

## YAŞLILIKTA HİPERTANSİYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Yard.Doç. Serap ÜNSAR  
Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

### ÖZET

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak insan ömrü gittikçe uzamaktadır. Son verilere göre 2000 yılında Avrupa nüfusunun %20'sinden fazlasını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde 2000 yılı nüfus sayımına göre 65 yaş ve üzerindeki bireyler toplam nüfusun %5.6'sını oluşturmuştur. Hipertansiyon görülme sıklığı yaşla artan toplumsal bir sağlık sorunudur. Mevcut veriler 65 yaş üstü bireylerde hipertansiyon oranının %50 civarında olduğunu göstermektedir. Yaşlılardaki mortalitenin %50'sinin ve morbiditenin %70'inin hipertansiyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Yaşlılıkta hipertansiyon; izole sistolik hipertansiyon, psödohipertansiyon ve beyaz önlük hipertansiyonu olarak görülmektedir. Hipertansiyon erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül seyreden komplikasyonlara yol açan ciddi bir hastalıktır.

Hipertansif yaşlılarda iyi bir hemşirelik bakımı ile, iyileşme sürecinin kısaltılması, tedaviye uyumun artırılması, yaşam şekli değişikliklerinin sağlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olunabilir. Hipertansif hastalarda başlıca hemşirelik tanıları; tedavi rejimi ve hastalığın kontrol süreci ile ilişkili bilgi eksikliği, reçete edilen tedavinin yan etkileri ile ilişkili olarak tedaviye uyumsuzluk, diüretik kullanımına bağlı sıvı volüm eksikliği ve doku perfüzyonunda değişiklik olarak sıralanabilir. Bakımın temel amacı; hastanın tedavisini, hastalık sürecini anlaması, öz bakım programına katılması ve komplikasyon gelişmesini önlemektir. Bu makalede yaşlılıkta hipertansiyonun önemi, yaşlılarda görülen hipertansiyon türleri ve hipertansiyonlu hastanın hemşirelik bakım planına yer verilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, Hipertansiyon, Hemşirelik bakımı.

### SUMMARY

#### *Hypertension in Elderly and Nursing Care*

Today human life is getting longer by the help of new developments in technology and medicine. 20 % of the European population was 65 years old and older than 65 years by the year 2000. According to last population count in Turkey, 5.6% of the population was 65 years old and older than 65 years in 2000. Hypertension is a community health problem and it's prevalence is increasing with increasing age. According given data, 50 % of the people who are older than 65 years had hypertension. It has been thought that hypertension has responsibility of 50% of mortality and 70 % of morbidity in elderly. Hypertension in elderly is seen as isolated sistolic hypertension, pseudohypertension and white coat hypertension. Hypertension is a severe disease

that could be controlled by early diagnosis but also it could lead to ischemic heart diseases and cerebrovasculer diseases which had fatal complications when diagnosed lately.

A good planning nursing care in elderly hipertensive patients can be helped with shortening convalescence, providing treatment compliance and increasing life quality by providing life style modification. The most common nursing diagnoses are: knowledge deficit related to therapy regimen and disease control process, uncompliance to therapy related to side effects of the prescribed drugs, fluid volume deficit related to diuretic use, changes in tissue perfusion. The main goal of the care is let the patient know the therapy regimen and the disease process, participate the patient to his/her self-care and prevent the complications. In this article; the importance of hypertension in elderly, types of hypertension and nursing care of the hipertensive patient will be discussed.

**Key words:** Elderly, Hypertension, Nursing care

## GİRİŞ

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak insan ömrü gittikçe uzamaktadır. Son verilere göre 2000 yılında Avrupa nüfusunun %20'sinden fazlasını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de yaşlı nüfusu hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Ülkemizde 2000 yılı nüfus sayımına göre 65 yaş ve üzerindeki bireyler toplam nüfusun %5.6'sını oluşturmuştur. Bu oranın 2005 yılında %6.3 olması beklenmektedir. 65 yaş ve üzeri olan geriatric yaş grubunda kronik hastalıkların görülme prevalansı giderek artmaktadır. Hipertansiyon (HT) görülme sıklığı yaşla artan toplumsal bir sağlık sorunudur. Mevcut veriler 65 yaş üstü bireylerde HT oranının %50 civarında olduğunu göstermektedir. Yaşlılardaki mortalitenin %50'sinin ve morbiditenin %70'inin HT'a bağlı olduğu düşünülmektedir. HT erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül seyreden komplikasyonlara yol açan ciddi bir hastalıktır. Hipertansif hastalarda koroner arter hastalığı riski ortalama 2 kat, serebrovasküler olay riski ortalama 3 kat, kalp yetmezliği riski ortalama 3.5 kat artmıştır (Önal ve Tümerdem 2001; Yılmaz ve Korkmaz 2002; Lye ve Donnellan 2000; Akdemir ve Birol 2003)

Hipertansif yaşlılarda iyi bir hemşirelik bakımı ile, iyileşme sürecinin kısaltılması, tedaviye uyumun artırılması, yaşam şekli değişikliklerinin sağlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olunabilir (Woods ve ark., 2000; Tekten 2002; Ünsar ve Yürügen 2000). Bu makalede yaşlılıkta

hipertansiyonun önemi, yaşlılarda görülen hipertansiyon türleri ve hipertansiyonlu hastanın hemşirelik bakım planına yer verilecektir.

## YAŞLILIKTA HİPERTANSİYON

Artan yaşla birlikte organizmada gelişen bazı değişiklikler yüksek kan basıncı için zemin hazırlamaktadır. Yaşlanma ile birlikte kardiyovasküler sistemde meydana gelen bazı değişiklikler Tablo1'de gösterilmiştir. Yaşlılarda HT'un oluşmasında yardımcı olan çeşitli etkenler vardır. Bunlar, anatomik bozukluklar, böbrek bozukluğu, hormonal bozukluklar, baroreseptör duyarlılığının azalmasıdır. Yapılan çalışmalar, HT ile çeşitli epidemiyolojik faktörler arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bunlar değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleridir. Kalıtım, yaş ve cins, ırk değiştirilemeyen; aşırı tuz/alkol tüketimi, obezite, fiziksel inaktivite, stres ve kişilik özellikleri, sigara ve hiperkolesterolemi değiştirilebilir faktörler arasında yer almaktadır. Yaşlılıkta HT; *İzole Sistolik Hipertansiyon, psödohipertansiyon ve Beyaz Önlük Hipertansiyonu* olarak görülmektedir ( Ünsar ve Yürügen 2000; Lewis ve ark., 2000; Smeltzer ve Bare 1999; Özcan 1995).

### Tanısal Özellikler

Kan basıncı en az 5 dakika istirahatten sonra alınmalı, hasta sırtı arkaya dayalı kolu çıplak olarak kalp düzeyinde olacak şekilde sandalyeye oturmalıdır. Hasta, ölçümden önceki 30 dakika içinde sigara içmemiş ve kafein almamış olmalıdır. Uygun ölçülerdeki manşon kolu tamamen sarmalıdır. Ölçümler civalı bir sfigmomanometre ile veya iyi kalibre edilmiş aneroid bir manometre ile alınmalıdır. İlk ölçümden sonra iki veya daha fazla yapılan ölçümlerin ortalaması alınmalı ve kan basıncı ölçümleri arasında en az iki dakika ara olmalıdır. Yapılan ölçümlerde kan basıncı yüksek seyrediyorsa hipertansiyon tanısı konur (Akdemir ve Birol 2003; Erbaşı ve ark., 1999; JNC 1997).

**Tablo1. Yaşlanmaya Bağlı Kardiyovasküler Sistemde Meydana Gelen Bazı Değişiklikler**

<b>Kalp Debisi</b> <i>Beklenen değişiklikler</i> <i>Kalbin kasılma gücünde azalma</i> <i>Yağ ve kollajen doku artışı</i> <i>Kalp kası kitlesinde azalma</i> <i>Ventrikül duvarında incelme</i>	<b>Klinik belirtiler</b> <i>Miyokardın O2 ihtiyacında artma</i> <i>Stroke volüm ve kalp debisi azalır</i> <i>Yorgunluk, solunum yetmezliği, taşikardi</i> <i>Yaşamsal organlar ve periferde kan akımının azalması</i>
<b>Kalp hızı ve ritmi</b> <i>Beklenen değişiklikler</i> <i>Atrial kontraksiyonlara bağlı kalp hızı artar</i> <i>Mitral kapak gerilir</i> <i>Sinüs düğümü pacemaker hücreleri azalır</i>	<b>Klinik belirtiler</b> <i>Stresle artan kalp hızı yavaşlar</i> <i>Maksimum kalp atımı yavaşlar</i> <i>Atrioventriküler blok gelişir</i>
<b>Arteriyal Dolaşım</b> <i>Beklenen değişiklikler</i> <i>Damar elastikiyetinde ve düz kaslarda azalma</i> <i>Damar sertliğinde artma</i> <i>Vasküler dirençte artma</i> <i>Aortanın dilate olması</i>	<b>Klinik belirtiler</b> <i>Sistolik kan basıncında artma</i> <i>Koroner arter hastalıkları ve periferik damar hastalıklarına bağlı belirtiler</i>
<b>Periferik Nabızlar</b> <i>Beklenen değişiklikler</i> <i>Arterlerde sertlik</i>	<b>Klinik belirtiler</b> <i>Zayıf ancak düzenli nabız</i> <i>Periferik dolaşımında yavaşlama</i> <i>El ve ayaklarda soğukluk</i> <i>Cilt kuruması ve pembeliğini kaybetmesi</i>

(Woods ve ark. 2000; Lewis ve ark., 2000; Smeltzer ve Bare 1999; Phipps ve ark., 1995)

### **İzole Sistolik Hipertansiyon**

İzole Sistolik HT, yaşlı insanlar için ilerlemiş yaşın yanında en güçlü kardiyak risk faktördür. İzole sistolik hipertansiyon Sistolik kan basıncının 160 mmHg, Diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nin altında olması olarak tanımlanır. Framingham'ın Çalışma sonuçlarına göre, izole sistolik HT yaşlılarda görülen HT'un %65-75'ini oluşturmaktadır. Yaşlılarda görülen izole sistolik HT; miyokart infarktüsü, sol ventrikül hipertrofisi, felç ve kardiyak ölüm riskini 2-4 kat arttırmaktadır (Roach 2000; Eliopoulos 2001; Özcan 1995; Erbaş ve ark., 1999).

### **Psödohipertansiyon (Yalancı Hipertansiyon)**

Psödohipertansiyon yaşlılarda SKB ölçümünün yüksek çıkma nedenlerinden biridir. Bu fenomen kalsifikasyona bağlı olarak brakial arter aşırı sert olduğunda, yani sfigmomanometre ile baskılanmadığında gözlenir. Bu olasılığı incelemek için manşet SKB'nin üzerine kadar şişirilir ve nabız duyulmayan brakial ve radyal arterler palpe edilir (Osler Manevrası). Eğer

arteriyel nabız duyuluyorsa hastada pseudohipertansiyon mevcuttur. Bu durumda kan basıncını belirlemek için en doğru yol intraarteriyel kan basıncı ölçümüdür. Psödohipertansiyonun prevalansı yaklaşık %5 civarındadır (Woods ve ark., 2000; Roach 2000; Eliopoulos 2000).

### **Beyaz Önlük Hipertansiyonu**

Beyaz önlük hipertansiyonu, hekim ile hastanın aynı fizik ortamda biraraya gelmesi ile kan basıncının yükselmesidir. Beyaz önlük etkisi yaşlılarda gençlere göre daha yaygın ve belirgindir. Mümkünse poliklinik dışında da ölçümler alınmalı veya gerekiyorsa sürekli kan basıncı izlemi yapılmalıdır (Roach 2000; Eliopoulos 2000; Erbaşı ve ark., 1999).

### **TEDAVİ**

Yaşlı hipertansiflerde tedavinin amacı, sistolik ve diyastolik değerlerin 140/90 mmHg 'nın altına indirilmesi; izole sistolik hipertansiyonu olanlarda ise sistolik kan basıncını tolere edebildiği takdirde 140 mmHg'nin altına düşürmek olmalıdır. Yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda antihipertansif tedavinin tüm mortaliteyi %20 oranında azalttığı görülmüştür. Sadece izole sistolik hipertansiyonu olan yaşlıların tedavi edildiği Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) Çalışmasında; 5 yıl süren bir izlemde nonfatal miyokardiyal infarktüsün %33, sol ventrikül yetmezliğinin %54 ve inme insidansının %36 azaldığı görülmüştür. Yaşlı bireylerde HT tedavisi gençlerde olduğu gibi yaşam şekli değişikliklerini içeren ilaçsız tedavi ve ilaçlı tedavi şeklindedir. Arteriyel basıncın bozulmuş barorefleks kontrolü yaşlı hastaları antihipertansif ilaçlara karşı hassas kılar. Bu nedenle yaşlı hastalarda başlangıç dozu genç hastalarda kullanılan dozun yaklaşık yarısı kadar olmalı, doz gerektikçe yavaş yavaş artırılmalı ve ilaçlı tedavinin riskleri düşünülmelidir. Yaşlı bireylerin tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında; diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri, alfa blokerler sayılabilir. Yaşlı bireylerde günde bir defa alınan yavaş salınımlı ilaçlar daha kolay kullanılır, komplike doz şemalarından kaçınılmalıdır (Sağlam 2004; Erbaşı ve ark., 1999; Özerkan 1998; SHEP 1991).

### Yaşam Şekli Değişiklikleri

Yaşam şekli değişiklikleri hipertansiyonun önlenmesinde ve kan basıncının düşürülmesinde etkin olduğu gibi diğer kardiyovasküler risk faktörlerini de düşük bir maliyet ve en az riskle azaltabilir. Ayrıca yaşam şekli değişiklikleri hipertansiyon kontrolünde tek başına yetersiz kalsa bile kullanılacak antihipertansif ilaçların dozunu ve sayısını azaltmış olur. Diyastolik kan basıncı 90-100 mmHg, sistolik kan basıncı 140-160 mmHg olan hastalarda yaşam şekli değişiklikleri başlangıç olarak 3-6 ay uygulanmalıdır.

Bu değişiklikler (Uluslararası hipertansiyon kılavuzlarına göre);

- Az tuzlu (5gr/gün ↓) diyet, doymuş yağ ve kolesterol tüketiminin azaltılması
- Diyette yeterli potasyum, magnezyum ve kalsiyum alımının sağlanması
- İdeal kilonun sağlanması
- Sigara ve alkolün bırakılması
- Engel yoksa fizik aktivite yapılması (haftada en az 3 gün 30-45dk)
- Stresin azaltılması
- Meditasyon, yoga ve biofeedback gibi relaksasyon tekniklerinden faydalanılması (Lye ve Donnellan 2000; Tekten 2002; Ünsar ve Yürügen 2000; Enç ve ark. 2003; Smeltzer ve Bare 1999; Erbaşı ve ark., 1999) Roach 2000; Eliopoulos 2001).

### BAKIM

Hipertansif yaşlılarda iyi bir hemşirelik bakımı ile, iyileşme sürecinin kısaltılması, tedaviye uyumun artırılması, yaşam şekli değişikliklerinin sağlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olunabilir (Akdemir ve Birol 2003; Woods ve ark., 2000). Hipertansif hastanın tanınması aşağıda verilmiştir.

## HT'DA TANILAMA

### Subjektif Değerlendirme

**Özgeçmiş:** Kan basıncını artıran hastalıkların varlığı; kardiyovasküler, serobrovasküler, renal ve tiroid hastalıkları, diyabet, hipofiz bozuklukları; obezite, dislipidemi, menapoz ya da hormon tedavileri.

**İlaçlar:** Herhangi bir ilaç tedavisi, reçete dışı ilaç kullanma durumu, bitkisel ilaçlar, daha önce kullandığı antihipertansif ilaçlar.

### Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

**Sağlığın algılaması- Sağlık Yönetimi:** Ailede hipertansiyon ya da kardiyovasküler hastalık öyküsü, tütün, alkol kullanımı, sedanter (oturgan) hayat tarzı.

**Beslenme-Metabolik Durum:** Tuz ve yağ tüketimi, kilo alma/verme durumu.

**Boşaltım Şekli:** Noktüri.

**Aktivite-Egzersiz Şekli:** Yorgunluk, efor dispnesi, efor anında çarpıntı, göğüs ağrısı, intermitan klodikasyon, kas krampları.

**Bilişsel Algılama Şekli:** Baş dönmesi, bulanık görme, parestezi.

**Cinsellik ve Üreme:** İktidarsızlık.

**Stresle Başetme:** Stresli yaşam olayları.

### Objektif Değerlendirme

**Kardiyovasküler Sistem:** Kan basıncının sürekli 140/90 mmHg'nın üzerinde olması, kan basıncı ve nabızda ortostatik değişiklikler, retina damarlarında değişim, anormal kalp sesleri; yan yatınca yer değiştiren, devamlı, güçlü, apikal nabız; periferik nabızların zayıflaması/alınmaması; karotid, renal, femoral ve iskium bölgesinde morluklar; ödem gelişmesi.

**Kas iskelet sistemi:** Yassı şişmanlık (karın içindeki yağ kitlesinin artmasıyla oluşan şişmanlık), anormal bel-kalça oranı.

**Sinir Sistemi:** Beyinde lokal ödeme bağlı mental durumda değişiklikler.

**Olası Bulgular:** Serum elektrolitlerinde bozulma (özellikle potasyum), BUN, kreatinin, glikoz, kolesterol ve trigliserid düzeylerinde artış; proteinüri, mikroalbüminiüri, EKG'de iskemik kalp hastalığı ve sol ventrikül hipertrofisi

*varlığı, ekokardiyogramda kalpte yapısal değişiklik ve sol ventrikül hipertrofisi varlığı (Lewis ve ark., 2000).*

### **HT'da Hemşirelik Bakımının Temel Amaçları**

1. Kan basıncını normal sınırlarda tutmak,
2. HT'la yaşamayı kabullenmek, tedaviye uyum sağlamak ve öz bakım programına katılmak,
3. Kardiyovasküler hastalık ve inme vb. komplikasyon gelişmesini önlemektir (Akdemir ve Birol 2003; Woods ve ark., 2000; Enç ve ark., 2003; Smeltzer ve Bare 1999; Roach 2000; Eliopoulos 2001).

### **Hipertansif yaşlılarda genel hemşirelik bakım ilkeleri şunlardır:**

- Antihipertansif ilaçların en çok görülen yan etkileri; ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi, yorgunluk, bulantı, kusma, depresyon ve iktidarsızlıktır. Yaşlı hipertansif hastaların tedavisinde hemşire hastayı ilaç yan etkileri yönünden gözlemelidir.

-Hastanın gereksinimlerini karşılamak ve tedavi planını anlaması için ailesi de eğitim programına dahil edilmelidir.

- Tedaviden önce kan basıncı ve kalp hızı kaydedilmelidir, eğer kan basıncı çok düşükse ilaç verilmeyip hekime bildirilmelidir.

-Diüretik tedavileri en çok sıvı elektrolit dengesizliğine (özellikle hipokalemi, hiponatremi) ve dehidratasyona neden olur. Hasta potasyum tutucu diüretik alıyorsa hiperkalemi bulguları (kas güçsüzlüğü, el ve ayaklarda titreme, yavaş ve düzensiz nabız) yönünden gözlenmelidir.

-Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılmalıdır.

- Yaşlılarda ilaçlar düşük dozlarda başlanarak yavaş yavaş artırılmalıdır.

-Düşük doz diüretik tedavisinde daha az yan etki görülür ve yüksek doz kadar etkilidir.



- *Hemşire ACE inhibitörü alan yaşlı hastalarda rutin BUN, kreatinin ve potasyum değerlerini takip etmelidir.*

-Yaşlı bireylerde yaşam şekli değişikliklerinin uygulamasının daha fazla faydaları görülür. Örneğin fiziksel aktivite sadece kan basıncını düşürmez aynı zamanda da kilo verilmesini sağlayarak hareketsizliği önler ve mortaliteyi azaltır.

-Hemşire, hastanın ilaçlarını önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesine gerekli destek ve eğitimi vermelidir (Akdemir ve Birol 2003; Woods ve ark., 2000; Enç ve ark., 2003; Smeltzer ve Bare 1999; Roach 2000; Eliopoulos 2001).

Hipertansif hastalarda başlıca hemşirelik tanıları; tedavi rejimi ve hastalığın kontrol süreci ile ilişkili bilgi eksikliği, reçete edilen tedavinin yan etkileri ile ilişkili olarak tedaviye uyumsuzluk, diüretik kullanımına bağlı sıvı volüm eksikliği ve doku perfüzyonunda değişiklik olarak sıralanabilir. Bunlardan ilk iki hemşirelik tanısına yönelik bakım planı aşağıda verilmiştir (Akdemir ve Birol 2003; Woods ve ark., 2000; Lewis ve ark., 2000; Smeltzer ve Bare 1999; Phipps ve ark., 1995):

*Hemşirelik Tanısı: Tedavi rejimi ve hastalığın kontrol süreci ile ilişkili bilgi eksikliği.*

**Amaç:** Bilgi eksikliğini erken saptamak ve gidermek

### **Girişimler**

1-Bilgi eksikliğine neden olan faktörleri belirlemek ve rapor etmek.

- a.Hastalık hakkında bilgi düzeyi
- b.Öğrenme için duygusal yönden hazır olma
- c.Destek sistemleri
- d.Sağlık inançları

2-Hastalık patolojisi, yaşam şekli değişiklikleri ( diyet alışkanlıkları, kilo kontrolü, alkol, egzersiz, kahve, sigara ve stresle başetme) ve yüksek kan basıncının riskleri hakkında hastayı bilgilendirmek.

3-Hastanın bilgi düzeyi, alışkanlıkları ve deneyimlerine dayanan bireysel eğitim planı geliştirmek.

4-Yaşam şekli değişikliklerini başlatmak

a.Hastanın aktivitelerini, diyet ve ilaçlarını günlük olarak bir hafta boyunca yazmasını sağlamak.

b.Hastanın aktivitelerini, diyetini ve ilaçlarını iki günde bir hatırlatmak.

c.Hastaya kan basıncını ölçmesini ve kan basıncını artıran faktörleri kaydetmesini öğretmek.

d.Yaşam şekli davranışları ile ilgili hastanın inançlarını açığa çıkartmak.

5.İlaçların etkileri ve yan etkilerini hasta ile tartışmak.

a.Seksüel disfonksiyon olasılığını tartışmak.

b.ilaçların yan etkileri hakkında bilgi vermek: baş dönmesi, letarji, ortostatik hipotansiyon.

c. Hipotansiyon gelişirse hastaya uzanmasını öğretmek.

### Değerlendirme

\*Hastanın:

-Hastalık süreci ve nedenleri, hastalığa etki eden faktörleri tanımlayabilmesi,

-Hipertansiyon kontrolüne yönelik prosedürleri tanımlayabilmesi,

-Önerilen veya istenen sağlık davranışlarına aktif olarak katılabilmesi,

-Hastalığı kontrol edememe, yanlış algılama veya yanlış bilgilenmeye bağlı anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi.

\*Kan basıncının normal sınırlarda olması.

**Hemşirelik Tanısı:** *Reçete edilen tedavinin yan etkileri ile ilişkili olarak tedaviye uyumsuzluk.*

**Amaç:** Hasta tarafından kabul edilebilir ve anlaşılabilir bir tedavi planı geliştirmek.

### **Girişimler**

1.Hastanın rahatsızlığını ve tedavisini algılamasını değerlendirmek.

2.Hastanın öz-bakım gücünü değerlendirmek.

a.İlaç kullanımı, diyet, kilo, egzersiz, stres yönetimi, sigara ve alkol kullanmaya yönelik davranışlarını saptamak.

b.Tedavi planını takip etmedeki iyileşmeleri izlemek ve kaydetmek.

3.Hasta ile bir iletişim sistemi kurmak.

a.Telefon, e-posta yolu ve bireysel görüşme.

b.Sürekli kayıt sistemi geliştirmek- hastanın sonuçları, eğitim planı, hasta eğitimi, ilaçların reçete edilmesi, tedaviye bağlılık süreci.

4.Hastanın sağlık gereksinimleri ile ilgili korkularını ifade etmesine olanak sağlamak.

5.Hastaya tedaviyi açıklamak.

a.Tedavinin faydaları, sorunlar veya sıkıntıları tartışmak.

b.Hastanın günlük yaşantısı ile tedavisini birleştirmesine yardımcı olmak (yazılı ilaç, diyet, yaşam şekli değişiklikleri rehberi, düzenli randevu, multimedya ile bilgilenme).

6.Hastanın tedavisi ile ilgili sürekli geribildirim sağlamak ve tedavi planını yeniden güçlendirmek.

7.Tedavi rejimini basitleştirmek.

a.İlaç dozları, yan etkileri ve tedavinin amacına yönelik yazılı talimatlar sağlamak.

b. İlaçların alımını günlük yaşam aktiviteleri (öğün saatleri vb.) ile birlikte planlamak.

c.Bir hekime danışmadan ilaç değişikliği yapılmaması ve ilaç alımının durdurulmamasını belirtmek.

8.Hasta ve ailesinin tedavi ve bakıma aktif katılımını sağlamak.

a.İstenen öz-bakım davranışlarını belirlemek (kan basıncı kontrolüne karar verme, tedavi planını izleme, kan basıncı amacına yönelik gelişmeyi takip etme, kan basıncı kontrolünü engelleyen bariyerleri ortadan kaldırma).

b.Evde kan basıncı ölçmek.

c.Kan basıncını, ilaç şeması, dozları ve yan etkilerini sürekli bir çizelgeye kaydetmek.

d.Yemek seçimi, alışveriş ve yemeklerin hazırlanmasında yardımcı olmak.

9.Değiştirilecek her bir sağlık davranışını hasta ile birlikte planlamak.

### **Değerlendirme**

Hastanın

-Öz-bakım sorumluluklarını üstlenebilmesi,

-Tedaviye uyumunu ve kan basıncını kontrole almayı sağlayacak bireysel sağlık davranışlarını geliştirmesi.

### **SONUÇ**

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla, yaşlılık sorunları ve kronik hastalıklar giderek önem kazanmaktadır. Yaşlılardaki morbidite ve mortalitenin başlıca sebebi kardiyovasküler hastalıklar olup, HT kardiyovasküler hastalıklar içinde önemli bir yer tutmaktadır. Toplumdaki sayıları giderek artan yaşlı nüfus için kapsamlı çalışmalar düzenlenmesine, tedavi ve bakım protokolleri oluşturulmasına gereksinim duyulmaktadır. Yaşlı hipertansiflerin tedaviye uyumunu sağlamak, hastalık süreci hakkında bilgilendirmek, öz bakım aktivitelerini geliştirmek ve HT'a bağlı komplikasyon gelişmesini önlemede hemşireye önemli görevler düşmektedir.

**KAYNAKLAR**

- Akdemir N, Birol L (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayınları No. 2, Ekin Tıbbi Yayıncılık, İstanbul. Ss.471-476.
- Eliopoulos C. (2001) Gerontological Nursing, 5<sup>th</sup> Ed., Lippincott, New York. pp.208-209.
- Enç N, Yiğit Z, Oğuz S ve ark. (2003) Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, Türk kardiyoloji Derneği Yayınları, İstanbul.
- Erbaşı S, Tüfekçioğlu O, Sabah İ. (1999) Yaşlılık ve hipertansiyon, Geriatri 2(2):67-70.
- Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. (2000). Medical-Surgical Nursing, Fift Ed., Mosby, St. Louis, .pp.819-836.
- Lye M, Donnellan C. (2000). Heart disease in the elderly, Heart, 84(5):560-6.
- Önal AE, Tümerdem Y. (2001). Yaşlılıkta hipertansiyon, Türk Geriatri Dergisi, 4:4
- Özerkan F. (1998). Hipertansiyon, Ladin Matbaacılık, İzmir. ss.99-108.
- Özcan N. (1995) Hipertansiyon, İdeal Matbaacılık, Ankara, s.243-262.
- Pupps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK, Lehman MK. (1995) Medical-Surgical Nursing, Mosby, St. Louis. pp.919-929.
- Roach S. (2000) Introductory Gerontological Nursing, Lippincott, Philadelphia. pp.229-230.
- Sağlam K. (2004) Hipertansiyon, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı, Antalya. s.77.
- Smeltzer SC, Bare BG. (1999) Brunner Suddarth's Medical-Surgical Nursing, 9<sup>th</sup> Ed., Lippincott, Philadelphia. pp. 717-727.
- Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). (1991) Prevention of stroke by antihypertensive drug therapy in older persons with isolated systolic hypertension. JAMA 265:3255-64.
- Tekten T. (2002). Hipertansif Hastalarda ilaç dışı tedavi yöntemleri, Türk Kardiyoloji Seminerleri, 2:2.
- The Sixth Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (1997) Arch. Intern. Med. 157:2422.
- Ünsar S., Yürügen B. (2000). Trakya Üniversitesi Hastanesi hipertansiyon (HT) polikliniğine başvuran esansiyel HT'lu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile HT'ları arasındaki ilişkinin saptanması, Hemşire Dergisi, 49:1999/5-6.
- Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. (2000). Cardiac Nursing, Lippincott, Philadelphia. p.787-817.
- Yılmaz MB, Korkmaz Ş. (2002). Yaşlılarda kardiyovasküler hastalıklar:Derleme, T Klin Kardiyoloji, 15:406-415.