: 130) | 5,15 | 3,24 | ,878 | ,381 | 4,73 | 3,22 | ,177 | ,859 |
| Uyumayan (n: 72) | 4,72 | 3,34 | | | 4,65 | 3,39 | | |

Yaş ile toplam USD puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, yaş arttıkça uyku sorunlarının da arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Uyku sorunlarının özellikle ileri yaş erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (18,20). Yıldırım ve ark (2004)'nın çalışmasında; diyaliz hastalarında yaş ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu; yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı saptanmıştır (18). Yaşlanmayla birlikte normal uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana geldiği; yaşlıların daha az uyumaya, yatakta daha uzun süre kalmaya eğilimlerinin olduğu, yaşlıların gençlere göre uykuya dalmak için daha fazla zamana gereksinim duyduğu, gece daha sık ve çabuk uyandığı ve sabahları erken kalktikları belirtilmektedir (25,26).

Kadın hemodiyaliz hastalarının erkeklere göre hem HG ve hem de DG'de daha fazla uyku sorununa sahip olduğu saptanmıştır ($p <0.05$). Çalışma sonuçlarımıza karşıt olarak; Unruh ve ark (2003) yetersiz uyku kalitesinin erkeklerde daha fazla olduğunu saptamıştır (27). Mentesh ve ark (1998), Yıldırım ve ark (2004)'nin çalışmalarında cinsiyet ile uyku sorunları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (18, 20). Kadınların erkeklere oranla daha fazla hipnotik veya minör tranquilizan ilaçlar almasına karşın, erkeklerin kadın hastalardan daha fazla uyku bozukluğu veya gündüz uyuklama problemlerine sahip olduğu belirtilmektedir (28).

HD tedavisi uzadıkça uyku kalitesinin azaldığı ve yatakta yatma sürelerinin uzadığı bildirilmektedir (29). Çalışmamızda HD süresi ile toplam USD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç daha önceki çalışmalar ile uyum

içindedir (18,20,30). Farklı olarak, diyaliz süresinin uyku bozukluklarını direkt olarak etkilediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (31,32).

Çalışmamızda üre-kreatinin düzeyleri ile toplam USD puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Üremik toksinlerin uyku sorunlarını arttırdığı ve uyku sorunlarının üre-kreatinin düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (28,33). Üreminin metabolik ve sistemik etkilerinin uyku apne sendromu ve periyodik bacak hareketleri gibi primer uyku bozukluklarının gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir (34).

Sabah seansında ve öğlen seansında hemodiyalize giren hastalar arasında uyku sorunları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Mentesh ve ark. (1998) çalışmalarında akşam seansı hastalarının diğer gecelerde uyku ile ilgili daha fazla sorun yaşadığını saptamıştır (20). Veiga ve ark (1997) çalışmalarında, HD seanslarının uyku sorunlarına etkisi olduğunu, sabah seansı hastalarının daha az uyuduklarını ve uykuyu sürdürme ile ilgili daha fazla sorun yaşadıklarını belirtmektedir (12).

Hemodiyaliz hastalarının, özellikle sabah seansında olanların, şekerleme yaptıkları bilinen bir gerçektir. Sabah erken saatlerde diyalize gelme, düşen üre oranlarının ve diğer elektrolitlerin normale gelmesi hastaların şekerleme yapmalarındaki en büyük etkenlerdir. Diyaliz süresince uyuma yada gün içerisinde uyuklamanın gece uykusunu azalttığı, diyaliz hastalarının ise sağlıklı popülasyondan daha fazla uyukladıkları da belirtilmektedir (20). Çalışmamızda da hastalarının yarısından fazlasının (%64.6) hemodiyaliz sırasında veya gün içinde uyukladığı saptanmıştır. de Barbieri & Zampinon (2004) diyaliz hastalarının gün boyu dinlenme süresinde, %74'ünün gün içinde şekerleme yaptığını ve bu sürenin 45 dakikadan daha fazla olduğunu belirlemiştir (35). Diyaliz süresince uyuma ile uyku sorunları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların %85.6'sı uyku ilacı kullanmadığını, %14.4'ü ise kullandığını belirtmiştir. Veiga ve ark (1997) yaptıkları çalışmada 135 olgudan 53'ünün uyku ilacı kullandığı ve ilaç kullanmanın kadınlarda daha sık olduğu saptanmıştır (12). Uyku ilacı kullanan hastaların toplam USD puanlarının uyku ilacı kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak

Tablo 3: Hastaların hemodiyalizden önceki gece (HG) ve diğer gecelerde (DG) uyku sonrası değerlendirme (USD) puanlarının bazı bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması

| | HG USD | DG USD |
|--------------------------------|--------|--------|
| Yaş (n: 202) | ,244** | ,253** |
| | ,000 | ,000 |
| Diyaliz süresi (n: 202) | -,055 | -,058 |
| | ,435 | ,416 |
| Üre (n: 196) | ,008 | ,046 |
| | ,906 | ,522 |
| Kreatinin (n: 196) | -,138 | -,121 |
| | ,053 | ,090 |
| ** $P<0.001$ | | |

saptanmıştır (p <0.05). de Santo ve ark (2005) ilaç kullanımının uyku bozuklukları üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır (31). Merlino ve ark (2005) HD hastalarında uyku ilacı kullanma durumu ile uyku sorunları arasında doğrudan bir ilişki olmadığını belirtmektedir (30). Minör trankilizan kullanan HD hastalarında uyku problemlerinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (36).

Uyku Bozukluklarının Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan 202 diyaliz hastasının %59.9'unda uyku apnesi, %60.9'unda insomnia, %34.2'sinde narkolepsi, %22.3'ünde gastroözafagial reflü ve %37.6'sında ise huzursuz bacak sendromu olduğu saptanmıştır.

Uyku şikayetleri diyaliz hastalarında çok yaygın problem olarak bildirilmektedir. De Santo ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada hastaların %80.7'sinde uyku bozukluğu olduğunu saptamışlardır (31). Diyaliz hastaları arasında görülen en yaygın uyku bozuklukları; insomnia, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri ve uyku apne sendromudur (7,8,37-39). Son yıllarda yapılan bir çalışmada; hastaların %54.2'sinde bir veya birden fazla insomnia semptomlarının, %18.4'ünün huzursuz bacak sendromu olduğu belirtilmektedir. Üremik hastalarda normal popülasyondan daha fazla insomnia görülmektedir. Bu nedenle diyaliz hastaları ile çalışan hekim ve hemşireler, erken kalkma, sabah baş ağrıları, geçici hafıza kaybı ve konsantrasyon güçlüğü olan hastalarda insomniayı düşünmeli ve araştırmalıdır.

Uykuyu Etkileyen Faktörler

Hemodiyaliz hastalarının %64.4'ü huzursuz bacak ve %62.4'ü üzüntü nedeniyle uykularının engellendiğini ifade etmişlerdir. Locking-Cusolito ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada, hastaların sıcak ve çok nemli havalardan etkilendiklerini saptamışlardır. Ayrıca, diyaliz hastalarında uyku düzeninin; ağrı, solunum zorluğu, karın ağrısı, rüyalar, aşırı yorgunluk ve huzursuz bacak sendromundan etkilendiğini bildirmişlerdir (21). Diyaliz hastalarında ayrıca egzersiz, kafeinli içeceklerin alınması, gün içinde uyuklama, diyaliz tedavisinin sabah erken saatte başlaması, akşam tedavilerinin değiştirilememesi de uykuyu engelleyen faktörler arasında gösterilmektedir (20,21,35). Bunun yanında kaşıntı, kas

krampları, gürültü, sıcaklık, sırt ağrısı, bulantı, rahatsızlık uykuyu engelleyen faktörler arasında gösterilmektedir (21, 40).

Hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğu (%74.3) sessizliğin ve yarıyından fazlası (%55.9) çevrenin uykularını kolaylaştıran faktörler olarak belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada; hemodiyaliz hastaları en çok sedasyon, çevre, yorgunluk ve ağrı kesici ilaç kullanmalarının uykuyu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (21).

Sonuçlar

Sonuç olarak; bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının sık görüldüğü, sabah ve öğlen diyaliz seansları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Uyku bozuklukları diyaliz hastaları arasında oldukça yaygındır ve bireyin genel sağlığı ve iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, bu bozuklukların etkili değerlendirilmesi ve yönetimi hasta sonuçlarını geliştirme açısından önemlidir.

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

Bu çalışma Ege Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı tarafından 03-HYO-06 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Kaynaklar

1. Süleymanlar G., Serdengeçti K., Ereğ E. Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(21):1-8
2. Hopkins K. Facilitating sleep for patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal, 2005;32(2):189-195.
3. Guillaume J., Danial P., Bernard F. et al. Sleep apnea incidence in maintenance hemodialysis patients: influence of dialysis buffer. Nephron, 1995;71: 138-142.
4. Hanly P.J., Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. New England Journal of Medicine, 2001; 344: 102-107.
5. Hanly P. Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. Semin Dial. Mar-Apr 2004;17(2): 109-14.
6. Iliescu E.A., Coş H., McMurray M.H., Meers C.L., Quinn M.M., Singer M.A., Hopman W.M. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 2003; 18:126-132.
7. Kurella M., Luan J., Lash J.P., Chertow G.M. Self-assessed sleep quality in chronic disease. International Urology and Nephrology, 2005;37:159-165.
8. Novak M., Shapiro C.M., Mendelssohn D., Mucsi I. Diagnosis and management of insomnia in dialysis patients. Seminars in Dialysis, 2006; 19(1):25-31.
9. Barrett B.J., Vavasour H.M., Major A., et al. Clinical and psycholo-

- gical correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*, 1990; 55:10-15.
10. Holley J.L., Nespor S., Raulth R. A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, 1992; 19: 156-61.
 11. Parker K.P. Dream content and subjective sleep quality in stable patients on chronic dialysis. *ANNA Journal*, 1996; 23: 201-213.
 12. Veiga J., Gonçalves N., Gomes F., et al. Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dialysis&Transplantation*, June 1997; 26(6); 380-384.
 13. Venmans B.J.W., van Kralingen K.W., Chandi D.D., et al. Sleep complaints and sleep disordered breathing in hemodialysis patients. *The Netherlands Journal of Medicine*, 1999; 54: 207-212.
 14. Parker K.P. Sleep and dialysis: a reseach-based review of the literature. *ANNA Journal*, 1997; 24(6):626-640.
 15. Potter P.A., Perry A.G. *Fundamentals of Nursing Concepts Process and Practice*, Mosby Company St. Louis, 1997.
 16. Puntriano M. The relationship between dialysis adequacies and sleep problems in hemodialysis patients. *ANNA Journal*, 1999; 26(4): 405-407.
 17. Foley D.J., Monjan A.A., Brown S.L., et al. Sleep complaints among elderly patients: an epidemiological study of three communities. *Sleep*, 1995; 18:425-432.
 18. Yıldırım Y.K., Fadiloğlu Ç., Akyol A.D. Diyaliz hastalarında uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 20(1):35-46.
 19. Parker K.P. Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Med Rev*. 2003; 7(2):131-43.
 20. Menteş Ç.S., Sezerli M., Dinçer F., Yeşilbilek S. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Sorunları, *Hemşirelik Forumu*, 1998; 1(4): 166-171.
 21. Locking-Cusolito H., Huyge L., Strangio D. Sleep pattern disturbance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, 2001; 28(1): 40-44.
 22. Lai H.L., Good M. Music improves sleep quality in older adults. *J Adv Nurs*. 2005 Feb; 49(3): 234-244.
 23. Gul A., Aoun N., Trayner E.M. Why do patients sleep on dialysis? *Seminers in Dilaysis*, 2006; 19(2):152-157.
 24. Parker K.P., Kutner N.G., Bliwise D.L., et al. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1(1): 68.
 25. Closs J. Patients sleep-wake rhythms in hospital, *Nursing Times*, 1988; 84(1):48-55.
 26. Hayter J. The rhythm of sleep. *American Journal of Nursing*, 1986: 146-150.
 27. Unruh M.L., Hartunian M.G., Chapman M.M., Jaber B.L. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clin Nephrol*. 2003; 59(4):280-288.
 28. Walker S., Fine A., Kryger M.H. Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am J Kidney Dis*. 1995; 26:751-756.
 29. Winkelman J.W., Chertow G.M., Lazarus J.M. Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis*, 1996; 28:372-378.
 30. Merlino G., Piani A., Dolso P., Adorati M., Cancelli I., Valente M., Gigli GL. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 2005:1-7.
 31. De Santo R.M., Luicidi F., Violani C., Di Iorio B.R. Sleep disorders in hemodialyzed patients- the role of comorbidities. *Int J Artif Organs*. 2005; 28(6):557-565.
 32. Yoshioka M., Ishii T. Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1993; 47(4):847-51.
 33. Langevin B., Fouque D., Leger P., et al. Sleep apnea syndrome end-stage renal disease: cure after renal transplantation. *Chest*, 1993; 103(5):1330.
 34. Parker K.P., Bliwise D.L., Rye D.B. Hemodialysis disrupts basic sleep regulatory mechanisms: building hypotheses. *Nursing Research*, 2000; 49(6):327-331.
 35. de Barbieri I., Zampieron A. A descriptive analysis of sleep disturbances in patients with end-stage renal disease undergoing haemodialysis. *EDTNA/ERCA Journal*, 2004; XXX(4):213-216.
 36. Wadhwa N.K., Akhtar S. Sleep disorders in dialysis patients. *Seminers in Dialysis*, 1998; 11(5):287-297.
 37. Hopkins K. Facilitating sleep for patients with end stage renal disease. *Neprology Nursing Journal*, 2005; 32(2):189-195.
 38. Hui D.S., Wong T.Y., Li T.S., Ko F.W., Choy D.K., Szeto C.C., Lui S.F., Li P.K. Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end stage renal failure on maintenance hemodialysis, *Med Sci Monit*. 2002; 8(5):CR331-6.
 39. Labyak S.E. Sleepiness assessment: identifying "at risk" individuals. *ANNA Journal*, 1997; 24(6):692.
 40. Gigli G.L., Adorati M., Dolso P., Piani A., Valente M., Brotini S., Budai R. Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Sleep Med*. 2004; 5(3):309-315.

Dr. Yasemin YILDIRIM

E-Mail: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr

İçimizden Biri/One of Us: Şükran ÇİLOĞLU ÜNAL



Merhabalar,

13.05.1966 Finike /Antalya doğumluyum. Tüm orta öğrenimim ve üniversite hazırlıklarım esnasında Uluslararası ilişkiler ya da Kamu yönetimi okumayı düşündüm. Üniversite sınavları öncesi annemin ısrarı ile Hemşirelik Yüksek Okulu'nu da listeme ekledim.

1983-1984 Öğrenim yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na kaydımı yaptırdım. Sayın Meliha ATALAY ve Nükhet TÜRKEL hocalarımız sayesinde hemşirelik mesleğini tanıyıp sevdim. Kendilerine teşekkürlerimi sunuyorum.

1987-1988 Öğrenim yılında mezun olarak aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışmaya başladım. Hemodiyaliz ise benim hiç düşünmediğim bir yolculuktu, bu yolculuğa Sevgili ablam, başhemşirem, öğretmenim Muradiye AKBULUT ile katıldım. Saygıyla selamlıyorum kendisini. Hepimiz kendisinden çok şey öğrendik.

Hayatımda diyaliz ile birçok şey değişmeye başladı, hiç araştırma yapmamıştım, kronik hasta ile çalışmanın güçlükleri vardı, eski ve yetersiz sayıda makine, yetersiz hemşire ile 24 saat diyaliz yapıyorduk. Aynı zamanda şanslı bir merkezde, Prof. Dr. Gülşen YAKUPOĞLU, Prof. Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR, Prof. Dr. Fevzi ERSOY gibi hocalarımız ile çalışıyorduk.

1991'de Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu açılmıştı, öğretim görevlisi kadroları boş olan okulun ilk öğretim görevlilerinden biri olarak 4 yıl iç hastalıkları hemşireliği derslerini yürüttüm. Bu deneyim ise bende mesleği daha iyi anlama ve uygulama yetileri kazandırmıştı. Bu arada bilimsel çalışmalarda yer almaya ve fikir üretmeye de başladım. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresinde sekreter, oturum başkanı ve konuşmacı olarak görev aldım. Yaptığım araştırmaları kongrelerde sunma fırsatı buldum.

NDTH derneğinde uzun yıllar boyunca üye olarak bulundum, 2004 yılı Genel kurul toplantısında dernek yönetim kuruluna seçildim. NDTH derneği adına Antalya eğitim toplantılarını Nefroloji Derneği Antalya şubesi ile birlikte yürütmeye başladım. Bu arada Antalya'da dernek adına bir hasta okulu projesi hazırlayarak tüm merkezlerin hastalarının katıldığı eğitim projesini tamamladık.

Akdeniz Üniversitesi Hemodiyaliz ünitesinden 2005 yılında istifa ederek ayrıldım ve halen IDC Akdeniz Diyaliz merkezin de Başhemşire olarak çalışmaktayım.

1997 yılında evlendim, eşime çalışmalarında verdiği destek için teşekkür ediyorum. 7 ve 10 yaşlarında iki kız çocuk annesiyim. Çocuklarım her zaman "anne işini bizden çok seviyorsun" deselerde onlara zaman ayırmak için ayrıca çaba harcıyorum.

Özel zevklerim ise resim yapmak, kitap okumak, yüzmek ve tenis oynamak.

Bana bu şansı veren tüm üyelerimize ve yönetim kuruluna özellikle başkanım Sayın Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN'e teşekkürlerimi borç biliyorum.

Tüm Nefroloji Hemşirelerini Selamlıyorum

Saygılarımla