

ISSN 2147 7728



Nefroloji Hemşireliği Dergisi

*Journal of
Nephrology
Nursing*

- Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması
- Use of Regular Vaccination Schedule in Hemodialysis Patients and Awareness
- Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi
- Kronik Böbrek Hastalıkları ile Diyaliz Birimlerinde Hemşirelerin Maliyet-Etkililik ve Verimliliğe Etkisi
- Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme
- Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Planlanması: Olgu Sunumu

2020 Ocak – Nisan Cilt 15 Sayı: 1

2020 January – April Vol. 15 Number: 1

Nefroloji Hemşireliği Dergisi / *Journal of Nephrology Nursing*

ISSN 2147 7728

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği'nin Hakemli Yayın Organıdır
Official Journal of the Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing

Editör / *Editor*

Yasemin TOKEM-İzmir

Yardımcı Editör / *Associate Editor*

Ayten KARAKOÇ-İstanbul
Elif ÜNSAL AVDAL-İzmir

Yayın Sekreteri / *Journal Secretary*

Sevginar ŞENTÜRK- İzmir
Fatma İLTUŞ-İzmir

Yönetim Kurulu / *Executive Committee*

Başkan / *President*

Ayten KARAKOÇ

Sekreter / *Secretary*

Tülay AKSOY

Sayman / *Treasurer*

Sevginar ŞENTÜRK

Üyeler / *Members*

Arzu ARDA

Fatma GEDİKLİ

Gülseren PEHLİVAN

Sevel YILDIZ

Yayın Türü – *Journal Type*

Ulusal Süreli Yayın / National Periodical

Online Yayın / Yılda üç kez

Online Journal / Three a year

Dergi Ofisi / *Journal Office*

Harzemşah sok. Eskişehir apt. No:25/7

34381 Şişli / İstanbul

Web-Mail Adresi, Tel / *Web-Mail Address, Phone*

Web: www.ndthd.org.tr

e-mail: nefrohemdergi@gmail.com

e-mail: info@ndthd.org.tr

Tel: 0212 291 90 18

ISSN Dergimizde yayınlanan yazı, fotoğraf ve çizimlerin sorumluluğu yazar(lara) aittir, kaynak gösterilerek kullanılabilir. Dergimiz basın yayın ilkelerine uygundur.

The responsibility of the broadcasted articles, photographs and paintings belong to the author(s) in our journal. They can be used by showing the resources. Our the journal is appropriate for the media principles.

Yayın Sahibi / *Journal Owner*

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Adına Başkan /

On Behalf of Turkish Society of Nephrology Dialysis and Transplantation Nursing, President

Ayten KARAKOÇ, İstanbul

Dergi Tasarım / *Journal Design*

✉ ninetasarim@gmail.com

Danışma Kurulu

Asiye DURMAZ AKYOL
Ege Üniversitesi, İzmir
Nazan KILIÇ AKÇA
Bozok Üniversitesi, Yozgat
Nilüfer ALÇALAR
İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul
Güler BALCI ALPARSLAN
Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir
Tuğba MENEKLİ AMAÇ
İnönü Üniversitesi, Malatya
Selda YARALI ARSLAN
Selçuk Üniversitesi, Konya
Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi, Antalya
Fatma ETİ ASLAN
Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul
Derya ÖZCANLI ATIK
Korkut Ata Üniversitesi Osmaniye
Elif ÜNSAL AVDAL
Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Hatice TEL AYDIN
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
Zuhal BAHAR
Koç Üniversitesi, İstanbul
Zerrin BİCİK BAHÇEBAŞI
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Hastanesi, İstanbul
Gülcan BAKAN
Pamukkale Üniversitesi, Denizli
Didar Zümrüt BAŞBAKKAL
Ege Üniversitesi, İzmir
Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi, Antalya
Sati BOZKURT
Ege Üniversitesi, İzmir
Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul
Ayşe BÜYÜKBAYRAM
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ
Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Özden DEDELİ ÇAYDAM
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
Soner DUMAN
Ege Üniversitesi, İzmir
Zeynep ERDOĞAN
Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak
Ekrem EREK
İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul
Arzu ERKOÇ HUT
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale, İstanbul
Aysel GÜRKAN
Marmara Üniversitesi, İstanbul
Zöhre IRMAK
Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla
Belgüzar KARA
Yüksek İhtisas Üniversitesi, Ankara
Ezgi KARADAĞ
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
Ayfer KARADAKOVAN
Ege Üniversitesi, İzmir

Gülbahar KESKİN
Haliç Üniversitesi, İstanbul
Serap PARLAR KILIÇ
İnönü Üniversitesi, Malatya
Azime KARAKOÇ KUMSAR
Biruni Üniversitesi, İstanbul
Nermin OLGUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep
Nazan TUNA ORAN
Ege Üniversitesi, İzmir
Şeyda ÖZCAN
Koç Üniversitesi, İstanbul
Zeynep CANLI ÖZER
Akdeniz Üniversitesi, Antalya
Besey ÖREN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul
Filiz ÖZEL
Kastamonu Üniversitesi, Kastamonu
Süheyla ALTUĞ ÖZSOY
Ege Üniversitesi, İzmir
Deniz ÖZTEKİN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul
Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
Necmiye SABUNCU
Haliç Üniversitesi, İstanbul
Hatice YILDIRIM SARI
Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Mehmet Şükrü SEVER
İstanbul Üniversitesi, İstanbul
Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir
Deniz ŞANLI
Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Leman ŞENTURAN
Biruni Üniversitesi, İstanbul
Dede ŞİT
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
Nurgül G. TAVŞANLI
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
Sevgi TÜRKMEN NEHİR
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
Eylem TOPBAŞ
Amasya Üniversitesi, Amasya
Serap ÜNSAR
Trakya Üniversitesi, Edirne
Önder YAVAŞCAN
Medipol Üniversitesi, İstanbul
Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN
Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir
Emel YILMAZ
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
Mualla YILMAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin
Mürvet YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi, Mersin

NEFROLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ MAKALE YAZIM KURALLARI

BİLGİLER

1. Dergide, nefroloji, diyaliz, transplantasyon hemşireliği ve hemşirelik gündemini belirleyen güncel konularla ilgili klinik ve deneysel araştırmalar, vaka sunumları, literatür derlemeleri, editoryal yorum/tartışmalar yayınlanır.
2. Dergi, Ocak – Nisan; Mayıs – Ağustos; Eylül – Aralık olmak üzere yılda 3 kez yayınlanır.
3. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.
4. Yayınlanmak üzere gönderilen makaleler (kongre, bilimsel toplantılar hariç) daha önceden yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulan (poster ya da sözel) ve özeti yayımlanmış çalışmalar, makale başlık sayfasında belirtilmesi koşulu ile kabul edilir. Eğer makalede daha önce yayımlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.
5. Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimize <http://dergipark.gov.tr/hemsire> adresinden gönderilmesi gerekmektedir.
6. Dergiye gönderilen makaleler biçimsel esaslara uygun ise, editör/editör yardımcıları ve en az 2 danışmanın incelemesinden sonra gerek görüldüğünde değişiklik isteyebilir.
7. Bu incelemelerden geçen yazılar değerlendirilir ve basılacağı sayı kararlaştırılır. Danışma kurulu düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yetkisine sahiptir.
8. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez.

9. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.
10. Makale bilimsel değerlendirme için işleme alındıktan sonra yayın hakları devir formu'nda belirtilen yazar isimleri esas alınır. Bu aşamadan sonra;
 - Makaleye hiçbir aşamada yayın hakları devir formunda imzası bulunan yazarlar dışında yazar ismi eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.
 - Makale yazarlarından herhangi birinin ismi-nin makaleden çıkartılması için, konuyla ilgili tüm yazarların, açıklamalı, yazılı izinleri alınmalı ve yayınevine bildirilmelidir.

YAYIN KURALLARI

- Türkçe makalelerde yazım dili kullanılırken Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü, Türkiye Bilim Terimleri, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü veya <http://www.tdk.org.tr> adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.
- Biyoistatistiki veri içeren araştırma makalelerinde, yazarlardan biyoistatistiki uygunluk için onay almış olmaları istenmeli, ayrıca dergi tarafından kontrol edilmelidir. Yazarlara bu konuda ek bilgi için <http://www.icmje.org> adresine ulaşmaları önerilebilir.

ETİK VE BİLİMSEL SORUMLULUK

Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katlısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen aşağıdaki özelliklerin tamamına sahip olmalıdır:

- Makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı,
- Makaleyi yazmalı veya revize etmeli,

- Son halini kabul etmeli,
- Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Dergi “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin “Gereç ve Yöntem” bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından onay ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (Informed Consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Vaka sunumlarında da hastanın ismi, isimlerin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soyağacı bilgileri vb. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da vasisi) “Bilgilendirilmiş Olur” (Informed Consent) vermedikçe basılamazlar.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlardan, makalenin Gereç Ve Yöntem bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (<http://www.nap.edu/catalog/5140.html>) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmeleri istenmelidir.

Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge Dergipark üzerinden makale gönderim süreci ile birlikte sisteme yüklenmiş olmalıdır.

Editör, yazar(lar) ve danışmanlarla ilişkiler: Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseye paylaşmaz. Editör danışmanlara gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir.

Dergi danışma kurulu üyeleri topluma açık bir şekilde makaleleri tartışamazlar. Danışmanlar gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makaleleri online olarak editöre gönderirler. Yazar ve editör izni olmadan danışmanların gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz. Danışmanların kimliğinin gizli kalmasına özen gösterilir. Bazı durumlarda editörün kararı ile danışmanların makaleye ait yorumları aynı makaleyi yorumlayan diğer danışmanlara gönderilerek danışmanların bu süreçte aydınlatılması sağlanabilir.

YAYIN HAKKI

1976 Copyright Act’e göre Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiyi yayımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Yazarlar, <http://dergipark.gov.tr/hemsire/page/3018> internet adresinden ulaşacakları “Yayın Hakları Devir Formu”nu doldurup, Dergipark sistemi üzerinden makale ile birlikte göndermelidir.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Orijinal Araştırma: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir.

Yapısı:

- Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntem ve sonuç bölümleri ile yapılandırılmış Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Dergi yayın alanlarında belirtilen her türlü konu için son literatürü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir.

Yapısı:

- Özet (Ortalama 200-250 kelime, yapılandırılmamış Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı, tedavi ve bakımında farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

Yapısı:

- Özet (Ortalama 100-150 kelime, yapılandırılmamış Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler/Keywords (en az 3, en fazla 5 kelime)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

YAZIM KURALLARI

Makaleler A4 sayfasının bir yüzüne 10 punto Microsoft Word Programında, Times New Roman yazı karakterinde, 1.5 satır aralığında ve sayfanın tüm kenarlarında 2.5 cm boşluk olacak şekilde yazılmalıdır. Kullanılan kısaltmalar yazı içerisinde ilk geçtiği yerde, parantez içinde açık olarak yazılmalıdır. Özette kısaltma yapılmamalıdır. Yazı

içerisinde 1-10 arası sayısal veriler yazı ile (bir, iki gibi),10 ve üstü rakamla (12, 15 gibi) belirtilmeli, cümle başındaki rakamlarda yazı ile yazılmalıdır. Paragraf başında kısaltma ve rakam kullanılmamalıdır.

Kısaltmalar: Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kuralları” 1 kaynağına başvurulabilir.

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler, ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir.
- Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir.
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. -
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler,/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

EDİTÖRE SUNUM SAYFASI

Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri bir Word belgesinde yazılı olarak belirtilmeli ve makale başvuru sürecinde sisteme yüklenmelidir.

KAPAK SAYFASI

Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce sunulmuş ise tebliğ yeri ve tarihi belirtilmelidir.

ÖZETLER

Yazı çeşitleri bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER

Anahtar kelimelerde standart bir terminoloji oluşması açısından Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri (TBTTR Dizin Anahtar Terimler Listesi”ne uygun olarak seçilmelidir. (<http://www.bilimterimleri.com>).

İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MeSH), CAB Theasarus, JISCT, ERIC vb” gibi kaynaklara uygun verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

- En az 3 en fazla 5 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır.
- Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.

TEŞEKKÜR

Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

KAYNAKLAR

Makalede kullanılan kaynaklar güncel literatürden oluşmalıdır. Makale hazırlanırken ulusal katkı değerinin artırılması için özellikle ulusal dergilerden atıf yapılması önem arz etmektedir.

Kullanılan kaynaklar makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda parantez içinde numaralandırılarak belirtilmelidir. Birbirini takip

eden kaynaklar ilk ve son kaynak arasına (-) işareti konularak verilmelidir (2-6 gibi).

Kaynaklar bölümünde yer alan makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp sonraki yazarlar için “et al.” ya da “ve ark.” ibaresi eklenmelidir.

Kongre bildirimleri, kişisel deneyimler, basılmamış yayınlar, tezler ve internet adresleri zorunlu olmadıkça kaynak olarak gösterilmemelidir.

Elektronik yayınları atıf olarak kullanan makalelerde DOI numarası mutlaka belirtilmiş olmalıdır. DOI numarası olmayan ama ana kaynak olarak kullanılmak durumunda kalınan yayınlarda bu şart aranmaz.

Kaynaklarda; dergi ismi kısaltmaları derginin ilan ettiği şekliyle aynen yazılmalı; kısaltma kullanmayan dergilerin isimlerinde kısaltma yapılmamalıdır. Yazım kurallarında bunları bunlara özellikle dikkat edilmeli, noktalama işaretleri eksik/hatalı kullanılmamalıdır.

KAYNAKLARIN YAZILIMI İÇİN ÖRNEKLER

(Lütfen noktalama işaretlerine dikkat ediniz)

Makale için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi (dergi kısaltması var ise derginin ilan ettiği şekliyle aynen yazılmalıdır), yıl, cilt, sayı (parantez içinde belirtilmeli), sayfa no’su belirtilmelidir. Noktalama işaretlerinin eksik/hatalı olmaması büyük önem arz etmektedir.

Örnek:

Karadakovan A. Kronik böbrek yetmezliği olan hastada hemşirelik yönetimi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2004;1(1): 61-66.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin)ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnek:

Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için: Pfeifer KA. Pathophysiology. In: Otto SE, ed. Oncology Nursing. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2001. P. 3-20.

Türkçe kitaplar için: Akoğlu E, Akpolat T. Böbrek Hastalıklarında Belirti ve Bulgular. Akpolat T, Utaş C, eds. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş; 2001. s. 5-11.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için: Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnek:

Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için; Bashir K, Whitaker JN. Epidemiology of Multiple Sclerosis. Handbook of Multiple Sclerosis. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2001. p. 28-42.

Türkçe kitaplar için; Coşkun A. Genetik Danışmanlık. Coşkun A, ed. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.; 1996. s. 23-30.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

1. İnternet Sitesi: Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yayınlanma veya güncellenme tarihi). Başlık, internet adresi, Alınma tarihi.

2. Yazar ve Tarih Belirtilmeyen İnternet Belgesi Belgenin başlığı. (b.t.), internet adresi, Alınma tarihi

TEZLER

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi.. Başlık. Yayınlanmamış yüksek lisans/doktora tezi, (Yıl). Üniversitenin adı.

¹ *Scientific Style and Format: The CBE Manuel for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994.*

İLETİŞİM ADRESİ

Tel: 0212 291 9018

E-posta:

e-mail: nefrohendergi@gmail.com

e-mail: sevginar2016@gmail.com

e-mail: fatmailtus@yahoo.com

İçindekiler / Contents

Editörden

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması

Investigation of Peritoneal Dialysis Perceptions of Nurses Working in Nephrology Clinic, Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Unit

İbrahim DOĞAN, Emel UÇAR, Nur ÜNAL KAYA, Kenan ATEŞ 1

Use of Regular Vaccination Schedule in Hemodialysis Patients and Awareness

Hemodiyaliz Hastalarında Düzenli Aşı Takvimi Kullanımı ve Farkındalıkları

Eylem TOPBAŞ, Buğra Burak TURAN, Hakan BAY, Ahmet Hüdai EMİR,

Umut ÇITLAK, Tuğba KAVALLI ERDOĞAN 10

Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi

The Effect of Progressive Relaxation Exercise on Comfort Level in Hemodialysis Patients

Gülay TURGAY, Çiğdem ÖZDEMİR ELER, Şeyda ÖKDEM, Semiha KAYA 16

DERLEME / REVIEW

Kronik Böbrek Hastalıkları ile Diyaliz Birimlerinde Hemşirelerin Maliyet-Etkililik ve Verimliliğe Etkisi

Impact of Nurses to Cost-Effectivity and Productivity in Chronic Kidney Disease and Dialysis Units

Nurcan BİLGİÇ 23

Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme

Post-Traumatic Growth in Chronic Kidney Disease

Canan KÖMÜRCÜ, Ayşe KUZU30

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Planlanması: Olgu Sunumu

Nursing Care Planning in Dialysis Patients: Case Report

Seda SÜMER, Ayşe Didem ÇAKIR, Funda BÜYÜKYILMAZ37

Editörden

Değerli Nefroloji Hemşireliği Dergisi Okurları;

2020 yılının tüm meslektaşlarımız ve okurlarımız için sağlıklı, başarılı ve mutlu bir yıl olmasını dileyerek bu yılın ilk sayısını sizlerle paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

Bu yıl 12 Mart tarihi “2020 yılı Dünya Böbrek Günü” olarak belirlenmiştir. Dünya Böbrek Günü’nün teması ise “Her Yerde Herkes İçin Böbrek Sağlığı: Önlemeden Belirlemeye ve Bakıma Eşit Düzeyde Erişebilme” dir. Böbrek hastalıklarıyla ilgili dikkat çekilecek konuların başında; bu hastalık grubunun oluşturduğu küresel yük, morbidite ve mortalite oranı, diyaliz ve ilişkili maliyetlerin ülkelerin yıllık sağlık harcamalarına etkisi, tanı ve tedaviye erişim olanakları gibi etkilerinin ortaya konulması ve bunlara yönelik stratejilerin belirlenmesi gelmektedir. Bu kapsamda; öncelikli olan konu; toplumun, sağlık profesyonellerinin ve sağlık politikaları geliştiricilerin böbrek hastalıklarını önlemeye yönelik farkındalık oluşturmalarıdır. Aynı zamanda bireylerin böbrek hastalıkları için risk faktörleri ve bu faktörlere yönelik önlemler konusunda bilinçlendirilmeleri, eğitilmeleri ve güçlendirilmeleri hastalık yükünü azaltan en önemli hemşirelik girişimi ve uygulamalarıdır. Meslektaşlarımızın eğitici, danışman ve uygulayıcı rollerini bu faaliyetlerde aktif olarak yerine getirmeleri önem taşımaktadır.

Nefroloji Hemşireliği Dergisi Editörlüğü ve Yayın Kurulu olarak bizler de nefroloji alanında görev yapan meslektaşlarımıza güncel araştırma kanıtlarını sunarak daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmaya katkı sağlamaya hizmet etme amacındayız. Bu sayımızda 3 araştırma, 2 derleme makale ve 1 olgu sunumuna yer verdik. Araştırma makaleleri “Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton

Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması”, “Hemodiyaliz Hastalarında Düzenli Aşı Takvimi Kullanımı ve Farkındalıkları” ile “Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi” konusundadır. Derleme makale “Kronik Böbrek Hastalıkları ile Diyaliz Birimlerinde Hemşirelerin Maliyet-Etkililik ve Verimliliğe Etkisi”, “Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme” ve olgu sunumu ise “Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Planlanması: Olgu Sunumu” konusundadır.

Dergimizin 2019 yılından bu yana ulusal düzeyde Türkiye Atıf Dizini, TÜRK MEDLINE ve uluslararası UDL-EDGE Citation Index Database kapsamında tarandığını tekrar hatırlatıyoruz. Meslektaşlarımıza güncel literatürü yakından takip ederek araştırma makaleleri ile dergimizin ve nefroloji/ diyaliz hemşireliği biliminin güçlenmesine sağlayacakları katkı için şimdiden teşekkürlerimizi sunuyorum.

Bir sonraki sayıda buluşmak dileğiyle,

Saygılarımla.

Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Editör, Nefroloji Hemşireliği Dergisi
Ocak - 2020

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması

Investigation of Peritoneal Dialysis Perceptions of Nurses Working in Nephrology Clinic, Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Unit

İbrahim DOĞAN¹, Emel UÇAR², Nur ÜNAL KAYA³, Kenan ATEŞ⁴

¹Dr. Öğr. Üyesi, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Çorum, Türkiye

²Hemşire, Baxter, Türkiye

³Diyaliz Hemşiresi, Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Periton Diyaliz Ünitesi, Çorum, Türkiye

⁴Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 12 Ağustos 2019

Kabul Tarihi: 19 Kasım 2019

İletişim / Correspondence:

İbrahim DOĞAN

E-posta:

dr.ibrahimdogan@hotmail.com

Özet

Giriş: Renal replasman tedavisinin seçiminde nefroloji, hemodiyaliz ve periton diyalizi hemşirelerinin algısı çok önemlidir. Bu çalışmada nefroloji kliniği, hemodiyaliz ve periton diyalizi ünitelerinde çalışan hemşirelerin periton diyaliz ile ilgili algılarının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma altı ilde 15 ayrı klinikte/ünitede yapılmıştır. Çalışmaya 60'ı nefroloji kliniği, 99'u hemodiyaliz ve 32'si periton diyalizi ünitesinde çalışan 191 hemşire alınmıştır. Katılımcıların %16.2'si lise, %78.5'i üniversite ve %5.2'si yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %51.8'i üniversite hastanesi, %34.6'sı devlet hastanesi, %13.6'sı özel kurumda çalışmaktadır. Her bir katılımcıya, yedisi sosyodemografik içerikli olmak üzere toplam 45 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

Bulgular: Periton diyalizi hemşirelerinin %96.8'i hastaların renal replasman tedavisi seçimi konusunda hemşirenin görüşünü aldığını belirtirken, nefroloji hemşirelerinde bu oran %63.3, hemodiyaliz hemşirelerinde ise %62.6 olarak bulunmuştur ($p= 0.003$). Hemşireler periton diyaliz tedavisinin diğer renal replasman tedavilerine göre daha az uygulanıyor olmasının nedenlerini hasta ve yakınının sorumluluk almak istememesi ve hastanın bilgilendirilmemesi olarak belirtmişlerdir.

Yakınlarında diyaliz gereksinimi olduğunda periton diyalizi tedavisini tercih etme oranı periton diyalizi hemşirelerinde %87.5, nefroloji hemşirelerinde %51.7 ve hemodiyaliz hemşirelerinde %45.5 bulunmuştur. Periton diyalizi uygulanma oranı sorulduğunda her üç grupta da en yüksek oranda yanıt %0-10 arasındayken, bu oranın ne olması gerektiği sorusuna periton diyalizi hemşirelerinin %62.5'i, hemodiyaliz hemşirelerinin %31.3'ü, nefroloji hemşirelerinin %28.3'ü “%30'un üzerinde olmalıdır.” şeklinde yanıt vermişlerdir.

Sonuç: Nefroloji ve hemodiyaliz hemşirelerinin periton diyalizi ile ilgili algılarının olumlu yönde olmadığı ve bu konuda bilgi eksikliklerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin eğitim sonrası periton diyalizi ile ilgili algılarının değişeceği ve bunun da hastaların periton diyalizi tedavisini seçmesine olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı; Diyaliz; Periton Diyalizi; Nefroloji Hemşireliği.

Abstract

Introduction: Nephrology, peritoneal dialysis and hemodialysis nurses' perception of renal replacement therapy is very important. In this study, we aimed to investigate the peritoneal dialysis perceptions of nurses working in nephrology clinic, peritoneal dialysis and hemodialysis units.

Material and methods: The study was performed in 15 different clinics/units. The study included 191 nurses, 60 of whom worked in nephrology clinics, 99 of hemodialysis units, and 32 of peritoneal dialysis units. 16.2% of the participants were high school graduates, 78.5% were university graduates and 5.2% were graduate. 51.8% of the participants were working in university hospitals, 34.6% in public hospitals and 13.6% in private institutions. A total of 45 questions, 7 of which were sociodemographic, were applied to each participant.

Results: While 96.8% of the peritoneal dialysis nurses received the opinion of the nurse about the RRT selection, this rate was 63.3% in nephrology nurses and 62.6% in hemodialysis nurses ($p=0.003$). The nurses stated that the patient and his/her relatives did not want to take responsibility and the patient was not informed about the peritoneal dialysis treatment being applied less than other renal replacement therapies.

Peritoneal dialysis nurses had 87.5%, nephrology clinic nurses 51.7% and hemodialysis nurses 45.5% peritoneal dialysis response to the question of which method they would prefer when their relatives needed dialysis. When asked about the rate of peritoneal dialysis, the highest rate of answer was 0-10% in all three groups, 62.5% of peritoneal dialysis nurses, 31.3% of hemodialysis nurses and 28.3% of nephrology clinic nurses, should be above 30% in response to the question of what rate should be applied peritoneal dialysis.

Conclusion: It was revealed that the perceptions of nephrology and hemodialysis nurses about peritoneal dialysis were not positive and there was a lack of information on this subject. We believe that the nurses' perceptions about peritoneal dialysis will change after their education and this may contribute positively to patients' choice of peritoneal dialysis treatment.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Dialysis; Peritoneal Dialysis; Nephrology Nursing

GİRİŞ

Tüm dünyadaki ölümlerin yaklaşık %63'ünden kronik hastalıkların sorumlu olduğu bilinmektedir (1). Böbrek işlevlerinin geri dönüşümsüz kaybı olarak tanımlanan kronik böbrek hastalığı (KBH) önemli bir toplum sağlığı problemidir. Dünyadaki prevalansının %8-16 arasında olduğu gösterilmiş (2) olan KBH'nin ülkemizdeki prevalansının %15.7 olduğu Chronic Renal Disease In Turkey (CREDIT) çalışmasıyla saptanmıştır (3). Toplumda yüksek KBH prevalansının nedeninin

diabetes mellitus, hipertansiyon gibi kronik hastalık, kardiyovasküler hastalık, obezite ve yaşlı nüfus oranının giderek artması olduğu düşünülmektedir (4).

Kronik böbrek hastalığı serum kreatinin bazlı glomerüler filtrasyon hızı tahminine göre beş evrede sınıflandırılmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızının $< 15 \text{ ml/dk/1.73 m}^2$ olması son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olarak adlandırılmaktadır (5). Bu evrede kaybedilen böbrek işlevini yerine koymak için renal

replasman tedavisi (RRT) seçenekleri düşünülmelidir. RRT seçenekleri renal transplantasyon, hemodiyaliz (HD), ev HD'si ve periton diyalizi (PD)'dir (5).

Renal replasman tedavi seçeneklerinin başında renal transplantasyon gelmesine karşın nakil yapılabilecek organ sayısının kısıtlı olması nedeniyle diyaliz yöntemleri halen en yaygın kullanılan RRT seçenekleridir. Hemodiyaliz ve PD yöntemlerinin avantajları ve dezavantajları açısından birbirlerine üstünlükleri olmakla beraber genelde birbirlerine geçişlidirler. Periton diyalizi tedavisi, toplam tedavi süresinin sınırlı olması ve hastanın kendi tedavisinde daha aktif rol oynaması nedeniyle HD tedavisine göre daha az uygulanmaktadır. Son yıllarda PD'nin uygulanma oranı gittikçe azalmaktadır. Ülkemizde 2008 yılında 6109 olan PD hasta sayısının 2017 yılında 3346 hastaya kadar düştüğü görülmektedir (6).

Renal replasman tedavisi gerektiren SDBY durumunda hastalara her üç yöntem ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmektedir. Renal transplantasyon şansı olmayan veya verici adayı bulunmayan hastalara PD veya HD kararı vermeleri için eğitim genelde doktor veya bu konu ile ilgili deneyimli bir hemşire tarafından verilmektedir. Hastaların SDBY geliştiğinde oluşan biyokimyasal, fiziksel ve ruhsal sorunlarının yanında, yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları bir alanda geleceği ile ilgili karar vermesi kolay olmamaktadır. Bu süreçte tedavi seçeneklerini anlatacak kişinin bilgi düzeyi ve bilgiyi aktarış şekli önemli olmaktadır. Renal replasman tedavisinin seçiminde sürecin başından itibaren hastanın yanında olan, tedavi geçiş aşaması dahil olmak üzere tüm aşamalarda ve hasta gereksinim duyduğunda hasta ile iletişim ve temasta bulunan, eğitici ve danışman rolünü üstlenen nefroloji, HD ve PD hemşirelerinin RRT seçenekleri ile ilgili algıları çok önemlidir (7).

Bu çalışmada nefroloji kliniği, HD ve PD ünitesinde çalışan hemşirelerin PD ile ilgili algılarının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma 2014 yılında altı farklı ilde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 15 ayrı nefroloji kliniğinde

çalışan 60 hemşire, 10 HD ünitesinde çalışan 99 hemşire ve 26 PD ünitesinde çalışan 32 hemşire olmak üzere toplamda 191 hemşire alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumlardan izin alındıktan sonra, Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmıştır. Her bir katılımcıya toplam 45 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket formu, ilgili güncel kılavuzlar eşliğinde araştırmacılar tarafından hemşirelerin periton diyaliz ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Anketin ilk bölümünde hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumları, çalıştıkları kurum, sertifikalı olma durumu, yakın çevresinde diyaliz tedavisi alan kişilerin bulunma durumu ve PD eğitimi alma durumları ile ilgili sosyodemografik içerikli yedi soru yer almaktadır. Anket HD ve PD'nin klinik özellikleri, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ve birbirlerine üstünlükleri ile ilgili 14 klinik tanımlayıcı soru, PD'nin az uygulanıyor olması ile ilgili 11 soru, PD uygun olan hasta gruplarının değerlendirildiği 10 soru ile ülkemizde PD'nin uygulanma oranı ve süresini içeren üç soruyu içermektedir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışma ortamında veri toplama formları verilerek doldurmaları istenmiştir.

Etik kurul onayı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan 25.09.2013 tarih ve 520 sayı numarası ile alınmıştır. Çalışmaya alınan hemşirelerin tümünden yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Hesaplamalarda SPSS for Windows paket programı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD version 22.0, Hitit Üniversitesi lisanslı) kullanılmıştır. Yaş değişkeninin normal dağılıp dağılmadığını saptamak için Shapiro Wilk testi uygulanmıştır. Kesitli değişkenlerin analizinde ki-kare veya Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş değişkeni normal dağılım gösterdiği için ortalama \pm standart sapma şeklinde verilmiştir. p değeri < 0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların 182'si (%95.3) kadındır, 31'i (%16.2) lise, 150'si (%78.5) üniversite ve 10'u (%5.2) yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin 99'u (%51.8) üniversite hastanesi, 66'sı (%34.6)

devlet hastanesi, 26'sı (%13.6) özel kurumda çalışmaktadır. Katılımcıların 66'sı (%34.6) RRT ile ilgili herhangi bir sertifikaya sahip değildir. Çalışmaya katılan hemşirelerin 43'ünde (%25) yakın çevresinde diyaliz tedavisi alan birinin olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik veri özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Periton diyalizi hemşirelerinin yaş ortalaması nefroloji kliniği ve HD hemşirelerinden daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p < 0.001$, $p = 0.013$). Ayrıca PD hemşirelerinin tümü sertifika sahibiyken bu oran nefroloji klinik hemşirelerinde %23.3, HD hemşirelerinde ise %79.9 olarak saptanmıştır ($p < 0.001$). Eğitim düzeylerine bakıldığında PD hemşirelerinin eğitim almış olma oranı %96.9 ile en yüksek iken bu oran nefroloji klinik hemşirelerinde %40, HD hemşirelerinde ise %83.8 olarak saptanmıştır ($p < 0.001$).

Periton diyalizi hemşirelerinin %96.8'i hastaların RRT seçimi konusunda hemşirenin görüşünü aldığını belirtirken, nefroloji hemşirelerinde bu oran %63.3, HD hemşirelerinde ise %62.6 olarak saptanmıştır ($p = 0.003$). Periton diyalizi hemşire-

releri %96.9 oranında "Tedavi seçimine hasta karar verici olmalıdır" derken bu oran nefroloji hemşirelerinde %93.6, HD hemşirelerinde ise %82.8'dir ($p = 0.04$). Tüm hemşireler hasta tedavi seçiminde önemsedikleri parametreler sorusuna yanıt olarak ilk sırada yaşam kalitesi verileri, ikinci sırada sağ kalım verileri demişlerdir. En iyi başlangıç diyaliz yöntemi sorulduğunda PD hemşirelerinin %96.9'u, nefroloji hemşirelerinin %63.3'ü, HD hemşirelerinin ise %55.6'sı PD olarak yanıtlamışlardır. Hangi diyaliz yönteminde böbrek nakli olma olasılığının daha kolay olduğu ile ilgili soruda ise PD hemşirelerinin %84.4'ü, nefroloji hemşirelerinin %46.7'si, HD hemşirelerinin ise %38.4'ü PD olarak yanıtlamışlardır. Hemşirelere yönelik klinik bilgi sorularına verilen yanıtlar Tablo 2'de sunulmuştur.

Hemşirelere göre PD tedavisinin diğer RRT'lere göre daha az uygulanıyor olmasının nedenlerini içeren yanıtlar Tablo 3'te sunulmuştur. Bu sonuçlara ait nedenleri ise hasta ve yakınının sorumluluk almak istememesi ve hastanın bilgilendirilmemesi olarak bildirmişlerdir.

Tablo 1. Nefroloji, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Nefroloji Hemşiresi	Hemodiyaliz Hemşiresi	Periton Diyalizi Hemşiresi	<i>p</i>
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş (yıl)	32.4±6.8	34.3±7.7	38.4±5.07 ^a	0.001
	n	n	n	
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	59/1	92/7	31/1	0.344*
Eğitim Durumu				
Lisans	8	21	2	0.092*
Üniversite	46	75	29	
Yüksek Lisans	6	3	1	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite	38	46	15	< 0.001*
Devlet Hastanesi	22	30	14	
Özel Kurum	0	23	3	
Sertifika (Var/Yok)	14/46	79/20	32/0	< 0.001
Yakın çevresinde diyaliz tedavisi alan (Var/Yok)	15/45	20/79	8/24	0.730
Eğitim alma durumu (Var/Yok)	24/36	83/16	31/1	< 0.001
Toplam	60	99	32	

^a Grup1 ile 3 $p < 0.001$, grup 2 ile 3 $p = 0.013$,

* Fisher's Exact Test

Hemşirelere PD tedavisine uygun hasta grupları sorulduğunda benzer dağılımlarda yanıt vermişlerdir. Bu sorulara verilen yanıtlar Tablo 4'te sunulmuştur. Nefroloji ve HD hemşireleri daha çok genç hastaların ve damar girişim yolu problemi olan hastaların PD tedavisi için uygun olduğunu belirtmişlerdir. Bir yakınında KBH gelişirse PD tedavisini tercih etme oranı PD hemşirelerinde %87.5, nefroloji hemşirelerinde %51.7, HD hemşirelerinde %45.5 bulunmuştur.

Hemşirelere ülkemizdeki tedavi seçenekleri arasında PD uygulanma oranı sorulduğunda PD

hemşirelerinin %75'i, HD hemşirelerinin %47.5'i ve nefroloji hemşirelerinin %43.4'ü %0-10 arası oranlarında yanıt vermişlerdir. Bu oranın ne olması gerektiği sorulduğunda PD hemşirelerinin %62.5'i, HD hemşirelerinin %31.3'ü, nefroloji hemşirelerinin %28.3'ü %30 üzeri olarak yanıtlamışlardır. Periton diyalizinin ne kadar sürdürülebileceğini PD hemşirelerinin %56.3'ü ve nefroloji hemşirelerinin %51.7'si 5-10 yıl arası, HD hemşirelerinin %32.3'ü 3-5 yıl arası olarak belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 2. Nefroloji, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hemşirelerinin Klinik Parametreler ile İlgili Sorulara Periton Diyalizi Lehine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Nefroloji Hemşiresi (n=60)	Hemodiyaliz Hemşiresi (n=99)	Periton Diyalizi Hemşiresi (n=32)
	%	%	%
Sizce en iyi başlangıç diyaliz yöntemi hangisidir?	63.3	55.6	96.9
Sizce en iyi uzun süreli diyaliz yöntemi hangisidir?	35	23.2	65.6
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde erken dönem hasta sağ kalımı daha iyidir?	61.7	31.3	93.8
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde uzun dönem hasta sağ kalımı daha iyidir?	46.7	34.3	46.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde böbrek nakli olma olasılığı yüksektir?	46.7	38.4	84.4
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde malnütrisyon sıklığı yüksektir?	31.7	25.3	59.4
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde rezidüel renal fonksiyon daha uzun süre korunur?	68.3	58.6	96.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde volüm kontrolü daha iyi sağlanır?	41,7	42.4	84.4
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde anemi daha iyi kontrol edilir?	63.3	72.7	96.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde diyet daha esnektir?	61.7	75.8	96.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde enfeksiyon sıklığı daha yüksektir?	61.7	76.8	40.6
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde hasta yaşam kalitesi daha iyidir?	76.7	68.7	96.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde hasta memnuniyet oranı daha yüksektir?	63.3	57.6	96.9
Sizce diyaliz yöntemlerinin hangisinde kullanılan ilaçlar dahil toplam tedavi maliyeti daha yüksektir?	13.3	6.1	3.1

Tablo 3. Nefroloji, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hemşirelerinin Periton Diyalizi Tedavisinin Az Uygulanıyor Olma Nedenleri Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Nefroloji Hemşiresi (n=60)	Hemodiyaliz Hemşiresi (n=99)	Periton Diyalizi Hemşiresi (n=32)
	%	%	%
Hastanın yeterince bilgilendirilmemesi	60	58.6	78.1
Tedavi ekibinin PD konusunda deneyim eksikliği	41.7	28.3	31.3
Hastanın sorumluluk almak istememesi	80	77.8	90.6
Hasta yakınının sorumluluk almak istememesi	63.3	61.6	84.4
Hekimlerin PD ile uğraşmak istememesi	21.7	28.3	56.3
Komplikasyon yaşayan olumsuz PD örnekleri	53.3	65.7	81.3
Hastanın imaj kaygısı	63.3	61.6	56.3
Hemodiyaliz merkezlerinin çoğalması	41.7	36.4	71.9
Hemodiyaliz merkezlerinin etik dışı yaklaşımı	33.3	37.4	68.8
Kuruma maddi getirisinin HD'den az olması	15	24.2	53.1
Devlet tarafından teşvik edilmemesi	30	29.3	59.4

Tablo 4. Nefroloji, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hemşirelerinin Periton Diyalizi Tedavisi için Uygun Görülen Hasta Grupları Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Nefroloji Hemşiresi (n=60)	Hemodiyaliz Hemşiresi (n=99)	Periton Diyalizi Hemşiresi (n=32)
	%	%	%
Çocuk hastalar	43.3	42.4	93.8
Genç hastalar	76.7	68.7	96.9
Yaşlı hastalar	10	13.1	56.3
Dişabetik hastalar	15	17.2	65.6
Kardiyovasküler hastalığı olan hastalar	25	31.3	90.6
Volüm kontrolünde güçlük çekilen hastalar	20	37.4	50
Rezidüel renal fonksiyonu olan hastalar	33.3	34.3	100
Diyalize yeni başlayan hastalar	60	53.5	87.5
Böbrek nakline uygun hastalar	43.3	27.3	87.5
Damar giriş yeri sorunu olan hastalar	66.7	76.8	96.9

Tablo 5. Nefroloji, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hemşirelerinin Periton Diyalizi Uygulama Oranları ve Süresi ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Nefroloji Hemşiresi (n=60)	Hemodiyaliz Hemşiresi (n=99)	Periton Diyalizi Hemşiresi (n=32)
	%	%	%
Sizce ülkemizde PD uygulama oranı nedir? (%)			
0-10	43.4	47.5	75
10-20	35	26.3	25
20-30	10	16.2	-
30 üstü	3.3	3	-
Yanıtız	8.3	7.1	-
Sizce ülkemizde PD tedavi oranı ne olmalıdır? (%)			
0-10	15	11.2	9.4
10-20	25	21.2	6.2
20-30	23.3	27.3	21.9
30 üstü	28.3	31.3	62.5
Yanıtız	8.3	9.1	-
Sizce PD tedavisi ne kadar sürdürülebilir? (yıl)			
1-3 yıl	13.3	15.2	6.3
3-5 yıl	10	32.3	6.3
5-10 yıl	51.7	28.3	56.3
10 yıl üzeri	18.3	19.2	31.3
Yanıtız	6.7	5.1	-

TARTIŞMA

Nefroloji kliniği, HD ve PD ünitesinde çalışan hemşirelerin PD algılarının değerlendirildiği bu çalışmada HD ve nefroloji hemşirelerinin PD ile ilgili düşüncelerinin olumlu olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca PD'nin klinik üstünlüklerinin değerlendirildiği sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda nefroloji ve HD hemşirelerinin PD ile ilgili bilgi ve eğitim eksikliklerinin olduğu, PD uygulama oranları ile ilgili değerlendirmede gerçekçi tahminler yaptıkları ancak PD'nin olması gereken oranı ile gerçek oranlarına verdikleri yanıtlar arasında ciddi farklılıklar olduğu görülmüştür.

Ülkemizde tüm RRT seçenekleri arasında PD tedavisinin oranı giderek azalmaktadır. Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre Türkiye'de 2017 yılı içerisinde RRT alan hasta prevalansı 77311, insidansı 11837'dir. 2017 yılı içerisinde RRT alan hastalar içerisinde PD prevalansı 3346 (%4.33), insidansı ise 876 (%7.4) olarak saptanmıştır (6). Türkiye'de 2001 yılından bu yana sürekli artan bir RRT gerektiren SDBY prevalansı varken (milyon nüfus başına 2001 yılında 324, 2017 yılında 957 hasta) PD hasta

oranında ise 2008 yılından beri devam eden bir düşüş yaşanmaktadır. 2008 yılında 6109 olan PD hasta sayısı 2016 yılında 3508 hasta, 2017 yılında ise 3346 hastaya düşmüştür (6). Amerikan Ulusal Böbrek Veri Sistemi (The United States Renal Data System USRDS) verilerine göre ülkemiz PD kullanımı sıralamasında orta düzeyde PD kullanan ülkelerin sırasından az kullanan ülkeler sırasına doğru yaklaşmıştır (6). Bu azalmanın birçok nedeni olabilir. Bunlar arasında daha az tercih edilme (2016 yılında PD tedavisine yeni başlayan hasta sayısı 1020 iken, 2017'de bu sayı 876 hastadır.), PD hastalarının HD'ye göre daha yüksek oranda nakil olmaları (2017'de bu oran %6'ya %3.1 olarak bildirilmiştir) olabilir (6).

Son dönem böbrek yetmezliği hastası tedaviye başlamak için renal transplantasyon, merkez veya ev HD'si veya PD tedavisi için karar vermek durumundadır. Karar verme aşamasında hastanın otonomisi, sosyal koşulları, tedaviye istekliliği ve verilen eğitim etkili olmaktadır (8, 9). Hastalar çoğu zaman kendileri için en iyi yöntemin hangi yöntem olduğu ile ilgili ciddi karmaşa yaşamaktadır. Prediyaliz dönemde verilen eğitim hastaların kendilerine en uygun diyaliz türünü seçme-

sine yardımcı olmaktadır (10). Ayrıca, prediyaliz eğitiminin, RRT başlamasını geciktirdiğine ve hastanın PD seçimini önemli ölçüde arttırdığına yönelik önemli kanıtlar bulunmaktadır (11).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış ve nefroloji multidisipliner ekibi ile karşılaşmış bir hastanın bakımı altında olduğu sağlık personeli grubunun hasta algısı ve tedavi seçimi üzerine etkisi olacağı hipoteziyle yola çıkılan bu çalışmada hipotezi doğrulamaya yönelik bir soru ile araştırmaya başlanmıştır. ‘‘Hastalar tedavi seçiminde sizin görüşünüzü sorar mı?’’ sorusuna PD hemşirelerinin çok büyük bir bölümü, nefroloji ve HD hemşirelerinin ise yarısından fazlası ‘‘Evet’’ demişlerdir. Hastalar hemşirelerin görüşüne önem vermektedir. Periton diyalizi tedavisinin klinik avantajları ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinin değerlendirilmesi için sorulan klinik parametreler ile ilgili soruları nefroloji ve HD hemşireleri daha düşük oranda, PD hemşireleri ise beklenildiği gibi daha yüksek oranda PD lehine yanıtlamışlardır. Nefroloji, HD ve PD hemşireleri PD tedavisinin uygulanabileceği hasta grubunu oldukça kısıtlı tutmuş, özellikle genç hastaları ve vasküler girişim yolu problemi nedeniyle başka bir tedavi yöntemi arama zorunluluğu doğmuş hasta grubunu belirtmişlerdir. Ancak KBH hasta yaşının yükseldiği genel popülasyona bakıldığında hemşireler yaşlı hastalarda PD uygunluğu konusunda oldukça çekimser davranmıştır.

Çalışmaya alınan hemşire grupları PD tedavisinin HD’den daha az uygulanıyor olmasını pek çok nedene bağlamışlardır. Bunlar arasında en dikkat çekici olanları hastaların yeterince bilgilendirilmemesi, hastanın ya da yakınının bireysel katılımı ile gerçekleşen bir tedavi olması gerektiği

gerçeği ile hasta ve yakınlarının sorumluluk almak istememeleri, daha önce PD tedavisi almış ve yaşadığı komplikasyonlar nedeniyle tedaviden ayrılmış hastaların olumsuz örnek oluşturmalarıdır.

Nefroloji, HD ve hatta PD hemşireleri PD’nin ülkemizde uygulanma oranı ile ilgili gerçek olmayan iyimser rakamlar vermişlerdir. Ancak PD tedavinin uygulanabileceği oranlar ile ilgili verdikleri rakamlar da iyimserdir. Nefroloji ve HD hemşireleri yakınlarına PD’yi daha az oranda önerirken, PD hemşireleri daha yüksek oranda önermektedir. Bu tercih edilmede önemli nedenler PD hemşirelerinin PD ile ilgili gerekli eğitimi almış olmaları ve PD’nin klinik yararları hakkındaki deneyimlerinin varlığı olabilir.

Sonuç olarak PD tedavisi ile ilgili nefroloji ve HD hemşireleri ile PD hemşireleri arasında klinik bilgi, algı ve benimseme oranı açısından önemli düzeyde farklılıklar olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz ve nefroloji hemşireleri PD tedavisini güvenilir ve uygulanabilir bulmaktadırlar. Bununla birlikte PD’nin klinik üstünlükleri hakkında bilgi eksiklikleri vardır. Tedaviye uygun görülen hasta gruplarının çok sınırlı tutulmuş olması günümüz PD uygulayan hasta sayısı için açıklayıcı olabilir.

Hastaların tedavisinin her aşamasında yanında bulunan nefroloji ve HD hemşirelerinin PD endikasyonları ve klinik yararı ile ilgili olarak eğitim almalarının bir zorunluluk olduğu görülmektedir. Eğitim sonrasında olumlu algılarının olması ve bilgi düzeylerinin artması hastaların tedavi seçiminde doğru karar verebilmeleri amacıyla yapacakları eğitim ve danışmanlığa ışık tutacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization, 2011.
2. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013;382 (9888):260-72.
3. Suleymanlar G, Utas C, Arinsoy T, Ates K, Altun B, et al. A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(6):1862-71.
4. Kaptein AA, van Dijk S, Broadbent E, Falzon L, Thong M, et al. Behavioural research in patients with end-stage renal disease: a review and research agenda. *Patient Educ. Couns*. 2010; 81(1): 23-9.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3:1-150.

6. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry Raporu 2017, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara, 2018.
7. Ersoy FF. Son Dönem Böbrek Yetmezliđinde Uygun Diyaliz Ynteminin Seęimi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(21):88-92.
8. Harwood L, Clark AM. Understanding pre-dialysis modality decision-making: a meta-synthesis of qualitative studies. Int J Nurs Stud. 2013;50:109-20.
9. Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? Nephrol Dial Transplant. 2012;27:1542-47.
10. Liang CH, Yang CY, Lu KC, Chu P, Chen CH, et al. Factors affecting peritoneal dialysis selection in Taiwanese patients with chronic kidney disease. Int Nurs Rev. 2011;58(4):463-9.
11. Blake PG, Quinn RR, Oliver MJ. Peritoneal dialysis and the process of modality selection. Perit Dial Int. 2013;33(3):233-41.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Use of Regular Vaccination Schedule in Hemodialysis Patients and Awareness

Hemodiyaliz Hastalarında Düzenli Aşı Takvimi Kullanımı ve Farkındalıkları

Eylem TOPBAŞ¹, Buğra Burak TURAN², Hakan BAY³, Ahmet Hüdaî EMİR⁴, Umut ÇITLAK⁵, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN⁶

¹Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. Amasya, Türkiye

²Hemşire, Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi. Erzurum, Türkiye

³Hemşire, Bülent Ecevit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Zonguldak, Türkiye

⁴Öğrenci Hemşire, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. Amasya, Türkiye

⁵Hemşire, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. Sivas, Türkiye

⁶Araştırma Görevlisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. Samsun, Türkiye

* Bu çalışma 21-25 Ekim 2015 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenen 25.Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuş ve “Poster Bildiri Birincilik Ödülü” almıştır.

Geliş Tarihi: 14 Mayıs 2019

Kabul Tarihi: 02 Ocak 2020

İletişim / Correspondence:

Eylem TOPBAŞ

E-posta: eylem.topbas@gmail.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the extent of use of regular vaccination schedule, the extent of hepatitis B vaccinations before dialysis and the awareness of patients on this matter in hemodialysis patients.

Method: The population of this descriptive study consisted of patients treated in a total of 26 centers in six provinces (n=353), and patients who were willing to participate in the study (n=246) comprised the sample.

Results: Mean age of the patients was 57.26±14, and 35.4% had an influenza+ hepatitis B vaccine, 35% only had a hepatitis-B vaccine, and 56.9% had a hepatitis B vaccine 1-6 years before starting to receive dialysis. There was a statistically significant difference between the status of getting vaccinated regularly, age, the status of having received training on vaccination, the status of knowing which vaccines to have (p<0.05). There was a statistically significant difference between the status of having hepatitis B vaccine before starting dialysis and the status of having received training on vaccination, and the person who gave the training (p<0.05).

Conclusion: It was determined that the rate of vaccination of patients from the group who received training on vaccines from a nurse and the rate of patients who had Hepatitis B vaccine before starting dialysis were high.

Keywords: Vaccination Schedule; Hemodialysis; Patient; Nurse

Özet

Amaç: Hemodiyaliz hastalarında düzenli aşı takviminin kullanılma durumunun, diyaliz öncesi hepatit B aşısını yaptırma durumunun ve hastaların bu konudaki farkındalığının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Metot: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın evrenini altı ilde bulunan toplam 26 merkezde tedavi gören hastalar (n=353), örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar (n=246) oluşturmuştur. Veriler “kişisel bilgi formu” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması $57,26 \pm 14$ olan hastaların, %35,4'ünün grip + hepatit B aşısını yaptırdığı, %35'inin sadece hepatit-B aşısı yaptırdığı, %56,9'unun ise hepatit B aşısını diyalize başlamadan 1-6 yıl önce yaptırdığı tespit edilmiştir. Hastaların düzenli aşı yaptırma durumu ile yaş, aşı yaptırma konusunda eğitim alma durumu, hangi aşuları mutlaka yapılmasını bilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Hepatit B aşısını diyalize başlamadan önce yaptırma durumu ile aşı konusunda eğitim alma durumu ve eğitimi kimden aldığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). **Sonuç:** Aşılar konusunda hemşireden eğitim alan grubun aşı yaptırma oranının ve hepatit B aşısının diyalize başlamadan önce yaptırma oranlarının yüksek olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Aşı Takvimi; Hemodiyaliz; Hasta; Hemşire.

INTRODUCTION

Cellular and humoral immune response is impaired in patients with chronic renal failure (1). Therefore, they are at a high risk of developing secondary infections. In literature it is stated that “*Infections are responsible for %8 of the deaths for dialysis patients*” (2). Pneumonia, hepatitis and influenza infections, which may cause significant rates of morbidity and mortality, can be partially or completely prevented by vaccination (1). Vaccination is a cost-effective application (2). Hemodialysis units are risky centers for transmission of viral and bacterial infections for both patients and health care personnel working in these centers. Factors that increase the risk of infection include blood transfusion, hemodialysis being an invasive procedure, frequent patient visits to the hospital for dialysis, contaminated hands and surfaces during dialysis, and contaminated devices. In literature, “*It is stated that hepatitis B virus may remain stable and active on environmental surfaces for at least 7 days*” (2). Vaccination is therefore important for preventing Hepatitis B. Educations should be organized to increase awareness of both patients and medical staff on vaccines.

In literature, it is stated that besides educations on vaccines, seroconversion rates of hepatitis B are also affected by age, gender, duration of dialysis, hemofiltration, vitamin D deficiency, high-dose erythropoietin, Levamisole supplement, renal replacement therapy option, systemic diseases, serum albumin level being $<3.5\text{g/dl}$, obesity and

stage of chronic kidney disease (2-5). In literature, it is emphasized that “*Hepatitis B vaccination, stringent precautions in all dialysis centres, intense health education to both patients and medical staff will be beneficial to lower the seroconversion and high financial burden on end-stage renal disease patients*” (6).

In addition, it is recommended by the British guidelines and US that patients are administered Fendrix 20 mg and two Engerix-B 20 mg in a 4 dose schedule (0, 1, 2, and 6 months) in 1 or 2 injections; Recombivax HB, 40 $\mu\text{g/mL}$ and HBvaxPRO 40 mg are administered in a 3 dose schedule (0, 1 and 6 months) 1 injection. Booster dose is needed if the annual anti-Hbs titer is $<10\text{ mIU/mL}$ (2, 7, 8).

Influenza virus is another infectious disease which causes an increase in morbidity and mortality rates. Thus, many advisory boards state that seasonal flu vaccine is required once a year for all chronic diseases and there is no need for a booster during the year (2).

A study by Kosmadakis et al. states that Sarnak and Jaber (2001) indicated that “*Patients on dialysis have a high incidence of respiratory infections with mortality rates up to 16-fold higher compared to the general population*” (2). A study by Kosmadakis et al. states that Tomczyk et al. (2014), Portoles-Perez et al. (2014), Haute Conseil (2017) indicated that, “*All adults aged ≥ 65 should receive PCS-13 followed by a PPSV-23 6-12 months later. Congenital or acquired immune-deficient adults aged ≥ 19 should receive a booster dose of PPV-23 at least*

5 years later. PPSV-23-vaccinated people should receive PCV-13 at least 1 year after the PPSV-23 dose” (25). Kosmadakis et al. (2018) stated/indicated that: According to recommendations from the United States, Spain, and France from 2013-2014, PCV-13 followed by a PPSV-23 6-12 months later is recommended for all adults ≥ 65 years old, and in congenital or acquired immune-deficient adults of ≥ 19 years with a booster dose of PPSV-23 at least 5 years later. In PPSV-23-vaccinated persons, PCV-13 should be administered at least one year after the PPSV-23 dose. Coadministration with the inactivated influenza vaccine is not contraindicated; the combination may even have synergistic beneficial effects (2). The recommended vaccines for dialysis patients are haemophilus influenza, hepatitis B and pneumococcal vaccines (9). Therefore, it is critical to include patients in the vaccination schedule before starting dialysis. All vaccines for dialysis patients are shown in Table 1.

Previous studies in the literature reported the incidence of hepatitis in hemodialysis patients (12), however, there is no study that investigated whether the patients have received training on vaccination and the effect on immunization rate of the person who has provided such training. Therefore, this study was aimed at revealing the extent of use of regular vaccination schedule, the extent of hepatitis B vaccination before dialysis and the awareness of patients on this matter in hemodialysis patients.

METHOD

Selection of Population and Sample: The population of this descriptive study consisted of patients treated in a total of 26 centers in six provinces (A, B, C, D, E, F) (n = 353), and patients who were willing to participate in the study (n = 246) comprised the sample. The data was collected by interview method using Personal Information Form prepared by the researchers between January and February 2015.

Table 1. Vaccines Recommended for Dialysis Patient

Vaccine	Age	Dose	Vaccination schedule/ route of administration	Booster Doses
Hepatitis B	≥ 20 years <20 years	40 mcg 10 mcg	0, 1, 2, 6 months / IM 0, 1, 6 months / IM	When anti-HBs<10 UI/l
Influenza	3-8 years 9-12 years >12 years	15 μ g	Each year / IM	No
Pneumococcal *PCV13 **PPSV23		*8+ weeks later give PPSV23, then 5 years later give a second dose of PPSV23 **1 year later give PCV13 and 5 years after initial PPSV23 vaccine give second dose of PPSV23		
Hepatitis A	>17 years	1440 U	0, 6, 12 months / IM	No
Measles, mumps, rubella	>18	0,5 ml	One single dose / SC	No
Varicella	1-12 years	0.5 ml	One single dose / SC	No
Inactivated poliovirus	<18 years	0.5 ml	Three doses with an interval of 1-2 months	No (revaccination one year after the third dose)
Diphtheria and tetanus toxoids	7 years	0.5 ml	Three doses / IM	No

IM: Intramuscular, SC: Subcutaneous

References: Krueger, K. M., Ison, M. G., & Ghossein, C. (2019). Practical Guide to Vaccination in All Stages of CKD, Including Patients Treated by Dialysis or Kidney Transplantation. American Journal of Kidney Diseases. doi:10.1053/j.ajkd.2019.06.014

Guidelines for vaccination in patients with chronic kidney disease. (2016). Indian Journal of Nephrology, 26(Suppl 1), S15–S18.

Data Collection Tool

Personal Information Form: This form consisted of three parts. It comprises a total of 19 questions, including eight questions about demographic data of the patients in part one (gender, age, occupation, educational status, income level, work status, social security and place of residence), five questions about disease-specific characteristics of the patients in part two (length of chronic disease, duration of hemodialysis, frequency of hemodialysis, primary disease causing chronic renal failure, whether s/he had extra dialysis over the last one month), six questions about vaccinations in part three (the status of getting vaccinated regularly, which vaccines s/he regularly has, whether s/he knows which vaccines dialysis patients should definitely have, whether s/he has received training on getting vaccinated, from whom s/he has received training on getting vaccinated, whether s/he had hepatitis B vaccine before/after starting dialysis).

ETHICAL CONSIDERATIONS

The human rights Helsinki Declaration was abided by throughout the study. All ethical permissions for the study were obtained in written form from the Association of Public Hospitals Secretary General of all cities and relevant hospitals (Ref: A: 15835813/771; B: 80440342/770; C: 80440342/770; D: 52918460/773.99, E: 49715540.00.00, F: 30640013-1175).

RESULTS

Demographic and disease-specific characteristics of patients: The mean age of the patients was 57.26 ± 60 , 51.2% were male, 72% were married, 45.1% were literate, and 45.1% were housewives. The median duration of having hemodialysis of the patients was four years. 94.3% of the patients received dialysis treatment

three times a week and the primary disease of 36.6% of the patients was hypertension.

Characteristics of patients related to the status of getting vaccinated and their knowledge status:

Considering the type of vaccines the patients had, 35.4% of the patients had an influenza + hepatitis B vaccine, and 35% only had a hepatitis-B vaccine. The rate of patients who had influenza, hepatitis B and pneumococcal vaccines, which dialysis patients should definitely have, was 1.2%. 71.5% of the patients did not know which vaccines s/he should definitely have and 68.7% did not receive training on vaccination, and 56.9% had a hepatitis B vaccine 1-6 years before starting dialysis.

There was a statistically significant difference between the status of getting vaccinated regularly, age, the status of having received training on vaccination, the status of knowing which vaccines to have ($p < 0.05$). The rate of vaccination of those who received training was higher than the other group (Table 2).

No statistically significant difference was found between the status of getting vaccinated regularly and gender, marital status, duration of hemodialysis and between the status of knowledge of the vaccines s/he should definitely have and age, gender, occupation and marital status ($p > 0.05$). There was a statistically significant difference between educational status and the status of knowledge of which vaccine to have regularly and the status of getting vaccinated regularly ($p < 0.05$). The level of knowledge and vaccination rates of the primary school group were higher compared to the other groups.

There was no statistically difference was identified between the person who provided training about vaccination and the status of getting vaccinated regularly ($p > 0.05$) (Table 2). The rate of vaccination of patients who received training about vaccination from a nurse was higher.

Table 2. The Relationship between the Status of Having Received Training on Vaccination and Getting Vaccinated Regularly

			Do you regularly get vaccinated?		Total
			Yes	No	
Have you received training on vaccination?	Yes	n (%)	73 (94.8%)	4 (5.2%)	77 (100.0%)
	No	n (%)	131 (77.5%)	38 (22.5%)	169 (100.0%)
Total		n (%)	204 (82.9%)	42 (17.1%)	246 (100.0%)
$\chi^2:0.002 \quad p>0.05$					

Table 3. The relationship between the person who provided training about vaccination and the status of getting vaccinated regularly

			Do you regularly get vaccinated?		Total
			Yes	No	
From whom did you receive the training?	Hemodialysis Nurse	n (%)	62 (95.4%)	3 (4.6%)	65 (100.0%)
	Hemodialysis Doctor	n (%)	11 (91.7%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
Total		n (%)	73 (94.8%)	4 (5.5%)	77 (100.0%)
$\chi^2: Fisher's Exact \quad Cramer's V: 0.061; p=0.061>0.05$					

DISCUSSION

Vaccination is important in hemodialysis patients as it reduces hepatitis infection, pneumococcal and influenza related diseases and the financial burden of these diseases. Furthermore, vaccination rates are and should be an indicator of quality control for dialysis units (2). Viral hepatitis is considered to be an important problem in hemodialysis patients. Because 1.9% of the deaths in this population are caused by viral hepatitis diseases (13). According to the registry report for 2017 of Turkish Society of Nephrology, the rates of HBsAg (+) and Anti-HCV (+) were in the range of 11-5.6% and 21.3-11.3%, respectively in Turkey between the years 1997-2002, and the rates reported for 2017 were 2% for HBsAg (+) and 1.6% for Anti-HCV (+) (14). The decrease in these rates by year suggest that personnel training and patient training have been effective. In our study, the rate of patients who received training was higher compared to the other groups, which is in good agreement with the aforementioned statement. It is remarked about the timing of hepatitis B vaccine that early vaccination exposes patients to the risk of loss of immunity (4, 15- 17).

Hepatitis vaccine is recommended in stage 4 (GFR < 30 mmHg) chronic kidney disease (2, 18,

19). "Patients with uremia who were vaccinated before they required dialysis have been shown to have higher seroprotection rates and antibody titers" (9). In our study, half of the patients in the sample group had hepatitis vaccine before starting dialysis, which is a desired practice. However, in order to increase this rate to 100% by training, hemodialysis nurses should continue to provide training on vaccination. In our study, the rate of vaccination of patients who received training from a hemodialysis nurse was high, which lends support to our opinion. As a result of a three-phased study which includes education phase, baseline assessment of vaccination rates, intervention, and a follow-up assessment of vaccination rates, it is stated that a general improvement on the vaccination rates was present (20).

Educations on vaccination may contribute to changing both patients' and medical staff's perspective on vaccines. Infectious diseases are the second most common causes of morbidity and mortality (after cardiovascular disease) in patients with CKD. Uremic toxins, nutritional deficiencies contribute to immune dysregulation, which are further complicated by renal replacement therapies. For this reason, we think that this education should be continuous.

CONCLUSION

It is recommended that patients are given information about vaccinations before starting dialysis, that they have hepatitis B vaccines before

starting dialysis, and that they should definitely have hepatitis B, influenza and pneumococcal vaccines, which they should definitely have, throughout hemodialysis treatment.

REFERENCES

1. Koşan C. The use of vaccines in chronic dialysis patients. *AÜTD* 2002; 34: 25-29.
2. Kosmadakis G, Albaret J, Correia EDC, Somda F, Aguilera D. Vaccination practices in dialysis patients: A narrative review. In *Seminars in Dialysis* 2018; 31(5): 507-518.
3. Erdoğan Hİ, Atalay E, Gürsoy G, Canbakan B, Aktürk S, and et al. Factors affecting inadequate response to HBV vaccine in hemodialysis patients: northeast anatolia survey with six hemodialysis centers. *Clinical and experimental nephrology* 2019; 23(4): 530-536.
4. Dimitrov Y, Ducher M, Kribs M, Laurent G, Richter S, and et al. Variables linked to hepatitis B vaccination success in non-dialyzed chronic kidney disease patients: Use of a Bayesian model. *Nephrologie & Therapeutique* 2019; 15(4): 215-219.
5. Fabrizi F, Dixit V, Messa P, Martin P. Meta-analysis: levamisole improves the immune response to hepatitis B vaccine in dialysis patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2010; 32(6):756-762.
6. Masoodi I, Singh C, Wani IA, Wani MM, Ahmed TI, and et al. Sero conversion of viral hepatitis among end stage renal disease patients on hemodialysis in Kashmir: Results of a prospective study. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 2019; 7(4): 587-93.
7. Geddes C, Lindley E, Duncan N. Renal Association Clinical Practice Guideline on prevention of blood borne virus infection in the renal unit. *Nephron Clinical Practice* 2011; 118(Suppl 1): c165-c188.
8. Guidelines for vaccinating kidney dialysis patients and patients with chronic kidney disease summarized from Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/dialysis-guide-2012.pdf>. Access Date: 01.10.2019
9. Guideline for vaccinating kidney dialysis patients and patients with chronic kidney disease, (2015). <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/dialysis-guide-2012.pdf>.
10. Krueger KM, Ison MG, Ghossein C. Practical guide to vaccination in all stages of CKD, including patients treated by dialysis or kidney transplantation. *American Journal of Kidney Diseases* 2019; XX(XX):1-9 doi:10.1053/j.ajkd.2019.06.014 (In pres)
11. Guidelines for vaccination in patients with chronic kidney disease. *Indian Journal of Nephrology* 2016; 26(Suppl 1): 15–S18.
12. Tosun S. The changing viral hepatitis epidemiology in our country. *ANKEM Derg* 2013; 27: 128-134.
13. Aghakhani A, Banifazl M, Velayati AA, Eslamifar A, Ramezani A. Occult Hepatitis B virus infection in hemodialysis patients: a concept for consideration. *Ther Apher Dial* 2012; 16(4): 328-33. doi: 10.1111/j.1744-9987.2012.01072.x.
14. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Registry of the nephrology, dialysis and transplantation in Turkey Regisrty 2017. *Miki Matbacılık*, 2018.
15. Chaves SS, Daniels D, Cooper BW, Malo-Schlegel S, Macarthur S, and et al. Immunogenicity of hepatitis B vaccine among hemodialysis patients: effect of revaccination of non-responders and duration of protection. *Vaccine* 2011; 29–23.
16. Barraclough KA, Wiggins KJ, Hawley CM, van Eps CL, Mudge DW, and et al. Intradermal versus intramuscular hepatitis B vaccination in hemodialysis patients: a prospective open-label randomised controlled trial in nonresponders to primary vaccination. *American Journal of Kidney Diseases* 2009; 54: 95–103.
17. Tsouchnikas I, Dounousi E, Xanthopoulou K, Papakonstantinou S, Thomoglou V, et al. Loss of hepatitis B immunity in hemodialysis patients acquired either naturally or after vaccination. *Clinical Nephrology* 2007; 68(4): 228–34.
18. Topbaş E. Kronik böbrek hastalığının önemi, evreleri ve evrelere özgü bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015; 10(1): 53-59.
19. Jenkins K, Mahon A. Haemodialysis, in: *Chronic kidney disease*. EDTNA/ERCA, 2008. pp111.
20. Duval L, George C, Hedrick N, Woodruff S, Kleinpeter MA. Network 13 partnership to improve the influenza, pneumococcal pneumonia, and hepatitis B vaccination rates among dialysis patients. *Advances in Peritoneal Dialysis* 2011; 27: 106-111.

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi

The Effect of Progressive Relaxation Exercise on Comfort Level in Hemodialysis Patients

Gülşay TURGAY¹, Çiğdem ÖZDEMİR ELER², Şeyda ÖKDİM¹, Semiha KAYA³

¹Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu. Ankara, Türkiye

²Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu. Ankara, Türkiye

³Diyaliz Hemşiresi, Başkent Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Merkezi. Ankara, Türkiye

* Bu çalışma 16-20 Ekim 2019 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenen 29.Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuş ve “Sözel Bildiri Birincilik Ödülü” almıştır.

Geliş Tarihi: 22 Ocak 2020

Kabul Tarihi: 30 Ocak 2020

İletişim / Correspondence:

Gülşay TURGAY

E-posta: gturgay_gmh@hotmail.com

Özet

Amaç: Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizinin konfor düzeyine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak, 15 Nisan- 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında bir diyaliz merkezinde, kontrol grubu 20 ve girişim grubu 20 hasta ile yapılmıştır. Araştırma verileri, “Hasta Tanıtım Formu” ve “Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Frekans dağılımı, ortalama, standart sapma ile veriler sunulmuş istatistiksel analizlerde, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan girişim grubu hastaların %50’si kadın, %60’ı 40-59 yaş aralığında; kontrol grubundaki hastaların %50’si kadın, %40’ı 40-59 yaş aralığındadır. Girişim grubundaki hastaların HDKÖ ortalama puanlarının ön testte $25,4 \pm 4,84$, son testte $27,6 \pm 3,96$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların HDKÖ ortalama puanlarının ön testte $25,4 \pm 2,58$; son testte $24,25 \pm 2,67$ olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Progresif gevşeme egzersizlerinin hemodiyaliz tedavisi alan hastaların konfor düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Hemodiyaliz; Progresif Gevşeme Egzersizi; Konfor; Son Dönem Böbrek Yetmezliği; Hemşirelik.

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effect of progressive relaxation exercise on comfort level of hemodialysis patients.

Material and Methods: This study was carried out with the control group 20 and experimental group 20 patients in a dialysis center between April 15 and May 30, 2019. The research data were collected using the "Patient Information Form" and "Hemodialysis Comfort Scale (HDSP)". Data were presented with frequency distribution, mean, standard deviation and t test was used for independent groups. In the study, the significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of the experimental group patients, 50% were female, 60% were in the 40-59 age range, of the patients in the control group patients, 50% were female, , 40% were in the 40-59 age range. The mean HDRS scores of the patients in the experimental group were 25.4 ± 4.84 in the pre-test and 27.6 ± 3.96 in the post-test. The mean HDRS scores of the patients in the control group were found to be 25.4 ± 2.58 in the pre-test and 24.25 ± 2.67 in the post-test.

Conclusion: Progressive relaxation exercises were found to increase the comfort level of patients receiving hemodialysis treatment.

Key words: Hemodialysis, Progressive Relaxation Exercise; Comfort; End Stage Renal Disease; Nursing.

GİRİŞ

Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma ile başlayan, vücudun sıvı-elektrolit ve metabolik işlevlerini sürdürmek için gerekli böbrek fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma; Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) olarak tanımlanmaktadır (1,2). Türk Nefroloji Derneği 2018 yılı verilerine göre; SDBY’de en yaygın kullanılan renal replasman tedavi yöntemi %74.8 oranında hemodiyalizdir. 2018 yılı hemodiyaliz tedavisi alan hasta sayısı 71.055’tir (3).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, hastalık ve tedavi sürecine bağlı birçok semptomu yaşamakta ve beraberinde birçok sorunla baş etmek zorunda kalmaktadırlar (4,5). Ağrı, kaşıntı, yorgunluk, bulantı- kusma, kas krampları gibi semptomlar ve sık hastane yatışları, fiziksel disfonksiyon, beslenme değişiklikleri, sıvı kısıtlaması, ölüm korkusu ve uyku bozukluğu gibi değişiklikler hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (4,6).

Temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi olarak ifade edilen konfor kavramı Kolcaba (1994) ’ya göre “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme durumu olarak tanımlanmaktadır (7). Kolcaba (2003) konfor kuramında öncelikle bireyin var olan destek sistemleri ile karşılanamayan konfor gereksinimleri belirlenir. Belirlenen gereksinimleri karşılamak üzere girişimler planlanır, girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen değişkenler dikkate alınarak değerlendirilir. Beklenen sonuç bireyin konforunun artmasıdır (8).

Günümüzde kronik hastalığı olan bireylerin konfor düzeylerini yükseltmek ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlamak için gevşeme yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Progresif gevşeme egzersizleri (PGE) Dr. Jacopson tarafından 1929 yılında geliştirilmiştir. PGE, insan vücudunda yüzden ayaklara kadar belli kas gruplarının kasılmasının ve gevşemesinin sağlandığı bir tür egzersizdir. Bu uygulamanın temel amacı, bireylerin kaslardaki gerginlik ile gevşeme arasındaki farkı hissedebilmeleri ve gerginlik durumunda kendi kendine gevşemeyi öğrenebilmeleridir. Yapılan çalışmalarda PGE’nin kas gerginliğini, stresin etkilerini, anksiyeteyi, depresyonu, ağrıyı, yorgunluğu azaltmada, uykuya geçişi kolaylaştırmada, yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu saptanmıştır (9,10).

Yapılan literatür incelemesinde, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde PGE’nin konfor düzeyine etkisini belirleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan PGE’nin konfor düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan PGE’nin konfor düzeyine etkisini değerlendirmek amacı ile ön test-son test, kontrol gruplu, yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 15 Nisan- 30 Mayıs 2019 tarihleri arasında Ankara’daki bir üniversite hastanesinin diyaliz merkezinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, veri toplama tarihleri arasında ilgili hastanenin diyaliz merkezlerinde tedavi alan tüm bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirtilen merkezde iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üstü, en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi almakta olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler oluşturmuştur. Eğitim süresince kontrol grubunun girişim grubundan etkilenmemesi için diyaliz merkezinde Salı-Perşembe-Cumartesi günleri hemodiyaliz tedavisi alan bireyler girişim, Pazartesi-Çarşamba-Cuma günleri hemodiyaliz tedavisi alan bireyler kontrol (20) grubu olarak belirlenmiştir. Yapılan güç analizi sonucunda 0,20 etki büyüklüğü %5 hata payı ile çalışmanın gücü % 80 olarak saptanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ)” ve araştırmacı tarafından ilgili literatür (11-14) doğrultusunda hazırlanmış “Hasta Tanıtım Formu” kullanılarak toplanmıştır. Hasta Tanıtım Formu, hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren 11 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formu; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, mesleği, hemodiyaliz tedavisi aldığı süre, damara erişim yolu, haftalık diyaliz seans sayısı ve eşlik eden başka bir hastalığın varlığına ilişkin soruları içermektedir.

Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ); Şahin-Orak ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçek; dokuz maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 4. maddesine verilen yanıtlardan “hiçbir zaman” 1 puan, “çok nadir” 2 puan, “bazen” 3 puan, “çok sık” 4 puan ve “her zaman” 5 puan olarak puanlanmaktadır. Diğer maddelere (1-3,5-9) verilen yanıtlardan “hiçbir zaman” 5 puan, “çok nadir” 4 puan, “bazen” 3 puan, “çok sık” 2 puan ve “her zaman” 1 puan olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; “Rahatlama” (7-9. maddeler) ve “Üstesinden gelme” (1-6. maddeler)’dir. Rahatlama alt boyutundan en az 3.00 ve en çok 15.00 puan alınabilmekte; üstesinden gelme alt boyutundan ise en az 7.00

ve en çok 30.00 puan alınabilmektedir. HDKÖ’den alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan 45’tir. Alınan puan 45’e yaklaştıkça konfor seviyesi yükselmektedir. Ölçeğin Cronbach’s alfa güvenilirlik katsayısı ise 0.87’dir (11). Bu araştırmada da HDKÖ’nün cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,68 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın ilk aşamasında, veri toplama formları; katılımcılara uygulama süreci hakkında bilgi verilip, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alındıktan sonra HD seansında araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında girişim grubundaki bireylere HD seansı başlamadan önce, eğitim odasında PGE hakkında eğitim verilmiştir. Eğitim ortalama 20 dakika sürmüştür. Eğitimde Türk Psikologlar Derneği Gevşeme Egzersizleri CD’si kullanılmıştır. PGE eğitimi aşamaları; gevşemenin tanımı, önemi, amacı, yararları ve dikkat edilmesi gereken durumların anlatılması, doğru nefes tekniklerinin öğretilmesi, egzersizin araştırmacı tarafından CD eşliğinde uygulayarak öğretimi ve soruların yanıtlanmasından oluşmaktadır. PGE araştırmacılar tarafından hastalara birebir yaptırılmıştır. Girişim grubuna 4 hafta boyunca en az haftada iki kez PGE uygulanmıştır. Uygulama öncesinde uzman psikolog Yüksel Demirel’den PGE eğitimi alınmıştır. Kontrol grubundaki bireylere araştırma süresince herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırmanın son aşamasında hem girişim hem de kontrol grubuna HDKÖ, HD seansında araştırmacılar tarafından uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normallik kontrolüne Kolmogrow Smirnov testi ile bakılmış ($p>0,05$) ve parametrik testler uygulanmıştır. Çalışmanın normal dağılım göstermesi, varyansların homojenliği ve grupların bağımsız olması durumunda örneklemin 30’dan büyük olma şartı aranmaksızın parametrik test kullanılabilir (15). Frekans dağılımı, ortalama, standart sapma ile veriler sunulmuş istatistiksel analizlerde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa

katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onam (10/10/2018, KA18/289) ve araştırmanın yürütülebilmesi için çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin başhekimliğinden kurum izni alın-

mıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden "isteklilik, gönüllülük" ilkesi ışığında "Bilgilendirilmiş/Aydınlatılmış Onam" koşulu yerine getirilmiştir. Progresif Gevşeme Egzersiz CD'sinin kullanım izni Türk Psikologlar Derneği'nden, HDKÖ'nin kullanım izni Nuray Şahin Orak'tan mail yoluyla alınmıştır.

Tablo 1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	10	50	10	50
	Erkek	10	50	10	50
Yaş	20-39	4	20	7	35
	40-59	12	60	8	40
	60 ve üstü	4	20	5	20
Medeni Durum	Evli	13	65	17	85
	Bekar	7	35	3	15
Eğitim Durumu	İlkokul	5	25	-	-
	Ortaokul	4	20	7	35
	Lise	5	25	5	20
	Üniversite	6	30	8	40
Aylık Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	5	25	6	30
	Gelir Gidere Denk	14	70	14	70
	Gelir Giderden Fazla	1	5	-	-
Meslek	Memur	1	5	2	10
	Emekli	11	55	14	70
	Ev Hanımı	8	40	4	20
Hemodiyaliz sıklığı	Haftada 3 seans	19	95	20	100
	Haftada 2 seans	1	5	-	-
Vasküler Giriş Yolu	Arteriovenöz Fistül	20	100	20	100
Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Zamanı	6 ay- 5 yıl	8	40	7	35
	6-10 yıl	5	25	9	45
	11 yıl ve üzeri	7	35	4	20
Sekonder Hastalık	Evet	14	70	7	35
	Hayır	6	30	13	65

Değerler yüzde olarak sunulmuştur

BULGULAR

Girişim grubundaki bireylerin %50'si kadın, %60'ı 40-59 yaş aralığında ($\bar{x}=49,9\pm 15,02$; min: 22-max:77), %65'i evli, %30'u üniversite mezunu, %55'i emekli ve %70'inin aylık geliri giderine eşittir. Kontrol grubundaki bireylerin ise %50'si kadın, %40'ı 40-59 yaş aralığında ($\bar{x}=50,35\pm 10,05$; min: 33-max:63), %85'i evli, %40'ı üniversite mezunu, %70'i emekli ve %70'inin aylık geliri giderine eşittir (Tablo 1).

Hastalığa ilişkin özelliklere göre; girişim grubundaki bireylerin %95'i, kontrol grubundaki bireylerin tamamı haftada üç seans hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Vasküler giriş yolu, girişim ve kontrol grubundaki bireylerin tamamında arteriyovenöz fistüldür. Girişim grubundaki bireylerin %40'ı 6ay- 5 yıl, kontrol grubundaki bireylerin %45'i 6-10 yıldır hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Girişim grubundaki bireylerin %70'inde, kontrol grubundaki bireylerin ise %35'inde sekonder hastalık bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de girişim ve kontrol grubu hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin HDKÖ ön test- son test puanlarının karşılaştırılması bulunmaktadır. Girişim grubundaki bireylerin HDKÖ ortalama puanlarının ön testte $25,4\pm 4,84$ ve son testte $27,6\pm 3,96$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin HDKÖ ortalama puanlarının ön testte $25,4\pm 2,58$ ve son testte $24,25\pm 2,67$ olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin, gruplar arası HDKÖ puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), grup içi HDKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde görülen semptomlar, bireyin konfor düzeyini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (16). Son yıllarda PGE kronik hastalığı olan bireylerde semptom yönetiminin yanında bireyin konfor düzeyini arttırmak için de sıklıkla kullanılmaktadır (9).

Çalışmamızda, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin hemodiyaliz konfor ölçeği puanları karşılaştırıldığında, girişim ve kontrol grubundaki bireylerin, gruplar arası HDKÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken, grup içi HDKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. PGE'nin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeyini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Literatür hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeylerine ilişkin çalışmalara bakıldığında; Tabiee ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada sırt masajı ve hasta eğitiminin, hastaların konfor düzeyine etkisine bakılmış ve her iki gruptaki hastaların konfor düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (6). Çalşkan'ın (2018) üremik hastalarda kaşıntının konfor düzeyine etkisini incelediği çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hemodiyaliz tedavisi almayan hastalara göre yüksek konfora sahip olduğunu saptanmıştır (12). Isnaini ve ark. (2018) arteriyovenöz fistül girişlerinde yapılan yavaş-derin nefes ve soğuk uygulamanın konfor düzeyine etkisini incelendiği çalışmada, girişim grubundaki bireylerin konfor düzeylerinin arttığı saptanmıştır (17). Estridge ve ark. (2018) tarafından sıvı kısıtlaması ve konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel çalışmada, sıvı kısıtlaması ve konfor düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (18).

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubu Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ) Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

HDKÖ	Girişim	Kontrol	p*
	X±SS	X±SS	
Ön test	25,4±4,84	25,4±2,58	0,149
Son test	27,6±3,96	24,25±2,67	0,160
p**	0,039	0,032	

Bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır.

Gevşeme egzersizlerinin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde; ağrı (21), anksiyete (19,20) ve yorgunluğu (19,21) azalttığı; uyku (19,23-25) ve yaşam kalitesini (20,21,25) artırdığı, öfke yönetimini (22) olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, literatürde hemodiyaliz tedavisi alan bireylere PGE uygulanıp konfor düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamış ancak sınırlı sayıda diğer kronik hastalıklarda yapılan çalışmalara rastlanılmıştır. Bu çalışmalardan Yılmaz ve Arslan'ın (2015) meme kanserli bireylerle ön test-son test, kontrol gruplu, yarı deneysel olarak yaptıkları çalışmada bireylerin konfor düzeyi genel konfor ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve PGE'nin konfor düzeyini olumlu etkilediği tespit edilmiştir (26).

Özcan'ın (2018) göğüs tüpü çıkarma işlemi öncesi uygulanan PGE, soğuk uygulama ve lokal anestezinin hastanın ağrı, konfor düzeyi ve yaşam bulguları üzerine etkisini incelediği çalışmada,

hastaların konfor düzeyleri konfor skalası ile değerlendirilmiş ve konfor düzeyinin PGE grubunda artış gösterdiği, kontrol grubunda ise işlem öncesi ile hemen hemen aynı olduğu saptanmıştır (27).

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada PGE'nin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin konfor düzeyini arttırdığı görülmektedir. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere PGE'nin öğretilmesi ve periyodik olarak uygulanmasının sağlanması, diyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin PGE'nin uygulaması hakkında bilgi sahibi olmaları ve hasta bakım sürecine dahil edilmesi konusunda desteklenmesi önerilmektedir. Ayrıca bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle örneklem sayısı yüksek izlem çalışmaları ile randomize kontrollü deneysel çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Port MC. Patofizyolojinin Temelleri. Çeviren: Tanrıöver M, Sarı A. 4. Basım. Palme Yayıncılık, Ankara; 2018.
2. Garcia GG, Jha V. Chronic Kidney Disease in Disadvantaged Populations. Hong Kong Journal of Nephrology 2015;17:1-5.
3. Türk Nefroloji Derneği Registry 2018. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon.
4. Akça KN, Doğan A. Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri. Bozok Tıp Dergisi 2011;1:15-22.
5. Karadağ E, Kılıç SP, Karatay G, Metin Ö. Effect of Baby Oil on Pruritus, Sleep Quality and Quality of Life in Hemodialysis Patients: Pretest-Post Test Model With Control Groups. Japan Journal of Nursing Science 2014; 11: 180-189.
6. Tabiee S, Momeni A, Alireza S. The Effects of Comfort-Based Interventions (Back Massage and Patient and Family Education) on The Level of Comfort Among Hemodialysis Patients. Mod Care J 2017;14(3):64-87.
7. Çınar YŞ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011;27 (2) : 79-88.
8. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. Maltepe Üniversitesi Bilim Ve Sanat Dergisi 2011; 4(1):197-202.
9. Kapucu S, Kütmeç, YC. Kronik Hastalıklarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Yararı. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg 2018;32 (2): 111-114.
10. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi. "Gevşeme Egzersizleri CD". 2014, Ankara.
11. Şahin Orak N, Çınar Pakyüz S, Kartal A. Ölçek Geliştirme Çalışması. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017; 12(2):68-77.
12. Çalışkan T, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Almayan Üremik Hastalarda Kaşıntı Konforu Etkiler mi?. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2019;14 (3): 84-96.

13. Turgay G, Tural E, Sezer S. Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2017;26(3):311-316.
14. Turgay G, Tural E, Sezer S. Restless Legs Syndrome, Sleep Quality and Fatigue in Hemodialysis Patients. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2018; 2(2):196-203.
15. Kim TK. T Test As a Parametric Statistic. *Korean Journal of Anesthesiology* 2015; 68(6); 540-6.
16. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun BA. Population-Based survey of Chronic Renal Disease in Turkey the CREDIT Study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2011;26(6): 1862-1871.
17. Isnaini N, Hidayati T, Sumaryani S. Effect of Combination of Slow Deep Breathing and Ice Therapy towards Comfort Level in Arteriovenous Fistula Insertion of Hemodialysis Patients in PKU Muhammadiyah Hospital Yogyakarta Nur. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy* 2018;7 (1);45-51.
18. Estridge KM, Morris DL, Kolcaba K, Winkelman, C. Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 2018;45(1): 25-33.
19. Amini E, Goudarzi I, Masoudi R, Ahmadi A, Momeni A. Effect of Progressive Muscle Relaxation and Aerobic Exercise on Anxiety, Sleep Quality, And Fatigue in Patients With Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* 2016;8(12); 1634-1639.
20. Kuzeyli Y, Fadiloğlu Ç. Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1);33-45.
21. Kaplan E. 2012. Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
22. Demir B, Okanlı A. Hemodiyaliz Hastalarında Gevşeme Egzersizi ve Öfke Eğitiminin Öfke İfadelerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16 (4):227-33.
23. Saeedi M, Ashktorab T, Saatchi K, Zayeri F, Akbari AAS. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Haemodialysis. *Journal Critical Care Nurse* 2012; 5(1): 23-29.
24. Saeedi M, Saatchi K, Zayeri F, Akbari AAS, Askhtorab T. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Hemodialysis. *Critical Care Nurse Journal* 2006;5(1): 7044.
25. Erdem N. 2005. Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
26. Yılmaz GS, Arslan S. Effects of Progressive Relaxation Exercises on Anxiety and Comfort of Turkish Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16 (1): 217-22.
27. Özcan, N. 2018. Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizi, Soğuk Uygulama Ve Lokal Anestezinin Hastanın Ağrı, Konfor Düzeyi Ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

DERLEME / REVIEW

Kronik Böbrek Hastalıkları ile Diyaliz Birimlerinde Hemşirelerin Maliyet-Etkililik ve Verimliliğe Etkisi

Impact of Nurses to Cost-Effectivity and Productivity in Chronic Kidney Disease and Dialysis Units

Nurcan BİLGİÇ

Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Lefke, KKTC

Geliş Tarihi: 23 Temmuz 2019

Kabul Tarihi: 25 Ekim 2019

İletişim / Correspondence:

Nurcan BİLGİÇ

E-posta: nurcan.bilgic@gmail.com

Özet

Dünyada ve ülkemizde salgın halinde görülen Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBH global mortalite nedenleri arasında hızlı bir şekilde artmaktadır. Dünyada yaklaşık 2 milyon hasta diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile yaşamını sürdürmekte, 2020 yılında diyaliz tedavisine ihtiyaç duyması beklenen kişi sayısının 3.5 milyon dolayında olacağı öngörülmektedir. KBH ve böbrek yetmezliklerinin son dönemlerinde sağlık maliyetleri hem kişilerin hem de ülkelerin sağlığa ayırdığı maliyetleri oldukça olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireler, tüm hastaların zarar görmesini engelleyecek şekilde hasta güvenliğini sağlamakta, verdiği tüm hizmet süreçlerinde adil olmaya dikkat etmekte, hastalara uygun hizmet sağlamada hasta odaklı çalışmakta, hastalara bakım sırasında uygun bakımı ve süreçleri yönetmekte, hastalara bakımı zamanında ve sürekli olarak vermektedir. Hemşireler diyaliz hastalarına bakım verirken North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), hemşirelik girişimlerinin standardize edilmiş bir sınıflandırmasını kullanmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler, kurumların verimliliğinin artmasında önemli bir işgücüne sahiptir. Hemşirelerin motivasyonunun artırılmasının sağlanması, verimlilik ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının da memnuniyetini arttıracaktır. Kurumlar sağlık alanda kalıcılık sağlamak istiyorsa, hemşirelerin işgücü verimliliğini artıracak hedefleri planlamalı, uygulamalı, gerektiği alanlarda iyileştirmeler yapmalıdır. Diyalizde hemşirelik mezunu ve bu konuda sertifika sahibi olanların çalıştırılması maliyet-etkililik açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Diyaliz Hemşireliği, Maliyet-Etkililik.

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD), seen as contagious in our country and in the world, is a crucial public health problem. CKD is rapidly increasing among the global mortality causes. Approximately 2 million patients have been maintaining their lives with dialysis and kidney transplant treatments, and it is predicted that the number of people who are expected to need dialysis treatment will be around 3.5 million in 2020. Recent health costs of CKD and kidney failure affects the health costs of both people and countries in a negative way. Nurses provide the patient safety in a way to prevent harm to all patients, pay attention to the equity

in all service processes they give, work as patient-focused to provide appropriate service to the patients, manage the appropriate care and process during the patient care, and give care to the patients timely and consistently. Nurses use a standardized classification of nursing initiatives, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) while giving care to the dialysis patients. Nurses who are working in health institutions have a crucial labor force in increasing the institution productivity. Providing the motivation increase of nurses increases the satisfaction of patient and patient's relatives in addition with the productivity. If the institutions hope to provide a persistency in the fields of health, they need to plan and apply the goals that will increase the labor force productivity of nurses, and make improvements in necessary fields. It is important to employ people with bachelor of nursing and certificate holder about this subject in terms of cost-effectivity.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Dialysis Nursing; Cost-Effectivity.

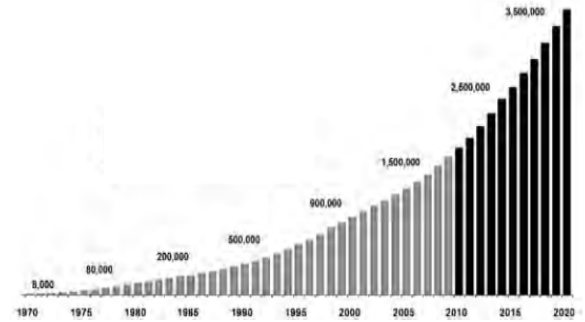
GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı ve Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Genel Bakış

Primer koruma kapsamında yapılan çalışmaların artırılması ile; hastaların erken saptanması istenmektedir (1-3). Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) sıklıkla önlenemez veya ilerlemesi geciktirilebilir bir durum olmasına karşın, hastalığın bireyler tarafından farkındalık düzeyinin düşük olması ve buna bağlı olarak erken tanıya geç kalınması gibi nedenlerle her yıl artmaktadır (4, 5). Dünya nüfusunun yaklaşık %10'u kronik böbrek hastalıklarından etkilenmektedir. KBH global mortalite nedenleri arasında hızlı bir şekilde artmakta ve son yıllarda 3. sırada yer almaktadır. Halen tüm dünyada yaklaşık 2 milyon hasta diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavileri ile yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır (5). Yapılan araştırmalarda; 2020 yılında diyaliz tedavisine ihtiyaç duyması beklenen kişi sayısının 3.5 milyon dolayında olacağı öngörülmektedir (6, 7).

Kronik Böbrek Hastalıkları ve böbrek yetmezliklerinin son dönemlerinde sağlık maliyetleri hem bireylerin, hem de ülkelerin sağlığa ayırdığı maliyetleri olumsuz yönde etkilemektedir (7,8). Dünya Böbrek Günü kapsamında yayınlanan raporda (2017); Birleşmiş Milletler'in sağlık bakım programlarında son dönem böbrek yetmezliğinin yıllık maliyetinin ülke ekonomisine 35 milyar dolar yük getirdiği belirtilmektedir (8). Koruyucu hizmetlerde yeterli düzeye ulaşılamaması, hasta sayısının her geçen yıl artması,

tedavinin yapıldığı merkez ve bu merkezlerde yapılan uygulama maliyetlerinin artması ile önümüzdeki birkaç yıl içerisinde gelişmiş ülkelerin sağlık bütçelerinin ciddi olarak zorlanacağı, daha düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise altından kalkılması mümkün olmayan bir ekonomik yükün ortaya çıkacağı belirtilmektedir (8, 9).



Şekil 1. Dünya'da diyaliz hastası sayısının artışı

References: Kasti J, Pancirova, Dialysis Enviromental Guide, A Practical Guide to Reducing The Enviromental Burden of Dailysis, European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), Imprenta Tomás Hermanos Río Manzanares, 42-44 E28970 Humanes de Madrid Madrid - Spain, English Edition September 2011, Turkish Edition May 2013.

Böbrek yetmezliği ve KBH'nın son evresinde olan hastaların büyük bir kısmı düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşamakta olup, mortalite oranı gelişmiş ülkelerde yaşayan hastalara göre daha yüksektir (10,11).

Ülkemizdeki genel yetişkin popülasyonda KBH sıklığı % 17,6'dır ve toplumdaki her 6 -7 kişiden biri KBH'dan etkilenmektedir (1,2,7). Türk Nefroloji Derneği tarafından periyodik olarak elde edilen Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre, Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) prevalansı ülkemizde de hızlı bir biçimde artmaktadır. Türkiye'de 2001 yılında milyon nüfus başına 314 olan SDBY'li hasta sayısı, geçen on yıllık sürede 2,5 kattan fazla artarak milyon nüfus başına 800'ü aşmıştır (12). Sağlık Bakanlığı'nın (SB) 2016 yılında açıkladığı verilere göre, Türkiye'deki kamu ve özel diyaliz merkezlerinde tedavi gören hasta sayısı 60.573'tür. Sağlık Bakanlığı Kan, Organ ve Doku Nakil Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın Mayıs 2019 itibarıyla açıkladığı verilerde; 2018 yılında 3.874, 2019 yılı ilk 4 ayında 1.334 hastaya böbrek transplantasyonu yapılmıştır (13). Bu hastalara uygulanan tedavinin maliyeti ise ülkemizde sağlığa ayrılan bütçenin % 5'inden fazlasına denk gelmektedir.

Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO-2017) Klinik Uygulama Kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığı tanısı konulabilmesi için; üç ay veya daha uzun süren böbrek hasarının olması (Glomerüler Filtrasyon Hızı [GFH] değişiklikleri), patolojik (yapısal) anormalliklerin olması, idrarda (proteinüri varlığı vb), kanda (renal tübüler sendromların varlığı) ya da görüntüleme yöntemlerinde saptanan anormallikler ile böbrek transplantasyonu ve/ veya üç ay veya daha uzun süren GFH azalması olması gereklidir (11).

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde, hastalığın erken evrelerinden itibaren kardiyovasküler nedenlere bağlı olarak morbidite ve mortalite riskleri artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan kapsamlı ve toplum temelli bir çalışmada, KBH'li bir hastanın mortalite riskinin SDBY'ye ilerleme olasılığından 16 kat yüksek olduğu belirlenmiştir (14). Zaman içinde diyalize başlayan hastaların ise yarıya yakını 5 yıl içinde hayatını kaybetmektedir (15). Hastalara böbrek transplantasyonu yapılması ile kişilerin yaşam süreleri anlamlı olarak artmasına rağmen, tam bir iyilik hali hiçbir zaman olmamaktadır. Yüksek morbidite oranları ve kötü yaşam kalitesi hastaların ve ailelerinin hem sosyal yaşantılarını hem de ekonomik üretkenliklerini olumsuz etkilemekte

ve bunun sonucunda da hastalığın ülke düzeyinde yarattığı ekonomik kayıplar daha da artırmaktadır (16).

Ülkemizde tüm yaş grupları arasında erkekler kadınlara göre daha fazla diyaliz tedavisi almaktadır. Ayrıca diyalize giren hastaların etiyolojileri incelendiğinde, hastaların % 35'inde diabetes mellitus, %28'inde kardiyovasküler hastalıkların olduğu ve hastaların bu etiyolojiler nedeni ile yaşamlarını kaybettiği bildirilmektedir (7,17).

Diyaliz Nedir ve Nerelerde Uygulanır?

Hemodiyaliz, böbrek hastalarının kanında bulunan üremik maddeleri filtrelemek için ekstrakorporal bir kan arındırma işlemi olarak tanımlanmaktadır. Arındırma işlemi yarı geçirgen membranların kullanılması ile yapılmaktadır. Thomas Graham tarafından ilk kez 1854 yılında tanımlanmış ve bunun için düzenek oluşturularak işlem yapılmış ve işlem sonrasında düzenekte arta kalanlar idrarın içindeki maddeler olmuştur. İşlevsel bir hemodiyaliz aletinin Kolodyon membranlarının kullanımı ile Abel ve ark. tarafından 1914 yılında ilk işlevsel diyaliz işlemi köpekler üzerinde uygulanmıştır. İnsanlar üzerindeki ilk diyaliz tedavisi ise 1924 yılında Georg Haas tarafından gerçekleştirilmiştir. 1943 yılında Willem Kolff tarafından selofan membranlarının ve immersiye banyosunun kullanıldığı dönen varilli hemodiyaliz sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu yöntemle akut böbrek yetmezliği olan bir hasta bir hafta süreyle tedavi edilmiş ve bu hasta hemodiyaliz tedavisi ile tamamen iyileşen ilk hasta olmuştur. Bu tedavi yapay renal replasman terapisinin de başlangıcı kabul edilmektedir. Kiil tarafından 1960 yılında geliştirilen değiştirilebilir plakalı diyaliz cihazı geleneksel Kolff böbreğine göre diyaliz ve ultrafiltrasyon işlemlerini daha iyi birleştirmektedir. Uzmanlar tedavilerin kalitesini arttırmak, morbidite ve mortalite oranlarını düşürmek için çalışmalara devam etmektedir (6,18).

Halen SDBY hastaları haftada üç defa geleneksel hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Günümüzde ayrıca daha uzun süren veya daha sık alınan diyaliz, noktürnal hemodiyaliz, günlük kısa hemodiyaliz, evde hemodiyaliz ve hemodiyafiltrasyon gibi alternatif hemodiyaliz uygulamalarının yanı sıra son yıllarda yüksek akışlı diyaliz cihazı kullanımı artmaktadır (6).

Evde uygulanabilen hemodiyaliz tedavisi, altyapısal ve işgücü bakımından merkezlerde yapılan hemodiyalize kıyasla ekonomik açıdan daha uygun ve sürdürülebilir niteliktedir. Kamu kurumlarında ve merkezlerde işgücü giderlerinin fazla olması, hemşire sayısının kısıtlılığı, son günlerde diyaliz hemşirelerinin görev ve yetkilerinin elinden alınarak merkezlerden çıkartılması ve yerlerine iki yıllık meslek yüksekokulu mezunu teknikerlerin yerleştirilmesi, daha fazla hasta tedavisinin sağlanabilmesi için yeterli fiziksel alanın bulunmaması, diyaliz sağlayıcılarının artan maddi yükleri evde uygulanan hemodiyaliz seçeneğinin daha fazla gündeme gelmesine neden olmaktadır. Evde hemşire gözetiminde yapılan hemodiyalizlerde hastalar ve aileler sosyal ve psikolojik açıdan daha uyumlu olmaktadır. Evde yapılan diyalizlerle ilgili gözleme dayalı çalışmalarda, beklenen morbidite oranlarının düştüğü ifade edilmektedir. Hemşireler tarafından eğitimlerinin sürekli yapılması ve hemşirelik girişimleri sonucunda hastaların daha az ilaç kullandığı, sağlık ve bakım masraflarının azaldığı ve hastaneye yatma sıklığındaki düşüş gibi faktörler evde yapılan diyaliz uygulanmasının tercih edilirliliğini artıracaktır (8,9).

Sağlık Kurumlarında İşgücü Verimliliği ve Maliyet Etkililiğinde Hemşirenin Rolü

Sağlık kuruluşlarda sunulan diyaliz hizmetlerinin hedeflerine ulaşabilmesi için organizasyonel ve kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hedeflerin belirlenmiş olması gereklidir. Organizasyonel hedefler kurumun hizmet sunum şeklidir ve bu kapsamda etkililik, etkinlik, verimlilik ve sağlıklı çalışma yaşamı oluşturulması hedeflenir. Kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hedefler ise hasta güvenliği, adil olma, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık ve sürekliliktir (4). Organizasyonel hedeflerin sunumu sırasında; etkinlik aşamasında planlanan hedeflere ulaşmak, bu etkinliklerde bireylerin işleri doğru yapabilme kabiliyetlerine sahip olmasını sağlamak, verimlilikte ise üretilen hizmetler ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkinin en az kaynak kullanarak hedeflere ulaşmasını sağlamak amaçlanmalıdır. Tüm bunların sağlıklı bir çalışma ortamında gerçekleşmesi hemşirelerin motivasyonunu da artıracaktır. Ayrıca hemşireler, tüm hastaların zarar görmesini

önleyecek şekilde hasta güvenliğini sağlamakta, verdiği tüm hizmet süreçlerinde adil olmaya dikkat etmekte, hastalara uygun hizmet sağlamada hasta odaklı çalışmakta, hastalara bakım sırasında uygun bakımı ve süreçleri yönetmekte, hastalara bakımı zamanında ve sürekli olarak vermektedir. Tüm bunları yaparken "Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumlulukları"na dikkat etmektedir (4, 20).

Son yıllarda hizmet sektöründe işgücü verimliliğinin önemi daha fazla öne çıkmakta ve bu konuda iyileştirme, geliştirme çalışmaları giderek artmaktadır. Sağlık sektörü de bu gelişmelerden olumlu olarak etkilenmektedir. İşgücü verimliliği, çalışanların yapmakta oldukları işlerdeki başarı oranlarının artması olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların motivasyonunun sağlanması işgücü verimliliğini artırmakta, bu da kurumların başarısını doğrudan etkilemektedir (1,3,8,9).

Sağlık kurumunda üretilen hizmet genel olarak insan gücüne dayalıdır. Sağlık kurumlarında motivasyonu yüksek ve çalışmaya hevesli kişilerin yaptıkları işlerde daha başarılı olduğu gözlemlenmektedir. Bu da sağlık kurumlarında verimliliğin artmasında en önemli etken olan işgücünün önemini ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler, kurumların verimliliğinin artmasında önemli bir işgücüne sahiptir. Hemşirelerin motivasyonunun artırılması hem verimlilik hem de hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini artıracaktır. Kurumlar buldukları alanda kalıcılık sağlamak istiyorsa, vizyon ve misyonları doğrultusunda hemşirelerin işgücü verimliliğini artıracak hedefleri planlamalı, uygulamalı, gerektiği alanlarda iyileştirmeler yapmalıdır.

Ülkemizde diyaliz hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları, Sağlık Bakanlığı'nın 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliği'nde tanımlanmaktadır. Hemşireler genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra hastaların kendi kendine yönetimini ve bakımını destekler. Diyaliz işlemi sırasında oluşabilecek komplikasyonlara yönelik girişimlerde bulunur. Hastaya sosyal ve psikolojik destek açısından uygun yönlendirmelerde bulunur. Diyaliz giriş yerinin bakımını yapar. Ayrıca hastaya uygulanan diyaliz tedavisinin etkinliğini artırmak, tedavi maliyet-

lerin azaltılmasını sağlamak için hasta ve hasta yakınlarına diyaliz işlemi, diyaliz süresi ve fistül bakımı ile hastanın evdeki bakımına ilişkin eğitim verir. Aynı yönetmelik kapsamında, hemşireler hekim kararı ile hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulamaları (21,22).

Hemşireler sağlıklı bir toplum oluşturmak için koruyucu bakım kapsamında sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi gibi birçok görev üstlenmişlerdir. Hemşirelerin özellikle birinci basamakta yapması gereken en önemli koruyucu bakım hizmeti, bireylerin KBH farkındalığını arttırmak olduğu söylenebilir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda, bireylerin sadece %10'unun KBH'nın farkında olduğu belirlenmiştir (23). Ülkemizde ise farkındalık düzeyi daha da düşüktür. Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması'na (CREDIT) göre ülkemizde KBH'nın farkındalık düzeyi % 2'nin altındadır (13). Bireylerin düşük farkındalıkları sonucu, hastalar SDBY evresine hızla ilerlemekte, hastalarda yüksek morbidite ve mortalite oranları saptanmakta, hastaların yaşam kalitesi düşmektedir. Ayrıca hastalar daha sık ve uzun sürelerle yüksek maliyetli diyaliz uygulamaları ile böbrek transplantasyonu tedavilerine ihtiyaç duymaktadır (4,17).

Diyaliz tedavisi sırasında hemşirelik uygulamalarının kanıt dayalı olması, hastanın tercihlerinin ve değerlerinin göz önünde bulundurulması, klinik uzman deneyimlerinden faydalanılması, hasta bakımı verilerinin ve yapılan çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları kurumların destekleyici örgüt kültürünün olması ve kanıt temelli yaklaşımı benimsemesi durumunda hasta sonuçları daha iyi seviyelere ulaşır, hastalara verilen bakımın kalitesi ve hemşire memnuniyeti de olumlu yönde artar (24).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), hemşirelik girişimlerinin standardize edilmiş bir sınıflandırmasını Nursing Interventions of Classifications (NIC) ve hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere, beklenen hasta sonuçlarının standardize edilmiş sınıflandırmasını Nursing Outcome Classifications (NOC) kullanarak

yapmıştır. KBY olan hastalarda sınıflandırma NANDA tarafından onaylanan, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanılarından oluşturulmuştur. Hemşirelik tanısı olarak sıvı volüm eksikliği, deri bütünlüğünde bozulma, yaralanma riski (kırık vb), aktivite intoleransı, beslenmede değişiklik: beden gereksiniminden az beslenme, konstipasyon, diyare, enfeksiyon riski, düşünce sürecinde değişiklik ve bilgi eksikliği tanımlanmaktadır (25-28). Hemşireler bu tanıları uygun hemşirelik bakım planını yapmakta, hemşirelik girişimlerini uygulamakta ve sonuçları değerlendirerek kayıt altına almaktadırlar.

Türkiye'de KBH'lı bireyler ve diyaliz ünitesinde çalışacak hemşirelerin mesleki gelişimlerinin artırılabilmesi için uzun yıllardır mesleki eğitim üzerine sertifika programları uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 1993 yılında yayımladığı Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik'e göre; bir diyaliz merkezi ya da ünitesi başına bir nefrolog ya da sertifikalı bir uzman hekim, 20 hemodiyaliz cihazına bir sertifikalı diyaliz hekimi ve her beş hemodiyaliz cihazına bir sertifikalı hemşire ya da sertifikalı ebe ya da sertifikalı sağlık memuru zorunluluğu getirilmiştir. 1998 yılında ebeler sertifika programından çıkarılmış, 2010 yılında çıkarılan yönetmelikte ise diyaliz teknikerliği eklenmiştir (29). 2019 yılında çıkarılan yönetmelikte ise hemodiyaliz ve periton diyalizinin birlikte yapıldığı merkezde, sertifikalı hemşire veya sertifikalı diyaliz teknikeri hem hemodiyaliz hem de periton diyalizi bakımından faaliyet iznine esas personel olarak kabul edilir. Ancak bu durumdaki sertifikalı hemşireler ve sertifikalı diyaliz teknikerleri eş zamanlı mesai yapamaz ibaresi yer almaktadır. Ayrıca eklenen geçici maddede, hemşireler için sertifikalı eğitim programları kaldırılmış olup, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce hemodiyaliz sertifikası almış, geçerli sertifikası olan hemşirelerin tüm hakları saklıdır denmektedir. Bu yönetmelikle beraber diyaliz birimlerinde, hemşirelerin koruyucu, tedavi edici, eğitim ve savunucuk görevlerinin yapabilmesinin önü kapatılmıştır. Hemşirelerin diyaliz merkezlerinde çalışmamasının getireceği olumsuz sonuçlar önümüzdeki dönemlerde yapılacak çalışma ve araştırmalarla ortaya konacaktır (30).

SONUÇ

Hemşireler, mesleki eğitimde aldıkları bilgi ve becerileri profesyonel hemşirelik işlevlerini yerine getirmede kullanmaktadır. Hemşireler bireylere ve topluma bütüncül yaklaşırlar. Bunun için birinci basamakta koruyucu bakım olarak KBH'nın farkındalığının artırılması yönündeki çalışmalarda ekibin etkin bir üyesi olarak yer almalıdır. Etkin uygulanan koruyucu bakım hemşireliği ile KBH prevalansının ve SDBY insidansının düşürülmesi, bireylerin hastalık nedeniyle diyaliz tedavisi alma sürelerinin kısaltılması, merkezde çalışacak insan gücünün ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesi, bireylerin evde diyaliz alırken sosyal ve psikolojik olarak desteklenmesi sağlanabilir.

Sağlık sektöründe yaşanan yeni gelişmeler diyaliz hasta tedavilerinde ve diyaliz merkezlerinde de yaşanmaktadır. Bu gelişmelere paralel olarak diyaliz merkezlerinde önemli görev ve sorum-

luluklara sahip diyaliz hemşireleri ön planda olmalıdır. Mart 2019'da çıkarılan yönetmelik ile hemşirelerin sertifikasyon programından çıkarılmıştır. KBH ve diyaliz hastalarının hemşirelik tanıları doğrultusunda bakım almaya gereksinimleri bulunmaktadır. Diyaliz tedavisi öncesi ve sonrası hasta ve yakınlarına hemşireler tarafından sosyal, psikolojik açıdan desteklenmesi, cilt sorunları, ayak bakımı, beslenme, uyku, beden imgesi konusunda sürekli ve düzenli eğitimler verilmelidir. Hemşireler tarafından bakım verilememesi sonucunda hastaların yaşayacağı sorunlar konusunda araştırmalar planlanmalıdır. Araştırma kapsamında; hemşirelik bakım ve girişimlerinin yetersizliğine bağlı oluşabilecek sorunlar incelenmelidir. Hastaların ve hasta yakınlarının memnuniyeti, yaşam kalitelerinin düzeyi, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, hastaneye başvuru sıklıklarının artıp artmadığı, eğitim eksikliğine bağlı hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı belirlenmelidir.

Kaynaklar

1. Yiğit V, Erdem R. Türkiye'de Diyaliz Ve Böbrek Transplantasyonu Tedavisinin Maliyet Etkililik Analizi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015;7 (13): 182-205.
2. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Serdengeçti K. A Population-Based Survey Of Chronic Renal Disease In Turkey-The CREDIT Study. Nephrology Dialysis, Transplantation: Official Publication Of The European Dialysis And Transplant Association European Renal Association 2011;6 (26):1862-1871.
3. Yiğit V. (2013) Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye'de Diyaliz Ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Standartları: Diyaliz, Eylül 2016, www.kalite.saglik.gov.tr <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6537,sks-diyaliz-kitabipdf.pdf> Erişim Tarihi: 15.06.2019.
5. Cinper Ç. (2011) Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı.
6. Kasti J, Pancirova J. Diyaliz İçin Çevresel Rehber Diyalizin Çevresel Yükünü Azaltmak İçin Pratik Bir Kılavuz, European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) Pilatusstrasse 35, CH 6003 Lucerne, Switzerland, 2011, Turkish Edition May 2013.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017) <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/YayinAra?sayfa=4> Erişim Tarihi: 15.06.2019.
8. Birlık H, Akbulut Y. Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi: Diyaliz Merkezinde Bir Uygulama, Legal Mali Hukuk Dergisi 2017;13 (147): 475-492.
9. Karçkay A. (2016) Diyaliz Hemşirelerinin İş Gücü Verimliliğini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Bitirme Tezi Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
10. Kankaya H, Karadakovan A. Obezite Ve Böbrek Hastalıkları, Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2017; 12 (2): 91-96.

11. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney Inter, Suppl.* 2012; 2: 139–274. *Kidney Disease&Obesity.* http://www.worldkidneyday.org/wp-content/uploads/2017/02/wkd-wof_joint-position.pdf. Erişim Tarihi: 20.04.2019.
12. Arınsoy T. Türkiye’de Hemodiyaliz Bugünü ve Geleceği, *Türk Nefroloji Derneği*, <http://www.nefroloji.org.tr/pdf/kisokulu2014> Erişim Tarihi: 15.06.2019.
13. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2013.
14. Go AS, Chertow GM, Fan D, et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004; 351: 1296-1305.
15. Annual Data Report (USRDS 2013): Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, U. S. Renal Data System, Bethesda, 2013.
16. Kutner NG, Johansen KL, Kaysen GA, et al. The comprehensive dialysis study (CDS): A USRDS special study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4: 645-50.
17. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2013 Raporu, *Türk Nefroloji Derneği*, http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_kitabi_2014.pdf (Erişim Tarihi: 20.04.2019).
18. Doğan S. (2015) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalarda Mekanik, Metabolik ve Enfeksiyöz Komplikasyonlar, *Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*.
19. Aylaz R, Erci B. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi, *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2010;18(1): 40-46.
20. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar, *Türk Hemşireler Derneği*, www.turkhemsirelerderneği.org.tr Erişim Tarihi: 20.04.2019.
21. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, TC Sağlık Bakanlığı, 2 Mayıs 2007 tarih ve 5634 Kanun No, www.resmigazete.gov.tr, Erişim Tarihi: 20 Nisan 2019.
22. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, TC Sağlık Bakanlığı, 19 Nisan 2011, www.resmigazete.gov.tr, Erişim Tarihi: 20 Nisan 2019.
23. Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, et al. Patient awareness of chronic kidney disease. Trends and Predictors. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2268-75.
24. Nural N. Nefroloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulamalar, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015;10 (1):47-52.
25. Wilkinson JM. *Pearson Hemşirelik Tanıları Kitabı*. 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.
26. Kızıltan B, Şendir M. Diyaliz Hastalarında Ağız Bakımının Önemi ve Hemşirenin Rolü, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2018;13(1):9-16.
27. Akça NK. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sık Karşılaşılan Cilt Sorunları ve Hemşirelik Bakımı, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2019;14 (1): 26-32.
28. Akyol A, Özdemir Ş. Koruyucu Ayak Bakım Davranışlarının Ölçülmesinde Yeni Bir Araç: Nottingham Fonksiyonel Ayak Bakım Tanılama Formu- Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2019;14 (1):1-9.
29. Sezen A. Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmeliklerde Değişen İnsan Kaynakları Standartlarının İncelenmesi, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2017;12 (1):43-48.
30. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 01 Mart 2019 tarih ve 30701 sayılı Resmi Gazete, www.resmigazete.gov.tr, Erişim Tarihi: 20 Nisan 2019.

DERLEME / REVIEW

Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme

Post-Traumatic Growth in Chronic Kidney Disease

Canan KÖMÜRCÜ¹, Ayşe KUZU²

¹Uzman Hemşire, Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi. Ankara, Türkiye

²Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu. Zonguldak, Türkiye

Geliş Tarihi: 19 Ocak 2020

Kabul Tarihi: 30 Ocak 2020

İletişim / Correspondence:

Canan KÖMÜRCÜ

E-posta: canan.kmrc@yandex.com

Abstract

Chronic kidney disease is a, which is life-threatening, causing significant loss of workforce and various complications, affecting almost every age group. Chronic kidney disease also constitutes an important risk group for mental disorders. The process of accepting the disease and adapting to the treatment in terms of the patient; constantly being dependent on the machine, institution, health personnel and relatives, fear of death, dietary restriction, changes in work, family and social life, along with the level of stress and anxiety in the patient increases and causes a traumatic situation. While traumatic experiences negatively affect an individual's physical, social and mental health, on the other hand, the experience of trauma; can lead to important positive changes such as priorities, the meaning of life, improving relationships, perception of personal empowerment. Positive changes formed in the person after the trauma is defined as "perceived benefit" "stress-related growth" or "post-traumatic growth". It is stated that posttraumatic growth in chronic diseases has a positive relationship between stress coping strategies, social support and perception of spirituality and mental health and posttraumatic growth in chronic diseases is effective in developing attitudes that can help the individual to cope with negative life events. In this study, it is aimed to investigate posttraumatic growth in patients undergoing chronic kidney disease treatment.

Keywords: Chronic Kidney Failure; Trauma; Posttraumatic Growth.

Özet

Kronik böbrek hastalığı yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu etkileyen bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığı ruhsal bozukluklar açısından da önemli bir risk grubu oluşturmaktadır. Hasta açısından, hastalığı kabullenme ve tedaviye uyum sağlama süreci; sürekli makineye, kuruma, sağlık personeline ve yakınlarına bağımlı olmak, ölüm korkusu, diyet kısıtlaması, iş, aile ve sosyal yaşamındaki değişimler, hastada stres ve kaygı düzeyini artırarak travmatik bir duruma neden olmaktadır. Travmatik deneyimler bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilerken diğer yandan, travma deneyimi; öncelikler, yaşamın anlamı, ilişkilerin iyileştirilmesi, kişisel güçlenme algısı gibi önemli olumlu değişikliklere yol açabilir. Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler "algılanan yarar", "strese bağlı büyüme" veya "travma sonrası büyüme" olarak tanımlanmaktadır.

Kronik hastalıklarda travma sonrası büyümenin; stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve maneviyat algısı ile ruhsal sağlık arasında pozitif ilişki olduğu ve olumsuz yaşam olayları ile baş etmede bireye yardımcı olabilecek tutumları geliştirmede etkili olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada kronik böbrek hastalığı tedavisi gören hastalarda travma sonrası büyümenin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelime: Kronik Böbrek Hastalığı; Travma; Travma Sonrası Büyüme.

GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan ve hemen her yaş grubunu etkileyen bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığının tedavisinde kullanılan diyaliz ise hastaların yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Hemodiyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelmekte ve hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı olabilmektedir. Ayrıca hastalarda baş etmesi güç ve ağırlı işlemler, diyet kısıtlamaları, ek fiziksel ve ruhsal hastalıkların varlığı gibi pek çok sorun yaşanabilmektedir. Yaşanılan bu psikososyal sorunlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek travmatik bir yaşantıya neden olurken (1-3) diğer taraftan travma yaşantısı her zaman olumsuz bir durum ve kayıplarla sonuçlanmayabilir. Bu nedenle her bir travmatik durumun hem olumlu hem de olumsuz etkilerinin ele alınması önemlidir (4). Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler “algılanan yarar”, “strese bağlı büyüme” veya “travma sonrası büyüme” olarak tanımlanır (5). Travmatik olay birçok kişiyi etkilemektedir ancak sadece bazı kişilerde travmanın olumlu etkileri gerçekleşir. Bu kişilerin etkin baş etme stratejilerine, sosyal desteğe ve maneviyat algısına sahip oldukları belirtilmektedir (3-5). Hasta ve ailesiyle doğrudan etkileşim halinde olan ve travmatik süreçte hastalarına bütüncül bir yaklaşımla bakım veren hemşirelerin, hastalarının güçlü yanlarını destekleyerek travma sonrası büyümelerini sağlamak, karşılaşılabilecekleri zorlu yaşam olaylarıyla baş etmelerine yardımcı olan önemli bir etmendir. Bu özden hareketle derleme, kronik böbrek hastalığı olan bireylerde travma sonrası büyüme ve

destekleyici hemşirelik yaklaşımına ilişkin bilgileri literatür doğrultusunda açıklamak amacıyla oluşturulmuştur.

Travmatik Bir Yaşantı Olarak Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik bir hastalık tanısı almak pek çok birey için tehdit edici bir durum olarak algılanmakta ve hastalığa bağlı oluşan değişimler bireyin uyum problemi ve psikolojik sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Her bireyin hastalığa verdiği tepki farklıdır. Hastalığa verilen tepkiler; bireysel özelliklere, hastalığın şiddetine, süresine, etkilediği organ ve dokuya, hastanın ve sosyal çevresinin hastalığa yüklediği anlama, sosyal destek durumuna ve hastalık hakkında sahip olunan bilgiye göre değişiklik gösterir (6). Yapılan araştırmalarda diyaliz hastalarında en çok görülen uyum sorunlarının; “tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkarı” olduğu bildirilmiştir (5). İnkâr, uyum güçlüğü yaşayan hastalarda en sık görülen savunma mekanizmalarındandır. Bu durum genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomisini kaybetme, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı kaygı, öfke ve umutsuzluk duygusuyla ilişkilidir. Hastaların hastalığını inkâr etmesi tedaviyi de reddetmesine neden olmaktadır (6).

Kronik böbrek hastalığı olan bireyler, yaşadıkları biyopsikososyal zorluklar nedeniyle fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşayabilmektedir. Bu kayıplar hastalarda, çeşitli uyum bozukluklarına yol açabilir. Bu bozukluklar her hastaya göre değişmekle birlikte benzer ruhsal tepkiler şeklinde ortaya çıkar. Bireylerin kronik bir hastalığa yönelik ruhsal tepkileri genellikle yas, depresyon, kaygı inkâr, kızgınlık, yansıtma,

patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır (7). Bu duygusal durumlar, bireyin davranışlarına çevreye yönelik ilgisizlik, birçok şeyden aşırı korkma, bakım verenlere yönelik aşırı düzeyde bağımlılık ya da bağımsızlık, isyankârlık, kendilerine yasaklanan şeyleri yapma isteği, utangaçlık, yalnızlık ve sağlıklı insanlara karşı öfkelenme şeklinde yansiyabilir. Kronik böbrek hastaları da benzer sorunlarla birlikte sosyal çevreleriyle olan ilişkilerinde de zorluklar yaşayabilmektedir (1,7,8). Mutlu (2007) çalışmasında, kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların %59,2'sinin arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %12,8'inin yaşamakta olduğu çevreyi değiştirmesi gerektiğini, %1,7'sinin eş ve çocukları tarafından terk edildiğini, %38,5'inin ise diğer insanlardan beklentilerinin arttığını belirtmektedir (9). Ayrıca kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda aile içi baş etmede yetersizlik, iş/okul dengesini sağlamada zorlanma, ekonomik zorluklar, sosyal dışlanma ve geri çekilme gibi sosyal işlevsellikle ilgili sorunlar yaşanabilmektedir (7). Zengin ve Yıldırım (2017)'in hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırmada hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar; terk edilme, geçmişe duyulan özlem, sosyal destek ve arzu edilmeyen cinsel ilişkiye zorlanma olarak belirlenmiştir (10). Kronik böbrek yetmezliği yaşayan hastalar, hastalığın yarattığı fiziksel ve psikososyal sorunların etkisi nedeniyle ruhsal bozukluk yaşama konusunda toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla risk altında olabilmektedir. Yavuz ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda psikiyatrik morbiditenin genel popülasyona göre % 43 oranında daha yaygın olduğunu belirlemiştir (11).

Hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psikososyal etmenler hastalarda depresyon, anksiyete, organik beyin hastalıkları, uyum ve davranış bozuklukları gibi birçok ruhsal sorunun oluşma sıklığını etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda, kişinin sağlığının sürekli tehdit altında olması, hastane süreçlerinin sürekliliği, yaşanan fiziksel kayıplara bağlı olarak değişen roller, aile ve yakın çevrede yaşanan sorunlar nedeniyle hemodiyaliz hastalarında depresyonun sık görüldüğü bildirilmiştir (8,10,12). Bununla birlikte anksi-

yete bozuklukları kronik tıbbi hastalıklar ile güçlü bir ilişki içindedir; bedensel sağlık ve yaşam kalitesi arttıkça kaygı azalmakta, fiziksel yeti yitimi ile doğru orantılı biçimde artmaktadır (13). Birçok araştırma diyaliz hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (14-16). Özatalay (1990)'ın yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının yaşadığı anksiyetenin hastaların günlük yaşantısını, aile ve evlilik ilişkisini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (15). Bu bağlamda ruh sağlığı açısından bakıldığında haftanın belirli gün ve saatlerinde sağlık kurumuna gitme ve diyaliz makinesine bağlanma durumunda kalan kronik böbrek yetmezliği hastaları için, bu durum bireyin bağımsızlığını tehdit eden, aile, iş ve sosyal yaşantısında çeşitli sorunlara neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen travmatik bir yaşantıdır (1).

Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme

Travmanın ardından kişide oluşan olumlu değişimler “travma sonrası büyüme” olarak tanımlanmaktadır (17). Travmanın birey üzerindeki olumlu etkilerinin sistematik olarak incelenmesi 1990'lı yılların ortalarından itibaren hız kazanmıştır (18). Travmatik yaşantılar sonrasında gerçekleşen travmatik büyüme bireylerin yaşamlarında olumlu değişimler sağlayarak, karşılaşılabilecekleri zorlu yaşam olaylarıyla baş etmelerine yardımcı olan önemli bir etmendir (19). Tedeschi ve Calhoun (2004) travma sonrası büyümenin bireylerde kendilik algısı, insan ilişkilerindeki değişim ve yaşam felsefesinde meydana gelen değişim şeklinde olumlu etkilerinin olduğunu belirtmektedir (17). Bireylerin kendilik algısındaki değişimi, kendine güven ve duygusal güçlenmeyi içermektedir (20). Kendilik algısı gelişen kişiler güçlü, kendine daha çok güvenen, biricikliğinin farkında olan, daha gelişmiş bir “ben”e sahip, daha açık, daha empatik, daha yaratıcı, daha olgun, daha insancıl, “özel” olduklarının farkında olma özelliklerine sahiptir (21). Travmatik bir yaşantı sonrası bireylerin kendilerini daha güçlü ve özgüvenli hissettikleri (17), kendilerini kurban yerine travmayı atlatmış biri olarak gördükleri ve kişilerin diğer zorlu yaşam olaylarıyla baş edebilecek gücü kendilerinde daha çok buldukları belirtilmektedir (20).

Literatürde travmatik büyüme konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde sıklıkla cinsel taciz mağdurları (20), HIV virüsü taşıyan kişiler (22), kanser hastaları (23), engelli çocuğa sahip aileler (24), askerler (12), kayıp yaşantısı olan bireyler, trafik kazası geçirenler (25), depremzede çocuklar (26), çocukluk çağında tacize uğramış çocuk ve ergenler (27), yerinden zorla sürülmüş kişiler (28) ile yapılmış çalışmalar olduğu görülmektedir. Travma sonrası büyümeye ilişkin kronik böbrek hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalara literatürde sık rastlanmamakla birlikte; Cui ve ark. (2017)'nin hemodiyaliz hastalarında travma sonrası büyüme ile ilgili yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal desteğin travma sonrası büyümeyi olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (29). Sadeghour (2019)'un yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarında travma sonrası büyümede duygusal zekanın belirleyici rolünün olduğu belirlenmiştir (30). Kamran (2017)'in böbrek nakli yapılan hastalarla yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, travma sonrası büyümenin hastaların yaşam kalitesini olumlu anlamda etkilediği saptanmıştır (31). Ayrıca travma sonrası büyümenin kimlerde daha fazla görüldüğü ve gelişmesinin ne şekilde kolaylaştırılacağı konusunda yapılan çalışmalarda sosyal destek, maneviyat algısı, olumlu stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılığın travma sonrası büyümeyi etkilediği belirtilmektedir (4,29,32-36). Hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek seviyesi arttıkça hastaların yaşam memnuniyeti artmakta, bu duruma bağlı olarak depresyon görülme sıklığı ve hastalığın yükü azalmaktadır (37). Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada da algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarının travma sonrası büyümeyi etkileyen önemli değişkenler olduğu (32), diyaliz hastalarında zorlayıcı yaşam değişikliklerine neden olan tanı ve tedavi süreci için etkili baş etme becerilerini kullanmalarının önemli olduğu (38) belirlenmiştir. Mok ve Tam (2001)'in yaptıkları çalışmada beş yıldan daha uzun süredir hemodiyaliz tedavisi gören hastaların problemlerini hem duygusal hem de problem odaklı baş etme yöntemleriyle çözmeyi öğrendikleri (39); Hiçdurmaz ve Öz (2009)'ün hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların

en sık kullandığı stresle baş etme yönteminin "dine yönelme" olduğu (40); Özcan ve ark (2000)'nin yaptığı bir başka çalışmada ise yaşamı boyunca hemodiyaliz makinesine bağlı olan hastaların zamanla hastalığı kabullenme sürecinin kıaldığı ve daha etkili baş etme yöntemleri geliştirebildikleri saptanmıştır (41).

Kronik Böbrek Hastalığında Travma Sonrası Büyüme ve Hemşirelik

Travma yaşamış kişi ile çalışırken amaç: kişinin yaşamına devam edebilmesi, başka bir deyişle "bu olay yüzünden artık her şey bitti" konumundan "bu olay bana bir şeyler öğretti ve yaşamıma devam edebilirim" konumuna geçmesini sağlamaktır (42,43). Bireyin kendisiyle ve diğer insanlarla barışması, geleceğe dair olumlu ve umutlu beklentilerin, hedeflerin oluşturulması önemlidir (43,44). Bu durum biyopsikososyal bir yaklaşımla, travmatik bir yaşamı olan hasta ve ailesinin fiziksel, ruhsal, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerine odaklanan hemşireler için de önemlidir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde psikososyal bakıma odaklanan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresinin birincil amacı fiziksel hastalığa sahip olan hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, psikososyal uyuma yardım etmek, bireyin mevcut hastalığı ile hastalığının yol açtığı yaşam zorluklarıyla baş edebilecek güce gelmesine, hastalık yaşantısından anlam çıkarabilmesine yardımcı olmaktır (42). Hemşireler bakım verdiği kronik böbrek hastalığı olan bireylerde travma sonrası büyümeyi geliştirmek için öncelikle hasta ve hasta yakınlarından bilgi toplamalı, hastayı yaşadığı sorunlarla ilgili konuşması için cesaretlendirmeli, hastanın duygularını kabul etmeli ve onaylamalıdır. Hastayı, yaşadıklarının normal tepkiler olduğunu anlaması için desteklemeli, tehditkar olmayan özel bir çevre sağlamalı ve eğer hasta isterse başka bir kişi de bu çevreye dahil edilmelidir (42). Bununla birlikte hemşire, travmatik bir deneyim olarak hastalık yaşantısının birey ve ailesi tarafından nasıl algılandığını iyi değerlendirmelidir. Aynı tanıyı almış bireyler arasında bile olaya karşı gösterilen tepkiler birbirinden farklı olabilmektedir. Hasta birey ve ailesi için bu travmatik olayın anlamının ne olduğu ve mevcut durumun onları nasıl etkilediği

belirlenmelidir. Bu süreçte varsa gerçekçi olmayan düşünce ve beklentiler değerlendirilmeli, durumu gerçekçi ve sağlıklı bir biçimde algılamaları sağlanmalıdır (44,45). Hemşirenin önemli sorumluluklarından birisi de travmatik durum karşısında yalnızlık, yarımsızlık ve çaresizlik duyguları yaşayan hasta birey ve ailesi için mevcut destek kaynaklarını farkettilmektedir. Hemşireler tarafından sağlanan bakım desteğinin yanı sıra hasta ve ailesine onları bu süreçte yalnız bırakmayarak destek veren ya da bir takım gereksinimlerinin karşılanmasında araçsal destek sağlayan kişilerin fark ettirilmesi var olan desteğin algılanmasında önemlidir (46). Travma sonrası tepkilerin çözümü, büyük bir oranda baş etme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılmasını gerektirir. Hemşire, hastanın geçmişte kullandığı uyumlu ya da uyumsuz baş etme stratejilerinin yanı sıra travmaya tepki olarak kullandığı baş etme stratejilerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirmeli, bu stratejileri tanımlamalı, gelecek için alternatif uygun baş etme stratejileri geliştirmeli (nefes alma ve gevşeme egzersizleri gibi) ve hastaya uygun destek girişimlerini (kültürel değerler, inanç gibi) önermelidir (46-48).

Bu bağlamda kronik böbrek hastalığı olan birey ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik tüm gereksinimlerini değerlendirerek sorunlarla baş etmesini ve travma sonrası büyümesini etkileyecek özellikleri belirlemek, olumlu baş etmelerini güçlendirmek, sosyal destek kaynaklarını

fark etmelerini sağlamak, hastalık yaşantısı gibi travmaların büyüme ile sonuçlanmasını sağlamak etkin hemşirelik yaklaşımlarındandır (43,44).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik böbrek hastalığı tanısı ve diyaliz tedavisi almak, hasta ve ailesi için pek çok kısıtlılıkları beraberinde getiren önemli bir yaşamsal travmadır. Hasta ve ailesinin yaşadığı psikososyal sorunlar ve travmatik durumlarda yaşanan psikososyal riskleri değerlendirme, etkili sorun çözme ve baş etme becerisi kazandırma, bireylerin güçlü yönlerini açığa çıkarma, yeni duruma uyum sağlama gibi travma sonrası büyümeyi kolaylaştıracak davranışları geliştirebilmek için klinik, eğitim, araştırma, yönetim gibi rolleri olan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşirelerinin kliniklerde aktif olarak rol almaları gereklidir. Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde travmatik büyümeyi sağlamak amacıyla; bakım veren klinik hemşirelere yönelik hasta ve ailesinin yaşadığı psikososyal sorunlar konusunda farkındalık oluşturmak, hemşireleri hasta ve ailesine yaklaşım konusunda bilinçlendirmek ve yaşadıkları sorunlarla etkili baş etmelerini sağlamak amacıyla hizmet içi eğitim, seminer gibi etkinliklerin düzenlenmesi önemlidir. Ayrıca hastalara yönelik, yaşadıkları sorunları kolaylıkla ifade edebilecekleri, benzer sorunlar yaşayan kişilerle bir arada olacakları grup çalışmalarının yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. 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.
2. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage:1995.p. 60-117.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9(3): 455-71.
4. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17: 11-21.
5. Dürü Ç. Travma Sonrası Büyüme. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2014;6(1): 114-143.
6. Kaçmaz N. (2003). Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
7. Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004; ISSN: 1303-5134 www.insanbilimleri.com. (Erişim: 24.06.2011).

8. Dadalı Z. (2009). Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Birimi İstanbul.
9. Mutlu E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları Ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
10. Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2017;26(1): 67-73.
11. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar. Türk Tıp Dergisi 2012;6(1): 33-36.
12. Zerach G, Solomon Z, Cohen A, Ein-Dor T. PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 2013;50 (2): 91-116.
13. Yılmaz GA. (2014). Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.
14. Cimilli C. Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1994; 3(3): 88-92.
15. Özatalay S. (1990). Kronik Hemodiyaliz Programındaki Hastalarda Anksiyete. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
16. Aydemir Ç, Cebeci S, Göka E, Kasım İ, Tüzer V. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi Ve Psikiyatrik Semptomlar. Kriz Dergisi 2002;10(2):29-39.
17. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry 2004;15(1):1-18.
18. Calhoun LG, Tedeschi RG. Emotion Regulation and Posttraumatic Growth. Posttraumatic Growth In Clinical Practice 1nd ed. New York: Routledge; 2013. p. 65-78.
19. Wortman CB. Posttraumatic growth: Progress and problems. Psychological Inquiry 2004;15(1): 81-90.
20. Frazier P, Conlon A, Glaser T. Positive and negative life changes following sexual assault. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001;69(6): 1048-1055.
21. Kılıç C. Ruhsal travma sonrası stres bozukluğu gelişiminin belirleyicileri. Aker T, Önder ME, eds. Psikolojik travma ve sonuçları. İstanbul: 5US; 2003.s. 51-63.
22. Sherr L, Nagra N, Kulubya G, Catalan J, Clucas C et al. HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth—a systematic review. Psychology, Health & Medicine 2011;16 (5): 612-629.
23. Park CL, Chmielewski J, Blank TO. Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. Psycho-Oncology 2010;19 (11): 1139-1147.
24. Elçi Ö. (2004). Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
25. Hafstad GS, Kilmer RP, Gil-Rivas V. Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2011;3(2): 130-138.
26. Gerrish N, Dyck MJ, and Marsh A. Post-traumatic growth and bereavement. Mortality 2009;14(3): 226-244.
27. McElheran M, Briscoe-Smith A, Khaylis A, Westrup D, Hayward C, et al. Conceptual model of post-traumatic growth among children and adolescents in the aftermath of sexual abuse Counseling Psychology Quarterly 2012;25(1): 73-82.
28. Nuttman-Shwartz O, Dekel R, Tuval-Mashiach R. Post-traumatic stress and growth following forced relocation. British Journal of Social Work 2011;41(3): 486-501.
29. Cui C, Wang K, An J, Jin C. Current status and influencing factors of post-traumatic growth in maintenance hemodialysis. International Journal of Nursing Sciences 2017;4(2): 362-366.
30. Sadeghpour F, Heidarzede M, Naseri P, Mohammadi M. The relationship between emotional intelligence with posttraumatic growth in hemodialysis. Journal of Health and Care 2019;21(1): 7-15.
31. Kamran F. Transitions in Psychological Well-being and Life Orientation: The Phenomenon of Post Traumatic Growth after Renal Transplantation. Pakistan Journal of Psychological Research 2016; 31(2): 419-440.
32. Yorulmaz H, Bayraktar S, Özdilli K. Posttraumatic growth in chronic kidney failure disease. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010;2(5): 2313–2319.
33. Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. Review of general psychology 2005;9(3): 262-80.
34. Işıkhhan V. Kanser ve Sosyal Destek. Toplum ve Sosyal Hizmet 2007;18: 15-29.

35. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Health behavior and health education theory, research, and practice. Eds: Glanz K, Rimer B, VISWANATH K. 4th. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p.169-188.
36. Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1): 21-24.
37. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end stage renal disease. Seminars in Dialysis 2005;18 (2): 98-102.
38. Janet L, Joan K. Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. Journal of Advanced Nursing 2001;32(2): 200-207.
39. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing 2001;10(4): 503-11.
40. Hiçdurmaz D, Öz F. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;16(3):1-16.
41. Özcan Y, Utaş C, Baştürk M, Aslan SS. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda eritropoetin kullanımının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;9(2): 109-111.
42. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(1):49-54.
43. Oflaz F. Felaketlerin Psikolojik Etkileri ve Hemşirelik Uygulaması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(3): 70-76.
44. Townsend MC. Trauma-and Stressor-Related Disorder Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice 8nd ed. London: FA Davis Company: 2015. p. 559-78.
45. Boyd MA. Contemporary psychiatric nursing practice In: Kluwer W. ed. Psychiatric nursing contemporary practice. 5th ed. Philadelphia: Williams&Wilkins; 2002. p. 177-92.
46. Kum N. Psikiyatri hemşireliği uygulama standartları. Kum N, eds. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1996. s. 4-8.
47. Çam O, Büyükbayram A, Turgut ÖE. Travma Sonrasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yaklaşımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;19(3): 210-216.
48. Oflaz F, Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö ve ark. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(1):1-6.

Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Planlanması: Olgusu Sunumu

Nursing Care Planning in Dialysis Patients: Case Report

Seda SÜMER¹, Ayşe Didem ÇAKIR¹, Funda BÜYÜKYILMAZ²

¹Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. İstanbul, Türkiye

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 23 Ocak 2020

Kabul Tarihi: 31 Ocak 2020

İletişim / Correspondence:

Ayşe Didem ÇAKIR

E-posta: aysedidemcakir@gmail.com

Özet

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesi için hemşireliğin sanatsal ve bilimsel yönlerini uygulamada birleştirmemizi hemşirelik süreci sağlamaktadır. Hemşirelik süreci; birey merkezli olup, karar verme odaklıdır. Sistemli bir şekilde; bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyacı olan bakım ihtiyaçlarının saptanmasını sağlar. Hemşirelik bakımının uygulamasında ele alınan sorunlara yönelik uygulanan girişimleri, bu girişimlerin sonuçlara katkısını ve sınıflandırılmasını hemşirelik sınıflandırma sistemleri sağlar. Sınıflandırma sistemleri hemşirelik sürecinin her aşamasında hemşirelerin ortak bir dil kullanmasını gerekli kılar.

Uluslararası platformda geliştirilmiş ve American Nurses Association (ANA) tarafından onaylanmış birçok hemşirelik sınıflama sistemi bulunmaktadır.

Bu makale, örnek bir olgu üzerinden hemşirelik bakım planında hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımını göstermeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz; Geriatri; Hemşirelik; Hemşirelik Süreci; Hemşirelik Sınıflama Sistemleri.

Abstract

The nursing process enables us to combine the artistic and scientific aspects of nursing in practice so that individualized nursing care can take place. Nursing process; It is individual centered and focused on decision making. Systematically; It provides determination of the care needs of the individual, family and society. Nursing classification systems provide the interventions applied to the problems addressed in the application of nursing care and the contribution and classification of these interventions to the results. Classification systems require nurses to use a common language at every stage of the nursing process.

There are many nursing classification systems developed on the international platform and approved by the American Nurses Association (ANA). This article, aims to demonstrate the use of nursing classification systems in the nursing care plan through an example case.

Key Words: Dialysis; Geriatric; Nursing; Nursing Process; Nursing Classification Systems.

GİRİŞ

Bilgi ve kuramların hemşirelik uygulamalarında kullanılmasını sağlayan, bireyin sağlık ve hastalığa yanıtını tanılamada, bu yanıtı tanı koymada ve iyileştirmede kullanılan profesyonel hemşirelik yaklaşımına **hemşirelik süreci** denir (1). Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel özellikte gerçekleştirilebilmesi için, hemşirelik sürecinin bir / birkaç hemşirelik modeli / kuramı ile birlikte kullanılması ve sürecin tüm aşamalarında ortak bir hemşirelik terminolojisi kullanılması önemlidir. Bu şekilde verilen bakım, bireyin gereksinimlerini tam olarak karşılamaya olanak sağlar (2,3). Ortak hemşirelik terminolojisi kullanımı, hemşirelik bakımının tanımlanması ve açıklanmasında önemli bir rol oynamaktadır (4). Ayrıca ortak terminoloji, hemşirelik kavramlarını ve olgularını açıklar, ulusal ve uluslararası alanda bireyin sorunlarını, beklenen sonuçları ve hemşirelik girişimlerini tanımlayarak hemşirelik bakımını geliştirir (5,6). Ortak hemşirelik terminolojisi kullanımında, geliştirilen sınıflama sistemlerinin kullanımı önerilmektedir (3).

Hemşirelik Sınıflama Sistemleri

Hemşirelik sınıflama sistemleri birey/aile/toplumun gereksinimlerine çözüm sunmanın yanı sıra; hümanistik ve holistik yaklaşımla hemşirelik bakımının sunulmasına olanak sağlar. Ayrıca farklı disiplinlerdeki sağlık profesyonelleri ile iletişim ve iş birliğine olanak sağlamakta, meslekteki yasal ve etik durumları yazılı hale getirmekte, hemşirelerin bilgilerini arttırmakta, karar verme yeteneklerini ve uygulamalarını geliştirmektedir (7,8). Aynı zamanda mesleğe ait araştırmalara, meslek eğitime ve mesleğe ilişkin uygulamalara rehber olarak otonominin gelişimine katkıda bulunmaktadır (9).

Uluslararası platformda geliştirilmiş ve American Nurses Association (ANA) tarafından onaylanmış birçok hemşirelik sınıflama sistemi bulunmaktadır. Bunlar arasından NANDA International (NANDA-I), Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (Nursing Outcomes Classification- NOC) ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (Nursing Interventions Classification-NIC) kli-

niklerde sıklıkla tercih edilen sınıflama sistemlerindedir (5,10). Bu sınıflama sistemi hemşirelik sürecinin tüm aşamalarının geliştirilmesinde, hemşirelere rehberlik eder.

NANDA International NANDA-I: Hemşirelik tanısını “Bir hemşirelik tanısı birey, aile, grup ya da toplum tarafından sağlık durumları / yaşam süreçlerine karşı bir insan yanıtı ya da bu yanıtı karşı savunmasızlık / eğilim hakkında klinik bir karar” olarak tanımlamıştır. En son yayınlanan taksonomi raporuna göre; 13 alan, 47 sınıf ve 235 hemşirelik tanısı bulunmaktadır. Bu taksonomik yapıda her bir hemşirelik tanısının; adı/etiketi, tanımlayıcı özellikleri (belirti-bulgular), ilişkili faktörleri ya da risk faktörleri listelenmiştir (11).

Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (NOC): Hemşireler veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan girişimlerin, birey, aile ve toplum sonuçlarına etkisini değerlendirmek için kullanılan standart ve kapsamlı sınıflama sistemidir (12). Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (NOC), hemşireler için bireylerin bakımları öncesi hemşirelik sürecinin planlama aşamasında beklenen sonuçların (amaç/hedef) belirlenmesinde ve bakım sonrası değişikliklerin değerlendirebilmesinde kullanılmaktadır. Yedi alan ve otuz dört sınıftan oluşan NOC, 1997 yılında ise ilk kez yayınlanmıştır (8,12). Hemşire, bireyin durumuna göre hangi NOC’ leri tercih edeceğine karar vermelidir. Bu tercih, hemşirelik tanısında verilen sorunun beşli likert tipi skala ile değerlendirilmesiyle ölçülebilir. Ölçeklerde en az istenen durum:1, en çok istenen durum:5 ile gösterilmektedir. Sorunlar; 1: hiç yapamıyor, 5: her zaman yapabiliyor; 1: şiddetli; 5: yok; 1: ciddi tehlikede, 5: tehlike yok şeklinde değerlendirilmektedir (8,13). Tüm maddelerden elde edilen puanların toplanıp, madde sayısına bölünmesiyle NOC puan ortalaması elde edilebilir. Her bir NOC maddesi kendi içinde de değerlendirilebilir. Hemşirelik Sonuçları Sınıflama Sistemi (NOC) ölçümünde elde edilen başlangıç ve bitiş puanları arasındaki fark, hemşirelik girişimlerinin etkinliğini verir. Hemşire yaptığı uygulamaların etkinliğini ve bireyin probleminin çözülüp çözülmediğini değerlendirebilmektedir (8,13).

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC):

Hemşireler tarafından uygulanan kapsamlı, araştırma temelli, hemşirelik aktivitelerini içeren standart girişimlerdir. Bu aktiviteler, bireyin sorununu önlemek, hafifletmek ya da çözümlenmek üzere uygulanan hemşirelik bakımını içerir. Bu doğrultuda 2018 yılında yayınlanan son sınıflama sistemine göre; otuz sınıf, yedi alan ve beş yüz altmış beş hemşirelik girişimi bulunmaktadır (14).

Bu bilgiler ışığında makale, örnek bir olgu üzerinden hemşirelik bakım planında hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımını göstermeyi amaçlamaktadır.

Olgu Örneği

Bay A.B., 72 yaşında, evli, Diyabetik Nefropatiye Sekonder Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı ile beş yıldır, haftada üç seans, dört saat süre ile hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Son zamanlarda, tuz tüketiminin artması ve fiziksel aktivitenin giderek azalması (sedanter yaşam tarzı) ve iki diyaliz seansı arasındaki (interdiyalitik) sıvı alımının fazla olması nedeniyle, hipertansif (190/80mmHg) olarak hemodiyaliz tedavisine başlamaktadır. Diyaliz seansı boyunca 2.5 kg'ı aşan ağırlık artışlarında yapılan ultrafiltrasyonun miktarı da artmaktadır. Bay A.B.'ye de yüksek ultrafiltrasyon yapıldığı için hemodiyaliz seansı sonunda ciddi hipotansiyon (70/50mmHg.)

atakları ve her iki alt bacakta kas krampları şikâyeti deneyimlemektedir. Hemodiyaliz seansı sonunda evine giden Bay A.B. hipotansiyona (70/50mmHg.) bağlı baş dönmesi sonucu düşmüş ve sol kalçada şiddetli ağrı nedeniyle eşi ile birlikte ambulans ile acil ünitesine başvuruda bulunmuştur.

Bay A.B.'ye hekimler tarafından, acil üniteye yapılan fiziksel muayene ve radyolojik incelemeler sonucunda sol kalçasında kırık tespit edilmiş ve ameliyatı planlanmıştır. Hasta, ameliyat sonrasında ortopedi ve travmatoloji servisine nakledilmiş ve kesin yatak istirahatine alınmıştır. Ameliyat sonrası 1. ve 2. günde fizyoterapist ile birlikte, yatak içinde aktif/pasif egzersizler yaptırılmıştır. Ameliyat sonrası 2. gün akşamı ortopedist hekim ile birlikte ayağa kaldırılmış ve walker yardımı ile oda içinde yürütmesine destek olunmuştur. Ameliyatın 3. gününden sonra da servis içinde, yürütmesi desteklenmektedir. Hastanede tedavisinin sürdüğü bu süre boyunca haftada üç kez hemodiyaliz tedavisi devam etmiştir.

Tedavisi nefrolog ve ortopedist hekimlerin işbirliği ile düzenlenen hastada belirlenen hemşirelik tanıları: "Düşme Riski (15, 16, 21), Etkisiz Sağlık Sürdürme (17, 18, 21), Kırılgan Yaşlı Sendromu Riski (19-21)" dir. Bu doğrultuda aşağıda Bay AB'nin bakım planı örneği Tablo 1'de sunulmaktadır.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hastanın Adı- Soyadı:

A.B.

Tarih:

Tablo 1

Hemşirelik Tanılaması	Beklenen Hasta Sonuçları NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme
<p>SUBJEKTİF VERİLER</p> <p>OBJEKTİF VERİLER</p> <p>HEMŞİRELİK TANISI</p> <ul style="list-style-type: none"> Kalça protezi ameliyatı sonrası yürümeye yardımcı araç (walker) kullanımı ile bulgularan Düşme Riski 	<p>Denge:</p> <p>*Bay. A.B. yürümeye yardımcı araçtan destek alarak dengesini sağlar.</p> <p>Bilgi: Düşmevi Önleme:</p> <p>*Bay A.B. ve ailesine düşmelerin önlenmesine yönelik yapılması gerekenleri bilir.</p>	<p>Denge:</p> <p>✓ Hareketle birlikte yürüyüş şekli, denge ve yorgunluk izlenecek.</p> <p>✓ Hastaya yürümek için kullandığı yardımcı cihazın kullanımı hakkında bilgilendirme yapılacaktır.</p> <p>✓ Hastanın önerilen yürüyüş biçimine uyumu sağlanacaktır.</p> <p>Bilgi: Düşmevi Önleme:</p> <p>✓ Hastanın düşme riskini, etkileyen davranış ve faktörler belirlenecek.</p> <p>✓ Hastanın denge durumu hakkında algısı saptanacaktır.</p> <p>✓ Hastaya ve ailesine düşme riski hakkında bilgi verilecektir.</p> <p>✓ Hastaya düşme sırasında yaralanmayı nasıl en aza indirebileceği hakkında bilgi verilecektir.</p>	<p>(1) Asla</p> <p>(2) Nadiren</p> <p>(3) Bazen</p> <p>(4) Sıklıkla</p> <p>(5) Sürekli</p> <p>Denge:</p> <p><i>Yardımcı cihazın doğru kullanımı:</i></p> <p><i>Denge: ...</i></p> <p><i>Yürüme: ...</i></p> <p>Bilgi: Düşmevi Önleme:</p> <p><i>Riskleri belirleme: ...</i></p> <p><i>Düşmelerin önlenmesi için aktarılan bilgileri anlama durumu: ...</i></p>

Hemşirelik Tanılaması	Beklenen Hasta Sonuçları NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme
<p>SUBJEKTİF VERİLER</p> <p>OBJEKTİF VERİLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Tedavi düzeninin günlük yaşama örüntülenmesin de başarısızlık <p>HEMŞİRELİK TANISI</p> <ul style="list-style-type: none"> Tedavi düzeninin günlük yaşama örüntülenmesin de başarısızlık ile bulgulananan tedavi düzeninin karmaşıklığı, bu konudaki bilgi eksikliği ile ilişkili Etkisiz Sağlık Yönetimi 	<p>Bilgi: Sağlık Yükseltilmesi:</p> <p>*Sıvı volüm dengesi, kuru ağırlık kavramı, hipotansiyon, hipertansiyon, tuz kullanımını bilir.</p> <p>* Hemodiyaliz esnasında / sonrasında oluşabilecek hipotansiyon ve kas kramplarını önlemek için yapılması gerekenlere uygun davranır.</p> <p>Sağlık Bakım Kararlarına Katılım:</p> <p>*İstenilen pozitif sağlık durumu sonuçlarına ulaşmada, ilgili seçimleri değerlendirmeye bireysel olarak katılır.</p> <p>Uyum Davranışı:</p> <p>*Optimal iyilik durumunu arttırmak için yapılacaklar belirlenir ve düzenli aralıklarla kontrol edilerek, geri bildirimde bulunulur.</p>	<p>Sağlık Bakımına İlişkin Bilgi Alışverişi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mevcut hemşirelik ve tıbbi tanıları belirlenecek Diyet, ilaçlar, egzersiz, sıvı volüm dengesi dahil olmak üzere bakım planı oluşturulacak Bakımın devamlılığı için ailenin bu durum hakkında rolü belirlenecek Hedefler doğrultusunda hastanın durumu takip edilecek <p>Karar vermevi Destekleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta alternatif çözümler ya da görüşler hakkında açık ve destekleyici bir şekilde bilgilendirilecek. Hasta ile birlikte ortak karar vermek kolaylaştırılacak Hasta tarafından istenen bilgiler verilecek <p>Uyum Davranışı:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın güçlü yönleri belirlenecek Hastanın istenmeyen alışkanlıkları (fazla sıvı alımı) istendik alışkanlıklara değiştirmeye teşvik edilecek Hastanın aynı deneyimi başarıyla yaşamış diğer hastalarla iletişim kurması sağlanacak Uyum sürecine aile katılımı sağlanacak 	<p>(1) Asla</p> <p>(2) Nadiren</p> <p>(3) Bazen</p> <p>(4) Sıklıkla</p> <p>(5) Sürekli</p> <p>Bilgi: Sağlık Yükseltilmesi:</p> <p><i>Sağlık önlemleri ile ilgili bilgiyi sözlü ifade eder ve gösterir: ...</i></p> <p>Sağlık Bakım Kararlarına Katılım:</p> <p><i>Karar verme sürecinde kendi kendine yön verir: ...</i></p> <p><i>İstendik çıktılara ulaşmak için problem çözme tekniklerini kullanır: ...</i></p> <p>Uyum Davranışı :</p> <p><i>Önerilen tedavi programını takip eder: ...</i></p> <p><i>Sağlığını en üst düzeye çıkaracak strateji geliştirir ve uygular: ...</i></p>

Hemşirelik Tanılaması	Beklenen Hasta Sonuçları NOC	Hemşirelik Girişimleri NIC	Değerlendirme
<p>SUBJEKTİF VERİLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Umutsuzluk Yorgunluk <p>OBJEKTİF VERİLER</p> <ul style="list-style-type: none"> İleri yaş Diyabetik Nefropati İki diyaliz arasında sıvı alımının fazla olması <p>HEMŞİRELİK TANISI</p> <ul style="list-style-type: none"> Kırılgan Yaşlı Sendromu Riski 	<p>Beslenme Durumu: Yiyecek ve İçecek Alımı:</p> <p>* Günlük beslenme alışkanlığı yeniden düzenlendi.</p> <p>Bilgi: Sağlık Davranışı:</p> <p>*Bay A.B. ve ailesine Hemodiyaliz hemşiresi tarafından “Sıvı Alımı ve Diyeti” hakkında verilen eğitimi anlayarak, olumlu davranışa döndürdü.</p> <p>Risk Kontrolü:</p> <p>*Sağlık tehditlerini önlemek, yok etmek veya azaltmaya yönelik kişisel uygulamalar geliştirdi.</p>	<p>Beslenmenin İzlenmesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın diyet ve sıvı alım miktarları izlenecek Antropometrik ölçümleri yapılacak Laboratuvar testleri gönderilecek (kan biyokimyası vb.) Beslenme durumuna ilişkin veriler incelenecek Hazırlanan programa uyum takip edilecek <p>Sağlık Eğitimi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın sağlığını yükseltmesinde gönüllü davranış değişikliklerine uyum sağlaması ve davranışa dönüştürmesi sağlanacak <p>Umut Verme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın sağlığını yükseltmek için eylemlerini başlatma ve devam ettirme kapasitesi yükseltilecek <p>Risk Kontrolü:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın geçmiş sağlık öyküsünü, var olan/önceki tıbbi ve hemşirelik tanıları ile uygulanan tedavileri incelenecek Baş etme stratejileri belirlenecek Risk faktörlerini azaltmak için yardımcı kaynaklar belirlenecek Risk faktörleri hakkında hasta bilgilendirilecek ve riski azaltmak için beraberce plan yapılacak 	<p>(1) Asla</p> <p>(2) Nadiren</p> <p>(3) Bazen</p> <p>(4) Sıklıkla</p> <p>(5) Sürekli</p> <p>Beslenme Durumu: Yiyecek ve İçecek Alımı:</p> <p><i>Diyetine uygun sağlıklı beslenme uygulamaları sergileme durumu: ...</i></p> <p>Bilgi: Sağlık Davranışı:</p> <p><i>Hastalığı ve tedavisine olan ilgisinde artış: ...</i></p> <p><i>Sağlık davranışını yönetme yeteneği için gerekli olan emek ve güven için farkındalık gösterme durumu: ...</i></p> <p>Risk Kontrolü:</p> <p><i>Kronik hastalıklarından kaynaklanan potansiyel sağlık risklerini tanımlama: ...</i></p>

Kaynaklar

1. Kaya N. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Tanılaması. Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları Kitabı. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2013. s. 137-138.
2. Kaya N. Yaşam Modeli. Babadağ K, Aştı T, eds. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.; 2008. s. 1-7.
3. Killen MB, King IM. Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2007; 18(2): 51-57.
4. Rutherford M. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *Online Journal of Issues in Nursing* 2008; 13(1).
5. Park, H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure, *International Journal of Nursing Knowledge* 2014; 25(1): 30-38.
6. Toroddsen A, Ehnfors M. Putting Policy Into Practice: Preposttests of Implementing Standardized Languages for Nursing Documentation. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 1826–1838.
7. Dikmen Y, Ak B, Yorgun S. Teorikten Pratiğe: Bilgisayar Destekli Hemşirelik Süreci Uygulaması. *Journal of Human Rhythm* 2015; 1(4): 162-167.
8. Gençbaş D, Bebiş H. Uluslararası Standart Sistem ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planı Örneği. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2017; 2(1): 79-96.
9. Kaya H, Atar N, Eskimez Z. Hemşirelik Model ve Kuramları. Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları Kitabı. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2013. s. 80-83.
10. Tastan S, Linch C, Keenan G, Stifter J, McKinney D, Fahey L, Wilkie D. Evidence For The Existing American Nurses Association-Recognized Standardized Nursing Terminologies: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies* 2014; 51(8): 1160-170.
11. Büyükyılmaz F. Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. Acaroğlu R, Kaya H, eds. Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.25.
12. Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC). <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview>. Erişim tarihi: 23.01.2020
13. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions. Supporting Clinical Reasoning and Quality Care. 3th ed. Elsevier 2012
14. The Nursing Interventions Classification (NIC) Overview. <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>. Erişim tarihi: 23.01.2020
15. Turan N. Düşme Riski. Acaroğlu R, Kaya H, eds. Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.384-385.
16. Aşiret G D, Düşme Riski. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F, eds. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Pelikan Yayınevi; 2018. s.40-43.
17. Acaroğlu R. Etkisiz Sağlığı Sürdürme. Acaroğlu R, Kaya H, eds. Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.147.
18. Yaralı S. Etkisiz Sağlığı Sürdürme. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F, eds. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Pelikan Yayınevi; 2018. s.47-53.

19. Acaroğlu R. Kırılgan Yaşlı Sendromu Riski. Acaroğlu R, Kaya H, eds. Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017. Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.142.
20. Gök Z. Kırılgan Yaşlı Sendromu Riski. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F, eds. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Pelikan Yayınevi; 2018.s.40-43.
21. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Erdemir F, Kav S, Yılmaz A A, eds.6.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017.

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği

NEFROLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ YAYIN HAKLARI DEVİR FORMU

başlıklı makalenin yazar(lar)ı olarak, yayınlanması dileğiyle makalemizi gönderiyor ve aşağıdaki şartları kabul ediyoruz.

- * Makalenin her türlü yayın hakkı, Nefroloji Hemşireliği Dergisine'ne aittir.
- * Tüm yazarlar, makalede belirtilen sıraya göre formu imzalamalıdır (formda yazışma yazarının imzasının bulunması zorunludur. Diğer yazar/yazarlara ulaşılamaması sebebiyle imzalarının alınamaması durumunda yazışma yazarı ilgili yazar/yazarların sorumluluğunu kabul eder).
- * Makale; değerlendirilmek üzere dergiye gönderildikten sonra, hiçbir aşamada, yayın hakları devir formunda belirtilen yazar isimleri ve sıralaması dışında, makaleye yazar ismi eklenemez, silinemez ve sıralamada değişiklik yapılamaz
- * Makale; derginin belirttiği yazım ve yayın kurallarına uygun olarak hazırlanmıştır.
- * Makale orijinaldir. Daha önce yurtiçinde/yurtdışında, Türkçe/yabancı dilde yayınlanmamıştır veya yayınlanmak üzere değerlendirme aşamasında değildir.
- * Makalenin; bilimsel, etik ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir.
- * Belirli bir kurum tarafından desteklenen yazılar için gerekli kurum onayının alınmasından yazarlar sorumludur.

Sorumlu yazar

İmza

Tarih

Yazar(lar)

İmza

Tarih

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)