

KALP YETERSİZLİĞİNDE PSİKOSOSYAL BOYUT.

Doç. Dr. Şeyda Dülgerler

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

"Zihnin acı veya zevk veren, ümit veya korku veren her duygulanımı kalbe uzanır"

Çok boyutlu bir hastalık olan KY psikososyal sorunların en fazla geliştiği hastalıklardandır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları bu sorunların en önemlileri arasında yer almaktadır. Bu nedenle hastalığın tıbbi ve bakım yönetimi sürecinde fiziksel ve ruhsal durum birlikte ele alınarak değerlendirilmeli ve KY'nin psikososyal boyutları iyi bilinmelidir.

Kalp hastalıklarının son aşaması olan KY'de; sosyal izolasyon varlığının ya da sosyal destek azlığının hastaneye tekrar yatış ve mortalite oranlarını arttırdığı gösterilmektedir. Kronik KY olan hastaların %49'unun hastaneye yatışının evvelinde şiddetli tartışma, aile üyelerinden ayrılma gibi duygusal olaylar yaşadıkları da belirtilmektedir. Psikososyal sorunlardan bir diğeri olan anksiyetenin ise; işlevselliği belirlemekle birlikte hastaneye yatışı ve mortaliteyi etkilemediği ifade edilmektedir. Kalp yetersizliğinde psikososyal konuların önemine günümüzde yeni yeni dikkat edilmeye başlanmıştır. Bu durumun olası nedenleri arasında; beyin-kalp etkileşiminin yeterince değerlendirilmemiş olması, klinik uygulamada nasıl değerlendirileceğinin bilinmemesi, tedavide yetersiz kalınması, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin bu konuya ilgi ve merak duymamaları yer almaktadır.

Depresyon ve anksiyete, KY oluşumunda bağımsız bir risk faktörü olduğu kadar hastalık oluştuktan sonra da tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen, tanı ve tedavi gerektiren ciddi ruhsal sorunlardır. Bu sorunlar, tanı konulduğunda kolay tedavi edilebilir ruhsal sorunlar olduğu halde, KY'nde genellikle fark edilemediğinden tedavisi yapılamamakta ve ciddi sonuçlara hatta ölümlere yol açabilmektedir. Kalp yetersizliği olan hastalarda depresyon ve anksiyetenin oluş nedenleri arasında; kullanılan ilaçlar, var olan tıbbi sorunlar nedeni ile sağlığı ve gücün kaybedilerek, başkalarına bağımlı hale gelineceği endişesi, ağrı, rol kaybı, beden imgesinde bozulma, hastalık nedeniyle ortaya çıkan ekonomik sorunlar, fiziksel hastalığın getirdiği engeller, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, ölüm korkusu, hastalığın anlam, önem ve sembolik öznel algısı, çeşitli gerçek ya da bireysel algılanmış tehlikeler yer almaktadır. Kalp yetersizliğinde depresyon ve anksiyete prevalansı genel popülasyondan çok daha yüksek olmaktadır. Hastalarda görülen bazı somatik bulguların depresyon ve anksiyete bulguları ile benzerlik göstermesi, bazen bu durumların saptanmasını ve tanı konulmasını güçleştirmektedir. Fark edilemeyen yoğun depresyon ve anksiyete bulgularının varlığı; hastanın tıbbi tedaviye ve egzersiz programlarına uyumunu azaltmakta, tedavilerin sürdürülmesini engellemekte, fiziksel fonksiyonları yerine getirmede kısıtlayıcı etki oluşturmakta, rehabilitasyon programlarına katılımı engellemekte, hastalığın seyrini, hastanede kalma süresini, yaşam kalitesini ve iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Depresyon ve anksiyete bulgularının yoğun olduğu hastalar muayene için diğerlerine göre iki kat daha fazla başvuruda bulunmakta, daha çok ilaç kullanmakta ve hastanede yatış süreleri de daha uzun olmaktadır.

Kalp yetersizliği olanlarda depresyon görülme sıklığı %15-36 arasında değişmekle birlikte; %77.5 gibi yüksek oranlar da bildirilmektedir. Öte yandan, yaşlılarda depresyon ya da depresif semptomların sıklığı taramalarda %14-60 iken; klinik görüşmelerde bu oran %14-39'lardadır. Bu nedenle tedaviye başlanmadan önce mutlaka klinik görüşme ile tanı doğrulanmalıdır. Kalp yetersizliği olan hastalardaki depresyonun etiyolojik faktörleri çok çeşitli olabilmektedir. Bunlar; genetik predispozisyon, sosyal ortam, bireyin mortaliteyle yüzleşmesi, yaşam tarzı değişiklikleri gibi psikososyal stresörler ve kardiyak hastalığa bağlı biyolojik humoral faktörlerdir. Depresyon, duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtilerle kendisini gösteren bir durumdur. En dikkat çekici belirtisi çökkün ruh hali ile ilgi ve zevk almada belirgin azalmadır. Depresyondaki hasta duygusal açıdan mutsuz, karamsar ve ümitsizdir. Eskiden en severek yaptığı işler bile artık zevk vermez hale gelmektedir. Hasta kendini hüzünlü ve yalnız hissetmekte, kendisine ve çevresine ilgisi azalmaktadır. Depresyona bağlı olarak ortaya çıkan öz bakımda azalma, kilo kaybı, iştahsızlık, uykusuzluk, güçsüzlük, konstipasyon, birey ve olaylara karşı ilgisizlik, kararsızlık, umutsuzluk gibi semptomlar KY olan hastalarda normal bulgular olarak değerlendirilebilmektedir. Hastanın ruhsal hastalık etiketinden çekinmesi, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin ise toplumda bir damga olarak algılanan psikososyal sorunların tanısını koymakta isteksiz olmaları depresyonun tanılanmasını güçleştirmekte ve fark edilmesini engelleyebilmektedir. Kalp yetersizliği olan hastalarda; uyumda bozulma, bireysel bakımda, hafıza ve konsantrasyonda azalma, tedaviye karşı ilgisizlik, güçsüzlük, yorgunluk, uyku sorunları, iştahsızlık, öfke, kızgınlık, umutsuzluk, değersizlik duygusu, hayal kırıklığı, baş ağrısı, gastrointestinal sistem şikayetleri ve ağrı, sesli ifade edilen hüzün, keder, keyifsizlik semptomlarının varlığı mutlaka değerlendirilmelidir. Majör depresyon tanısı için iki hafta boyunca; çökkün duygu durumu, etkinliklere ilginin ve zevk almanın azalması, belirgin kilo kaybı ya da alımı, iştahta azalma veya artma, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, yorgunluk ya da enerji kaybı, değersizlik, uygunsuz ya da aşırı suçluluk hissi, dikkati toplama, karar verme ve düşünme yetisinde azalma ve tekrarlayan ölüm, intihar düşünceleri ya da intihar girişimi gibi durumlardan beş ya da daha fazlasının olması gerekmektedir. Bu nedenle de iyi bir inceleme yapılmalıdır. Semptomlardan biri çökkün duygu durumu ya da ilgi, zevk kaybı olmalıdır. Sosyal, mesleki ve diğer yaşamsal alanlardaki işlevsellik de bozulmuş olmalıdır. Depresyon tanısı konduktan sonra mutlaka etkin tedavinin yapılması gerekmektedir. Günümüzde seçici serotonin geri alım inhibitörleri tedavide ilk sırada yer alan ilaçlardır. Yeni antidepressanlar gurubunda yer alan bu ilaçların kardiyak yan etkisi yok denecek kadar azdır. Bu ilaçlardan sitalopram ve sertralin en iyi seçenekler olarak görülmektedir. Paroksetin ve fluoksetin ise; ilaç etkileşimi açısından tercih edilmemektedir. Fakat yine de trisiklik antidepressanlara göre kardiyak açıdan daha güvenli oldukları bilinmektedir. Mevcut çalışmalar, depresyonu olan hastalarda seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin kardiyak prognozu iyileştirdiğini göstermektedir. Antidepressanlar dışında kognitif davranışsal terapinin de tedavide etkin olduğu bilinmektedir. Depresyon kronik ya da psikotik özellikli değilse, psikososyal koşullar uygunsa kognitif davranışsal

terapi tercih edilebilmektedir. Bazı hastalarda ise tedavi protokolüne uyum zor olacağı için bu seçenek uygun olmayabilmektedir. Psikoterapinin farmakoterapiye destek olarak kullanıldığı olgularda iyileşme oranı daha yüksektir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar da depresyonun kontrol altına alınmasında çok önemlidir. Aile üyelerine destek sağlama, bilgilendirme, egzersiz, stresle başa çıkma yöntemleri tedavinin önemli parçalarıdır. Psikoedukasyonel programların metaanalizinde, bu programların mortaliteyi %34, miyokard enfarktüsünün tekrarlama riskini %29 oranında azalttığı, egzersiz ve diyet alışkanlıklarına uyumu arttırdığı bildirilmektedir. Hasta ve ailesiyle etkin iletişim çok önemlidir. Hastalıkla ilgili gerçek bilginin ne kadarının öğrenilmek istendiği bireyden bireye göre değişse de, yaşamın sonunda bile hastalar sağlık profesyonellerinin kendilerini bırakmasını istememektedirler. Kültürel ve sosyal altyapıya uygun, hastanın gereksinim ve isteklerini karşılayacak bilginin verilmesi temel konudur. Her şeyden önemlisi, palyatif de olsa bir tedavi planı sunmaktır.

Kalp yetersizliğinde depresyondan sonra en çok oranda görülen psikososyal sorunlardan bir diğeri de anksiyetedir. Anksiyete, tehdit algılayan bireyde negatif bir afektif durum oluşması şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin belli durumlarda istediği sonuçlara ulaşamayacağını, sonuçları kontrol edemeyeceğini ya da öngöremeyeceğini hissetmesiyle karakterizedir. Kalp yetersizliğinde görülen halsizlik, apati ve anerinjinin depresyonda da görülmesi anksiyete tanısının konulmasını zorlaştırabilmektedir. Rutin değerlendirmede mutlaka depresyonu ayırt ettirecek sorular olmalıdır. Anksiyetenin bilişsel, nörobiyolojik ve davranışsal bileşenleri bulunmaktadır. Aslında, diğer duygular gibi ortamdaki değişikliklere davranışlarla cevap verilmesi, uyumu sağlamaktadır. Anksiyete artar ya da süregelenleşirse işlevsellik bozulabilmektedir. Anksiyete bozuklukları hastalarda durumsal anksiyete ve panik bozukluktan, yaygın anksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarına kadar geniş bir yelpazede görülebilmektedir. Sıklık olarak bakıldığında; %63'e kadar çıkabilen oranlar verilmektedir. Kanseri ve akciğer hastalarıyla karşılaştırıldığında KY olan hastaların anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Kaygı, bunaltı ya da sıkıntı olarak da adlandırılabilen anksiyete, herkes tarafından zaman zaman yaşanan korkuya benzer bir duygudur. Duygulanımda kaygı yönünde bir artış olmaktadır. Hasta bunu sanki kötü bir şey olacakmış gibi nedeni belirsiz bir endişe olarak algılamaktadır. Anksiyete; huzursuzluk, uyku bozukluğu, taşikardi, cinsel isteksizlik, palpasyon, yorgunluk, senkop, dispne, ağız kuruluğu, bulantı, diyare, kabızlık, sık idrar hissi, iştah bozukluğu, bilişsel işlevlerin bozulması, zihinsel karışıklık, fiziksel ve duygusal gerginlik gibi bulgularla seyretmektedir. Kalp yetersizliği olan hastalarda bu bulguların bazıları depresyonda olduğu gibi normal bulgular olarak değerlendirilebilmekte ve anksiyetenin fark edilmesini engelleyebilmektedir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda; depresyon ve anksiyetenin KY prognozu üzerine etkilerini azaltmak için iyi bir danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği söylenebilir. Hastaların duygu ve düşüncelerini açıklaması için uygun ortam hazırlanmalı, hasta ve ailesi duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirilmeli, özgüveni destekleyen yaklaşımlar kullanılmalı, korku ve kaygıların rahatça ifade edilmesini sağlanmalıdır. Ayrıca, hastaların hastalığa tepkileri, yaşı, kültürü, kişilik yapısı, yaşamdan beklentileri ve duygusal yatırım alanları değişkenlik gösterdiğinden bahsedilen girişimler bireysel olarak düzenlenmiş bir program çerçevesinde uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Barlow DH. (1988). Anxiety and its disorders. New York, Guilford Press.
2. Clarke SP, Frasura-Smith N, Lespérance F, et al. (2000). Psychosocial factors as predictors of functional status at 1 year in patients with left ventricular dysfunction. *Research Nursing Health*, 23(4):290-300.
3. Davidson PM. (2007). Difficult conversations and chronic heart failure: do we talk the talk or walk the walk? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1(4):274-78.
4. Davis RC, Hobbs FDR, Lip GYH. (2000). ABC of heart failure: history and epidemiology. *British Medical Journal*, 320:39-42.
5. De Jong MJ, Moser DK, An K, et al. (2004). Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3:247-53.
6. Dekker RL. (2008). Cognitive behavioral therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *Nursing Clinics of North America*, 43:155-70.
7. Delville CL, McDougall G. (2008). A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. *Issues Mental Health Nursing*, 29(9):1002-17.
8. Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S, et al. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18(5):506-19.
9. Faller H, Angermann CE. (2008). Depression in heart failure: complication, risk factor or autonomous disease. *Internist (Berl)*, 49(4): 394-404.
10. Guck TP, Elsasser GN, Kavan MG, et al. (2003). Depression and congestive heart failure. *Congestive Heart Failure*, 9(3):163-69.
11. Jacob S, Sebastian JC, Abraham G. (2003). Depression and congestive heart failure: are antidepressants underutilized?. *European Journal of Heart Failure*, 5:399-400.
12. Konstam V, Salem D, Pouleur H, et al. (1996). Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5,025 patients with congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 78:890-95.
13. Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, et al. (1998). Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2):47-58.
14. Moser DK. (2002). Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: why clinicians do not seem to care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1:183-88.
15. Murberg TA, Bru E, Aarsland T, et al. (1998). Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(3):273-91.
16. Murberg TA, Bru E, Svebak S, et al. (1999). Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3):311-26.

17. Norra C, Skobel EC, Arndt M, et al. (2008). High impact of depression in heart failure: Early diagnosis and treatment options. *International Journal of Cardiology*, 125:220-31.
18. Pelle AJ, Gidron YY, Szabó BM, et al. (2008). Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 14(4):341-50.
19. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. (1995). A multi-disciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 333:1190-95.
20. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, et al. (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. *American Journal of Critical Care*, 11:211-19.
21. Seligman L. (1998). *Selecting effective treatments: a comprehensive systematic guide to treating mental disorders*. San Francisco, Jossey-Bass.
22. Shapiro PA. (2009). Treatment of depression in patients with congestive heart failure. *Heart Failure Reviews*, 14:7-12.
23. Sullivan M, Simon G, Spertus J, et al. (2002). Depression-related costs in heart failure care. *Archives Internal Medicine*, 162:1860-66.
24. Tsay SL, Chao YF. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research*, 10:271-78.