DÖNGÜ

VE

PSİKOSOSYAL ADAPTASYON

Yrd. Doç. Dr. Satı BOZKURT
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Hastalık Karşısında Verilen

Ruhsal Tepkiler

Yas

- Şok ve İnkar
- Öfke
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme

Hastalığa Yanıtlar

- Uyum
- Anksiyete
- Depresyon
- Şüpheci tepkiler
- Hastalığın reddi
- Hastalıkla aşırı uğraş
- Hasta rolünün kullanılması

Hastaların Korkuları

- Ölüm
- Bağımlılık
- Beden biçiminde bozulma
- Yeti yitimi
- Kişilerarası ilişkilerde bozulma

Hastanın Tepkilerinde Etkilidir

- Hastalığın kendisi
- Hastalık öncesi uyum
- Yaşam dönemine özgü işlev ve amaçlara yönelik tehditler
- Kültürel ve dini tutumlar
- Hastanın çevresinde destek verecek kişi(ler)in varlığı

Hastanın Hastalığa Verdiği Tepkilerde Etkilidir

- **Hastanın fiziksel ve ruhsal yenilenme potansiyeli**
- **Hastanın kişiliği ve baş etme yöntemleri**
- **Geçmişte hastalık ile ilişkili deneyimleri**
- **Diğer kayıpları**

Power of Change

TEDAVİ SIRASINDA

- **Ölüm/acı çekme korkusu,**
- **Beden imajındaki olası değişikliklerle ilişkili korku, keder**
- **Cihazlar ve ilaç yan etkileri ile ilişkili korkular**
- **Anksiyete, hafif depresyon**

TEDAVİ SIRASINDA

- İnsanlığın yararına yönelik uğraşlar
- Gerçeği değerlendirememe (hezeyan ve halüsünasyonlar)
- Organik beyin sendromu / deliryum

Terminal Dönem

- Terkedilme korkusu
- Onur kaybı korkusu
- Ağrı korkusu
- İşlerin yarım kalması kaygısı
- Belli oranda ölümü kabullenme
- Depresyon
- Deliryum

KiĢilik Özellikleri, Hastalıkla BaĢetme Biçimleri ve Savunma Mekanizmaları

Bağımlı Kişilik

- Talepkar ve muhtaçtır
- Tedaviye uyumludur.
- Başta tedavi ekibinde olumlu duygular uyanırsa da giderek kaçınma hissi uyandırır.
- Engellenmeye tahammülsüzdür.
- Bakım alma gereksinimi artar.

Bağımlı Kişiliğe Yaklaşım

- Bakılacaklarına dair güvence verilmeli
- Sınırlar çizilmeli; hasta tedavi ekibinden ne bekleyebileceğini bilmeli
- Ağrı taleplerin tersine sonuçlara yol açabileceği

  anlatılmalı

Obsesif Kişilik

- Katı, esnek olmayan bir tutum takınabilir
- Tedaviyi reddedebilir
- Hastalık=beden kontrolü kaybı,
- Duygulanım ve dürtü kontrolü kaybı korkusu
- Katı ve inatçı tutumu tedavi ekibinde kontrol altına alma duygusu uyandırabilir.

Obsesif Kişiliğe Yaklaşım

- Ayrıntılı açıklamalar
- Seçme olanağı sağlamak
- Tedaviye katılmalarını sağlamak
- Durumun kontrol altında olduğu hissine yardım etmek

Histriyonik KiĢilik

- Kaygı uyandıran durumlarda inkar mekanizmasını kullanırlar.
- Hastalık sevgi ya da çekicilik kaybı ile ilgili endiĢeler uyandırır.

Histriyonik KiĢiliğe YaklaĢım

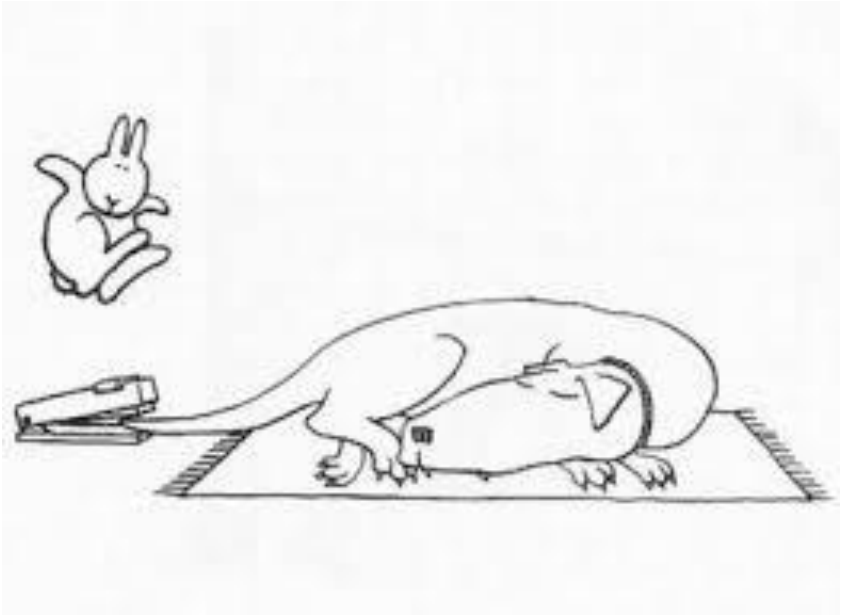
- Yakınlık ve profesyonel tutum dengeli olmalı
- Net sınırlar konulmalı
- Korkularını konuĢmasıiçin cesaretlendirilmeli

MazoÇistik Özellikler ve Hastalık

- Sıklıkla çocuklukta kötüye kullanım öyküsü
- Hastalık gerçekten bakıldıkları bir zamandır
- Hasta olmak çevrenin dikkatini ve ilgisini çekmektir.
- Hastalık bir ceza olarak algılanır
- Kendisine yönelik çabalar baÇarısız kılınmaya çalıÇılabilir

MazoGistik Özellikler ve Hastalık

- Tedaviye yanıt vermez, ikna edilemez
- Tedavi ekibi çok sık hayal kırıklığına uğrar
- Öfke, depresyon, Güphe, umutsuzluk uyandırırlar.



MazoĢistik KiĢiliğe YaklaĢım

- Düzenli kontroller yapılmalı
- Hastanın acı çektiği ve bunların kolay geçmeyeceği duygusu paylaĢılmalı
- Hastalık ve tedavilerin hastaya ikinci bir yük olduğu ifade edilir.

Şüpheci Kişilik

- Hastalanınca başkalarını suçlarlar, dünya onların karşısındadır.
- Basit girişimler bile incitebilir, kötüye kullanılmış,

  işgal edilmiş hissedebilirler.
- Stresle şüpheci, ve ağrı kontrol edici olabilirler
- Bakım verenlerde öfke uyandırırlar.

Şüpheci Kişilik

- Tedavi ekibi öfkeli, suçlanmış hissederler, hasta ile tartışıp, doğru olmadığını kanıtlamaya çalışabilirler.
- Hastanın fikrine katılmadan ya da karşı çıkmadan kabullenmek, tedavinin mantığını ayrıntılı anlatmak.
- Yeterli kişisel mesafeyi korumak.

Narsisistik Kişilik

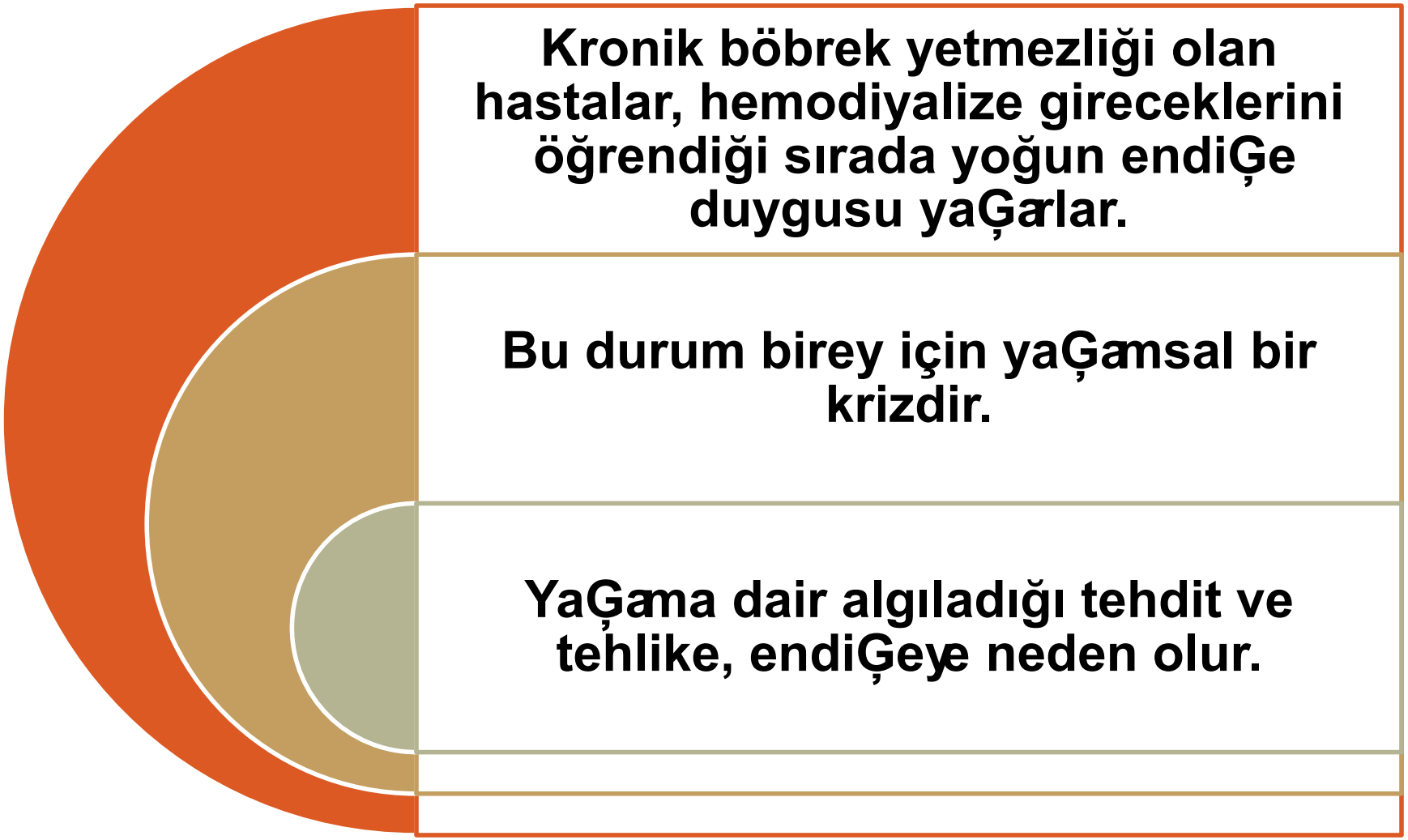
- Hastalıkla mükemmel olma ve incinmez olduğu duygusu sarsılır.
- Büyüklük duyguları artar.
- Tedavi ekibi değersizleştirilmeye tepki olarak benzer bir tepkiyi hastaya gösterebilir.

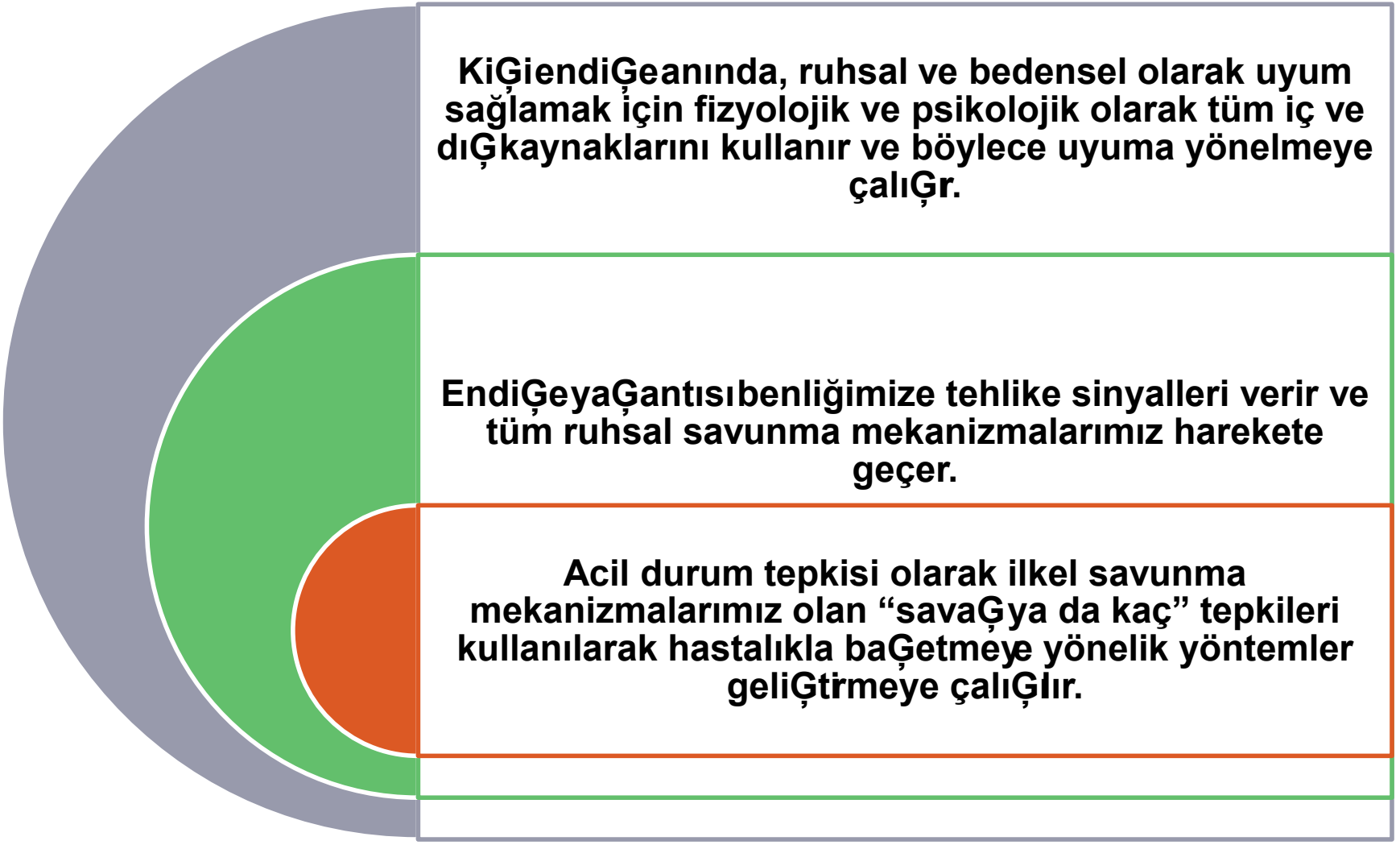
Narsisistik Kişilik

- Tedavi ekibinde kaçma ya da şavaşma duygusu uyandırabilir.
- “En iyisini hak ediyorsunuz” mesajı ile hastayı rahatlatabilirsiniz.
- Uygunsa aksaklıklar için özür dilenebilir.
- Değersizleştirme girişimleri hastanın benlik saygısını koruma çabasıdır.

ġizoid KiĢilik

- Gerçekten gerekli olmadıkça tıbbi yardım almazlar
- ĠĢirliği ve tedaviye uyum güçtür
- Hastalık ve hastane yatıĢıiĢgaledilmiĢhissi ve yoğun kaygı uyandırır
- Sakin, mesafeli, nazik bir tutum uygundur
- Kırılgandır


Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, hemodiyalize gireceklerini öğrendiği sırada yoğun endiÇe duygusu yaÇarlar.
Bu durum birey için yaÇamsal bir krizdir.
YaÇama dair algıladığı tehdit ve tehlike, endiÇeye neden olur.


KiĢiendiĢeanında, ruhsal ve bedensel olarak uyum sağlamak için fizyolojik ve psikolojik olarak tüm iç ve dıĢkaynaklarını kullanır ve böylece uyuma yönelmeye çalıĢır.
EndiĢeyaĢantısıbenliğimize tehlike sinyalleri verir ve tüm ruhsal savunma mekanizmalarımız harekete geçer.
Acil durum tepkisi olarak ilkel savunma mekanizmalarımız olan “savaĢya da kaç” tepkileri kullanılarak hastalıkla baĢetmeye yönelik yöntemler geliĢtirmeye çalıĢılır.

Hastalık Yok Edilemeyeceğine Göre Hasta

1. Hastalıkla baş etmeye çalışarak ve tedaviye uyum sağlayarak yaşam kalitesini yükseltebilir.

2. Hastalığa tepkisel yaklaşarak kabullenmez ve devamlı öfke, korku ve endişe duyguları ile yaşamını çekilmez hale getirebilir.

Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur.

Diyaliz hastaları birçok fiziksel ve psikolojik strese maruz kalır. En büyük stres nedenlerinden birisi diyaliz işleminin kendisidir.

Bunun dışında:

- **İlaç ve diyet tedavisi,**
- **Bir makineye bağımlılık,**
- **Cinsel fonksiyon bozukluğu,**
- **İş kaybı,**
- **Sık hastalanma ve**
- **Sağlık personeli ile ilişkilerstres kaynağı olabilir.**

Diyaliz Hastalarında Psikiyatrik sorunlar

- Tedaviye uyum sorunları
- Kaygı (anksiyete)
- Depresyon
- Uyku bozuklukları
- Cinsel fonksiyon bozukluğu
- İntihar girişimi
- Psikoz
- Rehabilitasyondaki zorluklardır.

TEDAVİYE UYUM SORUNLARI

- **Diyaliz uygulamasındaki en önemli stres kaynağı, kronik bir hastalık olması ve yaşamını sürdürebilmek için hastanın bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur.**

Bireysel farklılıklar görülmekle birlikte hastaların tepkileri genellikle belirli dönemlerden geçer.

Bu dönemler şöyledir;

ÜREMİK DÖNEM:

- Diyalize bağlanmadan önceki dönemdir.
- Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içindedirler.
- Yaşamı tehdit altında olduğu endişesi yaygındır.
- Ölüm korkusu, yorgunluk, umutsuzluk, halsizlik, zihinsel çökkünlük içindedirler.

ANKSİYETE DÖNEMİ (DİYALİZ BAğLANGICI)

- **Bu dönemde ortaya çıkan yoğun anksiyete hastaların tedaviyle ilgili endişelerinden kaynaklanır.**

Tedaviye ilişkin gerekli bilgi edinmek endişeyi azaltacaktır.

BALAYI DÖNEMİ (DİYALİZDE 3 HAFTA)

- Diyaliz uygulamasına başlandıktan sonraki dönemdir.

- Bu dönem apatinin azaldığı (Çevre ile anormal derecede ilgisizlik, duygusuzluk, kayıtsızlık, dış dünyadan kopma)
- Ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği
- Sıklıkla öförinin (yoğun coşku) eşlik ettiği bir tablo bulunur.

DEPRESYON DÖNEMİ

Yaşama dönüş evresi olarak da tanımlanan üçüncü dönemde ise diyaliz uygulamasına başlandıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği görülmektedir.

Yas tutma, kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir.

UYUM DÖNEMİ

- Normale dönüşün yaşandığı dördüncü ve son dönem ise, ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir.
- Makineye alışılmıştır; hastalığın ve tedavi uygulamalarının elverdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir.
- Gerçekçi kabullenme sağlanmış ileriye dönük plan ve beklentiler geliştirilir.

UYUM DÖNEMĠ

- Tedavi ekibi ile hastanın iliĢkileri ve ortam, hastanın uyum ya da kaygısında önemli rol oynar.
- Hastanın beklentileri, tedavi yöntemleri, teknik faktörler, içsel duygu ve buna olan tepkileri değerlendirilmeli, hasta bilgilendirilmeli ve tüm bunlar görüĢülmelidir.
- Tedavi ekibinin duygusal desteği, hastayı anlamaya çalıĢması, kaygının azaltılması ve hastanın uyumu için önemlidir. Özellikle hemĢireler ve hasta arasında duygusal olarak aktarım ve karĢı aktarım iliĢkisi yaĢanmaktadır.

- Ġnkąrnegativizm (olumsuz düşünme) ve tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü bu hastalarda sık görülen reaksiyonlardır.

- Bu reaksiyonlar genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomi (insanlardan bağımsız olma) kaybetme, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı kaygı, öfke ve isyanın neden olduğu, mutsuzluk duygularıyla ilişkilidir.

- Hastanın, hastalığından dolayı yaşadığı kaygıyı, yakınlarına ailesine ve çevresine yansıtabileceği bilinerek ilişki kurulmalıdır.

- Hastanın kaygısı, agresif davranışlara ve öfke kontrolü kuramamasına neden olabilir. Bunun sonucu olarak aile içi ilişkilerin bozulabilir.

- Endişe ve üzüntü ile baş etme güçlüğü çekilen durumlarda, anksiyetenin (endişe) azaltılması ve stresle baş etme yöntemlerinin artırılması için kişinin psikolojik destek alması gerekmektedir.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİNİN DESTEĞİ

Tedaviye uyumun sağlanması için hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Bunlar:

1.Hemşire, hastanın ailesi ve hemodiyaliz personeli ile arasındaki çatışmalardan haberdar olmalıdır. Hastalar ailesi ve personel ile olan sorunlarını bazen tedavilerini aksatarak yansıtabilirler.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİNİN DESTEĞİ

2.Hastanın tedavisini anladığından emin olmak gerekir. Diyaliz hastası çok sayıda ilaç kullanır, beslenme düzenini değiştirir; bu tedavileri ve tedavisinde yapılan değişiklikleri anlaması ve uyum sağlaması zor olabilir. Hasta eğitimi için toplantı, konferanslar yararlı olabilir.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİNİN DESTEĞİ

2.Hastanın tedavisini anladığından emin olmak gerekir. Diyaliz hastası çok sayıda ilaç kullanır, beslenme düzenini değiştirir; bu tedavileri ve tedavisinde yapılan değişiklikleri anlaması ve uyum sağlaması zor olabilir. Hasta eğitimi için toplantı, konferanslar yararlı olabilir.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİNİN DESTEĞİ

3. Tedaviye uyumsuz hastanın morali bozulmamalıdır; hastalar yanlış da olsa istedikleri tedaviyi seçmek hakkına sahiptir. Bu konuda yapılacak baskılar ters tepebilir.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİ DESTEĞİ

4. Tedavi ne kadar basitleştirilirse uyum şansı o kadar artar, gereksiz tetkik yöntemi, ilaç ve tedavilerden kaçınılmalıdır.

TEDAVİYE UYUMUN SAĞLANMASINDA TEDAVİ EKİBİNİN DESTEĞİ

5. Tedavide uyumsuzluğun nedeni depresyon veya başka bir psikiyatrik sorun olabilir.

ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Makineye bağımlı olduğunu, özgürlüğünün engellendiğini düşünmesi, kendi yaşamına dair kontrolünü kaybettiği inancı, fiziksel durumu, aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı arttırır.

Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da arttırır.

ANKSİYETE BOZUKLUĞU

- **Hastalıkla ilgili olarak düşüncelerin felaket senaryosu şeklinde üretilmesi, endişe ve korku duygularının yaşanmasına neden olur.**

- **Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır.**

ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Panik düzeyindeki kaygı reaksiyonlarının tedavisinde ilaç, telkin, açıklama, bilgilendirme, gerçekçi yaşam hedefleri ve psikososyal yaşam hedefleri belirleme, psikososyal desteklerin arttırılması ve özgüveninin desteklenmesine dönük psikoterapi uygulanmalıdır.

Depresyon

Diyaliz hastalarında, depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ve major depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın bozukluktur.

Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel güçlerini, bağımsızlıklarını, çalıĢabilme yeteneklerini kaybedecekleri endiĢesi,depresyon geliĢmesindekien önemli unsurlardır.

Depresyon

Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki vardır.

Psikososyal destek ve güvenceleri yetersiz olan hastalar depreyona daha fazla eğilimlidirler. Bu hastalarda depresyonun psikofizyolojik ve somatik belirtileri, tıbbi değerlendirmeyi daha da güçleştirir.

Depresyon gerek bağışıklık sistem işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi ile gerekse hastada ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile hastalığın seyrini olumsuz etkiler.

Depresyon

Üzüntü, elem, zevk duygusunun azalması, uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması gibi reaksiyonlar tedavi sürecini bozar.

Depresyonu olan hastaları olmayanlardan en iyi ayırt ettiren belirtiler:

- **Çökkün duygulanım,**
- **İlgi kaybı,**
- **Düşüncelerde yavaşlamayada karışıklık,**
- **Değersiz ya da suçlu hissetme,**
- **Kayıp duygusu ve yas tutma,**

Depresyon

Depresyonu olan hastaları olmayanlardan en iyi ayırt ettiren belirtiler:

- **Yetersizlik düşünceleri,**
- **Kendilik değerinde azalma,**
- **İntihar düşünceleri,**
- **İştahsızlık ve kilo kaybıdır;**

halsizlik, uyku bozukluğu ve cinsel istek azalması belirtilerinin tanı değeri düşüktür.

UYKU BOZUKLUKLARI

- Diyaliz hastalarında uyku bozuklukları oldukça sıktır. Uyku bozuklukları zihinsel aktivitelerde azalmaya yol açabilir. En sık rastlanan uyku bozukluğu psikososyal strese bağlı hafif, geçici uyku bozukluklarıdır.

- Kaygı (anksiyete) ve depresyona bağlı uykusuzluk da izlenebilir.

- Bazı ilaçlar de uykusuzluğa neden olabilir.

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU

- **Her iki cinsiyetten diyaliz hastalarının da cinsel sorunları vardır.**
- **Erkeklerde fonksiyon bozukluğu (empotans) % 70 oranına ulaşabilir.**
- **Cinsel ilişkisıklığı azalmıştır.**
- **Ayrıca vajinal kuruluğa bağlı ağrılı cinsel temas (dyspareunia) vardır.**

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU

- **Cinsel fonksiyon bozukluğunda psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı kabul edilir.**
- **Erkeklerde depresyon, iş kaybına bağlı olarak aile içindeki rolünün tersine dönmesi, idrar yapma fonksiyonunun kesilmesi cinsel fonksiyon bozukluğuna katkıda bulunabilir.**

CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU

Bununla beraber empotans genellikle organik nedenlere bağlıdır. Bu organik nedenler üremi ile birlikte olan hormonal değişiklikler, diyabet, dolaşımyetmezliği (vasküler bozukluk) veya antihipertansif ilaçların kullanımı gibi faktörlerdir.

REHABİLİTASYON SORUNLARI

Hastaların yaklaşık 2/3'ü böbrek yetmezliği ortaya çıkmadan önceki işine dönemezler. Bu hastaların işlerine dönebilmeleri büyük oranda sosyoekonomik koşullarla bağlantılıdır.

Diyaliz hastası bir üniversite profesörünün veya bir işadamının işine dönmesi kalifiye işçiye göre daha kolaydır.

Genellikle kadınların, özellikle ev işine dönecek evli kadınların erkeklere göre şanslarıdaha fazladır.

REHABİLİTASYON SORUNLARI

Erkeklik hissi doğrudan iş performansı ile bağlantılı olduğu için erkeklerde iş kaybının büyük psikolojik etkisi vardır.

Şahsın önceki işinden olan memnuniyeti de önemlidir.

İşlerinden zaten hiç hoşlanmamış olan şahıslar diyalizin başlamasından sonra kısa zamanda iş aktivitelerini bırakma eğilimi göstermektedirler.

REHABİLİTASYON SORUNLARI

Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında aktivite durumu ve yarım/tam gün çalışabilme oranı hemodiyaliz hastalarından daha iyidir.

Bu durum tedavi seçeneklerinin sonucu mudur veya aktivite durumu daha iyi olan hastalar sürekli ayaktan periton diyalizini mi seçmektedir sorularını gündeme getirmektedir.

REHABİLİTASYON SORUNLARI

Eritropoietin kullanımı ve aneminin daha etkin tedavisi bu hastaların rehabilitasyonuna katkıda bulunur. Rehabilitasyonun önemli bir yönünün de egzersiz olduğu unutulmamalı ve egzersiz programı düzenlenmelidir.

ÖNLEME VE PSİKOTERAPİ

- Birçok psikolojik problemi geliŞmeden önlemek mümkündür. Hastanın kiŞiliğine, hayat tarzına en uygun diyaliz Şeklinin seçilmesi bu açıdan önemlidir.

Hastalara cinsel fonksiyon bozukluğu hakkında önceden bilgi verilmelidir.

ÖNLEME VE PSİKOTERAPİ

Psikoterapi yöntemlerinin birçok çeşidi bu grup için yararlıdır.

Bazı yöntemler psikiyatrist olmayan kişilerce de uygulanabildiği halde bazılarının psikiyatristler tarafından gerçekleştirilmesi gereklidir.

ÖNLEME VE PSİKOTERAPİ

Destekleyici anlamda bireysel psikoterapi spesifik semptomları gidermede faydalıdır. Ancak diyaliz hastaları genellikle inkar mekanizması şeklinde ego savunması geliştirdikleri için bireysel psikoterapiye dirençli olma eğilimindedir.

ÖNLEME VE PSİKOTERAPİ

Psikolojik problemlerin çözümlenmesi kadar eğitime de yönelik olan grup psikoterapisi de faydalı olabilir. Seksüel davranış terapisi cinselliğe yöneltme ve cesaretlendirmeyi içine alır.

ÖNLEME VE PSİKOTERAPİ

Amaç cinsellikten kaçınmanın ortadan kaldırılmasıdır. Ağrı zorlamadan düzenli yapılacak egzersizin böbrek yetmezliği olan hastanın depresyon ve anksiyetesini azalttığı gösterilmiştir.

SONUÇ OLARAK

Yapılan çalışmalar diyaliz tedavisine başlanılan ilk yılda her hangi bir nedenle psikiyatrik desteğe % 70 oranında ihtiyaç duyulduğunu, zaman ilerledikçe muhtemelen bir çeşit adaptasyon sağlandığı için bu oranın % 30'lara düştüğünü göstermektedir.

SONUÇ OLARAK

Bu bilgiye dayanarak diyaliz programına alınacak hastaların öncelikle psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması hem hastaların psikososyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak hem de tedavinin başarısını ve hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır.

TEġEKKÜRLER