

Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar

Current Psychosocial Approaches in Cardiovascular Diseases

Nazmiye Kocaman Yıldırım¹, Sibel Öztürk²

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD, İstanbul.

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Adana.

ÖZET

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada tüm ölümlerin yaklaşık üçte birinin nedenidir. Uzun yıllara dayanan ampirik araştırmalarda, düşük sosyo-ekonomik durum, sosyal destek eksikliği, iş ve aile yaşamı stresi, depresyon, anksiyete ve düşmanlık gibi psikososyal risk faktörleri hem koroner kalp hastalığı gelişim riskini, hem de klinik süreci ve prognozu kötüleştirdiği gösterilmiştir. Ayrıca, psikobiyolojik ve davranışsal mekanizmalar tanımlanmıştır. Klinik uygulamada, psikososyal risk faktörleri tanınmalı ve tıbbi sonuçları hastayla tartışılmalıdır. Kardiyovasküler hastalığı olan tüm hastalarda anksiyete ve depresyon taranmalıdır. Riskli veya klinik olarak anksiyete ve depresyon semptomları saptanan hastalar profesyonel ruh sağlığı yardım almaları için yönlendirilmelidir. Kardiyak rehabilitasyonda, bilişsel davranışçı terapisi, sorun çözme terapisi, stres yönetim programlarını içeren psikososyal müdahaleler tek başına veya diğer müdahalelerle birlikte uygulanabilir. Bu yazıda, psikososyal risk faktörlerinin kalp hastalığının gelişimine etkisi, kardiyovasküler hastalıkların ruhsal duruma etkisi ve kalp hastalarında etkili, güncel psikososyal müdahaleler açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalıklar; psikososyal risk faktörleri; psikososyal müdahaleler.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases cause nearly one-third of all deaths worldwide. More than six decades of empirical research have shown that psychosocial risk factors like low socio-economic status, lack of social support, stress at work and family life, depression, anxiety, and hostility contribute both to the risk of developing coronary heart disease and the worsening of clinical course and prognosis in patients with coronary heart disease. In addition, psychobiological and behavioral mechanisms have been identified. In clinical practice, psychosocial risk factors should be assessed and medical outcome should be discussed with the patient. Anxiety and depression should be screened in all patients with cardiovascular diseases. In case of elevated risk or clinically significant symptoms of depression and anxiety should be referred to a mental health professional help. Psychosocial interventions can either be delivered in isolation or in combination with other interventions including cardiac rehabilitation, cognitive behavioral therapy, problem solving therapy, stress management programs. In this paper explained the effect of psychosocial risk factors in the development of heart disease, the effects mental state of cardiovascular disease, and effective, current psychosocial interventions in heart patients.

Key Words: Cardiovascular diseases; psychosocial risk factors; psychosocial interventions.

Geliş tarihi: 08.08.2016 Kabul tarihi: 23.12.2016

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Nazmiye Kocaman

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD. Çapa, İstanbul, Türkiye

E-posta: nazmiyekocaman@yahoo.com

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada tüm ölümlerin yaklaşık üçte birinin nedenidir.^[1] Her yıl küresel olarak tüm ölümlerin %30'unu, düşük ve orta gelirli ülkelerde %80'nini oluşturmaktadır. Dünya çapında, hem gelişmiş, hem gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalitenin en büyük yüküne sahip olduğu belirtilmektedir.^[1,2] Türkiye'de de kardiyovasküler hastalıklar tüm ölüm nedenlerinin %47.73'ünü oluşturarak ilk sırada gelmektedir. Ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün (10.802.494 DALY) birincil nedenini %19.32 ile (2.086.527 DALY) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır.^[3]

Psikiyatri ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki karmaşıktır,^[4] bu etkileşim şöyle açıklanabilir;

- Psikolojik durum ve ruhsal zorlanmalar kalp hastalığının gelişimini kolaylaştırabilir,
- Psikosomatik etkileşim olabilir,
- Ruhsal durum kalp hastalığının seyrini ve gidişini olumsuz etkileyebilir,
- Hastalık sonrası kaygı, panik, depresyon, kişilik değişiklikleri ortaya çıkabilir,
- Hastalık yeni gerilimlere, güçlükler neden olduğu gibi, örtülü ruhsal çatışmaları da ortaya çıkartabilir,
- Hastalık tedavi edildiği halde, hastalık davranışı devam edebilir.^[5]

Sonuçta, hem kalp ve damar sistemi üzerine psikososyal faktörlerin etkileri, hem de ruhsal durum üzerine kardiyovasküler sistem değişimlerinin etkileri söz konusudur.^[4] *Psikokardiyoloji* bu ilişkiyi inceleyen bir disiplindir. Kalp hastalıkları ve kardiyak cerrahi girişimlerinde ortaya çıkan psikolojik durumların tanı ve tedavisi ile uğraşan Psikokardiyoloji, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalı hizmet yelpazesi içinde bir alt disiplindir. Kalp hastalarının, kardiyoloji, kalp-damar cerrahisi ve KLP ekibi ile işbirliği içinde ortak ele alınması tanı, ayırıcı tanı ve tedavide önemlidir.^[5] Biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesi, hastaların bütüncül olarak ele alınması kapsamlı sağlık hizmeti için vazgeçilmezdir.

Bu yazıda, psikososyal risk faktörlerinin kalp hastalığının gelişimine etkisi, kardiyovasküler hastalıkların ruhsal duruma etkisi ve kalp hastalarında etkili, güncel psikososyal müdahaleler açıklanacaktır.

Psikososyal Risk Faktörleri

Kardiyolojik şikâyetlerin gelişimi ve seyri, bazı psikolojik özelliklere bağlanmıştır. En sık bildirilen psikososyal risk faktörleri şunları içermektedir:^[4,6-8]

- Depresyon, umutsuzluk
- Akut stres (öfke patlaması, akut anksiyete)
- Kronik stres, aile çatışmaları, iş stresi (fazla çaba/düşük karşılık, fazla talep/düşük kontrol)
- A-tipi, D-tipi kişilik örüntüleri, öfke, düşmanlık
- Sosyal destek yetersizliği, sosyal izolasyon (duygularını paylaştığı bir yakınının olmaması, aile, arkadaş destek yetersizliği, yalnız yaşama)
- Düşük sosyoekonomik durum (düşük iş pozisyonu, sadece zorunlu temel eğitim, düşük gelir)

Bu risk faktörleri çoğu durumda birbirlerinden bağımsız değildir. Örneğin düşük sosyoekonomik düzey ve/veya kronik stres riskini taşıyan kadın ve erkeğin, depresif olması ve sosyal olarak etkileşiminin azalması da muhtemeldir.^[6]

Psikososyal risk faktörlerinin, Koroner Kalp Hastalığının (KKH) gelişimine ve olumsuz sonuçlara katkıda bulunduğu hakkında önemli kanıtlar vardır.^[6-9] Bu faktörlerin etki mekanizması patofizyolojik ve davranışsal olmak üzere iki yolla açıklanmaktadır. İlki, psikososyal risk faktörlerinin kalp hızında, kan basıncında, inflamasyon ve pıhtılaşma süreçlerinde artma gibi fizyolojik mekanizmaların patogenezile ilişkilidir. İkincisi, psikososyal risk faktörleri olan hastalarda daha belirgin olan; sigara kullanımı, sağlıksız besin seçimi, fiziksel aktivitede azalma, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi KKH'ni güçlendirdiği bilinen yaşam biçimi ve riskli sağlık davranışlarıyla ilişkilidir.^[6,7,8]

Depresyon ve KKH arasındaki ilişkiyi değerlendiren epidemiyolojik çalışmalar kardiyak olayların insidansı ile majör depresyon epizodu arasında önemli prospektif ilişkiyi tutarlı olarak göstermektedir.^[8,9] Çalışmalarda ayrıca iki bulguya da dikkat çekilmektedir. İlki, majör depresyon durumu tanı kriterlerini karşılama da depresif semptomların varlığında kardiyak riski artmaktadır.^[10] İkincisi, çalışmalar depresyonun şiddeti ile gelecekte kardiyak durum yaşanması arasında eğilim olduğunu desteklemektedir.^[10,11] Depresyonun kardiyak hastalıklara etkisi; trombosit aktivitesi, Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal eksen fonksiyonunda dengesizlik, anormal otonom sinir sistemi fonksiyonu, immün fonksiyonlarda ve inflamasyonda değişimi içeren psikofizyolojik ve riskli sağlık davranışlarını içeren biyodavranışsal

mekanizmalarla açıklanmaktadır.^[8,9] Depresyonun önemli bir belirtisi olan umut kaybı, özel bir dikkat gerektirir. Umutsuzluk, hem gözlem ve prospektif çalışmalarda, hem de hayvan modellerinde ani ölümle bağlantılı bulunmuştur.^[8] Bir çalışmada, “(son bir aydır) kendinizi üzgün, hayal kırıklığına uğramış, umutsuz hissediyor musunuz?” sorusuna evet yanıtı verenlerde KKH riski iki kat daha fazla saptanmıştır.^[10]

D-tipi kişilik depresif, anksiyöz, gergin ya da kızgın, negatif duyguları daha sık yaşama eğilimi gösteren, diğer kişilere kendini ifade etme güçlüğü yaşayan, sıkıntılı kişilik özelliklerini içerir. Klinik olarak, ICD-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)’a göre distimik bozukluğa yakındır. Bu kişilik tipinin KKH olan hastalarda kötü prognozu öngördüğü gösterilmiştir.^[6]

Stres, kardiyovasküler sağlığın bozulmasına katkı sağlayan, en yaygın psikososyal faktörlerdendir.^[12] Roohafza ve ark.^[13] tarafından yapılan çalışmada akut koroner sendromların ortaya çıkışında akut stresin tetikleyici etkisi olduğu, kronik stresle de orta derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda yüksek düzeyde kronik stresörü olan bireylerin daha fazla akut stresör yaşadıkları, kronik, yüksek düzeyde stres durumunda akut stresin daha etkili olduğu da belirtilmiştir.^[13] İşle ilgili stresin erkeklerde kardiyovasküler hastalık için risk faktörü olduğu, sistematik derlemelerin orta düzeyde kanıt sunduğu bildirilmiştir. Kadınlarda aile yaşamında varolan uzun süreli stresli durumların, krizlerin, çatışmaların KKH riskini artırdığı da gösterilmiştir.^[6] Psikososyal stresörler (işle ilgili, çevresel, kronik yaşam sorunları) stres yanıt sistemi üzerine doğrudan etkili olduğu gibi, koroner arter hastalığına katkıda bulunan sağlıksız yaşam şekli davranışları aracılığıyla da dolaylı olarak ilişkilidir.^[8,14]

A Tipi davranış şeklinin erkeklerde koroner hastalık riskini iki kattan daha fazla artırdığı, 1970’lerden bu yana bilinmektedir. Sabırsız, öfkeli, zamanla yarışan ve başarı yönelimli özellikleri içeren A-tipi davranışları azaltmaya yönelik uygulanan danışmanlık ile her zamanki bakımı alan, akut miyokart infarktüsünden (Mİ) sağ kalanların 4.5 yıl izlendiği bir çalışma, danışmanlık alanlarda Mİ’nün tekrarlamasında önemli azalma olduğunu göstermiştir.^[4] Sonraki yıllarda A-tipi davranış dikkat çekmeye devam etmesine rağmen, çeşitli çalışmalarda A-tipi davranış ile koroner arter hastalığı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.^[8]

Öfke ve düşmanlık (hostilite) A-tipi davranışın “toksik komponenti” olarak düşünülmüş, KKH için risk

faktörü olarak daha fazla çalışılmıştır. Etki mekanizması sağlıksız yaşam şekli ve sosyal izolasyon gibi davranışlarla ve tek çekirdekli lökosit beta-adrenerjik reseptör fonksiyonu kadar, katekolaminlerin dolaşımında yüksek düzeylerde olması, aşırı kortizolün açığa çıkması ile açıklanmaktadır.^[8] Chida ve ark.’nın 19 prospektif çalışmayı incelediği metaanalizin sonucunda, öfke ve düşmanlığın sağlıklı popülasyonda, özellikle erkeklerde, KKH’nın artmasıyla ve KKH olan hastalarda kötü prognozla ilişkili olduğu bildirilmiştir.^[15] Daha sonraki yıllarda akut Mİ ile düşmanlık ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, akut Mİ geçiren orta yaşlı erkeklerin düşmanlık puanı sağlıklı popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca öfkeyi kontrol etme stratejilerinin orta yaşlı erkeklerde akut Mİ riskini azaltmada etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.^[16,17]

Sosyal destek yetersizliği/izolasyon ve düşük sosyoekonomik durum da kardiyovasküler hastalıkla ilişkili risk faktörleri arasında yer almaktadır. Düşük eğitim düzeyi, gelir düzeyi, düşük statülü işte çalışma, fakir bir bölgede yaşama, yoksulluk, sosyal ve sağlık güvencesinin eksikliği, yalnız yaşama gibi sosyal faktörler, destek sistemlerinin yetersizliği ile ilgilidir. Sosyal destek, eş, aile, arkadaşlar, komşular gibi kişinin sosyal çevresindeki güvendiği bireyler tarafından sağlanan duygusal, bilgisel, araçsal yardımı ifade eder.^[6,8,17,18] Sosyal destek, strese karşı “tampon” olarak işlev görebilir, depresyonun etkilerini azaltabilir ve hastalıkla başetmeye, tedavi uyumuna katkıda bulunabilir. Çalışmalar sosyal destek alan kardiyovasküler hastalığı olanlarda olumlu fiziksel sağlık sonuçlarının oluştuğunu, hastalık riskinin azaldığını göstermiştir. ^[17,18,19]

Kalp Hastalıklarında Psikiyatrik Bozukluklar

Kalp hastalığının yaşanması çeşitli psikolojik tepkileri ortaya çıkarır. İnsanoğlu, ölümlü bir varlık olduğunu bilir ancak “bana bir şey olmaz” varsayımını devam ettirir. Kardiyak bir olay sonrasında ölümü inkar etmeyi sürdürmek zorlaşır. Muhtemelen en temel güçlük budur. Ayrıca, bağımlılık, kontrol, otonomi hakkında endişeler, öz-değer kaybı, enerji, cinsellik ve yaşam kaybı hakkında korkular sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Kalp hastalarının başlangıçta inkarı koruduğu, yaşanan kardiyak olayı minimize ettiği (sadece küçük bir ataktı gibi) veya semptomu kardiyak dışı bir nedene bağladığı (gaz ağrısıydı gibi) görülebilir. Bu tepki, kabullenme sürecinin bir parçasıdır ancak inkar, hastanın tedavi aramasını ve sürdürmesini engelliyorsa müdahale edilmesi gerekir. Diğer

tarafından bazı hastaların, minör fiziksel semptomlarla aşırı meşgul olduğu, aktivitelerden kaçındığı, acil başvuruların arttığı da görülebilir.^[4] Bazı klinik tablolarda ise kardiyak ve ruhsal belirtiler iç içedir ve tablonun kardiyolojik durumla mı, ruhsal durumla mı ilişkili olduğunu ayırmak güç olabilir.^[5]

Depresyon yaygındır ve koroner hastalık, akut Mİ, kararsız angina pektorisli hastalarda %15-20 olarak bildirilmiştir.^[4,9,10] Yatarak tedavi gören hastalarda depresyon prevalansının %17-27 olduğu,^[20] ülkemizde yapılan bir çalışmada da kalp hastalarının %35.3'ünde depresyon riski olduğu bulunmuştur.^[21] Mİ sonrasında 5 hastadan 1'i majör depresif bozukluk tanı kriterini karşılamaktadır^[22] ve genel topluma göre 3 kat daha fazla görülmektedir.^[23] Depresyonun prognozu olumsuz etkilediği, 52 araştırmanın ve 4 metaanalizin incelendiği bir sistematik inceleme sonucunda depresyon ile kötü klinik sonuçlar arasında güçlü bir bağlantı olduğu gösterilmiştir.^[24] Mİ sonrası depresif bozukluk varlığı, standart risk faktörlerinden bağımsız olarak mortalite ile 3 kat daha fazla ilişkili bulunmuştur.^[7]

Anksiyete bozukluğu depresyon kadar iyi çalışılmamıştır ancak akut koroner hastalığı olan hastalarda anksiyetenin yükseldiği ve kronik kalp hastalarında anksiyete bozukluğu oranının %5-10 olduğu bildirilmiştir.^[4,17,25] Yapılan çalışmalarda akut koroner sendrom sonrası hastalarda stres bozukluğu geliştiği görülmüştür.^[26,27] Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde depresyona önemli oranda anksiyete semptomlarının veya bozukluğunun da eşlik edebildiği dikkate alınmalıdır.^[28] Koroner kalp hastalığı olanlarda, anksiyete ve depresyon varlığında yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artma olabileceği bildirilmiştir.^[7,29] Majör depresyon tanı kriterlerini taşıyan ve yaşam kalitesi düşük olan hastalar yüksek riskli gruptadır ancak tüm kardiyak hastalarda depresyondan korunma ve depresyonun yönetimi önemlidir. Bu nedenle, hastaların hassasiyetle taranması, doğru tanınması ve dikkatli yönetilmesi gereklidir.^[28]

Cinsel işlev bozuklukları, kalp hastalarında kullanılan ilaçlar, eşlik eden tıbbi hastalıklar gibi fiziksel faktörlerin sonucu olmakla beraber, anksiyete, depresyon, kalp krizi korkusu, benlik saygısında azalma, başarısızlık beklentisi, güvensizlik veya hastalık öncesi cinsel uyumsuzluk gibi psikolojik faktörlerin sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kardiyovasküler hastalığı olan erkeklerde erektil ve orgazmik fonksiyon bozukluğu, cinsel istekte azalma, ilişki tatmininde azalma, kadınlarda lubrikasyonda azalma, orgazmik fonksiyon bozukluğu, klitoral duyarlılıkta azalma ve cinsel

istekte azalma gibi cinsel fonksiyon bozuklukları sıklıkla görülür.^[30,31] Mİ ve kararsız angina pektoris hastalarının çoğunda cinsel aktiviteleri önemli düzeyde olumsuz etkilenmektedir.^[32] Ülkemizde yapılan bir çalışmada Mİ sonrası erkek hastaların %44'ünde erektil disfonksiyon saptanmış ve %53'ünde arteriyel hastalığın yaygın organik nedenlerden biri olduğu ortaya konulmuştur.^[30]

Sosyal faktörler, kalp hastalıklarının gelişimine katkıda bulunduğu gibi, kardiyak durumlar sonrasında sağ kalım oranını da önemli düzeyde etkiler. Yapılan bir çalışmada; yetersiz sosyal desteğin, kalp krizi sonrası 3 yıllık periyotta, mortalite riskini 3 kat arttırdığı tespit edilmiştir.^[18,19] Kalp yetmezliği hastalarında yalnızlık ve sosyal destek üzerine yapılan başka bir çalışmada, yalnızlığın kalp yetersizliği hastaları için önemli bir faktör olduğu ve yalnız hisseden hastaların daha ciddi kalp yetersizliğine sahip olduğu bildirilmiştir.^[33] Geniş örneklemli prospektif çalışmalar, düşük sosyoekonomik durumdaki erkek ve kadınlarda hem KKH riskini yükselten tüm nedenlerin, hem de mortalite riskinin arttığını göstermiştir.^[6]

Kalp Hastalarında Psikososyal Müdahaleler ve Etkisi

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde psikolojik müdahaleler yeterince araştırılmamıştır.^[34] Klinik rehberlere göre psikososyal risk faktörlerinin önlenmesinde tanılama ilk basamaktır ve bireyi değerlendirirken sorulması gereken çekirdek sorular aşağıda verilmiştir. Bu soruların bir veya daha fazlasına verilen "evet" yanıtı riskin arttığını göstermektedir.^[6]

- Zorunlu eğitimden (ilköğretimden) daha fazlasına devam ettiniz mi? İşçi olarak mı çalışıyorsunuz? (*düşük sosyoekonomik düzeyi gösterir*)
- İşyerinde talepleri karşılamak için kontrol eksikliği yaşıyor musunuz? Ödülünüz gösterdiğiniz çabaya uygun değil mi? Eşinizle ilişkinizde ciddi problemler var mı? (*iş ve aile stresini gösterir*)
- Yalnız mı yaşıyorsunuz? Yakın bir sırdaş/dert ortağı eksikliği hissediyor musunuz? Hastalık durumunda size yardım edebilecek herhangi birinin eksikliğini hissediyor musunuz? (*sosyal destek eksikliği ve sosyal izolasyonu gösterir*)
- Kendinizi çökkün, depresif, umutsuz hissediyor musunuz? Yaşamınızda ilgi ve zevk kaybı hissediyor musunuz? (*depresyonu gösterir*)
- Sık sık küçük şeyler için kendinizi kızgın hissediyor musunuz? Diğer insanların

alışkanlıklarından genellikle rahatsız oluyor musunuz? (öfke ve düşmanlığı gösterir)

- Sık sık kendinizi endişeli, gergin, kaygılı, sıkıntılı hissediyor musunuz? Endişenizi kontrol etmekte veya durdurmakta sıklıkla zorlanır mısınız? (anksiyeteyi gösterir)
- Genellikle, kendinizi anksiyöz, sinirli, depresif hisseder misiniz? Duygularınızı, düşüncelerinizi diğer kişilerle paylaşmakta zorlanır mısınız? (D-tipi kişiliği gösterir)

Kardiyovasküler riskleri azaltmaya yönelik; yüz yüze, telefon veya web-temelli danışmanlık, akran desteği, öz-yönetim programları, stres azaltma yöntemleri, kognitif davranışçı terapi ve psikodinamik terapi müdahaleleri sayılabilir. Bu uygulamalar ruh sağlığını ve yaşam biçimini olumlu etkilemektedir, ancak kardiyak riski azaltmada etkinlikleri hakkında yeterli kanıtlar bulunmamaktadır.^[6,34] Riskli sağlık davranışlarının azaltılması ve sağlığın geliştirilmesi, toplum sağlığı sorunu olan depresyonun erken tanınması ve tedavisi gibi uygulamaların sağlık hizmetleri arasında öncelikli olması gerekir.

Kardiyovasküler hastalıkla yaşayan bireylerin psikolojik tepkilerinin ele alınması, psikososyal gereksinimlerinin karşılanması, psikiyatrik bozuklukların tedavisi hem bütüncül bakımın, hem de yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedefine ulaşmanın gereğidir. Bu hedefe, kardiyoloji ve KLP ekibinin işbirliği içinde olmasıyla ulaşılabilir. Primer tedavi ekibinin uygulayabileceği psikososyal müdahaleler; biyopsikososyal değerlendirmeyi, özellikle anksiyete ve depresyonun tüm hastalarda taranmasını, terapötik ilişkiyi, bireysel bilgilendirmeyi, sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesini ve psikolojik sıkıntı (distres) riski yüksek olan hastaların profesyonel ruh sağlığı yardımı alması için yönlendirilmesini içerir. Yönlendirilen hastaların psikolojik bakımında ve tedavisinde motivasyonel görüşmeler, stres yönetimi, sorun çözme terapisi, psikoeğitim, bilişsel davranışçı ve kişilerarası psikoterapi, gerekiyorsa psikotrop ilaç tedavisi kullanılır.^[35,36] Bu müdahaleler bireysel veya grup olarak uygulanabilir. Ayrıca kapsamlı kardiyak rehabilitasyonun parçası olabilir veya rehabilitasyon tedavisinin bileşenlerinden ayrı olarak da uygulanabilir. Psikolojik müdahalelerin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, anksiyete ve depresyonda hafif-orta derecede azalma, kardiyak mortalitede de azalma sağlanabildiği bildirilmiştir. Ancak Mİ, kardiyak cerrahi gereksinimi ve toplam mortalite oranında azalma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.^[37]

Kardiyak rehabilitasyonun, bu hastalarda risk faktörlerinin azaltılmasında, kardiyak mortalite ve morbiditenin önlenmesinde önemi bilinmektedir. İngiliz Kardiyovasküler Topluluğu'nun 2012'de hazırladığı rehberde göre; kardiyak rehabilitasyon programına katılan bireyler çok çeşitli duygusal sorunlara sahiptir ve kapsamlı, bütüncül bir değerlendirme, istenen sonuçların elde edilmesinde son derece önemlidir. Anksiyete ve depresyon iyi yönetilemediğinde ya da tedavi edilmediğinde kardiyak rehabilitasyonun başarısız olmasına neden olabilir. Rehber, tüm hastaların; anksiyete ve depresyonunun uygun bir ölçüm aracı ile değerlendirilmesini, sağlık davranış değişikliği için öz etkililik ve hastalık algılarını içeren diğer ilişkili psikolojik faktörlerin değerlendirilmesini ve uygun bir ölçüm aracı ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesini önermektedir. Klinik düzeyde anksiyete, depresyon veya kronik psikiyatrik bozukluğu olanların, uygun şekilde ruh sağlığı hizmetine ulaştırılması gerektiği belirtilmektedir.^[38] Hastalara daha erişilebilir ve kabul edilebilir psikolojik bakım sağlamak ve böylece ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmek amacıyla geliştirilen aşamalı bakım modelini kardiyak rehabilitasyona entegre eden Child ve ark.'nın yaptığı 2 yıl süren çalışmada 108 hasta değerlendirmeye alınmış ve çalışma sonucunda anksiyetenin %19, depresyonun %13 oranında azaldığı saptanmıştır.^[39] Çalışmada, aşamalı bakım modelinde sunulan müdahaleler şunları içermiştir:

- Psiko-eğitim seansları; kardiyak rehabilitasyon ortamındaki tüm hastalara yönelik, riskli davranış ve uyum konularının ele alındığı seanslardır.
- Kısa bireysel terapi; seanslar şeklinde (1-6 kez), ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastalara uygulanan, kardiyak odaklı bireysel terapidir.
- Bilişsel davranışçı yöntemlerin uygulandığı bireysel terapi; anksiyete, depresyon ve zor yaşam olaylarına uyuma yöneliktir, hastaların gereksinimlerine göre 4-26 seans uygulanır.
- Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastalara yönelik kısa bireysel terapi: 1 - 6 seanstan oluşan, kardiyak konulara, risk ve stres düzeyini azaltmaya odaklanan terapidir.
- Grup çalışmaları; 3-8 hastadan oluşan küçük gruptur ve 8 seans uygulanır.^[39]

Kognitif Davranışçı Terapi (KDT), depresyon için işlevsel olmayan düşünceleri tanımlamaya odaklanan, öz etkililiği geliştiren ve alternatif davranış becerilerini tanıtan kısa süreli, etkili bir psikososyal tedavi olarak kabul edilir.^[40] Bireysel veya grup davranışsal öz-yönetim tekniklerini içeren,

dokuz randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir sistematik değerlendirmede, angina semptomlarında, fiziksel kısıtlılıkta ve depresyon puanlarında iyileşme olduğu belirlenmiştir.^[41] Avustralya'da telefon ile verilen sosyal bilişsel temelli müdahaleleri içeren bir çalışma hastaların yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyleri, beden kitle indeksi, alkol tüketimi sonuçlarında iyileşme olduğunu göstermiştir.^[42] Yousefy ve ark.'nın koroner arter hastalarıyla yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada; sekiz seans, her biri iki saat uygulanan KDT programına katılan hastalarda anlamlı düzeyde anksiyetenin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.^[43] Çalışmada KDT programında hastalara uygulananlar şunlardır:

- Hastaların anksiyetenin belirtileri ve onun altında yatan nedenleri hakkında bilgilendirilmesi
- Hastalara KDT'nin arkasındaki mantıklı gerekçelerin açıklanması
- Hastaların olumsuz negatif düşüncelerin tanımlanmasına yardım edilmesi
- Negatif otomatik düşüncelerle mantığa uygun düşüncelerin yer değiştirilmesi
- Gevşeme tekniklerinin öğretilmesi
- Etkili iletişim tekniklerinin öğretilmesi
- Stresli durumlarla baş etmek için sistematik duyarsızlaştırma tekniklerinin öğretilmesi
- Aktiviteleri zamanlama ve atılganlık tekniklerinin öğretilmesi
- Düşünceler ve duygu durum arasındaki ilişkinin açıklanması
- Negatif düşüncelerin durdurulması^[43]

Sorun Çözme Terapisi (SÇT), 1970'lerden itibaren gerek psikiyatrik bozuklukların önlenmesinde, gerekse tedavi edici programlarda uygulanmıştır. Çalışmalar kişinin sahip olduğu sorun çözme becerisinin, olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında aracı bir role sahip olduğunu göstermiştir.^[44] Nezu ve ark.'nın yaptıkları çalışmanın sonucuna göre; stres düzeyi yüksek ve etkili sorun çözme becerisine sahip bireylerin, aynı stres düzeyine sahip ancak etkili olmayan sorun çözme becerisine sahip olanlara göre depresif belirtilerinin çok daha az olduğu saptanmıştır.^[45] 21 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasının sonucunda; SÇT'nin depresif belirtileri azaltmada, diğer psikoterapiler ve medikal tedaviler ile eşit düzeyde etkiye sahip olduğu, ayrıca tedavi almayan ve destekleyici görüşmeler alan kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha etkili olduğu bildirilmiştir.^[46] Gellis ve ark.'nın evde bakım kapsamında kardiyovasküler hastalığı ve eşik altı depresyonu olan bireylere SÇT uyguladıkları çalışma

sonucunda, depresif semptomların azaldığı, yaşam kalitesi alt gruplarından ruhsal sağlık ve duygusal rol işlevlerinin arttığı saptanmıştır.^[47] Evde bakım kapsamında diğer bir çalışmada kronik hastalığı (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetersizliği) ve depresyonu olan yaşlı hastalara evde bakım kapsamında entegre tele-sağlık müdahalesi uygulanmıştır. Tele-sağlık hemşiresi tarafından uygulanan müdahaleler; günlük olarak hastaların semptomlarının, vücut ağırlığının, ilaç kullanımının izlenmesini ve 8 seans SÇT'ni içermiştir. Sonuçta, hastaların depresyon puanlarının %50 azaldığı, sorun çözme becerileri ve tıbbi durumu yönetmede öz etkililik becerilerinin önemli oranda arttığı, ayrıca acile başvuruların azaldığı bulunmuştur.^[48]

Stres Yönetim Programları, geleneksel olarak gevşeme eğitime dayanır ve stres yönetiminin bir formu olarak görülen tam gevşeme eğitimi bireylerin stres ve gerilimle baş etmelerine yardım eder. Gevşeme terapisinin etkinliğini inceleyen sistematik derlemede 27 çalışma ele alınmıştır. Çalışmanın fizyolojik sonuçlarına göre bireylerde, istirahat halinde kalp hızında azalma, kalp hızı değişkenliğinde, egzersiz toleransında ve HDL kolesterol düzeyinde artma olduğu belirlenmiştir. Psikolojik sonuçlarına göre ise gevşeme terapisinin durumluk anksiyeteyi ve depresyonu azalttığı, sürekli anksiyetede etkili olmadığı saptanmıştır. Kardiyak etkileri incelendiğinde, angina pectoris, aritmi ve egzersiz kaynaklı iskemide azalma olduğu bulunmuştur. İşe dönüş oranlarında da artış olmuştur.^[49]

Stres yönetimini amaçlayan çeşitli programlar vardır. Bunlardan biri, pozitif duyguya yeniden odaklanma tekniği olan, günlük yaşamda stresli durumlarda, beş adımda uygulanan *Freeze-Frame stres yönetimi* programıdır. Uygunsuz veya yapıcı olmayan duygusal reaksiyonların oluşturduğu stresten korunmak ve büyük oranda azaltmak için bireylere anlık müdahaleyi sağlar. Değiştirme (kalbin alanına olan dikkati değiştirme), harekete geçirme (olumlu duyguları) ve algılama (bu durum için en iyi bakış açısı veya tutum nedir) olmak üzere üç ana bileşeni vardır.^[50] Freeze-Frame stres yönetimini, kalp yetersizliği olan yaşlı hastalara, 8 seans uygulayan Luskin ve ark., algılanan stres, duygusal sıkıntı, depresyon düzeyi ve 6 dakikalık yürüme testinde anlamlı iyileşme olduğunu, hastaların duygusal başa çıkma ve fonksiyonel kapasitelerinin arttığını belirlemişlerdir.^[51]

Farkındalık temelli gevşeme terapisi de stres yönetim programları içinde yer almaktadır. Farkındalık, dikkati yoğunlaştırmayı içeren bir yöntemdir. Özellikle yargılamadan, şimdiye odaklanmaktır. Bu,

bilinçli olarak dikkatin geliştirilmesidir. Farkındalık alıştırmaları, açıklık, kavrama, merak ve yargılamama eğilimlerini içerir. Farkındalıkta temel nokta, görülen ya da algılanan şeyleri değiştirmeye çalışmadan oldukları gibi kabul etmektir.^[52] Sullivan ve ark. kalp yetersizliği hastalarında farkındalık temelli psiko-eğitimsel girişimin; depresyon, yaşam kalitesi ve klinik sonuçları üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada, hastalara sekiz hafta ve 2-2,5 saat süren bir program uygulanmıştır. Girişimler; farkındalık temelli stres azaltma tekniklerini, baş etme becerileri eğitimini ve destekleyici grup tartışmalarını içermiştir. Araştırma sonuçlarına göre; girişim programının depresyon ve anksiyeteyi önemli oranda azalttığı, kontrol grubuna kıyasla kalp yetersizliği semptomları ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.^[53]

Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler ruhsal sağlığın korunmasının ve ele alınmasının, bütüncül yaklaşımın vazgeçilemez bir parçası olduğunu bilirler. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde, depresif ve diğer psikolojik sıkıntıları olan hastaların erken tespit edilmesinde ve etkin psikolojik yardım almalarında kardiyoloji ekibinin farkındalığı, duyarlılığı, rolü ve KLP ekibiyle işbirliği önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Wong ND. Epidemiological studies of coronary heart disease and the evolution of preventive cardiology. *Nat Rev Cardiol* 2014; 11:276-289. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2014.26>
2. Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. (Eds) *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*, WHO, 2011.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı. Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Ankara, 2010:1-240. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi-pdf%20> Erişim 25.06.2016
4. Shapiro PA. Heart disease. In: Levenson JL, editör. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing; 2005. p. 423-444.
5. Özkan S. *Psikiyatrik-Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche A.Ş.; 1993.
6. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med* 2010;42(7):487-94. <https://doi.org/10.3109/07853890.2010.515605>
7. Albus C, Jordan J, Lingen CH. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease-recommendations for clinical practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2004;11:75-79.
8. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*.1999;99(16):2192-2197.
9. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms and treatment. *Psychosom Med* 2004;66:305-315.
10. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glasman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U. S. adults. *Epidemiology*. 1993;4:285-294.
11. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, Salonen J. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*. 1996;58:113-121.
12. Stoll DP, Csaszar N, Szoke H, Bagdi P. The importance of psychological assessment and support in patients suffering from cardiovascular disease or undergoing cardiac treatment. *J Cardiovasc Dis Diagn* 2014;2(4):1-5.
13. Roohafza H, Talaei M, Sadeghi M, Mackie M, Sarafzadegan N. Association between acute and chronic life events on acute coronary syndrome: a case-control study. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(5):E1-7. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d81799>
14. Roohafza H, Sadeghi M, Zadeegan-Sarraf N, Baghaei A, Kelishadi R, et al. Relation between stress and other life style factors. *Stress & Health* 2007;23:23-29. <https://doi.org/10.1002/smi.1113>
15. 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;53:936-46. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044>
16. Izawa S, Eto Y, Yamada KC, Nakano M, Yamada H, Nagayama M, Kikuchi T, Nomura S. Cynical hostility, anger expression style, and acute myocardial infarction in middle-aged Japanese men. *Behav Med* 2011;37(3):81-6. <https://doi.org/10.1080/08964289.2011.585547>
17. Uysal H. Kalp Hastalarının Rehabilitasyonunda Psikososyal Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2016;8(3):257-70. <https://doi.org/10.5336/nurses.2015-47453>
18. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006;29(4):377-87. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
19. Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21:2-7.

20. Lesperance F, Frasura-Smith N, Koszycki D, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) Trial. *J Am Med Assoc* 2007;297:367-379.
21. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2009;12:90-98.
22. Thombs BD, Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasura-Smith N, Mitchell AJ, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 2008;300:2161-71. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.667>
23. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasura-Smith N, Kauffman PG, Lesperance F, et al. 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;118:1768-75. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>
24. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129:1350-1369. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
25. Sullivan MD, La Croix AZ, Spertus JA, Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2000;86(10):1135-8.
26. Edmondson D, Richardson S, Falzon L, Davidson KW, Mills MA, Neria Y. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PLoS One*. 2012;7(6):e38915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038915>
27. Semiz M, Erdem F, Erdem A, Tuman TC, Demir MO, Kayka N, Yıldırım O. Akut miyokard infarktüs geçiren hastalarda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri. *Abant Med J* 2015;4(1):47-53. <https://doi.org/10.5505/abantmedj.2015.78942>
28. Cserep Z, Losoncz E, Balog P, Szili-Török T, Husz A, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on longterm mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg* 2012;7:86;1-8. <https://doi.org/10.1186/1749-8090-7-86>
29. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Clinical update, depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal* 2013;25:1-11. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehd462>
30. Boztosun B, Olcay A, Değertekin M. Cinsel aktivite ve kardiyovasküler risk. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007; 7: 423-6
31. Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Gelişim* 2009;22(4):75-79.
32. Vicdan N, Canlı Z. Miyokard infarktüsü ve cinsel işlev bozukluğu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2011;2-2:2-6. <https://doi.org/10.5543/khd.2011.001>
33. Lofvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8(4):251-8.
34. Tan MP, Morgan K. Psychological interventions in cardiovascular disease: An update. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28(5):371-377. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000181>
35. Kocaman Yıldırım N. Organik hastalığı olan kişilerde bakımın sanatsal yönü. *Türkiye Klinikleri J PsychiatrNurs-Special Topics* 2015;1(1):48-53.
36. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J IntMedSci* 2006;2(47):97-107.
37. 36-Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, West R, Moxham T, Thompson DR, Taylor RS. Psychologicalinterventionsforcoronaryheartdisease. *Cochrane Database of SystematicReviews*2011, Issue 8. Art. No.: CD002902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002902.pub3>
38. The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012 (2nd Edition), p. 1-28. http://www.bacpr.com/resources/46c_bacpr_standards_and_core_components_2012.pdf Erişim:25.06.2016
39. 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;17:175-9.
40. Norra C, Skobel EC, Arndt M, Schauerte P. High impact of depression in heart failure: Early diagnosis and treatment options. *International Journal of Cardiology* 2008;125:220-231.
41. McGillion M, O'Keefe-McCarthy S, Carroll SL, et al. Impact of self-management interventions on stable angina symptoms and health-related quality of life: A meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* 2014; 14:14. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-14>
42. Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, et al. Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: Primary outcomes of a

- randomised controlled trial. *Int J Behav Med* 2013;20:413-424.
<https://doi.org/10.1007/s12529-012-9250-5>
43. Yousefy A, Khayyam-Nekouei Z, Sadeghi M, et al. The effect of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in heart disease patients. *ARYA Journal* 2006;2(2):84-88.
 44. Gellis ZD, Kenaley B. Problem-solving therapy for depression in adults: A systematic review. *Research on Social Work Practice* 2008;18: 117-131
 45. Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986;54(2):196-202.
 46. Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2009;29:348-353.
 47. Gellis ZD, Bruce ML. Problem-solving therapy for subthreshold depression in home healthcare patients with cardiovascular disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010;18(6):464-474.
 48. Gellis ZD, Kenaley BL, Have TT. Integrated Telehealth Care for Chronic Illness and Depression in Geriatric Home Care Patients: The Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2014;62(5):889-895.
<https://doi.org/10.1111/jgs.12776>
 49. Dixhoorna JV, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:193-202.
 50. McCraty R, Tomasino D. Emotional Stress, Positive Emotions, and Psychophysiological Coherence. *HeartMath Research Center Institute of HeartMath* 2006; p.1-32.
 51. Luskin F, Reitz M, Newell K, Quinn T, Haskell W. A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure. *Prev Cardiol* 2002;5(4):168-72.
 52. Allen NB, Chambers R, Knight W. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry* 2006 Apr;40(4):285-94.
 53. Sullivan MJ, Wood L, Terry J, Brantley J, Charles A, McGee V, et.al. The Support, education, and research in chronic failure study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *American Heart Journal* 2009;157(1): 84-90.