

Anksioznost u bolesnika na liječenju kroničnom hemodijalizom

Anxiety in patients on chronic hemodialysis treatment

Goran Halovanić

Opća bolnica Ogulin, Bolnička ulica 38, 47300 Ogulin, Hrvatska
General Hospital Ogulin, Bolnička st. 38, 47300 Ogulin, Croatia

Sažetak

U pacijenata na liječenju hemodijalizom česta je komplikacija u tijeku liječenja pojava anksioznosti kao odgovora na promijenjeno stanje zdravlja i promjenu načina života. Pacijenti koji provode liječenje hemodijalizom često imaju negativne misli i bojazan od hemodijalize, povlače se u sebe i nastaje anksioznost kao primarni odgovor na postupak liječenja, te se povlače u sebe, postaju asocialni i negativno nastrojeni prema okolini, uključujući svoje prijatelje, članove obitelji i medicinske djelatnike koji su s njima svakodnevno u kontaktu. Važno je pacijentu objasniti što je sama hemodijaliza, na koji se način provodi i što to znači za njih i njihovo zdravlje u budućnosti. Potrebno je objasniti koliko je važna promjena dosadašnjeg načina života, pridržavanje uputa liječnika i medicinskih sestara/tehničara, kako pacijentu ponuditi alternativu hemodijalize, točnije, peritonejsku dijalizu, koja je manje invazivna metoda liječenja za razliku od hemodijalize, ali pacijenta je potrebno educirati o njezinu provođenju, kako bi mogao samostalno vršiti proces dijalize u kućnom režimu liječenja. Važan je holistički pristup, strpljenje i altruizam te empatija koja igra ključnu i važnu ulogu za pacijenta, kako bi mogao što bezbolnije prihvatiti svoju bolest i uporabu indiciranih metoda liječenja.

Ključne riječi: hemodijaliza • anksioznost • medicinsko osoblje • empatija • promjene stila života

Kratki naslov: Anksioznost i hemodijaliza

Abstract

In patients treated with hemodialysis, a common complication in the treatment course of the phenomenon of anxiety in response to an altered state of health and lifestyle change. Patients, who were treated with hemodialysis, often represent negative thoughts and could be concerned with hemodialysis, withdraw into themselves and created anxiety as the primary responsible method of treatment, and to withdraw into themselves, become antisocial and negative attitude towards the environment, including your friends, family members and medical employees who are with them in daily contact. It is essential to explain to the patient what is hemodialysis itself, how it is implemented and what it means for them and their health in the future. It is necessary to explain how important changes are in everyday life, following the instructions of doctors and nurses / technicians, as well as the patient to offer an alternative to hemodialysis, peritoneal dialysis, more specifically, which is a less invasive method of treatment as opposed to hemodialysis, it is also necessary to educate the patients of the implementation of the procedure, in order to independently carry out the process of dialysis in the home treatment regimen. Important are the holistic approach, patience and altruism and empathy, which plays a key role for the patient, in order to accept their disease and the use of the indicated treatment methods.

Key words: Hemodialysis • anxiety • medical personnel • empathy • lifestyle changes

Running head: Anxiety and hemodialysis

Received May 21st 2015;

Accepted May 30th 2015;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Goran Halovanić, *bacc. med. techn.*, General Hospital Ogulin, Bolnička ulica 38, 47300 Ogulin, Croatia • E-mail: goranhalovanic@gmail.com

Uvod / Introduction

Kod pacijenata koji se liječe uporabom metode hemodijalize jedna od najučestalijih komplikacija pojava je anksioznosti. Pacijenti teško prihvaćaju verificiranu dijagnozu jer liječenje uzrokuje znatne promjene u njihovom dotadašnjem načinu života. Mijenjaju se svakodnevne uvriježene aktivnosti, i to prehrana, unos tekućine, psihofizički integritet, položaj u društvu, jer su pacijenti nedostavno informirani o većini stvari koje se tiču zdravlja i zdravstvenih tegoba pa često bivaju stigmatizirani u društvu, te to posljedično umanjuje njihov dosadašnji položaj, karijeru, dignitet i samopouzdanje.

Autor članka susretao se sa znatnim problemima kod opisane grupe pacijenata, kao što su socijalna izolacija, gubitak

volje i želje za stvari koje su ih prije činile sretnima, strah od liječenja, provođenja metoda dijagnostike kao i do te mjere da su često naglašavali kako žele umrijeti i prezentirali suicidalne ideje. Kao što je spomenuto u sažetku, važno je prepoznati ovakva stanja u pacijenata te biti uz njih kada god je to potrebno, upotrebljavati etička i moralna načela, dosljedno provoditi profesionalna načela sestriinstva kako bi se aktualni i potencijalni problemi mogli pravodobno tretirati, i posljedično smanjiti učestalost pojavnosti neželjenih ili fatalnih posljedica za pacijenta.

U članku se opisuje pojavnost anksioznosti kod pacijenata kod kojih je u uporabi hemodijaliza kao metoda liječenja u Općoj bolnici Ogulin.

Anksioznost

„**Tjeskoba (anksioznost)** tj. tjeskobnost je stanje koje se očituje osjećajem tjeskobe, ustrašenosti, straha i/ili panike, uz psihomotornu (tjelesna) napetost i unutrašnji nemir, te postojanje osjećaja kao da će osoba „eksplodirati“. Najčešće je nemotivirana i nije vezana za objekt ili osobu. Tjeskoba se dijeli, u tri glavne vrste:

- ad 1]** opća tjeskoba;
- ad 2]** fobije;
- ad 3]** panični poremećaj.

U skupinu anksioznih poremećaja spadaju poremećaji koji su desetljećima bili poznati pod nazivom „*neuroze*“. One obično ne podrazumijevaju znatne poremećaje psihičkog funkcioniranja kakvi se sreću kod psihoza; sposobnost razlučivanja fantazije i realnosti, tzv. testiranje realiteta očuvano je, za razliku od psihoza. No, uz to se mogu javiti znatne teškoće u obrascima ponašanja i međuljudskim odnosima. Učestalost anksioznih poremećaja kreće se od 0,05% (opsesivno-kompulzivni poremećaj - **OKP**) do 5% (generalizirani anksiozni poremećaj). Određene značajke pojedinih anksioznih poremećaja su česte, a o nastanak poremećaja verificira se kada te smetnje predstavljaju za osobu znatno ograničenje u njenom svakodnevnom socijalnom i radnom funkcioniranju. Općenito, češće se javljaju kod žena. To su poremećaji karakterizirani znatnim stupnjem tjeskobe koju osoba nastoji nesvjesno razriješiti na različite načine, korištenjem raznih mentalnih mehanizama. Izvor tjeskobe može biti unutarnji nesvjesni konflikt ili situacijski faktor poput traumatskog iskustva, stresa ili gubitka. U slučajevima kada kod pacijenta postoji neka teška i problematična situacija na poslu ili kod kuće, stres koji nastaje kao reakcija na takvu situaciju može uzrokovati pojavu tjeskobe. Anksioznost je najčešći emocionalni poremećaj, koji se javlja kod mlađih i starijih osoba. Reakcija je na stvarnu situaciju opasnosti, u kojoj se javlja strah, a zatim primjerena reakcija koja je manje učinkovita što je strah većeg obima. Može nastati kao kombinacija čimbenika rizika, uključujući životne događaje, karakteristike osobe, genetiku, kemijske procese u organizmu. Prirodno, anksioznost se osjeća kada su osobe suočene sa prijetnjom, opasnošću ili kada su pod stresom. Nastaje kada se duže apstinira od seksualnog odnosa, i sl [1]. Obično se ovaj poremećaj javlja tokom rane adolescencije ili rano odraslog doba. „Problem anksioznosti i način rješavanja anksioznosti središte je Freudove teorije neuroza, a tijekom vremena nastala su tri teorijska modela, i to:

(I) Ekonomska teorija ili psihološki/hidraulični model (1893. godina) - anksioznost je transformirani libido, ekspresija nerealizirane seksualne energije. Nerealizirana seksualna napetost manifestira se simptomima anksioznosti.

(II) Funkcionalna teorija ili osnovna, urođena anksioznost (1924. godina)- rođenje i separacija od majke primarni je model anksioznosti, a anksioznost je rezultat osjećaja bespomoćnosti, tj. opasnost od rastuće napetosti koja je rezultat potreba pred kojima se novorođenče osjeća nemoćno. Anksioznost se ne može fizički ukloniti, ali novorođenče primjećuje da prisutnost vanjskog objekta (majke) može umanjiti ili ukloniti tu opasnost. Izvor je u opasnosti u osjećaju gubitka objekta sigurnosti, objekta kome se teži

i koga se voli. Kada je dijete odvojeno od majke, stres pokazuje tri prepoznatljive razine jedinstvenoga procesa:

- a) Protest** (separacijska anksioznost)
- b) Očaj** (žalovanje)
- c) Otuđenost** (obrana)

Anksioznost je reakcija na prijetnju gubitka i odgovor na još neprepoznatu opasnost, bilo da je ona vanjska ili je posljedica potisnutih nagona. Depresija je posljedica stvarnoga gubitka.

(III) Kastracijska anksioznost - anksioznost ima sjedište u egu. Unutarnja opasnost (libidni i agresivni nagoni) izazivaju anksioznost, najčešće strah od kastracije koja pokreće potiskivanje. Anksioznost ima ulogu predviđanja prijetnje (gubitka majke ili kastracije) i u egu izaziva mobilizaciju mehanizama obrane, kojemu je cilj psihološki vezati ono što je bilo potisnuto. Tako će se neutralizirati energija nagona. U tijeku libidne evolucije opasnosti nisu iste i mijenjaju se tijekom etapa psihoseksualnog razvoja. Strah od napuštanja koincidira sa stvaranjem ega, opasnost od gubitka objekta s infantilnom ovisnošću i kastracijski strah povezani su s falusnom fazom, a strah od super ega koincidira s latencijom. Afekt anksioznosti ostaje vezan uz nemogućnost likvidacije napetosti, a rezultat je određene ekscitacije koji nije vezana i rasterećena.“ [1].

Podjela anksioznih poremećaja

Primarni anksiozni poremećaji:

- Fobični anksiozni poremećaji (agorafobija, socijalna fobija, specifične fobije)
- Panični poremećaj
- Opći anksiozni poremećaj
- Obuzeto-prisilni poremećaj
- Akutna reakcija na stres
- Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)
- Poremećaj prilagodbe

Sekundarni anksiozni poremećaji :

- Anksiozni poremećaji zbog općeg zdravstvenog stanja
- anksiozni poremećaji prouzročeni psihoaktivnim tvarima

Prihvatanje bolesti kronične renalne insuficijencije i novog načina života

Psihološki doživljaj tjelesne bolesti određuje stav bolesnika prema liječničkim savjetima i traženju medicinske pomoći, kao i odnose prema liječničkim savjetima i preporukama te određuje karakter suradnje bolesnika s medicinskim osobljem. Bolest nije samo ono što liječnik dijagnosticira i liječi u svojoj svakodnevnoj praksi, već je proizvod fizičkih i mentalnih reakcija osobe na štetne agense iz vanjske i/ ili unutrašnje sredine [2].

Bolesna osoba doživljava svoje tijelo kao manje vrijedno, a sebe u cjelini kao inferiornu u odnosu na zdrave pojedince, što predstavlja snažnu psihičku traumu koja može izazvati niz psihičkih reakcija. Bolesnici oboljeli od kronične renal-

ne insuficijencije koji se liječe hemodijalizom, u potpunosti moraju promijeniti dosadašnji način života. Bolesnici moraju odvajati veliki dio vremena za odlazak na tretmane u bolnicu svaki drugi dan. Teško mogu planirati odlazak iz grada jer mogu ići samo tamo gdje postoje centri za hemodijalizu. Kompletно se mijenja dosadašnji način prehrane. Mnogobrojne su i komplikacije do kojih može doći tijekom dijalize. Bolesnici postaju svjesni da neće ozdraviti, samo ukoliko ne dođe do transplantacije bubrega, koja također nosi komplikacije, a događa se samo rijetkima.

Prilagodba na dijalizu predstavlja dugotrajan proces koji se odvija u nekoliko stadija (Reichman, Levy):

1. Razdoblje „medenog mjeseca“
2. Razdoblje razočaranja i obeshrabrenosti
3. Razdoblje dugotrajne prilagodbe

Razdoblje „medenog mjeseca“

Uremički sindrom karakteriziran je drastičnom slikom umora, depresije, slabosti, nemogućnosti koncentracije. Prve dijalize se obično odvijaju u takvim terminalnim fazama i one predstavljaju na neki način „povratak iz mrtvih“s razbistravanjem svijesti, praćene osjećajem preporođenosti, radošću, vraćanjem sposobnosti uživanja, povjerenjem i nadom. U početku ovog razdoblja većina bolesnika prihvati izraženu ovisnost o dijalizatoru, o postupku dijalize i o ekipi. U tijeku ovog razdoblja, javljaju se epizode tjeskobe, nesаницe i razdražljivosti. Ipak, osnovni ton u ovoj fazi daju osjećaj zadovoljstva, povjerenja i nade.

Razdoblje razočaranja i obeshrabrenosti

Nastaje na kraju prethodnog razdoblja, kod nekih bolesnika naglo, kod nekih postupeno. Povod takvog promjeni mogu biti tehnička ograničenja dijalize ili neki drugi događaji vezani uz bolest. Drugi psihološki moment za razvoj ovog razdoblja mnogi autori vide u tome što bolesnik sada mora žrtvovati svoje pasivno-ovisne potrebe i preuzimati aktivnu borbu za život i za svoje staro mjesto u obitelji i društvu, čemu se često ne osjeća doraslim.

Razdoblje dugotrajne prilagodbe

Razdoblje u kojem je bolesnik uspio do određenog stupnja prihvatiti vlastita ograničenja i nedostatke dijalize. U tijeku ovog razdoblja bolesnik je suočen sa znatnim promjenama prijašnjeg načina života, kao i dugoročnom perspektivom frustracija i odricanja, po cijenu kojih jedino može održati život.

Psihološko prilagođavanje tako drastično izmijenjenim životnim uvjetima je u većine bolesnika moguće jedino angažiranjem raznih mehanizama obrane, među kojima su najčešći poricanje, pomicanje i izolacija afekta, intelektualizacija, regresija, projekcija te pretjerana religioznost. Najčešće psihijatrijske komplikacije dijalize su psihoze, dijalizni disekvilibrirski sindrom i dijalizna demencija [2].

Uloga medicinske sestre/tehničara u radu s bolesnicima na hemodijalizi

U radu s bolesnicima na dijalizi vrlo je važan emocionalni odnos između bolesnika i medicinske sestre/tehničara koji se realizira pri prvom kontaktu. Strah kod ovih bolesnika gotovo je uvijek prisutan, bez obzira koliko se dugo dijaliziraju, te je u svakom bolesniku potrebno pobuditi sigurnost i međusobno povjerenje. Human odnos prema bolesniku trebao bi dominirati nad suvremenom tehnologijom, koja svojom sve češćom uporabom prijete da se zaboravi ličnost bolesnika. Borba protiv depersonalizacije bolesnika, težnja za stvaranjem domaćeg ugođaja u bolnicama, stalno zdravstveno prosvječivanje bolesnika i članova njihovih obitelji stalno je briga medicinskih sestara/tehničara i liječnika. Medicinska sestra/tehničar treba razumjeti i biti spremna na uobičajene psihičke reakcije navedene grupe bolesnika kao što su, i to: nepristojno ponašanje, zahtjevi da izabrana medicinska sestra/tehničar provodi postupak hemodijalize, povjeravanje tajni koje liječnicima nije rekao, nepridržavanje dijete, dolasci u pijanom stanju, izostanci s dijalize, vječno nezadovoljstvo, kritiziranje, prigovaranje, prijete i sl. [3].

Struktura bolesnika kod kojih se provodi liječenje hemodijalizom u Općoj bolnici Ogulin

Trenutno se u Općoj bolnici Ogulin kod 19 pacijenata provodi metoda kronične hemodijalize [7 ženski spol, 12 muški spol]. Od tog broja, kod 5 bolesnika je za potrebe provođenja hemodijalize implantiran centralni venski kateter, a kod 14 bolesnika učinjena je arteriovenska anastomoza [fistula], kao što je prikazano na tablici i slici, [Tablica 1; Slika 1]. Izrađen je originalni anketni upitnik [PRILOG 1]. Istraživanje je provedeno anonimno. Određuje se stupanj anksioznosti bolesnika [prosječna studija] Rezultati su prikazani u postocima, a distribucija podataka grafičkim prikazom.

Rezultati ispitivanja

TABLICA [1] Prikaz stupnja anksioznosti u pacijenata na liječenju hemodijalizom

	Broj (N)	Postotak (%)
Nisu tjeskobni	5	26,4
Blago tjeskobni	3	15,8
Umjereno tjeskobni	2	10,6
Jako tjeskobni	6	31,5
Vrlo jako tjeskobni	3	15,7
Ukupno	19	100

Iz tablice je vidljivo da je najveći postotak vezan za pacijente koji su jako tjeskobni, njih 31,5 %. Najmanji je broj onih koji su umjereno tjeskobni - 10,6 %.



SLIKA [1] Grafički prikaz stupnja anksioznosti u bolesnika na liječenju hemodijalizom.

Zaključak / Conclusion

Kod pacijenata na liječenju hemodijalizom vidljiv je visok stupanj tjeskobe. Kod pacijenata na liječenju hemodijalizom postoji visok stupanj anksioznosti, uzrokovan svakodnevnim novim izazovima i promjenama dosadašnjeg načina življenja. Nadalje, važno je da medicinski djelatnici mogu zadovoljavajuće objasniti pacijentu sve detalje provođenja liječenja uporabom metode hemodijalize, uz posebnu napomenu da moraju biti osposobljeni za objašnjavanje patofiziologije bolesti i uvođenja i krajnjih ishoda liječenja uporabljenih metoda liječenja.

Ne smije se zaboraviti strogo pridržavanje moralnih i etičkih načela provođenja zdravstvene njege.

Literatura / References

- [1] Frančišković T, Moro Lj i suradnici. Psihijatrija: Udžbenik za više zdravstvene studije: 2004.
- [2] Radivojević D. Medicinska sestra u nefrologiji: Psihonefrologija: 1988
- [3] Hollander E. Anksiozni poremećaji: 2006.

PRILOG [1]

Anketa 1:

U ovom upitniku pokušajte opisati intenzitet svojih trenutnih osjećaja ocjenom od 1-5.

Zaokružite ocjenu koja najbolje opisuje Vaše stanje.

1.	Veseo sam	1	2	3	4	5
2.	Osjećam se dobro	1	2	3	4	5
3.	Strah me dijalize	1	2	3	4	5
4.	Tužan sam	1	2	3	4	5
5.	Napet sam	1	2	3	4	5
6.	Nervozan sam	1	2	3	4	5
7.	Uznemiren sam	1	2	3	4	5
8.	Opušten sam	1	2	3	4	5
9.	Razdražljiv sam	1	2	3	4	5
10.	Umoran sam	1	2	3	4	5
11.	Nestrpljiv sam	1	2	3	4	5
12.	Nesiguran sam u sebe	1	2	3	4	5
13.	Nezadovoljan sam	1	2	3	4	5
14.	Strah me mogućih komplikacija HD-a	1	2	3	4	5
15.	Osjećam se bespomoćno	1	2	3	4	5