



Araştırma Makalesi

Sürekli Diyaliz Programına Alınacak Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Uygulanacak Diyaliz Yöntemi Seçimi Üzerine Etkisi

Muammer Bilici ^a, Özlem Demir ^b, Sevil Uygun İlikhan ^a, Ülker Özdemir ^b, Zeliha Sönmez ^b, Selma Sugeçti ^b, Ali Borazan ^c

^a İç hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, Türkiye,

^b Periton Diyaliz Ünitesi, Nefroloji Bilim dalı, Tıp Fakültesi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, Türkiye,

^c İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim dalı, Tıp Fakültesi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, Türkiye.

**MAKALE
BİLGİSİ**

Gönderilme Tarihi:

05.01.2018

Revizyon:

22.02.2018

Kabul:

19.03.2018

Sorumlu Yazar:

Muammer Bilici

drmbilici@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

Periton Diyalizi, Hastaların

Eğitimi, Hemşirelik

ÖZET

Bu çalışmada son dönem böbrek yetmezliği tanısıyla diyaliz planlananlarda ilk tercih tedavisi olarak periton diyalizi seçiminde diyaliz hemşirelerinin rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmaya nefroloji kliniğimizde Ocak 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında son dönem böbrek yetmezliği tanısı konularak böbrek yerine koyma tedavisi kararı alınan toplam 129 (73 kadın, 56 erkek) hasta alındı. Periton diyalizi ilk tercih tedavisi için uygun olarak değerlendirilen toplam 81 hasta iki gruba ayrıldı. Hasta ve aileleri, diyaliz tedavi seçenekleri eğitimini nefroloji uzmanı veya eğitimli-tecrübeli hemşire tarafından almışlardır. Hastaların periton diyalizi tercih sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Periton diyalizi ilk tercih tedavisi için uygun olan 81 hastanın 38 (%47)'i periton diyalizi tercih ettiği görüldü. Periton diyalizi kabul eden hastalardan 28'nin (%74) hemşire eğitiminden sonra, 10'nun (%26) doktor eğitiminden sonra tercih ettiği bulundu (p=0.004).

Periton diyalizi için uygun hastalarda diyaliz seçenekleri eğitiminin tecrübeli diyaliz hemşireleri tarafından yapılmasının periton diyalizi hasta oranını arttıracığını düşünmekteyiz.



Research Article

The Influence of Education Given by Nurses to The Patients With ESRD While Making a Decision About Dialysis Modality

Muammer Bilici ^a, Özlem Demir ^b, Sevil Uygun İlikhan ^a, Ülker Özdemir ^b, Zeliha Sönmez ^b, Selma Sugeçti ^b, Ali Borazan ^c

^a Internal Medicine Department, Medical Faculty, Bülent Ecevit University, Zonguldak, Türkiye,

^b Peritoneal Dialysis Unit, Nephrology Department, Medical Faculty, Bülent Ecevit University, Zonguldak, Türkiye,

^c Internal Medicine Department, Nephrology Department, Medical Faculty, Bülent Ecevit University, Zonguldak, Türkiye.

**ARTICLE
INFORMATION**

Date of Submission

05.01.2018

Revision:

22.02.2018

Accepted:

19.03.2018

Correspondence Author:

Muammer Bilici

drmbilici@gmail.com

Key Words:

Peritoneal Dialysis, Education of Patients, Nursing

ABSTRACT

In this study, we aimed to determine the role of nurses on helping the patients with end-stage renal disease (ESRD) make a good decision about the type of dialysis treatment.

Total of 129 (73 women and 56 men) consecutive patients with ESRD who were recommended renal replacement therapy (RRT) were enrolled in the study. Firstly, patients were assessed for preemptive kidney transplantation and contraindications of peritoneal dialysis by a nephrologist. Eighty one patients who were eligible for PD have been trained by a nephrology specialist or a nurse regarding the options of dialysis treatments. The average results of patients according to acceptance of PD were evaluated statistically.

Among the patients offered PD-first, only 47% accepted PD. It was seen that after the education given by nephrology specialist and nurse regard to dialysis treatment options, 10 (26%) and 28 (74%) patients have chosen to carry out PD respectively (p=0.004).

We think that training by nurse who has educated specially for PD can increase the proportion of patients who will choose PD except special medical indications.

Giriş

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) insidansı ve prevalansı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermektedir (1,2). Türkiye 2014 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY prevalansı 2001-2014 yılları arasında yaklaşık olarak üç katına kadar artış göstermiştir. Prevalans, 2001 yılında milyon nüfus başına 324 iken 2014 yılında 918'e ulaşmıştır. RRT gerektiren SDBY insidansı, 2014 yılında ise milyon nüfus başına 147 olarak belirlenmiştir (2). SDBY olan hastaların yaşamını sürdürülebilmesi için RRT'leri olarak hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ya da böbrek nakli uygulanmaktadır. Dünyada iki milyonun üzerinde RRT alan hasta bulunmaktadır. Bu hastalarda en uygun tedavi seçeneği olan böbrek nakli, başta yeterli böbrek vericisi bulunamaması olmak üzere değişik kısıtlamalar nedeniyle tüm hastaların yüzde 25'inden azında uygulanabilmiştir (1,3). Tüm dünyada PD uygulanan hasta sayısında yıllara göre artış olmasına rağmen diyaliz uygulanan SDBY'li hastalarda oranı yaklaşık yüzde 10'dur (1,4,5).

PD seçeneğinin hastalara yüksek yaşam kalitesi sunması, rezidüel böbrek fonksiyonlarının korunması ve ilk iki yıllık erken dönemde sağkalım oranlarının HD'den daha iyi olması avantajları arasında yer almaktadır (6,8). Ayrıca giderek artan SDBY'li hastaların diyaliz tedavi ve izlem maliyetleri, ülkelerin sağlık politikalarının oluşturulmasında etkili olmaktadır (1,9). PD'nin teşvik edilmesi, tedavi maliyetlerinin azaltımı için uygun bir yol olacaktır. Ülkemizde de sağlık bakanlığınca "Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı" yürütülmektedir ve bu çerçevede SDBY hastalarında morbidite ile mortalitenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için böbrek yerine koyma tedavisi olarak diyaliz tedavisi önerilen hastalara PD'nin teşvik edilmesi önerilmektedir (10).

Çalışmalar, HD ve PD hastalarında ortalama sağkalım süreleri arasında benzerlik olduğunu göstermektedir (5,11). SDBY'li hasta için uygulanacak diyaliz yönteminin seçiminde hastanın tıbbi durumu, eğitim düzeyi, kültürel alışkanlıkları, yerleşim yeri ve sosyal çevresinin yanı sıra hasta tercihinin oluşmasında hastaya diyaliz seçenekleri hakkında eğitim veren doktor veya hemşirenin eğilimleri ve ön yargıları da etkili olmaktadır(7,8,12,13).

Biz bu çalışmada, diyalize girmeden (pre-emptif) nakil olamayacak olup, diyaliz kararı alınan ve PD kontrendike olmayan hastalarda PD tercihinde hemşirenin rolünü belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya geriye dönük olarak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Kliniğinde Ocak 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında SDBY tanısı konularak RRT kararı alınan ardışık toplam 129 (73 kadın, 56 erkek) hasta alınmıştır. Hastalar önce nefroloji uzmanı tarafından pre-emptif böbrek nakli ve diyaliz tedavi yöntemleri açısından değerlendirilmiş olup PD için mutlak kontrendikasyonu olan hastalar çalışmaya alınmadı (14). PD ilk tercih tedavisi için uygun olarak değerlendirilen toplam 81 hasta, eğitimlerini doktordan veya hemşireden almalarına göre iki gruba ayrıldı. Hastalar yanında en az bir yakını ile birlikte, diyaliz tedavi seçenekleri eğitimini nefroloji uzmanı veya eğitilmiş-tecrübeli hemşire tarafından almışlardır. İlk verilen eğitim sonrası PD kararı vermeyen hastalara eğitimcileri değiştirilerek tekrar eğitim verilmiştir. Hastaların PD ve HD tercih etme nedenleri hasta bilgi kayıt dosyalarından elde edildi.

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma protokolünün Dünya Tıp Birliği'nin Helsinki Bildirgesine (2013) uygunluk onayı Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Prt.No:2016-110-14/12).

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 19.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma ile, kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin (yaş) normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Yates ki-kare ve Fisher ki-kare testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

SDBY nedeniyle böbrek yerine koyma tedavisi kararı alınan hastaların dördü pre-emptif böbrek naklini kabul etti. Başka merkeze gitmek isteyen veya diyaliz tedavisini kabul etmeyen onsekiz hasta çalışmaya alınmadı. Diyaliz tedavisine uygun 107 hastanın ilk değerlendirilmesi sonucu periton

diyalizi kontrendike olan 26 hastaya PD eğitimi verilmedi.

PD ilk tercih olarak yapılabilecek toplam 81 hasta ilk diyaliz tedavi seçenekleri eğitimi nefroloji uzmanı veya eğitilmiş-tecrübeli hemşireler tarafından verilenler olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların 38'i kadın (%47), 43'ü erkek (%53) olup yaş ortalamaları gruplara göre sırasıyla 54,1±11,5 ve 53,8±13,2 yıl idi. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla, p=0,801 ve p=0,895). Toplam 81 hastanın 38 (%46)'i PD tercih etti. Bu 38 hastanın 19'u (10 erkek, dokuz kadın) ilk eğitimi hemşire tarafından yapılan hastalar iken dokuzu (altı erkek, üç kadın) nefroloji uzmanı tarafından ilk eğitimini almış olanlardı (Tablo 1).

Tablo 1. Periton diyalizi eğitimi alan hastalarda sonuçlar.

	Doktor eğitimi alanlar	Hemşire eğitimi alanlar	p değeri
İlk PD eğitimi alanlar	39	42	
PD kabul edenler	9	19	0,036
İkinci PD eğitimi alanlar	23*	30*	
PD kabul edenler	1	9	0,031
Toplamda PD eğitimi alanlar	62	72	
PD kabul edenler	10 (%26)	28 (%74)	0,004
Kabul edenlerde cinsiyet (E/K)	7/3	13/15	0,278

PD: Periton diyalizi, E: Erkek, K: Kadın
 * İlk olarak hemşireden eğitim alıp kabul etmeyen hastalar
 * İlk olarak doktor eğitimi alıp kabul etmeyen hastalar

Nefroloji uzmanı tarafından eğitim verilen ancak PD tercih etmeyen hastalardan dokuzu (üç erkek, altı kadın) hemşire eğitiminden sonra PD tercih etti. Ancak hemşire eğitiminden sonra PD tercih etmeyen hastalardan biri (Erkek) doktor tarafından tekrar eğitildikten sonra tercih etti. PD kabul eden hastalardan 28'nin (%74) hemşire eğitiminden sonra, 10'nun (%26) doktor eğitiminden sonra tercih ettiği bulundu (p=0.004).

Hastaların PD tercih etme sebepleri arasında ilk sırada eğitimin hemşire tarafından verilmesi, ikinci sırada ise PD'nin evde yapılıyor olması idi. HD tercihinde ise hastaların ilk tercih sebebi tanıdık bir HD hastasının bulunması ve ikinci sırada HD merkezlerinin varlığı tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Diyaliz seçenekleri eğitimi alan hastalarda ilk 4 tedavi tercih sebebi.

PD (n=38)	HD (n=43)
Eğitimin hemşire tarafından verilmesi (%55)	Tanıdık bir HD hastasının bulunması (%67)
Evde yapılıyor olması (%45)	HD merkezlerinin varlığı (%63)
İyi aile desteği (%42)	PD ile ilgili enfeksiyon korkusu (%58)
HD esnasında gelişen komplikasyonlar (%37)	Kötü aile desteği (%30)

PD: Periton diyalizi, HD: hemodiyaliz

Tartışma

Uygulanan RRT yöntemleri oranları ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Nefroloji uzmanları arasında SDBY'li hastalar için uygulanacak en ideal başlangıç diyaliz yöntemi olarak PD genel kabul görmesine rağmen tüm diyaliz hastaları arasında PD oranları istenilen düzeylere ulaşmamıştır (13). Hastaların diyaliz yöntemi seçiminde çoğunlukla tıbbi olmayan faktörler etkili olmaktadır. Uygulanacak diyaliz seçenekleri hakkında iyi bir şekilde bilgilendirilmiş hastalarda PD oranlarında artış olması, diyaliz öncesi eğitim programlarının önemini göstermektedir (15,16).

Goovaerts ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, kronik böbrek yetmezliği (Evre dört) tanımlı hastalar ve aileleri diyaliz öncesi eğitim programına alınmışlar (17). Bu programda hasta ve ailelerine hastalığın seyri, diyet, ilaç tedavileri ve böbrek yerine koyma tedavi seçenekleri hakkında geniş ve tarafsız bilgilendirmeler nefroloji uzmanları ile diyaliz hemşireleri tarafından yapılmış. Çalışmaya dahil edilip diyaliz başlanan hastaların nihayetinde % 31'i PD'yi tercih ettiği bildirilmiştir. İlk diyaliz seçeneği olarak PD başlanmasına yönelik sağlık politikasının uygulandığı Hong Kong'da PD uygulayan hasta oranında %80 düzeyleri yakalanmıştır. Bu programın başarıya ulaşmasında nefroloji uzmanları ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından hastaya verilen eğitim programının önemi vurgulanmıştır (18). Bu sonuçlar diyaliz tedavisi planlanan uygun hastalarda ilk tercih olarak PD uygulamasında daha yüksek sayılara erişilmesinin gerçekçi bir hedef olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de sağlık bakanlığınca yürütülen "Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı" na göre SDBY hastalarında diyaliz tedavisi olarak PD ilk tercih olarak önerildiğinden, diyaliz öncesi eğitim programlarının

yaygınlaştırılması ve toplumun PD hakkında bilgilendirilmeleri önemlidir (10).

Hasta ve yakınları için ilk kez uygulanacak ve hastanın hayatı boyunca devam edecek bir tedavi yönteminin tercihinde alacağı eğitimin önemi büyüktür. Bu çalışmada; diyaliz tedavisi kararı alınanlarda PD tercih oranı %47 olarak gerçekleşti. Ayrıca PD ilk tercih olarak yapılabilecek hastalara ilk kez uygulanacak PD eğitiminin, PD eğitimi almış hemşireler tarafından yapılmış olması PD tercihinde daha etkin bulunmuştur. Diyaliz seçenekleri eğitiminin; eğitimi almış, tecrübeli bir sağlık çalışanı tarafından geniş zaman aralığında, diyaliz yönteminin gerek maket üzerinde, gerekse hastalar üzerinde gösterilerek verilmiş olmasından dolayı bu farkın oluştuğunu düşünmekteyiz. Özellikle ülkemizde hekimlerin poliklinik şartlarında hasta ve yakınlarına verilecek ideal eğitim için yeterli zaman aralığını ayırmada çoğunlukla sıkıntı yaşaması, deneyimli hemşirelerce verilen eğitim programlarının önemini arttırmaktadır.

Çalışmamızın tek merkezli olması ve hasta popülasyonunun nispeten az olması bu çalışmanın kısıtlamalarındandır.

Sonuç

PD kararında hastaların özel tıbbi endikasyonlar dışında eğitimlerinin PD eğitimi almış hemşireler tarafından yapılması PD hasta oranını artıracakını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Saran R, Li Y, Robinson B. US Renal Data System 2014 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States (vol 66, pg S1, 2015). American Journal of Kidney Diseases. 2015;66(3):545

2. Seyahi N, Altıparmak M, Süleymanlar G. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2013 Yılı Özet Raporu Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey: A Summary of Turkish Society of Nephrology 2013 Annual Registry Report. 2015.

3. Süleymanlar G, Altıparmak M, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon-Registry 2012. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara. 2013.

4. Andrade MV, Junoy JP, Andrade EIG, de Assis Acurcio F, Sesso R, de Queiroz OV, et al. Allocation of initial modality for renal replacement therapy in Brazil. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2010:CJN. 04840709.

5. Jain AK, Blake P, Cordy P, Garg AX. Global trends in rates of peritoneal dialysis. Journal of the American Society of Nephrology. 2012;23(3):533-544.

6. Stanley M. Peritoneal dialysis versus haemodialysis (adult). Nephrology. 2010;15:1.

7. Figueiredo AE, de Freitas AR, da Silva Lopes J, Pires D. Factors That Influence the Choice of Dialysis Modality in the Elderly. Open Journal of Nursing. 2014;4(13):956.

8. Chiang P-C, Hou J-J, Jong I-C, Hung P-H, Hsiao C-Y, Ma T-L, et al. Factors Associated with the Choice of Peritoneal Dialysis in Patients with End-Stage Renal Disease. BioMed research international, 2016.

9. Berger A, Edelsberg J, Inglese GW, Bhattacharyya SK, Oster G. Cost comparison of peritoneal dialysis versus hemodialysis in end-stage renal disease. The American journal of managed care. 2009;15(8):509-518.

10. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017) http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastalıkları_Onleme_ve_Kontrol_Programı.pdf.

11. Yeates K, Zhu N, Vonesh E, Trpeski L, Blake P, Fenton S. Hemodialysis and peritoneal dialysis are associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada. Nephrology Dialysis Transplantation. 2012;27(9):3568-3575.

12. Robinski M, Mau W, Wienke A, Girndt M. The Choice of Renal Replacement Therapy (CORETH) project: dialysis patients' psychosocial characteristics and treatment satisfaction. Nephrology Dialysis Transplantation. 2016;32(2):315-24.

13. Schiller B, Neitzer A, Doss S. Perceptions about renal replacement therapy among nephrology professionals. Nephrology news & issues. 2010;24(10):36, 8, 40 passim-36, 8, 40 passim.

14. Kopple JD. National kidney foundation K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. *American journal of kidney diseases*. 2001;37(1):66-70.

15. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Peritoneal Dialysis International*. 1996;16(1):69-72.

16. Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011;27(4):1542-7.

17. Goovaerts T, Jadoul M, Goffin E. Influence of a pre-dialysis education programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2005;20(9):1842-7.

18. Yu AW-Y, Chau K-F, Ho Y-W, Li PK-T. Development of the "peritoneal dialysis first" model in Hong Kong. *Peritoneal Dialysis International*. 2007;27(2):53-55.