

PAPER DETAILS

TITLE: HIPERTANSİYON VE EVDE BAKIM

AUTHORS: Papatya DEMIRCI KARAKURT, Magfiret KARA

PAGES: 97-104

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29351>

HİPERTANSİYON VE EVDE BAKIM

Papatya (DEMİRCİ) KARAKURT*

Mağfiret KARA**

Kabul Tarihi:30.12.2005

ÖZET

Hipertansiyon dünya çapında bir sağlık problemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında her sekiz ölümden birinin sebebinin hipertansiyon olduğunu vurgulamakta ve dünyada ölüm nedeni olarak hipertansiyon üçüncü sırada yer almaktadır. Hipertansif hastaların yaklaşık olarak üçte biri tedavi programına uymamakta ve yarısından çoğu ilk bir yıl içinde tedavi ve bakımlarını bırakmaktadır. Üstelik hastaların %30-50'si ilaçları için tavsiye edilen programa uymamaktadır.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, evde bakım, ilaca uyum, hemşirelik.

ABSTRACT

Hypertension and in Home Care

It appears that hypertension is a worldwide health problem. The World Health Organization (WHO) has estimated that high blood pressure causes 1 in every 8 deaths worldwide, making hypertension the third leading killer in the world. Approximately one-third of hypertensive patients fail to maintain adequate follow-up schedules and half or more drop out of care within the first year of therapy. Moreover, 30% to 50% of patients do not adhere to the recommended regimens for hypertension medications.

Keywords: Hypertension, in home care, adherence medicine, nursing.

Toplunun sağlıklı yaşam isteğinin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatarak kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sürdürülmesi sorunun gündeme getirmiştir. Hipertansiyon da kronik ve ömür boyu süren bir hastalık olup, ilaçla tedavi ve yaşam şekli değişikliği gerektiren bir sağlık sorunudur. Diğer sağlık sorunlarının çözümünde olduğu gibi bu sorunun çözümünde de ön koşul, hemşirelerin eğitim yoluyla birey, aile ve toplumun bilinçlenmesini sağlamaları, onların sağlıkları/ hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmelerini hedeflemelerinin gerekliliğidir (Taşocak 2003, Gulanic et al. 1998).

Dünya çapında bir sağlık problemi olan hipertansiyon, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde erişkin popülasyonun önemli bir bölümünü etkilediği gibi, yüksek oranda da morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır (Capriotti 2003, Köksal ve ark. 1996).

Hipertansiyon dünyada en yaygın kardiyovasküler hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında her sekiz ölümden birinin sebebinin hipertansiyon olduğunu vurgulamakta ve dünyada ölüm nedeni olarak hipertansiyon üçüncü sırada yer almaktadır (Capriotti 2003, The WHO Report 2002).

*Atatürk Üniv. Erzincan Sağlık Yüksekokulu (Araş.Gör.) (e-mail:papatyademirci@hotmail.com Tlf: 0446 226 58 60)

**Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı (Yrd.Doç.Dr.)

Hipertansiyon ve Sınıflandırılması

Birleşik Ulusal Komite'nin (Joint National Committee, JNC) VI. Raporunda (1997), "Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması veya hastanın antihipertansif ilaç alması" olarak tanımlanmaktadır. DSÖ Uluslar arası Hipertansiyon Komitesi tarafından yapılan son tanımlama da (1999) benzer şekildedir. Yeni veriler bazı hasta gruplarında kan basıncının

daha düşük seviyelere indirilmesinde yarar olduğunu bildirmektedir. Örneğin; diyabetli bir hastada tedavi ile kan basıncı 130/80 mmHg'nın, günde 1 gr'dan daha fazla proteinürisi olan böbrek hastalarında ise 125/75 mmHg'nın altına indirilmesinin daha yararlı olacağı saptanmıştır.

JNC'nin 6. Raporu'na göre (18 yaşından büyükler için) kan basıncının sınıflandırılması aşağıda gösterilmektedir (1997) (Turan ve ark. 1999).

Kategori	Sistolik Kan Basıncı		Diastolik Kan Basıncı
- Optimal	<120 mmHg	ve	<80 mmHg
- Normal	<130 mmHg	ve	<85 mmHg
- Yüksek - Normal	130-139 mmHg	ş ve/veya	85-89 mmHg
Hipertansiyon			
- 1. derece	140-159 mmHg	ve/veya	90-99 mmHg
- 2. derece	160-179 mmHg	ve/veya	100-109 mmHg
- 3. derece	180 mmHg ve üzeri		110 mmHg ve üzeri.

Hipertansiyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler

Biyofizyolojik Faktörler

1- Yaş: Kan basıncı, yaşın ilerlemesiyle yükselme eğilimindedir. Bu artış özellikle 50-60 yaşlarında belirgindir (Potter and Perry 1995, Komşuoğlu ve ark. 1990). Hipertansiyon prevalansı yaşla ilişkilidir; sıklık yaş ilerledikçe artar. Tahminler, 65 yaşın üzerindeki bütün Amerikalıların üçte ikisinde ve büyümekte olan çocukların çoğunda hipertansiyon olduğunu göstermektedir (Bilir 1992, Rosdall 2003).

2- Cinsiyet: Hipertansiyonun görülme sıklığı bakımından cinsler arası farklılık vardır, kadınlarda daha sık görülmektedir ve kadın/erkek oranı 3/2 dolayındadır (Bilir 1992, Rosdall 2003).

3- Genetik Faktörler: Hipertansiyonda genetik katkı %30-60 oranındadır. Hipertansif bir bireyin ikizi veya birinci derece akrabalar arasında hipertansiyon görülme oranı fazladır (Özerkan 2000). Genetik faktörlerin

hipertansiyon gelişimindeki rolü insanlarda yapılan toplum araştırmalarında ve hayvan çalışmalarında da gösterilmiştir (Polat ve ark. 2000).

4- Irk: Hipertansiyon insidansı siyah ırkta daha fazladır. 35 yaşın üzerindeki Afrikan-Amerikalı erkeklerin kan basıncı aynı yaştaki Avrupalı-Amerikalı erkeklerinkinden, genetik ve çevresel faktörlerden dolayı daha yüksektir (Potter and Perry 1995, Berman 2002).

5- Şişmanlık: Şişmanlık, hipertansiyonun gelişmesinde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Şişmanların yaklaşık %40'ında hipertansiyon görülmektedir ve bu bireylerin hem çocuklukta hem de yetişkinlikte hipertansiyona eğilimleri vardır. Bunun yanında hipertansiyonlu genç hastaların yaklaşık üçte biri şişmandır (DeMartinis 2001, İlerigelen 2002, Berman 2002).

6- Sigara İçme: Sigara hipertansiyon için önemli risk faktörüdür (Roper et al. 1990,

DeMartinis 2001). Her sigara içiminden sonra, 15-30 dakika süren kan basıncı yükselmesi olur. Her yeni sigara içimiyle ortaya çıkan tekrarlayıcı bu tür yükselmeler günlük seyir sırasında ortalama kan basıncını yükseltir (Turan ve ark. 1999).

7- Alkol Tüketimi: Alkol kullananlarda hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır (İlerigelen 2002). Aşırı alkol alımı (günde 28-55 mg etanol) yüksek kan basıncına neden olabilir ve antihipertansif ilaca karşı direnç oluşturabilir (Turan ve ark. 1999).

8- Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivitenin azlığı hipertansiyon görülme olasılığını arttırdığı gibi aşırı aktivite de kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır (İlerigelen 2002, Berman 2002).

Psikolojik Faktörler

1- Anksiyete: Anksiyete, korku gibi duygular oluşturan durumlar da kan basıncını yükseltebilir (Roper et al. 1990). Ayrıca anksiyete ve depresyon ile ileride gelişen hipertansiyon arasında bir ilişki olduğu son yıllarda yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (Özmen 2003).

2- Stres: Stres, periferik vasküler direnci, kardiyak outputu artırır ve sempatik sinir sistemi aktivitesini uyarır. Bu durumda zaman geçtikçe hipertansiyon gelişebilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar işle ilgili stresin hipertansiyon gelişimine katkıda bulunduğu varsayımını giderek daha fazla doğrulamaktadır. Kontrolü yitirdiği hissi ve işin çok fedakarlık gerektirdiği algısı ile tanımlanan iş gerginliği özellikle erkeklerde kan basıncı ve koroner arter hastalığıyla ilişkili bulunmuştur (Özmen 2003, DeMartinis 2001, İlerigelen 2002).

Çevresel Faktörler

1- Günlük Değişiklikler: Kan basıncında gün içinde değişiklikler olabilir. Sabahın erken saatlerinde ve kahvaltıdan önce kan basıncı düşüklüğü gözlemlenir, gün boyunca yavaş yavaş

yükselir, öğlenin geç vakitlerinde tepe değere yükselir ve geceleyin kan basıncı tekrar düşer (Potter and Perry 1995, Ulusoy ve Görgülü 2001, Roper et al. 1990).

2- Meteorolojik Olaylar:

Çevresel sıcaklık, yağışlar, hava basıncı gibi meteorolojik olayların kan basıncı üzerine etkisi vardır. Ayrıca soğuk vazokonstriksiyona sebep olur ve kan basıncını yükseltir (Önder ve Özerkan 2002, Berman 2002).

Sosyokültürel Faktörler

1- Kırsal ve Kentsel Etkenler:

İnsanlarla yapılan çalışmalarda stabil, güvenli ve kırsal alanlarda yaşayanlarda hipertansiyon sıklığının yüksek suç oranı ve stabil olmayan sosyal yapılanması olan kentlere oranla daha az olduğu gösterilmektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda hızlı sosyokültürel değişimlerin hipertansiyon prevalansını artırdığı bildirilmektedir. Modernizasyonun üçüncü dünya ülkelerinde yaşayan kişilerin kan basıncı değerlerine etki ettiği, batılı ve daha rahat bir yaşam tarzına tanık olma ve bu yaşam tarzına yetmeyen kaynaklara sahip olma arasındaki çatışmanın düşük gelir sahibi gruplarda hipertansiyon prevalansının artmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (Özmen 2003).

2- Yeme Alışkanlıkları: Aşırı tuz tüketimi hipertansiyona yol açan nedenlerden biridir (İlerigelen 2002). Ülkemizde dahil olmak üzere Avrupa ülkelerinde günlük ortalama tuz tüketimi 150-200 mmol arasındadır. Düşük sodyum kültüründen yükseğe göç kan basıncı artışına neden olmaktadır (Korkmaz 1996).

Kafein içeren içeceklerin (önemli bir kısmı çay ve kahvedir) kan basıncı üzerine akut bir yükseltici etkisi vardır. Kafein, hem sistolik hem de diyastolik kan basıncını bir kaç saat süreyle 5-15 mmHg yükseltmektedir (Turan ve ark. 1999).

Politikoekonomik Faktörler

1- Sosyoekonomik Etkenler:

Batı dünyasında yetişkin nüfusun yaklaşık 1/3'ünü hipertansiyonlu hastalar oluşturmaktadır. Böyle büyük bir topluluğun hayat boyu tedavisi çok ciddi boyutta ekonomik yük bindirir. Ayrıca ilaç fiyatı da ülkeden ülkeye farklılıklar göstermesine rağmen, genellikle total tedavi giderlerinin en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Yeni ilaçlar genellikle eski olanlardan daha pahalıdır (Öngen 2003). DSÖ tarafından tarama yapılan 167 ülkenin %25'inde antihipertansif ilaçların pahalı bulunduğu ortaya çıkmıştır (2003 DSÖ Klavuzu 2004). Literatür bilgilerine göre düşük sosyoekonomik statüdeki yetişkinlerin kan basınçları daha yüksektir ve hipertansiyon genellikle total tedavi giderlerinin en büyük bölümünü oluşturmaktadır (Turan ve ark. 1999, Matthews et al. 2002, <http://www.ntvmsnbc.com/news/139196.asp>.2003).

Diğer Faktörler

Romatizma ilaçları ve doğum kontrol hapları kan basıncını yükselten ilaçlar arasında yer almaktadır (<http://www.ntvmsnbc.com/news/139196.asp>.2003, Akpolat 1999).

Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyona bağlı özellikle kardiyovasküler komplikasyonlarının gelişmesi günümüze dek önlenemediği gibi minimuma bile indirilememiştir (Ekmeççi 2001). Epidemiyolojik çalışmalarda hipertansif hastayı bekleyen en yaygın komplikasyonların inme ve kalp yetmezliği olduğu gösterilmiştir (Arık ve Müderrisoğlu 1996). Hipertansiyon komplikasyonlarını şöyle sıralayabiliriz: Retinopati, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi, hemipleji, ateroskleroz, ensefalopati, tromboembolizm, hemoraji, böbrek yetmezliği, hipertansif nefrosklerozdur (Akpolat 1999, Akçiçek

2000). Hipertansif hastaların %50'si koroner kalp hastalığından ve konjestif yetmezlikten, %33'ü inme ve %10-15'i böbrek yetmezliğinden kaybedilir (Gök 1996).

Hipertansiyonda Evde Bakım ve Hasta Eğitimi

Evde bakım hizmetleri sağlık sistemlerinin bir parçası olup, kontrol altında olan hastalara ve ailelerine bulundukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Amaç, günlük yaşam şartlarından en az düzeyde etkileyecek maksimum tedaviye ulaşmak, hastalığı en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam şartlarını yükseltmektir (Özkan 2004). Hemşireler hipertansiyon hastasının bakım ekibinin koordinasyonunu sağlamada ve hastaların eğitimini ve hipertansiyonun yönetimini sağlamada önemli bir role sahiptirler. Bunun yanı sıra tansiyonu ölçmede, genel sağlık durumlarını sorgulamada, yaşam biçimlerini ve diyetlerini değiştirmeye cesaretlendirmede de önemli bir role sahiptirler (Aminoff and Kjellgren 2001).

Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Hipertansiyonlu bir hastaya bakım veren bir hemşire evde bakıma yönelik olarak hastasına şu önerilerde bulunmalıdır.

1- Diyet Önlemleri: Coğrafi özellik olarak toplam kalori ve tuzun az tüketildiği toplumlarda hipertansiyon sıklığı daha azdır (Bilir 1992). Fazla miktarda tuz alımı vücutta aşırı sıvı toplanmasına neden olarak kalbe ek bir yük getirir. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde, tuz miktarı düşük bir diyetin önemli yeri vardır. Prensip olarak sofrada tuzluk kullanmamak ve ekmeği tuzsuz yemek yeterli olabilmektedir. Yemek pişirirken az miktarda tuz eklenebilir. İçinde tuz muhafaza eden (turşu, konserve yiyecekler, tuzlu kuruyemişler, salam, sucuk, pastırma vs.) gıdalar eve dahi sokulmamalıdır. Yemekleri tatlandırmak

için, baharatlar, limon, sirke, sarımsak, nar ekşisi veya tuz tadı veren maddeler kullanılabilir. Tuz tadı veren maddeler genel olarak eczanelerde satılan potasyum tuzlarıdır (İlerigelen 2002). Ayrıca hastalara diyetlerinde az kalorili, az kolesterolü ve doymamış yağ ve omega-3 yağ asitlerini içeren yağları yemekleri tavsiye edilir. Ev halkının hazır yiyecek yemesinde ve bunları diyetlerinde bulundurmaları tartışmalıdır. Eğer mümkünse diyetisyenden yardım alınarak diyetinde neler olacağını öğrenmesi sağlanır. Diyetine başlamadan önce, hastanın alacağı yiyecek örneği, yaşam stili, yiyecek tercihleri, etnik, sosyo kültürel ve ekonomik etkileri hemşire tarafından değerlendirilir. Bu etmenler göz önünde bulundurularak hastaya uygun diyet başlanabilir (Black and Matassarini-Jacobs 1993).

2- Kilo Kaybı: Zayıflama kan basıncını düşürür. Kilo kaybı, kan basıncında düşme yanında kalp rahatsızlıklarını azaltabilir. Kilo kaybı ideal bir şekilde bir haftada yarım kilodan fazla olmamalıdır. Daha fazla meyve ve sebze yendiğinde kalori alınımı azalır ve bu azalm daha ileri kilo kaybına yol açar (Korkmaz 1996, Black and Matassarini-Jacobs 1993, Kochar 1993).

3- Düzenli Fizik Egzersiz: Zorlanmadan yapılabilen egzersizler bedeni şekle sokmakta yardımcı olur ve bireyin kendisini daha iyi hissetmesini sağlar, ayrıca bireyin kalori kullanımını artırır. Yürüyüş yapma, koşma veya yüzme gibi aerobik aktivite programı dereceli olarak artırılmalı. Bu tavsiyeleri hastanın haftada üç kez, 20-30 dakika yapması söylenir. Ayrıca düzenli egzersiz kan basıncı regülasyonunu kolaylaştırır ve kardiyovasküler hastalıktan koruyucu etkileri vardır (İlerigelen 2002, Black and Matassarini-Jacobs 1993, Ertürk 2004).

4- Alkol Alınımının Kısıtlanması: Alkolün kalorisinin çok

yüksek olduğu unutulmamalıdır. Alkol kullanımının sınırlanması (erkeklerde günde iki ölçek, kadınlarda günde bir ölçek) kan basıncında 2-4 mmHg'lık düşüş sağlar (İlerigelen 2002). Hastaların aşırı alkol alımı kesinlikle engellenmelidir.

5- Sigaranın Bırakılması: Sigara içilmesi, koroner arter hastalığı ve kalp krizi için bir diğer önemli risk faktörüdür. Ayrıca damarlarda spazma yol açarak kan basıncının kontrol edilmesini güçleştirir. Eğer hasta sigara içiyorsa bırakması tavsiye edilmektedir (İlerigelen 2002).

6- Stresle Başa Çıkma: Emosyonel stres kan basıncını yükseltir. Bu durumlarda hastanın stresini azaltacak yaklaşımlara gereksinim olabilir. Hastaya ev ve iş yerinde stres yapan etkenlerden uzak durması söylenir. Ayrıca stres azaltıcı çeşitli teknikler (yoga, meditasyon...vb.) faydalı olabilmektedir (<http://www.ntvmsnbc.com/news/220441.asp> 2003).

7- Diğer Yöntemler: C vitamini ve sarımsak, soğan gibi oral antioksidanların kan basıncı üzerine etkileri açıklığa kavuşmamıştır. Bu nedenle, bunların kan basıncını düşürme amacıyla kullanılması önerilmemelidir. Hastaya hipertansiyon tedavisinin ömür boyu süreceği anlatılmalı ve ilaç almazsa oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilerek tedavinin önemi belirtilmelidir (Turan ve ark. 1999).

İlaç Tedavisi

Hipertansiyonun önemli özelliklerinden biri uzun yıllar ciddi herhangi semptom ve belirti vermeden sürebilmesidir. Bu yüzden hipertansif hastalar, hastalıklarının tedavisi için gerekli olan uzun süreli ve kesintisiz tedaviyi tam olarak uygulamazlar (Bilir 1992). Tahminen hipertansiyonlu hastaların %40-60'ı reçete edilen tedaviye uymamaktadır (Black and Matassarini-Jacobs 1993). Hipertansiyonlu hastalarda hemşire

hastaların; kendi bakımları için gerekli bilgileri tanımlamalarını, hipertansiyonu tanımlama ve risk faktörlerini değerlendirmelerini, ömür boyu tıbbi kontrolün önemini kavramalarını, reçetelenmiş ilaçları kullanmalarını, ilaç ismini tanımlamalarını, ilacın dozunu, sıklığını, olası yan etkilerini bilmelerini ve yan etkileri minimuma indirmelerini amaçlamaktadır. Ayrıca hastaların, evde kan basıncını izlemeleri içinkurallara uygun bir şekilde kan basıncı ölçümü tekniğinin öğretilmesi hedeflemektedir (DeMartinis 2001).

İlaç tedavisinde amaç; yaşam kalitesini bozmadan hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalite riskini olabildiğince azaltmaktır. Tedavi ile hedeflenen kan basıncı değerleri hastadan hastaya değişebilir (Turan ve ark. 1999). Antihipertansif tedavide ideal yaklaşım tedavinin bireyselleştirilmesi; diğer bir deyişle, o hastaya ait tüm özellikler göz önüne alınarak en uygun yaklaşımın geliştirilmesidir (Ertürk 2004). Hemşire, hastaların tedavi planına uyup uymadığını izler ve idame kontrolleri için hekim ve hasta ile iş birliği yapar (Bilir ve ark. 2003).

Hipertansiyon tedavisinde genel olarak kullanılan ilaçlar şunlardır:

1. Diüretikler (Felç (inme) mortalite ve morbidite risklerini azalttıkları kesin kanıtlanmıştır)

2. Beta-Adrenerjik Blokerler (Kardiyovasküler riski, özellikle koroner olaylarda mortalite ve morbidite risklerini azaltırlar)

3. Alfa-Adrenerjik Blokerler (Lipid ve glukoz homeostasisine ve prostat hipertrofisine olumlu etkileri vardır)

Merkezi etkili olanlar:

1. Kalsiyum Kanal Blokerleri (Angina pectoris, karotis ateroskleroz üzerine etkilidir)

2. Renin- Angiotensin Sistemi (RAS) İnhibitörleri

a. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) İnhibitörleri (Konjestif

kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü sonrası; diyabete bağlı olmayan nefropati, proteinüri üzerine etkilidir)

b. Angiotensin II Reseptör Antagonistleri (Tip-2 diyabetik nefropati, diyabetik mikroalbüminüri, sol ventrikül hipertrofisi, ACE-inhibitörü kullanımına bağlı öksürük üzerine etkilidir) (Ekmekçi 2001, Eliot et al. 2001, Avrupa Hipertansiyon Dern.2003, Korkmaz ve ark. 1999). Hipertansiyonlu hastada tedaviye uyumu azaltan etmenleri şöyle sıralayabiliriz.

Hasta ve hastalığa ilişkin

Belirtilerin olmaması

Hastalığın iyileşmemesi, sadece baskılanması

Evdeki koşulların bozukluğu

Demans ve psikiyatrik hastalıkların varlığı

Tedaviye ilişkin

Tedavide ilaçların ömür boyu kullanılmna gereği;

Her gün ilaç almanın zorluğu, özellikle unutkanlık, sonraları da bıkkınlığın baş göstermesi

Birden fazla ilacın kullanımında zorluk

İlaçların pahalı olması

İlaç yan etkileri

Yaşam şekli değişikliğinde zorlanma

Kontrole gelmeye ilişkin zorluklardır (Turan ve ark. 1999, <http://www.genbilim.com/hipertansiyon1.htm>.2004).

Hasta uyumunun artırılması için ise şu önerilerde bulunabiliriz.

Hastanın mümkünse tansiyon aleti satın alması ve kan basıncını kendisinin de takip etmesi önerilmelidir. Bunun için hemşire, hastaya evde kendi kan basıncını kaydetmesini ve izlemesini öğretmelidir.

Hastanın ilaç yan etkilerini bilmesi, izlemesi ve yan etkileri saptaması durumunda doktoru ya da hemşiresi ile görüşmesi önerilmelidir.

Tedavi rejimine uyumu sağlamak için, hemşirelik girişimleri

bireysel bakımı, kontrolleri yeterli olarak takip etmeyi, hastayla sık sık iletişim kurmayı, hasta ve ailesine sürekli eğitim vermeyi içermelidir.

Hipertansiyon kronik olduğu için komplikasyonlarının tehlikeli olduğu konusunda hasta bilinçlendirilmeli ve hastanın kan basıncını kontrol etmeyle ilgili kaygılarını ifade etmesi sağlanmalıdır. Hemşire komplikasyon konusunu içeren örnekleri tanıtmalı ve materyalleri açık bir şekilde yazarak eğitim vermelidir.

Antihipertansif uygulanan hastada hipotansiyon gelişebilir, bu durumun hasta ve aileye açıklanması gerekir. Düşük kan basıncı ya da postüral hipotansiyon olursa, durumun mutlaka doktora bildirilmesi gerekir. Yaşlı bireylerde postüral değişikliklere uyum bozulmuş, kardiyovasküler refleks zayıflamıştır, bu nedenle yaşlıların yavaş hareket etmesi, baş dönmesi ve düşmeye karşı baston ya da yürüteç kullanması önerilmektedir.

Hipertansiyonun olası komplikasyonu olan ve çok sayıda erkekte görülebilen erektil disfonksiyonu (setleşme sorunu) için tedavi seçenekleri fazladır ve o nedenle

sorunu olan hastanın kendi başına, sessizce sorunu ile stres yaşaması, acı çekmesi yerine sorunu paylaşması ile sorunu çözümleyici çeşitli yaklaşımlar olabilir. Hemşirenin bu konuda hasta ve ailesine bilgi vermesi önerilmelidir.

Hastaya düzenli kontrollerin önemi anlatılmalıdır. Hastanın özbakımı ve hastalığının kontrol altında tutulmasına yönelik eğitim materyallerinin de hastaya verilmesi bilgi tekrarı ve pekiştirme açısından önemlidir.

Hipertansiyonu olan hasta; sigara içiyorsa, dislipidemisi, diyabetes mellitusu varsa ve 60 yaşın üstündeyse, genetik yatkınlığı varsa kardiyak sorunlara öncelikli olarak adaydır. Bu konunun da dikkate alınarak hasta ve ailenin eğitimi hemşire tarafından sağlanmalıdır.

Acil hipertansiyon tablosunda hastanın monitorize edilerek kan basıncının izlenmesi, hastanın endişe ve korkularını hafifletmeye yönelik bir yaklaşımda bulunulması ve hastanın kendisini güven içinde hissetmesinin sağlanması gerekmektedir (Turan ve ark. 1999, Black and Matassarini-Jacobs 1993, Akdemir 2003).

KAYNAKLAR

-Yüksek tansiyon hastalığı.
<http://www.ntvmsnbc.com/news/139196.asp>
. 6 Mart 2003. Erişim: 11 Ekim.2003.
-Hipertansiyon
<http://www.genbilim.com/hipertansiyon1.htm>, Erişim:26.08.2004.
- Hipertansiyon nedir?
<http://www.ntvmsnbc.com/news/22041.asp>.
23 Ekim 2003. Erişim:30 Ekim.2003.
- Akdemir N** (2003). Vasküler sistem ve hastalıkları. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No:2, İstanbul.
- Akçiçek F** (2000). Hipertansiyon ve böbrek. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology. Hipertansiyon Özel Sayısı 13(5):346-348.

Akpolat T (1999). Hipertansiyon:temel bilgiler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 16 (ÖS1): 1-10.

Aminoff UB, Kjellgren KI (2001). The nurse –a resource in hypertension care. Journal of Advanced Nursing 35(4): 582-589.

Arık N, Müderrisoğlu H (1996). Hipertansiyon tedavisinde yaygın sorunlar ve ilaç seçimi. İlaç ve Tedavi Dergisi 9(5): E3-E11.

Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği (2003). (European Society of Hypertension-European Society of Cardiology) arteriyel hipertansiyona yaklaşım/tedavi kılavuzu 2003. Kılavuz Komitesi. Journal of Hypertension 2 (özel sayı):1-45.

Berman A, Synder S, Kozier B et al. (2002). Kozier & Erb's Techniques in Clinical Nursing. Fifth Edition, Practice Hall

New Jersey 07458, United States of America:15-44.

Bilir N (1992). Hipertansiyonun toplumsal önemi ve korunma. Hipertansiyon Bülteni 2(4):55-58.

Bilir N, Çöl M, Kumbasar D ve ark. (2003). Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı I- Hipertansiyon. Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara:21-35.

Black JM, Matassarini-Jacobs E (1993). Luckman and Soresen's Medical-Surgical Nursing a Psychophysiology Approach. Fourth Edition. W. B. Saunders Company Philadelphia:1253-1314.

Capriotti T (2003). Pharmacologic implications of the new JNC 7 blood pressure guidelines. Medsurg Nursing 12(5): 325-331.

DeMartinis JE (2001). Client with hypertensive disorders:promoting positive outcomes. In Black JM, Hawks JH, Keene AM eds. Medical-Surgical Nursing. W.B. Saunder Company. Philadelphia:1379-1398.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)/ Uluslar arası Hipertansiyon Derneği (ISH) (2004). 2003 Hipertansiyon tedavi bildirisi. Journal of Hypertension 3(1):5-16.

Ekmekçi A (2001). Hipertansiyon Komplikasyonları Önlenebilir mi? Merck Sharp & Dohme Ltd. Şti., İstanbul.

Elliot HL, Cannell JMC, Mcinnes GT (2001). Hipertansiyon 2000. I. Cilt.Clinical Publishing Services Ltd., İspanya.

Ertürk Ş (2004). Hipertansiyon:tanı ve tedavi yaklaşımı.

http://www.medicine.ankara.edu.tr/dahitip/nefroloji/files/HT_doc, Erişim: 14.01.2004.

Gök H (1996). Klinik Kardiyoloji. I.Baskı,Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Tayf Ofset, İstanbul.

Gulanic M, Kloap A, Galanes S et al. (1998). Nursing Care Plans. Mosby Year Book, Philadelphia.

İlerigelen B (2002). Yüksek Kan Basıncına Son. Sanofi-synthelabo, İstanbul.

Kochar MS (1993). Şişman hastalarda hipertansiyon. Sendrom Dergisi 5(6):8-12.

Komşuoğlu B, Erem C, Çetinarslan B ve ark. (1990). Yaşlılarda hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 18:223-230.

Korkmaz ME (1996). Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik olmayan yöntemler. İlaç ve Tedavi Dergisi 9(6): 347-350.

Korkmaz M (1999). Diüretikler İçindekiler. Nürol Arık, Mehmet Korkmaz, edt. Hipertansiyon. 2. Baskı. Format Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul:143-156.

Matthews KA, Kiefe CI, Lewis CE et al. (2002). Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a bracial cohort of young adults. Hypertension 39: 772-776.

Önder MR, Özerkan F (2002). Hipertansiyon Hastalarının Öğrenmek İstedikleri. ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A. Ş.İstanbul.

Öngen Z (2003). Hipertansiyonun toplumsal önemi. Mercanada Kültür Sanat ve Medikal Haber Dergisi 1(1): 20-21.

Özerkan F (2000). Hipertansiyonun etiyopatogenezi. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Hipertansiyon Özel Sayısı 13(5): 329-332.

Özkan Ş (2004). Evde Bakım "Hastaya Evinde Bakım; Hasta ve Hasta Ailesinin Eğitimi" Süreç. Hemşire Eğitim Bülteni Dergisi 9(58):18-19.

Özmen M (2003). Dahiliye ve Psikiyatri III Hipertansiyon, Anksiyete ve Depresyon. Mas Matbaacılık, İstanbul:7-18.

Polat MH, Caner M, Polat YF (2000). Esansiyel hipertansiyonda dermatogliklik çalışma.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(2):177-183.

Potter PA, Perry AG (1995). Basic Nursing. Third Edition. Mosby Year Book. Philadelphia.

Roper N, Logen WW, Tierney AJ (1990). The Elements of Nursing. Fourth Edition. Churchill Livingstone, Edinburg:128-150.

Rosdall CB, Kowalski MT (2003). Textbook of Basic Nursing. Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Taşocak G (2003). Hasta Eğitimi. İ. Ü. Basın ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.

Turan F, Gençbay M, Sönmez K ve ark. (1999). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Ulusoy MF, Görgülü RS (2001). Hemşirelik Esasları. Cilt I, 5. Baskı. 72 TDFO Ltd. Şti., Ankara:145-180.

World Health Organization (WHO) Report (2002). Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: Switzerland: World Health Organization. <http://www.who.int/whr/2002/en/>