

Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği

Chronic Diseases and Rehabilitation Nursing

Nilay Bektaş AKPINAR 1, Merve Aşkın CERAN 2

¹KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

²KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Diyaliz Bölümü

ÖZ

Kronik hastalıklar yavaş ilerleyen, uzun ve sürekli bakım gerektiren bireylerin bütün yaşamlarını etkileyen sağlık sorunudur. Kronik hastalığı veya yetersizliği olan bireylerin bakımı, hastalıkların yanı sıra bir bütün olarak fiziksel, emosyonel ve sosyal yönleriyle ilgilenmeyi kapsar. Bu bütüncül bakım yaklaşımı hemşirelerin tüm bilgi ve beceri birikimlerini kullanmalarını gerektirir. Kronik hastalıklar uzun süreli bakım, denetim, gözlem ve rehabilitasyonda özel eğitim gerektiren hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalıklar ve rehabilitasyon birbirinden ayrılmaz bir bütündür, hemşire de bu bütünün merkez noktasıdır.

Anahtar Kelimeler: : Kronik Hastalık; Hemşirelik; Yaşam Kalitesi; Rehabilitasyon Hemşireliği

ABSTRACT

Chronic illness is a health problem that affects all the lives of individuals who are slowly progressing, requiring long and constant care. Care for individuals with chronic illness and disability, physical, emotional and social aspect as well as diseases. This holistic care approach requires nurses to use all their knowledge and skills. Chronic diseases are diseases that require special training in long-term care, supervision, observation and rehabilitation. For this reason chronic diseases and rehabilitation are inseparable and the nurse is the central point.

Key Words: Chronic Illness; Nursing; Quality of Life; Rehabilitation Nursing

1. GİRİŞ

Kronik kelimesi Yunancadaki “Khronos” sözcüğünden gelir ve zaman anlamındadır. Tıbbi nedenlerle ya da semptomlarla ilişkili sağlık sorunları ya da uzun dönem bakım gerektiren (3 ay ve üzeri) durumlar “kronik hastalıklar” olarak tanımlanır. Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalıklar ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) yani bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık, yaşam tarzı veya çevresel maruziyetten kaynaklanan hastalıklar olarak da tanımlanabilir (1).

Tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, yaşam süresinin uzamasını ve pek çok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlarken; dünya nüfusunun yaşlanması, hızlı kentleşme sonucu meydana gelen stresörler ve gelişen teknoloji ile fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklindeki değişiklikler kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artışa neden olmaktadır (2).

Sorumlu Yazar: Nilay Bektaş AKPINAR

KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Konya, TÜRKİYE

nilay.bektas.akpinar@karatay.edu.tr

Geliş Tarihi: 23.08.2018 – Kabul Tarihi: 21.01.2019

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, bazı kanserler ve kronik solunum sistemi hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar insan sağlığını etkileyen önemli sorunları oluşturur. Bu hastalıklar her yıl tahminen 36 milyon ölüme neden olmaktadır. Önümüzdeki 10 yıl içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklar sebepli toplam ölüm sayısının, dünya çapında %17 oranında artış göstereceği öngörülmektedir (1,2). Ülkemizde yapılan değişik epidemiyolojik çalışmalar sonucunda en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu Sağlık Bakanlığı Raporu ile belirtilmiştir. Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görülmektedir (3,4).

Tablo 1. Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan Hastalıkların Dağılımı (Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008, yayın no: 743)

1 İskemik Kalp Rahatsızlığı	21.7
2 Serebrovasküler Hastalıklar	15.0
3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5.8
4 Perinatal Nedenler	5.8
5 Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4.2
6 Hipertansif Kalp Hastalıklar	3.0
7 Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	2.7
8 Diyabetes Mellitus	2.2

BOH’ların oluşturduğu küresel yük büyümeye devam etmekte olup bunu kontrol altına alma zorluğu, 21.yy da kalkınmanın önündeki en büyük sorunlardan birisini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar hem yaşam kalitesini hem de ülkelerin ekonomik ve sosyolojik açıdan sağlık taleplerini karşılama yetisini tehdit etmektedir. Yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta, evine daha az para getirmekte ve ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan, ulusal sağlık bütçelerinin giderek artan bir bölümü kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Türkiye’de kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisinin ülke ekonomisine yüzde 10 oranında bir katkı sağlayabileceği öngörülmektedir. Sağlık Bakanlığı (2017) verilerine göre son 12 ayda hipertansiyon, kalp damar hastalıkları (KDH), diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) veya astım tedavisi sebebiyle hastaneye başvuru %30,3 olup; bu oran “15-29” yaş grubunda %15,9, “≥70” yaş grubunda %39,7’dir. Bugün kronik hastalıklar Avrupa sağlık sistemini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Öyle ki, Avrupa Halk Sağlığı İttifakı’na (European Public Health Alliance-EPHA) göre, Avrupa’da sağlık bakım maliyetlerinin %70-80’i kronik bakım hizmetlerine harcanmaktadır. (1-4).

Kronik hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörü ve korunma stratejileri ortaktır. Epideminin tersine döndürülmesine yönelik sağlam bir ortak vizyon ve çerçeve sağlayan ve 2000 yılında Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilen Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi’dir. Bu stratejinin üç hedefinin her birinde yoğun eyleme ihtiyaç vardır. Bu hedefler; 1.BOH epidemisinin ve nedenlerinin haritasının çıkarılması, 2.sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, birincil önleme yaklaşımları vasıtasıyla temel risk faktörlerinin azaltılması, 3.BOH’lerden muzdarip insanlara

yönelik sağlık bakımının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ülkemiz bu konu ile ilgili stratejiler ve eylem planları geliştirmiştir (6).

Dünyada ve Türkiye’de Kronik Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Çalışmalar

Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler ile mümkün olur. Bu nedenle kronik hastalıklardan korunma yaklaşımının toplumun tüm katmanlarının gündeminde yer alması gerektiği vurgulanmaktadır. Toplumun tamamının bu belirlenen politikalardan yararlanabilmesi içinse sektörler arası (sağlık, ticaret, finans, ulaşım, medya vb) iş birliğinin yapılması ve iletişim araçlarının etkin kullanılması gerekmektedir. Korunma önlemleri ve risk faktörleri kontrolüne odaklanan sağlıklı en üst düzeye taşımayı hedefleyen ve sektörler arası iş birliğini esas alan programlar ile kronik hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranları önemli oranda kontrol altına alınabilmektedir (1,6).

Dünya Sağlık Asamblesi Mayıs 2013’te Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin 2013-2020 Küresel Eylem Planını onaylamıştır. Küresel Eylem Planı ile Üye Devletlere, uluslararası ortaklara ve DSÖ’ye, 2013-2020 yılları arasında bir bütün olarak uygulandığında bulaşıcı olmayan hastalıklarından kaynaklanan zamansız ölümlerin 2025 yılına kadar görece olarak %25 azaltılmasını hedeflemiştir (7). 2025 yılına kadar ulaşılması gereken 9 küresel BOH hedefine yönelik ilerleme kaydedilmesine katkıda bulunacak bir yol haritası ve politika seçenekleri menüsü de sunulmaktadır. Bütün bunları yaparken yaşam boyu yaklaşım, insan hakları ve hakkaniyete dayalı yaklaşım, kanıta dayalı uygulamalar, çok sektörlü yaklaşım, ulusal eylem ve uluslar arası iş birliği yaklaşımlarını kapsayıcı ilkeler olarak yer almıştır. 9 küresel hedef ise;

1.Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet veya kronik kalp hastalığından kaynaklanan erken ölümlerde %25 görece azalma.

2.Ulusal bağlama bağlı olarak, zararlı düzeyde alkol kullanımında en az %10 görece azalma.

3.Yetersiz fiziksel aktivite prevalansında %10 görece azalma.

4.Nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görece azalma.

5.15 yaş üstü bireylerde tütün kullanım prevalansında %30 görece azalma.

6.Ulusal bağlama bağlı olarak, yüksek kan basıncı prevalansında %25 görece azalma veya yüksek kan basıncı prevalansının kontrol altına alınması.

7.Diyabet ve obezite artışının durdurulması.

8.Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için (glisemik kontrol dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50’sinin tedavi alabilmesi.

9.Önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli makul fiyatlı temel teknolojilerin ve jenerikler dâhil temel ilaçların kamu kurumlarında ve özel kurumlarda sunulabilirliğinin %80 oranına çıkarılması (8).

Kronik hastalıkların en önemli özelliği, aile hikâyesi ve genetik temel gibi bazı değiştirilemez etkenlerin dışında altta yatan nedenlerin birçoğunun tamamen önlenebilir risk faktörleri olmasıdır. Tütün kullanımı, hareketsizlik ve sağlıksız beslenme gibi davranışsal risk faktörleri koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalığın ortaya çıkmasından %80 oranında sorumludur (3). Bu risk faktörlerinin önlenmesine yönelik diyet, fiziksel aktivite ve sağlık için küresel strateji; uygulama ve izlem çerçevesi modeli oluşturulmuştur (1).

Ülkemiz yaşlanmakta olan nüfusu ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklarla mücadeleye hazırlıklı olmalıdır. Ülkemizde; Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında; “Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltmak ve incelemek hedefi yer almaktadır” hedefi yer almıştır. Türkiye Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018) ise öncelikli hedefler arasında Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı Eylem Planı yer almaktadır (9). Ayrıca kanser, kalp ve damar hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve risk faktörlerinin azaltılması ve BOH konusunda farkındalığın artırılması için eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin 2017-2025 Küresel Eylem Planının da;

- Türkiye’de kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin zaman içindeki değişimini izlemek için belirli aralarla aynı kişilerde tekrarlanan bir kohort ve panel veritabanı oluşturulması,
- Kronik hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik sörveyans sisteminin geliştirilmesi,
- Kronik hastalıkların birinci basamakta tanı, tedavi ve izlemi için program oluşturulması çalışmalarına katkıda bulunulması ve
- Kronik hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik müdahalelerin planlanması, uygulanması ve müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi için gerekli verinin elde edilmesi amaçlanmıştır (4).

Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases-GARD) ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip “herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya” vizyonu çerçevesinde çalıştığı DSÖ bünyesinde kurulmuş bir birliktir. Ülkemizde ‘GARD’ teşebbüsü projesi geliştirilmiş ve buna yönelik stratejiler ve eylem planı oluşturulmuştur (10).

Türkiye Diyabet kontrol programı, 2020 vizyon ve hedefleri 2009 çalıştay raporu ile belirlenmiştir. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2011-2014 oluşturulmuştur (11).

Kronik Hastalıkları Etkileyen Faktörler:

Yaş; Farklı yaş gruplarının akut ve kronik hastalıklarla deneyimleri farklıdır. Kronik hastalıklar ve bozukluklar doğumda hemen sonra nörolojik hasarlı spina bifida, çocukluk çağında, adölesan veya erken yetişkinlik dönemlerinde multipl skleroz, romatoid artrit, 65 yaş ve üzerinde majör kronik hastalıklar, diyabet, kalp hastalıkları ve hipertansiyon görülür (12). Yaşlanma ile bireylerin vücut fonksiyonlarında azalmayla kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır. Yaşlı nüfusun dünyada olduğu gibi ülkemizde de artması yaşlılıkla birlikte görülecek olan kronik hastalıkların artması anlamına gelmektedir. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5’e yükselmiştir. 2016 yılında ölen yaşlıların %45,6’sı dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu hastalığı ikinci sırada %16,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %13,9 ile solunum sistemi hastalıkları takip etmiştir (13)

İrk; İrk veya etnik grup üyeleri kronik hastalık problemlerini etkileyen bir faktördür. Kalıtım bir hastalık nedeni olabildiği gibi hastalığın ortaya çıkma yatkınlığını da artırıcı rolü vardır. Örneğin beyaz olmayan ırkta, beyazlara göre hipertansiyon nedeniyle ölüm üç kez daha

fazladır. Afrikalı-Karayiplilerde sickle cell (hücre) anemisi ve hipertansiyon görülme olasılığı daha yüksektir. Asyalılarda (Hintli, Pakistanlı, Bangladeşli) ise kalp hastalıkları daha fazla ve diyabet görülme oranı da bu grupta yaygındır (12,14)

Yaşam Biçimi ve Çevre

Organizmanın etkileşimde bulunduğu çevre, insanın duyu organları ve sinir sistemi ile algıladığı dinamik bir ortamdır. Çevreyle insan arasındaki etkileşim sürekli, karşılıklı ve kendiliğindedir (15). Yaşanılan yerin hava, su, toprak, gürültü kirliliği, insanlar arasındaki iletişim bozuklukları gibi her türlü olumsuz çevre koşulları insanın biyolojik, ruhsal, bilişsel ve sosyal yapılarını olumsuz etkileyerek kronik hastalıklara yatkınlığı artırabilmektedir (16). Aynı zamanda bireylerin yiyecek seçimleri ve pişirme yöntemleri, uyku alışkanlıkları, tütün-alkol kullanımları, fiziksel aktivite düzeyleri de kronik hastalıkların oluşumunda etkisi bulunan diğer faktörlerdir. Örneğin; kardiyovasküler hastalık ve kanser için major risk faktörü olan sigara ve alkol kullanımı, gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artmaktadır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü de büyüktür. Tüm bunların aynı şekilde ülkemiz için de risk faktörleri olduğu son çalışmalarda da belirlenmiştir (8,9,17,18).

Sağlık riskinin belirlenmesi ve bu doğrultuda yapılan girişimlerin yaşam tarzını olumlu yönde etkilediğini göstermek için yapılan bir araştırmada ; 476 işçinin hemşireler tarafından sağlık risk profilleri çıkartılmış, işçilerin evlerinde risk azaltma çalışmaları başlatılmıştır. Çalışmada bireylerin fizyolojik, sosyal özellikleri, stres ve yaşam tarzı alışkanlıkları belirlenerek ev danışma hizmeti, workshop, eğitim kursları ve hekime sevk etme şeklindeki girişimler programa alınmıştır. Sağlık risklerini azaltmayı isteyen işçilerin yaşam tarzlarında bir yıl sonra hemen hemen tüm alanlarda önemli derecede olumlu değişiklikler görülmüştür (19). Avis et al. (1989), 25- 65 yaş arasında 732 kadın ve erkek üzerinde yaşam tarzı ile kalp krizi riskini azaltmaya yönelik ziyaretler ve eğitimlerin etkisini saptamak için yaptıkları çalışmada, başlangıçtan iki ay sonra bireylerin sigara kullanımı, fiziksel egzersiz, vücut ağırlığı, tuz azaltımı, şişmanlık ve alınan kalori miktarı, son ölçülen kan basıncı ve kolesterol düzeyinde olumlu değişiklikler olduğunu tespit etmişlerdir. Daha sonraki aşamada bireylerin serebrovasküler hastalık, kanser, kalp hastalıklarına maruz kalma ve ölüm olaylarında azalma olduğu da gözlenmiştir (20).

Kültürel Değerler; Kültürel faktörler alışkanlıkları, amaçları, inançları ve davranışları karakterize eden değerlerdir. Kültürel değerler kişilerin yaşam biçimlerini, sağlık koşullarını kişilerin sağlık hizmetlerine karşı tepkilerini belirlerler. Bu kültürel değerlerin bilinmesi bireylere sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve onlarla iletişimi kurmada önemli bir faktördür. Örneğin; bazı kişiler kronik hastalığı Allah'tan verilen bir ceza gibi algırlar. Bazı kişilerse kronik hastalıkları yıkıcı olmaksızın yalnızca vücudun fiziksel bir cevabı gibi görebilirler (12).

Kronik hastalıklardan korunma önlemleri ve stratejileri ile öncelikler, bireysel tercihler, öz sorumluluk, birey ile sağlık ekibi üyeleri arasındaki bilgi paylaşımı ve karar verme tutumları gibi birçok kültürel ve sosyoekonomik faktör dikkate alınarak planlanmalıdır.

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Sürecinde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımı evde ya da bir sağlık kurumundaki bakımı kapsar. Hemşirenin daha çok korunmaya yönelik verdiği bakım hizmetleri ile daha pahalı

hastane hizmeti gereksinimi önlenmiş ya da en aza inmiş olur. Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, özellikle hemşirelerin kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, değişimin temsilcisi olma, kaynak kişi olma gibi sorumlulukları vardır. Hemşire bakımı planlarken hastanın yaşadığı uyum sürecini ve özelliklerini de dikkate almalıdır. Bunların ışığında hemşire sorunları saptar ve bakımı planlar. Hemşireler kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin hayatlarında olumlu değişiklikler yaratabileceklerdir.

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses- ICN) 2010 yılı temasında bütün hemşireleri kronik hastalıklarla savaşmaya çağırmıştır. ICN'e göre kronik hastalıklarla daha iyi mücadele edebilmek için hemşirelerin her ne şekilde olursa olsun uygun rol modellerle topluma sağlıklı davranışlar kazandırması, hemşirelik bakımının devamlılığını sağlaması, bilgisini artırması gerekmektedir. ICN' e göre Ulusal hemşire birliklerin rolleri; bilgiyi yayma ve savunuculuk, yasal düzenlemeler oluşturulması, ortaklıkların oluşturulması ve kapasitenin geliştirilmesi sürecindeki roller olarak dört ana başlık altında belirlenmiştir. Kronik hastalıkları kontrol etmede ve önlemede hemşirelerde olması gereken yetkinlikler ise;

- Hastasının hemşirelikle ve sağlık bakımıyla ilgili bilgilendirilmesine, seçimine ve şahsi tanımına saygıyla bakmak,
- İlaçlar ve diğer ürünler ile ilgili profesyonel, bütüncül, dürüst ve etik davranarak cevap vermenin önemini bilmek,
- Bir bilgi ve eğitim kaynağı gibi davranmak ve hastalarının yaşam stillerini geliştirmek, hastalık/yaralanmadan korunma aktivitelerini adapte etmek ve sağlıktaki değişimlerle, sakatlıkla ve ölümlerle başa çıkmalarını sağlamak,
- Fırsatları fark etmek ve bireylerin, ailelerin ve toplulukların hastalık önleyici aktivitelere adaptasyonunu desteklemek ve sağlıklı yaşam stillerini korumak için rehberlik/egitim sağlamak,
- Bireyin veya grubun karakteristiklerine ve ihtiyaçlarına uygun öğretme/öğrenme stratejilerini belirlemek,
- Hastalığı azaltmak ve sağlıklı yaşam stillerini ve çevreyi geliştirmek için diğer profesyoneller, toplum ve uzmanlık alanı grupları ile işbirliği yapmak,
- Sağlığın çeşitli tanımlayıcılarını belirlemek ve uygulama metodu belirlemek,
- Hemşirelik ve diğer birimleri geliştirmek için diğer sağlık bakımı profesyonelleri ile birlikte çalışmaktır.

Kronik bir hastalığa sahip olmak, hastalık belirtileri ile baş etmek, tedavinin getirdiği sıkıntı ya da kısıtlamalar, geleceğe yönelik yaşanan endişeler gibi pek çok olumsuz duygu bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamını etkiler. Bu nedenle tedavi planı yapılırken kronik hastalıkların birey üzerindeki etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin de değerlendirilmesi vurgulanmakta ve hastalığın tedavisinin yaşam kalitesini yükseltilmesine yönelik girişimleri de içermesi önerilmektedir. Bireyin yaşam kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarından ve bu noktada hemşirelerin çok fazla sorumluluğu vardır. Hastaların davranışları yaşam kalitesi ile ilgili algılarından etkilenir. Genellikle hastalar yaşam biçimi, bakım ve tedavi ile ilgili doğru seçim ve davranışlarda bulunur. Ancak aksi durumda hemşirelerin olumsuz davranışları fark etmesi gerekir. Bireyler, sağlığa zararlı

davranışları sürdürseler bile, bakım alma veya tedaviye reddetme hakları olduğu unutulmamalıdır (2,12).

Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Günümüzde yaşam kalitesinin (YK) birçok tanımı bulunmasına rağmen, evrensel bir tanımı yoktur. Yapılan farklı tanımlar ve yaklaşımlar yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu göstermektedir (21,22). Dalkey ve Rourke yaşam kalitesini; “kişinin refah duygusu, yaşamdan hoşnutluğu ya da mutsuzluğu”, Parmenter ise “bireyin ihtiyaçlarını karşılama derecesi” olarak tanımlamıştır (21). Yaşam kalitesinin birçok tanımı olmasına rağmen “kişilerin yaşamdan duyduğu mutluluk, doyum ve kendini gerçekleştirme” olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda yaşam kalitesi bireylerin hayatı ve kendini algılama biçimine de bağlı olarak değişebilen soyut bir kavramdır. Hemşire kuramcılardan Rogers ise yaşam kalitesini, yaşamdan doyum alma olarak tanımlamıştır (23).

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, hastalığın getirdiği bir takım semptom ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir. Bu aşamada, kronik hastalık tedavi ekibi içinde yer alan sağlık profesyonellerinin rolü, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarmak olmalıdır. Bu amaca yönelik girişimler planlanırken öncelikli amaç, bireyin yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen tıbbi ve bireysel risk faktörlerinin belirlenmesidir. Bu bağlamda; sağlık profesyonelleri araştırmacı, vaka yöneticisi, eğitimci, danışman, bakım verici rollerini etkin kullanması gerekmektedir. Bu sayede kronik hastalık tanısı almış bireylerin hastalıklarına uyumları artacak, hastalık ve tedavinin olumsuz etkileri ile baş etmeleri kolaylaşacak ve yaşam kaliteleri yükselecektir (2).

Yaşam kalitesinin geliştirilmesinde hemşirenin sorumlulukları

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar kronik hastalıkların hastalar üzerindeki çok boyutlu etkilerinin gösterilmesi veya ölçülmesi açısından büyük önem taşır. Konuyla ilgili yapılan çalışma bulgularına göre, kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, tedavi süresinin uzun olması, hastaneye tekrarlı yatışlar ya da sık kontroller, tıbbi bir cihaza bağlı olmak, günde birkaç defa ilaç alma, alınan ilaçların yan etkileri gibi faktörler hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmalarda, kronik hastalıkların, hastaların sağlığını, bağımsızlığını, yaşamı üzerindeki kontrol gücünü, mahremiyetini, sosyal statü ve rollerini, kendine güvenini, geleceğini planlama gücünü kaybetme gibi olumsuz etkilere neden olduğu da belirlenmiştir (24-27).

Kronik hastalığı olan bireyler, sadece hastalığın semptomlarını azaltmaya çalışmazlar, aynı zamanda hastalık ve tedavinin neden olduğu sorunlara rağmen normal yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar. Çoğu hasta bu amaçların ilkinin gerçekleştirebilir ancak günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamalar nedeniyle yaşamlarını herkes gibi sürdürmede zorluk yaşarlar. Kronik bir hastalığa sahip olmak fiziksel sınırlılıklara neden olabildiği kadar, bireyin sosyal yaşamı, eğitimi, mesleki yaşantısı, iş bulma olanağı ve ulaşım gibi aktivitelerinin kısıtlanmasına da neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik bir yük olarak hastalıklar incelendiğinde, hastalığın

fiziksel sorunları gibi, ihmal edilmiş sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlarının da irdelenmesi gerekmektedir.

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da geliştirebilirler. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu yüzden hemşirelik bakımı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşır. Hemşirelik bakımı; hastayı merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını hemşirelik süreci kapsamında değerlendirerek fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik gibi yaşam kalitesi boyutlarını olumlu yönde etkilemeyi hedeflemektedir.

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı mesleğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyo kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır. Padilla ve arkadaşları, hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını; özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını tanılamak, hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yöntemini belirlemek, hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak, özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek ve sağlık hastalık sürecindeki zayıf dönemleri tanımak şeklinde sıralamışlardır.

Burckhardt, Lewis ve Padilla tarafından benimsenen hemşirelik süreci ile yaşam kalitesinin boyutları arasındaki ilişki modelinde 4 ana değişkenden söz edilmektedir:

- Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri,
- Aracılık eden bilişsel değişkenler,
- Bağımlı sonuç değişkenleri,
- Dış kaynaklı değişkenler

Hemşirelik süreci girişimlerinin etkisinin istenen sonuca ulaşabilmesi, aracılık eden bilişsel değişkenlere bağlıdır. Hastanın öz-bakım yeteneğini geliştirebilmesi, kişisel denetimini sağlayacak ve bu durum fiziksel iyilik halini etkileyebilecektir. Aynı şekilde hemşirelik girişimlerinin farkedilmesi ve bundan duyulan memnuniyet, bakıma yönelik davranışların algılanmasını kişisel kontrolü sağlayacak ve dolayısı ile psikolojik iyilik hali etkilenecektir. Bağımsız değişkenler olarak adlandırılan hemşirelik girişimlerinin çoğu özgüveni artırır. Özgüven; yaşam kalitesinin çok önemli boyutlarından biri olan psikolojik iyilik durumunu oluşturmada etkili bilişsel emosyonel araçtır (28).

Kronik hastalıklarda nihai amaç bireyin iyi yaşamasına yardım etmek ve esenlik düzeyini artırmak ise bu amaçlara ulaşmayı sağlayacak kilit nokta rehabilitasyon hemşireliğidir.

KRONİK HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİ

Günümüzde kazalar sonrası engelli bireylerin, yaşam süresinin uzaması ile geriatrik bireylerin engellerinin, teknolojideki gelişmeler nedeniyle konjenital anormalliklerin artması nedeniyle rehabilitasyon ve hemşirelik önemli hale gelmektedir (29). Rehabilitasyon hemşireliği ise kişilerin oluşan fonksiyon kayıpları ve bu kayıplar ile yaşam tarzına en iyi şekilde uyum yapabilmelerini sağlamaktadır. Rehabilitasyon hemşireliği ile bu engelli kişilerin

fonksiyonel yetenekleri üst noktaya çıkarılabilecek, kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek ve yaşam kaliteleri artacaktır. Böylece kişileri yeni yaşamlarına adapte edip, sekonder kayıpların yaşanması engellenebilecektir. Hemşire kişileri yeni bir yaşama hazırlar iken aileyi de bakım, engelli bireylere yaklaşım konusunda eğitmeli ve bilgi vermelidir. Kişiler ailesi ile beraber rehabilite edici bakımı almış olur, sosyal iyilik halini sürdürmüş olabilir (30). Kişilerin evde bakımının planlanması, devamlılığının sürdürülmesi, evde rehabilitasyonu bu nedenle önem kazanmıştır (29-31).

Ülkemizde sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sunulmaktadır. Ancak rehabilite edici hizmetler hala çok yaygın değildir; rehabilitasyon hemşireliği de bu nedenle ayrı bir uzmanlık alanı olamamıştır.

Rehabilitasyon Bakımı ve Hemşirenin Rollerini

Rehabilitasyon; eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları gibi hizmetlerle yürütülmektedir. Ülkemizde rehabilitasyon hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları ‘ 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’de belirlenmiştir. Buna göre rehabilitasyon hemşiresi;

- Hastanın bilişsel ve fonksiyonel durumunu değerlendirir.
- Hatanın günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlar.
- Hastanın stresle başa çıkma yollarını değerlendirir ve bu konuda yardımcı olur.
- Hastanın vücut değişikliğine uyumunu değerlendirir, gerekirse ilgili birikime yönlendirir.
- Hasta ve yakınlarına kateter bakımı, bası yarasının önlenmesi ve bakımı, mesane ve barsak rehabilitasyonu, ayak bakımı, cihazların ve ilaçların kullanımı, beslenmenin önemi, sıvı kontrolü, pozisyon kontrolü ve önemi, deformitelerin önlenmesi ve eklem hareket açıklığının sağlanması amacıyla fiziksel aktivitelerin devamlılığının önemi ve benzeri konularda eğitim yapar (32).

Avustralya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği (Australasian Rehabilitation Nurses’ Association- ARNA) rehabilitasyon hemşireliğinin; öz-bakımı artırma, bozulan fonksiyonları düzeltme ve hastaların yaşam kalitelerini artırma, diğer meslek üyeleri ile iş birliği içerisinde olma olarak tanımlamıştır. Hemşireler bu rollerini gerçekleştirilen bakım verici, eğitici, araştırmacı rollerini en üst seviyede kullanmaya devam etmelidir. ARNA’ya göre rehabilitasyon hemşiresinin görevleri;

- Kişilerin var olan yetenekleri ve rollerini sürdürme
- Sağlığı yükseltme
- Kişilerin hastalığı ile ilgili öğreneceği bilgileri kişiyi ailesi ile beraber eğitime alarak gerçekleştirme
- Hastalar için en uygun bakımı uygulamalı olarak ve hemşirelik süreçlerini kullanarak gerçekleştirme
- Hasta kişileri yasal hakları konusunda bilgilendirmek, kişileri sosyal(maddi olanakları elde etmek için) iletişime geçebileceği yerlere yönlendirmek
- Sekonder kayıpları önlemedir (33,34).

NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) ise kritik hastalıklar sonrası kişilerin rehabilitasyona yönlendirilmesini önerir. Hastanın durumuna göre ya yoğun bakım gerektiren rehabilitasyon sürecine (hasta hastanede kaldığı süre içerisinde), ya da kişileri ulusal sağlık sistemi doğrultusunda (National Health Service- NHS) yetişkin servislere yönlendirilmelerini söyler. Kişilere hastane içerisinde kaldıkları süreç içerisinde verilecek rehabilitasyon hizmetinde;

- Hastalık sonrası kişilerde psikolojik değişikliklerin olup olmadığı değerlendirilir

- Hastanın rehabilitasyon ihtiyacının hangi düzeyde olduğu belirlenir, risk değerlendirilmesi yapılır. Rehabilitasyon programı içerisinde hasta kapsamlı olarak ele alınır, fiziksel psikolojik yönden değerlendirilir

- Hastanın hastaneden taburcu olmadan önce bilgi ihtiyacı karşılanır, hasta ihtiyaçları konusunda desteklenir ve eğitim verilir. Verilen eğitim kişinin sosyal ve iş yaşamına nasıl uyum yapacağı, yemek-diyet ve ailenin hastayı nasıl destekleyeceği konularını içerir (33).

Hasta bu yoğun rehabilitasyondan 2-3 ay sonra yeniden çağırılıp, değerlendirilir. Kişinin sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının fonksiyonel değerlendirilmesi yapılır. Fonksiyonel değerlendirmenin hasta ile yüz yüze, kişinin hastanede yaşadığı sorunu, hastalığını, prognozunu iyi bilen bir sağlık bakım profesyoneli tarafından yapılması gerekmektedir. Görüşme sonrası sağlık personeli, hastanın daha geç iyileştiğini, hastada daha önce görülmeyen psikolojik, emosyonel sorunların oluştuğunu tespit etmesi halinde hastanın rehabilitasyon servisine yeniden yönlendirilmesine karar verir. Bütün bu süreçler içerisinde hemşireler kişilerin sağlık bakımına ihtiyacını tespit eder ve bu ihtiyaçların yerine getirilmesini sağlar, eğitim verir, rehabilitasyon hizmetlerini koordine eder (33). Rehabilitasyon hizmeti aile ve bireyi bağımlı hale getiren yetersizliklerin giderilmesini ve bireyin kapasitesinin devamını sağlamış olacaktır. Bu süreç içerisinde rol alan hemşireye ise birden fazla sorumluluk düşmektedir.

Akdemir ve ark (2007) fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %50'si rehabilitasyonu hastanın en üst düzeyde bağımsızlığını sağlama, %22.7'si kaybolan fonksiyonları kazandırma, %18.2'si hayatını kolaylaştırma olarak tanımlamışlardır. Hemşireler, hastaları tedavi alırken bu süreçte en çok eğitim, günlük yaşam aktivitelerine destek olma, psikolojik destekte bulunma ve danışmanlık verdiklerini belirtmişlerdir (35).

Rehabilitasyon hemşireliği aynı zamanda biz hemşirelerin yaşamına da farklı kazançlar sağlayabilir. Engelli kişilere bakım verirken kendimizde farklı yönleri keşfedebiliriz. Yeni mezun bir hemşire olan Kate SCHREIBER, "Spinalkord yaralanması ünitesindeki birinci haftamda, klinik olarak hemşirelik hakkında, okuldaki üç klinik sömestre eğitimimden daha çok şey öğrendim" diye ifade etmektedir. Kate'in ilk hastalarından biri, 60 yaşında, Richard Thomson adında bir beydi. Yoğun bakım ünitesinde, karısını ziyaret ederken, kendisinde abdominal anevrizma rüptürü meydana geldi. Ameliyathaneye yetiştirildi, fakat T8 seviyesinin altındaki fonksiyonlarını kaybetti. Bay Richard, yoğun bakım ünitesinde karısının yanına yerleştirildi, fakat karısıyla konuşmasına fırsat kalmadan, kısa süre sonra karısı öldü. Kendisi uyandığı zaman, karısını ve bacaklarını kaybettiğini fark etti. Bu durumda sürekli depresyon yaşadı fakat sonradan iyileşti. Bir süre sonra günlük yaşam aktivite becerilerini bağımsız olarak sürdürebildi. Bu durum Kate de farklı yön geliştirmiştir. Kate bu tabloyu "Spinalkord yaralanması ve onun getirdiği büyük yaşamsal değişiklikleri atlatmak ve bunlarla

uğraşmak, gerçekten insan iradesinin mucizevi bir durumudur. Bu durum, insanların inanarak büyük şeyler yapabileceğini göstermiştir. Spinalkord yaralanması ünitesinde çalışmaya ilk başladığımda üzücü olacağını düşündüm. Bunun tamamen zıttı olduğunu keşfetmekten dolayı mutluyum” diyerek özetlemiştir (36).

Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni tanısı ile takip edilen, rehabilitasyon programlarına düzenli olarak katılan ve katılmayan yaşlı hastalar ile yapılan çalışmada yapılan rehabilitasyon programına katılanların tedaviye uyumları, katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (37).

Bir başka çalışmada orta ve ağır düzeyde havayolu obstruksiyonu olan stabil dönemdeki KOAH hastalarına altı aylık ev rehabilitasyon programı uygulanmış, hastaların egzersiz toleransında artış, dispne ve bacak yorgunluğunun şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır (38).

Kimble (2018) anjina pektoris semptomlarının farkına varma ve öz-yönetimini geliştirmek için hastalara telefonla eğitim ve rehabilitasyon programı uygulamıştır. Kontrol grubundaki erkek hastaların fiziksel işlevleri daha iyi yaptığı, daha az stres yaşadıkları tespit etmiştir (39).

Rehabilitasyonu hemşirelik boyutu içerisinde bakım verdiğimiz bir çok hastalık grubuna entegre edebiliriz. Böylece o hastalık grubuna uygun daha spesifik rehabilite edici hizmetleri kullanmış oluruz.

KAYNAKLAR

1. Durna, Z. (2012).Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z.(Ed.), Kronik hastalıklar ve bakım(ss1-7).İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri
2. Kumsar, K.A., Yılmaz, T.F., (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,2(2),62-70
3. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar farkındalık projesi sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar raporu. <http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanmavekronikhastaliklarfarkindalikprojesi-2016-06-23.pdf> (Erişim Tarihi:06.06.2018)
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2018)
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t14.pdf> (Erişim Tarihi: 09.10.2018)
6. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010, Dünya Sağlık Örgütü Kütüphanesi Katalogu- http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf (Erişim Tarihi: 03.07.2018)
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi, 2008-2013 Eylem Planı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t1.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2018)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Eylem Planı 2013-2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2018)

9. T.C Sağlık Bakanlığı . Türkiye Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı, 2017-2025.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/%C3%A7ok%20payda%C5%9Fli%C4%B1%20eylem.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2018)
10. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2014-2017. Anıl Matbaa, Ankara ,2014
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı 2011-2014, Ankara, 2011
12. Kayış, A. (2010) Kronik Hastaların Bakımında Bütüncül Yaklaşım, Etkileyen Faktörler ve Kronik Hastalıklı Bireylerin Aileleri. Acıbadem Hemşirelik E Dergisi (Elektronik Dergi) 23: 1-4. http://www.acibademhemsirelik.com/e_dergi/ (Erişim tarihi: 07.06.2018).
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar 2017, Yayın Tarihi:15 Mart 2018 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595>) (Erişim tarihi 10.10.2018)
14. Aytaç, Ö., ve Kurtdaş, MÇ. (2015). Sağlık - hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25(1),231-50.
15. Öz F,(2004). Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ Basım.
16. Bolsoy,N., ve Sevil,Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,9(3), 78-87.
17. Akın, G.(2014). İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi, 54(1),105-16.
18. Vural, K.B. (1988). Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşireler için önemi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2),39-43.
19. Acquista, VW., Wachtel, TJ., Gomes, CI., Salzillo, M., & Stockman M. (1988 Spring). Home-based Health Risk Appraisal and screening program. J Community Health, 13(1),43-52.
20. Avis, NE., Smith, KW, and McKinlay, JB. (1989) . Accuracy of perception of heart attack risk what influences perceptions and can they be change. Am J Public Health, 79(12), 1608-12.
21. Dalkey N, Rourke D.(1971). Experimental assessment of Delphi Procedures With Group Value Judgement. Quality of Life: Delphi Decision-Making.
22. Hörnquist, JO.,(1989). Quality of life: Concept and assessment. Scandinavian. Journal of Social Medicine, 18,69-79.
23. Rogers, M.E.(1994). The science of unitary human beings: current perspectives. Nursing Science Quarterly, 7,33-5
24. Teschendorf, B., Schwartz, C., Ferrans, C.E., O'Mara, A., Novotny, P., Sloan, J.(2007) Caregiver role stress: When families become providers. Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center, 14 (2),183-89
25. Tsigaropoulos, T., Mazaris, E., Chatzidarellis, E., Skolarikos, A., Varkarakis, Ben., Deliveliotis, C. (2009). Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. International Journal of Nursing Practice, 15 (1),1-6.
26. Özdemir, Ü., ve Taşçı, S.(2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi ,1(1),57-72
27. Tsai, A.C., Morton, S.C., Mangione, C. M., Keeler, E.B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care, 11(8),478-88.
28. Mollaoğlu, M. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik, 2.sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, Kongre özet kitabı, ss:9, 5-7 nisan 2007, İzmir
29. Akdemir, N., Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ,82-91

30. Spasser, M.A., Weismantel, S. (2006). Mapping the literature of rehabilitation nursing. *J Med Libr Assoc* ,94(2 Suppl): E137–E142.
31. Akdemir, N. (2011). Kronik hastalıklar ve sorunları. Akdemir.N., ve Birol, L.(ed) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.(ss.193-99). İstanbul. Vehbi Koç Yayınları.
32. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, resmi gazete 27910, Erişim tarihi:10.10.2018 <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeligi-2010-2011.aspx>
33. NICE. National Institute for Health and Care Excellence.Rehabilitation after critical illness overview <http://pathways.nice.org.uk/pathways/rehabilitation> (Erişim tarihi: 07.08.2018)
34. Pryor, J., Smith, C. (2002). A framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (3),249-57
35. Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Hemşirelerin rehabilitasyon hizmetleri ve rehabilitasyon hemşireliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi.Medikal Yayıncılık Medical Network <http://www.medicalnetwork.com.tr/2008/konu.asp?goster=1&Metin=118> Erişim Tarihi 11.08.2018
36. Ruiz, M. (2000). Rehabilitation nursing: another increasing shortage. *Excellence in Clinical Practice*. Fourth Quarter. Newspaper: *Excellence in Nursing Practice* 1(4).
37. Üstün, G., Küçük, L.,Buzlu, S. (2018) Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* ;9(2),69-79.
38. Alkan, H., Sarsan, A., Topuz, O., Özkurt, S., Moral, A., Ateşçi,F., ve ark. (2006) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Ev Rehabilitasyon Programının Etkinliği *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 52(2),51-4.
39. Kimble, L. P. (2018). A Randomized Clinical Trial of the Effect of an Angina Self-Management Intervention on Health Outcomes of Patients With Coronary Heart Disease. *Rehabilitation Nursing Journal*, 43(5),275-84.