

Mentalno zdravlje kroničnih srčanih bolesnika

Benčević, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:215652>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-26**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Marina Benčević

MENTALNO ZDRAVLJE KRONIČNIH SRČANIH BOLESNIKA

završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2014.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. NAJČEŠĆE BOLESTI SRCA	3
3. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA RAZVOJ SRČANIH BOLESTI I PREVENCIJA SRČANIH BOLESTI	4
3.1. Povišene masnoće u krvi	4
3.2. Pušenje	4
3.3. Šećerna bolest.....	5
3.4. Povišeni krvni tlak.....	5
3.5. Debljina	6
3.6. Stres i napetost	6
3.7. Nezdrava prehrana.....	6
3.8. Tjelesna neaktivnost	7
3.9. Prekomjerno pijenje alkohola	7
4. MENTALNO ZDRAVLJE KRONIČNIH SRČANIH BOLESNIKA.....	8
4.1. Anksioznost kod kroničnih srčanih bolesnika	9
4.2. Depresija kod kroničnih srčanih bolesnika.....	10
4.2.1. Tretman depresije kod kroničnih srčanih bolesnika.....	12
4.3. Bipolarni poremećaj i psihotični simptomi kod kroničnih srčanih bolesnika	14
4.4. Poricanje kao psihička reakcija na kroničnu bolest	15
5. KVALITETA ŽIVOTA KRONIČNIH SRČANIH BOLESNIKA.....	16
6. ZAKLJUČAK	19
7. PRILOZI.....	20
8. LITERATURA.....	21

SAŽETAK

Srčane bolesti, koje obuhvaćaju sve bolesti i poremećaje rada srca, često se promatraju u kontekstu nadređenog pojma – kardiovaskularnih bolesti (bolesti srca i krvnih žila). Kardiovaskularne bolesti, osobito one kroničnog tijeka, vodeći su uzrok smrtnosti i pobola u svijetu te predstavljaju značajan zdravstveni, ali i ekonomski teret. Među najčešćim srčanim bolestima na prvom mjestu ističe se infarkt miokarda, a slijede ga abnormalnosti i oštećenja srčanih zalistaka, angina pectoris, aritmija te prirodene srčane anomalije. Uz ovaj tip bolesti često se spominju rizični čimbenici (povišene masnoće u krvi, pušenje, šećerna bolest (lat. *Diabetes mellitus*), debljina, povišeni krvni tlak, stres i napetost, nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost te prekomjerno pijenje alkohola). Utvrđena je složena povezanost mentalnog zdravlja i kroničnih srčanih bolesti. Ovaj odnos je dvosmjernan, što znači da kronične srčane bolesti mogu dovesti do mentalnih smetnji, ali i mentalne smetnje mogu također prouzrokovati srčanu bolest. Od komorbiditetnih smetnji kod kroničnih srčanih bolesnika često se pojavljuju depresija i anksioznost, što može narušiti funkcioniranje i kvalitetu života. Oni su narušeni i uslijed dugoročnog poricanja i neprihvatanja vlastite bolesti. U tretmanu mogu pomoći lijekovi, razni oblici rehabilitacije i psihoterapija, a važno je razviti optimističan način razmišljanja, samoeфикаsnost te učinkovite strategije rješavanja problema. Značajnu ulogu ima i psihosocijalna okolina pojedinca – bliski i podržavajući odnosi doprinose zadovoljstvu životom i boljem podnošenju simptoma srčane bolesti.

Ključne riječi: kronične srčane bolesti, kardiovaskularne bolesti, mentalno zdravlje, anksioznost, depresija, kvaliteta života

1. UVOD

Zadatak ovog završnog rada jest pobliže opisati mentalno zdravlje kroničnih srčanih bolesnika, kao i razmotriti mentalne smetnje koje mogu pratiti kronične srčane bolesti. Polazno poglavlje u radu obuhvaća upoznavanje, tj. opis najčešćih srčanih bolesti koje prevladavaju u suvremenom svijetu. Uz srčane bolesti bitno je spomenuti i rizične čimbenike koji dovode do njihova razvoja pa je tako pružen prikaz najznačajnijih čimbenika koji utječu na razvoj srčanih bolesti. Nakon općenitih navoda o srčanim (kardiovaskularnim) bolestima, u daljnjim poglavljima objašnjena je povezanost mentalnog zdravlja i kroničnih srčanih bolesti, najčešće mentalne smetnje, odnosno mentalni poremećaji u komorbiditetu sa srčanim bolestima, njihov tretman te kvaliteta života kroničnih srčanih bolesnika. Jedno poglavlje osvrnulo se i na početni stadij suočavanja s kroničnom bolešću – poricanje, koje podrazumijeva psihološki mehanizam obrane od stresnih događaja. Na kraju slijedi zaključak na temelju iznesenoga te prilozi.

Srčane bolesti su složeni sustav bolesti koji obuhvaća sve bolesti i medicinske poremećaje rada srca. Obično se sagledavaju u širem kontekstu, promatrajući rad cijelog krvožilnog (kardiovaskularnog) sustava pa je tako uvrješeni naziv kardiovaskularne bolesti (bolesti srca i krvnih žila). Srčane bolesti, koje pripadaju kardiovaskularnim bolestima, ubrajaju se u nezarazne bolesti, tj. bolesti koje se klasificiraju kao neinfektivne i neprenosive među ljudima. Neke od srčanih bolesti su urođene (kongenitalne), dok su druge nastale kao posljedica životnog stila i razvijaju se naknadno kod ljudi. Uz novotvorenine ili tumore te bolesti dišnog sustava, srčane bolesti godišnje odnose najviše života (Žegura, 2010). Podaci Svjetske zdravstvene organizacije sistematično ukazuju na problem srčanih, odnosno kardiovaskularnih bolesti, rangirajući ga vodećim uzrokom pobola i smrtnosti u svijetu. Od ovih bolesti godišnje u svijetu umre oko 16, 6 milijuna ljudi, u Europi oko 5 milijuna. Kardiovaskularne bolesti predstavljaju vodeći uzrok smrtnosti i u Hrvatskoj, gdje se procjenjuje da je udio u ukupnom mortalitetu veći od 50 % (Hrabak - Žerjavić, Kralj, Silobrčić - Radić, 2003). Najčešće dijagnostičke skupine u sklopu kardiovaskularnih bolesti su ishemijske (koronarne) bolesti srca (uzrokovane smanjenim protokom krvi kroz srčane arterije) i cerebrovaskularne bolesti (Tablica 1.). Suvremeni svijet je zahvatila epidemija kardiovaskularnih bolesti. Europska studija na 30 zemalja pokazala je da su najniže stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti zabilježene u zemljama Zapadne Europe, posebice mediteranskim zemljama, a najviše u zemljama Srednje i Istočne Europe (Estonija, Latvija, Litva, Ukrajina). Standardizirana stopa smrtnosti od ishemijskih bolesti srca za muškarce u dobi od 45 do 74 godine bila je najniža za Francusku, Španjolsku i Portugal, dok je za žene bila najniža u Francuskoj, Španjolskoj i Islandu. Također,

standardizirane stope smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti bile su najniže za muškarce i žene iste navedene dobi u Francuskoj, Islandu i Švicarskoj, a najviše u Ruskoj Federaciji, Ukrajini i Bugarskoj (Hrabak – Žerjavić i sur., 2003). Kardiovaskularne bolesti znače i glavni uzrok izgubljenih godina života zbog prijevremenog umiranja, kako u tržišnim zemljama, tako i u bivšim socijalističkim zemljama, pri čemu sudjeluju brojni čimbenici rizika. Pokazano je i da se u Hrvatskoj kardiovaskularne bolesti ističu kao značajan javnozdravstveni problem pa je tako uzrok smrti svakog drugog stanovnika jedna od bolesti cirkulacijskog sustava. Danas se sve veća pažnja posvećuje mentalnom zdravlju s obzirom na pojavnost i težinu poremećaja mentalnog zdravlja. Budući da su tijelo i um nerazdruživa cjelina, u novije vrijeme pozornost se poklanja istraživanju povezanosti mentalnog zdravlja i srčanih (kardiovaskularnih) bolesti. Zdravlje je temeljno ljudsko pravo i univerzalna vrijednost, jedna od ključnih odrednica ljudskog življenja i razvoja društva. Sastavnice zdravlja, tjelesno, psihičko (mentalno) i društveno su čvrsta, nerazdvojiva cjelina. Mentalno zdravlje je Svjetska zdravstvena organizacija (eng. *World Health Organization*) definirala kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje dio je općeg zdravlja, a ne samo odsustvo bolesti. Kronične srčane bolesti predstavljaju značajno zdravstveno opterećenje, a u komorbiditetu s psihičkim problemima mogu dovesti do brojnih negativnih posljedica. Srčana bolest u komorbiditetu s nekim od mentalnih poremećaja u velikoj mjeri nepovoljno utječe na kvalitetu života bolesnika, a predstavlja i ljudski i ekonomski teret diljem svijeta. Istraživanja su pokazala kako kronične bolesti (uključujući i kronične srčane bolesti) štetno utječu ne samo na pacijenta, već i na njegovu užu i širu okolinu - obitelj, prijatelje, zajednicu i društvo u cjelini (Blumenfeld, Suojanen i Weiss, 2012). Mentalno zdravlje povezano je s dijagnosticiranom srčanom bolešću kroz razne mehanizme, od kojih se ističu bihevioralni, gdje kod (kroničnih) srčanih bolesnika postoji visoka prevalencija nezdravih načina ponašanja, te patofiziološki mehanizmi. Od mentalnih smetnji koje mogu eskalirati i do poremećaja u komorbiditetu s kroničnom srčanom bolešću najzastupljenije su depresija i anksioznost (McFarlane, Symes, Frazier, McGlory, Henderson – Everhardus, Watson i Liu, 2010).

2. NAJČEŠĆE BOLESTI SRCA

1. Infarkt miokarda spada u ishemijske bolesti srca, do kojih dolazi uslijed nedostatne prokrvljenosti tkiva. Nastaje kao posljedica začepljenja koronarne arterije krvnim ugruškom ili odlomljenim dijelom aterosklerotskog plaka kojim su obložene krvne žile pod utjecajem nezdravog načina života. Infarkt nastaje kao posljedica nedostatka tjelesne aktivnosti, prekomjerne tjelesne težine, nezdrave prehrane i dr.

2. Abnormalnosti i oštećenje srčanih zalistaka uzrokuju šumove na srcu. Postoji nekoliko vrsti šumova na srcu, a to su: šum aortalne stenoze, šum aortalne insuficijencije, šum mitralne insuficijencije i šum mitralne stenoze. Najveći broj oštećenja srčanih zalistaka uzrokuje reumatska vrućica, a uzrokuje ju streptokokni toksin. Postojanje preostalog dijela uglavnom je urođeno. Oštećeni zalisci liječe se kirurškom operacijom, a liječnik oboljelog savjetuje o režimu prehrane i načinu života nakon operacije.

3. Angina pectoris nastaje uslijed sužavanja ili začepljenja koronarnih arterija uzrokovano aterosklerozom, a može nastati i uslijed anemije zbog nedostatka kisika, zbog aortalne stenoze, arteritisa, poremećaja srčanog ritma i sl. Karakterizira je blago neugodni osjećaj unutar prsne kosti do oštre, jake, nepodnošljive boli. Pojavljuje se uglavnom prilikom većih napora. Učestalost varira, povećava se ili smanjuje.

4. Aritmija znači nenormalni srčani ritam. Obično uključuje nepravilnosti u frekvenciji rada srca i redosljedu što se može jasno vidjeti na EKG-u. Sve aritmije, a pogotovo one kronične, mogu biti opasne. Nepravilnim radom srca ono ne obavlja svoju funkciju zadovoljavajuće, što šteti organizmu. Osim toga, srce se opterećuje i samo sebe ugrožava te može doći do razvoja ozbiljnijeg oštećenja srčanog mišića. Kronična aritmija može oštetiti i oslabiti srčani mišić. Jedna od najčešćih aritmija jest poremećaj ritma pretkljetki (lat. *Fibrillatio atriorum*), koja može biti povremena ili trajna, ali je rijetko neposredni uzrok smrti. Osim njega, postoji još i poremećaj ritma kljetki (lat. *Fibrillatio ventriculorum*), koji je opasniji te neposredno prijeti smrtnom posljedicom.

5. Prirodene srčane anomalije najčešće se liječe kirurškim putem. Ukoliko su blaže, odnosno nalaze se na desnom dijelu srca gdje su tlakovi manji, moguće je živjeti s njima. Na njih se ne može utjecati pravilnom prehranom niti ih se može u potpunosti izliječiti lijekovima. Najčešće nastaju u prvom tromjesečju trudnoće, ukoliko majka ima neku infekciju koja na to utječe, a mogu nastati i kasnije.

3. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA RAZVOJ SRČANIH BOLESTI I PREVENCIJA SRČANIH BOLESTI

Danas je poznato da mnogi čimbenici utječu na to hoće li se razviti bolest srca i krvnih žila. Na neke faktore nije moguće utjecati (naslijeđe, spol), dok na druge jest, bilo odvikavanjem od štetnih navika, bilo liječenjem. Utvrđeno je da pojavi srčanih bolesti (poput ateroskleroze, odnosno nakupljanja masnoća na stijenkama krvnih žila i dr.) pogoduju, osim nepromjenjivih čimbenika poput naslijeđa i spola, i sljedeći (Shadmani i Karami, 2012):

1. Povišene masnoće u krvi
2. Pušenje
3. Šećerna bolest (lat. *Diabetes mellitus*)
4. Povišeni krvni tlak (lat. *Hypertensio arterialis*)
5. Debljina
6. Stres i napetost
7. Nezdrava prehrana
8. Tjelesna neaktivnost
9. Prekomjerno pijenje alkohola

Utjecaj pojedinog čimbenika varira, te se uzročnici zbog toga ne mogu generalizirati na cijelu populaciju, već je na snazi individualni pristup. Situaciju kod hrvatskog stanovništva u dobi od 18 do 65 godina 2001. godine prikazuje Tablica 2.

3.1. Povišene masnoće u krvi

U slučaju prekomjernih masnoća u krvi ili hiperlipoproteinemiji, radi se o povećanju ukupnog kolesterola, triglicerida i LDL kolesterola, smanjenju HDL kolesterola u krvi te neuravnoteženom odnosu „dobrog“ (HDL) i „lošeg“ (LDL) kolesterola. U organizmu postoji više tipova lipida, koji se dijele u dvije osnovne grupe: kolesterol (ukupni, LDL i HDL) i trigliceridi. Štetno djelovanje kolesterola, izraženo kod visokih vrijednosti, stvara plakove i povećava mogućnost nastajanja ateroskleroze.

3.2. Pušenje

Kao vrlo štetna navika, pušenje predstavlja rizični čimbenik za nastanak bolesti srca i krvnih žila te je izravno povezano s kardiovaskularnim bolestima. Sastojci duhanskog dima (preko 4000 različitih kemijskih sastojaka) mogu dovesti do oštećenja stijenki krvnih žila. Nikotin, kao najpoznatiji od njih, povišuje krvni tlak, ubrzava puls i uzrokuje sužavanje krvnih žila. Uz stvaranje ovisnosti, može uzrokovati i rak jednjaka, pluća, želuca i drugih organa. Utvrđeno je da

su pušači četiri puta izloženiji srčanom udaru od nepušača. Prestankom pušenja smanjuje se rizik od bolesti srca za 50 %.

3.3. Šećerna bolest

Šećerna bolest je jedan od važnijih čimbenika za razvoj ateroskleroze te koronarnih (ishemijskih) bolesti. Koronarna bolest je dva do tri puta češća kod oboljelih od dijabetesa tipa 2, koji imaju lošiju prognozu i izgleda za dva puta veću smrtnost. Dijabetesu su sklonije osobe s povećanom tjelesnom težinom, nepravilnom i neredovitom prehranom te nedovoljnom tjelesnom aktivnošću. Suvremeni sjedilački način života dovodi do toga da od dijabetesa oboljevaju sve mlađe osobe. Zbog toga je važno stvoriti naviku bavljenja nekim oblikom rekreacije. Šećerna bolest tipa 2 (dijabetes neovisan o inzulinu) pridonosi razvoju prerane ateroskleroze, tim više što se dugo godina često ne prepozna i ne liječi. Bolest oštećuje arterije svih organa, iako ne nužno istovremeno. Razvijena prerana ateroskleroza, ovisno o oštećenom organu, može dovesti do srčanog infarkta, moždanog udara, oštećenja mrežnice oka, zatajenja bubrega, dijabetičkog stopala s prijetnjom amputacije, poremećaja osjeta dodira i boli te znatnog skraćenja životnog vijeka oboljelih osoba. Procjenjuje se da dijabetes tipa 2 ima gotovo jedna četvrtina bolesnika koji su pretrpjeli infarkt.

Tipični simptomi dijabetesa, kao što su pojačana žeđ, iscrpljenost i često mokrenje, nisu uvijek prisutni kod bolesnika s dijabetesom tipa 2. Često su prisutni kod dijabetesa tipa 1 (dijabetes ovisan o inzulinu). Neophodno je na vrijeme prepoznati i liječiti bolest kako bi se uklonile ili odgodile štetne posljedice.

3.4. Povišeni krvni tlak

Povišen krvni tlak (hipertenzija) je rasprostranjena kronična bolest. U Republici Hrvatskoj ugrožava svakog petog građanina starijeg od 30 godina. U najvećem broju slučajeva povišenog krvnog tlaka nije poznat uzrok, radi se o primarnoj ili esencijalnoj hipertenziji. Hipertenzija može biti dugo prisutna bez simptoma pa se još naziva i „tihi“ ubojica. Ako se ne liječi učinkovito i na vrijeme, može uzrokovati ozbiljno oštećenje srca, krvnih žila, bubrega, mozga, očiju i drugih organa. Hipertenzija u malom broju slučajeva može biti posljedica neke druge bolesti (nadbubrežne žlijezde, bubrega, metaboličkih poremećaja i dr.). Takva vrsta hipertenzije se liječi otklanjanjem osnovne bolesti. Simptomi poput pritiska i bolova u glavi, krvarenja iz nosa, gubitka daha, očnih problema, crvenila lica, umora i lošeg spavanja mogu ukazivati na povišen krvni tlak (140/90 mmHg i više). Dugogodišnja odsutnost simptoma doprinosi uglavnom slučajnom otkrivanju ove bolesti i maloj motivaciji za liječenje. Također, mnogi ljudi uzimaju lijekove, ali ne uspijevaju postići ciljne vrijednosti (da krvni tlak mora biti niži od 140/90 mmHg kod osoba koje nemaju dijabetes i 130/80 mmHg kod dijabetičara).

3.5. Debljina

Debljina je jedan od najvažnijih rizičnih čimbenika, često povezan s povišenim lipidima, sklonošću dijabetesu, neadekvatnom fizičkom aktivnošću i povišenim krvnim tlakom. Postupno, planirano smanjenje tjelesne težine u mnogim stanjima bolesti čak je i važnije od lijekova za već razvijene bolesti. Jedan od pokazatelja debljine je i omjer struka. Kod žena on ne bi trebao prelaziti 80 cm, a kod muškaraca 94 cm.

3.6. Stres i napetost

Kardiovaskularnom zdravlju ne doprinose samo dijeta i tjelesna aktivnost. Postoji sve više dokaza da je vrlo važno i psihičko stanje. Proučavanje ljudi koji su doživjeli traumatske događaje, poput prirodnih katastrofa, dalo je veliki doprinos shvaćanju povezanosti emocija i kardiovaskularnog sustava. Kardiolozi dugo vremena nisu prihvaćali da srce kao izvor života može biti poremećeno lošom mentalnom slikom, no sve više dokaza sugerira kako kronična emocionalna stanja poput stresa, anksioznosti, depresije i neprijateljstva vrlo nepovoljno utječu na rad kardiovaskularnog sustava. Rizik koji nose psihološki i društveni čimbenici je isto tako velik kao i rizik čimbenika poput debljine, visokog krvnog tlaka i pušenja. Vođeni tom idejom, stručnjaci otvaraju sve više klinika koje proučavaju izvore kardiovaskularnih bolesti u ljudskom umu. Utvrđeno je i kako traume iz djetinjstva, kao što su fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje ili zloupotreba alkohola ili droge u obitelji, također mogu imati utjecaja na razvoj srčanih bolesti u kasnijem životu. Od suvremenih stresova, u velikoj mjeri prijete pretjerani rad (radoholizam), prijetnje otkazom, financijski problemi itd. Povećana svjesnost o dvosmjernom odnosu emocija i srčanih bolesti dovodi do sve razvijenijeg interdisciplinarnog pristupa pa tako u tretmanu, osim kardiologa, sudjeluju i nutricionist, psiholog, bolesnik i njegova obitelj.

3.7. Nezdrava prehrana

Kod pravilne prehrane treba imati tri osnovne stvari na umu: umjerenost, što podrazumijeva kontrolu unosa hrane koja nema odgovarajuću prehrambenu i energetska vrijednost, raznolikost, što znači svakodnevni unos što više različitih namirnica te ravnotežu, odnosno usklađenost unosa i potrošnje da se postigne i održi zadovoljavajuća tjelesna težina. Imajući na umu ova tri pravila, treba se odabrati hrana koja sadrži malo kalorija, a više hranjivih tvari, kao što su meso i riba. Pritom se treba smanjiti konzumacija proizvoda s visokim udjelom masti. Treba ograničiti unos kolesterola i masnih kiselina, on ne treba biti veći od 30 % cjelodnevnog unosa energije. Najveći izvor energije trebao bi biti iz namirnica poput kruha, riže, tjestenine, žitarica za doručak, povrća, grahorica. Sve su to namirnice bogate ugljikohidratima, ali i vitaminima, mineralnim tvarima i dijetalnim vlaknima. Dnevne obroke valja obogaćivati s voćem. Osim što sadrži prirodne šećere, voće sadrži i vitamine (osobito A i C) te dijetalna vlakna. Tijekom dana bi

trebalo piti 2 do 3 litre tekućine: vode, prirodne sokove od voća i povrća, nemasno mlijeko i juhe.

3.8. Tjelesna neaktivnost

Napredak tehnologije smanjuje potrebu za fizičkim radom u gotovo svim segmentima suvremenog društva, a prezauzetost potiskuje u drugi plan programiranu fizičku aktivnost. Nedvojbeno je potvrđeno da je za održavanje zdravlja i sprečavanje razvoja kroničnih bolesti potrebna redovita fizička aktivnost prilagođena dobi i zdravstvenim mogućnostima.

Značaj tjelesne aktivnosti je višestruk. Ona pridonosi višestrukom poboljšanju učinkovitosti kardiovaskularnog sustava, putem povećanog dopremanja kisika srčanom mišiću (miokardu) istodobno smanjuje potrebe miokarda za kisikom. Povećava i električnu stabilnost i funkcionalnu sposobnost miokarda, pozitivno utječe na metabolizam masti (povećava HDL kolesterol i smanjuje LDL kolesterol), snižava krvni tlak, smanjuje incidenciju dijabetesa neovisnog o inzulinu, povećava osjetljivost na inzulin, snižava agregaciju trombocita, povećava fibrinolizu, pridonosi smanjenju prekomjerne tjelesne težine uz uvjet provođenja pravilne prehrane, održava gustoću kostiju, poglavito u žena itd. Vježbanje potiče razvoj novih krvnih žila koje opskrbljuju mišićna vlakna, te "prebacuje" mišiće na aerobni metabolizam. Za razliku od anaerobnog metabolizma koji se za dobivanje energije koristi šećerom, aerobni metabolizam kao izvor energije ima mast. Kada god je to moguće, vožnju automobilom treba zamijeniti pješaćenjem, a vožnju dizalom penjanjem stubama. Korisno je pješaćenje 30 min, najmanje tri puta tjedno.

3.9. Prekomjerno pijenje alkohola

Usprkos uvriježenom vjerovanju kako crno vino povoljno djeluje na podizanje razine dobrog, HDL kolesterola, istraživanja su pokazala kako znatno učinkovitije i zdravije djeluje redovita tjelesna aktivnost. Pozitivan učinak alkohola znatno se povlači pred posljedicama koje može izazvati prekomjerno pijenje alkohola. Umjereno pijenje može pomoći srcu, no obilna konzumacija uzrokuje povišenje krvnog tlaka, a može doprinijeti i fibrilaciji atrija – jednom tipu nepravilnog rada srca koji može doprinijeti stvaranju ugruška. Dugotrajna konzumacija alkohola povezana je s kroničnim zatajenjem rada srca. Srcu slabi moć funkcioniranja kao „pumpe“, što rezultira smanjenim dovođenjem kisika do stanica i oštećenjem unutrašnjih organa. Velike količine alkoholnih pića uništavaju moždane stanice, povećavaju rizik od raka grkljana, jednjaka, jetre, pluća, debelog crijeva i dojke. Važna je primjerena hidracija, no i oprez prilikom količine unosa tekućine kod srčanih bolesnika.

Ključnu ulogu u zaštiti od srčanih, odnosno kardiovaskularnih bolesti ima primarna i sekundarna prevencija te promocija zdravog načina života, koji podrazumijeva sastavnice poput pravilne prehrane, nepušenja, redovite tjelesne aktivnosti, skrbi za osobe s povećanim rizikom

od obolijevanja, ranog otkrivanja, dijagnostičkih metoda i rehabilitacije. Djelovanjem na rizične čimbenike koji doprinose pojavi kardiovaskularnih bolesti te učinkovitim populacijskim pristupom moguće je smanjiti stopu obolijevanja i smrtnosti.

4. MENTALNO ZDRAVLJE KRONIČNIH SRČANIH BOLESNIKA

Postoji složena povezanost psihološkog stanja pojedinca i njegove bolesti. Nedvojbeno je utvrđeno da se rad čovjekovog mentalnog sustava čvrsto isprepliće s radom fizioloških sustava pa tako i s radom kardiovaskularnog sustava. Negativna emocionalna stanja, obilježena stresom i tenzijama, mogu se odraziti na funkcioniranje srca kao vitalnog organa, dovodeći do pojave bolesti. Pod jakim utjecajem stresa stanje se pogoršava kod bolesti kao što su povišeni krvni tlak, srčane aritmije te ishemijske bolesti srca. Um i raspoloženje mogu izravno utjecati na kardiovaskularni sustav tako da stvaraju stanje hitne pripravnosti na ugrožavajuće podražaje, povećavajući tako razinu hormona stresa, stezanje krvnih žila te ubrzanje srčanog ritma. Uslijed tih negativnih učinaka srce oboljelog postaje manje osjetljivo na signale koji mu poručuju da ubrza ili uspori (Harvard Health Publications, 2006).

Kod oboljelih od psihijatrijskih bolesti postoji visoka prevalencija nezdravih ponašanja i poznatih rizičnih čimbenika za kardiovaskularne bolesti, kao što su pušenje, pijenje alkohola, pretilost, sjedilački način života, visok krvni tlak, dijabetes te slabo sudjelovanje u liječenju. Pojedinci s mentalnim poremećajima općenito u maloj mjeri traže pomoć, a kada je i potraže, manja je vjerojatnost da će adekvatno sudjelovati u liječenju vlastitog stanja. Mentalni poremećaji su povezani i s promjenama u patofiziologiji koje mogu imati štetne učinke na kardiovaskularni sustav. Ove promjene uključuju povećanu reaktivnost trombocita, endotelnu disfunkciju, hiperkortizolemiju, disfunkciju autonomnog živčanog sustava, smanjenu promjenjivost otkucaja srca i abnormalnu aktivaciju imunološkog sustava (Roose i Spatz, 1999). Promatranjem osobina srčanih bolesnika i njihovog ponašanja izvedeni su zaključci kako postoje dvije grupe srčanih bolesnika: osobe s ponašanjem tipa A te osobe s ponašanjem tipa B (Bedi i Brown, 2005). Osobe tipa A su vrlo ambiciozne, sklone natjecanju i hiperaktivnosti i negativnim obrascima ponašanja poput ljutnje i hostilnosti, socijabilne su te u velikoj mjeri kontroliraju vlastite emocije. Vrlo su vezane za svoj posao, u stresnim situacijama ne iskazuju otvoreno emocije, već zadržavaju prividni optimizam i ravnodušnost. Takve osobe često konzumiraju alkohol, puše i nepravilno se hrane. Nastoje se ponašati u skladu s općeprihvaćenim vrijednostima suvremenog društva i teško pristaju na modifikaciju vlastitog ponašanja. Zbog takvog načina života i visoke izloženosti stresovima osobe tipa A više obolijevaju od srčanih,

odnosno kardiovaskularnih bolesti. Osobe tipa B imaju suprotne karakteristike – mirnije su i opuštenije. Bihevioralna kardiologija bavi se korištenjem tog znanja u profilaksi, terapiji i rehabilitaciji kardiovaskularnih bolesnika.

Kako je odnos mentalnog zdravlja i srčanih bolesti dvosmjernan, ne može se sa sigurnošću utvrditi kako teška psihološka stanja dovode do pojave srčane bolesti. Isto tako, ona mogu biti posljedica otprije dijagnosticirane srčane bolesti. Pacijenti oboljeli od nekog oblika srčanih bolesti imaju povećani rizik za razvijanje psihičkih problema, pa i mentalnih poremećaja. Simptomi mentalnog poremećaja smatraju se najsnažnijim prediktorima pogoršanja zdravstvenog stanja, rehospitalizacije, povećanog pobola, pa čak i smrtnosti kod oboljelih od neke kronične srčane bolesti (primjerice, kroničnog zatajenja srca). Kao najznačajniji problemi s kojima se bore srčani bolesnici ističu se anksioznost i depresija. Unatoč svjesnosti o postojanju komorbiditeta anksioznosti i depresije te srčane bolesti, ovi poremećaji se ne otkrivaju brzo kod srčanih bolesnika, koji su usput skloni i ignorirati simptome.

4.1. Anksioznost kod kroničnih srčanih bolesnika

Anksioznost predstavlja složeno stanje bojazni, napetosti i nesigurnosti. Za razliku od straha, gdje je objekt straha poznat i nestaje nakon što opasnost prođe, anksioznost je trajnije stanje gdje je objekt straha nepoznat, opasnost dolazi iznutra i prevladava strah od budućnosti (Begić, 2011). Anksioznost je danas čest mentalni problem. U anksiozne poremećaje ubrajaju se: napadi panike i panični poremećaj, fobije, opsesivno - kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i anksiozni poremećaj zbog općeg zdravstvenog stanja. Pokazalo se da anksioznost može srčanim bolesnicima udvostručiti rizik od smrti (dok depresija samo povećava taj omjer), i to tako da može povećati upalu i povišati krvni tlak. Prevalencija anksioznosti je visoka kod kroničnih bolesti (kronično zatajenje srca, kronična opstruktivna bolest pluća itd.) te iznosi od 6% do 74%. (Yohannes, Willgoss, Baldwin i Connolly, 2009). Sami mehanizmi koji vode do razvijanja anksioznosti kod kroničnih srčanih bolesti su slabo razumljivi. Predloženo je da različiti broj čimbenika djeluje na to hoće li se razviti anksioznost, odnosno depresija, a među njima su fizička nesposobnost, kronična hipoksija, niski indeks tjelesne mase, ozbiljna dispneja, niži socijalni status i slaba socijalna podrška (Maurer i sur., 2005; prema Yohannes i sur., 2009). Funkcionalni kapacitet kod kroničnih srčanih bolesti više je povezan s komorbiditetnim mentalnim poremećajima koji se javljaju uz srčanu bolest nego s tradicionalnim fiziološkim markerima poput funkcioniranja samog oštećenog organa. Kako je i očekivano, u usporedbi sa srčanim bolesnicima koji ne pokazuju simptome anksioznosti, oni koji pate od anksioznosti imaju

narušeno funkcioniranje i lošiji zdravstveni status. Anksioznost je kod kroničnih srčanih bolesnika povezana s osjećajem stalne zabrinutosti, mučninom, strahom od gubitka kontrole te fiziološkim simptomima poput tahikardije, znojenja i dispneje.

4.2. Depresija kod kroničnih srčanih bolesnika

Uz anksioznost, depresija je također jedan od čestih pratitelja kroničnih srčanih bolesti. Klinička slika depresije raznovrsna je i složena, obuhvaća mnoštvo simptoma i patnju bolesnika. Dominira tužno raspoloženje, plačljivost, klonulost, tjeskobnost, potištenost, gubitak interesa, snage i volje, gubitak mogućnosti uživanja u stvarima koje su prije veselile, osjećaj težine života, mišljenja i rješavanja i najmanjeg problema, pojačani umor, poremećaj pažnje i vitalnih funkcija te osjećaj gubitka vrijednosti, samopoštovanja i samopouzdanja (Begić, 2011). Osjećaj potištenosti je prisutan dulje vremena nego što je trajao ranije u životu, kada se radilo o prolaznom depresivnom stanju. Osim dubine depresivnosti i trajanja simptoma, depresija je također određena i bolesnikovom nemogućnošću da si sam pomogne. Prva asocijacija koja je uočena u proučavanju odnosa depresije i kardiovaskularnih bolesti jest da srčani bolesnici koji su uz to i depresivni imaju veću vjerojatnost da će doživjeti iznenadnu srčanu smrt. Srčana bolest je prisutna kod otprilike 40% svih smrti kod pacijenata oboljelih od depresije, a stopa od srčane smrti je kod depresivnih pacijenata bila osam puta veća nego odgovarajuća stopa u općoj populaciji. O povećanoj stopi smrtnosti kod srčanih i depresivnih bolesnika u odnosu na kontrolnu skupinu izvijestile su studije i u Sjedinjenim Američkim Državama i u Europi (Black, Warrack i Winokur, 1985; Weeke, 1979; prema Roose i Spatz, 1999). Pitanje je li depresija nezavisni rizični čimbenik za mortalitet od srčanih bolesti potaknuto je opservacijom da depresija povećava i vjerojatnost da pojedinac puši i neuspjeh u pokušaju prestanka pušenja. Također, pretpostavljeno je da je povezanost nađena između depresije i kardiovaskularnog mortaliteta primarno rezultat ponašanja (koje uključuje nezdrave navike, poput pušenja) koje je povezano s depresijom, ali ne odražava direktnu patofiziološku vezu između depresije i srčane bolesti. U pokušaju odgovora na ovo pitanje, reanalizirani su podaci kako bi se utvrdilo je li povećanje kardiovaskularnog mortaliteta značajno i nakon kontroliranja poznatih rizičnih čimbenika (pušenje, obiteljska anamneza, tjelesna težina itd.). Rezultati studija su pokazali kako je povećanje stope smrtnosti od simptomatskih i fatalnih ishemijskih bolesti ostalo značajno i nakon kontrole medicinski riskantnih čimbenika (Carney, Rich i Freedland i sur., 1988; Schleifer, Macari - Hinson, Coyle i sur., 1989; prema Roose i Spatz, 1998).

Kod kroničnih srčanih bolesnika postoji tri puta veća sklonost razvijanju depresivnih simptoma u odnosu na zdravu populaciju (Davidson, 2010). Utjecaj depresije na zdravstveno

stanje pacijenta može biti značajan te se očituje kroz smanjenu kvalitetu života, lošu brigu i suradnju u vezi vlastitog zdravlja, povećane troškove, pojačane simptome, povećani pobol i naposljetku, povećanu stopu smrtnosti. Kako je već ranije navedeno, razlozi za visoku učestalost depresije i snažnu povezanost depresivnih simptoma i kroničnih srčanih bolesti, poput kroničnog zatajenja srca, nisu do kraja poznati. Dijagnoza velikog depresivnog poremećaja povezana je s povećanom smrtnošću nakon tri mjeseca i nakon godine dana kod kongestivnog zatajenja srca, što je jedan oblik kronične srčane bolesti. Simptomi depresije su snažan prediktor kratkoročnog pogoršanja specifičnog za ovu kroničnu srčanu bolest te povećane smrtnosti kod takvih bolesnika čiji depresivni simptomi nisu liječeni. Depresija se kod kroničnih srčanih bolesti često očituje kroz sljedeće simptome: osjećaj bespomoćnosti i pesimizma, reducirano spavanje i san, smanjeni apetit, povećanu letargiju, teškoće s koncentracijom i socijalno povlačenje. Depresivni simptomi u kombinaciji s nekom kroničnom srčanom bolešću mogu narušiti opće kognitivno funkcioniranje osobe, a osobito se negativno mogu odraziti na pamćenje i na pažnju. Srčani bolesnici čiji depresivni simptomi nisu liječeni često se susreću s pogoršanjima u izvođenju fizičkih aktivnosti, izvršavanju različitih uloga zbog fizičkih i emocionalnih problema, socijalnom funkcioniranju te percepciji općeg zdravlja i vitalnosti. Istraživanja su pokazala da se većina srčanih bolesnika ne liječi od depresije, moguće i zbog poistovjećivanja depresivnih simptoma sa znakovima dijagnosticirane bolesti. Osim u studijama čiji su sudionici bili pacijenti s dijagnozom kroničnog zatajenja srca, prisutnost depresije je potvrđena i u slučaju oboljelih od koronarne (ishemijske) srčane bolesti. Koronarna srčana bolest ima u slučaju pacijenata podvrgnutih primarnoj njezi prevalenciju od 8 % za muškarce i 5 % za žene u dobi od 44 godine (Walters, Barley, Mann, Phillips i Tylee, 2014). U dijagnozi depresije kod koronarne srčane bolesti često se koriste materijali poput CIS – R (eng. *Clinical Interview Schedule – Revised*) te GP (eng. *General Practices*), koji su vezani uz primarnu njegu pacijenata. CIS – R kriteriji za dijagnozu depresije su problemi poput usamljeničkog života, doživljaja boli u prsima, osjećaja boli i neudobnosti te teškoća u izvođenju uobičajenih dnevnih zadataka. U GP kriterije ubrajaju se problemi vezani za bliske odnose, mlađa dob, ženski spol, onеспособljenost zbog boli i neudobnosti te dijagnoza šećerne bolesti (dijabetesa). Utvrđeno je kako postoji i povezanost depresije i srčanog udara (infarkta miokarda). Uz to, depresivni pacijenti imaju višu stopu od očekivane kod iznenadne srčane smrti. Također, oni razvijaju i fatalnu i simptomatičnu ishemijsku bolest srca nego nedepresivni srčani bolesnici. U post-infarktnom periodu depresivni pacijenti imaju povećan rizik od smrti, a moguće fiziološko objašnjenje povećane stope smrtnosti kod depresivnih pacijenata uključuje abnormalnosti u ravnoteži simpatičkog i parasimpatičkog sustava (Roose i Spatz, 1998). Neuravnoteženost u radu simpatičkog i parasimpatičkog sustava

pokazala se simptomatskom za razvoj jednog od poremećaja rada srca – ventrikularne fibrilacije. Povećani neuralni input simpatičkog sustava može smanjiti prag za pojavu ventrikularne fibrilacije, dok povećani tonus parasimpatičkog sustava, koji se općenito prenosi kroz vagusnu aktivnost, povećava prag i prema tome, smanjuje rizik od opasne ventrikularne fibrilacije.

Kod depresivnih pacijenata raste rizik od srčanog udara. Ljudi koji su depresivni imaju veću vjerojatnost razvijanja srčane bolesti nego oni koji nisu. Također, ova činjenica vrijedi i u obrnutom smjeru – oboljeli od srčanih bolesti imaju veću vjerojatnost pojave depresije. Čini se da jednak odnos postoji i kod povezanosti depresije i srčanog udara, što nije iznenađenje, s obzirom na uvjete koji mogu dovesti do kardiovaskularne bolesti, poput začepljenih arterija i upala. Ipak, istraživači još spekuliraju kako depresija doprinosi pojavi ovih opasnih kardiovaskularnih bolesti, kao i o biološkim poremećajima koji dovode do njih. U istraživanju povezanosti depresije i srčanog udara, odnosno vjerojatnosti srčanog udara nakon dijagnoze depresije, obično se analiziraju slučajevi u kojima su ljudi doživjeli prvi srčani udar nakon dijagnoze depresije. Nakon izdvajanja ostalih rizičnih čimbenika koji povećavaju vjerojatnost srčanog udara (dob, pušenje, visoki krvni tlak, dijabetes), utvrđeno je kako pacijenti s poviješću depresije imaju 34 % veću vjerojatnost doživljavanja srčanog udara nego njihov nedeprisivni vršnjaci (Davidson, 2010).

Kliničari su se dugo vremena borili kako bi pronašli učinkovit način liječenja srčanih bolesnika. Dokazi iz različitih tipova studija ukazuju kako je komorbiditet depresije i ishemijskih srčanih bolesti prije neizbježna, nego slučajna pojava. Kod pacijenata s ishemijskom srčanom bolešću postoji veća učestalost javljanja depresivnih simptoma nego što je uobičajena stopa depresije. Također, depresivni pacijenti imaju šest puta veću vjerojatnost smrtnosti uslijed srčane bolesti nego nedeprisivni pacijenti s istom dijagnozom.

4.2.1. Tretman depresije kod kroničnih srčanih bolesnika

S obzirom na štetne učinke depresije na prognozu srčane bolesti te nalaza iz studija koje sugeriraju da tretman depresije može smanjiti mortalitet od srčane bolesti, vrlo je važno naći učinkovit i siguran tretman depresije kod srčanih bolesnika. Jedan od načina liječenja je i farmakoterapija. Najviše proučavani antidepresivi s obzirom na njihove kardiovaskularne efekte jesu triciklički antidepresivi. Sistematično istraživanje koncentracije tricikličkih antidepresiva koja ima terapijski učinak uzima u obzir različite kardiovaskularne efekte: porast broja otkucaja srca, izazivanje ortostatske hipotenzije, sporo intraventrikularno provođenje te tip 1 A antiaritmijske aktivnosti. Donedavno, robusna efikasnost tricikličkih antidepresiva u tretmanu

depresije u kombinaciji sa znanjem o štetnim kardiovaskularnim učincima tricikličkih antidepresiva te prijedlog da tretman depresije može smanjiti s njom povezanu veću stopu kardiovaskularne smrtnosti, doveli su do zaključka da u većini okolnosti postoji pogodan omjer koristi i rizika od tretmana tricikličkim antidepresivima. Ipak, neki klinički podaci o sigurnosti antiaritmjskih droga pokazali su da se ovaj zaključak još mora razmotriti. Prva od studija antiaritmjskih droga enkainida (eng. *encainide*) i flekainida (eng. *flecainide*) pokazala je značajnu povezanost korištenja ovih droga i smrti u odnosu na kontrolnu skupinu koja je primila placebo (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators, 1989; prema Roose i Spatz, 1999). Budući da i enkainid i flekainid pripadaju tipu 1 C antiaritmjskih droga, postojala je nada da se nalaz povećane smrtnosti možda neće moći primijeniti u slučaju treće droge, moricizina (eng. *moricizine*), droge s tipom 1A antiaritmjske akcije. Ipak, kao i kod studije s enkainidom i flekainidom, utvrđeno je kako je moricizin također bio odgovoran za povećanu smrtnost. Postoji interakcija između djelovanja antiaritmjskih droga i ishemijske miokardije, vidljiva u tome da kada se dogodi ishemijski događaj, prisutnost antiaritmjske droge povećava vjerojatnost ventrikularne fibrilacije. Prema tome, triciklički antidepresivi, koji imaju tip 1A antiaritmjske akcije slične moricizinu, nose određeni rizik od povećane smrtnosti kod depresivnih pacijenata koji usput boluju od ishemijske srčane bolesti. S obzirom da je utvrđeno da nije preporučljivo tretirati depresiju tricikličkim antidepresivima kod ishemijske srčane bolesti, pokušalo se s korištenjem drugog tipa antidepresiva. Amfebutamon (bupropion) je bio prvi ne-triciklički antidepresiv čija se primjena sistematično proučavala kod depresivnih srčanih bolesnika. Iz toga je zaključeno da tretman depresije amfebutamonom kod kongestivnog zatajenja srca te ventrikularnih aritmija nije utjecao na stopu otkucaja srca, uzrokovao je povišenje sistoličkog krvnog tlaka, nije štetno utjecao na funkciju ventrikula, uzrokovao je sistematsku ortostatsku hipotenziju kod malog broja bolesnika te nije značajno produžio provodljivost ili izazvao stupanj atrio – ventrikularnog bloka. Pitanje koje se postavljalo jest i nose li selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (eng. *selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI) manje rizika za depresivne pacijente oboljele od ishemijske srčane bolesti. Pokazalo se da korištenje SSRI, poput fluoksetina (eng. *fluoxetine*) i paroksetina (eng. *paroxetine*) ima manje štetnih kardiovaskularnih učinaka od tricikličkih antidepresiva. Obje droge su se pokazale učinkovitima u tretmanu depresije kod ishemijske srčane bolesti te sigurnijim načinom liječenja depresije nego pomoću tricikličkih antidepresiva. Ipak, kod nekih tipova depresije, kao što je melankolija, triciklički antidepresivi su se pokazali učinkovitijima od SSRI. Bez obzira na tip lijekova, kod ovakvog načina liječenja je potrebno biti oprezan te uzeti u obzir moguće štetne posljedice (Roose i Spatz, 1999).

Brže liječenje depresije može dovesti do poboljšane samostalne skrbi, boljeg prihvaćanja režima liječenja te poboljšane kvalitete života, uz smanjenje stope obolijevanja (morbiditeta) i smrtnosti (mortaliteta). Psihosocijalno liječenje također može smanjiti negativne posljedice depresije kod kroničnih srčanih bolesnika. Otkrivanje i liječenje depresije bi trebalo biti dijelom cjelovitog pristupa bolesnicima s kroničnim srčanim bolestima, a u njega bi uz kardiologa trebao biti uključen i liječnik obiteljske medicine te psiholog/psihijatar. Kvalitetna kardiološka skrb bi trebala uključivati i procjenu psihosocijalnog stanja, razvijanje odnosa liječnika s bolesnikom i obitelji i socijalnu povezanost te ako je primjereno antidepresive, koji bi se trebali propisivati u terapijskim dozama dok se ne postigne održana remisija (Musliu, Ibishi i Hundozi, 2013).

Sažeto, negativni utjecaji depresije na rad srca mogu se umanjiti adekvatnom praktičnom primjenom različitih koraka (Williams, 2011). Prvo, pacijenti ne trebaju biti iznenađeni ako osjete depresivne simptome, osobito nakon stresnog događaja poput srčanog udara – to je sasvim uobičajeno. Nadalje, ako simptomi potraju, potrebno je kontaktirati stručnu pomoć, budući da je depresija problem koji je moguće tretirati. Tretman može smanjiti osobnu patnju i povećati bolesnikovu kvalitetu života. Također je poželjno aktivno sudjelovanje u procesu liječenja, u vidu redovitog uzimanja propisanih lijekova te pohađanja nekog oblika programa kardio – rehabilitacije. Naposljetku, ne treba zanemariti ni socijalnu podršku članova obitelji, prijatelja i ostalih osoba od povjerenja.

4.3. Bipolarni poremećaj i psihotični simptomi kod kroničnih srčanih bolesnika

Osim anksioznosti i depresije, kod kroničnih srčanih bolesnika postoji i veća vjerojatnost razvoja shizofrenije i bipolarnog poremećaja. Kardiovaskularne bolesti predstavljaju vodeći uzrok smrti kod bolesnika s psihotičnim bolestima ili bipolarnim poremećajem, što je često rezultat pacijentovih zdravstvenih problema povezanih s njegovim psihijatrijskim poremećajima, uključujući, ali ne ograničeno, pretilost, metabolički sindrom i dijabetes. Litij, zlatni standard kod akutnog i održavanog tretmana bipolarnog poremećaja, povezan je s dobivanjem na težini, što može utjecati na srčano zdravlje. Također može utjecati na srčano provođenje, često uzrokujući zaravnjenje i inverziju T-vala i rjeđe, sinus – nodalnu disfunkciju, blok atrio – ventrikularnog čvora te ventrikularnu aritmiju (Mitchel i Mackenzie, 1992; prema Vuksan – Ćusa, Marčinko, Šagud i Jakovljević, 2009). Ipak, općenito govoreći, litij može biti sigurno korišten kod srčanih bolesnika kada psihijatrijski simptomi zahtijevaju njegovu upotrebu. Ostali učinkoviti tretmani bipolarnog poremećaja kod srčanih bolesnika obuhvaćaju terapiju lijekovima kao što su antikonvulzivni stabilizatori raspoloženja (valproat, karbamazepin, lamotrigin i atipični antipsihotici).

Zaključno, problemi se javljaju češće, ranije i imaju lošije ishode kod pacijenata sa ozbiljnim mentalnim bolestima nego u općoj populaciji zbog kombinacije čimbenika kao što su neadekvatni pristup kvalitetnoj njezi, oskudni životni izbori i povezanost nekih antipsihotičkih tretmana i dobivanja na težini (Mc Intyre i sur., 2009; prema Vuksan – Čusa i sur., 2009). Budući da je kardiovaskularna bolest jedan od najistaknutijih uzroka smrtnosti i pobola diljem svijeta, potrebno je detaljno istražiti mentalno zdravlje kod srčanih bolesnika i pobliže upoznati mehanizam koji stoji u pozadini ove povezanosti mentalnog zdravlja i srčanih bolesti. Antidepresivi, antipsihotici, stabilizatori raspoloženja i benzodiazepini su učinkovite terapijske intervencije u populaciji srčanih bolesnika. Neki, poput SSRI i atipičnih antipsihotika mogu čak poboljšati srčane ishode kod zdravih pojedinaca i srčanih bolesnika, iako je potrebno više nalaza kako bi se istražila ta hipoteza.

4.4. Poricanje kao psihička reakcija na kroničnu bolest

Razumijevanje psiholoških čimbenika koje ljudi aktiviraju u suočavanju s kroničnom bolešću važno je zbog poboljšavanja razine shvaćanja bolesti. Dijagnoza neke kronične bolesti, pa tako i kronične srčane bolesti, podrazumijeva velike promjene za bolesnika i mijenja njegovu životnu perspektivu. Ovo obično uključuje smanjenu očekivanu duljinu života, rizik od bolnih i onesposobljavajućih komplikacija izazvanih bolešću i potrebu za značajnim promjenama u vidu dotadašnjeg životnog stila. Također, nastup bolesti može promijeniti i životnu situaciju članova pacijentove obitelji. Nije neuobičajeno da se kao prvi stadij suočavanja s dijagnozom javlja poricanje (eng. *denial*). Poricanje predstavlja homeostatski psihološki odgovor na teret kronične bolesti te sumornije životne izgleda zbog dijagnoze kronične bolesti. Poricanjem kao mehanizmom obrane ega od nagonskih pulzija i nepodnošljivih afekata bavio se Sigmund Freud, opisujući ga nesvjesnom mentalnom barijerom koju je ego uspostavio između instinktivnih nagona i vanjske realnosti (Freud, 1958; prema Garay – Sevilla, Malacara, Gutiérrez – Roa i González, 1998). Velik broj ljudi pri prvom susretu s dijagnozom vlastite kronične bolesti poricanjem želi umanjiti ozbiljnost bolesti ili atribuirati simptome drukčijem podrijetlu. Poricanje je mehanizam izbjegavanja izravnog suočavanja sa stresorom i osjećajem straha i nesigurnosti koje on uzrokuje. U određenim uvjetima, kao što je terminalni stadij kronične bolesti, kratkoročno poricanje može pomoći u smanjenju anksioznosti i reaktivnosti bolesnika na stres, a može osigurati i kvalitetniji san, manje promjena u karakteru bolesnika i manje interpersonalnih problema (Garay – Sevilla i sur., 1998). No, općenito gledano, dugoročno poricanje kao stil suočavanja negativno utječe na usvajanje i primjenu znanja o bolesti, vještine, disciplinu i stavove nužne za adekvatno pridržavanje tretmana bolesti. Tada ono znači

neprikladni mehanizam suočavanja s problemima povezanim s postojanjem kronične bolesti, uključujući povećani rizik od neprihvatanja nužnih promjena životnog stila. Poricanje može smanjiti podršku koju pruža bolesnikova okolina u njegovoj njezi. Moguće je da se poricanje kao psihološka reakcija u većoj mjeri javlja kod bolesnika koji posjeduju malo vjere u konvencionalnu medicinu, što može rezultirati zanemarivanjem vlastite bolesti. U ovome slučaju mogu pomoći različiti programi usmjereni na ublažavanje negativnih emocija povezanih s kroničnom bolešću i propagiranje zdravstvene njege. Oni omogućuju usvajanje veće količine znanja o bolesti, bolje prihvaćanje konvencionalne medicine te veći stupanj socijalne podrške. Poricanje snažno ovisi o emocionalnom kontekstu pa je stoga česti pratitelj emocionalnih problema koji se javljaju uz kroničnu bolest, poput depresije i anksioznosti. Bolesnici koji se aktivno uključuju u neki program samoupravljanja kroničnom bolešću lakše prihvaćaju bolest, mijenjaju svoj identitet, a suočavanjem s negativnim emocijama i razvijanjem vještina samoupravljanja u većoj mjeri izbjegavaju hospitalizaciju. Oni koji pak stalno koriste bolničke usluge u tretiranju svoje kronične bolesti često poriču postojanje simptoma, ostaju privrženi svojem identitetu te iskazuju manje emocionalnih odgovora (Kirby, Dennis, Bazeley i Harris, 2013).

5. KVALITETA ŽIVOTA KRONIČNIH SRČANIH BOLESNIKA

Općenito, srčani bolesnici koji pate od nekog oblika mentalnog poremećaja, osobito ako on nije prepoznat i liječen, imaju više teškoća s funkcioniranjem i sniženu kvalitetu života nego pacijenti koji su oboljeli od srčane bolesti, ali bez simptoma nekog mentalnog poremećaja. Model subjektivne kvalitete života (Brief i sur., 1993; prema Müller-Nordhorn, Muckelbauer, Englert, Grittner, Berger, Sonntag...Willich, 2014) obuhvaća ličnost (psihičke osobine i stanja), objektivne okolnosti (npr. bolest), interpretaciju životnih okolnosti, uvjeta i događaja te zadovoljstvo životom. Kvaliteta života vezana za zdravlje (eng. *Health-Related Quality of Life*) pripada području medicine i zdravstva, ali se ne može koristiti kao mjera opće kvalitete života. Također, razlikuje se od subjektivne kvalitete života te ih treba mjeriti odvojeno i nezavisno. Jedan od generičkih upitnika zdravstvenog statusa koji mjeri kvalitetu života vezanu za zdravlje je SF-36, koji obuhvaća četiri konceptualno različite mjere zdravlja: funkcioniranje na ponašajnoj razini, percipiranu dobrobit, ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga, izravnu procjenu ukupnog zdravlja.

Psihološka prilagodba na zdravstveno stanje je važna odrednica kvalitete života kod kroničnih srčanih bolesnika. Moguće je da je dnevno pogoršanje bolesti uzrokovano kroničnim stresom s

kojim se susreću oboljeli. Ovisno o stupnju ranjivosti, može se razviti osjećaj bespomoćnosti praćen depresijom, što, naravno, rezultira smanjenom kvalitetom života. Psihološka dobrobit je jedan od važnih prediktora kvalitete života. Utvrđeno je da veći utjecaj na pacijentovu kvalitetu života ima prisutnost nekog od mentalnih poremećaja nego sama ozbiljnost bolesti ili fizička disfunkcionalnost. Nalazi sugeriraju da srčani bolesnici koji pokazuju znakove anksioznosti i/ili depresije imaju smanjenu kvalitetu života, što se najviše odrazilo u smanjenoj učinkovitosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti, važnoj odrednici kvalitete života (Musliu i sur., 2013). Prisutnost mentalnih problema ne utječe samo na funkcioniranje samog pojedinca, već i na njegove socijalne interakcije. No, ako pacijenti na adekvatan način sudjeluju u nekom obliku terapijske intervencije (lijekovi, psihoterapija, kardio - rehabilitacija), imaju dobre prilike voditi ispunjen i produktivan život neopterećen bolešću. Od velike važnosti je i socijalna podrška. Bliski i podržavajući odnosi pomažu kod nošenja sa bolešću i pružaju prijeko potrebno samopouzdanje i optimizam. Koristi kardio - rehabilitacije danas se nastoje iskoristiti u što većoj mjeri te uključuju povećanu toleranciju na vježbanje, poboljšani funkcionalni kapacitet i višu kvalitetu života (Roose i Spatz, 1998). Ovakve intervencije mogu smanjiti pojavu depresije kod srčanih bolesnika, uključujući različite grupe sudionika, poput starijih pacijenata i dijabetičara. Osim simptoma depresije, kardio - rehabilitacija može umanjiti i simptome anksioznosti. Turner i sur. (2003; prema Pihl, Jacobsson, Strömberg i Mårtensson, 2005) su demonstrirali da su simptomi anksioznosti umanjeni u značajnoj mjeri nakon provedene kardio - rehabilitacije koja je uključivala vježbanje, edukaciju, opuštanje i upravljanje stresom.

Postoji povećan interes za uključivanjem psiholoških intervencija (npr. kognitivno - bihevioralna terapija) u tretmanu komorbiditetnih mentalnih poremećaja kod srčanih bolesnika. Kognitivni model predlaže da pacijenti postaju anksiozni u odgovoru na fiziološke događaje kao što su dispneja i pogrešno ih interpretiraju ili katastrofiziraju, što vodi do ekstremno negativnih kognicija, povećanja fiziološke pobuđenosti i slabih bihevioralnih strategija. Pacijenti aktivno uključeni u tretman kognitivno - bihevioralne terapije izvještavaju o boljem psihološkom stanju te manje depresivnih i anksioznih simptoma od onih koji nisu primili takav oblik pomoći. Oni kojima je pružena psihoedukacijska intervencija sa sastavnicama poput pomne meditacije, razvijanja vještina suočavanja sa stresom i rasprave grupe za podršku otporniji su na negativne učinke depresije i anksioznosti. Optimizam, tendencija vjerovanja da će sadašnji ili budući događaji imati povoljne ishode za osobu (Carver i Scheier, 1992; prema Bedi i Brown, 2005) snažno je povezan s psihološkom dobrobiti kod ljudi s kroničnim srčanim bolestima i ozbiljnim zdravstvenim problemima. Kod srčanih bolesnika, optimizam predviđa superiorni fizički

oporavak od događaja kao što su operacija srca, ugradnja srčane prenosnice i sl. i veću psihološku dobrobit nakon koronarnog događaja. Pozitivni učinci optimizma pridaju se vjerovanjima pojedinaca da se mogu aktivno suočiti s prijetnjom ozbiljne bolesti. Ova očekivanja podržavaju i jačaju napore uložene u poticanje i održavanje strategija upravljanja stresom koje su usmjerene na problem. Optimizam smanjuje budući rizik od štetnih kardiovaskularnih pojava kroz bihevioralne mehanizme kao što su prestanak pušenja, držanje dijete te redovita tjelesna aktivnost. Psihološka dobrobit je poboljšana i iz osjećaja smisla provođenja strategija nošenja s prijetnjom bolesti i iz direktnih zdravstvenih koristi koje slijede iz promjene ponašanja. Neki nalazi su pokazali da je moguće da relativni optimizam obuhvaća formu samozavaravanja, koja služi obrani od negativnih misli. Otupljivanje (eng. *blunting*) je dobro proučena mjera defenzivne kognitivne strategije, specifična za zdravstvena stanja. Otupljivanje se odnosi na proces izbjegavanja prijetnje te obuhvaća strategije poput ograničavanja pažnje i kognicije usmjerene na ugrožavajući podražaj (Miller, 1987; prema Bedi i Brown, 2005). Povezano je s manje negativnih misli o ugrožavajućem podražaju i manjim stupnjem fizičke boli. Iako je optimistični način razmišljanja uglavnom poželjan, moguće je da uspješno izbjegavanje prijetnje može smanjiti motivaciju optimista da se učinkovito nose s problemima. Ovo, pak, može biti štetno za srčane bolesnike, kod kojih uspješna rehabilitacija obično zahtijeva aktivne strategije rješavanja problema, poput prestanka pušenja, dijetnog programa, bavljenja tjelesnom aktivnošću te aktivne uključenosti u tretman.

Ulogu medijatora između optimističnih vjerovanja i strategija nošenja sa srčanom bolešću igra samoeфикаsnost. Samoeфикаsnost je određena procjenom pojedinca o vlastitim sposobnostima organiziranja i izvršavanja određenih akcija potrebnih za ostvarenje željenih ishoda (Bandura, 1997; prema Bedi i Brown, 2005). To je percipirana sposobnost ljudi da se prilagode situaciji u kojoj se nalaze, a koja uključuje prosudbe o vlastitoj sposobnosti izvođenja ponašanja na adekvatni način koji zahtijeva određena situacija. Što je samoeфикаsnost viša, pacijenti oboljeli od kronične srčane bolesti aktivnije se angažiraju oko tretmana svoje bolesti, rabe se učinkovitije strategije nošenja sa stresom i posljedično, izvještava o većoj emocionalnoj dobrobiti i kvaliteti života.

6. ZAKLJUČAK

Kardiovaskularne bolesti, kao vodeći uzrok smrtnosti u svijetu, prijevremenom umiranju i morbiditetu suvremenog stanovništva podrazumijevaju važan javnozdravstveni problem, uzimajući u obzir visoke ekonomske troškove zdravstvene zaštite te financijska opterećenja. Značajnu ulogu u smanjenju stope kroničnih srčanih bolesti kao sastavnice grupe kardiovaskularnih bolesti ima prvenstveno promocija zdravog načina života i usvajanje zdravih navika. To podrazumijeva nepušenje, pravilnu prehranu, redovitu tjelesnu aktivnost, ali i uključenost u rehabilitaciju i povećanu svijest o brizi za vlastito zdravlje. Budući da se simptomi mentalnih poremećaja koji prate kronične srčane bolesti često ignoriraju ili poistovjećuju sa simptomima osnovne bolesti, pa se u skladu s time poremećaj relativno kasno dijagnosticira, potrebno je naglasiti važnost nezanemarivanja simptoma i potaknuti posjet liječniku. Na početku se često zna javiti poricanje kao psihička reakcija na suočavanje s bolešću, što je tijesno povezano s emocionalnim problemima poput depresije i anksioznosti. Neliječeni mentalni poremećaji u komorbiditetu s kroničnim srčanim bolestima mogu znatno narušiti funkcioniranje i smanjiti kvalitetu života pojedinca. Pristup u liječenju treba prilagoditi pojedincu, uzimajući obzir njegove osobne karakteristike, težinu simptoma, ali i stupanj okolinske podrške. Osim optimističnog, ali ne i samozavaravajućeg načina razmišljanja, važno je razvijati učinkovite strategije nošenja sa stresom te samoeфикаsnost.

7. PRILOZI

Tablica 1. Umrli od bolesti srca i krvnih žila prema dijagnostičkim skupinama u Hrvatskoj 2001. godine

Dijagnostičke skupine	umrli	udio %	stopa/100 000
Ishemične bolesti srca (I20 - I25)	8 871	33,4	199,9
Cerebrovaskularne bolesti (I60 - I69)	8 337	31,4	187,9
Ostali oblici srčane bolesti (I30 - I52)	6 150	23,2	138,6
Bolesti arterija, arteriola i kapilara (I70 - I79)	1 382	5,2	31,1
Hipertenzivne bolesti (I10 - I15)	837	3,2	18,9
Plućna bolest srca i bolesti plućne cirkulacije (I26 - I28)	792	3,0	17,8
Kronične reumatske srčane bolesti (I05 - I09)	149	0,6	3,4
Bolesti vena, limfnih žila i limfnih čvorova (I80 - I89)	24	0,1	0,5
<i>Bolesti srca i krvnih žila ukupno (I00 - I99)</i>	<i>26 542</i>	<i>100,00</i>	<i>598,1</i>

Izvor podataka: Hrabak – Žerjavić i sur., 2003

Tablica 2. Čimbenici rizika u pučanstvu Hrvatske u dobi 18-65 godina

	Muškarci	Žene
Hipertenzija (140/90)	31,9%	23,6%
Kolesterol (mmol/l)	5,81 +/-1,36	5,66 +/-1,29
Trigliceridi (mmol/l)	2,13 +/-1,69	1,41 +/-0,94
ITM - stupanj I (25,0-29,9)	48,1%	34,7%
ITM - stupanj II i III (30+)	31,1%	15,2%
Pušenje	34,1%	26,6%
Tjelesna aktivnost - aktivno bavljenje sportom	17,1%	4,3%

N = 5840

Izvor podataka: Hrabak – Žerjavić, i sur., 2003

8. LITERATURA

- Bedi, G., Brown, S. L. (2005). Optimism, coping style and emotional well-being in cardiac patients. *British Journal Of Health Psychology*, 10 (1). 57-70.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Blumenfeld, M. Suojanen, J. K., Weiss, C. (2012). Public awareness about the connection between depression and physical health: specifically heart disease. *Psychiatr Q*, 83, 259 - 269.
- Davidson, K. W. (2010). Depression and coronary heart disease. *International Scholarly Research Network*, 1 - 19.
- Garay – Sevilla, M. E., Malacara, J. M. Gutiérrez – Roa, A., González, E. (1998). Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. *Diabetic Medicine*, 16, 238 – 244.
- Harvard Health Publications (2006). *Depression and Heart Disease : Mind and mood affect the heart*. Pribavljeno s http://www.health.harvard.edu/press_releases/depression_and_heart_disease
- Hrabak - Žerjavić, Kralj, V., Silobrčić - Radić, M. (2003). Javnozdravstvena važnost najčešćih kardiovaskularnih bolesti. *Medicus*, 12(1), 9 - 16.
- Kirby, S. E., Dennis, S. E., Bazeley, P., Harris, M. F. (2013). Activating patients with chronic disease for self-management: comparison of self-managing patients with those managing by frequent readmissions to hospital. *Australian Journal of Primary Health*, 19(3), 188 – 206.
- McFarlane, J., Symes, L., Frazier, L., McGlory, G., Henderson – Everhardus, M. C., Watson, K., Liu, Y. (2010). Connecting the Dots of Heart Disease, Poor Mental Health, and Abuse to Understand Gender Disparities and Promote Women’s Health: A Prospective Cohort Analysis. *Health Care for Women International*, 31, 313 - 326.
- Müller - Nordhorn, Muckelbauer, R., Englert, H., Grittner, U., Berger, H. Sonntag, H., ... Willich, S. N. (2014). Longitudinal Association Between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life. *PLoS ONE*, 9(3), 1 - 11.
- Musliu, N. R., Ibishi, N. F., Hundozi, Z. (2013). Depresija i zatajivanje srca: smanjenje kvalitete života i razmatranja povezana sa zbrinjavanjem. *Cardiologia Croatica*, 8 (3-4): 83.

- Pihl, E. , Jacobsson, A., Strömberg, A., , J. (2005). Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *European Journal Of Heart Failure*, 7(4), 583 – 589.
- Roose, S., P. Spatz, E. (1999). Treating Depression in Patients with Ischaemic Heart Disease: Which Agents are Best to Use and to Avoid?. *Drug Safety*, 20 (5), 459 – 465.
- Roose, S. P., Spatz, E. (1998). Depression and Heart Disease. *Depression and Anxiety*, 7, 158 - 165.
- Shadmani, F. K., Karami, M. (2013). Joint Effect of Modifying Selected Risk Factors on Attributable Burden of Cardiovascular Diseases. *International Journal of Preventive Medicine*, 4 (12), 1461 – 1467.
- Vuksan - Čusa, B., Marčinko, D., Šagud M., Jakovljević, M. (2009). The comorbidity of bipolar disorder and cardiovascular diseases from pharmacotherapy perspective. *Psychiatria Danubina*, 21 (3), 382 - 385.
- Walters, P, Barley. E. A., Mann, A., Phillips, R., Tylee, A. (2014). Depression in Primary Care Patients with Coronary Heart Disease: Baseline Findings from the UPBEAT UK Study. *PLoS ONE*, 9(6), 1 - 8.
- Williams, R. B. (2011). Depression After Heart Attack: Why Should I Be Concerned About Depression After a Heart Attack? *Circulation*, 123, 639 – 640.
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., Connolly, M. J. (2009). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1209 – 1221.
- Žegura, I. (2010). *Psihologija koronarne srčane bolesti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.