

PAPER DETAILS

TITLE: MIYOKARD INFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA PSIKOSOSYAL SAĞLIK VE
HASTALIK UYUMU

AUTHORS: Sevgi NEHIR, Olcay ÇAM

PAGES: 73-84

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825562>

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA PSİKOSOSYAL SAĞLIK VE HASTALIK UYUMU

PSYHOSOCIAL HEALTH AND ILLNESS ADJUSTMENT IN PATIENTS UNDERGONE MYOCARDIAL INFARCTION

Arş.Gör. Sevgi NEHİR Prof.Dr. Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Çalışma 24-26 Haziran 2010 tarihinde IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde Poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Fiziksel, psikolojik ve sosyal değişkenler hastalığa uyumu etkilemektedir. Hastalığa psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların hastalığa uyumu ise, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, sosyokültürel özellikleri, psikososyal stresörleri, hastalıkla ilgili olumsuz duygular, baş etme yöntemleri, geçmiş deneyimleri, yaşam tarzı, kalımsal özellikleri, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türü, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın uyumunu, bakımını, tedavi süresini ve masraflarını etkileyebileceği gibi, hastalığın seyrini mortalitesini ve morbiditesini de olumsuz etkilemektedir. Kalp hastalıklarında ve özellikle de Miyokard İnfarktüsünde (MI) psikiyatrik komplikasyonlar çok fazla gelişmektedir. Miyokard infarktüsünde ölüm ve beden imajına tehdit deneyimleyen bireylerde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası hastalar tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. Hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunların gelişimi, bireylerde geçici ya da sürekli uyum bozuklukları gözlenebilir. Literatür gözden geçirildiğinde, hastaların ruh sağlığını; benlik saygısı, stres, sosyal destek, psikolojik destek, duygusal sorunlar, fiziksel ve psikolojik yeterlilik durumu, hastalığa yönelik algılar, baş etme yöntemleri, sağlık profesyonelleriyle ilişkiler ve işbirliği gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir. Makalede Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda hemşirelerin destekleyici girişimleri uygulanabilmesi için; Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastaların ruhsal durumunu etkileyen etmenleri, psikososyal uyumlarının ve sorunları ile baş edebilme yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik yaklaşımlara yer verilmiştir.

Anahtar Kelime: Miyokard İnfarktüsü, Ruh Sağlığı Hemşireliği, Psikososyal Sağlık, Hastalık Uyumu

ABSTRACT

Physical, psychological and social variables influence adaptation to disease. Psychological disease-adaptation affects all the factors related to disease and treatment. Similarly, psychological disease-adaptation may affect the course of disease favorably or adversely. Also patients' disease-adaptation may vary depending on individual's personality, physical and psychological strength, socio-cultural characteristics, psycho-social stressors, negative feelings about disease, coping methods, previous experiences, life-style, hereditary features, support received from family members, type of disease or loss and the approach of therapy team to patient. The mental and behavioral problems level that accompany physical diseases affect patient's adaptation, care, such as length and affect cost of treatment, course of disease, mortality and morbidity adversely. Cardiac diseases and especially myocardial infarction (MI) are psychiatric complications develop a lot. In myocardial infarction, psychological problems as well as serious physical problems may appear in individuals who suffer from a threat for death and bodily image. Individuals, along with their personal characteristics, are influenced from such factors as depression, anxiety, stress, need for information related to disease, to manage disease under control and need for social support. After myocardial infarction medical therapy, self-care, restricted physical activity and increase in disease-related expenditures may cause patients to experience anxiety and depression. Development of psychiatric problems such as anxiety or depression and continuous adjustment disorder may be seen in patients. When literature was reviewed it was reported that patients' mental health was influenced by factors such as self-respect, stress, social support, psychological support, emotional problems, status of physical and psychological efficiency, perceptions toward disease, coping strategies, relationships with health professionals and cooperation. In order for nursing supportive approaches can be applied for patients undergone myocardial infarction, the article was involved the factors affecting patients' mental conditions and the approaches toward developing skills to cope with psycho-social adaptation and problems.

Key Words: Myocardial Infarction, Mental Health Nursing, Psychosocial Health, Adaptation

GİRİŞ

Günümüzde kronik hastalıklar, beklenen yaşam süresinin artması, hızlı kentleşme, yaşam süresinde yaşanan stresler nedeniyle daha da önemli hale gelmiş, bütün ülkelerde bireyi etkileyen önemli sağlık sorunu olmuştur (Canlı 2002, Sakin 2007). Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın uyumunu, bakımını, tedavi süresi ve masraflarını etkileyeceği gibi, hastalığın mortalitesini ve morbiditesini de olumsuz etkilemektedir. Bireylerde geçici ya da sürekli uyum bozuklukları gözlenebilir. Bireylerin hastalığa karşı tepkileri ve uyumları değişik olabilir. Hastalığın birey üzerindeki, onun kişilik yapısına, fiziksel ve psikolojik gücüne, aile bireylerinden aldığı desteğe, hastalığın veya kaybının türüne, tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilir. Dahili hastalıklarda depresyon ve anksiyeteye sık rastlanır (Durademir 1993, Özkan 1993, Erdine, Turfaner 2008).

Kalp hastalıkları 20. yüzyılın başlarında tüm dünyadaki ölüm nedenlerinin %10'undan azını oluşturmaktayken bu oran zaman içinde giderek artmış ve 21. yüzyılın başından itibaren kalp hastalıkları gelişmiş ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerdeki ölüm sebeplerinin %25'inden sorumlu hale gelmiştir (Stovsky 1992, Sakin 2007). Dünya çapında kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin 2020 yılında 1990 yılına oranla erkeklerde %100, kadınlarda %80 oranında

artacağı düşünülmektedir. 2020 yılında 25 milyon insanın kalp hastalıkları nedeniyle öleceği ve Koroner Arter Hastalıklarının (KAH) dünyada en yaygın ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir. Bunun anlamı her üç ölümden birinin kalp hastalıklarına bağlı olacağıdır (World Health Report 2002). Gelişmekte olan ülkelere kıyasla belirgin farklılıklar göstermektedir. Türk halkının %65'inin şehirlerde yaşaması hızlı endüstrileşmenin olumsuz (sigara içimi ve hayvansal yağdan zengin besin yeme alışkanlıklarında artma, sedanter yaşam vb.) etkileri sonucunda gelişmiş ülkelerdekine benzer oranlarda ve sıklıkta kalp hastalıklarına bağlı ölüm gözlenmektedir. Ancak yaş gruplarına göre kalp hastalıkları incelendiğinde Avrupa'ya göre Türkiye'nin daha genç gruplarda daha yüksek kalp hastalıkları oranlarına sahip olduğu görülmektedir (Onat 2001, Sakin 2007, www.tkd.org.tr).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN RİSK ETKENLERİ

Kalp hastalıkları ve özellikle de akut Miyokard İnfarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Miyokard infarktüsünde ölüm ve beden imajına tehdit deneyimleyen bireylerde ciddi fiziksel sorunların yanı sıra, psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Özkan 1993).

Kalp hastalıkları psikososyal durum ve psikiyatrik patoloji ile iki yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ani ölüm ya da hastalığın getirdiği tehdit yaygın olarak anksiyete, disfori ve depresyona neden olur. Bunun tersi de doğrudur. Majör depresyon, panik bozukluğu ve akut anksiyeteden; sosyal destek azlığı, düşük gelir düzeyi ve öfkeye kadar değişen bir çerçevede çeşitli psikososyal etmenler kardiyak bozukluklarla ilişkilidir. Buna ek olarak, aynı belirtiler birincil olarak psikiyatrik ya da birincil olarak kardiyolojik durumların habercisi olabilir. Panik atağı göğüsste bir rahatsızlık olarak ortaya çıkabileceği gibi, kardiyak iskemi de akut anksiyeteyi taklit edebilir (Yazıcı 2003). Bu nedenle psikolojik durum ile kardiyak patofizyoloji arasındaki ilişkinin farkında olmak gereklidir.

Miyokard infarktüsü nedenleri ve tedavisi hakkında Framingham Kalp Araştırması çalışmasında, katılan 5209 kişi, aile yapıları, sigara içip içmedikleri, kiloları, kolesterol seviyeleri, kan basınçları, aile ve sosyal ilişkileri dahil olmak üzere onlarca faktör açısından uzun yıllar boyunca takip edilmişlerdir. Sonuçlar, başta kolesterol olmak üzere kan yağlarındaki yüksekliğin, sigaranın, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi rahatsızlıkların MI riskini arttırdığını göstermiştir (Kınikoğlu 2009). Tip A davranış örüntüsü, öfke, depresyon, anksiyete, sosyal destek azlığı ve düşük sosyoekonomik düzey gibi birtakım etkenlerin koroner arter hastalığının ortaya çıkışı ve MI'ne neden olduğu belirtilmektedir (Yazıcı 2003, Özer 2009, Ariyo et al. 2000, Ferketich et al. 2000).

Hastaların MI sonrası cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma yaşadığı belirtilmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası cinsel disfonksiyon prevalansı %50-75 olarak tespit edilmiştir (Yıldız, Pınar 2004). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından

yapılan bir araştırmada Mİ geçiren erkek hastaların %44'ünde erektil disfonksiyon saptanmış ve bunun organik nedenleri arasında %53 oranında arteriyel hastalık bulunduğu ortaya konulmuştur (www.tkd.org). Literatürde Mİ sonrası cinsel disfonksiyonun çoğunlukla psikolojik kaynaklı olduğu ve genellikle hastaların cinsel aktivite sıklığında ve tatmininde azalma görüldüğü belirtilmektedir (Drory 2000). Cinsel aktivite sıklığındaki azalma nedeni olarak daha çok yeni bir Mİ geçirme ve ölüm korkusu gösterilmektedir (Yıldız, Pınar 2004). Araştırmalar kalp hastalarının çoğunda mevcut olan "seks esnasında Mİ geçirme korkusunun" ereksiyon sorununa neden olabildiğini göstermektedir (Kınıkoğlu 2009).

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda sağlık durumundaki değişmelere paralel olarak anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olabilmektedir (Lesperance et.al.1996, Dickens 2006, Penninx 1998). Miyokard infarktüsü geçiren hastaların çoğu son zamanlarda büyük üzüntü çektiklerinden veya çok stresli günler geçirdiklerinden bahsederler. Büyük bir mali kayıp, işten ayrılma, ödenmesi zor bir borç yükü, bir yakının kaybı gibi depresyona giden tüm duygusal stresler ani tansiyon yükselmeleri veya damar spazmları yaparak Mİ'ne davetiye çıkarır. Üzüntünün kalp damarları içindeki yağlı plakların yırtılması dışında başka bir mekanizmayla ani kalp yetmezliğine neden olduğu gösterilmiştir. Göğüs ağrısı ile birlikte nefes darlığı ve kardiyojenik şok ortaya çıkmaktadır (Bankier, Littman 2002, Kınıkoğlu 2009).

Mİ'nü tetikleyen diğer aşırı yüklenmeler aşırı sıcağa maruz kalmak, uykusuzluk, aşırı yemek yemek, özellikle alkol ile birlikte yemek yemek, depresyon, sel, yangın gibi, doğal afetlerin korku ve endişeyi tetikleyerek Mİ neden olduğu bilinmektedir. Öfke atağından sonraki iki saat boyunca Mİ geçirme riskinin 14 misli arttığı bildirilmiştir. Soğuk havanın kalp ağrısına neden olduğu, yaşlılarda ise ağır gribal enfeksiyonların Mİ tetiklediği bilinmektedir (Kınıkoğlu 2009).

Ayrıca ağır gribal enfeksiyonlar yaşlılarda Mİ tetikleyebilir.

Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Miyokard infarktüsü sonrası hastalar tıbbi tedavi, özbakım, fiziksel aktivitede kısıtlılık, hastalığa bağlı maddi harcamalarda artış hastaların anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olabilir. Anksiyete herhangi bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan duygusal bir durumdur. Bu nedenle, Mİ geçiren bireylerde de anksiyete beklenen bir tepkidir. Anksiyete Mİ'nün erken dönemlerinde ortaya çıkabilir; çünkü birey yaşamını tehdit eden bu ciddi tehlike karşısında kaygı, korku hisseder (Dickens 2006). Böyle bir duygulanım süreci yaşayan bireyler, daha önce sorunlarını çözmekte kullandıkları etkin başa çıkma mekanizmalarını kullanmakta güçlük çekmektedir. Stres ve anksiyetenin etkileri nedeniyle kişinin kardiyak fonksiyonları yeterli ise kalbin atım hacmi ve kardiyak debisi artar, kan basıncı yükselir. Ancak, Mİ geçiren bir hastanın kalbi, stresin neden olduğu bu yükü karşılamakta yetersiz kalabilmektedir (Penninx 1998, Özer 2009).

Amerika'da sağlıklı topluluk üzerinde yapılan çalışmaları konu alan derlemelerde Mİ oluşumu ile endişe arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Dickens 2006, Başar, Vural 2006). Koroner kalp hastalığı olanlarda endişe sıklıkla karşılaşılan, semptom

ve yeti yitimini arttıran, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olan ve hastaneye tekrar yatışları belirleyen bir durumdur (Başar, Vural 2006). Ayrıca endişe ilişkili göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve çarpıntı gibi semptomlar kalp hastalığının semptomları ile örtüşebileceğinden anksiyetenin tanı ve tedavisine özel önem verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Kubzansky 1998, Başar, Vural 2006).

Hastalar MI sonrası endişeli ve önemli oranda stres içindedirler. Hastalar göğüsleri üzerinde baskı uygularlar veya ovuştururlar, soğuk terleme ve deri soğukluğu olabilir (Özkan, Baykal 2001). Hastalar da ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, hastalığın nedeni ve prognozundan emin olmama, beden imajına yönelik tehditler görülebilmektedir (Durademir 1993). Miyokard infarktüsü geçiren hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmeye güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşılaşabilmektedir. MI sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlemekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşanabilmektedir (Kınıkoğlu 2009, Canlı 2002). Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşamaktadır. Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres yaratıcı, krize neden olacak etkisi ile ilgili çalışmalar MI'nın en ciddi zorlanma yapan hastalıklardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. MI bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmiş; yaşam amaçları, cinselliği tehdit altında veya azalmış gibi hissedilmektedir. Hasta istediği gibi yaşayamayacağını, her şeyin kısıtlanacağını düşünür (Özkan 1993, Canlı 2002).

Bu aşamada hastalar en çok kısıtlanmaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, 2. günde inkar ve tedaviyi reddetme, 3. ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır. Göğüs ağrısı yakınması ve MI şüphesi ile koroner bakım ünitesine yatırılan bir hastada kaydedilen davranış kalıpları, anksiyete-inkar-depresyon şeklinde bir seyir izlemektedir. Yatışı takiben anksiyete ve ölüm korkusu en üst noktadır. Anksiyeteli hastada otonom sinir sistemi aktivitesi bozulmuştur. MI geçiren bir hastadaki ileri anksiyete, koronerlerin beslenmesini olumsuz etkiler, MI komplikasyonlarının daha da artmasına neden olur. Psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin kalitesini artıran psikososyal bir hizmet değil, her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen bir klinik tıp hizmetidir (Katon 1995, Keeling 1995, Hoeman 1996, Güneş 2002).

Öfke hafif sinirlilik halinden tam bir hiddetlenmeye kadar gidebilen hissi bir deneyimdir. Düşmanlık ise kişilere zarar verme ya da eşyaları tahrip etme şeklinde saldırgan davranışı teşvik eden tavır şekli olarak tanımlanır. Öfke/düşmanlık sempatik sinir sisteminin süregelen aşırı uyarılması ile ilişkili olup artmış sempatik aktivite arteriyel büzüşme, yüksek kalp hızı ve kan basıncını artırır (Başar, Vural 2006). Bu yüzden bazı kişilik özellikleri, kalp hastalıklarına yakalanma ve MI geçirme riskinin aynası

gibidir. Aşırı öfke ve kızgınlık, vücuttaki adrenalin hormonunun artmasına ve kalp damarlarının zarar görmesine neden olur. Kızgınlık sonucu tansiyon yükselir, nefes daralır, kalp atışı hızı artar, damarlar sağlanan hormonlarla kasılır ve kalbe daha az kan gider. Liderlik ruhuna sahip kişiler, zamana karşı hep bir yarış içindedir ve zihinleri hep işle meşgul olduğu için, genellikle eve iş götürürler. Çabuk sıkılmak ve aynı görüşleri paylaşmadıkları insanları iknaya çalışmak, ortak özellikleridir. Nadir tatile çıkarlar ve aceleciliklerinden dolayı, genelde gergindirler. Mükemmeliyetçi ve titiz yapılarından dolayı hataya tahammülleri yoktur. Başarının tadını yakalayıp gevşeyemedikleri için sürekli kas ağrısı çekerler. Buna çoğu kez baş ağrısı da eşlik eder. Bu tip kişilerin kalp hastalıklarına yakalanma ve MI geçirme riskleri çok yüksektir; ama hayata bakışları nedeniyle MI geçirseler de krizden sonra yaşama şansları yüksektir (Başar, Vural 2006).

Yine kötümser, üzgün yapılar MI'ne zemin hazırlar olaylara hep kötümser yaklaşan, üzgün ve depresyondan kurtulamayan kişilerdir. Bardağın hep boş yarısını gördükleri için kolaylıkla ruhsal çöküntü içine girip yaşama sevinçlerini kaybedebilirler. İçinde bulundukları sıkıntı, üzüntü ve kederli hal, özellikle kalp sağlıklarını olumsuz etkileyerek, kalp hastalıklarına ve MI'ne zemin hazırlar. Bu kişilerin MI geçirdikten sonra iyileşme süreleri uzar. Çünkü içinde bulundukları ruhsal durum kolay iyileşmelerine engel olur (Başar, Vural 2006).

Depresif ruhsal değişikliklerin tanınması beklenen bir olay için uyarı olabilir ve uygun kardiyovasküler tedavinin başlamasında etkili olabilir. MI de tetikleyici rol oynayan emosyonel stresin etkisi ile ilgili olan bazı mekanizmalar vardır. Kardiyovasküler riskin arttığı sabah periyotlarında; tanımlanmış olan bazı psikolojik değişikliklerin kan basıncını, kalp hızını, damar tonusunu arttırdığı kabul edilmektedir. Stres kalp hızı ve kan basıncında önemli bir artışa neden olarak miyokard oksijen talebini arttırabilir ve damar yapısının bozulmasına yol açabilir (Kınıkoğlu 2009).

Stresle kalp hastalığı arasındaki ilişki konusunda Mayo kliniği, kardiyak rehabilitasyon programına başlayan 400 koroner arter hastası üzerinde bir araştırma da psikolojik stresi yüksek olan hastalarda, diğer hastalara göre MI geçirme olasılıklarının yüzde 20 daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Cicala 1997). Stres kişinin koroner hastası olma olasılığını arttırmakla kalmayıp, hastalık ortaya çıktıktan sonra da hastalığın ilerlemesine yol açtığı belirlenmiştir. Koroner arter hastalarında stres döneminde anjina semptomların arttığı ve bu dönemlerde MI geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Cicala 1997).

Dışa dönüklük ve nörotik davranışlar koruyucu etki gösterir ve riskte %40 azalmaya neden olurken, fazla yorgunluk, enerji azlığı, uyku bozuklukları gibi vital bozukluklar, depresyon ve MI anksiyetesi ölüm riskini 2-3 kat arttırmaktadır. MI riskinden sonra depresyonun tanımlanması ve tedavisi önemlidir. Çünkü psikososyal müdahaleler kardiyak mortalitede %41 azalmaya neden olurken, 5 yıl boyunca kardiyak olaylarda %46'lık bir azalmaya yol açmaktadır (Özkan, Baykal 2001).

New Orleans'daki Ochsner Kliniğinde 1990'ların başlarında yapılan bir çalışmada; depresyondaki hastaların, depresyonda olmayanlara göre tekrar hastaneye yatırılma ya

da ölme olasılıklarının daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu çalışma aynı zamanda, kardiyak rehabilitasyon programındaki depresyondaki hastalarda kardiyak riskin azalmakla kalmayıp, programın tamamlanmasından sonra depresyonun şiddetinde azalma görüldüğünü kanıtlamıştır (Cicala 1997).

Yine son yıllarda yapılan çalışmalarla psikolojik faktörlerden depresyonun miyokard infarktüsü ve kardiyovasküler mortalite açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörü olduğu düşüncesi sağlam bir zemine oturtulmuştur (Lesperance 1996, Ferketich et al 2000, Ariyo et al 2000). Depresyon yanında öfke/düşmanlık ve süreğen anksiyete gibi psikolojik faktörlerin de koroner arter hastalığı gelişim ve seyri ile ani ölüm riskini arttırdığı belirtilmektedir (Kubzansky et al 1998, Smith, Ruiz 2002, Pignalberi et al 2002).

Ülkemizde psikolojik kökenli rahatsızlıkların oranı da oldukça yüksek olup bir çalışmada Türk toplumunda depresif semptom oranı %20, klinik (major) depresyon prevalansı ise %10 bulunmuştur (Vural, Acer 2005b). Amerikan toplumu genelinde majör depresyon prevalansı ise %5'in altında kabul edilmektedir (Vural, Acer 2005b). Türk toplumu genelinde %10 olan major depresyon oranı Kırşehir ilinde akut koroner sendrom tedavisi gören hastalarda kardiyak olayın üzerinden en az sekiz ay geçmiş olmasına rağmen %35,8 olarak saptanmıştır (Vural, Acer 2005a). İlginç bir şekilde ülkemizde depresyon gibi kardiyovasküler hastalık prevalansı da ciddi boyutlardadır (Vural, Acer 2005a).

Depresyon ve koroner arter hastalığının birbirini karşılıklı etkilediği bilindiğinden ülkemizde bu iki hastalığın prevalansı ile ilgili tespit edilen yüksek oranların tesadüf olmadığı düşünülebilir. Başka ülkelerde bu düşünceden hareketle koroner arter hastalığı olanlarda psikolojik faktörlere davranışsal ya da ilaç tedavisi yolu ile müdahale denenmiştir. Bu çalışmalarda sağkalım üzerine etkili bir antidepresan ajan gösterilemese de bu tür yaklaşımlar hastanın çektiği acıyı dindirmesi ve bazı kardiyak parametrelere olası pozitif etkileri açısından önerilmektedir (Thoresen 1997, Glassman 2002, MacMahon, Lip 2002).

Yapılan olgu çalışmalarından birinde MacMahon ve ark. kalp yetersizliği hastalarının psikolojik yönlerinin son yıllarda artan ilgiye rağmen ihmal edildiğini belirtmektedir. Bunun yanında araştırmacılar, kalp yetersizliği hastalarında ortalamanın üzerinde bir depresyon düzeyinin olduğunu, aşırı anksiyete ile karşılaşmadığını, sosyal destek ve hastalıkla mücadele tarzının hastalığın sonuçlarını olumlu etkilediğini bildirmişlerdir. Depresyonun kalp yetersizliğinin derecesi ile ilişkili olduğu, hastaneye tekrar başvuruları öngördüğü ve mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği sonucuna varılmıştır (Stovsky 1992).

Yapılan olgu çalışmasında kalp hastalığının fizyolojik anlamda iyileşmesi sonrası psikolojik açıdan da ilaç tedavisi uygulanmasına rağmen depresyon, anksiyete ve panik seviyesi ileri düzeyde bulunmuştur. Antidepresan ilacın dozunun artırımı sonrası ise, bu bulgularda ancak kısmi bir düzelme sağlanabilmiştir. Buna rağmen hastanın şikayetleri ve hastaneye başvurusunda önemli ölçüde azalma kaydedilmiştir. Ayrıca bu olguda antidepresan ilaç kullanmaya çok zor ikna olan hasta antidepresan

tedavinin etkisini gördükten sonra şikayetlerinin psikolojik kökenli olabileceğine inanmıştır (Başar, Vural 2006).

Yapılan diğer bir olgu çalışmasında kısa bir zaman diliminde iki kez akut Mİ kaydedilmesi anksiyete bozukluğunun Mİ gelişimine katkıda bulunduğunu düşündürmüştür. Tıbbi tedavi altında koroner arter hastalığı açısından belirgin şikayeti olmayan hastada anksiyetenin alevlenmesi sonrası miyokard infarktüsü gelişmiştir. Olguda da ilacın olumlu etkilerini gördükten sonra kendisinin önceki şikayetlerinde psikolojik faktörlerin önemli olabileceğine kanaat getirmiştir (Başar, Vural 2006).

Ayrıca, yakın arkadaşlıkları ya da dostlukları olan insanlarda, olmayanlara göre Mİ geçirme olasılığı daha azdır. Örneğin, evli insanlarda, bekar insanlara göre kalp hastalığı görülmesi olasılığı, çok az bir oranda olsa da, daha azdır. Yapılan çalışmalarda, yakın akrabalarıyla aynı şehirde yaşayan insanların kalp hastası olma olasılığının daha az olduğu iddia edilmektedir. Aynı şekilde, yakın dostluklar kurabilen ve aktif bir sosyal yaşamı olan insanların daha az Mİ geçirdikleri belirtilmektedir (Cicala 1997, Burg 2005, Taylor 2003).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI RUH SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK HEMŞİRENİN İŞLEVLERİ

Psikososyal açıdan risk taşıyan hastaların tanınması, kardiyak yönden daha fazla risk taşıyan hastaların belirlenmesine ve gerekli girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacak bir girişimdir. Psikolojik faktörlerin Koroner Arter Hastalığı, Miyokard infarktüsü gelişim sürecine birçok noktadan katılma olasılıkları bulunduğundan Miyokard infarktüsünü önlemek ve hastalığın seyrini iyileştirmek için olumsuz psikolojik faktörleri değiştirmenin önemi artmaktadır.

Yapılan araştırmalarda kalp hastalıklarında tek başına standart risk faktörlerine odaklanan yaklaşımların başarılı olmadığı görülmüştür (Özkan 1993, İncesazlı 2008). Bunun nedeni, hastalığa neden olabilecek olan psikolojik faktörlerin göz önünde bulundurulmamış olması olabilir (Özkan 1993, İncesazlı 2008). Bu nedenle kalp hastalıklarında olumsuz psikolojik faktörler göz ardı edilmeyerek, gerekirse davranışsal ve ilaç tedavisi için psikiyatrik konsültasyondan yararlanılmalıdır.

Miyokard infarktüsü tedavi, bakım ve hastalığa yönelik eğitimle kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin, Mİ'ne yönelik uygun diyet, düzenli egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, sigaranın bırakılması, kilo azaltılması, stresle baş etme, öfke kontrolü gibi konularda eğitim programları düzenlemesi, Mİ geçiren bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ve anksiyetelerini azaltabilmektedir (Dickens 2006, Özer 2009). Hemşirelerin düzenlemiş olduğu psikoeğitim programları hem tedaviye hem de rehabilitasyona hizmet etmiş olur (Walsh 2010). Psikoeğitimde, hastaların güçlükle başa çıkmalarında sosyal ve kaynak desteği geliştirmelerine ve zorlukla uğraşırken başa çıkma becerileri geliştirmelerine yardımcı olarak onları hayatta karşılaştıkları zorluklar konusunda eğitmeye odaklanır (Griffiths 2006). Psikoeğitimle; hastaların hastalığı ile ilgili anlayışlarını değiştirme, hastalık

hakkındaki hislerini araştırma ve ortaya çıkarma ve konuyla ilgili sorun çözme becerileri geliştirmede destek sağlanmaktadır (Walsh 2010).

Miyokard infarktüsü gelişimini korumada amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek tedaviye uyumu sağlamaktır. Bu amaç çerçevesinde hemşire; saptanan hedeflere ulaşmasında yardımcı olmak için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri hakkında hastaya eğitim ve danışmanlık sağlar (Stovsky 1992, Tokem 1999).

Miyokard infarktüsünü deneyimleyen hastanın temel bakım ilkelerinde temel amaçlar şunlardır:

- MI risk faktörleri konusunda danışmanlık hizmeti sunulması,
- Fizyolojik ve psikolojik iyilik durumunun sürdürülmesinde gereksinimlere yönelik rehberlik edilmesi,
- Uyum kapasitesi ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesinde emosyonel destek verilmesi,
- Hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da baş etmesi için hastaya gerekli bilgilerin verilmesi,
- Hastaların zorluklarla başa çıkmada sosyal ve kaynak destekleri geliştirmelerine,
- Yaşadıkları zorluklarla uğraşmada başa çıkma becerileri geliştirmelerine,
- Duygusal destek geliştirmelerine,
- Hastaların hastalıkla ilgili olumsuz tutumlarını ve inançlarını değiştirmelerine,
- Hastalık hakkındaki hislerini araştırma ve ortaya çıkarmalarına,
- Sorun çözme becerileri geliştirmelerine,
- Gösterdikleri tepkileri fark etmelerine, tanımlarına ve tanımlamalarına,
- Hastalığa uyum sağlamalarına,
- Psikiyatrik belirtilerin erken tanınarak erken yardım alabilmelerine,
- Yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerini desteklemektedir.

Bunlara ek olarak, öncelikle baş etme yöntemlerini geliştirme konularında eğitim vermeyi içeren hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması için bu hastalara özgü psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; “gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar ortaya çıkan “duygusal, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alır (Kocaman 2005, Alaca 2008).

Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisinde, hemşirelere büyük rol düşmektedir. Hemşireler, hastadan kapsamlı bir anamnez alarak, ayrıntı ve ipuçlarını yakalayabilen gözlem yönü ile hastalığın etyolojisinde, tanı-tedavi protokolünde ve hastalığın prognozunda yönlendirici niteliğinde olabilmektedir. Psikiyatrik tedavi ve bakım

sadece yaşam kalitesini ve bakım hizmetlerinin kalitesini arttıran psikososyal bir hizmet değil; her şeyden önce hastalığın prognozunu olumlu etkileyen klinik hizmetidir (Kocaman 2005).

SONUÇ

Miyokard infarktüsü sonrası psikososyal açıdan risk taşıyan hastaların tanınması, daha fazla risk oluşmadan hastaların belirlenmesine ve gerekli girişimlerin başlatılmasına yardımcı olacaktır. Bu psikososyal risk etkenlerine yönelik girişimlerin, kalp hastalıkları sürecini nasıl etkilediği ise araştırılması gereken bir konudur.

Psikiyatri hemşiresinin, Mİ sonrası bireyin yeni yaşamında davranışsal uyumunu desteklemesi, bütüncül hasta bakımı vererek, hastaların yaşadığı duyguları anksiyete, depresyon, öfke gibi sözel ve sözel olmayan belirtilerini değerlendirmesi gereklidir. Hemşireler, iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu, düşünce, algı ve korkularını sözel ifade etmesi için hastasını cesaretlendirmeli, dinlemeli ve gerektiğinde yönlendirmelidir. Hastanın endişelerini ortaya koyabilmesi için, sorular sormasına olanak sağlamalı ve güven ortamı oluşturmalıdır. Hasta hemşire arasında oluşacak güven, zamanla hastaların ruhsal sıkıntısının azalmasına neden olur. Bu yüzden psikiyatri hemşiresi; hastaya motivasyon ve duygusal destek sağlamalı, hastanın ihtiyacı olan girişimleri ve hedefleri geliştirmesine yardım etmelidir. Sonuç olarak psikiyatri hemşiresi koordinatör, bakım veren, eğitimci ve danışman olarak görev yapar hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada multidisipliner ekip çalışmasının önemli bir parçası olarak işlev görür. Psikiyatri hemşiresinin bu işlevi ise psikiyatri hemşireliğinin özelleşmekte olan, yeni bir alanı olarak, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin gelişmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Alaca Ç. (2008) Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Duyulan Gereksinimin İncelenmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, et al. (2000) Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality at elderly Americans. *Circulation*; 102: 1773-1779.
- Bankier B, Littman A.B. (2002) Psychiatric Disorders and Coronary Heart Disease in Women-A Stili Neglected Topic: Review of the Literature from 1971 to 2000; *Psychother Psychosom*: 71(3).
- Başar E, Vural M. (2006) Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? – Derleme, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*; 6: 55-9.
- Burg MM, Barefoot J, Berkman L et al. (2005) Low Perceived Social Support and Post-Myocardial Infarction Prognosis in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial: The Effects of Treatment, *Psychosomatic Medicine* 67:879-888-879.
- Canlı ÖZ. (2002) Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde McCorkle ve Young'ın Semptomlardan Rahatsızlık Duyuma Ölçeği ve Ferrans ve Powers'ın Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmasının Yapılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Cicala SR. (Ed) Tümer G. (1997) Kalp Hastalıkları, Medico Graphics Ajans Matbaacılık; HYB Yayıncılık, Ankara.
- Dickens CM, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A, et al. (2006) Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *Br J Psychiatry* Oct;189:367-72.
- Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. (2000) Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*; 85: 1283-7.

- Durademir AB. (1993) İlk kez Miyokard İnfarktüsu Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Erdine S, Turfaner N. (2008) Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart, s:143-146 .İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. Arch Intern Med; 160: 1261-1268.
- Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. (2002) Sertralin treatment of major depression in patients with acute myocardial infarction or unstable angina. JAMA; 288: 701-709.
- Griffiths, CA. (2006) The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. International Journal of Psychosocial Rehabilitations, 11 (1), 21-28.
- Güneş N, Sevim M, Özden S. (2002) Akut Miyokard Enfarktüsü Sonrası Depresyon ve Anksiyete Sıklığı, Türk Aile Hekim Dergisi, 6(2):69-72.
- Hoeman SP. (1996) Rehabilitation Nursing Process and Application, Second Edition, Mosby-Year Book, Inc, s; 361-384.
- İncesazlı B.S. (2008) Koroner Hastalığı Olan Bireylerde ve Eşlerinde Öfke, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Katon W, Sullivan M, Clark M. (1995) Psychological factors, affecting medical conditions in cardiovascular disorders, Section, 26(4):1491-500.
- Keeling A, et.al (1995) Nurse-Initiated Telephone Follow-Up After Acute Myocardial Infarction: A Pilot Study, Heart And Lung, January-February, 24;1: s:45-49.
- Kınikoğlu M. (2009) Kalbinize Sahip Çıkm, Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic A.Ş., İstanbul.
- Kocaman N. (2005) "Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemsireliği". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1): 49-54.
- Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. (1998) Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. Ann Behav Med ; 20: 47-58.
- Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M. (1996) Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. Psychosom Med ; 58: 99-110.
- MacMahon KM, Lip GY. (2002) Psychological factors in heart failure: a review of the literature. Arch Intern Med; 162: 509-516.
- Onat A. (2001) Risk factors and cardiovascular diseases in Turkey. Atherosclerosis 156:1-10.
- Özer ZC, Şenuzun F, Tokem Y. (2009) Miyokart enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi, Türk Kardiyoloji Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol ;37(8):557-562.
- Özkan M, Baykal Y. (2001) Miyokard İnfarktüsu ve Tedavisi, İç Hastalıkları Günleri, GATA Matbaası.
- Özkan S.(1993) Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, Roche Yayınları, 103-8.
- Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC, et al.(1998) Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. Am J Cardiol;81:988-94.
- Pignatelli C, Ricci R, Santini M. (2002) Psychological stress and sudden death. Ital Heart J Suppl ; 3: 1011-1021.
- Sakin TŞ (2007) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde oluşturulan popülasyonda kardiyovasküler risk faktörlerinin araştırılması, demografik özellikler ve psikososyal etkilerin değerlendirilmesi, İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Smith TW, Ruiz JM. (2002) Psychological influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. J Consult Clin Psychol ; 70: 548-568.
- Stovsky B. (1992) Nursing Interventions for Risk Factor Reduction, Nursing Clinics of North America; 27:1, 257-270.
- Taylor Barry C, (2003) Social Support for Patients After Myocardial Infarction, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation;23:413-414.
- Thoresen CE, Bracke P. Reducing coronary recurrences and coronary-prone behavior: A structured group treatment approach, James L Spira (Ed.) Group Therapy for medically ill patients. New York: Guilford. 1997: 92-129.

- Tokem Y. (1999) Miyokard İnfarktüsü Geçiren hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım sonuçlarına Etkisi, Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi.
- Vural M, Acer M. (2005a) Kırşehir İlinde Akut Koroner Sendrom Tedavisi Görmüş Hastalarda Depresyon Prevalansını Belirleme Çalışmasının Ön Bulguları: Beklenenin Üzerinde Yüksek Prevalans Değerleri. Anadolu Kardiyol Derg ; 5: 227-228.
- Vural M, Acer M. (2005b) Koroner Arter Hastalığı Olan İki Kardiyak Olguda Antideprasan Tedavinin Sonuçları, Nobel Medicus Online Dergi.
- Walsh J. (2010) Psychoeducation in mental health, Virginia Commonwealth University, page:3-8.
- World Health Report (2002) : Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, <http://www.asu.edu/educ/epsl/CERU/Articles/CERU-0302-29-OWL.doc>
- www.tkd.org.tr/kilavuz/ko7.htm, Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu, Erişim Tarihi, Eylül 2010.
- Yazıcı K, Yazıcı AE (2003) Kardiyovasküler hastalıklardaki psikososyal risk etkenleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi;4(2):106-112
- Yıldız H, Pınar R (2004) Miyokard infarktüsü hastalarda cinsel disfonksiyon, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 4;309-17.