

HEMODİALİZ ÜNİTESİNDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK PROBLEMLER

Dr. H. İrfan BAYRAM*, Dr. Enver HASANOĞLU**

Ö Z E T :

Hemodializ tedavisine giren hasta yakınlarından ve hemodializ uygulayan ekipten sık sık hastaların psikolojik sorunları ile ilgilenilmesini isteyen başvurular gelmesi üzerine, hemodialize giren 12 hasta, hasta yakınları ve dializ ekibi ile bir çalışma yapıldı.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda ne gibi bağımlılıklar, tedavinin uzun sürmesi, organ transplantasyonu gibi sorunlar tartışılıp yardımcı olmaya çalışıldı. Hasta, hasta yakını, hemodializ ekibi bu çalışma ile azda olsa rahatladı. Hastaların depresyonları, hostiliteleri azaldı.

Çalışmamızın sonucu literatürle karşılaştırılıp uygunluk gösterip göstermediği tesbit edildi.

S U M M A R Y :

THE PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN HEMODIALYSIS UNIT

This study has been carried out a total 12 patients (5 males, 7 fameles) being treated in the hemodialysis Unite of the Erciyes University, medical school. Patients, of their relatives and dialysis staff.

One the pscycological problems wichich seen in this unite discussed and compared with literature.

Hemodializ tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezliğindeki hastalarda psikolojik bozukluklar olabilmektedir. Bu çalışma has-

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

tanemizde hemodializ tedavisine giren hastaların yakınlarından ve hemodializ uygulayan ekipten hastaların psikolojik sorunları ile ilgilenilmesini isteyen başvurular gelmesi üzerine, hastalar ve ailelerine nasıl yardımcı olunabileceğini araştırmak amacı ile yapıldı.

MAYERYEL VE METOD :

Çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodializ Ünitesinde kronik böbrek yetmezliği tanısı konulan ve bu tanı ile hemodialize alınan 12 hasta, 20 hasta yakını (anne - baba, eş, çocukları) ve dializ ekibindeki bir doktor, üç hemşire, bir teknik personel ile yapıldı.

Çalışmayı teşkil eden hastaların yaşları 17 - 51 yıl (ortalama 37.7) idi. Beşi erkek, yedisi kadındı ve onbiri evli, biri bekarıydı. Bekar olan hasta ile beraber üç hastanın çocuğu olmayıp, diğerlerinin (2 - 6) (ortalama 3.2) çocuğu vardı. Yedisi ev kadını veya ev kızı, üçü memur, biri öğretmen, biri boş gezer olup, hepsinin sosyal güvencesi vardı. Hastaların ailelerinde böbrek hastalığı öyküsü yoktu. Onbir hasta haftada iki kez, bir hasta ise haftada bir kez dialize girmekte idi.

BULGULAR :

Hastaları hemodialize giriş tarihlerinden itibaren takip etme imkanı bulamadık. Kendileri ve aileleri ile yapılan görüşmelerden iki hasta hariç büyük bir çoğunluğunun dialize kolay adaptasyon gösterdiği öğrenildi. Hastalardan kadın olanların hepsinde amenore, erkek olanlarda empotans vardı. Bu durumlarını «Biz eşimle artık kardeş olduk» şeklinde açıklamaktaydılar.

Dializ odasının şartlarının kısıtlı ve sıkışık olması, altı saat gibi uzun süre dializ aletine bağlı kalmanın sıkıntıları hastaların hepsinin şikayet ettiği konuların başında gelmekte idi. Buna rağmen çoğu durumlarından memnun olmaları gerektiğini, yer olmasa, makineye girmeselerdi ve bu nedenle başka yerde tedavi olsalardı, bunun zor veya imkansız olduğunun bilincinde idiler.

Hastaların hepsinin sosyal güvencesi olduğu için maddi problemler tedavi için stres olmamakta, fakat hastalar diete uymakta

zorluk çekmekte idiler. Beş hasta diete kesin olarak uyduklarını, altısı ise genellikle uyduklarını, fakat bazen kaçamak yaptıklarını, bir tanesi hiçbir şey yiyemediğini, yemek kelimesini duyunca midesinin bulandığını söyledi.

Hastaların hemen tamamı başlangıçta birkaç kez dialize gireceklerini, sonra buna gerek kalmayacağını veya böbrek nakli ile iyi olacakları düşüncesindeymiş. Görüşme esnasında ise hepsi de tedavilerinin uzun süreceğinin bilincindeydi.

Hastaların bazıları bu kesin tedavisi olmayan hastalıkları nedeni ile çevrelerindeki kişileri suçlamaktaydılar. Beş hasta, hastalıklarının ilerlemesine daha önce gittikleri doktorların doğru teşhis koymamalarının, romatizma, kalp romatizması tanıları ile oyalamalarının neden olduğu inancında idi. Bu nedenle kendilerini ilk gören doktora karşı şiddetli hostilite duyguları vardı. Bazen bu hostilitelerini kendilerine çevirmekte ve tedavilerini zorlaştırıcı veya engel olucu olaylara neden olmakta idiler.

Yaptığımız çalışmada hastaların ailelerine, alete ve tedavi ekibine bağımlılıklarını gözledik. Hastaların üçünün gece sıkıştıklarını, imkan olsa gece gelip dialize girme arzularının baskın olduğunu tesbit ettik.

Çalışma süresince müteaddit defalar hasta yakınları ile de görüşüldü. Ailelerin tedavi için maddi problemleri olmasa da hastalardan daha zor durumda oldukları görüldü. Çoğu hastasına karşı nasıl davranacaklarını bilememenin şaşkınlığı içinde idi. Tedavinin başlangıcında onlarda hastalar da olduğu gibi ümitli bir balayı devresi geçirmişler, fakat sonradan gerçeklerle karşılaşınca ve ellerinden hastaya iyi davranmaktan başka birşey gelmeyince hastalarına belli etmek istemedikleri bir anksiyete içine girmişlerdi.

Hastalığın oluşunu izleyen günlerde aile üyeleri arasında olumsuz ilişkiler olduğu gibi olumlu yönde gelişen ilişkilerde olduğunu gözledik. Hastalarımızdan biri hasta olmadan önce karısını kendisine layık bulmaz, her fırsatta onu aşağılarken, hasta olduktan sonra karısına karşı duygularının değiştiğini, onun kendisine yaptığı yardımları kendisi hasta karısı olsa ona yapamayacağını, bu nedenle karısına ne kadar şükran duysa az olduğunu söyledi.

Dializ ekibinin sorunlarının başında, hasta seçimini bir takım ölçeklere uymadan yapmaları gelmekte idi. Dializ ekibindeki doktor hastayı tedaviye almakla hastanın hayatını uzatacağının bilincinde olmasına rağmen hasta seçiminden dolayı suçluluk duyguları taşır. 4, 5, 7) Dializ ekibinin çalışma şartları çok kısıtlıdır. Bir kronik renal yetmezliği olan hastayı dialize aldıktan sonra endikasyonları daha fazla olan hastayı yer veya sıra yokluğu nedeni ile tedaviye alamamanın ezikliğini duyarlar. Bu çalışmamız esnasında bir kaç kez dialize giren yaşlı bir hasta ölünce, onun üzüntüsü ile birlikte, yerine daha genç ve daha faal birini alabilecek olmalarının sevincini yaşadıklarını gözledik.

Dializ ekibinin birbirine çok bağlı olduğunu iki seans çalışmak zorunda kaldıklarını, teknisyenler dahil fazla mesai yaptıklarını ve bunun karşılığını beklemediklerini tesbit ettik.

Tedavi ekibini zor durumda bırakabilen konulardan birisi de hastanın veya hasta yakınının tedaviyi yarım bırakmak istemeleri ve buna engel olma işinin yine tedavi ekibine kalması idi. Aksi takdirde hasta ölüme terkedilmekte ve o zamana kadar olan uğraşlar boşa gitmektedir.

T A R T I Ş M A

Dialize giren hastalarda ilk dializi takiben kısa bir süre sonra, balayı devresi denilen fiziksel ve psikolojik düzelmenin olduğu bir düzelme dönemi olur (9). Bu balayı dönemi kısa sürer. Bunu takiben hastanın tedavinin uzun süreceğinin bilincine varması sonucu ümitsizliğin ve psikolojik sorunların olduğu psikolojik devre oluşur. Bu devrede hasta dializ aygıtına bağlanması ve tıbbi komplikasyonlar nedeni ile endişelidir. Bu komplikasyonlar enfeksiyon, kan kaybı, kan basıncında azalma veya çoğalma, polinöropati, seksüel istek kaybı olabilir (11).

Erkek olan hastalarımızda empotans olduğunu öğrendik. Kadın hastalarımızda bekar olan dahil amenore mevcuttu. Bu durum organik nedenlerle birlikte, ruhsal nedenlerden de ileri gelmektedir. Yapılan araştırmalar yüksek azoteminin empotansa neden olabileceğini göstermiştir (5, 6).

Kadın hastalarımızdan birisi kocasına karşı kadınlık görevlerini yapamadığını, bu nedenle kocasına imam nikahı ile yeni bir kadın aldığını, kendi ziynet eşyalarını ona takdığını, çok iyi anlaş-tıklarını ve hepsinin çok mutlu olduğunu söyledi. Bu durum bizim toplumumuz için olağan olabilir. Zira çocuğu olmayan kadınlarımızda da bu tür davranışlar görebiliyoruz. Fakat başka toplumlar tarafından zor kabullenilebilen bir davranış olsa gerektir.

Tedavinin uzun sürmesi, aile ve toplum içindeki görevlerini yapamama hastalarda anksieteye neden olmaktadır (10). Yapılan araştırmalar anksietenin kadın ve erkekte farklı olmadığını göstermiştir. Biz yaptığımız çalışmada hastalarımızdan birinde nefrektomi yapılacakken sonradan vaz geçilmesi üzerine klinik tabloya hakim olan perseküsyon hezeyanları tesbit ettik. Bunun üzerine hastanın premorbid kişiliğini araştırdık. Fakat paranoid bir kişilik yapısı tesbit edemedik. Bizim bu hastamızda olduğu gibi, dializ tedavisindeki hastalarda seyrek de olsa çevresindeki kişiler gibi sağlıklı olmamaya bağlı perseküsyon hezeyanlarının olabileceği yayınlanmıştır (6).

Diet konusundaki gösterdikleri uyumsuzluk tedavilerini engellemektedir. Böyle bilinçli veya bilinçsiz hatalı kendine bakımın, kişinin kendini tahrip arzularından ileri geldiği düşünülür. Ki bu davranışları bir intihar girişimi olarak değerlendirmek gerekir. Dializ tedavisindeki kişilerde intihar normal popülasyondan oldukça fazladır. 3478 dializ hastasında yapılan incelemede suicide ile olan ölüm oranı % 5 olarak tesbit edilmiştir (2, 3, 6). Bizim hastalarımızdan üçünde intihar düşünceleri mevcuttu, bir tanesinde hastalığının başlangıç döneminde intihara teşebbüs etmişti. Beş hastamızda ölüp kurtulma arzusu, dört hastamızda ise ölüm korkusu mevcuttu.

Bu hastalarda regresyon, inkar, yansıtma gibi birçok savunma mekanizmaları kullanılmaktadır (1, 5). Bizim hastalarımızın da savunma mekanizmalarına sık başvurduklarını ve özellikle inkar ve regresyon mekanizmalarını kullandıklarını tesbit ettik. Çoğu kaderciliğe inanmakta ve dini inançları nedeni ile hastalıklarına katlandıklarını, katlanmaları gerektiğini söylemektedirler. Zaman zaman hastaların savunma mekanizmaları yıkılmakta ve klinik

tabloya depresyon hakim olmaktadır. Yapılan çalışmalar hastalarda olduğu kadar, hasta yakınlarında da bağımlılık, çaresizlik, hostilite, suçluluk duygularının olabileceğini göstermiştir (9, 10). Tanrıya isyan etmekle birlikte, yine tanrıdan yardım beklemektedirler. Erkek hastaların eşlerinin problemleri daha fazla idi. Çocuklarına hem annelik hem babalık yapmaya çalıştıklarını, ailenin bütün yükünü omuzlarında taşımanın güçlüğüne çektiklerini gözledik.

Bazı araştırmacılar tedavi ekibinde mutlaka bir psikiatrisin olması gerektiği görüşündedir (2). Bazıları ise psikiyatrise her zaman gerek olmadığını belirtir.

Bazı hastaların psikolojik yardıma ihtiyaçlarının olmadığını belirtmesi inkar mekanizmasını kullanmalarından ileri gelebilir. Bunun neticesinde psikiyatrik tedavi bağımlılık, depresyon, anksiyete gösteren hastalara yöneltilir. Buna dializ ekibinin iyimser beklentileri de eklenirse psikiyatrik yaklaşım hasta, hasta yakınları ve dializ ekibi için gerekli olduğu açığa çıkar. Psikiyatristler ise kronik organik yetmezliği, organik hastalığı olan kişilerin problemlerinin gerçek olmasından dolayı bu kişilerden kaçmak ihtiyacını hissederler (1, 2, 9). Hastanın öleceğinin bilinmesi psikiyatrist için bir stres kaynağıdır.

Hastalar ve hasta sahipleri bu çalışmaya büyük bir istekle katıldılar. Çünkü birlikte tedavi oldukları ve sanki bir akraba gibiyiz dedikleri hastaların durumlarının ağırlaşması veya ölmeleri onları korkutmaktaydı. İkinci bir nedense kendileri ile ne kadar ilgilenilirse o kadar iyi olacaklarına olan inançları idi.

Yaptığımız bu kısa çalışma bile hastaları, hasta yakınlarını ve tedavi ekibini rahatlatmıştı. Hastalar bu çalışmayı bir tanışma çalışması kabul edip, ilişkiyi kesmeyeceklerini, bize sık sık müracaat edeceklerini belirttiler.

Çalışmamız neticesinde ekipte devamlı bir psikiatrisin olmasından çok, zaman zaman psikiyatristle birlikte ekibin toplanıp sorunlarını tartışmasının, hasta ve hasta yakınları ile ferdi görüşmeler yapılmasının daha uygun olacağı kanaatini edindik.

KAYNAKLAR

1. ABRAM H.S. : The Psychiatrist, the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of life : 11. Amer. F. Psychiat. 126 : 157 - 157, 1969.
2. ABRAM H.S. : Psychiatric Reflection on Adaptation To Repetitive Dialysis. Kidney İnterval, Vol. 6,7-72. 1974.
3. GOLDSTEİN A.M., REZNIKOFF M. : Suicide in Chronic Hemodialysis Patients from an External Locuse of Control Framwork. Amer. J. Psychiat. 127 : 9, 124 - 127 (1971).
4. KAPLAN DE - NOUR : Medical Staffs' Attitudes And Patients' Rehabilitation. The European Dialysis And Transplant Asseciation. Vol. 17, 520-523. 1980.
5. LEVY N.B., WYNBRANDT G.D. : The Qualityl of Life on maintenance Hemodialysis. The Lancet, June 14, 1328 - 1330. 1975.
6. LEVY N.B. : The Uncooperative' Patient With ESRD, Causes and Treatment : Proceedings of The European Dialysis and Transplant Association. Vol. 17, 523-527. 1980.
7. OSORIO L., OBERKAUSER E., LAZCANO F.v.d. : Criteria of Selection of Patients for Choronic Dialysis and Transplantation. Rev. Med. Chil. 101 : 339-341, April. 1973.
8. RAINBAULT G. : Psychological Aspects of Chronic Renal Failure. Nephron 11 : 252 260, 1973.
9. REICHMAN F., LEVY N.B. : Problems in Adaptation to Maintanance Hemodialysis. Arch İntern. Med. Vol. 130, 859 - 865. 1972.
10. SALİHOĞLU A. : Kronik Hemodializ Tedavisi Gören Hastalarda Anksiete. Akdeniz Üni. Tıp Fak. Der. Cilt : 1, Sayı : 1 Mayıs. 67-71, 1982.
11. SHORT M.J., ALEXANDER R.J. : Psychiatric Consideration for Canter and Home Hemodialysis. Sth. Med. J. 2 : 12 1773 - 1779, 1969.