

## Kalp Hastalarında Ruhsal Sorunlar ve Bakımın Psikososyal Boyutu

### Mental Problems in Cardiac Patients and Psychosocial Aspects of Care

Leyla KÜÇÜK

*Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):48-51*

Sağlıklı olma durumu bireylerin yaşamlarını mutlu ve verimli olarak sürdürebilmelerinde son derece önemlidir. Oysa hastalık ve hastaneye yatma, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, kaygı ve endişelerini artırıp, yaşam dengesini ve dolayısıyla üretkenliğini bozan bir deneyimdir. Böyle yabancı bir ortamda birey, yaşamı tehlikelerle doluyuşcasına korku ve güvensizlik duygusuna kapılabilir. Bu durum zamanla artan huzursuzluğa, anksiyeteye neden olarak bireyin yaşam dengesini bozar, benlik imgesini zedeleyebilir ve iyileşmeyi engelleyebilir. Kalp hastalıklarında depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlükleri sık görülen ruhsal sorunlardandır. Birey yaşamı için tehlike gibi algıladığı bu dönemde anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozukluklar sıklıkla görülür. Hastanın depresyon düzeyini azaltmak ve ortadan kaldırmak amacıyla uygulanacak hemşirelik girişimlerinin başarısının, hemşirenin hastasının içinde bulunduğu durumu, gün içindeki fiziksel ve emosyonel değişimleri gözleme, dinleme yeteneğine bağlı olduğu unutulmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kalp hastalığı; ruhsal hastalıklar; hemşirelik; psikososyal boyut.

Maintaining a healthy status is crucial for individuals in leading a happy and productive life. However, illness and hospitalization negatively affect life quality by increasing anxiety and worries, and deteriorate the productivity and equilibrium of life. In such an unfamiliar environment, a person might have fear and feel insecure as if his/her life is in danger. In time, this situation increases the feeling of uneasiness, causes anxiety, disrupts the equilibrium of life, injures one's self image and hinders healing. In addition to major psychiatric disorders such as depression, anxiety and psychotic reactions, denial, dependence, adjustment problems are common mental problems in heart diseases. During this period which the individual perceives as a threat to his life, psychological disorders like anxiety and depression are frequently encountered. It should be kept in mind that, the success of nursing care interventions aiming to decrease and eliminate the level of depression of the patient, depends on the nurse's ability to listen and observe the condition and daily physical and emotional changes of the patient.

**Key Words:** Heart diseases; mental disorders; nursing; psychosocial aspects.

Yoğun bakım üniteleri, hastane psikiyatrisi uygulamasında konsültasyonla sınırlı olmayan, liyezon bağlamında işbirliğinin en gerekli oldu-

ğu bölümlerdendir. Bu birimlerde anksiyete, uyum güçlüğü, panik hali, depresyon, inkar reaksiyonu, organik beyin sendromu (delirium),

kısa reaktif psikoz, travma sonrası stres bozukluğu gibi tablolar sık görülen ruhsal sorunlardandır.<sup>[1,2]</sup>

Anjina pektoristen koroner by-pass cerrahisine kadar uzanan yelpazede kardiyovasküler sistem hastalıklarının hemen hepsi depresyon, anksiyete bozuklukları, deliryum, kişilik değişiklikleri gibi çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilir.<sup>[1,3-5]</sup>

Kalp hastalıklarında en sık psikiyatrik konsültasyon istek nedenleri şunlardır:

- Koroner hastalığın ortaya çıkışı, seyir ve gidişini etkileyen psikşik sorunlar.

- Kardiyak hastalarda kaygı bozukluğu, depresyon tanısı ve tedavisi.

- İlaç yan etkileri.

- Kalp hastalığı olmadığı halde sürekli göğüs ağrısından yakınma ya da uygun tedaviye rağmen yakınmaların geçmemesi.

- Yaşam biçiminin değiştirilmesi. Bu çerçevede sigara, alkol kullanımının tedavisi, diyet ve kolesterol alımının denetimi.

- Fobik düzeyde aktiviteden (cinsel işlevler vs.) sakınma.<sup>[1,5,6]</sup>

Kalp hastalıkları genelinde kaydedilen en yaygın psikiyatrik bozukluklar ise şunlardır:

- Kaygı bozukluğu.

- Depresyon.

- Nöropsikolojik bozukluklar.

- Psikoseksüel bozukluklar.<sup>[1,6]</sup>

Koroner arter hastalığının semptomlarının ortaya çıkışı, kişide anksiyete yaratır. Anjina, aritmiler ve akut kalp yetersizliği, kalp krizi, sakatlık ve ani ölüme ilişkin kaygıya neden olur. Psikodinamik olarak bireyin kaygısı, çeşitli düzeylerde yok olma korkuları, edilgenlik, obje kaybı ve suçluluk duygusundan kaynaklanır. Anksiyete sıklıkla somatik olarak ve akut otonomik ve fizyolojik belirtilerle de (soğuk ter, bulantı, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs sıkışması vb.) uyarılır.<sup>[1,7,8]</sup>

Kalp hastalıkları ve özellikle akut miyokard infarktüsü psikiyatrik komplikasyonların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Miyokard infarktüsünde akut fazda ciddi emosyonel zorlan-

ma söz konusudur. Bunun temelinde ölüm korkusu vardır. Bir kişi kalbinden rahatsız olduğunu kavrayınca ölümü aklına gelir. Bu hastalarda kuşkusuz en büyük kaygı kaynağı ölüm korkusudur. İkinci en büyük kaygı kaynağı ise sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusudur. Kalp krizi bir kayıp tepkisine ve yeterlilik-değerlilik duygusunun zedelenmesine yol açar. Bir anlamda kalple birlikte benlik de (ego) infarktüs ve zedelenme yaşamaktadır. Kişinin kendine yeterliliği, işi tehlikeye girmiş, yaşam amaçları, cinselliği tehdit altına girmiş veya azalmış gibi hissedilmektedir.<sup>[1,2,7]</sup>

Bu aşamada hastalar çoğunlukla kısıtlamaları ve neleri yapamayacaklarını düşünürler. Benlik infarktüsü duygu ve algısı bir kayıp tepkisine ve böylece depresyon gelişimine yol açabilir. Bilgilendirme, krize erken müdahale ve psikolojik yönlendirme, psikopatolojinin gelişmemesi açısından çok önemlidir. En sık görülen ruhsal sorun kaygı bozukluğu olup, bunu depresyon izlemektedir. Tedavi, takip ve bakımda güçlüklerle neden olan davranış bozuklukları ikinci en sık kaydedilen psikiyatrik konsültasyon isteme nedenidir. Bunu hostilete, deliryum, fonksiyonel yakınmalar, aile ile görüşme isteği, uyku bozuklukları, ilaç önerisi izlemektedir. Tedaviyi reddetme, agresif davranışlar, inkar en sık görülen davranış sorunlarıdır. Bu hastalarda İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkar ve tedaviyi reddetme, üçüncü ve beşinci günden sonra ise depresif belirtiler görülmektedir. Bu durum inkar ve tedaviyi reddetme davranışının, kaygı ile baş etmede geliştirilen davranış kalıpları olduğunu, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığını ortaya koymaktadır.<sup>[3,5,8]</sup>

Kalp krizinin akut dönemi geçtikten sonra ve genel olarak kronik kalp hastalıklarında depresyon ön plana çıkar. Kişi yaşam amaçları, duygusal yatırım alanları, ilgi alanlarının, programladığı uğraş ve hedeflerin gerçekleşmeyeceği endişesini duyar. İşinde, ev ile ilişkisinde ve gerek aile içi gerek toplumsal rol ve işlevlerinde yeterli olmayacağı endişesini yaşar.<sup>[2,8,9]</sup>

Gerçek kayıplar ya da hasta tarafından algılanan kayıp endişeleri, kaybedilen işlevler ya da işlev kaybı endişesi, cinsel yetersizlik endişesi, iş, ev ve sosyal etkinliklerini yürütemeyeceği

kaygısı, kişide narsisistik zedelenmeye yol açar. Yaşam amaçlarının kaybı endişesi, obje kaybı gibi kayıp tepkileri yanında, geçmişe ilişkin suçluluk düşünceleri gelişebilir. Sigara kullanıyor olması, kilolu olduğu, yeterince spor yapmadığı gibi yetersizlik ya da suçluluk düşünceleri gelişebilir.<sup>[1]</sup>

Bazı hastalar kendilerinin hasta olmadığını ispat etme çabasına girerler. Sağlıkları için zararlı her türlü aktiviteyi ısrarla sürdürürler. Bir kısım hastalar ise tam tersine her şeyden vazgeçici bir tutum geliştirir. Yaşamaktan, mücadele etmekten tümünden vazgeçer. Sanki günlük yaşamın zorluk ve uğraşlarından, hayatın gerektirdiği yükümlülükten sakınmak için geçerli bir neden bulmuşlardır. Bir diğer savunma biçimi de, kardiyak nöroz veya hipokondri gelişimidir. Bu grup hastalar tüm dikkat, enerji ve duygularını kalp bölgesine odaklandırır. Normal sınırlar içindeki en ufak fizyolojik değişikliği veya diğer nedenlere bağlı olabilecek her türden bulguyu, kalp krizi şeklinde yorumlar ve doktor doktor dolaşırlar. Bu hastalıklarda istirahatle nefes darlığı, baygınlık, boğulma hissi ön plandadır. Bu kişilerin kaygısı psikiyatri ile işbirliği içinde izlenmelidir.<sup>[1,2,5,8]</sup>

Bu hastalardaki ileri kaygı, ölüm korkusu ve belirsizlik düşüncesi zaman geçtikçe, ölmediğini ve yaşadığını gördükçe göreceli olarak azalır ve kendini daha iyi hisseder. Bu süre hastaya göre birkaç saatten 1-2 güne kadar devam eder. Sağlık ekibinin hastalığı ve hastayı algılama biçimi, hastanın hastalığını ve kendini algılama biçimini etkiler.<sup>[1,5]</sup>

Ayrıca letarji, halsizlik, iştah azlığı, psikomotor retardasyon, kardiyak hastalığa (kalp yetersizliği) bağlı olabileceği gibi, depresyona ilişkin psikofizyolojik bulgular da olabilir. Ruhsal çökünlük, ilgi kaybı, zevk yetisinin azalması, suçluluk ve yetersizlik duyguları, intihar düşünceleri, düşünce akışında yavaşlama gibi duygulanıma ve düşünce akış ve içeriğine ilişkin belirti ve bulgular depresyon tanısında yardımcıdır.<sup>[1,9]</sup>

## BAKIMIN EMOSYONEL YÖNÜ

Kalp hastalıklarında ortaya çıkan depresyon, kaygı bozukluğu, psikotik reaksiyon gibi majör psikiyatrik bozuklukların yanında inkar, bağımlılık, uyum güçlükleri ve risk faktörü olan alışkanlıkların düzeltilmesi için de psikoterapi

gereklidir. Bu hastalarda psikoterapötik yaklaşımda her şeyden önce hastanın korku ve kaygılarını serbestçe ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastalığın, hasta için öznel anlamı ve hastalığın nasıl algılandığı anlaşılmalıdır. Hastalıkla ilgili gerçek ya da endişe edilen olasılıklarla ilgili kaygılarını ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastanın hastalığa tepkileri, yaşı, yaşam dönemi, kültürü, kişilik yapısı, hayattan beklentileri ve duygusal yatırım alanlarına göre değişir. Bazı hastalarda ölüm korkusu öncelikli iken, bazılarında özürülük endişesi, cinsel etkenlikte yetersizlik endişesi ön plandadır. Endişe kaynaklarına, hastalıkla ilgili kaygı odaklarına göre yaklaşımlar farklıdır. Genel olarak hastaların hastalıkları üzerinde yeterli denetim sağlayabildiklerini hissettikleri ölçüde kaygı azalır, uyum kolaylaşır. Bilgilendirme, güvence ve desteğe rağmen yakınmalar, korku ve kaygılar devam ediyorsa sistematik psikoterapi gereklidir.<sup>[1,2,7,10]</sup>

Yoğun bakım birimlerinde ortaya çıkan psikopatolojik sendromların tedavisinde psikofarmakolojik tedavinin yanında sıklıkla medikal psikoterapötik, davranışsal ve psikososyal girişimler gereklidir. Genel olarak izolasyona yol açmadan çevresel uyaran ve yüklenmeleri azaltmak, bilgi, gerçekçi güvence ve umut vermek, gerçeği değerlendirmesinde yardımcı olmak, geçici bağımlılık ve inkara izin vermek gibi psikoterapötik girişimlerin yanında, duyarısızlaştırma ve sıklıkla gevşeme tekniklerinden geniş ölçüde yararlanır.<sup>[1,2,5]</sup>

Kaygı, gerekli tedavinin yürütülmesine engel değilse bir süre müdahale edilmez. Hatta böyle ölümcül ya da katastrofik dönemlerde inkar davranışının kaygının artmasını engellediği ve morbiditeyi azalttığı belirtilmiştir. Ancak inkar çok ileri psikotik boyutta, süreklilik kazanmış ve tedaviyi aksatıyor ise ya da hasta inkar davranışı nedeniyle risk faktörlerini dikkate almıyorsa müdahale ve tedavi gerekir. İnkâr davranışının giderilmesinde esas olan didaktik emirler vermek değil, bu davranışın ve direncin psikolojik nedenlerini anlamak, hastanın düşünce ve duygularını açıklamasına izin vermek, ona zaman tanımak, hastalığına rağmen yapabileceklerini göstermektir. Hastayla kurulan terapötik iletişim kavrayıcı, empatik, destekleyici ve tıbbi etik ilkelere uygun olmalıdır. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı anlaşılmalı, ve hasta yargılanmamalıdır. Anksiyeteli, deprese korku-

ları olan ağrı yaşayan hasta için analjezikler sadece ağrıyı azaltabilir. İletişimde dinleme önemli bir noktadır. Yalnızca sözler değil, sözlerden daha fazla şey ifade eden davranışlar dinleme ve gözlem ile anlaşılabilir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerindeki hemşireler iyi birer gözlemci olmalı ve hastaların sözel ifadeleri kadar sözsüz ifadelerini de değerlendirmelidir. Hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişikliği ve psikolojik gereksinimlerini daha erken tanıyabilmektedirler. Bütüncül hasta bakımı verilmesi, tedavi ve bakımın niteliğini artıracaktır. Bu nedenle hastadaki ruhsal belirtiler ekiple paylaşılmalı ve konsültasyon liyezon psikiyatrisinden işbirliği ve destek istenmelidir.<sup>[1,2,10]</sup>

### KAYNAKLAR

1. Özkan S. Kalp hastalıklarının psikiyatrik yönü (Psikokardiyoloji). In: Özkan S, editör. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche İlaç Yayınları; 1998-1999. s. 61-70.
2. Küçük L. Miyokard infarktüsü geçiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin umut düzeylerine ve yoğun bakımda kalış sürelerine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
3. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation I: review of psychosocial factors. Gen Hosp Psychiatry 2002; 24:121-6.
4. Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, Mullan MG, McLaughlin TJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:275-84.
5. Özkan S. Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar In: Özkan S, editör. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları; 1993. p. 103-8.
6. Niaura R, Goldstein M. Koroner arter hastalığı, ani ölüm ve hipertansiyon. In: Stoudemire A, editör. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler, 1. Baskı. Ankara: Compos Metin Yayınları; 1997. s. 35-52.
7. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2003;42:1801-7.
8. Vieberg VR, Dougherty LM, Nicholson CS. Mental stress and the cardiovascular system Part IV. Chronic mental stress and cardiovascular disease: depression and anxiety. Medical Update For Psychiatrist 1998;3:1:22-7.
9. Grace SL, Krepostman S, Brooks D, Arthur H, Scholey P, Suskin N, et al. Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. J Psychosom Res 2005;59:153-60.
10. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum gücünü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.