

KALP YETERSİZLİĞİ OLAN BİREY VE YAKINLARININ EVDE BAKIM HİZMETLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞ VE BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ

Individuals With Heart Failure and Their Relatives' Opinions and Expectations About Home Care Services

Betülay KILIÇ¹, Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK ², Nalan AKBAYRAK³, Gülcan BAĞCIVAN⁴

Özet

Amaç: Bu çalışma kalp yetersizliği olan birey ve yakınlarının evde bakım hizmetleri hakkındaki görüş ve beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini 15 Ocak-15 Haziran 2013 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kardiyoloji kliniğinde kalp yetersizliği ile takip edilen hastalar ve yakınları oluşturmaktadır. Ölçütlere uyan 50 hasta ve 50 hasta yakını örnekleme oluşturmuştur. Etik kurul izni ve bireylerden aydınlatılmış onam alındıktan sonra çalışma yapılmıştır. Kalp yetersizliği hastaları ve yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, hastalık bilgileri, evde bakım hakkındaki görüş ve beklentilerini belirlemeye yönelik soruları içeren veri toplama formlarıyla veriler toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 65,94±12,21, hasta yakınlarının yaş ortalaması 47,62±14,49 bulunmuştur. Hastanın evde bakımıyla ilgilenen kişilerin %42'si eşleridir. Bakım verenlerin sadece %27'si sağlık personelinde bakım verme ile ilgili eğitim almıştır. Hastaların %78'i, hasta yakınlarının %86'si evde hemşirenin bakım vermesi gerektiğini, hastaların %36'sı, hasta yakınlarının %54'ü olanaklar dahilinde tedavilerini evde sürdürmek istediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Kalp yetersizliği tanısı alan hastalar ve yakınları evde sağlık bakımının gerekliliğine inanmalarına karşın, hastaların çoğu ve ailelerin de yarıya yakınının hastane dışında bakım almayı istemedikleri görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Evde bakım, kalp yetersizliği, hemşirelik

Abstract

Purpose: This descriptive study aims to determine individuals with heart failure and their relatives' opinions and expectations about home care services.

Method: The descriptive study was done between January 15-June 15, 2013 in cardiology clinic and polyclinic of gulhane military medical academy with 50 patients diagnosed with heart failure and 50 relatives of patients. Study was done after having taken permission Ethic Committee and informed consent from individuals. Data was collected by data collection forms including questions which were designed to determine sociodemographic characteristics, illness information, opinions and expectations of heart failure patients and their relatives about home care services.

Findings: Average age of patients who constituted the sample of the research is 65.94±12.21 and of patients' relatives is 47.62±14.49. 42 % of people dealing with home caring of patients were their spouse. Only 27% of home caring people took education related with home caring service from health staff. 78% of patients and 86% of patients' relatives stated that nurse should care at home, 36% of patients and 54% of patients' relatives stated that they possibly wanted to continue treatment at home.

Result: Although patients with heart failure diagnosis and their relatives believed that health care at home was required, it was seen that most of the patients and nearly half of their families did not want to be taken care of outside the hospital.

Key Words: Home care, heart failure, nursing

¹ Dr. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği BD. ANKARA

² Doç.Dr. GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği BD. ANKARA

³ Prof.Dr. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, GAZİANTEP

⁴ Dr. Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği BD. ANKARA

Yazışma Adresi

Dr.Betülay KILIÇ

GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği BD. ANKARA

e-mail: bkilic@gata.edu.tr

Tel: 0312 304 3943

Geliş tarihi/Received:10/07/2015 ; Kabul tarihi/Accepted:09/06/2016

GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY) yaşlı nüfusun hızla artmasına bağlı olarak prevalansı ve insidansı gittikçe artan, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Kuhn et al. 2015). Dünya çapında 23 milyon kalp hastası bulunmakta olup, görülme oranları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır (Jones et al. 2010). Gelişmiş ülkeler de erişkin toplumun yaklaşık %1-2'sinde KY'ye rastlanmakta, prevalans 70 yaş ve üzerindeki bireylerde \geq %10'a kadar yükselmektedir. Ülkemizde 9 milyon kişinin risk altında olduğu ve 3 milyon KY hastasının var olduğu tahmin edilmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014).

Kalp yetersizliği artan yaşla birlikte daha sık görülür ve 65 yaş üstü bireylerde hastaneye yatışın önde gelen nedenidir (McMurray et al. 2012). KY nedeniyle hastaneye yatış oranı son otuz yılda 3 kat artmıştır (Fang et al. 2008). Hastalığın prognozu kötü ve hastaların yaşam kalitesi genellikle düşüktür. Tanı konulduktan 5 yıl sonra mortalite oranı yaklaşık %50'dir (Roger et al. 2011). KY nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %40'ı ya bir yıl içinde ölmekte ya da tekrar hastaneye yatırılmaktadır (Cowie et al. 2000; Stewart et al. 2001) KY akut hastaneye yatışların %5'ini oluşturmaktadır, hastanede yatış maliyetleri başta olmak üzere ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %2' sinden sorumludur (Stewart et al. 2002). Yatış süresinin uzunluğu, karmaşık problemlere sahip hastalar olması nedeniyle hükümetler ve sigorta sistemleri için ekonomik olarak önemli bir yük oluşturmaktadır (Patel et al. 2008).

Kalp yetersizliği olan hastaların ihtiyaç duydukları tedavi ve bakımın genelde uzun süreli olması, hastalığın semptomları ve tedavi bileşenleri ile ilgili zayıf ve yaşlı hastaların belirsizlik yaşamaması, ilerleyen süreçte ailelerin profesyonel yardıma ihtiyacını artırmaktadır (Heo et al. 2009). Ayrıca hastaların izlemlerinin yetersiz olması, karmaşık tedavi ve eğitim eksikliği tedavi ve bakımın devamında eksikliklere yol açmaktadır (Demir ve Ünsar 2008). Çeşitli çalışmalar ve hastalık yönetim programları KY hastalarının yükümlülüklerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca geliştirilmiş öz bakım becerisi ve tekrar hastaneye yatmayı azaltma gibi pozitif sonuçlar elde eden bu yönetim programları sağlık eğitiminin temel bileşeni olarak kabul edilmiştir. Hastane sonrası evde devam eden KY bakım programlarının geliştirilmesi KY'nin ülke ekonomisine getirdiği yükü azaltması; hasta yaşam kalitesini ve süresini uzatması açısın-

dan önemlidir (Azzolin et al. 2015; Rodriguez-Artalejo et al. 2005; Riegel et al. 2002; Mingming et al. 2012).

Kalp yetersizliği hastalarının yaşadıkları semptomlar tekrarlı hastaneye yatışlarının azaltılması için aynı bakımın kendi yaşadıkları ortamda verilmesi, hastalık kontrolünün sağlanması gerekmektedir. Hayat boyu tedavi gereksinimi, taburcu olduktan sonra tekrarlı hastaneye yatma, karışık ve pahalı cihaz tedavisi nedeniyle yüksek maliyetler de getirmektedir (Stewart et al. 2012). Bu amaçla hastaların hastane bakımının yanı sıra evde bakımlarının sağlanması gerekmektedir. Bu araştırma hastaların olabilecek en iyi bakımı almalarının sağlanması için evde bakım hakkında görüş ve beklentilerinin belirlenmesi, ev ve toplumda bakımın gelişmesi, gelecekte evde bakım hakkındaki düzenlemelere kaynak oluşturması amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışmanın evrenini 15 Ocak-15 Haziran 2013 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kardiyoloji Kliniği'nde yatan ve polikliniğe başvuran, KY olan hastalar ve yakınları oluşturmaktadır. Belirlenen tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli olmayan 50 hasta ve 50 hasta yakını örneklem grubuna alınmıştır. GATA Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı onay (1491-82-13/1648.4-409) alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Hasta ve yakınlarına gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra onam formu imzalatılmış, veriler hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 15-20 dk. sürmüştür.

Veri Toplama Formları: Literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından geliştirilen, KY hastaları ve yakınlarının sosyodemografik ve hastalık bilgileri ile evde bakım hakkındaki görüş ve beklentilerini belirlemeye yönelik hazırlanan veri toplama formları kullanılmıştır. Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin verilerin yanı sıra kalp yetersizliği evresi kardiyoloji uzmanı hekim tarafından belirlenmiştir. Bu amaçla "New York Heart Association (NYHA)" tarafından belirlenen sınıflandırma sistemi kullanılmıştır (Kepez ve Kabakçı 2004). Likert tipi 28, toplam 33 sorudan oluşan "Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Genel Görüşler Veri Toplama Formu" ve likert tipi 25 sorudan oluşan "Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Beklentiler Veri Toplama Formu" kullanılarak veriler toplanmıştır (Karadağ 2006). Tanımlayıcı istatistiklerde sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde (%), ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama (\bar{X}) \pm standart sapma (ss) gösterimi kullanılmıştır. Kategorik değişken-

lerin istatistiksel karşılaştırılmasında Ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması $65,94 \pm 12,21$ yıl olup, %52'si erkek, %72'si evli, %58'si sadece okuryazar ya da ilköğretim mezunu, %52'si emekli, %92'si il merkezinde yaşamakta ve %54'ünün geliri giderine eşittir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması $47,62 \pm 14,49$ yıl olup, yakınların %78'i kadın, %72'si evli, %38'i sadece okuryazar ya da ilköğretim mezunu, %42'si ev hanımı, %94'ü il merkezinde yaşamakta ve %62'sinin geliri giderine eşittir.

Çalışmamıza katılan hastalarda NYHA sınıflamasına göre KY'nin şiddeti I-II olanların oranı %26 ve sınıf III-IV olanların oranı ise %74 olarak bulunmuştur. Hastaların %86'sında KY'ne bağlı çabuk yorulma, %84'ünde ödem ve halsizlik %80'inde nefes darlığı görülmektedir. Hastaların %92'sinin KY dışında rahatsızlığı, %96'sının daha önce hastanede yatma deneyimi olup, %96'sı hastalık, tedavi, semptom yönetimi (yan etkilerle baş etme) ile ilgili hiçbir eğitim almamıştır. Hastaların %48'si daha önce sigara kullanmış ve hastalığa bağlı olarak sigarayı bırakmıştır (Tablo 1).

Hastanın evde bakımıyla ilgilenen kişilerin %42'si eşleridir. Bakım verenlerin sadece %27'si sağlık personelinin bakım verme ile ilgili eğitim almıştır. Hasta yakınlarının %46'sının aile içindeki konumu anne olup, %94'ü ev alanının yeterli olduğunu, %66'sı evde bakıma yardımcı olan kendinden başka bir kişi daha olduğunu belirtmiştir. Hastaların %78'i, hasta yakınlarının %86'si hemşirenin evde bakım hizmetlerini verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaların %96'sı, hasta yakınlarının %92'si evde bakım hizmetleri hakkında yasal düzenlemelerle ilgili bilgilerinin olmadığını; hastaların %64'ü, hasta yakınlarının %46'sı tedavinin hastanede sürdürülmesini istediklerini; hastaların %62'si, hasta yakınlarının %44'ü sağlık ekibi tarafından evde bakım hizmeti verilmesinin aile düzenlerini etkilemeyeceğini belirtmişlerdir.

Tablo 1. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (n=50)

Özellikler	Sayı	%
Hastalık evresi		
Evre 1	1	2
Evre 2	12	24
Evre 3	26	52
Evre 4	11	22
Kalp yetersizliğine bağlı semptomlar**		
Çabuk yorulma	43	86
Halsizlik	42	84
Ödem	42	84
Nefes darlığı	40	80
Öksürük	33	66

Çarpıntı	30	60
Göğüs ağrısı	29	58
Kilokayıbı/kaşeksi	27	54
Karın şişliği	22	44
Nokturi	20	40
Siyanoz	7	14
Senkop	5	10
Sağ üst kadran ağrısı	4	8
Kalp yetersizliği dışındaki rahatsızlıklar		
Var *	46	92
Yok	4	8
Daha önce hastanede yatma deneyimi		
Var	48	96
Yok	2	4
Sağlık personelinin eğitim alma durumu		
Hayır	48	96
Evet	2	4
Sigara kullanma durumu		
Bırakmış	24	48
Kullanmıyor	19	38
Kullanıyor	7	14

*Hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, KOAH, diyabet, kanser, artrit, hipertiroidi, hipotiroidi **Bir kişi birden fazla cevap verdiği için "n" katlanmıştır.

Tablo 2.'de hasta ve hasta yakınlarının evde bakım hizmetleri ile ilgili genel görüşleri verilmiştir. Hastaların tamamı evde bakım hizmetlerinde hasta ve ailesinin hastalık konusunda bilgilendirilmesinin önemli olduğunu (%100), çoğunluğu evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanması gerektiğini (%98) ve evlerinde daha rahat hareket edeceklerini (%94) söylemiştir. Hasta yakınlarının çoğunluğu evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanması gerektiğini (%98), evde bakım hizmetlerinin hastane destekli olursa etkili olacağını (%96), hastaların evlerinde daha rahat hareket edeceklerini (%94) düşünmektedirler. Evde bakım hizmetleri ile ilgili hasta ve hasta yakınlarının bütün görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Genel Görüşleri

Görüşler	Hasta (n=50)						Hasta yakını (n=50)						Test p
	Evet		Hayır		Kararsız Bilmiyor		Evet		Hayır		Karar sız Bilmi yor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastanede yatan hastaların tedavisinin büyük kısmı evde yapılabilir.	21	42	19	38	10	20	24	48	20	40	6	12	x ² =1.226 p=0.542
Evde bakım hizmetleri hastane destekli olursa etkili olur.	45	90	1	2	4	8	48	96	2	4	-	-	x ² =4.430 p=0.109
Evde bakım hizmetleri, hastaneden çabuk taburcu olmayı sağlar.	35	70	6	12	9	18	35	70	7	14	8	16	x ² =0.136 p=0.934
Kalp yetersizliği hastalarının bakımı uzun sürdüğünden evde bakım gereklidir.	38	76	7	14	5	10	42	84	8	16	-	-	x ² =5.267 p=0.072
Evde hastaya gerekli tedavi yapılamaz.	17	34	26	52	7	14	14	28	26	4	10	2	x ² =3.0 p=0.664
Evde hastalar kendilerini daha rahat ve huzurlu hissederler	45	90	2	4	3	6	46	92	3	6	1	2	x ² =1.211 p=0.546
Hastalar evlerinde daha rahat hareket ederler.	47	94	1	2	2	4	47	94	2	4	1	12	x ² =0.667 p=0.717
Evde bakım hizmetleri hastaların yaşam kalitesini artırır.	43	86	4	8	3	6	46	92	2	4	2	4	x ² =0.968 p=0.616
Hastanede uzun süre kalmak hastaların kaygı ve korkularını yükseltir.	39	78	10	20	1	2	39	78	9	18	2	4	x ² =0.386 p=0.824
Hastanelerde kalış hasta için her zaman bir enfeksiyon riskidir.	37	74	9	18	4	8	37	74	8	16	5	10	x ² =0.170 p=0.919
Hasta ve hasta yakınları evde bakım sırasında daha katılımcı olurlar.	39	78	5	10	6	12	40	80	4	8	6	12	x ² =0.124 p=0.940
Hasta yakınları hastalarının evde bakılmasını istemezler.	15	30	17	34	18	36	15	30	25	50	10	20	x ² =3.810 p=0.149
Hastalar gereksinim duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulur.	42	84	6	12	2	4	38	76	6	12	6	12	x ² =2.200 p=0.333
Sağlık personeli evde uygun tedavi yapamaz.	18	36	24	48	8	16	14	28	25	50	11	22	x ² =0.994 p=0.608
Evde bakım hizmetlerinde hasta ve ailesinin hastalık konusunda bilgilendirilmesi önemli yer tutar.	50	100	-	-	-	-	45	90	1	2	4	8	x ² =5.263 p=0.072
Evde bakım hizmetlerinin finansmanını devlet sağlamalıdır.	49	98	-	-	1	2	49	98	1	2	-	-	x ² =2.000 p=0.368
Türkiye’de evde bakım hizmetlerini uygulamak oldukça güçtür.	37	74	9	18	4	8	31	62	8	16	11	22	x ² =3.855 p=0.146

Tablo 3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Beklentileri

Beklentiler	Hasta (n=50)						Hasta yakını (n=50)						Test P
	Evde		Hastanede		Kararsız		Evde		Hastanede		Kararsız		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaşamsal bulguların izlemi (Tansiyon, nabız, ateş, solunum takibi)	38	76	11	22	1	2	33	66	14	28	3	6	x ² =1.712 p=0.425
Gerektiğinde hastanın kullandığı ilaçların uygulanması	36	72	11	22	3	6	33	66	17	34	-	-	x ² =4.416 p=0.110
Oksijen tedavisi uygulaması	35	70	7	14	8	16	27	54	21	42	2	4	x ² =11.632 p=0.003
Hasta ve yakınlarının kullanılan ilaçlar ve ilaç uygulamaları konusunda eğitilmesi	42	84	5	10	3	6	37	74	11	22	2	4	x ² =2.766 p=0.251
Solunum sıkıntısı, ödem, uyku sorunları ve yorgunluk ile baş etme yöntemlerinin öğretilmesi	39	78	7	14	4	8	35	70	13	26	2	4	x ² =2.683 p=0.261
Hasta için gerekli özel tanı işlemlerinin (Kalp grafisi, röntgen, taşınabilir laboratuvar hizmetleri vb.) uygulanması	17	34	9	18	24	48	10	20	14	28	26	52	x ² =2.982 p=0.225
Psikolojik destek hizmetlerinin verilmesi	31	62	12	24	7	14	25	50	18	36	7	14	x ² =1.843 p=0.398
Gerektiğinde hastaya pozisyon verilmesi, hastanın ayağa kaldırılması, yürütülmesi, sandalye\tekerlekli sandalyeye oturup kalkmasına yardım edilmesi,bunların aileye öğretilmesi	45	90	3	6	2	4	40	80	8	16	2	4	x ² =2.567 p=0.277
Bakıma muhtaç bireyin (yatağa bağımlı hastanın)banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb.gibi aktivitelerin yerine getirilmesi	47	94	2	4	1	2	40	80	9	18	1	2	x ² =5.018 p=0.081
Ev ortamının tıbbi araç gereç için düzenlenmesi	33	66	8	16	9	18	24	48	17	34	9	18	x ² =4.661 p=0.097
Konuşma ve meşguliyet tedavileri	35	70	9	18	6	12	35	70	14	28	1	2	x ² =4.658 p=0.097
Hastaya rahat ve güvenli ortam sağlamak amacıyla enfeksiyon ve kaza riskini önleyici önlemlerin alınması	43	86	7	14	-	-	37	74	13	26	-	-	x ² =2.250 p=0.134
Tıbbi amaçlı kullanılacak malzemelerin sterilizasyonu, temizliği ve atıkların uygun şekilde saklanması ve atılması	30	60	9	18	11	22	17	34	16	32	17	34	x ² =6.841 p=0.033
Bireyin hak ve sorumlulukları ve yasal konular ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi	48	96	2	4	-	-	44	88	3	6	3	6	x ² =3.374 p=0.185
Ev işlerine yardım ve ev düzeninin yeniden sağlanması (Örn; temizlik, ütü, alışveriş, ev içi rampa düzeni.....vb)	44	88	6	12	-	-	37	74	11	22	2	4	x ² =4.076 p=0.130
Hasta ve aileye sosyal destek sağlanması (Örn;hastanın randevulara götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürecekt hizmetler...)	42	84	7	14	1	2	43	86	5	10	2	4	x ² =0.678 p=0.712
Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevine yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetlerinin verilmesi	43	86	4	8	3	6	42	84	6	12	2	4	x ² =0.612 p=0.736

Tablo 3.'de hasta ve hasta yakınlarının evde bakım hizmetleri ile ilgili beklentileri verilmiştir. Hastaların çoğunluğu bireyin hak ve sorumlulukları ve yasal konular ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesini (%96), hastaya yemek için uygun pozisyon verilmesi ve gerekiyorsa yemeğinin yedirilmesi (%94), banyo/giyinme gibi aktivitelerle yardımcı olunmasını (%94) hasta yakınlarının çoğunluğu ise benzer şekilde bireyin hak ve sorumlulukları ve yasal konular ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesini (%88), hasta ve aileye sosyal destek sağlanmasını (%86), evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevine yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetlerinin verilmesi (84) hizmetlerinin evde verilmesini beklemektedirler. Tıbbi amaçlı kullanılacak malzemelerin sterilizasyonu, temizliği ve atıkların uygun şekilde saklanması ve atılması ($\chi^2=6.841$, $p=0.033$), evde oksijen tedavisi uygulaması ($\chi^2=11.632$, $p=0.003$) hizmetlerini evde almak isteyen hasta oranı hasta yakınlarından daha fazla olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.05$). Diğer evde bakım hizmetleri ile ilgili hasta ve hasta yakınlarının beklentileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğunda KY'ye bağlı çabuk yorulma (%86), ödem ve halsizlik (%84), nefes darlığı (%80) mevcuttur. Yapılan çalışmalarda KY'ye bağlı en sık görülen semptomların yorgunluk, dispne, çarpıntı ve ödem olduğu belirtilmiştir (Toderio et al. 2002; Heo et al. 2009). Kalp yetersizliğine bağlı semptomların ilerlemesi, eşlik eden hastalıkların olması ve komorbiten ilerlemesiyle hastaların fonksiyonel durumları kötüleşir ve bu hastalar sıklıkla hastaneye başvurmurlar. Akut bakım sonrası eve her dönüşte, hastalığı yönetmek daha zor hale gelmektedir (Gorodeski 2013). Çalışmamızda da hastaların %92'sinin KY dışında rahatsızlığı olup, %96'sı daha önceden hastaneye yatmıştır. Bunun nedeninin; eşlik eden hastalıkların fazla olması, hastaların hastalıklarının yönetiminde etkin olmaları ve izlemlerinin de yetersiz olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda evde hastaya bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğu kadın (%78) olup, %42'si hastaların eşleri, %18'i çocukları, %12'si eş ve çocuklarıdır. Akdemir ve ark.nın çalışmasında da benzer şekilde hastaların bakımını yükümlü oldukları kişilerin başında %36,8 ile eşlerinin, %10,5 ile çocuklarının, %10,5 ile eş ve çocuklarının geldiği saptanmıştır (Akdemir ve ark. 2011). Hastaların %96'sı hastalık, tedavi ve yan

etkilerle baş etme ile ilgili hiçbir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Yine hastaların %96'sı hasta yakınlarının ise %92'si ise evde bakım ve yasal düzenlemeler hakkında bilgileri bulunmamaktadır. Galdeno ve ark.'nın (2010) KY hastalarının öğrenme ihtiyaçlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların %95'inin hastalık ve tedavileri hakkında bilgi eksikliği olduğunu vurgulamışlardır. Yapılan çalışmalar KY olan hastaların bilgi ihtiyaçlarının karşılanmamasının hastalığın yönetimini zorlaştırdığını, bunun da hastaneye tekrarlı yatışlara ve klinik istikrarsızlıklara neden olduğunu göstermektedir (Castro et al. 2010; Ekman ve ark. 2006). Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin tam olarak gelişmemiş olması nedeniyle toplumumuzda bakımın sadece aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından yürütüldüğü ve bakım verme konusunda bilgilerinin yetersiz olması nedeniyle evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısalmalar olduğu belirtilmiştir. Bakım veren bireylerin özgürlüklerinin kısıtlandığı, meslek ve iş kaybı yaşadıkları, ev yaşantılarının kısıtlandığı ve sosyal ilişkilerinin bozulduğu da bildirilmiştir (Şensoy ve Karabekir 2011). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçların elde edilmesi bakıma muhtaçlık durumunda sorumluluğun yalnızca aile ve kadın değil devlet ve toplum tarafından da paylaşılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Diğer bir yandan araştırmalar hastalık yönetiminde ve öz bakımın sağlanması sürecinde aile üyelerinin özellikle de eşlerin desteğinin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Eşlerden gelen desteğin KY ve diğer kalp hastalığı olan bireylerin sonuçlarında pozitif bir etkiye sahip olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır (Özer 2010).

Çalışmamızda hastaların %96'sının ev alanının yeterli olması ve %82'sinin evde bakıma yardımcı kişinin olması evde bakımın daha konforlu olacağını düşünülmesine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastanede kalmanın enfeksiyon için riskli olduğunu belirtenlerin oranı %74 olarak bulunmuştur. Burton ve ark.(1998) çalışmasında bu oran %62,5, Fried ve ark. (2000)'nın çalışmasında ise %47 olarak belirtilmiştir. "Evde tedavi edilmek aileme yük getirmez" diyenlerin oranı Fried ve ark. (2000)'nın çalışmasında %67, Burton (1998)'un çalışmasında %62,5'dir. Bizim çalışmamızda ise evde hastaya bakan hasta yakınlarının gerginliğini artırmayacağını belirtenlerin oranı %72 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada evde bakım alan hastaların hastaneye başvurularında, hastanede kalış sürelerinde ve hastane enfeksiyonu gelişmesinde azalma dolayısıyla maliyetlerde düşme olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve ark. 2000, Stessman et al. 1996). Bizim çalışmamızda, hastaların büyük bir

kısının hastanede uzun süre yatmanın hastane enfeksiyonlarına yol açacağını bilmesi olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların (%90) ve hasta yakınlarının çoğu (%96) evde bakım hizmetlerinin hastane destekli olursa daha etkili olacağını belirtmiştir. Evde bakım hizmetleri sadece evde verilen bakımla sınırlı olmamalı ve hastane ile ev arasında bir bağlantı sağlanmalıdır (Leff et al. 2005). Karadağ (2006)'ın çalışmasında da doktorların tamamına yakını evde bakımın hastane destekli olursa daha etkili olacağını belirtilmiş olup çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Hasta ve hasta yakınlarının evde bakım hizmetlerinin hastaneden bağımsız bir uygulama olmadığını ve hastanenin kendilerini desteklemesinin gerektiğini düşünmelerinin, evde bakım hizmetine güvenlerini arttırmaya yönelik düşünceler olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların %94'ü, hasta yakınlarının %80'i evde hastanın temizliği gibi aktivitelerin evde yapılması gerektiğini, hastaların %80'i, hasta yakınlarının %74'ü ev işlerine yardım edilmesi gerektiğini, hastaların %82'si hasta yakınlarının %86'sı hasta ve aileye sosyal destek sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Seamark ve ark. (2014)'nın yaptığı niteliksel çalışmada aileye sağlanan sosyal desteğin işlerini çok kolaylaştırdığını özellikle evde yardımcı olmayan bireyleri memnun ettiği belirtilmiştir. Turan (2008)'ın çalışmasında da 213 kalp ve akciğer hastalığı olan bireyde, tam bağımlılığın en fazla görüldüğü etkinliğin %22,5 ile temizlik olduğu ve %35,7'sinin de temizlik açısından kısmen bağımlı olduğu bildirilmiştir. Tam bağımlılık açısından ev temizliğini, ulaşım (%15) ve alışveriş etkinlikleri (%14,6) takip etmiştir. Kalp yetmezliği hastaları yorgunluk ve nefes darlığına bağlı olarak egzersiz toleransında kısıtlanma olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememektedirler (Heo et al. 2009). Çalışmamızda KY hastalarının ev ortamında en çok ihtiyaç duyduklarının temizlik, yemek ve alışveriş olduğu görülmüştür. Diğer yandan çalışma sonucumuz da göstermektedir ki evde uzun süreli bakım alacak KY hastalarının hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerinin ağırlıklı bir şekilde karşılanması gerekmektedir.

Kalp yetersizliği hastalarında dikkatli taburculuk planlaması, doğru rehabilitasyon, tedaviye uyumsuzluğun belirlenmesi, KY belirtilerinin ve erken işaretlerinin tanınmalarını sağlayacak talimatların öğretilmesi ile hastaneye tekrar yatışlarında %40-59 azalma sağlanabileceği gösterilmiştir (Blue et al. 2005). Hasta ve yakınlarının kullanılan ilaçlar ve ilaç uygulamaları konusunda eğitilmesini isteyen hastaların oranı %84 hasta yakınlarının oranı %74, hastalık ve semp-

tomlarına ilişkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesini isteyen hasta oranı %78 hasta yakınlarının oranı ise %70'dir. Çalışmamızda hastaların kullandıkları ilaçlar, hastalık ve semptomların yönetimi ile ilişkin bilgi gereksinimlerinin oldukça yüksek olması; hastanede yapılan sağlık ve hasta taburculuk eğitiminin artırılması gerektiğini göstermiş olup ülkemizdeki sağlık eğitimi ihtiyacını yansıması açısından önemlidir.

Çalışmamızda psikolojik destek hizmeti isteyen hasta oranı %62, hasta yakınlarının oranı %50 bulunmuştur. Kronik hastalıklar uzun sürdüğü ya da ömür boyu devam ettiği için kişinin psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşam dengesini bozmaktadır. KY hastalarında depresyon belirtileri sıklıkla görülmekte, hastalarının yaklaşık %30 ila %50'sinde kognitif fonksiyonun birden çok alanında bozulma olmaktadır (Nair et al. 2012; Freedland et al. 2003; Pressler et al. 2010). Yapılan çalışmalar kronik bir hastalığa sahip olma ile kognitif fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Gathright et al. 2015). Bu nedenle kronik durumların yönetimi psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının tamamına yakını evde bakım hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu durum KY tedavisinin uzun sürmesi, sık hastaneye yatışların olması, kullanılan cihazlar ve ilaçların pahalı olması, hastaların sağlık sigortaları olsa bile, tedavi masraflarının çok yüksek rakamlara ulaşabilmesinden, bazı özel sağlık kuruluşları ve özel hastanelerin kendi hastalarının evde izlemelerini sağlamak amacıyla oluşturdukları evde bakım merkezleri dışında sosyal kuruluşların evde bakım maliyetlerini karşılamamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Steawart ve ark. (2012)'nin yaptıkları kronik kalp hastalığının yönetiminde klinik tabana karşı ev yönetiminin etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmada evde bakımın tüm vakalarda ölüm ve hastaneye yatmayı azaltmada klinik bakımdan üstünlüğü bulunmamış, bununla birlikte evde bakım hastaneye yatışları azaltmada ve sağlık maliyetini önemli ölçüde azaltmayla ilgili olduğu bulunmuştur (Greene et al. 2015).

SONUÇ

Kalp yetersizliği hastalarının ve yakınlarının evde bakıma ilişkin görüş ve beklentilerinin incelendiği bu çalışmada hasta ve yakınlarının çoğu evde bakım almanın gerekliliğine inanmalarına karşın, kendileri ve yakınları için hastanede bakım almayı daha fazla tercih ettiği tespit edilmiştir. KY nedeniyle çeşitli düzeylerde bakıma gereksinimi

olan hastanın, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının saptanması, evde bakım uygulamalarının kalitesini arttıracaktır. Özellikle ulusal evde bakım sistemi için önemli bir veri tabanı olacak çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, ve ark. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(1): 57-65.
- Azzolin KO, Lemos DM, Lucena AF, Rabelo-Silva ER. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1): 44-50.
- Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur. J. Heart Failure*. 2005;7(3): 351-61.
- Burton LC, Leff B, Harper M, et al. Acceptability to patients of a home hospital. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(5): 605-9.
- Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adherence of patients with heart failure to pharmacological and non-pharmacological treatment in a teaching hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(2): 225-31.
- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ et al. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart*. 2000;83(5): 505-10.
- Demir M, Ünsar S. Kalp Yetmezliği Ve Evde Bakım, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(8): 119-130.
- Ekman I, Andersson G, Boman K, et al. Adherence and perception of medication in patients with chronic heart failure during a five years randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2006;61(3): 348-53.
- Fang J, Mensah GA, Croft JB, Keenan NL. Heart failure-related hospitalization in the U.S., 1979 to 2004. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(6): 428-34.
- Freedland KE, Rich MW, Skala JA. Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med*. 2003;65(1): 119-128.
- Fried TR, Doorn C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA. Older persons' preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern. Med*. 2000;160(10): 1501-1506.
- Galdeano LE, Rossi LA, Dantas RAS. Deficient knowledge nursing diagnosis: Identifying the learning needs of patients with cardiac disease. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(3): 100-7.
- Gathright EC, Fulcher MJ, Dolansky MA, et al. Cognitive function does not impact self-reported health-related quality of life in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;0(0): 1-7.
- Greene SJ, Fonarow GC, Vaduganathan M, et al. The vulnerable phase after hospitalization for heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(4): 220-9.
- Grodeski 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(1): 20-6.
- Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart Lung*. 2009;38(2): 100-108.
- Karadağ M. Türk silahlı kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara.
- Kepez A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35(2): 69-81.
- Kuhn D, Brown C. Exploration of factors associated with hospital readmissions in patients with chronic heart failure: A Pilot Study. *Prof Case Manag*. 2015;20(2): 106-109.
- Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med*. 2005;143(11): 798-808.
- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM et al. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7): 948-54.
- McMurray JJ, Adamopoulos A, Anker SD ve ark. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanısı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2012; 3(2): 26-127.
- Mingming Y, Chair SY, Chan CW et al. Perceived learning needs of patients with heart failure in China: A cross-sectional questionnaire survey. *Contemp Nurse*. 2012; 41(1): 70-77.
- Nair N, Farmer C, Gongora E. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol*. 2012;109(5): 768-772.
- Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010;1(1): 3-7.
- Patel H, Shafazand M, Ekman I et al. Home care as an option in worsening chronic heart failure—a pilot study to evaluate

- feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness. *Eur J Heart Fail.* 2008;10(7): 675-81.
- Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(3): 189-198.
- Riegel B, Carlson B, Kopp Z et al. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med.* 2002; 162(6): 705-12.
- Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Pascual CR et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2005;165(11): 1274-9.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM et al. Heart disease and stroke statistics-2011. Update a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2011; 123(4): 18-209.
- Seamark D, Blake S, Brearley SG, et al. Dying at home: a qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *Br J Gen Pract.* 2014;-64(629): 796-803.
- Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol.* 2012; 60(14): 1239-48.
- Stewart S, Jenkins A, Buchan S et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Eur J Heart Fail.* 2002; 4(3): 361-371.
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ et al. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2001;3(3): 15-322.
- Stessman J, Ginsberg G, Hammerman-Rozenberg R, et al. Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(5): 591-8.
- Şensoy N, Karabekir HS. Evde bakım: Olgu serisi. *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri* 2011;2(3): 21-27.
- Todero CM, LaFramboise LM, Zimmerman LM. Symptom status and quality of-life outcomes of home-based disease management program for heart failure patients, *Outcomes Manag.* 2002; 6(4): 161-8.
- Turan ÖS. Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması. *Uzmanlık Tezi.* 2008, Ankara.
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014), 2010, Ankara ISBN: 978-975-590-341-5 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 812.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi* 2009;11(3): 125-132.