

Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü

The Role of Nurses in Cardiac Rehabilitation

Esra Akbulut¹, Derya Tülüce², Burcu Bayrak Kahraman²

¹Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

²Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara.

ÖZET

Kardiyovasküler hastalıklar Dünya’da ve ülkemizde birinci ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite oranını azaltmak amacıyla kardiyak rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Bu derlemede kardiyovasküler hastalığı olan bireylere yaşadığı toplumda fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyilik hali ve aktif bir yaşam sağlayan kardiyak rehabilitasyon programı, fazları, bileşenleri, basamakları, rehabilitasyon ekibi ve hemşirenin rolü üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalıklar; Kardiyak; Rehabilitasyon; Hemşire.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the number one cause of death in our country and the world. Cardiac rehabilitation programs are being implemented to reduce the cardiovascular morbidity and mortality related to disease. In this review, focuses on the cardiac rehabilitation program, phase, components, steps, rehabilitation team and nurses’ role which is providing physical, social and spiritual well-being and an active life at societies that is individuals with cardiovascular disease.

Key Words: Cardiovascular diseases; Cardiac; Rehabilitation; Nurse.

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar Dünya’da ve ülkemizde en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir.^[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2014 verilerine göre Dünya’da ilk 10 ölüm nedenleri sıralamasında kalp-damar hastalıkları birinci sırada yer almaktadır.^[2] DSÖ’nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar 2014 ülke profili Türkiye verilerinde de %47 oranı ile birinci sırada kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı ölümlerin yer aldığı görülmektedir.^[3] Onat ve ark.^[4] 1990 yılında başlattığı

ve halen devam eden Türkiye’de koroner arter hastalığına yol açan risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörler (TEKHARF) çalışmasının 22. yıl taramasında izlenen ve 1990-2012 yıllarını kapsayan takip sonuçlarına göre, 45-74 yaş aralığında koroner kalp hastalığına bağlı ölümler erkeklerde 1000 kişi-yılında 7.6, kadınlarda 3.8 düzeyindedir. Bu sorunun 2030 yılı tahminlerine göre Dünya’da ilk 20 ölüm nedenleri sıralamasında birinci sırada yer alacağı öngörülmektedir.^[5]

* Derleme, 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi’nde e-poster bildiri olarak sunulmuştur. 14-18 Ekim 2015, Antalya.

Geliş tarihi: 26.02.2016 Kabul tarihi: 19.12.2016

Sorumlu Yazar: Hemşire Esra Akbulut

Yazışma adresi: Emniyet Mah. Taç Sok. No: 3 Eczacılık Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat p.k. Etiler Yenimahalle/Ankara 06330 Ankara – Türkiye.

E-posta: esra.akbulut87@gmail.com

Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik birincil ve ikincil önleme programlarıyla hastalık prevalansında azalma görülmektedir.^[6] Kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması için etkili uygulamalardan biri kardiyak rehabilitasyondur. Günümüzde hastalığa bağlı morbidite ve mortalite oranını azaltmak için kardiyak rehabilitasyona ihtiyaç duyulmaktadır.^[7] Kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler hastalığı olan bireyin optimal fonksiyonel kapasitesini kazanabilmesi için gerekli fiziksel, mental ve sosyal şartları sağlamaya yönelik, organize multidisipliner bir ekip tarafından yürütülen çalışmaların tümüdür.^[8] Başka bir tanım ile kardiyak rehabilitasyon; kalp-damar hastalığı olan bireyin yaşam kalitesini iyileştirme, morbidite/mortalite oranını azaltma potansiyeli olan temel ikincil önleme stratejisidir.^[7] Kardiyak rehabilitasyon; akut koroner sendrom, kronik stabil anjina pektoris, kronik kalp yetersizliği, perkütan koroner girişim, koroner by-pass, kalp kapak operasyonları ve kalp transplantasyonu sonrası uygulanmaktadır. Ayrıca diyabetik hastalarda birincil ölüm nedenini kalp hastalıkları oluşturduğundan diyabetik hastalarda da kardiyak rehabilitasyon uygulanmaktadır. Banzer ve ark.^[9] yaptığı çalışmada 250 diyabetik, 702 diyabetik olmayan toplam 952 hastaya egzersiz ve risk faktörlerinin tedavisini içeren 10 haftalık kardiyak rehabilitasyon programı uygulanmıştır. Rehabilitasyon sonucunda diyabetik hastalarla diyabeti olmayan hastalarda egzersiz kapasitesinde artış olduğu gözlenmiş, egzersiz tedavisi yanında risk faktör tedavisinin de önemi vurgulanmıştır. Akut koroner sendrom sonrası kardiyak rehabilitasyon programı en güncel kılavuzlarda birinci sırada endikasyon durumu olarak önerilmektedir.^[8,10] Ayrıca kardiyak rehabilitasyon programlarının kalp ameliyatlarından sonra uygulanmasının önemi üzerinde durulmaktadır. Kalp ameliyatlarından sonra uygulanan kardiyak rehabilitasyon programlarının kardiyak semptomları azalttığı, miyokardiyal revaskülarizasyonu artırdığı, kas-iskelet sisteminde gelişme sağladığı, işe dönüş zamanını kısalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir.^[11]

Nitekim Sagar ve ark.^[12] yaptığı sistematik bir derlemede 33 randomize kontrollü çalışma ve 4740 kalp yetersizliği tanısıyla izlenen hasta ile yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde, egzersize dayalı uygulanan kardiyak rehabilitasyon programının kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatış oranını azalttığı belirtilmiştir. Çiftçi ve ark.^[13] Koroner by-pass geçiren 52 hasta ile kardiyak rehabilitasyon programının etkilerini araştırmak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada da kardiyak rehabilitasyon programının yaşam kalitesi ve ikincil koruma açısından yararlı olduğu sonucuna varılmıştır. Kalp

transplantasyonu sonrasında da kardiyak rehabilitasyon programlarının uygulanmasının egzersiz kapasitesini artırdığı gözlenmiştir.^[14,15] DSÖ'nün de kardiyak rehabilitasyon programını bir "hasta hakkı" olarak değerlendirmesi bu durumun önemini vurgulamaktadır.^[16]

Uluslararası kılavuzlarda önerilen kardiyak rehabilitasyon ülkemizde ilk olarak 1970'li yıllarda çalışılmaya başlanmıştır. Ancak günümüzde tercih edilme ve katılım oranı oldukça düşüktür.^[17,18] Özkeçeci ve ark.^[19] Dünya'da ve Türkiye'de kardiyak rehabilitasyon ile ilgili yapılan bilimsel araştırmaları inceledikleri çalışmaya göre, Türkiye'de kardiyoloji ve kardiyovasküler hastalıklar alanında pek çok çalışmaya rastlandığı, ancak kardiyak rehabilitasyon ile ilgili yayınlanan çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu belirlenmiştir. Nitekim bu incelemede kardiyak rehabilitasyon konusunda 2003-2013 yılları arasında 3889 tane bilimsel yayın olduğu, tüm yayınlar arasında Amerika Birleşik Devletleri'nin 1116 yayın ile birinci sırada ve ülkemizin 28 yayın ile 28. sırada yer aldığı saptanmıştır. Bu sonuç Dünya'da ve ülkemizde önemli bir mortalite nedeni olan kardiyovasküler hastalıklarla mücadele kapsamında rehabilitasyona verilen önemin yetersizliğini göstermektedir.

Kardiyak Rehabilitasyon Fazları

Kardiyak rehabilitasyon dört fazda uygulanmaktadır.

-Kısa süreli Faz I (yatan hasta rehabilitasyonu); hastane içi denetimli fazdır. Akut olaydan 24-48 saat sonra, hastanın durumu dengeye ulaşıncaya başlar.

-Faz II (taburculuk sonrası erken dönem); hastane dışı denetimli fazdır. Yeni taburcu olmuş hastalara bireysel olarak düzenlenir ve ortalama üç ay sürer. Taburculuk sonrası iki hafta içinde başlar ve yaklaşık 12 hafta devam eder.

-Faz III programı; hastane dışı denetimsiz fazdır. Planlı egzersiz eğitiminin uygulandığı dış hasta dönemidir. Üçüncü aydan sonraki dönemi (üç-dokuz ay) içerir.

-Faz IV programı; idame/bakım dönemidir. Hastaların risk faktör modifikasyonunun yaşam boyu sürdürüldüğü dönemdir.^[20,21,22]

Kardiyak Rehabilitasyon Bileşenleri

Günümüzde kardiyak rehabilitasyon konusunda en kapsamlı kılavuz Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği (AACVPR) tarafından yayınlanmıştır. "Kardiyak Rehabilitasyonun Çekirdek Bileşenleri/İkincil Önleme Programları Kılavuzu 2007" olarak adlandırılan bu kılavuzda kardiyak

problemin derecesi ile orantılı olarak hazırlanan programın bileşenleri şunlardır;

- Hastanın değerlendirilmesi,
- Beslenme danışmanlığı,
- Sigara bırakırma önerileri,
- Kilo yönetimi,
- Kan basıncı, lipid ve diyabet yönetimi
- Fiziksel aktivite danışmanlığı,
- Egzersiz eğitimi,
- Psiko-sosyal yönetim.^[23]

Kardiyak Rehabilitasyonda İzlenen Basamaklar

Hastanın değerlendirilmesi: Kardiyak rehabilitasyon programında ilk aşama hastanın değerlendirilmesidir. Değerlendirme, hastanın öyküsünün alınması ve fizik muayenenin yapılması ile başlar.^[24] Hastanın öyküsü alınırken tıbbi geçmişi; şimdiki ve geçmiş kardiyovasküler tıbbi-cerrahi tanı ve tedavileri, diğer kronik hastalıkları, kardiyovasküler hastalık belirtileri, kullandığı ilaçlar ve kardiyovasküler risk profili değerlendirilir. Fizik muayene esnasında ise kardiyopulmoner sistem, kardiyovasküler cerrahi girişim sonrası yara yeri, ortopedik ve nöromusküler durum ve bilişsel işlev değerlendirmesi yapılır. Dinlenme halinde 12 derivasyonlu EKG çekilir, hastanın yaşam kalitesi ve sağlık durumu değerlendirilir. Bu değerlendirmeleri egzersiz tolerans testi takip eder. Elde edilen veriler doğrultusunda hastaya uygun rehabilitasyon programı belirlenir.^[23]

Sigara bırakırma önerileri: Hastanın sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanma durumu değerlendirilir. Pasif içici olup olmadığı sorgulanır. Sigarayı bırakması yönündeki değişim için hazır hissedip hissetmediği belirlenir. Hasta eğitimi, hekim ve hasta yakınları tarafından destek ve danışmanlık hizmeti, gerekirse farmakolojik yaklaşım planlanır. Nikotin replasman tedavisi koroner arter hastalarında güvenlidir ve rutin olarak önerilmektedir.^[23,25] Hasta altı ay- bir yıl boyunca takip edilir. Sigara içmeye devam eden hastalar kardiyak rehabilitasyon programlarının dışında bırakılabilir.^[23]

Beslenme danışmanlığı: Kardiyak rehabilitasyon programında egzersiz kapasitesinin artırılmasına yönelik yapılan girişimlerin yanı sıra programda başarıyı yakalayabilmek için sağlıklı beslenme gibi diğer yaklaşımların da programa dahil edilmesi gerekir. Bir diyetisyen ile görüşülerek hastalık ile ilgili beslenme eğitimi, günlük total kalori hesabı, yağ, doymuş yağ, sodyum ihtiyacı hesabı yapılır.^[26,27] Hasta; hipertansiyon, diyabet, kalp yetersizliği, böbrek hastalıkları yönünden değerlendirilerek doymuş yağ/kolesterolden fakir, meyve ve sebzeden zengin bir

diyet programı hazırlanır. Önerilen diyet alımı; doymuş yağ asitleri toplam enerji alımının %10'undan az, doymuş yağ asitleri yerine balık tüketimi aracılığıyla çoklu doymamış yağ asidi alımı artırılmalı, toplam enerji alımının <%1'i trans doymamış yağ asitleri oluşturmalı, günlük 200 gram meyve (iki-üç porsiyon) ve 200 gram sebze (iki-üç porsiyon), biri yağlı balık olmak üzere haftada en az iki kez balık tüketimi şeklindedir.^[25] Beslenme önerileri hastaların kültürel tercihleri ile ilgili olmalıdır. Hasta ve aile üyelerine uygulanan diyetle hedeflenene ulaşması konusunda eğitim ve danışmanlık verilir.^[23]

Kilo yönetimi: Kilo yönetiminde bireyin boy, kilo ve bel çevresi ölçümü ile beden kitle indeksi (kg/m²) hesabı yapılarak değerlendirilir. DSÖ'ne göre kadınlarda bel çevresinin 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm veya üzerinde olması santral obezite varlığını göstermektedir^[28]. Bel çevresi ölçümlerinde Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin belirttiğine göre, Uluslararası Diyabet Federasyonu her popülasyona özgü bel çevresi değerlerinin kullanılması gerektiğini bildirmektedir. Bu değerlerin belirli olmadığı toplumlarda ise coğrafi ve yaşam tarzı özellikleri en yakın olan bölgesel rakamların dikkate alınması önerilmektedir. Buna göre, Türk toplumunda Avrupa için belirlenmiş bel çevresi değerleri olan kadınlar için ≥ 80 cm, erkekler için ≥ 94 cm kullanılmalıdır.^[29] Ayrıca bireyin beden kitle indeksi hesaplanır ve bu değer >25 kg/m² ise bu durumda diğer risk faktörleri de göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş kısa ve uzun dönemli hedefler belirlenir. Hastanın kilosu altı ay kadar bir sürede en az %5, tercihen >10 (haftada bir-iki kg) azaltılmaya çalışılır. Hastaya uygun diyet, fiziksel aktivite/egzersiz ile birlikte davranışsal program düzenlenerek toplam kalori alımı azaltılır, uygun besin ve lif alımı sağlanır ve enerji alımı artırılır.^[23]

Kan basıncı yönetimi: Hipertansiyon; sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması durumu olarak tanımlanmaktadır.^[30] Kan basıncı değerlendirmesi hasta dinlenme halindeyken iki kez her iki koldan da ölçülerek yapılır. Kan basıncı değerini olumsuz yönde etkileyebilecek reçetesiz ilaç kullanımı açısından hasta değerlendirilir. Erişkin bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun yaşam tarzı değişiklikleri mutlaka önerilmelidir.^[23] Bireyin sistolik kan basıncı 130-139 mmHg veya diyastolik kan basıncı 85-89 mmHg olduğu zaman yaşam tarzı değişiklikleri yönünde bilgilendirilmelidir.^[30] Yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında;

- Beden kitle indeksinin <25 kg/m² ve bel çevresinin kadınlarda <80 cm, erkeklerde <94 cm'e düşürülmesi,

- Haftada en az beş kez 30 dakikadan az olmayan fiziksel aktivitenin yapılması,
- Kilo yönetimi,
- Tuz alımının < 5 g/gün olması,
- Meyve ve sebze tüketiminin artırılması,
- Az yağlı besinler, tam tahıl, sebze kaynaklı protein ve haftada en az iki kez balık tüketilmesi,
- Alkol kullanılmaması, kullanma durumunda ise erkekler için günde en fazla 20–30 g/gün etanol, kadınlar için günde en fazla 10–20 g/gün etanolden daha fazla miktar kullanmamaları tavsiye edilmesi,
- Sigara kullanan bireylere sigarayı bırakması önerilmektedir. [25,31]

Beklenen hedef sistolik kan basıncı değeri <140 mmHg ve diyastolik kan basıncı değeri <90 mmHg'dır. Eşlik eden kronik böbrek yetersizliği, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olan hastalarda hedef sistolik kan basıncı değeri <130 mmHg ve diyastolik kan basıncı değeri <80 mmHg'ye düşürülmesine yönelik önerilerin randomize kontrollü çalışma kanıtlarıyla desteklenmediği gösterilmektedir. [31]

Fiziksel aktivite danışmanlığı: Başlangıçta hastanın fiziksel aktivite düzeyi ve gereksinimleri belirlenir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, günlük yaşam özelliklerine göre yapabileceği fiziksel aktiviteler sıralanır. Davranış değişikliklerine yönelik hazır olup olmadığı değerlendirilir. Genellikle kişinin yaşına ve kapasitesine uygun egzersizin haftada en az 5 gün 30 dakikadan az olmayacak şekilde yapılması önerilmektedir. [30] Fiziksel aktivitenin günlük yaşam aktivitelerine adaptasyonu önerilir. Hastanın günlük yaşantısına dâhil edebileceği ve aktivite artışına neden olabilecek programlar (iki kattan fazla merdiven çıkmak, öğle yemeği arasında yürüyüş yapmak, gideceği yerden uzak bir yere park etmek...) keşfetmesine yardımcı olunur. Fiziksel aktivite yaparken kas-iskelet yaralanma riskini en aza indirmek için düşük şiddette aerobik aktivite tercih edilmelidir. Zaman içinde fiziksel aktivite düzeyi kademeli olarak artırılabilir. [23]

Egzersiz eğitimi: Egzersiz temelli bir kardiyak rehabilitasyon programına katılmadan önce semptomla sınırlı egzersiz testinin yapılması tavsiye edilmektedir. Hasta değerlendirmesi ve egzersiz testi ile hastanın risk sınıfı tespit edilir. Bu sayede hastanın egzersiz eğitimi süresince gerekli olan gözetim ve izleme seviyesi belirlenir. Egzersiz testi parametreleri; kalp atım hızı ve ritmi, semptomlar, ST-segment değişimleri, algılanan efor ve egzersiz kapasitesidir. Aerobik ve dirençli egzersiz eğitimi için hastanın durumu, değerlendirme bulguları, risk sınıflandırması, ek hastalıkları (örneğin, periferik arter hastalığı ve

iskelet kas durumları) ve program hedeflerine göre kişiselleştirilmiş bir egzersiz programı oluşturulur. Egzersiz programı, programın tıbbi yöneticisi veya ilgili hekimi tarafından incelenir, gerektiğinde değiştirilebilmektedir. [23] Hatta bazı durumlarda egzersiz programının uygulanması sakıncalı bile olabilmektedir. Unstabil angina pectoris, ciddi aritmi, sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu, dissekan aort anevrizması, ciddi sistemik hastalık, miyokardit, tromboflebit, sistemik veya pulmoner emboli, şiddetli hipertansiyon, ciddi psikonörotik tablo, kontrolsüz diyabet, kas-iskelet sistemi yaralanması ve sakatlıkları şeklinde sıralanabilir. [32] Egzersiz programının uygulanmasında sakınca olmayan hastada, egzersiz eğitimi süresince kendisi için uyarı niteliğinde olan belirtileri anlayarak güvenli egzersiz yapmayı öğrenir. Bu sayede hasta güvenli bir şekilde kardiyorespiratuvar zindelik, gelişmiş esneklik, kas dayanıklılığı ve gücü kazanırken aynı zamanda semptomları azaltmakta, psiko-sosyal iyilik hali de artmaktadır. [23]

Lipid yönetimi: Hastanın Total kolesterol, LDL-kolesterol düzeyi, HDL-kolesterol düzeyi, Trigliserit düzeyi değerlendirilir. Hastaneye yattıktan dört-altı hafta sonra lipid profil değerleri yenilenir. Lipid düşürücü ilaçların başlanması ya da değiştirilmesinden iki ay sonra lipid profil değerleri tekrar yenilenir. [23] Ulusal Kolesterol Eğitim Programı tarafından tavsiye edilen lipid düşürücü ilaç kullanan hastanın kreatin kinaz düzeyleri ve karaciğer fonksiyon değerlendirmesi yapılır. [33] Lipid yönetimindeki amaç LDL-kolesterol düzeyini <100 mg/dL (kabul edilebilir hedef <70 mg/dL) düzeyinde tutmaktır. [23]

Diyabet yönetimi: Diyabetes mellitus kardiyovasküler komplikasyonlar için güçlü bir risk faktörüdür. Kardiyak rehabilitasyon programına alınan hastaların diyabetli olup olmadığı belirlenir. Hasta diyabetli ise olası komplikasyonlar yönünden değerlendirilir. Sistolik kan basıncı \geq 160 mmHg olan diyabetik hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine başlaması zorunludur. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörü ya da renin-anjiyotensin reseptör blokeri, böbrek koruyucu etkilerinden dolayı her zaman tedaviye dâhil edilmelidir. [25,31] Glikoz kontrolü; yaş, komplikasyonların varlığı, ve diyabetin süresi gibi hastanın özelliklerine bağlı olarak bireysel değerlendirmeler temelinde yapılmalıdır. [24] Egzersize başlamadan önce ve sonra en son açlık kan glikoz düzeyi ve HbA1c değerlendirilir. [23] Hastada gelişebilecek olası semptomlar (hipoglisemi ya da hiperglisemi belirti ve bulguları) konularında eğitim verilir. [34,35] İnsülinin pik yaptığı zamanda egzersiz yapmaktan kaçınılmalıdır. Kan glikoz değeri <100

mg/dL ise egzersize ara vermeli ve hasta 15 gr karbonhidrat içeren besinle beslenmeli, 15 dakika sonra kan glikoz düzeyini tekrar test etmelidir. Eğer kan glikoz değeri >100 mg/dL ise devam edilmelidir. Kan glikoz düzeyi ≥ 300 mg/dl (ketozisle beraber açlık kan şekeri ≥ 250 mg/dL) olursa egzersiz yapmasına izin verilmez. Hasta yeterli su alımına teşvik edilmelidir. Egzersizden 24-48 saat sonra kan glikoz düzeyi düşmeye devam edebilir. Bu nedenle hasta dikkatle izlenmelidir. Diyabet yönetiminde kısa ve uzun dönemli hedefler belirlenmelidir. Kısa dönemli hedeflerde hasta, oluşabilecek semptomlar ve ilaç tedavisi hakkında hekimi ya da endokrinoloji uzmanıyla iletişime geçebilmelidir. Hasta kendi kendine kan şekeri takibini yapabilmeli ve oluşabilecek semptomların farkına varabilmelidir. Uzun dönemli hedefler arasında ise HbA1c düzeyi <7%, açlık kan şekerinin 90-130 mg/dL olmasını sağlamaktır. Kan basıncı ise; sistolik kan basıncı hedef değeri <140 mmHg diyastolik kan basıncı hedef değeri <85 mmHg düzeyinde olması önerilir. [31] İstirahat ve/veya egzersiz sırasında hipoglisemi veya hiperglisemi oluşumu önlenmeli, belirti ve bulguları izlenmelidir. [23]

Psikososyal yönetim: Hasta; depresyon, anksiyete, kızgınlık ya da düşmanlık, öfke, sosyal izolasyon, evlilik/ailesel sorunlar, cinsel işlev disfonksiyonu, alkol, madde veya psiko trop ilaç bağımlılığı yönünden görüşme ve/veya standart ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilir. Bireysel/grup terapileriyle bireylere stresle mücadele yöntemleri danışmanlığı verilir. Mümkün olduğunda bu tür oturumlarda aile üyeleri, hasta için önemli sayılan kişileri de dahil etmek gerekebilir. Böylece ailenin hastaya sosyal destek düzeyini artırmak için destekleyici rehabilitasyon ortamı geliştirilmiş olur. Hastanın tedavisiyle ilgilenen sağlık profesyonelleri yetersiz kaldığında hasta ileri tetkik ve tedavi için ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilebilir. [23]

Kardiyak Rehabilitasyonda Ekip Çalışmasının Önemi ve Hemşirenin Rolü

Kardiyak rehabilitasyon bireyin fizyolojik, psikolojik, mental, spiritüel, ekonomik ve mesleki olarak en iyi duruma gelebilmesi için çok yönlü girişimlerin bir araya getirilmesidir. [36] Bu nedenle kardiyak rehabilitasyon, hasta ve sağlık profesyoneli için sabır gerektiren uzun süreli bir tedavi yöntemidir. Hastaların uzun süreli bu rehabilitasyon sürecine uyum sağlayabilmesi ancak toplum ve birim düzeyinde iyi olan organizasyon ve ekip içi iletişim ile mümkündür. [37] Bu ekip hekim (kardiyoloji uzmanı), hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, egzersiz uzmanı, psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, iş ve

uğraş terapisti, eczacı, mesleki rehabilitasyon uzmanından oluşmaktadır. Farklı disiplinlerin bir arada çalıştığı bu ekipte başarı ekip içi iletişim ve koordinasyonun sağlanmasıyla doğrudan ilgilidir. Bu farklı meslek profesyonelleri arasında koordinasyonu ise çoğunlukla hasta eğitimi konusunda deneyimli hemşireler sağlamaktadır. [16] Bu nedenle hemşire bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin kardiyak risk faktör modifikasyonu ve hasta eğitimi başta olmak üzere bir çok temel görevi bulunmaktadır. [38]

Hemşirenin bu temel görevlerinden bazıları;

- Hasta ve ailesine danışmanlık yapmak,
- Eğitim gereksinimlerini belirlemek,
- Eğitimleri planlamak ve uygulamak,
- Hasta ve ailesini motive etmek,
- Yaşam şekli değişikliklerinde desteklemek,
- Hasta haklarını savunmak,
- Araştırma yapmak,
- Diğer ekip üyeleri ile iletişimi sağlamak,
- Bireyin fiziksel sınırlılıklarına rağmen mümkün olduğunca bağımsız fonksiyonlarını en üst düzeye çıkarmaktır. [21,39,40,41]

SONUÇ

Kardiyovasküler hastalığı olan bireyin semptomlarının azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılması amacıyla hastaların takip ve tedavisinde en önemli unsurlardan biri olan kardiyak rehabilitasyon programları yaygınlaştırılmalıdır. Ülkemizde kardiyak rehabilitasyon ünitelerinin ve ekiplerinin kurulması, hastaların kardiyak rehabilitasyon programlarına katılımlarının sağlanması ve ekibin önemli bir üyesi olarak kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin yeterli bilgi ve beceri ile sorumluluklarını yerine getirmesi kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin yaşamlarını daha kaliteli geçirmelerini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım N. Kardiyak rehabilitasyon kapsamında sekonder önlemede genel ilkeler. The core components of secondary prevention through cardiac rehabilitation. Türkiye Klinikleri Dergisi 2012 5(2):21-5.
2. Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organisation (WHO). The 10 leading causes of death in the world, 2000-2012. Web adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Erişim tarihi: 24.01.2016.
3. Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organisation (WHO). WHO Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles Turkey 2014. Web adresi: http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf Erişim tarihi: 25.01.2016.

4. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak A. ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. Turkish adult risk factor study survey 2012: overall and coronary mortality and trends in the prevalence of metabolic syndrome. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2012;41(5):373-378.
<http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2013.15853>
5. WHO Global Health Estimates, projection of mortality and causes of death, 2015-2030, mortality 2015-2030 baseline scenario WHO regions. Web adresi: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/ Erişim Tarihi: 06.06.2016.
6. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Derleme-Hemşirelik. Coronary artery diseases risk factors: role of nurses on primary and secondary prevention ACU Sağlık Bil Derg* 2012;3(4).
7. Monsen KA, Ofstedahl G. Cardiac rehabilitation and informatics: strategies for increasing the global impact of cardiac rehabilitation on population health. *Kardiyak rehabilitasyon ve bilişim: kardiyak rehabilitasyonun halk sağlığı üzerindeki global etkisini artırma stratejileri. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2):14-20.
8. Ekinci Çini S, Ekinci S. Akut koroner sendrom sonrası kardiyak rehabilitasyon. *Cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2013;6(6):75-9.
9. Banzer JA, Maguire TE., Kennedy CM, O'Malley CJ, Balady GJ. Results of cardiac rehabilitation in patients with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2004; 93:81-4.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2003.09.017>
10. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, Bailey SR, Bittl JA, Cercek B. et al. ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention. a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *J Am Coll Cardiol* 2011;58(24):e44-122.
<http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823ba622>
11. Kunduracılar Z. Kalp ameliyatlarından sonra kardiyak rehabilitasyon. *Cardiac rehabilitation after cardiac surgery. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2):89-94.
12. Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal HM. Lough F.et.al. Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2015;2:e000163.
<http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2014-000163>
13. Çiftçi Ç, Süsleyici Duman B, Çağatay P, Demiroğlu C, Aytekin V. Koroner baypass geçiren olgularda faz II kardiyak rehabilitasyon programının etkileri. The effect of phase II cardiac rehabilitation programme on patients undergone coronary bypass surgery. *Anadolu Kardiyol Derg* 2005;5:116-21.
14. Arat N. Kalp yetersizliğinde ve kalp transplantasyonunda kardiyak rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012, 5(2):69-81.
15. Oral A. Kardiyak rehabilitasyonda son durumun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2008;1(3):51-8.
16. Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007;7:298-304.
17. Gürses HN. Dünya'da ve Türkiye'de kardiyak rehabilitasyon konusunda yaşanan güçlükler. difficulties regarding cardiac rehabilitation in Turkey and the world. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2):9-13.
18. Tartan Z. Akut koroner sendromlarda kardiyak rehabilitasyon. *Cardiac rehabilitation in acute coronary syndromes. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2):82-8.
19. Özkeçeci G, Eroğlu S, Onrat E, Avşar A, Berkur S, Solak Ö. Are we aware of the importance of the cardiac rehabilitation. *Anadolu Kardiyol Derg* 2014;14:396-8.
20. Arıkan H. Kardiyak rehabilitasyonun evreleri. Phases of cardiac rehabilitation. *Türkiye Klinikleri Derg* 2012;5(2):64-8.
21. Uysal H. Kardiyak rehabilitasyon ve hemşirenin sorumlulukları. *Cardiac rehabilitation and nursing responsibilities. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi - Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2012;3(3):49-59.
<http://dx.doi.org/10.5543/khd.2012.006>
22. Geler D, Gürsel Y. Kardiyak rehabilitasyon. *Cardiac rehabilitation. Türkiye Klinikleri J PM&R* 2003;3(1):26-36.
23. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM et al. AHA/AACVPR Scientific Statement. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007;115:2675-2682.
<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945>
24. Sonel Tur B. Kardiyak rehabilitasyon hastasının değerlendirmesi. Evaluation of cardiac rehabilitation patient. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2008;1(3):12-9.
25. ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu 2013, Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kararlı

- Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Görev Grubu. Türk Kardiyol Dern Arş 2014;Suppl 4.
26. Karapolat H, Durmaz B. Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. Anadolu Kardiyol Derg 2008;8:51-7.
27. Savaş S. Beslenme ve diyet tedavisi. Nutrition and diet therapy. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics 2008;1(3):38-44.
28. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: The World Health Organization; Technical Report Series no. 894. 2000.
29. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, 2014 Ankara. Web adresi:
http://www.temd.org.tr/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf Erişim Tarihi: 20.06.2016.
30. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk, Aydoğdu S. ve ark. Türk hipertansiyon uzlaşı raporu. Turkish hypertension consensus report. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2015;43(4):402-409.
<http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2015.16243>
31. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013, Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Görev Grubu. Türk Kardiyol Dern Arş 2014;Suppl. 4.
32. Kaşıkçıoğlu E. Kalp hastaları için egzersiz reçetesi. Prescription for cardiac patients. Türkiye Klinikleri J Sports Med-Special Topics 2015;1(2).
33. National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. Circulation 2002;106:3143-3421.
34. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus [published correction appears in diabetes care. 2003;26:972]. Diabetes Care 2003; 26(suppl 1):S33-S50.
<http://dx.doi.org/10.2337/diacare.26.2007.S33>
35. Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C, White RD. American Diabetes Association. Physical activity/exercise and type 2 diabetes: A Consensus Statement from the American Diabetes Association. Diabetes Care 2006;29:1433-1438.
<http://dx.doi.org/10.2337/dc06-9910>
36. Bucher L. & Castellucci D. Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: Medical-Surgical Nursing (Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM. Eds.) Eight edition, St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2011.p.790-796.
37. Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda organizasyon. Organization in cardiac rehabilitation. Türkiye Klinikleri Dergisi 2012;5(2):1-8.
38. Elitoğ N, Erkuş B. Acıbadem Hastanesi kardiyak rehabilitasyon hemşireliği deneyimi sonuçları. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi 2008. Çeşme. Web adresi:
http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/bil_1.pdf Erişim Tarihi: 27.01.2016.
39. Uysal H. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi. Patient education in cardiac rehabilitation. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2012b;5(2):26-32.
40. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. Rehabilitation and nursing. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006:82-91.
41. Fridlund B. The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. Eur J Cardiovasc Nurs February 2002;1(1):15-18.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-5151\(01\)00017-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-5151(01)00017-2)