

Kalp Hastalarının Rehabilitasyonunda Psikososyal Yaklaşım

Psychosocial Approach in the Rehabilitation of Heart Patients: Review

Hilal UYSAL^a

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 11.08.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 04.02.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Hilal UYSAL
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
hilaluysal@gmail.com

ÖZET Psikolojik durum ve kalp sağlığı arasındaki ilişki komplekstir ve hem direkt (örneğin; immünolojik fonksiyon üzerine psikolojik etkileri) hem de indirekt (örneğin; davranışsal faktörler) mekanizmaların rol oynadığı düşünülmektedir. Kalp hastalarının rehabilitasyonu yedi çekirdek bileşen üzerine temellendirilmektedir, sağlık davranışı değişikliği ve eğitim, yaşam şekli risk faktörü yönetimi, psikososyal sağlık, risk faktörlerinin yönetimi, kalp sağlığını koruyucu terapiler, uzun dönem yönetim, kontrol ve değerlendirmedir. Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Birliği, Kardiyak Rehabilitasyon/İkincil Önleme Programı'nda, kalp hastalarının psikolojik sıkıntılarının değerlendirilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca stres yönetimi, sosyal destek, anksiyete ya da depresyonun tedavisi için uygun profesyonellere yönlendirilmesini önermektedir. INTERHEART Olgu Kontrol Çalışmasında, düşük sosyoekonomik durumun koroner arter hastalığı gelişmesinde güçlü bir etkiye sahip olduğu, bu durumun baş etme yeteneği kaybı, gerginlik, umutsuzluk ve kronik strese yol açan çevresel faktörler ve psikososyal kaynakların daha az olmasından kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Görüldüğü üzere, psikososyal yaklaşım değerlendirmesi kalp hastalarının rehabilitasyonunda gereken en temel konulardan biridir. Kalp hastalarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, kardiyovasküler hastalık tekrarlama riskinin ve biyolojik risk faktörlerinin azaltılması için psikososyal destek sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Rehabilitasyon; sosyal destek; psikoloji

ABSTRACT The relationship between psychological status and heart health is complex. Both direct (e.g., psychological effects on immunological function) and indirect mechanisms (e.g., behavioral factors) play a role. Rehabilitation of heart patients is based on the addition of seven core components; health behavior change and education, lifestyle risk factor management, psychosocial health, management of risk factors, preventive therapy for heart health, long-term management, control and evaluation. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Cardiac Rehabilitation / Secondary Prevention Program focuses on the importance of evaluating the psychological distress of heart patients. In addition, this program suggests routed to the appropriate professional for the stress management, social support and treatment of anxiety or depression. In the INTERHEART case-control study, low socioeconomic status possessed by a powerful effect on coronary heart disease development, this situation is described as the lack of environmental factors and psychosocial resources that lead to despair and chronic stress, tension, loss of ability to deal. As can be seen, evaluating psychosocial approach is one of the most basic issues required for the rehabilitation of heart patients. Psychosocial support is important to provide for improving the quality of life of patients with heart disease, reduction of the recurrence risk of cardiovascular disease and biological risk factors.

Key Words: Rehabilitation; social support; psychology

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(3):257-70

doi: DOI: 10.5336/nurses.2015-47453

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Psikolojik durum ve kalp sağlığı arasındaki ilişki komplekstir ve hem direkt (örneğin; immünolojik fonksiyon üzerine psikolojik etkileri) hem de indirekt (örneğin; davranışsal faktörler) mekanizmaların rol

oynadığı düşünülmektedir. Depresyon, anksiyete ve stresin azaltılması ya da ortadan kaldırılması için hastalara psikolojik tedavinin sunulması hem psikolojik hem de kalp sağlığını iyileştirebilir.¹

Kalp hastalarının rehabilitasyonunun temel hedefleri arasında, yaşam kalitesi değişikliklerini başlatmak ve sürdürmek için hastaları güçlendirerek ileride kardiyovasküler (KV) hastalıkların oluşmasını önlemek, psikolojik sıkıntının belirlenmesi ve tedavisi ile yaşam kalitesini iyileştirmek, kendi kaynaklarının geliştirilmesini sağlayarak hastanın tam ve aktif yaşama dönüşünü kolaylaştırmak yer almaktadır.² Kalp hastalarının rehabilitasyonunda çoklu bileşenli programların oluşturulmasının yararları birçok araştırmada gösterilmiştir. Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Birliği Kardiyak Rehabilitasyon/İkincil Önleme Programı'nda, kalp hastalarının psikolojik sıkıntılarının değerlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca stres yönetimi, sosyal destek, anksiyete ya da depresyonun orta-yüksek seviyelerinin tedavisi için uygun profesyonellere yönlendirilmesi önerilmektedir.^{3,4} Kalp hastalarının rehabilitasyonu yedi çekirdek bileşen üzerine temellendirilmektedir: 1) Sağlık davranışı değişikliği ve eğitim, 2) Yaşam şekli risk faktörü yönetimi, 3) Psikososyal sağlık, 4) Risk faktörlerinin yönetimi, 5) Kalp sağlığını koruyucu terapiler, 6) Uzun dönem yönetim, 7) Kontrol ve değerlendirmedir (Şekil 1).⁵

Bu nedenle bu çalışmada, KV hastalığı olanların medikal tedavi ihtiyacının yanı sıra psikososyal durumunun değerlendirilmesinin önemini vurgulamak ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için önerilerde bulunmak hedeflenmiştir.

KALP HASTALARININ REHABİLİTASYONUNDA PSİKOSOSYAL DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kalp hastalarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesinde tüm ekibin (hemşire, diyetisyen, uzman fizyoterapist, kardiyolog, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) desteği çok önemlidir. Bu nedenle ekibin davranışsal ve psikolojik risk faktörleri, özellikle depresyon konusunda hastaların rutin olarak taranması, duygusal baş etme, uyum ve stres yöne-



ŞEKİL 1: İngiliz Kardiyovasküler Hastalık Önleme ve Rehabilitasyon Birliği Modeli (The British Association Model for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation -BACPR)'nden uyarlanmıştır.⁵

timinde standart eğitim, egzersiz ve beslenme kılavuzlarına uyum, sigarayı bırakmada zorluk ya da aşırı anksiyete veya depresyon hastalarında psikososyal değerlendirme ve destek verilmesi, bireysel psikoterapi uygulanması konularında yeterli bilgi ve deneyime sahip olması ve hastaları doğru bir şekilde yönlendirmesi gerekmektedir.^{6,7}

Kalp hastalarının duygusal desteğe ihtiyacı olabilir. Bu nedenle kapsamlı bütüncül değerlendirme ve tedavi planı istenilen sonuçlara ulaşmak için önemlidir.⁸ Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Birliği [American Cardiology College/American Heart Association (ACC/AHA)] tarafından akut miyokard infarktüsü (AMİ) hastalarının tedavisi için yayımlanan pratik kılavuzda depresyon, anksiyete ya da uyku bozuklukları semptomları ve sosyal destek çevresi ile ilgili sorular da dâhil edilmek üzere hastaların psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesi gerektiği açıklanmıştır (Tablo 1).^{9,10}

İdeal olarak her hasta psikolojik ve psikososyal risk faktörleri, depresyon, anksiyete, stres, hastalık algısı, sosyal izolasyon ve sosyal destek, öfke, düşmanlık, madde kullanımı, mesleki sıkıntı ve cinsel işlev bozukluğu gibi konular açısından taranmalıdır.⁸ AHA Bilimsel Danışma Kurulu has-

TABLO 1: Kalp hastalarının psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesine yardımcı olabilecek sorular.^{10,11}

Konu	Sorular
-Düşük sosyo ekonomik durum	Zorunlu eğitiminiz var mı? Beden işçisi misiniz?
-Aile stresi	Eşinizle ciddi sorunlarınız var mı?
-İş stresi	İş yerinizde taleplerinizi karşılamak için yeterli kontrole sahip misiniz? Çabanızın karşılığını alıyor musunuz?
-Düşük sosyal destek	Yalnız mı yaşıyorsunuz? Yakın bir sırdaş eksikliği hissediyor musunuz? Hastalığınızda size yardım edecek biri var mı?
-Öfke eğilimi ve düşmanlık	Küçük şeylere karşı sık sık kızgınlık hisseder misiniz? Eğer biri sizi rahatsız ederse hemen ona söyley misiniz? Başka insanların sahip olduğu alışkanlıkları hakkında sık sık rahatsızlık hisseder misiniz?
-Depresyon	Geçtiğimiz ay içinde, sık sık depresif, moral bozukluğu içinde ya da umutsuz hissettiniz mi? Bir şeyler yapmakta az ilgi ya da zevk almada azalma hissettiniz mi?
-Panik-anksiyete	Geçtiğimiz ay içinde, bir anksiyete krizi, örneğin; aniden korku ya da panik hissi yaşadınız mı?
-Posttravmatik stres	Geçtiğimiz ay içinde, kalp hastalığınız hakkında kâbuslar gördünüz mü ya da istemediğiniz bir anda aklınıza geldiği oldu mu? Bu konuda düşünmemek için ya da onun size hatırlattığı durumlardan kaçınmak için uğraştınız mı?
-Tükenme	Geçtiğimiz ay içinde, aşırı yorgunluk ve/veya tükenme yaşadınız mı? Geçen ay uyku durumunuz kötü müydü?

Bu soruların herhangi birine "evet" şeklinde yanıt veriyorsa olası bir psikososyal sorunun varlığını işaret ediyordur. Daha ileri klinik değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Daha geniş psikososyal değerlendirme (örneğin; iş yeri karakteristikleri gibi) ve/veya kolay yönetilen psikososyal soru formları (örneğin; hastane anksiyete ve depresyon ölçeği gibi) takviye edilebilir.

tane, hekim ofisi, klinik ve kardiyak rehabilitasyon (KR) merkezlerini de dâhil ederek çeşitli alanlarda koroner kalp hastalığı (KKH) tanısı konulanların ve eşlerinin depresyon için rutin taranmasını ve pozitif tarama sonuçları olan hastaların depresyon tanısı ve yönetiminde profesyonel bir uzman tarafından değerlendirilmesini vurgulamıştır.^{11,12} Eğer gerekirse sosyal hizmet uzmanı, psikolog ya da diğer eğitim danışmanı tarafından bireysel danışmanlık yapılması, sosyal destek sağlamak için grup katılımı, eğer gerekirse stres yönetimi ya da gevşeme terapisi gibi ek modüller sunulmasını önermiştir.¹³ Rehabilitasyon süresinde bütün hastalara Beck Depresyon Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri gibi ölçeklerin uygulanmasıyla psikolojik açıdan değerlendirilmeleri sağlanabilir.^{14,15}

Psikolojistler ve sosyal hizmet uzmanları multidisipliner ekipte yer almalı ve hastaların sorunlarına uygun tıbbi girişimler sunarak psikolojik ve sosyal sonuçların iyileştirilmesinde etkin rol almaldırlar.^{16,17} Yapılan çalışmalarda başarılı örnekleri olduğu görülmüştür.^{13,18,19}

Birçok ülkede, kardiyoloji departmanları rutin olarak kardiyoloji uzmanı, klinik psikolog/psikiyatristi ya da psikosomatik/psikiyatrik konsültasyon-liyezon servisleri ile iş birliği içindedir. Bu psikokardiyoloji uzmanları KKH riskleri olan has-

tarlar ve psikososyal ihtiyaçları ile yakından ilgilidir.¹¹ Klinik psikolojistler, hastalara özelleşmiş psikolojik girişimler sunarak, bu girişimlerin uygulanabilirliği ve kabul edilebilirliğinin iyileştirilmesini sağlar ve hastaların KR programına dâhil edilmeleri için multidisipliner ekip ile iş birliği içinde çalışarak eğitim, araştırma ve denetleme yapar.¹⁷ KR'de multidisipliner ekipte yer alan sosyal hizmet uzmanları ve diğer profesyoneller hastalara bilgi sağlamak, işe dönüş ve normal yaşama dönüş için plan yapmak konusunda yardım sunarlar. Çalışmalarda bireysel sorunlara uygun tıbbi, psikolojik ve sosyal girişimler sunulmuş ve sonuçları iyileştirdiği görülmüştür.^{13,18,19}

KALP HASTALARININ REHABİLİTASYONUNDA UYGULANMASI ÖNERİLEN PSİKOSOSYAL GİRİŞİMLER

Kılavuzlarda kalp hastalarının psikososyal yönetim hedefleri; sosyal destek ihtiyaç seviyesinin değerlendirilmesi, anksiyete ve depresyon semptomlarının izlenmesi, mesleki aktivite, araba kullanma ve cinsel aktiviteye tekrar başlanması, ev ya da hastane tabanlı kapsamlı KR programına yönlendirilmesi şeklinde açıklanmıştır. Psikososyal girişimler terimi davranışsal, eğitimsel, psikolojik ya da sosyal girişimler olarak tanımlanır. Psikososyal ve dav-

ranışsal girişimler sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Kalp hastalarına verilen eğitim ve egzersiz bilgisinin psikolojik ve sosyal yararları olduğu bir gerçektir. Hastalara uygulanacak girişimlere psikolojik (bilişsel davranışsal tedavi gibi) ve sosyal (danışmanlık, sosyal destek gibi) bileşenlerin de eklenmesi yönünde öneriler vardır.²⁰

Hastalara uygulanan psikososyal girişimler ile akut durumlarda multidisipliner ekip içindeki bütünleşme, kabul edilebilirlik ve erişilebilirliğin artması ve psikolojik konulara odaklı olası stigmada azalma gözlenecektir. Uygulanan bu psikososyal girişimler hastanın hastalığı kabullenmesi, güvensizlik duygusuyla baş etmesi, sağlık inançlarının iyileştirilmesi, günlük aktivitelere ve tedavilerine uyum göstermesi, davranışsal risk faktörlerinin (sigara içme, alkol, egzersiz, kilo sorunu gibi) değiştirilmesi, rollerde değişiklik durumuna uyum sağlaması, diğer bireyler ile ilişki ve iletişimin düzenlenmesinde yardımcı olacaktır. Kalp hastalarının rehabilitasyonunda psikososyal girişimlerin olması aynı zamanda ekip kavramının oluşmasını güçlendirecek ve ekip üyelerine hizmetin önemli bir parçası olduklarını hissettirecektir.¹⁷ Child ve ark. çalışmalarında, KR'de psikososyal girişimlerin uygulandığı programlara katılan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde iyileşme olduğunu saptamışlardır.¹⁷

Koroner Kalp Hastalığında İyileşmenin Geliştirilmesi [Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH)] çalışması psikososyal girişimlerin iyileştirilmesini, uygulanabilirliğini ve değerlendirilmesini etkinleştirmek için dört boyutlu bir sınıflandırmanın yapılmasının yararlı olacağını belirtmiştir. Bu sınıflandırmanın oluşturulması için şu konulara açıklık getirilmelidir:

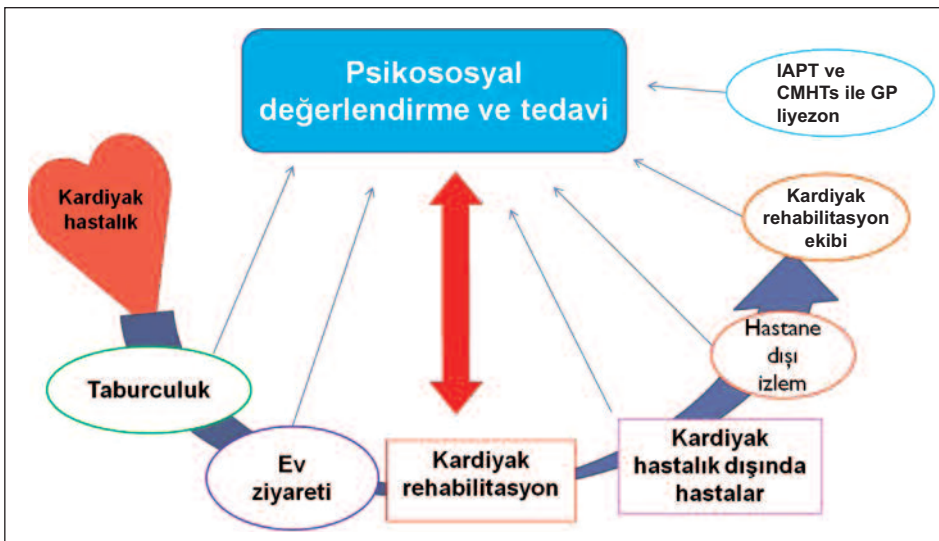
1) Risk faktörleri (sosyal, psikososyal ya da psikolojik) nelerdir?

2) Hangi seviyede girişimler (bireysel, aile, grup, organizasyonel, topluluk ya da toplumsal) amaçlanmaktadır?

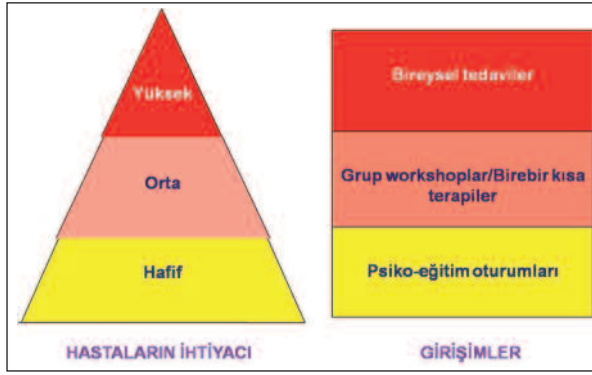
3) Hastalık süreci boyunca ne zaman (birincil önleme, olay öncesi ya da ikincil önleme) müdahale edilmelidir?

4) Kimlere, hangi durumda (nüfus, orta risk ya da yüksek risk) müdahale edilmelidir? (Şekil 2)^{20,21}

Bu durumda örneğin, yüksek derecede riskli olan bireye psikolojik risk faktörü için girişimler uygulanabilir. Psikososyal girişimlerin içeriği, girişim uygulanacak sorun, malzemeler, yeri, zamanlaması, girişimin özellikleri, uyulabilirliği, geliştirilecek stratejiler ve mekanizmalardan oluşmalıdır. Girişimlerin oluşturulması ve geliştirilmesi aşamasında önceki mevcut kanıtların değerlendirilmesi



ŞEKİL 2: Psikososyal değerlendirme ve tedavi girişimleri hangi aşamada, kimlere uygulanmalıdır?²¹ IAPT: Psikolojik terapilerin kabul edilmesinin iyileştirilmesi, CMHTs: Toplam/mental sağlık takımı, GP liyezon: Genel liyezon uygulaması.



ŞEKİL 3: Psikososyal girişimlerin uygulanmasında basamaklı bakım yaklaşımı.¹⁷

rilmesi, teori ve modelleme süreci, beklenen sonuçların belirlenmesi ve maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Psikososyal girişimlerin değerlendirme sürecinde araştırma soruları ve koşullar dikkate alınmalıdır.^{20,21}

ENRICHD çalışmasında, kalp hastalarının rehabilitasyonu kapsamında hastalara uygulanabilecek psikososyal danışmanlık girişimleri olarak, hasta ile ilk karşılaştıktan bir hafta sonra, bireyselleştirilmiş bir program dâhilinde hemşire tarafından hastanın gereksinimleri yönünde danışmanlık sunulması, anksiyete ve depresyon için tarama yapılması; daha sonra altı haftalık rehabilitasyon programı kapsamında eğitim, terapötik danışmanlık verilmesi, gerekirse sosyal bir görevli ile görüşülmesi, anksiyete ve depresyonun tedavisi; 3, 6 ve 12. aylarda da klinik olarak durumunun değerlendirilmesi ve yönetimi, eğer bu aşamada ihtiyacı olursa takip danışmanlığının yapılması önerilmektedir.²¹

KKH sonrası standart rehabilitasyon programına psikososyal girişimlerin eklenmesinin semptomların tedavisinde etkili olduğu, mortalite oranını, KV hastalık tekrarlama riskini, psikososyal sıkıntı (anksiyete, depresyon) ve bazı biyolojik risk faktörlerini azalttığı, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi, kan basıncı, bakım hakkında bilgi ve memnuniyet düzeylerinde iyileşme olduğu yönünde sonuçlar açıklanmıştır.^{1,22-24}

Üç yıllık multidisipliner bir KR programında, KKH olanların psikososyal ihtiyaçlarını tanımla-

mak ve basamaklı bakım yaklaşımı ile hasta sonuçlarını (duygudurum ve hasta memnuniyeti) iyileştirmek ve özelleşmiş ihtiyaçlarını karşılayacak girişimler ile hastalara kabul edilebilir ve ulaşılabilir bir hizmet geliştirmek hedeflenmiştir (Şekil 3).¹⁷ Child ve ark., davranışsal risk faktörleri üzerine odaklı rehabilitasyon programı içinde multidisipliner ekibin diğer üyelerinin desteği ile iş birliği içinde psikolojik-eğitim oturumlarının, kardiyak sorunlara odaklı kısa bireysel terapi girişimlerinin oluşturulmasının, anksiyete, depresyon ve yaşamı olumsuz etkileyen durumları değerlendirmek ve düzenlemek için bireysel terapilerin ve/veya 3-8 hastadan oluşan küçük gruplarla workshopların planlanmasının yararlı olacağını özellikle vurgulamışlardır.¹⁷

PSİKOSOSYAL RİSK FAKTÖRLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Aterotrombotik KV hastalığın gelişiminde etkili olan psikososyal risk faktörleri sosyal çevre, bireysel özellikler ve negatif etki şeklinde üç alanda sınıflandırılabilir (Tablo 2). Epidemiyolojik çalışmalarda, psikososyal (depresyon, düşük sosyal destek, iş stresi, tükenme gibi) ve KV risk faktörleri kardiyak risk açısından eşit ağırlıkta görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, depresyon ve KV hastalığın 2030 yılına kadar dünya genelinde öncelikli sorunlardan ikisi olduğunu öngörmektedir. KV hastalık tanısı olanların %40'ı, klinik olarak depresyon tanısına sahiptir, bununla birlikte genel popülasyonda depresyon prevalansının %5-10 olduğu bildirilmektedir.¹¹

INTERHEART olgu kontrol çalışmasında, Mİ gelişiminde iş, aile, finansal konuların yarattığı

TABLO 2: Kardiyovasküler hastalığın psikososyal risk faktörlerinin sınıflandırılması.¹¹

1) Sosyal çevre	2) Bireysel özellikler	3) Negatif etki
-Düşük sosyoekonomik durum	-Öfke eğilimi	-Depresyon
-Yaşam olayları, olumsuz çocukluk deneyimleri	-Düşmanlık	-Anksiyete
- Aile stresi	-D tipi kişilik	-Tükenme
- İş stresi	-Nörotisizm	-Umutsuzluk
- Düşük sosyal destek	-İşe bağlılık	-Kayıp

stresin yanı sıra, günlük yaşamdan kaynaklanan sorunların ve depresyonun da psikolojik risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir.²⁵ Prospektif çalışmaların çoğunda, psikososyal faktörlerin KV hastalığının gelişiminde rolü olabileceği ve KV hastalık belirtileri olanlarda prognozu etkileyebileceği yönünde açıklamalar yapılmıştır.²⁶ Bununla birlikte, kalp yetersizliği hastalarında ve büyük oranda koroner baypas ve implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör (ICD) gibi kardiyak girişim uygulanan hastalarda hem yaşam kalitesi hem de prognostik sonuçları etkileyeceği için psikososyal risk faktörlerinin önemi kabul edilmiştir.^{27,28} Blikman ve ark., sağlığa uyumu etkileyen KV hastalık sonrası psikolojik sağlığın, diğer sosyal-psikososyal faktörlerin ve düşük sosyoekonomik durumun KKH gelişiminde güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir.²⁹ Bu durumun baş etme yeteneği kaybı, gerginlik, umutsuzluk ve kronik strese yol açan daha çok çevresel faktörler ve daha az psikososyal kaynaklar nedeni ile olduğu açıklanabilir. Ek olarak, güçlü sosyal destek alan koroner baypas hastalarında daha az anksiyete ve depresyon geliştiği de gösterilmiştir. Sonuç olarak, kalp hastalığı sonrası hastaların inancı, sosyal destek ve baş etme şekilleri psikolojik sağlığını etkileyen önemli faktörlerdir.²⁹

SOSYAL ÇEVRE

Sosyoekonomik Durum

Düşük sosyoekonomik durum; eğitim seviyesinin, mesleki pozisyonun ve gelir düzeyinin düşük olması ile tanımlanmakta ve bu durumun yaşam süresinde kısılma ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. KKH'nın yaşam kalitesinin kötüleşmesinde, dolayısıyla yaşam süresinin kısılmasında olumsuz etkisinin olduğu gözlemsel çalışmalarda gösterilmiştir.^{11,20} Tıbbi tedavi altında olan hastalarda ekonomik kaynakların yetersiz olmasının ve sosyal izolasyonun sağ kalım oranını azalttığı gösterilmiştir.^{23,30}

Aile Stresi

Stockholm Kadın Koroner Risk Çalışması'nda, kadınlarda evlilik stresinin olmasının KKH gelişmesi ve tekrarlanmasında etkili bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.^{11,31}

İş Stresi

İş ortamında yaşanan baskı, beklentilerin yüksek olması gibi durumlar stresin oluşmasında etkili olabilir. Psikolojik talepler yüksek iş gücü ve zaman kısıtlılığı olması sonucunda gelişir. İş ortamında bireyin çalışma arkadaşlarından düşük sosyal destek görmesi işteki gerginliği artırır. Yüz binden fazla çalışanla yapılan araştırmaların meta-analizi sonucunda, iş ortamında yüksek oranda performans gösterilmesine karşı zayıf ödüllerin ve organizasyonel adaletsizliklerin olması nedeni ile KKH geçirme riskinin 1,5 kat daha fazla arttığı saptanmıştır.^{11,32}

Sosyal Destek

Sosyal destek, sosyal bütünleşme ve sosyal ağlar kavramlarını birbirinden ayırt etmek önemlidir. Sosyal bütünleşme, sosyal bağları ya da ilişkilerinin varlığı ya da yokluğunu (sosyal izolasyon) tanımlar. Sosyal ağlar, bireyin ilişkilerinin yapısını ifade eder ya da küçük ve yoğun ya da büyük ve geniş olarak tarif edilmiştir. Sosyal destek, fonksiyonel ve yapısal destek olarak iki kategoride açıklanabilir. Fonksiyonel destek, araç malzeme desteği gibi enstrümantal destek ve sevilme duygusu gibi duygusal desteği ifade etmektedir.³³

Sosyal destek kaybı, KV risklerde artış ile ilişkilidir. Son yapılan sistematik bir genel incelemede, Mookadam ve Arthur, sosyal izolasyon ya da sosyal destek ağlarının kaybının KV mortalite ve morbiditede artışa neden olacağını belirtmişlerdir.³⁴ Sosyal destek ağları kötü olan hastalarda kalp hastalığı görülme oranı yüksek bulunmuştur.²⁵ Prospektif çalışmanın meta-analizinde, KKH tanısı olanlarda fonksiyonel destek düşük bulunmuş, yetersiz fonksiyonel destek alan hastalarda risk artmış, diğer hastalığın seyrini etkileyen faktörler (komorbid faktörler, metabolik faktörler gibi) düzenlene bile bütün sebeplerden mortalite riskinin 1,6 kat arttığı görülmüştür.³⁵ Düşük sosyal destek kendi başına KKH'nın psikososyal risk faktörüdür, fakat sosyal destek ve diğer psikososyal risk faktörleri arasında muhtemelen kompleks etkileşimler vardır.³⁶ Örneğin; sosyal katılımlardan kendilerini geri çeken depresif bireylerin ve ilişkilerinde düşmanca düşünceler besleyenlerin çevrelerinden daha az destek alması sonucunda daha yoğun stres

reaksiyonları gösterdikleri görülmüştür.¹¹ Mİ geçiren hastaların yaklaşık %20'sinde hafif-orta derecede depresyon olduğu, bu hastalara sosyal destek sağlanmasının depresyonun etkilerini iyileştirdiği bu sebeplerden oluşan mortalite oranını azalttığı belirtilmiştir.⁴

Davidson ve ark., kadınların erkeklerden daha fazla psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu (özellikle enstrümantal-araç-malzeme desteği) saptamışlardır.³⁷ Bu çalışmada, eş desteği faydalı bulunmuş, ayrıca akranları ile iletişim kurmasının sağlanmasının da etkili bir destek olacağı vurgulanmıştır.³⁷

Kardiyak hastalık sonrası sosyal destek alan bireylerde fonksiyonel baş etme ve daha az olumsuz beklentilerin olması, duygusal durumun iyileşmesine yardımcı olacak ve yaşam kalitelerinde de iyileşme sağlayacaktır. Bu tür unsurlar KR sırasında ele alınmalı ve teşvik edilmelidir.²⁹ Eğitim seviyesi düşük olan, sosyal, ekonomik durumları ve çalışma koşulları yetersiz olan hastalar, rehabilitasyon programına katılmak ve devam ettirmek açısından zorluk yaşayabilirler. Grup katılımlı programlar, özellikle depresif hastalarda çaresizlik duygusunu azaltabilir. KR programları sırasında kurulan arkadaşlıklar genellikle daha uzun ömürlü olabilir. Böylece gruplar psikososyal ve motivasyonel destek için önemli bir kaynak olabilir.¹³

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

A Tipi Davranış

A tipi davranış özellikleri arasında hırslı, rekabetçi, yarışçı karakterde olan, alaycı düşünceler barındıran, agresif, düşmanlık, kızgın hatta saldırgan davranışlar sergileyen bir karakter yapısından bahsedilmektedir.^{11,13,38} Gözlemsel Western Collaborative Grup çalışmasında ve Framingham çalışmasında A tipi davranış şeklinin sigara içme ya da hipertansiyona eşdeğer güçte KKH'ye neden olan bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.^{39,40} Koroner aterosklerozun şiddeti ile A tipi davranış ve yaş arasında önemli bir ilişki olduğu, A tipi davranış şekli olan Mİ geçiren hastalarda danışmanlık sonrasında Mİ tekrarlama ve mortalite oranlarında önemli azalma olduğu saptanmıştır.^{23,41,42}

Öfke Eğilimi ve Düşmanlık

Bu konu ilk kez 1950 yılında tanımlanmıştır. Öfke eğilimi ve düşmanlık A tipi davranış şeklinin iki kardiyotoksik kategorisi olarak ortaya çıkmıştır.⁴²

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, A tipi davranış örüntüsü kavramının sağlam bir yapıya sahip olmasından dolayı, A tipi davranışı değiştirmek için uygulanan spesifik girişimler kapsamlı KR programlarının parçası olarak önerilmemektedir.¹³ A tipi kişiliğin KKH için bir risk faktörü olarak iddia edilemeyeceği yönünde görüşler vardır.⁴³ Daha çok öfke eğilimi ve düşmanlık için ikna edici kanıtlar ileri sürülmektedir. Düşmanlık ve öfke yapıları (öfke patlamaları, içinde ya da dışında öfke yaşama tipi, sürekli öfke gibi) KKH olan ve sağlıklı bireylerde 1,2 kat daha fazla artmış risk olarak karşımıza çıkmakta ve zararlı etkilerinin kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğu belirtilmektedir.^{11,44}

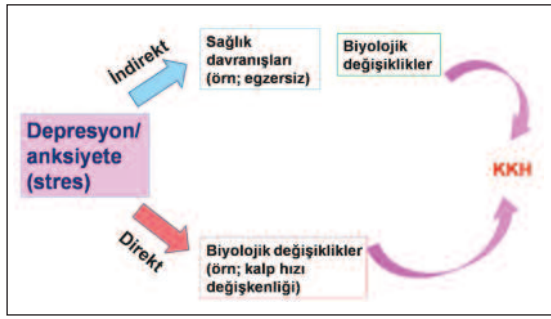
D Tipi Kişilik

D tipi kişilik; ümitsiz, üzüntülü, sosyal olarak beceriksiz, kaygılı ve endişeli kişilik yapısı olarak ifade edilir. Genel popülasyonda ve kardiyak popülasyonda D tipi kişilik prevalansı %20-30 oranındadır.⁴⁵ KKH, kronik kalp yetersizliği ve periferik arteriyel hastalık tanısı olanlarda D tipi kişilik bozukluğunun olmasının kardiyak mortalite, hastalığın tekrarlama ve revaskülarizasyon açısından uzun dönem prognoz riskinin üç kat fazla artması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁶ D tipi kişilik bozukluğu olan KKH'nin yaşam kalitesinde azalma olduğu gözlenmiştir.⁴⁷

NEGATİF ETKİ

Depresyon

Depresyon, sempatik tonüste artma, kalp hızı değişkenliğinde azalma ya da kan pıhtılaşma faktörlerini aktive eden mekanizmaları tetikleyerek risk oluşturabilmektedir. Depresif duygudurum bozukluğu, uyku bozukluğu, enerji kaybı ve iştahta değişiklikler, isteksizlik, konsantrasyon zorluğu, suisid düşüncesi gibi semptomların ortaya çıkmasına neden olabilir. Akut kardiyak durumu takiben gelişen depresyon, tıbbi tedaviye ve yaşamdaki değişikliklere uyumu bozabilir (Şekil 4). Ayrıca depresif



ŞEKİL 4: Koroner kalp hastalığının gelişiminde depresyonun etkisi.¹⁷

hastalar rehabilitasyon programlarına devam etmekten vazgeçebilirler.^{37,48}

Depresyon, bir dizi farklı belirtiler oluşturan heterojen bir kavramdır. Akut kardiyak sorunlar sonrası daha yüksek oranda görülür ve tartışmasız KKH'nin en yaygın psikososyal risk faktörüdür.^{49,11} Depresyon ve KKH arasındaki ilişki incelenmiş ve önemli bulgular elde edilmiştir: 1) Depresyon düzeyi arttıkça KKH şiddetinde artış görülür, 2) Daha uzun süre izlem sonucunda ölüm riskinde artış görülür, 3) Mİ sonrası ilk kez yaşanan depresyon kardiyak prognoz için tekrarlayan depresyondan daha ölümcül görünmektedir, 4) Akut koroner sendrom (AKS) sonrası hastalarda, tedaviye dirençli depresyon ölüm ya da tekrarlayan kardiyak sorunlar yüksek risk artışı ile ilişkilidir, 5) Kardiyak açıdan somatik/duyuşsal depresif semptomlar (örneğin; yorulma, iştah ve uyku bozukluğu, ağrı gibi), bilişsel/duyuşsal semptomlardan (örneğin; ilgi kaybı, suçluluk, intihar düşünceleri gibi) daha fazla zararlıdır.^{11,50,51}

İskemik kalp hastalığı (İKH) olan hastaların yaklaşık %11-25'inde depresif bozukluk vardır. Tedavisiz depresyonu olan İKH'ler arasında mortalite ve morbidite oranı depresyonsuz olanlara göre 3-4 kat daha fazladır.²¹ Özellikle Mİ geçiren hastalar ve aile üyeleri önemli fiziksel, psikolojik ve sosyal yükleri nedeni ile anksiyete ve depresyon yaşarlar.²⁴ Depresyonun etkisi akut Mİ'li hastalarda daha güçlü bulunmuştur.⁵² Dört hastadan biri Mİ'yi takiben ciddi bir depresyon ya da anksiyete yaşamaktadır.² Mİ sonrası hastalarda majör depresyon prevalansının yaklaşık %20, anksiyete prevalansının ise %30-40 arasında olduğu tahmin edilmektedir.

dir.^{41,50,53} Mİ, perkütan translüminal koroner anjiyoplasti [percutaneous transluminal coronary angiography (PTCA)] ya da koroner arter baypas greft [coronary artery bypass grafting (CABG)] sonrası oluşan depresyon, bireylerin işe dönüşünü, günlük aktivitelerin uygulanmasını, sosyal ve boş zaman aktivitelerinin gerçekleştirilmesini zorlaştırır. Bireylerde yorgunluk hissi, isteksizlik, anjina daha fazla olur. Sigarayı bırakmak gibi davranış değişikliği önerilerine uyumsuzluk, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinde azalma, yetersiz öz bakım görülür. Bu nedenlerden dolayı da bu bireylerde sağlık hizmeti almak için başvurular daha fazla olur.^{2,17,38,54,55} ENRICHD çalışmasında, KKH olan depresif hastalarda psikososyal girişimlerin kardiyak prognozu iyileştirmede, bununla birlikte bilişsel davranış terapisinin hastaların duygusal durumunu ve yaşam kalitesini önemli oranda iyileştirdiği gösterilmiştir.^{21,29,56}

Anksiyete

Anksiyete, kısa ve uzun dönem iyileşmeyi etkileyebilir. Negatif duygular ya da stresörler [platelet, makrofaj hücre aktivasyonu ve lipit seviyesinde artma, kalp hızında ve kan basıncı (KB)'nda artma ve miyokardiyal oksijen sunumunda azalma gibi yanıtlar] psikolojik değişikliğin tetiklenmesi ile nöroendokrin sistemi aktive eder. Bu durumlar aterosklerozun gelişimini etkileyebilir. İskemi, Mİ'de ani ölüme neden olabilir.⁴⁸

Mİ, CABG ve/veya PTCA sonrası hastaların ve ailelerinin psikolojik ve eğitimsel ihtiyaçları değişmiştir. Koroner yoğun bakımda başlangıç girişimleri aritmilerin önlenmesi ve ağrı yönetimi üzerine odaklıdır. Yirmi dört-48 saat içinde akut faz geçmiştir, risk faktörü yönetimi ve ilaç yönetim tedavisine başlanmıştır. Duygusal destek, koroner yoğun bakımda hemşireler tarafından verilir. Hasta ve ailelerin sıklıkla yaşadıkları durum yoğun bakımda olma korkusu, kardiyak arrest yaşama korkusu ya da ölümdür.¹⁰ Yaşanan bu korku duygusundan dolayı hastalarda anksiyete gelişebilir ve uyumakta zorluk yaşayabilirler. Hastaların yaklaşık %30'unda anksiyete semptomları artmıştır, bu durum mortalite ve morbiditede artma ile ilişkilidir.^{10,48}

Bir meta-analizde, 11 yıllık takip sonunda anksiyeteli bireylerde diğer prognostik faktörlerden bağımsız olarak KKH riskinin 1,3 kat, kardiyak mortalite riskinin ise 1,5 kat arttığı gösterilmiştir.⁵³ Diğer bir meta-analizde de anksiyeteli olan hastaların hastalık süreci ve seyrinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Özellikle, anksiyete riski bütün sebeplerden mortalite için 1,5 kat, kardiyak mortalite için 1,2 kat ve yeni kardiyak sorunlar için 1,7 kat artmıştır.⁵⁷

Anksiyete, depresyon ile yüksek ilişki göstermektedir. Mİ sonrası prognoz ve anksiyete arasındaki ilişki depresyonla olandan daha azdır.⁵³ AKS'li hastaların %10-50'sinde anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir.²¹ Hem anksiyete hem de depresyon birlikte olduğu zaman daha sonra gelişebilecek kardiyak durumların önemli bir öngördürücüsüdür. Çalışmalarda, Mİ sonrası yapılan girişimlere rağmen anjina pektoris semptomları devam edenlerde anksiyetenin hâlâ devam ettiği, KR sonrası anksiyete ve depresyonda önemli bir oranda azalma ve psikolojik iyilik hâli gözleendiği, anksiyete ve depresyon seviyesi orta derecede olan hastaların KR'de egzersizin yanı sıra psikososyal girişimlerden de yarar gördüğü belirtilmiştir. KR programları, hastaların anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi için ve özelleşmiş bakım ihtiyacı olanlara değerli girişimler sağlar.⁴⁷

Stres

Kalp hastalığı tanısı sonrası ciddi komplikasyonlar gelişen hastalarda genel anksiyete, yaygın korku, özgül fobiler (bazı durumlar veya nesnelere duyulan mantıksız/aşırı korku) ve posttravmatik stres reaksiyonları yaygın olarak yer alır.^{38,58}

Psikososyal stres, KV hastalığı olanlarda ve obezite gelişiminde etkili olması nedeni ile hastalık sürecini olumsuz etkileyebilmektedir.^{20,38}

Birçok KR programında stresli durumlarla baş edebilmek, stresten sakınmak ve stresi tanımlamak için meditasyon, gevşeme, solunum egzersizi, yoga gibi diğer stres azaltma teknikleri eğitimi gibi stres yönetimi workshopları da sunulmuştur.^{59,60} Stres yönetim programlarının amacı, stresörleri ve strese duygusal ve fiziksel yanıtları tanımlamak, genel stres seviyesini azaltmak ve etkili baş etme strate-

jilerini geliştirerek hastaya yardımcı olmaktır. Bu amaç için kullanılan çeşitli teknikler; rahatlama/gevşeme terapisi, meditasyon, bilişsel terapi, anksiyete yönetimi ve uygulamalı fizyopsikolojik geribildirim (biofeedback) tekniğidir. Rahatlama egzersizlerinin eğitimini içeren stres yönetim programlarının, seçilmiş hastalarda psikososyal rehabilitasyonun diğer yöntemlerine yararlı katkıları olabilir. Hastaya stresi algılama durumunu değiştirmek yoluyla stresli reaksiyonları azaltması öğretilmektedir. Daha etkili başa çıkma becerileri kullanılarak strese uyum artırılabilir. Çeşitli çalışmalarda, rahatlama terapisinin İKH'si olanların iyileşmesinde ve ikincil korumada yarar sağladığı açıklanmıştır.^{61,62}

Rahatlama ve stres yönetimi teknikleri herhangi bir rehabilitasyon programının tamamlayıcı, ayrılmaz bir parçasıdır. Bütün hastalar faz III safhasında sunulan rahatlama eğitimi ve stres yönetimi oturumlarına katılmalıdır. Hastalara kas rahatlatıcı egzersizler öğretilmelidir. Bu teknik önemli bir rahatlama metodu olarak seçilmiştir. Çünkü genel anksiyetenin, artmış kan basıncı, uyku bozukluğu gibi durumlarda ve kas gerginliğinde daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu yöntem, hastalara stresin kalp üzerine etkisi ve rahatlamak için neler yapılması gerektiği, aktif olmanın önemi gibi konular hakkında kısa bir bilgilendirmenin arkasından öğretilmiş ve hastalara bir uzman rehber eşliğinde hayal kurma uygulamaları yaptırılarak çeşitlilik sağlanması önerilmiştir.⁴⁸

Birçok çalışmada psikososyal stresin, koroner arter hastalığı (KAH) olanlarda ve AMİ sonrasında beş yıllık sürede kardiyak mortaliteyi 3 kat, tekrar infarktüs riskini ise 1,5 kat artırdığı belirtilmiştir. Mİ'yi takiben yapılan çalışmalarda, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu ve önceki Mİ bulguları olanlarda mortalite riskinin arttığı belirlenmiştir.^{23,63,64} Bununla birlikte "Montreal Heart Attack Readjustment Trial (M-HART)" çalışmasında, Mİ sonrası hastalara uygulanan psikolojik girişimlerden genel bakıma göre çok farklı sonuçlar elde edilmediği, girişimlerin bütün hastalarda mortalite üzerine azalma sağlamadığı görülmüştür.^{65,66} Benzer olarak Jones ve West'in randomize çalışmasında da psiko-

lojik girişimlerin mortalite ve tekrar infarktüs riskini ve depresyonu azaltmadığı, çünkü davranışsal girişimlerin stresi azaltmadığı ya da psikolojik fonksiyonları iyileştirmedeği görülmüştür.⁶⁷ EN-RICHED çalışmasında da, depresyon ya da düşük sosyal destek alan Mİ sonrası hastalarda bilişsel davranışsal tedavilerin etkisi araştırılmıştır.²⁰ Genel bakım ile karşılaştırıldığında depresyonun orta derecede azalma gösterdiği ve tedavinin klinik sonuçlar üzerine etkisinin ölçülebilir olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte psikososyal girişimlerin stresi azaltabileceği ve yaşam kalitesini iyileştirebileceği açıklanmıştır. Kardiyak hastalarda stresin azalması ile morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği çok sınırlı kanıtlarda gösterilmiştir.⁶⁸

Kişilik Bozukluğu Tipi

Depresyon, anksiyete ve patolojik kızgınlık KKH olanlarda kardiyak sorunlar için risk arttıran bir durum olan “negatif duygulanma” olarak dikkate alınır. Negatif duygulanma ve sosyal kısıtlanmanın birlikte olması ısrarcı “bozulmuş kişilik yapısı” olarak tanımlanır. KV risk faktörlerinden bağımsız olarak kardiyak sorunların oluşması için hazırlayıcı bir faktördür.³⁸

Yaşamsal Tükenme

Devam eden psikolojik stresörlere uyumsuzluk, mental yorgunluk, enerji kaybı, sinirlilik, moral bozukluğu olarak karakterize edilen bir durumdur. Yaşamsal tükenme KKH olanlar arasında prognozun kötüleşmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına katkı sağlayan önemli bir faktördür.⁶⁹ Çeşitli çalışmalar, yaşamsal tükenmenin başarılı koroner anjiyoplasti sonrasında bile hastalarda tekrarlayan kardiyak olayların yanı sıra, Mİ ve KKH’de mortalite riskinde artma öngördüğünü göstermiştir.^{69,70} Uyku bozuklukları da (örneğin; uykuya dalma zorluğu, geceleri uyanma, dinlenmiş uyanmama gibi) yaşamsal tükenmenin parçasıdır.⁷¹ Fazla mesai, yaşamsal tükenme duygularına yol açan temel psikolojik stresörler olarak gözlenmiştir.⁷⁰

Umutsuzluk

Umutsuzluk, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği [North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)] tarafından “bireyin sınırlı ya

da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum” olarak tanımlanmıştır.⁷²

Yapılan bir çalışmada, umutsuzluğun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, fiziksel aktiviteyi azalttığı, yaşamdaki amaçlar için çalışmayı, iyilik hâline yönelik gücün en üst düzeye çıkmasını engellediği, başkalarıyla olan ilişkileri, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmeyi ve harekete geçirebilmeyi etkilediği saptanmıştır.⁷²

Kuopio İKH risk faktörleri çalışmasında, orta yaşta Mİ geçiren erkek hastalarda hem başlangıç hem de devam eden dönemde uzun vadeli umutsuzluğun spesifik ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili olduğu, yüksek seviyede umutsuzluk yaşayan erkeklerde karotid aterosklerozun daha fazla ilerlediği ve umutsuzluğun etkilerinin başlangıçta ciddi aterosklerozu olan erkekler arasında daha güçlü olduğu belirlenmiştir.⁷³

Kayıp

Yapılan bir çalışmada, yakınıni kaybetmenin kardiyak sebeplerden ölüm riskini kısmi olarak artırdığı görülmüştür. Yaşlı eşlerin önemli bir kısmında eş ölümünden sonra depresyon geliştiği için depresif belirtilerin yaş ve KKH arasındaki bağlantının önemli ara bulucuları olduğu düşünülmüştür.⁷⁴

Bununla birlikte, risk faktörlerinin olmadığı ya da ortadan kaldırıldığı durumların yarattığı pozitif psikolojinin etkisinden de bahsetmek gerekmektedir. Pozitif psikoloji araştırmaları, insanları sağlıklı tutan faktörleri tanımlamak için yapılmıştır. Pozitif duyuşsal özellikler ve durumlar (örneğin; iyimserlik, mutluluk, neşe, coşku) davranışsal kardiyolojide büyük ilgi görmektedir.¹¹ Meta-analitik bulgulara göre, pozitif etkiye sahip sağlıklı toplumlar arasında tüm sebeplerden (%19) ve KVH’den (%29) ölümlerde azalma görülmesiyle birlikte, önceden KVH’si olanlarda, pozitif etkinin mortalite üzerine etkisi görülmemiştir.⁷⁵ Bununla birlikte, hastalığı ile baş edebilen, daha iyimser beklentileri olan KKH olanlarda bütün sebeplerden ve KV hastalıklardan mortalite oranlarının oldukça düşük olduğu bulunmuştur.⁷⁶

PSİKOSOSYAL RİSK FAKTÖRLERİNİN MEDİKAL TEDAVİ YAKLAŞIMI

Psikoterapi, antidepresan ilaçlar ve davranışsal girişimler, özellikle düzenli egzersiz programına uyumun sağlanmasında önemli terapötik unsurlardır. KKH olanlarda başarılı psikososyal girişimler olarak bilişsel davranış terapisi ilkeleri uygulanmalı ve tercihen grup çalışmaları yapılması planlanmalıdır. Bireylerin stresli durumlarla daha iyi baş edebilmelerine yardımcı olması ve negatif etkilerin azaltılabilmesi açısından öncelikle üzerinde durulması gereken ilkeler ise sosyal ve baş etme becerilerinin eğitim ve uygulamaları olmalıdır.¹¹

Terminolojik açıdan bakıldığında, KR'de sunulduğu gibi, stres yönetimi için hasta çoğu zaman dinlenme (gevşeme) metotlarını da kapsayan çok bileşenli tedavilere yönlendirilir.⁷⁷ Araştırmalar hâlâ sınırlı olmasına rağmen, KVH'nin prognozunu iyileştirecek olan psikososyal girişimler için çok önemli olan stres yönetimi, vasküler endotelial fonksiyon ve kardiyak otonomik kontrol gibi aterotrombotik hastalıklarda biyolojik mekanizmaları etkileyebilir.⁷⁸ CABG geçirmiş hastalarda depresyon ve öfkeyi azaltmanın yanı sıra, yaşam memnuniyetini de artırarak bir psikososyal beceri eğitimi girişiminin hem istirahatte hem de öfke sırasında KB'yi ve kalp hızını azalttığı görülmüştür.⁷⁹

Farmakolojik girişimler açısından, randomize klinik çalışmalar, iki selektif serotonik geri alım inhibitörü [selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)] olan sertraline ve sitalopramın KKH için güvenli olduğunu göstermiştir.¹¹ Bir meta analiz çalışmasında, SSRI'nın AKS'li hastalarda depresif semptomları azalttığı gösterilmiştir.⁸⁰ Bununla birlikte, antidepresan ilaç kullanımının kullanmayan-

lara göre tekrar hastaneye yatış oranlarını azaltmada önemli bir etkisi gösterilmemiştir.⁸¹

Mİ ve Depresyon-Girişim Çalışması [The Myocardial INfarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT)]'nda Mİ sonrası antidepresan tedavinin etkinliği araştırılmış, 18 ay sonra genel bakım grubuna göre fark olmadığı, antidepresan tedavisinin uzun vadeli depresyonu değiştirmediği, kardiyak prognozu iyileştirmedeği belirlenmiştir.⁸² Genel bakıma ek olarak psikolojik tedavi sunulan kardiyak hastalarda, erkeklerde mortalitede etkileyici bir azalma olduğu görülmüştür.¹⁷

PSİKOLOJİK SAVUNMA MEKANİZMALARININ KULLANILMASININ TEDAVİYE ETKİSİ

Değişen yaşam durumlarına ve anksiyeteye psikolojik olarak adapte olmak için hastalar farklı psikolojik savunma mekanizmaları kullanır. KV hastalığının başlangıcında birçok hasta kontrol kaybı yaşar ve psikolojik savunma mekanizması olarak sıklıkla başkalarına bağımlılık hissetmeye başlar. Sıklıkla akut bakım döneminde hastalarda yaygın olarak inkâr süreci gelişir. Hastalığı kabul etmezler. İnkâr, anksiyeteye karşı önemli bir savunma mekanizmasıdır. Sağlıklı inkâr, semptomlar ile başa çıkmak ve anksiyetenin fizyolojik etkilerini azaltmak yoluyla iyileştirmek için hastalara yardım edebilir.³⁸

SONUÇ

Sonuç olarak, bireylerin psikososyal risk faktörleri açısından değerlendirilmesi ve gerekli girişimlerin uygulanması hastalık yönetiminin bir parçası olmalıdır. Bireylere psikososyal desteğin sağlanması, duygusal sağlığın iyileşmesinde hastalık ile baş etme yeteneğinin artması, stres ve umutsuzluk duygusunun azalması gibi etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Whalley B, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease: cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med* 2014;21(1): 109-21.
2. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Best Practice Evidence-Based Guideline Cardiac Rehabilitation Summary and Resource Kit. Wellington, New Zealand: NZGG; 2002.p.2-43.
3. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, Limacher M, Pina IL, Southard D, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group. *Circulation* 2000;102(9):1069-73.

4. Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs* 2006;21(5 Suppl):2-7.
5. The British association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation is Affiliated Group of British Cardiovascular Society. The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012. 2nd ed. UK:British Cardiovascular Society; 2012.p. 1-22.
6. Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcome. *J Psychosom Res* 2000;48(4-5):443-54.
7. Uysal H. [The role of the nurse in the cardiac and pulmonary rehabilitation]. Uzun M, editör. *Kardiyak ve Pulmoner Rehabilitasyon. Bölüm 6. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015. p.55-8.*
8. Oh P, Baysarowich K, Boyajian K, Brownrigg J, Chessex C, Fair T, et al. Standarts for the Provision of Cardiovascular Rehabilitation in Ontario. Ontario: Cardiac Care Network. September 2014.p.2-46.
9. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 2004;110(5):588-636.
10. Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease-recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11(1):75-9.
11. von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13502.
12. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al; American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; American Psychiatric Association. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118(17):1768-75.
13. Goble AJ, Worcester MUC. Best Practice Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention. Produced on behalf of Department of Human Services Victoria. Victoria/Australia: Published by Department of Human Services; 1999. p.1-236.
14. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psycho Rev* 1988;8(1):77-100.
15. Jack B, Marvin WB. Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment* 1991;3(3):433-7.
16. Herrmann-Lingen C. Steps towards integrated psychosomatic medicine--the example of psychocardiology. *J Psychosom Res* 2011;70(2):111-5.
17. Child A, Sanders J, Sigel P, Hunter MS. Meeting the psychological needs of cardiac patients: an integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting. *Br J Cardiol* 2010;17(4):175-9.
18. Denollet J, Brutsaert DL. Enhancing emotional well-being by comprehensive rehabilitation in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* 1995;16(8):1070-8.
19. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation, exercise training, and psychosocial risk factors. *J Am Coll Cardiol* 2006;47(1):212.
20. Thompson DR, Ski CF. Psychosocial interventions in cardiovascular disease-what are they? *Eur J Prev Cardiol* 2013;20(6):916-7.
21. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al; Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICH). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA* 2003;289(23):3106-16.
22. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996;156(7):745-52.
23. Black JL, Allison TG, Williams DE, Rummans TA, Gau GT. Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics* 1998;39(2):134-43.
24. Reid J, Ski CF, Thompson DR. Psychological interventions for patients with coronary heart disease and their partners: a systematic review. *PLoS One* 2013;8(9):e73459.
25. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.
26. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(5):637-51.
27. Friedmann E, Thomas SA, Liu F, Morton PG, Chapa D, Gottlieb SS; Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial Investigators. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J* 2006;152(5):940.e1-8.
28. Matchett M, Sears SF, Hazelton G, Kirian K, Wilson E, Nekkanti R. The implantable cardioverter defibrillator: its history, current psychological impact and future. *Expert Rev Med Devices* 2009;6(1):43-50.
29. Blikman MJ, Jacobsen HR, Eide GE, Meland E. How important are social support, expectations and coping patterns during cardiac rehabilitation. *Rehabil Res Pract* 2014;2014:973549:1-7.
30. Williams RB, Barefoot JC, Califf RM, Haney TL, Saunders WB, Pryor DB, et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* 1992;267(4):520-4.
31. Al-Khalili F, Svane B, Wamala SP, Orth-Gomér K, Rydén L, Schenck-Gustafsson K. Clinical importance of risk factors and exercise testing for prediction of significant coronary artery stenosis in women recovering from unstable coronary artery disease: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *Am Heart J* 2000;139(6):971-8.
32. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6):431-42.
33. Stuart-Shor EM, Buselli EF, Carroll DL, Forman DE. Are psychosocial factors associated with the pathogenesis and consequences of cardiovascular disease in the elderly? *J Cardiovasc Nurs* 2003;18(3):169-83.
34. Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514-8.
35. Barth J, Schneider S, von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2010;72(3):229-38.

36. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med* 2005;67(6):869-78.
37. Davidson PM, Daly J, Hancock K, Moser D, Chang E, Cockburn J. Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research agenda in older women. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 2(4):255-64.
38. Ilic S, Apostolovic S. Psychological aspects of cardiovascular diseases. *Medicine and Biology* 2002;9(2):138-41.
39. Rosenman RH, Brand RJ, Sholtz RI, Friedman M. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5-year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *Am J Cardiol* 1976;37(6):903-10.
40. Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980;111(1):37-58.
41. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ, Ulmer D, Powell LH, Price VA, et al. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients: summary results of the recurrent coronary prevention project. *Am Heart J* 1986;112(4): 653-65.
42. Friedmann M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J Am Med Assoc* 1959;169(12):1286-96.
43. Myrtek M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. *Int J Cardiol* 2001;79(2-3): 245-51.
44. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 2009;53(11):936-46.
45. Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. [Temperament and character dimensions and levels of anger, anxiety, and depression in persons with myocardial infarction]. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011;14(3):143-9.
46. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3(5):546-57.
47. Smith TW. Toward a more systematic, cumulative, and applicable science of personality and health: lessons from type D personality. *Psychosom Med* 2011;73(7):528-32.
48. Ingram S, Fallon N, Norton T, O'Doherty V, Gormley J. Module 14: Cardiology Part 5. Anxiety and depression in cardiac patients. *WIN* 2008;16(5):41-2.
49. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006;21(1):30-8.
50. Ormel J, de Jonge P. Unipolar depression and the progression of coronary artery disease: toward an integrative model. *Psychother Psychosom* 2011;80(5):264-74.
51. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008;9(1):46-56.
52. Nichholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27(23):2763-74.
53. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2010;72(6):563-9.
54. Wenger NK. Current status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol* 2008;51(17):1619-31.
55. Tully PJ, Baumeister H. Collaborative care for the treatment of comorbid depression and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews* 2014;3(1):127.
56. Mendes de Leon CF, Czajkowski SM, Freedland KE, Bang H, Powell LH, Wu C, et al. The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) clinical trial. *J Cardiopulm Rehabil* 2006;26(1):9-13.
57. Guler E, Schmid JP, Wiedemar L, Saner H, Schnyder U, von Känel R. Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Clin Cardiol* 2009;32(3): 125-9.
58. Kuwachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The normative aging study. *Circulation* 1994;90(1):2225-9.
59. Collins JA, Rice VH. Effects of relaxation intervention in phase II cardiac rehabilitation: replication and extension. *Heart Lung* 1997;26(1):31-44.
60. Mampuya WM. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovasc Diagn Ther* 2012;2(1):38-49.
61. van Dixhoorn J, Duivenvoorden HJ, Pool J, Verhage F. Psychic effects of physical training and relaxation therapy after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 1990;34(3): 327-37.
62. van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12(3):193-202.
63. Frasare-Smith N. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *Am J Cardiol* 1991;67(2):121-7.
64. Frasare-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993; 270(15):1819-25.
65. Frasare-Smith N. The Montreal heart attack readjustment trial. *J Cardiopulm Rehabil* 1995;15(2):103-6.
66. Frasare-Smith N, Lespérance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* 1997; 350(9076):473-9.
67. Jones DA, West RR. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 313(7071):1517-21.
68. Blumenthal JA. Psychosocial training and cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007;27(2):104-6.
69. Skodova Z, Nagyova I, Rosenberger J, van Dijk JP, Middel B, Vargova H, et al. Vital exhaustion in coronary heart disease: the impact of socioeconomic status. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(5):572-6.
70. Appels A. Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient Educ Couns* 2004;55(2):223-9.
71. Phillips B, Mannino DM. Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *J Clin Sleep Med* 2007;3(5):489-94.
72. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. [Hopelessness and healthy life style behaviors in patients with coronary artery disorder]. *J Psychiatric Nursing* 2013;4(1):1-6.
73. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1997;17(8):1490-5.
74. Williams JR Jr. Depression as a mediator between spousal bereavement and mortality from cardiovascular disease: appreciating and managing the adverse health consequences of depression in an elderly surviving spouse. *South Med J* 2005;98(1):90-5.

75. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008;70(7):741-56.
76. Barefoot JC, Brummett BH, Williams RB, Siegler IC, Helms MJ, Boyle SH, et al. Recovery expectations and long-term prognosis of patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2011;171(10):929-35.
77. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med* 2011;171(2):134-40.
78. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293(13):1626-34.
79. Koçer O, Wachter M, Zellweger M, Piazzalonga S, Hoffmann A. Prevalence and predictors of depressive symptoms and wellbeing during and up to nine years after outpatient cardiac rehabilitation. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13242.
80. Mazza M, Lotrionte M, Biondi-Zoccai G, Abbate A, Sheiban I, Romagnoli E. Selective serotonin reuptake inhibitors provide significant lower re-hospitalization rates in patients recovering from acute coronary syndromes: evidence from a meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2010;24(12):1785-92.
81. von Känel R. Platelet hyperactivity in clinical depression and the beneficial effect of antidepressant drug treatment: how strong is the evidence? *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(3):163-77.
82. van den Brink RH, van Melle JP, Honig A, Schene AH, Crijns HJ, Lambert FP, et al. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *Am Heart J* 2002;144(2):219-25.