

KALP YETERSİZLİĞİNDE ÖZ BAKIM.

Yrd. Doç. Dr. Serap Özer

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Öğr. Gör. Dilek Sezgin

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Kalp yetersizliği yönetimi, mortaliteyi, gereksiz hastane yatışlarını azaltmak ve semptom yönetimini sağlamak için kompleks bir klinik tedavi ve beslenme tedavisini içermektedir. Ayrıca son yıllarda implante edilebilir defibrilatör, biventriküler pacemaker ve sol ventrikül destek cihazları gibi birçok yeni tedavi teknolojileri geliştirilmiştir. Bu nedenlerle KY'li hastalarda öz bakım dikkat ve çaba gerektiren önemli bir konu haline gelmiştir.

Öz bakım davranışlarının kolaylaştırılması; KY sendromunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi, tıbbi tedavinin optimizasyonu, dekompanzasyonun erken belirti ve semptomlarının yönetimi, eşlik eden durumların tanımlanması ve yönetimi, yaşam sonu isteklerinin belirlenmesi ve sık sürekli izlemin yanı sıra KY yönetim programlarının temel prensiplerinden birisidir. Ayrıca KY'nin ekonomik yükünü azaltmak için kullanılan önemli bir stratejidir.

Öz bakım kavramı; Dorethea Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşmaktadır. Öz bakım; bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır" ve bu beceri zamanla iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişmektedir. Bireyin kendisi ile ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ise; öz-bakım gücü/yeteneği/etkinliği olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle; öz-bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenektir. Bireyin öz-bakım gücünü kullanabilmesi için kendine dikkat etme, fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme, karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama, güdüleme, öz-bakım kararını verme ve uygulama, eylemlerini sıraya koyma ve eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama gibi bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Birey, sayılan bu özelliklere sahip olduğu takdirde öz bakım gücü yeterli olmakta ve öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabilmekte, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmekte ve başkalarına bağımlı olmamaktadır. Bireyler ilgili etkinliklerde üzerine düşenleri yerine getirmedikleri zaman da öz bakım eksikliği ortaya çıkmakta ve arzulanan öz bakım davranışı geliştirilememekte dolayısıyla birey kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersiz kalmaktadır.

ESC kılavuzunda da belirtildiği üzere; KY'de öz bakım, başarılı tedavinin önemli bir parçasıdır ve semptomlar, işlevsel kapasite, genel sağlık durumu, morbidite ve prognoz üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Tedavisi yaşam boyu süren KY'nde hastalar kompleks tedavi rejimlerini yönetebilme, düşük sodyum içerikli diyeti uygulayabilme, düzenli olarak sıvı retansiyonu, nefes darlığı ve yorgunluk gibi erken semptomları izleyebilme ve gerekli girişimleri uygulayabilme gibi öz bakım aktivitelerine uymak zorundadır. Ancak hastalar özellikle semptomları tanımadaki zorluklar yaşayabilmektedir. Semptomları tanımadaki zorluğun nedeni belirsizdir, yaşa bağlı değişikliklerin, komorbidite, ve durumsal faktörlerin bu süreçte önemli olduğu belirtilmektedir.

Kalp yetersizliği bakım yönetimi sürecinde hemşireler; fiziksel stabiliteyi sürdürme, tabloyu ağırlaştıracak davranışlardan kaçınma ve ağırlaşmaya işaret eden semptomları erken dönemde tanıma hedefiyle kapsamlı bir hasta ve aile eğitimi yaparak öz bakım becerilerini geliştirmeli ve değerlendirmelidir. Kalp yetersizliği ve öz bakım ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları; hemşire liderliğindeki bakım ve izlem programlarının KY olan hastaların hastalıklarını yönetme süreçlerinde olumlu sonuçlar alınmasını sağladığını, öz bakım uygulamalarını geliştirdiğini, yaşam kalitesini yükselttiğini ve hastaneye tekrar yatış oranlarını azalttığını göstermektedir.

Sadece bilgi verme temelli olmaması gereken öz bakım eğitimi sürecinde hastalara kazandırılması gereken beceriler ve uygun öz bakım davranışları şunlar olmalıdır;

- Hastalığın nedenini ve semptomların neden ortaya çıktığını anlamak
- Bulgu/semptomları izlemek ve tanımak: KY olan hastaların semptomları tanıyabilmeleri ve izlemeleri oldukça önemlidir. Bu nedenle sadece semptomların izlenip izlenmediğini sorgulamak etkili olmamaktadır, hasta ile semptomların nasıl ve neden ortaya çıktığı tartışılmalıdır. Semptomların tanınması için yapılması gereken izlemler ve semptom ortaya çıktığında nasıl yönetileceği anlatılmalıdır.
- Vücut ağırlığını her gün kaydetmek ve hızlı kilo artışı fark etmek: KY olan hastaların günlük olarak vücut ağırlıklarını ölçmeleri ve üç gün içinde iki kg'ın üzerinde kilo artışı varsa doktora başvurmaları önerilmektedir. Vücut ağırlığı ölçümünün yanı sıra aldığı çıkardığı izleminin yapılması ve sıvı volüm fazlalığı yaşamamak için de sıvı alımının dengede tutulması gerekmektedir. Sıvı alımı ilerlemiş KY hastalarında özellikle de hiponatremisi olanlarda konjestif semptomların azaltılması için 1.5-2 lt/gün olarak sınırlandırılmalıdır.
- Hekimin ne zaman ve nasıl haberdar edileceğini bilmek
- Uygunsa ve önerildiyse esnek diüretik tedavisi uygulamak
- İlaçların endikasyon, doz uygulaması ve etkilerini anlamak
- Reçetelenen her bir ilacın yaygın yan etkilerini fark edebilmek

- Sigarayı bırakmanın önemini anlamak
- Hipertansiyon varsa kan basıncını izlemek
- Diyabet varsa iyi bir glikoz denetimi sürdürmek
- Obeziteden kaçınmak: KY olan hastaların kilo kontrolünün sağlanması önem taşımaktadır. Kilo verilmesi kardiyak kaşeksi gelişimi açısından istenmeyen bir durum olmakla birlikte, obez hastaların kilo vermesi belirtilerin yaşanmaması için önemlidir. Hastaların beden kitle indeksi 40'ın üzerindeyse beden kitle indeksinin 40'ın altına indirilmesi önerilmekte, beden kitle indeksi 30'dan küçükse kilo verme önerilmemektedir. Önerilen beden kitle indeksi sınırı 30-32'dir.
- Hekim tarafından önerildiyse sodyum kısıtlaması: günlük tuz tüketimi 5-6 gr tuz (bir çay kaşığı: 2300 mg sodyum) olacak şekilde düzenlenmelidir. Şiddetli KY semptomları olan hastalarda tuz tüketimi 2 gr sodyumun altında tutulmalıdır.
- Aşırı sıvı alımından kaçınmak
- Ölçülü alkol tüketimi: alkol kullanımının kadınlarda günlük bir kadeh, erkeklerde günlük iki kadeh olarak sınırlandırılması önerilmektedir.
- Malnütrisyonu izlemek ve önlemek
- Fiziksel etkinlik konusundaki endişelerden kurtulmak ve rahatlamak
- Egzersizin yararlarını anlamak
- Düzenli egzersiz yapmak: haftada beş gün, sürelerin kademeli olarak artırıldığı, 30 dakikaya ulaşan bir egzersiz programı önerilmektedir. Kalp yetersizlikli hastalara orta dereceli sürekli aerobik egzersiz önerilebilmektedir (tempolu yürüyüş, hafif koşu, bisiklet). Egzersizin şiddeti borg skalasında 3-5 puan derecesinde, kalp hızını %65-85 oranında arttıracak, oksijen tüketimi %50-75 olacak şekilde düzenlenmelidir.
- Cinsel etkinlik konusundaki endişelerden kurtulmak ve sorunları sağlık uzmanlarıyla tartışmak
- Özgül cinsel sorunları ve çeşitli baş etme stratejilerini anlamak
- Grip ve pnömokok hastalığı gibi enfeksiyonlara karşı bağışıklanmak: Hastaların kontrendike değilse beş yılda bir pnömokok aşısı, yılda bir influenza aşısı yaptırması önerilmektedir.
- Obezlerde vücut ağırlığının azaltılması, sigarayı bırakma ve alkolden kaçınma gibi önleyici davranışları anlamak
- Uygunsa tedavi seçeneklerini öğrenmek
- Tedavi önerilerini izlemenin önemini anlamak ve tedavi planını uygulama konusundaki kararlığı sürdürmek
- Depresif semptomların ve bilişsel bozuklukların yaygın ve sosyal desteğin önemli olduğunu anlamak
- Uygunsa tedavi seçeneklerini öğrenmek
- Prognoz faktörlerinin önemini anlamak ve gerçekçi kararlar vermek
- Uygunsa psikososyal destek almak

Kalp yetersizliği olan hastalar homojen bir grup değildir. Etiyoloji, sistolik ve diyastolik fonksiyonlar, fonksiyonel durum, psikolojik, sosyal, bilişsel ve davranışsal karakterler birbirine benzerlik göstermemektedir. Bu özellikler hastaların etkili öz bakım yetenekleri geliştirmesi için önem taşımaktadır. Hemşirelerin hastaların öz bakım aktivitelerine etki edebilecek özellikler konusunda farkındalıkları olmalıdır. Majör komorbid durumların varlığı, bilişsel yetersizlikler, depresyon, anksiyete, düşük sağlık okur yazarlığı, sosyal izolasyon, zayıf sosyal destek, düşük sosyo-ekonomik düzey ve uyku sorunlarının öz bakım yeteneklerine etki ettiği bilinmektedir. Özellikle yaşlı hastalar, zor tanımlanabilen semptomları başka nedenlere bağlayabilmektedir. Hemşireler, bu durumların varlığını göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçeklerle (Kalp Yetersizliği Öz Bakım İndeksi, Avrupa Kalp Yetersizliği Öz Bakım Davranışları Ölçeği gibi) öz bakım davranışlarını sürekli olarak değerlendirmelidir.

Kaynaklar

1. Adams KF, Lindenfeld J. (2006). HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 12(1):10-38.
2. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 122(4):406-41.
3. Bakas T, Pressler SJ, Johnson EA, et al. (2006). Family caregiving in heart failure. *Nursing Research*, 55(3):180-88.
4. Baydemir C, Özdamar K, Ünalır A. (2013). Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 13:573-79.
5. Chriss P, Sheposh J, Carlson B, et al. (2014). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung*, 33:345-53.
6. Clark AP, McDougall G, Riegel B, et al. (2015). Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4):3-13.
7. Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, et al. (2014). Nurse facilitated self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(9):1207-13
8. Dickson VV, Riegel B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart Lung*, 38(3):253-61.
9. Fawcett J. (2001). The Nurse Theorists: 21st-century updates—Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*, 14(1):34-38.
10. González B, Lupón J, Herreros J, et al. (2005). Patient's education by nurse: what we really do achieve?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2):107-11.
11. Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, et al. (2009). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale revised into a nine-item scale (EHFSCB-9): a reliable and valid international instrument. *European Journal of Heart Failure* 11:99-105.

12. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, et al. (2009). Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 119:1977-2016.
13. Koeberich S, Glattacker M, Jaarsma T, et al. (2013). Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2):150-158.
14. Lainscak M, Blue L, Clark AL, et al. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the patient care committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2):115-26.
15. Lindenfelt JA, Albert NM, Boehmer JP, et al. (2010). HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure*. 16(6):475-539.
16. Mårtensson J, Dahlström U, Johansson G, et al. (2009). Nurse-led heart failure follow-up in primary care in Sweden. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8:119-24.
17. McAlister A, Stewart S, Ferrua S. et al. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission a systematic review of randomized trials Finlay. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(4):810-19.
18. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. (2011). European Society of Cardiology Heart Failure Association standards for delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure*, 13(3):235-41.
19. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, et al. (2012). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Suppl 3*:77-137.
20. Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, et al. (2012). Role of self care in the patient with heart failure. *Current Cardiology Reports*, 14:265-75.
21. Patel H, Shafazand M, Schaufelberger M, et al. (2007). Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 9:702-8.
22. Riegel B, Dickson VV. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3):190-96.
23. Riegel B, Moser DK, Anker SD, et al. (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12):1141-63.
24. Sisk J, Hebert P, Horowitz C, et al. (2006). Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities. *Annals of Internal Medicine*, 145:273-284.
25. Smeulders ESTF, Van Haastregt JCM, Ambergen T, et al. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7):1487-99.
26. Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, et al. (2015). Nurse-led multidisciplinary heart failure group clinic appointments methods, materials, and outcomes used in the clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4):25-34.
27. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B, et al. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 24(11):1014-23.
28. White M, Howie-Esquivel J, Caldwell M. (2010). Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1):7-12.
29. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et.al. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*, 128:1-164.