

HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÖRÜLEN PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

THE PSYCHIATRIC DISORDERS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Dr. Demet YAVUZ*
Dr. Rahman YAVUZ**
Dr. Alpaslan ALTUNOĞLU***

ÖZET

Özellikle son dönem böbrek yetmezlikli hastalar olmak üzere, psikiyatrik hastalıklar kronik hastalıklılar arasında sık gözlemlenmektedir. Kronik hastalıklar hasta ve ailesinin yaşamında ruhsal ve sosyal birçok probleme sebep olmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin kısıtlayıcı yönleri hastalarda bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebep olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Son dönem böbrek yetmezliği, psikiyatrik hastalıklar, hemodiyaliz, anksiyete bozukluğu, depresyon.

* Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı
** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
*** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Demet YAVUZ
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Nefroloji Bilim Dalı, Samsun
Telefon: (362) 311 15 00
e-posta:demetdolu@hotmail.com

ABSTRACT

Psychiatric illnesses are common among patients with chronic disorders, particularly in those with end-stage renal diseases. Chronic diseases lead to plenty of psychological and social problems in the lives of the patients and their families. The restrictive aspects of hemodialysis treatment cause organic, psychological and social problems in patients.

Keywords: End-stage renal disease, psychiatric illness, hemodialysis, anxiety disorder, depression.

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği, çeşitli nedenlere bağlı olarak nefronların geri dönüşümsüz kaybı, glomerüler filtrasyon hızında azalma, böbreklerin metabolik-endokrin fonksiyonlarında bozulma ve sıvı-solüt dengesini ayarlama yeterlilik ile karakterize, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır.¹ Kronik böbrek yetmezliği medikal yönü ile beraber hastaların sosyal, psikolojik, ekonomik durumlarını etkileyen, günümüzde görülme sıklığı artan bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği birçok nedenle gelişebilir ve bu nedenlerin sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. A.B.D. Böbrek Veri Sistemi 2008 Yıllık Veri Raporu verilerine göre; kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasında Diabetes Mellitus % 38, glomerulonefrit % 14, hipertansiyon % 24.6 oranında görülmektedir. Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği 2007 yılı verilerine göre ise; Diabetes Mellitus % 26, hipertansiyon % 24 ve glomerulonefrit % 9 oranları ile böbrek yetmezliği etyolojisini göstermektedir.

Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği tedavi yaklaşımları içinde sayılabilir. Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın sıvı ve solüt içeriğinin bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesi işlemidir. Yarı geçirgen bir membranın bir tarafından kan akarken; diğer tarafından suda ozmotik olarak dengeli elektrolitler ve glukoz içeren diyaliz sıvı-

sı akar. İşlemin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve bir membran ile makine kullanılmalıdır.² Hemodiyaliz tedavisi abdominal herni, fistül, geçirilmiş karın ameliyatı, ciddi fiziksel sınırlılıklar, demans ve ostomiler gibi durumlarda özellikle tercih sebebi olmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin hastalık semptom ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkilerinin bilinmesine rağmen, hastalar açısından bazı kısıtlamalar ve sorunları beraberinde getirdiği bilinen bir gerçektir.³

Biz bu derlemede, hemodiyaliz tedavisinin hastalar üzerinde fiziksel ve psiko-sosyal etkilerini, hemodiyaliz hastalarında görülen psikolojik özellikleri ve hemodiyaliz hastalarında görülen psikolojik hastalıkları irdeleyeceğiz.

HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN FİZİKSEL VE PSİKO-SOSYAL ETKİLERİ

Hemodiyaliz tedavisine rağmen hastalarda üremiye bağlı bulantı-kusma, halsizlik, yorgunluk, kaşıntı, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve hipotansiyon görülebilmektedir. Bu durum hastanın işlevselliğini etkilemekte ve de fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, beden imaj bozukluğu, sosyal aktivitelerde azalma gibi fiziksel ve psiko-sosyal etkileri beraberinde getirmektedir.⁴

Haftanın belirli günleri ortalama 4-6 saat süren tedavi programlarında, diyaliz makinesine, sağlık ekibine, aileye bağımlılık oluşması hastaların kişisel yaşamlarının etkilenmesine neden olmaktadır. Belirli program halinde tedavisi sürdürülen hastanın çalışmaması durumunda iş gücü ve ekonomik kayıplar, aile içi rollerde değişiklik başgösterecektir. Diyaliz hastalarının aile düzenlerinde bozulma, yine eşlerinin hastalara karşı yakın davranmalarının yanı sıra, agresif davrandıkları da bildirilmiştir. Diğer aile bireyleri tarafından hemodiyaliz tedavisinin ilk zamanlarında gösterilen ilginin zaman içinde azaldığı gözlemlenmektedir. Diyaliz süresince zaman içinde bilişsel bozulmalar, ölüm korkusu olması hastaların ruhsal olarak etkilenmelerine neden olmaktadır.⁵

HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÖRÜLEN PSİKOLOJİK ÖZELLİKLER

Hastaların diyaliz makinesine sürekli bağlı kalmaları, bağımlılık-bağımsızlık çatışmasını oluşturur. Hastalar ya tam bağımlı olarak, ya tedavi sırasında bağımlı, tedavi sonrasında bağımsızlık, ya da hastalığı ve

diyaliz tedavisini reddetme gibi duygular ile tepki verirler.⁶ Hastalığı inkâr duygusu, hemodiyaliz tedavisinin geçici bir tedavi şekli olduğu inancı ile başlamaktadır. Bazı çalışmalar inkâr duygusunun hastalıkla baş etme gücünü artırabileceği yönünde fikir belirtirken⁷, bazı çalışmalar inkâr duygusuna sahip olanlarda ortalama yaşam süresinde azalma görülebileceğini bildirmiştir.⁸ Hemodiyaliz tedavisi sonucu yaşam süresinde uzama ile birlikte hastada uzamış sağlık sorunları baş göstermekte, hatta zaman zaman ölüm korkusundan daha baskın şekilde görülebilmektedir. Hastaların çoğunda diyaliz makinelerini vücutlarının uzantısı olarak görme, hatta makineye öfkelenme, onunla konuşmak gibi insani özellikler yüklemek gözlenebilir.⁹

Hastaların diyalize uyum süreci dört dönem olarak değerlendirilmektedir.

1. Dönem: Diyalize başlamadan önceki üremik dönem, yorgunluk, halsizlik, zihinsel çökkünlük gözlenir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamı tehdit altında olduğu düşüncesi yaygındır.

2. Dönem: Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra, apatinin azaldığı ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği dönem.

3. Dönem: Başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında psikososyal sorunların geliştiği dönem. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri ve bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir.

4. Dönem: Ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönem. Diyalize alışılmıştır. Hastalığın ve tedavi ilgi alanlarının elverdiği ölçüde yaşam ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Gerçekçi kabullenme sağlanmış organ nakli gibi ileriye dönük plan ve beklentiler gelişmiştir.¹⁰

HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÖRÜLEN PSİKOLOJİK HASTALIKLAR

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların genel popülasyon hastaları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; psikiyatrik morbiditenin hemodiyaliz hastalarında daha yüksek olduğu ve "Genel Sağlık Anketi" puanlarına göre psikiyatrik bozuklukların bulunma oranının %43

olduğu belirlenmiştir.¹¹ Yine başka bir çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezlikli 96 hastada ruhsal psikopatoloji görülme oranı % 46.6 olarak bulunmuştur.¹²

Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psiko-sosyal faktörler ile birlikte değerlendirildiğinde görülebilecek başlıca psikiyatrik hastalıklar şunlardır.¹⁰

1. Depresyon
2. Anksiyete bozukluğu
3. Organik beyin hastalıkları
4. Uyum ve davranış bozuklukları
5. Cinsel sorunlar

Bu hastalıklar hemodiyaliz hastalarında hastaneye yatış oranını arttırmakta, morbiditeye önemli derecede etkileri bulunmaktadır. Yaklaşık 175.000 diyaliz hastası ile yapılan çalışmada akıl sağlığı ile ilgili hataneye yatış oranı % 9 olarak bulunmuştur.¹³ Japonya’ da 2002 yılında Fukunishi ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada ise bir yıl içinde bu oran, diyaliz hastalarında % 10.6 olarak tespit edilmiştir.¹⁴

Depresyon

Son dönem böbrek yetmezlikli hemodiyaliz hastaları sağlığın yitirilmesi, iş hayatında, okulda veya ev işlerinde üretkenliğin, gücün, seksüel fonksiyonların, kazancın, özgürlüğün, yaşam beklentisi ve fırsatların kaybı ile karşı karşıyadır. Bu yaşananlar depresyon gelişmesindeki en önemli unsurdur. Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki vardır.¹⁰ Her ne kadar fiziksel hastalıklar çoğu insanda hafif depresyon belirtilerine yol açıyorsa da, yalnız yatkın bireyler majör depresyon riski taşıyor olabilir. Fonksiyon kaybı; bir etkinliği kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme kabiliyetinin kısıtlanması veya kaybı olarak tanımlanır. Hastalık sebebi ile oluşan bedensel yeti yitimi sosyal yeti yitimine de yol açar.¹⁵

Hemodiyaliz hastalarında, depresif duygu durum bozukluğu sık gözlenen psikopatolojilerdendir. Hemodiyaliz tedavisi ile birlikte sosyal kısıtlamalar, diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağlılık hastalarda depresyona eğilimi arttırmaktadır. Uzun süre de-

vam edecek olan diyaliz tedavisi ile birlikte hastalarda tedaviye uyumsuzluk, diyete uymama, fiziksel sağlık sorunları ile birlikte yeti yitimleri, inkâr duygusu depresif belirtilerin şiddetlenmesine sebep olacaktır.¹⁰

Hemodiyaliz hastalarında depresyon görülme prevalansının geniş bir aralıkta dağılım gösterdiği saptanmıştır.^{16,17} Craven ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında “Beck Depresyon Ölçeği” kullanarak yaptıkları bir araştırmada, depresyon prevalansı % 25 olarak bulunmuştur.¹⁸ “Zung Depresyon Ölçeği” kullanılarak Kurtner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, depresyon prevalansı % 50 bulunmuştur.¹⁹ Bu geniş aralığın nedeni duygu durum değerlendirmesinin farklı metodlar ile yapılmış olması olabilir. Hemodiyaliz hastalarında depresif bozukluğun yaygınlığı ve işlevselliği önemli ölçüde bozması gözönüne alındığında hastaların diyaliz ünitelerinde psikiyatri bölümünce değerlendirilmesinin önemi daha açık ortaya çıkmaktadır. Depresyon tedavisinde geniş bir spektrum vardır. Bunların içinde selektif serotonin re-uptake inhibisyonu yapan citalopramın hemodiyaliz hastalarında oldukça güvenilir olduğunu belirten Spigset ve arkadaşlarının yaptığı çalışma mevcuttur.²⁰

Anksiyete Bozukluğu

Sıkıntı, endişe ve kaygı, dilimizde anksiyete karşılığı olarak kullanılan kelimelerdir. Hastalar bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi” veya “nedensiz bir korku” şeklinde ifade ederler. Ruhsal olarak somatik yakınmaların beraberinde gözlendiği nedensiz korku tedirginlik hali olarak tanımlanabilir.²¹

Hemodiyaliz hastalarında kaygı, sık rastlanılan duygu durumudur. Hastanın yaşamının tüm alanlarının etkilenecek; sosyal yaşamının kısıtlanması, işlevselliğin bozulması, yeti yitimi olasılığı, diyaliz makinesine, sağlık çalışanlarına ve aileye bağlı kalma korkusu hastaların kaygılarını giderek artırmaktadır. Arkonaç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik böbrek hastalarında anksiyete bozukluğu prevalansı % 25 olarak bildirilmiştir. Öfke ve inkar duygusuna hemodiyaliz hastalarında sık rastlanmaktadır. Hastalar eğer duygularını ifade edebilir ve kendilerine ilgi alanları bulabilirlerse şikayetlerine daha kolay uyum sağlamaktadırlar.²² Farmakolojik tedavi olarak benzodiazepinlerden klonazepam ve alprazolam birçok hastada tedavide başarı sağlayabilmektedir. Klonazepam için

doz ayarlamasına gerek olmadan 0.5-1.5 mg kullanılabilirken, alprazolam dozu üst sınırı 2 mg olarak kronik böbrek hastalarında kullanılabilir. ^{23,24}

Anksiyete bozukluğu sonucu insomnia gelişen hastalarda, zolpidem ve zaleplon kullanımı bir çok hastada fayda sağlamıştır. Zolpidem ve zaleplon için böbrek dozu ayarlamasına gerek yoktur. ²⁵

Organik beyin hastalıkları

Diyaliz hastalarında metabolik faktörlere bağlı organik beyin hastalıkları gelişebilir. Özellikle diyaliz sonrası ilk zamanlarda baş ağrısı, bulantı, kusma, öfori hali meydana gelebilir. Bu durum özellikle sıvı elektrolit dengesizliğinin bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Uzun yıllar diyaliz tedavisi alan hastalarda gelişebilen diyaliz ensefalopatisi ölümcül bir tablodur. Diyaliz sıvısındaki alüminyum ve çinkonun beyinde birikimine bağlı olarak, iki yıldan fazla diyaliz tedavisi alan hastalarda görülebilmektedir. Diyaliz hastalarında bellek bozuklukları, konuşma güçlüğü, bilinç değişiklikleri, istemsiz hareketler, tremor ve apati gözlemlenmesi bu açıdan uyarıcı olmalıdır. Yapılan bir çalışmada kronik böbrek yetmezlikli hemodiyaliz tedavisi alan 65 yaş ve üstü hastalarda hastaneye yatış sebepleri arasında organik patolojiler ve demans gelmektedir. ¹³

Uyum ve davranış bozuklukları

Uyum güçlüğü çeken hastalarda sık rastlanılan reaksiyonlar; tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkarıdır. Sosyal yaşamında olumsuz değişiklikler oluşmuş, bireyselliğin yerini bağımlılık almış olarak yaşayan hastalarda öfke, kaygı ve mutsuzluk ayrıca görülebilen belirtilerdir. Uyum sorunlarının üstesinden gelebilmek için baş etme biçimleri gözden geçirilmeli ve ailenin tam desteği sağlanmalıdır. ¹⁵

Cinsel sorunlar

Gerek kronik böbrek yetmezliğine bağlı metabolik bozukluklar, gerek psiko-sosyal sorunların varlığı hemodiyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu oluşturmaktadır. Kadınlarda orgazm olamama ve cinsel istek azalması, erkeklerde infertilite, sık masturbasyon ve empotans gözlemlenen cinsel bozukluklardandır. ⁶ Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, erektil disfonksiyon görülme sıklığı % 70 de bulunmuştur. ²⁶ Diyaliz uygulaması ile birlikte orga-

nik ve metabolik sorunlar, bağımlılık, aile içi rollerin değişimi, sosyal hayat kısıtlanmaları, depresyon ve uyum sorunları cinsel sorunlara önemli ölçüde predispozisyon oluşturmaktadır.

SONUÇ

Hemodiyaliz hastalarının metabolik ve ruhsal sorunlar açısından tedavi ekibi tarafından dikkatli şekilde izlenmeleri oldukça önemlidir. Hemodiyaliz hastalarında psikiyatrik hastalıklara yaklaşımda, multidisipliner ekip anlayışı önem kazanmaktadır. Hastalar ile düzenli görüşmelerin yapılması, sosyal programların planlanması, aile desteklerinin sağlanması, başedebilme gücünün kazandırılması ve hastalığa ait üremik semptomların giderilmeye çalışılması oldukça önem kazanmaktadır. Ayrıca; gerekli olduğu takdirde farmakoterapi ve psikoterapi yöntemleri üzerinde de durulmalıdır. Bu sayede hastaneye yatış oranı ve komorbidite azaltılabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Renal Replasman Tedavisi. Nefroloji El Kitabı. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp; 2007: 283-323.
2. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of Dialysis. Fourth Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 25-35.
3. Jaber BL, Pereira BJG. Acute Complications of hemodialysis. In: Johnson RJ, Feehally J; eds. Comprehensive Clinical Nephrology. Second Edition, St. Louis Mosby Elsevier Limited; 2003: 991-1001.
4. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. The Journal of Psychosomatic Research 2005;58:471-476.
5. Nurdan Erengin, Nilgün Keçeciöglü, Mükerrrem Güven ve ark. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yeti Yitimi, Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1998; 3:137-140.
6. Pop-Jordanova ND, Polenakovic MH. Psychological characteristics of patients treated by chronic maintenance hemodialysis. Int J Artif Organs. 2013 Feb;36:77-86.
7. Short MJ, Wilson WP. Roles of denial in chronic hemodialysis. Arch Gen Psychiatry 1969;20:433-437.
8. Devins GM, Mann J, Mandin H ve ark. Psychosocial predictor of survival in end-stage renal disease. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 127-133.
9. Muringai T, Noble H, McGowan A. Dialysis access and the impact on body image: role of the nephrology nurse. Br J Nurse 2008; 17 : 362-366.
10. Özkan S. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. Özkan S(ed). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul;1993: 187-190.
11. O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end stage renal disease. Psychother Psychosom 1997; 66: 38.
12. Martiny C., e Silva A.C. de O., Neto J.P.S., Nardi A.E. Psychiatric disorders in patients with end-stage renal disease. Journal of Renal Care 2012; 38:131-137.
13. Kimmel, PL, Thamer, M, Richard, CM, Ray, NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. Am J Med 1998; 105:214.
14. Fukunishi, I, Kitaoka, T, Shirai, T, et al. Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. Nephron 2002; 91:344.
15. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L: Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14 : 72-80.
16. Wang LJ, Wu MS, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, Lee CC, Tsai CR, Tsai YC, Chen CK. The relationship between psychological factors, inflammation, and nutrition in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Int J Psychiatry Med. 2012;44:105-18.
17. Chiang HH, Livneh H, Yen ML, Li TC, Tsai TY. Prevalence and correlates of depression among chronic kidney disease patients in Taiwan. BMC Nephrol. 2013 ;14:78.
18. Şentürk A, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2000;17:163-172.
19. Şentürk A, Tamam L. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. Arşiv Dergisi 2000;9:49-68.
20. Spigset O, Hägg S, Stegmayr B, Dahlqvist R. Citalopram pharmacokinetics in patients with chronic renal failure and the effect of haemodialysis. Eur J Clin Pharmacol. 2000; 56:699-703.
21. Halil Cokun Çelik , Tarık Acar, Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12 : 23-27.
22. De Sousa A. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian J Nephrol. 2008; 18: 47-50.
23. Dashti-Khavidaki S, Chamani N, Khalili H, Hajhossein Talasaz A, Ahmadi F, Lessan-Pezeshki M, Ghaeli P, Dalili S, Alimadadi A. Comparing effects of clonazepam and zolpidem on sleep quality of patients on maintenance hemodialysis. Iran J Kidney Dis. 2011 ; 5:404-9.
24. Hadi Molanaei, Peter Stenvinkel, Abdul Rashid Qureshi, Juan Jesús Carrero, Olof Heimbürger, Bengt Lindholm, Ulf Diczfalusy, Ingegerd Odar-Cederlöf, Leif Bertilsson. Metabolism of alprazolam (a marker of CYP3A4) in hemodialysis patients with persistent inflammation. European Journal of Clinical Pharmacology 2012;68:571-577.
25. Drover DR. Comparative pharmacokinetics and pharmacodynamics of short acting hypnotics: Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone. Clin Pharmacokinet. 2004;43:227-38.
26. Türk S, Karalezli G, Tonbul HZ, Yıldız M, Altintepe L, Yıldız A, Yeksan M. Erectile dysfunction and the effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant 2001; 16: 1818-1822.