

Diyaliz Hastasında Gastrointestinal Sistem Sorunları

Elif Asena Kantarcı¹

Özet

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda gastrointestinal sistem (GİS) yakınmaları sık görülmekte olup çoğu zaman diyaliz sürecinin doğal bir parçası olarak değerlendirilse de, bu semptomlar klinik sonuçlar üzerinde belirgin etkilere sahiptir. Bulantı, kusma, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, reflü ve gastrointestinal kanamalar; beslenme durumunu bozarak malnütrisyonu derinleştirebilir, diyaliz toleransını azaltabilir ve hastaneye yatış oranlarını artırabilir. Bu nedenle GİS semptomları, izole bir sorun olarak değil, sistemik dengenin bozulduğunu gösteren önemli klinik belirteçler olarak ele alınmalıdır. Patofizyolojik açıdan üremik toksin birikimi, intradiyalitik hemodinamik dalgalanmalar, ilaç yükü ve bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikler GİS fonksiyonlarını çok yönlü olarak etkilemektedir. Özellikle intradiyalitik hipotansiyon ve splanknik hipoperfüzyon semptom gelişiminde kritik rol oynarken, ilaçlara bağlı mukozal hassasiyet ve kanama riski de dikkate alınmalıdır. Klinik yönetimde semptomların zamanlaması, şiddeti ve diyaliz parametreleriyle ilişkisi sistematik biçimde değerlendirilmelidir. Hemşirelik bakımı; erken farkındalık, düzenli izlem, hasta eğitimi ve multidisipliner ekip ile etkili iletişim üzerinden şekillenmelidir. Semptomların ölçülebilir biçimde izlenmesi ve bakım planına entegre edilmesi, tedavi etkinliğinin artırılmasında temel rol oynar. Sonuç olarak, GİS yakınmalarının bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla yönetilmesi; hasta güvenliği, yaşam kalitesi ve klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

1 Öğr. Gör., Bahçeşehir Üniversitesi – T.C. İstanbul Rumeli Üniversitesi, elifasenakantarci@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5637-682X>

Giriş

Son dönem böbrek yetmezliği bulunan hastalarda gastrointestinal sistem yakınmaları sık görülür ve çoğu zaman ‘diyalizin doğal sonucu’ olarak yorumlanır. Oysa bu semptomlar yalnızca konforu değil; beslenme durumunu, inflamatuvar yükü, diyaliz seans toleransını ve tedaviye uyumu etkileyerek klinik sonuçlarla ilişkili olabilir. Üremik toksin birikimi, intradiyalitik hemodinamik dalgalanmalar, ilaç yükü ve bağırsak mikrobiyotasındaki değişimler gastrointestinal fonksiyonları çoklu mekanizmalarla etkileyebilir. Bu nedenle GİS yakınmaları, izole bir organ sorunu yerine sistemik dengenin bozulduğunu işaret eden bir klinik belirteç olarak ele alınmalı; rutin izlem ve erken müdahale yaklaşımıyla yönetilmelidir.

Bu bölümde diyaliz hastalarında gastrointestinal sistem sorunları; patofizyolojik mekanizmalar, klinik yönetim yaklaşımları ve hemşirelik bakımının belirleyici rolü çerçevesinde, uygulamaya dönük bir bakışla ele alınmaktadır.

7.1. Diyaliz Hastasında Gastrointestinal Sorunların Klinik Önemi

SDBY bulunan bireylerde gastrointestinal komplikasyonlar sık görülür ve semptomlar; bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, konstipasyon, diyare, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), peptik ülser ve gastrointestinal kanamalar gibi geniş bir klinik yelpazede ortaya çıkabilir. Bu yakınmaların klinik önemini belirleyen temel unsur, yalnızca semptom şiddeti değil; malnütrisyon gelişimini hızlandırabilmesi, diyaliz seanslarının tolere edilebilirliğini azaltması, seans aksamasına yol açabilmesi ve hastaneye yatış ihtiyacını artırabilmesidir. Bu nedenle gastrointestinal semptomların değerlendirilmesi, diyaliz bakımının tamamlayıcı bir unsuru değil; doğrudan tedavi etkinliğini ve hasta güvenliğini etkileyen temel bir izlem alanı olarak ele alınmalıdır.

Klinik izlemde semptom yükünün “ölçülebilir” biçimde kaydedilmesi; beslenme durum taramalarında gastrointestinal semptomların izlem değişkeni olarak yer alması ve kötüleşme durumunda bakım planının yeniden yapılandırılması önerilmektedir.

Tablo 7.1. SDBY'de Gastrointestinal Disfonksiyon Mekanizması

Mekanizma	Patofizyolojik süreç	Klinik yansıma	Hemşirelikte izlenen gösterge	Acil bildirim/ Alarm eşiği
Üremik yük / yetersiz klirens	Gastrik motilite değişimi, enterik sinir sistemi etkilenimi	Bulantı, iştahsızlık, dispepsi	Semptom zamanlaması (pre/intra/post), Kt/V-üre trendi ile birlikte değerlendirme	Seans öncesi artan semptom + eşlik eden bilinç değişikliği/instabil vital
IDH / yüksek UF	Splanknik hipoperfüzyon, mukozal hassasiyet	Bulantı-kramp, bazen diyare	UF hızı, IDWG, TA trendi, soğuk diyalizat/Na profili gereksinimi	Tekrarlayan IDH; MAP düşüşü + senkop/prekollaps
İlaç yükü (fosfat bağlayıcı, demir, analjezik vb.)	Gastrik irritasyon, motilite yavaşlaması	Dispepsi, konstipasyon	İlaç-semptom ilişkisi, dışkılama günlüğü	Dışkılama ≥ 3 gün yok + karın distansiyonu/şiddetli ağrı
Antikoagülasyon + üremik trombosit disfonksiyonu	Hemostaz bozulması, mukozal lezyonlarda kanama eğilimi	Melena/hematemez, Hb düşüşü	Hb/Hct trendi, dışkı rengi, ortostatik bulgu	Hb hızlı düşüş, melena/hematemez, hipotansiyon eğilimi
Disbiyozis / bariyer bozulması	Üremik toksin üretimi artışı, endotoksemi/inflamasyon	Şişkinlik, iştahsızlık, inflamasyon belirteçlerinde artış	Diyet kalitesi, kabızlık kontrolü, CRP-albümin trendi	Persistan diyare + volüm kaybı/elektrolit bozulması

Tablo 7.2. Diyaliz Hastasında Gastrointestinal Semptom-Olası Neden Eşleştirmesi

Semptom	Olası nedenler (örnek)	Klinik öncelik	Hemşirelik yaklaşımı (izlem + eylem)	Ne zaman acil bildirim?
İntradiyalitik bulantı	IDH, yüksek UF, elektrolit kaybı	Hemodinamik instabilite	Semptom zamanlaması; TA trendi + UF hızı; IDWG sorgu; gerekirse soğuk diyalizat/Na profili gibi ekip parametreleri için geri bildirim	Kusma + senkop/prekollaps, belirgin TA düşüşü, bilinç değişikliği
Konstipasyon	Fosfat bağlayıcı/demir, düşük lif, sıvı kısıtı, sedanter yaşam	HD'de konfor+beslenme; PD'de ayrıca kateter fonksiyonu	Dışkılama günlüğü; diyetisyen koordinasyonu; aktivite teşviki; Mg/fosfat içeren laksatiflerden kaçınma uyarısı	Şiddetli karın ağrısı, distansiyon, ileus şüphesi
Diyare	Antibiyotik ilişkili, C. difficile olasılığı, uygunsuz laksatif	Dehidratasyon/elektrolit bozulması	Dışkı niteliği-sıklığı; dehidratasyon bulguları; UF hedefinin GI kayıplara göre gözden geçirilmesi; izolasyon/prosedürlere uyum	Kanlı dışkı, ateş + hipotansiyon, hızlı kötüleşme

Dispepsi / reflü	Üremik ortam, motilite yavaşlığı; PD'de intraabdominal basınç	Beslenme azalması	Küçük-sık öğün, yatmadan önce yemekten kaçınma; semptom-modalite ilişkisi kaydı; uzun süre PPI risk-yarar izlemi	Hematemez, kahve telvesi kusma, senkop
Melena / Hb düşüşü	Antikoagülasyon, üremik trombosit disfonksiyonu, mukozal lezyon	Gizli/açık kanama	Hb/Hct trend; hemodinami; dışkı-kusmuk değerlendirmesi; heparinsiz/düşük doz stratejiler için ekip iletişimi	Hb hızlı düşüş + hipotansiyon/taşikardi, senkop, aktif hematemez

7.2. Patofizyolojik Temeller

7.2.1. Üremik Ortam ve Enterik Sistem Üzerindeki Etkiler

Üremik toksin birikimi; gastrik sekresyon, mide boşalması ve enterik sinir sistemi aktivitesi üzerinde etkili olarak bulantı, kusma, dispepsi ve iştahsızlık gelişimine zemin hazırlayabilir. Semptomların diyaliz öncesi dönemde belirginleşmesi, yetersiz üremik klirens ile gastrointestinal disfonksiyon arasındaki ilişkiyi destekleyen klinik bir gözlemdir. Ancak yeterli diyaliz dozunun sağlanması semptomları azaltabilse de semptomların bütünüyle ortadan kalkmadığı ve etiolojinin çoğu zaman multifaktöriyel olduğu akılda tutulmalıdır.

7.2.2. Hemodinamik Dalgalanmalar ve Splanknik Hipoperfüzyon

Hemodiyaliz sırasında hızlı ultrafiltrasyon ve intradiyalitik hipotansiyon epizodları, splanknik dolaşımda geçici azalmaya yol açabilir. Bu durum; bulantı-kusma, abdominal kramp ve bazı olgularda diyare gibi yakınmaların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir.

Tekrarlayan hipoperfüzyon epizodlarının, uzun vadede mukozal hassasiyeti artırarak inflamasyon ve kanama riskini yükseltebileceği düşünülmektedir. İntradiyalitik hipotansiyonun (IDH) yalnızca “rahatsızlık” değil, tekrarlayıcı olduğunda son-organ iskemi riski ile ilişkilendirilen bir komplikasyon olduğu vurgulanmaktadır. IDH'ye bağlı hipoperfüzyonun gastrointestinal alanda klinik yansması; bulantı-kramp gibi semptomların yanı sıra, kırılğan hastalarda mezenterik iskemi gibi ağır tablolarla ilişkilendirilmektedir.

IDH açısından daha yüksek risk taşıyan profiller; ileri yaş, diyabet ve otonom nöropati, düşük albümin/PEW, yüksek ultrafiltrasyon hızı ve kardiyovasküler komorbidite yükü olan hastalardır. Bu nedenle hemşirelik izlemi, yalnızca anlık tansiyon ölçümüne değil; UF hızı, interdiyalitik kilo alımı (IDWG), semptom zamanlaması ve trend hemodinamiğe odaklanmalıdır.

7.2.3. İlaç Yükü ve Mukozal Hassasiyet

Diyaliz hastalarında yaygın kullanılan fosfat bağlayıcılar, demir preparatları ve bazı analjezikler konstipasyon ve dispeptik yakınmaları artırabilir. Hemodiyaliz seanslarında uygulanan antikoagülasyon ise, eşlik eden mukozal lezyonlar varlığında gastrointestinal kanama riskini artıran belirgin bir faktördür. Mide asit baskılayıcıların kullanımı semptom kontrolünde etkili olsa da uzun dönem kullanımın olası riskleri göz önünde bulundurularak endikasyon temelli planlama yapılmalıdır. Üremik trombosit disfonksiyonu yalnızca trombosit sayısındaki değişikliklerle değil, trombosit adezyon ve agregasyon bozukluğu ile de ilişkilidir ve bu durum mukozal kanama eğilimini artırır.

Farmakolojik yaklaşımda dikkat edilmesi gereken noktalar arasında; kronik böbrek hastalarında magnezyum içeren laksatiflerin hipermagnezemi riskine yol açabileceği yer alır. Fosfat bazlı preparatlar elektrolit dengesini bozabileceği için dikkatle kullanılmalıdır. Lif bazlı preparatlar ve osmotik ajanlar (örneğin laktuloz) genellikle daha güvenli seçeneklerdir; ancak sıvı kısıtlaması olan hastalarda doz ayarlaması önemlidir.

Kronik Böbrek Hastasında Laksatif Seçimi

Kronik böbrek hastalarında magnezyum içeren laksatifler (örn. magnezyum hidroksit/sitrat) birikim ve hipermagnezemi riski nedeniyle kaçınılması gereken seçenekler arasında yer alır. Benzer şekilde fosfat içeren laksatif/enemalar (oral sodyum fosfat, fosfatlı lavmanlar) hiperfosfatemisi ve ciddi yan etki riski nedeniyle dikkatle ele alınmalı; kurum protokolleri ve hekim istemi olmadan kullanılmamalıdır.

Klinik pratikte daha güvenli seçenekler; diyet-lif optimizasyonu, uygun osmotik ajanlar (örn. laktuloz) ve bireyselleştirilmiş planlamadır (sıvı kısıtlı hastada doz/uyum mutlaka izlenmelidir).

7.2.4. Bağırsak Mikrobiyotası, Disbiyozis ve Bariyer Bütünlüğü

Son yıllarda kronik böbrek hastalığında bağırsak mikrobiyotası (disbiyozis) ve “üremik toksin yükü” arasındaki ilişki giderek daha fazla tartışılmaktadır. Disbiyozisin; protein bağlı üremik toksinlerin (örn. indoksil sülfat, p-kresil sülfat) üretimi ve bağırsak bariyer bütünlüğü üzerinden sistemik inflamatuvar yükü ilişkili olabileceğine dair derleme ve sistematik kanıtlar bulunmaktadır; ancak bu alanın klinik rutine **standart bir tedavi modülü** olarak girebilmesi için daha güçlü, sonuç odaklı müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

KDIGO 2024 kılavuzu, diyet başlığı altında **bitki ağırlıklı/az ultra-ışlenmiş** beslenme örüntüsünün inflamasyon ve bağırsak kaynaklı üremik

toksin üretimini azaltmaya katkı sağlayabileceğini; bu etkinin kısmen “mikrobiyom desteği” ile ilişkili olabileceğini belirtmekte, ancak mikrobiyota hedefli takviyelerin (probiyotik/prebiyotik) rutin kullanımına dair güçlü bir öneri çerçevesi sunmamaktadır.

Kanıt düzeyi ve klinik uygulama çerçevesi ile baktığımızda Kronik böbrek hastalarında bağırsak disbiyozisinin sistemik inflamasyon, endotoksemi ve kardiyovasküler risk artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte mevcut kanıtların önemli bir kısmı gözlemsel çalışmalar ve sınırlı örneklemli müdahale çalışmalarına dayanmaktadır. Güncel nefroloji ve diyaliz kılavuzlarında probiyotik veya prebiyotiklerin rutin kullanımı konusunda güçlü bir öneri bulunmamaktadır. Rutin kullanım önerilmemekle birlikte, seçilmiş hastalarda kabızlık yönetimi ve semptom kontrolü amacıyla bireysel değerlendirme yapılabilir. Bu nedenle hemşirelik pratiğinde mikrobiyota temelli müdahaleler, standart bakımın yerine geçecek şekilde değil; beslenme düzeninin optimize edilmesi ve kabızlık kontrolü gibi dolaylı yaklaşımlar çerçevesinde ele alınmalıdır.

Bu nedenle hemşirelik pratiğinde mikrobiyota başlığı, “takviye odaklı rutin uygulama” şeklinde değil; diyet kalitesi (bitki bazlı lif çeşitliliği), konstipasyon kontrolü, antibiyotik sonrası diyare izlemi ve inflamasyon göstergeleri (CRP, albümin, iştah-alım) gibi ölçülebilir değişkenler üzerinden, kanıta uyumlu biçimde ele alınmalıdır.

7.3. Sık Görülen Klinik Tablolar ve Hemşirelik Yaklaşımı

7.3.1. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma; intradiyalitik hipotansiyon, hızlı ultrafiltrasyon, elektrolit değişimleri, üremik toksisite ve ilaç intoleransı ile ilişkilendirilebilir. Hemşirelik bakımında ilk basamak, semptomun zamanlamasının (diyaliz öncesi, sırasında veya sonrası) ve şiddetinin sistematik biçimde değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme; vital bulguların izlenmesi, ultrafiltrasyon hedeflerinin ve hastanın interdiyalitik kilo alımının gözden geçirilmesi, hastanın son laboratuvar sonuçlarının (özellikle elektrolitler) değerlendirilmesi ve kullanılan ilaçların sorgulanması ile birlikte yürütülmelidir. Semptomların hemodinamik dalgalanmalarla ilişkili olduğu düşünülen olgularda, diyaliz parametrelerinin ekip tarafından yeniden düzenlenebilmesi için hemşirenin gözlem ve bildirimleri kritik öneme sahiptir.

Bulantı-kusmaya eşlik eden kanlı kusma, kahve telvesi görünümü, ani tansiyon düşüklüğü, bilinç değişikliği veya senkop gibi durumlar, gastrointestinal

kanama veya ağır hemodinamik instabilite olasılığı açısından gecikmeden klinik ekibe iletilmelidir.

7.3.2. Konstipasyon

Konstipasyon; sıvı kısıtlaması, düşük lif tüketimi, sedanter yaşam tarzı ve fosfor bağlayıcı/demir preparatı gibi ilaçların yan etkileri ile ilişkili olarak diyaliz hastalarında sık görülen bir sorundur. Uzamış barsak pasaj süresi yalnızca hasta konforunu azaltmakla kalmaz; periton diyalizi hastalarında kateter fonksiyonunu etkileyerek diyaliz etkinliğini azaltabilir ve peritonit riskini artırabilir.

Hemşirelik bakımında konstipasyonun yönetimi; dışkılama düzeninin izlenmesi, potasyum ve sıvı kısıtlamaları dikkate alınarak lif alımının diyetisyenle koordineli biçimde planlanması, düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve ilaçların konstipasyon yönünden gözden geçirilmesini içerir. Non-farmakolojik yaklaşımların yeterli olmadığı durumlarda laksatif kullanımı hekim istemi doğrultusunda planlanmalı; uzun süreli ve kontrolsüz kullanımın olası olumsuz etkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

7.3.3. Diyare

Diyare; enfeksiyonlar, antibiyotik ilişkili tablolar, üremik enteropati, elektrolit dengesizlikleri ve uygunsuz laksatif kullanımına bağlı gelişebilir. Diyare, intravasküler volüm kaybına yol açarak diyaliz toleransını olumsuz etkileyebilir ve intradiyalitik hipotansiyon riskini artırabilir. Bu nedenle hemşirelik bakımında; dışkının sıklık ve niteliğinin kaydedilmesi, dehidratasyon bulgularının değerlendirilmesi, ultrafiltrasyon hedeflerinin gastrointestinal kayıplar dikkate alınarak yeniden gözden geçirilmesi ve elektrolit izleminin sürdürülmesi önem taşır.

Yakın dönemde antibiyotik kullanımı olan ve sulu diyare gelişen hastalarda, özellikle hastane teması olan diyaliz popülasyonunda, *Clostridioides difficile* ilişkili diyare olasılığı klinik olarak dikkate alınmalı; kurumun enfeksiyon kontrol prosedürleri doğrultusunda uygun önlemler alınmalı ve klinik ekip bilgilendirilmelidir.

7.3.4. Dispepsi ve Gastroözofageal Reflü

Dispepsi ve reflü yakınmaları, üremik ortamın mukozal hassasiyet oluşturması, gastrik motilitenin yavaşlaması ve bazı hastalarda abdominal basınç dinamiklerinin değişmesi ile ilişkili olabilir. Periton diyalizi hastalarında diyalizat varlığına bağlı intraabdominal basınç artışı; erken doyma, abdominal distansiyon ve reflü şikâyetlerini artırabilir.

Hemşirelik bakımında; öğün düzenine ilişkin davranışsal öneriler (küçük ve sık öğünler, yatmadan hemen önce yemek yemekten kaçınma), semptomların diyaliz rejimiyle ilişkisinin izlenmesi ve gerektiğinde ekibe geri bildirim sağlanması önemlidir. Farmakolojik tedaviler hekim istemine göre sürdürülürken, uzun dönem tedavilerin risk–yarar dengesi izlemede dikkate alınmalıdır.

7.3.5. Gastrointestinal Kanamalar

Gastrointestinal kanamalar diyaliz hastalarında ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkili bir klinik sorundur. Üremik trombosit fonksiyon bozukluğu, anemi, komorbidite yükü ve hemodiyalizde uygulanan sistemik antikoagülasyon, mukozal lezyonlardan gelişebilecek kanamaların şiddetini artırabilir. Klinik pratikte melena, hematemez, açıklanamayan hemogloblin düşüşü, beklenmeyen hipotansiyon epizodları ve ani gelişen belirgin halsizlik bulguları gastrointestinal kanama açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Kanama şüphesi olan hastalarda hemşirelik bakımının önceliği; hemodinamik stabilitenin yakından izlenmesi, kanama bulgularının kayıt altına alınması, hemoglobin/hematokrit trendinin değerlendirilmesi ve antikoagülasyon planının klinik ekip tarafından yeniden ele alınmasına yönelik zamanında iletişimin sağlanmasıdır. Bu süreçte, heparinsiz veya düşük doz antikoagülasyon stratejilerinin seçimi hekim kararına bağlı olmakla birlikte, hemşirenin seans sırasında devre pıhtılaşması ve erişim yolu güvenliği açısından yaptığı izlem, tedavinin güvenli sürdürülmesinde belirleyici bir rol oynar.

Bulgular: Melena/hematemez, açıklanamayan Hb düşüşü, beklenmeyen hipotansiyon, ani halsizlik.

İlk eylemler: Vital trend + ortostatik değerlendirme; dışkı-kusmuk gözlemi ve kayıt; IV erişim güvenliği; Hb/Hct ve koagülasyon planının gözden geçirilmesi için hazırlık.

Ne zaman/kime bildirim: Melena/hematemez veya hemodinamik instabilite bulgusunda **derhal** sorumlu hekim + nefroloji ekibi bilgilendirilir.

Seans modifikasyonu (hekim kararıyla): Heparin azaltma/heparinsiz diyaliz veya düşük doz protokol; UF hedefinin temkinli revizyonu; devre pıhtılaşması ve erişim güvenliğinin yakın izlemi.

Acil sevk kriteri: Devam eden hematemez/melena + Hb’de hızlı düşüş, senkop/şok bulguları, MAP düşüklüğü veya mental durum değişikliği.

7.4. Klinik İzlemede Sistematiik Yaklaşım

Gastrointestinal semptomların yönetimi, yalnızca semptomatik tedavi uygulamakla sınırlı değildir. Semptomların ortaya çıktığı zaman dilimi (diyaliz öncesi/sırası/sonrası), semptom şiddeti, hemodinamik parametrelerle ilişkisi, ultrafiltrasyon hedefleri, interdiyalitik kilo alımı, laboratuvar trendleri ve ilaç kullanımını birlikte değerlendirilmelidir. Bu çok boyutlu değerlendirme, semptomların diyaliz reçetesiyle ilişkili olup olmadığını anlamada ve gerektiğinde bireyselleştirilmiş düzenlemelerin yapılmasında yol göstericidir.

Periton diyalizi hastalarında değerlendirme; dolun hacimleriyle semptom ilişkisi, abdominal distansiyon, dışkılama düzeni ve kateter fonksiyonunun birlikte izlenmesini gerektirir. Semptomların diyaliz modalitesine özgü bileşenlerle ilişkili olabileceği unutulmamalıdır.

7.5. Hemşirelik Bakım Planı Entegrasyonu

Diyaliz hastalarında gastrointestinal sorunlara yönelik bakım, sistematiik değerlendirme ve kanıta dayalı girişimlerin planlanmasını gerektirir. Hemşirelik tanıları yalnızca mevcut semptomları değil, potansiyel komplikasyon risklerini de kapsayacak şekilde ele alınmalıdır.

Bulanıtı (NANDA)

Bulanıtı; üremi, intradiyalitik hipotansiyon ve hızlı ultrafiltrasyon gibi faktörlerle ilişkili olarak gelişebilir. Hemşirelik bakımında vital izlemin sürdürülmesi, semptom şiddetinin ölçülmesi, ultrafiltrasyon hedeflerinin gözden geçirilmesi için ekibe geri bildirim sağlanması ve hekim istemi doğrultusunda antiemetik tedavinin uygulanması temel girişimler arasındadır. Beklenen sonuç; bulanıtı şiddetinin azalması, seans toleransının artması ve besin alımının iyileşmesidir.

Beslenme Dengesizlik: Gereksinimden Az (NANDA)

İştahsızlık ve gastrointestinal intolerans; protein-enerji malnütrisyonu riskini artırır. Günlük kilo takibi, beslenme alımının izlenmesi, diyetisyen iş birliği ve semptomlara göre öğün düzenlemesi hemşirelik bakımında temel yer tutar. Beklenen sonuç; kilo kaybının durması, beslenme göstergelerinin stabilizasyonu ve yaşam kalitesinde iyileşmedir.

Kanama Riski (NANDA)

Üremik trombosit disfonksiyonu ve antikoagülasyon uygulamaları, kanama riskini artırmaktadır. Hemşirelik bakımında dışkı ve kusmuk renginin değerlendirilmesi, hemoglobin/hematokrit trendinin izlenmesi, hemodinamik parametrelerin yakından takip edilmesi ve kanama şüphesinde klinik ekibin

zamanında bilgilendirilmesi önem taşır. Beklenen sonuç; hemodinamik stabilitenin korunması ve kanama bulgularının gelişmemesidir.

NOC (Sonuç ölçütleri): Bulantı şiddeti (0–10) ≤ 3 ; seans sırasında kusma yok; oral alımın seans günü korunması (hasta beyanı/öğün toleransı).

NIC (Girişimler): Bulantı değerlendirmesi (zamanlama-tetikleyici); hemodinamik izlem; UF hızı/IDWG üzerinden ekip parametrelerine geri bildirim; hekim istemiyle antiemetik uygulama; küçük-sık öğün danışmanlığı.

Alarm kriteri: Bulantı-kusmaya eşlik eden senkop, bilinç değişikliği veya hematemez varlığında acil bildirim.

Kabızlık (NANDA)

Konstipasyonun yönetimi; dışkılama düzeninin izlenmesi, posa içeriği yüksek besinlerin bireyselleştirilmesi, uygun fiziksel aktivite önerileri ve gerektiğinde hekim istemi ile laksatif planlamasını içerir. Beklenen sonuç; düzenli dışkılama alışkanlığının kazanılması ve semptomların azalmasıdır.

NOC: 48–72 saat içinde dışkılama düzeninde iyileşme; karın distansiyonu/şiddetli ağrı olmaması.

NIC: Dışkılama günlüğü; posa-lif planının bireyselleştirilmesi; fiziksel aktivite teşviki; hekim istemiyle laksatif planı; **magnezyum ve fosfat içeren laksatiflerden kaçınma** konusunda hasta eğitimi.

7.6. Vaka Temelli Değerlendirme

Beş yıldır hemodiyaliz tedavisi alan 58 yaşındaki erkek hasta; son bir haftadır belirgin halsizlik, iştahsızlık ve siyah renkli dışkılama şikâyeti bildirmektedir. Laboratuvar değerlendirmesinde hemogloblin düzeyi 7,8 g/dL bulunmuştur. Seans sonrası hipotansiyon epizodlarının olması, gastrointestinal kanama olasılığı açısından klinik şüpheyi güçlendirmektedir. Bu vakada hemşirelik yaklaşımı; hastanın hemodinamik stabilitesinin yakından izlenmesi, dışkı bulgularının kayıt altına alınması, hemogloblin trendinin değerlendirilmesi, antikoagülasyon planının klinik ekip tarafından yeniden gözden geçirilmesi için zamanında iletişimin sağlanması ve hasta-aile eğitimini kapsamalıdır. Erken klinik farkındalık ve hızlı koordinasyon, bu hasta grubunda ağır komplikasyonların önlenmesinde belirleyici bir rol oynar.

7.7. Hasta Eğitimi ve Yaşam Tarzı Önerileri

Hasta eğitimi, gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınmasında temel bir bileşendir. Diyaliz hastaları gastrointestinal semptomları çoğu zaman “diyalizin doğal parçası” olarak yorumlayabildiğinden, semptom

farkındalığını artırmak ve uygun başvuru davranışını desteklemek gerekir. Eğitim sürecinde; bulantı-kusma varlığında öğün düzeni ve hipotansiyon belirtileri, konstipasyonun önlenmesinde diyet ve fiziksel aktivitenin rolü, diyare durumunda sıvı-elektrolit kaybı ve diyaliz toleransına etkileri, melena/hematemez gibi kanama belirtilerinin acil değerlendirme gerektirdiği özellikle vurgulanmalıdır. Periton diyalizi hastalarında konstipasyonun kateter fonksiyonu ve peritonit riski ile ilişkisi hasta eğitiminin önemli bir parçasıdır.

Kaynakça

- BC Renal. (n.d.). *Management of constipation in patients with chronic kidney disease. Provincial Health Services Authority*. <https://www.bcrenal.ca/resource-gallery/Documents/Management%20of%20Constipation%20in%20Patients%20with%20Chronic%20Kidney%20Disease.pdf>
- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2025). *Handbook of dialysis* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Davenport A. (2023). Why is intradialytic hypotension the commonest complication of outpatient dialysis treatments?. *Kidney International Reports*, 8(3), 405–418. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.10.031>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(Suppl. 4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- LoreMBER F. M. (2018). Malnutrition in chronic kidney disease. *Frontiers in Pediatrics*, 6, 161. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00161>
- Seong, E. Y., Zheng, Y., Winkelmayer, W. C., Montez-Rath, M. E., & Chang, T. I. (2018). The relationship between intradialytic hypotension and hospitalized mesenteric ischemia: A case-control study. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 13(10), 1517–1525. <https://doi.org/10.2215/CJN.13891217>
- Suliman, I. L., Panculescu, F. G., Fasié, D., Cimpineanu, B., Alexandru, A., Gafar, N., Popescu, S., Nitu, T. S., Enache, F. D., Chisnoiu, T., Cozaru, G. C., & Tuta, L. A. (2025). Gut microbiome in patients with chronic kidney disease stages 4 and 5: A systematic literature review. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(21), 10706. <https://doi.org/10.3390/ijms262110706>
- Szeto, C. C., & Ng, J. K. C. (2025). Toxic microbiome and progression of chronic kidney disease: insights from a longitudinal CKD-microbiome study. *Gut*, [gutjnl-2025-335600](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2025-335600). Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2025-335600>
- Toke A. B. (2010). GI bleeding risk in patients undergoing dialysis. *Gastrointestinal Endoscopy*, 71(1), 50–52. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2009.09.005>
- U.S. Food and Drug Administration. (2014, January 8). *FDA drug safety communication: OTC sodium phosphate products—exceeding recommended dose may cause serious harm*. <https://www.fda.gov>
- Van Eck van der Sluijs, A., Pai, P., Zhu, W., & Ocak, G. (2023). Bleeding risk in hemodialysis patients. *Seminars in Nephrology*, 43(6), 151478. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2023.151478>