

DERLEME**REVIEW****Kalp Yetersizliğinde Evde Bakım***Home Care in Heart Failure***Havva Öz Alkan¹, Nuray Enç¹**¹İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.

Sağlık bakımının sürekli olması tekrarlayan hastane yatışları olan kalp hastaları için özellikle önemlidir. Kalp yetersizliği 65 yaş ve üzeri bireylerde en sık karşılaşılan hastaneye yatış nedenidir ve kalp yetersizliği olan hastaların hastane maliyeti de diğer yaşlı bireylerin hastane maliyetlerinden daha fazladır. Kalp hastalıklarında evde bakım girişimleri ve evde bakım için taburculuk kriterleri semptomları tanılama ve takibi, ilaç yönetimi (özellikle antikoagülan ve diüretik tedavi yönetimi), aktivite devamlılığı, kardiyak rehabilitasyon, beslenme eğitimi, risk faktörlerinin kontrol altına alınması, kognitif değerlendirme ve mental sağlık ile ilgili eğitime odaklanmaktadır. Evde bakımın fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entellektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Ayrıca aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin kendince alışıktığı ortamda yaşamını sürdürebilmesine, kendini gerçekleştirebilmesine olanak sağlar. Sağladığı bu olumlu sonuçlar ile sağlık bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, kalp hastalıkları, kalp yetersizliği.

The continuity of health care is particularly important for heart patients with recurrent hospital admissions. Heart failure is the most common cause of admission to hospital in individuals aged 65 and over. Hospital costs of patients with heart failure is higher than hospital costs of the other elderly. Home care interventions in heart disease and discharge criteria for home care focuses to diagnostic and follow-up of symptoms, medication management (especially anticoagulant and diuretic treatment management), continuity of activity, cardiac rehabilitation, nutrition education, control of risk factors, cognitive evaluation and education about mental health. There are positive effects of home care on physical health, psychological state, level of independence, social participation, interpersonal relationships, realize their potential and intellectual development processes. In addition home care allows to the preservation of family unity, to reduce stress, to sustain life in an environment where individuals are accustomed to self, allows himself to be carried out. It is indispensable part of health care with this provides the positive results.

Key words: Home care, heart disease, heart failure.

Geliş tarihi: 15.02.2015; **Kabul tarihi:** 29.05.2015

Sorumlu Yazar: Dr. Havva Öz Alkan

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Abide-i Hürriyet Cad. Şişli İstanbul - Türkiye;

Telefon: 0212 440 00 00 /27028; **E-posta:** havvaoz@hotmail.com

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında önemli ilerlemeler olmaktadır. Erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, beklenen yaşam süresi ise uzamaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Artan masraflar, hastanelerin yeni bütçe politikaları, hastanelerin rolünü akut sağlık bakımları ile sınırlamaktadır. Dünyada pek çok ülke, pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakıma doğru yönelmiştir.^[1]

Bu derlemede öncelikle evde bakımın tanımı ve evde bakım hizmetlerinin hangi hizmetlerden oluştuğu ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. Daha sonra yaşlı bireylerde en sık hastaneye yatış nedeni olan kalp yetersizliğinin evde bakımında bilinmesi gerekenler önemli konular, hasta ve aile eğitimi, evde bakım hizmetlerinde hemşirenin

rolü ve evde telemonitorizasyon anlatılmaktadır.

Evde Bakımın Tanımı ve Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir.^[1,2]

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık

Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 1999 raporunda, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır. Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları olanlar, gelişimsel veya poliomyelite ikincil özürleri de kapsayacak şekilde, özürlü olan kişiler, HIV/AIDS'liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duysal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılar evde bakım hizmetlerinden faydalanacak hedef kitledir.^[3]

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi

hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası iyileşme dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır. Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır:

1. Hemşirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri,

2. Destek sağlık hizmetleri: Fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler,

3. Gündüz/Gece bakımı: Bakıma muhtaç bireylerin gereksinimlerine uygun hizmet,

4. Kişisel bakım (öz-bakım): Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması,

giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler,

5. Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Evin temizlik, ütü, alışveriş gibi hizmetlerine yardım ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği sağlamak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.

6. Sosyal destek: Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler,

7. Gıda ve beslenme hizmetleri: Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.

8. Danışmanlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler.

9. Bakıcılar için destek hizmetleridir.^[1,2]

Ülkemizde Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri çalışmaları 2000'li yıllarda bazı yerel yönetimlerin çalışmaları ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından ilk uygulama, 2004 yılında Balıkesir Devlet Hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminin kurulması ile başlamıştır. 2005 yılında "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik"^[4] yayımlanmış ve özel sektörün evde sağlık/bakım hizmetlerinin verilme usul ve esasları düzenlenmiştir. 2010 yılında "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"^[5] yayımlanarak Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda ülke genelinde evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. İstanbul İlinde de 01.02.2011 tarihinde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlamıştır.^[6]

Sahada evde sağlık hizmetlerinin sunumunda, mevzuat, eğitimli personel, araç gereç, lojistik hizmetler ve koordinasyon ile ilgili sorunlar mevcuttur. Ülkemizde evde sağlık/bakım hizmetleri özel sektör, belediyeler, sivil toplum kuruluşları, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından

verilmektedir. En önemli sorunlarımızdan biride sağlık ve bakım hizmetlerinin birbirinden bağımsız farklı kurumlar tarafından verilmesi, ayrı ayrı mevzuatların olması, entegrasyonun olmaması ve kurumlar arasında koordinasyon eksikliğidir. Mevcut durum, kurumlar arası işbirliğini ve koordinasyonu zorunlu hale getirmiştir. Diğer önemli bir konu da evde sağlık/bakım hizmetinin finansal sürdürülebilirliğidir. Bakım sigortası gibi finansman modelinin hayata geçirilmesi önemli bir konudur^[6]. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı tarafından düzenlenen Yaşlılara Yönelik Evde Bakım ve Destek Hizmetleri Çalıştayı'nda da öne çıkan görüş, yaşlılar için evde bakımın tek elden verilmesi ve ilgili birimlerin arasında koordinasyon sağlanmasının gerekli olduğudur. Ayrıca bu çalıştayda evde sağlık hizmetlerinde çalışacak ve çalışmakta olan personelin eğitimi ve evde bakım vericilerin eğitiminde standardizasyon ve sertifika eğitimlerinin gerekli olduğunun tekrar altı çizilmiştir.^[7]

Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Evde Bakımı

Kalp yetersizliği 65 yaş ve üzeri bireylerde en sık karşılaşılan hastaneye yatış tanısıdır. Kalp yetersizliği olan hastaların hastane maliyeti de diğer yaşlı bireylerin hastane maliyetlerinden daha fazladır. Bu hastaların öz bakım ile ilgili komplike sorunları vardır; çoklu komorbiditelerin, kognitif ve fonksiyonel bozuklukların olması ve bunlara yetersiz finansal kaynak ile zayıf sosyal desteğin eklenmesi kalp yetersizliği olan hastaların evde bakımını daha önemli hale getirmektedir. Kognitif bozukluk ve demans diğer değişkenlerden bağımsız olarak kalp yetersizliği olan hastalarda yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir. Dikkat ve hafıza yetersizliğine bağlı olarak gelişen kalp yetersizliği alevlenmesi ile hastaneye yatışların %55'i önlenbilir.^[8]

Sağlık bakımının sürekli olması çoklu kronik hastalıkları olan ve tekrarlayan hastane yatışları olan yaşlı hastalar için özellikle önemlidir. Bu nedenle kardiyak hastalık tanısı olan özellikle yaşlı bireylerde taburculuk planının çok dikkatli bir şekilde yapılması gerekir^[5]. Evde bakım girişimleri ve evde bakım için

taburculuk kriterleri semptomları tanılama ve takibi, ilaç yönetimi (özellikle antikoagülan ve diüretik tedavi yönetimi), aktivite devamlılığı ve kardiyak rehabilitasyon, beslenme eğitimi, risk faktörlerinin kontrol altına alınması, kognitif değerlendirme ve mental sağlık ile ilgili eğitime odaklanmaktadır (Tablo 1).

Evde bakım hizmeti sunulacak hastanın kapsamlı sağlık hikayesinin alınması ve fiziksel muayene yapılması esastır. Sağlık hikayesi tıbbi hastalık öyküsünü ve cerrahi girişimleri kapsar, ayrıca kardiyak ya da diğer sistemlere ilişkin durumları ve yapılan girişimleri içerir. Ejeksiyon fraksiyonu, kalp yetersizliğinin fonksiyonel sınıflaması, ideal vücut ağırlığı, yaşam bulgularının bilinmesi evde bakım hemşiresine önemli ipuçları verir. Genel ve kardiyovasküler değerlendirmenin yanında hastanın ve ailenin bakım verme konusundaki yeterliliği ve istekliliği, sosyal destek sistemlerinin ya da ev destek servislerinin yeterliliği, hastanın fiziksel ya da kognitif fonksiyonel kapasitesi ve risk faktörü envanteri hakkında bilgi edinilmesi de önem arz eder.^[8,9]

Evde bakım hemşiresi hastanın kullanmakta olduğu ilaçları, varsa ilaç alerjilerini öğrenmelidir. Hastanın kullanmakta olduğu bitkisel ilaçlar, alternatif tedaviler vb. varsa bunlar da ayrıca öğrenilmelidir. Kortikosteroid ya da nonsteroid antienflamatuvar kullanımı, diyabetinin olup olmadığı, uyku ile ilgili sorunlar yaşayıp yaşamadığı sorgulanmalıdır. Bazı ilaçlar kalp yetersizliğinin seyrini kötüleştirebilir. Kalp yetersizliğinde kullanılan furosemid gibi diüretikler veya beta blokerler diyabeti olan hastalarda uygun diyet programına rağmen kan şekerinin yükselmesine neden olabilir. Nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar sıvı tutulumuna neden olduğu için kalp yetersizliği olan hastalarda ağrı kontrolü ve enflamatuvar tedavi için kullanılmamalıdır, ağrı tedavisi için farklı ilaç grupları kullanılmalıdır. Kalp yetersizliği tedavisinde sık kullanılan ilaçlar ve evde bakımında dikkat edilmesi gereken konular Tablo 2’de, kalp yetersizliğini alevlendiren ilaçlar Tablo 3’de özetlenmiştir.^[8,9]

Tablo 1: Kalp yetersizliği: Evde Bakım Girişimleri ve Hasta Sonuçları

| Girişim: Evde Bakım | Optimal Hasta Sonuçları: Taburculuğa Hazırlık |
|---|---|
| Değerlendirme | |
| Kan basıncı | Hipotansiyon ya da hipertansiyon olmaması |
| Nabız | Betabloker kullanımının dışında, ayağa kalkmakla birlikte kalp hızında 20/dk'dan daha az bir artış olması |
| Solunum hızı | 10-20/dk |
| Akciğer sesleri | Normal |
| Periferel perfüzyon | Kapiller geri dolum zamanı: 2-3 saniye olması |
| Ödem | Ödem stabil olması ya da ödem derecesinin azalması |
| Karın çevresi | Karın çevresinin stabil olması ya da azalması |
| Vücut ağırlığı | İdeal vücut ağırlığına sahip olma ya da kabul edilebilir sınırlarda olma |
| Beslenme eğitimi ve danışmanlık | |
| Sodyum | Tuz alımı ile birlikte kalp yetersizliği şiddetinin alevlenmesini tanımlar |
| Etiket okuma | Reçete edilen diyetle uyum sağlar ve adapte olur, kısıtlanan yiyeceklerden kaçınır |
| Diyette kısıtlamalar | Reçete edilen sıvı miktarına uyum sağlar ve adapte olur |
| Sıvı kısıtlaması | |
| Aktivite ve egzersiz | |
| Aktivite toleransı | Stabil ise: kalp yetersizliği semptomları olmadan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirir |
| Aktivite hızını ayarlamak | Aşamalı olarak aktivitesinde artış gösterir |
| Enerjiyi koruma | Dispne ile başa çıkabilmek için aktivite hızını ayarlayabilir |
| Aktivite dayanıklılığı | Kalp hızı ve solunum hızını takip eder |
| Amaç: kas iskelet etkinliğini iyileştirmek için düzenli düşük seviyedeki egzersiz | Fonksiyonel kapasitesini artırır |
| | Dinlenme ve aktiviteyi dengeleyerek aktivite toleransını artırır |
| Semptomları tanımlama ve takip | |
| Farkında olma | Tanımlama ve kalp yetersizliğinin belirti ve bulgularını belirleme |
| Vücut ağırlığı | Alevlenme semptomlarının hekim tarafından zamanında fark edilmesi |
| Ödem | Sıvı tutulumunun dikkatli kontrolü |
| Yorgunluk | |
| İştah | |
| Göğüs ağrısı | |
| Solunum paterni ve efor | |
| Bakım verenlerin zamanında bildirim | Alevlenmenin nedenlerinin ve nasıl önlenebileceğinin belirlenmesi |
| İlaçların yönetimi | |
| (Uyum denetimi ve doz ayarı) | |
| Uyum | İlaçların dozu, amacı, sıklığı, ilacını almayı unuttuğunda ne yapılacağı, yan etkileri, |
| Etkileşim ve beklenmedik etki | Yan etkiler görüldüğünde hemşire ve hekime bildirilmesi |
| Yanıt | Uygun ilaç tedavisini sürdürme |
| Antikoagulan ve antrombosit tedavi | İlaçların temin edilmesi |
| Risk faktörlerini kontrol altına alma | |
| Sigaranın bırakılması | Kişisel risk faktörlerini tanımlama |
| Alkol kullanımının kısıtlanması | Risk faktörlerini kontrol altına alma için stratejiler geliştirme |
| Kan basıncı kontrolü | |
| Diyabet yönetimi | |
| Bilinç düzeyi | |
| İlk kabulde tarama | İlk kabulde ve daha sonra mini mental test değerlendirmesi |
| Değişiklikleri değerlendirme | Bilinç düzeyinde iyileşme |
| Kalp yetersizliği ile yaşama: nasıl başa edilir | |
| Alevlenmenin nedenlerini ve etkileri | Tedavi planına uyum |
| Baş etme | Anksiyeteyi belirleme; anksiyete ile baş etme stratejileri geliştirme; destek kaynaklarının farkında olma |
| Yaşam sonu | Sosyal ve psikolojik destekleri kullanma; gerektiğinde uygun desteği almayı kabullenme |

"Moore DK, Riegel B. Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease. Saunders Elsevier, St. Lois Missouri, 2008."

Tablo 2. Kalp yetersizliği olan hastalarda kullanılan bazı ilaçların evde bakımında dikkat edilmesi gereken konular

| İlaç grupları | Evde bakımında dikkat edilmesi gereken konular |
|---|--|
| Anjiotensin Dönüştürücü Enzim (ACE) inhibitörleri/ | Hekim söylemeden ilaçları almanın bırakılmaması |
| Anjiotensin reseptör blokerleri (ARB) | İlacı almadan önce düzenli aralıklarla tansiyonunun ölçtürülmesi Ani pozisyon değişikliklerinden kaçınılması Kolay morarma/ekimoz ve kanama, boğaz ağrısı, ateş, ödem, baş dönmesi veya deri döküntülerinin bildirilmesi Yüz, dudak veya gözlerde şişlik, kaşıntı, solunum sorunları olduğunda bildirilmesi |
| Betablokerler | Evde kan basıncı, nabız ve kilonun takip edilmesi. Nabız dakikada 60'ın altında ise, kan basıncında düşme ya da yükselme olduğu zaman ve günde 1-2 kilo alındığında hekime/hemşireye bildirilmesi Solunum sıkıntısı, el ve ayaklarda şişlik olduğunda hekime/hemşireye bildirilmesi Ortostatik hipotansiyon belirtilerinin (baş dönmesi, hafif sersemlik, bayılma gibi) takip edilmesi Oturup kalkarken daha yavaş hareket edilmesi, yataktan kalkarken ayakların yatak kenarında birkaç dakika sarkıtılması Eğer ortostatik hipotansiyon belirtileri gelişirse oturulması ya da uzanılması Sıcak banyo yapmaktan kaçınılması Alkol alımı, sıcak hava, uzun süre hareketsiz kaldıktan sonra egzersiz yapılmasının ortostatik hipotansiyon gelişmesine neden olabileceğinin bilinmesi Baş dönmesi/sersemlik hissedilirse araba ve ağır iş makinelerinin kullanılmaması |
| Diüretikler | Ani pozisyon değişikliklerinden kaçınılması Planlandığı şekilde sıvı alınması, aldığı-çıkarıldığı sıvıların ölçülüp kaydedilmesi Günde 1-2 kilo, haftada 3-5 kilo alındığında hekime/hemşireye bildirilmesi Nefes darlığı, öksürük, ayaklarda şişlik, bulantı kusma, düzensiz nabız gibi sorunlar yaşandığında doktora bildirilmesi Potasyum tutulumunu sağlayan diüretik kullanılıyorsa, hekim/hemşire kontrolünde potasyum içermeyen besinlerin tüketilmesine dikkat edilmesi |
| Pozitif inotropik ajanlar | İlacı almadan önce nabız sayılması Nabız dakikada 60'ın altında ise ilacın alınmaması ve hekime/hemşireye bildirilmesi Çarpıntı, halsizlik, iştah kaybı, bulantı, kusma, karın ağrısı, bulanık ya da sarı-yeşil renkli görme, çift görme gibi belirtiler geliştiği zaman hekime/hemşireye bildirilmesi Digoksinin emilimini azalttığı için antiasit ve laksatif kullanımından kaçınılması Potasyum içeren yiyeceklerin (portakal ya da domates suyu, muz, kuru üzüm, incir, kuru erik, kayısı, ıspanak, karnabahar, patates gibi) tüketilmesi |
| Vazodilatörler | Bu ilaçlar kalp yetersizliğinin tedavisinde çok etkili olmalarına rağmen ciddi yan etkilere neden olacağı için sürekli takip altında olunması Göğüs ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve bulantı gibi belirtiler yaşandığında hemen hekime/hemşireye bildirmesi Dilaltı ilaçları kullanılıyorsa; her zaman yanında bulundurulması, baş dönmesine neden olacağı için ilacı almadan önce oturulması, ilacın ışıktan, ısıdan, nemden korunması, her altı ayda bir yenisinin alınması |

"Mooer DK, Riegel B. *Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease*. Saunders Elseiver, St. Lois Missouri, 2008."

Tablo 3. Kalp yetersizliğini alevlendiren ilaçlar

| Sınıf 1 disritmikler | Prodisritmik |
|--|---|
| Kortikosteroidler | Kalp depisinde azalma Periferel vasküler tonüste azalma Sodyumda direkt renal etki ve su tutulumu |
| İtrakonazol | Negatif inotropik etki |
| Nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar | Sıvı ve sodyum tutulumu Renal kan akımında glomeruler filtrasyonda azalma |
| Tiazolidinedionlar | Sıvı retansiyonu ve plazma volümünde artma |
| Trisiklik antidepressanlar | Kalp hızında artma Ortastatik hipotansiyon İletim bozuklukları: prodisritmik |

"Moore DK, Riegel B. Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease. Saunders Elsevier, St. Lois Missouri, 2008."

Evde Bakım Hastalarında Öz Bakım

Öz bakım hastaların fizyolojik stabiliteilerinin sürdürülebilmeleri için gerekli davranışların seçilmesi ve semptomlar ortaya çıktığında uygun kararların alınması sürecidir. Özellikle kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakımın sürdürülmesi için önerilen tedavinin uygun bir şekilde uygulanması, düşük sodyumlu diyet, egzersiz vb. önerilerine uyulması, ayrıca görülen belirti ve bulguların dikkatli takip edilmesi gerekir. Öz bakım yönetimi belirti ve bulguları kontrol altına almak için karar verme anlamına gelir. Bunun içinde hastaların görülen değişiklikleri tanımlaması (ödemde artış olması gibi), değişiklikleri değerlendirmesi, harekete geçmeye karar vermesi, tedavi planını gerçekleştirilmesi (ekstra

diüretik dozu almak gibi) ve bu plan değerlendirmesi gerekir.^[10]

Evde Bakımda Hasta ve Aile Eğitimi

Hasta ve ailenin mevcut sağlık sorunları ile etkili bir şekilde baş edebilmesi için hasta ve aile eğitimi esastır. Amerikan Kalp Derneği hastalığın optimal öz yönetimi ile hastaneye yatışların ve erken mortalite gibi olumsuz sonuçların azaldığını belirtmektedir^[10]. Hem genel bilgiler hem de tanıya ilişkin özel konularla ilgili olarak gerekli eğitim, evde bakım hemşiresi tarafından verilmelidir. Genel konular semptomların tanınması ve yönetimi, tıbbi bakım gerektirecek durumlar, sürekli tedavi ve takibin önemi, ilaç yönetimi, ilaçların etkileşimi ve yan

etkileri, diyet, kilo takibi yapılması ve kaydedilmesi, aktivite ve egzersiz programı, risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını kapsar. Kalp yetersizliğine ilişkin özel eğitim konuları ise günlük kilo takibi yapılmasının önemi, vücut ağırlığı ve diüretik tedavisi, enerji koruma stratejileri, kalp yetersizliğine ilişkin belirti ve bulguların tanınması ile semptom yönetimi, kalp yetersizliği ve mental durum değişiklikleri arasındaki ilişkidir Tablo 4’de kalp yetersizliğinde uygulama, eğitim ve dokümantasyon rehberi yer almaktadır. Bu rehberde amaçlar, hastanın kabulde ve her

ziyarette değerlendirme parametreleri, kalp yetersizliğine ilişkin özel bilgiler ve eğitim konuları yer almaktadır.^[8,9]

Ev ziyaretlerinin sıklığı ilk ev ziyaretlerinden sonra takip ziyaretleri evde bakım merkezinin standartlarına ya da klinik kılavuzlara göre belirlenmelidir ve hastanın fiziksel durumuna ya da öz bakım gereksinimlerine göre değişir. Ayrıca hastanın fonksiyonel durumundaki ya da tedavisindeki değişikliklere, ilaç tedavisinin uyumuna bağlı olarak ziyaret sıklığı azaltılabilir ya da arttırılabilir.

Tablo 4. Kalp Yetersizliği: Uygulama, Eğitim ve Dokümantasyon Rehberi

| AMAÇ, DEĞERLENDİRME PARAMETRELERİ, EĞİTİM REHBERİ | | |
|---|--|---|
| Amaçlar | Fiziksel ve kognitif fonksiyonları en iyi seviyeye getirmek | |
| Semptomları iyileştirmek | Hastaneye tekrar yatışları önlemek | |
| Öz bakımı sağlamak | | |
| Değerlendirme | | |
| Kabulde değerlendirme | Her ziyarette | |
| 1. Vital bulgular | 1. Vital bulgular | |
| a. Kan basıncı: sağ ve sol koldan en az iki pozisyonda | a. Kan basıncı: her ziyarette aynı kol ve pozisyonda | |
| b. Apikal ve radyal nabız | b. Nabız: apikal | |
| c. Solunum | c. Solunum | |
| 2. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu | 2. Vücut ağırlığı | |
| 3. Ödem: sağ ve sol, ayak bileği ve femur | 3. Ödem | |
| 4. Kalp sesleri | 4. Kalp sesleri | |
| 5. Solunum sesleri, dispne, ortopne | 5. Solunum sesleri, dispne, ortopne | |
| 6. İlaçlar | 6. İlaçlar | |
| a. Reçete edilen ilaçlar, reçetesiz ilaçlar ve bitkisel ilaçlar | a. Uyumluluk | |
| b. Olası etkileşimler, yan etkileri, | b. Etkileşim ve yan etkileri | |
| c. Uyumluluk | c. Tedaviye yanıt | |
| 7. Aktivite: dayanıklılık, tolerans, günlük yaşam aktiviteleri | 7. Aktivite: dayanıklılık, tolerans, günlük yaşam aktiviteleri | |
| 8. Kognitif tarama | 8. Kognitif durum | |
| 9. Konsültan ihtiacı: diyetisten, eczacı | 9. Diyet ve sıvı alımı: uyum | |
| 10. Bakım için engeller | 10. Önceki ziyarette öğrenilenleri tekrarlama | |
| Öğrenim | | |
| 1. Semptomların farkında olma (kilo alma, ayak bileklerinde ödem, yorgunluk, iştah değişiklikleri, nefes darlığı, öksürme, mental durum değişiklikleri) | | |
| 2. Günlük kilo takibi: önemi: her gün aynı saatlerde, benzer kıyafetlerle, günlük tutma | | |
| 3. Bildirilmesi gereken belirti ve bulgular: doktor ya da hemşiresine zamanında bildirme | | |
| 4. İlaçlar: dozları, zamanını planlama, uyumu | | |
| 5. Diyet ve diyetle uyum sağlamamanın sonuçları | | |
| a. Düşük sodyum | | |
| b. Düşük yağ, düşük kolesterol | | |
| c. Yiyeceklerin etiketlerini okuma | | |
| 6. Sıvı kısıtlaması | | |
| 7. Aktivite | | |
| a. Aktiviteye geçiş ve enerji koruma teknikleri | | |
| b. Düzenli, düşük seviyede egzersiz | | |
| 8. Kalp yetersizliği ile nasıl başa çıkılır | | |
| KALP YETERSİZLİĞİ ÖZEL BİLGİLER | | |
| Parametreler | Normal | Anormal |
| Kan basıncı | Sistolik: 100-140 mmHg Diyastolik: 60-85 mmHg | Hipotansiyon: 95/60mmHg'nin altında Hipertansiyon: 160/95mmHg'nin üzerinde |
| Nabız | 60-100/dakika | Ayağa kalktığında 20/dk'den fazla artış |
| Solunum | 10-20/dakika | İstirahat ile ya da efor ile dispne |
| Vücut ağırlığı | İdeal ya da kabul edilir vücut ağırlığı | Günde 1-2 kilo, haftada 3-5 kilo alınması |
| Belirti ve bulgular | | |
| Jugular ven distansiyonu | Yorgunluk | |
| Raller, whezing, solunum seslerinde azalma | Egzersiz intoleransı | |
| Öksürük | Bayılma hissi ya da senkop | |
| Eforla dispne, paroksizmal nokturnal dispne, ortopne, taşipne | Periferel nabızlarda azalma | |
| Taşikardi | Karın ağrısı, iştahsızlık | |
| Allt ekstremitelerde ya da sakral bölgede ödem | İdrar çıkışında azalma | |

Tablo 4. Kalp Yetersizliği: Uygulama, Eğitim ve Dokümantasyon Rehberi (devamı)

| |
|--|
| <p>Tanım</p> <p>Kalp yetersizliğinin tanımı:</p> <p>a. Sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu: miyokardın kontraktilesinin azalma, ejeksiyon fraksiyonu %55'in altında</p> <p>b. Sol ventrikül diyastolik fonksiyon bozukluğu: sol ventrikül dolununun azalması, semptomatik ancak ejeksiyon fraksiyonu normal</p> <p>New York Kalp birliği fonksiyonel sınıflandırması</p> <p>Sınıf 1. Normal fiziksel aktivite ile semptom yoktur</p> <p>Sınıf 2. Normal fiziksel aktivite ile semptomatiktir.</p> <p>Sınıf 3. Hafif düzeyde aktivite ile semptomatiktir.</p> <p>Sınıf 4. İstirahat halinde semptomatiktir.</p> <p>Ödem: Tibia üzerine 5 saniye parmakla basınç uygulandığında çökme olması</p> <p>+1 2 mm çökme</p> <p>+2 4 mm çökme</p> <p>+3 6 mm çökme</p> <p>+4 8 mm çökme</p> <p>Hasta Eğitim konuları</p> <p>Konjestif kalp yetersizliği</p> <p>Diyet ve konjestif kalp yetersizliği</p> <p>Doymuş ve kolesterolü düşük yiyeceklerin nasıl seçileceği</p> <p>Kalp yetersizliği ile yaşamı sürdürme</p> <p>Düşük sodyumlu yiyecekler</p> <p>Tuz tüketimini kontrol altına almak için etiket okuma</p> <p>Kalp yetersizliği kontrol etmek için ilaç kullanımı,</p> <p>ACE inhibitörlerinin kullanımı</p> <p>Günlük kilo takibi</p> |
|--|

"Moore DK, Riegel B. Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease. Saunders Elsevier, St. Lois Missouri, 2008."

Evde Bakım Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü

Evde bakım hizmetlerinin sunulmasında hemşire anahtar role sahiptir. Evde nitelikli bir hemşirelik bakımının prensipleri:

1. Hastadaki sorunları ve değişiklikleri belirlemek için hastanın gözlenmesi ve değerlendirilmesi, ilaç ya da tıbbi tedavinin düzenlenmesi ihtiyacının belirlenmesini,
2. Hasta ve bakım verenlerin eğitimi, tedavi planı ile nasıl yönetecekleri hakkında eğitimi,

3. Gerekli ilaçların alımı, yara bakımı, ostomi bakımını içeren diğer girişimleri kapsar.

Kalp yetersizliği olan hastalarda ev temelli bir hastalık yönetim programı ile geleneksel bakımın karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir araştırmada girişim grubuna hemşire tarafından ev ziyaretleri yapılmış ve telefon desteği sunulmuştur. Bu araştırmada hastaların semptomları ve vücut ağırlıkları takip edilmiş, ayrıca gerekli eğitim desteği verilmiştir. 12 ay sonra değerlendirmenin yapıldığı araştırma

sonucunda girişim uygulanan grubun anksiyete ve depresyon düzeyi daha düşük bulunmuş, tüm nedenlere bağlı ölüm görülme oranlarında değişiklik görülmezken yine girişim yapılan grupta hastaneye tekrar yatışlar daha az görülmüştür.^[11] Yapılan başka bir araştırmada sağlık bakım merkezi tarafından kalp yetersizliği hastalarına evde diüretik kullanım protokolü geliştirilmiş ve protokol hemşireler tarafından uygulanmıştır Protokolün kullanımı hasta sonuçları üzerine olumlu katkılar sağlamış, hastaneye tekrar yatışlar azalmıştır^[12]. Ülkemizde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; kalp yetersizliği olan hastalarda ev temelli girişimlerin mortalite ve hastaneye tekrar yatışları azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği görülmüştür.^[13]

EvdeTelemonitorizasyon

Belirlenen fizyolojik parametrelerin evde izlemi ve ayrıca hastaların bildirmiş olduğu belirtiler hastanın klinik durumundaki bozulmanın erken fark edilmesine, zamanında müdahale edilmesine olanak sağlar, böylece hastada istenmeyen olumsuz sonuçlar önlenmiş olur. Elde edilen veriler

hasta tarafından öz bakımını geliştirmek için kullanılırsa veri doğrudan eyleme dönüşecektir. Multidisipliner bakım ortamında, veriler uzaktan tedavi hakkında karar verecek olan sağlık profesyonellerine iletilmektedir. Kalp yetersizliği olan hastalarda en fazla izlenen fizyolojik parametre vücut ağırlığıdır. İdeal olarak monitorizasyonda hastaya implante bir cihaz bağlanarak pulmoner basınçlar ya da sol atrium basınçlarının izlenmesi önemli katkılar sağlar.^[8,14] Yapılan bir araştırmada^[15] bu parametrelerin takibi ile ilk altı ayda hastaneye tekrar yatışlarda %28 azalma görülmüştür. Miyokart infarktüsü sonrası ev temelli smartphone destekli kardiyak rehabilitasyon programının geleneksel kardiyak rehabilitasyon programlarına göre fizyolojik ve psikolojik sağlık sonuçlarında daha iyi iyileşmeler sağladığı ortaya konmuştur.^[16]

Sonuç

Evde bakım fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Ayrıca aile bütünlüğünün korunmasına,

stresin azaltılmasına, bireyin kendince alışık olduğu ortamda yaşamını sürdürebilmesine, kendini gerçekleştirebilmesine olanak sağlar. Sağladığı bu olumlu sonuçlar ile sağlık bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Gelişmiş ülkelerde kullanılan teknolojik takip sistemlerinin ülkemizde de kullanılabilir hale gelmesi için gerekli çalışmaların ve yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Oğlak S. Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (İlke Örnekleri ve Türkiye). İskenderun: Color Ofset Matbaacılık ve Yayıncılık; 2008.
2. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Derg 2010;11(3):125-132.
3. Home-based and Long-term Care. Home Care Issues and Evidence. Web sitesi: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/home_based_and_ltc_issues_evidence.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 24.09.2014.
4. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Web sitesi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> Erişim tarihi: 24.09.2014.
5. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Web sitesi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/mevzuat/saglik_bak_evde_saglik.pdf Erişim tarihi: 24.09.2014.
6. Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu” Raporu.18-19 Eylül 2013. Web sitesi: <http://evdebakim.org.tr/gorseller/files/EvdeSa%C4%9FI%C4%B1k%20ve%20Sosyal%20Hizmetlerin%20B%C3%BCt%3%BCnle%C5%9Fmesi%20Sempozyumu%20SON.pdf> Erişim tarihi: 24.09.2014.
7. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım ve Destek Hizmetler Çalıştayına katıldık. 27-28 Kasım 2014. Evde Bakım Derneği. Web sitesi: <http://www.evdebakim.org.tr/Yaslilara-Yonelik-Evde-Bakim-ve-Destek-Hizmetler-calistayina-katildik>. Erişim tarihi: 10.04.2014.
8. Moer DK, Riegel B. Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease. St. Lois Missouri: Saunders Elseiver; 2008.
9. Jaarsma T, Larsen T, Strömberg A. Practical guide on home health in heart failure patients. Int J Integr Care 2013;13:e043.
10. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2009;120(12):1141-1163.
11. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H; J-HOMECARE Investigators. Home-based disease management

- program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circ J* 2013;77(4):926-33.
12. Veilleux RP, Wight JN, Cannon A, Whalen M, Bachman D. Home diuretic protocol for heart failure: partnering with home health to improve outcomes and reduce readmissions. *Perm J* 2;18(3):44-8.
 13. Fadiloğlu F. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients with Heart Failure: The IC-DOM Study. *Rev. Esp. Cardiol* 2009; 62(4):400-8.
 14. Gorodeski EZ, Chlad S, Vilensky S. Home-based care for heart failure: Cleveland Clinic's "Heart Care at Home" transitional care program. *Cleve Clin J Med* 2013;80 Electronic Suppl 1:eS20-6.
 15. Abraham WT, Adamson PB, Bourge RC, Aaron MF, Costanzo MR, Stevenson LW, et al. Wireless pulmonary artery haemodynamic monitoring in chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;377:658–666.
 16. Varnfield M, Karunanithi M, Lee CK, Honeyman E, Arnold D, Ding H, et al. Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial. *Heart* 2014;100(22):1770-9.