

Derleme

Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Psikososyal Yaklaşım

Psychosocial Approach to Acute Myocardial Infarction Patient

Nurcan Uzdil, Ozlem Ceyhan, Nuray Simsek

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri, Türkiye

Özet

Kardiyovasküler hastalıklar dünya çapında, ölüme neden olan başlıca hastalıklardan biridir ve bu hastalıkların önemli bir kısmını miyokard infarktüsü oluşturmaktadır. Miyokard infarktüsü tanısının konulması, birey ve ailesi için travmatik ve stres verici bir deneyimdir. Hayati tehlike oluşturan ve öngörülemez bir durum olan akut miyokard infarktüsü sonrası, hastalar fiziksel sıkıntıların yanı sıra, ciddi stres faktörlerine ve psikososyal güçlüklerle maruz kalmaktadır. Akut miyokard infarktüsü'nde psikososyal risk faktörleri, koroner kalp hastalıklarının önlenmesi ve bu hastalıklarla mücadele açısından büyük önem taşımaktadır. Kalp hastalıkları ve özellikle AMİ psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Kalp hastalıklarında depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon, cinsel işlev bozukluğu, kişilik değişiklikleri gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlüğü sık görülen ruhsal sorunlardandır. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal girişimler ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılması sonucu risk faktörlerinin azaltıldığı, yeni bir infarktüs ve ölüm oranlarında da azalma olduğu görülmektedir. Akut miyokard infarktüsünde psikososyal bakım müdahaleleri, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçası olarak hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcı niteliktedir. Bu bakım müdahaleleri; danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışlarının geliştirilmesini içermektedir. Bu yazıda, AMİ sonrası hastalığa psikososyal uyum süreci, psikososyal sorunlar ve psikososyal bakım müdahaleleri açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut Miyokard İnfarktüsü, Psikososyal Uyum, Psikososyal Sorunlar, Psikososyal Müdahaleler.

Abstract

Cardiovascular diseases are one of the major causes of death worldwide, and a significant proportion of these diseases are myocardial infarction. The introduction of myocardial infarction is a traumatic and stressful experience for the individual and family. After acute myocardial infarction, a life-threatening and unpredictable condition, patients are exposed to severe stress factors and psychosocial difficulties as well as physical stresses. Psychosocial risk factors in acute myocardial infarction are of great importance in the prevention and prevention of coronary heart disease. Heart diseases, especially acute myocardial infarction, are the most common psychiatric complications. Major psychiatric disorders such as depression, anxiety disorder, psychotic reaction, sexual dysfunction, personality changes, as well as denial, addiction and adjustment difficulties are common psychological problems in heart diseases. Psychosocial care interventions in acute myocardial infarction are complementary to the physical treatment of the disease as an integral and integral part of treatment. These maintenance interventions; counseling, education or coping with psychotherapeutic ways. In this article, psychosocial adjustment process, psychosocial problems and psychosocial care interventions are explained to the disease after AMI.

Key words: Acute Myocardial Infarction, Psychosocial Adjustment, Psychosocial Problems, Psychosocial Interventions.

Giriş

Akut miyokard infarktüsü, ölüme sonuçlanabilen bir hastalık olması, genellikle toplumun üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, akut dönem sonrası ritim problemleri, kalp yetersizliği gelişimi, yeniden Mİ geçirilmesi, iskemi, ventriküler fibrilasyon, post-infarktüs anjina gibi ciddi sorunlara yol açmasından dolayı önemli bir sağlık sorunudur. Sonuçta iş gücü kayıpları ile getirdiği ekonomik yük ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi nedeniyle dikkat çekici bir toplum sağlığı problemi (9, 10). Akut miyokard infarktüsü'nde risk faktörleri değiştirilemeyen, değiştirilebilir ve katkıda bulunan faktörler olarak üç grupta toplanmaktadır. Akut miyokard

infarktüsü'nün değiştirilebilir risk faktörleri içerisinde yer alan psikolojik faktörlerin daha farklı çalışmalarla ortaya koyulması, koroner kalp hastalıklarının önlenmesi ve bu hastalıklarla mücadele açısından büyük önem taşımaktadır.

Psikososyal risk faktörleri arasında en sık bildirilenler, 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) ve uyku bozukluğudur. Bu risk faktörleri çoğu durumda birbirlerinden bağımsız değildir. Örneğin düşük sosyoekonomik düzey ve/veya kronik stres riskini taşıyan kadın ve erkeğin, depresif olması ve bununla birlikte sosyal olarak etkileşiminin azalması beklenen bir durumdur (11-13).

Psikolojik faktörlerin etki mekanizması patofizyolojik ve davranışsal olmak üzere iki yolla açıklanmaktadır. Patofizyolojik olarak psikososyal risk faktörlerinin kalp hızında, kan basıncında, inflamasyon ve pıhtılaşma süreçlerinde artma gibi mekanizmalara yol açmasıyla açıklanmaktadır. Davranışsal olarak psikososyal risk faktörleri hastalarda sigara kullanımı, sağlıksız besin seçimi, fiziksel aktivitede azalma, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi koroner kalp hastalıklarını artırdığı bilinen yaşam biçimi ve riskli sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmektedir (14). Rosengren et al. yaptıkları çalışmada 52 ülkede miyokard infarktüsü riski taşıyan hastalarda psikososyal risk faktörlerini araştırmış ve çalışmanın sonucunda psikososyal stresörlerin varlığının artmış akut miyokard infarktüsü riski ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (15).

Kalp hastalıkları ve özellikle AMİ psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır (16). Kalp hastalıklarında depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon, cinsel işlev bozukluğu, kişilik değişiklikleri gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlükleri gibi sık görülen ruhsal sorunlarda gelişebilmektedir (10, 17). Miyokard infarktüsünde, hem akut dönem hem de iyileşme süreci boyunca hastaların büyük bir çoğunluğunda anksiyete ve depresyon görülebilmektedir. Aydemir ve ark. çalışmalarında kalp hastalığı olan hastaların %68,8' inde anksiyete; %81,3'ünde depresyon tespit etmişlerdir (18). Güneş ve ark. da çalışmalarında Mİ sonrası 2. haftada hastaların %50-82'sinde depresyon geliştiğini belirlemişlerdir (19). Bu psikiyatrik komorbiditeler, hastaların tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmekte ve somatik yakınmalarını daha da ağırlaştırabilmektedir. Bu nedenle bu tip kronik hastalığı olan hastalara, mevcut hastalığının tedavisinin yanında psikososyal desteğin de verilmesi önerilmektedir. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda hastalığın kontrolünün sağlanması önemlidir. Son yıllarda (özellikle son 25 yılda) giderek artan çalışmalarda

miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal girişimler ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılması sonucu risk faktörlerinin azaltıldığı, aterosklerozisin gerilediği, yeni bir infarktüs ve ölüm oranlarında da azalma olduğu görülmektedir (16).

Bu yazıda, AMİ sonrası hastalığa psikososyal uyum süreci, psikososyal sorunlar ve psikososyal bakım müdahaleleri açıklanacaktır.

Akut Miyokard İnfarktüsünde Psikososyal Uyum Süreci

Miyokard infarktüsü geçirmek, birey ve ailesi için travmatik ve stres verici bir deneyimdir. Bu durum kişinin psişik dengesini bozarak krize neden olabilmektedir. Kriz sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine uzanan bir süreçtir. Kişi bu dönemde gerçeği kabul edip etkili baş etme yöntemleri geliştirmekte zorlanabilir (20, 21). Miyokard infarktüsünde uyum süreci, zihin-beden arasındaki karşılıklı dengeyi gerektirir ve biyolojik, gelişimsel, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel olmak üzere birbiriyle ilişkili çok farklı bölümlerden etkilenir. Psikolojik düzeyde uyum süreci komplekstir, soyuttur ve yalnız davranışsal olarak gözlemlenebilir. Duygusal olarak savunma mekanizmalarının, önceki deneyimlerin, duygusal odaklı baş etme mekanizmalarının kullanımını içerir. Bu boyutta duygular, entelektüel gelişim, kişisel algılar, sorun çözme becerileri ve iletişim önemlidir. Sosyokültürel düzeyde uyum ise aile, arkadaş ve toplumla ilişkileri, içinde yaşanılan sosyal sistemin normlarını, geleneklerini, adetlerini, baskılarını, çevresel değişimleri ve hızla gelişen teknolojiyi içerir. Uyumu sağlamada sosyal destek sistemlerinin yeterliliği ve etkinliği önemlidir. Her bir uyum türünde değişikliklerle baş etme ve ortaya konulan davranışları anlamak için doğru bilgilere sahip olmak gerekir (22, 23).

Beklenen kayıp ve ölüme ilişkin tepkileri Kübler-Ross inkâr, öfke, pazarlık etme, depresif tepkiler ve kabul etme olarak beş aşamada değerlendirmiştir (24). Akut miyokard infarktüsü sonrası hastalarda Kübler Ross'un tanımladığı aşamalara benzer tepkiler görülebilmektedir. AMİ sonrası hastalarda ilk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, 2. günde inkar ve tedaviyi reddetme, 3. ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır. İnkâr aslında ölüm korkusu,

hastalığın anlam ve öneminin yarattığı kaygıya karşı belleğin geliştirdiği bir savunmadır. Ancak hastalığın inkarı, adaptasyonu ve tedaviyi zorlaştırmaktadır (16, 21, 25).

Kübler Ross'a göre ölümcül hastalığa yönelik tepkilerden biri de depresyondur. AMİ geçiren hastaların %57.1'inde sınırda ve %34'ünde ciddi düzeyde depresyon olduğu, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının ise anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (26). Kübler Ross'a göre ölümcül hastalığa yönelik tepkilerden bir diğeri öfkedir. Arslan ve ark. yaptıkları çalışmada MI hastalarının sağlıklı gönüllülere kıyasla öfkelerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, öfkelerini kolayca ifade edemedikleri ve öfkelerini kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını belirlemiştir (27). Mİ tanısı ile birlikte gelişen fiziksel sağlık sorunları ve duygusal uyum güçlükleri bireyde farklı psikososyal sorunların gelişmesine de zemin oluşturmaktadır (20, 21).

Akut Miyokard İnfarktüsünde Psikososyal Sorunlar

Hayati tehlike oluşturan ve öngörülemeyen bir durum olan akut miyokard infarktüsü sonrası, hastalar fiziksel sıkıntıların yanı sıra, ciddi stres faktörlerine ve psikososyal güçlüklerle maruz kalmaktadır (28-30). Miyokard infarktüsü geçiren bireyler; belirsizlik ve çaresizlik hissi, ölüm ya da sürekli güçsüz kalma korkusu, travma sonrası stres bozukluğu ve kontrol kaybı yaşayabilmektedirler (31-34). Hastalar 4-8 haftalık dönemde, eski yaşantılarına geri dönmede güçlük çekmekte, işini kaybetme, iş değiştirme ve boşanma gibi sosyal travmalarla karşılaşabilmektedir. Mİ sonrası yaşam hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, prognozundan emin olamama, beden imajına yönelik tehditler, umutsuzluk görülebilmektedir. Yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlenmekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşanabilmektedir (26, 34).

Bu aşamada hastalar en çok kısıtlanmaları ve neleri yapamayacaklarını düşünmektedirler. Benlik kavramında bozulma, bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine yol açabilmektedir (16). Miyokard infarktüsü olan bireylerin yaşam şekli değişikliği, bunu anlama ve sürdürmeyle ilgili de yoğun endişeler yaşadığı görülmektedir (35). AMİ sonrası hastaların yaşam şekilleri ve hayata yönelik eylemlerinde değişiklik yapmaları gerekecektir (36). Bu değişikliklere yönelik farkındalık gelişmesi ile daha fazla güçsüzlük ve kaygı

duyabilirler (37). Bununla birlikte gelişen psikolojik tepkiler, hastalık, hasta, aile ve tedavi ekibi için yeni güçlüklerle yol açabilir. Psikopatolojik tepkiler, hastanın fiziksel ve emosyonel destek kaynakları ile hastalığa ve tedaviye uyumu olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (16). Akut miyokard infarktüsü ile beraber hastaların etkilenen yaşam alanlarından biri de cinsel yaşamlarıdır. Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktiviteye geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve çekimserdirler. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulabilmektedir (38). Bispo et al. çalışmaları sonucunda koroner kalp hastalığına yakalanmış birçok hastanın, başka bir AMİ yaşama korkusu ya da ilacın yan etkileri nedeniyle cinsel işlev bozukluğu yaşadıklarını tespit etmiştir (39).

Erkek ve kadınlarda Mİ sonrası cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğu bir başka çalışmada da rapor edilmiştir (40). Yıldız ve Pınar çalışmalarında miyokard infarktüsü sonrasında kadınların %80'inde, erkeklerin %37'sinde cinsel disfonksiyon saptamıştır. Aynı zamanda hastaların %53.9'unda cinsel ilişki sıklığında, %32.4'ünde cinsel ilişki tatmininde azalma tespit edilmiştir. Cinsel ilişki sıklığında azalmanın en önemli nedeni %85.5 oranı ile reinfarktüs korkusu olmuştur (38).

Ortaya çıkan bu sorunlar, hastaların duygusal refahını bozmakla kalmaz, aynı zamanda kardiyovasküler sağlığı ve AMİ sonrası iyileşmeyi de olumsuz şekilde etkiler (34). Bu sorunlar karşısında hemşire hastanın uyumunu kolaylaştırmak için sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve hemşirelik girişimlerini bu bilgiler dahilinde planlamalıdır (41).

Akut miyokard infarktüsünde psikososyal bakım müdahaleleri, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçası olarak hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcı niteliktedir. Bu bakım müdahaleleri; danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışlarının geliştirilmesini içermektedir (16).

Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Ele Alınabilecek Psikososyal Sorunlara Yönelik Bakım Müdahaleleri

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda görülebilen psikososyal sorunlardan biri ümitsizlik ve güçsüzlüktür. Buna yönelik, hastanın ümitsizlik yaşamamasına neden olan

faktörler gerçeğe uygun olarak belirlenmelidir. Bununla birlikte hastanın ümitsizliği ve güçsüzlüğünde hastalığın rolü değerlendirilmeli, beslenme, uyku ve egzersiz durumu incelenmeli ve ümitsizlik yaşadığı alanı/alanları ifade etmesi sağlanmalıdır. Bakım sürekliliğini sağlamak için hasta ile iletişim kurulması, hastanın güçlerini ve yeterliliklerini tanımlaması için cesaretlendirilmesi, hastaya üstesinden gelebileceği düzeyde sorumluluklar verilmesi sağlanmalıdır. Hastanın içsel kaynaklarını (otonomi, bağımsızlık, bilişsel düşünme) tanımlaması, ümit kaynaklarını belirlemesi ve gerçekçi amaçlar geliştirmesine yardım edilmesi önemlidir. Hastanın güçsüzlük durumu ve buna bağlı gelişen duyguları veya (umutsuzluk, depresyon ve apati) güçsüzlüğü artıran faktörleri belirlenmelidir. Hastanın ailesi olumlu bir iletişim kurması (umut, sevgi ve ilgi gibi duygularını hastayla paylaşmaları) için cesaretlendirilmeli ve hastaya yaklaşımda fazla korumacı, zorlayıcı, baskın yaklaşımdan kaçınılmalıdır (23, 42-44).

Akut miyokard infarktüsü bireyler için büyük travma niteliği taşıyan bir durumdur. Buna bağlı olarak hastalarda travma sonrası stres belirtileri görülebilmektedir. Hastanın stresi ele alınırken, hastanın fiziksel, emosyonel (yorgunluk, ağrı, deri döküntüleri, sık sık soğuk algınlığı, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, öfke vb.) tepkileri, problemleri değerlendirilmeli, stresle baş etmede kullandığı yöntemleri belirlemesine ve stresle baş etmesine yardım edilmelidir. Yaşanan travmatik durumlar sonrasında hastalarda böyle duygular/belirtiler olabileceği konusunda bilgilendirilmeli, olayla ilgili yaşantısını, öfke, kızgınlık ve suçluluk gibi duygularını konuşarak ifade etmesi sağlanmalıdır.

Hastanın travmayla ilgili çabasına ve değerlilik duygusunun yerleşik hale gelmesine yardımcı olmak için bilişsel yapılandırmayı kullanması desteklenmelidir. Akut ve kronik hastalığa stres yanıtını azaltmak için sosyal destek sistemleri harekete geçirilmeli, gerekiyorsa hasta bireysel/grup veya eş/aile psikoterapisine yönlendirilmelidir (23, 42, 44, 45).

Bu hastalarda görülebilen sorunlardan bir diğeri hastalık ve ölümle ilgili anksiyetedir. Buna yönelik, hastanın ölümle ilgili korkuları belirlenmeli, sözel olmayan anksiyete ifadeleri, taşikardi gibi anksiyeteye ilişkin fiziksel reaksiyonları ve anksiyete düzeyleri (hafif, orta, şiddetli, panik) değerlendirilmelidir.

Ayrıca hastanın yaşama yönelik umutsuzluğu, çaresizlik ve anlamsızlık duygusu ve kendine yardım etme isteksizliği değerlendirilmeli, ölümle ilgili yaşam deneyimleri gözden geçirilmeli ve güçlü- zayıf yönlerinin neler olduğu not edilmelidir. Bu bilgiler doğrultusunda hasta kendine pozitif telkinde bulunmaya teşvik edilmeli, gerçekçi olmayan düşünce ya da korkuları mevcutsa, doğru bilgiler verilmeli ve anksiyetesini artıran gerçek nedenler hakkında konuşmaya teşvik edilmelidir. Ayrıca anksiyeteyi azaltacak bilişsel, davranışçı ve destekleyici (terapötik dokunma, masaj, ılık banyo, müzik dinleme, progresif relaksasyon) tedavi yaklaşımları planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hastanın durumsal tepkileri mantıklı ise, anksiyete semptomlarının normal olduğu, tüm insanların zaman zaman endişe ve kaygı yaşayabileceği paylaşılmalıdır (23, 42, 44, 46).

Miyokard infarktüsü sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktiviteye geri dönme konusunda da oldukça endişeli ve çekimserdirler.

Buna yönelik hastanın, hastalık ya da tedaviye bağlı ortaya çıkan sınırlılıklar ya da vücut fonksiyonundaki değişimin etkisine ilişkin bilgileri değerlendirilmelidir. Ayrıca cinsel kimliği hakkındaki yorum, endişe ve kullandığı kelimeler not edilmeli, cinselle ilgili korku ve sorunları, cinsel doyum için mastürbasyon kullanımı ve buna karşı suçlayıcı tutum olup olmadığı belirlenmelidir. Hasta partneri ile endişelerini paylaşması konusunda cesaretlendirilmeli ve normal yaşantısına dönmesi desteklenmelidir (23, 42, 44, 46).

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda tedavi sürecine bağlı olarak rollerini yerine getirme ve aile işlevlerinde de bir takım sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunlara yönelik öncelikle, ailenin özellikleri (sosyal ve kültürel özellikleri, değerleri, inançları, destek kaynakları, güçleri, ilişkileri vb.) tanımlanmalı, doğru iletişimlerle hasta ve ailede uygun olmayan baş etme davranışları ve ailenin uyumu değerlendirilmelidir.

Aile hastalık, tedavisi, fiziksel ve psikososyal sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, stres yönetimi ve baş etme becerilerini geliştirmeleri desteklenmelidir. Rollerdeki değişime yönelik olarak hastanın aile içindeki rolü belirlenmeli, hastanın rol değişiklikleri ile verdiği duygusal tepkiler karşılaştırılmalıdır. Değişen rolleri ile ilgili öfke, üzüntü, keder, depresyon gibi duygularını ifade etmesi ve değişen rolleri kabul

etmesi desteklenmeli, gerekirse uygun aile ve grup terapilerine katılım için cesaretlendirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (23, 42, 44, 46, 47).

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların beden algısı ve benlik saygılarında da bozulmalar görülebilmektedir. Bu sorunlara yönelik, hastalığın kişi üzerindeki mental, fiziksel veya duygusal durumuna etkisi değerlendirilmeli, hastanın kendisi hakkındaki olumlu ve olumsuz duygu ve düşünceleri, kayıp/başarısızlık gibi durumlara ilişkin algısı ve bu durumlara verdiği anlamlar tanımlanmalıdır. Hastalığın bireyin sosyal yaşamına etkisi ve inkar/geri çekilme tepkileri değerlendirilmelidir. Sonrasında hastanın tedavi, gelişmeler ve durumu konusunda soru sorması için cesaretlendirilmesi, aile bireylerinin kişiye, hasta gibi değil normal bir birey gibi davranmaları teşvik edilmelidir. Hasta anksiyete ve depresyon belirtilerine karşı gözlemlenmeli, mümkünse ailesi ve arkadaşları ile görüşülerek sosyal ortamlarda eşlik etmeleri sağlanmalıdır. İhtiyaç durumunda danışmanlık ya da diğer terapilere yönlendirilmelidir (23, 42, 44, 46, 48). Literatür incelendiğinde AMİ sonrası fizyolojik ve psikolojik sorunları azaltmak için; bilgi ve kişilerarası ilişkileri geliştirmek, öz yeterlilik ve baş etme mekanizmalarını güçlendirmenin önemi görülmüştür.

Hastaların yaşam kalitelerini artırmak için; tıbbi tedavi ile birlikte eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon programlarının yürütülmesinin, risk faktörlerini ve hastalık tekrarlanma oranlarını azalttığı, stresi azaltarak psikolojik iyiliği artırdığı ve hayatta kalma oranlarını yükselttiği kanıtlanmıştır (49, 50-52, 54).

Sonuç ve Öneriler

Akut miyokard infarktüsü riski taşıyan hastalarda psikososyal risk faktörlerinin etkisi önemlidir. Son yıllarda giderek artan çalışmalarda miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal bakım müdahaleleri ve ilaç tedavisinin birlikte kullanılmasının yeni infarktüs riskini ve ölüm oranlarını azalttığı görülmektedir. AMİ sonrası hastalar psikososyal uyum problemi yaşayabilmektedir. Bu evrede hastalara hemşirenin yapacağı psikososyal bakım müdahalelerinin; komplikasyonların önlenmesi, semptomların azaltılması, psikososyal iyilik durumlarının devamlılığı için büyük katkı sağlayacağı görülmektedir. AMİ'nin önlenmesinde, psikososyal problemleri olan hastaların erken tespit edilmesi ve etkin psikolojik yardım almalarının sağlanması

multidisipliner bir ekibin farkındalığı ve duyarlılığı ile sağlanabilecektir.

Akut miyokard infarktüsünün neden olduğu psikososyal sorunların bütüncül bir yaklaşım içinde planlanması amacıyla; hemşirenin hastaların psikososyal sorunlarını sistematik olarak değerlendirmesi, her hasta için hastalık sürecinde bireyselliği göz önünde bulundurması, psikososyal destek odaklı hemşirelik müdahalelerini bireysel veya grup programları şeklinde uygulaması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Wong ND. Epidemiological studies of coronary heart disease and the evolution of preventive cardiology. *Nat Rev Cardiol* 2014; 11: 276-89.
2. Mendis S, Puska P, Norrving B. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*, WHO, 2011.
3. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526/03.03.2017>.
4. Olgun S, Kaptan G, Büyükcünal S.K. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi* 2016; 1(1): 6-15.
5. American Heart Association. *Heart Disease and stroke statistics. 2004 Update*, Dallas Texas:AHA.
6. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(2): 105-11.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması. Ankara, 2013;1-353. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf/15.03.2017>
8. Institute TS. *Health Survey 2010*. Ankara: TSI, 2011.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını 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%20/25.03.2017>.
10. Vlugt MJ, Boersma H, Leenders CM, Pop GAM, Veerhoek MJ, Simoons ML, Deckers JW. Prospective study of early discharge after acute myocardial infarction (SHORT). *Eur Heart J* 2000; 21: 992-99.
11. Kocaman N, Öztürk S. Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 7(2): 60-8.

12. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med* 2010; 42(7): 487-94.
13. Gallagher J, Parenti G, Doyle F. Psychological aspects of cardiac care and rehabilitation: Time to wake up to sleep?. *Curr Cardiol Rep* 2015; 17(12): 111.
14. Oğuz S, Çamçı G. Koroner arter hastalığı ve iş yaşamı. *J Cardiovasc Nurs* 2016;7(12): 15-23.
15. Rosengren A, Hawken S, Őunpuu S, Sliwa K, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the interheart study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-62.
16. Nehir S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011; 1-193.
17. Küçük L. Kalp hastalarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007; 11(1): 48-51.
18. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Ölmez Gazioğlu E, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Med J* 2015; 5(4): 199-203.
19. Güneş N, Efe Sevim M, Özden SY. Akut miyokard enfarktüsü sonrası anksiyete ve depresyon sıklığı. *Türk Aile Hek Derg* 2002; 6(2): 69-72.
20. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. Yüksek Lisans Tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008; 1-79.
21. Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul: Roche Yayınları, 2003: 103-8.
22. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 2003; 1-159.
23. Birol L. Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 8. Baskı 2007, İzmir.
24. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. Çeviren: Büyükal B. Boyner Holding Yayınları 1997, İstanbul.
25. Nehir S, Çam MO. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010; 26(3): 73-84.
26. Canlı Özer S, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart infarktöslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. *Turk Kardiyol Dern Arş* 2009; 37(8): 557-62.
27. Arslan H, Arkar H, Danaoğlu Z. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kişilerde Mizaç ve Karakter Boyutları ve Öfke, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2011; 14: 143-9.
28. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. *Heart Lung* 2007; 36(6): 410-7.
29. Hoglund T, Winblad U, Arnetz B, Arnetz J. E. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personel. *Scand J Caring Sci* 2010; 24(3): 482-9.
30. Johansson I, Swahn E, Stromberg A. Manageability, vulnerability and interaction: a qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(3): 184-91.
31. Boscarino J. A, Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032: 141-53.
32. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(1): 10-7.
33. Akçay Fırat F, Dedeli Ö. Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 7(14): 153-161.
34. Xu X, Bao H, Strait K.M, Edmondson D.E, et al. Perceived Stress After Acute Myocardial Infarction: A Comparison Between Young and Middle-Aged Women Versus Men. *Psychosom Med* 2017; 79(1): 50-8.
35. Turan-Kavradım S, Canlı Özer Z. Miyokard infarktüsü sonrası roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 7(12): 24-39.
36. Brink E, Persson L.O, Karlson B. W. Coping with myocardial infarction: evaluation of a coping questionnaire. *Scand J Caring Sci* 2009; 23(4): 792- 800.
37. Salminen-Tuomaala M, Åstedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: A pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction- A grounded theory approach. *Nurs Res Pract* 2012; Article ID 674783, 9 pages. Doi:10.1155/2012/674783
38. Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktöslü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2004; 4: 209-17..
39. Bispo GS, de Lima Lopes J, de Barros AL. Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. *J Clin Nurs* 2013; 22 (23-24): 3522-31.
40. Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute. *Am J Cardiol* 2000; 85(11): 1283-7.
41. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıtaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1995, İstanbul: 1-65.

42. Erkal İlhan S, Ançel G, Hakverdioğlu Yönt G. Hemşirelik Tanıları Girişimleri Sonuçları. Alter yayıncılık, Ankara, 2017.
43. Akbayrak N, Erkal-İlhan S, Albayrak A. Ançel G. Hemşirelik Bakım Planları. Alter Yayıncılık, 2006.
44. Wilkinson JM, Ahern N.R. Prentice Hall Nursing Diagnosis Handbook, 9 th Edition, Palgrave Macmillan, New York, 2008.
45. Rock LF. Sedation and its Association With Posttraumatic Stress Disorder After Intensive Care, Critical Care Nurse 2014, 34(1): 30-9.
46. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care, 3 th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company 2014.
47. Ançel G. Hasta Ailesi ve Yakınlarına Psikolojik Destek. (Editör: Akbayrak N. Erkal-İlhan S. Albayrak A. Ançel G) Hemşirelik Bakım Planları. Alter Yayıncılık, 2007, 21-25.
48. Ackley B.J, Ladwing G.B. Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care, Mosby 2008.
49. Hedbäck B, Perk J, Wodlın P. Long-Term Reduction of Cardiac Mortality After Myocardial Infarction: 10-Year Results of A Comprehensive Rehabilitation Programme. Eur Heart J 1993; 14 (6): 831-5.
50. Uysal H. İlk Kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Bireysel Danışmanlığın Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi 2009, İstanbul; 1-182.
51. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. J Psychiatr Nurs 2012;3(3): 105-15.
52. Eshah N.F, Bond A.E, Froelicher E.S. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. Eur J Cardiovasc Nurs 2010; 9(4): 244-53.
53. Sevinç S, Argon G. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modelinin Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Uygulanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi 2012, İzmir.
54. Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, O'Halloran PD. Psychoeducational Rehabilitation For Health Behavior Change in Coronary Artery Disease: A Systematic Review of Controlled Trials. J Cardiopulm Rehabil Prev 2011; 31 (5): 273-81.

Sorumlu Yazar

Nurcan UZDİL

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Hemşirelik Bölümü, KAYSERİ, TÜRKİYE

E-mail: nuzdil@erciyes.edu.tr