



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Beata Białobrzaska

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

# Problemy pielęgniarские związane z depresją u pacjentów leczonych nerkozastępczo

## Nursing problems associated with depression in patients treated with renal replacement

### ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) stages takes the stage and the marginal effect of renal replacement therapy. Accompanied by a number of frequently reported somatic symptoms, and slightly less emotional. One of the most common emotional symptoms is depression, which can affect each stage of CKD. This is a serious problem that requires treatment, which should not be underestimated. Depression is an illness feelings. Its cause is usually stress caused by factors that have an impact on the emotional life of man. The specific-

ity of nephrology nurses based on close contact with patients. This enables early detection of depression and appropriate care to the patient. This is not easy because it requires that the members of the therapeutic team, emotional sensitivity, thorough professional knowledge and involvement in the therapeutic process. This paper aims to draw attention to the presence of an invisible problem in patients treated with renal replacement therapy.

Forum Nefrologiczne 2013, vol. 6, no 3, 177–185

**Key words: emotional disturbances, depression, renal replacement therapy, nephrology nursing**

### WSTĘP

Przewlekła choroba nerek (CKD, *chronic kidney disease*) ma charakter postępujący i wieloletowy. Jest to trudna sytuacja trwająca wiele lat. Wymaga od pacjenta pełnej akceptacji choroby oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Wielu chorych z CKD nie akceptuje swojej choroby. Mimo wsparcia otrzymywanego ze strony bliskich, nie mogą pogodzić się z tym, co ich w życiu spotkało. Już od chwili diagnostyki choroby, postawienia rozpoznania klinicznego, poprzez wieloletnią terapię kliniczną, a następnie nerkozastępczą pacjent jest narażony na silny stres. Czynniki ten wywołuje już na bardzo wczesnym etapie CKD mniej lub bardziej nasilone objawy obniżonego nastroju. W przypadku akcelera-

cji choroby sytuacja pacjenta ulega zmianie. Wiąże się z częstszą hospitalizacją i złym samopoczuciem. Jest on narażony na zaburzenia lękowe, a nawet stany depresyjne. Sytuacje te dotyczą najczęściej pacjentów będących w IV lub V stadium CKD. Etiologia depresji jest złożona. Schyłkowa niewydolność nerek niesie ze sobą wiele stresorów natury fizycznej (ból, złe samopoczucie, osłabienie) i emocjonalnej (trudności z koncentracją uwagi, lęk przed podejmowaniem ważnych decyzji). Na zachowania depresyjne duży wpływ mają konieczność czasowej lub trwałej rezygnacji z dotychczasowego stylu życia i stopniowe ograniczanie ról społecznych oraz zawodowych. Wspomniane objawy depresji obniżają jakość życia pacjenta, jak również ogólny potencjał stanu jego zdrowia. Depresja koreluje z obniżającymi się

**Adres do korespondencji:**  
mgr Beata Białobrzaska  
Klinika Nefrologii, Transplantologii  
i Chorób Wewnętrznych UCK  
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk  
e-mail: b.bialobrzaska@gmail.com

▶▶Od momentu postawienia diagnozy chory jest zmuszony wprowadzić do swojego życia liczne zmiany, które mają charakter permanentny◀◀

▶▶Wszystkie utrudnienia i komplikacje, jakie niesie ze sobą przewlekła choroba, dotyczą życia osobistego, rodzinnego i zawodowego osoby chorej◀◀

wskaźnikami odżywienia [1–3], prowadzi do podwyższenia stężenia białka C-reaktywnego (CRP, *C-reactive protein*) [4], wpływa niekorzystnie na współpracę terapeutyczną oraz zwiększa długość i częstość hospitalizacji [5, 6]. Problem dotyczy zwłaszcza pacjentów dializowanych. W przypadku dializ otrzewnowych depresja zwiększa ryzyko zapalenia otrzewnej [7]. Wyniki badań prowadzonych w tym zakresie dowiodły, że depresja jest czynnikiem wpływającym na decyzję o przerwaniu leczenia nerkozastępczego [8] oraz zwiększenie śmiertelności w grupie pacjentów dializowanych właśnie tą metodą [3], a nawet podejmowanych prób samobójczych [9]. Podatność na zaburzenia depresyjne w grupie pacjentów po transplantacji nerki jest bardzo zróżnicowana. Koreluje to z etapem leczenia potransplantacyjnego i stosowanym leczeniem immunosupresyjnym. Wydaje się, że podatność na depresję w grupie pacjentów po przeszczepieniu nerki jest tym większa, im wyższa jest siła oczekiwań pacjenta co do możliwej do uzyskania jakości życia z przeszczepioną nerką. Na pojawienie się zaburzeń depresyjnych wpływa liczba niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych związanych z dokonaniem zabiegów operacyjnych i kompleksowym leczeniem. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych w grupie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek poddawanych leczeniu nerkozastępczemu może sprawiać pewne trudności. Objawy schyłkowej niewydolności nerek, takie jak zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia snu, mogą być mylone z objawami somatycznymi depresji. Dlatego warto poznać narzędzia badawcze ułatwiające wczesne właściwe rozpoznanie zaburzeń depresyjnych z możliwością pomocy pacjentowi. Jednym z cenionych narzędzi badawczych w tym zakresie jest skala depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*). Cykliczne wykonywanie tego rodzaju badań może zwiększyć rozpoznawalność depresji w opisywanej grupie pacjentów. Nie zwalnia to jednak z korzystania z możliwości uzyskania fachowej pomocy ze strony psychologów lub psychiatrów.

### WPLYW CHOROBY PRZEWLEKŁEJ NA STAN EMOCJONALNY PACJENTA

Pojawienie się jakiegokolwiek choroby przewlekłej stanowi dla pacjenta realne zagrożenie, którego nie można usunąć poprzez zmianę któregokolwiek ze składników sytuacji. Z biegiem czasu chory staje przed trudnymi wyzwaniem: jak radzić sobie z ograniczają-

cymi lub zagrażającymi objawami, jak znieść kłopotliwe i często powtarzające się zabiegi, jak przygotować się na reakcję rodziny i znajomych. Przewlekła choroba nerek prowadzi do wielu istotnych z klinicznego punktu widzenia następstw, w konsekwencji wpływając na każdy aspekt funkcjonowania pacjenta i jego bliskich. Od momentu postawienia diagnozy chory jest zmuszony wprowadzić do swojego życia liczne zmiany, które mają charakter permanentny. Nagle pojawiają się ograniczenia związane z koniecznością monitorowania funkcji nerek, wprowadzeniem zaleceń dietetycznych oraz podjęciem zachowań prozdrowotnych, które często wymagają zmiany dotychczasowego trybu życia. Konieczność odbywania regularnych wizyt kontrolnych oraz przeprowadzania badań zmusza do systematycznych przyjazdów do ośrodków nefrologicznych. Pacjenci muszą sobie radzić nie tylko z samą chorobą, ale również nauczyć się organizować proces leczenia oraz utrzymywać właściwe relacje z personelem. Dopóki choroba nie daje zauważalnych, uciążliwych objawów, może być trudno wyegzekwować od pacjenta dostosowywanie się do zaleceń. Omijanie wizyt kontrolnych, bagatelizowanie wymogu podporządkowania się pewnym ograniczeniom to poważne problemy. Pacjent zaczyna odczuwać obawy związane z pogarszającym się stanem zdrowia, a jego frustracja towarzysząca poczuciu zależności od innych i utracie kontroli nad własnym życiem często jest wyładowywana na personelu medycznym, który choremu człowiekowi bezpośrednio kojarzy się z jego aktualnym stanem. Wszystkie utrudnienia i komplikacje, jakie niesie ze sobą przewlekła choroba, dotyczą życia osobistego, rodzinnego i zawodowego osoby chorej. Bardzo często stan zdrowia wręcz nie pozwala na podjęcie jakiegokolwiek pracy, niezależnie od poziomu kompetencji zawodowych. Taka sytuacja powoduje szereg dalszych komplikacji psychicznych. Poza obniżeniem statusu ekonomicznego, pozbawia pacjenta wielu możliwości samorealizacji, w rezultacie często prowadząc do obniżenia poczucia własnej wartości. Człowiek chory czuje się psychicznie słaby, zależny od innych, ograniczony w swoich możliwościach, nieatrakcyjny, zmęczony swoją sytuacją, bezradny wobec tego, co się z nim dzieje. Czasem czuje się niezauważany, lekceważony, traktowany przedmiotowo. Niejednokrotnie wątpli w możliwość powodzenia procesu terapeutycznego; bywa przygnębiony, a często zupełnie zrezygnowany. W konsekwencji dochodzi u niego do tak zwanej frustracji

Tabela 1. Objawy depresji

<b>Objawy osiowe</b>
<b>Obniżenie podstawowego nastroju</b> przeżywane przez chorych jako stan smutku, przygnębienia, niemożność przeżywania szczęścia i radości czy zadowolenia z wykonywania czynności, które kiedyś sprawiały radość (anhedonia)
<b>Obniżenie tempa procesów psychicznych i ruchu</b> przejawiające się spowolnieniem tempa myślenia, osłabieniem pamięci, poczuciem pogorszenia sprawności intelektualnej, utrata energii, siły, poczucie ciągłego zmęczenia, spowolnienie ruchowe, osiągające niekiedy poziom zahamowania ruchowego. U niektórych chorych w miejsce spowolnienia ruchowego pojawia się niepokój ruchowy
<b>Zaburzenie rytmów biologicznych</b> , zwłaszcza zaburzenie rytmu snu i czuwania, które występuje w 2 podstawowych wariantach: w pierwszym potrzeba snu jest zwiększona, zaś w drugim znacznie zmniejsza się ilość snu nocnego z jego splyceniem, częstym budzeniem się, wczesnym porannym budzeniem się i występowaniem koszmarów nocnych; zaburzenia rytmu okołodobowego (wczesne budzenie się, sen płytki przerywany, a czasem senność w ciągu dnia, wahania samopoczucia — „rano gorzej, wieczorem lepiej”)
<b>Lęk</b> występuje typowo jako tzw. lęk wolno płynący, wykazuje falujące nasilenie, często jest lokalizowany przez chorych w okolicy przedsercowej lub w nadbrzuchu
<b>Objawy wtórne</b>
Wygląd osób z depresją: — zmiana w ubiorze: niechlujny wygląd — postawa i twarz: zmęczenie, zgarbione plecy Zachowanie osób z depresją: — sposób bycia: milczące, przytłumione, wycofane z kontaktów międzyludzkich — mowa: utrudniona, szept, głos jest słaby i pozbawiony modulacji — autodestrukcja: możliwe samouszkodzenia fizyczne lub katowanie się psychicznie <b>Inne:</b> bóle głowy, zaparcia, utrata łaknienia i spadek masy ciała (nie chcą jeść i nie czują potrzeby jedzenia), zaburzenia energetyczne (brak motywacji do robienia czegokolwiek), zaburzenia somatyczne (ból, przeziębienia, brak zainteresowania seksem), wysychanie śluzówek jamy ustnej, spadek libido. W myśleniu osób chorych można na ogół stwierdzić pewne szczególne zaburzenia: depresyjne oceny, takie jak negatywna ocena siebie, swojego postępowania, zdrowia, pesymizm towarzyszący myśleniu o przeszłości, przyszłości i teraźniejszości. Pacjenci często mówią o tym, że świat jest w czarnych lub szarych kolorach. Czasami pojawiają się urojenia hipochondryczne, nihilistyczne grzeszności, winy, kary. W łagodnych zespołach depresyjnych dochodzi do zmniejszenia aktywności, w cięższych do zaniechania jakichkolwiek działań

potrzeb, czyli zablokowania ważnych potrzeb emocjonalnych [10]. W przebiegu CKD obserwuje się następujące etapy reakcji na chorobę: zaprzeczenie, bunt, przystosowanie i akceptację. Wieloletnie doświadczenie pielęgniarskie przekonuje, że ponad połowa pacjentów leczonych nerkozastępczo nie akceptuje swojej choroby i proponowanego leczenia. Osoby należące do tej grupy są bardziej podatne na rozwój depresji. Przyczynami zaburzeń emocjonalnych wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo są frustracja związana z ograniczaniem realizacji potrzeb psychospołecznych, a także stres wywołany samą obecnością choroby przewlekłej, która ogranicza autonomię i stwarza wiele nowych problemów. Większość pacjentów jest stale narażona na lęk wywołany zagrożeniem zdrowia i życia, uzależnieniem życia od techniki dializacyjnej, obawą przed kolejną hospitalizacją oraz bólem spowodowanym współistniejącymi schorzeniami.

## DEFINICJA DEPRESJI ORAZ POSTACIE CHOROBY

Depresja w znaczeniu medycznym oznacza trwające długi czas (tygodnie, miesiące) chorobowe obniżenie nastroju, któremu towarzyszy

najczęściej dezorganizacja aktywności złożonej człowieka, przeżywanie niewydolności życiowej oraz często poczucie choroby. Wyróżnia się depresję typową i depresję maskowaną. W depresji typowej pacjent cierpi z powodu smutku, ubytku energii, zmniejszenia aktywności. Zakres zainteresowań i koncentracja uwagi są obniżone, często pojawia się zmęczenie, nawet po małym wysiłku, towarzyszy temu nierzadko anhedonia, czyli niemożność przeżywania przyjemności. Elementami stałymi w depresji są zaburzenia snu i apetytu. Obniżeniu ulega samoocena, niejednokrotnie towarzyszy temu nieuzasadnione i irracjonalne poczucie winy i przekonanie o swojej małej wartości. Obniżenie nastroju jest niezależne od zdarzeń bieżących i nie ulega większym zmianom w kolejnych dniach. Zależnie od liczby i intensywności objawów (tab. 1) nasilenie depresji może być określone jako łagodne, umiarkowane oraz ciężkie. Objawy występujące w depresji endogennej można podzielić na 2 grupy: osiowe (pierwotne) oraz niespecyficzne (wtórne). Te pierwsze dają typowy obraz depresji typu endogennego, drugie mogą występować w innych zaburzeniach depresyjnych. Często depresji endogennej towarzyszą objawy somatyczne — bóle głowy, karku, wysychanie jamy ustnej, zaparcia, brak

►► Wyróżnia się depresję typową i depresję maskowaną ◀◀

**Tabela 2.** Postacie depresji maskowanej (opracowanie własne)

<b>Charakterystyczne cechy depresji maskowanej</b>
Utrata umiejętności odczuwania zadowolenia z życia Trudności w podejmowaniu nawet prostych decyzji Utrata zainteresowań Tendencja do izolacji od otoczenia Rozmyślania o własnej bezużyteczności i pustce w życiu
<b>Zaburzenia somatyczne maskujące depresję</b>
Zaburzenia ortopedyczne: bóle w dole pleców, bóle karku, kończyn Zaburzenia neurologiczne: ból głowy (napięciowy, migrenowy), a także zaburzenia równowagi Zaburzenia internistyczne: sercowo-naczyniowe, oddechowe, gastryczne, hormonalne Zaburzenia ginekologiczne: bóle narządów płciowych, dysfunkcje seksualne Zaburzenia urologiczne: moczenie się
<b>Zaburzenia zachowania maskujące depresję</b>
Zachowania antysocjalne Zaburzenia zachowań seksualnych Kompulsywne uprawianie hazardu Skłonność do wybuchów gniewu Zachowania destrukcyjne Sadystyczne lub masochistyczne zachowania Kompulsywne jedzenie Kompulsywne wzorce pracy Skłonność do powodowania wypadków Histeryczne manifestacje Zachowania samobójcze Napady paniki Przewlekły lęk nerwicowy Natręctwa Jadłowstręt Okresowe nadużywanie alkoholu Okresowe nadużywanie leków Bezsenna senność Nadmierna senność Dolegliwości przypominające objawy bólu wieńcowego Napady braku tchu, duszności Ataki słabości i zaburzeń równowagi Biegunki, zespół jelita drażliwego Brak apetytu, jadłowstręt, spadek masy ciała Kolki żółciowe Świąd skóry i narządów płciowych Bóle głowy, brzucha, inne zespoły bólowe Ujawnienie się lub zaostrzenie nadciśnienia tętniczego

apetytu, ubytek masy ciała. Czynnikiem ryzyka są płęć żeńska (2–3 razy częściej) oraz choroby somatyczne związane ze schorzeniami nefrologicznymi, do których należą cukrzyca i choroby układowe (toczeń układowy, reumatoidalne zapalenie stawów). Na pojawienie się zaburzeń depresyjnych może mieć wpływ również przyjmowanie glikokortykosteroidów, niektórych leków hipotensyjnych (rezerpina, klonidyna, beta-adrenolityki, hydralazyna, werapamil, nifedipina). Duże znaczenie mają stresy psychologiczne związane ze stratą bliskich osób,

samotnością i brakiem stabilności finansowej. Żaden z wymienionych wyżej objawów sam w sobie nie stanowi o rozpoznaniu endogenego zespołu depresyjnego i może występować w innych zaburzeniach psychicznych czy też chorobach somatycznych. Może też być powikłaniem leczenia farmakologicznego. Pojawienie się przynajmniej 3 cech nadaje depresji endogennej charakterystyczny obraz i upoważnia do jej rozpoznania.

**W depresji maskowanej** rozpoznanie nastręcza znacznych trudności, gdyż objawy choroby są maskowane dolegliwościami fizycznymi bądź psychopatologicznymi. Jest to rodzaj depresji bez depresji, ponieważ na pierwszy plan wysuwają się symptomy różne od emocjonalnych. Konsekwencją trudności diagnostycznych mogą być błędy w terapii. Pacjenci zwykle uzyskują pomoc tylko objawową, wielu z nich uzależnia się od leków. Najczęściej występujące postacie depresji maskowanej przedstawiono w tabeli 2. Wielu chorych na depresję maskowaną zgłasza się do lekarza z powodu stanów lękowych, napięcia, drażliwości, niepokoju, czyli — jak mówią — ze względu na „nerwicę”.

### **RYZYKO WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z POSZCZEGÓLNYCH SPOSOBÓW LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO**

Przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego znaczna grupa osób ze schyłkową niewydolnością nerek cierpi z powodu zaburzeń lękowych i depresji [11–13]. Na depresję częściej są narażeni pacjenci dializowani otrzewnowo (30%) z cukrzycą w porównaniu z pacjentami hemodializowanymi (25%). Częstość nasilonej depresji u pacjentów dializowanych otrzewnowo szacuje się na 6%, dystymii na 8% [11]. Najczęściej występującymi stresorami wpływającymi na zachowania depresyjne pacjentów są: dolegliwości fizyczne związane z trwałą dysfunkcją nerek własnych (zaburzenia układu trawiennego, zaburzenia neurologiczne, choroby kości, anemia), brak możliwości normalnego funkcjonowania w życiu rodzinnym, utrzymanie dotychczasowego zatrudnienia lub znalezienie stałej pracy, niski status ekonomiczny, lęk przed utratą renty chorobowej, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, obniżona mobilność, zaburzenia funkcji poznawczych i zaburzenia sprawności seksualnej. Pojawienie się przewlekłej choroby w rodzinie zaburza równowagę i stabilizację

wewnętrzna w relacjach interpersonalnych. Z wieloletniej pracy z pacjentami na szczególną uwagę zasługuje fakt, że przy poprawnych relacjach interpersonalnych opartych na miłości i wzajemnym wsparciu obecność choroby przewlekłej w rodzinie wywołuje niezwykle silne emocje. Jeżeli choruje jeden członek rodziny, to emocjonalnie choruje cała jego rodzina. Przegląd dostępnej literatury dostarcza informacji na temat występowania zaburzeń depresyjnych u chorych dializowanych metodą hemodializy i dializowanych otrzewnowo, badanych najczęściej w populacji amerykańskiej. Jednocześnie brakuje danych dotyczących ryzyka występowania depresji w odniesieniu do populacji pacjentów po przeszczepieniu nerki. Wydaje się jednak, że jest ono w tej grupie dość zróżnicowane. Wpływ na pojawienie się zaburzeń emocjonalnych (obniżony nastrój, depresja) mają niewątpliwie siła stresorów oraz czas trwania niekorzystnej dla pacjenta sytuacji. Do najważniejszych stresorów u chorych we wczesnym okresie po transplantacji nerki należą: dysfunkcja przeszczepionej nerki (przedłużająca się anuria), stosowane leki, dodatkowe schorzenia (powikłania) wynikające ze stosowanego leczenia oraz brak wystarczającego wsparcia ze strony bliskich (duża odległość od miejsca zamieszkania do ośrodka transplantacyjnego, ograniczająca częste odwiedziny). W późniejszym okresie potransplantacyjnym czynnikami przyczyniającymi się do występowania zaburzeń depresyjnych mogą być: lęk przed wykonywaniem badań laboratoryjnych i uzyskaniem oczekiwanych wyników, działania niepożądane stosowanego leczenia immunosupresyjnego zmieniające wygląd pacjenta oraz konieczność regularnego przyjmowania leków. Temat ten nie został wystarczająco zbadany. Wymaga niewątpliwie szerszych badań, a także zwrócenia uwagi na problem, który może mieć wpływ na wyniki leczenia w aspekcie długoterminowym. Ze względu na zróżnicowane metody dializoterapii pacjenci korzystający z nich są narażeni na odmienne stresory wpływające na ich stan emocjonalny. U osób dializowanych metodą hemodializy do najczęstszych stresorów należą: sprawność dostępu naczyniowego, ból podczas nakłuć dializacyjnych, ból stawów i całego ciała, ograniczenia płynowe oraz ograniczenia dietetyczne. Chorzy często obawiają się o swoją przyszłość oraz stresują się kwalifikacją do upragnionej transplantacji nerki. Perspektywa udanego zabiegu przeszczepienia nerki łagodzi nawet ciężkie doświadczenia choroby

i wzbudza w pacjentach nadzieję na lepsze życie bez dializ. Chorzy dializowani otrzewnowo są nacechowani zupełnie innymi stresorami, do których należą: monotonia samodzielnego wykonywania zabiegów (wymian dializacyjnych), stres wywołany odpowiedzialnością za swoje zdrowie, samotność w chorobie, dyskomfort fizyczny związany z obecnością płynu w jamie brzusznej, brak możliwości uczestniczenia w życiu rodzinnym w dowolnym czasie (pacjenci dializowani metodą ADO). Dość częstym objawem zgłaszanym przez pacjentów dializowanych jest ból, który może być objawem depresji, ale również jej przyczyną. Jak wskazują wyniki badań, może on dotyczyć nawet połowy pacjentów leczonych nerkozastępczo. Typowym objawem depresji, obserwowanym u około 30% pacjentów dializowanych, jest bezsenność lub problemy z zasypianiem. Badacze zwracają uwagę na silną korelację między bólem, bezsennością oraz gorszą tolerancją dializowania [14–16]. W dostępnych badaniach wykazano większą częstość występowania depresji u pacjentów, którzy odczuwali ból, w porównaniu z chorymi niezgłaszającymi tego objawu. Natomiast bezsenność występowała częściej u chorych z silnym i umiarkowanym bólem. Osoby, które odczuwały ból łagodny lub nie odczuwały takich dolegliwości, nie miały problemów z zasypianiem. Podobne spostrzeżenia dotyczyły efektów dializy. Wnioski z powyższych obserwacji sugerują zwrócenie szczególnej uwagi na pacjentów często uskarżających się na ból. U chorych odczuwających tego rodzaju dolegliwości występuje wyższe ryzyko gorszych efektów dializoterapii, a nawet rezygnacji z leczenia. Przyczyną tej decyzji może być depresja.

## **DEPRESJA U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH NA PODSTAWIE BADAŃ WŁASNYCH**

### **MATERIAŁ**

Na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono badanie podmiotowe (ankietowe) przy użyciu zmodyfikowanej BDI w 3 placówkach nefrologicznych (2 publicznych i 1 niepublicznej) na terenie Trójmiasta w okresie od 1 do 31 stycznia 2013 roku. Uczestniczyło w nim 72 pacjentów. Anonimową ankietę pacjent wypełniał samodzielnie. Badana grupa składała się z kobiet i mężczyzn (wiek 24–87 lat, średnia wieku 60,24 roku) leczonych nerkozastępczo metodą hemodializy. Podjęte badanie podmiotowe miało na celu:

**Tabela 3.** Objawy depresji według skali depresji Becka (opracowanie własne)

Obniżenie nastroju (smutek)	Samooskarżanie się	Trudności w pracy
Pesymizm	Pragnienie śmierci	Zaburzenia snu
Poczucie niewydolności	Wołanie o pomoc	Zmęczenie
Utrata satysfakcji	Drażliwość	Utrata łaknienia
Poczucie winy	Wycofanie z kontaktów społecznych	Utrata masy ciała
Oczekiwanie kary	Brak decyzji	Dolegliwości somatyczne
Brak akceptacji siebie	Zniekształcony obraz własnego ciała	Niski poziom energii

- ocenę ryzyka występowania depresji w populacji chorych dializowanych;
- wyodrębnienie w badanej grupie najczęstszych objawów (symptomów) zaburzeń depresyjnych;
- określenie zapotrzebowania pacjentów dializowanych na wsparcie emocjonalne ze strony pielęgniarek nefrologicznych;
- ocenę zapotrzebowania na pomoc specjalistyczną (psycholog/psychiatra) w badanej grupie pacjentów.

Kryterium oceny materiału badawczego była kompletnie wypełniona ankieta o charakterze poufnym.

## METODY

Skala depresji Becka składa się z 21 punktów ocenianych według intensywności objawów od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem najlepiej opisuje jego stan we wskazanym okresie. Badana grupa pacjentów miała za zadanie określenie swojego stanu emocjonalnego w ciągu ostatniej (minionej) doby. Skala depresji Becka zawiera 21 najczęściej obserwowanych objawów depresji według porządku opisanego w tabeli 3.

## WYNIKI

Badana grupa pacjentów ( $n = 72$ ) składała się z 38 (53%) kobiet i 34 (47%) mężczyzn. Analiza BDI wykazała, że 34/72 (47,2%) pacjentów (0–11 pkt.) nie miało symptomów zaburzeń depresyjnych, 25/72 (34,7%) pacjentów (10–27 pkt.) wykazywało łagodną depresję, a u 13/72 (19,1%) pacjentów ( $\geq 28$  pkt.) zaobserwowano umiarkowanie ciężką depresję.

**Wśród osób prezentujących symptomy łagodnej depresji (25/72)** u prawie połowy (12/25, 48%) zaobserwowano odczucia smutku i przygnębienia. Taka sama liczba pacjentów odpowiedziała, że często, a nawet bardzo często obawiała się o swoją przyszłość i że nie popełniła żadnych zaniedbań wobec siebie i innych. Ponad połowa chorych (16/25, 66%) uważała, że nic jej nie cieszy lub nie odczuwała żadnego zadowolenia i przyjemności z czegokolwiek. W aspekcie poczucia winy 12/25 (48%) cho-

rych nie odczuwało tego rodzaju uczuć wobec siebie lub innych, pozostali dość często lub często czuli się winni, a 17/25 (68%) pacjentów sądziło, że nie zasługiwało na karę. Aż 18/25 (72%) osób uważało, że nie są z siebie zadowoleni, a 15/25 (60%) uznało, że nie byli gorsi od innych. U 8/25 (30%) chorych zaobserwowano powody do płaczu, a 15/25 (60%) pacjentów była podenerwowanych i bardziej przykrych dla innych niż dawniej. Mniejsze niż dawniej zainteresowanie innymi ludźmi dotyczyło 13/25 (52%) pacjentów, a brak możliwości podejmowania decyzji prezentowało 18/25 (72%) chorych. Aż 19/25 (78%) badanych odczuwało dyskomfort z powodu swojego wyglądu i nieatrakcyjności, taka sama liczba pacjentów miała trudności z rozpoczynaniem i wykonywaniem czegokolwiek. Wszyscy badani chorzy mieli problemy ze snem, a także uważali, że męczliwość jest ich dużym problemem (17/25, 68%). Utratę apetytu prezentowało 17/25 (68%) pacjentów, ale mimo to tyle samo pacjentów uznało, że nie straciło na wadze w okresie ostatniego miesiąca. Bardzo duża (21/25, 84%) grupa pacjentów uważała, że martwi się o swoje zdrowie bardziej niż dawniej i często o tym myśli. Tylko 6/25 (24%) osób nadal interesowało się seksem, natomiast pozostali pacjenci zdecydowanie mniej lub prawie wcale nie byli tym aspektem życia zainteresowani. Badana grupa w zdecydowanej większości (21/25, 84%) nie była aktualnie zgłoszona do transplantacji nerki, chociaż 15/25 (60%) pacjentów wyrażało taką wolę. W czasie przeprowadzania badania 16/25 (68%) osób z analizowanej grupy nie miało szansy na zgłoszenie do zabiegu przeszczepienia nerki.

**Wśród osób prezentujących symptomy umiarkowanie ciężkiej depresji (13/72)** prawie wszyscy (11/13, 85%) odczuwali smutek i przygnębienie, a także martwili się o swoją przyszłość. Podobna liczba pacjentów uważała, że popełniła mnóstwo błędów i zaniedbań oraz że nie ma powodów do przeżywania zadowolenia i przyjemności. Tylko 2/13 (15%) chorych nie czuło się winnych wobec siebie i innych, a 11/13 (97%) uważało, że zasługuje na spodzie-

waną karę. Aż 11/13 (93%) badanych nie było z siebie zadowolonych, a tylko 5/13 (40%) miało poczucie, że nie są gorsi od innych. Około połowa (7/13, 55%) pacjentów stwierdziła, że chce odebrać sobie życie lub myśli o samobójstwie, ale nie mogłaby tego dokonać. Prawie wszyscy (12/13, 90%) pacjenci zgłaszali, że płaczą częściej niż dawniej lub ciągle chce im się płakać. Wszyscy w badanej grupie byli bardziej nerwowi, przykrzy lub stale zdenerwowani i bardziej rozdrażnieni niż dawniej. Tylko 3/13 (25%) pacjentów było zainteresowanych innymi ludźmi, pozostali chorzy utracili większość lub wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi. Żaden z chorych w chwili badania nie potrafił z łatwością podjąć jakiegokolwiek decyzji. Prawie wszyscy badani uznali, że wyglądają coraz gorzej i martwią się swoim wyglądem. Wszyscy ankietowani w tej grupie opowiedzieli się za trudnościami i wkładaniu wielkiego wysiłku w zmuszaniu się do wykonywania czegokolwiek. Wszyscy w analizowanej grupie mieli problemy ze snem. Ponadto wszyscy prezentowali problemy z męczliwością oraz utratą apetytu, ale 5/13 (40%) pacjentów nie straciło na wadze w czasie ostatniego miesiąca. Prawie wszyscy (12/13, 90%) ankietowani często martwili się o swoje zdrowie. Wszyscy pacjenci w tej grupie wyrazili brak zainteresowania sferą życia seksualnego. Badana grupa w całości nie była aktualnie zgłoszona do transplantacji nerki, chociaż 3/13 (20%) pacjentów wyrażało taką wolę. W czasie przeprowadzania badania żaden pacjent z analizowanej grupy nie miał szansy na zgłoszenie do zabiegu przeszczepienia nerki.

## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania możliwe było sformułowanie następujących wniosków:

U połowy badanej populacji pacjentów hemodializowanych stwierdzono objawy łagodnej lub umiarkowanej ciężkiej depresji. W przypadku stwierdzenia symptomów zaburzeń depresyjnych konieczna jest weryfikacja objawów przy użyciu specjalnych testów (np. BDI).

Wśród objawów (symptomów) zaburzeń depresyjnych na szczególną uwagę zasługują: brak zdolności do odczuwania radości z czegokolwiek, zaburzenia snu, brak zdolności do podejmowania nawet prostych decyzji, męczliwość, skłonność do płaczu, brak apetytu, myśli samobójcze, brak zainteresowania sferą życia seksualnego.

W wyniku przeprowadzonego badania oceniono znaczne zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne ze strony personelu pielę-

gniarskiego. Wsparcie to powinno być oferowane każdemu pacjentowi, który prezentuje symptomy depresji.

Stwierdzono, że sama możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego ze strony pielęgniarek nie wystarcza. W przypadku wszystkich chorych z objawami zaburzeń depresyjnych niezbędna jest pomoc specjalisty psychologa lub psychiatry.

## ZADANIA PIELĘGNIARKI WE WCZESNYM WYKRYWANIU I ŁAGODZENIU SKUTKÓW DEPRESJI U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO

Specyfika pracy pielęgniarek nefrologicznych umożliwia wnikliwą obserwację i częsty kontakt z pacjentami leczonymi nerkozastępczo. Wynika to niewątpliwie z codziennych zadań zawodowych oferowanych pacjentom będącym na różnych etapach choroby nerek. Niezbędne jest przy tym wyczuwanie emocjonalne i wnikliwa obserwacja pod kątem opisywanych zaburzeń. Obecne możliwości kształcenia podyplomowego pielęgniarek nefrologicznych obszernie obejmują aspekty psychologiczne pracy zawodowej. W programach szczegółowych kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią oraz specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego istnieje wiele zagadnień, których realizacja przygotowuje pielęgniarki do profesjonalnego podejścia do pacjentów nefrologicznych. Właściwe wykorzystanie tej wiedzy wymaga od pielęgniarek wrażliwości emocjonalnej, poświęcenia pewnej ilości czasu, chęci udzielania pomocy pacjentom oraz łatwości w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Przy obecnym obciążeniu pielęgniarek nadmiarem obowiązków bezpośrednich i pośrednich nie zawsze jest to możliwe. Biorąc jednak pod uwagę przedstawione dane dotyczące problemu depresji wśród pacjentów nefrologicznych, warto się tym zająć. Wydaje się, że najlepsze byłoby określenie schematu postępowania pielęgniarstwa obejmującego wywiad z pacjentem, a następnie wnikliwą obserwację pod kątem zaburzeń emocjonalnych. Jednak doświadczenie pielęgniarstwa wskazuje, że ten sposób postępowania jest niewystarczający. Kluczem do rzeczywistego określenia zaburzeń depresyjnych jest faktyczna wiedza na temat objawów depresji, ale przede wszystkim pozyskanie ze strony pacjenta szczególnego zaufania do pielęgniarki. Ten swoisty rodzaj więzi między pacjentem a pielęgniarką rozwija się całymi latami i owocuje zazwyczaj wykryciem najbardziej ukrytych problemów pacjenta. Często

**Tabela 4.** Elementy obserwacji pielęgniarskiej dotyczącej diagnostyki zaburzeń depresyjnych (propozycja własna)

Wygląd pacjenta	Zachowania pacjenta
Dbłość o swój wygląd zewnętrzny (niechlujny, brudne ubrania) Postawa ciała (pochylona, przygarbiona) Wyraz twarzy (widoczne cierpienie, zmęczenie)	Sposób bycia (nawiązywanie kontaktów międzyludzkich) Mowa (cicha, głos stłumiony, pozbawiony modulacji) Brak poczucia humoru Narzekanie na wszystko (co było, jest i będzie w przyszłości) Płaczliwość Nerwowe podejście nawet do prostych spraw Stałe zmęczenie, brak chęci do czegokolwiek Gorszy apetyt lub nadmierny apetyt Zaburzenia snu

narzędziem badawczym wykorzystywanym w pracy pielęgniarskiej jest obserwacja. W diagnostyce zaburzeń depresyjnych obserwacja (tab. 4) i wywiad (ankieta) mogą mieć dość istotne znaczenie. Bardzo cennym narzędziem z punktu widzenia psychologicznego jest użycie opisywanego prostego testu zwanego w skrócie BDI. Autorka niniejszej pracy proponuje standardowe cykliczne (co 6 miesięcy) wykorzystywanie powyższych narzędzi badawczych we wczesnym wykrywaniu zaburzeń emocjonalnych u pacjentów leczonych nerkozastępczo. Ten sposób postępowania może się przyczynić do uzyskania odpowiedniej jakości życia i poprawy wyników leczenia w opisywanej grupie chorych.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Podsumowując powyższe analizy, należy stwierdzić, że problem zaburzeń depresyjnych dotyczy znacznej grupy pacjentów leczonych nerkozastępczo i nie został on w pełni zbadany. Wymaga z pewnością szerszych analiz naukowych, zwłaszcza w grupie pacjentów po przeszczepieniu nerki. Depresja jest dość trudną do wykrycia chorobą uczuć, którą należy leczyć. Znaczna grupa chorych prezentuje objawy depresji maskowanej, a tylko niewielu pacjentów

jasno prezentuje objawy choroby oraz poszukuje pomocy specjalisty. Ze względu na deficyt psychologów klinicznych zatrudnianych w polskich ośrodkach nefrologicznych rolę psychoterapeutów odgrywają pielęgniarki nefrologiczne. Dlatego tak ważna w tym względzie jest pomoc właściwie przygotowanych pielęgniarek, posiadających odpowiedni zakres wiedzy zawodowej umożliwiającej pomoc choremu. Nie wystarcza samo stwierdzenie przez doświadczony i odpowiednio przygotowany personel pielęgniarski symptomów zaburzeń depresyjnych u pacjenta. Należy szukać pomocy u wykwalifikowanych specjalistów (psychologów klinicznych lub psychiatrów) znających specyfikę CKD, a także jej skutków emocjonalnych. Ważne jest przy tym, by konsultacja specjalisty miała miejsce nie tylko w przypadku stwierdzenia obniżonego nastroju lub depresji, ale również w sytuacji, gdy przy użyciu prostych testów psychologicznych, mimo niskiej punktacji, stwierdza się u chorego objawy mogące sugerować depresję. Ważne jest przy tym, by konsultacja psychiatry miała miejsce nie tylko w przypadku stwierdzenia obniżonego nastroju lub depresji, ale również w sytuacji, gdy przy użyciu prostych testów psychologicznych, mimo niskiej punktacji, stwierdza się u chorego objawy mogące sugerować depresję.

## STRESZCZENIE

Przewlekła choroba nerek (CKD) przebiega wieloetapowo, a w krańcowym jej stadium konieczne jest leczenie nerkozastępcze. Towarzyszy jej wiele często opisywanych objawów somatycznych i nieco rzadziej emocjonalnych. Jednym z najczęściej spotykanych objawów emocjonalnych jest depresja, która może dotyczyć każdego etapu CKD. Jest to poważny problem wymagający leczenia, którego nie należy lekceważyć. Depresja jest chorobą uczuć. Jej przyczyną jest najczęściej stres wywołany czynnikami, które mają wpływ na życie emocjonalne czło-

wieka. Specyfika pracy pielęgniarek nefrologicznych polega na bliskim kontakcie z chorymi. Umożliwia to wczesne wykrycie zaburzeń depresyjnych i zapewnienie odpowiedniej pomocy pacjentowi. Nie jest to wcale łatwe, gdyż wymaga od członków zespołu terapeutycznego wrażliwości emocjonalnej, rzetelnej wiedzy zawodowej i zaangażowania w proces terapeutyczny. Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na obecność niewidocznego problemu u pacjentów leczonych nerkozastępczo.

**Forum Nefrologiczne 2013, tom 6, nr 3, 177–185**

**Słowa kluczowe:** zaburzenia emocjonalne, depresja, leczenie nerkozastępcze, pielęgniarstwo nefrologiczne



1. Kimmel P.L., Weihs K.L., Peterson R.A. Survival in haemodialysis patients: the role of depression. *J. Am. Soc. Nephrol.* 1993; 41: 12–27.
2. Levenson J.L., Glocheski S. Psychological factors affecting end stage renal disease: a review. *Psychosomatics* 1991; 32: 382–389.
3. Israel M. Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Can. J. Psychiatry* 1986; 31: 445–451.
4. Kimmel P.L. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J. Psychosom. Res.* 2002; 53: 951–956.
5. Kimmel P.L. Towards a developmental view of end-stage renal disease. *Am. J. Kidney Dis.* 1990; 15: 191–193.
6. Lopes A.A., Bragg J., Young E. i wsp. Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int.* 2002; 62: 199–207.
7. Rabindranath K.S., Daly C., Butler J.A. i wsp. Psychosocial interventions for depression in dialysis patients (review). *Cochrane Library* 2006; 1: 1–33.
8. Juergensen P.H., Juergensen D.M., Wuerth D.B. i wsp. Psychosocial factors and incidence of peritonitis. *Adv. Perit. Dial.* 1996; 12: 196–198.
9. Kimmel P.L., Peterson R.A., Weihs K.L. i wsp. Behavioural compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J. Am. Soc. Nephrol.* 1995; 5: 1826–1834.
10. Białobrzaska B., Dębska-Ślizień A. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. PZWL, Warszawa 2013: 465–467.
11. Lew S.Q., Piraino B. Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Semin. Dial.* 2005; 18: 119–123.
12. Korevaar J.C., Jansen M.A., Merkus M.P. i wsp. Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. The NECOSAD Study Group. *Perit. Dial. Int.* 2000; 20: 69–75.
13. Piraino B., Bernardini J., Wilson T., Shear K. Assessment of depression in patients with chronic kidney disease (CKD) and impending dialysis. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2003; 14: 448A.
14. Kimmel P.L., Elmont S.L., Newmann J.M., Danko H., Moss A.H. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors and ethnicity. *Am. J. Kidney Dis.* 2003; 42: 713–721.
15. Shayamsunder A.K., Anekwe E., Khetpal P. i wsp. Sleep disturbance, pain and quality of life in hemodialysis patients. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2004; 15: 469.
16. Davison S.N., Jhangri G.S. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J. Pain Symptom. Manag.* 2005; 30: 465–473.