

Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients with Heart Failure: The IC-DOM Study

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Kalp Yetersizliği (KY) olan hastalarda hastane temelli tedavi ve bakımı takiben, kapsamlı ev temelli programlarının mortalite ve morbidite üzerinde etkisi bulunmaktadır. Hasta ve ailenin; ilaç, beslenme tedavisi, aktivite planlanması, semptomların kontrolü gibi tedavi rejimine uyum konusunda özellikle hemşirenin sorumlulukları bulunmaktadır. Ekip yaklaşımı ile ev, hastane ve evde bakım kurumu üçgeni arasında yürütölen tüm hizmetlerde; etkin iletişimin sağlanması önem taşımaktadır. Çalışmanın amacı; hemşireler tarafından yürütölen evde bakım girişimlerinin, KY hastalarında mortalite ve hastaneye tekrar yatışları azaltıp azaltmadığı ve hastaların yaşam kalitesini geliştirip geliştirmediğinin incelenmesidir. Çalışmanın örneklemini kalp yetersizliği tanısı ile hastaneye yatan toplam 283 hasta oluşturmuştur. Çalışma girişim ve kontrol grubu olarak planlanmıştır. Hastaların izlem süresi 1 yıldır. Çalışma sonuçlarına göre; kalp yetersizliği olan hastalarda ev temelli girişimlerin mortalite ve hastaneye tekrar yatışları azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği görölmüştür.

Giriş:

Kalp Yetersizliği (KY) mortalite ve morbiditeyi arttıran ve toplumun sağlık bakım maliyetinin yükselmesine yol açan bir hastalıktır. Eğer bu hastalar kalp yetersizliğine, bunun önerilen tedavisine ve uygun yaşam tarzını benimserler ise, hastaneye yatışlar büyük oranda önlenebilir. Kalp yetersizliği tedavisinin önemli bir bölümü; evde bakım hizmetlerinin etkin kullanımını gerektirir.

Kalp yetersizliğinde evde bakım programlarının amacı; hastaneye tekrarlı yatışları azaltmak, hastaların prognozunu ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Bu alanda yapılan birçok çalışmada farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmaların bazılarında evde bakım girişimlerinin plansız hastaneye yatışları azaltabildiği ve KY ilişkin mortaliteyi azalttığı rapor edilmiştir. Yapılan çalışmalarda; evde bakım girişimlerinin maliyet etkili olduğu bildirilmektedir. Bunlara karşın, bazı çalışma sonuçları da; bu tür girişimlerin hastaneye yatışları ve mortaliteyi azaltmada etkili olmadığını belirtmişlerdir. Evde bakım girişimleri; ölkelerin değişik sağlık sistemlerine sahip olmaları nedeniyle henüz bilimsel ve kanıta dayalı bir şekilde ortaya konulmuş değildir. Brotons ve ark (2009) yaptıkları KY hastalarında ev temelli girişimlerin etkinliğini inceleyen randomize deneysel bu çalışmada; hemşireler tarafından yürütölen evde bakım girişimlerinin KY hastalarında mortalite ve hastaneye tekrar yatışları azaltıp azaltmadığı ve hastaların yaşam kalitesini geliştirip geliştirmediğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma; 2 üniversite hastanesi ve 2 yerel hastanede evde bakım konusunda eğitim almış hemşireler tarafından 283 hasta ile yürütölmüştür. Örneklem; kontrol (139 hasta) ve girişim grubu (144 hasta) olmak üzere; herhangi bir yaşta, her iki cinsiyette ve Framingham kriterlerine göre (2 majör kriter yada 1 majör ve 1 minör) sistemik hipertansiyon yada pulmoner sorunları olan dispne kökenli kalp yetersizliğinden hastaneye yatmış hastalardan oluşmuştur.

Araçlar:

Hastalara; sosyo-demografik ve klinik verilerini, tanısal testlerin sonuçlarını, aldıkları ilaç tedavisini içeren standart bir anket formu kullanılmıştır. Minnesota Kalp yetersizliği ile Yaşama (MKYY) ölçeği kullanılarak hastaların hastalığa ilişkin yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.

Çalışma sonunda; hastaların farmakolojik tedaviye uyumları; hipertansif hastalarda geçerliliği saptanmış ve 4 sorudan oluşan, yaygın olarak kullanılan Morisky-Green anket formu kullanılarak belirlenmiştir. Değerlendirmede, hastanın, tüm sorulara doğru yanıt vermesi tedaviye uyumun iyi olduğu düşündürür.

Hastanın, sağlık bakımından memnuniyeti; 2 adet kapalı uçlu ve 0-10 arasında puanlanan 3 adet soru ile değerlendirilmiştir.

Hastalar; hastalıkları hakkında aldıkları bilgilerden ve sağlık profesyonellerinden duydukları memnuniyetleri konusunda da sorgulanmıştır.

Girişim

Kontrol grubu: Hastanede yatışı takiben rutin bakım için randomize olarak seçilen hastalar; aile hekimlerine ve/veya bir kardiyologa yönlendirilmiştir. Taburculuktan sonra hastalara, yılda bir kez ziyaret planlanmıştır.

Girişim Grubu: Hastanede taburculuk planlaması sürecinde girişim grubuna alınan hastalara; hastalıkları, önerilen farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerini içeren ve bu çalışma grubu için özel olarak hazırlanan bir kitapçık yoluyla bilgilendirme yapılmıştır. Bir yıl boyunca her bir hastanın evine aylık ziyaretler planlanmıştır. Buna ek olarak hemşireler hastalarla her 15 günde bir klinik durumu değerlendirmek üzere telefonla iletişim kurmuşlardır. Her ev ziyaretinde hastalar; hastalıkları ve kötüleşme belirtilerinin farkındalığını, önerilen ilaç tedavisine uyumu, uygun yaşam tarzı alışkanlıklarını içeren yoğun bir eğitim almışlardır. Ayrıca hemşireler her vizite; hastaneden taburcu olduğundan itibaren veya en son yapılan ev ziyaretinden itibaren hastanın var olan tıbbi öyküsünü tanılamış ve fonksiyonel durumunu, yaşamsal belirtilerini kontrol ve kayıt etmişlerdir. Hemşireler bu yapılandırılmış protokolü izleyerek, yeni bir tedaviye başlamak veya var olan tedaviyi değerştirmek gerektiğinde; hastanın aile hekimi veya kardiyolog ile iletişime geçmiştir. Her yapılan ziyarette hastanın hastaneye tekrar yatışları, acile başvurma durumu, ayaktan vizitler, hekim muayenesinde saptanan fonksiyonel sınıfı (NewYork Kalp Derneği doğrultusunda-NYHA), ağırlık, kalp hızı, ödem varlığı gibi veriler, son hafta içinde deneyimlediği klinik uyarıcı belirtiler, yaşam tarzı değerşiklikleri ve ilaç tedavisine uyumu, uygulanan tedavideki değerşiklikler kaydedilmiştir.

Bulgular ve Tartışma:

Tüm hastaların yaş ortalaması 76.3 (SD:8.2) yıldır ve %55.1'i kadındır. NYHA sınıflamasına göre kalp yetersizliğinin şiddeti sınıf I-II olanların oranı % 8,8 ve sınıf III-IV olanların oranı ise %89.4'dür.

Girişim grubundaki hastaların %31.8'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %33.8'inin sadece aile hekimleri tarafından, sırasıyla %4.9'unun ve %5.8'inin sadece kardiyolog tarafından izlendiği görülmüştür. Ayrıca girişim grubundaki hastaların %50'inin ve kontrol grubunda %36'sının izlem periyodu boyunca her iki uzman tarafından izlendiği görülmüştür. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek oranda her iki hekime de başvurularının nedeni; evde bakım hemşiresinin saptadığı sonuçlar doğrultusunda yönlendirmeler yapmasına bağlanabilir. Bu sonuçlar yazıda COACH çalışması sonuçları ile karşılaştırılmıştır (Jaarsma ve ark. 2008). COACH çalışması sonuçlarında KY olan hasta grubunda mortalite ve morbidite açısından belirgin bir fark bulunmamıştır. Son yıllarda artan bir şekilde kalp yetersizliği hastalarında telemonitoring sistemi; hem hastanın güveni, hem de sağlık profesyonellerinin etkin izlemi açısından kullanılması önerilen bir sistemdir. Telemonitoring sistemiyle klinik sonuçlar aile hekimi ve kardiyolog'un yanı sıra diğer profesyonellerle (eczacılarla) de paylaşılabilir. Bu çalışmada; evde bakım ekibinde yer alan eczacıların hastaların yaşam kalitelerini ve uyumlarını arttırmada etkin rolleri olduğu ve bu artışların hastaneye tekrar yatışları büyük oranda azalttığı saptanmıştır. GESICA çalışmasında telemonitoring sisteminin hastaneye tekrar yatışları azalttığı, Holland ve ark. çalışmasında da tedaviye uyumu artırdığı bildirilmiştir (GESICA 2006; Holland 2007).

Girişim grubunda 19 hasta, kontrol grubunda ise 20 hasta kardiyovasküler nedenler ile ölmüştür. Girişim grubunda kalp yetersizliği nedeniyle tekrar hastaneye yatış sayısı ortalaması 1.01, kontrol grubunda 1.3 olarak saptanmıştır ve bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 1). COACH çalışması sonuçlarına göre kalp yetersizliği programlarında mortalite ve morbidite açısından belirgin bir farklılık görülmediği belirtilmektedir.

Yaşam kalitesiyle ilgili 198 (%70.2) hastada eksiksiz bilgi kaydedilmiştir. MKYY puanları, 1 yıl içinde her iki grupta da azalmıştır. Bu puanlar girişim grubunda başlangıçta 49.05 iken 1 yılsonunda 18.57'ye; kontrol grubunda ise 49.91'den 31.11'e düşmüştür. Çalışma sonunda; girişim grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmanın sonunda önerilen tıbbi tedaviye uyumları; girişim grubundaki hastaların %86.1 ve kontrol grubunda % 75.5 olarak bulunmuştur. Ancak aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,057).

Hastaların memnuniyet durumları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların hastalıkları konusunda aldıkları bilgiden ve sağlık profesyonellerinin ilgisinden kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha memnun oldukları saptanmıştır (p=0,001) (Şekil 1). Girişim grubunda elde edilen olumlu sonuçlar aldıkları eğitimin etkinliğine bağlanabilir.

Sonuçlar

Bu çalışmanın sonuçları; KY olan hastaların evde bakım uygulamalarının bu alanda özel olarak eğitilmiş hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmesinin; mortaliteyi ve hastaneye tekrar yatışları azaltmada, hastaların yaşam kalitesini yükseltmede, tedaviye uyumu ve aldıkları bakımdan memnuniyeti arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Evde bakım programlarının her ülkenin gerçekleri ve olanakları doğrultusunda; sürekli, sektörler arası iletişim ağının yapılandırılması ile multidisipliner ve interdisipliner bir ekip işbirliği ile yürütülmesi, maliyet etkili bir uygulama olan bilişim teknolojileri kullanılarak hasta izlemlerinin yapılması ve bu grup hastalara yönelik maliyetlerin geri ödemeleri konusunda yasal düzenlemelerin yapılması önerilebilir.