

PSIHOLOGIJA DIALIZNIH BOLNIKOV

Stojana Vrhovec

UDK/UDC 616.61-008.64-08

THE PSYCHOLOGY OF DIALYSIS PATIENTS

DESKRIPTORJI: hemodializa-psihologija

DESCRIPTORS: hemodialysis-psychology

IZVLEČEK – V prispevku so prikazane psihične obremenitve dializnih bolnikov in stopnje bolnikovega doživljanja dialize. Opisane so različne kategorije bolnikov in poudarjeni psihični problemi posameznih skupin. Pri psihični rehabilitaciji so prikazane potrebe teh bolnikov in problemi, ki nastanejo pri tej vrsti rehabilitacije.

ABSTRACT – Psychological strains of dialysis patients are described, along with stages of their experiencing dialysis. There are several categories of the patients, and each has its own psychological problems. The needs of these patients during psychological rehabilitation are presented, and problems arising during it described.

Psihologija dializnih bolnikov

Dializa je novejša metoda v medicini, ki jo bolje poznamo in pogosteje uporabljamo šele od 60. leta naprej. Tehnološki razvoj je napredoval z velikimi koraki. Vloga medicinske sestre se je spreminjala in dopolnjevala, njena tehnična znanja pa so vse obširnejša in popolnejša.

V vsej tej mašineriji in tehnologiji pa se znajde človek, bolnik, ki pomišlja in ga je strah odvisnosti od aparature, stroja, dialize.



Dializo bolniki razmeroma slabo poznajo in laiku jo tudi težko razložimo, še zlasti če ne pozna kemije, fizike in biologije ter premalo ve o delovanju človekovega telesa. To, da mora dializo brezpogojno sprejeti in da je druga alternativa le smrt, ga postavlja v brezizhoden položaj. Postavljen je ob zid, izbire ni.

Trikrat tedensko mora v bolnišnico za 4-6 ur, da mu očistijo kri. Veliko časa izgubi tudi s prihodom in odhodom na dializo in še čakanje na prosto mesto na dializi mu vzame nekaj časa.

V bolnišnici ga priklopijo na aparaturo, njegova kri teče iz njegovega telesa v umetno ledvičko. Ljudje se hudo prestrašimo, če se urežemo v prst, zdaj pa del bolnikove lastne krvi kroži izven njegovega telesa.

Da lahko naredijo na dializi ekstrakorporealno cirkulacijo, morajo bolniku predhodno prirediti žile na roki, da ga lahko pred vsako dializo zbodejo s precej debelimi iglami. Tako ga na vsaki dializi čaka boleče zbadanje.

S prihodom na dializo se mu povsem spremeni režim življenja. Trikrat tedensko je za 6–8 ur odsoten od doma, in to v času, ki mu ga običajno določijo drugi, glede na možnosti sprejemanja novih bolnikov. O dializi mora razmišljati kar naprej. Vse svoje delo, prehrano, zabavo, počitek naj bi podredil misli na dializo.

Kadar pije, mora vedeti, da mu je pijača prepovedana, in to od vode naprej. Kadar je, mora misliti, kaj sme in kaj ne, da mu ne bo preveč narasel kalij, kadar želi na počitnice v drug kraj, mora najprej poizvedeti, če je tam kje v bližini dializa, kjer bi se lahko dializiral. Če je v službi, mora najti skupen jezik z delodajalci, da ga obdržijo na delu ob spremenjenem urniku. Služba je ponavadi problem za ljudi v srednjih letih, ki bi še želeli delati. Za mlajše pa je problem, kako končati šolanje ali si najti poklic in delo.

Tudi domače razmere se z odhodom na dializo ne uredijo. Za ženske ostane problem varstvo otrok, delo doma in vodenja gospodinjstva. Za vse pa, kako bosta partner ali partnerka sprejela človeka, ki je zdaj večni bolnik in ne bo nikoli več povsem zdrav.

Najmanj obremenjuje (v psihičnem pomenu) dializa starejše ljudi, upokojence in tiste, ki so živeli sami in jim pomeni to tudi stik z drugimi. Omogoča jim pogovore z drugimi in morda tudi to, da lahko z drugimi delijo svoje skrbi, jezo in strah.

Stopnje doživljanja dialize so razvrstili v tri kategorije:

I. stopnja – uremija

- | | | |
|------------------------|--------------------|----------------------------|
| – slabo počutje | – visok krvni tlak | – nespečnost |
| – fizična oslabeledost | – anemija | – nezmožnost koncentracije |
| – težka sapa | – uremični zadah | – nezmožnost za |
| – glavobol | | intelektualno delo |
| – zaspanost | | – strah |

II. stopnja – dializa

izboljšanje fizičnih in psihičnih
zmogljivosti

vrnitev v življenje

od nekaj tednov do 6 mesecev

III. stopnja – prilagajanje stvarnosti

depresija

negacija

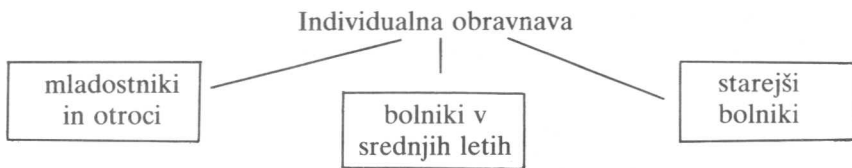
regresija

Z današnjim načinom zdravljenja in hitro diagnostiko ledvičnih odpovedi prvo stopnjo – uremijo – v praksi le redko vidimo. Bolnika napotijo na dializo v že preuremični fazi, ko simptomov uremije ne čuti tako močno, da bi bila »vrnitev od mrtvih« zelo izrazita in opažena. Danes bolnik iz stanja relativnega zdravja pride v položaj, ko postane dializa zanj edini možen izhod in je postavljen pred dilemo: umreti ali živeti z dializo. V relativno kratkem času je postavljen pred dejstvo, da življenja brez dialize zanj ni več. Vsi bolniki, vodeni kot uremiki v nefrološki ambulanti, želijo čim dlje odlagati dializo in čim manj vedeti o dializi. Tako je negacija bolezni izražena že pred prihodom na dializo in se še stopnjuje, ko je treba začeti z dializo.

Veliko bolnikov reagira z depresijo, ki v skrajnih primerih vodi v samomor (v Nemčiji 0,2 % letno). Najbolj pa je izražena v obliki samopomilovanja in v vprašanju: zakaj ravno jaz?

Regresija se kaže v obliki otroškega reagiranja, opuščanja jemanja zdravil in v dietnih prekrških.

Če želimo bolniku pomagati pri reševanju njegovih psiholoških problemov prilagajanja na dializo, mora biti pristop individualen. Obravnava bolnika kot posameznika in priznavanje njegove osebnosti je edini primerni način reševanja njegovih psiholoških problemov.



Posebna skupina so najmlajši otroci. Pri njih je izrazito izražen strah pred zbadanjem in bolečino sploh. Dolgotrajna hospitalizacija vodi v izrazito izražen hospitalizem. Zanje je zelo pomembno primerno domače okolje, ljubeči starši, redno obiskovanje pouka v šoli, druženje z vrstniki v domačem okolju in čim krajši čas preživljanja na dializi. Zato je zanje zelo primerna čim hitrejša transplantacija, ki otrokom omogoča bolj skladen telesni razvoj in čim manj preživljanja v bolnišnici.

Mladostniki se srečujejo z drugimi problemi. Tu je v ospredju zaključek šolanja in iskanje službe, predvsem pa iskanja mesta v družbi in med vrstniki, ki so zdravi. Dietne omejitve predstavljajo velik problem (predvsem omejitev pitja tekočin), o zdravem načinu življenja ponavadi sploh ne razmišljajo. Tudi zanje je transplantacija dobra rešitev, ker jim omogoča več svobode in niso časovno omejeni in je tako vključevanje v življenje in družbo zanje lažje kot za tiste, ki so trikrat tedensko za nekaj ur vezani na dializo.

Pri bolnikih v srednjih letih je problem predvsem v službi in v družini, če jo imajo. Zanje je to, da ohranijo delo in da so še vedno aktivni člani družbe, velikega pomena. To je pomembno v finančnem, pa tudi psihološkem smislu. To pomeni, da niso za v staro šaro in so še potrebni. Družine in problemi v družinah pa so različni. Bolezen lahko družinsko skupnost še utrdi, lahko pa jo tudi razdre in pusti ljudi povsem na cedilu.

Poseganje v družino in reševanje družinskih problemov je najbolj težavno, nevhvaležno in nerešljivo delo.

Starejše bolnike bi lahko razdelili v dve skupini.

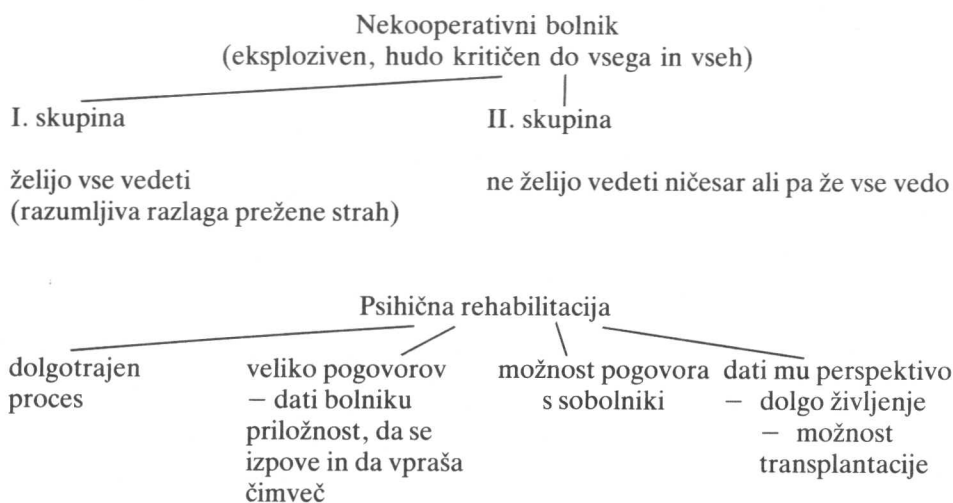
Starejši bolniki, ki so začeli z dializo v poznih, zrelih letih (50 ali več), so zelo hvaležni bolniki. Zdaj so 3x tedensko v bolnišnici, ob sebi imajo zdravnika in medicinsko sestro. Na medicinsko osebje se lahko vedno obrnejo in sproti rešujejo probleme v zvezi z boleznimi v starosti. Prihod na dializo trikrat na teden, klepet s sobolniki ali osebjem nekaterim pomeni nekakšen družabni dogodek, za kakršno je večina njih prikrajšana v »zdravem« življenju.

Bolniki pa, ki že dolgo hodijo na dializo in so na dializi ostareli, pa v večini primerov spadajo v skupino nekooperativnih bolnikov.

Ti svojega staranja niso doživeli, kot ga doživljajo zdravi. Pešanje življenjskih moči, starostne pojave, različne bolezni, vse povezujejo z dializo in dializo krivijo za vse. Žal pa tudi rešitve za vse te pojave iščejo v dializi, kar pa ni mogoče. Dializa sama probleme s staranjem še pospešuje, jih pa nikakor ne rešuje.

Nekooperativni bolnik

Z nekooperativnim bolnikom se medicinska sestra težko sporazume, včasih pa je sporazumevanje povsem onemogočeno. Medicinska sestra ima premalo medicinskega, predvsem pa premalo psihološkega znanja (ne psihiatričnega, ker ti bolniki niso psihiatrični bolniki), da bi jim lahko učinkovito pomagala in jih poskušala rešiti njihovih strahov in stisk.



To je zelo dolgotrajen, takorekoč večeren proces. Dokler bolnik potrebuje dializo (pa tudi, če ima presajeno ledvico, je še vedno vezan na dializo, ker transplantacija ni rešitev za vse življenje) potrebuje psihično oporo.

Najbolj lahko bolniku pomaga medicinska sestra, s katero se bolnik takorekoč vsak dan srečuje in ji zaupa. Z njo se bolnik pogovarja o različnih stvareh, se ji izpoveduje, jo sprašuje in pri njej išče rešitve za številne probleme. (To lahko vodi

v preveliko odvisnost bolnika od medicinske sestre in v preveliko obremenjenost le-te, kar pa presega okvir tega sestavka.)

Tudi pogovori bolnikov med sabo so doborodošli. Še bolj bi bili potrebni pogovori med bolniki v obliki terapevtskih skupin pod vodstvom usposobljenega psihologa. Pogovor v ljudeh lahko sprošča napetost in ko problem opišemo z besedami, je običajno že manjši, še zlasti, če ga primerjamo s problemi drugih ljudi.

Vsekakor pa je dolgoročni cilj psihične rehabilitacije dializnih bolnikov določena perspektiva v prihodnosti.

Dobra dializa (kar pomni eksaktno vodena dializa, primerna ultrafiltracija med dializo, dober klirens med dializo, primerna heparinizacija, nič ali čimmanj tehničnih zapletov, natančne aparature, ki se ne kvarijo, primerno okolje) je prvi pogoj, ki bolniku omogoča, da se telesno dobro počuti. Dobro telesno počutje pa bolniku omogoči, da vidi svoje stanje (bolezen) v pozitivni luči. Za mlajše bolnike je uspešna transplantacija velik cilj in perspektiva. Ta cilj pa moramo izkoristiti, da ga usmerimo k zdravemu življenju, nekadilstvu in na pozitivne misli.

Transplantacije pri otrocih in mladih ljudeh so zelo uspešne in predstavljajo pravi cilj.

Žal pa so transplantacije pri starejših če že ne nemogoče, pa vsaj zelo zapletene, predvsem glede pooperativnega okrevanja in prilagajanja starejšega organizma na relativno škodljivo terapijo, ki pa je za ohranitev tujka v telesu (tuje ledvice) po transplantaciji nujno potrebna.

Te bolnike pa moramo psihično pripraviti na to, da bodo še veliko let hodili na dializo, in jim to prikazati kot pozitivno vrednoto. Z dializo se njihovo življenje še ni končalo. Lahko bodo še živeli, uresničili nekatere svoje življenjske cilje, čuvali otrokom vnuke, pomagali otrokom pri ustvarjanju njihovega življenja, doživeli še kaj novega.

Pri obravnavi dializnih bolnikov bi svoje mesto vsekakor imel klinični psiholog, ki pa bi moral dobro poznati tudi dializo, predvsem pa vedeti, kaj lahko z dializo dosežemo in česa ne. Pri reševanju bolnikovih psihičnih težav pa bi morala sodelovati tudi patronažna in socialna služba s terena, kjer bolnik živi in dela. Prav poznavanje bolnikovih domačih razmer lahko v marsičem pripomore k boljši psihični rehabilitaciji.

Literatura

1. Franz HE et al. Praxis der Dialysebehandlung. Stuttgart: Georg Thieme, 1973.
2. Hauck P. Depresija. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1986.