



Derleme Makalesi – Review Paper

**KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRE
TEMELLİ YAKLAŞIM**

**NURSING BASED APPROACH IN THE REHABILITATION OF
CARDIOVASCULAR DISEASES**

Emine Ekici Tokgöz¹, Nermin Eroğlu²

Geliş Tarihi (Received Date) :22.11.2018

Kabul Tarihi (Accepted Date) :03.12.2018

Basım Tarihi (Published Date): 29.12.2018

Özet

Son yıllarda tüm dünyada yaşlı nüfusun artması sonucu kardiyak hastalıkların insidansı artmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon, optimal sağlığı sağlamak ve sürdürmek için bilinen kardiyovasküler hastalığı olanlara destek olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon programları hipertansiyon, diyabet, kan lipidleri, obezite ve sigara kullanımı gibi risklerin azaltılmasında etkilidir. Kardiyak rehabilitasyon günümüzde çoğu kalp hastalıklarının tedavisinin ‘olmazsa olmaz’ bileşeni olarak kabul edilmektedir. Kalp hastalarında tüm nedenlere bağlı mortaliteyi, morbiditeyi ve özürlülüğü azaltmaktadır. Çalışmalar kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin çok önemli rolü olduğunu belirtmiştir.

Anahtar kelimeler: kardiyovasküler hastalıklar, rehabilitasyon, hemşirelik yaklaşımı.

Abstract

In recent years, the incidence of cardiac diseases is increasing due to the increase in the elderly population in the world. Cardiac rehabilitation is defined as support for those with known cardiovascular disease to maintain and maintain optimal health. Cardiac rehabilitation programs are effective in reducing risks such as hypertension, diabetes, blood lipids, obesity and smoking. Cardiac rehabilitation is now accepted as the av sine qua non sa component of the treatment of many heart diseases. Cardiac rehabilitation decreases all-cause mortality, morbidity and disability in cardiac patients. Studies have indicated that the nurse is very important role in cardiac rehabilitation.

Key word: cardiovascular diseases, rehabilitation, nursing approach

¹Dr. Öğr. Üyesi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, eminetekici@gmail.com

²Dr. Öğr. Üyesi, Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul nermin.guduloglu@hotmail.com

1.GİRİŞ

Kardiyak Rehabilitasyon (KR), kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin fiziksel, psiko-sosyal sağlığının, mesleki, ekonomik durumunun korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacı ile kişiye özgü geliştirilmiş kapsamlı bir programdır ve multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirir (Vardar İnkaya&Oğuz, 2010, s.14-19). Kardiyak rehabilitasyon, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “kalp hastalarına, toplumda mümkün olduğunca normal bir konumu yeniden kazandıracak ve aktif bir yaşam sürmek için olabilen en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşulları sağlayacak olan aktivitelerin toplamı” olarak tanımlanmıştır (WHO, 1993). Diğer bir ifade ile optimal sağlığa kavuşmak ve sürdürmek için kardiyovasküler hastalığı olan bireylere riski azaltmak için destek olmak olarak tanımlanmaktadır (Uysal, 2012, s.49-59). Kardiyovasküler hastalıklar Dünya’da ve ülkemizde en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir (Akbulut vd., 2016, s.140-146). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, 2015 yılında tüm dünyada iskemik kalp hastalığı ve inme nedeniyle ölümler ilk iki sırayı almaktadır (WHO, 2015). Ülkemiz ise Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUİK) 2016 verilerine göre, ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Bu nedenle gerçekleşen ölümlerin %40.5’inin iskemik kalp hastalığı, %23.6’sının serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmektedir (TUİK, 2016). Kalp hastalıkları ve inme önlenebilir hastalıklardır ve bu hastalıklarla baş edebilmek için önleme ve kontrol programlarından yararlanılmalıdır (WHO, 2007; TDK, 2015; WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Eylem Planı (2013-2020), kardiyovasküler hastalıklar kanser veya diyabet nedeniyle oluşan erken ölümlerin %25 oranında azalmanın hedeflendiğini içermektedir. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi’ne göre, kalp hastalıklarını önlemek, tüm risk faktörlerini ve belirleyicileri toplumsal ve bireysel olarak ele almak gerektiği vurgulanmaktadır. Risk faktörlerinin hipertansiyon, diyabet, sigara, yüksek kolesterol, obezite ve sedanter yaşam tarzı olduğu belirtilmiştir (WHO, 2007; TDK, 2015; WHO, 2017; Yıldırım&Öztürk, 2016, s.60-68). Ülkemizde Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme Programı ve Eylem Planında kalp damar hastalıklarıyla ilgilenen personelin kardiyak ve serebrovasküler rehabilitasyon konusunda bilinçlenmesi ve bu hastalıklarda ev/palyatif bakım hizmetleri kapsamında rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması hedeflenmiştir (TDK, 2015; Kincl vd., 2018, s.361-366). Bu hastalıklardan ölümler önleme stratejilerine rağmen; yaşlı nüfusun ve yaşam süresinin uzamasına bağlı tüm dünyada yaygın olarak görülmekte ve giderek artmaktadır (WHO, 2015; WHO, 2017).

2.KARDİYAK REHABİLİTASYONDA

Kardiyak rehabilitasyonda en kapsamlı rehber Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği (AACVPR) tarafından yayınlanmıştır. Kardiyak rehabilitasyon “Çekirdek Bileşenleri/İkincil Önleme Programları Kılavuzu 2007” olarak adlandırılan klavuzda kardiyak problemin derecesi ile orantılı olarak hazırlanan programın bileşenleri şunlardır.

- **Hasta Değerlendirme:** Kardiyak rehabilitasyon programında ilk aşamada hasta değerlendirilmelidir. Değerlendirmede, hastadan öykü alınarak fizik muayene yapılır (Sonel, 2007, s.12-19). Hastadan öykü alınırken tıbbi hikayesi, şuan ve geçmişteki kardiyovasküler tıbbi-cerrahi tanı ve tedavisi, varsa diğer kronik hastalıkları, kardiyovasküler hastalık belirtileri sorgulanmalı, kullandığı ilaçlar ve kardiyovasküler risk profili değerlendirilmelidir. Elde edilen veriler değerlendirilerek hastaya uygun rehabilitasyon programı belirlenmelidir (Balady vd., 2008, s.2675-2682).
- **Beslenme:** Hasta diyetisyen ile görüştürülerek hastalığı ile ilgili beslenme eğitimi, günlük alması gereken total kalori miktarı, yağ ve sodyum ihtiyacı planlanır (Karapolat&Durmaz, 2008, s.51-57; Savaş, 2008, s.38-44). Hipertansiyon, diyabet, kalp yetersizliği, böbrek hastalıkları yönünden değerlendirilerek doymuş yağ/kolesterolden fakir, meyve ve sebzeden zengin bir diyet programı hazırlanmalıdır. Beslenmede öneriler hastanın kültürel tercihlerini de içermelidir. Hastanın ailesine de hastaya uygulanan beslenme programıyla ilgili eğitim verilir böylece beslenme konusunda hedefe daha çabuk ve etkin ulaşılması sağlanabilir (Balady vd., 2008, s.2675-2682).
- **Sigara Kullanımında Danışmanlık:** Hastanın eğitiminde, hasta yakınları da sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanma durumu bilgilendirilmelidir. Hekim ve hasta yakınları tarafından destek ve danışmanlık hizmeti, gerekirse farmakolojik tedavi planlanmalıdır. Nikotin replasman tedavisi koroner arter hastalarında güvenlidir ve rutin olarak önerilmektedir (ESC, 2014).
- **Kilo Yönetimi:** Bireyin boyu, kilosu ve bel çevresi ölçümü ile beden kitle indeksi (BKI) hesaplanarak değerlendirilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre kadınlarda bel çevresini 88 cm ve üzeri, erkeklerde 102 cm ve üzeri olması durumunda santral obezite söz konusudur. Türk toplumunda Avrupa için belirlenen bel çevresi değeri; kadınlar için > 80 cm, erkekler için > 94 cm olması risk kabul edilmektedir. Beden kitle indeksi

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRE TEMELLİ YAKLAŞIM

hesaplanarak ve bu değer >25 kg/m² ise diğer risk faktörleri de göz önüne alınarak bireyselleştirilmiş kısa ve uzun dönemli hedefler belirlenir (ESC, 2014).

- **Kan Basıncı:** Hipertansiyon; sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması durumu olarak tanımlanmaktadır (ESC, 2014). 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 (Balady vd., 2008, 2675-2682).
- **Lipid ve Diyabet Yönetimi:** Hastanın Total kolesterol, LDL kolesterol düzeyi, HDL-kolesterol düzeyi, Trigliserit düzeyi değerlendirilir. Hasta hastaneye yattıktan dört-altı hafta sonra lipid profili yeniden değerlendirilir. Lipid düşürücü ilaçların başlanması ya da değiştirilmesinden iki ay sonra lipid profil değerleri tekrar yenilenir (Balady vd., 2008, s.2675-2682). Diyabet kardiyovasküler komplikasyonlar için güçlü bir risk faktörüdür. Kardiyak rehabilitasyon programına alınan hastaların diyabetli olup olmadığı belirlenmelidir. Hasta diyabetli ise olası komplikasyonlar yönünden değerlendirilir ve hasta eğitimi önemlidir (ESC, 2014).
- **Fiziksel Aktivite Danışmanlığı ve Eğitimi:** Hastanın yaşı, cinsiyeti, günlük yaşam özelliklerine göre yapabileceği fiziksel aktiviteler sıralanır. Davranış değişiklikleri ile ilgili hazır oluşluğu değerlendirilir. Genellikle kişinin yaşına ve kapasitesine uygun egzersizin haftada en az 5 gün 30 dakikadan az olmayacak şekilde yapılması önerilmektedir (Arıcı vd., 2015, s.402-409). Fiziksel aktivite yaparken kas-iskelet yaralanma riskini en aza indirmek için düşük şiddette aerobik aktivite tercih edilmelidir. Zaman içinde fiziksel aktivite düzeyi kademeli olarak arttırılabilir (Balady vd., 2008, s.2675-2682).
- **Psiko-Sosyal Yönetim:** Hasta; depresyon, anksiyete, kızgınlık ya da düşmanlık, öfke, sosyal izolasyon, evlilik/ailesel sorunlar, cinsel işlev disfonksiyonu, alkol, madde veya psikotrop ilaç bağımlılığı yönünden görüşme ve/veya standart ölçüm araçları kullanılarak değerlendirilir. Bireysel/grup terapileriyle bireylere stresle mücadele yöntemleri danışmanlığı verilir (Balady vd., 2008, s.2675-2682; Cimilli, 2008, s.1-2; Uysal, 2016,s.49-59).

3. KARDİYAK REHABİLİTASYON EKİBİ

Kardiyak rehabilitasyonda başarılı olmak için multi disiplinler ekip yaklaşımı gereklidir. Bu ekip aşağıda yer alan çalışanlardan oluşmaktadır.

- Kardiyolog
- Kalp ve Damar Cerrahı
- Fizik Tedavi ve Rekabilitasyon Uzmanı
- Prikyatrist
- Psikolog
- Fizyoterapist
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Hemşire (Vardar İnkaya & Oğuz, 2010, s.14-19).

Kardiyak rehabilitasyon ekibi, bireyin hastalık ve hastalıktan korunma uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi, taburculukta evdeki aktivitelerini ve ne derecede yapılması gerektiğinin planlanmasını, hastalığa ve tedaviye uyumunu, kardiyak rehabilitasyon ekibi üyelerinin desteği ile sağlanır. Ekipteki üyeler sadece kendi sorumluluklarını değil aynı zamanda birbirlerinin rol ve sorumluluklarını bilir, iş birliği içinde çalışır, kararlarını ortak olarak alır, hasta ve ailesine ekip içinde aktif rol verirler (Oğuz vd., 2004, s.1253-1274; McVeigh vd., 2006, s.4-44).

4. KARDİOVASKÜLER REHABİLİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Günümüzde kardiyovasküler hastalıkların rehabilitasyonunda multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir. Kardiyak rehabilitasyon programları, akut tedavi eylemlerinin etkisini arttırmaya, risk faktörlerini önlemeye, hastanın iyiliğini ve iyileşmesini sağlamaya yönelik olmalıdır. Bu nedenle, tüm kardiyak rehabilitasyon faaliyetleri aynı zamanda gerçekleşmez, bu bağlamda hemşirenin kardiyak rehabilitasyonda pek çok rolü zaman içinde değişmektedir. Başarılı bir kardiyak rehabilitasyon programı uygulamak için, hemşirenin klinik değerlendirme araçlarına sahip olması, öz-eleştirel ve iyi bir rol model olarak görevini yerine getirmesi gerekir (Fridlund, 2002, s.15-18). Hiperkolesterolemi ve hipertansiyon tedavisi, miyokard infarktüsü (MI) sonrası sekonder korunmanın temelini oluşturmaktadır. Hastanın kardiyak rehabilitasyonunda hasta ile birebir etkileşimi olan hemşirenin tedaviyi iyileştirmede önemli bir yeri vardır. Bununla birlikte, kardiyak rehabilitasyonda hemşireler hastanın ilaç tedavisine uyumu konusunda destek sağlamalıdır (Schlyter vd., 2017, s.1; Yıldırım & Öztürk, 2016, s.60-68).

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRE TEMELLİ YAKLAŞIM

Kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin eğitici, bakım verici, danışmanlık, bakım koordinatörlüğü, hasta hakları savunucusu ve araştırmacı rolleri bulunmaktadır. Klinik alanda KR hemşiresinin, temel hemşirelik özelliklerinin yanı sıra farklı özellikleri de vardır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresi, aile bireylerinin endişelerine duyarlı olmalıdır ve hastanın işlevsel durumunu tanıyarak, ailenin ve hastanın sorunlarını saptayabilmeli, çözümleyebilmeli ve endişelerini gidermeye yardım olabilmelidir (Yıldırım & Öztürk, 2016, s.60-68). Hemşire, hasta ve ailesi ile birlikte gerçekçi hedefler belirlemelidir. Bu hedefe ulaştırmada hastaya rehberlik etmeli, bireyin öz bakımında daha etkin ve bağımsız olmasına yardımcı olmalıdır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresi, hastaya, ailesine hastalığı ve gelecekte oluşabilecek komplikasyonları önleme konusunda bilgi ve destek sağlamalıdır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresi, KR ekibinden ve diğer kaynaklardan aldığı bilgilerle veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi kapsayan bir süreçle birey ve ailesi desteklenmeli, eğitim gereksinimleri karşılanmalı, uygulanmalı, sonuçlar değerlendirilmeli ve gerekli ekip üyeleri ile paylaşılıp ve tartışılmalıdır (Berra, 2011, s.5-13; ESC, 2014; İnangil & Şengül, 2014, s.96-101).

Hemşire, hasta ve ailesini geleceğe yönelik tekrarlama riskini azaltmak, egzersiz kapasitesini arttırmak, sekonder risk faktörlerini ortadan kaldırmak, hastanın kendini iyi hissetmesini sağlamak amacıyla gelişme ve öğrenmesinde destekleyici ve motive edici olmalıdır. Bireyin gelecek yaşantısına ilişkin toplum olanakları, sağlık hizmetleri, kurum kaynakları ve diğer destek hizmetleri, dernekler konusunda danışmanlık yapmalıdır. Kardiyak rehabilitasyon hemşiresi, bireyin duygu ve düşüncelerini dinlemeli, bireye yeterince zaman ayırmalı, gerektiğinde destek vermeli ya da sorunlara yönelik olarak ilgili meslek gruplarına yönlendirmelidir. Gereksinimler doğrultusunda birey ile işbirliği içinde olup, diğer profesyoneller arasında köprü görevi görmelidir (Türkmen vd., 2012, s.223-231).

5. SONUÇ

Kardiyak Rehabilitasyon kalp hastalıklarının tedavisinde en önem programlardan biridir. Tedavide başarılı olmak için multidisipliner yaklaşım önemli yer tutmaktadır. Hemşirenin tedaviyi iyileştirmede önemli bir yeri vardır. Hemşirenin eğitici, bakım verici, danışmanlık, bakım koordinatörlüğü, hasta hakları savunucusu ve araştırmacı rolleri ile başarı sağlanmaktadır.

6. KAYNAKÇA

Akbulut, E., Tülüce, D., & Bayrak Kahraman B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14):140-146.

Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B.O., Altun, B., & Ertürk, Aydoğdu, S. vd. (2015). Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4):402–409.

Balady, G.J., Williams, M.A., Ades PA, Bittner, V., Comoss, P., & Foody, J.M. et al.(2007). 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*, 115:2675-2682.

Berra, K. et al (2011). Nurse-based models for cardiovascular disease prevention From Research to Clinical Practice. Consensus document: global cardiovascular disease prevention a call to action for nurses. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2): 5-13.

Cimilli, C. (2008). Kardiyovasküler sistemin psikosomatik bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 1-2.

ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu (2014). Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kararlı Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Görev Grubu. Türk Kardiyol Dern Arş.;Suppl 4.*

Fridlund, B. (2002). The role of the nurse in cardiyac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1):15-18.

Gardiner, F.W., Nwose, E.U., Regon, E., Kyung, Park, B., Taderera, Bwitit,

P., Crockett, J., & Wong, L. (2018). Outpatient cardiac rehabilitation: patient perceived benefits and reasons for non-attendance. *Callengian*, 25:479-485.

İnançgil, D.,&Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *ACU Sağlık Bil Derg*, 2:96-101.

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRE TEMELLİ YAKLAŞIM

Karapolat, H., & Durmaz, B. (2008). Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. Anadolu Kardiyol Derg, 8:51-57.

Kincl, V., Poncusky, R., Machel, J., Jancik, J. Kukla, P., & Dobsark P. (2018). The long-term effects of individual cardiac rehabilitation in patients with coronary arter disease. Car et Vasa, 60:361-366.

McVeigh, G., Bleakney, G., Cupples, M., Downey, B., Doyle, S., Hanna, D., (2006). Guidelines for Cardiac Rehabilitation in Northern Ireland. Crest. 4-44.

Oğuz, H., Dursun, E., Dursun, N. (2004). Tıbbi Rehabilitasyon. Bölükbaşı N. Kardiyak Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1253-74

Savaş, S. (2008). Beslenme ve diyet tedavisi. Nutrition and diet therapy. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics, 1(3):38-44.

Schlyter, M., Ogmundsottir, Michelsen, H., Sjolín, I., Hag, E., Hagstrom, E., Nilsson, L., Kiessling, A., Held, C., Schiopu, A., Zaman, M.J., & Leosdottir, M. (2017). Myocardial infarction patients more often reach treatment goals for low-density lipoprotein at centers where cardiac rehabilitation nurse adjust statins the Perfect –CR study. European Heart Journal, 38(1):1.

Sonel, Tur, B. (2008). Kardiyak rehabilitasyon hastasının değerlendirimi. Evaluation of Cardiac Rehabilitation Patient. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics, 1(3):12-19.

TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> (Erişim Tarihi: 22.10.2018).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/belge/1-7321/turkiye-kalp-ve-damarhastaliklari-onleme-ve-kontrol-pr-.html> (Erişim tarihi: 10.10.2018).

Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4):223-231.

Uysal, H. (2012). Cardiac rehabilitation and nursing responsibilities. Turk J Card Nur. 3(3): 49-59.

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARIN REHABİLİTASYONUNDA HEMŞİRE TEMELLİ YAKLAŞIM

Uysal, H. (2016). Kalp hastalarının rehabilitasyonunda psikososyal yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 8(3):257-270.

Vardar İnkaya, B., & Oğuz, S. (2010). Kardiyak rehabilitasyon. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 14(1):14-19.

WHO (1993). Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf. (Erişim tarihi: 01.11.2018).

WHO (2017) Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı http://www.tuseb.gov.tr/yuklemeler/enstituler/tuhke/WHO_2017 (Erişim Tarihi:22.10.2018).

WHO (2007). Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi. <http://www.file.tkd.org.tr/PDFs/AKSS/AvrupaKalpSagligiSozlesmesi.pdf>. Türk Kardiyoloji Derneği, (Erişim Tarihi: 22.10.2018).

WHO (2015). The Top Ten Causes Of Death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/pdf>. (Erişim Tarihi: 22.10.2018).

Yıldırım, N.K, & Öztürk, S. (2016). Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. Journal Of Cardiovascular Nursing,7;2:60-68.