

DERLEME**REVIEW****Günümüzde Hemşire Liderliğinde Kardiyovasküler Hastalık Yönetim Programları***Cardiovascular Disease Management Programs in Nursing Leadership At The Present Time***Hilal Uysal¹**¹İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul

Sağlık bakımındaki yeni gelişmelerde kronik hastalık bakımının iyileştirilmesi öncelikli hedefler arasındadır. Kronik hastalık yönetiminde bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri olmadan yüksek performanslı sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Hastalık yönetim programlarının kardiyovasküler riskleri azaltmak için hasta bakımında etkili olduğu kanıtlanmıştır. Hemşire liderliğindeki bakımın daha proaktif ve hedefe yönelik bir girişim olduğu ifade edilmektedir. Sonuçta, bütünleştirilmiş ve koordine bir bakım verilmesi sağlanarak, hastalık yönetim programlarının uygulanabilirliği ve bireylerin sağlığında aktif olarak sorumluluk alabilmesi mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Hastalık Yönetim Programı, Liderlik

Improving chronic illness care in new developments in health care is among the primary targets. Without integrated health care management of chronic diseases is not possible to present a high-performance sustainable health services. To reduce the risk of cardiovascular of the disease management program has proven to be effective in patient care. Nurse-led care is expressed more proactive and as an attempt to target. Ultimately, by ensuring integrated and coordinated care, will be able the applicability of the disease management programs and individuals to take responsibility as active in health.

Key words: Chronic Illness, Disease Management Program, Leadership

Geliş tarihi: 29.10.2014; **Kabul tarihi:** 29.05.2015

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Hilal Uysal

Yazışma adresi: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Abide-i Hürriyet Cad. Şişli İstanbul - Türkiye;

Telefon: 0212 440 00 00 /27028; **E-posta:** hilaluysal@gmail.com

Kronik hastalıklar azalmış üretkenlik, yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Hem Dünya Sağlık Örgütü hem de Birleşmiş Milletler tarafından kronik hastalıklar 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakımındaki yeni gelişmelerde kronik hastalık bakımının iyileştirilmesi öncelikli hedefler arasındadır.^[1]

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında yayımladığı "Küresel Hastalık Yüğü" raporuna göre, kardiyovasküler hastalıkların dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında olduğu vurgulanmaktadır. 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar açısından bu oranların daha da yükseleceği öngörülmektedir.^[1] İskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve hipertansif kalp hastalığı olarak tanımlanan hastalık grupları, tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %40'ını oluşturduğu¹ ve tüm ölümlerin %71'inin kronik hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir.^[2]

Türkiye'de en az 22 milyon bireyin (yaklaşık olarak her üç kişiden birinin) bir veya daha fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Bu durum

Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir ve yaşlı nüfusun artmasının etkili olduğu görüşü hakimdir.^[3,4,5]

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasına (Patent1) göre, ülkemizde yaklaşık 15 milyon hipertansif birey olduğu⁶, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I) 'na göre de erişkinlerde Diyabetes Mellitus prevalansı %7.2, Hipertansiyon prevalansı %29, Obezite prevalansı %22 olduğu belirtilmiştir.^[7] Bu sonuçlar göstermektedir ki, kronik hastalıklarla mücadele, ülke ekonomilerinin sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmez öncelik olmalıdır.^[1]

Kronik hastalık yönetiminde bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri olmadan yüksek performanslı sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulması mümkün değildir. Kronik hastalık yönetiminde başarının artması için hasta birebir kendi sağlığını ve sorumluluğunu alabilecek duruma gelmelidir.^[1] Bu nedenle hasta uyumunu artırdığı ve maliyeti düşürmeye yardımcı olduğu için hastalık merkezli modellerden hasta merkezli modellere geçmek gerektiği vurgulanmaktadır.^[8,9,10,11]

Kronik hastalığı olanlarda yetersiz kanıta dayalı uygulama, sınırlı öz-bakım yönetim desteği gibi bakımdaki yetersizlikleri tanımlamak için hastalık yönetim programları oluşturulmuştur. Hastalık yönetim programı (HYP), hastanın kendi bakımında sorumluluk almasını gerektiren durumlar için geliştirilmiş koordineli sağlık hizmeti uygulamaları ve iletişim sistemi olarak tanımlanabilir.^[12]

Günümüzde bakımı desteklemek, bakımın kalitesini iyileştirmek amacıyla kliniklerde hastalığa özel oluşturulmuş bakım kılavuzlarının ve modellerinin kullanılmasının önemi daha çok vurgulanmaktadır.^[13,14] Hemşirelik alanında sıklıkla kullanılan bakım modelleri “Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli”, “Temel İnsan Gereksinimleri Modeli”, “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli”, “Sinerji Modeli”, Roy Adaptasyon Modeli”, Olgu Yönetim Modeli”, “Kronik Bakım Modeli”, “Transisyonel Bakım Modeli” sayılabilir.^[13,14]

-Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek, her alanda ve her sağlık düzeyinde, akut/kronik durumlarda ve her tür tıbbi tanıda insan/insan

tepkilerini değerlendirmede kullanılabildiği için önemli bir modeldir. Gordon’un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapmasını ve hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için geliştirilmiş bir modeldir.^[13,15]

-Sinerji modelinde hasta ve aile, hemşire-hasta etkileşiminde aktif katılımcı olarak rol alır.^[14]

-Olgu yönetimi modeli de, bireylerin sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için sağlığın değerlendirildiği, erken aktivitelerin planlandığı uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistemdir. Olgu yöneticisi hemşire, sağlık eğitimi, bakım ve rehabilitasyon konularında hastanın bir rehberi olarak düşünülebilir.^[14]

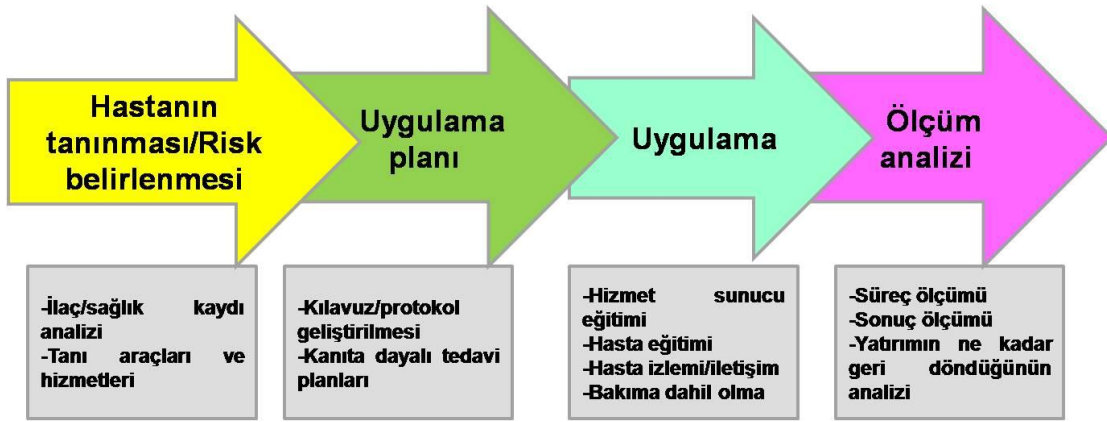
- Kronik bakım modeli: Bu modelin temeli sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır. Kronik bakım modeli, primer sağlık hizmetleri ile sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri ön plana çıkarmaktadır. Hastalar rutin olarak tanınır, aktif katılımları ve ayrıntılı bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için desteklenir. Bu doğrultuda en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında

ve kalitesinde iyileşme; sonuçta da hasta memnuniyeti beklenir.^[16]

-Transisyonel bakım modeli, kapsamlı bir hastane bakımı ve ev izlemini içeren kanıta dayalı bir modeldir. Bu model ile bakımın koordine ve sürekli olması sağlanır, komplikasyonları izlemek kolaylaşır, hasta ve ailenin de aktif katılımının sağlandığı, hekim ile işbirliği içinde olunan bir modeldir.^[14,17]

Hastalık yönetim programlarının uygulanabilmesi için, uygulama planında kanıta dayalı hastalık

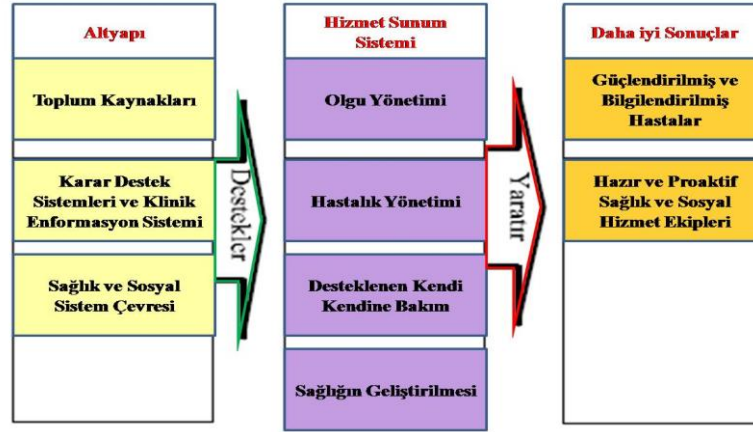
yönetimi için gerekli olan kılavuz ve protokollerin geliştirilmesi önemlidir.^[18,19] Hastalık yönetim programlarının kardiyovasküler riskleri azaltmak için hasta bakımında etkili olduğu kanıtlanmıştır.^[14] Hemşirelik bakım sürecinin her aşamasında hastalığa özgü bakım kılavuzları kullanılarak hemşirelik girişimlerinin uygulanması hasta bakımında başarı şansını arttıracak, hemşirelik uygulamalarında güvenli ve etkili kararlar alınmasına yardımcı olacak ve hasta bakım sonuçlarına önemli katkı sağlayacaktır (Şekil 1).^[1]



Şekil 1: Hastalık Yönetim programı geliştirme ve uygulama süreci¹

İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services-NHS) tarafından geliştirilmiş ve uygulanmakta olan kronik hastalık bakım modeli alt yapı gereksinimleri,

hizmetin sunum aşamasındaki gereklilikler gibi bir hastalık yönetim programının birçok bileşenine sahiptir (Şekil 2).^[1]



Şekil 2: Ulusal Sağlık Hizmeti(NSH) ve Birleşik Krallık Kronik Bakım Modeli [1,20]

Yapılan çalışmalarda kılavuzların kullanımındaki engeller olarak hastalığa özel hemşirelik bakım kılavuzlarının yetersiz olması, hemşirelerin kılavuzların varlığından haberdar olmamaları, önemini anlayamamaları, yetersiz zaman ve personel nedeniyle zaman ayırmamaları, kılavuzların kolay anlaşılır olmaması gibi nedenler ifade edilmiştir. Bu bağlamda hemşirelerin kılavuzların kullanımının önemini kavrayabilmeleri, farkındalıklarının arttırılabilmesi için eğitimler planlanması önerilebilir.[21,22] Türkiye’de Türk Kardiyoloji Derneği Hemşirelik ve Teknisyenlik Çalışma Grubu tarafından “Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu-2003 ve 2007”[18] ve “Perkütan Koroner ve Valvüler

Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu-2004 ve 2007” [19] ulusal kılavuzlar oluşturulmuştur. Kılavuzlar Türkçe ve İngilizce baskı şeklinde ve web’den ücretsiz olarak hemşirelerin kullanımına sunulmuştur.

Hemşire Liderliğinde Bakımın Önemi

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kronik hastalıkları yönetmek için hemşire liderliğinde yapılan bakımın isteğe bağlı hekim ve hasta destekli bakımdan daha iyi bir model olduğu belirtilmektedir. Hemşire liderliğindeki bakımın daha proaktif (plan çerçevesinde, yaratıcı çözümler üretilmesi) ve hedefe yönelik bir girişim olduğu ifade edilmektedir. Yapılan kalite değerlendirmelerinde ise, hemşire liderliğinde yapılan bakımın genel bakıma göre daha etkili, eşit ya

da daha az maliyetli olduğu açıklanmaktadır. Hemşire liderliğinde bakım modellerinin kullanılması ile kronik hastalığı olanların hastaneye yatışları azaltılarak, sağlığa harcanan milyonlarca lira geri kazandırılmış olacaktır.^[23] Sonuçta bütünleştirilmiş ve koordine bir bakım verilmesi sağlanarak hastalık yönetim programlarının uygulanabilirliği ve bireylerin sağlığında aktif olarak sorumluluk alabilmesi mümkün olacaktır.^[1]

Hemşire liderliğinde yataklı ünitelerde (%6.6) uygulanan girişimler sonucunda taburculuktan sonra 30 gün içinde tekrar yatış oranlarında genel bakıma (%12) göre daha fazla azalma olduğu, hastaneden daha erken taburcu oldukları, 6 aylık takiplerde mortalite oranlarında azalma gözlemlendiği görülmüştür.^[24] Literatürde kalp yetersizliği hastalarının taburcu olduktan sonra ilk yıl içinde tekrar hastaneye yatış oranları oldukça yüksektir.^[25] Bu nedenle taburculuk sonrası hastaların izlenmesi, tekrar yatışların azaltılması açısından önemli bir yaklaşımdır.

Kronik Kalp Yetersizliği hastaları için hazırlanan hemşireler tarafından yönetilen hastalık yönetim programları hastanın izlemi, değerlendirilmesi ve

tedavisi için gerekli aktiviteleri kapsamaktadır. Hastalık yönetim programlarının diğer bir kapsamı da taburcu olduktan sonra hastaların tedavi programlarına uyumlarını izlemek ve arttırmak için telefon ile danışmanlıktır. Avrupa ülkeleri arasında ev uzaktan izleme (telemonitoring) sistemi, hemşire liderliğinde telefon desteği ve genel bakımın karşılaştırılıp sonuçlarının değerlendirildiği bir program olan Trans-Avrupa Ağı Ev-Bakım Yönetim Sistemi (Trans-European Network Home-Care Management System; TEN-HMS)'ne^[26] göre; uzaktan izleme grubunda hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğu, 12 aylık takipte mortalite riskinin genel bakım grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[27] İtalya'da yapılan ev uzaktan izleme yönetim sisteminin uygulanması üzerine bir pilot çalışmada da konu hakkında danışmanlık verilen ve eğitim uygulanan kalp yetersizliği hastalarının mortalite ve acile başvuru oranlarının oldukça azaldığı görülmüştür.^[27]

Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda hemşire liderliğinde kalp yetersizliği hastalarına uygulanan bakım ve yönetim girişimleri ile hastanede yatış gün sayılarında önemli

oranda azalma olduğu, ev ziyaretleri ve telefonla izlem ile hastalık gelişme ve alevlenme risklerinin ve mortalitenin önemli oranda azaldığı; telefonla izlem ya da e-posta ile eğitime devam edilmesi ile hastaneye tekrar yatış risklerinin azalmaya eğilim gösterdiği; yaşam kalitelerinde ve öz bakım yönetimlerinde iyileşme sağlandığı [28,29], hastanede yapılan genel uygulamalardan ise diğerleri kadar olumlu sonuçlar alınmadığı, etkili olmadığı tespit edilmiştir.[14,30] Bu çalışmalar sonucunda “hemşire liderliğinde uygulanacak kronik kalp yetersizliği hastalarının yönetim programları”ı geliştirilmeye başlanmıştır. Hemşire liderliğinde yapılan girişimlere ek olarak multidisipliner bir ekip desteği de sağlanarak kalp yetersizliği hastalarına ihtiyacı olan bakımın verilmesi mümkün olacaktır.[27]

Bu programlardaki içerik planı şöyle tanımlanmaktadır:

- 1-Hastanede ya da taburcu olduktan sonraki süreçler üzerine yoğunlaşılması,
- 2-Klinik ya da ev ortamında yapılan bakım yönetimleri,
- 3-Kısa ya da uzun vadeli yönetim programlarının oluşturulması,

4-Bakım programının koordinasyonunun belirli sağlık profesyonelleri (kardiyoloji uzman hekimi vb.) ya da uzmanlaşmış kalp yetersizliği hemşiresi tarafından gerçekleştirilmesidir.[30]

Yapılan bazı çalışmalarda hemşire liderliğinde yapılan girişimler sonucunda genel bakıma göre tekrar yatışlar ve hastanede kalış oranlarında önemli bir fark bulunmadığı, ancak hasta memnuniyetinde önemli oranda artış olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte diğer bazı çalışmalarda ise, hastanede yatış gün sayılarında ve tekrar hastaneye yatışlarda önemli oranda azalma olduğu tespit edilmiştir.[31]

Hipertansiyon, tüm dünyadaki erişkin ölümlerinin %6'sından sorumlu tutulan ve büyük ölçüde önlenilebilir bir kardiyovasküler risk faktörüdür. 2025 yılına kadar tüm dünyada Hipertansiyon tanısı olanların sayısının 1.56 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Hipertansiyon tanısının konulmasında, ikincil sebepleri belirlemede ve tedavi için ilk kararları vermede en çok hekimlerin sorumlulukları olsa da daha sonraki süreçte hemşireler önemli rol oynamaktadır.[32,33]

Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin geleneksel rolü, eğitim vermek, kan basıncını ölçmek ve bireyin öz-bakım yönetimini arttırmaktır. Yıllardır yapılan çalışmaların ortak sonucu, hipertansiyonda hemşirelik bakımında protokoller ve kılavuzlara uyumun iyileştirilmesinin bakımın sonuçlarını iyileştireceği yönündedir. Bu iyileşme de ancak organize şekilde planlanmış hemşire liderliğinde yapılan bakım yönetim sistemi ile daha muhtemel olacaktır.^[34] Hemşire liderliğinde yapılan hipertansiyon bakım programlarında hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandıkları ve tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir.^[32] Hemşire liderliğinde yapılan girişimler ile diyabetli hastalarda daha iyi kan basıncı kontrolünün yapıldığı meta analizlerle ortaya çıkarılmıştır. Bu girişimler tedavi algoritmasının titiz kullanımı, hemşire tarafından planlanan yönetim programı (hemşire reçetesi), toplum izlemi, hemşire liderliğinde bakım veren klinikleri içermiştir.^[34]

Hemşire liderliğinde bakım veren hipertansiyon yönetim kliniklerinde genel bakım ile karşılaştırıldığında hipertansiyon

kontrolünün daha iyi olduğu, ikincil bakımda ciddi olumlu farklılıklar geliştiği belirtilmiştir.^[35,36]

Çalışmalarda tedavi algoritmalarının kullanılmasının başarılı bakım yönetimi için önemli olduğu, bununla birlikte hemşire reçetelerinin de yararlılığını destekleyen bulguların da olduğu belirtilmektedir. Ancak hemşire liderliğindeki bakımın maliyetleri azalttığı yönünde güçlü kanıtların henüz bulunmadığı ifade edilirken, sonraki dönemlerde bunun da mümkün olacağı yönünde öngörüler yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşireler ile yapılan konsültasyonların hekim konsültasyonlarından daha ucuz olduğu belirtilmiştir. Hemşire liderliğinde yapılan telefonla danışmanlık sonucunda evde kan basıncının kontrol altında tutulmasının daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.^[34]

Hasta eğitim programları birinci basamak sağlık kuruluşlarında uzman hemşire liderliğinde yapılırsa hastaların tedaviye katılmalarının ve devam etmelerinin kolaylaştığı, hedeflenen kan basıncına çabuk ulaşılabilirdiği ^[32], hastalara daha uzun zaman ayrılabilirdiği, programın başarısında etkili olduğu gösterilmiştir.^[34]

Hemşire liderliğindeki klinikler yapısındaki ve/veya işlevindeki bazı özelliklerden dolayı diğer kliniklerden farklılaşmışlardır (Tablo 2). Bu klinikler hastalıktan ziyade sağlığa odaklı hizmet anlayışı, girişimler ve tanıdan ziyade yaşam yönetimi üzerinde durmaktadır. Hemşire liderliğinde hipertansiyon kliniklerinde özellikle

hasta eğitimi, yaşam şeklinde motive edici değişiklikler, hasta uyumu konularına odaklanılmaktadır. Hemşire liderliğindeki klinikler için Tablo 3'te kanıt derecesine göre öneriler belirtilmiştir.^[35,36]

Tablo 2: Hemşire liderliğinde bakım veren hipertansiyon kliniklerinin yararları^[35,36]

- Uzun hasta görüşmeleri sağlanır.
- Düzenli ve sürekli izlem sağlanır.
- Hipertansiyon yönetimi üzerine odaklı çalışır.
- Diğer kardiyovasküler risk faktörleri üzerine odaklıdır.
- Kılavuzlara göre kan basıncı ölçümü yapılır (protokollere göre kan basıncı ölçüldüğü zaman kan basıncının daha iyi kontrol altına alındığı tespit edilmiştir).
- Bireysel hasta eğitimi verilir ve güçlendirme sağlanır.
- Hedefe ulaşmada daha iyi sonuç alınır.
- Uyumu teşvik üzerine odaklıdır (Bu konu ile ilgili çalışmalarda henüz güçlü kanıtlar elde edilmemiş. Daha ileri çalışmalar gereklidir).
- Gelişmiş evde kan basıncı ölçümü yapılır.

Tablo 3: Hemşire liderliğindeki klinikler için kanıt derecesine göre öneriler^[37]

1. Hemşire liderliğindeki kliniklerin kullanımı Koroner Kalp Hastalığı olan hastalar için önerilmiştir. (*Kanıt Derecesi B*)
2. Hemşire liderliğindeki kliniklerin kullanımı klinik katılım ve izlem oranlarını artırabilir. (*Kanıt Derecesi B*)
3. Hemşire liderliğindeki klinikler yaşam şekli değişiklikleri gerektiren hastalar için Koroner Kalp Hastalığı ile ilişkili riskleri azaltabilir. (*Kanıt Derecesi A*)

Kardiyovasküler risklerin önlenmesi ve yaşam şeklinde davranış değişikliğinin kazandırılması ve sürdürülmesi için, hastaya gereksinimlerine göre eğitim verilmesi

ve motive edici girişimlerde bulunulması önceliklidir. Bu girişimler bireylerin anlayış farklılıkları, yaş, kültür, sosyo-demografik ve okuryazarlık düzeylerini de dikkate

olarak davranışlarını etkileyebilir ve tedaviye uyumlarını iyileştirebilir. Hemşire liderliğinde yapılan girişimlerin hastalık gibi kompleks tedavi gerektiren durumlarda sonuçların iyileştirilmesi için etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.^[14,38,39]

Olgu yöneticisi hemşirelerin, hastalık yönetim programlarını kullanarak kardiyovasküler hastalık gibi kompleks tedavi gerektiren durumlarda sonuçların iyileştirilmesinde, kardiyovasküler risklerin önlenmesi ve/veya azaltılmasında, yaşam şeklinde davranış değişikliği sağlanmasında, motivasyonun artırılmasında, hastalığa ve tedaviye uyumun iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir.^[14,27,35]

Koroner kalp hastalarının hastanede yatarken hemşire tarafından yapılan sigara bıraktırma girişimleri sonucunda hastaların sigara bırakma oranlarının arttığı tespit edilmiş. Kardiyovasküler alanda uzman hemşireler liderliğinde yapılan sigara bırakma girişimleri (konu ile ilgili eğitim ve kitapçık, telefonla takip vb.) sonucunda genel bakım alanlara (video ile hastalık hakkında genel bilgi

sunumu, sigara bırakma önerileri vb.) göre sigara bırakma oranlarının arttığı tespit edilmiştir.^[40]

Kılavuzlara uyum eksikliğinden dolayı atriyal fibrilasyonlu hastaların yönetiminin genellikle yetersiz olduğu vurgulanmaktadır.^[41] Hemşire liderliğindeki aritmi kliniklerinde uygulanan bakım ile hastaların rollerine ve kılavuzlara uyumlarını iyileştirmede, morbidite ve mortaliteyi azaltmada olumlu etkisi olacaktır. Hastaların uyumlarının artırılması için risk gruplarının tanınması, destek sağlanması, tedavi, eğitim ve davranış değiştirme programlarının oluşturulması önemlidir (Şekil 3). Bu konuda tek geniş kapsamlı randomize çalışmanın sonucunda da, uzman hemşirelerin liderliğinde stabil atriyal fibrilasyonlu hastalara verilen bakımdan, kardiyologlar tarafından sağlanan genel bakıma göre daha iyi sonuçlar elde edildiği ve tavsiye edilen kılavuzlara uyumun hemşireliderliğinde bakım gruplarında önemli oranda daha iyi olduğu belirtilmiştir.^[41]



Şekil 3. Hastalık yönetim programlarına hasta uyumunun artırılması için öneriler^[41]

Sonuç olarak, bakımda hastalık yönetim programlarının kullanılması organize ve bütüncü bir şekilde hastaya bakım verilebilmesi için hemşirelere yardımcı olacaktır. Ülkemizde bu yönde sürekli programlar bulunmamakla birlikte, yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber gelecek yıllarda kronik hastalıklardan ölümlerin de artacağı düşünülürse hemşire liderliğinde hastalık yönetim programlarının hızla oluşturulmaya ve uygulanmaya başlanması öncelikli bir ihtiyaçtır.

KAYNAKLAR

1. Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. TÜSİAD 40, yayın no: TÜSİAD-T/2012-06/529. İstanbul: Sis Matbaacılık Prom. Tanıtım Hizm. Ltd. Sti. 2012.
2. Başara BB, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yüku Çalışması 2004. Ankara; 2006. Web adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/166> Erişim tarihi: 01.05.2015.
3. T.C.Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu. Ankara; 13-14 Kasım 2008. Web adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t13.pdf> Erişim tarihi: 01.05.2015.

4. T.C.Sağlık Bakanlığı Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara; 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 743. Web adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t14.pdf> Erişim tarihi: 01.05.2015.
5. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. Web adresi: www.kanitadayalitip.org Erişim tarihi: 08.05.2015.
6. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç ve ark. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması PatenT1, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Prevelansı Çalışması 2005. Web adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf Erişim tarihi: 01.05.2015.
7. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, et al. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey, Diabetes Care 2002;25:155-156.
8. Heath I. World Organisation of Family Doctors (Wonca) perspectives on person-centered medicine. International Journal of Integrated Care. 2010;10:10-11.
9. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Aff (Millwood). 2010;29(8):1489-95.
10. Epstein RM, Street RL, Jr. The values and value of patient-centered care. Annals of family medicine. 2011;9(2):100-3.
11. Lawn S. Compliance, concordance, and patient-centered care. Patient Preference and Adherence 2011;5:89-90.
12. Elissen AMJ, Adams JL, Spreeuwenberg M, Duimel-Peeters IGP, Spreeuwenberg C, Linden A, Vrijhoef HJM. Advancing current approaches to disease management evaluation: Capitalizing on heterogeneity to understand what works and for whom. Medical Research Methodology 2013;13:40.
13. Gordon M, Güler Ç, Erdemir A, Hakverdioğlu G. ve ark. Hemşirelik sınıflama sistemleri, klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Erdemir F, Yılmaz E. (ed) Ankara: 2003:1-53.
14. Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-Based Models for Cardiovascular Disease Prevention From Research to Clinical Practice. Journal of Cardiovascular Nursing. 2011;4S(26): S46-S55. Web adresi: www.nursingcenter.com Erişim tarihi: 02.11.2014.
15. Enç N (Edt). İç Hastalıkları Hemşireliğine Giriş: Hastalıkları Hemşireliğinde Önemli Bakım Modelleri. İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi 2014:6-11.
16. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. DEUHYO ED 2011;4(1):102-109.
17. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. Journal of American Geriatric Society 2004;52(7):675-684.

18. Enç N, Yiğit Z, Ergun FŞ, Akın S, Uysal H, İncekara E. Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 1.Basım 2003, 2. Basım, İstanbul Türk Kardiyoloji Derneği; 2007:1-69.
19. Enç N, Umman S, Ağırbaşı M, Altıok MG, Ergun FŞ, Uysal H, İncekara E, Ulusoy S, Baran AE. Türk Kardiyoloji Derneği Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 1.Basım 2004, 2. Basım; 2007:1-32.
20. NHS Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration. London: The Stationery Office; 2005.
21. Enç N, Öz Alkan H. TKD Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzlarının Kullanımına Yönelik Değerlendirme Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013;4(6):21-32.
22. Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Implementing clinical guidelines in stroke: A qualitative study of perceived facilitators and barriers. Health Policy 2013;111(3):234-44.
23. Browne G. Why nurses are the way of the future. July 20, 2012. Web adresi: www.healthydebate.ca Erişim tarihi: 05.11.2014.
24. Doucette C. Review: patients in nursing-led units are beter prepared for discharge than those receiving usual care. Evid Based Nurs 2008;11:20.
25. Karaca S, Mert H. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastaneye Tekrar Yatış Sıklığı ve Nedenlerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:3.
26. Koehler F, Anker SD. Noninvasive Home Telemonitoring: The Trans-European Network– Home-Care Management System. JACC 2006;48(4):843–53.
27. Bernard S, Brody E, Lohr K. Health Care Delivery Models for Heart Failure. Qoest for Quality and Improved Performance. QQUIP and the Quality Enhancing Interventions Project. May 2007. Web adresi: www.health.org.uk Erişim tarihi: 05.03.2015.
28. Gorski LA, & Johnson KA disease management program for heart failure: Collaboration between a home care agency and a care management organization. Lippincott's Case Management 2003;8(6):265-273.
29. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. BMJ 331:425-430.
30. Parrella A, Mundy L, Hiller J, Merlin T. Nurse-led telephone program to monitor heart failure patients after hospital discharge. National Horizon Scanning Unit Horizon Scanning Prioritising Summary. Australia, 2006.
31. Latoura CHM, A.W.M. van der Windtb D, Jongec Pde, Riphagend II, Vose Rde, Huysef FJ, Stalman WAB. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research 2007;62:385–395.
32. HacıHasanoğlu R. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2009;4(12):153-164.

33. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu A, ve ark. TEKHARF 2012: Genel koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. Türk Kardiyol Dern Arş 2013;41(5):373-378.
34. Better BP control with nurse-led interventions. BMJ 2010;341:c3995. Web adresi: www.imt.ie Erişim tarihi: 05.05.2015.
35. Hansen TB. Nurse-led clinics for hypertension-what do they offer? Denmark-CCNAP 2011.
36. Clark C, Campbell JL. et al. Nurse-led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension. Systematic review & meta-analysis. BMJ 2010;341:c3995.
37. Page T, Lockwood C, Conroy-Hiller T. Effectiveness of nurse-led cardiac clinics in adult patients with a diagnosis of coronary heart disease. Int J Evid Based Healthc 2005;3(1):2-26.
38. Uysal H, Özcan Ş. The Effect of Individual Training and Counselling Program with Myocardial Infarction Patients over Patients' Quality of Life. International Journal of Nursing Practice. 2012;18(5):445-453.
39. Uysal H, Özcan Ş. The Effect of Individual Training on Myocardial Infarction Patients' Physical Activity Capacity. International Journal of Nursing Practice. International Journal of Nursing Practice 2015;21:18-28.
40. Quist-Paulsen P, Gallefoss FA nurse-led smoking cessation intervention increased cessation rates after hospital admission for coronary heart disease. BMJ 2003;327:1254-7.
41. Hendriks JML, Wit R, Crijns HJGM, Vrijhoef HJM, Prins MH, Pisters R, Pison LAFG, Blaauw Y, Tieleman RG. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. European Heart Journal 2012;33:2692-99.