

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMODİYALİZ HASTALARININ ÜREMİK KAŞINTI İLE
BAŞEDEBİLMEK İÇİN KULLANDIKLARI
GELENEKSEL YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ**

Fatma ÇELİKBİLEK

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ

İSTANBUL – 2016

ÖZET

Böbrek işlev bozukluğu, birçok organ ve sistemde sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bunlar içinde, hastalar tarafından “ızdıraplı” olarak tanımlanan ve yaşam kalitelerini bozan sorunlardan biri de üremik kaşıntıdır. Özellikle son dönem böbrek yetmezliği vakalarında görülen üremik kaşıntı; yorgunluk, uykusuzluk, sosyal izolasyon gibi semptomlarla kendini göstermekte ve hastaların öz bakım kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Literatürde üremik kaşıntı için kullandıkları geleneksel yöntemler ile ilgili az az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada hastalarda ortaya çıkan üremik kaşıntının hafifletilmesi ve mümkünse tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik hastaların kullandığı geleneksel yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 151 hasta oluştururken, veriler yüz yüze görüşme metodu kullanılarak toplandı. Hastaların yaş ortalaması $64,13 \pm 11,9$, ortalama diyaliz süreleri 6 ile 36 ay ve başka kronik hastalık etiyolojileri incelendiğinde ise en sık nedenin hipertansiyon %56,2 ve DM %24,7 olduğu belirlendi.

Hastalar kaşıntı için; %42,4’ü ilaç tedavisi, %19,2 geleneksel yöntem ve %21,9 ise ilaç ve geleneksel yöntemi beraber kullandığı ve geleneksel yöntem olarak da %43,5’inin kolonya sürdüğü, %24,2’sinin ılık su ile yıkamayı tercih ettiği belirlendi. Ayrıca hastaların %2,6 sının kaşıntı ile başedebilmek için bitkisel ürün kullandığı belirlendi.

Gruplar arasında geleneksel yöntem kullanımına göre yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu ve kimle yaşadıklarına göre anlamlı farklılık bulunmazken; çalışan hastalarda geleneksel yöntem kullanımının olmadığı, bununla birlikte işsiz hastaların geleneksel yöntem kullanım oranlarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık yarattığı belirlendi ($p=0.003$; $p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Son dönem böbrek yetmezliği, üremik kaşıntı, yaşam kalitesi, geleneksel yöntem

ABSTRACT

Determination of the Traditional Methods Used by Hemodialysis Patients to Deal With Ureamic Pruritus

Kidney malfunction causes health problems in many organs and systems. Among these problems, there is also ureamic pruritus, which is defined as “distressful” by the patients and causes their quality of life to decrease. Ureamic pruritus, which is especially significant in final stage renal failure cases, shows symptoms such as tiredness, insomnia and social isolation and it decreases the capacity of self care of the patients. There are a few studies in the literature on traditional methods used by patients to cure ureamic pruritus. The aim of this study is to determine the traditional methods patient use to relieve and to clear away the ureamic pruritus if possible.

The sample of the research consisted of 151 patients and the data were collected via face to face interviews. The age average of the patients was determined as $64,13 \pm 11,9$, average dialysis duration as 6 to 36 months and among other chronic disease etiologies the most common cause were found to be hypertension 56,2% and DM 24,7%.

42,4 % of the patients administered medication, 19,2 % used traditional methods and 21,9% used medication and traditional methods (43,5 % put cologne on the itching area, 24,2 % washed it with warm water) at the same time for pruritus. Moreover, it was determined that 2,6 % of the patients used herbal products to cure pruritus.

While there were no significant difference of usage of traditional methods between groups due to age, gender, level of education, marital status or with whom the patient lives with, research showed that working patients did not use traditional methods. In addition, it was determined that the ratio of usage of the traditional methods among unemployed patients showed significance on high levels in terms of statistics. ($p=0.003$; $p<0.01$)

Keywords: Final stage renal failure, ureamic pruritus, quality of life, traditional methods

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen Hocam Yrd. Doç. Dr. Sebahat Ateş baőta olmak üzere, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Baőkanı Prof. Dr. Selma Doğan ve hocalarıma;

Tez çalışmamda beni destekleyen Prof. Dr. Nail Suat Ünver hocama;

Çalışmamda bana güvenen diyaliz merkezindeki hastalarıma ve çalışma arkadaşlarıma;

Yaşamım boyunca verdikleri sonsuz destek ve fedakârlıklarıyla bu noktaya getiren sevgili annem, babam ve kardeőime;

Sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



Tarih

Adı Soyadı

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
BEYAN	vii
TABLO DİZİNİ	x
ŞEKİL DİZİNİ	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı:	4
1.2. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	5
2.1.1. Tanımı ve Fonksiyonları	5
2.1.2. KBH Evreleri	6
2.1.3. Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Etiyolojisi	8
2.1.5. Patofizyolojisi	9
2.1.6. Üremik Sendrom	9
2.2. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavisi.....	11
2.2.1. Hemodiyaliz	12
2.3. Üremik Kaşıntı	13
2.3.1. Kaşıntının Patofizyolojisi ve Tipleri	15
2.3.2. Üremik Kaşıntı Nedenleri	16
2.4. Üremik Kaşıntıda Tedavi	17
2.4.1. Farmakolojik tedavi	17
2.4.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Yöntemler	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırma Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22

3.4. Araştırmanın Dâhil edilme ve Dışlanma Kriterleri	23
3.4.1. Dâhil edilme Kriterleri:	23
3.4.2. Dışlanma Kriterleri:	23
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	23
3.5.2. Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Formu	24
3.5.3. Kaşıntıya İlişkin Veri Formu	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Etiği	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	39
5.1. KBH Olan Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi	39
5.2. Hastaların Başka Kronik Hastalık Olma Durumları ve Hemodiyaliz Sürecinin İncelenmesi	40
5.3. Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	41
5.4. Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Kullandığı Tedavi Yöntemlerinin İncelenmesi	42
5.5. Deri Tipi, Vücut Temizliğine ilişkin Bulguların İncelenmesi	43
5.6. Hastaların Yemeyi Tercih Etmedikleri Besinlerin İncelenmesi	44
5.7. Kaşıntının Yaşamı Etkilemesine İlişkin Bulguların İncelenmesi	44
5.8. Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Özelliklerin İncelenmesi	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	48
ÖZGEÇMİŞ	53
EKLER	54
EK-1 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu)	54
EK-2 (Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Formu)	55
EK-3 (Kaşıntıya İlişkin Veri Formu)	56
EK-4 Kurum İzin Belgeleri	59

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri	6
Tablo 2: Kronik böbrek hastalığı nedenleri	7
Tablo 3: 2013 yılı içinde ilk RRT olarak HD'e başlanıp kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı	8
Tablo 4: Sık görülen komplikasyonlar	13
Tablo 5: Hastalardaki kaşıntı sebepleri (Keithi-Reddy 2007)	14
Tablo 6: Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	25
Tablo 7: Hastaların başka kronik hastalık olma durumları ve hemodiyaliz süreci	26
Tablo 8: Kaşıntı özelliklerine ilişkin bulgular	26
Tablo 9: Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
Tablo 10: Deri tipi, Vücut temizliğine İlişkin Bulgular	28
Tablo 11: Hastaların yemeyi tercih etmedikleri besinler	29
Tablo 12: Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
Tablo 13: Kaşıntının Yaşamı Etkilemesine İlişkin Bulgular	30
Tablo 14: Geleneksel Yöntem Kullanıma Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi	30
Tablo 15: Geleneksel Yöntem Kullanıma Göre Hemodiyaliz Tedavi Süresi ve Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi	31
Tablo 16: Kullanılan Geleneksel Yöntemlere Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi	32
Tablo 17: Kullanılan Geleneksel Yöntemlere Göre Hemodiyaliz Tedavi Süresi ve Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi	33
Tablo 18: Cinsiyetlere Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler	34
Tablo 19: Yaşlarına Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler	35
Tablo 20: Hemodiyaliz Tedavi Sürelerine Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler ...	36
Tablo 21: SDBY Durumunda Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler	37

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Kaşını iletimi.....	16
Şekil 2: Kullanılan tedavi yöntemlerinin dağılımı	28



SİMGELER ve KISALTMALAR

KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
HD	: Hemodiyaliz
PD	: Periton diyalizi
TX	: Transplantasyon (Organ nakli)
TND	: Türk Nefroloji Derneği
ÜK	: Üremik Kaşıntı
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Rate
DM	: Diyabet
HT	: Hipertansiyon
DYOP	: Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi
WHO	: World Health Organization
CREDİT	: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması
NCCAM	: Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
USRD	: The United States Renal Data System
CREDIT	: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması (Chronic Renal Disease In Turkey)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli etiyolojilere bağlı olarak Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFR) azalmanın sonucu gelişen kronik ve geri dönüşümü olmayan en az 3 ay süredir devam eden nefron kaybı ile karakterize bir sendromdur (Süleymanlar 2007).

NKF (National Kidney Foundation) Kılavuzu, böbrek hasarının başlangıcından itibaren tüm hastalık spektrumunu tanımlamak için ‘‘Kronik Böbrek Hastalığı’’ ifadesinin kullanımını önermektedir. Bu sendromun derecesi böbrek fonksiyonu iyi korunmuş gizli böbrek hasarından (Evre I) Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektirecek böbrek yetmezliği (Evre V) düzeyine kadar değişmektedir. Evre V, Son Dönem Böbrek Yetmezliğini (SDBY) ifade etmektedir. Bu evrede hayatı tehdit eden üremik sendrom nedeniyle hastaya diyaliz veya transplantasyon tedavilerini içeren replasman tedavisine ihtiyaç vardır (Süleymanlar 2007; Durna 2012).

Erken saptandığında sıklıkla önlenebilir veya geciktirilebilir olmakla birlikte dünyada ve ülkemizde epidemik halini almış önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verileri (The United States Renal Data System /USRDS) 2015 veriler incelendiğinde 2013 yılsonu ABD deki toplam SDBY hasta sayısı 661.648 olarak raporlanmıştır. 2013 de son döneme ulaşan hastaların % 88.2 si kronik hemodiyaliz tedavi programına başlamıştır (USRDS 2015)

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışmasına (Chronic Renal Disease In Turkey / CREDIT) göre KBH'nın farkındalığı %2'nin altında olduğu bildirilmiştir. Türkiye deki erişkinlerde 7 milyondan fazla KBH'lı olduğu bunun da 6-7 kişiden birinde böbrek değişik evrelerde sahip olduğu anlamına gelmektedir ve ülkemiz içinde büyük sağlık sorunun olduğunu göstermektedir (Süleymanlar 2007).

Ülkemizde SDBY hasta sayısı 60.000'in üzerindedir. Diğer ülkelerde de olduğu gibi Türkiyede'de en çok kullanılan replasman tedavi tipi, TND'nin 2013 yılsonu verilerine göre %78.96 ile hemodiyalizdir (Süleymanlar ve Altıparmak 2014).

Hemodiyaliz, üremik toksinlerin yarı geçirgen bir membran vasıtasıyla uzaklaştırılması ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanmasıdır (Erek 2005; Akpolat ve ark. 2007).

Gerek akut böbrek yetmezliğinde gerekse son dönem böbrek yetmezliğinde ihtiyaç durumunda üremik sendromun kontrol edilmesinde, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanabilmesinde yaygın olarak kullanılan hemodiyaliz, akut ve uzun süreçlerde gelişebilecek komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortalite nedeni de olabilmektedir. Yaşam kalitesinin olumsuz etkileyebilen, tedavi maliyeti yüksek, cihaz ve yetmişmiş işgücü gerektiren ve süreklilik arz eden bir tedavi şeklidir (Akpolat ve ark. 2001; Schieppati 2005).

Kronik böbrek hasarı üre ve kreatinin gibi azotlu maddelerin birikimine yol açmakta ve üremi tablosu ortaya çıkmaktadır (Süleymanlar 2007).

Hemodiyaliz kısa dönemde hayat kurtarıcı olmakla birlikte, tıp ve teknolojik gelişmelere rağmen hastalarda göz ardı edilemeyecek sıklıkta komplikasyonları olan bir tedavi yöntemidir. Sık görülen komplikasyonlar şunlardır; hipotansiyon, kas krampları, bulantı kusma, baş ağrısı, kaşıntı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, titreme ve ateş gibi semptomlar bireyin günlük yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Nadir saptanan, ancak hayatı tehdit edici disequilibrium sendromu, diyalizer reaksiyonları ve aritmiler gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir (Topal ve ark. 2006; Nissenson et al. 2009 çeviri: Akoğlu 2009)

KBH da pek çok deri belirti ve bulgusu eşlik edebilmektedir ve bunlardan en sık görülen belirti üremik kaşıntıdır (ÜK). Üremik kaşıntıya neden olabilecek başka bir sistemik ya da dermatolojik hastalık belirtisi olmaksızın KBH'ne bağlı gelişen kaşıntı olarak tanımlanmaktadır (Zucker et al. 2003; Tzu-Chen et al. 2011). ÜK hemodiyalize giren hastalarda %20-90 oranında görülür (Akar ve ark. 2000).

ÜK, cilt üzerinde hissedilen hoş olmayan duyuşal ve duygusal bir deneyim olarak tarif edilmektedir. Nedenleri kesin olarak anlaşılmamakla birlikte, üremi, cilt kuruluğu, kalsiyum, fosfor, magnezyum gibi iki değerkli iyonlar, sekonder hiperparatiroidi, histamin, serum A vitamin seviyesinde artış ve hemodiyaliz esnasında kullanılan gereçlere, diyalizata ve sterilizasyon amacıyla kullanılan etilen oksite karşı gelişen duyarlılık üzerinde durulmaktadır (Hsu et al. 2009; Narita et al. 2008).

Kaşıntının iletilmesinde birden fazla nöral yol ve moleküler mekanizma sorumludur (Arıcan 2005; Davidson et al. 2010). Üremik kaşıntı hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve kronikleşebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, zihinsel ve fiziksel aktiviteyi kısıtlamakta, halsizlik, ajitasyon ve depresyona yol açabildiği saptanmıştır. Bu durumlar ile birlikte tedavi süreci uzamakta ve istemeyen etkilere zemin hazırladığı için, tedavi protokolünün işlevini güçleştirmekte ve yaşam kalitesinin etkileyen faktör haline gelmektedir (Zucker et al. 2003; Arıcan 2005; Mıstık et al. 2006; Pisoni et al. 2006).

Üremik kaşıntı tedavisinde çok farklı farmakolojik, tamamlayıcı-geleneksel yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik olarak kullanılan ilaçlar, nemlendirici kremler-losyonlar ve ağız yoluyla alınan antihistaminiklerdir. Hastaların bir kısmı farmakolojik tedaviden yarar görürken, büyük çoğunluğu yeterince yarar göremezler ve geleneksel yöntemlere başvurumaktadırlar.

Geleneksel-tamamlayıcı yöntemler kapsamında hastaların; diyet, mentol, bitkisel ilaçlar, hipnoz, hayal kurma, sosyal destek gruplarına katılım, gevşeme egzersizleri, soğuk uygulama, aromaterapi, termalterapi, hidroterapi, müzikterapi, akupunktur ve akupres gibi uygulamalara başvurdukları saptanmıştır (Millika 2003, Van-Os et al 2007). Geleneksel uygulamalar, kuşaktan kuşağa ve toplumdan topluma geçen kültür, miraslar, alışkanlıklar, bilgiler ve davranışlardır. Sağlık sisteminde son yıllarda gelişmeler olsa bile çaresizliğin yanı sıra ekonomik, pratik ve doğal-evsel çareler olarak nitelendirilen bitkiler, halkın tercih ettiği en önemli iyileştirme yöntemidir (İlisulu 1992).

Litratürde bitkisel tedavinin toksik etki ve beraberinde kullanılan konvansiyonel tedavi ile etkileşime girdikleri de saptanmıştır. Hemşirelerin bireye etkili ve verimli olabilmek için, hizmet verdikleri toplumun benimsediği geleneksel yöntemlerin olumlu ve olumsuz etkilerini bilmelidir.

Hemşireler hemodiyaliz hastalarının tedavi ve semptom yönetimlerinde önemli bir role sahiptirler. Hemşireler hemodiyaliz hastalarının, tedavi süresince yaşadıkları en sık dermatolojik komplikasyon olan üremik kaşıntının, yaşam kalitesini nasıl etkilediğini değerlendirmelidirler.

1.1. Araştırmanın Amacı: Bu alışma hemodiyaliz hastalarının üremik kaşıntı ile başedebilmek için kullandıkları geleneksel yöntemleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Hemodiyaliz hastalarının üremik kaşıntı ile başedebilmek için kullandıkları geleneksel yöntemler nelerdir?
- Hastaların demografik özelliklerine göre kullandıkları geleneksel yöntemler farklılaşmakta mıdır?
- Hastaların, hastalık özelliklerine göre kullandıkları geleneksel yöntemler farklılaşmakta mıdır?
- Demografik ve hastalık özelliklerine göre kaşıntının özelliği ve etkileri değişmekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

2.1.1. Tanımı ve Fonksiyonları

Böbrekler retroperitoneal bölgede bulunan her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında organlardır. Her iki böbrek de 2.000 nefron bulunmakta ve her bir nefron glomerül ve tübül kısımdan oluşur. Nefronda glomerül filtrasyon, tübüler reabsorpsiyon ve tübüler sekresyon sonucu idrar oluşur. Böbreğin idrar oluşumu dışında birçok temel fonksiyonları da vardır (Akpolat ve Utaş 2001).

Böbrek fonksiyonları:

- Vücut sıvı ve elektrolit dengesinin korunması
- Metabolik artık ürünleri atılımı
- İlaçlar, toksinler ve metabolitlerin detoksikasyonu ve atılımı
- Ekstrasellüler sıvı hacmi ve kan basıncını hormonal düzenlenmesi,
- Hormon üretimi ve metabolizmasına katkı,
- Peptid hormonların yıkımı,
- Küçük molekül ağırlıklı proteinlerin yıkımı
- Metabolik etki

Böbrek yetmezliğinde, böbreğin temel fonksiyonlarında bozulmalar ve adaptatif sistemler devreye girer. Glomerüler filtrasyon nefronun başlangıç fazı olduğundan, glomerüler filtrasyon hızının (GFR) ölçülmesi böbrek hasarının derecesini değerlendirilmesinde en iyi parametredir. Sağlıklı bir insanda GFR 120ml/dakikadır Kreatinin klerensi GFR ölçümündeki en sık kullanılan yöntemdir. 24 saatlik idrar toplanarak formülle hesaplanır ve böbreklerin fonksiyonel rezervi hakkında bilgi verir (Akpolat 2001; Sezen 2014).

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli etiyolojilere bağlı olarak objektif böbrek hasarı ve/veya GFR 60 ml/dk/1,73 m² altına inmesi sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik endokrin fonksiyonlarında gelişen kronik ve geri dönüşümü olmayan, en az 3 ay süredir devam eden nefron kaybı ile karakterize durumu olarak tanımlanmaktadır (Levey 2005; Süleymanlar 2007, Tablo1).

2.1.2. KBH Evreleri

Ortak bir dil ve hastaların tedavisinde uluslararası bir kriter oluşturulması için KBH, GFR değerine göre evrelere ayrılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri

Evre	Tanım	GFR(ml/dk/1,73m ²)
1	Normal veya artmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFR azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	SDBY	<15

KBH, erken evrede asemptomatik ileriki evrelerde semptomlar görülmeye başlar. Hastalardaki klinik semptom ve bulgular böbrek yetmezliği patolojisi, derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilgilidir. GFR Evre III (30-59ml/dk)'e inmedikçe hastalar semptom görülmeyebilir. GFR Evre IV (15-29 ml/dk) olunca üremik semptomlar görülmeye başlar. Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektirecek böbrek yetmezliği Evre V, Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) ifade edilmektedir. Bu evrede hayatı tehdit eden üremik sendrom nedeniyle hastaya diyaliz veya transplantasyon tedavilerini içeren replasman tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır (Süleymanlar 2007; Akoğlu 2005; Tablo 2).

Tablo 2: Kronik böbrek hastalığı nedenleri

Diyabetik glomeruloskleroz

Hipertansif nefroskleroz

Glomeruller hastalık

- Glomerulonefritler
- Amiloidozis, hafif zincir hastalığı*
- Sistemik lupus eritematosuz, Wegener granülomatozu*

Tübülointerstisiyal hastalıklar

- Reflü nefropatisi Kronik pyelonefritler
- Analjezik nefropatisi
- Obstruktif nefropatisi(taş, benign prostat hipertrofisi)
- Myelom böbreği*

Vasküler hastalıklar

- Skleroderma*
- Vaskülitler*
- Renovasküler böbrek yetmezliği(iskemik nefropati)
- Ateroembolik böbrek hastalığı*

Kistik hastalıklar

- Otomozal dominant polikistik böbrek hastalığı
- Medüler kistik böbrek hastalığı

*böbreği tutan sistemik hastalıklar

2.1.3. Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde SDBY'nin prevalansı giderek artmaktadır. Türkiye'de genel yetişkin popülasyonda KBH oranı %15,7'dir. Erişkin 6-7 kişiden birisinde görülmektedir. GFR <60ml/dk olan hasta oranı ise %5,1 olup, her 20 erişkinden birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışmasına (CREDİT) göre KBH bayanlarda (%18,4), erkeklere (%12,8) oranla daha fazla görüldüğü, kırsal kesimde Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda KBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Türkiye'de 2001 yılında milyon nüfus başına 314 olan SDBY'li hasta sayısı yaklaşık 12 yıllık sürede artarak 2013 yılında 870'e ulaşmak ile birlikte 847 Hemodiyaliz (HD) merkezinde kayıtlı 52675 HD hastası bulunmaktadır ve bunların ortalama % 90'ı hemodiyaliz tedavisi olmaktadır.

SDBY sıklığındaki artışın en önemli iki nedeni; toplumun yaş ortalamasının giderek artması ve ülkemizde diyabetin epidemi haline gelmesidir (Süleymanlar ve Altıparmak 2014).

2.1.4. Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri çeşitli olup, bu nedenler toplumlar arasında büyük değişkenlik gösterir. Özellikle son yıllarda SDBY insidansın da dramatik bir artış olmuş, KBH'nin etyolojisinde geçmişte en sık nedeni glomerulonefrit iken, günümüzde diabetes mellitus ilk sırada yer almakta ve ikinci sırada hipertansiyon eklenmektedir. Tablo 3'te Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 2013 yılında hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda etyolojik dağılım gösterilmektedir (Süleymanlar ve ark. 2014; Slee 2012; Üstün 2006, Tablo 3)

Tablo 3: 2013 yılı içinde ilk RRT olarak HD'e başlanıp kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı

	%
Diabetes mellitus	36.45
Tip 1 DM	4.74
Tip 2 DM	31.71
Hipertansiyon *	28.59
Glomerülonefrit	6.53
Polikistik böbrek hastalıkları	2.64
Amiloidoz	1.55
Tübülointerstisyel nefrit	1.16
Renal vasküler hastalık	1.07
Diğer	8.46
Etyoloji bilinmeyen	13.55
Toplam	100.00

*Hipertansiyonun primer değil, kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşan sekonder hipertansiyon olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.

2.1.5. Patofizyolojisi

Kronik böbrek yetmezliğinin patofizyolojisi altta yatan primer hastalığa özgü başlatıcı mekanizmalar içerir. İşlevsel nefron sayısında azalma ile birlikte kalan nefronlardaki hipertrofinin yanı sıra vasküler direnci ve tübülde geri emilimi azaltan işlevsel değişiklikler görülmektedir. Bu nefronlar glomerüllerde gerilemeye veya artan basınca bağlı daha fazla hasara neden olur. Bunun nedeni ise, işlevsel vazodilatasyon veya artmış kan basıncıdır. Basıncıdaki kronik artış ve küçük arteriyollerin ve glomerüllerin gerginliğinin, bu damarların hasarı ve sklerozu ile sonuçlanmaktadır. Bu sklerotik lezyonlar böbrek işlevlerinin daha da azalmasına yol açarak kalan nefronlarda yeniden uyum sağlayıcı değişimlere ve yavaş yavaş gelişen kötü bir döngüye ve sonuçta SDBY'ne neden olur (Biol 1997; Guyton ve Hall 2012). Sistemik hipertansiyon, proteinüri, hiperlipidemi, diyetle yüksek protein ve fosfor alınması, nefrit varlığı SDBY'nin ilerlemesine katkıda bulunan faktörlerdir (Mistik et al. 2006).

2.1.6. Üremik Sendrom

Üremi; kronik böbrek hastalığının neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir. Üremik sendrom, kan düzeyleri yükselmiş olan azotlu madde ve diğer yıkım ürünlerinin toksik etkileri sonucu ortaya çıkan semptom ve bulgulardan oluşur. Protein yıkım ürünlerinin kanda artması, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesindeki bozuklukları tüm vücut sistemi üzerinde ciddi etkileri görülmektedir. GFR (EvreIII) 30-59 ml/dk'nın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle idrarın konsantre etme yeteneği bozulması ile noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir (Akyol 2005; Nissenson et al. 2009 çeviri: Akoğlu 2009; Daugirdas et al. 2010).

2.1.6.1. Üremik Sendroma Bağlı Gelişen Klinik Bulgular

Sıvı-Elektrolit Dengesi

Bulantı-kusma nedeniyle hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeniyle hiperpotasemi, hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemi ve hipermagnezemi, proteinüri ve su-sodyum retansiyonu nedeniyle ödem, ileri dönemlerde ödem nedeniyle hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği, metabolik asidoz ve hipokalsemi gelişmektedir (Acaray 2004; Akpolat ve ark. 2008; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark. 2010; Skorecki et al. 2004).

Sinir Sistemi Sorunları

Yakın zaman bellek kaybı, emosyonel irritabilite, dikkat azalması, uykusuzluk, konsantrasyon yeteneğinde azalma, depresyon, anksiyete, kişilik değişiklikleri, halüsinasyon, konfüzyon, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, afazi, stupor, flepping tremor, demans, konvülsiyon, nöropati, baş ağrısı, irritabilite, kramp, yorgunluk ve huzursuzluk gelişebilir (Acaray 2004; Akpolat ve ark. 2008; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark. 2010; Skorecki et al. 2004).

Gastrointestinal Sistem Sorunları

Amonyak birikimi nedeniyle ağız içinde metalik tat hissetme ve ağızda amonyak kokusu, hiperürisemiye bağlı ağızda üremi kokusu, müköz membranlarda kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, iştahsızlık, bulantı-kusma, konstipasyon, ileri dönemde diyare, hıçkırık, gastrit, parotit, stomatit, pankreatit, gastrointestinal kanama, asit, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit, intestinal obstrüksiyon ve perforasyon görülebilir (Akpolat ve ark. 2008; Acaray 2004; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark.2010; Skorecki et al. 2004).

Hematopoetik ve İmmün Sistem Sorunları

Eritrosit oluşumunda azalma ve eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması nedeniyle anemi, lenfopeni ve lökosit fonksiyonları bozulduğundan enfeksiyonlara yatkınlık ve koagülasyon bozukluğu nedeniyle kanamaya eğilim gelişebilir (Acaray 2004; Akpolat ve ark. 2008; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark.2010; Skorecki et al. 2004).

Kardiyovasküler ve Pulmoner Sistem Sorunları

Hiperpotasemi nedeniyle aritmiler, volüm azlığı ve renin sekresyonunda artma nedeniyle hipertansiyon, ürenin seröz zarlarda toplanması nedeniyle perikardit, üremik plörit ve plevral effüzyon, volüm artışı nedeniyle vasküler konjesyon ve buna bağlı olarak gelişen konjestif kalp yetmezliği ile akciğer ödemi, kardiyomiyopati, kusmaull solunum, atheroskleroz ve kapak hastalığı ortaya çıkabilir (Acaray 2004; Akpolat ve ark. 2008; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark. 2010; Skorecki et al. 2004).

Cilt Sorunları

Anemi nedeniyle konjunktiva ve avuç içlerinde solukluk, pıhtılaşma bozukluğuna bağlı olarak ekimoz, hematoma, diş eti ve mukoz membranlarda kanama olasılığı, üremik frost, üre kristallerinin cildi tahriş etmesi nedeniyle kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, ülserasyon ve nekroz oluşabilir (Acaray 2004; Akpolat ve ark. 2008; Çetinkaya 2008; Tanrıverdi ve ark. 2010; Skorecki et al. 2004).

2.2. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavisi

KBH sürecindeki hastalarda hastalığın ilerleme sürecini durdurmak ve yaşam kalitesini optimize etmek amacıyla konservatif tedaviler uygulanmaktadır.

Bu süreçte klinik yaklaşımlar açısından SBBY’de tedavi prensipleri;

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru şekilde saptamak
2. Fonksiyonel geri dönüşebilir faktörlerin düzeltilmesi
3. Etiyoloji yaratan hastalığın tedavisi
4. Üremik komplikasyonların azaltılması, yaşam süresinin ve kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir.

SDBY olan hastalarda renal replasman tedavileri;

1. Diyaliz

- Periton Diyalizi (PD),
- Hemodiyaliz (HD).

2. Renal Transplantasyon,

SDBY bulunan hastalar zaman içerisinde her üç tedaviden de yararlanmak zorunda kalabilirler. Türkiye’de 2013 yılı sonunda renal replasman tedavileri (RRT) alan SDBY hastalarının %78.96’sı HD, %6.80’i PD, %14.24’ü renal transplantasyon hastasıdır (Süleymanlar ve ark. 2014; Arık ve ark. 2009; Tokgöz 2005).

2.2.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, yarı geçirgen bir membran ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-elektrolit değişimini temel alır. Renal replasman tedavi şekli olarak HD yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavi yönteminin seçiminde, hastanın tıbbi, demografik ve psiko-sosyal durumu değerlendirilmelidir (Erek 2005; İliçin ve ark. 2005).

Hemodiyaliz, İlk olarak 1946 yılında Willem Koff tarafından akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde, 1960’lardan itibaren hastaların tedavisinde uygulanmaya başlanmıştır. SDBY’ni tedavi etmek için en yaygın kullanılan yöntemdir. Kanda birikmiş olan üremik toksik maddelerin, yarı geçirgen membran aracılığı ve bir makine yardımıyla sıvı/solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi işlemidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır. Yeterli kan akımı sağlanması için kalıcı ve geçici vasküler giriş yolu gerekir. Hemodiyaliz işlemi, hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına bağlı olarak hafta da 2-3 kez, ortalama dört saat süre ile uygulanır (Akpolat ve ark. 2001; Akdemir 2005; Kurt 2012; Nissenson et al. 2009

çeviri: Akoğlu 2009).

2.2.1.1. Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonları

Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği hastaları için hayat kurtarıcı bir tedavidir. Buna karşılık, Hemodiyaliz yöntem ve teknolojik olarak tıbbi gelişmelere rağmen, hastalarda diyaliz sırasında veya uzun/kısa vadede göz ardı edilemeyecek sıklıkta komplikasyonları olan bir tedavi yöntemidir (Daugirdas et al. 2010; Akpolat ve ark. 2001; Tablo 4).

Tablo 4: Sık görülen komplikasyonlar

Akut Komplikasyonlar	Kronik Komplikasyonlar
<ul style="list-style-type: none">• Hipotansiyon• Kas krampları• Bulantı, kusma• Baş, sırt ve göğüs ağrısı• Titreme, ateş• Kanama, hemoliz• Lökopeni ve akciğerde lökosit sekestrasyonu• Hipoksi• Elektrolit dengesizlikleri• Kaşıntı• Diyaliz disequilibrium sendromu• Hava embolisi• Aritmi• Konvülsiyon• Kalp tamponadı	<ul style="list-style-type: none">• Kardiyovasküler hastalıklarda hızlanma• Hipertansiyon• Üremik kemik hastalığı (Renal osteodistrofi, adinamik kemik hastalığı)• Alüminyum intoksikasyonu• Serozit (Perikardit, diyaliz asiti, plevral efüzyon)• Vasküler yol infeksiyonları ve tromboz• Nörolojik komplikasyonlar (Diyaliz demansı, wernicke ensefalopatisi, polinöropati, mononöropati, uyku bozuklukları)• Psödogut, tenosinovit, karpal tünel sendromu• Pruritus (kaşıntı),• Cilt kuruluğu (kserozis)• Malnütrisyon Hepatit (HBV ve HCV infeksiyonları)• Diyaliz amiloidi (Beta-2 mikroglobulin birikimine bağlı)• Edinsel kistik hastalık Oküler komplikasyonlar (katarakt, retina dekolmanı, maküla ödemi, retinal hemoraji, optik nöropati)

2.3. Üremik Kaşıntı

Kaşıntı, son böbrek yetmezliğinde cilt sorunları arasında önemli bir semptom olarak dikkati çekmektedir (Jocemir 2005). Kaşıntı subjektif bir bulgu olduğundan klinik olarak lokalize edilmesi zordur. Üremik diyebilme için diyalize başladıktan sonra başlaması ve neden olabilecek diğer aktif hastalıkların bulunmaması gerekir. KBH'a bağlı olarak gelişen kaşıntı "üremik kaşıntı" olarak bilinmektedir (Arıcan 2005; Kuypers 2009; Utaş 2005; Patel 2007; Zucker et al.2003).

Böbrek fonksiyonlarındaki kronik ve ilerleyici bozulma birçok organ ve sistemde deri lezyonlarına yol açabilmektedir. Deri lezyonları sıklığı ve şiddeti böbrek yetmezliği derecesi ile doğru orantılıdır (Utaş 2005).

SDBY'ne bağlı kaşıntı ilk kez 1932'de tanımlanmış ve Chargin ve Keil ilk defa SDBY'nin %13'ünde kaşıntı bulunduğunu bildirmiştir (Mansur ve ark. 1995) Hemodiyalizin yaygınlaşması ile dramatik olarak artan üremik kaşıntı, tıbbi ve teknolojik ilerlemelere karşın, en çok uğraştıran klinik problemlerden biridir. Kaşıntı ile üreminin bağlantısı yıllardır bilinmesine rağmen, kesin fizyopatolojik mekanizmalar hala aydınlanamamıştır. Üremik komplikasyonlar arasında mortalite yaratmayan fakat hemodiyalize giren hastalar arasında kaşıntı uykuyu etkileyerek, iş hayatını aksatarak, hayat kalitesinden ödün verme potansiyeli ile kişi için oldukça kısıtlayıcı olabilir. Kaşıntı lokalize yada yaygın, sürekli veya nöbet şeklinde olabilir. Literatürde kaşıntının prevalansı % 20 ile 90 arasındadır. Kaşıntının diyalizsiz geçen iki günün sonundaki gece doruğa ulaştığı, diyaliz sırasında fazla olduğu, diyalizi izleyen gün ise en aza indiği bulunmuştur (Akar ve ark. 2000; Dyachenko 2006; Hsu 2009; Keithi-Reddy 2007; Narita 2008).

Yapılan bir çalışmada 259 hastada tespit edilen kaşıntının, 110 hastada (% 42.5) sürekli,38 hastada (% 14.7) gece ve 111 hastada (% 42.8) gündüz arttığı görülmüştür (Masmoudi et all. 2014). Zucker ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, ÜK sıklığı %66; Güleç ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında ise % 61,5 olarak raporlanmıştır.

Tablo 5: Hastalardaki kaşıntı sebepleri (Keithi-Reddy 2007)

1. Üremi ile ilişkili
2. Kserozis(deri kuruluğu)
3. Deride kirli sarı, soluk renk
4. Deride peteşi, purpuralar
5. Folliküler hiperkeratoz
6. Hiperpigmentasyon
7. Fototoksik reaksiyonlar
8. Bülloz dermatozlar
9. İnfeksiyonlar
10. Metastatik kalsifikasyon
11. Perforating dermatoz

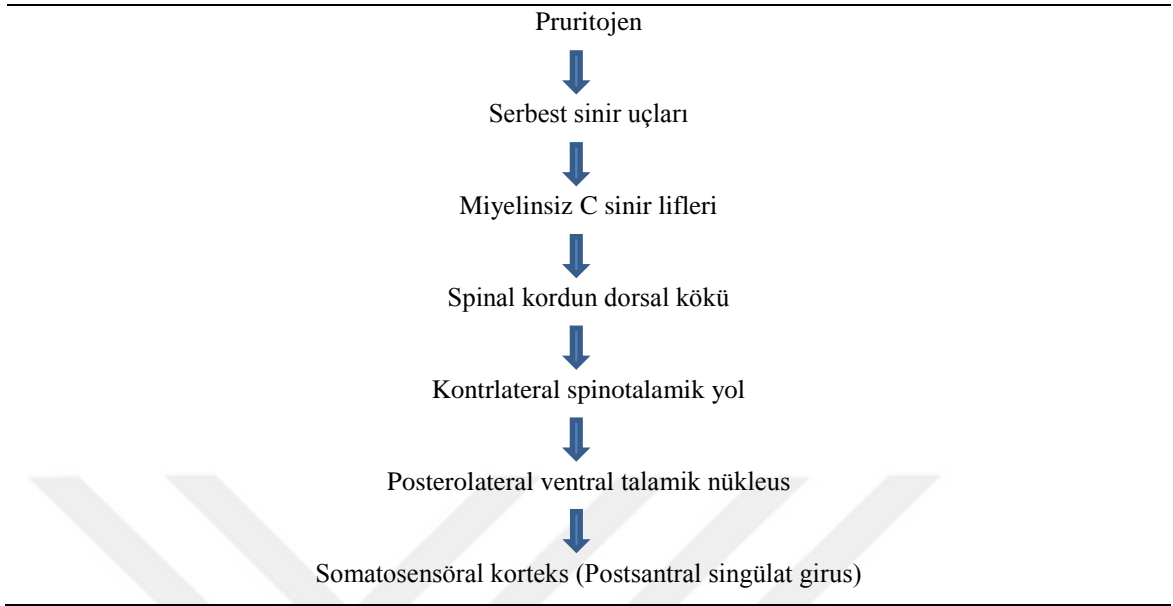
2.3.1. Kaşıntının Patofizyolojisi ve Tipleri

Kaşıntı subjektif bir his olup; deri, mukoz membran, solunum yolları ve konjunktivitaların yüzeysel tabakalarında algılanan primer duygudur. Kaşıntı dermatolojide sık görülen bir semptomdur. Ortaya çıkmasında birçok mediyatör rol almaktadır. Kaşıntı deride kaşınma isteği yaratan hoş olmayan duygu olup, bazı sistemik hastaların seyrinde de gözlenebilmektedir. Bu durum özellikle böbrek hastalıklarında da geçerlidir (Davidson et al. 2010; Pisoni et al. 2006; Arık ve ark. 2009).

Kaşıntı şiddetinin ölçümünde genellikle subjektif değerlendirmeleriyle yapılan anket ve görsel analog skalaları kullanılır. Yüzyıllardır kaşıntının oldukça karmaşık olan nörolojik mekanizması ile ilgili pek çok hipotez öne sürülmüş olup, yeni tedavi yaklaşımları geliştirebilmek için kaşıntı mediyatörleri, periferik ve santral mekanizmalar hakkında çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Son yıllarda ilgi daha çok mast hücreleri, histamin, serotonin ve opiyat reseptörleri üzerinde yoğunlaşmıştır (Davison et al. 2010; Mıstık et al. 2006; Kaplan 2012; Türkmen 2008; Ovayolu ve ark. 2015).

Kaşıntı hissi nosiseptif C nöronların özel bir alt kümesi tarafından beyine taşınır. Derideki C liflerinin % 20'sini oluşturan bu nöronlar, dermo-epidermal bileşkeye yakın yerleşmişlerdir. Miyelinsiz C lifleri, yavaş ileti hızına sahiptirler. Sinirsel uyarı miyelinsiz C lifleri ile santral sinir sistemine iletilir. Bu lifler polimodal nosiseptörler olarak da adlandırılmakta, mekanik ve ısı duyularının iletiminde rol almaktadır. Bu nosiseptörler sadece deri, mukoza ve korneada bulunduğu için diğer dokularda kaşıntı hissedilmemektedir (Davison et al. 2010; Mıstık et al. 2006). C lifleri ayrı taraf dorsal kök gangliyonundan karşı taraf anterolateral spinotalamik yola, buradan da talamustaki posterolateral talamik çekirdeğe ve internal kapsül içinde postsentral girustaki duyu kortekse iletilir. C lifleri kaşıntı iletiminde primer nöronlar olup, spinal kordun dorsal kök gangliyonunun gri maddesinde sekonder nöronlarla sinaps yaparlar. Sekonder nöronlar karşı tarafın anterolateral spinotalamik yolun içinde talamusa giderler. Talamustan başlayan tersiyer nöronlar, kaşıntı hissini duyu kortekse iletirler (Tablo). Pozitron emisyon tekniği ile yapılan çalışmalarda, kaşıntının santral merkezinin sol inferior primer duyu korteksi olduğu gösterilmiştir (Davison et al. 2010; Türkmen 2008; Akpolat ve ark. 2007; Guyton ve Hall 2011). Kaşıntı periferik (dermal veya nöropatik) ya da merkezi (nöropatik, nörojenik veya psikojenik) olabilir (Durna 2012).

Şekil 1: Kaşıntı iletimi



2.3.2. Üremik Kaşıntı Nedenleri

Günümüzde üremik kaşıntının nedenleri kesin olarak anlaşılmamakla birlikte, birçok muhtemel faktörler öne sürülmüştür. Üremi, cilt kuruluğu, serum A vitamini seviyesinde artış, kalsiyum, fosfor, magnezyum gibi iki değerlikli iyonlar, ilaçlar, sekonder hiperparatiroidi; hiperfosfatemi, hipokalsemi ve serum kalsitriol seviyesinde azalma PTH artmasına sebep olmakta ve şiddetli kaşıntı görülmektedir. Derideki mast hücrelerinin poliferasyonu ve buna bağlı olarak plazma histamin seviyesinde artış ve hemodiyaliz esnasında kullanılan gereçlere, diyalizata ve sterilizasyon amacıyla kullanılan etilen oksite karşı gelişen duyarlılık üzerinde durulmaktadır. Ayrıca dezenfeksiyon için kullanılan antiseptik solüsyonlar, nikel içeren iğneler gibi diğer alerjenik maddelerin kombinasyon halinde de üremik kaşıntıya neden olabileceği belirtilmektedir (Hsu et al 2009, Narita et al 2008).

Üremi, kaşıntıda ana nedenlerin başında gelmektedir. Diyaliz tedavisi ile üre düzeyi azalsa da bazı hastalarda kaşıntı daha da artmaktadır. Diyaliz hastalarının çoğunda ciltte kuruluk mevcut olup, derideki ter bezleri ile ekrin ter bezlerinde kuruluğa yol açabileceği bunun üremik kaşıntıya neden olabileceği düşünülmüştür (Keithi-Reddy 2007).

ÜK mast hücreleri ve histaminin önemli bir rolü olduğu konusunda birçok çalışmalar yapılmıştır (Köse 2003). Kaşıntının oluşumunda histamin ile uyarılan kaşınma hissi 30- 60 saniye sonra başlar. 1-5 dakika içinde etkilerini gözlenir. Vazodilatasyon ve damar permabilitesinde artış sonucu deride, eritem ve ödem gelişir (Önder 2008).

Kaşıntıyı tetikleyici faktörler arasında; terleme, deri kuruluğu, yünlü giysiler, sabunlar, emosyonel stres, baharatlı yiyecekler, sıcak içecekler ve sıcak ortam artırabilmektedir (Buddenkotte and Steinhoff 2010)

2.4. Üremik Kaşıntıda Tedavi

Hemodiyaliz hastalarında tedaviye cevap vermeyen inatçı üremik kaşıntılar ortaya çıkabilmekte ve hastanın yaşam kalitesini bozacak şekilde kronikleşebilmektedir. Tedavi protokolü hazırlarken önce üremiye bağlı olup olmadığına karar verilmelidir (Utaş 2005).

Yapılan çalışmalarda üremik kaşıntı semptomu kontrol etmek ve yaşam kalitesini arttırmak için farmakolojik ve geleneksel-tamamlayıcı yöntemler kullanıldığı tespit edilmiştir. Hastada tedavi seçimini çevresel ve kültürel faktörler, inançlar ve ekonomik durum büyük oranda etkilemektedir (Arıcan 2005, Millika 2003, Van-Os et al 2007).

2.4.1. Farmakolojik tedavi

En çok tercih edilen antihistaminikler ve nemlendirici-losyonlar gelmektedir. Topikal streoidler, talidomid, opioid anatagonistleri, ketotifen, kolestarin, esansiyel yağ asitleri, çinko sülfat, eritropoetin, heparin, ve aspirin kullanılmaktadır Tercihe göre hastalar cerrahi olarak da paratiroidektomiden de yarar görebilmektedir. Hastaların bir kısmı farmakolojik tedaviden yarar görürken, büyük çoğunluğu yeterince yarar göremezler, geleneksel- tamamlayıcı yöntemlere başvurumaktadırlar (Utaş 2005).

Ayrıca hastaların bir kısmı da Aromaterapi, Akupunktur-akupresör, fototerapi, müzikterapi, hidroterapi gibi nonfarmakolojik yöntemlerden de fayda görebilmektedir (Millikan 2003).

2.4.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Yöntemler

Dünya Sağlık Örgütüne göre (DSÖ); Geleneksel tıp sağlığı koruma ve sağlık sorunlarının çözümü hususunda modern tıp dışındaki alternatif çözüm yollarına başvurmaktadır. Geleneksel yöntemler, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma ve tedavi etmenin yanında sağlığının iyi sürdürülmesinde kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür (Ayдын 2012).

Geleneksel uygulamalarının tercih sebebi şifa kaynaklarının “doğal” ve “evsel çareler” olarak evde hazır bulunmasıdır. Her hastalığın çaresinin doğadan geleceği inancı bugüne kadar bitkilerle tedavi kullanımını artırmıştır (Erdemir 2001).

KBH gibi kronik sağlık sorunu olan hemodiyaliz hastalarının birçoğu symptom kontrolü için, immün sistemini güçlendirmek ve yaşam kalitesini artırmak için bu yöntemlere başvurmaktadır (Kara 2006; Che-yi 2005).

Gelişmiş ülkelerde de geleneksel ve tamamlayıcı yöntemler giderek popüler olmaktadır. Örneğin bu tip tedavi yöntemlerini en az bir kez kullanmış olan nüfusların yüzdeleri; Avustralya’da %48, Belçika’da %31, Kanada’da %70, Fransa’da %49 ve Amerika Birleşik Devletlerinde %42’dir.⁴ Bu araştırmada hayatının herhangi bir döneminde geleneksel sağlık uygulamalarından en az birini kullanmış olanlar %68’dir (Öztürk ve ark. 2005).

Ülkemizde KBH olan hastalarda ise tamamlayıcı yöntem kullanımı %25,2 ile %57 arasında değişmektedir (Uçan ve Ouyolu 2007).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternatif Medicine, NCCAM) tamamlayıcı yöntemler henüz tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlanmıştır. Amerika Kanseri Birliği (American Cancer Society) ve Ulusal Kanseri Enstitüsü (National Cancer Institute), alternatif tedavileri hastalığın geleneksel tedavisinin yerine kullanılan uygulamalar şeklinde tanımlarken, tamamlayıcı tedavileri ise, modern tıp ile birlikte kullanılan tedavileri tamamlayıcı yaklaşımlar olarak tanımlamaktadır (Özçelik 2009).

NCCAM'e göre 4 büyük grupta birbiri içine geçebilen TAT yöntemi tanımlanmıştır. Bu yöntemler;

1. Doğal ürünler: bitkiler, vitaminler, diyet destekleri,
2. Zihin-Beden tıbbı: Biyofeedback, gevşeme/meditasyon, hipnoz, müzik, hayal kurma, yoga, vizualizasyon, dans gibi uygulamalar,
3. Manipülatif ve vücut temelli uygulamalar: Kriyopraktik, manipülasyon, masaj, refleksoloji, hidroterapi, gibi yöntemler,
4. Enerji tıbbı: Biyoenerji, akupunktur, reiki, terapötik dokunma, biyo- elektromanyetik bazlı tedaviler şeklinde sıralanabilir.

Bu yöntemlerin derideki periferik reseptörlerini baskılamak, endojen opioid salınımını sağlamak ve psikolojik rahatlama sağlamak suretiyle kaşıntı için etkili oldukları saptanmıştır(Milikan 2003). En sık tercih edilen bitkisel ürünlerdir (İlisulu 1992).

2.4.2.1. Bitkisel Ürün

Birçok deri hastalığında etkili ve güvenli olduğu bulunan bitkilerin popülaritesi günden güne artmaktadır. Bitkisel ürünler tarih boyunca hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kullanılmıştır. Bitkisel ürünlerin kullanıldığı 3000 yıl öncesine dayanmaktadır. Günümüzde kullanılan bitkisel tıp, Hindistan ve Çin'den köken almıştır (Asımgil).

Tıbbi ve aromatik bitkilerin yeni kullanım alanlarının bulunması, doğal ürünlere olan talebin her geçen gün arttırmaktadır. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların bitkisel ürün kullanım sıklığı %28,1 olarak bulunmuştur. Hastalar 39 farklı bitkisel ürün kullanmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya nüfusunun yaklaşık %80'nin sağlık sorunlarının ilk aşamada tedavisi için bitkisel ürünlerle gidermeye çalıştıklarını ve ilaçların bitkisel kökenli olduğunu bildirmektedir (Faydaoğlu ve Sürücüoğlu 2011).

Dermatolojik tedavide kullanılan bu bitkilerin antiinflamatuvar, antibakteriyel, antifungal, antihistaminik, immunsupresif etkileri vardır. Karışımdaki bazı maddelerin düz kasları gevşettiği ve trombositleri inhibe ettiği de gözlenmiştir (Kılıç 2011).

Dermatolojide yulaf ezmesi, ısırgan bitkisi, yüksükotu, hatmi çiçeği, dut, çemen, altın başak kabuğu, ceviz yaprağı, lavanta, sığırkuyruğu, meşe, hercai menekşe çiçeği, papatya, aloe vera ve kaygan karaağacın kaşıntının topikal tedavisinde yararlı olduğu görülmüştür(Milikan 2003).

Bitkiden elde edilen mentolün çeşitli şekillerde kullanımı da deride serinlik hissi uyandırmakta ve üremik kaşıntılı hastalarda cilt üzerinden algılanan ağrı ve kaşıntı gibi duyuların iletilmesini engellediği belirtilmektedir (Patel et al. 2007).

Kannabinoid bitkisini marihuana (esrar, hint keneviri, kannabis) olarak bilinen ve "Kannabis sativa linnaeus" isimli bitkiden elde edilen bir grup kimyasal madde içeren nemlendirici kremin enflamatuvar etkisiyle kaşıntı ve vazodilatasyon ile mast hücre degranülasyonunu engellemesi ile kaşıntıyı azalttığı tespit edilmiştir (Szepletowsk et al. 2005).

Kapsaisin, biberin acı tadını veren tahriş edici bir alkaloiddir. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda kaşıntısı olan bir grup hastada mast hücrelerinden histamin salınımını tetikleyip ağrı ve kaşıntının iletiminde rol oynayan bir nöropeptit olan P maddesini azaltarak %0.03 konsantrasyonun da kapsaisin kremin kullanılması olumlu sonuçlar vermiştir (Yücel 2014).

Kaşıntılı bölgeye lavanta, nane, çay ağacı ve tatlı badem yağı karışımıyla masaj yapılmış ve kaşıntıda anlamlı derecede azalma bulmuşlardır (Shahgholian ve ark. 2010).

Chia yağı ile yapılan çalışmada, üremik kaşıntısı olan hemodiyaliz hastasının cildinde nem oranında artma ve kaşıntı durumunda azalma olduğunu belirtmişlerdir (Jeong et all 2010).

2.4.2.2. Geleneksel Uygulamalar ve Hemşirelik

Hemşirelik sağlıklı/hasta bireyi bütüncül ele alan sağlık disiplini. Hemşire görevlerini yerine getirirken toplumun esenliği için üslendiği roller çerçevesinde profesyonel bakımını gerçekleştirir (Kaya 2002). Tıp alanındaki gelişmelere rağmen insanoğlu şifa için geleneksel yöntemlere eğilim, insanın varoluşundan itibaren günümüze kadar uzanmış. Kronik hastalıkların tanı, bakım ve tedavisinde gelişmelere paralel olarak geleneksel-tamamlayıcı tedavi kullanımındaki artış sebebiyle, hemşirelerin bu alana yönelmesini zorunlu kılmıştır (Muslu ve Öztürk 2008).

Hemşirelerin, bireysel ve kültürel farklılık nedeniyle bireyi kendi kültür kalıplarında incelemeleri ve profesyonel yaklaşımlar geliştirmeleri gerektirmektedir (Ersin 2013).

Kaşıntılı hastanın değerlendirilmesi önce gözlemle başlar. Kaşıntı sıklığını ve derecesini ölçmek için analog skala kullanılabilir. Hemşireler remik kaşıntısı olan hastaya zamanında ve verimli tedavi uygulamadığında; hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarının etkilenmesine bağlı olarak yaşam standardının bozulmasına sebep olacaktır. Kaşıntıyı azaltıcı davranışlar, kullanılan ilaçlar, uyku düzensizliğine bağlı sinirlilik ve etkilenen bölgelerde yaralar gibi özelliklerine de bakılması gerekir. Bu sonuçların değerlendirilmesi ve kaydedilmesi gereklidir (Hsu 2009; Duo 1987).

Kaşıntı ızdırabını söndürmek için geleneksel yöntemlere başvurmaktadırlar. Kullandıkları yöntemin farmokinetiği (emilimini, dağılımını, metabolizması,atılımını) ve toksik etkileri nedeniyle istenmeyen yan etkilere yol açabilir (Chan et al. 2005).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Hemodiyaliz hastalarının üremik kaşıntı ile baş edebilmek için kullandıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 18 Mayıs -20 Ağustos 2015 tarihleri arasında İstanbul Ümraniye ilçesinde hizmet veren Özel Erdem Hastanesine bağlı, Özel Erdem Hastanesi Diyaliz Merkezi ve Özel Çamlıca Erdem Diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ile yürütüldü.

- Özel Erdem Hastanesi Diyaliz Merkezi 2001 tarihinde kurulmuş, kayıtlı 120 hastaya hizmet vermektedir. 3 katlı merkezde bir adet hepatit C ve bir adet hepatit B ve 28 adet negatif hemodiyaliz cihazı bulunmaktadır. Merkezde hemodiyaliz sertifikalı 2 hekim, bir başhemşire, 7 sertifikalı hemşire görev yapmaktadır.
- Üsküdar ilçesinde Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi 2009 tarihinde kurulmuştur, kayıtlı 80 hastaya hizmet vermektedir. 2 katlı merkezde bir adet hepatit C ve bir hepatit B ve 23 adet negatif hemodiyaliz cihazı bulunmaktadır. Merkezde hemodiyaliz sertifikalı iç haslıkları uzman hekim ve bir diyaliz sertifikalı hekim, bir başhemşire, 5 sertifikalı hemşire +diyaliz teknikeri görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. SDBY tanısı almış, 18 yaş üstünde olan ve en az 6 ay hemodiyaliz tedavisi gören, böbrek yetmezliğine bağlı üremik kaşıntısı olan hastalar örnekleme dâhil edildi. Her iki merkezde tedavi gören 200 hastadan 49 hasta, hemodiyalize yeni başladığı ve kaşıntı yaşamadığını için çalışmaya alınmadı. Toplam 151 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Dâhil edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dâhil edilme Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Hemodiyaliz tedavisi alıyor olmak,
- Kaşıntı sorunu olmak,
- 18 yaş üstünde olmak,
- İletişim kurmakta güçlük yaşamamak,
- Bilişsel yetersizliği olmamak.

3.4.2. Dışlanma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Hemodiyaliz tedavisi olmayan,
- Kaşıntı sorunu olmayan,
- 18 yaş altı olan,
- İletişim kurmakta güçlük yaşanan,
- Bilişsel yetersizliği olmak.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler, 2015 tarihinde Mayıs ve Ağustos ayları arasında aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edilmiştir.

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-1)
2. Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Formu (EK-2)
3. Kaşıntıya İlişkin Veri Formu (EK-3)

3.5.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmacı tarafından gönüllü hastalara çalışmanın amacı anlatılarak kendi rızası ile ankete katılmayı kabul ettiğine dair bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı.

3.5.2. Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Formu

Bu form üremik kaşıntısı olan hemodiyaliz hastalara ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile hazırlanmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin ve hemodiyaliz süresi, kronik hastalık durumu, kronik hastalık adı gibi hastalık özelliklerine ilişkin sekiz soru yer almaktadır.

3.5.3. Kaşıntıya İlişkin Veri Formu

Üremik kaşıntısı olan hemodiyaliz hastalarının özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan kaşıntı sıklığı, süresi, kaşıntı için kullandığı farmakolojik-geleneksel yöntemler ve tedavisi, kaşınan bölgeler ve kaşıntıların etkileri gibi kaşıntıya özel yirmi iki sorudan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında ve İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test (Yates düzeltilmeli Ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için; İlgili kurumlardan (Ek-4) ile yazılı izinler ve hastalardan yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın evreni Özel Erdem Hastanesi'ne bağlı olan Özel Erdem Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 120 ve Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 80 hasta ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışma 18 Mayıs-20 Ağustos tarihleri arasında Özel Erdem Hastanesi Diyaliz Merkezi ve Özel Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi'nde %53.0'ü (n=80) erkek, %47.0'si (n=71) kadın olmak üzere toplam 151 hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %11.3'ünün (n=17) yaşı 19-49 yaş aralığında, %37.1'inin (n=56) 50-64 yaş, %39.1'inin (n=59) 65-77 yaş ve %12.6'sının (n=19) ise 78-85 yaş aralığındadır. Çalışmamıza ilişkin kişilerin yaşları 19 ile 88 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $64,13 \pm 11,95$ medyanı 65,00 yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 6: Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

		n	%
Yaş (yıl)	19-49 yaş	17	11,3
	50-64 yaş	56	37,1
	65-77 yaş	59	39,1
	78-85 yaş	19	12,6
Cinsiyet	Erkek	80	53,0
	Kadın	71	47,0
Eğitim Düzeyleri	Okur-yazar değil	52	34,4
	İlköğretim	68	45,0
	Lise	23	15,2
	Üniversite	8	5,3
Medeni Durumu	Bekâr	47	31,1
	Evli	104	68,9
Çalışma Durumları	Çalışıyor	8	5,3
	Emekli	125	82,8
	İşsiz	18	11,9

Tablo 7: Hastaların başka kronik hastalık olma durumları ve hemodiyaliz süreci

		n	%
Tedavi Süreleri	6-11 ay	13	8,6
	12-23 ay	18	11,9
	24-35 ay	30	19,9
	≥ 36 ay	90	59,6
Başka kronik hastalığı olma durumu	Yok	78	51,7
	Var	73	48,3
	Hipertansiyon	41	56,2
	Diyabet	18	24,7
	Kalp yetmezliği	7	9,6
	Koroner arter hastalığı	6	8,2
	Nörojenik mesane	1	1,4

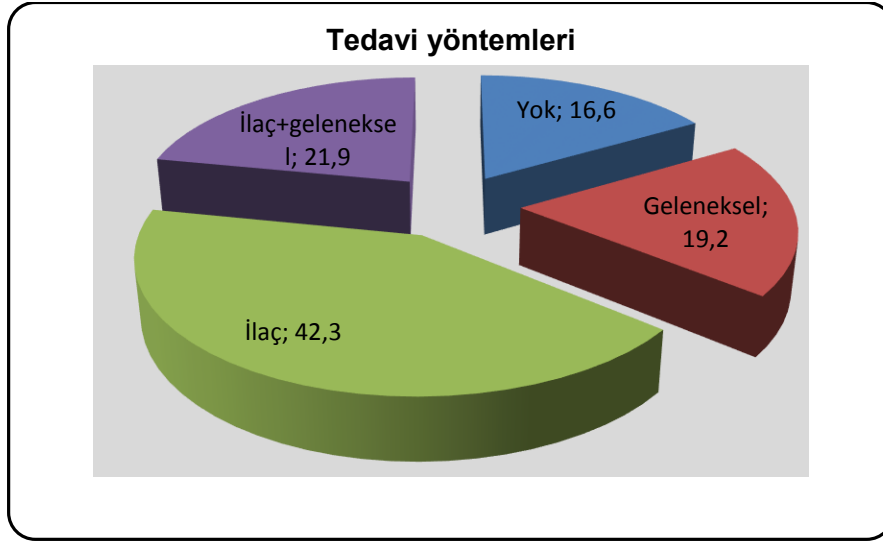
Tablo 8: Kaşıntı özelliklerine ilişkin bulgular

Kaşıntıya ilişkin bilgilerin dağılımı		n	%
Başlama Süresi	1-6 ay	19	12,6
	7-12 ay	19	12,6
	> 12 ay	113	74,8
Yaşanma sıklığı	Ayda birkaç kez	27	17,9
	Haftada birkaç kez	72	47,7
	Sürekli (gece - gündüz)	52	34,4
Ortalama süresi	0-30 dk.	119	78,8
	31-60 dk.	16	10,6
	61dk-2 saat	9	6,0
	≥ 2 saat	7	4,6
Gün içerisinde görülme durumu	Gündüz	60	39,7
	Gece	79	52,3
	Gündüz + Gece	12	8,0
Kaşıntının olma durumları	Sıcak ortamda	58	38,4
	Terlerken	42	27,8
	Diyaliz esnasında	18	11,9
	Stresli olduğunda	11	7,3
	Hava değişikliği	11	7,3
	Tarif edemiyor	11	7,3

Tablo 9: Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Bulgular

		n	%
Kaşıntı için bitkisel ürün kullanma durumu	Hayır	147	97,4
	Evet	4	2,6
	Yeşil Sabun	2	50,0
	Bitkisel Yağ	1	25,0
	Zeytin Yağı	1	25,0
	Yok	89	58,9
	Var	62	41,1
Kaşıntı için kullanılan farklı yöntemler	Kolonya	27	43,5
	Ilık Su ile Yıkama	15	24,2
	Nemlendirici Krem	13	21,0
	Soğuk Su ile Yıkama	5	8,1
	Yün Çorapla Kaşıma	1	1,6
	Limon Sıkma	1	1,6
Kaşıntı için hekim öneri durumu	Önermedi	54	64,2
	Önerdi	97	35,8
Önerilen İlaçlar (n=97)	Sistemik Oral Antihistaminikler	77	79,4
	Topikal Merhemler	20	20,6
Geleneksel-Tıbbi ilaç tedavisinden fayda görülme durumu (n=126)	Evet	115	91,3
	Hayır	11	8,7
Kullanılan yöntemin etki süresi (n=126)	Etkisi yok	10	7,9
	Kısa süreli (< 24 saat)	102	81,0
	Uzun süreli (>24 saat)	14	11,1
Tedavi Yöntemleri	Yok	25	16,6
	Geleneksel	29	19,2
	İlaç	64	42,4
	İlaç+Geleneksel	33	21,9

Şekil 2: Kullanılan tedavi yöntemlerinin dağılımı



Tablo 10: Deri tipi, Vücut temizliğine İlişkin Bulgular

		n	%
Deri tipi	Normal	36	23,8
	Kuru	115	76,2
Banyo ihtiyacının kaç günde karşılandığında	Her gün	8	5,3
	İki günde bir	37	24,5
	Üç günde bir	51	33,8
	Dört gün ve üzeri	55	36,4
Vücut temizliğinde kullanılan madde	Sabun	118	78,1
	Vücut Şampuanı	33	21,9
Kaşınmadan dolayı yara izlerinin bulunma durumu	Var	40	26,5
	Yok	111	73,5

Tablo 11: Hastaların yemeyi tercih etmedikleri besinler

		n	%
Kaşıntısı olan hastalarda besin kısıtlama durumu	Yok	122	80,8
	Var	29	19,2
Sebze		15	51,7
Süt Ürünleri		5	17,2
Salça ve Baharat		2	6,9
Meyve		2	6,9
Ekşili Yiyecekler		1	3,4
Balık		1	3,4
Turşu		1	3,4
Mercimek Çorbası		1	3,4
Tatlı		1	3,4

Tablo 12: Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kaşıntı		Min-Max	Ort±SD
Şiddet düzeyi		3-9	5,55±1,30
		n	%
Belirti şekli	Yanma Hissi	58	38,4
	Karıncalanma Hissi	57	37,7
	Gıdıklanma Hissi	17	11,3
	İğnelenme Hissi	14	9,3
	Batma Hissi	5	3,3
Vücutta oluşma bölgesi	Kol-Bacak	51	33,8
	Tüm Vücut	47	31,1
	Sırt	38	25,2
	Karın	8	5,3
	Baş-Boyun	7	4,6

Tablo 13: Kaşıntının Yaşamı Etkilemesine İlişkin Bulgular

Kaşıntı		n	%
Uykuya etki durumu	Hemen hemen sürekli	16	10,6
	Bazen	85	56,3
	Etkilemiyor	50	33,1
Sosyal aktivitelere kısıtlama durumu	Evet	40	26,5
	Hayır	111	73,5
Başkalarının yanında kaşınmanın zor durumda kalma durumu	Evet	61	40,4
	Hayır	90	59,6

Tablo 14: Geleneksel Yöntem Kullanıma Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Total (n=151)	Geleneksel Yöntem kullanımı		Test değeri χ^2	p
			Var (n=62) n (%)	Yok (n=89) n (%)		
Yaş (yıl)	< 65 yıl	73 (48,3)	29 (39,7)	44 (60,3)	0,104	^a 0,747
	≥ 65 yıl	78 (51,7)	33 (42,3)	45 (57,7)		
Cinsiyet	Erkek	80 (53,0)	33 (41,3)	47 (58,8)	0,003	^a 0,960
	Kadın	71 (47,0)	29 (40,8)	42 (59,2)		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	52 (34,4)	24 (46,2)	28 (53,8)	1,676	^b 0,664
	İlköğretim	68 (45,0)	28 (41,2)	40 (58,8)		
	Lise	23 (15,2)	8 (34,8)	15 (65,2)		
	Üniversite	8 (5,3)	2 (25)	5 (75)		
Medeni durum	Evli	104 (68,9)	44 (42,3)	60 (57,7)	0,215	^a 0,643
	Bekâr	47 (31,1)	18 (38,3)	29 (61,7)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	8 (5,3)	0 (0)	8 (100)	8,901	^b 0,003**
	Emekli	125 (82,8)	51 (40,8)	74 (59,2)		
	İşsiz	18 (11,9)	11 (61,1)	7 (38,9)		
Kiminle yaşıyor	Yalnız	7 (4,6)	3 (42,9)	4 (57,1)	0,010	^c 1,000
	Ailesi	144 (95,4)	59 (41,0)	85 (59,0)		

^aPearson Ki-kare Test^bFisher-Freeman-Halton Test^cFisher' Exact Test**p<0.01

Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre geleneksel yöntem kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların eğitim düzeyi, medeni durumları ve kiminle yaşadıklarına göre geleneksel yöntem kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Çalışma durumlarına göre hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.003$; $p<0.01$); çalışan hastalarda geleneksel yöntem kullanımı görülmezken, işsiz hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları diğer hastalardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 15: Geleneksel Yöntem Kullanıma Göre Hemodiyaliz Tedavi Süresi ve Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi

		Total (n=151)	Geleneksel Yöntem kullanımı		Test değeri χ^2	^a p
			Var (n=62) n (%)	Yok (n=89) n (%)		
Hemodiyaliz tedavi süresi	6-11 ay	13 (8,6)	4 (30,8)	9 (69,2)	2,647	0,449
	12-23 ay	18 (11,9)	7 (38,9)	11 (61,1)		
	24-35 ay	30 (19,9)	16 (53,3)	14 (46,7)		
	≥ 36 ay	90 (59,6)	35 (38,9)	55 (61,1)		
Kronik hastalık	Yok	78 (51,7)	29 (37,2)	49 (62,8)	1,004	0,316
	Var	73 (48,3)	33 (45,2)	40 (54,8)		
	Hipertansiyon	41 (56,2)	20 (48,8)	21 (51,2)		
	Diyabet	18 (24,7)	9 (50,0)	9 (50,0)		
	Kalp yetmezliği	7 (9,6)	2 (28,6)	5 (71,4)		
	Kroner arter hastalığı	6 (8,2)	2 (33,3)	4 (66,7)		
	Nörojenik mesane	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (100,0)		

^aPearson Ki-kare Test

Hemodiyaliz tedavi süreleri ve kronik hastalık varlığına göre hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 16: Kullanılan Geleneksel Yöntemlere Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Geleneksel Yöntemler (n= 62)					Test değeri χ^2	^b p
		Total (n=62)	Ilk su ile yıkama (n=15) n (%)	Kolonya (n=27) n (%)	Nemlendirici krem (n=13) n (%)	Diğer (n=7) n (%)		
Yaş (yıl)	< 65 yıl	29 (48,6)	7 (24,1)	15 (51,7)	5 (17,2)	2 (6,9)	2,089	0,577
	≥ 65 yıl	33 (53,2)	8 (24,2)	12 (36,4)	8 (24,2)	5(15,2)		
Cinsiyet	Erkek	33 (53,2)	9 (27,3)	12 (36,4)	10 (30,3)	2 (6,1)	5,600	0,136
	Kadın	29 (48,6)	6 (20,7)	15 (51,7)	3 (10,3)	5(17,2)		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	24 (38,7)	6 (25,0)	11 (45,8)	3 (12,5)	4(16,7)	8,04	0,49
	İlköğretim	28 (45,2)	7 (25,0)	13 (46,4)	6 (21,4)	2 (7,1)		
	Lise	8 (12,9)	2 (25,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	0 (0)		
	Üniversite	2 (3,2)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)		
Medeni durum	Evli	44 (71,0)	11 (25,0)	18 (40,9)	10 (22,7)	5(11,4)	0,585	0,935
	Bekâr	18 (29,0)	4 (22,2)	9 (50,0)	3 (16,7)	2(11,1)		
Çalışma durumu	Emekli	51 (82,3)	14 (27,5)	21 (41,2)	10 (19,6)	6(11,8)	1,965	0,636
	İşsiz	11 (17,7)	1 (9,1)	6 (54,5)	3 (27,3)	1 (9,1)		
Kiminle yaşıyor	Yalnız	3 (4,8)	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	1,277	1,000
	Ailesi	59 (95,2)	14 (23,7)	25 (42,4)	13 (22,0)	7(11,9)		

^bFisher-Freeman-Halton Test

Geleneksel yöntem kullanan hastaların yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre kullandıkları geleneksel yöntemlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Geleneksel yöntem kullanan hastaların eğitim düzeyi, medeni durumları, çalışma durumları ve kiminle yaşadıklarına göre kullandıkları geleneksel yöntemlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17: Kullanılan Geleneksel Yöntemlere Göre Hemodiyaliz Tedavi Süresi ve Kronik Hastalık Varlığının Değerlendirilmesi

		Geleneksel Yöntemler (n= 62)					Test değeri χ^2	^b p
		Total (n=62)	Ilk su ile yıkama (n=15) n (%)	Kolonya (n=27) n (%)	Nemlendirici krem (n=13) n (%)	Diğer (n=7) n (%)		
Hemodiyaliz tedavi süresi	6-11 ay	4 (6,5)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	0 (0)	4,772	0,894
	12-23 ay	7 (1,3)	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	1 (14,3)		
	24-35 ay	16(25,8)	5 (31,3)	8 (50)	2 (12,5)	1 (6,3)		
	≥ 36 ay	35(56,5)	8 (22,9)	14 (40)	8 (22,9)	5 (14,3)		
Kronik hastalık	Yok	29(48,6)	9 (31,0)	12(41,4)	6 (20,7)	2 (6,9)	2,016	0,595
	Var	33(53,2)	6 (18,2)	15(45,5)	7 (21,2)	5 (15,2)		
	Hipertansiyon	20(60,6)	3 (15,0)	11(55,0)	5 (25,0)	1 (5,0)		
	Diyabet	9 (27,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	0 (0)	3 (3,3)		
	Nörojenik mesane	2 (6,1)	0 (0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0)		
	Kalp yetmezliği	2 (6,1)	0 (0)	0 (0)	1 (50,0)	1 (50,0)		
	Koroner arter hastalığı	-	-	-	-	-		

^bFisher-Freeman-Halton Test

Geleneksel yöntem kullanan hastalarda Hemodiyaliz tedavi süreleri ve kronik hastalık varlığına göre kullandıkları geleneksel yöntemlerin oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 18: Cinsiyetlere Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler

		Total (n=151)	Cinsiyet		Test değeri χ^2	^b p
			Erkek n (%)	Kadın n (%)		
Kaşıntı Yaşanma sıklığı	Ayda birkaç kez	27 (17,9)	8 (10,0)	19 (26,8)	9,534	^a 0,009**
	Haftada birkaç kez	72 (47,7)	46(57,5)	26(36,6)		
	Sürekli (gece - gündüz)	52 (34,4)	26 (32,5)	26 (36,6)		
Ortalama Kaşıntı süresi	0-30 dk.	119(78,8)	60 (75)	59 (83,1)	1,979	^a 0,372
	31-60 dk.	16 (10,6)	11 (13,8)	5 (7,0)		
	> 1 saat	16 (10,6)	9 (11,3)	7 (9,9)		
Kaşıntı görülme zamanı	Gündüz	60 (39,7)	38 (47,5)	22 (31,0)	5,196	^b 0,074
	Gece	79 (52,3)	38 (47,5)	41 (57,7)		
	Gündüz + Gece	12 (7,9)	4 (5,0)	8 (11,3)		
Kaşıntının olma durumları	Hava değişikliği	11 (7,3)	7 (8,8)	4 (5,6)	15,626	^a0,008**
	Terlerken	42 (27,8)	18 (22,5)	24 (33,8)		
	Sıcak ortamda	58 (38,4)	34 (42,5)	24 (33,8)		
	Stresli olduğunda	11 (7,3)	9 (11,3)	2 (2,8)		
	Diyaliz esnasında	18 (11,9)	11 (13,8)	7 (9,9)		
	Tarif edemiyor	11 (7,3)	1 (1,3)	10 (14,1)		
Yara İzleri	Var	40 (26,5)	24 (30,0)	16 (22,5)	0,727	^d 0,394
	Yok	111(73,5)	56 (70,0)	55 (77,5)		
Besin kısıtlama durumu	Var	29 (19,2)	11 (13,8)	18 (25,4)	2,558	^d 0,110
	Yok	122(80,8)	69 (86,3)	53 (74,6)		

^aPearson Ki-kare Test^bFisher-Freeman-Halton Test^dYates' Continuity Correction Test **p<0.01

Hastaların cinsiyetlerine göre kaşıntı yaşanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.009; p<0.01); kadınlarda ayda birkaç kez kaşıntı görülme oranı, erkeklerde ise hafta birkaç kez kaşıntı görülme oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Hastaların cinsiyetlerine göre ortalama kaşıntı süreleri, kaşıntı görülme zamanları, yara izi varlığı ve besin kısıtlama durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Hastaların cinsiyetlerine göre kaşıntı başlama zamanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.008$; $p<0.01$); erkeklerin stresli oldukları ve diyalizde oldukları zamanlarda kaşıntı olma oranı, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 19: Yaşlarına Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler

		Total (n=151)	Yaş (yıl)				Test değeri ^a	p
			19-49	50-64	65-77	78-85		
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Kaşıntı Yaşanma sıklığı	Ayda birkaç kez	27(17,9)	3 (17,6)	14 (25)	6 (10,2)	4 (21,1)	6,241	^b 0,395
	Haftada birkaç kez	72(47,7)	9 (52,9)	23 (41,1)	33 (55,9)	7 (36,8)		
	Sürekli (gece - gündüz)	52(34,4)	5 (29,4)	19 (33,9)	20 (33,9)	8 (42,1)		
Ortalama Kaşıntı süresi	0-30 dk	119 (78,8)	15(88,2)	43 (76,8)	48 (81,4)	13 (68,4)	6,750	^b 0,305
	31-60 dk	16 (10,6)	2 (11,8)	7 (12,5)	3 (5,1)	4 (21,1)		
	≥ 1 saat	16 (10,6)	0 (0)	6 (10,7)	8 (13,6)	2 (10,5)		
Kaşıntı görülme zamanı	Gündüz	60 (39,7)	9 (52,9)	21 (37,5)	20 (33,9)	10 (52,6)	5,351	^b 0,477
	Gece	79 (52,3)	8 (47,1)	29 (51,8)	33 (55,9)	9 (47,4)		
	Gündüz + Gece	12 (7,9)	0 (0)	6 (10,7)	6 (10,2)	0 (0)		
Kaşıntının olma durumları	Hava değişikliği	11 (7,3)	0 (0)	7 (12,5)	4 (6,8)	0 (0)	23,064	^a 0,083
	Terlerken	42 (27,8)	1 (5,9)	18 (32,1)	16 (27,1)	7 (36,8)		
	Sıcak ortamda	58 (38,4)	7 (41,2)	19 (33,9)	26 (44,1)	6 (31,6)		
	Stresli olduğunda	11 (7,3)	1 (5,9)	4 (7,1)	3 (5,1)	3 (15,8)		
	Diyaliz esnasında	18 (11,9)	6 (35,3)	6 (10,7)	5 (8,5)	1 (5,3)		
	Tarif edemiyor	11 (7,3)	2 (11,8)	2 (3,6)	5 (8,5)	2 (10,5)		
Yara İzleri	Var	40 (26,5)	4 (23,5)	16 (28,6)	12 (20,3)	8 (42,1)	3,676	^b 0,306
	Yok	111 (73,5)	13(76,5)	40 (71,4)	47 (79,7)	11 (57,9)		
Besin kısıtlama durumu	Var	29 (19,2)	3 (17,6)	11 (19,6)	14 (23,7)	1 (5,3)	3,126	^b 0,632
	Yok	122 (80,8)	14(82,4)	45 (80,4)	45 (76,3)	18 (94,7)		

^aPearson Ki-kare Test ^bFisher-Freeman-Halton Test

Hastaların yaşlarına göre kaşıntı sıklıkları, ortalama kaşıntı süreleri, kaşıntı görülme zamanları, yara izi varlığı ve besin kısıtlama durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların yaşlarına göre kaşıntı başlama zamanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$); 19-49 yaş grubunun diyaliz esnasında, 78-85 yaş aralığının stresli zamanlarda kaşıntılarının başlama oranlarının yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 20: Hemodiyaliz Tedavi Sürelerine Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler

		Total (n=151)	Hemodiyaliz Tedavi Süreleri				Test değeri	
			6-11 ay	12-23 ay	24-35 ay	≥ 36 ay	χ^2	b ^p
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Kaşıntı Yaşanma sıklığı	Ayda birkaç kez	27 (17,9)	1 (7,7)	5 (27,8)	3 (10,0)	18 (20,0)	5,989	0,408
	Haftada birkaç kez	72 (47,7)	7 (53,8)	8 (44,4)	19 (63,3)	38 (42,2)		
	Sürekli (gece - gündüz)	52 (34,4)	5 (38,5)	5 (27,8)	8 (26,7)	34 (37,8)		
Ortalama Kaşıntı süresi	0-30 dk	119 (78,8)	10(76,9)	13 (72,2)	23 (76,7)	73 (81,1)	2,471	0,894
	31-60 dk	16 (10,6)	1 (7,7)	2 (11,1)	4 (13,3)	9 (10)		
	> 1 saat	16 (10,6)	2 (15,4)	3 (16,7)	3 (10)	(8,9)		
Kaşıntı görülme zamanı	Gündüz	60 (39,7)	7 (53,8)	8 (44,4)	14(46,7)	31 (34,4)	4,790	0,549
	Gece	79 (52,3)	6 (46,2)	10 (55,6)	13 (43,3)	50 (55,6)		
	Gündüz + Gece	12 (7,9)	0 (0)	0 (0)	3 (10)	9 (10)		
Kaşıntının olma durumları	Hava değişikliği	11 (7,3)	1 (7,7)	0 (0)	2 (6,7)	8 (8,9)	14,712	0,380
	Terlerken	42 (27,8)	2 (15,4)	2 (11,1)	11 (36,7)	27 (30)		
	Sıcak ortamda	58 (38,4)	8 (61,5)	9 (50)	10 (33,3)	31 (34,4)		
	Stresli olduğunda	11 (7,3)	0 (0)	3 (16,7)	3 (10)	5 (5,6)		
	Diyaliz esnasında	18 (11,9)	0 (0)	3 (16,7)	3 (10)	12 (13,3)		
Tarif edemiyor	11 (7,3)	2 (15,4)	1 (5,6)	1 (3,3)	7 (7,8)			
Yara İzleri	Var	40 (26,5)	2 (15,4)	7 (38,9)	8 (26,7)	23 (25,6)	2,192	0,545
	Yok	111 (73,5)	11(84,6)	11 (61,1)	22 (73,3)	67 (74,4)		
Besin kısıtlama durumu	Var	29 (19,2)	1 (7,7)	6 (33,3)	2 (6,7)	20 (22,2)	6,779	0,069
	Yok	122 (80,8)	12(92,3)	12 (66,7)	28 (93,3)	70 (77,8)		

^bFisher-Freeman-Halton Test

Hastaların hemodiyaliz tedavi sürelerine göre kaşıntı sıklıkları, ortalama kaşıntı süreleri, kaşıntı görülme zamanları, kaşıntı başlama zamanları ve yara izi varlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastaların hemodiyaliz tedavi sürelerine göre besin kısıtlama durumları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$); 12-23 ay ile 36 ay ve üzeri tedavi gören hastaların besin kısıtlama oranlarının yüksek olması dikkat çekici düzeydedir.

Tablo 21: SDBY Durumunda Başka Kronik Hastalık Varlığına Göre Kaşıntıya İlişkin Değerlendirmeler

		Total (n=151)	Kronik Hastalık		Test değeri χ^2	^a p
			Var n (%)	Yok n (%)		
Kaşıntı Yaşanma sıklığı	Ayda birkaç kez	27 (17,9)	13 (17,8)	14 (17,9)	3,106	0,212
	Haftada birkaç kez	72 (47,7)	30 (41,1)	42 (53,8)		
	Sürekli (gece - gündüz)	52 (34,4)	30 (41,1)	22 (28,2)		
Ortalama Kaşıntı süresi	0-30 dk.	119(78,8)	57 (78,1)	62 (79,5)	0,545	0,761
	31-60 dk.	16 (10,6)	9 (12,3)	7 (9,0)		
	> 1 saat	16 (10,6)	7 (9,6)	9 (11,5)		
Kaşıntı görülme zamanı	Gündüz	60 (39,7)	37 (50,7)	23 (29,5)	9,027	0,011*
	Gece	79 (52,3)	29 (39,7)	50 (64,1)		
	Gündüz + Gece	12 (7,9)	7 (9,6)	5 (6,4)		
Kaşıntının olma durumları	Hava değişikliği	11 (7,3)	5 (6,8)	6 (7,7)	3,942	0,558
	Terlerken	42 (27,8)	21 (28,8)	21 (26,9)		
	Sıcak ortamda	58 (38,4)	25 (34,2)	33 (42,3)		
	Stresli olduğunda	11 (7,3)	4 (5,5)	7 (9,0)		
	Diyaliz esnasında	18 (11,9)	12 (16,4)	6 (7,7)		
	Tarif edemiyor	11 (7,3)	6 (8,2)	5 (6,4)		
Yara İzleri	Var	40 (26,5)	21 (28,8)	19 (24,4)	0,376	0,540
	Yok	111(73,5)	52 (71,2)	59 (75,6)		
Besin kısıtlama durumu	Var	29 (19,2)	17 (23,3)	12 (15,4)	1,518	0,218
	Yok	122(80,8)	56 (76,7)	66 (84,6)		

^aPearson Ki-kare Test * $p<0.05$

Hastalarda kronik hastalık varlığına göre kaşıntı yaşanma sıklıkları, ortalama kaşıntı süreleri, kaşıntı başlama zamanları, yara izi varlığı ve besin kısıtlama durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hastalarda kronik hastalık varlığına göre kaşıntı görülme zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.011$; $p<0.05$); kronik hastalık görülen hastalarda gündüz kaşıntı görülme oranı, kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

4.1. İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

5. TARTIŞMA

Tartışma başlığı altında, hemodiyaliz hastalarının üremiye bağlı kaşıntılarını gidermek için kullandıkları geleneksel uygulamalar literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. KBH Olan Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin İncelenmesi

KBH'ı ülkemiz için önemli sağlık sorun olarak devam etmekte ve %80'den fazlasının orta ve yaşlı hasta olduğu bildirilmektedir (Seyahi ve ark. 2014). Türkiye Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi (DYOP) verilerine göre; KBH da 65 yaş üstü hastaların toplam hastalara oranı %39,1'dir. Yılmaz (2008) yaptığı çalışmasında, diyaliz tedavisi gören hastaların yaşları 17-77 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $55,61 \pm 17,40$ olarak saptanmıştır. Benzer bir çalışmada ise hastaların çoğunluğunun 50 yaş ve üzeri olduğu bildirilmektedir (Özdemir 2011). Bizim hastalarımızın yaş ortalaması ($64,13 \pm 11,95$) gözönünde bulundurulacak olursa, literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

DYOP verilerine göre, Hemodiyaliz olan erkek hasta sayısının, kadın hasta sayısından %12 daha fazla olduğu rapor edilmektedir. Erkeklerde hemodiyaliz tedavisinin fazla görülme nedeni değişik renal hastalıklarda progresyon hızının erkeklerde kadınlara göre daha hızlı olması ile açıklanmakla birlikte kesin nedeni bilinmemektedir (Erek ve ark. 2008). Araştırmamızda Hemodiyaliz tedavisi olanların % 53'ünü (n:80) erkeklerin ve geri kalan %47'sini (n:71) kadınların oluşturduğu, cinsiyete göre erkeklerin daha fazla olması yönündeki dağılımın literatüre göre uygunluk gösterdiği saptandı (Tablo 6).

Literatürde evli olmanın sosyal destek olduğu kadar ev ile ilgili sorumlulukların da paylaşılması anlamında önemli olduğu ifade edilmektedir (Ören 2004). Bu araştırmada hastaların %68,9'unun evli olması sosyal desteklerinin fazla olduğu anlamına gelmekte olup; olumlu bir gelişmedir. Genel durumlarını ifade eden yalnız ve boşanmış hastalarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Asan 2007; Kahraman ve ark. 2006). Araştırmamız da hastaların % 68,9'u evli olduğu ve eşler arası dayanışma açısından literatürle benzerlik saptanmıştır (Tablo 6).

Yapılan çalışmalarda KBH'nin eğitim durumları incelendiğinde; Yurtsever ve Kuyutar (2006) %45,2'sinin ilkokul mezunu olduğunu, Şahin (2009) çalışmasında %59,2'sinin ilkokul mezunu, % 9,9'unun okur-yazar olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi olanların yaklaşık yarısına yakın ilkokul mezunu (%45), %34,4'ü okur-yazar olmadığı ve literatürle benzerlik saptanmıştır (Tablo 6).

Literatürde diyaliz hastalarında diyalize bağlı; ilgi, istek kaybı ve diyaliz sonrası yaşam kalitesini bozan; elektrolit değerlerinin değişmesi, hipotansiyon, yorgunluk gibi semptomların yoğun olduğu ve bu nedenle çalışmadıkları hatta bazen işten çıkarılmalar da olabildiği raporlanmıştır (Küçük 2006). Diyaliz tedavisi yaşam kalitesini etkileyerek kişide sosyal izolasyona neden olabilmekte, çalışmama durumu ile bağlantılı olarak da ekonomik düzeyi kötüleşmektedir (Mollaoğlu 2004). Gelir durumu açısından yapılan başka bir çalışmada, %56'sı düşük gelire, %41,3'ü orta gelire sahip olduğu; % 90'dan fazlasının sosyal güvencesinin olduğu ve %83,4'ünün çalışmadığı raporlanmıştır (Yılmaz 2008). Bizim çalışmamızda hastaların %82,8'inin emekli olduğu ve % 11,9'unun işsiz olduğu saptandı. Çalışmamızda ortaya çıkan çalışma durumundaki farklılığı; hastaların hastalıkları nedeniyle malülen emekli olma hakkına sahip olmaları ve bu nedenle çoğunluğunun emekli olması ile açıklayabiliriz.

5.2. Hastaların Başka Kronik Hastalık Olma Durumları ve Hemodiyaliz Sürecinin İncelenmesi

Seyahi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, 2013 verilerine göre hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan hastalarda KBH etiyojisi olarak %36'sında Diyabet Mellitus (DM), % 29'unda Hipertansiyon (HT) rapor edilmektedir. KBH hastalarında artmış kan basıncından sorumlu mekanizmanın sodyum retansiyonu ve Renin-Anjiotensin-Aldosteron Sistem (RAAS) aktivasyonu olduğu bildirilmektedir (Guyton 2012). Yüksek kan basıncı, böbrek hasarının ilerleme hızını arttırdığı veya hasarı başlatabildiği bildirilmektedir (Brown 1992). DM, glomerüler mikro dolaşımdaki düzenlemeyi bozmaktadır. Diyabetik Nefropati öncelikle sodyum geri emiliminin bozulmasına, makula densa aracılıklı mekanizmalarla glomerüler hiperfiltrasyona neden olduğu yönünde görüşler vardır (Arık 2008). Diyabetik nefropati diyabetin en sık görülen komplikasyonudur. Diyabetiklerin %20-40'ında proteinüri ve bunların da %10-

50'sin de SDBY geliştiği bildirilmektedir (King 1998). Yapılan başka bir çalışmada etiyolojilerine göre Diyabetik nefropati %28,7 ve HT %14 olduğu bildirilmiştir. (Göküstün 2014). HT ve DM böbreklerin hedef organdır. Primer hastalık ve etiyolojik olarak literatüre benzerlik saptanmıştır (Tablo 7).

Yüz yirmi iki (122) hemodiyaliz hastası üzerinde yapılan çalışmada diyalize girme süresi ortalama 5,65 yıl olarak bulunmuştur (Acchiardo et al. 2000). Başka bir çalışmada 5 yıl üzerinde hemodiyaliz tedavisi olan hastalarda yaşam süreleri ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği yönde sonuca ulaşılmıştır (Mingardi et al.1999). Bu çalışmada hastaların hemodiyaliz süre tanı-tedavisindeki uyum süreçlerindeki titizliği ve merkezlerin kullanılan hemodiyaliz ekipmanları kaliteli kullanması hastaların yaşamda kalımlarına katkısı olduğu söylenebilir

5.3. Kaşıntı zelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kaşıntı sübjektif bir his olarak tarif edilmektedir (Arıcan 2005). Kronik kaşıntının inatçı olması cildin tahriş olmasına neden olur ve ikincil enfeksiyonlar gelişmesine katkı sağlar (Alankaya 2015). Murtagh ve ark.(2007) yaptığı çalışmasında %74'nde, Güder ve ark. (2012) yaptığı çalışmasında %42'sinde de üremik kaşıntı en sık görülen deri semptomu olarak rapor edilmektedir. Bu semptom hemodiyaliz hastaları için rahatsız edici olabilmektedir (Lee at al.2006; Narita at al. 2006). Üremik kaşıntının başlama süresi ile ilgili Lee ve arkadaşları (2006); hastaların %81,5'inin hemodiyalizin ilk yılında üremik kaşıntı yaşadıklarını bildirmektedir. Tayvan'da hemodiyaliz gören hastalar ile yapılan çalışmada %83,9'unun ilk altı ayda kaşıntı deneyimledikleri raporlanmıştır (Shih 2003). Çalışmamızda literatürün aksine kaşıntı hemodiyalizin ilk yılından sonra ortaya çıkma sebebinin yoğun ilaç kullanmaları ve beslenmesine bağlı olduğu söylenebilir (Tablo 8).

K'nın klinik özellikleri, kişiden kişiye ve zamana göre farklılık gösterebilmektedir. Zucker ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada hastaların % 60'ı kaşıntının derecesini şiddetli olarak tariflemiş, genellikle geceleri, haftada birkaç kez olduğunu ve yaşlı hasta grubunda ortaya çıktığını nedeninin de kuru deri olduğunu ileri sürmektedir. Mıstık ve arkadaşlarının (2006) alışmasında hastaların %50'sinde jeneralize olabilen kaşıntının çoğunlukla da diyaliz sırasında veya sonrasında

şiddetlendiğini belirtmektedir. Gilcrest ve ark. (1982), yaptığı çalışmada hastaların %25'i diyaliz sonrası kaşıntısı olduğunu bildirmektedir.

Kaşıntı birkaç dakika kadar kısa sürdüğü gibi hastaların büyük bölümünde gece artış göstermektedir. Kaşıntı görülme sıklığı her gün, haftada birkaç kez ve ayda birkaç kez olabilmektedir (Yosipovitch 2001; Patel 2007). Mıstık ve arkadaşları (2006), hastaların kaşıntılarının sıcak ortamda(%51,8) ve terlemeye bağlı olarak (%49,6) ortaya çıktığını rapor etmişlerdir. Bu çalışmada da hastaların büyük kısmının (%52,3) geceleri kaşıntı yaşadığı saptandı. Gece, terleme ve deri sıcaklığındaki artış gibi hemodinamik değişikliklerin kaşıntı hissi ve kaşıma eylemini ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada hastaların kaşıntısının (%94,62) geceleri ortaya çıktığı ve geceleri gündüze göre daha şiddetlendiği (%36,60) saptanmış, belirti olarak kaşıntıyı

%25,8'i etkilenen deride yanma ve %22,6'sı batma hissi şeklinde tanımlamıştır (Zucker et al. 2003). Bu çalışmada da benzer şekilde kronik hastalığı olanlarda kaşıntı şeklinin yanma (%38,4) ve karıncalanma hissi (%37,7) olduğu saptandı.

Yapılan çalışmalarda kaşıntının en fazla etkilendiği bölgelerin sırt %74, üst ekstremiteler %73 ve alt ekstremiteler %65,5 olduğu sonucuna varılmıştır (Yosipovitch 2001; Zucker et al. 2003; Shih 2003). Göküstün'ün (2014), çalışmasında kaşıntının %29,8'i sırtta, %44'ü ekstremitelerde yoğun olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada kaşıntının en sık etkilendiği bölgeler; kol-bacak (%33,8) tüm vücut (%31,1) ve sırt (%25,2) olarak tespit edildi.

5.4. Kaşıntı Özelliklerine İlişkin Kullandığı Tedavi Yöntemlerinin İncelenmesi

Su bazlı nemlendiricilerin ÜK'yı hastalarda anlamlı derecede azalttığı ve deri kuruluğunu da kısmen azalttığı saptanmıştır (Okada ve ark.2004). Aramwitb (2012) yaptığı çalışmada Secirin kremin ÜK'yı anlamlı derecede azaltıp hidrasyon sağladığını belirtmiştir. Balaska ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ÜK da antihistaminiklerin etkisinden şikâyetçi olan hastalara gliserin ve parafin içeren nemlendirici kremlerle yapılan uygulamada hastaların %75 'inde ÜK'nın anlamlı derecede azaldığı gözlemlenmiştir. Literatürde ÜK'nın deri kuruluğunun primer nedeni olmasa da kaşıntı sıklığını ve şiddetini arttırdığı ifade edilmektedir. Bu nedenledir ki, ilk basamakta

nemlendiriciler deri kuruluğunu anlamlı derecede azalttığı için önerilmektedir (Lugon 2005; Patel et al.2007). Morton (1996) çalışmasında, düzenli nemlendirici kullanan hastaların %43'ünde semptomları gerilediğini bildirmiştir.

Marihuana bitkisinden elde edilen Kannobiodler içeren nemlendirici kremin, inflamatuvar etkisiyle kaşıntısı olan hastaların %20'sini tamamen tedavi ettiği, %65'inin kaşıntısını belirgin derecede azalttığı raporlamıştır (Yücel 2014). Bu çalışmada ise hastalarda %42,4 oranında kısa süreli etki eden ilaç tedavisi, %19,6'sı nemlendirici krem ile % 19,2 de geleneksel yöntemlerden kolonya ile kendilerini kısa süreli de olsa tedavi etme veya rahatlatma yolunu tercih ettikleri raporlanmıştır (Tablo 9).

Gönül ve arkadaşları (2009) yaptığı çalışmada 69 hastanın kaşıntı probleminde %6,9'unun kolonya kullanmayı tercih ettiğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda kaşıntı için kolonya kullanan oranının %43,5 (n:27) olduğu raporlanmıştır. Kaşıntıda kolonya deriye sürüldüğünde derideki ısı etkisiyle buharlaşır ve serinletici his vermesiyle antipruritik özellik sağlar ve hastayı rahatlatır (Topal 2007). Kolonyanın, pratik olması ve elinin altında bulunması ve kısa süreli de olsa soğutucu özelliği ile kaşıntıyı geciktirmesi nedeniyle tercih edildiği söylenebilir.

Zucker (2003) yaptığı çalışmada, hastaların %44'ü ılık duşun kaşıntıyı hafiflettiğini ifade etmiştir. Bu çalışmada ise hastaların %24,2 si kaşıntıyı hafifletmek için ılık duşu tercih etmiştir. Sıcak ortam, terleme, stres ve kuru cilt ÜK' yı artırabilirken; ılık ya da soğuk duş, düşük ortam ısısı ve aktivite kaşıntıyı azaltabilir (Patel 2006).

5.5. Deri Tipi, Vücut Temizliğine ilişkin Bulguların İncelenmesi

Deri kuruluğu, HD tedavisi olan hastalarda sık rastlanılan dermatolojik semptomdur (Ponticelli 1992). Kuruluk, ter ve yağ bezlerinin atrofiye olması, epidermis tabakasında hidrasyonun azalması sonucu diyalize giren hastaların %27'sinin deri kuruluğu sebebiyle kaşıntıdan bahsettiği raporlanmıştır (Jones 1996). Çalışmaya katılan hastaların %76,2'sinin derisinin kuru olduğu ifade edildi. Literatürle anlamlı olmakla birlikte ve sonucu etkileyen multifaktör nedenler bulunmaktadır

Literatürde kaşıntı nedenine ilişkin birçok farklı çalışmalar bulunmaktadır. 65 yaş üstü kadın popülasyonda kaşıntı gözlenebilmektedir; östrojen ve epidermal tabakanın azalması ile yaşla birlikte adipoz dokusu neden olabilmektedir (Norman 2003).

Vücut temizliğinde insanoğlu su dışında kullandığı en eski temizleyici sabundur. Sabun alkalidir, deri ise asidiktir. Bu nedenle deride kuruluk, kızarıklık, yanma ve kaşıntı gibi semptomlar görülebilmektedir (Taşkın ve ark.1999). Vücut temizliği açısından çalışmaya katılan hastaların %78,1'i dört gün ve üzeri zamanda bir banyo yapmaktadır. %78,1'i banyoda sabun kullanmaktadır. Keithi-Reddy (2007) çalışmasında kaşıntıya bağlı olarak deride incelme, döküntü ve sıyrık-çatlakların olduğunu raporlamıştır. Bu çalışma da kaşıntısı olan hastaların %26,5'in de yara izi bulunmakta idi. Hastaların hemogloblin değerlerinin genel itibariyle düşük olması ve üşüdükleri için çok fazla kat kat giyinmeleri ve banyo yapma sürelerinin uzun olması derideki gözeneklerin tıkanması, kuruması ve pul pul dökülmesi, hastalarda kaşıntıyı artıran sebepler olabilir.

5.6. Hastaların Yemeyi Tercih Etmedikleri Besinlerin İncelenmesi

Çalışmalarda hastalarda kaşıntı için %80,8 inde besin kısıtlaması görülmezken, %19,2 de sebze ve süt ürünlerinde kısıtlama tercih edilmiştir. Bu ankete cevap verirken hastaların potasyumdan ve fosfor içeren zengin besinlerden, sebze ve süt ürünlerinde, kısıtlama tercih ettikleri düşünülebilir.

5.7. Kaşıntının Yaşamı Etkilemesine İlişkin Bulguların İncelenmesi

ÜP olan hastaların geceleri kaşıntı yaşadıklarından uyku problemi yaşadıkları ve gün boyu uyuklama halleri gözlendiği ve bu durumun sosyal yaşam fonksiyonlarını etkilediği raporlanmıştır (Mistik 2006; Zucker 2003; Kuybers 2009). Kaşıntı fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak; kronik yorgunluk, uykusuzluğa, sosyal izolasyon ve yaşam standartını azaltma gibi birçok soruna neden olmaktadır (Melo 2009). Bu çalışmada kaşıntının uykuya etki durumunun %56,3 olduğunu, %73,5'i kaşıntının hastalarda sosyal aktivitesini kısıtladığını ve %40,4'ü de başkalarının yanında kaşınma hissinden dolayı zor durumda kaldığını ifade etmektedirler.

5.8. Geleneksel Yöntem Kullanımına Göre Özelliklerin İncelenmesi

Geleneksel uygulamalar, evde ve el altında bulunan malzemelerden üretilen, herkes tarafından kolayca uygulanabilen genellikle kadınların kullandığı çeşitli pratik tedavi yöntemlerini içermektedir (Rivers 2004).

Öztürk ve ark. (2005) çalışmalarında geleneksel tedavi kullanımının kadınlarda %76,4 ve erkeklerde %59,7 oranında olduğunu ve kadınların erkeklerden daha çok kullandıkları sonucuna varmıştır. Kadınlar aile içerisindeki yeri ve çocuk yetiştirmedeki temel rolüyle geleneksel uygulamaların kuşaktan kuşağa aktarımında genellikle aktif olduğu vurgulanmaktadır (Gürsoy 1994). Akyol ve ark. (2011) geleneksel yöntem kullanımının çoğunlukla kadınlarda gözlemlendiği sonucuna varmıştır. Bu çalışmada yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre geleneksel yöntem kullanım oranları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların yaşlarına göre kaşıntı başlama zamanları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$); 19-49 yaş grubunun diyaliz esnasında, 78-85 yaş aralığının stresli zamanlarda kaşıntılarının başlama oranlarının yüksek olması dikkat çekici düzeydedir. 19-49 yaş grubunun yediklerine dikkat etmemesi, besinlerin fosfor ve potasyumdan zengin olması kandaki elektrolitleri yükselmesi ile kaşıntıyı arttırdığı söylenebilir. 78-85 yaşlı grup da genel vücut temizlikleri bakıcılar tarafından sağlandığı için banyo sürelerinin uzaması ve derinin kurumaması ile de kaşıntıyı arttırdığı söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda, geleneksel yöntemlerin eğitim düzeyi düşük hastalar tarafından kullanıldığı sonucuna varılmıştır (Mahabir et al.1997) Başka bir çalışmada ilkökul ve/veya altı eğitim düzeyine sahip bireylerin %77,5 oranında geleneksel yöntem kullandığı sonucuna varılmıştır (Öztürk, 2005). Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi, medeni durumları ve kiminle yaşadıklarına göre geleneksel yöntem kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Türkiye'nin en gelişmiş kentlerinden birinde yaşamaları, teknolojik imkânlar ve sağlık hizmetine /hekimine ulaşımındaki kolaylık nedeniyle geleneksel yöntem kullanımının az olduğu söylenebilir.

Çalışma durumlarına göre hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.003$; $p<0.01$); çalışan hastalarda

geleneksel yöntem kullanımı görülmezken, işsiz hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları diğer hastalardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi Rajagaram ve ark. (2002) çalışmasında geleneksel yöntemlerin gelir seviyesi düşük kişiler tarafından daha sık kullanıldığını saptamıştır. Hastaların şifa niyetiyle ekonomik gücüne göre aktardan satın aldığı bitkiler ve evde hazır bulunan maddelerden doğal çareler ürettiği söylenebilir.

Bizim çalışmamızda Hemodiyaliz tedavi süreleri ve kronik hastalık varlığına göre hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Başka bir çalışmada, hastalık süresinin uzunluğu ve hastalık şiddeti ile geleneksel yöntemlere başvuru arasında pozitif kolerasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baron et al. 2005). Yosipovitch ve ekibi (2001) dört yıl hemodiyaliz tedavisi gören hastaların %43'ünde altı aydan sonra kaşınma şikâyetleri olduğunu rapor edilmektedir.

Yaptığımız çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre kaşıntı yaşanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.009$; $p<0.01$); kadınlarda ayda birkaç kez kaşıntı görülme oranı, erkeklerde ise haftada birkaç kez kaşıntı görülme sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Erkeklerde kaşıntı başlama zamanları stresli oldukları ve diyalizde oldukları zamanlarda, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. ($p=0.008$; $p<0.01$).

Bu çalışmada Hemodiyaliz tedavi süreleri ve kronik hastalık varlığına göre hastaların geleneksel yöntem kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Başka bir çalışmada, hastalık süresinin uzunluğu ve hastalık şiddeti ile geleneksel yöntemlere başvuru arasında pozitif kolerasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baron et al.2005). Bu çalışmada 12-23 ay ile 36 ay ve üzeri hemodiyaliz tedavisi gören hastaların besin kısıtlama oranlarının yüksek olması dikkat çekici düzeydedir. Hemodiyaliz ünitesinde sağlık profesyonelleri tarafından her ay rutin tahlil sonuçlarına göre hasta başı sıvı-elektrolit dengesi ve besinler ilgili verdikleri eğitimlerin hastalar açısından verimli olduğu ve besin seçimleri konusunda dikkatli olmalarını sağladığı söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Üremik kaşıntı etiyolojisi için çok sayıda neden öne sürülmüş ve bu durum hastalığın tedavisini güçleştirmiştir. Üremik kaşıntı yönetimindeki geleneksel uygulamalar hastalar tarafından tedavi fırsatı olarak görülmektedir. Hastalar evindeki doğal ürünler/yöntemler ile kısa etkili de olsa yaşam kalitesini arttırarak konforlu ve üretken bir yaşam sürmeyi hedeflemektedirler.

Bu çalışmada;

- Hastaların %42,4'ü ilaç tedavisi, %19,2 geleneksel yöntem ve %21,9 ise ilaç ve geleneksel yöntemi beraber kullandığını ve geleneksel yöntem olarak da %43,5'i kolonya sürdüğünü, %24,2'ü ılık su ile yıkamayı tercih ettiğini ifade etti.
- Gruplar arasında geleneksel yöntem kullanımına göre yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu ve kimle yaşadıklarına göre anlamlı farklılık olmadığı,
- Çalışan hastalarda geleneksel yöntem kullanımının olmadığı, bununla birlikte işsiz hastaların geleneksel yöntem kullanım oranlarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık yarattığı belirlendi ($p<0.01$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Geleneksel yöntemlerin özellikle bitkiler ile ilgili uygulamaların modern tıbbi kaynaklık ettiği bir gerçektir ve bu uygulamalar kültürümüzün de bir parçasını oluşturmaktadır.

Bu nedenle;

- Hastaların kullandıkları bu yöntemlerin üremik kaşıntı üzerindeki etkilerinin değerlendirilebilmesi için randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında kanıta dayalı geleneksel yöntemlerin ders müfredatında yer alması,
- Üniversitelerin bünyesinde geleneksel tıp ve uygulama merkezlerinin kurulması hastaların gerek yaşam kalitesinin gerek tedavi etkinliğinin artırılmasında önemli olacağı inancındayız. Ayrıca geleneksel yöntemlerin bilinçsizce kullanımı alerjik reaksiyonlara ve nefrotoksik etkilere yol açabileceği düşünüldüğünde, bu merkezlerinin kurulması hastaları olası zararlardan koruması için de gerekli olduğu düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

- Akar, A., Gür, A. (2000) Üremik Kaşıntı. *Türkderm dergisi*, 34 (4);15-211
- Akoğlu, E., Süleymanlar, G. (2005) Kronik böbrek yetmezliği. (İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., Ünal, S., Ed.) *Temel İç Hastalıkları Kitabı* (2 bs.) Ankara: Güneş Kitabevi Yayınları, 1298-1308
- Acaray, A., Pınar, R. (2004) Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (1):1-11
- Akpolat, T., Utaş, C. (2008) Kronik Böbrek Yetmezliği; Genel Bilgiler Akpolat, T., Utaş, C.(Ed.) Hemodiyaliz Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (2 bs.). Kayseri: Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı Anadolu Yayıncılık, 20-306
- Akpolat, T., Utaş, C. (2001) Böbrek yetmezliği: Diyaliz hakkında genel bilgiler. (In: Akpolat, T., Utaş, C., Ed.) Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (2bs.) Kayseri: Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı Anadolu Yayıncılık, 20-306
- Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G. (2007) Nefroloji El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, (4) ; 349-356
- Akdemir, N. Birol L (ed.)(2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (2b). Ankara, Sistem ofset
- Arıcan, Ö. (2005) Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. *Türkderm dergisi*, 39(2): 88-97
- Arık, N., Ateş, K., Süleymanlar, G., Tonbul, H.Z., Türk, S., Yıldız, A. (2009) Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi yayınları
- Asan, T. (2007) Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Asımgil, A. Bitkilerle Tedavinin Tarihçesi, http://www.davetci.com/bitki_tarihce1.htm (Erişim tarihi: 05.01.2016)
- Aydın, S. (2012) DSÖ ve Gelenekten Küresele Tıbbın Alternatif Serüveni. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 22: 8-11.
- Birol, L. (1997) İç Hastalıkları Hemşireliği (6bs), Vehbi Koç yayınları Ankara; 201-206, 585-600
- Baron, S.E., Goodwin, R.G., Nicolau, N. et al.(2005) Use of complementary medicine among outpatients with dermatological conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. *J Am Acad Dermatol*, 52: 589-94.
- Brown, M.A., Whithworth, J.A. (1992) Hypertension in human renal disease. *J Hypertens* 10; 701-12.
- Buddenkotte, J., Steinhoff, M. (2010) Pathophysiology and therapy of pruritus in allergic and atopic diseases. *Allergy*; 65: 805-821.
- Che-Yi, C., Wen, Y., Min-Tsung, K., Chiu-Ching, H.(2005) Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (LI11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrol Dial Transplant* 20: 1912-1915
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D. (2008) Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 45(3): 78-84
- Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Todd, S.I. (2010) Diyaliz El Kitabı. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri yayıncılık, ss:112-113
- Davidson, S., Giesler, G.J. (2010) The multiple pathways for itch and their interactions with pain. *Trends in Neurosciences*, 33(12): 550-558

- Durna, Z. (2013) İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık 469-470
- Dyachenko, P., Shustak, A., Rozenman, D. (2006) Hemodialysis related pruritus and associated cutaneous manifestations Int J. Dermatol, 45:664-667
- Erdemir, D. A. (2001) Şifalı Bitkiler Doğal İlaçlarla Geleneksel Tedaviler. İstanbul: Alfa Yayınları
- Erek, E. (2005) Nefroloji (5bs.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 290-305
- Faydaoğlu, E., Sürücüoğlu, M.S. (2011) Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. Kastamonu Üniversitesi, Orman Fakültesi Dergisi, (1): 52 – 67
- Gilchrest, B.A., Stern, R.S., Steinman, T.I et al. (1982) Clinical features of pruritus among patients undergoing maintenance hemodialysis. Arch Dermatol 118; 154–156
- Göküstün, D. (2014) Hemodiyaliz Hastalarında Üremik Pruritus İle 25 Hidroksi Vitamin D Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
- Guyton ve Hall. (2011) Tıbbi Fizyoloji (çeviri ed:Yeğen B.Ç.) İstanbul: Nobel kitabevleri 401-402
- Güder, S., Karaca, Ş., Kulaç, M., Yüksel, Ş., Güder, H. (2012) Afyonkarahisar ve Çevresindeki Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalardaki Deri Bulguları, Türderm dergisi, 21(6); 9-327
- Gürsoy, A. (1994) Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children . The Basics of Maternal and Child Health. İstanbul: İstanbul University Institute of Child Health-Unicef Turkey Health Education Directorate of Turkish Ministry of Health.
- Hsu, M.C., Chen, H.W., Hwu, Y.J. et al (2009) Effects of thermal therapy on uremic pruritus and biochemical parameters in patients having haemodialysis. Journal of Advanced Nursing, 65(11); 2397-2410
- <http://www.kolonya.info/tarihce.html> (05.01.2016)
- İliçin, G., Biberöğlu, K., Süleymanlar, G., Ünal, S. (2005) İç Hastalıkları (2bs.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 1298-1308.
- İlisulu, K. (1992) İlaç ve Baharat Bitkileri. Ankara: Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi yayıncılık, 1256-360.
- Jocemir R. L. (2005) Nephrology Division, Uremic pruritus: A review Hemodialysis Hemodialysis International, 9: 180–188
- Jones, M., Lowe, J.G. (2006) Pruritus and skin hydration during dialysis. Nephrol Dial Transplant, 11(10); 2031-6
- Kahraman, A., Çınar, S., Pınar, R. (2006) Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Depresyonu Etkiler mi? Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 46-52
- Kaplan, E. (2012) Diyaliz hastalarına progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- Kara, B. (2006) Kronik böbrek yetmezliğine bitkisel ürünlerin etkisi. İstanbul: Gülhane Tıp Dergisi Alfa Yayınları (48)189:93
- Keithi-Reddy, S.R., Patel, T.V., Armstrong, A.W., Singh, A.K. (2007) Uremic pruritus Kidney International (72), 373–377
- Kılıç, A.N. (2011) Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan akupresin kaşıntı durumuna etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

- Kimanel, P. (2002) Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 53;951-6.
- King, H., Aubert, R.E, Herman, W.H. (1998) Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 21; 1414-1431.
- Kurt, Y.T., Erdem, E., Kaya, C., Karataş, A., Arık, N. (2012) Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *Türk Neph Dial Transpl.* 2012, 21 (1): 39-44.
- Köse, O., Kayser, Ç., Gür, A., Yencesu, M., Vural, A. (2003) Üremik Pruritusda Ketotifen ile Ketotifen ve Loratadin Tedavisi *T Klin Dermatoloji*, (13):1-3
- Küçük, L. (2006) Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Başatme Biçimlerine Etkisi. *Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*
- Lugon, J.R. (2005). Uremic pruritus: a review. *Hemodial Int* 9: 180-188
- Levey, A.S., Eckart, K., Amato, Y. et al. (2005) Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67: 2089-2100
- Mahabir, D., Gulliford, M.C. (1997) Use of medicinal plants for diabetes in Trinidad and Tobago. *Public Health*, 1(3)
- Mansur, T., Akgün, N. (1995) Üremi kaşıntısı: etyopatogenez ve tedavi. *T Klinik Dermatoloji* 5.sayı
- Mıstık, S., Utaş, S., Ferahbas, A., Tokgoz, B., Unsal, G., Sahan, H., Öztürk, A., Utaş, C. (2006) An epidemiology study of patients with uremic pruritus. *J Eur Acad Dermatol Venereo* 120: 672-678.
- Millikan, M.E. (2003). Alternative therapy in pruritus. *Dermatologic Therapy*, 16: 175-180.
- Mollaoğlu, M. (2004) Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dialysis Transplantation* 33; 544-9
- Morton, C.A., Lafferty, M., Hau, C., Henderson, I., Jones, M., Lowe, J.G. (1996) Pruritus and skin hydration during dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 11(10): 2031-2036
- Murtagh, F.E., Addington-Hall, J.M., Edmonds, P.M. et al. (2007) Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med* 10(6);1266-1276.
- Narita, I., Iguchi, S., Omori, K. (2008) Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *Journal Nephrol*, 21 (4):161-165
- Nissenson, A.R, Fine, R.N. (Çeviri ed: Akoğlu E.) (2009) *Klinik Diyaliz (4 bs)*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 927-937.
- Norman, R.A. (1996) Xerosis and pruritus in the elderly: Recognition and management. *Dermatol Ther* 16:254-9.
- Okada, K., Matsumoto, K. (2004) Effect of skin care with an emollient containing a high water content on mild uremic pruritus. *Apher Dial* 8; 419-422
- Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (2015) Temel İç Hastalıkları Hemşirelik ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Çukurova: Nobel Kitabevi, 381-384
- Önder, M. (2008) Pruritus Dermatoloji'de. (Tüzün, Y., Gürer, M.A., Serdaroğlu.S., Oğuz, O., Aksungur, V.L.ed.) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 3. p.161-82.baskı.
- Ören, B. (2004) Acil Olarak Diyalize Alınan Hastaların Demografik Özellikleri ve Prognozları, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,1(1); 28-31

- Özçelik, H., Fadıoğlu, Ç. (2009) Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* (1):48-52
- Öztürk, M. ve ark. (2005) Isparta İli'nde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi, *T K J Medical Ethics*,(13) 179-186.
- Patel, T., Ishiujı, Y., Yosipovitch, G. (2007) Menthol: A refreshing look at this ancient compound. *Journal of the American Academy of Dermatology* 57(5); 873-75.
- Patel, T.S., Freedman, B.I., Yosipovitch, G.(2007) An update on pruritus associated with CKD. *Am J Kidney Dis* 50; 11-20
- Pisoni, R.L., Wikström, B., Elder, S.J. et al. (2006) Pruritus in haemodialysis patients: International results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* (21): 3495-3505 Ponticelli, C., Bencini, P.L.(1992) Uremic pruritus: A review. *Nephron* 60; 1-5
- Rajaram, S.S., Yinson, Y. (1998) African American woman and diabetes a sociocultural contex. *Health Care Poor Underserved* 9(3); 236-47
- Sezen, A. (2014) Diyaliz Hemşireliği. İstanbul: Nobel Kitabevleri Basım ve Yayıncılık, 124-125
- Schieppati, A., Remuzzi, G. (2005) Chronic renal diseases as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int Suppl*, 98:S7-S10
- Skorecki, K., Gren, J., Brenner, B.M. (2004) Kronik Böbrek Yetmezliği, Harrison-İç Hastalıkları Prensipleri, (15bs.). (Ed: Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 62-1551
- Süleymanlar, G. (2007) Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 3:1-7.
- Slee, D.A. (2012) Exploring metabolic dysfunction in chronic kidney disease. *Nutrition & Metabolism*, 9:36
- Süleymanlar, G., Altıparmak, M.R. (2014) Türkiyede nefroloji-diyaliz ve transplantasyon Registry. Ankara: Türk nefroloji derneği yayınları.
- Tanrıverdi, M.H. (2010) Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp dergisi* 2(2);27-32
- Taşkın, M., Hekimoğlu, S. (1999) Deri lipitleri ve Topikal uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Cosmetol* 2(1):9-19
- Topal, H. (2007) Koku kullanım kültürü ve Türkiye de kolonya ambalajı. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Fen bilimleri Enstitüsü.
- Tokgöz, B. (2005) Kronik Böbrek Yetmezliği Renal Replasman Tedavileri *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 1(21); 82-7
- Topal, M., Özdemir, N. (2006) Hemodiyalizin akut komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*; 2(4):24-9
- Türkmen, A. (2008) Periton diyalizi *Türk yoğun bakım derneği dergisi*, (6);1
- Tzu-Chen, Lin., Yu-Hung, Lai et al.(2011) Baby oil therapy for uremic pruritus in haemodialysis patients. *Journal Clinical Nursing*, 21; 139-148
- Uçan, Ö., Ovayolu, N., Pehlivan, S. (2007) Hemodiyaliz hastalarının alternatif yöntem kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* (17);56-60
- Utaş, S., Ferahbaş, A. (2005) Kronik Böbrek Yetmezliğinde: Dermatolojik Sorunlar *Türkiye Klinikleri J Int MdSci*; (182):52-62.

Üstün, M.E., Karadeniz,G. (2006) Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(1):33-43

Van-Os, M.H., Ros, W.J., Eland-de, K.P.C., Kennedy, C. (2007) Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. Br J Dermatol. Jun, 156(6);1235-44.

Yücel, S., (2014) Üremik pruritus tedavisinde endokannabinoid içerikli nemlendirici kremlerin etkinliği. Uzmanlık tezi, Başkent Üniv. Tıp Fakültesi. Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilimdalı.

Zucker, I., Yosipovitch, G., David, M., Gafter, U., Boner, G. (2003) Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing haemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. Journal of American Academy Dermatology 49, 842–846.



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Fatma Çelikkbilek

Doğum yeri ve Tarihi: 01.10.1976 / Zonguldak Yabancı Dil: İngilizce

İletişim (Telefon/e-posta): 0533 2030397 fmcelikbilek@gmail.com

Eğitim Durumu(Kurum/yıl)

Lisans: Gazi üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu 1999 Yüksek lisans: Üsküdar Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği 2016 Çalıştığı Kurum / Yıl:

- 1999 Özel Erdem Hastanesi Servis hemşireliği ve Süpervisor
- 2005 Özel Erdem Hastanesi Diyaliz Merkezi Başhemşireliği, halen devam ediyor.
- 2010 Özel Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi Başhemşireliği, halen devam ediyor.

Aldığı sertifika eğitimi: Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası 2005

EKLER

EK-1 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu)

Bu çalışmanın amacı, üremik kaşıntısı olan sizin yaşadığınız güçlükleri tespit etmek ve kullandığınız geleneksel yöntemleri saptanmaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Katılım için ücret alınmayacaktır.

Teşekkürler ederim

Fatma ÇELİKBİLEK

Ben..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih :

EK-2 (Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Veri Formu)

1. Yaş :

2. Cinsiyet :

a) Erkek b) Kadın

3. Eğitimin durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

4. Medeni durumunuz?

a) Bekar b) Evli

5. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyor b) Emekli c) İşsiz

6. Kiminle yaşıyorsunuz ?

a) Yalnız b) Ailesi

7. Hemodiyaliz tedavisini kaç aydır görüyorsunuz ?

a) 6-11 ay b) 12-23 ay c) 24 -35 ay d)36 ay ve üstü

8. Başka kronik hastalığınız var mı?

a) var b) yok

Var ise adı nedir

8. Kaşıntınız için hekiminiz ne önerdi?

- a) Önermedi
b) Topikal tedavi ismi:
c) Sistemik tedavi ismi:
d) Diğer ismi:

9. Kullandığınız tedaviden fayda görüyor musunuz?

- a) Evet b)Hayır

10. Kullandığınız yöntemin etki süresi nedir?

- a) Etkisi yok b) kısa süreli (24 saatten az) c) Uzun süreli(24 saatten fazla)

11. Derinizi nasıl tarif edersiniz?

- a) Normal b)Kuru

12. Banyo ihtiyacınızı kaç günde bir karşılırsınız?

- a)Her gün b).İki günde bir c)Üç günde bir d) Dört gün ve üzeri

13. Vücut temizliğiniz için ne kullanıyorsunuz?

- a)Su b)Sabun c)Vücut şampuanı d)Diğer(.....)

14. Kaşınmadan dolayı yara izleriniz var mı?

- a) Var b) yok

15. Kaşıntınız için kısıtladığınız besinler var mı?

- a) Var b) yok

Var ise ismi nedir :

16. Kaşıntınız nasıl belirti verdi?

- a) Gıdıklanma hissi c) İğnelenme hissi e) Batma hissi
b) Karıncalanma hissi d) Yanma hissi

17. Kaşıntı genellikle vücudunuzun hangi bölgelerinde olur?

- a) Sırt b) Baş-boyun c) Karın d) Kol-bacak e) Tüm vücut

18. Kaşıntı genellikle hangi mevsimde oluyor?

- a) Yaz aylarında b) Kış aylarında c) Tüm yıl boyunca

19. Kaşıntının uykunuza etkisi var mı?

- a) Hemen hemen sürekli b) Bazen c) Yok

20. Kaşıntı sosyal aktivitelerinizi kısıtladı mı?

- a) Evet b) Hayır

21. Başkalarının yanında kaşınmak sizi zor durumda bırakıyor mu?

- a) Evet b) Hayır

22. Genel olarak kaşıntı şiddetinizi işaretleyiniz.

Hiç kaşıntım yok

Kaşıntı çok şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-4 Kurum İzin Belgeleri



Alemdag Caddesi, Kısıklı Mahallesi
Kağırlı Mahmut Sok. No:13 Üsküda
Tel: +90(216) 443 71 23
E-mail: bilgi@erdemhastahanesi.com
www.erdemhastahanesi.com.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

Sayı: 130

Tarih: 13.05.2015

60560713/044 sayılı yazınıza istinaden öğrenciniz Fatma Çelikkilek'in "**Hemodiyaliz Hastalarının Üremik Kaşımıt İle Başedebilmek İçin Kullandığı Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi**" adlı tez çalışması ile ilgili araştırmalarını, Diyaliz Merkezimizde yapması uygun görölmüştür.

Mesul Müdür
Dr.Hayrullah GÜRSOY



EK-4 Kurum İzin Belgeleri (Devam)



Alemdağ Caddesi, Sezer Sokak No:
Ümraniye / İstanbul
Tel: + 90(216)634 01 02 pbx
Faks: +90(216)634 21 99
E.mail: bilgi@erdemhastahanesi.co
www.erdemhastahanesi.com.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

Sayı: 44130

Tarih: 13.05.2015

60560713/044 sayılı yazınıza istinaden öğrenciniz Fatma Çelikbilek'in "Hemodiyaliz Hastalarının Üremik Kaşını İle Başedebilmek İçin Kullandığı Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi" adlı tez çalışması ile ilgili araştırmalarını, Hastahanemiz Diyaliz Merkezinde yapması uygun görülmüştür.

Mesul Müdür

Dr.Murat Kaya

