

Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Demet İnangil¹, Merdiye Şendir²

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Kronik hastalıklar içerisinde önemli bir yere sahip olan kardiyovasküler hastalıklar, tüm dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için birincil korunma ile risk faktörlerinin bulunduğu, fakat hastalık belirtilerinin tam olarak ortaya çıkmadığı bireylerde hastalığın oluşumunun önlenmesi amaçlanmaktadır. İkincil korumada ise amaç; koroner ve diğer aterosklerotik vasküler hastalık tanısı olan bireylerde hastalığın ilerlemesinin önlenmesidir. İkincil korunma alanında hemşire olgu yönetimi modelleri ile gerçekleştirilen randomize araştırmalarda; rutin bakıma kıyasla risk faktörlerinde, egzersiz toleransında, kan şekerinin kontrolünde, ilaçların uygun kullanımında belirgin iyileşme, kardiyak olaylarda ve mortalite oranlarında düşme, koroner ateroskleroz gelişme oranında azalma ve hastanın sağlık algısında düzelme saptanmıştır. Bu doğrultuda bu derlemede, koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşire liderliğinde uygulanan etkin ikincil korunma programı önerilerine yer verilmiştir.

Anahtar sözcükler: kardiyovasküler hastalıklar, sağlıklı geliştirme, hemşirelik

THE ROLE OF THE NURSE IN THE DEVELOPMENT OF HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

ABSTRACT

Cardiovascular diseases, which are among the leading chronic diseases, are the most important cause of morbidity and mortality all over the world and in our country. The aim of primary prevention of cardiovascular disease is the prevention of disease in individuals who have had risk factors but no evidence of disease yet. The aim of secondary prevention is to prevent progression of the disease in individuals who already have diagnosis of coronary or other atherosclerotic vascular disease. In many randomized investigations about nurse case management models in secondary prevention according to routine care, significant improvement in risk factors, exercise tolerance, blood glucose control, appropriate usage of drugs and decrease in cardiac events and mortality, regression of coronary atherosclerosis and improvement in the perception of the patient's health were found. This article includes the nurse-led secondary prevention recommendations for an effective prevention program in the health promotion of program in health promotion with coronary artery disease patients.

Key words: cardiovascular diseases, health promotion, nursing

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), günümüzde endüstrilemiş ülkelerde önde gelen ölüm nedenleri arasında bulunmakta ve bu sorunun gelişmekte olan ülkelere 2020 yılında da yaşanması beklenmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, tüm dünyada KVH nedeniyle ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, % 28.9'dan % 36.3'e yükseleceğini göstermekte ve mortalite ile morbiditenin en büyük nedeni olma konusunda gittikçe artan bir öneme sahip olacağı bildirilmektedir. En yaygın görülen

KVH olarak koroner arter hastalığı, ömür boyu sinsi ilerleyen ve belirtiler ortaya çıktığında da genellikle ileri bir aşamaya gelmiş olan kronik bir kalp hastalığıdır. Koroner arter hastalığının klinik ortaya çıkışı genellikle sessiz iskemi, karırlı angina pectoris, kararsız angina, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve ani ölüm şeklindedir (1,2,3,4).

Koroner arter hastalığı (KAH), son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de mortalitenin ve morbiditenin başlıca nedeni olarak dikkati çekmekte ve prevalansı giderek artmaktadır (5,6). Türk Kardiyoloji Derneği öncülüğünde 1990 yılından beri yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı

ve Risk Faktörleri) çalışmasının 12 yıllık izlem verilerine göre, Türkiye’de 2 milyon koroner arter hastasının bulunduğu ve yılda 160 bin kişinin koroner arter hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Ülke genelinde yılda 260 bin civarında koroner olay meydana gelmekte ve bunların da dahil olduğu 2 milyon koroner kalp hastasından yaklaşık 75-80 bini hayatını yitirmektedir. Avrupa ülkelerinde koroner kalp hastalığından yıllık mortalitenin 45-74 yaş grubu erkeklerde binde 2 ile 9, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında değiştiği bildirilmiştir (1). Ancak TEKHARF çalışması, ülkemizde KAH mortalite oranını aynı yaş grubu erkeklerde binde 8.5, kadınlarda binde 4.5 olarak belirlemiştir. Prevalans, Karadeniz ve Marmara Bölgeleri’nde bu ortalamanın üzerinde iken Akdeniz, Ege ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’nde ortalama değer altındadır. KAH mortalitesi açısından Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde üçüncü sırada, kadınlarda ise birinci sırada yer almaktadır (3,7).

Gelişmekte olan ülkelere benzer genç nüfus yapısına sahip ülkemizde, KAH mortalite oranının, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması, hem günümüz hem de gelecek için kaygı vericidir. Bu prevalans değeri, 50 yaş üstü grupta 1990 yılına göre %80 artmış olup, önümüzdeki 10 yıl içinde ülkemizde koroner arter hasta sayısının iki kat artış göstermesi beklenmektedir (1,8).

Avrupa Birliği (AB) Çalışma, Sosyal Hizmetler, Sağlık ve Tüketici Hakları Konseyi ve 29 Haziran 2005 Lüksemburg Deklarasyonu ile sonuçlanan AB Kalp Sağlığı Konferansı, kardiyovasküler sağlık için gerekenleri şu şekilde tanımlamaktadır:

- Tütünden uzak durulması,
- Yeterli fiziksel etkinlik (günde en az 30 dakika),
- Sağlıklı beslenme,
- Kilo fazlalığından kaçınma,
- Kan basıncının 140/90 mm Hg’nin altına indirilmesi ve
- Total kolesterolün 5 mmol/L’nin (yaklaşık 200 mg/dL) altına indirilmesi (2).

Diğer taraftan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere KAH risk faktörlerinden özellikle; dislipidemi, hipertansiyon, obezite, fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet ve sigara kullanımı sürekli artmaktadır. Bu risk faktörlerinin tümünün değiştirilebilir olduğu bilinmektedir ancak gelişmekte olan ülkelere önleme ve kontrol etmek için girişimler nispeten azdır (9).

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi

KVH için birincil korunma ile hastalık riski yüksek, fakat hastalığın hiçbir belirtisinin olmadığı bireylerde yaşam tarzını değiştirerek ve risk faktörlerini ortadan kaldırarak hastalığın oluşmasının önlenmesi veya hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesi amaçlanır. İkincil korunmada ise; koroner ve diğer aterosklerotik vasküler hastalığı saptanmış olan bireylerde hastalığın ilerlemesinin önlenmesi amaçlanır. İkincil korunma önlemlerinin etkinliği ölüm oranları izlenerek değerlendirilmektedir (8).

KAH’da birincil korunmanın sağlanması daha kötüdür. Bunun nedeni, kısmen de olsa daha büyük risk altında olan ve tedavi girişimlerinden fayda görebilecek kişileri tahmin etmedeki ek zorluklardır. Güncel KVH’dan korunma risk hesaplayıcılarının çoğu kısa dönem (5-10 yıl) riske odaklanmakta, bu yüzden de kaçınılmaz bir şekilde yaşlıları yüksek riskli ve gençleri ise düşük riskli olarak sınıflama eğilimi göstermektedir. Yirminci yüzyılın sonlarında KVH mortalitesindeki değişiklikler, akut miyokard infarktüsünde kısa vadeli vaka ölümcüllük oranındaki değişikliklerle değil, daha çok insidanstaki değişikliklerle açıklanmaktadır. Avrupa Kardiyoloji Derneği’ne göre KVH risk faktörlerinin kontrolü ve yeni gelişen KVH belirleyicileri üzerinde durulmalıdır (2).

KVH’da egzersiz programlarını da kapsayan ikincil korunmaya yönelik programların tedavi sürecini geliştirme, hastaneye tekrar başvuruları azaltma, işlevsel durum ve toplam mortaliteyi olumlu yönde değiştirmede etkili olduğu kanıtlanmıştır (2). Özellikle kardiyovasküler bir olay sonrası, planlı rehabilitasyon programı çerçevesinde yürütülen ikincil korunma çalışmaları önemli ölçüde maliyet etkinliği sağlamaktadır (4).

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşirenin etkinliği

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre tüm KVH ölümlerinin, dörtte üçünden fazlası uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenbilir (4). Global bir sağlık sorunu olan KVH’nın önlenmesinde, birey ve toplumun sağlık sonuçlarının güçlendirilmesinde hemşirenin çok önemli sorumlulukları vardır (8). Joanna Briggs Enstitüsü tarafından (2010), “Erişkinlerde Kalple İlgili Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğinde Girişimler” adlı rapor, toplam 22 randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre hazırlanan iki sistematik inceleme doğrultusunda yayınlanmıştır. Bu raporda, hemşire liderliğinde kliniklerde; kalp hastalığı olan ya da bilinen KVH risk faktörü olan hastalar kadar, sağlıklı bireylerdeki KVH risk faktörlerinin de azaltılabildiği (A düzeyi

kanıt, JBI); hastaların kan basıncını ve kolesterolünü düşürmede, beslenme değişikliği yapmada ve fiziksel aktivitelerini artırmada etkili olduğu (A düzeyi kanıt, JBI); hemşirelik girişimlerinin, diyet değişikliği ve kolesterol düzeyleri üzerine uzun dönem yararları olduğu belirtirken (A düzeyi kanıt, JBI); sigarayı bırakma üzerindeki etkisinin belirsiz olduğu belirtilmektedir. Bu şekilde çalışan kliniklerin, uzun dönemde sağlık göstergelerindeki sürekli gelişmeyi nasıl destekleyebileceğine ve mevcut sunulan hizmetler ile hemşire liderliğinde sunulan hizmetler arasında nasıl bir maliyet etkinlik farkı olacağına ilişkin çalışmalara gereksinim olduğu ifade edilmektedir (8, 10).

İkincil korunma alanında pek çok randomize kontrollü çalışmada araştırılan hemşire olgu yönetimi modellerinin, rutin bakıma göre risk faktörlerinde, egzersiz toleransında, kan şekerinin kontrolünde, uygun ilaç kullanımında belirgin iyileşme, kardiyak olaylarda ve mortalite oranlarında düşme, ateroskleroz gelişme oranında azalma ve hastanın sağlık algısında düzelme sağladığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalar da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire liderliğinde korunma kliniklerinin rutin bakıma göre daha etkin, özellikle ikincil korunmada birincil korunmaya göre daha başarılı olduğunu göstermiştir (4).

Ülkemizde kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşirelerin en etkin rollerini ikincil korumada gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Hemşireler, özellikle çok yüksek riske sahip olan ve belirlenen hedefleri gerçekleştirmede zorlanan bireylerde hastalığı kontrol altına almak üzere "bakım lideri hemşire" olarak görev yapmakta, uygun liderlik ve motivasyonla bakım ekibini yönetmektedir. Bakım lideri hemşireler hastanın kendi bakımını yönetmesinde hasta ve yakınlarına destek olmakta, hastalığa ve tedaviye uyumlarını artırmakta (düzenli ilaç kullanma, diyet kontrolü gibi); hastaların deneyimli kardiyolog, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, eczacı ve sosyal hizmetler uzmanı gibi tüm ekip üyeleri arasında bağlantıyı sağlayarak bakımı koordine etmekte ve olası sorunların erken fark edilmesini sağlamaktadır. Bakımda disiplinler arası koordinasyonun sağlanabilmesi için hemşirenin liderlik özelliklerinin gelişmiş olması da diğer önemli bir noktadır (3,11,12,13). Böylesi bir organizasyon ile sunulan bakım sonucunda ise hastaların aldığı bakımın devamlılığı sağlanmakta ve kalitesi artmaktadır (8).

Bu bağlamda, çeşitli sağlık kuruluşlarında kardiyovasküler riski azaltmada hemşire liderliğinde multidisipliner korunma programlarının rutin bakımdan daha etkili olduğu en önemli ve yeni bilgiler arasında yer almaktadır. Ancak

yüksek riske sahip olan veya vasküler hastalığı olan bireylerde sürdürülebilir risk oranının düşmesini sağlamak için en uygun ve maliyet-etkin girişim ile, girişim sıklığı ve süresinin saptanmasının da gerektiği bildirilmektedir (4).

Bireyin sağlık davranışlarındaki değişimin yönetiminde hemşirenin rolü

Bireyin sağlık davranışlarındaki değişimin etkili olabilmesi için en önemli yöntem eğitimidir. Bu konuda yapılan bir meta-analiz çalışmasında, kalp hastalarına uygulanan eğitimin kan basıncının kontrolü, mortalite oranının azaltılması, egzersiz ve sağlıklı bir diyet alışkanlığının kazanılmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (12). Diğer meta-analiz çalışmalarında da kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ile ilgili programların %45'inin hemşire liderliğinde yapıldığı görülmektedir. Örneğin, SCRIP, EUROACTION, CAD, MULTIFIT, ELMI gibi birçok çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yaşam değişiklikleri üzerinde etkili olan davranışların hemşire liderliğinde geliştirildiği belirtilmektedir. Bu çalışmalarda multifaktöriyel risk faktörlerine sahip olan, KAH bulunan veya miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların hemşire liderliğinde verilen eğitim programlarının yaşam biçimi değişikliklerine etkisi incelenmiştir. Verilen eğitim sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, obezite, lipid ve glikoz düzeyleri, hipertansiyon ve sigaranın etkilerini içermektedir (14,15,16).

Uluslararası literatürde hastanede yatarak tedavi gören kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylere verilen eğitimin değerlendirildiği toplam 25 çalışma incelendiğinde; hasta eğitimi stratejilerinin hasta ve ailesinin yaşam biçimleri değişiklikleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ancak bu eğitimlerin uygulanabilmesi için sağlık bakımı profesyonelleri ve hasta üzerindeki tüm engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Öncelikle sağlık profesyonelleri yüksek motivasyonlu, olumlu beklentilere sahip, problem çözme yeterliliği ve danışmanlık becerileri gelişmiş, bilgi ve donanıma sahip olmalıdır. Hastalar için ise kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yönelik bilgi, tutum ve inançlarının olumlu yönde olması beklenmektedir. Tüm bu olumlu etkilerin sağlanabilmesi için de bireye özgü eğitim stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (17,18,19).

Hemşire liderlerin, bireyin sağlık davranışlarındaki değişimi etkili olarak yönetebilmesinde **bağlılık**, **davranış** ve **izlem** aşamalarını izlemeleri önerilmektedir. Bu üç aşama bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında etkili olacağı düşünülen davranış değişimi yönteminin aşamalarıdır.

1- Bağlılık Aşaması: Bireyin hastalık durumunun farkında olması ve sağlık davranışlarının değişimi konusunda gereksinimlerinin belirlenmesini kapsar. Bu aşamada hemşire, oluşturulan güven ortamı içerisinde bireyin hastalığını kabullenmesine, mevcut ya da yinelenen kardiyovasküler sağlık sorunlarını yönetmesine, sağlık davranışlarındaki değişim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hemşire, kontrol edilebilen ve değiştirilemeyen kardiyak risk faktörlerini birey ile birlikte tanımlamalıdır. Kontrol edilebilen risk faktörleri; yüksek tansiyon, yüksek kolesterol düzeyi, sigara kullanımı, aşırı kilo, dengesiz beslenme, fiziksel inaktivite ve stresdir. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise cinsiyet, yaş ve genetik faktörlerdir (20).

Bağlılık aşamasında uygulanacak girişimler, bireyin davranış değişiminde en önemli role sahip, temel girişimlerdir. Bu aşamada samimi ve olumlu bir etkileşim sağlanması, bireyin hastalığı ile baş etme, önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımına uyma yeteneğinin gelişmesinde güçlü bir araç olacaktır. Her hastanın bireysel deneyimlerini, düşünce ve endişelerini, sahip olduğu bilgileri ve günlük yaşam koşullarını araştırmak özel bir önem taşımaktadır. Bireyselleştirilmiş danışmanlık, hastalarda değişime istek uyandırmanın ve değişime bağlılık kazanmasının temelini oluşturmaktadır. İletişimde aşağıdaki ilkelerin kullanımı kardiyovasküler hastalıkların tedavisini ve önlenmesini kolaylaştıracaktır (Tablo 1) (4).

Tablo 1. Etkili iletişim teknikleri.

- ✓ Bireyle bir tedavi edici ilişki kurabilmek için yeterince zaman harcamak birkaç dakika bile fark yaratabilir.
- ✓ Bireyin hastalığı ve katkıda bulunan faktörler ile ilgili kişisel görüşlerine saygı duyun.
- ✓ Kaygı, korku ve sıkıntılarını, davranış değişiklikleri için istekliliğini ve başarı şansı konusunda öz değerlendirmesini ifade etmesi için cesaretlendirin.
- ✓ Bireyle kendi dilinde konuşun ve yaşam tarzında her türlü iyileşme konusunda destekleyici olun.
- ✓ Bireyin önerileri anlayıp anlamadığını ve önerilere uymak için herhangi bir desteğe gereksinimi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla sorular sorun.
- ✓ Yaşamı boyunca süregelen alışkanlıklarını değiştirmesinin zor olduğunu ve hızlı bir değişimden yavaş ama kararlı bir değişimin sıklıkla daha kalıcı olduğunu kabul edin.
- ✓ Bireylerin uzun süre desteğe gereksinim duyabileceklerini ve birçok kişiyi yaşam tarzı değişikliklerine cesaretlendirmek ve sürdürmek için tekrarlayan çabalar gerektiğini kabullenin.
- ✓ Tedavi sürecine katılan her sağlık çalışanının tutarlı bilgiler verdiği konusunda emin olun.

Danışmanlık verilecek olan hastanın öncelikle öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin, sigara kullanan miyokard infarktüsü geçirmiş bir hastaya sigaranın bırakılmasını sağlamak için, "sigaranın akciğere olan zararları" konusundaki eğitim yararlı olmayacaktır. Bu hastaya, sigaranın akciğere olan zararlı etkilerinden söz etmek yerine, yeniden miyokard infarktüsü geçirme riskinin sigara içerse artacağından söz etmek daha uygundur. Her iki danışmanlık konusunda da hedef sigaranın bırakılmasıdır. Ancak burada önemli olan hastanın öğrenmeye hazır olup olmadığı ve öğrenme gereksinimlerinin ne olduğunun belirlenmesidir (12).

Hasta eğitimi sürecinde, bireyin öğrenme kapasitesi ile bilişsel ve motivasyon düzeyinin belirlenmesi çok önemlidir (19). Çünkü, bireyin kazanması istenilen davranış hakkındaki tutumu öğrenimini etkileyen diğer önemli bir etmendir. Bireyin davranış biçimlerindeki değişimin başarısı, bireye odaklanan ve bireyselleştirilmiş girişimler ile sağlanmaktadır. Bunun için bireyin öz-etkililik düzeyini dikkate alan transteorik modelin kullanılması gerekmektedir (18,21).

Transteorik modele göre, her birey davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtan beş evreden birinde bulunmaktadır. Her birinde farklı konularda öğrenme gereksinimlerinin ortaya çıktığı bu evreler; düşünme, düşünme/niyet, hazırlık, hareket/eylem ve devam ettirmedir. Bu modelde davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimlerin kullanılması gerektiği savunulmaktadır (12,22).

2- Davranış aşaması: Bu aşama birey ile birlikte uygun eğitim davranışlarını belirleme ve eğitimi uygulama aşamasıdır. Sistemik bir yaklaşım ile bireyin öncelikli probleminin ne olduğu belirlenerek, yaklaşımlara hasta ile birlikte karar verilir (23). Hastanın prognozunu iyileştirecek olan yaklaşımlar ve planlanan tedavilerdeki engeller tanımlanmalıdır.

Hasta ve ailesinin eğitiminde temel amaç, öğrenmeye motive olarak hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde sürdüreceği bilgi, beceri ve tutumu kazanması, sağlık davranışlarındaki değişimi bir yaşam biçimi olarak benimsemesidir. Bu yaklaşımla eğitimde nelerin, hangi sıra ile, nasıl, ne zaman yapılacağına, nasıl değerlendirileceğine karar verilir. Bireyin sağlık davranışlarının değişiminde oluşturulacak plan; öğrenme hedeflerinin belirlenmesi, eğitim gereksinimlerinde önceliklerinin belirlenmesi, konunun/içeriğinin belirlenmesi, eğitim için uygun zaman ve sürenin,

ortamın belirlenmesi, öğretim yöntem ve tekniklerinin belirlenmesi ile eğitimde işbirliği yapılacak kişi ya da kuruluşların belirlenmesini kapsamaludur (24).

Ülkemizde sürdürülen kardiyak rehabilitasyon programlarında ana eksikliğin hasta eğitimi olduğu düşünülmektedir. Kardiyak rehabilitasyon programlarında on çekirdek bileşene yer verilmelidir. Bunlar;

1. Hastanın değerlendirilmesi,
2. Beslenme danışmanlığı,
3. Lipid tedavisi
4. Hipertansiyon tedavisi,
5. Sigaranın bırakılması,
6. Kilo verilmesi,
7. Diyabet tedavisi,
8. Psikososyal tedavi,
9. Fiziksel aktivite konusunda danışmanlık ve
10. Egzersiz eğitimidir (12,25).

Kardiyak rehabilitasyonun en etkili olduğu grup, akut miyokard infarktüsü hastalardır. Ulusal ve uluslararası kılavuzlar miyokard infarktüsü geçiren hastaların kardiyak rehabilitasyon programına katılmasını önermektedir. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, miyokard infarktüsü sonrası kardiyak rehabilitasyonun uzun dönem sağ kalımı arttırdığı, fiziksel iyileşme sağladığı, bireysel özgüveni ve sosyal etkinliği arttırdığı saptanmıştır (25).

3- İzlem aşaması: Bireyin sağlık davranış değişimini hayata geçirme aşamasıdır. Hemşirelerin verdiği bakımın kalitesinin göstergelerinden biri bakımdaki sürekliliğin devamlı olmasıdır. Bu süreklilik hastanın taburculuk sonrası evde izlenmesi ile sağlanacaktır (26). Hasta izlemlerinin en etkin ve ekonomik olarak uygulanma yöntemi, telefon kullanılarak yapılan hemşirelik izlemleridir. Bu uygulama, tedavi edici iletişim ile hasta-hemşire ilişkisine dayanan ve hemşirenin uzakta bulunan hastasını izlemek için telefon kullanmasını gerektiren hemşirelik bakımıdır. Hemşireler, telefonla hastaların öz bakımlarını yapabilme yeteneklerini, günlük yaşamdaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyini değerlendirebilir, ilaçların etki/yan etkilerini takip edebilir, fizyolojik ve psikolojik yardıma gereksinim duyan kişileri erken dönemde yönlendirebilir, etkili danışmanlık yöntemleri ile fiziksel ve ruhsal durumlarını iyileştirebilirler (27).

Telefon ile izlem, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunu artırmada, sağlıklı diyet uygulamada ve yaşam tarzı değişikliklerini oluşturmada

genellikle başarılı bulunmuştur. Sağlıklı bireylerin kontrol grubunu, hipertansiyonlu bireylerin deney grubunu oluşturduğu bir çalışmada, hipertansiyonu olan hastaların bir grubuna 12 ay boyunca haftada iki kez, diğer grubuna ise ayda iki kez telefon ile hemşireler tarafından danışmanlık verilmiştir. 12 ay sonunda haftada iki kez danışmanlık alan hipertansiyonlu hastaların, sağlıklı olan kontrol grubuna göre daha sağlıklı beslendikleri, ilaç uyumlarının arttığı, alkol tüketimi ve egzersiz ile ilgili düzelme sağlandığı ve yaşam tarzı değişikliklerini oluşturmada genellikle daha başarılı oldukları saptanmıştır (27,28).

Sonuç ve uygulama için öneriler

Toplam 52 ülkede yapılan INTERHEART çalışmasına göre dislipidemi, sigara, hipertansiyon, diyabet, abdominal obezite, psikososyal etmenler, sebze ve meyvelerin az tüketilmesi ve düzensiz egzersiz tüm dünya için geçerli en önemli kardiyak risk etmenleridir (29). Ülkemizdeki kardiyak risk etmenlerini belirlemek amacıyla yürütülen TEKHARF çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir. Kardiyak risk etmenlerinin düzeltilmesi amacıyla uygulanan kardiyak rehabilitasyon, bir hasta hakkı olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle konunun önemi ele alınmalı, disiplinler ve kurumlar arası işbirliğini gerektiren adımlar atılmalıdır (12).

Bu konuda yapılan çalışmalar, hemşire liderliğinde verilen eğitimin ve motivasyonun kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu etkililik bireyin hedeflenen davranışları üzerindeki değişikliklerin ölçülmesine dayandırılmaktadır. Bakım lideri hemşirenin başarısı, bireyi bütüncül olarak ele almasına ve bireye özgü gereksinimlerin belirlenmesine temellenmektedir. Ayrıca birey ile yüz yüze ve onun gereksinimleri doğrultusunda yapılan eğitimler ile birlikte daha sonra bireylerin evde izlenmesi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi açısından büyük bir gereksinimdir (11).

Sağlık bakım sisteminde önemli rollere sahip hemşireler, pek çok ülkede sağlığı korumak için temel olan hasta eğitimi ve danışmanlık, iletişim ve davranış değişikliklerini sağlama üzerine odaklanmıştır. Aynı zamanda, toplum tarafından güvenilir bilgi ve destek kaynakları olarak görülen hemşireler, bakımın koordinasyonunu ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliğini içeren görevler üstlenmektedir. Sonuç olarak, etkin korunma programlarının gerekliliğinin yadsınamaz olduğu ve hemşirelerin korunma programlarını başarıyla yürütebildikleri, koordine edebildikleri görülmektedir.

Kaynaklar

1. Abanonu G. Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi İstanbul 2005.
2. ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2008;28:158-60.
3. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19:135-44.
4. ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2012;40:126-28.
5. Buğan B, Çelik T. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörleri. Journal Clinical and Analytical Medicine 2012.
6. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012.
7. Onat A, Şansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2010;38(3):159-63.
8. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;3.
9. Deaton C, Froelicher S, Wu L, HO C, Shishani K, Jaarsma T. The Global Burden of Cardiovascular Disease. Journal of Cardiovascular Nursing 2011;26(45):5-14.
10. The Joanna Briggs Institute, Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Australian Nursing Journal 2010;18(3).
11. Berra K, Miler K, Jennings C. Nurse-based Models For Cardiovascular Disease Prevention. Journal of Cardiovascular Nursing 2011;26(45):46-55.
12. Uzun M. Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2007;7:298-304.
13. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;82-91.
14. Berra K, Fletcher B, Hayman L, Miller N. Cardiovascular Disease Prevention: A call to Action For Nursing. Journal of Cardiovascular Nursing 2011;26(45):1-2.
15. Lear SA, Spinelli JJ, LindenW, et al. The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) After Cardiac Rehabilitation: a 4-year randomized controlled trial. American Heart Journal 2006;152(2):333.
16. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371(9629).
17. Hayman L, Helden L, Chyun D, Braun L. A Life Course Approach to Cardiovascular Disease Prevention. Journal of Cardiovascular Nursing 2011;26(45):22-34.
18. Barbara F, Oka R. Successful Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Reduction. Journal of Cardiovascular Nursing 2011;25(3):221-22.
19. Yvonne Commodore- Mensah, Dennison Himmelfarb, Patient Education Strategies for Hospitalized Cardiovascular Patients, A Systematic Review. Journal of Cardiovascular Nursing 2012;27(2).
20. Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No:743, Ankara, 2008.
21. Cingözbay B, Işılak Z, Tokatlı A, Uzun M. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Editöre Mektup Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11:467-71.
22. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteorik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;10(2):86-94.
23. Özsoy Altuğ S, Yıldırım B. Hemşirelikte Eleştirel Düşünme. Uygulamalı Yaklaşım Aydın Tuna Matbaacılık İzmir 2010.
24. Potter P, & Perry A.G. Fundamentals of Nursing Concepts. Process and Practice 7th Edt. Mosby Year Book. St Lous, 2009.
25. Uysal H. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012.
26. Bilik Ö. Kalça Protezi Uygulanmış Olan Hastaların Evde Telefonla İzlenmesinin İyileşmeye Etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi 2006.
27. Hintistan S, Çilingir D. Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım:Telefon Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9(1):35-39.
28. Han HR, Kim J, Kim KB, et al. Implementation and Success of Nurse Telephone Counseling in Linguistically Isolated Korean American Patients With High Blood Pressure. Patient Education and Counseling 2010;80:130-34.
29. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): 2004;364(9438):937.