

*DERLEME**REVIEW***Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyumu İçin Motivasyonel Görüşme***Motivational Interview for Compliance in Patients with Chronic Heart Failure***Hilal Uysal¹, Nuray Enç¹**¹İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Ülkemizde kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunudur. Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışların yaklaşık %80'inin en az 65 yaş üstü olduğu belirtilmektedir. Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yeniden yatışların en önemli nedenleri arasında, etkisiz hastalık yönetimi, ilaç, diyet ve egzersiz planına uyumsuzluk, yeterli bilgilendirilmemek bulunmaktadır. Bireylere eğitim ve danışmanlık sağlamada, tedaviye uyumu arttırmada, hasta eğitimi ve bakımı koordine etmede multidisipliner ekip içerisinde hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Bu makalede, kronik kalp yetersizlikli bireylerin hastaneye yeniden yatışını etkileyen faktörler ile diyet, ilaç ve bireysel izlemlerine uyumlarının artırılmasında etkili bir yöntem olduğu bilinen motivasyonel görüşme stratejilerinden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kronik kalp yetersizliği, hasta uyumu, motivasyonel görüşme

Heart failure is an important health problem in our country. Approximately 80% of hospital admissions due to chronic heart failure, stated that at least 65 years of age and older. The most important causes of hospital readmissions for chronic heart failure, there are ineffective disease management, noncompliance with medication, diet and exercise plan and insufficient training. Providing training and advice to individuals, to enhance compliance with treatment, patient education and to coordinate care, nurses have important responsibilities in a multidisciplinary team. This article, the factors affecting readmission to hospital of individuals with chronic heart failure, in increasing compliance, with diet, medication, and individual follow-up which is an effective method, motivational interviewing strategies are discussed.

Key Words: Chronic heart failure, patient compliance, motivational interviewing

Geliş tarihi: 04.04.2012 *Kabul tarihi:*04.04.2012

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Abide-i Hürriyet cad. 34381 Şişli, İstanbul, Türkiye. *Tel:* 02124400000 *E-posta:* hilaluysal@gmail.com

Ülkemizde kalp yetersizliği önemli bir sağlık sorunudur ve geniş populasyonları etkilemektedir. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı (HAPPY çalışması: Kalp Yetersizliği Prevalans ve Belirleyicileri Çalışması), daha genç nüfusa sahip olmamıza rağmen Avrupa ülkeleri ile karşılaştırılınca oldukça yüksektir. Türkiye'deki 35 yaş ve üstü kronik kalp yetersizliği prevalansı genel populasyonda %3.2, erkeklerde %2.1, kadınlarda %1.1 olarak bulunmuştur. Kadınlar kalp yetersizliğinde önemli risk grubunu oluşturmaktadır.^[1] Kronik kalp yetersizliği (KKY) görülme sıklığı, yaş ile birlikte artış göstermektedir. KKY nedeniyle hastaneye yatışların yaklaşık %80'inin en az 65 yaş üstü olduğu belirtilmektedir.^[2]

Kronik kalp yetersizliği, kalp işlevlerinde bozulma ve nörohormonal aktivite artışı ile ilişkili kronik bir sendromdur.^[3] Ventrikül işlev bozukluğuna bağlı dispne, yorgunluk, uyku güçlüğü, öksürük ve sıvı tutulumuna yol açarak yaşam kalitesini bozar ve yaşam süresini kısaltır. Kronik kalp yetersizliğinin morbiditesi hem bireylerin yaşam kalitesini hem de hastaneye başvuru sıklığını artırarak maliyeti yükseltmektedir. Morbiditenin yükselmesinin ve hastaneye başvuru sıklığının en büyük nedeni, bireylerin hastalık yönetimine uyum göstermemeleridir.^[3]

KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE YENİDEN YATIŞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE UYUMUN ETKİSİ

Kronik kalp yetersizliğinin yönetiminde multidisipliner (kardiyolog,

hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, egzersiz terapisti, gerontolog, psikolog gibi) bir ekip oluşturulmalıdır. Hemşirenin bu ekip içerisinde hasta bakımı, hasta/aile eğitimi ve öz bakım uygulamalarının sürdürülmesinde önemli sorumlulukları vardır. Yapılan çalışmalar, hemşire yönetiminde gerçekleştirilen multidisipliner hastalık yönetim programlarının yeniden yatış riskini azalttığını göstermiştir.^[4,5] Hasta/aile eğitimi ve danışmanlığı, taburculuğun planlanmasında, hasta uyumunun geliştirilmesinde, öz bakım davranışlarının (kilo izlemi, dinlenme ve uyku gibi) iyileştirilmesinde ve hastaneye yeniden yatışların önlenmesinde etkili bir adımdır. Uyum, hasta eğitiminin önemli bir sonucu olarak görülmektedir.^[5-7]

Hastaneye yatışları azaltmak için uygulanan ilaç tedavilerine rağmen, bireylerin klinik yönetiminin etkili düzeyde olmaması nedeniyle ve hastalık hikayesinin bir sonucu olarak hastaneye yeniden yatışlar çok sık olmaktadır.^[8] Yapılan çalışmalarda, hastalığın seyri ve yaşa bağlı olarak, kalp yetersizliği tanısı olan bireylerin %20 ile %55'inin taburcu olduktan sonra sıklıkla ilk 3-6 ay içerisinde yeniden hastaneye yattığı saptanmıştır.^[8-12] Bununla birlikte çalışmalarda, multidisipliner bir yaklaşımla verilen eğitim ve danışmanlığın, taburculuk sonrası 3 ile 6 aylık bir dönemde yeniden yatışları, mortaliteyi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı da görülmektedir.^[12,14]

Kronik kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yeniden yatışların en büyük nedenleri, etkisiz hastalık yönetimi, ilaç, diyet ve egzersiz planına uyumsuzluk gibi davranışsal faktörler, yetersiz bilgilendirme, bireyin yalnız yaşaması, ilk

ve sonraki yatışta hastanede kalış süresi, iki yatış arasında geçen süre, hastalığa eşlik eden diğer hastalıklardır.^[5,7,13-15] Eğer KKY'nin kötüleşmesine neden olan ilaca, diyetle ve bireysel izleme uyumsuzluk gibi davranışsal faktörler düzeltilirse, hastaneye yatışlarda önlenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, diyetle uyumsuzluk nedeniyle KKY semptomlarının kötüleştiği ve yeniden hastaneye yatışların arttığı tespit edilmiştir.^[13] Diğer bir çalışmada da, hastaneye yatışların %15 ile %60'ının hastaların ilaç tedavisine, diyetine ve semptom izlemine olan uyumsuzluklardan kaynaklandığı saptanmıştır.^[16] Annema ve ark.^[12], hastaneye yeniden yatış ile ilgili faktörler olarak diyet, sıvı kısıtlaması ve ilaç tedavisine uyum gösterilmemesini belirtmiştir. Tedaviye uyumsuzluk komplikasyonları arttırmak yanında, hastalığın süresini uzatmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Taburcu olduktan sonra bireylerin uyum göstermedikleri diğer nedenler arasında sıklıkla, yapması gerekenleri anlamaması, tıbbi tedaviyi izlemeyi unutma, birden fazla ilaç kullanma, tedavinin yararına inanmama ve maliyet yer almaktadır.^[17]

Kronik kalp yetersizliğinde diyet, ilaç ve bireysel izleme uyum

Bireylerin hastalığını anlaması, öz bakımlarını planlayıp gerçekleştirmeleri için prognoz hakkında doğru bilgi almaları önemlidir. Eğer birey hastalığı ve yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip değilse, uyumsuzluk gösterebilmektedir. Bununla birlikte birey hastalığının, tedavisinin ve uygulanan girişimlerinin yararlarını ve durumunun ciddiyetini anladığı, tedavinin

etkili olacağına ve tedaviyi uygulayabileceğine inandığı zaman sağlık davranışlarında değişiklik yapabilecektir. KKY'nin başarılı bir şekilde yönetimi, bireyin katılımına ve bakımda önerilen stratejilere ve tedaviye uyumuna bağlıdır.^[5]

Hasta uyumunda hekim ve hemşirenin tutumu da önemlidir. Hastanın yaşam şekline uymayan, dolayısıyla uygulamayı reddedeceği, sürdürmesi mümkün olmayan katı diyetler önerilirse hasta bu diyeti uygulamayacak, hatta bazen tedaviyi de tümünden reddedecektir. Bu nedenle hastanın özellikleri dikkate alınarak bireyselleştirilmiş bir plan yapılması önemlidir.

Yapılan bir çalışmada, kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yeniden yatışın yüksek olmasına rağmen, kadınların tedavi planına erkeklerden daha fazla bağlı kaldıkları ve yeniden yatan erkek hastaların %71'inin ilaca uyumsuz olduğu, ayrıca erkeklerin kısıtlı tuz kullanımı önerilerine uymadıkları saptanmıştır.^[18] Türkiye'de yapılan bir çalışmada da, KKY'li erkek hastaların tedavilerine kadın hastalardan daha iyi uyum sağladıkları tespit edilmiştir.^[5] Rich ve ark.^[4], eğitim verildikten sonra kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ve tedavilerine uyumlarının arttığı tespit edilmiştir.^[4]

Sadece bilgi vermek hastanın uyumunu arttıramaz. Uyumu güçlendirmek için güçlü bir sağlık ekibi-birey ilişkisi, sağlık davranışı değişikliği için bireysel modellerin kullanılmasına gereksinim vardır.

KRONİK KALP YETERSİZLİĞİNDE UYUMUN İYİLEŞTİRİLMESİ İÇİN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Bireylerin diyet, ilaç ve bireysel izlemelerine uyumlarını arttırmanın, davranış değişikliği sağlamanın yolu genellikle tavsiye vermek şeklinde olmuştur. Bu yöntem bazen işe yarsa da tavsiye vermenin etkinliğinin başarı oranının düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık birey odaklı programların daha fazla etkili olduğu bilinmektedir. Ancak, birey odaklı girişimlerin başarılı olması da, bireyin söylenenlerin büyük bir kısmını yapması, birey ve uzmanın karşılıklı iletişim kurması ile mümkündür.^[19]

Motivasyonel görüşme programları herhangi bir teori üzerine oturtulmamıştır, ancak birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli, transteoretik model gibi birçok modelden destek alınarak oluşturulmaktadır.^[19,20] Motivasyonel görüşme birey odaklı bir yaklaşımdır. Motivasyonel görüşmenin temelini, empatik yaklaşım göstererek bireyin öz yeterliliğini destekleyerek, davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğini gerçekleştirmesini sağlamak oluşturmaktadır.^[19,21] Motivasyonel görüşme ile, ambivalansı (ikilem) açıklayarak ve çözümleyerek değişim için bireyin iç motivasyonu arttırılmaktadır. Motivasyonel görüşmede danışman değişime zorlayıcı değil, değişime yardımcı bir ortam yaratmalıdır. Dirence doğrudan karşı çıkılmaz, yeni bakış açılarına davet edilir, fakat dayatılmaz. Burada bireye “ben seni değiştireceğim” değil “eğer istersen değiştirmene yardımcı olabilirim” şeklinde

yaklaşılmalıdır.^[19] Değişimin sağlanması için bireyle tartışmaktan kaçınılmalıdır. Bireyin motivasyonunun artırılmasında etkili olan değişim için bireyin öz yeterliliği (bireyin kendine güveni) desteklenmelidir. Bunun için bireyin geçmiş başarılı deneyimleri ile ve benzer hastaların başarılı davranışlarının paylaşılması yararlı olacaktır.

Motivasyonel görüşme ilk kez Miller^[19,22] tarafından alkol kullanımıyla ilgili davranış değişikliğini sağlamak için alternatif bir model olarak geliştirildi. Son yıllarda sigara içme, beslenme bozuklukları, obezite ve diyabet yönetimi gibi sorunları çözmek, davranış değişikliği sağlamak için uygulanmaktadır.^[23] Kronik kalp yetersizliği hastalarında motivasyonel görüşme yapılarak yaşam kalitesi ve fiziksel aktiviteye uyumun iyileştirilmesinin araştırıldığı sadece iki çalışma bulunmaktadır.^[23,24] Yapılan bu çalışmalarda, davranış değişikliği için planlanan motivasyonel görüşmenin bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek^[23] fiziksel aktiviteye uyumunu arttırmak^[24] için etkili olduğu saptanmıştır. Yapılan bir meta analiz çalışmasında ise, motivasyonel görüşmenin kilo verme, total kolesterol, kan basıncı kontrolünde ve alkol bağımlılığında kurtulma konusunda etkili olduğu tespit edilmiştir.^[25] Elde edilen sonuçlarla, motivasyonel görüşme girişimlerinin, uygulayıcı ile hasta ilişkilerini geliştirebileceği ve hasta memnuniyetini arttırabileceği gösterilmiştir.^[19]

Motivasyonel görüşme ile diyet ve fiziksel aktivite örüntülerini değiştirirken içerikte davranışı bırakmaktan çok davranış değişimi; davranışı yapmaktan kaçınmaktan çok tekrar şekillendirme

vardır. Çoğunlukla “davranışı bırakma günü” belirlemek yerine, günde 5 öğün meyve ve sebze yemek, günlük kalori ya da yağ sınırını aşmamak ya da hafta, gün ya da dakika gibi belirli sürelerde spor yapmak gibi somut davranışsal hedefler olabilir. Değişimler ilk etapta yaşam boyu olmayacaksa da uzun dönemli olmalıdır: örneğin hiperlipidemisi olan bireyin doymuş yağ alımını düşürmesi gibi. Bu durum bireyin hastalığının kronik doğasını kavramasına ve bunaltıcı görünen yükleri azaltmasına yardım edecektir. Motivasyonel görüşmede değişim sonunda ne kazanıldığı karşısında ne kaybedildiğinin anlaşılmasının sağlanması önemlidir.^[19]

Bireylerin kendilerine uygulanan tedavi, diyet önerilerine uyumlarını ve bireysel izlemlerini sağlamak için onları motive edecek stratejilere gereksinim vardır.^[19] Yapılan bir çalışmada, motivasyonel görüşme programı ile bireylerin kan şekerlerini daha iyi izledikleri, kontrol altına aldıkları ve günlüklerini düzenli olarak tuttıkları tespit edilmiştir.^[26] Bireyler çoğu zaman düzenli ilaç kullanmanın yararlarını bilmelerine rağmen, bazen ilacın yan etkilerinden kaçınmak isteyebilir ya da duygusal olarak hastalığı ile yüzleşmek istemeyebilirler. Motivasyonel görüşme, ilaç kullanmanın iyi ve kötü yönleriyle ilgili ikilemleri olan, durumunu ve belirleyicilerini tam olarak kavrayamayan kişiler için etkili olacaktır.^[19]

Sonuç olarak, görüldüğü gibi son zamanlarda KKY’li bireylerin hastalık sonuçlarını, tedaviye, hastalığa uyum ve bireysel izlemini iyileştirmek için çok çaba harcanmaktadır. Bu çabalara rağmen, KKY’li bireyler için yeniden yatış oranları

yüksek düzeyde kalmaya devam etmektedir. Kronik kalp yetersizliği sonuçlarını iyileştirmek için, hasta yakınlarının bireyin bakımına dahil edilmeleri çok önemlidir. KKY’nin yönetiminde multidisipliner (kardiyoloji uzmanı, kalp yetersizliği hemşiresi ve diğer sağlık bakım uzmanları) bir yaklaşımın hastaneye yeniden yatış ve maliyetleri azalttığı, hastalık sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Yetersiz profesyonel yardım, ilaca, diyet ve egzersize uyumsuzluk ve hastalık hakkında bilgi eksikliği yeniden yatışlarda karşılaşılan önemli sorunlardandır. Bununla birlikte bireylerin tedavi, diyet önerilerine uyumlarını ve bireysel izlemlerini sağlamak için onları motive edecek etkin stratejilerin geliştirilmesine gereksinim vardır.

KAYNAKLAR:

- 1.Değertekin M. HAPPY çalışması: Türkiye’de kalp yetersizliği. Türkiye’de kalp yetersizliği prevalansı ve belirleyicileri araştırması. 25.Ulusal Kardiyoloji Kongresi. İstanbul, 2009. Erişim adresi: <http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=5F23295659365C255E> (Erişim tarihi: 01.04.2012).
- 2.Uysal H. Konjestif kalp yetersizlikli hastalarda erken dönemde hastaneye tekrar yatış belirleyicileri. Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni 2009;1(11). Elektronik dergi. <http://www.tkd.org.tr/cg/007/kybulteni/?makale=67>
- 3.Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik kalp yetersizliği olan hastalar için inanç ve uyum ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması. Türk Kardiyol Dern Arş. 2010;38:480-485.
- 4.Rich MW, Becham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333:1190-5.
- 5.Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin

hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, doktora tezi. Danışman:Nuray Enç. İstanbul:2005.

6.Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 1.Basım: Ekim 2003, 2. Basım: 2007.

7.Strömberg A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem. *European Heart Journal* 2006;27: 379-381.

8.Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriquez-Artalejo F. The effectiveness of disease managment programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal* 2004;25:1570-95.

9.Proctor E, Morrow-Howell N, Li H, Dpre P. Adequacy of Home Care and Hospital Readmission for Elderly Congestive Heart Failure PATient. *Helath &Social Work* 2000;25(2):87-96.

10.Hoyt R, Bowling L. Reducing Readmissions for Congestive Heart Failure. *American Family Physician* 2001;63(8):1593-1598.

11.Esquivel H, Dracup K. Effects of Gender, Ethnicity, Pulmonary Disease and Symptom Stability on Rehospitalization in Patients with Heart Failure. *The American Journal of Cardiology* 2007;100(7):1139-1144.

12.Annema C, Luttik M, Luttik L, Jaarsma T. Reasons for Readmission in heart Failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologist and heart failure nurses. *Heart & Lung* 2009;38:427-434.

13.Dewald T, Gaulden L, Beyler M, Wheltan D, Bowers M. Current trends in the Clin North Am 2000;35:855-73.

14.Sönmez E. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye yeniden yatışları ile ilaç ve diyete uyumları arasındaki ilişki. Danışman: Sıdıka Oğuz. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.

15.Hallerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, Cohn J, Golfinger M. Patterns and Predictors of Early Hospital

Readmission in Patients with Congestive Heart Failure. *Am J Med Qual* 2008;23(1):18-23.

16.Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin L-A, Karlsson L-İ, Dahlström U. Nurse-led Heart Failure Clinics Improve Survival and Self Care Behaviour in Patients with Heart Failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J*, 2003;24:1014-1023.

17.Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. TKD Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni. 2009;1(11).

18.Moser DK. Maximizing therapy in the advanced heart failure patient. *J Cardiovascular Nurs*. 1996;10:29-46.

19.Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme: Tıbbi ve Halk Sağlığı Ortamlarında Motivasyonel Görüşme. Çeviren: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. Hekimler yayın birliği. Ankara 2009:268-88.

20.Miller WR, Rose GS. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol* 2009;64(6):527-537.

21.Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational Interviewing in Health Settings: A Review. *Patient Education and Counseling* 2004;53:147-155.

22.Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 1983;11:147-172

23.Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *Internaitonal Journal of Nursing Studies*. 2008;45:489-500.

24.Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promoye physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing* 2004;50(5):518-527.

25.Rubak S. Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of General Practice*. 2005;55:305-312.

26.Smith De, Heckemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care* 1997;20(1):53-54.