

## Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü\*

## The Role of Nurses in Hypertension Management Among Elderly

Merve KOLCU<sup>a</sup>, Ayşe ERGÜN<sup>b</sup>

**ÖZET** Yaşlılarda hipertansiyon, 65 yaşın üstü bireylerde sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın ya da diastolik kan basıncının 90 mmHg'nın üzerinde olması ile tanımlanır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kan basıncı düzeyi de artmaktadır. Yaşlılarda hipertansiyon yönetimi farmakolojik tedavi yanında; kilo yönetimi, diyet, tuz tüketimi, fiziksel aktivite, sigara, alkol tüketimi ve stresle mücadeleyi kapsayan nonfarmakolojik tedavi ile mümkündür. Hipertansiyon yönetimi birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde önemli yer tutmaktadır. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyonun erken dönemde saptanabilmesi ve hastalığın komplikasyonlarının kontrol altına alınmasında hemşirenin aktif olarak yer alacağı hipertansiyon yönetiminin önemi üzerinde durulmuştur. Birinci basamakta çalışan hemşireler hastanın tedavi programına uygun olarak vaka yönetimi şeklinde yaşlı hipertansif hastaları takip edebilir ve yaşlının durumuna uygun bakım planı hazırlayarak uygulayabilir. Bu makalede yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolünün birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, hipertansiyon, hipertansiyon yönetimi, yaşam kalitesi.

**ABSTRACT** Hypertension among elderly is defined as having systolic blood pressure over 140 mmHg or diastolic blood pressure over 90 mmHg at the age of 65 and above. Blood pressure levels rise with increasing age. Besides pharmacological treatment hypertension management in the elderly; weight management, diet, salt intake, physical activity, smoking, alcohol consumption and stress management with covering non-pharmacological treatment is possible. Hypertension management has an important place in primary health care. Many studies have emphasized the importance of hypertension management. Nurses play an active role in it by making early diagnoses of hypertension and getting associated complications under control. Primary health care nurses can monitor elderly hypertensive patients using case management in accordance with the patients' treatment program and can prepare and implement patient care plans. This article is the role of the nurse in the management of hypertension among elderly primary health care aims to examine the scope of services.

**Keywords:** Elderly, hypertension, hypertension management, life quality

## Giriş

Hipertansiyon; antihipertansif ilaç kullanmayanlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olmasıdır. Tanı ölçütleri yaşa göre değişim göstermediğinden yaşlılarda hipertansiyon genel tanımlamayla aynıdır. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2013 Kılavuzu'na göre 65 yaş üstündeki bireylerde hipertansiyon vakalarının üçte ikisini izole sistolik hipertansi-

yon oluşturur. Bu olgularda sistolik kan basıncı  $\geq 140$  mmHg, diastolik kan basıncı ise  $\leq 90$  mmHg'dır. <sup>1-3</sup> Hipertansiyon 65 yaş ve üzeri kişilerin yarısından fazlasında da ciddi bir sağlık sorunudur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kan basıncı düzeyi de artmaktadır. Yapılan geniş çaplı hipertansiyon prevalansı, 60-69 yaş grubunda % 70, 70-79 yaş grubunda % 76, 80 yaş ve üstünde ise % 79.7'ye ulaşmaktadır. <sup>1</sup> İzole sistoli-

Geliş Tarihi/Received:20-04-2016 / Kabul Tarihi/Accepted 09-08-2016

<sup>a</sup> Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı

<sup>b</sup> Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu yazar /correspondence: Öğr. Gör. Merve KOLCU, Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Haydarpaşa Kampüsü, Tıbbiye Caddesi No:49, 34668 Üsküdar/İstanbul, E-mail:

merve.kolcu@marmara.edu.tr

\* Bu araştırma doktora tezinden oluşturulmuştur.

ipertansiyonun tüm yaş gruplarındaki prevalansı % 4.8 iken, bu değer 60-69 yaş grubunda % 12'ye, 70-79 yaş grubunda % 17'ye ve 80 yaş ve üstü grupta ise % 28.6'ya ulaşmaktadır.<sup>1,2</sup>

Hipertansiyon yaşlılarda sık görülen bir sorun olmasının yanı sıra kontrol altına alınmadığında inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, periferik vasküler hastalık ve kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olmakta ve yaşlılara daha fazla zarar vermektedir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve olası komplikasyonlarının hipertansiyonu olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan en büyük nedenlerden biri olarak, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bildirilmiştir. Bu nedenlerle yaşlılarda başarılı hipertansiyon yönetimi son derece hayatidir. Başarılı hipertansiyon yönetimi yaşlı hastanın kendi kan basıncı kontrolünü sağlaması ve izlemesi, önerilen yaşam biçimi değişikliklerini dikkate almasıyla mümkündür.<sup>4-6</sup>

Yaşlı hipertansif bireylerde;

- Hipertansiyon prevalansının yüksek ve komplikasyonlarının ciddi olması,
- Fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma,
- Kendi ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilmede güçlük,
- Yaşam kalitesinde düşme,
- Kendi evinde yalnız yaşama ya da huzurevinde yaşama gibi nedenler birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde hipertansiyon yönetimini zorunlu kılmaktadır.<sup>5,6</sup> Ülkemizde birinci basamak dahil birçok sağlık kuruluşunda hipertansiyon yönetimi istenilen düzeyde değildir.<sup>3,4</sup> Birinci basamak sağlık hizmetleri, 2013 yılından bu yana "Aile Hekimliği" kapsamında verilmektedir.<sup>7</sup> Bu sistemde "aile sağlığı elemanı" başlığı altında hemşire, ebe ve sağlık memurları birlikte tanımlanmıştır. Uluslararası literatürde kronik hastalık yönetiminde hemşirelerin önemli rollerinin olduğu belirtilmekle birlikte aile sağlığı elemanının görev tanımı içerisinde bu görevler tanımlanmamıştır.<sup>7</sup> Hemşireler başarılı hipertansiyon yönetimi için diğer disiplinler ile işbirliği yaparak eğitim, danışmanlık, koordinasyon ve bakım verme gibi birçok rolü gerçekleştirebilirler.<sup>8,9</sup>

Bu makalede yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolünün birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında incelenmesi amaçlanmıştır.

## Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetimi

Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminin amaçları; sistolik ve diastolik kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına düşürmek, hedef organ hasarını durdurmak veya geriletmek, ateroskleroza önlemek, yaşam kalitesini korumaktır. Yaşlılarda antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditede anlamlı olarak azalma sağladığı bildirilmektedir.<sup>1</sup> Kan basıncının kontrol altında olması, koroner arter hastalığını % 27 oranında azaltmaktadır.<sup>5</sup>

Hipertansiyonun erken dönemde saptanabilmesi ve hastalığın komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesi için hemşirenin aktif olarak yer alacağı hipertansiyon yönetimi programları son derece hayatidir. Amaç; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, yaşlı bireyin hastalığına ya da tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Hipertansiyon yönetimi bireyin yaşam tarzında olumlu değişikliklere neden olarak yaşam kalitesini yükseltir.<sup>1,10-12</sup>

Yaşlılarda hipertansiyon yönetimi, nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavileri içermektedir. Birinci basamakta çalışan hemşireler tedavi programına uygun olarak yaşlı hipertansif hastaları takip edebilir ve yaşlının durumuna uygun bakım planı hazırlayarak vaka yönetimi yapabilir. Hemşire hipertansiyon yönetiminin ilk aşaması olan ve nonfarmakolojik yöntemler olarak tanımlanan yaşam biçimi değişiklikleri konusunda eğitim vererek ve sonuçlarını takip ederek hastayı destekleyebilir.<sup>13,14,15</sup>

## Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavi kapsamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ile kan basıncının düşürülmesi, diğer risk faktörleri ile klinik durumların kontrol altına alınması ve antihipertansif ilaç sayısının ve dozunun azaltılması amaçlanmaktadır.<sup>1</sup> Özellikle hafif hipertansiyonlu hastalarda farmakolojik tedaviden önce uygulanması ve tüm farmakolojik tedavi programlarının tamamlayıcısı olması önerilmektedir.<sup>8,9,16</sup> Birinci basamakta çalışan hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında hasta eğitimi, takibi ve desteklenmesinde aktif olarak rol almalıdırlar.

Hipertansiyon yönetiminde yaşam biçimi değişiklikleri kilo yönetimi, diyet, tuz tüketimi, fiziksel aktivite, sigara, alkol tüketimi ve stresle mücadele başlıkları altında incelenmektedir.<sup>10,17,18</sup>

### Kilo Yönetimi

Hipertansif hastaların yaklaşık % 60'ının normal kilolarının çok üzerinde olduğu tahmin edilmekte ve obezite ile hipertansiyon arasında ilişki olduğu bilinmektedir.<sup>11</sup> Hipertansiyonu olmayan bireylerde hipertansiyon gelişmesini önlemek veya hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmek için; normal beden ağırlığının korunması, obezlerde ise normal beden ağırlığına inilmesi gerekir. Fazla kiloların verilmesi kolay olmamakla birlikte, gerçekleştirilebilir ve korunabilirse kan basıncında önemli ölçüde düşme sağlayabilmektedir.<sup>19,20</sup>

İdeal kilolarının üzerindeki tüm hastalar, kalori kısıtlamasını içeren uygun bir diyetle birlikte fiziksel aktivite artırılarak bireysel olarak planlanmış kontrollü bir zayıflama programına alınmalıdır.<sup>21,22</sup> Bu amaçla, birinci basamakta çalışan hemşireler hipertansif hastaların kilo, beden kitle indeksi ve bel çevresini düzenli olarak değerlendirmelidir. Beden kitle indeksi 25 ve/veya üzerinde, bel çevresi kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm ve/veya üzerinde olanlar için diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte uygun diyet ve egzersiz programı oluşturularak bireyleri olumlu davranış değişikliği için motive etmelidir.<sup>9,20</sup>

Literatürde kilo yönetimi ile ilgili çalışmalar başarılı sonuçlar göstermektedir. Cappuccio and Gomez tarafından yapılan çalışmada, ortalama 5.1 kg kilo kaybı ile sistolik kan basıncında ortalama 4.4 mmHg, diastolik kan basıncında ortalama 3.6 mmHg azalma olduğu belirlenmiştir.<sup>13</sup> Ülkemizde hemşireler tarafından yapılan çalışma sonuçları diyetle uyum ve kilo verilmesinin hem sistolik hem de diastolik kan basıncı değerlerini düşürmede etkili olduğunu belirtmektedir.<sup>4,8,9</sup> Çakır tarafından eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hipertansiyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel çalışmada girişim grubunda kilo kaybı ile hem sistolik hem de diastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı azalma olduğu bulunmuştur.<sup>8</sup>

### Diyet

Diyet yaşam biçimi değişikliğinin önemli bir parçasıdır. Vejetaryenlerde kan basıncının düşük olduğu bilinmektedir, vejetaryen diyet verilen hipertansiyon hastalarının sistolik kan basıncında ortalama 5 mmHg düşüş olduğu bildirilmiştir.<sup>24</sup>

Son on yılda, potasyum alımında artış ve Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Yaklaşımı

(Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) kan basıncını düşürücü etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. DASH günlük olarak meyve ve sebzeden zengin, düşük yağlı veya yağdan fakir ürünleri içeren sodyum oranı düşük, potasyum, magnezyum, kalsiyum, fiber ve proteinden zengin bir diyetdir. DASH diyetinin kan basıncı yüksek olmayan bireylerde kan basıncını ortalama 3.5/2.1 mm Hg düşürdüğü saptanmıştır.<sup>25</sup>

ESH/ESC 2013 Hipertansiyon Kılavuzu'na göre hipertansif hastaların haftada iki defa balık tüketmeleri, 300-400 gram/gün meyve-sebze yemeleri önerilmekte olup, yağı alınmış inek sütüne karşın soya sütünün kan basıncını daha iyi düşürdüğü belirlenmiştir.<sup>1</sup>

Literatürde hipertansiyon yönetiminde diyet uygulamasının etkinliğine yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Saks ve arkadaşları hipertansiyon hastalarına DASH diyeti uygulamasına ilişkin verilen eğitim sonunda sistolik kan basıncında 1.3 mmHg'lık düşme olduğunu belirlemiştir.<sup>26</sup> Çakır tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre, hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin sistolik ve diastolik kan basıncı, total kolesterol, LDL kolesterol ile kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranı değerlerinde anlamlı bir azalma sağlandığı belirtilmiştir.<sup>8</sup>

Hemşireler tarafından, diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte gerçekleştirilecek hipertansiyon yönetiminde etkin diyet uygulaması ile yaşlılarda hipertansiyon kontrolü sağlanabilir ve kardiyovasküler hastalıkların gelişme olasılığı azaltılabilir.<sup>8,9</sup> Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler, diyetisyen ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte diyetin hipertansiyondaki önemine yönelik eğitimler vermeli ve verilen eğitimlerin etkinliğini değerlendirmelidir.<sup>1,3</sup>

### Tuz Tüketimi

Epidemiyolojik çalışmalar diyetle tuz alımının kan basıncında artışa ve hipertansiyon prevalansına katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Türk Toplumunda Tuz Tüketilmesi ve Kan Basıncı Çalışmasına göre, her 100 mEq/gün sodyum alımı (yaklaşık 6 gram tuz) sistolik kan basıncında 3.5 mmHg, diastolik kan basıncında da 2.5 mmHg'lık bir artışa neden olduğu belirlenmiştir.<sup>28</sup> Tuz tüketimi günlük miktarı 70 yaş üstündeki bireyler için 1200 mg sodyum olarak önerilmiştir.<sup>27</sup>

Çalışma bulguları tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik verilen eğitimler sonunda sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğunu göstermiştir.<sup>8,9</sup> Saks ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu çalışmada da tuz tüketimi kısıtlaması ile sistolik kan basıncında 2.1 mmHg düşmenin olduğu belirlenmiştir.<sup>26</sup>

Çalışma sonuçları göstermektedir ki hemşireler sağlık eğitimlerinde diyetle tuz alımının kısıtlaması ve bunun yaşam biçimi olarak benimsenmesi üzerinde durmalıdır.<sup>23,28</sup> Ayrıca hipertansif hastaların çoğunun habersiz olduğu içeriğinde büyük miktarda tuz bulunan turşu, konserve ürünler, işlenmiş et, fast-food yiyecekler ve bazı ekmekler gibi gıdalardan uzak durması önerilmelidir.<sup>13,28</sup>

### **Fiziksel Aktivite**

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre % 20-50 daha fazladır.<sup>29</sup> Bu nedenle fiziksel aktivitenin düzenli olarak haftanın çoğu günlerinde yapılması önerilmektedir. Ayrıca düzenli fizik aktivite ile kilo kaybı, stresi kontrol altına alma, HDL-kolesterol düzeyinde artma ve kardiyovasküler hastalık riskinde azalma sağlanabilmektedir.<sup>29-31</sup>

Literatürde hipertansiyon yönetiminde fiziksel aktivitenin etkisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Park ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyonu olan yaşlı bireylere yönelik sağlık eğitimleri ile egzersiz puanının arttığı bulunmuştur.<sup>29</sup> Whelton ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da tempolu yürüyüş gibi aerobik egzersizin sistolik kan basıncını 4 mmHg azalttığı bildirilmiştir.<sup>32</sup>

Yaşlılarda fiziksel aktivite planlaması, diz ve eklem problemleri, düşme korkusu, osteoporoz gibi mevcut diğer sorunlardan dolayı dikkatli yapılmalıdır. Yaşlılar için en uygun ve kontrolünü kendilerinin sağlayabileceği fiziksel aktivite, düzenli yürüyüşlerdir.<sup>29,33</sup> Hemşireler fiziksel aktivite önermeden önce yaşlının fiziksel durumunu değerlendirmelidir. Fiziksel bir engel yok ise haftada 4-7 kez, 30-60 dakika orta şiddette egzersiz yapma konusunda hipertansif hastaları teşvik etmelidir.<sup>9</sup>

### **Sigara**

Sigara içmek önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Ambulatuvar kan basıncının izlendiği çalışmalarda, hem tedavi edilmeyen hi-

pertansif hem de normotansif sigara içicilerinde, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek günlük kan basıncı değerleri gösterilmiştir.<sup>1</sup>

Sigarayı bırakmak inme ve miyokard infarktüsü dahil çok sayıda kardiyovasküler hastalığın önlenmesinde en önemli yaşam tarzı değişikliğidir.<sup>34</sup> Tek başına sigarayı bırakmak kan basıncı düşürmede etkili değildir. Ancak sigarayı bırakan hastaların antihipertansif tedaviden daha fazla yarar sağlayabileceği ve kardiyovasküler riskin azaltılması için gerekli olduğu bildirilmektedir.<sup>25,34</sup>

Hipertansiyon yönetimi ve sigara kullanma ilişkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almakta olup mevcut çalışmalarda sigara içiminin kan basıncında yükselmelere neden olduğu ve sigara kullanan hipertansif bireylerin sigarayı bırakanlar kadar antihipertansif tedaviden fayda sağlayamayacağı belirtilmektedir.<sup>21,34</sup> Çakır tarafından yapılan çalışmada verilen eğitim ile sigara kullanımı azaltılmış ve kan basıncında düşme sağlanmıştır.<sup>8</sup> Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşireler tarafından hipertansif sigara içicilerine sigarayı bırakma konusunda danışmanlık yapılmalı ve davranış değiştirme çabaları desteklenmelidir.<sup>3,34</sup>

### **Alkol Tüketimi**

Hipertansiyon ve alkol tüketimi ilişkisine yönelik ülkemizde yapılan sınırlı sayıda çalışmada, alkol tüketimi ve hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmalarda yaşam alışkanlıklarını değiştirmenin güç olması nedeniyle gelecek çalışmalarda çalışma süresinin uzun tutulması önerilmiştir.<sup>8,9</sup> Bununla birlikte literatürde alkol tüketiminin azaltılmasının (günlük etanol  $\leq 30$  ml) kan basıncı değerlerini düşürdüğü bildirilmiştir.<sup>1,14,23</sup> Dickinson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada alkol alımının azaltılması ile sistolik ve diastolik basınçta hızlı bir düşme olduğu görülmüştür.<sup>14</sup>

Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşireler tarafından hipertansif bireylerin alkol kullanma durumları ile alkol tüketim miktarı ve sıklığı değerlendirilmeli, alkol tüketimi olanlar azaltma ve bırakma konusunda desteklenmelidir.<sup>4,8</sup>

### **Stresle Mücadele**

Kan basıncını düşürmek amacıyla stresle baş etme yöntemleri yıllardır kullanılmakta; meditasyon, yoga, biofeedback, derin solunum, zihinde canlandırma gibi çeşitli yöntemlerin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını geçici olarak düşürdüğü savunulmaktadır. Ancak bu

etkinin uzun süre devam ettiğine ilişkin kanıt gösterilememiştir.<sup>24,35</sup>

Ülkemizde Okan tarafından 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, yaşlıların hipertansiyon kontrolünde en önemli uygulamanın stresin azaltılması görüşünde olduğu saptanmıştır.<sup>36</sup>

Hipertansiyon üzerindeki etkisi kesin olmamakla birlikte stresle baş etme yöntemlerinin yararları göz önünde bulundurulduğunda hemşireler tarafından hipertansif hastaların stresle başa çıkma ve yönetme süreçlerinin değerlendirilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizleri gibi başa çıkma yöntemlerine ilişkin eğitimler düzenlenmesi ve girişimin etkinliğine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.<sup>9,31,35</sup>

### Farmakolojik Tedavi

Yapılan çalışmalar ilaçsız tedavi yöntemlerinin, hipertansiyonun kontrol altına alınması açısından tek başına yetersiz kalsalar bile kan basıncını düşürdüğünü, hastalığın kontrol edilmesi için gereken ilaç sayısını ve günlük alınması gereken miktarını azaltabileceğini göstermektedir. Bu nedenle tüm kılavuzlarda yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin ilk basamağı olarak vurgulanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği ile hedef kan basıncı sağlanamazsa ilaç tedavisi gereklidir.<sup>10,12,37</sup>

Literatürde hipertansiyonda etkin farmakolojik tedaviye yönelik çalışmalar başarılı sonuçlar göstermektedir. Kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda hipertansiyon eğitimleri sonrasında düzenli ilaç kullanımının ve yaşam kalitesini puanlarının arttığı bulunmuştur.<sup>38-42</sup>

Yaşlı hipertansif hastalarda uzun süreli kan basıncı kontrolünü sağlamak için yaşam biçimi değişiklikleri yanında sıklıkla ilaç kullanımı gerekli olabilmektedir.<sup>40-42</sup> Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler tarafından hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaç grupları, ilaç içerik ve etkileşimleri iyi bilinmelidir. Hipertansif hastaların reçete edilmiş ilaçları, diğer ilaç geçmişleri ve tedaviye uyumu değerlendirilmelidir. Hastalar ilacın etkileri konusunda eğitilmeli ve düzenli ilaç kullanımı konusunda desteklenmelidir.<sup>9,41</sup>

### Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

Birçok çalışmada hipertansiyon yönetiminde hemşirenin etkin olduğu kanıtlanmıştır.<sup>43,44</sup> Uluslararası çalışmalar ve klinik uygulamalarda

hemşirenin hipertansiyon yönetimindeki rolleri; değerlendirme, tanılama ve izlem, ilaç yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık ve doğru alışkanlıklar geliştirme, bakımın düzenlenmesi, klinik veya ofisin yönetimi olarak belirtilmiştir. Bu roller doğrultusunda hemşirenin, hipertansif yaşlı hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetimine ilişkin konularda etkili girişimler yaptığını ve yapabileceğini göstermektedir. Hipertansif yaşlı hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sağlık ekibi içinde aktif ve yönlendirici olarak yer alması gerekmektedir.<sup>43,44</sup>

Hemşire yaşlı hipertansif birey ile görüşmelerinde yeni yaşam biçimine uyumunu motivasyonunu değerlendirmeli, hemşirelik tanımlarını belirlemeli ve uygun girişimlerde bulunmalıdır.<sup>43,44</sup> Hipertansiyon yönetiminde, hipertansif bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma, hastalığına ve ilaca uyumu artırmaya yönelik danışmanlık hizmeti verme ve kan basınçlarını kontrol altına almayı kapsayan girişimlerde bulunmalıdır.<sup>8,9,44</sup>

Yaşlı hipertansif bireylerle çalışan hemşireler temel hemşirelik eğitiminin yanı sıra sürekli mesleki gelişime yönelik bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Özellikle hipertansiyon patofizyolojisi, tanı ölçütleri, hastaların değerlendirilmesi ve takibi, yaşam biçimi değişikliklerinin desteklenmesi, bireysel ve çevresel destek, hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişim konularında bilgili olmalıdır.<sup>9,44</sup>

Hemşireler hipertansiyon yönetiminde yaşam biçimi değişikliklerine ilişkin hastanın da dahil olacağı ortak bir plan hazırlamalıdır. Bu plan doğrultusunda hemşireler tarafından hasta beklentilerine cevap verecek eğitimler düzenlenmesi, eğitim etkinliğinin yüz yüze görüşmelerin yanı sıra telefon takipleriyle de izlenmesi, eğitimlere katılım için yaşlı bireylerin teşvik edilmesi gerekmektedir. Rehber ve protokoller doğrultusunda, hemşire liderliğinde diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içerisinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin hipertansiyon yönetimi programları ile hipertansiyon yönetiminde başarı sağlanabilmekte ve kan basıncı kontrol altına alınabilmektedir.<sup>43,44</sup>

### Sonuç

Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı yüksek olup, kontrol altına alınmadığında ciddi komplikasyonlara neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>1,2</sup> Yaşlılarda fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma, kendi evinde yal-

nız kalma veya huzurevinde yaşama gibi nedenler birinci basamakta hipertansiyon yönetimini zorunlu kılmaktadır.<sup>5,6</sup> Ancak birinci basamak ve diğer sağlık kuruluşlarında hipertansiyon yönetimi istenilen düzeyde değildir. Birçok çalışmada hipertansiyon yönetiminde hemşirenin etkin olduğu kanıtlanmıştır. Hemşireler hipertansif yaşlıların belirlenmesi ve vaka yönetiminde önemli rollere sahiptir. Özellikle hipertansiyon yönetiminin ilk aşaması olan nonfarmakolojik yöntemler içinde yer alan kilo yönetimi, tuz tük-

ketimi, diyet, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi, stresle mücadele konularında diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde yaşlı hastalara yönelik girişimlerde bulunabilir.<sup>10,17,18</sup> Ayrıca gerekli durumlarda tedaviye uyumu artırmak için hastayı izleyebilir, komplikasyonlar ve tedavi konusunda eğitimler verebilir. Sonuç olarak, hemşire liderliğinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin programlar ile hipertansiyon yönetiminde başarı sağlanabilir.

### Kaynaklar

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2013; 34(28), 2159-2219.
2. Malhotra R, Angelique C, Malhotral C. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. *Hypertension Research* 2010; 33: 1223-1231.
3. Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, ve ark. Hipertansiyon, Obezite ve Lipit Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2009. p. 931-949.
4. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkcel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50:172-179.
5. Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD. Managing hypertension in the elderly: A common chronic disease with increasing age. *Clinical* 2012; 5(3):253-259.
6. Wu MP, Wu SV, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. *Nursing and Health Sciences* 2012; 14:173-181.
7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013. [Erişim Tarihi: 4 Nisan 2016]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>
8. Çakır H. Hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hipertansiyon yönetimine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 2003.
9. Erciyes Y. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2013.
10. Erdine S, Ecder T, Ayla Ş, Solakoğlu D, Dülger H. Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu, Tedavi Stratejileri: Yaşam Tarzı Değişlikleri. İtalya: Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu; 2007. p. 40-42.
11. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A scientific statement from the Heart Association, Hypertension 2006; 47: 296-308.
12. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García E, Ruitlope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens* 2006; 19: 686-693.
13. Cappuccio FP, Gomez GB. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve İlaçsız Tedavi. Kozan Ö, editör. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti; 2009. p. 383-403.
14. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook SW, et al. Lifestyle intervention raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24: 215-233.
15. Erkoç Balız S. Eskişehir Mahmudiye'de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osman-gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye, 2013.
16. Polat Ü, Kahraman Bayrak B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan

- sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi 2013; 18(4): 213-218.
17. Çubukçu S. Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Türkiye, 2005.
  18. Mergen H, Tavlı T, Öngel K, Mergen Erdoğmuş B, Tavlı V. Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2010; 14(4): 167-172.
  19. Sansoy İ. Türk erişkinlerde beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranları. Onat A, editör. Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Risk Profili ve Kalp Sağlığı. İstanbul: Ohan Matbaacılık Ltd. Şti.; 2000. p. 46-55.
  20. Barbosa AR, Munaretti DB, Coqueiro RS, Borgatto AF. Anthropometric indexes of obesity and hypertension in elderly from Cuba and Barbados. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2011; 15(1): 17-21.
  21. Meiner SE. Overview of Gerontologic Nursing. In: Meiner SE., Lueckenotte AG., St. Louis Missouri, editors. Gerontologic Nursing. 2006. p: 1-19.
  22. Beard K, Bulpitt C, Mascie-Taylor H, O'Malley K, Sever P, Webb S. Management of elderly patients with sustained hypertension. BMJ 1992; 304:412-416.
  23. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2010; 13(4): 278-284.
  24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. Seventh Report of the Joint National Committee (JNC VII) on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003; 42:1206-52.
  25. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK. Counseling On Life Style Factors In Hypertension Care After Training On The Stages Of Change Model. Eur J Cardiovasc Nur 2007; 6(1):46-53.
  26. Saks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. The New England Journal of Medicine 2001; 344(1): 3-10.
  27. Houle S, Padwal R, Poirier L, Tsuyuki RT. The 2014 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) guidelines for pharmacists: An update. Canadian Pharmacists Journal 2014; 147(4):203- 208.
  28. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği SALTurk Çalışması 2008. [Erişim tarihi: 30 Haziran 2016]. Erişim Adresi: [http://www.turkhipertansiyon.org/tuz\\_160608.php](http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_160608.php)
  29. Park YH, Song M, Cho BL, Lim JY, Song W, Kim SH. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. Patient Education and Counseling 2011; 82:133-137.
  30. Kayıhan G, Ersöz G. Hipertansiyon ve egzersiz. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2009; VII (3): 93-101.
  31. Özpancar N. Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 1: 2-11.
  32. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002; 136: 493- 503.
  33. Halimi JM, Giraudeau B, Vol S, Caces E, Nivet H, Tichet J. The risk of hypertension in men: direct and indirect effects of chronic smoking. J Hypertens 2002; 20:187-193.
  34. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. Stress and coronary heart disease psychosocial risk factors. Med J Aust 2003; 178: 272-276.
  35. Okan A. Bolu valiliği yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Türkiye, 2010.
  36. Hansson L, Lindholm H, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Scherstén B, et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish trial in old patients with hypertension-2 study. The Lancet 1999; 354(20): 1751-1756.
  37. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age and Ageing 2010; 1-7.
  38. Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, et al. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication. Nursing Research 2013; 62(4): 269-278.
  39. Şarlı Ş. Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi).

- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, 2011.
40. Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S, Peters T. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Family Practice* 2005; 22: 144-151.
  41. Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, et al. Take control of your blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and education intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counselling* 2007; 70: 338-347.
  42. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2015; 43(4): 402-409.
  43. Düzöz G. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; 22- 26.
  44. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4(12):153-164.