

Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı

Pain in Hemodialysis Patients

ÖZ

AMAÇ: Hemodiyaliz (HD) tedavisi gören hastalarda ağrının sıklığını, nedenlerini ve şiddetini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Örneklemi; Uşak'ta iki özel HD merkezinde tedavi gören, araştırma sınırlılıklarına uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 HD hastası oluşturdu. Veriler, Hasta Tanıtım Formu ve McGill-Melzack Ağrı Soru Formu kullanılarak toplandı ve ortalama, t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testleri ile değerlendirildi.

BULGULAR: HD hastalarının neredeyse hepsinin (%96) ağrı hissettiği, büyük bir çoğunluğunun hafif ve rahatsız edici düzeyde, geriye kalanların ise şiddetli, çok şiddetli ya da dayanılmaz düzeyde ağrı yaşadığı saptandı. Ağrının baş, abdomen, alt ve üst ekstremiteler gibi vücudun farklı alanlarına yayıldığı; hastaların ağrı ile başetmede ise, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavileri tercih ettikleri görüldü. Cinsiyetin, haftalık HD sıklığının ve yalnız yaşamanın ağrının şiddetini arttıran faktörler olduğu bulundu.

SONUÇ: HD tedavisi alan hastaların neredeyse hepsi ağrı hissetmekte ve ağrının dindirilmesi için, bütüncül bakımın sağlanması önem arz etmektedir. Etkin, bütüncül bir bakım ise, ayrıntılı ağrı tanılmasını, tedavi ve bakımının planlanmasını, ağrı lokalizasyonlarını ve etkileyen etmenleri belirlemeyi gerektirmektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Hemodiyaliz, Ağrı, Son dönem böbrek yetersizliği

ABSTRACT

OBJECTIVE: We evaluated the frequency, causes and severity of pain in patients undergoing Hemodialysis (HD) treatment in this descriptive cross-sectional study.

MATERIAL and METHODS: The study sample consisted of 150 HD patients undergoing treatment at two HD centers in Uşak, Turkey. Data collection was achieved using a Patient Information Form and the McGill-Melzack Pain Questionnaire, and evaluation was made using means, the t test, and the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests.

RESULTS: It was found that nearly all HD patients (96%) experienced pain that was light or at the level of discomfort for most but at a severe, very severe or unbearable level for the rest. The pain spread from various regions of the body such as the head, abdomen, and upper and lower extremities. Patients chose both pharmacological and non-pharmacological treatments to cope with the pain. We found that gender, a weekly frequency of HD, and living alone were factors that influenced the severity of pain.

CONCLUSION: Almost all patients undergoing HD experience pain and holistic care is important to relieve this pain. Effective holistic treatment necessitates a specific pain diagnosis, planned treatment and care, localizing the pain and determination of the factors that affect it.

KEY WORDS: Hemodialysis, Pain, End stage renal failure

Saide ÖZYİĞİT¹
Yasemin YILDIRIM²
Emine KARAMAN²

- 1 Zübeyde Hanım Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Hasta ve Yaşlı Hizmetleri, Afyon, Türkiye
- 2 Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir, Türkiye



Geliş Tarihi : 09.07.2015

Kabul Tarihi : 23.09.2015

Yazışma Adresi:
Yasemin YILDIRIM
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İzmir, Türkiye
Tel : +90 232 311 55 38
E-posta : yaseminkyildirim@hotmail.com

GİRİŞ

Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) primer olarak diyabet, hipertansiyon, gibi etmenlere bağlı gelişen; insidansı ve prevalansı yaş ile birlikte artan geriye dönüşsüz böbrek hasarı ile karakterize bir hastalıktır (1). Dünyada her yıl bir milyon kişinin yaklaşık 150-200'ünde SDBY ortaya çıktığı ve önümüzdeki 10 yılda bu oranın iki kattan fazla artacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de Nefroloji Derneği tarafından yapılan CREDIT çalışmasına (2012) göre, kronik böbrek hastalığı prevalansı %15,7 olduğu; renal replasman tedavisi gerektiren SDBY nokta prevalansının ise milyon nüfus başına 816 olduğu belirtilmektedir (2).

Son Dönem Böbrek Yetersizliği, glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma sonucu bir takım klinik ve biyokimyasal anormalliklere bağlı yaşamı tehdit eden bir boyuta dönüşmektedir. Bu nedenle bir takım tıbbi tedavilere gereksinim duyulmaktadır (2). SDBY hastalarının tedavisinde en sık tercih edilen ve özellikle acil durumlarda hayat kurtarıcı olan Renal Replasman Tedavi (RRT) yöntemi hemodiyalizdir (HD) (3). Dünya çapında RRT alan sayısının 1.4 milyondan daha fazla olabileceği, yıllık insidansının yaklaşık %8 olduğu tahmin edilmektedir (2). HD tedavisi ile hastalığa bağlı semptomlar ortadan kalkarken fiziksel, ruhsal ya da sosyal bir takım kısıtlılıklar ve sorunlar tedavinin yan etkisi olarak karşımıza çıkmaktadır (4-6). Mittal ve ark.nın yapmış olduğu bir çalışmada (2001) HD tedavisi alan hastaların fiziksel fonksiyonlarının diğer kronik hastalığı olan bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir (7).

Hemodiyaliz tedavisine bağlı görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en yaygın sorunlardan biri ağrıdır (6,8-10). Ağrı Çalışmaları Uluslararası Birliğinin ağrı tanımına göre gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir (11). Beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilen ağrı; başatma süreci, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (6,12-14). Ağrıya bağlı yaşanan sosyal ilişkilerde bozulma (15,16); depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi durumlar yaşamı daha güç hale getirmektedir (17,18). Yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastaların %19,6-53,3 oranlarında ağrı deneyimlediği (19-21); başka bir çalışmada da HD hastalarının %50'sinde kronik ağrı, %55'inde şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları saptanmıştır (22). Buna karşın, ağrı yönetimi konusunda hemşirelerin (sağlık çalışanlarının) bilgilerinin yetersiz olduğu (23,24); SDBY hastalarının %75'inin yetersiz ağrı tedavisi aldığı görülmektedir (22).

Hemodiyaliz hastalarının ağrının yanı sıra bir çok semptomu da birlikte yaşadığı ve bu durumun hastalarda semptom yükünü artırdığı belirtilmektedir (8). Hastalık ve tedavi sürecine bağlı kompleman sisteminin aktifleşmesi, sıvı elektrolit dengesizlikleri gibi nedenlerle HD hastaları baş ve vücudun çeşitli alanlarında ağrı deneyimlemekte ve buna karşı vücut başatma çabası

içerisine girmektedir. Bu çabanın; vücutta enerji depolarının azalmasına, bireyin ruhsal sıkıntı yaşamasına ve sonuçta HD tedavisine bağlı yaşanan diğer semptomların şiddetlerinin artmasına neden olacağı bildirilmektedir. Bu nedenle hastaların yaşadıkları ağrının tanımlanması, ağrıyı artıran ve azaltan etmenlerin bilinmesi ağrı yönetimi açısından önem taşımaktadır. Ağrının değerlendirilmesinde ve yönetiminde hemşirenin rolü oldukça önemlidir (23). HD hastalarında ağrının ne düzeyde yaşandığının bilinmesinin bir sağlık profesyoneli olarak hemşirelerin planlayacakları holistik bakıma yön vereceği düşünülmektedir. Literatürde ise, HD hastalarının yaşadığı ağrıya yönelik yapılan sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (8,10,12,18,21,22). Ülkemizde bu konu ile ilgili Er ve ark. tarafından yapılmış olan tek bir çalışmaya rastlanmaktadır (12). Bu nedenle; bu çalışmada, HD tedavisi gören hastalarda ağrının sıklığını, nedenlerini ve şiddetini incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem Seçimi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma Uşak'ta iki özel HD merkezinde yürütüldü. Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri: (a) SDBY tanısının olması, (b) en az bir aydır diyaliz tedavisi alıyor olması, (c) 18 yaşının üzerinde olması, (d) mental konfüzyonunun ya da psikiyatrik bir sorununun olmaması, (e) işitsel-görme-konuşma sorununun olmaması ve hastaların (f) çalışmaya katılmaya gönüllü olmak. Çalışmaya örneklem alınma kriterlerine uyan, veri toplama sürecinde belirtilen diyaliz merkezlerinde tedavi alan 150 hasta dahil edilmiştir. 10 hasta çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

Veri Toplama

Araştırmada veriler HD işlemi sırasında hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Hasta Tanıtım Formu ve McGill-Melzack Ağrı Soru Formu kullanıldı. Tıbbi kayıtlar hasta dosyalarından elde edildi.

Veri Toplama Formları

Hasta Bilgi Formu

Literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından hazırlandı (2,8,9,12,22). Form bireye sosyo-demografik özellikler, hemodiyaliz tedavisine ilişkin değişkenler ve ağrıya yönelik sorular olmak üzere toplam 12 soruyu kapsamaktadır.

McGill Melzack Ağrı Soru Formu

Ağrı değerlendirmede sık kullanılan çok boyutlu bir ölçektir. 1975'te Melzack tarafından geliştirilmiştir (25). Bu form dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağrı bölgesi, ikinci bölümde ağrının niteliği, üçüncü bölümde, ağrının zaman ile ilişkisi ve ağrıyı artıran ve azaltan faktörler, dördüncü bölümde ağrıya yönelik alınan önlemler (1:hafif - 5:dayanılmaz) değerlendirilmektedir. Formun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (26).

Etik İzin

Çalışmanın yapıldığı kurumlardan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Tüm hastalara çalışmanın amacına yönelik bilgi verilmiş ve hastalardan sözlü onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 istatistik programı kullanıldı. Hastalar ile ilgili tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Veriler t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi ve bonferroni ileri analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler sırasında p değeri 0,05 olarak alındı (27).

BULGULAR

Örneklem Özellikleri

Hastaların sosyo-demografik ve böbrek yetmezliğine ilişkin özellikleri Tablo I'de sunulmaktadır. Çalışma örneklemini oluşturan hastaların yaş ortalaması 58,29±13,50 olup; %51,3'ü erkek, %77,3'ü evli, %33,4'ü ilköğretim mezunu ve %48'i emeklidir.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin SDBY gelişme nedenleri incelendiğinde; yaygın olarak diyabetik nefropati (%26) ve HT'un (%18,7) yer aldığı görülmektedir. Hastaların %63,3'ünde SDBY dışında en az bir komorbid hastalığı bulunmakta; %56,7'si 1-5 yıldır diyaliz tedavisine devam etmekte ve neredeyse hepsi (%94,7) haftada 3 gün HD tedavisi almaktadır. Hastaların ortalama KTV değeri 1,47±0,23 Kt/V, Hb değeri 11,44±1,58 gr/dl ve Htc değeri %35,18±4,33'dür (Tablo I).

Ağrı Özellikleri

Çalışma kapsamındaki HD hastalarının hemen hepsi (96%) diyaliz işlemi sırasında ağrı deneyimlediğini ifade etti. Ağrı bölgelerinin sıklıkla baş (%26,4), karın (%19,4) alt ekstremitelerde (%18,8) olduğu görüldü (Şekil 1). Hastaların %51,4'ü deneyimlediği ağrının hafif şiddette ve % 62,5'i ise ağrılarının derinde olduğunu belirtti. Hemodiyaliz işlemi ve sinirlenmenin (%34,9, %20,5 sırasıyla) ağrıyı artırdığı; analjeziklerin (62%) ve dinlenme/pozisyon değiştirmenin (24,7%) ise ağrıyı azalttığı saptandı (Tablo II).

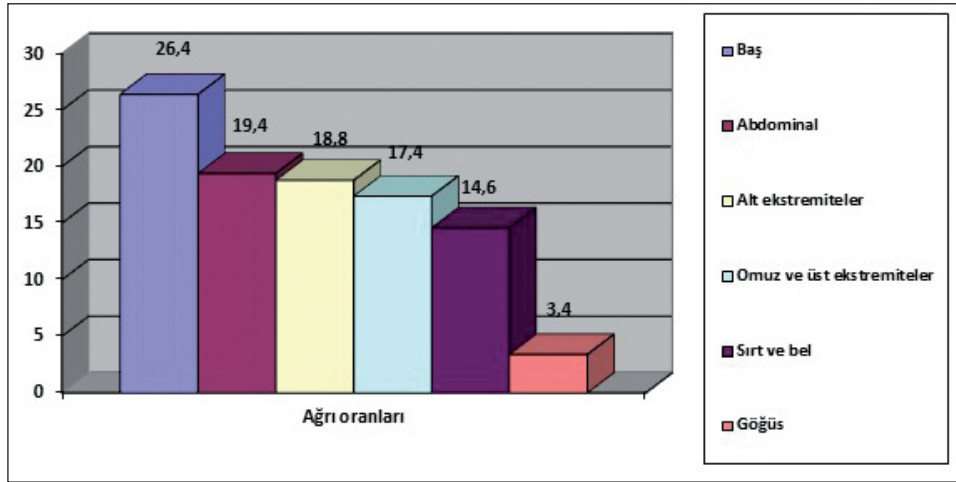
Hastaların var olan ağrı şiddeti puan ortalamasının 1,95±1,20, en düşük ağrı şiddeti puan ortalamasının 1,35±0,72 ve en kötü ağrı şiddetinin ise 4,25±1,04 puan düzeyinde olduğu belirlendi (Tablo III).

Tablo IV ve Tablo V'de HD tedavisi gören bireylerin ağrı şiddeti ile sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin karşılaştırılması verilmektedir. Ağrı yaşayan bireylerin diyalize girme sıklığına bakıldığında; haftada üç gün diyalize giren hastaların (%94,4) haftada iki gün diyalize girenlere göre ağrı şiddetlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p=,031). Yaş ortalaması ile ağrı şiddeti arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanır iken (r=,251, p=,002) HD tedavisi almaya başlama süresi ile ağrı şiddeti arasında anlamlı ilişkinin

Tablo I: Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa özgü özellikleri.

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	73	48,7
Erkek	77	51,3
Medeni Durum		
Evli	116	77,3
Bekar	34	22,7
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	37	24,7
Okur yazar	11	7,3
İlköğretim	87	58,0
Lise	12	8,0
Üniversite	3	2,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	11
Çalışmıyor	61	41
Emekli	72	48
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden fazla	23	15,3
Gelir gidere eşit	113	75,3
Gelir giderden az	14	9,3
Sosyal Güvence		
Genel Sağlık Sigortası	146	97,3
Özel Sağlık Sigortası	4	2,7
Diyaliz Sıklığı		
Haftada üç kere	142	94,7
Haftada iki kere	8	5,3
Böbrek Yetersizliği Nedenleri		
Diyabetik nefropati	39	26,0
Hipertansiyon	28	18,7
Glomerulonefrit/Pyelonefrit	11	7,3
Nefrotoksisite	7	4,7
Diğer (Crush sendromu, Polikistik böbrek, Böbrek taşı)	7	4,7
Bilinmeyen nedenler	58	38,7
Komorbid Hastalıklar		
Diyabet	49	43,8
Hipertansiyon	52	46,4
Koroner Arter Hastalığı	3	2,7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı/ Astım	4	3,5
Hiperkolesterolemi	2	1,8
Hipertiroid	2	1,8
	Ortalama	SS*
Yaş	58,29	13,50
KTV	1,47	0,23
Hb	11,44	1,58
Hct	35,18	4,33

*SS: Standart Sapma



Şekil 1: Hastalarda ağrı bölgelerinin dağılımı.

Tablo II: Hemodiyaliz hastalarının deneyimlediği ağrının özellikleri.

	n	%
Ağrı		
Var	144	96
Yok	6	4
Ağrı Düzeyi		
Hafif	74	51,4
Orta	30	20,8
Şiddetli	19	13,2
Çok şiddetli	15	10,4
Dayanılmaz	6	4,2
Ağrı Tipi		
Derin	90	62,5
Yüzeyel	31	21,5
Hem derin hem yüzeyel	23	16
Ağrıyı Artıran Nedenler *		
Yürümek ya da ayakta durmak	23	15,8
Diyaliz	51	34,9
Sinirli olmak	30	20,5
Üşümek	3	2,1
Fazla su ve tuz tüketimi	9	6,2
Yatmak, uzanmak	12	8,2
Ek hastalıklar	6	4,1
Hareketsizlik	4	2,7
Herşey	8	5,5
Ağrıyı Azaltan Nedenler *		
Dinlenme, pozisyon değişikliği	39	24,7
İlaçlar	98	62
Masaj	16	10,1
Sıcak uygulama	5	3,2

* Hastalar birden fazla cevap vermiştir.

Tablo III: Hastaların ağrı şiddeti skorları (n=144).

	X*	SS**
Şimdiki Ağrı Skoru (0-5)	1,95	1,20
En Kötü Ağrı Skoru (0-5)	4,25	1,04
En İyi Ağrı Skoru (0-5)	1,35	0,72

McGill-Melzack Ağrı Soru Formuna göre 5 puan üzerinden değerlendirilmiştir. *X: Ortalama, **SS: Standart Sapma

Tablo IV: Çeşitli değişkenlerle ağrının ilişkisi (n=144).

	n	%	X* ±SS*	Z	p
HD Sıklığı					
Haftada üç kere	136	94,4	1,92±1,26	-2,155	,031
Haftada iki kere	8	5,6	1,13±0,35		
Cinsiyet				t	p
Kadın	73	50,7	2,26±1,34	3,228	,002
Erkek	71	49,3	1,51±1,00		
Medeni Durum				Z	p
Evli	110	76,4	1,76±1,19	-1,799	,072
Bekar	34	23,6	2,26±1,31		
Eğitim Düzeyi				W	p
Okur yazar değil ya da okur yazar	47	32,7	2,57±1,41	16,113	,001
İlköğretim	82	56,9	1,62±0,96		
Lise	12	8,3	1,75±0,97		
Üniversite	3	2,1	2,00±1,00		
Tam Süresi				W	p
1 ay - 1 yıl	13	9,0	1,69±0,85	2,635	,451
1 yıl - 5 yıl	83	57,6	2,08±1,25		
6 yıl - 9 yıl	28	19,4	1,82±1,22		
10 yıl ya da üstü	20	14,0	1,75±1,16		

*X: Ortalama, **SS: Standart Sapma

Tablo V: Yaş ve ağrı arasındaki ilişki.

	X ±SD	r	p
Yaş	58,29±13,50	,251	,002
Ağrı	1,87±1,23		

olmadığı belirlendi ($p=,451$). Ayrıca, cinsiyet, eğitim düzeyi ile ağrı şiddeti arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde eğitim düzeyi ile ağrı arasındaki farkın okur-yazar olmayan/olan grup ile ilköğretim mezunu olan gruplardan kaynaklandığı saptandı. Medeni durum ile ağrı arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastalarında ağrı; üremi, altta yatan komorbid hastalıklar, tedavi yaklaşımları gibi nedenlere bağlı olarak yaşanabilmektedir. Ayrıca ağrı algısının, stres ve yetersizliğin/sakatlığın artışı, yaşam kalitesinin azalması ve artan proinflatuar sitokinlere bağlı olabileceği de belirtilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda yaşanan ağrının depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları gibi bazı psikososyal faktörlere bağlı olduğu görülmektedir (20,22,28-31). Özellikle göğüs ve sırt ağrıları kompleman sisteminin aktive olmasına bağlanmaktadır (23). Çalışmamızda; HD tedavisi alan bireylerin sıklıkla baş, abdomen ve kas iskelet sistemine ait bölgelerde ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde de sonuçlarımıza benzer olarak; yaşanan ağrının kas iskelet sisteminde (20,22,31), baş, göğüs ve sırtta olduğu görülmektedir (28,32). Çalışmamızda da, literatürde olduğu gibi HD hastalarının çoğunlukla baş ağrısı yaşadıkları ve yine çalışmaya alınan bireylerin öykülerinde sıklıkla hipertansiyonun olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, baş ağrısının diyaliz tedavisi ile birlikte başladığı, aile hikayesinde ise, baş ağrısının olmadığı görülmektedir (32). Yine bir başka çalışmada, diyaliz öncesinde hastalarda genel popülasyona benzer sıklıkta baş ağrısı yaşandığı (%11,7) (33), diyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra bu oranın özellikle diyaliz tedavisi sırasında arttığı, yaklaşık olarak %70 dolaylarına geldiği belirtilmektedir (32). Yapılan bu çalışmada da hastaların ağrı hakkındaki deneyimleri HD işlemi sırasında sorgulanmış olup, hastaların sıklıkla baş ağrısından şikayetçi oldukları görülmüştür. Yaşanan bu yüksek orandaki ağrının HD işlemine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Ağrının, özellikle de kronik yaşanan ağrının, uyku düzeninde bozulma, dikkat ve hafızada zayıflama, depresyon gibi duyu durum bozuklukları, fiziksel ve sosyal aktivitelerde bozulma gibi pek çok olumsuz etkisinin olduğu (5-7,18) ve ağrı hissini yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli faktörlerden birisi olduğu belirtilmektedir (4,6,8). Bu nedenle ağrısı olan bireylerde ağrının doğru tanınması ve etkin yönetimi önemlidir. Hemodiyaliz hastalarının da yaygın olarak ağrı yaşadığı ve yaşanan bu ağrının etkin yönetilemediği bildirilmektedir (30,35,36).

Çalışmamızda da hemodiyaliz hastalarının neredeyse tamamının (%96) ağrı deneyimlediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, hemodiyaliz hastalarında bu oranın %19,6-53,3 arasında olduğu görülmektedir (6,12,18,20,22). Çalışmamızda HD hastalarının yaşadığı yüksek orandaki ağrının hastaların ağrı deneyimlerinin HD işlemi sırasında sorgulanmasına bağlı olduğu düşünülmekte; bazı çalışmalarda ağrı sorgulamasının HD işlemi sırasında yapılmadığı görülmektedir (31).

Kafkia ve ark.nın (2014) yapmış olduğu bir çalışmada ağrı puanlarının 10 üzerinden değerlendirildiği ve hastaların %30,8'inin yaşadıkları ağrıya 6 puan verdikleri görülmüştür (36). Yapılan bu çalışmada ise hastaların ağrı puan ortalamalarının 0-5 puan arasında olduğu saptanmıştır. HD tedavisi alan bireylerin yaşadığı en düşük ağrı puanının $1,35\pm0,72$ ile hafif düzeyde; en şiddetli ağrı puanının ise 5 puan üzerinden $4,25\pm1,04$, 10 puan üzerinden değerlendirildiğinde ise bu puanın 8,50 düzeyi ile yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatür ile karşılaştırıldığında çalışmamızda diğer çalışmalara göre hastaların biraz daha yüksek düzeyde ağrı yaşadığı görülmüştür. Bu yüksekliğin çalışma popülasyonumuzda kadın hasta sayısının yarıya yakın bir oranda bulunmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Kadın bireylerin ağrı eşiğinin daha düşük olması yaşadıkları ağrının şiddetini daha yüksek olarak algılamalarına neden olabilmektedir (36,37). Ayrıca, hemodiyalizde işlemin ağrı verici olduğu ve HD sıklığının bu noktada önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan bu çalışmada hastaların hemodiyalize giren hastalardan oluşması da çalışmamızda yüksek düzeyde ağrı çıkması sonucunu açıklamaktadır. Bu duruma ek olarak hasta bireylere bakım verenlerin ağrı ve tedavisi konusunda bilgi eksikliğinin olması ve analjezik kullanımından çekinmeleri hastaların ağrı yaşamasına neden olan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların da analjeziklerin yan etkilerinden çekindikleri özellikle opioid ilaçların bağımlılık yapması düşüncesini yoğunlukla yaşadıkları belirtilmektedir (38). Yapılan bu çalışmaya bakıldığında, tüm ağrı yaşayan bireylerin analjezik kullanmadığı; ilaç kullanan hastaların %62 oranında olduğu görülmekte ve bu durum literatürdeki sonuçları desteklemektedir.

Yapılan bir çalışmada; hastaların %17-38'inin efektif bir ağrı kontrolü sağladığı, ciddi ağrı yaşayan hastaların ise %84'ünün ağrı kesici almadan başetmeyi denediği görülmektedir (38). Bu çalışmada da hastaların yalnızca %62'sinin analjezik kullanımını tercih ettikleri saptanmıştır. Buna karşın hastalar çeşitli yöntemlerle ağrıyı dindirmeye çalıştıkları görülmüştür. Bu çalışmada da HD hastalarının yarısından biraz fazlasının ağrıyı gidermede farmakolojik tedaviyi kullandıkları; bunun yanı sıra yaklaşık yarısının; masaj, sıcak uygulama, pozisyon değiştirme gibi non-farmakolojik yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Amerikan Ağrı Birliği, Dünya Sağlık Örgütü'nün kanser hastalarında önerdiği ağrı basamak tedavisinin SDBY hastalarında da uygulanmasını; ek olarak ayrıca ağrı yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin uygulanmasını da önermektedir (9,39).

Hastanın HD seansı öncesinde ya da sonrasında sıcak duş alma, sıcak paket yerleştirme gibi sıcak uygulamaları kullanmaları, vazodilatasyon sağlayarak bölgeye olan kan akımını arttırmakta, ağrıyı hafifletmektedir (36). Ayrıca, HD hastalarında yürüyüş ve hafif egzersizin ağrıyı azaltmaya yardımcı uygulamalar olduğuna yönelik bulgular da bulunmaktadır (40,41). Yapılan bu çalışmada ise hastaların genelinin egzersiz yapmadığı, sedanter bir yaşam tarzlarının olduğu belirlenmiştir. Kafka ve ark.'nın çalışmasında, ağrı ile başetmede masaj, sıcak uygulama, analjezik kullanımı gibi yöntemlerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (36). Davison'un çalışmasında ise, hastaların %29,1'inin opioid olmayan analjezikleri, 26,2'sinin hafif opioidleri, %9,7'sinin ise kuvvetli opioidleri kullanıldığı; ağrı yönetiminin ise genelde kötü olduğu belirtilmektedir (22). Literatürde non-farmakolojik yöntemlerin ağrı yönetimi planına entegre edilmesi önerilmektedir. Ancak hastalara ve aile üyelerine bu yöntemlerin farmakolojik yöntemlerin yerine geçmeyeceği de özellikle ifade edilmelidir.

Hemodiyaliz hastaları yaşadıkları ağrıyı dindirmede birçok yöntem kullanmalarına rağmen, hastaların ağrı ile etkin baş edememelerine bağlı ağrı puanları halen yüksek düzeydedir. Bu sonuçlar, diyaliz hastalarında ağrının sorgulanmasının ve etkin yönetilmesinin önemine işaret etmektedir. Ek olarak, hastanın ağrı yönetimi konusunda güçlendirilmesinin, desteklenmesinin, ağrıyı artıran ve kontrole alan faktörlere yönelik iyi bir gözlem yapılmasının önemi açıktır. Bu çalışmada, HD hastalarının yaşadığı ağrı şiddetinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde, ağrı şiddetinin ileri yaşlılarda ve kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bulgularımız literatürle uyumlu bulunmuştur (12,14,22). Yaşlı hastaların yalnız yaşamasına bağlı baş etme ve destek sistemlerinin yetersiz olmasının, kadınların ise ağrı eşliğinin daha düşük olmasının bu durumda rolü olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda ağrının diyaliz ile ilişkili olduğu dikkati çekmiştir. Hastaların %33,3'ünün diyalize girmeyi ağrıyı artırıcı bir özellik olarak tanımlandığı; haftalık diyalize girme sıklığının ağrı şiddetini artırdığı gösterilmiştir. Literatürde de hastaların hemodiyaliz süresi ile ağrı yaşama durumlarının paralellik gösterdiği görülmektedir (22,31).

SONUÇ

Bu çalışmada, HD işlemi sırasında hastaların neredeyse hepsinin ağrı deneyimlediği, en sık baş ağrısından yakındıkları, ağrılarını azaltmak için hastaların yalnızca %62'sinin analjezik kullandığı belirlenmiştir. Literatüre uyumlu olarak HD işleminin ağrıyı artıran bir faktör olduğu ve varolan ağrı şiddetinin bazı değişkenlerden etkilendiği saptanmıştır.

Günümüzde beşinci yaşam bulgusu olarak değerlendirilen ağrı, yaşam kalitesini bozan ciddi bir etmendir. HD tedavisine devam eden ve ağrı deneyimleyen bireylerde ağrının dindirilmesi bütüncül bakımın sağlanmasında önemlidir. HD hastalarının etkin tedavi ve bakımının planlanması için ayrıntılı ağrı tanımlanmasının yapılması, ağrı lokalizasyonlarının ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi yer almalıdır.

Sonuç olarak, ağrının bireysel olarak değerlendirmesi ve hastanın durumuna uygun ağrı yönetimi stratejilerinin geliştirilmesi HD hastalarında ağrı yönetimi ve yaşam kalitesinin artırılmasında oldukça önemlidir. Bu durumda özellikle sağlık profesyonelleri hastanın bildirimine dayalı olarak standart ağrı ölçekleri ile ağrıyı sistematik olarak değerlendirmeli, farmakolojik tedavi açısından doğru bilgilendirmeli; hastalar uygun tedavinin seçiminde, uygulanmasında ve izleminde etkin rol almalıdır. Uygun nonfarmakolojik yöntemler de kullanılarak var olan ağrı “yaşanabilir” sınırlar içinde tutulabilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Krol GD: Chronic kidney disease staging and progression. In: Zadeh KK (eds), Chronic Kidney Disease. 2011;4-10
2. Altun B, Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Ecder T, Camsarı T, Serdengeçti K: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in Turkey: Results from the CREDIT study. *Kidney Blood Press Res* 2012;36:36-46
3. Foley RN, Collins AJ: End-stage renal disease in the United States: An update from the United States Renal Data System. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:2644-2648
4. Abdel-Kader K, Unryh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1057-1064
5. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, Piera L, Held P, Gillespie B, Port FK: Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002;62:199-207
6. Cohen SD, Patel SS, Khetpal P, Peterson RA, Kimmel PL: Pain, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:919-925
7. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Mittal VS, Maesaka, JK, Fishbane S: Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol* 2001;21:215-220
8. Danquah FV, Wasserman J, Meininger J, Bergstrom N: Quality of life measures for patients on hemodialysis: A review of psychometric properties. *Nephrol Nurs J* 2010;37:255-269
9. Davison SN: Chronic pain in end-stage renal disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2005;12:326-334
10. Davison SN: End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:195-204
11. Jensen TS, Gebhart GF: New pain terminology: A work in progress. *Pain* 2008;140:399-400
12. Er MR, Eroğlu M, Altınel EC, Altınel L: Hemodialysis and pain. *Turk Neph Dial Transpl* 2013;22:167-170
13. Fainsinger RL, Davison SN, Brenneis C: A supportive care model for dialysis patients. *Palliat Med* 2003;17:81-82

14. Fortina F, Agliata S, Ragazzoni E, Sacco A, Cardillo V, Travaglini S, Brini P, Cavagnino A: Chronic pain in dialysis. Pharmacological therapy and its costs. *Minerva Urologica e Nefrologica* 1999;51:85-87
15. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL: Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18(12):3042-3055
16. Ghodse H: Pain, anxiety and insomnia--a global perspective on the relief of suffering: Comparative review. *Br J Psychiatry* 2003;83:15-21
17. Grantham D, Brown S: For the winnipeg regional health authority group pain assessment and management clinical practice guidelines 2014 [cited 15.03.2015]. Erişim: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-017-001.pdf>
18. Harris TJ, Nazir R, Khetpal P, Peterson RA, Chava P, Patel SS, Kimmel PL: Pain, sleep disturbance and survival in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:758-765
19. Golan E, Haggiag I, Os P, Bernheim J: Calcium, parathyroid hormone, and vitamin D: Major determinants of chronic pain in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1374-1380
20. Hsu HJ, Yen CH, Hsu KH, Wu IW, Lee CC, Hung MJ, Sun CY, Chou CC, Chen YC, Hsieh MF, Chen YC, Hsu CY, Tsai CJ, Wu MS: Factors associated with chronic musculoskeletal pain in patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrology* 2014;15:1-9
21. Jablonski A: The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 2007;34:29-37
22. Davison SN: Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity, and management. *Am J Kidney Dis* 2003;42:1239-1247
23. Barnason S, Merboth M, Pozehl B, Tietjen MJ: Utilizing an outcomes approach to improve pain management by nurses: A pilot study. *Clinical Nurse Specialist* 1998;12:28-36
24. Tafas CA, Patiraki E, McDonald DD, Lemonidou C: Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer Nurs* 2002;25:8-14
25. Melzack R: The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-299
26. Kuşuoğlu S, Eti Aslan F, Olgun N: Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)' nun Türkçeye uyarlanması. *Ağrı* 2003;15:47-52
27. Akgül A: Statistical Analysis Techniques in Medical Researchs. Ankara: National Higher Education Council Press, 1997
28. Narat R, Karnath BM, Rouan GW: Chest pain in the dialysis patient. *Clinical Vignette* 2006;6:285-288
29. Weisbord SD, Fried LF, Mor MK, Resnick AL, Unruh ML, Palevsky PM, Levenson DJ, Cooksey SH, Fine MJ, Kimmel PL, Arnold RM. Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:960-967
30. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE: Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: The dialysis symptom index. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004;27:226-240
31. Konishuke T, Hashizume H, Nishida K, Inoue H, Nagosh M: Shoulder Pain in long-term hemodialysis patients. *J Bone Joint Surg* 1996;78-B:601-605
32. Bana DS, Yap AU, Graham JR: Headache during hemodialysis. *Headache* 1972;12:1-4
33. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF: Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68:343-349
34. Okpechi IG, Nthite T, Swanepoel CR: Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2013;24:519-526
35. Pham PT, Toscano E, Pham P, Pham PT, Pham SV, Pham PTT: Pain management in patients with chronic kidney disease. *NDT Plus* 2009;2:111-118
36. Kafkia T, Vehviläinen-Julkunen K, Sapountzi-Krepia D: Assessment and management of pain in hemodialysis patients: A pilot study. *Prog Health Sci* 2014;4:53-60
37. Yurdalan U: Physiotherapy in the patients on hemodialysis, 2013 [atuf 09.04.2015]; 845-868. Erişim: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/43050.pdf>
38. Wyne A, Rai E, Cuerden M, Clark WF, Suri SR: Opioid and benzodiazepine use in end-stage renal disease: A systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6:326-333
39. Kurella M, Bennett WM, Chertow GM: Analgesia in patients with ESRD: A review of available evidence. *Am J Kidney Dis* 2003;42:217-228
40. Kafkia T, Zinelis D, Kourakos M: Exercise protocols in patients with chronic kidney disease (CKD) and on renal replacement therapy: A literature review. *Hellenic J Nurs Sc* 2008;1:55-59
41. Konstantinidou E, Koukouvou G, Kouidi E, Deligiannis A, Tourkantonis A: Exercise Training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: Comparison of three rehabilitation programs. *J Rehabil Med* 2002;34:40-45