

TC
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ (SAPD)
HASTALARINA VERİLEN EĞİTİM İLE EVDE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hayriye AKKUŞ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr.Feray GÖKDOĞAN

BOLU

2010

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Hayriye AKKUŞ tarafından hazırlanan ve 02/02/2010 tarihinde savunulan “Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) Hastalarına Verilen Eğitim ile Evde Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu)

Üye Yard. Doç.Dr. Yasemin YILDIRIM
(Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu)

Üye Yard. Doç.Dr. Ayla KEÇECİ
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu’nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak, beni yönlendiren ve destekleyen hocam Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a, uygulamaya verdikleri izin için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesi personeline, çalışmama katılmayı kabul eden saygıdeğer hastalarım teşekkür ederim. Manevi destekleri için arkadaşlarım, Hümeysra KOCA, Bedriye AK, Aysel KARACA, Dilek AKKUŞ, Özlem AKKAŞ'a teşekkür ederim. Yaşamımın her anında yanımda olan, destekleriyle bana güç veren ailem ve sevgili eşim Oğuz AKKUŞ'a, eşimin ailesine, yaşamıma kattıkları anlam, sabır ve sevgileri için sevgili oğullarım Samed Alp ve Ahmed Talha'ya teşekkür ederim.

ÖZET

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ (SAPD) HASTALARINA VERİLEN EĞİTİM İLE EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma, sürekli ayakta periton diyaliz (SAPD) hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesinde takip edilen 11 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek ve uzman görüşü alınarak oluşturulan soru formu aracılığı ile elde edilmiştir. Soru formları araştırmacı tarafından 05 Nisan- 08 Mayıs 2004 tarihleri arasında ev ziyareti yapılarak yüzyüze görüşme yöntemiyle, torba değişim işlemi gözlem formu; araştırmacı tarafından ev ziyaretinde bireyin torba değişim işlemi izlenerek doldurulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; nonparametrik testlerden iki ortalamanın karşılaştırılması için Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla ortalamaların karşılaştırılması için Kruskal Wallis Testi, bilgi puanı ile torba değişim işlemi puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Hastaların %72.7'si (8 kişi) kadın ve yaş ortalamaları 51.90 ± 17.24 'dür. Hastaların %45.4'ü (5 kişi) 43-62 yaş grubunda olup, %45.4'ü (5 kişi) ilköğretim mezunu ve %81.8'i (9 kişi) evlidir. Hastaların böbrek yetmezliği süreleri, %72.7'sinin (8 kişi) 5 yıldan az, %27.3'ünün (3 kişi) 5-10 yıl arasındadır. SAPD tedavilerini uyguladıkları süreler %54.5'i (6 kişi) 2-3 yıl ve %36.4'ü (4 kişi) 3-4 yıl olarak saptanmıştır.

SAPD hastalarının tamamının eğitimlerini hemşireden ve bireysel eğitim aldığı; eğitimin, hastaların çoğunluğuna (%81.8) kateter takıldıktan sonra verildiği;

hastaların tamamının verilen eğitimi yararlı bulduğu ve ev ziyaretlerinin yapılmadığı saptanmıştır. Hastaların %32.4'ü hijyen, %26.5'i değişim, %23.5'i enfeksiyon, %8.8'i genel hastalık bilgisi, %8.8'i beslenme konularında eğitim aldıklarını söylemişlerdir.

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamasının orta düzeyde olduğu (35.90 ± 13.85) (16-64 puan) söylenebilir. Kadın ve erkek hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları birbirine yakın ve orta düzeydedir. Genç yaş grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları (44.00 ± 8.00) daha yüksektir. Eğitim düzeyi ortaokul ve üstü mezunu olanların (52.33 ± 11.50) olup, eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamaları da yükselmektedir ($p < 0.05$).

Hastaların torba değişimi işlemi puan ortalamaları (47.09 ± 3.35) (40-50 puan) olarak bulunmuştur. Erkek hastaların torba değişim işlemi puan ortalamaları (49.00 ± 1.73) daha yüksek bulunmuştur. Genç yaş grubundaki hastaların değişim işlemi puan ortalamaları (49.00 ± 1.73) ve eğitim düzeyi ilköğretim mezunu olanların değişim işlemi puan ortalamaları (49.40 ± 1.34) daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$).

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini 1-2 yıl uygulayan hastaların değişim işlemi puan ortalamaları (49.50 ± 0.70) olup, tedavi süresi uzadıkça değişim işlemi puan ortalaması düşmektedir ($p > 0.05$).

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları ile torba değişim işlemi puanları arasında pozitif (aynı) yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuş, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların bilgi puanlarına paralel olarak torba değişim işlemi puanlarının da artması beklenirken, bilgi puanları düşük olan hastaların çoğunluğunda torba değişim işlemi puanlarının da düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların bilgi durumları değerlendirilip gereksinimlerine göre eğitimlerin tekrar edilmesiyle bilgi puanları yükseltilebilir. Bu nedenle hastaların bilgi puanlarının yükseltilmesiyle uygulamalarının da iyileştirileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Ev Ziyareti, Hasta Eğitimi, Hemşire, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi.

ABSTRACT

A COMPARISON BETWEEN THE CARE REQUIREMENTS AND THE PATIENT EDUCATION GIVEN TO CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD) PATIENTS

This study was designed as definitive and analytical in order to compare the housecare requirements and patient education given to continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients.

The study sample comprised of 11 patients monitored in Peritoneal Dialysis Unit at Duzce University Faculty of Medicine Hospital. The study data were collected via a questionnaire form designed by the researcher in compliance with the recent literature and expert consultations. The questionnaire forms were completed via face to face interviews with the patients during house visits between April 5 – May 8 2004. The periton dialysis form was completed by the researcher by observing the patient during periton dialysis.

The evaluation of the study data was carried out with the Mann-Whitney U Test to compare two mean scores and the Kruskal Wallis Test to compare more than two mean scores in nonparametric tests as well as descriptive statistical methods such as numerical, percentage and standard mean tests. The Pearson Correlation Test was used in order to analyze the correlation between the knowledge score and periton dialysis scores.

It was reported that 72.7% of the participants (n:8) were women and the mean age was 51.90 ± 17.24 years. 45.4% (n:5) of the participant patients were aged between 43-62 years old, 45.4% (n:5) graduated from primary school, and 81.8% of the participants (n:9) were married. It was further noted that 72.7% (n:8) of the patients had renal failure for less than 5 years and 27.3% (n:3) suffered from chronic renal failure for 5-10 years. 54.5% of the patients (n:6) took CAPD treatment for 2-3 years and 36.4% (n:4) for 3-4 years.

The study results also illustrated that all CAPD outpatients in the study were individually given education by the nurses and most of the patients (81.8%) were given education after catheter implant. The patients participated in the study stated that the education was beneficial, yet the house visits weren't followed through. The patients further noted that 32.4% of the patients were given education about hygiene, 26.5% received education about the procedures of periton dialysis, 23.5% of the participants were educated about infections, 8.8% were given education about general sanitation, and 8.8% received education about nutrition.

In light of the results, it can be suggested that the mean score of knowledge was moderate (35.90 ± 13.85) (16-64 points). The mean score of knowledge subscale for men and women was found to be approximate and moderate. It was also reported that the younger participants had higher mean scores of knowledge (44.00 ± 8.00) and that the mean scores of knowledge for patients who graduated from secondary school or above were 52.33 ± 11.50 , which were found to increase with the educational status ($p < 0.05$).

The study results also demonstrated that the mean scores of periton dialysis were (47.09 ± 3.35) (40-50 points) and male patients had higher mean scores (49.00 ± 1.73). It was also pointed out that the younger patients (49.00 ± 1.73) and those who were primary schools graduates (49.40 ± 1.34) also had higher mean scores ($p > 0.05$).

For the patients who took CAPD treatment for 1-2 years, it was found that the mean score of periton dialysis was 49.50 ± 0.70 and the mean score decreased with longer periods of treatment ($p > 0.05$).

There was a positive (parallel) moderate correlation between the mean scores of knowledge and the mean scores of periton dialysis, which, however, wasn't considered as statistically meaningful ($p > 0.05$).

While the mean scores of periton dialysis were expected to increase with the knowledge scores, it was observed that most of the patients with lower scores of knowledge had lower scores of periton dialysis. It is suggested that the knowledge of patients about the treatment procedures and the patient care be assessed and the

education sessions be repeated accordingly, which eventually result in higher scores of knowledge. Consequently, it is strongly believed that the treatment procedures can be improved with the increasing knowledge scores of the patients.

Key Words: Home Care, Home Visit, Patient Education, Nurse, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
BÖLÜM	
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Yöntemleri	4
2.2. Periton Diyalizi	5
2.2.1. Aletli Periton Diyalizi (APD)	5
2.2.2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD)	5
2.2.3. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Tekniği	6
2.2.4. Periton Diyalizinin Avantajları ve Dezavantajları	6
2.2.5. Periton Diyalizi Kateterleri ve Yerleştirilmesi	7
2.2.6. SAPD’de Kullanılan İlet Sistemleri	8
2.2.7. SAPD Solüsyonunun Özellikleri	9
2.3. Kuru Ağırlık Kavramı	12
2.3.1. Kuru Ağırlığın Belirlenmesi	12
2.3.2. Uygulamada Yararı Olan Bilgiler	13

2.4. Diyaliz Yeterliliği	14
2.5. SAPD Hastalarının Beslenmesi	15
2.6. Periton Diyalizinde Sorunlar	15
2.6.1. Peritonit	15
2.6.2. Kateter Çıkış Yeri Enfeksiyonu	17
2.6.3. Tünel Enfeksiyonu	19
2.6.4. Sklerozan Peritonit	20
2.6.5. Mekanik Komplikasyonlar	20
2.6.6. Sıvı Dengesi İle İlgili Komplikasyonlar	23
2.6.7. SAPD Hastalarında Anemi	25
2.6.8. Psikososyal Sorunlar	28
2.7. SAPD Ünitesinin Özellikleri	31
2.8. Periton Diyalizi için Hasta Seçim Kriterleri	34
2.9. Periton Diyalizi Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları	38
2.10. SAPD Hastasının Eğitimi	40
2.11. SAPD’de Değişim İşlemi Basamakları	41
2.12. Ev Ziyareti ve Ev Ziyaretinde Hemşirenin Rolü	43
3. YÖNTEM ve GEREÇ	45
3.1. Araştırmanın Şekli	45
3.2. Araştırmanın Alt problemleri	45
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	45
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	46
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
3.6. Araştırmada Kullanılan Değişkenler	47
3.7. Tanımlar	47
3.8. Verilerin Toplanması	47
3.8.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	47

3.8.2. Veri Formunun Ön Uygulaması	48
3.8.3. Veri Formunun Uygulanması	48
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	49
4. BULGULAR	50
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	84
EKLER	88
EK 1. Soru Formu	
EK 2. Hastanede Eğitilen Hastaların SAPD Durumlarına ve Genel Bakımlarına İlişkin Bilgi Kontrol Formu	
EK 3. Soru Formu	
EK 4. Torba Değişim İşlemi Gözlem Formu	
EK 5. SAPD Eğitim Kitapçığı	
EK 6. Etik Kurul Onay Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

APD	Aletli Periton Diyalizi
ÇYE	Çıkış Yeri Enfeksiyonu
EPO	Eritropoetin
GFR	Glomeruler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KTİ	Kardiyotorasik İndeks
KT/V	Tüm Vücut Üre Klirensi
PD	Periton Diyalizi
PET	Periton Eşitleme Testi
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TND	Türk Nefroloji Derneği
Tx	Böbrek Transplantasyonu
UF	Ultrafiltrasyon
UV	Ultraviyole

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	50
4.2. Hastaların Sigara, Alkol ve İlaç Alışkanlıkları	52
4.3. SAPD Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri	53
4.4. Hastaların Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisine İlişkin Aldıkları Eğitim Durumu	55
4.5. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Evin Özellikleri	57
4.6. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Diyaliz Değişimine İlişkin Bazı Özellikleri	58
4.7. SAPD Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları	60
4.8. SAPD Hastaların Torba Değişim Uygulamalarından Aldıkları Puan Ortalamaları	61
4.9. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
4.10. Hastaların Bazı Hastalık Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
4.11. Hastaların Aldıkları Eğitimin Zamanı ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
4.12. Hastaların Yaşadıkları Evin Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
4.13. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamaları	67

4.14. Hastaların Bazı Hastalık Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
4.15. Hastaların SAPD Tedavisine Yönelik Aldıkları Eğitimin Zamanı ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69
4.16. Hastaların Yaşadıkları Evin Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69
4.17. Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puanları ile Torba Değişim İşlemi Puanları Arasındaki İlişki	70

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kronik hastalıklar arasında Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dünyada ve Ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur (Biol, 1997; Albayrak, 2003). Ülkemizde (1995) KBY olan hasta sayısı milyon nüfus başına 100.4 iken, 2007’de bu rakam 709’a ulaşmış ve 2007 yıl sonu itibarıyla eski ve yeni KBY olan hasta sayısı 46.679 kişi olmuştur. Bu rakamlardan da görüleceği üzere KBY giderek belirgin bir artış göstermektedir. Hasta sayısındaki artışa paralel olarak Renal Replasman Tedavisine (RRT) başlayan hasta sayısı da artmaktadır (TNDT Registry, 1995; TNDT Registry, 2007).

Renal replasman tedavi seçenekleri hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve renal transplantasyon (Tx) olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Transplantasyon, Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde Hemodiyaliz tedavisinden sonra en çok kullanılan RRT yöntemidir. Transplantasyonun büyük cerrahi girişim gerektirmesi, böbreğin vücut tarafından reddedilme riski, reddedilme riskini önlemek için kullanılan ilaçların enfeksiyon ve kansere yakalanma olasılığını yükseltmesi ve bunlara ek olarak Ülkemizde ve dünyada böbrek vericisi bulmanın zor olması nedeniyle istendik düzeyde değildir. Ülkemizde 2007 yılı sonuna kadar yapılan Tx sayısı 5923’dür (Kaya, 1998; Albayrak, 2003; TNDT Registry, 2007). KBY’li olan hastaya böbrek nakli yapılana kadar yaşamını kurtaran tedavi modeli olarak görülen diyaliz tedavisi, periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere iki seçenekten oluşmaktadır. Hemodiyalizin makineye ve bir merkeze bağımlılık gerektirmesi, bazı hastalarda fistül oluşturulamaması ve yaşam kalitesindeki düşüklük gibi dezavantajları nedeniyle hasta ve hekimler tarafından her zaman kabul görmemektedir (Daugirdas, 1997).

Periton diyalizi, önceleri HD’in uygulanamadığı durumlarda zorunlu kalındıkça kullanılan bir tedavi iken, günümüzde RRT seçeneklerinden biri olarak yerini almıştır. Periton diyaliz tedavisi, hemodiyalize kıyasla daha iyi metabolik kontrol sağlaması, sıvı ve diyet kısıtlamasının az olması, iğne girişimlerinin olmaması, hipertansiyonun daha etkili kontrolü, hastaneden bağımsızlık ve normal

günlük yaşamın sürdürülmesi, geri kalan böbrek işlevinin daha iyi korunması, anemiye daha az rastlanması ve daha ucuz olması gibi avantajları nedeniyle kullanımı son yıllarda giderek artış göstermiştir (Kaya, 1998; Albayrak, 2003; Aylaz ve Erci, 2008). Ülkemizde 2007 yılı itibarı ile 6370 birey periton diyaliz tedavisi görmektedir (TNDT Registry, 2007).

Periton diyalizinin, Aletli Periton Diyalizi (APD) ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) olmak üzere genel olarak iki seçeneği bulunmaktadır. Aletli Periton Diyalizinde sıvı, peritona bir alet yardımıyla hasta uykuda iken verilip boşaltılırken SAPD’inde bu işlem elle yapılmaktadır (Levy, 2002).

SAPD tedavisinin, geri kalan böbrek işlevlerini iyi koruması, hepatit B ve C riskinin az olması, Tx’dan sonra en iyi sonuç alınan tedavi olması, damar giriş yolunun korunması, hastaneye bağımlılığın az olması, makineye bağımlılığın olmaması ve maliyetinin hemodiyalize göre düşük olması gibi avantajları nedeniyle RRT’ne başlangıç olarak periton diyaliz tercih edilmektedir (Aydın, 1998; Kaya, 1998; Levy, 2002). Ancak tedaviye ve tedavinin uygulanmasına ilişkin peritonit gibi enfeksiyona bağlı ve kardiyovasküler, sıvı-elektrolit, asit-baz dengesizliği gibi enfeksiyon dışı komplikasyonları bulunmaktadır (Daugirdas, 1997). Bu sorunlar hastanın yaşamını tehdit edebilir, SAPD tedavisinin sonlandırılmasına neden olabilir ya da yaşam kalitesini düşürebilir. Bu komplikasyonlar, kendi tedavisini üstlenen hastaya, hastanede verilen eğitimin ev ziyaretleri ile desteklenmesi ile önlenabilir.

Hemşire yaptığı ev ziyaretlerinde, bireyin ev koşullarının tedaviye uygun hale getirilmesine ve bu koşullarda tedavinin en uygun şekilde uygulanmasına yardım eder, bireye psiko-sosyal destek sağlar ve bilgi eksiklerini tamamlayarak enfeksiyona bağlı ve enfeksiyon dışı komplikasyonların görülme oranının azalmasına önemli katkılar sağlayabilir (Levy, 2002). Zhu (2000) yaptığı çalışmada ev ziyaretlerinden sonra enfeksiyon oranının 42.6 aydan 59.2 aya; Castro (2000) da çalışmasında 24.6 ayda bir olan peritonit atak sayısının 44.5 ayda bire düşürdüğünü rapor etmiştir. Ülkemizde ise Cihangir (2001), ev ziyareti yapılan çocuklarda peritonit görülme oranı %21.4 iken, ev ziyareti yapılmayan çocuklarda %50 oranında olduğunu belirtmektedir (Albayrak, 2003).

Son 20 yıllık literatür taramasından ve hastanelerin SAPD hemşireleri ile yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilere göre Ülkemizde SAPD tedavisi olan hastalara bazı ünitelerde hiç ev ziyareti yapılmamakta, bazı ünitelerde düzensiz de olsa ziyaretler yapılmaktadır. Yönetmeliklerde ev ziyaretlerinden söz edilmediğinden hastaların çoğu evlerinde ziyaret edilememektedir (Albayrak, 2003).

1.2. Araştırmanın Amacı

Kronik böbrek yetmezliğini oluşturan hastalıkların çoğunda kesin bir tedavi yöntemi yoktur. Hastalığın ilerlemesi ve böbrek fonksiyonlarının geri dönmeyecek biçimde kaybı sonucunda hastalara; yaşamlarını sürdürebilmeleri için Tx, HD ya da PD tedavilerinden birinin uygulanması gerekir.

Sürekli ayaktan periton diyalizi evde hastanın kendisinin uyguladığı bir tedavi yöntemi olması nedeni ile tedavinin etkinliğinin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi hastanın iyi eğitilmesine bağlıdır. SAPD hastasının eğitimi ekip işi olmasına karşın, birinci derecede hemşirenin sorumluluğundadır. Periton diyalizinde eğitimin amacı, hastanın tedaviye katılımını sağlamak, sağlığını nasıl koruyacağı ve sağlığı bozulduğunda neler yapması gerektiğini öğretmektir.

Yukarıdaki bu görüşten yola çıkarak, bu araştırma sürekli ayaktan periton diyaliz hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

2. KONUS İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Yöntemleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nefronların geriye dönüşsüz olarak kaybı sonucu glomerul filtrasyon (GFR) hızının 80 ml/dk nın altına inmesidir. GFR 10 ml/dk nın altına indiğinde ise renal replasman tedavisi gerektiren KBY'nin son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresi başlar. GFR değeri azaldıkça volüm yüklenmesi, hiperkalemi metabolik asidoz, hipertansiyon, anemi, kas iskelet sistemi hastalıkları gibi ciddi sorunlar başlar. KBY'nin sıklıkla; kronik glomerulonefrit (% 10.6), diyabetes mellitus (% 21.9), hipertansiyon (% 23.1) ve taş, obstrüksiyon gibi ürolojik hastalıklar neden olmaktadır (Albayrak ,2003; TNDT Registry, 2007).

Kronik böbrek yetmezliğini oluşturan hastalıkların çoğunda kesin bir tedavi yöntemi yoktur. Hastalığın ilerlemesi ve böbrek fonksiyonlarının geri dönmeyecek biçimde kaybı sonucunda hastalara; yaşamlarını sürdürebilmeleri için PD, HD ya da Tx tedavilerinden birinin uygulanması gereklidir (Topallar, 1987; Daugirdas, 1997; Çınar Menteş, 1998; Kaya, 1998; Selçuk, 1999; Ocak, 2002).

Bu tedavi yöntemlerinin hedefleri bireyin;

- Yaşam süresini uzatmak,
- Biyolojik ve fizyolojik dengesini sağlamak,
- Fizyolojik ve sosyal gelişimde en fazla yarar sağlamak,
- Tedaviye uyumunu sağlamak,
- Tedavisinin yan etkilerini en aza indirmek,
- Aile ve iş yaşantısını en sağlıklı düzeyde yürütülmesini sağlamak,

• Kronik hastalığının ve tedavisinin yol açtığı stresi en aza indirmektir (Kaya, 1998; Albayrak, 2003; Bakoğlu ve ark., 2009).

2.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizinin genel olarak; Aletli Periton Diyalizi (APD) ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) olmak üzere iki seçeneği bulunmaktadır (Daugirdas, 1997; Albayrak, 2003; Ocak, 2006; Peker, 2007).

2.2.1. Aletli Periton Diyalizi (APD): Dünyada PD hastalarının dörtte biri Aletli Periton Diyalizi (APD) ile tedavi edilmektedir. APD’inde hasta diyalizat değişimini gece boyunca uykuda iken bir makine yardımıyla yapmaktadır (Ocak, 2006; Kaynar ve ark., 2007). APD’inde hasta gün boyu serbest kalabildiği için çalışan, okuyan, gündüz aktif olan ve yaşlı ve güçsüz, karın içi basınç artmasına katlanamayan hastalar için çok uygun ancak bu yöntemin SAPD’ne göre çok pahalı olması, makineye bağımlı olmak ve her hastanın peritonunun geçirgenlik özelliğinin APD’ne uygun olmaması gibi sakıncaları bulunmaktadır (Albayrak, 2003).

2.2.2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD): Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi hemodiyalize alternatif olarak kabul edilmiş ve başarıyla uygulanmaya başlanmıştır. Periton diyalizinin en yaygın kullanılan şekli SAPD’dir (Kalender ve ark., 2001). Periton diyaliz sistemi temel olarak, peritona girişi sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyalizatın verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır (Ocak, 2006; Peker, 2007).

Bu işlemin yapılabilmesi için; steril, amaca uygun bir şekilde periton diyalizi solüsyonu, bu solüsyonu periton boşluğuna iletecek bir tüp sistemi (transfer seti), karın duvarına yerleştirilmiş, bir ucu periton boşluğunda, diğer ucu sete uyan kateter ve kateter ile setin birbirinden pratik ve emniyetli bir şekilde bağlanmasını ve gerektiğinde ayrılmasını sağlayan bir adaptör gereklidir (Koçer, 2006).

Diyalizatın periton boşluğunda beklediği dönemde, kanda yüksek konsantrasyonda bulunan üre ve diğer üremik toksinler diffüzyonla diyalizata geçerler. Solütlerin diffüzyonu, konsantrasyon farkının yüksek olduğu başlangıç döneminde en hızlıdır. Diyalizat ve kan arasındaki konsantrasyon farkı azaldıkça diffüzyon hızı azalır ve kan ile diyalizat konsantrasyonu eşitlendiğinde diffüzyon durur (Aydın, 2004; Altunçekiç, 2006; Ocak, 2006).

Ultrafiltrasyon, diyalizat içindeki osmotik maddelerin (sıklıkla glukoz) yarattığı, kan ve diyalizat arasındaki osmotik fark sayesinde gerçekleşir. Ultrafiltrasyon sonucunda hastaya verilen diyalizattan daha fazla sıvıyı geri almak mümkün olur (Aydın, 2004; Altunçekiç, 2006; Ocak, 2006). Peritoneal çözünen madde naklinin hızı hastadan hastaya farklılık gösterir. Enfeksiyon (peritonit), beta bloker ya da kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçların kullanımı, pozisyon ve egzersiz gibi fiziksel faktörlerle değişebilir (Aydın, 2004; Altunçekiç, 2006; Ocak, 2006; Peker, 2007).

2.2.3. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Tekniği: Drenaj-Dolum-Bekletme aşamalarından oluşur.

- **Drenaj:** Bekletme süresinin sonunda karın içerisindeki diyalizatın boşaltılmasıdır. Drenaj için yaklaşık 15-20 dk.'lık bir süre gereklidir (Polat, 1999; Albayrak, 2003; Ocak, 2006; Peker, 2007).
- **Dolum:** Karın içine sabit volümlü diyaliz solüsyonunun verilmesidir. İnfüze edilen diyalizat volümü hastanın vücut kitlesi, rezidüel renal fonksiyonu ve periton membranının geçirgenlik özelliği gibi faktörlere bağlı olarak 30-50 ml/kg arasında değişebilir. Çocuklarda bu değer 1100-1400 ml/m²'dir (Polat, 1999; Albayrak, 2003; Ocak, 2006; Peker, 2007).
- **Bekletme:** Diyalizatın karın içinde bekletilmesidir. Bekletme süresi 4-6 saattir. Bu sırada hasta setlerden ayrılır. Kateter ve ucundaki transfer seti hastanın beline bükülerek bir kuşak yardımıyla tespit edilir. Hasta böylece, diyalizatın doldurulma ve drenaj işlemleri dışındaki dönemlerde serbest, hareketlidir. Standart SAPD'de, 2 lt'lik periton diyaliz solüsyonları ile günde 4 değişim yapılır (7-9lt/gün). SAPD süresince 3 değişim gün boyunca, bir değişim ise yatmadan önce yapılır. Gece boyunca uzun bir bekleme periyodu (8-10 saat) vardır. Bu sürede solüsyon periton kavitesinde tutulur (Polat, 1999; Albayrak, 2003; Ocak, 2006; Peker, 2007).

2.2.4. Periton Diyalizi'nin Avantajları ve Dezavantajları: Sürekli ayaktan periton diyalizinin; bireyin kendi başına evde uygulayabilmesi, daha rahat seyahat ve hareket olanağı, kan basıncının kolay ayarlanması, daha serbest diyet olanağı, kendini

hemodiyalize göre daha iyi hissetmesi, intravenöz giriş olmaması ve daha az kan kaybı gibi avantajları bulunmaktadır. Bununla birlikte, enfeksiyon riski, periton kullanım ömrünün bilinmemesi, sık peritonit ya da hipertonic sıvı kullanımı sonucu periton kullanım ömrünün azalması, sıvının basıncına bağlı abdominal komplikasyonlar (herni, kaçak ve sızıntı vb.) da dezavantajları olarak belirtilmektedir (TNDT Registry, 1997; Ünal, 1997; Aydın, 1998; Kaya, 1998; Tülek, 1998; Levy, 2002; Peker, 2007).

2.2.5. Periton Diyalizi Kateterleri ve Yerleştirilmesi: Periton boşluğuna kalıcı ulaşım için yerleştirilen kalıcı kateterlerde aranılan özellikler; yeterli sıvı drenajı sağlamalı, periton diyalizine bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmesi, uzun süre kullanılabilmesi ve çevre dokular için biyo uyumlu olmasıdır (Polat, 1999).

Kalıcı periton diyalizi kateterleri silikonlu lastik ya da poliüretan gibi yumuşak materyalden yapılmış olup, kateter takıldıktan sonra yerinin görülebilmesi için kateterin önünde radyoopak bir çizgi bulunmaktadır. Peritonun içinde kalan bölümünde 1 mm'lik yan delikleri vardır ve kateteri yerinde tespit etmek için kateterin üzerinde 1 ya da 2 dacron yastık (cuff-keçe) bulunmaktadır (Kaya, 1998; Polat, 1999)

Kalıcı periton diyalizi kateteri hastaya, genel yada lokal anestezi ile orta hat üzerinde, göbeğin 2-3 cm aşağısından ve 2-3 mm'lik bir kesi ile cilt, cilt altı, kas ve periton tabakaları geçilerek pelvise yerleştirilmektedir. Keçelerden ilki periton üzerinde kalacak şekilde peritona dikilmekte, kateter kısa subkutan bir tünelle karnın yan duvarına doğru yönlendirilmekte ve kateterin ikinci keçesi çıkış noktasından 2-3 cm içeride kalacak şekilde kateter dışarıya çıkarılmaktadır. Kateterin çıkış ucu aşağıya bakacak şekilde olmalıdır ve kateter çıkış yerine sutur konmamalıdır (Kaya, 1998; Keleş, 2008). Periton ve cilt altı dokuya yerleştirilen bu keçeler sayesinde kateterin yerinde sabit kalması sağlanır ve diyalizat sıvısının sızması engellenir. Subkutan tünel sayesinde de cilt altından giren mikroorganizmaların direk olarak peritona ulaşmasına engel olunur (Kaya, 1998; Polat, 1999; Ocak, 2006).

Kateter Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar

- Tüm işlemler bittikten sonra kateterin kullanılması için en az 2-3 hafta beklenmesi sızıntı ve kateter çevresi göllenme gibi komplikasyonları azaltır.
- Aralıklı olarak kontrole çağırılan hastanın çıkış yeri bakımı yapılır. Ayrıca batın içine 500-1000 cc heparinli diyalizat verilerek kateterin işleyişi kontrol edilir.
- Kateterin pozisyonunun düzgün olup olmadığını anlamak için, ön arka pelvis grafisi kontrolü yapılır.
- Kateter takılması esnasında ve sonrasında profilaktik antibiyotik genellikle uygulanmaktadır. Vankomisin ve sefalosporin işlem öncesi uygulanabilen antibiyotiklerdir. Gerekirse işlem sonrası geniş spektrumlu antibiyotik önerilebilir (Polat, 1999).

2.2.6. SAPD’de Kullanılan İleti Sistemleri: Peritonit sıklığını ve SAPD tedavisinin başarısını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de, kullanılan bağlantı sistemidir. Bağlantı sistemi; diyaliz torbası ile kateteri birleştiren transfer seti ve bunlar arasındaki bağlantıları sağlayan adaptörlerden oluşur. Dokunma sayısını ve mikrobik kontaminasyon riskini azaltmak, uygulama kolaylığı sağlamak, hasta konforunu arttırmak ve el becerisi gerekliliğini en aza indirmek için bağlantı sistemi teknolojisinde zamanla önemli gelişmeler olmuştur. Transfer setin 6 ayda bir değiştirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Kaya, 1998; Polat, 1999).

Günümüzde Twing bag (ikiz torba) sistemi kullanılmaktadır. Bir tarafında boş torba diğer tarafında taze diyalizatla dolu torbanın bulunduğu tek kullanımlık Y set düz boru kısmıyla döner başlıklı transfer sete, bunun aracılığı ile de karındaki katatere bağlanmaktadır. Hastanın tek bağlantı kurduğu bu yöntem ile peritonit oranı en aza indirilmiştir (Çamsarı ve ark., 1996; Ocak, 2006). SAPD kateteri ile döner başlıklı transfer set arasındaki bağlantı için titanyumdan yapılmış ve özel bir kilit sistemi içeren (Luer Lock) bağlantılar kullanılmaktadır. Titanyumun tercih edilmesinin nedeni hafif ve elektrolit içeriğine dayanıklı olmasıdır (Kaya, 1998; Nergizoğlu, 1998; Polat, 1999; Doğukan, 2007; Keleş, 2008).

2.2.7. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Solüsyonunun Özellikleri:

Solüsyonlar genişleyebilen, plastik, şeffaf torbalar içerisinde 1- 1,5- 2- 2,5- 3 litrelik hacimler şeklinde bulunmaktadır. Çeşitli formüllerde SAPD solüsyonları kullanılabilmektedir (Kaya, 1998; Polat, 1999; Altunçekiç, 2006) .

Periton diyalizinin temel ilkesi, belirli bir süre içerisinde, periton boşluğuna infüze edilen solüsyon ile plazma arasında sıvı ve solüt eşitlenmesinin sağlanmasıdır. Üremik hastalarda vücutta biriken üremik atık madde ve fazla sıvının uzaklaştırılması diyaliz solüsyonlarının içeriği ile orantılıdır. Periton diyalizinde kullanılan solüsyonlar periton zarı ile “biyouyumlu” olmalı, aynı zamanda üremik hastalarda organik fonksiyonları devam ettirecek düzeyde üremik toksinleri ve fazla sıvıyı uzaklaştırabilmelidir. SDBY olan hastalarda elektrolit dengesinin sağlanması ve sürdürülmesi, böbrek fonksiyonlarının kaybından dolayı mümkün değildir. Fizyolojik olmayan plazma elektrolit seviyeleri, üremik sendromda hastanın hayatını tehdit eden ciddi sonuçlara yol açabilir. Homeostasisi sağlamak için sodyum, potasyum ve magnezyum gibi elektrolitlerin vücuttan uzaklaştırılması gerekmektedir. Gastrointestinal sistemden (GİS) kalsiyum emilimi azaldığı için SDBY olan hastalarda hipokalsemi önemli sorun oluşturmaktadır. Periton diyalizi solüsyonları tüm bu dengesizlikleri ortadan kaldıracak ve normal elektrolit seviyelerini sağlayacak içerikte olmalıdır (Peker, 2007).

Sodyum: Diyaliz solüsyonlarındaki sodyum (Na) konsantrasyonu 132-140 mmol/l arasındadır. Diyalitik Na dengesi diffüzyon ve konveksiyonun bir fonksiyonudur. Bir litre ultrafiltrasyon’da uzaklaştırılan net Na miktarı 70 mmol’dür. Bu da hücre dışı sıvının Na konsantrasyonundan azdır (Peker, 2007).

Potasyum: Hiperpotasemi SDBY’nin en ciddi komplikasyonlarından biri olduğu için diyaliz tedavisinin primer amaçlarından biri potasyum (K) dengesini sağlamaktır. PD solüsyonlarına K ilavesine gerek yoktur. Ancak kardiyak glikozid kullanan, malnütrisyonu olan ve serum K değeri 3 meq/l altındaki hastalarda dikkatli olunmalıdır. PD ile K uzaklaştırılması çok yavaş olduğu için, hipokalemi riski azdır (Polat, 1999; Peker, 2007).

Magnezyum: Birçok enzimatik reaksiyon için gerekli olan bir katyondur. Hipermağnezemi diyaliz hastalarında sık rastlanan bir bulgudur. PD solüsyonlarındaki

magnezyum (Mg) değerleri 0.25-0.75 mmol/l arasında değişir. 0.75 mmol/l Mg'lu diyalizatlar ile hipermagnezemi gelişebilir. Bu durum potansiyel olarak kemik oluşumunu inhibe eder. Ayrıca arteryal kalsifikasyonu destekleyici rol oynayabilir. Düşük Mg içeren fosfat bağlayıcıların kullanılmasına olanak sağlar (Polat, 1999; Peker, 2007).

Kalsiyum: Standart PD solüsyonları 1.75 mmol/l kalsiyum (Ca) içerir. 1.75 mmol/l Ca ihtiva eden solüsyonların kullanımı pozitif kalsiyum dengesine neden olmaktadır. Fosfat bağlayıcı olarak Ca içeren ajanların D vitamini kullanılması GİS'den Ca absorpsiyonuna ve buna bağlı olarak hiperkalsemiye neden olmaktadır. Hiperkalsemiyi önlemek, ciddi yan etkilerinden dolayı alüminyum içeren fosfat bağlayıcı ajanların kullanımını sınırlamak için 1.25 mmol/l Ca içeren diyaliz solüsyonları günümüzde tercih edilmektedir. 1.25 mmol/l Ca'lu diyalizat ile normal serum iyonize Ca seviyesi korunur. Fizyolojik Ca solüsyonları hiperkalsemiye sebep olmadan kalsiyum içeren fosfat bağlayıcıların daha rahat kullanılmasına olanak sağlar (Polat, 1999; Peker, 2007).

Glukoz: Dekstroz monohidrat %1.5, %2.5, %4.25'lik formlarda ve dekstroz anhidroz %1.36, %2.27, %3.86 formlarda bulunmaktadır. Küçük molekül ağırlıklı solüt grubuna dahil olan glukoz ortamda osmolalite oluşturur, ancak çabuk absorbe edildiği için başlangıçta fazla olan ultrafiltrasyon miktarı diyalize devam edilen saatlerde azalır. Büyük molekül ağırlıklı osmotik ajanlar (jelatin, polikasyon, dekstran, glukoz polimerler) daha yavaş absorbe edildikleri için daha uzun süre ve miktarda ultrafiltrasyon oluştururlar (Polat, 1999; Peker, 2007).

Aminoasitler: Diyalizatla aminoasit kaybı günde 2 gram kadardır. Düşük proteinli diyet alan, kas harabiyeti olan, düşük serum proteinli, malnütrisyonlu hastalarda aminoasitli SAPD solüsyonları kullanılır. İntraperitoneal aminoasit uygulamasının SDBY olan hastalarda birçok avantajı mevcuttur. Hastada fosfat birikimi ve sıvı birikimi söz konusu değildir. Günlük bazda glikoz absorpsiyonunu azaltır. Günlük değişimlerle uygulanabilir, herhangi bir uyumsuzluk, yan etki göstermez. Protein malnutrisyonu olan PD hastalarında amino asit desteği sağlar. Uzun dönemde protein malnutrisyonunu önlemek için peritoneal yolla amino asit kayıplarını yerine koyar. Glikoz içermeyen bir PD solüsyonudur. PD hastalarına özel formüle edilmiştir. %1.1

oranında amino asit içerir. İştahsızlığa yol açtığına dair kanıt yoktur. 40 mmol/l laktat içerir. %1.36 Glikoz solüsyonuna eşdeğerdir, özellikle diyabetik ve obez hastalarda avantaj sağlar (Polat, 1999; Peker, 2007; Tokgöz, 2007).

Bikarbonatlı- Laktat- Asetat: Günümüzde standart PD solüsyonlarında tampon madde olarak laktat kullanılmaktadır. Daha önceden üretilen diyaliz solüsyonlarında tampon madde olarak asetat kullanılmaktaydı. Ancak zamanla ultrafiltrasyon kaybı ve sklerozan enkapsüle peritonit insidansında artışa bağlı olarak asetatın PD solüsyonlarında tampon madde olarak kullanılmasından vazgeçilmiştir. Laktat, asidoz tedavisinde bikarbonata benzer etki gösterir. Diyaliz solüsyonlarındaki konsantrasyonları 35-45 mEq/l kadardır.

Tampon madde olarak laktat kullanılması solüsyon pH'sının düşmesine buna bağlı olarak da bir takım yan etkilere yol açabilmektedir. Bu yan etkilerin bazıları periferik ve intraperitoneal lökositlerin fagositik ve bakterisid etkilerinin suprese edilmesidir. Bikarbonat içeren solüsyonların kullanılması diyaliz hastalarında asidozun önlenmesi için idealdir. Bikarbonat içeren solüsyon kullanımının birçok avantajı söz konusudur. Bunlar; daha az sitotoksik etki, asidozun daha iyi kontrolü ve infüzyon sırasında daha az ağrı, rahatsızlık. Bu amaçla bikarbonat içeren PD solüsyonları kullanılmaktadır (Polat, 1999; Peker, 2007).

Diyaliz Solüsyon Asiditesi: Sterilizasyon sırasında karemelizasyonu (glikozun esmerleşmesi) önlemek için pH 5.5'e yakın tutulur. Asidik pH SAPD hastalarınca iyi tolere edilir. Diyaliz başlayınca pH hızla yükselir. Çok az hastada asidik pH içe akımda ağrı oluşturabilir. Bu durum, çok az alkali ilave edilerek pH nötralizasyonu ile düzeltilebilir (Peker, 2007).

Diyaliz Solüsyonu Isısı: Hastanın rahatsız olmaması için sıvının vücut "sıcaklığında" olması istenir. Mikrodalga fırın ve kalorifer peteğinde ısıtma, dekstroz kimyasını bozduğu için kullanılmamalıdır. Elektrikli torba ısıtıcıları idealdir, ancak bulunamadığında ılık su banyosu kullanılabilir (Peker, 2007).

2.3. Kuru Ağırlık Kavramı

SDBY olan hastalarda volüm ayarlama yeteneği azalmıştır. Bu hastalarda sıklıkla idrar miktarında azalma olduğu için veya tamamen bittiği için daima volüm fazlalığı gelişir ve bunun diyaliz sırasında uzaklaştırılması gerekir. Düzeltilmesi gereken bu volüm fazlalığının miktarı hastanın tahmin edilen kuru ağırlığına göre belirlenir. Kuru ağırlık hastanın her diyaliz seansının bitiminde ulaşması gereken ve bu değerin daha altında normoalbünemik bir hastada semptom verecek düzeyde hipotansiyon gelişen, daha üzerinde ise hipertansiyon ya da sıvı fazlalığının fark edilmeyen bulgularını ortaya çıkardığı bir durumdur. Bu da vücut ağırlığı olarak tanımlanmaktadır (Levy, 2002). Kronik periton diyaliz hastalarında diyaliz reçetesi yazılırken karşılaşılan en önemli zorluklardan biri kuru ağırlığın belirlenmesidir. Bu nedenle bütün dünyada diyaliz hastalarının çoğunda gerçek kuru ağırlık sağlanamamaktadır. Bu durum PD hastalarında rezidüel böbrek işlevleri azalan hastalarda kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin yüksek oluşunun en önemli nedenidir (Levy, 2002; Peker, 2007).

2.3.1. Kuru Ağırlığın Belirlenmesi: PD hastalarında karşılaşılan sorunların büyük bir çoğunluğu sıvı fazlalığından yani hipervolemiden kaynaklanmaktadır. Hastanın normal vücut ağırlığı (yani kuru ağırlığı) bilinirse bunu aşan her kilo fazla sıvı demektir. Fakat bunu saptamak zordur. Fazla sıvı birikmesinin yol açtığı sorunlar içinde en önemlisi olan hipertansiyonun tam olarak mekanizması bilinmemektedir. En büyük problem hastaların beslenme yetersizliğinin olduğu ve ödem olmaksızın su ve tuz yükünün olduğu SDBY'nin erken döneminde ortaya çıkar. Hastanın beslenme durumunun düzenlenmesi daha sonra kuru ağırlığının yanlış değerlendirilmesine yol açar. Kuru ağırlığın uzun süre yanlış değerlendirilmesi kalıcı sıvı yüküne, sol ventrikül hipertrofisine, hipertansiyona ve kardiyovasküler mortalite riskinde artışa yol açar (Levy, 2002; Peker, 2007). Diyaliz hastalarındaki hipertansiyonun en azından %80'i kronik hipervolemiye bağlıdır. Yöntemin uygulanmasına ilk başladığında hastanın kuru ağırlığının saptanması gerekir. Bu hastanın ödem ya da başka aşırı sıvı varlığı belirtisi göstermediği ayakta dik dururken kan basıncının normal olduğu zamanki ağırlığıdır. Bu uygulama için ilk hafta hipertonic diyaliz solüsyonları

kullanıp su ve tuz alımı geçici olarak kısıtlanabilir. Bu uygulamaya ödem kayboluncaya kadar devam edilir (Peker, 2007).

2.3.2. Uygulamada Yararı Olan Bilgiler: Ödem saptanan bir hastada hipervolemi mutlaka vardır. Ama ödemin saptanmadığı durumlarda da 5-6 litre sıvı fazlalığı olabilir. Böylesi olgularda yol gösteren iki yöntem vardır; kan basıncı ölçümü ve tele ile değerlendirilen kardiyotorasik indeks (KTİ). Hipertansiyonu olan bir hastada, KTİ 0.48'den fazla ise, hipervolemi olduğu kesindir ve ultrafiltrasyon ile hastanın vücut ağırlığı azaltılmalıdır. Rezidüel böbrek işlevleri hemodiyaliz hastalarına kıyasla daha iyi korunmuş olan SAPD hastalarında hipervoleminin tedavisi için diüretiklerden de yararlanılabilir. KTİ normal sınırlara indiğinde de, hipertansiyon devam ediyorsa yine de hafif hipervolemi olabilir. Bu durumda uzun bir zaman içinde biraz daha ultrafiltrasyon yapılabilir. Bundan sonra kan basıncı düştüğünde, kuru ağırlığa ulaşılmış demektir. Bu yaklaşım başarısız kalırsa veya ultrafiltrasyon sırasında ciddi yakınmalar ortaya çıkarsa iki seçenek söz konusudur (Levy, 2002; Peker, 2007).

- Ekokardiyografi ile kalp boşluklarının çapları ölçülür. Çünkü bazı hastalarda dilatasyon olmaksızın ciddi hipertrofi ya da perikard efüzyonu meydana gelebilmektedir.
- Kaptopril testi uygulanır. Eğer kan basıncı düşerse büyük olasılıkla hipervolemi yoktur. Hatta hafif hipovolemi bile olabilir. Bu durumda kuru ağırlığın altına indiği, uygunsuz renin salgılanmasının sorumlu olduğu düşünülebilir. Kovertin enzim inhibitörü veya beta bloker ile tedavi uygulanır. Kan basıncı normal veya düşük, KTİ büyük ise, yine de ekokardiyografi gerekir. Gerek perikardiyal efüzyon gerek kardiyomiyopati ve dilatasyon veya her ikisi de görülebilir. Böyle hastalarda genellikle kuru ağırlığa erişilmemiştir, daha fazla sıvı çekilmelidir. Ani hipotansiyonlardan korunmak için de ultrafiltrasyon yavaş ve dikkatle yapılmalıdır (Levy, 2002; Peker, 2007). En iyi sonuca ulaşmak için hem hekim hem hemşire ve hem de hasta ile ailesi, volümün kontrolü ve diyetin önemini içtenlikle kabul etmeli ve inanmalıdır. Özellikle PD hastalarında başlangıçtan itibaren bu yönde eğitime

önem verilmeli ve hastaya kendine olan sorumluluğu benimsetilmelidir (Peker, 2007).

Sonuç olarak;

- Diyaliz hastalarında genellikle hipervolemi gelişmektedir. Bu durum tam bir tuz kısıtlaması yapmayan ve yeterli diyaliz tedavisi görmeyen hastalarda daha da belirgindir.
- Hipervolemi tek başına önemli bir risk faktörüdür.
- Kapak yetmezliği ve sistolik fonksiyonel bozukluk gibi fonksiyonel kalp yetmezliği belirtileri ultrafiltrasyon ile düzeltilebilir.
- Hipertansiyonu olan diyaliz hastalarının büyük çoğunluğuna kuru ağırlığa ulaşana kadar ultrafiltrasyon yapmak uygundur. Geriye kalan daha az sayıdaki hastaya da antihipertansif kullanılması faydalıdır (Peker, 2007).

2.4. Diyaliz Yeterliliği

PD'nin temel amaçları, atık ürünlerin ve fazla suyun vücuttan uzaklaştırılmasıdır (Dilek, 2007). Yeterlilik tanımı kinetik modelle yapılan ölçümlerle değerlendirilmekle beraber, gerçekte hastanın sağ kalımı ve yaşam kalitesinin artmasını etkileyen durumları da içerir. Yeterli diyaliz, hastanın volüm durumunun korunması, kan basıncının kontrolü, kalsiyum-fosfor dengesinin sağlanması, yeterli beslenmenin devamının sağlanması gibi hastanın yaşam koşullarını iyileştirecek çok sayıda faktörü de içerir. Yapılan matematiksel ölçümlerde sıklıkla üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin temizlenme oranı değerlendirilse de iyi bir diyalizle pek çok istenmeyen etkileri olan orta molekül ağırlıklı üremik toksinler de uzaklaştırılmalıdır (Polat, 1999; Albayrak, 2003; Peker, 2007; Keleş, 2008).

2.5. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarının Beslenmesi

SAPD tedavisi ve komplikasyonlarının önlenmesinde diyet, önemli bir rol oynamaktadır. Yıllardır üreminin semptom ve bulgularını düzeltmek amacıyla hastaların diyet ve beslenme durumlarına ilişkin çeşitli çalışmalar ve birtakım düzenlemeler yapılmasına rağmen, SDBY safhasına gelen hastalarda, protein kalori malnütrisiyonu kaçınılmaz olmaktadır. Günümüzde diyaliz tedavilerinin yaygınlaşmasına rağmen hastaların tedavisinde, beslenmenin rolü önemini yitirmemiş, hatta bazı diyaliz tedavisi etkinliğini değerlendirme yöntemlerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile daha da önem kazanmıştır (Kaya, 1998; Peker, 2007)

2.6. Periton Diyalizi'nde Sorunlar

Periton diyalizi tedavisi uygulayan hastalar, tedaviye ve tedavinin uygulanmasına ilişkin pek çok sorunla karşı karşıya kalabilmekte ve çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Ortaya çıkan sorunlar ve komplikasyonlar bireyin yaşamını tehdit edebildiği gibi tedavinin sonlandırılmasına da neden olabilmektedir. Periton diyalizinin başarısı ve tedaviye ilişkin komplikasyonların önlenmesi, hastanın tedaviye ilişkin yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ve kendinden beklenen sağlıklı davranışları yerine getirebilmesine bağlıdır. Periton diyalizi uygulayan hastalarda hemşirenin amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye kadar bireyi eğitmek, desteklemek, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların ve sorunların engellenmesine ya da azaltılmasına yardımcı olmaktır (Sarıkaya ve ark., 2001; Peker, 2007).

2.6.1. Peritonit: Parietal ve visseral peritonun enflamasyonuna peritonit denilir. Bu enflamasyon enfeksiyöz nitelikte olabildiği gibi kimyasal maddeler, allergenler gibi nonenfeksiyöz nedenlere de bağlı olabilir. Peritonit SAPD'nin en sık karşılaşılan komplikasyonudur (Kaya, 1998; Koçer, 2006; Keleş, 2006; Ocak, 2006; Peker, 2007). Cerrahi peritonitlerden farklı olarak, periton diyalizine bağlı peritonitler minör kontaminasyonların sonucunda gelişebilir ve bunlarda sepsisemi oranı çok düşüktür. Cerrahi peritonitlerde sıklıkla gram-negatif ve anaerob bakterilere, periton

diyalizi peritonitlerinde ise gram-pozitif bakterilere rastlanır. SAPD hastalarının deri florasında bulunan stafilokokus epidermidis ve stafilokokus aureus en sık karşılaşılan peritonit etkenleridir. Mikroorganizmalar intraluminal, periluminal, transmural, hematojen veya vaginatubular (asendan) yolla periton boşluğuna ulaşır (Koçer, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).

- **İntraluminal yol (%30-40):** En sık görülen kontaminasyon yoludur. Torba değişimi sırasında yapılan hatalar, kateter veya değişim setinin delinmesi, kontamine veya iyi sterilize edilmemiş, üretim hatalı SAPD torbaları kateter lümeninden bakterinin periton boşluğuna geçmesi ile peritonit nedeni olurlar. Bu tür peritonitlerde daha çok cilt bakterileri, özellikle *S. epidermidis* sorumludur. Burunlarında *S. aureus* kolonizasyonu olan hastalarda ise *S. aureus*, hem kateter çıkış yeri enfeksiyonu hem de peritonit etkeni olarak ön plana çıkar (Kaya, 1998; Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).
- **Periluminal yol (%20-30):** Kronik kateter çıkış yeri enfeksiyonu ve tünel enfeksiyonu durumlarında, mikroorganizmalar kateterin etrafından ilerleyerek periton boşluğuna ulaşabilirler. Bu durumdan daha çok stafilokoklar, pseudomonas ve candida gibi mikroorganizmalar sorumludur (Kaya, 1998; Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).
- **Transmural yol (%25-30):** Kolon divertikülozisi, iç organ perforasyonu gibi durumlarda, mikroorganizmalar barsak ve diğer içi organ duvarlarını aşarak periton boşluğuna ulaşabilir. Bu tip peritonitler ağır seyreden, iki veya daha fazla etkenli, fatal olma oranı yüksek peritonit tipleridir (Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).
- **Hematojen yol (%5-10):** Tüberküloz basili ve streptokokus viridans, hematojen yolla peritona ulaşarak peritonite neden olabilirler (Kaya, 1998; Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).
- **Vajina-Tubular yol (%2-5):** Kadın genital organlarında sık olarak bulunabilen candida, lactobacillus, streptokoklar gibi mikroorganizmalar vajinal veya tubular diyalizat sızıntıları ile birlikte tekrarlayan peritonitler yapabilirler (Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).

Peritonit Tanısı: Peritonit tanısı, aşağıdaki kriterlerden ikisi var olduğunda pozitif kabul edilir (Koçer, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008). Bulanık diyalizat, mm³ de 100'den fazla lökosit ve bunların %50'den fazlasının nötrofil olması, gram yayması veya kültür ile sıvıda mikroorganizma varlığının gösterilmesi, peritoneal enflamasyon bulgularının varlığı.

Semptomlar: Karın ağrısı, bulantı-kusma, halsizlik, konstipasyon veya diyare, titreme, ateş (Albayrak, 2003; Peker, 2007).

Bulgular: Diyalizatta bulanıklık, rebound fenomeni, karında hassasiyet, kanda lökositoz, diyalizatta mm³'te 100'den fazla lökosit bulunması, gram yaymada ve kültürde bakteri ya da mantarların tespit edilmiş olması (Albayrak, 2003; Ocak, 2006; Peker, 2007; Keleş, 2008).

Tedavi: Bulanık diyalizattan kültür için örnek alınır. Enfeksiyon odakları açısından kateter çıkış yeri, burun, boğaz, balgam, idrar, gaita ve vajina kültürleri de alınır. Periton diyaliz sıvısındaki bulanıklık açılana kadar her diyaliz sıvısına heparin konulmalıdır. Kültür antibiyogram sonucuna göre hekim istemi doğrultusunda tedavi intraperitoneal ve/veya sistemik uygulanmalıdır. Diyetisyen işbirliği ile beslenme bozukluğunun giderilmesi ve doğru beslenme için hastanın diyeti belirlenmeli ve alımı sağlanmalıdır. Hasta ve/veya ailesine eğitim verilmelidir (peritonit nedenleri ve dikkat edilecek noktalar, tedavi vb.) (Peker, 2007).

2.6.2. Kateter Çıkış Yeri Enfeksiyonu: Periton diyaliz kateterinin etrafını saran cilt bölümüne “kateter çıkış yeri” denilir. Kateter giriş yeri ile peritona giriş yeri arasında kalan ve içinde kateterin intramural parçasının ve kateter keçelerinin bulunduğu bölüm ise “kateter tüneli” adını alır. Bu bölümler dış ortamla periton boşluğunun bağlantı noktaları olmaları nedeni ile, enfeksiyonlara hassastırlar (Peker, 2007).

Çıkış yeri enfeksiyonu (ÇYE), çıkış yerinde akıntı, kızarıklık veya ciltte endurasyon olarak tanımlanabilir. Çıkış yerinde kabuk olması her zaman enfeksiyon anlamına gelmemektedir. Enflamasyon veya kızarıklık olmadan pozitif çıkış yeri kültürü de enfeksiyonu göstermez. Enflamasyonsuz pozitif çıkış yeri kültür sonuçlarına göre tedavi gerekmemektedir. Çıkış yerinde eritem olsun olmasın pürülan

akıntının varlığı olarak tanımlanmaktadır. Kateter çevresinde pürülan akıntı olmadan oluşan eritem enfeksiyonun erken habercisi olabilir. Eritemin varlığı çoğunlukla travmaya bağlı olabileceğinden klinik değerlendirme yaparak karar vermek gerekecektir (Koçer, 2006; Karayaylalı, 2007; Keleş, 2008).

Kateter Çıkış Yeri Bakımı:

Kateter yerleştirilirken;

- Çıkış yerine sürtünmesini önlemek için kemer çizgisinden kaçınarak bir çıkış yeri lokalizasyonu planlamak gerekir. Çıkış yeri hasta ayakta iken kemer çizgisinin altında veya üstünde işaretlenmelidir.
- Hastanın stafilokokus aureus taşıyıcısı olup olmadığını anlamak için kateter uygulaması sırasında nazal sürüntü alınmalıdır. Taşıyıcılara düzenli nazal Mupirisin başlanmalıdır.
- Çıkış yerinde dikişten kaçınılmalıdır ancak hemostaz sağlamak amacıyla dikiş gerektiğinde enfeksiyon odağı oluşturmaması için 3-4 gün sonra alınmalıdır.
- Hastalar yara iyileşene kadar çıkış yerini ıslatmamalıdır (yaklaşık 2 hafta).
- Kateter yerleştirildikten hemen sonra başlanarak haftada 2 kez pansuman yapılmalıdır (Peker, 2007).

Kateter yerleştirildikten sonraki dönem;

- Kateter yerleştirildikten sonra yara iyileşinceye kadar pansumanlar PD hemşireleri tarafından steril bir teknikle yapılmalıdır.
- Çıkış yeri kuru olmalı ve gerekirse iki hafta banyo yapmamalıdır. Yara iyileştikten sonra hastaya çıkış yeri bakımı ile ilgili bilgi verilmelidir (Adıbelli ve ark., 2007).
- Hasta her gün duş almalıdır. Çıkış yerini uzun süre ıslak tutmamalıdır (küvette olduğu gibi).
- Çıkış yeri iyi kurulanmalıdır. Kuru gazlı bezle kapatılmalıdır.
- Hasta, çıkış yeri enfeksiyonlarını tanıması, kızarıklık ve püy olduğunda periton diyalizi merkezine bildirmesi için eğitilmelidir.
- Eğer çıkış yeri enfeksiyonundan şüphelenilirse, antibiyotik başlamadan önce kültür alınmalıdır.

- Enfeksiyon gelişirse, hemşire hastanın çıkış yeri bakımını nasıl yaptığını gözden geçirmelidir.
- Hiçbir zaman kateterin yanında özellikle çıkış yerine pansuman yaparken makas kullanılmamalıdır.
- Hiçbir zaman kateter kıvrılmamalıdır.
- Hiçbir nesne katetere sokulmamalıdır. Hastalar tıkalı kateteri tel sokarak veya emerek açmaya çalışmamalıdır.
- Kazayla çıkmasını önlemek için kateterin cilde iyice bantlandığından emin olunmalıdır. Özellikle yeni kateterlerde önemlidir, kolayca çıkabilirler. ***Kateterin hemşire bakımı da önemlidir.***
- Kateter yerleştirildikten sonra yıkanmalıdır. Diyalizat (500-1000 ml) içeri verilmeli ve bir veya iki kez drene edilmelidir (eğer sıvı kanlı ise daha fazla).
- Kateterin, iyi fonksiyon gördüğünü anlamak için eğitimden bir veya iki gün önce yıkanmalıdır. Kateterin fonksiyon görmediğini anlamak eğitime vakit kaybettirir.
- Özellikle kateter yerleştirilmesi sonrasında laksatiflerin gerekliliği yeniden vurgulanmalıdır (Levy, 2002). Kısa bir set (10-15 cm), kateterin sonundaki adaptöre bağlanır. Bu kateterin dışarıdaki kısmını uzatır ve hastanın tutmasını kolaylaştırır. Setin, fazla kullanımdan kaynaklanan fiziki aşınmalarını önlemek için düzenli olarak değiştirilmesi gerekir. Set değişimleri genellikle her 6 ayda bir, enfeksiyon bulaştırmaktan kaçınmak için dikkatle yapılır (Levy, 2002; Peker, 2007):
- Eller yıkanmalı ve steril eldiven giyilmelidir.
- Kateterin dış kısmına bir klemp konur
- Eski set adaptörden çıkarılır, sonra betadine batırılır
- Yeni set adaptöre bağlanır (Peker, 2007).

2.6.3. Tünel Enfeksiyonu: Peritonit, kateter çıkış yeri enfeksiyonu, travma, tünel içinde apse oluşumu gibi nedenlerle bakterilerin tünel içine girerek tünel boyunca devam eden bir enfeksiyona neden olma halidir. Tünel kateterin deriden girdiği yer ile peritona girdiği yerde bulunan keçe arasındaki yoldur. Çift keçeli kateterlerde ise iki keçe arasındaki alan olarak tanımlanır. Çift keçeli kateterlerde

tünel enfeksiyonu, tek keçelilere göre daha nadirdir. Stafilokokus aureus en sık görülen tünel enfeksiyonu etkenidir. Tünel bölgesi üzerine basmakla hassasiyet, eritem, endurasyon, lokal sıcaklık artışı gibi belirtileri ve bulguları vardır. Ancak tünel enfeksiyonu tanısı güçtür. Sintigrafi ve ultrason gibi yöntemlerden tanı koymada yararlanılır. Kültür sonucuna göre antibiyotik tedavisi uygulanır. Ayrıca fistülü açmak veya dış keçeyi traşlamak gibi cerrahi girişimler denenir. Ancak tedavi çoğu kez başarısız kalır ve kateterin çıkartılması gerekir (Albayrak, 2003; Koçer, 2006; Karayaylalı, 2007; Peker, 2007; Keleş, 2008).

2.6.4. Sklerozan Peritonit: Periton mezotelyal hücre harabiyeti ile birlikte fibrotik reaksiyon gelişmesi sonucunda pariyetal periton, karaciğer, mide ve pelvik organların fibroz doku ile sarılmasıdır. Periton diyalizi hastalarında %1-2 oranında görülmesine rağmen, mortalite oranı yüksek (%50), ciddi bir komplikasyondur. Asetat içeren diyaliz solüsyonları, tekrarlayan peritonit atakları, fungal peritonit, bakteriyel endotoksinler, plastik partikülleri, formaldehid, klorheksidinli ve alkollü antiseptikler, hipertonic glukozlu diyaliz solüsyonları, beta-bloker ilaçlar, intraperitoneal ilaç uygulamaları nedenlerini oluşturabilir. Karın ağrısı, bulantı-kusma, malnütrisyon, ultrafiltrasyon kaybı ve solüt geçirgenliğinde azalma vardır; enfeksiyon bulgusu her zaman görülmeyebilir. Abdominal tomografide barsak obstrüksiyonu ve adhezyonlar saptanabilir. Periton biyopsisi ile kesin tanı konulur. SAPD tedavisine son vermek ve hemodiyaliz tedavisine geçmek gerekebilir (Kaya, 1998; Levy, 2002; Albayrak, 2003; Peker, 2007).

2.6.5. Mekanik Komplikasyonlar

- **Kateterde Hasar:** Dış keçenin ya da kateter çıkış yeri çevresindeki kılların temizlenmesi, iğne, makas, dişli klemp kullanılarak yapılan uygulamalarla oluşan travma, çıkış yeri pansumanı için kullanılan uygun olmayan antiseptik kullanımı sonucu kateterin bütünlüğünün bozulmasıdır. Kateter hasarı kesi, yarıma, delik ve kateterden diyalizat sızması yönünden gözlemlenmeli, hasarın sebebi mutlaka öğrenilmelidir. Kateter hasarı kateterin tekrar kullanımını engeller durumda değilse hasarlı bölge steril şartlarda kesilerek yeni adaptör ve transfer set takılmalıdır. Kateter hasarı kateterin tekrar

kullanımını engeller durumda ise yeni kateter takılması için girişimlerde bulunulmalıdır (Levy, 2002; Peker, 2007).

- **Periton Diyalizinde Kanama (Hemoperitoneum):** Drenaj sırasında diyalizatın kanlı gelmesidir. Hastalarda ve periton diyaliz ekibinde stres yaratan bu durumun birçok nedeni olabilir. Belli başlı nedenleri şunlardır: Menstruasyon, ovülasyon, folikül kistlerinin kanaması, tümöral olaylar, idiopatik trombositopenik purpura, antikoagülan tedavi, periton membran hastalığı, akut kolesistit, post kolonoskopi, intraperitoneal doku kesecikleri, kateter kaynaklı dalak rüptürü, pankreatit, hepatik metastaz, kolon perforasyonu, kateter iritasyonu ve künt travma, periton dışı diyaliz kaçaklarına bağlı hematoma, IgA nefropatisi, post periakardiyosentez, batin içi kanamalar. Tedavi nedene yönelik olarak planlanır (Albayrak, 2003; Peker, 2007).
- **Malpozisyon:** Batin içi organların hareketi, konstipasyon, diyare ve distansiyon nedeni ile kateterin pelvis dışına çıkması sonucu fonksiyonunun azalması veya yitirilmesidir. Kateterin implantasyonundan kısa bir süre sonra malpozisyon olabilir. Bu komplikasyonun sıklığı kateteri yerleştiren doktorun deneyimine, kullanılan implantasyon tekniğine ve kateterin tipine göre değişebilir. Bu komplikasyonda karın ağrısı ve drenaj kusuru ortaya çıkar. Katetere trokar ile yeniden pozisyon vermek gerekebilir. Bu girişim her zaman başarılı olmayabilir (Peker, 2007).
- **Kateterde King (Kıvrılma):** Kateterin, karın içi organların hareketine ve konstipasyona bağlı olarak periton boşluğu içinde sıvı akışını engelleyecek şekilde kıvrılmasıdır. Diyalizatın içe ve dışa akışı olmuyorsa heparinli sıvı enjektörle kateter içine basınçlı olarak verilip durum kontrol edilmeli, kateterde kingi tanılamaya yönelik hastaya ayakta direkt batin grafisi çektilirmeli, hekim işbirliğine girilerek kingi gidermeye yönelik girişimler kararlaştırılmalı; 2-3 kez yüksek lavman uygulanıp dolum ve drenaj tekrar gözlenmeli, kateter girişimsel yöntemlerle düzeltilmeye çalışılmalı, drenaj problemi nedeniyle sıvı yüklenmesini önlemek için hastanın sıvı ve tuz alımı kısıtlanmalı (Peker, 2007).

- **Omentum Sarması:** Erken veya geç dönemde kateterin ucunun omentum tarafından sarılması sonucu diyaliz solüsyonunun içeri veya dışarı akışının sağlanamaması ve bunun sonucunda periton diyalizi işleminin yapılamamasıdır. Hekim işbirliği ile hastanın ayaktan direkt batin grafisi çektilirilek malpozisyon ve king ekarte edilmeli, Heparinli sıvı ile tıkanıklık açılmaya çalışılmalı, heparin uygulaması ile sonuç alınamazsa hekim istemi ile trombolitik ajanlar uygulanmalı, durum farmakolojik ajanlarla düzelmiyorsa kateteri, omentuma sarılmış olabileceği yerlerden serbestleştirmek gereklidir (Peker, 2007).
- **Dış Keçe Çıkması:** Kateter elastikiyeti, çekilme, intraabdominal basınç artışı, kateter çıkış yeri enfeksiyonu nedenleri ile periton diyalizi kateterinin dış keçesinin kateter çıkış yerinin bütünlüğünü bozacak şekilde ciltten dışarıya çıkmasıdır. Uygun koşullarda pansuman açılarak kateter çıkış yerinin durumu ve keçenin ciltten uzaklığı belirlenmeli, enfeksiyon belirtileri görüldüğünde keçe üzerine dokunulmadan, mümkün olduğunca kateter sinüsünden kültür alınarak hekim işbirliği ile tedavi başlanmalı ve uygun kateter bakımı yapılmalı, keçe çıkmasının nedenleri ve zamanı araştırılmalı, derin keçenin ve tünel içi durumun tespiti için ultrasonografi yapılmalı, ekip kararı ile; dış keçe cilt yüzeyinde ise, keçe katater sinüsündeki fibröz dokudan ayrılarak tamamen dışarıya çıkartılabilir, steril bir bistüri ile katetere zarar vermeden dış keçe traşlanarak kateter üzerinden temizlenebilir, yeniden kateter implantasyonu uygulanabilir. Kateter çıkış yeri enfeksiyonunu önlemek ve cilde zarar vermemek için keçenin cilt ile teması engellenmelidir (Peker, 2007).
- **Diyalizat Sızıntısı:** Periton diyaliz sıvısının periton alanı dışına sızmasıdır. Sık görülen bir komplikasyondur. Hastaların yaklaşık 1/3’de kateter etrafından diyalizat sızması görülür. Bunların çoğunluğu kateter yerleştirilmesinden sonraki ilk 1-2 ay içerisinde görülür. Kateter yerleştirilmesini takiben iki haftalık iyileşme döneminden sonra periton diyalizine başlamak, sızıntı oluşma riskini azaltır. Çıkış yeri sızıntılarının en önemli komplikasyonları peritonit ve çıkış yeri enfeksiyonlarıdır. Çıkış yeri sızıntılarının çoğu diyaliz tedavisine iki haftalık ara verilmesi ile tümüyle durabilir. Yatar pozisyonda

yapılacak aletli periton diyalizi tedavisi, volüm azaltılması ve değişim sayısının artırılmasının yararı olabilir (Albayrak, 2003; Peker, 2007).

- **Herni:** Bir organ, doku ya da organın bir kısmının bulunduğu yerden dışarı çıkmasıdır. Batın içerisinde iki litre sıvının sürekli bulunması intraperitoneal basıncı ve abdomen çapını artırır. Öksürme ve ıkınma durumunda bu basınç artışı en üst düzeye çıkar. Tüm SAPD hastalarında fıtık gelişme sıklığı %20 dolaylarındadır. Multipar kadınlarda, yaşlılarda, sık operasyon geçirmiş olanlarda, polikistik böbrek hastalığı olanlarda, daha önceden fıtık gelişimi ve cerrahi onarımı olanlarda abdominal herni gelişimi daha sık olmaktadır. Çeşitli tip ve lokalizasyonlarda herniler gelişebilir. En sık görülen tipler; insizyonel, umbilikal, ventral, inguinal, epigastrik ve femoraldir. Fıtıklar ciltaltı yağı, barsak ya da periton sıvısı ihtiva edebilirler. Periton diyaliz tedavisine başlamadan önce hernisi olan hastalara cerrahi tedavi uygulaması önerilir. Profilaktik yaklaşım yapılması güçtür. Tedavi cerrahidir (Kaya, 1998; Albayrak, 2003; Peker, 2007).
- **Hidrotoraks:** Yaklaşık %3-5 oranında görülen bu komplikasyon peritoneal boşluktaki sıvı hareketiyle ilişkilidir. Solunum yetmezliğine yol açabilen önemli bir komplikasyondur. Periton diyalizinde hidrotoraks; artmış intraabdominal basınç, küçük sıklıkla konjenital defekt gibi nedenlerle diyaliz sıvısının plevra boşluğuna sızması sonucu oluşur. Kilo artışı, batıcı tarzda göğüs ağrısı, dispne, abdominal ağrı, hipotansiyon, eksik drenaj gibi belirtileri vardır. Küçük effüzyonlarda spesifik tedavi yapılmamalı, yakın izlem altında intraabdominal basınç azaltmaya yönelik, düşük volümle sırt üstü yatar pozisyonda diyalize devam edilmeli, hipertonic solüsyon kullanımı azaltılmalı ve/veya kesilmeli, effüzyon fazla ise periton diyalizi durdurulmalı, hastaya geçici hemodiyaliz uygulanmalıdır. Plevral effüzyonun diğer nedenlerini ekarte etmek için tanı amaçlı ve semptomları gidermeye yönelik torasentez yapılmalı, gerekli durumlarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır (Albayrak, 2003; Peker, 2007).

2.6.6. Sıvı Dengesi İle İlgili Komplikasyonlar

- **Hipervolemi:** Total vücut sodyumunun ve suyunun artması, extrasellüler sıvı katyonu olan Na miktarında artma (diyetle fazla miktarda tuz alımı), aşırı sıvı alımı, hipoalbuminemi, UF yetersizliği, PD’de yetersiz miktarda sıvı çekilmesi, yetersiz hipertonic diyaliz solüsyonu kullanımı, kateterin kötü çalışması (malpozisyon, king, tıkanma), diyalizat sızıntısı ve mevsimsel değişmelere bağlı olarak sıvı kayıplarının azalması ile oluşan klinik tablodur. Hipervolemi oluşum nedeni belirlenip uygun girişimlerde bulunulmalı, tuz alımı kesilmelidir. Hipertonik diyaliz sıvısı kullanılarak gerekirse miktarı arttırılmalıdır. Hastaya sıvı dengesi eğitimi tekrar verilmelidir (Albayrak, 2003; Peker, 2007).
- **Hipovolemi:** Total vücut Na ve suyunun azalması, vücuttan fazla sıvı çekilmesi, hipertonic sıvıların aşırı kullanımı (sıvı ve Na kaybı), yaz aylarında fazla terleme, ishal, kusma, yetersiz sıvı alımı ile ortaya çıkan klinik tablodur. Hipovolemi oluşumuna yönelik girişimlerde bulunulmalı, hipertonic diyaliz sıvısı kullanımı kesilmeli ve sıvı-Na kayıpları yerine konmalıdır (Albayrak, 2003; Peker, 2007).
- **Ultrafiltrasyon Yetersizliği:** Periton diyalizinde ultrafiltrasyon, bir değişim sonucunda periton boşluğundan geri alınan sıvı fazlası anlamına gelir. Hemodiyalizde hidrostatik basınç gradiyenti daha belirgin ve değiştirilebilir bir parametre olduğundan ultrafiltrasyon daha kolay oluşturulabilmektedir. Periton diyalizindeki ultrafiltrasyon ise klasik UF’dan ziyade osmotik bir ultrafiltrasyondur. Ultrafiltrasyon yetersizliği standart bir solüsyonun verilmesini takip eden belirli bir süre sonunda elde edilen net ultrafiltrasyonun beklenen düzeylerin altında kalması şeklinde yorumlanabilir. %1.36’lık bir dekstroze solüsyonunun 4 saatlik beklemeden sonraki değişiminde net UF 0-200 ml arasında normal, 200 ml’den fazla ise yüksek, eğer UF negatif ise düşük ultrafiltrasyon olarak kabul edilir (Polat, 1999; Peker, 2007; Yılmaz ve Arıcı, 2007).

Ultrafiltrasyon yetersizliği prevelansı periton diyalizinin süresiyle bağlantılı olarak artmaktadır. Periton diyalizindeki bir hastada UF yetersizliği çoğu

zaman periton membranının geçirgenliğinin azalmasına bağlı olarak oluşmaktadır (enfeksiyöz peritonit, sklerozan peritonitte olduğu gibi...) (Kaya, 1998; Peker, 2007). Ancak daha nadir olarak periton dışı nedenlere bağlı olarak da UF yetersizliği gelişebilir. Bunların başında kateterle ilgili problemler gelir. Kateterin tıkanması, yer değiştirmesi ya da omentum tarafından sarılması sonucu yetersiz drenaj şeklinde ortaya çıkarlar. Bunun dışında periton sıvısının dışarıya doğru olan sızıntıları da net UF miktarını olduğundan daha düşük olarak hesaplanmasına yol açar (Peker, 2007).

Klinikte UF yetersizliği, hastanın vücut ağırlığında ilerleyici artış şeklinde kendini gösterir. Ancak hastanın fazla sıvı alması ve rezidüel renal fonksiyonun kaybından dolayı da kilo artışı gözden kaçırılmamalıdır (Peker, 2007). Periton geçirgenliği periton eşitleme testi (PET) ile değerlendirilir. Ultrafiltrasyon yetersizliğinden şüphelenildiğinde öncelikle membran dışı nedenler araştırılmalı daha sonra PET değerlendirmesi yapılmalıdır (Peker, 2007; Yılmaz ve Arıcı, 2007)

2.6.7. SAPD Hastalarında Anemi: Kronik böbrek yemezlikli hastalarda anemi çok sık görülen bir bulgudur. Kreatinin klirensinin düşmesine paralel olarak anemide giderek ağırlaşır ve son dönem böbrek yetmezliği evresinde ciddi boyutlara ulaşır (Aydın, 1998; Levy, 2002). Böbrek yetmezliği nedeniyle düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastaların bir çok belirtisinden anemi sorumlu tutulmakta ve yeterli şekilde diyaliz uygulanmasına rağmen yaşam kalitelerinde beklenen artışın gerçekleşmesini engellemektedir (Peker, 2007).

KBY’de anemi patogenezindeki esas olay, kemik iliğinin hipoksik uyarılara yetersiz cevabıdır (Levy, 2002). KBY’de kemik iliğinin bu yetersiz yanıtını açıklamak için bazı mekanizmalar ileri sürülür. Eritropoetin’in (EPO) yapıldığı yer olan böbrek dokusunun harabiyeti nedeniyle EPO oluşumunda azalma muhtemelen en önemli nedendir (Küçüker, 1997; Aydın, 1998; Peker, 2007). Üremik hastaların serumunda biriken maddelerin eritropoezde baskılanmaya yol açması ise bir diğer nedendir. Eritropoezin baskılanmasına yol açmakla suçlanan maddeler arasında, düşük molekül ağırlıklı bir protein, ribonükleaz, middle moleküller, bipolar lipid, spermin ve paratiroid hormon sayılabilir. Paratiroidektomiye takiben bazı hastaların anemisinin

düzeldeği gözlenmiştir. Hiperparatiroidizmin ne yolla eritropoezi baskıladığı bilinmemektedir. Fakat paratiroidektomiye takiben aneminin düzelmesi ile, kemik iliğindeki fibrozisin miktarı arasında bir ilişki olduğı ileri sürölmektedir. Diyaliz ile bu inhibitörlerin kısmen uzaklaştırılması mümkün olur fakat halen bunların etkisi tartışmalıdır. SAPD tedavisini takiben bazı hastaların kısa süre içinde hematokritlerinin daha fazla yükseldiğı gözlenmiştir. Özellikle tedavinin ilk 3-6 ayı içinde hemoglobinlerinde anlamlı bir yükselme çoğı hastada izlenmektedir (Levy, 2002; Peker, 2007). Bu durum hem hastanın volümünün daha iyi kontrol altına alınıp plazma volümündeki azalmaya bağı olduğı gibi; hem de periton membranının hemodiyaliz membranlarına oranla eritropoezin baskılanmasına yol açan daha yüksek molekül ağırlığı olan maddeleri (middle moleküller) daha iyi temizlemesi ile açıklanabilir. Hemodiyaliz hastaları ile karşılaştırıldığında SAPD hastalarının kan transfüzyonu gereksinimi yarısı kadar daha azdır (Peker, 2007). Üremik hastalarda eritrosit ömrünün kısaldığı bilinmektedir. Burada eritrositin yapısındaki bir bozukluk değıl, hastada varolan metabolik defekt nedeni ile hemoliz söz konusudur. Bunun üremik plazmada var olan ve eritrosit membranının sodyum pompasının bozulmasına yol açan bazı maddelere bağı olarak oluştuğı bilinmektedir (Levy, 2002; Peker, 2007).

KBY hastalarında demir eksikliğide sık olarak görölmektedir. Diyetlerinde yapılan birtakım kısıtlamalar nedeni ile demir alımlarının yetersiz oluşunun yanı sıra, fosfor bağlayıcı alüminyum hidroksitli ilaçların kullanımı sonucu, gerek mide pH'sının değışmesi, gerekse alüminyumun intestinal demir emilimini azaltıcı yöndeki etkileri bunda rol oynamaktadır. Bu hastalarda üremik gastroenterit ve bununla birlikteki trombosit fonksiyon defekti nedeni ile gastrointestinal sistemden kan kaybı ve laboratuvar incelemeleri için sık sık kan alınmasıda önemli faktörlerdir (Levy, 2002; Peker, 2007). Kronik enfeksiyon ve enflamasyonun anemiye neden olduğı bilinmektedir. Diyaliz hastaları, gerek KBY nedeni ile bozulan immüniteleri, gerekse diyaliz işlemine bağı kontaminasyon riski nedeni ile sık olarak enfeksiyonlara yakalanırlar. Bu durum hem kronik hastalık anemisine yol açarken hem de bu hastalarda tedavide kullanılan EPO'ne direnç sebep olur (Aydın, 1998; Peker, 2007).

SAPD hastalarında anemiyi tedavi etmek için, diğerk KBY'li hastalarda olduğı

gibi farmakolojik ajanlar ve bazı koruyucu girişimler şarttır. Koruyucu girişimler adı altında şunlara özellikle dikkat edilmelidir (Peker, 2007):

- Hastaların dengeli beslenmelerinin sağlanması, özellikle protein ve mineral alımlarının önerilen miktarda temini
- Diyaliz yolu ile kaybedilen vitamin, mineral kayıplarının diyetle ilaveten verilmesi
- Alüminyumlu fosfat bağlayıcılardan mümkün mertebe kaçınılması
- Gereksiz yere nefrektomi yapılmaması
- Aşırı miktarda tetkik için kan alımından kaçınılması
- Yeterli diyaliz uygulanmasına dikkat edilmesi (Küçüker, 1997; Aydın, 1998; Peker, 2007).

Aneminin düzeltilmesi için bu tedbirlerin alınması bazı hastaların hematokrit değerlerini semptomatik anemi olmayacak düzeyde sürdürmelerini sağlayabilir. Ancak bunlara rağmen hastaların bir kısmında semptomatik anemi söz konusudur.

Bu durumda tedavi için hastalarda çeşitli uygulamalara başvurulur. Bunlar (Aydın, 1998; Peker, 2007):

Kan transfüzyonu: Tamamiyle semptomatik tedavi amaçlıdır. Ancak geçici bir süre hastanın bulgularını düzeltebilir. Ancak hepatit riskini arttırmaktadır (Küçüker, 1997; Aydın, 1998; Peker, 2007).

Androjenler: Bunların üremiklerde yavaş bir şekilde, anemide kısmi bir düzelme sağladığı gözlenmiştir. Bu etkilerini EPO yapımını arttırıp, EPO'ne duyarlı ana hücre topluluğunun çoğalmasını arttırarak sağladıkları ileri sürülmektedir (Aydın, 1998; Peker, 2007).

EPO tedavisi: 1986 yılında Human Recombinant Erythropoietin'in (rhEPO) klinik kullanıma girmesi ile, böbrek yetmezliğine bağlı aneminin tedavisinde büyük bir çığır açılmıştır. Recombinant insan EPO'ni tıpkı doğal EPO gibi doza bağımlı olarak eritrosit progenitör hücreleri etkileyerek bunların çoğalmasını ve farklılaşmasını uyarmaktadır (Peker, 2007). Tedavi sırasında haftalık takiplerde hematokritte %2 kadar bir artış olamsı hedeflenir. Tedaviye rağmen yanıt alınamıyorsa, hastalarda dirence yol açan faktörlerin değerlendirilmesi gerekir.

Bunlar; kronik enflamasyon varlığı, alüminyum intoksikasyonu, sekonder hiperparatiroidizm, demir eksikliği ve hemoglobinopati, hipersplenizm, kronik gizli kan kaybı ya da vitamin eksikliği durumlarında da tedaviye yeterli yanıt alınamamaktadır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

2.6.8. Psikososyal Sorunlar: Psikososyal sorunlar, uyum güçlüğü, kaygı, depresyon ve cinsel işlev bozukluklarıdır. İnsanda bedensel rahatsızlıklar, zaman zaman pek çok ruhsal tepkiyi beraberinde getirir. Hastalık kronikleştiğinde ise sorunlar daha da büyümektedir. Ruhsal sorunlar açısından, kronik hastalıklar içinde bulunan KBY’de hastanın Tx olmaması durumunda yaşam boyu diyalize bağlı olması psiko-sosyal sorunların önemi artmaktadır (Albayrak, 2003).

Kronik diyaliz hastasında psikososyal sorunların nedenleri:

- Hastaların semptomları ile baş etmeye çalışmak,
- Hastalığı kabullenmek,
- Beden bütünlüğündeki değişikliklere uyum sağlamak,
- Hastalık sürecinin de gelişebilecek komplikasyonlara karşı hazırlıklı olmak,
- Bireysel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda olmaktır.

Hastalar bütün bu sorunlarla başa çıkmaya çalışırken birçok fiziksel ve psikososyal stres yaşarlar. Kronik diyaliz hastalarının sıklıkla karşılaştıkları stres kaynakları:

- Sağlık durumu ve aktivite kısıtlaması ile ilgili endişeler,
- Bozulmuş beden imgesi,
- Artmış bağımlılık,
- Aile içinde değişen roller, aile düzeninin bozulması,
- Cinsel işlev kayıpları,
- İşfonksiyonu ve ekonomik güvencede bozulma,
- Mal ve dışilişkilerin kaybı ya da kayıp tehlikesi,

- Ölüm tehlikesi,
- Sosyal etkinliklere katılımının azalması,
- Kateterin zarar göreceği endişesini içerir.

Periton diyaliz hastaları hastaneye ve sağlık personeline HD'e göre daha az bağımlı olmalarına rağmen yukarıda belirtilen nedenlerle PD hastalarında psikiyatrik bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar: Uyum güçlüğü, kaygı, depresyon, cinsel sorunlar ve organik beyin sendromudur. (Daugirdas, 1997; Levy, 2002; Albayrak, 2003).

Uyum Güçlüğü: Hastanın uyum güçlüğü yaşamasının en büyük nedeni, kronik bir hastalığının olması ve yaşamını sürdürebilmek için diyalize bağımlı olma zorunluluğudur. Hastalar arasında hastalığa ve diyalize uyum sağlama sürecinde, bireysel farklılıklar görülmekle birlikte, hastalar dört dönemden geçerler.

1. Dönem (Üremik dönem): Diyalize başlamadan önceki dönemdir. Hastalar çoğunlukla KBY'nin fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlarını yaşamaktadırlar, yaşamlarını tehdit altında hissederler, yorgunluk, zihinsel çökkünlük hissederler.

2. Dönem (Balayı dönemi): Diyalizin ilk 1- 2 ayını kapsayan dönemdir. Hasta bu dönemde fizyolojik olarak iyileşmeye başlamıştır ve ölümden döndüğünü hissetmektedir, mutlu ve öforiktir.

3. Dönem (Yaşama dönüş): hastada öfori azalmıştır. Hasta yönetime alışmış, ancak sürekli değişim yapma zorunluluğu psikososyal sorunlara neden olmaya başlamıştır. Bu dönemde hasta da tedaviye uyum güçlüğü ve depresyon görülebilir ve bu dönem 5- 12 ay sürebilir.

4. Dönem: Bu dönemde hasta gerçeği kabullenmiştir, ileriye dönük plan ve beklentiler geliştirir (Kaya, 1998; Gökal, 2000; Aydın, 2000; Albayrak, 2003)

Kaygı: İnsan davranışları temelde, bireylerin benlik bütünlüğü ve değerlerini korumayı ve sürdürmeyi amaçlar, bunlara yönelik herhangi bir fiziksel ve duygusal tehdit karşısında organizma kaygı tepkisi verir. Diyalize bağımlılık, mesleki ve ailesel kayıplar, düşük yaşam kalitesi, beden imgesinde bozulma, geleceğinin belirsizliği,

ekonomik kayıplar, cinsel işlev bozukluğu gibi nedenler kaygıya neden olabilmektedir. Duygularını ifade edebilen, yenilgi ve yaşam alanları yaratabilen bireylerde kaygı düzeyi azalmaktadır. Panik düzeyde kaygı yanıtları olan bireyler psikiyatrik desteğe gereksinim duyarlar (Albayrak, 2003).

Depresyon: Depresyon genellikle gerçekte var olan, var olma olasılığı olan ya da hayal edilen kayba bir yanıttır. Depresyon en sık karşılaşılan psikolojik sorundur. Depresyon HD hastalarına göre PD hastalarında daha az görülür ancak sağlıklı bireylere göre yüksektir. Killingworth (1996)'un çalışmasında, her iki diyaliz grubunda hastaların %50'si ya klinik olarak hasta ya da sınırdadır. Yücel ve Taşçı (2001)'nın yaptığı çalışmada, yorgunluk, nefes darlığı ve konsantrasyon zorlu çeken ayrıca SAPD kateteri, diyaliz sıvısı ve cilt renginde değişikliğin verdiği rahatsızlığı yaşayanların ve cinsel yaşamlarında sorunu olanların daha fazla depresyona eğilimli olduğu saptanmıştır. Stres, anksiyete ve depresyon hastanın bağışıklık sistemini zayıflatarak başta peritonit olmak üzere enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Psikososyal destek almayan ve sosyal güvencesi olmayan bireyler depresyon için daha fazla risk altındadır (Albayrak, 2003).

Belirti ve bulgular: Depresyon hastalarda ilaçlarını almama, diyetine uymama, randevularına gelmeme, üzüntü ve keder duygusunun arması, uyku bozukluğu, sosyal olaylardan uzaklaşma, çevreye ilginin azalması gibi belirtiler verir ve bu durumda hastalığın seyri bozulur, hasta kendini kötü hisseder bu da hastanın depresyonunun şiddetini artırır (Aydın, 2000).

Cinsel İşlev Bozukluğu: Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarında her iki cinsiyette de cinsel ilişki sıklığı, üremik olmadan öncesine göre çok azalmıştır (Albayrak, ve ark., 2002; Daugirdas, 1997). Diyaliz tedavisi gören erkeklerin %70'inde bir süre sonra impotans, kadınlarda ise orgazma ulaşmada zorluk ve orgazm sayısında azalma görülmektedir.

Cinsel işlev bozukluğunun nedeni çok açık değildir, ancak çoğu kez psikolojiktir. Erkeklerde depresyon, aile hayatında değişme, iş kaybı ve idrar yapma işlevinin kesilmesi cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Diyaliz hastalarındaki impotans, üremi ile birlikte olan hormonal değişikliklere, diyabete,

vasküler yetersizliğe ve antihipertansif ilaçların kullanımı sonucu organik bir takım bozukluklara bağlı olarak da gelişir (Albayrak, 2003).

Sorunun çözümünde; nedene yönelik olarak hormon replasmanı, aneminin tedavisi, gevşeme egzersizleri, psikiyatrik girişimler ve evlilik danışmanlığı faydalı olmaktadır (Albayrak, 2003).

2.7. SAPD Ünitesinin Özellikleri

Periton diyalizi, teknik olarak son derece basit bir işlem olmasına rağmen, bir SAPD ünitesinin, APD yöntemleri de göz önünde bulundurulacak olursa, daha kapsamlı bir ifade ile bir kronik periton diyalizi ünitesinin başarısı, bu üniteye görev alacak doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli gibi elemanların beraberce, bilinçli, tutarlı, özverili ve son derece titiz bir şekilde çalışmasına, bir program çerçevesinde hazırlanan protokolleri titizlikle uygulamalarına bağlıdır. Kurulma aşamasında olan bir üniteye hasta kabul edilmeden önce, hasta seçim kriterleri hakkındaki bilgiler gözden geçirilmeli ve hasta eğitimi için ayrıntılı bir protokol oluşturulmalıdır (Uca, 1999). Periton diyalizi programları oluşturulurken, bu programı yürütecek doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli kadar, periton diyalizi ile ilgili uygulamaların yapılabileceği bir alana da gereksinim duyulacaktır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

Eğitim alanları olabildiğince hastaların evlerindeki şartlara benzer olmalı, hasta evine gittikten sonra oryantasyon güçlüğü göstermemelidir. Ortamın ışıklandırılması ve havalandırılması yeterli olmalıdır. Eğitim alanında, eğitim için gerekli araç-gereç mutlaka mevcut olmalıdır. Ciddi bir sakatlığı ya da görme özürü olan hastaların eğitimi, mümkünse tamamen veya kısmen kendi evlerinde yapılmalıdır. Bir kronik periton diyalizi ünitesinde hizmetin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi ve olası gereksinimlerin karşılanabilmesi için gerekli olan maddi kaynağın önemi de, hiçbir zaman gözardı edilmemelidir (Aydın, 1998; Peker, 2007).

Kronik periton diyalizi tedavisi bir ekip işidir. Bir periton diyalizi ünitesi ekibini esas olarak; doktorlar, hemşireler, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı oluşturur. Fakat ekip ihtiyaca göre, kateterin yerleştirilmesinden sorumlu cerrah,

mikrobiyolog, psikolog, fizyoterapist veya rehabilitasyon uzmanının da dahil edilmesi ile biraz daha genişletilebilir (Uca, 1999). Eğer ünite de APD eğitimi verilmekte ve uygulamalar yapılmakta ise, bir de teknisyen ekip üyeleri arasına katılacaktır. Tüm ekip elemanlarının rollerinin ve görev sorumluluklarının tanımlanması önemlidir. Kronik periton diyalizi hakkındaki felsefenin ve hedeflerin paylaşılması, ekip elemanları arasındaki bağlılığı artıracak ve zıtlaşmayı önleyecektir (Uca,1999; Peker, 2007). Düzenli bir şekilde gerçekleştirilen grup toplantıları, grup elemanları arasındaki fikir alışverişine fırsat verecektir. İki veya üç ekip üyesinin hastayı birlikte görebilecekleri periton diyalizi klinikleri, ekip üyeleri arasındaki iletişimi daha da kolaylaştıracaktır (Uca, 1999; Peker, 2007). Bir periton diyalizi ünitesinin doktor, hemşire, hasta üçlüsünde hemşirenin yeri ve öneminin tartışılmaz boyutlarda olduğu hiçbir zaman akıldan çıkarılmamalıdır. Bir periton diyalizi programı oluşturulurken, periton diyalizinden sorumlu bir hemşire belirlenmeli ve bu hemşire ilk önce doğru hasta seçimi ve eğitimi sonucunda kronik böbrek yetmezliği olan hastaların kendi evlerinde, güvenli ve etkin bir şekilde diyaliz olabileceklerine gönülden inanmalıdır (bu tip bir düşünce tarzı, sadece hemşirenin değil, bu programı yürüten doktor dahil, tüm periton diyalizi personelinin felsefesi olmalıdır). Periton diyalizi hemşiresinin gerek genel medikal ve cerrahi bilgisi, gerekse hemodiyaliz ve transplantasyon gibi diğer renal replasman tedavileri hakkındaki bilgileri yeterli olmalıdır (Aydın, 1998). Bir PD hemşiresi, insanlarla kolaylıkla ve iyi bir iletişim kurabilmelidir. Öğretme yeteneği olmalı ve öğretirken sabırlı olmayı bilmelidir. Hasta tarafından yapılması gereken işlemlerin, doğru bir şekilde yapılınca kadar sabırla tekrarlanması gereklidir. Hasta öğrenme aşamasında hata yaptığı zaman kesinlikle küçünsememeli, doğru yapabileceği konusunda daima cesaretlendirilmelidir. Hemşire hastanın başarılı olmasını arzu etmeli; verdiği bilgiler, hastanın evinde bağımsız ve kendinden emin bir şekilde hareket etmesini sağlamalıdır (Aydın, 1998; Uca,1999; Peker, 2007).

Hemşire, daima, prensiplere uyum konusundaki titizlik göz ardı edildiği takdirde bir enfeksiyon epizodu ile karşı karşıya kalınacağını hatırlamalı ve bu nedenle hastasına uygulama ile ilgili çeşitli işlemleri öğretirken çok tutarlı davranmalıdır. PD hemşiresi prensipleri öğretirken belli bir esnekliğe de sahip olmalıdır. Olayları hoş yönleri ile görebilmeli, stresi dağıtabilmelidir. Gerektiğinde teknik cihazları kullanabilmeli; cihaz ve sistemlerle ilgili sorunu tespit ederek, çözüm yolları

bulabilmelidir. Olayları doğru yorumlayıp karar verebilme yeteneğine sahip olmalıdır (Aydın, 1998). Birçok çalışma, periton diyaliz ünitelerinde yeterli ve sağlıklı hizmet verebilmek için 15 hastaya bir hemşire düşmesi gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü periton diyaliz hemşiresinin işi sadece ünite de çalışmakla bitmemekte, evde tedavilerini yürüten PD hastalarına daha eğitim dönemlerinde, yeni bir problem veya bir komplikasyonla karşılaştıklarında derhal telefon ile hemşirelerini aramaları öğretilmektedir. Bu da periton diyalizi hemşiresini evinde olsa bile görevde kılmaktadır. Ayrıca PD hasta rutin takibinin önemli bir parçası olan düzenli ev ziyaretleri de periton diyalizi hemşiresinin görevidir. Tüm bu hizmet şekilleri ile problemlerin erkenden belirlenip giderilmesi, hastalara daha sağlıklı bir yaşam ve daha iyi bir rehabilitasyon sağlayacak, hastane ziyaretlerini ve hastaneye yatış oranını belirli bir şekilde düşürecektir (Aydın, 1998; Peker, 2007).

Periton diyalizi ünitelerinde hizmet kadar kayıt işlemlerinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Gerek hemşire, gerekse doktor, hem yaşanan problemlerin çeşidini ve sıklığını belirleyebilmek, hem problemlere daha bilinçli yaklaşp çözüm getirebilmek, hem de verilen hizmetin kalitesini kontrol edebilmek amacıyla, ünitelerindeki hizmeti düzenli bir kayıt sistemine dayandırmalıdır. Tüm bu ana prensipler çerçevesinde kurulup çalışan bir kronik periton diyalizi ünitesinde sağlanabilen başarının sırrı, esas olarak, doğru hasta seçimi, titiz hasta eğitimi ve özverili bir doktor-hemşire çekirdek ikilisinde yatmaktadır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

PD Ünitesinde Bulunması Gereken Bölümler: Hasta kabul ve dinlenme salonu, Hasta eğitim odası, Hasta muayene odası, Değişim odası, Doktor odası, Hemşire odası, Müdahale odası, Malzeme deposu (solüsyonlar, transfer set, antiseptik solüsyonlar, pansuman ve temizlik malzemeleri), Arşiv, Toplantı odası, Atık merkezi, Tuvaletler (en az 2, biri hepatitli hastalar için) (Aydın, 1998; Uca,1999).

Hasta Kabul ve Dinlenme Salonu: Hastaların ve hasta yakınlarının beklmelerini ve dinlenmelerini sağlayan alandır (toplam olarak en az 20 m²). Hasta kabul ve dinlenme salonunda; bilgi işlem sistemi (hasta kayıtlarının tutulabildiği), sekreter bankosu, tartı, tekerlekli sandalye ve yeterli sayıda koltuk bulunmalıdır (Uca, 1999; Peker, 2007).

Hasta Eğitim Odası: Kronik periton diyalizi uygulayacak bir veya birden fazla hastanın eğitiminin sağlandığı özelliklere sahip bir alan olmalıdır (toplam olarak en az 9 m²). Hasta eğitim odasında; rahat bir sandalye, koltuk veya yatak, lavabo, kağıt havlu, sıvı sabun, solüsyon ısıtıcısı, solüsyon için tartı, PD demonstrasyon malzemeleri (maket, PD solüsyonu, kapak), solüsyon askısı, değişim işleminin uygulanabileceği sehpa, APD cihazı ve gerekli malzemeleri, Tv, video, görsel eğitim malzemeleri, kaset, cd, eğitim broşürleri, el kitabı ve malzeme dolabı bulunmalıdır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

Değişim Odası: Kronik periton diyalizi uygulayan hastaların solüsyon değiştirme işlemini gerçekleştirmeleri için uygun şartların sağlandığı bir oda olmalıdır (toplam olarak en az 8m²). Değişim odasında; koltuk, solüsyon askısı, değişim işlemini uygulayabileceği sehpa, maske, Solüsyon ısıtıcısı, solüsyon için tartı, lavabo, kağıt havlu, sıvı sabun, PD solüsyonu, klemp, kapak ve pansuman arabası bulunmalıdır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

Müdahale Odası: Kateter takılması, kateter çıkarılması ve acil müdahale gerektiğinde tüm işlemlerin yapılabilmesi için uygun bir ortam olmalıdır. Müdahale odasında; sabit ve taşınabilir sedye, EKG/monitör cihazı ve defibrilatör,ambu ve airway sistemi, acil müdahale kiti, aspiratör, oksijen sistemi, ışık kaynağı, pansuman arabası, UV lamba ve kateter implantasyonunda kullanılacak malzemeler bulunmalıdır (Aydın, 1998; Peker, 2007).

2.8. Periton Diyalizi İçin Hasta Seçim Kriterleri

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların SAPD tedavisine kabul edilmeden önce bazı özelliklerinin değerlendirilmesi gerekir. Periton diyaliz hastasının seçim kriterleri arasında fiziksel, ruhsal ve sosyal özellikleri yer almaktadır (Albayrak, 2003; Parlar, 2003). Periton diyalizi uygulayacak olan birey ekstremitelerini kullanabilmeli, hijyen kurallarına uymalı, yeterli protein alabilmeli, okur-yazar olmalı, iletişimini engelleyecek işitme problem ve psikoz, paronaya, şizofren gibi psikiyatrik sorunları olmamalı, bu tedavinin getireceği sorumluluğu almaya hazır ve istekli olmalı, tedavinin ömür boyu süreceğini bilmeli, iyi bir aile desteğine ve sosyo ekonomik üretken özelliklere sahip olmalı, ev koşulları uygun

olmalı, yaşadığı yer diyaliz için gerekli malzemelerin ulaştırılabileceği mesafede olmalı ve merkez ile her an iletişime geçebilmelidir (Öztaşhan, 1997; Ünal, 1997; Kaya, 1998; Tülek, 1998).

SAPD'ye hasta seçimi, programın başarısını tayin eden en önemli parametrelerden biridir ve SAPD merdivenlerini çıkarken doğru atılması gereken ilk adımdır (Parlar, 2003; Peker, 2007). SAPD'nin büyük hasta popülasyonlarında nasıl uygulanacağı, bu konuda uzman, HD ve PD'i deneyimi geniş kişiler tarafından tartışılırken, tedavi tipinin seçilmesinde bir değil, birçok faktörün göz önüne alınması gerektiği görülmüştür. Bu faktörler medikal, psiko-sosyal ve toplumsal (demografik) faktörler olarak sınıflandırılabilir (Peker 2007). Bu faktörler dışında ülkelerin sağlık politikalarına göre de SAPD'ye hasta seçimi değişiklikler göstermektedir. Örneğin Japonya, Almanya, Fransa SAPD'yi daha çok zorunlu hallerde tercih ederken, İngiltere'de renal replasman tedavisi'ne alınan hastaların yarısı SAPD programındadır ve ilk tercih olarak bu tedaviye seçilmişlerdir (Uttley, 1998; Peker, 2007).

SAPD yönünden hastaları 5 gruba ayırmak olasıdır (Kaya, 1998; Parlar, 2003; Altıparmak, 2007; Peker, 2007).

1. SAPD'nin Özellikle Endike Olduğu Hastalar

Medikal	Demografik	Psikososyal
*Unstabil kardiyovasküler hastalık * Vasküler giriş yeri problemleri *Transfüzyon güçlüğü	* Yaş: 0-5 yaş	* Üniteden uzakta yaşamak *Otonomi ve bağımsızlık isteğinin çok güçlü olması

2. SAPD'nin Endike Olduğu Hastalıklar

Medikal	Demografik	Psikososyal
* Diabetes Mellitus (İnsüline Bağımlı) *Kardiyovasküler hastalıklar (Angina, prostetik valvüler hastalık, aritmiler, valvüler kalp hastalığı) *Kronik hastalıklar (Anemi, HIV pozitifliği, kanama diatezi, hepatit, periferik vasküler hastalık, hemosideroz)	* Tüm yaşlar * Her iki seks * Tüm ırklar	* Aktif hayat stili * Seyahat * İğne korkusu *Daha esnek diyet listesi

3. Değişebilir (tartışmalı) SAPD Endikasyonları

Medikal	Demografik	Psikososyal
* Obezite/karın çapının geniş olması, * Kronik obstrüktif akciğer hastalığı *Polikistik böbrek hastalığı * Divertikülit hikayesi * Asit * Sırt ağrısı * Herniler *Geçirilmiş batın operasyonları * Körlük * El hünerinin olmaması * Skleroderma * Steroid tedavisi *Kronik rekürren panreatit * Lupus Eritamatosus	* Huzur evinde yaşamak	* Ciddi depresyon * Uyuşturucu-alkol bağımlıları

4. SAPD'nin Tercih Edilmediği Durumlar

Medikal	Demografik	Psikososyal
* Malnutrisyon * Abdominal yapışıklıklar * Ostomi'ler * Reflü özofajit, gastroparezi * Ciddi hipertrigliseridemi	* Evsizlik * Bir ay içinde transplantasyon olacak hastalar	*Kötü hijyen *Uyumsuzluk *Demans

5. SAPD'nin Kontrendike Olduğu Hastalar

Medikal	Demografik	Psikososyal
* Ciddi enflamatuvar barsak hastalığı -Akut divertikülit, aktif iskemik barsak hastalığı * Abdominal abseler * 3. trimester gebelik		* Ciddi psikotik hastalık * Entellektüel yetersizlik (yardımcısı olmayan hasta için)

Yukarıda bahsedilen kriterlerden de anlaşılacağı gibi ciddi enflamatuvar barsak hastalıkları, batın absesi gibi medikal sebepler; ciddi entellektüel yetersizlik ve ciddi psikozlar dışında SAPD'nin yan etkisi yoktur (Peker, 2007). SAPD'nin basit, özgürlük sağlayan, kolay öğrenilen ve uygulanabilen bir tedavi yöntemi olması tedaviyi cazip hale getirmektedir (Albayrak, 2003; Peker, 2007).

SAPD'nin hastanın kendi kendine yapabildiği bir diyaliz yöntemi olması, hastanın uyumunun önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, hastanın tedavi için çok istekli olması, başka bir yan etkisi yoksa seçim için en önemli sebeplerden biridir. Hastanın eğitim düzeyinin iyi olması tercih sebebidir ama şart değildir. Eğitimsiz olsa bile SAPD seçilebilir. Önemli olan hastayla iyi diyalog kurabilmek ve poliklinik kontrollerini düzenli bir şekilde sürdürebilmektir (Peker, 2007). Hasta seçiminde, SAPD konusunda deneyimli hemşirenin büyük rolü vardır. Hekim tarafından hasta

SAPD'ne uygun görüldükten sonra, hastanın ev şartları, hijyeni, uyumu, hasta yakınlarının uyumu gibi birçok faktör göz önünde bulundurularak, son karar SAPD hemşiresi ile birlikte verilmelidir (Uttley, 1998; Peker 2007).

2.9. Periton Diyalizi Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

En iyi diyaliz merkezleri, tüm elemanların farklı rol üstlendiği ancak eşit kabul edildiği multidisipliner ekiplerce yönetilir. Multidisipliner ekip yaklaşımı ile periton diyalizi hemşireliği (Yürüen, 2002; Peker, 2007);

- Kronik böbrek yetmezliği tanısı konulmuş renal replasman tedavisine ihtiyacı olan ve PD yapılmasına karar verilen, kronik böbrek yetmezlikli hastalara, hasta ve ailenin katılımıyla birlikte hasta bakımı ile ilgili eğitim vermek,
- SDBY'deki hasta ve ailesini KBY tedavi seçenekleri, diyet, ilaç kullanımı, sosyal güvence vb. konularda eğitmek ve danışmanlık yapmak, psikolojik destek vermek,
- Sertifika eğitimi için gelmiş olan hemşirelere periton diyalizi ile ilgili klinik ve kurumsal eğitim vermek,
- Hizmet içi eğitim programı hazırlamak ve katılmak,
- Nefroloji hemşireliğindeki gelişmeleri takip etmek ve araştırmalar yapmaktır.

Görev ve Sorumluluklar

1. Nefrolog tarafından PD uygulaması düşünülen hasta, hemşire tarafından PD yapabilirlik yönünden değerlendirilir (Aydın, 1998; Peker, 2007).
2. Bu görüşme sırasında PD hemşiresi, aday hasta ve yakınlarının verdiği cevapları, sordukları soruları, tavır ve davranışlarını gözlemleyerek tedaviye uygunluklarını değerlendirir.
3. Tüm bu aşamalardan sonra olumlu karar verilen ve kateter takılacak olan hastaya kateter takılması için, hekimle görüşülerek randevu verilir.
4. Eğer hasta PD için uygun değilse nedenleri açıklanarak hekime bilgi verilir.

5. PD kateteri uygulanmak üzere hastaya kateter hazırlığı yapılır.
6. Kateter implantasyonunda aktif görev alır.
7. Kateter implantasyonu sonrası hasta bakımı verilir.
8. PD hemşiresi öncelikle iyi bir hasta eğitim planı yapmalıdır. Eğitim bittiğinde hasta kullanacağı tekniği ve karşılaşılabileceği sorunları biliyor olmalıdır.
9. Hastanın PD takip dosyası hazırlanarak gerekli kayıtlar tutulur.
10. Eğitim bittikten sonra, ilk hastanede olmak üzere PD uygulaması başlatılır.
11. Hastanın klinik kontrolü yapılır (Tansiyonuna, ağırlığına, ödeminin olup olmadığına, ultrafiltrasyon miktarına, idrar çıkışı varsa 24 saatlik idrar miktarına, kateter çıkış yerine, periton diyaliz sıvısına ve hasta dosyasındaki gözlem notuna bakılır. Gerekli tetkikler istenir. Hastanın biyokimyasal değerlerine ve klinik bulgularına göre tedavisi hekimle birlikte düzenlenir. Problem varsa ona yönelik çözüm işlemleri yapılır).
12. Hastanın PD tedavisi ile ilgili testlerinin; PET, KT/V ve kreatinin klirensi testlerinin yapılması sağlanır.
13. Hastanın ve kliniğin durumuna göre bir sonraki randevu günü belirlenir.
14. PD hemşiresi 24 saat hasta ile iletişim halinde bulunmalı ve sorunları ile ilgili sorularına cevap verip gerekirse hekimle iletişim kurarak tedavisini yönlendirmelidir.
15. Ev ziyaretlerini planlar ve uygular. Randevunun olduğu gün hastanın evine gidilir. Diyaliz odası ve değişimi gözlemlenir. Hastanın, kişisel, sosyal ve tıbbi sorunları dinlenerek çözümlenmesine çalışılır. Hastanın beslenme ve hijyen alışkanlığı gözlenir, gerekiyorsa yeni düzenlemeler ya da bu konuda uyarılar yapılır (Aydın, 1998; Uttley, 1998; Parlar, 2003; Peker, 2007).

2.10. SAPD Hastasının Eğitimi

Sürekli ayaktan periton diyalizi; bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde değişik oranlarda bağımlılık oluşturabildiği, geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol, bakım ve eğitim gerektiren bir olgudur. Bu izlem ve bakımın sürekli hastane ortamında gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, evde sürdürülmektedir. Kronik hastalığı olan bireyin evde bakımı, ülkemizde olduğu gibi evde bakım sisteminin bulunmadığı durumlarda sağlık personeli tarafından eğitilen hasta ya/yada aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir (Aksoy, 1998).

SAPD’i daha çok evde uygulanan bir tedavi olduğu için, evde hemşirelik bakım hizmetleri daha ağırlıklıdır. SAPD’de hemşire hastanın her türlü bakım ve tedavisindeki zincirin önemli bir halkasıdır. Çünkü hemşire hasta tedavisinde hem koordinatör hem de tedavi sağlayıcı konumundadır. SAPD’de eğitimin amacı; tedavinin devamlılığını ve hastanın tedaviye katılımını sağlamak, sağlığını nasıl koruyacağını ve sağlığı bozulduğunda neler yapması gerektiğini öğrenmesini sağlamaktır (Albayrak, 2003; Aylaz ve Erci, 2008).

PD’de eğitim üç aşamada yapılmaktadır:

- Ön eğitim
- SAPD eğitimi
- Sürekli eğitim

Ön Eğitim: Ön eğitimde, tedavi seçeneğine karar aşamasında, böbreğin yapısı ve görevleri, KBY nedenleri ve belirtileri, tedavi seçenekleri anlatılır ve bireyin yaşam biçimine en uygun modeli seçmesine yardımcı olunur. Fizyolojik olarak uygun yöntemi saptayabilmek için laboratuvar araştırmaları yapılırken, psikolojik, sosyal ve evin uygunluğunu saptamak için de ev ziyareti yapılır. Ön eğitim hekim, hemşire, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır (Kaya, 1998; Dora, 1999; Albayrak, 2003).

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Eğitimi: SAPD tedavisine karar verildikten sonra; eğitim programında böbreklerin normal fonksiyonu, diyaliz mekanizması torba değişim hazırlığı ve değişim proseduru, asepsi, antisepsi, sterilite,

dezenfeksiyon, kontaminasyon gibi terimler, kateter ve çıkış yeri bakımı, enfeksiyonlar, sıvı dengesi, diyet, ilaçlar, malzeme temini, egzersiz, evde kayıt tutulması ve önemi, ev ziyaretlerinin amaçları ve önemi, ev ortamının düzenlenmesi ve rutin kontroller, acil olarak üniteye gelmesi gereken durumlar ve acil arama birimleri konusunda kapsamlı bir eğitim verilir (Albaz, 1998; Albayrak, 2003).

Eğitim sonunda hastanın eğitimini değerlendirmek üzere basit, evde uygulanabilen küçük sınavlar, kelime oyunları gibi çeşitli yöntemlere başvurulabilir (Tülek, 1998). Her yeni tedavinin gelişmesinde olduğu gibi, sürekli ayaktan periton diyalizinde de gelişim, tıptaki teknolojik gelişmeler ve sağlık personelinin deneyimleri ve çabalarıyla olmaktadır. Gerek eğitmen ve gerekse bir uygulayıcı olarak en önemli görev hemşirelere düşmektedir. Sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisinin başarısı için hasta eğitimi en önde gelen koşuldur (Öztaşhan, 1997; Aydın, 1998).

Sürekli Eğitim: Bireyin ön eğitimi ve SAPD eğitiminde aldığı bilgilerin pekiştirilmesi ve yeni bilgilerin aktarılması için yapılmaktadır. PD tedavisinin kronik ve sürekli gelişmekte olan bir tedavi biçimi olması nedeni ile bireylere yeni bilgi ve uygulamaların aktarılması gereksiniminin olması ayrıca bireyin tedavisini kendisinin evinde yapması, tedavi ve tedavinin uygulamasının yan etkilerinin çok olması nedeni ile eğitimin sürekli olarak yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Albaz, 1998; Kaya, 1998; Albayrak, 2003).

2.11. SAPD’de Değişim İşlemi Basamakları

1. SAPD solüsyonu tercihen elektrikli battaniye ya da Benmari yöntemi ile ve en dıştaki koruyucu kılıf çıkarılmadan ısıtılmalıdır.
2. Kullanmadan önce torbanın hangi oranda dekstroz içerdiği, son kullanma tarihi, torbanın içindeki sıvının berraklığı ve torbanın delik olup olmadığı kontrol edilmelidir.
3. Hasta ellerini yıkadıktan sonra masasını %50’lik savlonlu su ile temizlemelidir. Masasına iki tane klemp, tartı, antiseptik solüsyon (%50 savlonlu su), transfer

setin ucu için mini kapak, kağıt havlu ve SAPD solüsyonunu (dış kılıfını çıkararak) yerleştirmelidir.

4. Maske takılmalıdır.
5. Döner başlıklı transfer set açığa çıkarılmalıdır.
6. Ellerini üç dakika yıkamalıdır.
7. Torbanın setleri kontrol edilmeli ve eller savlonlu su ile temizlenmelidir.
8. Transfer setin ucundaki mini kapak gevşetildikten sonra torbanın, Y setinin ucundaki kapak çıkarılmalı ve gevşetilmiş olan mini kapak açılarak, Y seti, transfer sete bağlanmalıdır. Parçalar birbirine iyice kilitlenmelidir. Hasta transfer setin altına kağıt havlu koyarak yanına yerleştirmelidir.
9. Transfer set üzerindeki döner klemp açılarak, periton boşlundaki sıvının boş torbaya drenajı sağlanmalı, karındaki sıvı boşaldıktan sonra ise döner klemp kapatılarak, drenaj torbasına giden set üzerine klemp konmalıdır.
10. Karından gelen sıvı dikkatle tartılmalıdır.
11. Dolu torba hastanın bulunduğu yerden daha yükseğe asılmalıdır.
12. Dolu torbanın ucundaki güvenlik kapsülü kırılmalıdır.
13. Drenaj torbasına giden set üzerindeki klemp açılmalıdır
14. Solüsyonun 15 saniye süreyle ve yaklaşık olarak 100 ml kadar drenaj torbasına akması sağlanmalıdır. Bu işlem sayesinde hem setler yıkanır hem de setin havası çıkarılır, yıkama işlemi sonrasında ise drenaj torbasına giden set üzerindeki klemp tekrar kapatılmalıdır.
15. Transfer set üzerindeki döner klemp açılarak, sıvının periton boşluna dolması sağlanmalıdır. Periton boşluğuna sıvı transferi bittiğinde döner klemp tekrar kapatılmalıdır.
16. Yeni bir mini kapak açılarak, eller savlonlu su ile tekrar temizlenmeli ve torbanın Y bağlantısı transfer setten çıkarılarak, transfer set ucuna mini kapak takılmalıdır. Transfer set hastanın beline bir kuşak yardımı ile tespit edilmelidir.
17. Peritondan gelen sıvının berrak olup olmadığı kontrol edilmelidir.
18. Peritondan gelen sıvı torbasının ucu kesilerek tuvalete dökülmeli, sonra tuvalete bir bardak klorak (çamaşır suyu) dökülerek, 15 dakika bekletilmeli ve bol su ile durulanmalıdır. Çıkan plastik malzeme yakılmalı ya da yakılması için toplanarak hastaneye getirilmelidir.

19. Peritondan gelen sıvının miktarı ve berraklığı günlük kayıt defterine yazılmalıdır.
20. Eller ve kullanılan klempeler sabunla yıkanmalı ve bir sonraki değişim için temiz olarak saklanmalıdır (Aydın, 1998; Kaya, 1998).

2.12. Ev Ziyareti ve Ev Ziyaretinde Hemşirenin Rolü

Sürekli ayaktan periton diyalizinde tedavinin ev koşullarına uygunluğu, bireyin gereksinimlerinin ve bilgi eksiklerinin saptanması ve giderilmesi için ev ziyaretlerinin yapılması gereklidir. Hastayı evinde ziyaret eden hemşire, bireyin sorunlarını ve eksiklerini saptayıp gerekli yardımı sağlama fırsatı bulur, bireyin ailesi ile tanışıp onların da tedaviyi kabullenmesini sağlar ve ailenin bireye gerekli desteği sağlaması konusunda yardımcı olur. Aynı zamanda aile üyelerini destekler ve danışmanlık yapar (Uttley, 1998; Albayrak, 2003; Parlar, 2003).

Sürekli ayaktan periton diyalizinde ekip çalışması önemlidir. Bernardini (1998)'nin yaptığı çalışmasında ev ziyaretlerinin ekip işi olduğu, ekipte hemşirenin yanı sıra hekim, sosyolog, psikolog ve diyetisyen olması gerektiği saptanmıştır (Albayrak, 2003).

Ev ziyaretlerinin; hastanın hastaneye gelme ve hastanede yatma sıklığını ve tedavinin yan etkilerini azaltma, eğitimin devamlılığını sağlama, hastanın hastalanmadan önceki statüsüne dönmesini ve bu statüde gelişmesini sağlama, hastanın evi ile hastane arasında köprü oluşturma, hasta ve ailesine moral desteği sağlama, hastaneye gelmeyen ailelerin diğer bireylerini tanıyıp bilgilendirme ve hastaya destek olmalarını teşvik etme gibi önemli yararları olmaktadır. Ayrıca ev ziyareti hastaya, hastanede sormadığı özel sorunlarını paylaşma ve onlara çözüm üretme olanağı sağlar. Ayrıca hemşire, ailede kronik bir hastalığı olan bireyle birlikte yaşamının getirdiği sıkıntıları olan hastanın ailesine de destek olur. SAPD hemşiresi ev ziyaretlerinde hastaya eğitimin yanı sıra psikososyal destek de sağlayabilir (Albayrak, 2003).

Ev ziyaretlerinin amacı, hastayı diyaliz öncesi ev ortamında değerlendirmek, taburcu olduktan sonra hastanın eve uyumunu sağlamak, evde değişim ortamını değerlendirme ve belirleme, gerektiğinde sağlık hizmeti vermek (enfeksiyonun

tedavisi, pansuman yapılması gibi), kayıt tutma ve hasta ailesine danışmanlık yapmaktır (Albayrak, 2003).

Sürekli ayaktan periton diyalizinde ev ziyaretlerine, bireyin tedavi modeline karar vermeden önce başlanır. Ziyarette bireyin ev koşulları değerlendirilerek SAPD'ye uygunluğuna karar verilir. Ev ziyaretleri hastanın ev şartlarında tedavisini güvenli bir şekilde sürdürebilmesi, bilgi eksiklerinin giderilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması ve hastaya psikososyal destek sağlaması amacı ile düzenli olarak yapılmalıdır (Uttley, 1998; Albayrak, 2003).

Ev ziyaretinin hastanın değişim yapacağı saatte yapılması, hemşireye değişim sürecini izleme fırsatı vereceği için önemlidir. Ziyaretten önce randevu alınmalı, hastayla onun anlayacağı şekilde konuşulmalı, aile bireyleri ile tanışılmalı ve onların hastaya yakınlık derecesi, eğitim düzeyleri ve becerilerine göre hastaya destek olabilecekleri konular saptanmalı, oturulan evin tipi, değişim odası ve banyo olanakları, aydınlatma ve havalandırma koşulları ve mutfak kültürleri değerlendirilmeli, saptanan sorunlar yerinde çözülmeli, atık protokolü anlatılmalıdır. SAPD değişim odasının özellikleri; SAPD uygulaması için güneş gören, tozdan arınmış, fazla eşyanın olmadığı ve başka amaçla kullanılmayan oda idealdir. Böyle bir oda yoksa evin az kullanılan temiz bir odası kullanılmalıdır. Gerekli malzeme ve eşyanın dışında fazla eşya toz tutulmasına neden olacağı için odada bulundurulmamalıdır (Daugirdas, 1997; Albayrak, 2003).

Hastaya ev ziyaretleri SAPD ekibi tarafından, KBY'nin tedavisi olan renal replasman tedavisine karar vermeden önce, bireyin evde ilk torba değişimini yaptığı ve daha sonra evinde ikinci haftasında, ilk ayında, altı ay sonra ve daha sonra en az yılda bir kez yapılmalıdır (Albaz, 1998; Kaya, 1998).

Hemşire hasta ve ailesine gereken eğitim ve danışmanlık hizmetini vererek hastalığın ve tedavinin yan etkilerini, hastaneye yatma sıklığı ve süresini azaltabilir, hastanın yaşam kalitesini yükseltebilir ve tüm bunlara bağlı olarak tedavinin maliyetinin azalmasına katkıda bulunabilir.

3. YÖNTEM ve GEREÇ

3.1. Araştırmanın Şekli:

Araştırma, Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri:

1. SAPD hastalarının sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. SAPD hastalarının hastalıklarına ilişkin özellikleri nelerdir?
3. SAPD hastalarının eğitim gereksinimleri nelerdir?
4. SAPD hastalarının evde bakım gereksinimleri nelerdir?
5. SAPD hastalarının sosyo-demografik, hastalıkları, yaşadıkları evin özellikleri ve aldıkları eğitim zamanına göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. SAPD hastalarının sosyo-demografik, hastalıkları, yaşadıkları evin özellikleri ve aldıkları eğitim zamanına göre torba değişim işleminden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. SAPD hastalarının tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları ile torba değişim işleminden aldıkları puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Periton Diyalizi Ünitesinde 05 Nisan-08 Mayıs 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. SAPD tedavisi Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 2002 yılında başlamıştır ve toplam 11 SAPD hastası bulunmaktadır. SAPD hastalarından yedi hasta Düzce il sınırları içinde dört hasta ise il sınırı dışında oturmakta ve SAPD uygulamaktadır.

SAPD ünitesinde bir nefroloji uzmanı ve bir periton diyaliz eğitim hemşiresi bulunmaktadır. Periton diyalizi hastalarının takibi, eğitim hemşiresinin hastanede bulunmadığı (izinli olduğu) durumlarda hemodiyaliz ünitesinde çalışmakta olan bir hemşire tarafından yürütülmektedir. Ünite hafta içi beş gün, günde sekiz saat hizmet vermektedir. Hastalar bu gün ve saatlerin dışında sorunları olduğunda acil servise gitmektedirler. Eğitim hemşiresinin hastaları takip ettiği bir SAPD eğitim odası bulunmaktadır. Nefroloji polikliniği ve periton diyaliz hasta eğitim odası aynı katta olup birbirinden farklı yerlerdedir. Nefroloji polikliniği laboratuvarların bulunduğu koridorda, eğitim odası ise hemodiyaliz ünitesinin karşısında yer almaktadır. Periton diyaliz hasta eğitim odası 20 m² büyüklüğünde olup, bir lavabo, bir adet muayene masası, iki adet koltuk tipi sandalye, bir adet masa, bir adet bilgisayar, bir adet sehpa, bir adet serum askısı, bir adet SAPD makinesi, bir adet kitaplık ve klima bulunmaktadır. Hastalara eğitim, periton diyaliz eğitim hemşiresi tarafından verilmektedir ve eğitim materyali olarak kitapçıklar, broşürler ve kateter takılmış maket kullanılmaktadır (EK 5). Hasta eğitimine genellikle kateter takıldıktan sonra başlanmakta ve hastanın eğitim düzeyine göre birebir yapılmaktadır. Ünite de ev ziyaretleri düzensiz yapılmakta ve ziyaretleri hemşire yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Periton Diyalizi Ünitesi tarafından takip edilen Düzce il sınırları ve Bolu ili belediye sınırları içinde yaşayan 11 hasta, örneklemi ise takip edilen hastaların tümü oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup evrenin tamamı örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesinde takip edilen 11 hasta alınmıştır.
2. Araştırmayı kabul eden 20 yaş ve üzerindeki hastalar alınmıştır.
3. Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde takip edilen Düzce il sınırı ve Bolu il merkezinde yaşayan hastalar alınmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Hastaların Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi tedavisi ile ilgili bilgi ve değişim işlemi uygulama düzeyleridir.

Bağımsız Değişkenler: Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, ailedeki bireylerden destek alma durumu, hastalık özellikleri ve yaşadığı evin özellikleridir.

3.7. Tanımlar

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD): Normal böbreğin bazı işlevlerinin taklit edildiği bir tedavi yöntemidir. SAPD; periton boşluğu, periton zarı, peritonda uzun süre kalabilen kateter, titanyum adaptör, transfer seti ve diyaliz torbalarından oluşur.

Eğitim: Bireyin davranışlarında kendi yaşantıları yoluyla ve kasıtlı olarak istedik değişme meydana getirme sürecidir.

Evde Bakım: Kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, bazı ilaç uygulamaları, total pareteral beslenme ve daha birçok gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasıdır.

3.8. Verilerin Toplanması

3.8.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması: Veri toplama formları, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır. Soru formunun (EK 1) birinci bölümünde bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri ve alışkanlıklarına ilişkin 19 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde (EK 2), bireylerin “SAPD durumlarına ve genel bakımlarına ilişkin bilgi kontrol formu” bulunmaktadır. Bu form bireylerin, tedaviye karar verildiği andan itibaren almış olduğu eğitimin etkisini kontrol eden sorulardan oluşmaktadır. EK 2’deki “Bireylerin SAPD Durumlarına ve Genel Bakımlarına İlişkin Bilgi Kontrol Formu” hastalığın ve tedavinin farklı boyutunu ölçen sorulardan oluşmaktadır. Her bir soruya karşın hastanın yanıtları: biliyor (2), kısmen biliyor (1), bilmiyor (0) puan verilerek değerlendirilmiştir. Örneğin; Peritonitin tanımı nedir?

sorusuna hastanın yanıt düzeyine (*Peritonit: İç organların üzerini örten tabaka ile karın duvarının iç yüzeyini örten tabakanın enflamasyonudur*) göre ilgili kutucuk işaretlenmiştir. Ancak birden çok yanıtı olan sorularda hasta en az üç madde sayabiliyorsa biliyor (2), üç maddeden az sayabiliyorsa kısmen biliyor (1), hiç sayamıyorsa bilmiyor (0) olarak değerlendirilmiştir. Örneğin; “Peritonitin belirtileri nelerdir?” sorusuna karın ağrısı, diyalizatta bulanıklık, bulantı ve kusma yanıtını vermişse 2 puan verilmiştir. Toplam puan aralığı (0-64) arasında değişmektedir.

Üçüncü bölümde (EK 3), bireyin hastalığına ilişkin eğitim gereksinimleri ve bireyin evde bakım gereksinimlerine ilişkin 23 soru yer almaktadır.

Dördüncü bölümde (EK 4) “Torba Değişim İşlemi Gözlem Formu” bulunmaktadır. Bu form birey diyalizat değişimini yaparken uygulaması gereken girişimlerden oluşmaktadır. Birey diyalizat değişimini yaparken uygulaması gereken değişim basamaklarından oluşan “Torba Değişimi İşlemi Gözlem Formu” araştırmacı tarafından hastanın değişim işlemi gözlenerek doldurulmuştur. EK 4’deki bu form “değişim torbasını ısıtma şekli” uygun (3), kısmen uygun (2), uygun değil (1) şeklinde işaretlenmiş ve puan verilerek değerlendirilmiştir. Toplam puan aralığı (18-54) arasında değişmektedir. Soru formları, araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak, gözlem ve görüşme yöntemiyle bireylere uygulanmıştır.

3.8.2. Veri Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan soru formu araştırmacı tarafından basit rastgele yöntemle 15 -30 Mart 2004 tarihleri arasında AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesinde takip edilen ve kontrole gelen ilk iki hastaya uygulanmış ve gerekli düzenlemeler yapılarak daha sonra veri toplamada kullanılmıştır.

3.8.3. Veri Formunun Uygulanması

Araştırma için kurumdan izin alınmış, hastalara araştırma konusunda bilgi verilerek bu bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı bildirilmiş ve araştırmaya katılma konusunda sözlü onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından her birey telefonla aranarak ev ziyareti planlanmış ve ev ziyareti sırasında bireylerin kişisel

özellikleri ve alışkanlıkları (EK 1), hastanede eğitim alan hastaların SAPD durumlarına ve genel bakımlarına ilişkin bilgi kontrol formu (EK 2) ve bireyin hastalığına ilişkin eğitim gereksinimleri ve evde bakım gereksinimlerine ilişkin soru formu (EK 3) araştırmacı tarafından 05 Nisan- 08 Mayıs 2004 tarihleri arasında yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Torba değişim işlemi gözlem formu (EK 4); araştırmacı tarafından ev ziyaretinde bireyin torba değişim işlemi izlenerek doldurulmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler önce bilgisiyara yüklenmiş ve bir istatistik programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, demografik özellikler, hastalığına ilişkin eğitim gereksinimleri ve evde bakım gereksinimleri gibi temel durumsal faktörler bağımsız, hastalığına ilişkin bilgi durumu ve tora değişim işlemi ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra; nonparametrik testlerden iki ortalamanın karşılaştırılması için Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla ortalamaların karşılaştırılması için Kruskal Wallis Testi; SAPD hastaların bilgi puanları ile torba değişimi uygulama puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulguları

Bu alt başlıkta hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:11)

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	8	72.7
Erkek	3	27.3
Yaş		
23-42	3	27.3
43-62	5	45.4
63 ve üzeri	3	27.3
Yaş ortalaması	51.90± 17.24	
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	3	27.3
İlkokul	5	45.4
Ortaokul ve üstü	3	27.3
Medeni Durumu		
Evli	9	81.8
Bekar	2	18.2
İkamet Ettiği Yer		
İl Merkezi (Düzce)	4	36.4
Köy	3	27.2
İl dışı	4	36.4

(Devam ediyor....)

Sosyal Güvence		
Var	11	100.0
Yok	-	-
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	2	18.2
Çalışmıyor	9	81.8
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	4	36.4
Gelir giderde denk	4	36.4
Gelir giderden fazla	3	27.2
Ailedeki Birey Sayısı		
1-5 kişi	10	90.9
6 ve üzeri	1	9.1
TOPLAM	11	100

Araştırma kapsamına alınan sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların %72.7’si (8 kişi) kadın ve yaş ortalamaları 51.90 ± 17.24 ’dür. Hastaların %45.4’ü (5 kişi) 43-62 yaş grubunda olup, %45.4’ü (5 kişi) ilkokul mezunu ve %81.8’i (9 kişi) evlidir. Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların %36.4’ü (4 kişi) tedavi aldıkları il merkezinde (Düzce), %27.2’si (3 kişi) köyde ve %36.4’ü (4 kişi) tedavi aldıkları il merkezinin dışındaki bir il merkezinde ikamet etmektedir. Hastaların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu %81.8’i (9 kişi) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %36.4’ünün (4 kişi) geliri giderden az, %27.2’sinin (3 kişi) geliri giderden fazladır. Hastaların %90.9’unun (10 kişi) ailedeki birey sayısı 1-5 kişidir.

Tablo 2. Hastaların Sigara, Alkol ve İlaç Alışkanlıkları (n=11)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara İçme		
İçiyor	1	9.1
İçmiyor	7	63.6
Bırakmış	3	27.3
Alkol Kullanma		
Kullanmıyor	10	90.9
Bırakmış	1	9.1
Hekim Önerisi Dışında İlaç Kullanma		
Kullanıyor	2	18.2
Kullanmıyor	9	81.8
TOPLAM	11	100.0

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların sigara, alkol ve ilaç alışkanlıkları Tablo 2’de görülmektedir. Hastaların %9.1’i (1 kişi) araştırmanın yapıldığı tarihte sigara kullanırken, %63.6’sı (7 kişi) hiç kullanmamış, 27.3’ü (3 kişi) ise sigarayı bırakmıştır. Hastaların tamamına yakını %90.9’u (10 kişi) alkol kullanmamaktadır. Hastalardan %18.2’si (2 kişi) doktor önerisi dışında ilaç kullanmaktadır.

4.2. SAPD Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde, hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 3. SAPD Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri (n=11)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Böbrek yetmezliği nedeni		
Diyabetik nefropati	5	45.4
Hipertansiyon	4	36.4
Glomerulonefrit	1	9.1
Renal Reflü	1	9.1
Böbrek yetmezliği dışında hastalığı		
Başka hastalık yok	1	9.1
DM	1	9.1
HT	2	18.2
DM+HT	4	36.4
Kalp Yetmezliği	1	9.1
Epilepsi	1	9.1
HCV(+)	1	9.1
Son dönem böbrek yetmezliği süresi		
5 yıldan az	8	72.7
5- 10 yıl	3	27.3
SAPD tedavisini aldığı süre		
1-2 yıl	1	9.1
2-3 yıl	6	54.5
3-4 yıl	4	36.4
Tedavi şekli		
HD+SAPD	2	18.2
SAPD	9	81.8

(Devam ediyor...)

SAPD Tedavisine Yönlendiren Birey		
Doktor	8	72.7
Hemşire	2	18.2
Yakını	1	9.1
SAPD Tedavisini Seçme Nedeni		
Tedavinin Evde Yapılması	7	63.6
Hekim Önerisi	4	36.4
Enfeksiyon Gelişme Durumu		
Peritonit	4	36.4
Enfeksiyon Gelişmedi	7	63.6
TOPLAM	11	100.0

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların hastalık özellikleri Tablo 3’de görülmektedir. Hastaların böbrek yetmezliği nedenlerine bakıldığında %45.4’ünün (5 kişi) diyabetik nefropati, %36.4’ünün (4 kişi) hipertansiyon, %9.1’inin (1 kişi) glomerulonefrit ve %9.1’inin (1 kişi) renal reflü olduğu saptanmıştır. Hastaların böbrek yetmezliği dışında %36.4’ünde (4 kişi) DM+HT, %18.2’sinde (2 kişi) HT, %9.1’inde (1 kişi) DM, %9.1’inde (1 kişi) kalp yetmezliği, %9.1’inde (1 kişi) epilepsi ve %9.1’inde (1 kişi) HCV(+) olduğu, %9.1’inde (1 kişi) ise böbrek yetmezliği dışında hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Hastaların böbrek yetmezliği süreleri, %72.7’sinin (8 kişi) 5 yıldan az, %27.3’ünün (3 kişi) 5-10 yıl arasındadır. SAPD tedavilerini uyguladıkları süreler %9.1’i (1 kişi) 1-2 yıl, %54.5’i (6 kişi) 2-3 yıl ve %36.4’ü (4 kişi) 3-4 yıl olarak saptanmıştır.

Hastalar böbrek yetmezliği tanısı aldıktan sonra %18.2’si (2 kişi) HD+SAPD, %81.8’i (9 kişi) ise sadece SAPD tedavisini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Hastaları SAPD tedavisine kimin yönlendirdiğine bakıldığında %72.7’si (8 kişi) doktor, %18.2’si hemşire (2 kişi) ve %9.1’ini (1 kişi) hasta yakını oluşturmaktadır. SAPD tedavi yöntemini tercih etme nedenlerine bakıldığında %63.6’sı (7 kişi) tedavinin

evde yapılması, %36.4'ü (4 kişi) hekim önerisi nedeniyle tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %36.4'ünde (4 kişi) peritonit geliştiği %63.6'sında (7 kişi) herhangi bir enfeksiyon gelişmediği saptanmıştır.

4.3. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarının Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Bu alt başlıkta, hastaların SAPD tedavisine ilişkin aldıkları eğitim özellikleri ve eğitim aldığı konu başlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Hastaların Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisine İlişkin Aldıkları Eğitim Durumu (n=11)

Eğitim Özellikleri	Sayı	%
Eğitimi veren kişi		
Doktor	-	-
Hemşire	11	100.0
Eğitimin verildiği zaman		
Kateter takılmadan önce	2	18.2
Kateter takıldıktan sonra	9	81.8
Uygulanan eğitim modeli		
Grup	-	-
Bireysel	11	100.0
Eğitim programının yararlı olması		
Evet	11	100.0
Hayır	-	-
Eğitim konusunda önerileriniz		
Var	1	9.1
Yok	10	90.9
Ev ziyareti		
Yapılıyor	-	-
Yapılmıyor	11	100.0
TOPLAM	11	100.0

(Devam ediyor)

*Eğitim Aldığı Konu Başlıkları		
Genel Hastalık Bilgisi	3	8.8
Hijyen	11	32.4
Değişim	9	26.5
Enfeksiyon	8	23.5
Beslenme	3	8.8
TOPLAM	34*	100.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisine ilişkin aldıkları eğitim özellikleri Tablo 4’de yer almaktadır. Hastaların tamamı tedaviye ilişkin eğitimlerini hemşireden almışlar ve hastaların tamamına bireysel eğitim verilmiştir. Hastalara tedavileri ile ilgili eğitim %81.8’ine (9 kişi) kateter takıldıktan sonra, %18.2’sine (2 kişi) kateter takılmadan önce verilmiştir. Hastaların tamamı verilen eğitimlerin yararlı olduğunu ifade etmiş ve hastalardan %9.1’i (1 kişi) ev ziyaretlerinin daha sık yapılması konusunda öneride bulunmuştur. Hastaların tamamı ev ziyaretinin yapılmadığını belirtmişlerdir. Eğitim aldıkları konu başlıklarına bakıldığında hastaların %32.4’ü (11 kişi) hijyen konusunda, %26.5’i (9 kişi) değişim konusunda, %23.5’i (8 kişi) enfeksiyon konusunda %8.8’i (3 kişi) genel hastalık bilgisi ve %8.8’i (3 kişi) beslenme konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

4.4. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında, hastaların yaşadıkları evin özellikleri ve hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve torba değişimine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 5. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların

Yaşadıkları Evin Özellikleri (n=11)

Ev Özellikleri	Sayı	%
Evin Tipi		
Apartman Dairesi	6	54.5
Müstakil	4	36.4
Gece Kondu	1	9.1
Isınma Şekli		
Soba	8	72.7
Kalorifer	3	27.3
Sapd Tedavisi İçin Ayrı Oda		
Var	5	45.5
Yok	6	54.5
Sapd Tedavisinin Yapıldığı Odanın Uygunluğu		
Uygun	3	27.3
Uygun Değil	8	72.7
Solüsyonu Asmak İçin Askı		
Var	9	81.8
Yok	2	18.2
Değişim Odasının Yakınında Musluk		
Var	4	36.4
Yok	7	63.6
Tartı Aleti		
Var	11	100.0
Yok	-	-
Torbayı Tartmak İçin El Tartısı		
Var	11	100.0
Yok	-	-
TOPLAM	11	100.0

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alan hastaların yaşadıkları evin özellikleri Tablo 5’de yer almaktadır. Hastaların yaşadıkları evin tipine bakıldığında %54.5’i (6 kişi) apartman dairesinde, %36.4’ü (4 kişi) müstakil ve %9.1’i (1 kişi) gecekonduda oturmaktadır. Hastaların %72.7’si (8 kişi) soba ile, %27.3’ü (3 kişi) kalorifer ile ısınmaktadır. Hastaların %45.5’i (5 kişi) SAPD için evlerinde özel oda bulunmakta, %54.4’ünün (6 kişi) evlerinde tedavileri için özel oda bulunmamaktadır. Hastaların %72.7’sinin (8 kişi) SAPD değişim odası uygun değil, %27.3’ünün (3 kişi) ise uygundur. Hastaların %81.8’inin (9 kişi) solüsyonu asmak için uygun askısı, %36.4’ünün (4 kişi) değişim odasının yakınında musluk, tamamının kilo takibi için tartıları ve solüsyonu tartmak için el tartıları bulunmaktadır.

Tablo 6. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Diyaliz Değişimine İlişkin Bazı Özellikleri (n=11)

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu		
Zorlanmadan Yerine Getiriyor	8	72.8
Zorlanarak Yerine Getiriyor	3	27.2
Elini Kullanmakla İlgili Sorun		
Var	-	-
Yok	11	100.0
Ev İşleri İle İlgilenebilme Durumu		
Evet	8	72.8
Hayır	3	27.2
Değişimi Yapan Kişi		
Kendisi	11	100.0
Başkası	-	-

(Devam ediyor)

Günlük Değişim Sayısı		
4 Kez/Gün	8	72.8
5 Kez/Gün	3	27.2
Aileden Bireylerinden Destek Alma Durumu		
Ev İşlerinde	7	63.6
Hayır	4	36.4
Banyo Şekli		
Duş	8	72.8
Oturarak	3	27.2
TOPLAM	11	100.0

Hastaların günlük yaşam aktivitelerine ve diyaliz değişimine ilişkin özellikleri Tablo 6’da yer almaktadır. Hastaların %72.8’i (8 kişi) günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmadığını bildirmektedir. Hastaların tamamı ellerini rahatlıkla kullanabilmekte ve değişim işlemini kendileri yapmaktadır. Hastaların %72.8’inin (8 kişi) günlük değişim sayısı günde 4 kez, %27.2’sinin (3 kişi) ise günde 5 kezdir. Hastaların %72.8’i (8 kişi) ev işlerini yaparken zorlanmamakta ve hastalardan %63.6’sı (7 kişi) aile bireylerinden ev işleri konusunda destek almaktadır. Hastaların %72.8’i (8 kişi) banyosunu ayakta duş şeklinde yapmaktadır.

Tablo 7. SAPD Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları (n=11)

Bilgi Puan Ortalamaları	X± SD
1. Böbreğin fonksiyonları	0.91± 0.94
2. Böbrek yetmezliği belirtileri	0.73± 0.90
3. Vücutta aşırı sıvı birikmesinin nedenleri	0.64± 0.67
4. Vücutta aşırı sıvı birikmesinin belirtileri	0.64± 0.67
5. Vücutta aşırı sıvı birikmesinde neler yapıldığı	0.73± 0.64
6. Vücutta aşırı sıvı kaybının nedenleri	0.27± 0.64
7. Vücutta aşırı sıvı kaybının belirtileri	0.45± 0.68
8. Vücutta aşırı sıvı kaybında neler yapıldığı	0.36± 0.67
9. Alması gereken besin maddeleri	2.00± 0.00
10. SAPD tedavisinin avantajları	1.18± 0.40
11. SAPD tedavisinin dezavantajları	0.55± 0.68
12. Kateter çıkış yeri ve tünel tanımı	1.18± 0.87
13. Hijyenin önemi	1.09± 1.04
14. Genel hijyen kuralları	1.27± 0.46
15. Ellerini yıkama zamanı, süresi, şekli kullandığı solüsyon	1.64± 0.50
16. Kontaminasyonun tanımı	1.18± 0.87
17. Dezenfeksiyonun tanımı	0.82± 0.98
18. Sterilizasyonun tanımı	0.64± 0.92
19. Çıkış yeri enfeksiyon belirtileri	1.36± 0.67
20. Kateter çıkış yeri bakımında dikkat edilmesi gerekenler	1.64± 0.50
21. Peritonitin tanımı	0.82± 0.87
22. Peritonitin gelişme nedenleri	1.00± 0.63
23. Peritonitin belirtileri	1.18± 0.87
24. Peritonit durumunda yapılması gerekenleri	1.36± 0.92
25. Transfer setinin değişim sıklığı	1.91± 0.30
26. Değişim sırasında kullanılan malzemeleri	1.82± 0.40
27- Değişimin yapıldığı ortamın özellikleri	1.64± 0.67
28. Değişim aşamalarını sırasıyla sayabilme	1.82± 0.40
29. Günlük yapılan ölçümleri (kilo, tansiyon, idrar vb)	1.09± 0.70
30. Kuru ağırlığın tanımı	1.36± 0.50
31. Kayıt tutmanın önemi	0.82± 0.75
32. Atık imhası	1.82± 0.40
Puan Ortalaması (16 -64 puan)	35.90± 13.85

SAPD hastalarının tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları Tablo 7’de yer almaktadır. Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanı dağılımı 16 ve 64 puan arasında değişmektedir ve puan ortalaması 35.90 ± 13.85 olarak hesaplanmıştır. Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin olarak “alması gereken besin maddeleri” (2.00 ± 0.00) ve “transfer setinin değişim sıklığı” (1.91 ± 0.30) konularında bilgi puan ortalamalarının yüksek; buna karşın “vücuttan aşırı sıvı kaybının nedenleri” (0.27 ± 0.64) ve “vücutta aşırı sıvı kaybında neler yapıldığı” (0.36 ± 0.67) konularında bilgi puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. SAPD Hastaların Torba Değişim Uygulamalarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n=11)

Torba Değişim Aşamaları	X± SD
1.Değişim	3.00 ± 0.00
2-Değişim işlemine başlamadan önce odanın kapı ve penceresini	2.91 ± 0.30
3. Torbayı ısıtma şekli	3.00 ± 0.00
4-Değişim malzemelerini hazırladığı yer	2.36 ± 0.80
5. Maske	1.73 ± 0.90
6. Malzemelerin hazırlanması	2.45 ± 0.52
7. Elleri yıkama	2.91 ± 0.30
8. Elleri kurulama	2.82 ± 0.40
9. Elleri hiçbir yere dokunmadan diyalizat iç torbasını çıkarması	2.55 ± 0.68
10.Kateter bağlantısı yapmadan önce değişim solüsyonunun kontrolü	2.55 ± 0.68
11.Kateter bağlantısını yapma şekli	3.00 ± 0.00
12. Alınan ve çıkarılan sıvı miktarını tartma	1.82 ± 0.98
13.Çıkan sıvının bulanık, fibrinli, kanlı olup olmadığını kontrol	2.45 ± 0.52
14. İşlem bittikten sonra ellerini antiseptik solüsyonla yıkama	2.00 ± 0.89
15.Torba-kateter bağlantısının ayrılması ve yeni mini kapak takılması	3.00 ± 0.00
16.Atıkları imha etmesi	2.55 ± 0.68
17. Diyaliz değişim reçetesine uyması	3.00 ± 0.00
18. Değişim aralıkları	3.00 ± 0.00
Puan Ortalaması (40 -50 puan)	47.09 ± 3.35

Hastaların torba değişim işlemi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 8’de görülmektedir. Hastaların torba değişim işlemi puanı 40 ile 50 puan arasındadır. 18-54 arasında değişen torba değişim işleminden hastaların aldıkları puan ortalaması 47.09 ± 3.35 ’dir. Hastaların tamamının “değişimi uygun kişinin yapması, torbayı uygun şekilde ısıtma, kateter bağlantısını uygun şekilde yapma, torba-kateter bağlantısını sonlandırma ve yeni mini kapağı takma, diyaliz değişim reçetesine uyma ve değişimi uygun aralıklarda yapma” gibi değişim işlem basamaklarını doğru bir şekilde uyguladıkları saptanmıştır. Hastaların torba değişim işlemi sırasında en düşük puan ortalamasının maske takma (1.73 ± 0.90) basamağında olduğu saptanmıştır.

4.5. SAPD Hastalarının Bazı Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri, aldıkları eğitimin zamanı, yaşadıkları evin özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri ile tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 9. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X ±SD	Kruskal Wallis	Mann-Whitney U	P Değeri
Cinsiyet				
Kadın (n:8)	35.75 ±7.50	-	10.000	0.683
Erkek (n:3)	36.33± 16.06			
Yaş				
23-42 (n:8)	44.00 ±8.00	3.879	-	0.144
43-62 (n:5)	37.00 ±17.70			
63 ve üzeri (n:3)	26.00 ±4.58			

(Devam ediyor)

Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil (n:3)	21.00 ± 4.58	8.048	-	0.018
İlkokul mezunu (n:5)	35.00 ± 5.78			
Ortaokul ve üstü (n:3)	52.33 ±11.50			
Gelir Düzeyi				
Gelir giderden az (n:5)	36.00± 11.34	0.776	-	0.678
Gelir gidere denk (n:3)	29.00 ± 11.26			
Gelir giderden fazla(n:3)	42.33± 21.03			

Hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 9’da yer almaktadır. Hastaların cinsiyetine göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları erkeklerde (36.33 ± 16.06) daha yüksektir ($p > 0.05$). Yaşa göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları 23-42 yaş grubundaki hastalarda (44.00 ± 8.00) en yüksektir ($p > 0.05$). Eğitim düzeyi ile ilişkili bilgi puan ortalamaları da ortaokul ve üstü mezunlarda (52.33 ± 11.50) yaklaşık iki katı kadar yüksektir ve eğitim düzeyleri arasındaki bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmıştır ($p < 0.05$). SAPD hastalarından geliri giderlerinden fazla olanların bilgi puan ortalamaları (42.33 ± 21.03) daha yüksektir ($p > 0.05$).

Tablo 10. Hastaların Bazı Hastalık Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X ±SD	Kruskal Wallis	Mann-Whitney U	P Değeri
Son dönem böbrek yetmezliği süresi				
5 yıldan az (n:8)	32.75± 11.13	-	7.000	0.307
5- 10 yıl (n:3)	44.33± 19.50			
Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini aldığı süre				
1-2 yıl (n:2)	25.50± 4.94	4.909	-	0.086
2-3 yıl (n:3)	27.33± 10.01			
3-4 yıl (n:6)	43.66± 13.39			
Tedavi şekli				
HD+SAPD (n:2)	48.00± 5.65	-	2.000	0.099
SAPD (n:9)	33.22± 13.83			
SAPD tedavisini seçme nedeni				
Evde tedavi (n:7)	34.66± 16.99	-	13.000	0.850
Hekim önerisi (n:4)	33.75± 7.97			
Enfeksiyon gelişme durumu				
Peritonit (n:4)	33.75± 14.84	-	13.000	0.850
Enfeksiyon gelişmedi (n:7)	37.14± 14.32			

Hastaların bazı hastalık özellikleri ile tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları Tablo 10’da karşılaştırılmaktadır. Hastaların son dönem böbrek yetmezliği süresine göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları hastalık süresi 5-10 yıl olanlarda (44.33 $\pm$ 19.50) daha yüksektir ($p>0.05$). SAPD tedavisini aldığı süreye göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları tedaviyi 3- 4

yıl alan hastalarda (43.66 ± 13.39) yaklaşık iki katı kadar yüksek bulunmasına karşın SAPD tedavi süreleri arasındaki bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tedavi şekline göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları HD+SAPD tedavisini uygulayan hastalarda (48.00 ± 5.65) daha yüksektir ($p > 0.05$). SAPD tedavisini evde yapılmasından dolayı seçenlerin bilgi puan ortalamaları (34.66 ± 16.99), doktor önerdiği için seçenlerden biraz daha yüksektir ($p > 0.05$). Enfeksiyon gelişme durumuna göre tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları enfeksiyon gelişmeyen hastalarda (37.14 ± 14.32) peritonit gelişen hastalara göre yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 11. Hastaların Aldıkları Eğitimin Zamanı ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X $\pm$ SD	Mann-Whitney U	P Değeri
Kateter takılmadan önce (n:2)	47.50 $\pm$ 23.33	5.000	0.346
Kateter takıldıktan sonra (n:9)	31.00 $\pm$ 9.68		

Hastaların aldıkları eğitimin zamanı ile tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 12’de yer almaktadır. Kateter takılmadan önce eğitim alan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları (47.50 ± 23.33) kateter takıldıktan sonra eğitim alanlara göre yüksek bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12. Hastaların Yaşadıkları Evin Özellikleri ile Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X ±SD	Mann-Whitney U	P Değeri
SAPD tedavisi için ayrı oda			
Var (n:5)	43.60± 13.89	6.000	0.100
Yok (n:6)	29.50± 8.57		
SAPD tedavisinin yapıldığı odanın uygunluğu			
Uygun (n:3)	39.33± 15.53	9.000	0.546
Uygun değil (n:8)	34.62± 14.09		
Ailedeki Bireylerden Destek Alma Durumu			
Evet (n:7)	40.28± 13.58	7.000	0.186
Hayır (n:4)	28.25± 12.17		

Hastaların yaşadıkları evin özellikleri ile tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmaları Tablo 11’de yer almaktadır. SAPD tedavisi için ayrı odanın bulunmasına ilişkin bilgi puan ortalamaları ayrı odası bulunanlarda (43.60 $\pm$ 13.89) ayrı odası bulunmayanlara göre yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). SAPD tedavisini uygun odada yapan hastaların bilgi puan ortalamaları (39.33 $\pm$ 15.53) daha yüksek bulunmuştur (p>0.05). Aile bireylerinden destek alan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları (40.28 $\pm$ 13.58) destek almayanlara göre yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

4.6. SPAD Hastalarının Bazı Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu alt başlıkta, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri, aldıkları eğitimin zamanı, yaşadıkları evin özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri

ile torba değişim işleminden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 13. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Torba Değişim İşleminden Aldıkları Puan Ortalamaları (n:11)

Özellikler	X ±SD	Kruskal Wallis	Mann-Whitney U	P Değeri
Cinsiyet				
Kadın (n:8)	46.37± 4.27	-	8.000	0.391
Erkek (n:3)	49.00± 1.73			
Yaş				
23-42 (n:3)	49.00± 1.73	0.750	-	0.687
43-62 (n:5)	46.40 ±4.09			
63 ve üzeri (n:3)	46.33± 5.50			
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil (n:3)	43.66± 4.72	4.506	-	0.105
İlkokul (n:5)	49.40± 1.34			
Ortaokul ve üstü (n:3)	46.66± 4.16			
Gelir Düzeyi				
Gelir giderden az (n:5)	47.40± 4.33	0.968	-	0.616
Gelir gidere denk (n:3)	47.33± 4.61			
Gelir giderden fazla (n:3)	46.33± 3.78			

Hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri ile torba değişim işlemi puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 13’de yer almaktadır. Hastaların cinsiyetine göre torba değişim işlemi puan ortalamaları erkeklerde (49.00 $\pm$ 1.73) daha yüksektir (p>0.05). Yaşa göre torba değişim işlemi puan ortalamaları 23-42 yaş grubundaki hastalarda (49.00 $\pm$ 1.73) en yüksektir (p>0.05). Eğitim düzeyi ile torba değişim işlemi puan ortalamaları ilkokul mezunlarında (49.40 $\pm$ 1.34) en yüksek çıkmıştır (p>0.05). SAPD hastalarından geliri giderlerinden az olanların torba değişim işlemi puan ortalamaları (47.40 $\pm$ 4.33) yaklaşık aynı oranda bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 14. Hastaların Bazı Hastalık Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X ±SD	Kruskal Wallis	Mann-Whitney U	P Değeri
Son dönem böbrek yetmezliği süresi				
5 yıldan az (n:8)	47.87± 3.64	-	4.000	0.086
5- 10 yıl (n:3)	45.00± 4.35			
Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini aldığı süre				
1-2 yıl (n:2)	49.50± 0.70	1.168	-	0.558
2-3 yıl (n:3)	47.33± 4.61			
3-4 yıl (n:6)	46.16± 4.21			
Tedavi şekli				
HD+SAPD (n:2)	48.50± 2.12	-	8.000	0.804
SAPD (n:9)	46.77± 4.17			
SAPD tedavisini seçme nedeni				
Evde tedavi (n:7)	47.28± 3.68	-	13.000	0.842
Doktor önerisi (n:4)	46.75± 4.71			
Enfeksiyon gelişme durum				
Peritonit (n:4)	48.00± 4.00	-	8.500	0.274
Enfeksiyon gelişmedi (n:7)	46.57± 3.99			

Hastaların bazı hastalık özellikleri ile torba değişim işlemi puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 14’de yer almaktadır. Hastaların son dönem böbrek yetmezliği süresine göre torba değişim işlemi puan ortalamaları hastalık süresi 5 yıldan az olanlarda (47.87±3.64) daha yüksek bulunmuştur (p>0.05). SAPD tedavisini aldığı süreye göre torba değişim işlemi puan ortalamaları tedaviyi 1- 2 yıl alan hastalarda (49.50±0.70) en yüksektir (p>0.05). Tedavi şekline göre torba değişim işlemi puan ortalamaları HD+SAPD tedavisini uygulayan hastalarda (48.50±2.12) daha yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). SAPD tedavisini evde yapılmasından dolayı seçenlerin torba değişim işlemi

puan ortalamaları (47.28 ± 3.68), doktor önerdiği için seçenlerden biraz daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Enfeksiyon gelişme durumuna göre torba değişim işlemi puan ortalamaları peritonit gelişen hastalarda (48.00 ± 4.00) daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 15. Hastaların SAPD Tedavisine Yönelik Aldıkları Eğitimin Zamanı ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X $\pm$ SD	Mann-Whitney U	P Değeri
Kateter takılmadan önce (n:2)	49.00 $\pm$ 1.41	7.000	0.620
Kateter takıldıktan sonra (n:9)	46.66 $\pm$ 4.15		

Hastaların SAPD tedavisine yönelik aldıkları eğitimin zamanı ile torba değişimi işlemi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16’da yer almaktadır. Kateter takılmadan önce eğitim alan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalamaları (49.00 ± 1.41) kateter takıldıktan sonra eğitim alanlara göre yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 16. Hastaların Yaşadıkları Evin Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:11)

Özellikler	X ±SD	Mann-Whitney U	P Değeri
SAPD tedavisi için ayrı oda			
Var (n:5)	48.80± 1.30	12.000	0.565
Yok (n:6)	45.66± 4.80		
SAPD tedavisinin yapıldığı odanın uygunluğu			
Uygun (n:3)	48.66± 1.52	11.000	0.830
Uygun değil (n:8)	46.50± 4.37		
Ailedeki Bireylerden Destek Alma Durumu			
Var (n:7)	47.14± 4.29	11.500	0.619
Yok (n:4)	47.00± 3.55		

Hastaların yaşadıkları evin özellikleri ile torba değişimi işlemi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15’de yer almaktadır. SAPD tedavisi için ayrı odanın bulunmasına ilişkin torba değişim işlemi puan ortalamaları (48.80 ± 1.30) ayrı odası bulunmayanlara göre yüksek bulunmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). SAPD tedavisini uygun odada yapan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalamaları (48.66 ± 1.52) daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Aile bireylerinden destek alan hastaların torba değişim işlemi puan ortalamaları (47.14 ± 4.29) destek almayanlarla aynı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 17. Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puanları ile Torba Değişim İşlemi Puanları Arasındaki İlişki (n:11)

Pearson Korelasyon Testi	r	p
Bilgi Puanı ile Torba Değişim İşlemi Puanı	0.30	0.36

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları ile torba değişim işlemi puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuş, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalığına ilişkin özellikler, yaşadığı evin özellikleri, aldıkları eğitime ilişkin özellikler, hastaların genel bakımlarına ilişkin bilgi kontrol formu ve torba değişim işlemi gözlemlerine ilişkin elde edilen bulgular literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. SAPD Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Hastaların böbrek yetmezliği nedenleri incelendiğinde; %45.4'ü diyabetik nefropati, %36.4'ü hipertansiyon, %9.1'i glomerulonefrit ve %9.1'i reflü olarak bulunmuştur. Böbrek yetmezliği dışında kronik hastalık olarak hastaların çoğunluğunda (%36.4) diyabetes mellitus ve hipertansiyon birlikte bulunmuştur. Dervişoğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada son dönem böbrek yetmezliği nedenleri arasında en fazla (%32.8) diyabetik nefropati bulunmuştur. Peker (2008)'in yaptığı çalışmada böbrek yetmezliği dışında başka hastalık olarak %57.6'sında HT ve %15.2'sinde DM olduğu saptanmıştır.

Hastaların %72.7'sinin böbrek yetmezliği süresi 5 yıldan az iken, %27.3'ü 5 ila 10 yıl arasında değişmektedir. Peker (2008) çalışmasında, hastaların böbrek yetmezliği sürelerini, %44.6'sının 5 yıldan az, %20.7'sinin 6-9 yıl arası, %34.8'inin ise 10 yıl ve üzeri olarak belirlemiştir. Başka bir çalışmada ise hastaların böbrek yetmezliği süreleri, %60'ında 5 yıldan az, %40'ında ise 5 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Uca 1999). Böbrek yetmezliği süreleri çalışmalar arasında benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda periton diyaliz uygulama süreleri, %18.2'sinde 1-2 yıl, %27.3'ünde 2-3 yıl ve %54.5'inde 3-4 yıl olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada SAPD uygulama süreleri incelendiğinde, %3.3'ünün 0-2 ay, %11.9'unun 2-6 ay, %18.3'ünün 6-12 ay, %20'sinin 1-2 sene, %37.3'ünün 2-4 sene, %5.1'inin 4-6 sene, %3.4'ünün 6 sene üzerinde olduğu saptanmıştır (Uca 1999). Çalışmamızda genel olarak periton diyaliz tedavisini uygulama süreleri 1-4 yıl arasında değişmektedir.

Hastalarda görülen periton diyalizi komplikasyonlarına bakıldığında %36.4 oranında peritonit görülürken Peker (2008)'in çalışmasında hastaların %52.2'sinde peritonit saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise hastaların %45'inde peritonit saptanmıştır (Uca 1999). Çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi peritonit, periton diyalizi tedavisinin en sık görülen ve en önemli komplikasyonlarındanıdır. Albaz (1998) çalışmasında eğitim tekrarının komplikasyonları azalttığını saptamıştır.

5.2. Hastaların SAPD Tedavisine İlişkin Eğitim Gereksinimleri

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisinin, hemşire dışında hekim, diyetisyen, sosyal çalışmacı gibi diğer disiplinleri de ilgilendiren farklı boyutları bulunmaktadır. Hasta eğitimini SAPD ekip üyelerinin birlikte yapmaları eğitimin etkinliğini arttıracaktır. Çalışmamızda hastaların tamamı tedaviye ilişkin eğitimlerini hemşireden almışlar ve tamamına bireysel eğitim verilmiştir. Albayrak (2003)'ın çalışmasında da tüm hastalar hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin eğitimlerini yalnızca hemşirelerden almışlardır. Başka bir literatürde ise, hastaların %93.3'ünün doktordan, %100'ünün hemşireden, %31.7'sinin firma yetkilisinden eğitim aldığı saptanmıştır ve hastaların tamamına birebir görüşme, %55'inin grup eğitimi aldığı, %28.3'ünün video gösterisi izlediği, %88.8'inin demonstrasyon izlediği, %85'inin yöntemi yapılırken başkasından izlediği saptanmıştır (Uca 1999).

SAPD tedavisi hastanın tedavisine aktif olarak katıldığı bir uygulamadır. Hastanın yaşadığı yerde tedaviyi eksiksiz olarak yapabilmesi ve oluşabilecek problemlerle baş edebilmesi için eğitim önemlidir. Literatürde SAPD tedavisine karar verilmiş olan hastanın ilk eğitimine kateter yerleştirilmesinden 4 ya da 6 hafta önce başlanması, kateter takıldıktan sonra da uygulamalı eğitime geçilmesi gerektiği belirtilmektedir (Albayrak 2003). Bizim çalışmamızda hastalara tedavileri ile ilgili eğitim %81.8'ine kateter takıldıktan sonra, %18.2'sine kateter takılmadan önce verilmiştir.

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi alacak hastalara eğitim programının ; böbreğin normal fonksiyonları, kronik böbrek yetmezliği, asepsi ve antisepsi, SAPD tedavisinin uygulanması, SAPD tedavisinin komplikasyonları, komplikasyonların

erken belirtileri, kateter ve çıkış yeri bakımı, evde diyaliz kayıtlarının tutulması ve bunun önemi, iş yaşamı, cinsel yaşam, ilaçlar ve doğru kullanımı, diyet, sıvı dengesi, malzeme temini, egzersiz, diyaliz biriminin ve personelinin telefon numaraları ve acil arama sistemi konularını içermesi gerektiği belirtilmektedir (Kaya, 1998). Çalışmamızdaki hastalar aldıkları eğitim konularından; %32.4'ü hijyen, %26.5'i değişim işlemi, %23.5'i enfeksiyon, %8.8'i genel hastalık bilgisi ve %8.8'i beslenme konusunda eğitim aldıklarını hatırlayabilmişlerdir. Bu sonuca göre hastalara verilen eğitimin yetersiz olduğu ve tekrarlanması gerektiği söylenebilir.

5.3. SAPD Hastalarının Evde Bakım Gereksinimleri

Çevresel özellikler SAPD tedavisinin başarısında önemli bir yer tutar. SAPD hemşiresi tedaviye başlamadan önce hastayı çevresiyle beraber değerlendirmeli, ev ziyaretleri ile durumu takip etmelidir (Uca, 1999). Çalışmamızda hastaların %54.5'i apartman dairesinde, %36.4'ü müstakil ve %9.1'i gecekonduda oturmaktadır. Hastaların %72.7'si soba ile, %27.3'ü kalorifer ile ısınmaktadır.

Hastaların %45.5'inin SAPD için ayrı bir odası bulunmakta, %54.5'inin ayrı odası bulunmamaktadır. Hastaların %27.3'ünün değişim işlemi için odasının uygun olduğu, %72.7'sinin uygun olmadığı saptanmıştır. Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada hastaların %86.7'sinin kendine ait değişim odasının olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada, deney grubundaki hastaların %76.9'unun, kontrol grubundakilerin ise %81.8'inin değişim için ayrı odasının bulunmadığı, deney grubundaki hastaların %80.8'inin değişim odasının uygun olduğu saptanmıştır (Albayrak 2003). Bizim yaptığımız çalışmada hastaların %72.7'sinin değişim işlemi için odasının uygun olmadığı ve %36.4'ünde enfeksiyon geliştiği saptanmıştır. Torba değişimi işlemi yapılan ortamın uygun olmamasının hastalarda enfeksiyona neden olabileceği söylenebilir.

Bireylerin dar bir ortamda, kalabalık bir aile içinde yaşaması çevre koşullarını olumsuz yönde etkileyeceğinden, enfeksiyon açısından risk faktörleri arasındadır (Albayrak 2003). Bu bağlamda hastaların yaşam koşulları içinde birlikte yaşadıkları birey sayısı da önemlidir. Çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%90.9) beş ve daha az

aile üyesi ile birlikte yaşamaktadır. Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada hastaların %30'unun 4 kişi ve üzeri, %46.7'sinin 3-4 kişi arasında, %23.2'sinin 1-2 kişi ile aynı evde yaşadığı saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların %36.4'ünde peritonit görülmüştür, bu sonuçtan yola çıkarak hastaların birlikte yaşadığı kişi sayısının enfeksiyon açısından risk faktörü olabileceği söylenebilir.

Bizim çalışmamızdaki 11 SAPD hastasının %72.8'i günlük yaşam aktivitelerini zorlanmadan yerine getirebilirken, %27.2'si zorlandıklarını belirtmiştir. Hastaların %72.8'i ev işlerini kendilerinin yapabildiğini ve tamamının ellerini rahatlıkla kullanabildikleri ve değişim işlemini kendilerinin yaptıkları saptanmıştır. Peker (2008)'in yaptığı çalışmada da hastalar periton diyalizi uygulamasının günlük yaşam aktivitelerini çoğunlukla etkilemediğini (%68.5) belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların %63.6'sı aile bireylerinden destek aldığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da hastaların %72.8'inin evinde her an bir destekçisinin olduğu bildirilmektedir (Peker 2008). Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada ise hastaların %95'inin evinde daima aile desteğinin var olduğu saptanmıştır.

5.4. Hastaların Bazı Özellikleri ile SAPD Tedavisine İlişkin Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanı 16 ile 64 puan arasında değişmektedir ve hastaların aldıkları tedavi ve bakımlarına ilişkin puan ortalaması 35.90 ± 13.85 'dir. Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları genel olarak orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları (35.75 ± 7.50) erkeklerin puan ortalamaları ile (36.33 ± 16.06) çok yakın bulunmuştur. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada da cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaşa göre bilgi puan ortalamalarının dağılımında, 23-42 yaş grubundaki hastaların bilgi puan ortalaması 44.00 ± 8.00 , 43-62 yaş grubundakilerin 37.00 ± 17.70 ve 63 yaş ve üzeri grubundakilerin 26.00 ± 4.58 'dir ($p > 0.05$). Yaşlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada, yaşa göre bilgi puan ortalamaları 21-30 yaş grubunda 44.00 ± 4.7 olup diğer yaş gruplarıyla yaklaşık aynı değerde olduğu saptanmıştır (Uca 1999). Yaş ilerledikçe hastaların bakımlarına ilişkin bilgi puanlarının büyük oranda düştüğü görülmektedir. Bu sonuç bize hastalara verilen eğitimin, genç yaşta daha çabuk öğrenildiğini, yaşı ilerlemiş hastaların ise öğrenmede güçlük çekebileceklerini düşündürülebilir.

Eğitim, insanda öğrenme ve anlama yeteneğini geliştirmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan SAPD tedavisi alan bireylerin tedaviyi kolay anlayıp uyumlarının iyi olacağı düşünülmektedir (Aylaz, 2008). Çalışmamızda eğitim düzeyi okur-yazar olamayan hastaların bilgi puan ortalaması 21.00 ± 4.58 iken, ilkokul mezunu (35.00 ± 5.78) ve ortaokul ve üstü (52.33 ± 11.50) puan almışlardır. Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada, bilgi puanı ile okur-yazar (41.00 ± 6.4), orta öğretim (44.00 ± 3.1) mezunu olma durumları arasında anlamlı fark bulunmazken, yüksekokul (47.00 ± 2.8) ve ilkokul (42.00 ± 5.4) mezunları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Canseven ve Göncü (2002)'nin çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanlarda peritonit sıklığı düşük bulunmuştur. Burada eğitim düzeyi arttıkça hastaların tedaviyi daha kolay anlayıp uyumlarının daha iyi olacağı söylenebilir.

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi hasta ve ailesine ekonomik açıdan büyük yük getiren bir tedavi şeklidir. Gelir düzeyi ile bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; gelir giderden az olan hastaların bilgi puan ortalaması 36.00 ± 11.34 , gelir gidere denk olanların 29.00 ± 11.26 ve gelir giderden fazla olanların 42.33 ± 21.03 'dür. Gelir düzeyi iyi olan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları sayısal olarak yüksek çıkmasına rağmen; hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Yapılan başka bir çalışmada 30-60 milyon aylık geliri olanlarla 150 milyon üzeri aylık geliri olanlar arasında anlamlı olarak fark tespit edilmiştir (Uca 1999).

Çalışmamızda 1-2 yıl SAPD tedavisini alan hastaların bilgi puan ortalaması 25.50 ± 4.94 , 2- 3 yıl SAPD tedavisi alanların 27.33 ± 10.01 ve 3-4 yıl SAPD tedavisi

alanların 43.66 ± 13.39 'dur ($p > 0.05$). Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada bilgi puanları ile SAPD uygulama süresi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların tedavi sürelerinin uzamasıyla birlikte deneyimlerinin daha fazla olması, dolayısıyla bilgi düzeylerinin de daha iyi olması beklendik bir durumdur.

HD+SAPD tedavisini uygulayan hastaların bilgi puan ortalamaları (48.00 ± 5.65), sadece SAPD tedavisini uygulayan hastaların bilgi puan ortalamalarından (33.22 ± 13.83) daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$). Bu sonuçtan yola çıkarak her iki tedavi şeklini uygulayan hastaların hastalıklarıyla ilgili yaşadığı deneyimlerden dolayı bilgi düzeylerinin daha iyi olabileceğini söyleyebiliriz.

SAPD tedavisini evde yapılmasından dolayı seçenlerin bilgi puan ortalaması 34.66 ± 16.99 , hekim önerdiği için seçenlerin bilgi puan ortalaması 33.75 ± 7.97 'dir ($p > 0.05$). Literatürde hastaların %80'inin kendi istekleri ile tedaviyi seçtikleri saptanmıştır. Hastanın tedavisi için çok istekli olması, başka bir kontrendikasyonu yoksa seçim için en önemli sebeplerden biridir. SAPD'yi kendi seçen hastalarda peritonit görülme sıklığı daha düşüktür (Uca 1999). Hastalara multidisipliner eğitim sonrası tedavi seçeneğinin hastalara sunulmasının daha anlamlı olabileceğini ve tedavi yöntemine kendisi karar veren hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olabileceğini söyleyebiliriz.

Peritonit, SAPD tedavisinin en sık görülen ve en önemli komplikasyonlarından biridir. Çalışmamızda enfeksiyon gelişme durumu ile bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; peritonit gelişen hastaların bilgi puan ortalaması 33.75 ± 14.84 , enfeksiyon gelişmeyen hastaların bilgi puan ortalaması 37.14 ± 14.32 'dir ($p > 0.05$). Engin ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada, SAPD hemşiresinin hastalara verdiği düzenli eğitimler sonucunda peritonit gelişme süresini uzadığını belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da eğitim tekrarının komplikasyonları azalttığı tespit edilmiştir (Albaz, 1998).

SAPD tedavisi hastanın tedavisine aktif olarak katıldığı bir uygulamadır. Hastanın yaşadığı yerde tedaviyi eksiksiz olarak yapabilmesi ve oluşabilecek problemlerle baş edebilmesi için eğitim önemlidir. SAPD tedavisine karar verilmiş olan hastanın ilk eğitimine kateter yerleştirilmesinden 4 ya da 6 hafta önce

başlanmalı, kateter takıldıktan sonra da uygulamalı eğitime geçilmelidir (Albayrak, 2003). Çalışmamızda eğitimi, kateter takılmadan önce alan hastaların bilgi puan ortalamaları 47.50 ± 23.33 , kateter takıldıktan sonra alanların bilgi puan ortalamaları 31.00 ± 9.68 'dir ($p > 0.05$). Hastalara verilen eğitimin kateter takılmadan önce verilmesinin önemli derecede etkili olduğunu ve eğitime ne kadar erken başlanırsa eksik bilgilerin de o kadar erken tamamlanacağını söyleyebiliriz.

SAPD tedavisi için ayrı odası bulunan hastaların bilgi puan ortalaması 43.60 ± 13.89 , ayrı odası bulunmayan hastaların bilgi puan ortalaması 29.50 ± 8.57 'dir ($p > 0.05$). Hastaların çoğunluğunun SAPD uygulama odasının ayrı olması konusunda bilgi sahibi olduğu söylenebilir.

SAPD tedavisini uygun odada yapan hastaların bilgi puan ortalaması 39.33 ± 15.53 , SAPD tedavisini uygun olmayan odada yapan hastaların bilgi puan ortalaması 34.62 ± 14.09 'dur ($p > 0.05$). Hastaların çoğunluğunun değişim odasının uygunluğu konusunda bilgi sahibi olduklarını ancak imkanları nedeniyle çoğunluğunun değişim için uygun odasının bulunmadığını söyleyebiliriz.

Aile bireylerinden destek alan hastaların bilgi puan ortalaması 40.28 ± 13.58 , destek almayanların bilgi puan ortalaması 28.25 ± 12.17 'dir ($p > 0.05$). Aile bireylerinden destek alan hastaların bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aile bireylerinin hastalara verdiği desteğin tedavi ve uygulamalarda önemli bir yerinin olduğu ve aile bireylerinin de hastalarla beraber eğitimlere katılmasının hastalar açısından yararlı olabileceği söylenebilir.

5.5. Hastaların Bazı Özellikleri ile Torba Değişim İşleminde Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Diyaliz torba değişim işleminin belirli basamaklarla ve doğru olarak yapılması bireyin yönetime uyumunu göstermektedir. Hastaların torba değişim işlemi puanı 40 ile 50 puan arasındadır. Puan ortalaması 18-54 arasında değişen torba değişim işleminden, hastaların aldıkları puan ortalaması 47.09 ± 3.35 'dir. Hastaların tedavi ve

bakımlarına ilişkin bilgi puanı ortalaması ise 35.90 ± 13.85 bulunmuştur. Hastaların bilgi puan ortalamaları düşük olmasına karşın, değişim işlemi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Albayrak (2003)'ın çalışmasında, bireylerin torba değişim işlemi puan ortalamaları ilk ziyarette (76.5), ikinci ziyarette (81.6) ve üçüncü ziyarette (84.2) olarak bulunmuş ve yapılan ev ziyaretleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak hasta eğitiminde görsel ve uygulamalı eğitimin etkili ve ev ziyaretlerinin de önemli olduğunu söylenebilir.

Çalışmamızda cinsiyete göre hastaların torba değişim işlemi puan ortalaması erkeklerde 49.00 ± 1.73 , kadınlarda 46.37 ± 4.27 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Cinsiyetler arasında değişim puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada da cinsiyete göre torba değişim işlemi puanları erkeklerde (41.50 ± 4.9) ve kadınlarda (40.80 ± 4.00) olarak saptanmıştır.

Yaşa göre torba değişim işlemi puan ortalamalarının dağılımında, 23-42 yaş grubundaki hastaların değişim işlemi puan ortalaması 49.00 ± 1.73 , 43-62 yaş grubundakilerin 46.40 ± 4.09 ve 63 yaş ve üzeri grubundakilerin 46.33 ± 5.50 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Yaş dağılımları ile değişim işlemi puanları birbirine yakın bulunmuştur, Genç yaş grubundaki hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamaları (44.00 ± 8.00) sayısal değer olarak daha yüksek olmasına karşın, değişim puanlarında sayısal bir fark saptanmamıştır. Uca (1999)'nın çalışmasında da yaş dağılımı ile değişim işlemi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaş ilerledikçe hastalarda algılama ve el becerilerini kullanmada sorunlar olabileceğini ve bu durumun uygulamayı olumsuz etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

Eğitim düzeyi ile torba değişim işlemi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim düzeyi okur-yazar olamayan hastaların torba değişim işlemi puan ortalamaları 43.66 ± 4.72 , ilkokul mezunu olanların 49.40 ± 1.34 ve ortaokul ve üstü mezun olanların 46.66 ± 4.16 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Uca (1999)'nın yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ile uygulama puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

PD tedavisi kronik ve sürekli gelişmekte olan bir tedavi şeklidir. Dolayısıyla bireylere yeni bilgi ve uygulamaların aktarılması gerekmektedir. Ayrıca bireyin tedavisini kendisinin evinde yapması, tedavi ve tedavinin uygulamasının yan etkilerinin çok olması nedeni ile eğitimin sürekli olarak yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaptığımız çalışmada sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini uygulama süresi ile torba değişim işlemi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; 1-2 yıl uygulayan hastaların değişim işlemi puan ortalaması 49.50 ± 0.70 , 2- 3 yıl uygulayan hastaların 47.33 ± 4.61 ve 3- 4 yıl uygulayanların 46.16 ± 4.21 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Hastaların tedaviyi uygulama süreleri arttıkça değişim işlemi puanlarında azalma olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak hastalara tedaviye başlangıç döneminde eğitimin verilip ilerki aşamalarda eğitimlerin ve ev ziyaretlerinin tekrarlanması gerektiğini söyleyebiliriz.

Enfeksiyon gelişme durumu ile torba değişimi işlemi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; peritonit gelişen hastaların puan ortalaması 48.00 ± 4.00 , enfeksiyon gelişmeyen hastaların torba değişimi puan ortalaması 46.57 ± 3.99 'dur ($p > 0.05$). Puan ortalamaları sayısal olarak birbirine yakın ve peritonit gelişen hastaların ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bilgi puan ortalamalarında ise enfeksiyon gelişmeyen hastaların bilgi puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (37.14 ± 14.32). Bu sonuç bize hastaların enfeksiyon nedenlerini bildiklerini ancak uygulamada dikkat etmediklerini düşündürülebilir. Hastaların çoğunluğu maskenin önemini bilmelerine rağmen uygulama esnasında maske takmadıkları gözlemlenmiştir. Hastalara düzenli ev ziyaretleri ve eğitimlerin tekrarı yapılarak komplikasyonların en aza indirilebileceğini söyleyebiliriz.

SAPD tedavisinde hasta eğitimi, hemşire ve hastanın ilk karşılaştığı andan itibaren başlanmalıdır. SAPD uygulamasına karar verilen hastanın ilk eğitimine kateter yerleştirilmeden önce başlanmalı ve kateter takıldıktan sonra da uygulamalı eğitime geçilmelidir. Yaptığımız çalışmada eğitimi, kateter takılmadan önce alan hastaların torba değişim işlemi puan ortalaması 49.00 ± 1.41 , kateter takıldıktan sonra alanların torba değişim işlemi puan ortalaması 46.66 ± 4.15 bulunmuştur ($p > 0.05$). Eğitimi kateter takılmadan önce alan hastaların bilgi puan ortalaması (47.50 ± 23.33) yüksek bulunmuşken değişim işleminden alınan puanlar birbirine yakın bulunmuştur.

Bu sonuçtan yola çıkarak, kateter takılmadan önce tedavi ve bakım ile ilgili eğitimlerin verilmesi, kateter takıldıktan sonra uygulamalı eğitimlere geçilmesinin daha yararlı ve kalıcı olacağını söyleyebiliriz.

SAPD tedavisi için ayrı odası bulunan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalaması 48.80 ± 1.30 , ayrı odası olmayan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalaması 45.66 ± 4.80 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). SAPD tedavisi için ayrı odası bulunan hastaların bilgi puan ortalaması (43.60 ± 13.89), ayrı odası bulunmayan hastaların bilgi puan ortalamasından daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç bize, hastaların çoğunluğunun değişim için ayrı odanın olması gerektiğini bildiği ve uyguladığı söylenebilir. SAPD tedavisini uygun odada yapan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalaması 48.66 ± 1.52 , tedaviyi uygun olmayan odada yapanların torba değişimi işlemi puan ortalaması 46.50 ± 4.37 bulunmuştur ($p > 0.05$).

Aile bireylerinden destek alan hastaların torba değişim işlemi puan ortalaması 47.14 ± 4.29 , destek almayanların torba değişim işlemi puan ortalaması 47.00 ± 3.55 aynı bulunmuştur ($p > 0.05$).

5.6. Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Puanları ile Torba Değişim İşlemi Puanları Arasındaki İlişki

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları ile torba değişim işlemi puanları arasında pozitif (aynı) yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuş, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların bilgi puanlarına paralel olarak torba değişim işlemi puanlarının da artması beklenirken, bilgi puanları düşük olan hastaların çoğunluğunda torba değişim işlemi puanlarının da düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların torba değişim işleminde bilgilerini kullanmadıkları ve torba değişim işlemini görsel yöntemlerle öğrendiklerini el becerileri ile alışkanlık olarak uyguladıklarını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sürekli ayaktan periton diyaliz hastalarına verilen eğitim ile evde bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada;

Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarının tamamının eğitimlerini hemşireden ve bireysel eğitim aldığı; eğitimin, hastaların çoğunluğuna (%81.8) kateter takıldıktan sonra, %18.2'sine kateter takılmadan önce verildiği; hastaların tamamının verilen eğitimi yararlı bulduğu ve %9.1'inin ev ziyaretlerinin daha sık yapılması konusunda önerisi olduğu ve hemşire tarafından ev ziyaretlerinin yapılmadığı saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun (%32.4)'ü hijyen, %26.5'i değişim, %23.5'i enfeksiyon, %8.8'i genel hastalık bilgisi, %8.8'i beslenme konularında eğitim aldıkları saptanmıştır.

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puan ortalamasının orta düzeyde olduğu (35.90 ± 13.85) (16-64 puan) söylenebilir. Kadın ve erkek hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları birbirine yakın ve orta düzeydedir. Genç yaş grubundaki hastaların bilgi puan ortalamaları (44.00 ± 8.00) daha yüksektir. Eğitim düzeyi ortaokul ve üstü mezunu olanların bilgi puan ortalamaları yüksek düzeyde (52.33 ± 11.50) olup, eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamaları da yükselmektedir ($p < 0.05$).

Son dönem böbrek yetmezliği süresi daha uzun olan hastaların bilgi puan ortalamaları (44.33 ± 19.50) daha yüksektir. Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini uygulama süreleri arttıkça bilgi puan ortalamalarının (43.66 ± 13.39) da arttığı görülmektedir. Ayrı odası bulunan hastaların bilgi puan ortalamaları (43.60 ± 13.89) daha yüksek çıkmıştır. Kateter takılmadan önce eğitim alanların bilgi puan ortalamaları (47.50 ± 23.33) daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların torba değişimi işlemi puan ortalamaları (47.09 ± 3.35) (40-50 puan) olarak bulunmuştur. Erkek hastaların torba değişim işlemi puan ortalamaları (49.00 ± 1.73) daha yüksek bulunmuştur. Genç yaş grubundaki hastaların değişim

işlemi puan ortalamaları (49.00 ± 1.73) daha yüksektir. Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların değişim işlemi puan ortalamaları (49.40 ± 1.34) daha yüksek bulunmuştur.

Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini 1-2 yıl uygulayan hastaların değişim işlemi puan ortalamaları (49.50 ± 0.70) olup, tedavi süresi uzadıkça değişim işlemi puan ortalamasının düştüğü saptanmıştır.

Eğitimi, kateter takılmadan önce alan hastaların torba değişimi işlemi puan ortalamalarının (49.00 ± 1.41) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanları ile torba değişim işlemi puanları arasında pozitif (aynı) yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuş, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hastaların bilgi puanlarına paralel olarak torba değişim işlemi puanlarının da artması beklenirken, bilgi puanları düşük olan hastaların çoğunluğunda torba değişim işlemi puanlarının da düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların torba değişim işleminde bilgilerini kullanmadıkları ve torba değişim işlemini görsel yöntemlerle öğrendiklerini el becerileri ile alışkanlık olarak uyguladıklarını söyleyebiliriz. Hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi puanlarının yükselmesiyle torba değişim işlemi puanlarının da yükseleceği düşünülmektedir. Hastaların bilgi durumları değerlendirilip gereksinimlerine göre eğitimlerin tekrar edilmesiyle bilgi puanları yükseltilebilir. Bu nedenle hastaların bilgi puanlarının yükseltilmesiyle uygulamalarının da iyileştirileceği düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. SAPD tedavisine karar verilmiş olan hastanın ilk eğitimine kateter yerleştirilmesinden 4 ya da 6 hafta önce başlanması, kateter takıldıktan sonra da uygulamalı eğitime geçilmesi,
2. Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi gören hastaların multidisipliner SAPD ekibi tarafından eğitilmesi ve ev ziyaretleri hastanın gereksinimine uygun ekip üyelerinden biri yada bir kaç tarafından yapılması,

3. Ev ziyaretlerinin aşağıdaki şekilde planlanması;

- İlk ziyaretin bireyin KBY'nin renal replasman tedavisine karar aşamasında,
- Sonraki ziyaretin bireyin evde ilk torba değişimini yaptığı zaman ve bir hafta sonra,
- Diğer ziyaretlerin ise sırası ile bir ay, altı ay ve en az bir yıl sonra,
- Birey klinik, psikososyal olarak sorun yaşamıyor ve laboratuvar bulguları normal sınırlarda seyrediyorsa ünitenin belirleyeceği sıklıkta, en az yılda bir kez düzenli ve sistematik olarak ziyaretlerin sürdürülmesi,
- Sorunları olan bireylere rutin ziyaretlerin dışında soruna yönelik ek ziyaretlerin yapılması,

4. Sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisini uzun süre uygulayan hastalara ev ziyaretleri yapılarak uygulamadaki eksikliklerinin belirlenmesi ve gereksinime göre eğitimin tekrar edilmesi,

5. Sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisi uygulayan hastaların grup eğitimlerine katılması,

6. İleri yaş grubundaki hastalara daha sık aralıklarla ev ziyareti yapılarak, uygulamalarındaki yanlış ve eksikliklerin düzeltilmesi,

7. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarının birlikte yaşadığı aile üyelerinin de eğitime katılması,

8. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulayan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve gereksinimlerine göre eğitimin tekrar edilmesi,

9. Araştırmanın büyük grubu temsil edecek verilere ulaşılabilmesi ve standart izlem formlarının geliştirilebilmesi için daha geniş örneklem grubunda bir ekip tarafından daha uzun süreli yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adıbelli Z, Akpolat T. Peritonit. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2-Ek): 45-51.
- Aksoy S, Cimete G. Kronik Hastalıklı Bireylein Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. İstanbul, 24-26 Eylül 1998: ss: 79-90.
- Albayrak S, Akdemir N, Yardım A, Pelenk H. Diyaliz Hastalarının Seksüaliteye İlişkin Yaşadığı Güçlükler. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2002; (1): 91.
- Albayrak SA. .Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Komplikasyonların Azaltılmasında Ev Ziyaretlerinin Etkisinin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, 2003.
- Albaz M, Çınar Menteş S. Sürekli Ayaktan periton Diyalizi (SAPD) Hastalarının Evde Bakımlarının Değerlendirilmesi: Ev Koşulları ile SAPD Komplikasyonları Arasında ilişki. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul, 24- 26 Eylül 1998: ss: 165-174.
- Altıparmak MR., Trabulus,. Hasta Seçimi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2-Ek): 8-11.
- Altunçekiç A,. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Gelişen Peritonit Ataklarının Değerlendirilmesi ve Gram Negatif bakteritoniti için Risk faktörlerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2006.
- Aydın Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi El Kitabı, Hemşireler İçin. İstanbul, 1998.
- Aydın Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi. Ed: Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2000.
- Aydın Z. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri. Ed: Yürügen B. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2004; Cilt: 1, Sayı: 1, Özlem Grafiker Matbaacılık, İstanbul,
- Aylaz R, Erci B. SAPD Uygulanan Hastalara Evde Verilen Everilen Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; Cilt:3, Sayı:9, ss: 173-184.
- Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton Diyalizli Hastalarda Öz-Bakım Gücü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; Cilt: 4, Sayı: 11, ss:65- 78.

- Bernardini J, Dacko C. A Survey Of Homes Visits At Peritoneal Dialysis Centers İn The United States, Peritoneal Dialysis İnternational, 1998; 18: 528—531.
- Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliğ. 6. Baskı. Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 6 Sanem Matb. 1997; 437-480.
- Canseven N, Göncü H. SAPD Hastalarındaki Cilt Altı Diyalizat Sızıntılarının Karın Ön Duvarı Egzersizleri ile Önlenmesi. 12. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, Antalya, 2002; 105.
- Çamsarı ve ark. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Hastalarında Peritonit Sıklığı: Y-Öncesi ve Sonrası Dönemi Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1996; 1: 34-36.
- Çınar Menteş S. Akut Periton Diyalizi ve Evde Bakım. Yoğun bakım Hemşireleri Derneği Yayın Organı, 1998; Cilt:2, Sayı:1, ss: 32-36.
- Daugirdas J, Todd S. Diyaliz El Kitabı, Çev Ed. Bozfakıoğlu S., 2.baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 1997; 368-654.
- Dervişoğlu E, Selek A, Özcan U, Kalender B. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Periton Diyalizinin Sonlandırılma Nedenleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27, ss: 184-188.
- Dilek M, Akpolat T. Periton Diyaliz Yeterliliği. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2-Ek): 34-39.
- Doğukan A. Bağlantı Sistemleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007;(2- Ek): 27-30.
- Dora K. Teaching Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Exchange Procedures: İmpact on Nurses. Peritoneal Dialysis İnternational, ss: 508-509, 1999.
- Engin A, Elaldı N, Bakır M, Dökmetaş İ, Kaya Ş, Candan F. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Hastaları ve Peritonit: 53 Epizotun İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi, 2006; 28 (1): 11-15.
- Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 1995, İstanbul.
- Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Türkiye’de Nefroloji- Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2007, İstanbul.
- Kalender B, Yeğerenağa, İ, Babaoğlu K, Akkoyun M. 1996-2000 Yılları Arasında SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Klinik Laboratuvar Bulguları Açısından Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 2001; Sayı:10, ss: 140-144.

- Karayaylalı İ. Periton Dışı Komplikasyonlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2- Ek): 52-56.
- Kaya B. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.
- Kaynar K, Ulusoy Ş. Periton Diyalizi Tipleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2007; (2-Ek): 31-33.
- Keleş M. Periton Diyalizi Hastalarında Peritonit Gelişmesinde Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması, Yan Dal Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, 2008.
- Kır Emine. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2003.
- Koçer ZM. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2006.
- Küçük H. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Anemi Tedavisi, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Hemşirelik Bilgileri. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İzmir, 1997; ss: 69-71.
- Levy J, Mogan J, Brown E, Oxford Diyaliz El kitabı, Çev Ed: Uslan İ, Nobel Kitabevi, 2002; ss: 266
- Nergizoğlu G. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Peritonit Sıklığını Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, 1998.
- Ocak A. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Enfeksiyon Komplikasyonlar ve Nedenleri Retrospektif Çalışma. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, 2006.
- Ocak Z. Hemodiyaliz Hastalarında Yalnızlık ve Hemşirelik Yaklaşımının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2002.
- Öztarhan, S. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) Hastalarında Ev Ziyaretleri ve Psikososyal Destek, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Hemşirelik Bilgileri, İzmir, 1997; ss: 65-67.

- Öztarhan S. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Tedavisinde Hasta Eğitimi, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Hemşirelik Bilgileri, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İzmir, 1997; 25-29.
- Parlar S, Ovayolu N. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Olan Hastalarda Eğitimin ve Ev Ziyaretlerinin Önemi, Çınar Dergisi, 2003; 9 (1): 1-5.
- Peker N. Periton Diyalizi Hastalarının Ruhsal Durumlarının Tanılanması ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
- Polat M. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi:3 Yıllık Hasta Takip Sonuçlarımız. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, 1999.
- Sarıkaya M. ve ark. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Hastalarında Peritonit Sıklığı ile Diyaliz Yeterliliği ve Nutrisyonel Parametrelerin İlişkisi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2001; 4: 216-218.
- Selçuk NY. Renal Replasman Tedavileri için Hasta Seçim Kriterleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1999; 2: 51- 55.
- Tokgöz B. Yeni Periton Diyaliz Solüsyonları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2- Ek): 21- 26.
- Topallar N. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Eğitiminde Değişik Eğitim Araçlarının Etkinliğinin Ölçülmesi ve Eğitim Rehberinin Geliştirilmesi, Beslenme ve Diyetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1989.
- Tülek Z. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinde Evde Bakım. I. Ulusal Evde Bakım kongresi Kitabı, İstanbul, 24- 26 Eylül 1998; ss 283-288.
- Uca E. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Sağlık Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.
- Utey L. The Disabled Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patient- The Nurse's Role. Peritoneal Dialysis International, 1999; ss: 505-505.
- Ünal B. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Tedavisinde Hasta Seçim Kriterleri, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Hemşirelik Bilgileri. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İzmir, 1997; ss: 19-20.
- Yılmaz R, Arıcı M. Periton Diyalizinin Uzun Dönem Komplikasyonları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007; (2- Ek): 62-67.

Yürügen B. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı-II, Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayınları, İstanbul, 2002.

EK 1. SORU FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına verilen Eğitim ile Evde bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Soru formuna vereceğiniz yanıtlar araştırmacıda bilimsel bir çalışma için gizli kalacaktır, bu nedenle vereceğiniz bilgilerin güvenilirliği çalışmanın geçerliliği için önemlidir.

Bu araştırma ile ilgili kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru ve anlaşılır cevaplar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmama tamamiyle sizin kararınızdır. Araştırmaya katılsanız bile, istediğiniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Bu araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum. Yukarıda yazılı olan bilgileri okuyup, anladığımı onaylıyorum.

Tarih :

İmza

Araştırmaya katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

Hayriye KARAKUŞ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Dahiliye Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Anketin doldurulduğu tarih:

Adı- Soyadı :

Adresi :

Telefon :

A. Bireyin Kişisel Özellikleri

1. Yaş:

2. Cinsiyeti:

a. Kadın b. Erkek

3. Eğitim durumunuz?

a.Okur- yazar değil b. Okur- yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise
f. Yüksekokul-Fakülte

4. Medeni Durumunuz?

a. Evli b. Bekar c. Ayrı yaşıyor d. Boşanmış e. Dul

5. Sürekli yaşadığınız yer?

a. Düzce (merkez) b. İlçe c. Köy
d. Düzce İl dışı (.....)

6. Sosyal güvenceniz nedir?

a. Yok b. SSK b. Bağ- Kur c. Emekli sandığı d. Özel
d. Diğer.....

7. Halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

8. Gelir düzeyiniz?.....

9. Birlikte yaşadığı bireyler

B. Alışkanlıkları

10. Sigara içiyor musunuz?

a. Hiç içmedim
b.ay/yıl önce bıraktım,ay/yıl kullandım, günde
adet/paket.
c. İçiyorumay/yıl, gündeadet/paket.

11. Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Hiç kullanmadım
- b.ay/yıl önce bıraktım,ay/yıl kullandım, günde
.....kadeh.
- c. Kullanıyorumay/yıl,gündekadeh

12. Doktor önerisi dışında ilaç kullanır mısınız?

- a. Evet (ise ne tür ilaç)
- b. Hayır

EK.2. HASTANEDE EĞİTİLEN HASTALARIN SAPD DURUMLARINA VE GENEL BAKIMLARINA İLİŞKİN BİLGİ KONTROL FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Bilgiler	Biliyor	Kısmen Biliyor	Bilmiyor
*1-Böbreğin fonksiyonları nelerdir?			
*2- Böbrek yetmezliği belirtileri nelerdir?			
*3- Vücutta aşırı sıvı birikmesinin nedenleri nelerdir?			
*4- Vücutta aşırı sıvı birikmesinin belirtileri nelerdir?			
5- Vücutta aşırı sıvı biriktiğinde neler yaparsınız?			
*6- Vücutta aşırı sıvı kaybının nedenleri nelerdir?			
*7- Vücutta aşırı sıvı kaybının belirtileri nelerdir?			
8- Vücutta aşırı sıvı kaybı olduğunda neler yaparsınız?			
9- Alınması gereken besin maddeleri nelerdir?			
*10- SAPD tedavisinin avantajları nelerdir?			
*11- SAPD tedavisinin dezavantajları nelerdir?			
12- Kateter çıkış yeri ve tünel nedir?			
13- Hijyenin önemi nelerdir?			
14- Genel hijyen kuralları nelerdir?			
15- Ellerini yıkama işlemini nasıl yaparsınız? (süresi, şekli ve kullandığı solüsyonu)			
16- Kontaminasyon nedir?			
17- Dezekfensiyon nedir?			
18- Sterilizasyon nedir?			
*19- Çıkış yeri enfeksiyon belirtileri nelerdir?			
20- Kateter çıkış yeri bakımında dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?			
21- Peritonit nedir?			
22- Peritonitin gelişme nedenleri nelerdir?			
*23- Peritonitin belirtileri nelerdir?			
24- Peritonit durumunda neler yaparsınız ?			
25-Transfer seti ne zaman değişir?			
26- Değişim sırasında kullanılan malzemeler nelerdir?			
27- Değişimin yapıldığı ortamın özellikleri nelerdir?			
28- Değişim işleminin basamaklarını sırası ile sayınız.			
29- Günlük yapılan ölçümler nelerdir? (kilo, tansiyon, idrar vb)			
30- Kuru ağırlık nedir?			
31- Kayıt tutmanın önemini söyleyiniz.			
32- Atıklar nasıl imha edilir?			

(*) Bu maddelere verilen cevaplarda en az üç tanesini sayabiliyorsa “biliyor”, üçten daha sayabiliyorsa “kısmen biliyor”, hiç sayamadıysa “bilmiyor” olarak değerlendirilecektir.

Biliyor: 2 puan

Kısmen biliyor: 1 puan

Bilmiyor: 0 puan

EK. 3. SORU FORMU

A. Bireyin Eğitim Gereksinimleri

1. Hastaneye geldiğinizde konulan ilk teşhis nedir (dosyadan bakılacak)?

.....

2. Böbrek hastalığı dışında bir hastalığınız var mı?

a. Evet (ise ne olduğu)

b. Hayır

3. Böbrek hastalığı tanısı ne zaman konuldu?

.....

4. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) tedavisine ne zaman başlanıldı?

.....

5. SAPD tedavisine başlamadan önce hemodiyaliz tedavisi gördünüz mü?

a. Evet (ise ne kadar süre)

b. Hayır

6. SAPD tedavisine geçme ya da başlama sebebiniz nedir? (Sizi kim yönlendirdi?)

.....

7. Sizin SAPD tedavisini seçme sebebiniz nedir?

.....

8. Tedavi uyguladığınız süre içerisinde enfeksiyon gelişti mi?

.....

9. SAPD hakkında eğitimi kimden aldınız?

a. Hemşire b. Doktor

10. SAPD eğitimini ne zaman aldınız?

a. Kateter takılmadan önce

b. Kateter takıldıktan sonra

11. Eğitim modeli olarak size aşağıdakilerden hangisi uygulandı?

- a. Grup eğitimi b. Bireysel eğitim
12. Eğitim programınızı faydalı buluyor musunuz?
- a. Evet
- b. Hayır (ise nedeni)
13. Eğitim konusunda önerileriniz var mı?
- a. Var (ise neler önerirsiniz?)
- b. Yok
14. Hangi konularda eğitim aldınız?
-
15. Hemşire tarafından ev ziyareti yapılıyor mu?
- a. Evet b. Hayır

B. Bireyin Evde Bakım Gereksinimleri

16. Yaşadığınız evin tipi
- a. Apartman b. Müstakil c. Gecekondu
17. Evin ısıtma şekli
- a. Soba b. Kalorifer c. Diğer
18. Değişim yapmak için ayrı bir odanız var mı?
- a. Var b. Yok
19. Değişim yapılan oda değişim için uygun mu?
- a. Uygun b. Uygun değil
20. Solüsyonu asmak için askısı var mı?
- a. Var b. Yok
21. Değişim odasında musluk var mı?
- a. Var b. Yok
22. Tartı aleti var mı?
- a. Var b. Yok

23. Torbayı tartacağı el tartısı var mı?
a.Var b. Yok
24. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanıyor musunuz?
a. Zorlanmıyor b. Zorlanıyor
25. Elinizi kullanmakla ilgili herhangi bir sorun var mı?
a. Var b. Yok
26. Ev işleriyle ilgilenebiliyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
27. Diyaliz değişimini yapan kişi
a. Kendisi b. Başkası (.....)
28. Günlük değişim sayısı
a. 4 kez/gün b. 5 kez/gün
29. Aileniz size yaşamınızda destek (yardımcı) oluyor mu?
a. Evet b. Hayır
30. Hastanın yıkanma şekli
a. Duş b. Oturarak

EK. 4. TORBA DEĞİŞİM İŞLEMİ GÖZLEM FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Torba Değişim Aşamaları	Puanlar
*1.Değişimi	
a.Kendisi yapıyor	
b. Bazen yardım alıyor	
c. Başkası yapıyor	
2-Değişim işlemine başlamadan önce odanın kapı ve penceresini	
a.Kapatıyor	
b. Kısmen kapatıyor	
c. Kapatmıyor	
3. Torbayı ısıtma şekli	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
4. Değişim malzemelerini hazırladığı yer	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
*5. Maske	
a.Her değişimde takıyor	
b. Bazen takıyor	
c. Hiç takmıyor	
6. Malzemelerin hazırlanması	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
7. Ellerini yıkama	
a.Üç kez uygun şekilde yıkıyor	
b. İki kez uygun şekilde yıkıyor	
c. Bir kez uygun şekilde yıkıyor	
8. Ellerini kurulama	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
9. Ellerini hiçbir yere dokunmadan diyalizat iç torbasını çıkarması	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
10.Kateter bağlantısı yapmadan önce değişim solusyonunun kontrolü	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	

(Devam ediyor.....)

Torba Değişim Aşamaları	Puanlar
11.Kateter bağlantısını yapma şekli	
a.Uygun	
b.Kısmen uygun	
c.Uygun değil	
*12. Alınan ve çıkarılan sıvı miktarını	
a.Her değişimde tartıyor	
b. Bazen tartıyor	
c. Tartmıyor	
*13.Çıkan sıvının bulanık, fibrinli, kanlı olup olmadığını	
a.Her değişimde kontrol ediyor	
b. Bazen kontrol ediyor	
c. Kontrol etmiyor	
14. İşlem bittikten sonra ellerini antiseptik solüsyonla yıkama	
a.Her zaman işlem bittikten sonra yıkıyor	
b.Bazen yıkıyor	
c.Yıkamıyor	
15.Torba-kateter bağlantısının ayrılması ve yeni mini kapak takılması	
a.Uygun	
b. Kısmen uygun	
c. Uygun değil	
16.Atıkları imha etmesi	
a.Uygun	
b. Kısmen uygun	
c. Uygun değil	
*17. Diyaliz değişim reçetesine	
a.Uyuyor	
b. Bazen uyuyor	
c. Hiç uymuyor	
*18. Değişim aralıkları	
a.Uygun	
b. Kısmen uygun	
c. Uygun değil	

(*)Bu maddeler araştırmacının gözlemi, hastanın günlük kayıtları ve sözel ifadeleri dikkate alınarak değerlendirilecektir.

a. 3 puan

b. 2 puan

c. 1 puan