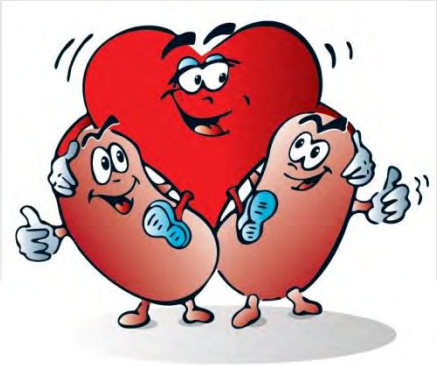
Diyaliz Hastalarında Psikososyal Yaklaşım



Yrd.Doç.Dr.Sevgi Nehir Türkmen

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi
21-25 Ekim 2015

SUNUM

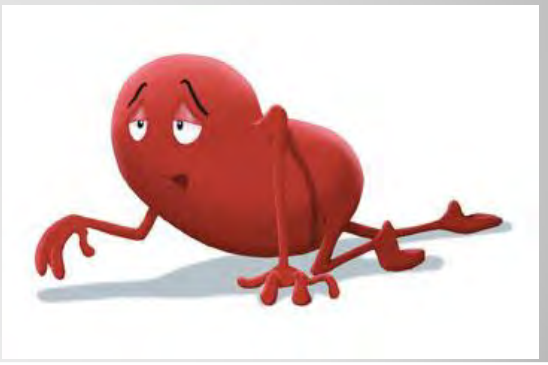
- Kronik Böbrek Hastalığı
- Diyaliz Tedavisi
- Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar
- Psikososyal Yaklaşım

Kronik Hastalık

Kronik hastalık; prognozu iyi olmayan, ölüm tehdidi oluşturan, vücutta geri dönüşümü olmayan bozukluklar, beden imajında kayıplar, fiziksel yetersizlikler, uyum bozuklukları ve psikolojik sorunları ortaya çıkaran bir durumdur.

Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek yetersizliği, böbrek fonksiyonlarında kronik, ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan bir bozulma halidir.



Kronik Böbrek Hastalığı

Dünyada 10 kişiden birinde böbrek hastalığı bulunmaktadır. Türk nefroloji derneğinin yaptığı tarama çalışmalarına göre, Türkiye'de her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde Kronik Böbrek Hastalığı bulunduğu gösterilmiştir.

Kronik Böbrek Hastalığı

Hastaların

%78.37'si hemodiyaliz,

%6.04'ü periton diyalizi

%15.59'u transplantasyon

tedavisi ile yaşamlarını sürdürmekteler.

Türk Nefroloji Derneği'nin kayıtlarına göre 2014

Diyaliz Tedavisi

Diyaliz tedavisi, hastaların yaşamını kurtarmakla birlikte, normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde kısıtlamaktadır.

Diyaliz Tedavisi

Diyaliz tedavisi, yalnızca hastaların yaşam sürelerini uzatmak amaçlı değil, hastaları ve ailelerini bütüncül ele alıp, yaşam kalitesini geliştirme bakış açısıyla uygulanması gereken bir tedavi yöntemi olmalıdır.

Diyaliz hastalarında

Haftada 3 kez diyalize girmek zorunluluğuyla bir merkeze bağımlılık, periton diyalizi hastalarında günde birkaç kez devamlı torba değiştirme zorunluluğu gibi nedenler hastaların yaşamlarını olumsuz etkileyebilir.

Bu durumlar, genellikle hastalarda

- kaygı,
- öfke,
- isyan ve umutsuzluk

duygusuna neden olur.

Bu duyguların artmasıyla hastalarda;

- Yadsıma (inkar),
- tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü,
- negativizm,
- anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Diyaliz Hastaları

- Hastalarda idrara çıkamadığı için istedikleri kadar su içememe ve yemek yiyememe,
- günde birden fazla birçok ilaç kullanımı,
- büyük kısmında görülen kansızlığa bağlı fiziki kısıtlamalar,
- diyetteki kısıtlamalar,
- zaman açısından yaşanan sıkıntılar ve
- ölüm korkusu hastayı psikolojik olarak etkileyebilir.

Diyaliz Hastaları

Diyaliz hastalarında psikolojik sorunlar nedeniyle intihar riski yüksektir.

Hastaların evlilik hayatında yaşadığı sorunlar, tedavi maliyeti ve işsiz kalma korkusu gibi çeşitli sosyo-ekonomik kaygılar da önemli problemleri arasına yer alıyor.

Diyaliz Hastaları

Kanda sürekli üre, ürikasit, kreatinin gibi toksik maddelerin yüksek miktarda bulunması nedeniyle beyin üzerine olumsuz etkilerin yaşandığı bu hastalıkta,

- depresyon,
- demans,
- delirium psikoz,
- kişilik ve anksiyete bozuklukları görülmektedir

ANKSİYETE

Diyaliz Hastaları

Hastalarda anksiyete ve davranış bozuklukları olarak ayrıca diyaliz personeline yönelik kırıcı davranışlar, düşmanlık, saldırganlık, paranoya ve ön yargılı düşünme görülebilmektedir.

Diyaliz Hastaları

- Seksüel fonksiyon bozuklukları bu hastalarda normal insanlara göre daha sık görülür.
- Hastalarda kan, üre değerinin yüksek olması sinir harabiyeti, damar hastalıkları, depresyona neden olurken, kullandıkları ilaçlar da seksüel fonksiyon bozukluğuna neden olabiliyor.
- Diyalizdeki kadınlar da genellikle menstürasyon göremezler ve çocuk sahibi olamazlar.

Diyaliz hastalarında

- Diyaliz hastaların yarısının veya daha fazlasında uyku yakınması mevcuttur.
- Uyku apnesi ve huzursuz bacak sendromu, uyku kalitesini düşüren en önemli nedenlerin başındadır.
- Bu hastaların yarıdan fazlasında uyku apnesi görülmekte ve bu hastalarda ölüm riski daha yüksektir.

PSİKOLOJİK ÖZELLİKLER

1-Bağımlılık - bağımsızlık çatışması

- Bir makineye bağımlı olan, diyetine dikkat etmesi, hastalığın ve tedavinin yan etkilerini (özellikle halsizlik, uykuya eğilim) kabul etmesi gereken bir hastadır
- Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir

Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder

a) Bazıları çatışmanın iki yönünde de yaşarlar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız)

b) Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşırlar

c) Bağımlılıktan korkanlar ise hastalığa ve tedaviye isyan ederler. Genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemezler

2-Yaşam-Ölüm Çatışması

Diyaliz hastaları ölüm düşüncesinden çok, uzamış yaşamın sorunları ile meşguldürler Kalp hastalarından farklı olarak ölüm korkusundan çok gerektiğinden fazla yaşama korkusu vardır.

3-İnkar Eğilimi

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi diyaliz hastaları da sıklıkla inkar mekanizmasına başvururlar. Bunun en önemli belirtisi hastaların diyalizi geçici bir tedavi olarak düşünmeleridir. Birçok hasta bir süre sonra iyileşeceğini düşünür.

4-Beden imgesi bozuklukları

Birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak ya da bedenini makinenin bir uzantısı olarak görür. Sıklıkla makineye insani özellikler atfeder. Onunla konuşur, ona öfkelenir. Ancak bu algılar çoğu kez bilinç dışıdır. Psikoza dönüşmesi nadir görülür.

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlarla İlgili Çalışmalar

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar

Yapılan çalışmalarda KBY hastalarının yaklaşık %10'unda depresyon, demans, ile ilgili bozukluklar, anksiyete ve kişilik değişiklikleri gibi psikiyatrik bozukluklar görülmektedir.

Akman B, Ozdemir FN, Sezer S. (2004); Depression levels before and after renal transplantation. Transplant Proc. 36: 111-3.

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar

KBY hastalarında depresyon insidansı ise %5-60 arasında değişmektedir, depresyon ile birlikte anksiyete de çok sıktır. Depresyon, hastaların tedaviye uyumsuzluğuna yol açabilmektedir.

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.

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar

KBY'li hastalarda depresyon varlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilerken, düşük yaşam kalitesi ve depresyonun bir arada bulunması daha yüksek oranda komorbidite ile ilişkilidir

Tossani E, Cassano P, Fava M. (2005), Depression and renal disease. Semin Dial; 2: 73-81.

Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease

Khaled Abdel-Kader,* Mark L. Unruh,* and Steven D. Weisbord*†

†*Renal Section and Center for Health Equity Research and Promotion, VA Pittsburgh Healthcare System, Pittsburgh Pennsylvania; *Renal-Electrolyte Division, Department of Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania*

Background and objectives: While many patients with end-stage renal disease (ESRD) have impaired physical and psychologic well-being, less is known about these health domains in patients with advanced chronic kidney disease (CKD). The authors sought to compare symptoms, depression, and quality of life in patients with ESRD and those with CKD.

Design, setting, participants, & measurements: Patients with ESRD and subjects with advanced CKD were enrolled. Patients' symptoms, depression, and quality of life were assessed using the Dialysis Symptom Index (DSI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and Short Form 36 (SF-36), respectively, and these health domains were compared between patient groups.

Results: Ninety patients with ESRD and 87 with CKD were enrolled. There were no differences in the overall number of symptoms or in the total DSI symptom-severity score. Median scores on the PHQ-9 were similar, as was the proportion of patients w… SF-36 Mental Componen…

Conclusi… patients with ESRD and … of this study underscore…

…CJN.00430109

P…atie… this number is mai… betes mellitus ical… ree to which

Diyaliz tedavisi alan hastalarda en sık görülen septomların,
%58 yorgun hissetme veya enerjide azalma,
%48 kemik veya eklem ağrısı,
%47 iştahta azalma olduğu görülmektedir

Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease

Khaled Abdel-Kader,* Mark L. Unruh,* and Steven D. Weisbord*†

†*Renal Section and Center for Health Equity Research and Promotion, VA Pittsburgh Healthcare System, Pittsburgh Pennsylvania; *Renal-Electrolyte Division, Department of Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania*

Background and objectives: While many patients with end-stage renal disease (ESRD) have impaired physical and psychologic well-being, less is known about these health domains in patients with advanced chronic kidney disease (CKD). The authors sought to compare symptoms, depression, and quality of life in patients with ESRD and those with CKD.

Design, setting, participants, & measurements: Patients with ESRD and subjects with advanced CKD were enrolled. Patients' symptoms, depression, and quality of life were assessed using the Dialysis Symptom Index (DSI), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and Short Form 36 (SF-36), respectively, and these health domains were compared between patient groups.

Results: Ninety patients with ESRD and 87 with CKD were enrolled. There were no differences in the overall number of symptoms e proportion of patients w SF-36 Mental Componen

Conclusi in patients with ESRD and gs of this study underscore

Uzun süreli diyaliz tedavileri sonucu sıklıkla depresyon, cinsel istekte azalma, yaşam kalitesinde ve yaşam süresinde azalma görüldüğü belirtilmektedir

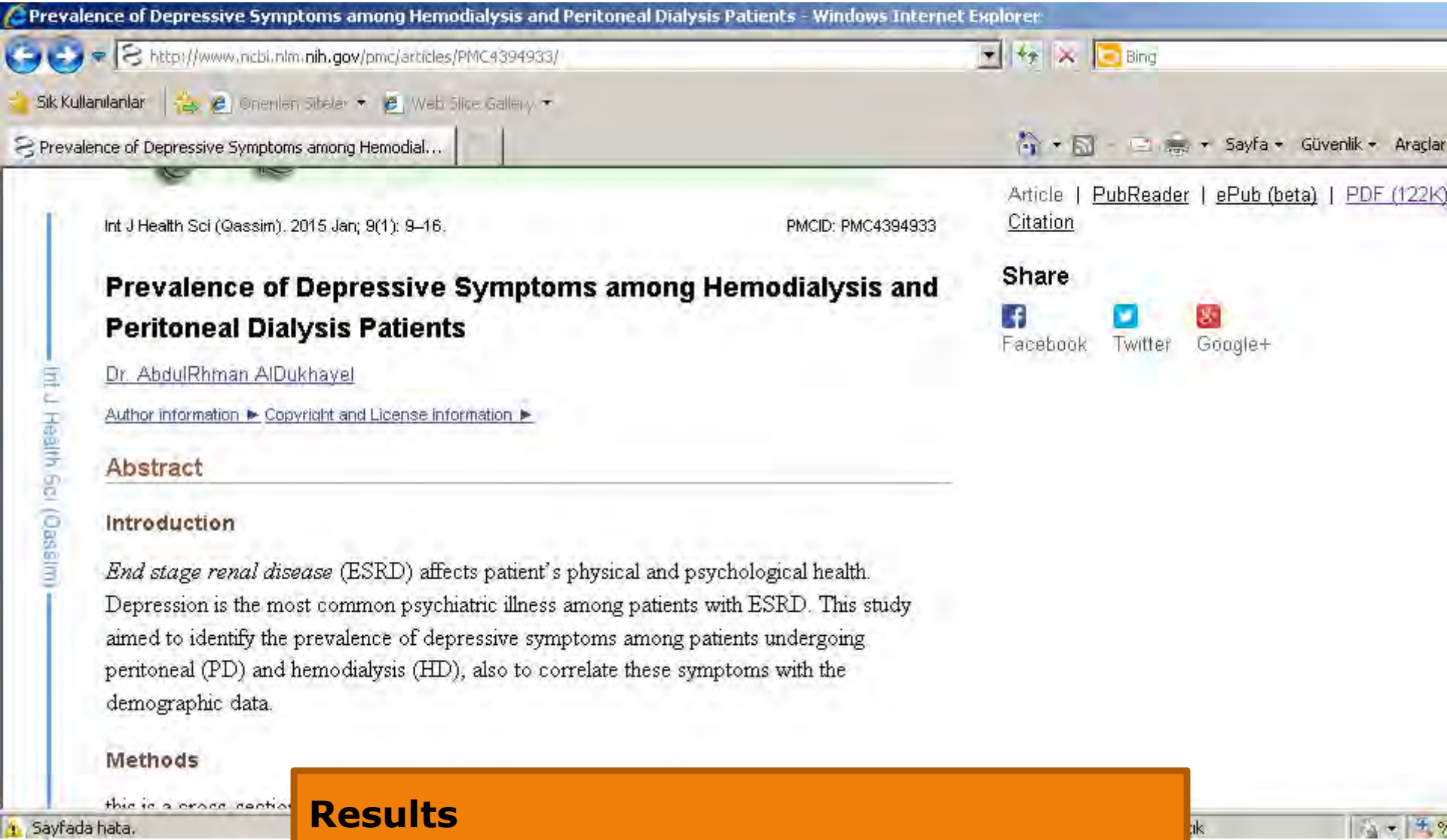
5/CJN.00430109

Patie d this number is maintenance dialysis suffer from a multitude of physical and emotional symptoms, exhibit a particularly likely to increase with the growing burden of diabetes mellitus and hypertension (20). Understanding the degree to which

Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar

Diyaliz hastaları ile yapılan araştırmaların bazılarında depresyon iş kaybını da içerecek şekilde kayıplarla ilişkisinden hastaların çalışmama durumu ortaya çıkmıştır.

Mollaoğlu M. (2004)Depression and heath-related quality of life in hemodialysis patients. Dialysis Transplantation;33:544-9.



Results

The prevalence of depression was significantly higher among PD patients (98.5%) in compare with HD patients (83.5%).

PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Kronik hastalıklarda psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçası, çünkü bireylerin uyumunu ve sosyal iletişimin sürdürülmesini gerektiren kronik hastalıklarda depresyon, uyku bozuklukları, iştah kaybı ve bitkinlik gibi sorunlar görülebilmektedir.

PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Psikososyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır.

PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Psikolojik Bakım Düzeyleri

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Düzey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Düzey IV: Terapi

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

- Bilgi verme,
- Görüşme,
- Dinleme ve empati becerisi,
- Psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme ve sunabilme,
- Aktarılan problem hakkında bilgili olma.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Psikososyal problemlerin en aza indirilebilmesi için iyi bir iletişim esas noktayı oluşturur. İyi bir iletişim hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını artırır. Bunun yanı sıra anksiyeteyi azaltır ve bakımla ilgili memnuniyeti artırır. Sağlık önerilerine uyumu artırır, hatalı ya da yanlış uygulama iddialarını azaltır

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişki "güven" üzerine temellenir. İlişkide açık, dürüst, anlayışlı ve saygılı davranılırken, hastanın "sözel olmayan" (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Psikososyal bakım uygulamasında "aktif dinleme" çok önemlidir. Çoğu insan diğer insanların, psikolojik, sosyal ve duygusal olarak varlığını ister. Bu nedenle bakım veren kişinin hasta için fiziksel ve duygusal olarak gerçekten "orada olması" gerekir.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

"Dokunma" önemli bir iletişim aracıdır. Önyargısız, kabullenici, güvenli bir ilişki, hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını kolaylaştırır. Hastaya psikolojik yaklaşım kavrayıcı, empatik, destekleyici ve etik ilkelere uygun olmalıdır

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Hemşirelerin psikososyal bakımda hastanın bireysel gereksinimleri ile ilgili kaynak sağlayabilme ve eğitim verme gibi rolleri vardır.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Bu bağlamda "bilgi verme" diğer önemli bir beceridir. Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bildiklerindeki yanlışlıklar, eksiklikler, istediği bilginin tipi, miktarı, hemşireden beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için fırsat verilmelidir.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler ve mesleki terminoloji kullanılması, hastanın görme, işitme duyularında, konuşmasında ve bilişsel özelliklerinde problemler, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık ve çok olması gibi faktörler anlama ve hatırlama için önemli engellerdir.

Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin görüşmenin başlangıcında ve sonunda tekrar edilmesi, o konuda sağlık personeli arasında görüş birliği olması gereklidir.

Düzey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

- Hasta/ailesinin stresle baş etme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme,
- Duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma,
- Aktarılan problem hakkında bilgili olma.

Düzey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

Psikoterapötik ilişkide sorun çözmeye yönelik girişimlerden önce duyguların, tutumların, düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi önceliklidir.

Düzey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının hastalara güvenli ilişki ve iletişim kurmak için, rahat hissedebilecekleri bir ortam yaratmaları gerekir. Bu terapötik ilişkinin hasta ve ailenin hemşireye güvenmesinde önemli bir rolü vardır.

Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

- Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler,
- danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.

Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Sorun çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleridir. Hemşirelerin, hastaların bazı psikolojik problemleriyle uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir.

Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Gevşeme ve solunum egzersizi gibi spesifik teknikler hastalarda anksiyete azaltıcı teknikler olmakla beraber titreme, ve kas gerginliği gibi anksiyetenin bazı istenmeyen sonuçlarını azaltır ve semptomların alevlenmesini önlemeye yardımcı olur.

Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Gevşeme teknikleri ayrıca, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yararlıdır. Özellikle stresle ilgili hastalığı olan bireylerde gevşeme tekniklerinin etkin olduğu bilinmektedir.

Düzey IV: Terapi

Bilişsel terapi, Davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Düzey IV: Terapi

Hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine bütüncül bakım verilmesinde, bu servislerde çalışan hemşirelerin ve tedavi ekibinin donanımlı olması gerekir.

Düzey IV: Terapi

Hemşireler ve diğer sağlık personeli çözümlenmesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar ve şiddet gibi birçok konuda bilgi ve destek almalıdır.

Öneriler

Kronik hastalığı olan bireylerin, bu hastalığa yakalandıkları günden itibaren hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi, bundan sonra kendisini bekleyen aşamalar ve tedavi yöntemleri hakkında korku ve kaygılarını azaltma adına eğitim programlarının düzenlenmesi önemlidir.

Öneriler

Sağlık çalışanları

- Hastaları çok iyi tanıması,
- Umutsuzluk düzeyini fark edebilmesi,
- Hastalığı ile ilgili düşüncelerini,
- Zayıf noktalarını anlayabilmesi,

Öneriler

Sağlık çalışanları

- Yaşam boyu mücadele etmek zorunda oldukları bu kronik hastalıkla baş etmelerinde destekte bulunulması,
- Hasta ve ailesinin tedavi sürecinde bütüncül ele alınması ve iletişimlerinin sağlanması gerekmektedir.

TEŞEKKÜRLER