

Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisinin Psikososyal Yönü

*İlhan ÖZDEMİR**
*İbrahim BALCIOĞLU***

Günümüzde hastalıkları organik ve ruhsal bozukluklar olarak kesin çizgilerle ikiye ayırmak imkansızdır. Hastalık, fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşamdaki uyumlarını bozmakta ve pisokolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Böylece, kurulmuş olan denge durumunu büyük bir sarsıntıya uğratmaktadır. Devamlı hastalığı olanlarda ruhsal sorunların da en az organik problemler boyutuna eriştiği görülmektedir. Dolayısı ile bu tip hastalara, tedavinin, hem ruhsal hem de organik yönle eşit olarak götürülmesi gerekmektedir. Fakat, uygulamada, bu nokta unutulmuş, ruhsal tedavi ihmal edilmektedir. Bunun en belirgin örneği, kronik böbrek yetmezliği olan hastalardır. Kronik böbrek yetmezliği; tıbbi tedavideki güçlükler, tedavinin uzun sürmesi, prognozun kötü olması, sürürekli ölüm tehdidi, hastaların ruhsal yapılarında bozukluklara yol açar. Bu nedenle de uğraşılması en güç hastalıklardan biri olarak bilinir. Uzun süreli hemodiyaliz tedavisi, beraberinde birçok sorunu da getirmektedir. Bu sorunlarla gelen duygusal bozukluklar, hastaların ruhsal dengelerini bozmakta, onların hemodiyalize olan toleranslarını azaltmakta ve rehabilitasyonları için büyük bir engel oluşturmaktadır. Duygusal baskılar, hayatlarının her yönüne yansımakta; Fizik fonksiyonun kaybı tehdidi, uyulması gereken sıkı diyetin oluşturduğu kısıtlamalar sonucu dürtülerde azalma, seksüel gücün kaybı ve vücut imajındaki hasarlar gibi sorunları içermektedir. Bu sorunlar hastaların sosyal ilişkilerini bozmaktadır. Bunların dışında, hastalar en büyük baskının makinaya ve

tıbbi tedavi ekibine bağımlılıklarından kaynaklandığını düşünmekte bu bağımlılıkta reaktif agresyonu ortaya çıkarmaktadır.

Gelecekle ilgili planlar yapma imkanını ortadan kaldıran sürekli bir ölüm korkusu ve tehdidi, güçlüklerin çözümlenmesi veya en azından hastaya bu zorluklarla uğraşabilmesinde yardım edilmesi gerekmektedir.

Tedavinin tıbbi gayelerinin yamsıra, hastalarda görülen psikososyal yıkımın ortadan kaldırılması zorunludur. Diğer ülkelerde yoğun bir şekilde gerçekleştirilmeye çalışılan bu amaç ile ilgili örgütlü ve planlı çalışmalar ülkemizde yapılmamaktadır.

Hastaların hemodiyalizle fizik durumlarını iyileştirmek mümkündür. Ancak hemodiyaliz tedavisine alınan hasta yüzlerce stresle karşı karşıyadır. Herşeyden önce hayatının devamı tamamı ile yabancı olduğu alete bağlıdır. Hastalığı sebebi ile birçok kayıplara uğramış, tüm aktiviteleri sınırlanmıştır. Bunların sonucu olarak, ortaya çıkan ruhsal sorunlar, hastanın gerek tedaviye uyumunu, gerekse sosyal ilişkilerini bozmakta, hatta zaman zaman tedavinin dışında bırakılmasına sebep olmaktadır. Buna karşın, hastaların bu yönü, organik tedaviyi yürüten ekipçe genellikle ihmal edilmekte, bu konuda yapılan çalışmalar çok sınırlı kalmaktadır.

Hemodiyaliz uygulamasının diğer tedavilerden belirgin ayrılıkları vardır. En önemlisi ve açık olanı, hastanın, haftada iki ve üç kez ortalama dört saat bağlı kaldığı makinaya bağımlı olmasıdır. Gelip

*Ankara Üniversitesi Tıp Fak. İç Hastalıklardan A B D

** Psikiyatri Uzmanı, Ank.Üni. Tıp Fak. İç Hast. A B D.

gidebilir, fakat asla uzak kalmaz. Hasta, alet ile sembolik bir füzyon içinde yaşar. Hasta ile, yaşamını koruyan ama yanısıra özgürlüğünü kısıtlayan bu alet arasında geleneksel sevgi-nefret ilişkisi vardır.

Diğer bir özellik, diyet ve sıvı sınırlandırılmasıdır. Tuz ve protein ileri ölçüde azaltılmıştır. Yasaklanan şeyi ancak ve ancak dialize girmeden önce biraz fazla yiyebilir çünkü akşama kadar kanından temizleneceğini bilmektedir. Yani bunda da alete bağlıdır. Psikodinamik görüş açısından, bağımsızlıktan aşağı yukarı tam bir bağımlılığa geçiş diyebileceğimiz bu durum, anne-çocuk ilişkisi ile çok yakın benzerlikler göstermektedir. Burada alet anne rolündedir ve hastaya bir kanülle bağlıdır. Hastaya hayal veren bu bağı göbek bağına benzetmek pek yanlış olmasa gerekir. Buradaki anne, sınırlayan ve talep eden annedir. Kısa sürelerle ayrılığa izin verir, ancak bir süre sonra birleşme zorunludur. Oral sınırlaması sebebiyle katı bir anne gibi algılanabilir, ayrıca terk edip bırakma tehlikesi vardır. Tedavi süresince vücutta meydana gelen değişiklikler yüzünden kişiye hastalığım devamlı anımsatır.

Bir hasta dialize kabul edildiği zaman, daha çok varolup olmama tehlikesi vardır. Hastalığı nizin verdiği ölçüde aktif ve yapıcı olabilir. Hayattan zevk alabilmek için birtakım streslere adapte olmak zorundadır, alete rağmen fiziksel durumu çok değişkendir. Günden güne değişiklik gösterebilir. Ne zaman kötüye gidebileceğini, ne zaman tıbbi bir girişim gerekeceğini bilmez. Şant yerindeki pıhtılar, enfeksiyon ve ağırlı komplikasyonların çok sık tekrarlama, empotans ve cinsel istek kaybı ortak sorunlardır. Bütün bunların yarattığı kuşkular onu aldatmacalı görünüm kullanmaya iter. Hastanın ilişkilerden kaçmak istemesi onu sık sık anksiyeteye sokar.

Wright ve ark. (6,7) dializin sterslerini üç gruba bölmüşlerdir.

a. Gerçek veya tehdit edici kayıplar vardır. Birçok organ komplikasyonları ve yetersizlikleri sebebiyle vücut fonksiyonlarındaki kayıpların yanısıra işin yitirilmesi yada verimliliğin azalması söz konusudur. Bunlara ek olarak hastane faturaları maddi güvencede bazı kayıplara yol açar.

b. İkinci grup stres, yara veya yara tehditlerine karşıdır.

e. Üçüncü grup stersler içgüdüsel dürtülerin engellenmesi ile ilgilidir. Diyet sınırlanması yemek yeme ile ilgili zevklerin kaybına yol açar. Özellikle erkek hastalar işlerinde başarı ile mücadele edemezler, ancak fiziki aktiviteler sınırlıdır. Bu, özellikle zihni aktivitelerden çok, fiziksel aktivitelere yönelmiş hastalar için strese yol açar.

Beard (5), daliz hastalarında yaşam ve ölüm korkusunu incelemiştir. Bu hastaların durumlarının ciddiyetini öğrendikleri zamanki korkularını ve vakaların bir çoğunda hastalığın ciddiyetini inkar çimekle korkuyu inkara çalıştıklarını, bunun sonucu olarak da cesaretsizlik, üzüntü ve ümitsizlik duygularının belirdiğini gözlemiştir. Beard ayrıca ölüm korkusu ile kronik bir hastalıkla yaşamının korkusunun eşdeğer olduğunu vurgulamıştır.

De Neur ve ark. (6,7), dializ. hastası olmaya ilişkin bağımlılığın, izah edilemeyen agresif duygular yarattığına inanmaktadırlar. Yine aynı yazarlar, agresyona karşı savunmaların harekete geçirildiğini, fakat bu savunmaların kolay kınlanabildiğini ve hastaların en ufak stresler karşısında anksiyete, depresyon veya paronoid reaksiyon geliştirebileceklerini belirtmişlerdir.

Uzun süreli hemodiyaliz hastalarında baskı yaratan etkenler Burton ve ark. (10) tarafından araştırılmıştır. Yazarlar, bu faktörleri iki büyük grupta toplamışlardır:

1. Evlilik ve seksüel ilişkilerde baskı yaratıcı durumlar:

a. Hastanın kendini eşinden çekmesi, izolasyonu, evlilik ilişkilerinde gerginlik, çatışma ve hostilité

b. Infertilite, ereksiyonun olmayışı, prematür ejakülasyon, orgazma ulaşamama, emenare.

c. Libidonun azalması ve kaybı, fistülün zedeleneceği korkusu ile cinsel ilişkiden kaçma, hastanın kendi seksüel kimliği konusundaki algılarındaki değişiklikler, cinsel ilişkiden rahatsız olma.

2. Fiziksel ve psikolojik baskı yaratıcı durumlar:

a. Hastalığın sebep olduğu fiziksel zayıflık

b. Sağlık durumundaki sürekli değişiklikler

c. Ölüm korkusu

d. Hemodiyalizsirasındaki kompükasyonlar

Holden (14) hastaların bağımlılıklarının yüksek, kendilerine saygılarının düşük olduğunu belirtmiştir.

Uzun süreli hemodiyaliz hastaları içinde buldukları güç şartlarda hayatlarını devam ettirmeye çalışırken karşılaştıkları zorluklar ve psikolojik baskılarla başedebilme için çeşitli savunma mekanizmalarına sığınmakta, bazılarını ise hastalık olacak derecede kullanmaktadırlar. En çok şu savunma mekanizmaları kullanılıyor (Tablo 1).

- İnkâr
- Represyon
- Regresyon
- Deplasman
- İzolasyon
- Projeksiyon
- Reaksiyon
- Formasyon

Bu savunma mekanizmaları içinde en çok kullanılanı "İnkâr" ve bunun bilinç altı bileşeni "Represyondur". Bütün bu mekanizmalar dializdeki duruma göre verilecek tepki doğrultusunda aktive olur. "İnkâr" zaman zaman hastayı emosyonel dekompanzasyondan kurtarabilirse de hastanın tıbbi önerilere uymamasına yol açacağından zararlıdır.

Dializ hastası "Regresyona" zemin hazırlayacak ölçüde bağımlılık içindedir. Tedavi prognozu ve dış dünyanın zararları göz önüne alınırsa bu savunma mekanizması rahatlık vericidir.

Campbell (13)'e göre, uzun süreli hemodiyaliz hastaları, büyük bir baskı altında yaşamaktadırlar ve bu baskıları çeşitli semptomlarla ifade etmektedirler. Hastalarda vücut imajı ile ilgili güçlükler, empotansı da içeren seksüel korkular ve ölüm korkusu oldukça yoğun bulunmaktadır. Bu psikolojik güçlükler, hastalarda çekilme, rol dışı davranışlar (doting out), Diyetlerine uymayı reddetme gibi depresif semptomlar ortaya çıkarmakta, ileri seviyelerde ise ciddi depresyon ve intihar girişimlerine neden olmaktadır.

Sichel (9), hastaların içinde buldukları ambivalent duygulara, hastalıktan ölmek ya da makina ile yaşamak (İllness death/machine survival) ikileminin neden olduğunu ve bu çıkmazın has-

taların psikolojik durumlarında ciddi güçlüklerle yol açtığını belirtmektedir.

Greenberg, Davis ve Mossey (13), hastalarda şizofrenik belirtiyeye rastlamadıklarını hallüsinasyon, delüzyon ve düşünce bozukluğu olmadığını tesbit etmişlerdir.

Uzun süreli hemodiyaliz hastalarının ve ailelerinin çoğunun ciddi psikolojik maskılar yaşadıklarını ve psikiyatrik semptomlar geliştirdiklerini söyleyen Liveslcx (9,14), en çok görülen psikiyatrik komplikasyonların "Depresyon" ve "Anksiyete" olduğunu belirtmiştir.

Crammand, Knight ve Lavrence (7,13,14)'e göre tüm kronik hastalarda görülen reaksiyon (mourning reaction) uzun süreli hemodiyaliz hastalarında da sıklıkla bulunmaktadır. Hastaların hemodiyaliz uyum süreçlerinde metam reaksiyonu ile ilgili depresyondan kaynaklanan yorgunluk bitkinlik (fatigue), uykusuzluk (insomnia), kaşınma (itching) ve yemek yeme (anoreksia) gibi yakınmaları olmaktadır.

Uzun süreli hemodiyaliz hastalarında depresyonun açık veya maskeli olarak gelişebileceğini söyleyen Abram, Moore ve Wester Walt (9,14), depresyonun intiharlara yol açtığını ifade ettiler. Ayrıca bu araştırmacılar, hastalarda görülen intihar oranının, normal popülasyona göre dörtüç kere fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Tedavide başarı anahtarı hastanın kendine olan saygısını ve güvenini geliştirmek veya oluşturmakla mümkündür. Ericson'un "Bütünlük" diye tanımladığı kavramın bireyde geliştirilmesidir. Bu da bireyin kendini diğerleri ile karşılaştırmasından doğan kabullenme ile gerçekleşir. Hedefi bu hayatın, hayat tarzının önemli ve belirgin olduğunun ve bunun yerine başka bir şeyin konulamayacağına farkına varılması ve kabullenilmesidir. Eğer bu sağlanabilirse birey fiziksel ve ekonomik açıdan daha az korkulu hale gelecek ve kendisinin toplumda belli bir yeri olacaktır.

Tedavide dializ ünitesindeki elemanların reaksiyonları ve davranışları da hastalar üzerinde belirgin şekilde etkili olabilir. Örneğin hizmetliler hastalara bakarken ayırım yapabilirler.

Tedavi yöntemi etkili, bilinen, yaygın bir metod olarak seçilmelidir. Bu yöntem belli şartlar

altında kabul edilebilirler ve uygulanabilirler ki bunlar;

1. Doktor veya tedavi ekibine karşı sürekli bir güven var olmalıdır.
2. Doktorun yaptığı uygulamaya başka meslektaşları karışmamalıdır.
3. Tedavinin hastalığı veya belirtileri kontrol altına alıp almadığı izlenmelidir.
4. Baskılayıcı, tahrip edici yan etkiler oluşmamalıdır.
5. Semptomlar hafıflemişse yan etkiler önem kazanır.
6. Hem hasta hem de hastanın çevresindeki insanlarla önemli günlük aktiviteler arasında rölâtif bir engelleme, kopma vardır.
7. Tedavinin beklenen olumlu etkileri, hastanın kişiliği üzerindeki negatif etkiler yanında önemini yitirir.

Bu tip değerlendirmeler bir kere ve bütün bir tedavi için değil, sürekli olarak yapılmalıdır.

ÖNERİLER

1. Uzun süreli hemodiyaliz, hastaların ruh sağlıklarını bozmaktadır. Bu nedenle tüm hemodiyaliz ünitelerindeki hastaların hemodiyalizi daha iyi tolere edebilmeleri ve rehabilitasyonları için psikolojik olarak desteklenmeleri gerekir.
2. Bu desteklemeler psikolojik danışma girişimleri ile yapılabilir. Ancak sürekli olarak yapılmalıdır.
3. Uzun süreli hemodiyaliz hastalarına hem bireysel, hem de grupta psikolojik danışma yararlı olarak uygulanabilir. Ancak psikolojik durumu bozuk olan hastanın önce bireysel psikolojik danışma ile belirli bir düzeye getirilmesinden sonra grupta psikolojik danışmaya alınması daha uygun olacaktır.
4. Psikolojik danışma eğitim alanında olduğu gibi, sağlık alanında da rahatlıkla ve yararlıkla uygulanabilir. Alanda buna ihtiyaç son derece fazladır.

KRONİK RENAL YETMEZLİKTE CİNSEL SORUNLAR

Uzun süreli hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları güçlükler, onların seksüel yaşamlarını da olumsuz olarak etkilemektedir. Levy (1973), ABD de 778 hasta üzerinde yaptığı anket çalışmasında onların seksüel fonksiyonlarını incelemiştir. Ölçü olarak cinsel ilişki sıklığı, erkek-

lerde impotans sıklığı ve kadınlarda ise orgazma erişememe sıklığı ele alınmıştır. 287 erkek hastanın 135'i ve 142 kadın hastadan 47'si hemodiyaliz periyodunda hiç cinsel ilişkide bulunmadıklarını yazmışlardır. Erkeklerin 169 (%59) unda tam veya kısmi empotans görülmüş, kadın hastalarda orgazma varamama sıklığı da yüksek bulunmuştur.

Kronik hemodiyaliz hiçbir zaman seks fonksiyonunu geri getirememektedir. Başarılı olarak yapıla nböbrek nakli bazı hastalarda bu görevi bir dereceye kadar geri getirmekte ancak birçoğu empotan olarak kalmaktadır. Buna ek olarak jinekomasti, testiste küçülme ve spermatogenez de kaybolma ortaya çıkar.

Bu fenomenlerin nedeni bilinmiyor. Bazı yazarlara göre pasivitenin ve bağımlılığın verdiği psikolojik bunalım seks düşüncelerine deyansımadır. Diğer gözlemler ise metabolik değişiklikleri düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada empotan bir erkeğin sinir iletim hızında gecikme ve bulbokavenöz refleksinde de yitme görülmüştür. Birçok çalışmada plazma testosteron seviyesi düşük bulunmuş, buna karşılık LH ve FSH da artma görülmüştür.

Üremik toksinlerin retansiyonu bu değişikliklerden sorumlu tutulmaktadır. Daha önceki yayınlarda testis disfonksiyonundan ve son organda yetersiz hipotalamik cevap oluşumundan söz edilmiştir.

Bir dializ hastası ve doktor olan Oberle'in kişisel görüşüne göre üremik toksinler seks iç güdüsünü, erkekte, dializler arasında uzun süre geçtikten sonra azaltabilir ve anemi ile ilgili yorgunluk libidoyu kesinlikle etkiler.

Kadınlarda üreminin ilerlemesi ile ovülasyon bozulmakta ve menstruasyon ortadan kalkmakta, libidoda azalma meydana gelmektedir. Diyalizden sonra bozukluklar düzelir. Dializ sırasında hiperprolaktinemi de ortaya çıkar.

Bugüne kadar birçok tedavi denenmiştir. Bir grup, kломifen sitrat ile tedavi edilen beş hastanın iyileştiklerini, seksüel potensin geri geldiğini ve libidonun azalmasının düzeldiğini bulmuşlardır. Başka araştırmacılar, dializ süresince ortaya çıkan çinko eksikliğinin bunlara yol açabileceğini düşünmüşlerdir ve bundan yola çıkarak dört hastayı dializ banyosuna ekledikleri çinko klorür ile tedavi etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Abram HS. The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life: Amer Psychiatr. 10; 124,1968.
2. Abram HS, Westerwelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis papers. Paper presented at the 123 rd. Annual meeting of the American Psychiatric Association, may 1970.
3. Abram HS? Psychiatric reflection on adaptation of receptive dialysis. Kidney international, 6,1974.
4. Bo Hagberg. A prospective study of patients in chronic hemodialysis III predictive value of intelligence, cognitive deficit and ego defence structures in rehabilitation Journal of psychosomatic research, vol. 18 pp. 151 to 160, pergamon press, 1974, printed in Great Britain.
5. Chao L. Lincoln. Statistics. Methods and analysis. We. Graw-Hill. Book Company, New York, 1969.
6. De- Nour A-K, et al: Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. Psychosomat Med". 30:521,1968.
8. Ford V Charles, Castelnou wotedesco Pietro. Hemodialysis and renal transplantation-psychopathological reactions and their management, in psychosomatic Medicine, It's clinical applications, Wittkowitz Eric, warner H. (Eds), Harper and Row, publishers, Moryland, 1977, 74-85.
9. Grinker RR: Psychosomatic approach to anxiety. Amer .J Psychol 113:443,1956.
10. Merrill JP, Schupake and Camerone. Hemodialysis in the home. JAMA 190:468,1964.
11. Milton Wiederman, Adaptive and maladaptive regression in hemodialysis. Psychiatry, 37:74, 1974.
12. Salihoğlu Kronik Hemodiyalizde anksiyete, uzmanlık tezi, Ankara, 1980.
13. Shart MJ, Alexander RJ? Psychiatric Consideration for center and home hemodialysis. Sth. Med. J. (Bghom, Ala) 2B1773,1969.
14. Shart MS and Wilson WP. Roles of denial in chronic hemodialysis. Archs. Gen. Psychiat 20:433,1969.
15. Wright RG. Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure. Ann Intern, Med, 3:611,1966.