

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BOLU VALİLİĞİ YAŞLI MERKEZİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜSTÜ
KİŞİLERİN HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE EVDE BAKIM
UYGULAMALARI

Ayşegül OKAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır

BOLU

2010

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BOLU VALİLİĞİ YAŞLI MERKEZİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜSTÜ
KİŞİLERİN HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE EVDE BAKIM
UYGULAMALARI

Ayşegül OKAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Ayşegül OKAN tarafından hazırlanan ve 21/09/2010 tarihinde savunulan *“Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı ve Evde Bakım Uygulamaları”* başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

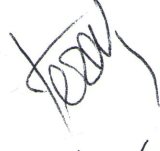
Tez Danışmanı

Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu)



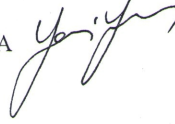
Üye

Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu)



Üye

Yrd.Doç.Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
(AİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu)



Üye

Yrd.Doç.Dr. Nuriye YILDIRIM
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu)



ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu’nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini ve ilgisini eksik etmeyen, sabır ve anlayış gösteren danışman hocam sayın Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a, sevgili aileme, ablam Fatmanur OKAN ve kardeşim Burcu OKAN'a sonsuz teşekkürler.

ÖZET

BOLU VALİLİĞİ YAŞLI MERKEZİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERİN HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE EVDE BAKIM UYGULAMALARI

Araştırma hipertansiyonu olan yaşlıların farkındalıkları ve evde bakım uygulamalarını belirlemek için planlamıştır.

Araştırmanın örneklemini Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı 108 hipertansiyonu olan yaşlı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan soru formu aracılığı ile elde edilmiştir. Veri değerlendirme ve istatistik test (yüzdelik, ki-kare testi, ortalama ve standart sapma, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıların %66.7'sini (n: 72) kadınlar; çoğunluğu (%56.5) 65- 74 yaş grubunda olup, yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün (%62.0) evli olduğu, yarısının ilkokul mezunu (%49.1) olduğu saptanmıştır. Yaşlıların hipertansiyon süresi 6-10 yıl arası (%25) olanların çoğunlukta olduğu, çoğunluğunun hipertansiyon tanılarını semptom sonrası muayeneye gittikleri sırada aldıkları (%38.0), yarısından (%63.0) fazlasının semptom yaşadığı, yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'inin (%22.2) ayda 2-3 kere semptom yaşadığı, tamamına yakınının son 6 ay içinde hipertansiyon hastalığı nedeni ile acile başvurmadığı (%91.7) ve hastaneye yatmadığı (%95.4), yarısına (%46.3) yakınının birinci derece yakınlarında hipertansiyon hastalığı, tamamına yakınının (%85.2) bir kronik hastalığa sahip oldukları, bu hastalıklar içinde en fazla (%23.9) osteoporoz olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Hipertansiyon, Farkındalık, Evde Bakım

ABSTRACT

AGED OVER 65 PEOPLE WHO REGISTERED BOLU GOVERNOSHIP ELDERLY CENTER AWARENESS OF HYPERTENSION AND HOME CARE APPLICATIONS

The research was designed to determine awareness of hypertension and home care applications of older people with hypertension.

108 older with hypertension who registered Bolu Governoship Elderly Center comprise the examples of the research. The data were acquired by scanning the related literature. It was evaluated (percentage, key-square, OneWay ANOVA).

%66.7 of older people are women (n:72), majoring of them (%56.5) are between 65/74 age group, approximately $\frac{3}{4}$ of them (%62.0) are married, half of them are primary school graduate (%49.1).

Older people periods of hypertension between 6-10 years (%25), mostly they felt symptoms (%38.0) and they were diagnosed hypertension, more than half of them feel symptoms (%63.0), approximately $\frac{1}{4}$ of them (%22.2) feel symptoms two or three times in a month, approximately all of them didn't go to hospital (%95.4) and emergency (%91.7) in last 6 months, approximately half of them have first-degree relative with hypertension, approximately all of them have got another chronic disease (%85.2) and in addition to this it has been determined that they have got osteoporosis (%23.9).

Key words: Older, Hypertension, Awareness, Home care

SİMGELER ve KISALTMALAR

1. ABD: Amerika Birleşik Devletleri
2. AKB: Arteriyel Kan Basıncı
3. BOVYAM: Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi
4. DKB: Diastolik Kan Basıncı
5. DM: Diabetes Mellitus
6. DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
7. EFT: Ev Halkı Tespit Fişi
8. HT: Hipertansiyon
9. ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği
10. ISH: İzole Sistolik Hipertansiyon
11. JNC-7: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure
12. KVH: Kardiyovasküler Hastalık
13. PatenT: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
14. SHEP: Systolic Hypertension in the Elderly Program
15. SKB: Sistolik Kan Basıncı
16. SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Yaşlılık ve Yaşlılık Tanımları.....	7
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus	8
2.3 Yaşlılarda Kronik Hastalıklar	11
2.4. Yaşlılarda Hipertansiyon	12
2.4.1. Yaşlılarda Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	12
2.4.2. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması.....	13
2.4.3. Yaşlılarda Hipertansiyon Tanısı.....	15
2.4.4. Yaşlılarda Hipertansiyonda Dikkat Edilecek Özellikler	15
2.4.5. Yaşlılarda Hipertansiyon Semptomları	16
2.4.6. Hipertansiyonun Yaşlılarda Yol Açtığı Komplikasyonlar	17
2.4.7. Yaşlılarda Hipertansiyon Tedavisi	17
2.5. Hipertansiyonu Olan Yaşlının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü	19
2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli	21
2.6.1. Bilişsel Algılama Faktörleri.....	22
2.6.2. Değiştirilebilir Faktörler	24
2.6.3. Davranışsal Faktörler.....	25
3. YÖNTEM ve GEREÇ.....	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	26

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.4. Araştırmanın Evreni	27
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	29
3.8. Tanımlar	29
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.10. Verilerin Toplanması.....	30
3.10.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	30
3.10.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	32
3.10.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	32
3.10.4. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	84
7. KAYNAKLAR	87
EKLER.....	107
Aydınlatılmış Onam Formu	107
Soru Formu.....	108
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	118
Etik Kurul Onayı	122
Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi Koordinatörlüğü'nden Alınan Yazılı İzin.....	123

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n:108).....	34
Tablo 4.2. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri (n:108).....	35
Tablo 4.3. Yaşlıların Hipertansiyon Semptomlarına İlişkin Özellikleri (n:108).....	37
Tablo 4.4. Yaşlıların Birinci Derece Yakınlarında Hipertansiyon Varlığı (n:108)...	38
Tablo 4.5. Yaşlıların Tedavi Gördüğü Başka Bir Hastalığın Varlığı (n:108).....	39
Tablo 4.6. En Son Ölçülen Kan Basıncına İlişkin Yaşlıların Bildikleri (n:108).....	40
Tablo 4.7. Yaşlıların Hipertansiyon Farkındalığı (n:108)	41
Tablo 4.8. Yaşlıların Hipertansiyon Kontrolüne İlişkin Özellikleri (n:108)	43
Tablo 4.9. Yaşlıların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Bilgi Durumu (n:108)	45
Tablo 4.10. Yaşlıların Algıladıkları Sağlık ve Hipertansiyondan Etkilenme Durumları (n:108).....	46
Tablo 4.11. Yaşlıların Hipertansiyona İlişkin Eğitim Alma Durumu (n:108).....	48
Tablo 4.12. Yaşlıların Antihipertansif İlaç Kullanımına İlişkin Özellikler (n:108)..	49
Tablo 4.13. Yaşlıların Yaşam Biçimi Değişikliği Konusunda Eğitim Alma Durumu (n:108).....	50
Tablo 4.14. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Sigara İçme, Alkol Kullanma ve Kahve İçme Durumlarının Dağılımı (n:108).....	51
Tablo 4.15. Hipertansiyonu Olan Yaşlılara Egzersiz Önerilme ve Egzersiz Yapma Durumu (n:108)	52
Tablo 4.16. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Diyetine İlişkin Özellikleri (n:108)	53
Tablo 4.17. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Yemeklerine Tuz Katma Alışkanlıkları (n:108).....	54
Tablo 4.18. Yaşlıların Hipertansiyon Kontrolü İçin Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu(n:108)	55
Tablo 4.19. Yaşlının Tansiyon Ölçtürme Sıklığı ve Yeri (n:108).....	56

Tablo 4.20. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n:108).....	56
Tablo 4.21. Cinsiyete Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması (n:108)	57
Tablo 4.22. Yaş Gruplarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.23. Yaşlının Hipertansiyon Tanısı Alma Şekli ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108).....	59
Tablo 4.24. Yaşlının Tansiyon Yüksekliğini Hissetme Durumları Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)...	60
Tablo 4.25. Farkındalık Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.26. Algılanan Sağlığa Göre Yaşlıların Sağlık Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.27. Hipertansiyonun Sağlıklarını Etkileme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4.28. Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması62	
Tablo 4.29. Antihipertansif İlaç Kullanma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 4.30. Antihipertansif İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.31. Sağlık Biçimi Değişikliği Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması64	
Tablo 4.32. Sigara ve Alkol Kullanma ile Kahve İçme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	65
Tablo 4.33. Egzersiz Önerilme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4.34. Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66

Tablo 4.35. Diyet Önerilme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.36. Diyetine Dikkat Etme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.37. Yemeklerine Tuz Katma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.38. Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.39. Tansiyonunu Ölçtürdüğü Yere Göre Yaşlıların Sağlık Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	69

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak yaşlı nüfus oranının artması, beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçimindeki değişiklikler dünyada ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalık yükünü artırmaktadır. Kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar, erişkin yaş grubunun en önemli sağlık sorunudur (1,2). Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık gelişme riskini arttıran, yüksek arteriyel kan basıncı ile kendini gösteren sistemik bir hastalıktır (3,4,5,6,7). Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem görülme sıklığının hem de yol açtığı komplikasyonlarının çoğunlukla yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kan basıncı kontrol altına alınması en zor grubun yaşlı grup olduğu bildirilmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada yaklaşık bir milyar kişide hipertansiyon olduğunu ve her yıl hipertansiyona bağlı 7 milyon ölüm görüldüğünü bildirmiştir. Dünyada 2000 yılı itibariyle hipertansiyonu olan erişkin nüfusun %26 olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29'a çıkacağı hesaplanmaktadır (9,10). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması verilerine göre, Ülkemizde de hipertansiyonun oldukça sık görüldüğü, her üç kişiden birinde hipertansiyon olduğu, özellikle yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyon prevalansının da arttığı bildirilmektedir (11,12,13,14,15,16,17). Onsekiz yaş üzerindeki erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31 iken, yaşlı nüfusta erkeklerde %67, kadınlarda ise %81 olarak saptanmıştır (11).

Yaşlılarda hipertansiyonun yüksek prevalansta görülmesinin yanı sıra, kontrol altına alınmayan yüksek kan basıncının gençlere göre yaşlılarda inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, periferik vasküler hastalık ve kronik böbrek yetmezliği gibi birçok komplikasyon ile daha fazla zarar vermektedir (9,18,19). Yaşlılarda Sistolik Hipertansiyon Araştırma Programı 1984-1996 yılları arasında Amerika

Birleşik Devletleri'nde 16 merkezde 60 yaş ve üzerindeki 4736 hipertansiyon hastası ile yapılmış, çalışmanın verilerine göre 10 yıllık süre içinde majör bir kardiyovasküler olay görülme riski 25-34 yaş grubunda %1'in altında iken, 65 yaş ve üstü hipertansiyonlu grupta %30'u aşmaktadır (20).

Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve olası komplikasyonların hipertansiyonu olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan en büyük nedenlerden biri olarak, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bildirilmiştir. Çubukcu (2005) hipertansiyon tanısı almış ve özellikle kan basıncı kontrol altında olmayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik oranlarını yüksek bulmuştur (17). Düzöz (2003) hipertansiyon tanısı almış yaşlıların öz-bakım gücü puan ortalamalarını, hipertansiyonu olan gençlere göre daha düşük bulunmuştur (21).

Özellikle yaşlılarda yüksek kan basıncı kontrol altına alınmasının, gençlere göre yararının daha fazla olduğu bildirilmektedir (22). Yüksek kan basıncının kontrol altına alınması gençlerde inmeyi %28, yaşlılarda ise %36 azaltmaktadır. Yaşlılarda antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditede anlamlı olarak azalma sağladığı bildirilmektedir (3). Kan basıncının kontrol altında olması, koroner arter hastalığını %27 oranında azaltmaktadır (20). Gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da hipertansiyon tedavisinde, yaşam biçimi değişikliklerini içeren nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi kullanılmaktadır. Avrupa Hipertansiyon Derneği- Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu Kılavuzu (2007)'unda yaşam biçimi değişikliklerini; kilo verilmesi, alkol alımının kısıtlanması, egzersiz yapılması, tuz tüketiminin kısıtlanması, diyetle yeterli potasyum, magnezyum, kalsiyum alımının sağlanması, sigaranın bırakılması, diyetle meyve ve sebze tüketiminin artırılması, doymuş ve toplam yağ tüketiminin azaltılması olarak sıralamaktadır (3).

Hipertansiyonun farkında olunmaması, kalp hastalıkları ve inme için risk faktörü olarak sayılmamasına karşın; hipertansiyonun farkında olunması tedavi ve kontrole ulaşmada önemli belirleyici olarak tanımlanmaktadır. Sağlık durumunu iyileştirmek isteyen kişinin de mevcut durumunun farkında olması gerekir. Sağlığın

en önemli belirleyicilerinden biri olan kan basıncının kontrolünde de bu durum esastır. Oliver (2004) hipertansiyonu olan kişilerin farkındalık ve hastalıklarına ilişkin bilgileri yeterli bulunsa da, kişilerin içinde bulundukları durumu kapsamlı şekilde kavrayamadıkları ortaya çıkmıştır (23).

Yaşlılarda hipertansiyon prevalansının yüksek, komplikasyonlarının ciddi, tedavisinin kolay olmasına karşın, asemptomatik olması nedeniyle yaşlıların çoğu durumlarının farkında olmayabilir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun kontrol altına alınamaması olarak kişilerin hipertansiyon semptomlarını yaşamamaları nedeniyle sağlığını iyi olarak tanımlaması, durumun ciddiyetinin farkında olmaması, genelde ilaç kullanmayı istememesi, ilaçların yan etkileri ve ilaç yerine geleneksel yöntemleri tercih etmesi olarak sıralanmaktadır (4). Amerika Birleşik Devletleri'nde (2004) 65 yaş ve üzeri yaşlılarda hipertansiyon prevalansı %66 olarak bulunmuştur. Hipertansiyonu olan kişilerin %81'i tanılarının farkında olması, %73'ünün tedavi görmesine karşın, yalnızca %36'sının kan basıncı kontrol altına alınabilmiştir (24). Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması'da 65 yaş ve üzerinde erkeklerin %47'sinin hipertansiyonun farkında olduğu, %41'inin tedavi gördüğü, %18'inin kan basıncı kontrol altında olduğu bulunmuştur. Yaşlı kadınlarda farkındalık oranları %67, farkında olanlarda tedavi görme %59 ve kan basıncı kontrol altında olanlar %10 olarak saptanmıştır (11).

Hipertansiyon tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyonu olan kişilerin tedaviye uyum gösterememeleridir. Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü, hipertansiyon tanısı almış hastaların yarısı, tanıdan sonraki bir yıl içerisinde hipertansiyonla ilgili hizmet almayı bırakmakta; tıbbi izlemi sürdürenlerin ise yalnızca yarısı reçete edilen ilaçları almadığını bildirilmektedir. Özellikle yaşlı grupta hasta-sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakınlarının, bakıcıların bilgilendirilmesinin büyük önem taşıdığını vurgulanmaktadır. İlaç reçete edilirken ve tedavi izlemi yapılırken hastanın sosyokültürel durumu, bilişsel işlevleri, genel sağlık durumu, kullandığı diğer ilaçların mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği bildirilmektedir. İzlenme sıklığı ile ilgili kesin bir süre verilmeyip, yeni tedaviye

başlandıktan sonra ilk üç ay boyunca hastanın yakından izlenmesi eğer herhangi bir sorun yoksa altı ayda bir kontrole çağırılması önerilmektedir (9).

Yaşlı hipertansiyon hastalarının %80'inin kan basıncını kontrol altında tutabilecek durumda olmalarına karşın, %31'inin kan basınçlarını kontrol altında tutabildiği belirtilmektedir (25). Yapılan bir çalışmada, hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumsuz oldukları, kan basıncı kontrolünde yaşam biçimi değişikliklerine inanmadıkları ve uygulamadıkları bulunmuştur (26). Bu nedenle hipertansiyon hastalarının hastalıkları ile etkin baş edebilmeleri için kan basıncı kontrollerini devam ettirme, başarmada kesin kararlı olmayı, antihipertansif tedaviye uyumlu olmayı, kan basıncı hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında sağlık çalışanlarının ev ziyaretleri yapmaları, hipertansiyon için risk oluşturabilecek davranışların ev ortamında değerlendirilmesi, hastalara hipertansiyon komplikasyonları, tedavisi, bakımına ilişkin eğitim verilmesi ve özbakım davranışlarının kazandırılması, hipertansiyon ve komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesi ve hastalığın erken dönemde saptanabilmesinde bireyin sağlık kontrolleri önemlidir. Bu nedenle yaşlıların birinci basamak hizmet veren kurumlarına başvuruları ve kullanımları konusunda bilgilendirilmesinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır (27).

Yaşlıların hastane ortamında uzun süre bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok bedensel, ruhsal ve sosyal sorunların oluşması evde bakım uygulamalarına dikkat çekilmesine yol açmıştır. Evde bakım uygulamaları ile kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaldığı, iş gücü kaybının önlendiği, hastaneye yeniden yatış sayısı ve süresinin azaldığı, tedavi sürecinin hızlandığı, aile ve hastanın işinden ve sosyal yaşamdan kopmadığı, kendi bakım aktivitelerini üstlendikleri ve kısa zamanda bağımsızlık kazandıkları bildirilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlıların büyük çoğunluğu kendi ev ortamlarında kalmayı tercih etmektedir. Tüm bu faktörler yaşlı kişilerin evde bakımını gündeme getirmektedir (28).

Yaşlılıkta evde bakım; bedensel sağlık, ruhsal durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerine olumlu etkileri söz konusudur (29,30). Toplum sağlığı hemşiresi evde bakım uygulamalarının gerçekleşmesinde ve hipertansiyon hastalığının kontrol altına alınmasında önemli bir konuma sahiptir. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyonu olan kişilere hemşirenin verdiği eğitim, sağlık kuruluşunda ve evde düzenli izlem sonrasında hastaların hipertansiyon farkındalıklarının arttığı, ilaç tedavilerine ve hastalıklarına uyum gösterdikleri belirlenmiştir (31,32). Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarına toplum sağlığı hemşireleri tarafından verilen eğitim ve yapılan ziyaretler sonucunda hipertansiyon hastalarının %71'inde normal kan basıncı değerlerine ulaşıldığı bildirilmiştir (33,34).

Pender tarafından 1982-1984 yılları arasında ortaya konan Sağlık Geliştirme Model'inde, istendik davranış değişikliğinin ortaya çıkmasında etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden, sağlığa verilen önem, sağlığın kontrolü, öz-etkililiği algılama, bireye göre sağlığın tanımı, sağlığı geliştirme davranışının yararını algılama, sağlığı geliştirme davranışını engelleyen ve destekleyen faktörlere ilişkin algılar değişime duyarlıdır ve eğitimle geliştirilebilmektedir (35). Sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanan Sağlık Geliştirme Modeli, bireyin sağlığı geliştiren davranışlarını etkileyen -bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Bu modelde sağlığın geliştirilmesinde davranışları etkileyen bileşenler, bilişsel algılama faktörleri, değişebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır (36).

Hemşire yapacağı ev ziyaretleri ve eğitimle birlikte, hipertansiyonu olan yaşlının, kan basıncı kontrolünün önemi, kan basıncının kontrolünde yaşlının sorumlulukları, davranışları ve bu davranışların neler olduğu, kan basıncı kontrolüne etkisi, bu davranışları destekleyen ve engelleyen faktörlerin belirlenmesine katkı sağlayabilir. Bu araştırmadan elde edilen veriler ile yaşlı bakımında sorumlu olan hemşireler, hipertansiyonu olan yaşlılar için evde bakım planı geliştirilebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Teknoloji ve bilim alanındaki gelişmeler, toplumda yaşlı nüfus oranının artması, beslenme ve yaşam biçimindeki değişikliklerle birlikte kronik hastalık yükünü artırmaktadır. Yaşlılarda en sık görülen kronik hastalık olarak hipertansiyon, kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörü, ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olması ve yaşlının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Diğer yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda da hipertansiyonun kontrol altına alınması, hipertansiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonların ve semptomların önlenmesi açısından hipertansiyon tedavisi ve bakımı önemlidir. Hipertansiyonu olan yaşlının önerilen ilaçları düzenli ve istenilen dozlarda kullanması, belli aralıklarla sağlık kuruluşlarına kontrollere gitmesi, düzenli tansiyon ölçümlerinin yapılması, hipertansiyon komplikasyonları açısından taranması, hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için egzersiz ve diyetine uyması hipertansiyonun kontrol altına alınmasında önemlidir.

Bu araştırmada yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzerinde hipertansiyonu olan yaşlıların sosyo-demografik değişkenleri ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri ile farkındalıkları, evde yaptıkları uygulamalar ve sağlık davranışlarının dağılımını kapsamaktadır. Bu araştırmadan elde edilen veriler yaşlı bakımında görev alan hemşirelerin, hipertansiyon olan yaşlıların evde bakım planlarının geliştirilmesinde kullanılabilir. Bu araştırmanın amacı, hipertansiyonu olan yaşlının evde bakım uygulamaları ile sağlık bakım davranışlarının değerlendirilmesi, hipertansiyon farkındalık durumları ve hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlılık Tanımları

Yaşlıların toplam nüfus içerisindeki payının giderek artması günümüzün en dikkat çekici demografik eğilimlerinden birisidir (37). Yüzyılın en önemli olgularından biri; son yıllardaki bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle, önlenabilir hastalık ve ölümlerin azalması, yaşam kalitesinin yükselmesi ile doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması, bununla birlikte tüm dünyada yaşlı nüfus oranının artması ve dünya nüfusunun yaş dağılımının değişmesidir (38). Yaşlılık, insan yaşamının en duyarlı ve kaçınılmaz dönemidir (39). Dünya Sağlık Örgütü Psikogeriatri Bilim Grubunun ‘ geçmiş dönemlere göre fiziksel ve zihinsel yetersizliklerin belirginleştiği’ ve “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımladığı yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak kabul edilmektedir (40, 41).

Biyolojik bir olay olan yaşlanma; döllenme ile başlayan ve hayat boyu devam eden, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği bir süreçtir (42). Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur (43).

Yaşlılık yaşam konusunda kayıpların ve çöküşün görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur (44). Yaşlılık genel anlamda; bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (45,46,47,48).

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan pek çok faktör olduğu için yaşlılık farklı boyutlarda tanımlanabilmektedir. Fizyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kronolojik yaşlılık gibi (49).

Biyolojik yaşlılık: zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir. Yumurtanın döllenmesinden sonra başlayıp yetişkinlik dönemi boyunca devam eden bir olgu olarak tanımlanır (49,50,51).

Fizyolojik yaşlılık: biyolojik yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişikliklerdir. Fiziksel ve zihinsel yaşlılık, insanın bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçmesi anlamına gelmektedir (52).

Psikolojik yaşlılık: bireyin fizyolojik yaşlanmasına bağlı olarak sosyal konumunun ve rollerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Kişinin kendisini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesidir (52).

Sosyal açıdan yaşlılık: bireyin konum ve rollerinin değişmesidir. Topluma, kültüre ve değer yargılarına göre değişebilir (49).

Ekonomik açıdan yaşlılık: bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve çalışma hayatının sona erdiği, emekli olduğu dönem olarak ifade edilmektedir (50).

Kronolojik yaşlılık: doğumdan başlayarak bulunan zamana kadar geçen yılların toplamıdır (53).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Tüm dünya ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 raporuna göre; 1995 yılında 2.8 milyar, 1975 yılında 4.1 milyar olan, 1995 yılında 5.7 milyar, 1997 yılında 5.8 milyar olan dünya nüfusunun, 2025 yılında 8 milyara ulaşacağı ve dünya nüfusunun %10’unun 65 yaş ve üzerinde olacağı, bunların da üçte ikisinin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (54,55).

Dünyada 2005-2050 yılları arasında 65 yaş nüfusun üç kat artacağı ve 477 milyondan 1.4 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu süreçte 65 yaş üzeri nüfusun 185 milyondan 325 milyona çıkarak yaklaşık ikiye katlanması beklenmektedir. Ancak bu ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus tüm dünyadaki 65 yaş üzeri nüfusun %38'ini oluştururken 2050'de %21'ini oluşturacağı tahmin edilmektedir. Az gelişmiş ülkelerde ise 65 yaş üzeri nüfusun 292 milyondan 1.2 milyara çıkarak dört kat artması beklenmektedir. Bu ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus tüm dünyadaki 65 yaş üzeri nüfusun %61'ini oluştururken 2050'de %78'ini oluşturacağı tahmin edilmektedir. Özellikle en az gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzeri nüfusun 25 milyondan 125 milyona çıkarak beş kat artması beklenmektedir. Bu ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus tüm dünyadaki nüfusun %5.2'sini oluştururken 2050'de %8'ini oluşturacaktır. Kısaca 65 yaş üzeri nüfus az gelişmiş ülkelerde özellikle de en az gelişmiş ülkelerde belirgin olarak artacaktır. Gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmında nüfusun yaşlanması uzun yıllar ve birkaç kuşak süren, istikrarlı bir sosyoekonomik büyümeyi takip eden aşamalı bir süreçte gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise süreç, yirmi, otuz yıla sıkışmıştır. Bunun sonucu olarak yaşlı nüfus sayısının ve oranının artışı, özellikle az gelişmiş ülkelerde büyük sorun olmaya adaydır (52).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ise, 65 yaş ve üzeri nüfusun 2030 yılına kadar 65- 69 milyon, 2050 yılında ise 80 milyon olacağı tahmin edilmektedir (56). Yaşlı nüfus tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artmaktadır. Ülkemizde 1990 yılı nüfus sayımına göre 65 yaş ve üzeri nüfus %4.3 iken, 2000 yılında bu oran %5.6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003) verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %6.9'dur (58). Sağlık Bakanlığı'nın (1996) yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında, 65 yaş ve üstü nüfusun 2010 yılında %6.7, 2020 yılında %8.5, 2030 yılında ise %12.1 olacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre dünyada ve Türkiye'de toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri olarak adlandırılan yaşlı nüfus giderek artış göstermekte ve ileri yıllarda da bu sayının daha da çok artacağı düşünülmektedir (59,60). Nüfusun yaşlanması, Türkiye'nin bugüne kadar hiç karşılaşmadığı demografik bir sorundur (52).

Toplumların karşılaştırılabilmesi için 60 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranı yanında, yaşlıların diğer yaş gruplarına oranı ve doğumdan beklenen süre de belirleyici ölçütlerdir. Bu oranlar uluslar arası karşılaştırmalar ve sınıflamalarda kullanılmaktadır.

Dünya toplumları yaş özellikleri açısından dört gruba ayrılmaktadır:

- a. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4'den azdır,
- b. Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
- c. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
- d. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10 üzerindedir

Toplumların yaşlı oranlarının artmasında; teknolojik gelişmeler ve yaşam kalitesinin yükselmesi sonucu tıbbi bakımda kaydedilen gelişmelerin ve doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması da etkilidir.

Doğumda beklenen yaşam süresi; ülkelerin karşılaştırılmasında yaşlı nüfus oranının yanında kullanılan bir diğer göstergedir. Belirli bir yaştaki kişilerin kaç yaşına kadar yaşayabileceğinin tahmini esasına dayanır (60).

Altmış beş yaşına ulaşmış bir bireyin 1900'lerde 11.9 yıl daha yaşaması beklenebilirken, 1960 yılında 65 yaşından sonra beklenen yaşam süresi 14.4 yıla, 1992'de ise 17.5 yıla ulaşmıştır (43). Dünyada doğumdan beklenen yaşam 1950-1955 yılları arasında 46.5 iken, 2000-2005 yılları arasında 66'ya yükselmiştir. Ortalama olarak gelişmekte olan ülkelerde 23.1, gelişmiş ülkelerde 9.4 yıl artmıştır. Genellikle doğumda yaşam beklentisinin kadınlarda, erkeklerden daha fazla olduğu bilinen bir gerçektir. 2000 yılında doğumdan beklenen yaşam kadınlar için 82.1 yaş, erkekler için 76.3 yaştır. Gelecek 50 yılda, doğumdan beklenen yaşam süresinin tüm dünyada 10 yıl artarak 2045-2050 yıllarında 76'ya ulaşacağı düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde 2025 yılında ortalama yaşam beklentisinin kadınlarda 81 yaş, erkeklerde ise 77 yaş olacağı düşünülmektedir (61).

Türkiye’de doğumdan beklenen yaşam süresi 1995-2000 yılları arasında 69.0 yaş iken, 2000-2005 yılları arasında 70.5 yaşa yükselmiştir. 2010-2015 yılları arasında 72.9 yaşa, 2020-2025 yılları arasında 74.9 yaşa, 2045-2050 yılları arasında ise 78.6 yaşa ulaşması beklenmektedir (62).

2.3. Yaşlılarda Kronik Hastalıklar

Toplumun demografik yapısı değiştikçe tümüyle farklı hastalıklar, durumlar ve sosyal yapılar ortaya çıkmaktadır (63). İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlı nüfusa ilişkin sorunlar günümüzde sayı olarak daha fazla önem kazanmıştır (64,65). Yaşlılardaki en önemli sağlık sorunlarından birisinin birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunması olduğu bildirilmektedir (66,67). Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (68).

Yaşlanma fizyolojik bir süreç olmasına karşın, yaşlıların büyük çoğunluğu yaşa bağlı patolojik değişiklikler ve eşlik eden kronik progresif hastalıklara bağlı gelişen fonksiyon kayıpları nedeniyle günlük yaşantılarında bağımlı hale gelirler, bakıma ve desteğe gereksinim duyarlar (69). Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadırlar. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (70,71,72,73). Bununla birlikte kronik hastalığı olanların sağlık düzeylerinin olumsuz yönde değişti ve maliyetleri artıracak bir unsur olarak hizmet taleplerinin artırdığı bildirilmektedir (74,75).

Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %90'ında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir (76). Yaşlılarda sık rastlanan birden fazla kronik hastalık ve sorun ise çok sayıda ilaç kullanımına yol açmaktadır (77,78).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kronik hastalıklar içinde hipertansiyonun önemli bir yeri vardır. Hipertansiyon, tüm dünya ülkelerinde toplum sağlığını en çok tehdit eden hastalıkların başında gelmektedir. Son 20 yıl içinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar hipertansiyonun yaygın ve üzerinde durulması gereken bir hastalık olduğunu göstermektedir (79).

2.4. Yaşlılarda Hipertansiyon

2.4.1 Yaşlılarda Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon; bu gün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın prevalansı ve komplikasyonları nedeniyle bireysel ve halk sağlığı açısından önemli bir sağlık sorunudur (80,81).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 60- 69 yaş grubunun yarısından fazlasının, 70 yaş ve üstünün ise dörtte üçünün hipertansif olduğu ve hipertansiyondan etkilenen yaklaşık 50 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (15). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent) verilerine göre, Ülkemizde hipertansiyonun oldukça yaygın olduğu, her üç kişiden birinin hipertansiyon hastası olduğu bildirilmiştir. Özellikle yaşın artması ile birlikte hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Türkiye'de hipertansiyon prevalansı 18 yaş üzeri erişkin nüfusta %31 olmasına karşın 60 yaş üzeri nüfusta %72 olarak saptanmıştır (11).

Hipertansiyon prevalansı 65 yaş ve üzerinde İzmir'de 69.5, Sivas'ta %60.9, Mersin'de %63.0, Manisa'da %61.8, Balıkesir'de %43.0, Kayseri'de 60 yaş üstünde %54.0 olarak bulunmuştur (81,82,83,84,85).

2.4.2. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması

Yaşlı bireylerde hipertansiyon tanımı, diğer yaş gruplarından farklılık göstermemektedir. Hipertansiyon, arteriyal kan basıncının sürekli olarak yükselmesiyle karakterize bir kalp damar hastalığıdır. JNC-7 raporunun belirlediği ölçütlere göre; SKB 140 mmHg, diyastolik DKB 90 mmHg veya üzerinde bulunması hipertansiyon olarak tanımlanır (86,87,88).

Yapılan çalışmalar, hastaların %92-95'inde esansiyel, %5-6'sında bir hastalığı bağlı gelişen (sekonder) hipertansiyon olduğunu göstermiştir (86,89). Hipertansiyonun tanımlanabilen nedenleri; uyku apnesi, kullanılan ilaçlar, kronik böbrek hastalığı, primer aldosteronizm, renovasküler hastalık, bilinçsiz steroid kullanımı ve cushing sendromu, feokromasitoma, renovasküler hastalık, aort koarktasyonu, tiroid yada paratiroid hastalığıdır (90,91).

JNC-7 raporunda, 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerin kan basıncı düzeyleri Tablo 2.1'de belirtildiği şekilde sınıflandırılmıştır (92).

Tablo 1. 18 Yaş Ve Üzerindeki Erişkinlerin Kan Basıncı Sınıflandırılması

Kan basıncı sınıfı	Kan Basıncı (mmHg)		
	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Sınırdaki (yüksek- normal)	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
Yüksek I	140-159	veya	90-99
Yüksek II	160-179	veya	100-109
Yüksek III	>180	veya	110
İzole sistolik hipertansiyon (sınırdaki)	140-160		<90
İzole sistolik hipertansiyon	≥160		<90

Literatürde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üstü değeri sistolik hipertansiyon, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üstü değeri diyastolik hipertansiyon, her ikisinin de yüksek olması ise karma (sistodiyastolik) hipertansiyon olarak belirtilmiştir (91,92,93). Hipertansiyon sınıflandırılırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir (91). Hipertansiyonun en sık görüldüğü, aynı zamanda hipertansiyon kontrolünün en kötü olduğu yaş geriatric yaş grubudur (94,95).

Yaşlılıkta hipertansiyonun fizyopatolojik etkileri arasında aorta ve büyük damarların sertleşmesi ve kompliansının azalması (96), sistemik vasküler rezistans artışı, baroreseptör reflekslerinin zayıflaması, kardiyovasküler beta reseptör aktivitesinin azalması, plazma volümü azalmasına rağmen renin aktivesinin düşmesi ve çevresel faktörler (diyet, stres, inaktivite, obezite) yer almaktadır (97).

Yaşlılarda genellikle 2 tip hipertansiyon görülür:

a. İzole Sistolik Hipertansiyon (ISH): Yaşlılarda koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, inme, böbrek yetmezliği ve total mortaliteden SKB'nın yüksekliği, DKB'nın yüksek olmasından daha fazla sorumlu olduğu saptanmıştır (20). Yaşlılığa özgü olan İzole Sistolik Hipertansiyon gençlere göre yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Bunun sebebi; 50-60 yaşlarına kadar bireylerde hem sistolik hem de diastolik kan basınçları yaşla birlikte giderek artmaktadır. Oysa 50–60 yaşından sonra sistolik kan basıncı artmaya devam ederken, diastolik kan basıncında kısmi bir düşüş meydana gelir. Elli yaşına kadar SKB ve DKB'nin birlikte artmasının patofizyolojisindeki etmen; periferik muskuler arterlerdeki vasküler dirençtir. Altmış yaşından sonra SKB artarken, DKB'nin artışının durması ve akabinde azalmasının patofizyolojisinde etmen ise büyük damarlarda (torasik aorta ve ana dallarında) sertlik olmasıdır. Yaşla birlikte oluşan sertlik hem SKB'nın artmasına hem de DKB'nın azalmasına sebep olur. Altmış yaş ve üzerindeki hipertansiyonlu kişilerin %65'i, 75 yaş ve üzerindeki hipertansiyonlu kişilerin %75'inde ISH vardır. Framingham çalışmasında yaşlılarda saptanan HT'nun %65-75'i ISH şeklinde

olduğu belirtilmiştir (100). Yaşlılıkta Sistolik Hipertansiyon Programı (SHEP) çalışması verilerine göre ISH, 60-69 yaş grubunda %8, 70-79 yaş grubunda %11 dolaylarında görülürken, 80 yaş ve üzerinde %22'ye çıkmaktadır (20).

b. Orantısız yüksek sistolik kan basıncı hipertansiyon: Hem sistolik, hem de diyastolik kan basıncının yüksek olmasına karşın, sistolik kan basıncındaki yükselme orantısız bir şekilde çok daha fazladır (95,99).

2.4.3. Yaşlılarda Hipertansiyon Tanısı

Tüm yaş gruplarında olduğu gibi, yaşlı bireylerde de hipertansiyon tanısı konulabilmesi için; ilk değerlendirmeden sonra en az 2 veya daha fazla ölçümle hesaplanan ortalama SKB ve/veya DKB'nin belirtilen sınırların üzerinde olması gerekir. Kan basıncı en az 5 dk. istirahatten sonra alınmalı, hasta sırtı arkaya dayalı ve kolu çıplak olarak kalp düzeyinde olacak şekilde sandalyede oturmalıdır. Hasta ölçümden önceki 30 dk. içinde sigara içmemiş ve kafein almamış olmalıdır. Ölçümler tercihen civalı bir Sfingomanometre ile veya iyi kalibre edilmiş aneroid bir manometre ile alınmalıdır. İlk taramadan sonra iki veya daha fazla vizitte yapılan iki veya daha fazla ölçümün ortalaması alınmalı ve ölçümler arasında en az iki dakika ara olmalıdır. Manşon kol için uygun boyutta olmalı ve kolu tamamen sarmalı, basıncı çok hızlı düşürülmemelidir (15).

2.4.4. Yaşlılarda Hipertansiyonda Dikkat Edilecek Özellikler

Psödohipertansiyon: Subklavian arterin aterosklerozuna ve brakial arterin sertliğinin artmasına bağlı olarak manşonun altındaki arter bastırılamaz ve sistolik basınç olduğundan yüksek alınır. Manşon ile brakial arter sıkıştırıldığı halde hala radial arter nabızı palpe edilebiliyorsa (Osler manevrası) yalancı hipertansiyondan şüphelenilebilir (100). Antihipertansif tedavi ile böyle kişilerde hipotansif semptomlar olur. Yalancı hipertansiyon düşünülen kişilerde intraarteriel ölçüm yapmak gerekir. Prevelansı yaklaşık %5 kadardır (101).

Beyaz önlük hipertansiyonu: Beyaz önlük etkisi yaşlılarda gençlere göre daha yaygın ve daha belirgindir. Mümkünse ofis dışında da ölçümler alınmalı veya gerekiyorsa ambulatuvar kan basıncı izlemi yapılmalıdır (102).

Ortostatik hipotansiyon: Ayağa kalkıldığında sistolik kan basıncında 20 mmHg veya daha fazla düşme şeklinde tanımlanan ortostatik hipotansiyon, 65 yaşın üstündeki kişilerde %10-20 oranlarında görülür ve genellikle yaşla baroreseptör refleks cevaplarının azalmasına bağlıdır. Yaşlılarda spontan ya da ilaca bağlı değişiklikleri gözlemek için, ayağa kalkar kalkmaz ve iki dakika içinde tansiyon ölçümleri alınmalıdır (103).

Postprandial hipotansiyon: Yaşlılar yemekten sonra kompensatuvar norepinefrin seviyelerini ve kardiyokselatuvar cevapları sürdüremezler. Yemekten 45-60 dk sonra yaşlıların %36'sında sistolik kan basıncında yaklaşık 20 mmHg azalma olmaktadır. Bu azalma genellikle asemptomaliktir; ancak serebral otoregülasyon da bozulduğu için nadiren de olsa presenkop ve senkopa neden olur (104).

J eğrisi fenomeni: Diastolik kan basıncının aşırı düşürülmesinin, koroner dolaşımdaki diastolik perfüzyon basıncını azaltarak koroner olay riskini artıracak yönünde endişeler olmuştur. J eğrisi ileri yaştaki hipertansiflerde yapılan çalışmalar sırasında plasebo verilen gruplarda da gözlenmiştir (15,95). Bu hipotez daha önce koroner arter hastalığı olan ve nabız basıncı 60 mmHg'dan fazla olan hastaları daha fazla ilgilendirir. Diğer taraftan, kan basıncında daha fazla düşmeyle serebrovasküler hastalıklar ve böbrek hastalıklarında önemli azalma olmaktadır. Mevcut verilere göre, kan basıncındaki düşme değerleri; diastolik basınç için 90 mmHg'nın altında, sistolik basınç için 140 mmHg'nın altında tutulmalıdır (20).

2.4.5. Yaşlılarda Hipertansiyon Semptomları

Hastaların önemli bir kısmında hipertansiyon sinsi bir seyir izler yani hiçbir belirti yoktur. Bu hastalarda hipertansiyon tanısı sadece kan basıncı ölçümü ile mümkündür. Bu nedenle hipertansif olmasa bile tüm hastalar yılda en az 1-2 kez kan

basıncını ölçtürmelidir. Hipertansiyonun başlıca belirtileri baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, burun kanaması, kulaklarda çınlama, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bazen çok sık idrara çıkma, noktüri ve bacaklarda şişliktir. Kan basıncının çok yükseldiği durumlarda çift görme, dilde peltekleme, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilir. Ancak bu belirtilerin hiçbirisi hipertansiyona özgü değildir, başka hastalıklarda da izlenebilir (93).

2.4.6. Hipertansiyonun Yaşlılarda Yol Açtığı Komplikasyonlar

Hipertansiyonun önemi kalp yetmezliği, inme, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (KVH), böbrek yetmezliği ve ölüm için bağımsız ve kuvvetli bir risk faktörü olmasından kaynaklanır. HT ve KVH riski arasındaki ilişki linear, artıcı ve sürekli; kan basıncı artıkça risk de artar. Yaşlılardaki hipertansiyonda ise, kan basıncı değerleri aynı olsa bile, KVH riskinde genç hipertansiflere kıyasla 3-4 kat artış olmaktadır. Yaşlılarda hem kombine HT, hem de ISH, artmış konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı geçici iskemik atak inme ve ölüm insidansı ile seyrederek ve aynı yaştaki normotansiflere göre konjestif kalp yetmezliğini 6 kat, kardiyovasküler mortaliteyi kadınlarda sekiz, erkeklerde iki kat artırır (15,92).

2.4.7. Yaşlılarda Hipertansiyon Tedavisi

Özellikle yaşlılarda yüksek kan basıncı kontrol altına alınmasının, gençlere göre yararı daha fazladır.

Antihipertansif tedavinin amaçları:

- a. Sistolik ve diyastolik kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına düşürmek,
- b. Hedef organ hasarını durdurmak veya geriletmek,
- c. Ateroskleroza önlemek,
- d. Yaşam kalitesini korumaktır (105,106).

Yüksek kan basıncının kontrol altına alınması gençlerde inmeyi %28 oranında azaltırken, yaşlılarda bu oran %36'dır. Yaşlılarda antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditede anlamlı olarak azalma sağladığı

bildirilmektedir (3). Kan basıncının kontrol altında olması, koroner arter hastalığını %27 oranında azaltmaktadır (20).

Gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da hipertansiyon tedavisi, yaşam tarzı değişikliklerini içeren ilaçsız ve ilaçlı tedavi şeklindedir. Tedaviye yaşam tarzı değişikliklerinin benimsetilmesi ile başlanmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri; kilolu iseler kilo verilmesi, alkol ve kafein alımının kısıtlanması, fiziksel aktivitenin artırılması, tuz tüketiminin kısıtlanması, diyetle yeterli potasyum, magnezyum, kalsiyum alımının sağlanması, sigaranın bırakılması, diyetle meyve ve sebze tüketiminin artırılması, doymuş ve toplam yağ tüketiminin azaltılmasıdır (3).

Yapılan çalışmalar ilaçsız tedavi yöntemlerinin, hipertansiyonu kontrol altına alınması açısından tek başına yetersiz kalsalar bile kan basıncını düşürdüğünü, hastalığın kontrol edilmesi için gereken ilaç sayısını ve dozlarını azaltabileceğini göstermektedir (86,107,108,109). Bu nedenle tüm kılavuzlarda yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin ilk basamağı olarak vurgulanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği ile hedef kan basıncı sağlanamazsa ilaç tedavisi gereklidir. Yaşlı hastalarda başlangıç dozu genç hastalarda kullanılan dozun yaklaşık yarısı kadar olmalı, doz, gerektikçe yavaş yavaş artırılmalı ve ilaçlı tedavinin riskleri düşünülmelidir (90). Yaşlı hastalarda ilaç seçiminde; genç hastalarda olduğu gibi hedef organ hasarı, eşlik eden faktörler ve hastalıkları, ilaçların yan etkileri ve doz gibi konular göz önüne alınarak karar verilmelidir. Yaşlı hastalarda ilaca genellikle önerilen dozun yarısı ile başlanmalı, kan basıncı kademeli düşürülmeli ve genç erişkinlere göre ilaç dozu artırımı daha yavaş yapılmalıdır. Yaşlı hipertansiflerde verilen antihipertansif ilaçlar gençlerde olduğu gibi; diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri ve alfa blokerlerdir (90,94,89,107). Yapılan çalışmalar ve tedavi rehberleri birlikte değerlendirildiğinde; eşlik eden başka hastalığı olmayanlarda tedaviye diüretiklerle başlayıp hedef kan basınçlarına ulaşılmazsa, betablokerler veya anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri tedaviye eklenmektedir (41,94,105,110). Yeni bir tedavi başlandıktan sonra ilk üç ay hastanın daha yakından takip edilmesi, eğer sorun yoksa altı ayda bir kontrollere çağırılması uygundur.

2.5. Hipertansiyonu Olan Yaşlının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü

Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN) 1992 yılında ‘Sağlıklı Yaşlanma’ temasını gündeme getirmiştir. Bu bakış açısına göre hemşirelik yaşlı bireyin bağımsızlığını sürdürmesinde yardımcı olma, kendi kendine bakımı destekleme ve yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Hipertansiyonu olan yaşlının bakımdaki ana amaç, yaşlının durumunu daha iyi kontrol etmesini ve hastalığı nedeniyle ortaya çıkan kısıtlamalarının önlenmesini sağlayarak, hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu amaca ulaşıldığında, hipertansiyon ve komplikasyonları olan çoğu birey daha az yardımla ya da yardımsız olarak kendi günlük aktivitelerini yapabilecek duruma gelecektir (110,111,112).

Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında sağlık çalışanlarının ev ziyaretleri yapmaları, hipertansiyon için risk oluşturabilecek davranışların ev ortamında değerlendirilmesi, hastaların hipertansiyon komplikasyonları, tedavisi, bakımına ilişkin eğitim verilmesi ve öz bakım davranışlarının kazandırılması, hipertansiyon ve komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesi ve hastalığın erken dönemde saptanabilmesinde yaşlı bireyin sağlık kontrolleri önemlidir (27).

Hipertansiyonu olan yaşlılarda 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. Ancak JNC-7’de belirtildiği gibi, hipertansiyon tedavisinde gereken başarı sağlanmaması sadece ülkemizde değil, tüm Dünya’da karşılaşılan bir durumdur (92,109).

Başarılı bir hipertansiyon tedavisinin temelinde, sağlık personeli ve hasta arasında iyi bir iletişim kurularak tedaviye uyum ve tedavi stratejilerine ilişkin kararlara hastanın da katılımının sağlanması vardır (90,106,107,109,110,112). Sağlık ekibi içinde hasta bireylerle en çok birlikte olan kişiler hemşirelerdir. Hemşireler,

bireyin hastalıkla baş etmesinde anahtar rol üstlenebilirler. Hipertansiyona yönelik hemşirelik bakımının temel amacı; bireyin hastalığına fiziksel ve mental yönden uyum sağlanmasına yardım etmek ve yaşam kalitesinin en az oranda etkilenmesini sağlamaktır. Bunun için hemşire;

a. Hipertansiyonun tıbbi kontrolünü, yaşının günlük yaşam aktivitelerine getirdiği sınırlamaları ve bunların nasıl kontrol edileceğini, birey ve aileye öz bakım yöntemlerini öğretmeli,

b. Birey ve aileleri, sağlık sisteminde yer alan kaynakları uygun şekilde kullanmaları için yönlendirmeli ve desteklemelidir (113,114,115).

Tedaviye uyumu arttırmanın en iyi yollarından biri eğitimidir. Hipertansiyon eğitimi birkaç yönden ele alınmalıdır. Bunlar; hasta eğitimi, sağlık personelinin hipertansiyonu olan yaşlı ile ilgili eğitimi ve toplum bilinçlenmesidir (20,106,110).

Sağlık personeli hastalara tam ve doğru bilgi verme sorumluluğu taşınmalı ve ekip halinde çalışmalıdır. Sağlık personelinin dikkat etmesi gereken noktalar ise şunlardır;

a. Hastanın hipertansiyonu kabullenmesi söylenmeli, hastalık hakkında bilgisini ve sağlığı ile beklentilerini değerlendirilmeli, tedavi bireyselleştirilmeli ve günlük yaşam şekline uygun hale getirmeli,

b. Tedavi maliyetini en aza indirmeli, tedaviye uyum göstermeyen hastaların sık kontrolü sağlanmalı,

c. Kan basıncı kontrolünün bir bölümü olarak aileyi eğitmeli, karşılıklı yardım ve motivasyonu arttırmak için küçük grup aktiviteleri planlanmalıdır (90,106,111).

Hipertansiyonu olan kişilerin kontrolünde toplum sağlığı hemşireleri önemli bir role sahiptir. Hemşireler hastalar için temel bilgi kaynağı ve rehber kişilerdir. Yapılan bir çalışmada hipertansiyonu olan kişilere toplum sağlığı hemşiresi tarafından verilen eğitimin ve yapılan ziyaretler sonucunda kişilerin %71'inde normal kan basıncına ulaşıldığı bildirilmiştir (33). Hipertansiyon yönetimde hemşirenin rolünü belirlemek için Oakeshott ve arkadaşlarının (116) yaptıkları bir çalışmada hemşirenin kan basıncını düşürmek için yaptığı girişim sonucunda hastaların kan basıncı düzeylerinde düşme olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı

çalışmalarda hipertansif bireylere verilen eğitim, sağlık kuruluşlarında ve evde dzenli izlem sonrasında hastaların ilaç tedavilerine ve hastalıklarına uyum gosterdikleri bildirilmiştir (31,32).

2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli

Günümüzde tüm dünyada sağlık bakım maliyetlerinin artması ve bununla birlikte hastalıkların tedavisinden çok önlenmesinin daha etkili bir strateji olduğunun anlaşılmasıyla birlikte sağlığın korunması ve sürdürölmesi için sağlığın geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam şekline verilen önem gittikçe artmaktadır (117). Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir (118,119,120).

Sağlığı Geliştirme Modeli, 1982-1984 yılları arasında Pender tarafından geliştirilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelik taşıyan ‘Sağlığı Geliştirme Modeli’ Bandura’nın “‘Sosyal Öğrenme Teorisi’”ni temel alınarak oluşturulmuştur. Bu model sağlığı geliştirici unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklayıp tanımlamaktadır. Modelde bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (120,121,122).

Model yapısal olarak sağlık inanç modeline benzemektedir. Bireyin sağlığını geliştiren davranışları etkileyen, bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler; Bilişsel algılama faktörleri, Değiştirilebilir faktörler ve Davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır.

Sağlığı Geliştirme Modeli'nde 'bilişsel algısal faktörler' olarak gösterilen değişkenler; "sağlığa verilen önem", "öz-etkililik ve yeterliliği anlama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama" sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılama'dır (123).

Bilişsel algılama faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulaması üzerinde doğrudan etki yapmaktadır. Modeldeki etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörleri içermektedir (120).

2.6.1. Bilişsel Algılama Faktörleri

Bu faktörler modelin en önemli bölümüdür ve her bir faktör sağlığı geliştiren davranışın yapılması üzerinde doğrudan etkilidir.

Sağlığın önemi: Bireyin sağlığa verdiği önem sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini doğrudan etkilemektedir. Sağlığa verilen önem faktörüne göre birey, sağlık sorunu olduğunu algılamıyorsa, sorun olmadığı kabul edilerek sağlığı geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır (117,124).

Sağlık kontrolünü algılama: Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolünü içsel ve dışsal faktörler şekillendirmektedir. İçsel sağlık kontrolü bireyin sağlığı üzerinde kendi sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (120,121). Bireyin içsel sağlık kontrolü ne kadar yüksekse olumlu sağlık davranışlarına sahip olma ve kazanma düzeyi de o oranda yüksektir.

Dışsal etkiler ise, Güçlü Dışsal Etki ve Şans Etkisi ile açıklanmaktadır. Güçlü dışsal etki, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise bireyin sağlığının kontrolünde şansın, talihin, oluruna bırakılmışlığın düzeyini göstermektedir. Güçlü dışsal etki ve

şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olma yada kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (119,125).

Bireyin inançlarının şekillenmesinde hem bireyin içsel kontrolü, hem de dışsal etkiler rol oynamaktadır. Bununla beraber yüksek sağlık düzeyine sahip bireylerin içsel sağlık kontrolleri yüksektir. Bir çok çalışmada sigara içmememe, araba kullanırken kemer kullanma, aşılama, doğum ve kilo kontrolü gibi olumlu davranışlara sahip bireylerin içsel sağlık düzeyleri yüksek bulunmuştur (125).

Sağlığın tanımı. Bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Eğer birey sağlığı sadece hastalık durumunun olmaması olarak görüyorsa bireyin olumlu sağlık davranışı kazanması güçleşmektedir. Diğer yandan sağlığı yüksek düzeyli iyilik hali olarak görüyorsa bireyin olumlu davranış kazanma düzeyi yüksektir (125).

Sağlık durumunu algılama. Birey sağlık durumunu çok iyi, iyi, kötü, çok kötü olarak algılayabilir. Çeşitli araştırmalarda, sağlık durumunu iyi olarak algılayanların olumlu davranış kazanma düzeyi, ‘Çok iyi’, ‘Kötü’ ve ‘Çok kötü’ algılayanlara göre yüksek bulunmuştur (126,127).

Sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama: İçsel ya da dışsal etkenler sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yada olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin bedensel ve ruhsal özellikleri, motivasyonu, kişisel ve davranışsal özellikleri, sağlık durumu, davranışın yararlarını algılama, değişimi fark etme düzeyi, aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunlar gibi destekleyici çevrelerin varlığı sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde etkilidir (128).

Öz-etkililiği algılama: Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır (121). Pender’in Sağlığı geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Kurumda öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir (120,121).

Öz-etkililik, bireyin sağılığını geliştirmede veya sağılıkla ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Öz-etkililiğın olumlu davranış değışikliğının sürekliliğinde önemli bir payı olduğı bildirilmektedir. Stresin öz-etkililiğın üzerinde olumsuz bir etkisi olduğı ve yeniden sağıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı da görölüştür (119,128).

2.6.2. Değıştirilebilir Faktörler

Demografik faktörler: Yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, eğitim, meslek gibi özellikler sağılığı geliştiren davranışları farklı düzeylerde ve dolaylı olarak etkilemektedir (126,129,130). Örneğın; sosyo- ekonomik statü ve onun alt grupları olan eğitim, gelir ve mesleki durum birbirinden bağımsız olarak etkilemektedir. Bu etkileşim tüm yaşam biçimine yansıyabileceğı gibi tek tek davranışlar şeklinde de olabilmektedir (131,132,133). Bazı araştırmalar, yaş ile sağılığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğı belirtilmektedir (131,133).

Yapılan bir araştırmada, yaş ve medeni durum değışkenlerinin sağıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürölmesinde etkili olduğı belirtilmektedir (134).

Biyolojik özellikler: Pender'in sağılığı geliştirme modeline göre boy, kilo gibi biyolojik özellikler bireyin sağılık davranışlarını etkilemektedir (130). Biyolojik özellikler arasında bireyin vücut ağırlığının sağılık davranışını etkilediğı belirtilmektedir. Vücut ağırlığı ile egzersiz programlarına katılım arasında negatif bir korelasyon olduğı gösterilmiştir (119).

Kişilerarası etkileşim: Aile, arkadaş, sağılık görevlileri, akrabalarla olumlu etkileşimin, bireyin olumlu sağılık davranışı kazanma düzeyini etkilediğı bildirilmektedir (119). Örneğın; sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki

sürekliliğinde, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür (131).

Yapısal faktörler: Bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir.

2.6.3. Davranışsal Faktörler

Bireyin bilişsel ve psikomotor beceri düzeyinin davranış kazanmada etkin olduğu bildirilmektedir (119). Sosyal bilişsel modele göre bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını desteklemektedir (135).

3. YÖNTEM ve GEREÇ

3.1. Araştırmanın Şekli

Kesitsel tipteki bu araştırma, Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı hipertansiyon tanısı almış yaşlılarda hipertansiyon farkındalığı ile hipertansiyon tedavi ve bakıma yönelik evde yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Hipertansiyonu olan yaşlıların bazı sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyon hastalıklarına ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Yaşlıların hipertansiyon farkındalık oranları nedir?
- 4 Yaşlıların hipertansiyon tedavi ve bakımına yönelik evde yaptıkları uygulamalar nelerdir?
- 5.Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına göre evde yaptıkları bakım uygulamaları nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bolu ilinin yüzölçümü 80301 ve toplam hane sayısı 64.441'dir. Bolu İlinin Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) 2004 kayıtlarına göre toplam nüfusu 251.580 olup nüfusunun 140.829'unu kent nüfusu ve 110.751'ini kır nüfusu oluşturmaktadır. Toplam nüfusun %26,8'i il merkezinde ikamet etmektedir. Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan sağlık ocaklarına bağlı mahalle ve köylerin listesi ve nüfusu verilerine göre (2005), Bolu il merkezindeki nüfus 93 343 kişidir. Bolu il merkezindeki yedi sağlık ocağına bağlı bölgelerde ikamet eden 65 yaş ve üstü nüfus ise 5712 kişi olarak bildirilmektedir.

Türkiye'de nüfusun giderek yaşlanması, yaşlıya yönelik hizmetlerin planlanması ve örgütlenmesini gerektirmektedir. Giderek artış gösteren yaşlı nüfusun Bolu'yu da etkileyebileceği görüşünden yola çıkılarak Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi (BOVYAM) 7 Ocak 2008 tarihinde pilot proje olarak Karaçayır Aile Sağlığı Merkezi birinci katında hizmet vermeye başlamıştır. Bu merkezin amacı, kamu hizmeti kapsamında evlerinde ya da kendi ortamlarında yaşayan, sağlık ve sosyal yardım ihtiyacı olan yaşlıları saptamak, bakım ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, izlemek, koordinasyonu sağlamak ve denetlemektir. Bu merkezde muhtarlıklar aracılığıyla ve adrese dayalı olarak hemşireler tarafından evlere gidilmiş; ayrıntılı bir kayıt formu kullanılarak bölgedeki tüm yaşlılar kendi ortamlarında sosyo-demografik özellikleri, sağlık ve sosyal sorunları, yardıma ve yardımcıya gereksinim düzeyleri ile birlikte bugüne kadar 240 yaşlı kaydedilmiştir.

Yaşlı merkezindeki ekip; hekim, akademisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve gönüllülerden oluşmaktadır. Bu ekip, diğer kurumlarla eşgüdümlü çalışmaktadır. Bu merkezdeki görevliler, yaşlıları yılda en az dört kez ziyaret etmekte; yaşlıyı izlemekte; hasta ise bakım ve tedavisi açısından sorunlarını saptamakta; sorunun çözümü için gerekli kişi ya/ya da kurumlara yönlendirmektedir. Yaşlılara evde bakım hizmetlerini yürütmenin yanı sıra, gerekirse hastane ve toplum hizmetlerinin birbirleriyle bağlantısını sağlayacak uygulamalar da yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi (BOVYAM)'ne kayıtlı (Haziran 2009) 289 yaşlı olup, dosyaların incelenmesi sonucu 187 yaşlının hipertansiyon tanısı aldığı ve tedavi gördüğü belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evreni, aynı zamanda örnekleme de oluşturmaktadır. Bolu Valiliği Yaşlı merkezine kayıtlı 289 yaşlı olup, dosyaların incelenmesi sonucunda 187 yaşlıda (%64,7) hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Araştırmada, 23 yaşlının il ve ülke dışında olduğu, 21 yaşlının adresine üç farklı zaman da gidildiği halde evde bulanamadığı için, sekiz yaşlının verilen adresinde başkaları oturduğu, sekiz yaşlının başka bölgeye taşındığı, beş yaşlının iletişimi engelleyecek bir hastalığı olduğu, beş yaşlının görüşmek istemediği, iki yaşlının sağlık raporunda hipertansiyon tanısı olmadığı ve üç yaşlı öldüğü için 108 yaşlı araştırma kapsamında yer almıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü hipertansiyonu olan yaşlılarla sınırlıdır. Yaşlılarda soruları yanıtlamasını ve iletişimi engelleyecek demans, psikoz gibi sorunların olmaması; en az altı aydır hipertansiyonu olması ya da antihipertansif ilaç kullanıyor olması ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemesi, araştırmanın sınırlılıkları oluşturmaktadır. Hipertansiyonu olan yaşlıların bilgilerine Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi hemşire kayıtlarından ulaşılmıştır. Araştırmacı yaşlıların evine giderek, kendini tanıtmış, araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Araştırma verilerinin doğruluğu amacıyla, araştırmacı yaşlıların sağlık karne veya raporlarında hipertansiyon tanısını kontrol etmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri, hipertansiyonu olan 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların hipertansiyon farkındalığı, kişilerin hipertansiyon tedavi ve bakımlarına yönelik evde yaptıkları uygulamalar ve sağlık davranışları oluşturmaktadır.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri 65 yaş ve üzerindeki kişilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kaç kişi ile birlikte yaşadığı, yaşadığı kişilerin kimler olduğu, gelir-gider durumu, çalışma durumları), hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri (hipertansiyon süresi, hipertansiyon semptomlarına ilişkin özellikleri, hipertansiyonla ilişkili olarak acile başvurma/hastaneye yatma özellikleri, en son ölçülen kan basıncına ilişkin özellikler, birinci derece yakınlarında hipertansiyon varlığı) olarak belirlenmiştir.

3.8. Tanımlar

Yaşlı: Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşlı “65 yaş ve üzerinde olan, fizyolojik bir süreç olan yaşlanma sonucunda kişinin bedensel ve ruhsal güçlerini kaybettiği dönemdir. Araştırmaya katılan yaşlıların Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı, hipertansiyonu olan yaşlılar oluşturmaktadır.

Hipertansiyon: Arteriyel kan basıncının normal kabul edilen sınırların üstüne çıkmasına sistemik arteriyel hipertansiyon, sistemik hipertansiyon veya hipertansiyon (HT) denir (Özcan N. 1995). Araştırmaya katılan yaşlıların en az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış olması ve ilaç kullanıyor olması gerekmektedir.

Farkındalık: Hipertansiyonu olan yaşlıların daha önce bir sağlık çalışanı tarafından hipertansiyonun varlığının söylenmesi olarak tanımlanmıştır (Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2008).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma evren ve örneklemini, Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzerindeki yaşlılar oluşturması nedeniyle Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi Koordinatörlüğü’nden, yazılı izin alınmıştır. Bolu İli Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmacı yaşlılara kendisini tanıtarak, araştırmanın amacı konusunda bilgi verecek ve yaşlılara ait bilgilerin ve isimlerin açıklanmayacağını belirterek ‘Aydınlatılmış Onay Formunu’ imzalamaları istenmiştir.

3.10. Verilerin Toplanması

3.10.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplamak için araştırmacı tarafından literatur taranarak hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Soru formu üç bölümden ve toplam 72 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde: yaşlıların bazı sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kaç kişi ile birlikte yaşadığı, yaşadığı kişilerin kimler olduğu, gelir göre gider durumu ve çalışma durumları); ikinci bölümde: hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikler (hipertansiyon süresi, hipertansiyon semptomlarına ilişkin özellikler, hipertansiyonla ilişkili olarak acile başvurma/hastaneye yatma özellikleri, en son ölçülen kan basıncı özellikleri, birinci derece yakınlarında hipertansiyon varlığı) ve farkındalık soruları (farkında olma; doktor yada hemşire tarafından hipertansiyonunun olduğunun söylenmesi), hipertansiyonu tanımlayabilme, doktor/hemşire tarafından olması gereken kan basıncı değerlerini söyleyebilme, hipertansiyon kontrolüne ilişkin özellikler, hipertansiyon hastalığına ilişkin görüşleri) ve üçüncü bölümde: yaşlıların hipertansiyon tedavi ve bakımına yönelik evde yaptıkları uygulamalar (algılakları sağlık, hipertansiyonun sağlığını etkileme durumu, hipertansiyon eğitimi, antihipertansif ilaç kullanmaya, sigara, alkol, kahve alışkanlığı, egzersiz, diyet, sağlık kuruluşuna başvurma, kan basıncı ölçtürme vb) yer almaktadır. İkinci bölüm de yer alan 14, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 36, 37, 38 ve 39 numaralı sorular yaşlıların hipertansiyon farkındalığını ölçen sorulardır.

Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği

Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği 1987 yılında Pender, Walker, Sechrist tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Ölçek Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir (130). Ölçek Türkiye’de 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (136).

Ölçek toplam olarak 48 maddeden oluşmuştur. Altı alt grubu vardır. Alt grupları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

Kendini gerçekleştirme alt grubu: Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu alt grubu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Egzersiz alt grubu: Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Besleme alt grubu: Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Kişilerarası destek: Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi: Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4 likert tipi ölçek üzerine yapılır. ‘Hiçbir zaman yanıtı için ‘ 1, ‘Bazen’ yanıtı için 2, ‘Sık sık’ yanıtı için 3, ‘Düzenli olarak ‘ yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192’dir. Kendini gerçekleştirme alt grubu için en düşük puan 13, en yüksek puan 52’dir. Sağlık sorumluluğu alt grubu için en düşük puan 10, en yüksek puan 40’dır. Egzersiz alt grubu için en düşük puan 5, en yüksek puan 20’dir. Beslenme alt grubu için en düşük puan 6, en yüksek puan 24’tür. Kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grupları için en düşük puan 7, en yüksek puan 28’tir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda belirtilmiştir. Kendini Gerçekleştirme: (13 madde) 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Maddeler; Sağlık Sorumluluğu: (10 madde) 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler; Egzersiz: (5 madde) 4, 13, 22, 30, 38. maddeler; Beslenme: (6 madde) 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler; Kişilerarası Destek: (7 madde) 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.

maddeler; Stres Yönetimi: (7 madde) 6, 14, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: (48 madde) 1’den 48’e kadar. Ölçeğin uygulanması 8-10 dakika sürmektedir. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile okunup, işaretlenmiştir.

3.10.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulanması

Literatür taraması sonucunda hazırlanan soru formu ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” örneklemden basit rastgele yöntemle seçilen 5 yaşlı ile görüşülerek ön uygulama yapılmış, gerekli ön uygulamalar sonrasında gerekli düzeltmeler yapılarak araştırma verilerinin toplanması aşamasına geçilmiştir.

3.10.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmacı tarafından Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi’ne kayıtlı yaşlıların evlerine gidilerek, yazılı onayları alınarak, yüz yüze görüşme tekniğiyle gerekli veriler Ocak- Mayıs 2010 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.10.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bir bilgisayar programına girilerek istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır. Niteliksel özellikler yüzdeler, dağılımların karşılaştırılmasında “Ki-kare testi”, sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, iki grubun ortalamalarını karşılaştırılarda “t testi” ve ikiden fazla grup ortalamalarını karşılaştırmada ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları araştırmanın alt problemlerine göre gruplandırılmış ve sunulmuştur.

4.1. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Bazı Sosyo- Demografik Özellikleri

Bu alt bölümde hipertansiyonu olan yaşlıların cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, sağlık güvencesi varlığı, sağlık hizmetlerinden faydalanma, evde kaç kişi ile birlikte yaşadığı ve yaşayan kişilerin kimler olduğu, gelirine göre gider durumu, çalışma durumu gibi tanımlayıcı özellikler yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri
(n:108)**

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	72	66.7
Erkek	36	33.3
Yaş Grupları		
65- 74	61	56.5
75-84	36	33.3
85 ve üstü	11	10.2
Medeni Durum		
Evli	67	62.0
Dul/ Bekar	41	38.0
Öğrenim Durumu		
Okur yazar	18	16.7
Okur yazar değil	28	25.9
İlkokul	53	49.1
Ortaokul ve üstü	9	8.3
Sağlık Güvencesi		
Var	107	99.1
Yok	1	0.9
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma		
Evet	107	99.1
Hayır	1	0.9
Evde Birlikte Yaşadığı Kişi		
Yalnız	13	12.0
Bir kişi ile	54	50.0
İki kişi ile	15	14.0
Üç kişi ve daha fazla	26	24.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler (n:55)		
Eşi ile birlikte	45	47.3
Ailesi (eşi, çocukları)	50	52.7
Gelirine Göre Gideri Durumu		
Yeterli	38	35.2
Yetersiz	67	62.0
Bilmiyorum	3	2.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	2	1.9
Çalışmıyor	106	98.1
Toplam	108	100.0

Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri için Tablo 4.1'e bakıldığında; yaşlıların %66.7'sini (n:72) kadınlar oluşturmakta; çoğunluğu (%56.5) 65- 74 yaş grubunda olup, yaklaşık ¾'ünün (%62.0) evli olduğu, yarısının ilkokul mezunu (%49.1) olduğu saptanmıştır. Yaşlıların tamamına yakınının (%99.1) sağlık güvencesi olduğu ve tamamının (%99.1) sağlık hizmetlerinden faydalanabildiği, yaşlıların yarısının (%50.0) evde yaşadıkları kişi sayısının bir kişi ve ailesi (eşi, çocukları) ile yaşadığı (%52.7), yaşlıların yarısından (%62.0) fazlasının gelir durumlarını yetersiz buldukları ve tamamına (98.1) yakınının çalışmadığı belirlenmiştir.

4.2. Yaşlıların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özellikleri

Bu alt başlıkta; hipertansiyon süresi, hipertansiyon tanısını ilk nasıl aldığı, hipertansiyon semptomlarına ilişkin özellikler, son 6 ay içinde hastaneye yatma/acile başvurma durumları, birinci derece akrabalarda hipertansiyon varlığı, diğer kronik hastalıkların varlığı ve en son ölçülen kan basıncına ilişkin dağılımlar yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Hastalıklarına İlişkin Bazı Özellikleri (n:108)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Hipertansiyon Süresi		
≤5yıl	24	22.2
6-10 yıl	27	25.0
11-15yıl	16	14.8
16-20 yıl	23	21.3
21 yıl ve üzeri	17	15.7
Hipertansiyon Tanısı		
Rutin Kontrol Sırasında	31	28.7
Acilde	32	29.6
Rastlantı Sonucu	4	3.7
Semptom Sonrası Muayene	41	38.0
Toplam	108	100.0

Yaşlıların hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri için Tablo 4.2'ye bakıldığında; hipertansiyon süresi 6-10 yıl arası (%25) olanların çoğunlukta olduğu, bu değeri sırasıyla 5 yıl ve daha az süre (%22.2) ve 16-20 yıl (%21.3) arası hipertansiyon hastalığı olanlar izlemekte, yaşlıların çoğunluğunun hipertansiyon tanılarını semptom sonrası muayeneye gittikleri sırada aldıkları (%38.0) belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Yaşlıların Hipertansiyon Semptomlarına İlişkin Özellikleri (n:108)

	Sayı	%
Tansiyon Yüksekliğini Hissetme		
Evet	68	63.0
Hayır	40	37.0
Son Bir Ay İçinde Hissedilen Tansiyon Yüksekliği (n:68)		
Hiç olmadı	17	15.7
Her gün	8	7.4
Bir kere	15	13.9
2-3 kere	24	22.2
10-15 kere	4	3.7
Tansiyon Yükseldiğinde Hissedilenler (n:68)		
Ense/baş ağrısı	16	23.6
Kulak çınlaması	4	6.0
Yürümede bozukluk-denge kaybı	7	10.4
Göz kararması	5	4.6
Baş Dönmesi	4	7.4
Birden çok yakınma	32	47.1
Tansiyon Yükseldiğinde Yapılan Uygulamalar (n:68)*		
İlaç içme	22	32.4
İstirahat etme	14	20.6
Limonlu su içme	18	26.5
Sarımsak yeme/yutma	6	8.9
Yoğurt yeme- ayran içme	2	2.9
Soğuk bez ile masaj yapma	2	2.9
Maden suyu içme	1	1.4
Şekerli su içme	1	1.4
Acile başvurma	1	1.4
Sirke içme	1	1.4
Son 6 Ay İçinde Acile Başvurma		
Evet	9	8.3
Hayır	99	91.7
Son 6 Ay İçinde Hastaneye Yatma		
Evet	5	4.6
Hayır	103	95.4
Toplam	108	100.0

* (Birden fazla cevap verilmiştir).

Yaşlıların hipertansiyon semptomlarına ilişkin özelliklerini incelemek için Tablo 4.3'e bakıldığında; yarısından (%63.0) fazlasının semptom yaşadığı, yaklaşık ¼'ünün (%22.2) ayda 2-3 kere semptom yaşadığı, en çok hissedilen semptomun ense-baş ağrısı (%23.6) olduğu ve yaşlıların % 47.1'inin birden çok yakınma hissettiği, yaşlıların bu durumda en fazla yaptıkları uygulamanın ilaç içmek (%32.4) olduğu, tamamına yakınının (%91.7) son 6 ay içinde hipertansiyon nedeni ile acile başvurmadığı ve hastaneye yatmadığı (%95.4) belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Yaşlıların Birinci Derece Yakınlarında Hipertansiyon Varlığı (n:108)

Hipertansiyon Varlığı	Sayı	%
Var	50	46.3
Yok	36	33.3
Bilmiyorum	22	20.4
Toplam	108	100.0

Yaşlıların birinci derece yakınlarında hipertansiyon varlığına ilişkin özelliklerini incelemek için Tablo 4.4'e bakıldığında; yaşlıların yarısına (%46.3) yakınının birinci derece yakınlarında hipertansiyon hastalığı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Yaşlıların Tedavi Gördüğü Başka Bir Hastalığın Varlığı (n:108)

Kronik Hastalık	Sayı	%
Başka Kronik Hastalığı		
Var	92	85.2
Yok	16	14.8
Diğer Kronik Hastalıklar (n:155)*		
Osteoporoz	37	23.9
DM	21	14.0
Kalp Hastalığı	32	20.0
Felç	6	3.9
Kolesterol yüksekliği	15	10.0
Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları	8	5.2
Psikolojik rahatsızlıkları	6	4.0
Diğer	30	19.0
Toplam	108	100.0

Yaşlıların başka bir kronik hastalığının olup olmadığına ilişkin dağılımları Tablo 4.5'te incelendiğinde; tamamına yakınının (%85.2) hipertansiyonun yanı sıra en az bir kronik hastalığa sahip oldukları, bu hastalıklar içinde en fazla (%23.9) osteoporoz, sırasıyla kalp hastalığı (%20.0), DM (%14.0) ve kolesterol yüksekliği (%10.0) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. En Son Ölçülen Kan Basıncına İlişkin Yaşlıların Bildikleri (n:108)

Kan Basıncı Özellikleri	Sayı	%
En Son Ölçülen Kan Basıncını Bilme		
Evet	70	64.8
Hayır	38	35.2
En Son Ölçülen Kan Basıncı (n:70)		
90/60 mm/Hg ve daha düşük	1	1.4
90/60 ve 140/90 mm/Hg aralığında	38	54.3
140/90 mm/Hg daha yüksek	31	44.3
Kan Basıncı Düzeyi Yorumu(n:70)		
Düşük	4	5.8
Normal	49	70.0
Yüksek	17	24.2
Kan Basıncı Yorumu (n:70)		
Doğru	54	77.1
Yanlış	16	22.9
Toplam	108	100.0

Yaşlıların, en son ölçülen kan basıncına ilişkin özelliklerini incelemek için Tablo 4.6'ya bakıldığında; %64.8'inin en son ölçülen kan basıncını bildiği, %54.3'ünün en son ölçülen kan basıncının 90/60 ve 140/90 mm/Hg aralığında ifade ettiği, %70.0'inin kan basıncını normal sınırlarda yorumladığı ve %77.1'inin kan basıncını doğru olarak yorumladığı saptanmıştır.

4.3. Yaşlıların Hipertansiyon Farkındalık Oranları

Bu başlık altında hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyon farkındalığı ve hipertansiyonu tanımlayabilme, kan basıncı değerlerini söyleyebilme, hipertansiyon hastalığının kontrolüne ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Tablo 4.7. Yaşlıların Hipertansiyon Farkındalığı (n:108)

	Sayı	%
Hipertansiyon Farkındalığı		
Farkında	104	96.3
Farkında değil	4	3.7
Hipertansiyonu Tanımlayabilme		
Evet	57	52.8
Hayır	51	47.2
Hipertansiyon Tanımı (n:57)*		
Semptom tanımı	22	38.6
Artıran durumların Tanımı	13	22.9
KB sürekli yüksek olması	6	10.6
Kan dolaşımının yüksek olması	2	3.5
Kalbin çok çalışması	1	1.7
Kan dolaşımının durması	1	1.7
Tehlikeli bir hastalık	2	3.5
Tansiyon yüksekliği	2	3.5
Hayatı mahveden bir hastalık	3	5.2
Aniden oluşan bir hastalık	1	1.7
Neden olduğu hastalıklar	3	5.2
Kötü bir hastalık	1	1.7
Doktor/ Hemşirenin Hipertansiyon Tanımı		
Evet	40	37.0
Hayır	34	31.5
Bilmiyor	34	31.5
Doktor/ Hemşirenin Sistolik Kan Basıncı Tanımı (n:40)		
140 mm/Hg'nın üzeri	4	10.0
140 mm/Hg	4	10.0
140 mm/Hg'nın altında	32	80.0
Doktor/ Hemşirenin Diastolik Kan Basıncı Tanımı (n:40)		
90 mm/Hg	2	5.0
90 mm/Hg'nın altında	38	95.0
Toplam	108	100.0

* (Birden fazla cevap verilmiştir).

Yaşlıların farkındalık ve hipertansiyon hastalığına ilişkin görüşleri incelenmek için, Tablo 4.7'ye bakıldığında; tamamına yakınının (%96.3) farkında oldukları, yarısının (52.8) hipertansiyonu tanımlayabileceği ve çoğunluğunun (%38.6) hipertansiyonu semptom olarak tanımladığı saptanmıştır. Yaşlıların %37.0'sine doktor ya da hemşire tarafından hipertansiyonun tanımlandığı, çoğunluğunun (%80.0) sistolik kan basıncı için 140 mmHg'nın altında, diastolik kan basıncı için (%95.0) 90 mmHg altında olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.8. Yaşlıların Hipertansiyon Kontrolüne İlişkin Özellikleri (n:108)

Hipertansiyon Kontrolü	Sayı	%
Hipertansiyon Kontrolü Tanımı Bilmiyor		
Yaşam biçimi değişiklikleri	57	52.8
Artıran durumlar	40	37.0
Semptom olmaması	2	1.9
Kan basıncının normal olması	5	4.6
	4	3.7
Hipertansiyon Kontrolü İçin Doktor/Hemşirenin Önerileri		
Oldu	37	34.3
Olmadı	71	65.7
Doktor/Hemşirenin Hipertansiyon Kontrolü Önerileri (n:126)*		
Diyet	41	32.5
Egzersiz	15	11.9
Tuz Alımının Kısıtlanması	40	31.8
Alkol Alımının Kısıtlanması	2	1.6
Sigaranın Bırakılması	3	2.4
Stresin Azaltılması	17	13.5
İlaç	8	6.3
Hastalığını Kontrol Altına Alabilme Durumu		
Evet	81	75.0
Hayır	17	15.7
Bilmiyor	10	9.3
Hipertansiyonu Kontrolü için Uygulamaları (n:132)*		
Diyet	34	25.7
Egzersiz	23	17.4
Tuz alımının kısıtlanması	17	12.8
Stresin azaltılması	32	24.3
İlaç	17	12.8
Kilo kontrolü	6	4.5
Düzenli tansiyon ölçümü	1	0.8
Şeker yememesi	1	0.8
Yorgun olmamak	1	0.8
Hipertansiyonu Kontrolü için Uygulamaların En Önemlisi (n:81)*		
Stresin azaltılması	28	34.6
Diyet	15	18.6
Egzersiz	14	17.3
Tuz Alımının Kısıtlanması	11	13.5
İlaç	11	13.5
Kilo Kontrolü	1	1.2
Tansiyon ölçümü	1	1.2
Toplam	108	100.0

* (Birden fazla cevap verilmiştir).

Yaşlıların hipertansiyon kontrolüne ilişkin görüşlerini incelemek için Tablo 4.8'e bakıldığında; yarısının (%52.8) hipertansiyon kontrolünü tanımlayamadığı, tanımlayanların çoğununda (%37.0) hipertansiyon kontrolünü yaşam biçimi değişikliği olarak tanımladığı, yaşlıların çoğunluğuna (%65.7) hipertansiyon kontrolü için doktor ya da hemşire tarafından uygulama önerildiği, en fazla önerilen uygulamanın diyet (%32.5) olduğu, yaşlıların $\frac{3}{4}$ 'ünün (%75.3) hipertansiyon kontrolünü kişinin kendisini yapabileceğini, bunun içinde en fazla (%25.7) diyetle uyulması, en önemli uygulamanın ise stresin azaltılması (%34.6) görüşünde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Yaşlıların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Bilgi Durumu (n:108)

Bilgi Durumu	Sayı	%
Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Düşüncesi		
Kötü bir hastalık	34	31.5
Bilmiyorum	17	15.7
Semptom Tarifi	16	14.8
Korkunç bir hastalık	8	7.4
İnsanın dengesi bozan bir hastalık	6	5.6
Başka hastalıklara neden olan bir hastalık	6	5.6
Tehlikeli bir hastalık	5	4.6
Ölümcül bir hastalık	4	3.7
Beni çok zorlamıyor	4	3.7
Süründürücü bir hastalık	3	2.8
Acayip bir hastalık	1	0.9
Vücudun hastalığından oluşan bir hast	1	0.9
Çevreden etkilenen bir hastalık	1	0.9
Zor bir hastalık	1	0.9
Anında her şeyi yapabilir	1	0.9
Hipertansiyon Yaşam Boyu Süren Bir Hastalık		
Evet	74	68.5
Hayır	9	8.3
Bilmiyorum	25	23.2
Hipertansiyon Başka Hastalıklara Neden Olur		
Evet	63	58.3
Hayır	11	10.2
Bilmiyorum	34	31.5
Hipertansiyonun Neden Olduğu Hastalıklar (n:90)*		
Felç	40	44.7
Kalp hastalığı	20	22.2
Beyin Kanaması	10	11.1
Ölüm	6	6.6
Böbrek Hastalığı	5	5.5
Psikolojik Rahatsızlıklar	2	2.2
Unutkanlık	1	1.1
Kanser	1	1.1
Damar Rahatsızlıkları	4	4.4
Göz	1	1.1
Toplam	108	100.0

* (Birden fazla cevap verilmiştir).

Yaşlıların, hipertansiyon hastalığına ilişkin görüşlerini incelemek için Tablo 4.9'a bakıldığında; %31.5'i hipertansiyonu kötü bir hastalık olarak, çoğunluğu (%68.5) ömür boyu süren, yarıdan fazlası başka hastalıklara neden olan (%58.3) ve en çok da felç (%44.7) yapan hastalık olarak tanımlamışlardır.

4.4 Yaşlıların Hipertansiyon Tedavi ve Bakımına Yönelik Yaptıkları Uygulamalar

Bu bölümde; yaşlıların evde yaptıkları bakım uygulamaları (algıladıkları sağlık, sağlıklarının hipertansiyondan etkilenme durumu, hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alma, antihipertansif ilaç kullanımına, sağlık biçimi değişikliği konusunda eğitim alma, sigara içme, alkol kullanma ve kahve içme, diyet, egzersiz, hipertansiyon kontrolü için sağlık kuruluşuna başvurma ve tansiyon ölçtürme vb.) yer almaktadır.

Tablo 4.10. Yaşlıların Algıladıkları Sağlık ve Hipertansiyondan Etkilenme Durumları (n:108)

	Sayı	%
Algılanan Sağlık		
İyi	63	58.3
Orta	21	19.5
Kötü	24	22.2
Hipertansiyonun Sağlığını Etkileme Durumu		
Evet	53	49.1
Hayır	55	50.9
Hipertansiyon Sağlığını Etkileme Biçimi (n:53)		
Semptomlarla ilişkili	48	90.5
Ölüm Kaygısı	2	3.8
İlaçlarla ilişkili	1	1.9
Tansiyon Yüksekliği	1	1.9
İstedikini yiyip-içememe	1	1.9
Toplam	108	100.0

Yaşlıların, algıladıkları sağlık incelendiğinde (Tablo 4.10); yarıdan fazlasının (%58.3) sağlıklarını iyi olarak algıladıkları, %50.9'unun hipertansiyonun sağlıklarını etkilemediği, bu değere yakın bir değerde %49.1'inin hipertansiyonun sağlıklarını etkilediği ve en çok da (%90.5) hipertansiyon semptomlarının sağlıklarını etkilediği saptanmıştır.

Tablo 4.11. Yaşlıların Hipertansiyona İlişkin Eğitim Alma Durumu (n:108)

	Sayı	%
Eğitim Alma Durumu		
Evet	35	32.4
Hayır	73	67.6
Eğitim Alınan Konular (n:59)*		
Tuz alımının kısıtlanması	16	27.3
Diyet	18	30.6
İlaçlar	9	15.2
Egzersiz	8	13.6
Kilo kontrolü	1	1.6
Stresin azaltılması	5	8.5
Düzenli tansiyon ölçümü	1	1.6
Düzenli kontrollerin yapılması	1	1.6
Eğitim Aldığı Kişi (n:35)		
Doktor	26	74.3
Hemşire	9	25.7
Eğitimin Yeterli Bulma (n:35)		
Yeterli	21	60.0
Yeterli değil	8	22.9
Bilmiyor	6	17.1
Toplam	108	100.0

* (Birden çok cevap verilmiştir).

Yaşlıların hipertansiyona ilişkin eğitim alma durumlarını incelemek için Tablo 4.11'e bakıldığında; yaşlıların %67.6'nın hipertansiyonla ilişkili olarak eğitim almadıkları, eğitim alınan konulardan ise en fazla diyet (%30.6) konusunda eğitim alındığı, en çok eğitimi doktorun (%74.3) verdiği ve %60 oranında eğitimin yeterli bulunduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.12. Yaşlıların Antihipertansif İlaç Kullanımına İlişkin Özellikler
(n:108)**

	Sayı	%
Antihipertansif İlaç		
Kullanıyor	103	95.4
Kullanmıyor	5	4.6
Antihipertansif İlaçlarını Düzenli Kullanmak		
Önemli	89	82.4
Önemli değil	19	17.6
Antihipertansif İlaçların Adını		
Biliyor	17	15.7
Bilmiyor	91	84.3
Kullandığı Antihipertansif İlacın Grubu		
Bir Grup İlaç	53	49.5
İki Grup İlaç	41	37.6
Üç Grup İlaç	12	11.1
Dört Grup İlaç	2	1.8
Kullandığı Antihipertansif İlaçlar (n:173)*		
Beta Bloker	29	17.3
ACE inhibitörü	33	19.0
Anjiotensin II reseptör antogonisti	33	19.0
Kalsiyum Kanal Blokeri	28	16.1
Diüretik	36	20.8
Vazodilatör	5	2.6
Adrenerjik Reseptör Antogonisti	9	5.2
İlacı Sürekli Kullanma		
Kullanıyor	87	80.6
Kullanmıyor	21	19.4
İlacını Sürekli Kullanmama Nedeni (n:21)*		
Sadece tansiyonu yükselince kullanıyor	10	47.6
Tansiyonunu çok düşürdüğü için kullanmıyor	5	23.8
Yan etkileri nedeniyle kullanmıyor	4	19.0
Almayı unuttuğu için kullanmıyor	1	4.8
Fazla ilaç kullanmak istemediği için kullanmıyor	1	4.8
İlacı Bırakma Durumu		
Bırakmış	40	37.0
Bırakmamış	68	63.0
İlacı Bırakma Nedeni (n:40)		
Kendi isteği ile	29	72.5
Doktor isteği ile	5	12.5
Almayı unuttuğu için	4	10.0
Bittiğinde alınmadığı için	2	5.0
Toplam	108	100.0

* (Birden fazla cevap verilmiştir).

Yaşlıların hipertansiyon tedavisinde ilaç kullanmaya ilişkin özelliklerini incelemek için Tablo 4.12'ye bakıldığında; yaklaşık tamamına (%95.4) yakının hipertansiyon tedavisinde ilaç kullandığı, % 82.4'ünün hipertansiyon ilacını düzenli kullanmak önemli ifadesine katıldığı, %84.3'ünün kullandığı ilacın adını bilmediği, hipertansiyon tedavisinde yarısına yakınının (%49.5) bir grup ilaç kullandığı, en çok diüretik grubu (%20.8) ilaçların kullanıldığı, yaşlıların %80.6'sının sürekli kullandıkları, ilacını sürekli kullanmama nedeni olarak en fazla (%47.6) ilacını sadece tansiyon yüksekliğinde kullanmaları, yaşlıların yarısından fazlasının (%63.0) hipertansiyon ilacını bırakmadığı, bırakanların ise çoğunluğunun (%72.5) kendi isteği ile antihipertansif ilacı bıraktıkları saptanmıştır.

Tablo 4.13. Yaşlıların Yaşam Biçimi Değişikliği Konusunda Eğitim Alma Durumu (n:108)

	Sayı	%
Eğitim Alma		
Evet	48	44.4
Hayır	56	51.9
Bilmiyor	4	3.7
Yaşam Biçimini Değiştirme		
Evet	39	36.1
Hayır	68	63.0
Bilmiyor	1	0.9
Yaşam Biçimi Değişiklikleri (n:39)		
Tuzsuz Yeme	19	48.7
Tuzsuz yeme- diyet	6	15.4
Diyet	5	12.8
Egzersiz	4	10.2
Tuzsuz yeme- egzersiz	3	7.7
Diyet-egzersiz	1	2.6
Stresin azaltılması	1	2.6
Toplam	108	100.0

Yaşlıların yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim alma durumları incelenmek için Tablo 4.13'e bakıldığında; yarısının (% 51.9) yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim almadığı, yarısından fazlasının (%63.0) yaşam biçimini değiştirmedeği, değiştirenlerin ise en çok (%48.7) tuzsuz yemeğe başladıkları saptanmıştır.

Tablo 4.14. Yaşlıların Sigara, Alkol Kullanma ve Kahve İçme Durumlarının Dağılımı (n:108)

	Sayı	%
Sigara İçme Alışkanlığı		
Hiç içmemiş	74	68.5
Bırakmış	22	20.4
Halen içiyor	12	11.1
Alkol Kullanma Alışkanlığı		
Hiç kullanmamış	93	86.1
Bırakmış	15	13.9
Kahve İçme		
Evet	42	38.9
Hayır	66	61.1
Kahve İçme Sıklığı (n:42)		
Ara-sıra	35	83.3
Her gün	7	16.7
Toplam	108	100.0

Yaşlıların sigara içme, alkol kullanma ve kahve içme alışkanlıklarını değerlendirmek için Tablo 4.14'e bakıldığında; %68.5'inin hiç sigara içmediği, %86.1'inin hiç alkol kullanmadığı, %61.1'inin kahve içmediği, kahve içen yaşlıların % 83.3'ünün ara-sıra kahve içme alışkanlığında olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.15. Yaşlılara Egzersiz Önerilme ve
Egzersiz Yapma Durumu (n:108)**

	Sayı	%
Egzersiz Önerilme		
Evet	47	43.5
Hayır	61	56.5
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	40	37.0
Hayır	68	63.0
Yapılan Egzersiz (n:40)		
Yürüyüş	39	97.5
Basit beden hareketler	1	2.5
Egzersiz Yapma Sıklığı (n:40)		
Ara sıra/aklına geldikçe	3	7.5
Haftada 1	2	5.0
Haftada 2-3 kez	8	20.0
Her gün	27	67.5
Toplam	108	100.0

Yaşlıların egzersiz yapma alışkanlığına (Tablo 4.15) bakıldığında; yarıdan fazlasına (%56.5) doktor ya da hemşire tarafından egzersiz önerilmediği, yaşlıların %63.0'ünün egzersiz yapmadıkları, yaşlılar tarafından en fazla yapılan egzersizin yürüyüş (%97.5) olduğu ve %67.5'inin her gün egzersiz yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 4.16. Yaşlıların Diyetine İlişkin Özellikleri (n:108)

	Sayı	%
Diyet Önersi Alma		
Evet	60	55.6
Hayır	48	44.4
Diyetine Dikkat		
Ediyor	52	48.1
Etmiyor	56	51.9
Diyetinde Dikkat Ettikleri (n:55)		
Tuzlu yememek	23	41.8
Tuzlu ve yağlı yememek	7	12.8
Yağlı yiyecekler	3	5.4
Tuzlu, hamur işleri yememek	3	5.4
Fazla yememek	3	5.4
Diğer	16	29.2
Diyetin Etkili Olduğunu Düşünme		
Evet	55	50.9
Hayır	53	49.1
Diyetin HT Kontrolüne Etkileri (n:55)		
HT kontrol altında tutuyor	47	85.4
Kilo verdiriyor	1	1.8
Sağlıklı beslenme oluyor	7	12.8
Toplam	108	100.0

Yaşlıların diyetin alışkanlıklarını incelemek için Tablo 4.16'ya bakıldığında; yaşlıların yarısından fazlasının (%55.6) diyet konusunda doktor ya da hemşire tarafından öneri aldıkları, yarısından biraz fazlasının (%51.9) diyetine dikkat etmediği, yaşlıların en çok (%41.8) tuzlu yememeğe dikkat ettikleri, %50.9'unun hipertansiyonun kontrolünde diyetin etkili olduğunu, en çok da (%85.4) hipertansiyonu kontrol altına alarak etkili olduğu görüşüne sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.17. Yaşlıların Yemeklerine Tuz Katma Alışkanlıkları (n:108)

	Sayı	%
Yemeklerine Tuz Katma Durumu		
Evet	39	36.1
Hayır	69	63.9
Yemeklerine Tuz Katma Sıklığı (n:39)		
Her zaman	5	12.8
Ara-sıra	31	79.5
Nadir	3	7.7
Toplam	108	100.0

Yaşlıların yemeklerine tuz katma alışkanlıklarını incelemek için Tablo 4.17'e bakıldığında; yarısından fazlasının (%63.9) yemeklerine tuz katmadığı, katanların %79.5'inin ara-sıra yemeklerine tuz katma alışkanlığında oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.18. Yaşlıların Hipertansiyon Kontrolü İçin Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu(n:108)

	Sayı	%
Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu		
Evet	5	4.6
Hayır	103	95.4
Sağlık Kuruluşuna Düzenli Gitme Durumu		
Evet	5	4.6
Hayır	103	95.4
Sağlık Kuruluşuna Düzenli Gitme Nedeni (n:5)		
Tahlil yaptırmak için gidiyor		
Hastalığın kontrolü için	1	20.0
Tansiyonu düşmediği için	2	40.0
Sağlıklı olmak için	1	20.0
	1	20.0
Sağlık Kuruluşuna Düzenli Gitmeme Nedenleri (n:103)		
Gerekli görmüyor	4	3.9
Sağlık hizmetlerinden memnun kalmamış	1	0.9
Sadece sağlık ocağında ilaçları yazdırıyor	93	90.4
Hastane uzak olduğu için	2	1.9
Yürüyemediğim için	2	1.9
Şikayeti olmadığı için	1	0.9
Kontrol Yaptırdığı Yer		
Sağlık Ocağı	2	1.9
Hastane	3	2.8
Yaptırmıyor	103	95.3
Kontrole Gitme Sıklığı		
Altı ayda bir	2	1.9
Yılda bir	3	2.8
Gitmiyor	103	95.3
Toplam	108	100.0

Yaşlıların hipertansiyon kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme durumuna bakıldığında (Tablo 4.18); tamamına yakınının (%95.4) kontrollere gitmediği, gidenlerin kontrollerine düzenli gittiği (%4.6), gidenlerin %40'nin hipertansiyon kontrolü için gittikleri, gitmeyenlerin ise sadece sağlık ocaklarından ilaç yazdırmak (%90.4) için yararlandıkları, kontrole gidenlerin %2.8'inin hastaneye başvurduğu ve yılda bir (%2.8) kontrole gittikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Yaşlıların Tansiyon Ölçtürme Sıklığı ve Yeri (n:108)

	Sayı	%
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı		
Ölçtürmüyor	3	2.8
Her gün	12	11.1
Ayda 1- 2 kere	60	55.6
Ayda 10-15 kere	13	12.0
6 ay- senede bir	19	17.6
Sadece yükseldiğinde	1	0.9
Tansiyonun Ölçüldüğü Yer (n:105)		
Evde	79	75.2
Sağlık Ocağında	26	24.8
Toplam	108	100.0

Yaşlıların kan basıncını ölçtürme sıklığına ilişkin özelliklerine bakıldığında (Tablo 4.19); yarısından biraz fazlasının (%55.6) ayda 1-2 kere tansiyonlarını ölçtirdiği, %75.2'sinin tansiyonlarını evde ölçtirdiği saptanmıştır.

4.5 Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Göre Evde Yaptıkları Bakım Uygulamalarının Dağılımı

Tablo 4.20. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (n:108)

	X±SD	Puan Dağılımı
SYBDÖ Toplam	100.7 ± 23.4	48-192
Kendini gerçekleştirme	29.2 ± 8.8	13-52
Sağlık sorumluluğu	15.4 ± 5.0	10-40
Egzersiz	6.8 ± 2.5	5-20
Beslenme	13.5 ± 2.6	6-24
Kişilerarası destek	20.2 ± 4.5	7-28
Stres yönetimi	15.8 ± 4.2	7-28

Tablo 4.20'de incelendiğinde; yaşlıların SYBDÖ toplam puanı ortalaması 100.7±23.4, kendine gerçekleştirme 29.2±8.8, sağlık sorumluluğu 15.4±5.0, egzersiz 6.8±2.5, beslenme 13.5±2.6, kişilerarası destek 20.2±4.5 ve stres yönetimi 15.8±4.2 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.21. Cinsiyete Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
SYBDÖ Kadın (n:72) Erkek (n:36)	97.4 ± 22.0 107.4 ± 25.1	2.110	P>0.05
Kendini gerçekleştirme Kadın (n:72) Erkek (n:36)	27.9 ± 8.3 31.8 ± 9.2	2.215	P>0.05
Sağlık sorumluluğu Kadın (n:72) Erkek (n:36)	14.9 ± 4.9 16.2 ± 5.2	1.24	P>0.05
Egzersiz Kadın(n:72) Erkek (n:36)	6.2 ± 2.21 7.8 ± 2.9	3.178	P<0.05
Beslenme Kadın (n:72) Erkek (n:36)	13.3 ± 2.8 13.8 ± 2.3	0.966	P>0.05
Kişilerarası destek Kadın (n:72) Erkek (n:36)	20.0 ± 4.2 20.7 ± 5.1	0.785	P>0.05
Stres yönetimi Kadın (n:72) Erkek (n:36)	15.2 ± 4.2 17.0 ± 4.2	2.079	P>0.05

Cinsiyete göre SYBDÖ ve alt başlıkları puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.21); erkeklerin SYBDÖ puanlarının (107.4±25.1), kendini gerçekleştirme (31.8±9.2), sağlık sorumluluğu (16.2±5.2), egzersiz (7.8±2.9), beslenme (13.8±2.3), kişilerarası destek (20.7±5.1) ve stres yönetimi (17.0±4.2) alt başlık puanlarının daha yüksek olduğu, sadece egzersiz alt başlığı ile cinsiyet arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer alt başlık gruplarla cinsiyet arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.22. Yaş Gruplarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	F	P
SYBDÖ 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	103.5 ± 22.8 98.1 ± 24.2 93.7 ± 24.2	1.123	P>0.05
Kendini gerçekleştirme 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri(n:11)	30.0 ± 8.5 28.8 ± 9.2 26.0 ± 9.3	0.958	P>0.05
Sağlık sorumluluğu 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	16.0 ± 4.8 14.9 ± 5.3 13.5 ± 4.9	1.313	P>0.05
Egzersiz 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	7.07 ± 2.91 6.59 ± 2.20 6.10 ± 1.52	0.799	P>0.05
Beslenme 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	14.0±2.9 12.9±2.3 12.8±1.6	2.314	P>0.05
Kişilerarası destek 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	20.9 ± 3.8 19.3 ± 5.0 19.5 ± 6.2	1.559	P>0.05
Stres yönetimi 65-74 yaş (n:61) 75-84 yaş (n:36) 85 yaş ve üzeri (n:11)	15.9 ± 4.6 15.5 ± 3.9 16.4 ± 3.2	0.198	P>0.05

Yaş gruplarına göre yaşlıların SYBDÖ ve alt başlıkları puanları karşılaştırıldığında (Tablo 4.22); 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların SYBÖ (103.5±22.8), kendini gerçekleştirme (30.0±8.5), sağlık sorunluluğu (16.0±4.8), egzersiz (7.07±2.91), beslenme (14.0±2.9), kişilerarası destek (20.9±3.8) puanlarının daha yüksek, stres yönetimi alt başlığında 85 yaş ve üzeri yaşlı grubunun (16.4 ± 3.2) puanının daha yüksek olduğu, ancak yaş grupları ile SYBÖ ve alt başlık puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.23 Yaşlıların Hipertansiyon Tanısı Alma Şekli ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

Hipertansiyon Tanısı	X±SD	F	P
Rutin kontrol sırasında (n:32)	104.4 ± 24.5	2.166	P>0.05
Acilde (n:31)	104.0 ± 24.2		
Rastlantı sonucu (n:4)	76.5 ± 13.7		
Semptom sonrası muayene (n:41)	97.8 ± 21.5		
Toplam	100.7±23.4		

Yaşlıların hipertansiyon tanısını alma şekillerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı incelendiğinde (Tablo 4.23); rutin kontrol sırasında hipertansiyonu fark edilen yaşlıların (104.4±24.5) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile hastalık tanısını alma şekilleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F:2.166; P>0.05).

Tablo 4.24. Yaşlının Tansiyon Yüksekliğini Hissetme Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:68)	100.9 ± 22.5	0.119	P>0.05
Hayır (n:40)	100.4 ± 25.2		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Hipertansiyonu olan yaşlıların tansiyon yüksekliğini hissetme durumlarına göre sağlıklı yaşam içimi davranışları ölçeği puanı incelendiğinde (Tablo 4.24); tansiyon yüksekliğini hisseden yaşlıların (100.9 ± 22.5) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile tansiyon yüksekliğini hissetme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri: 0.119; P>0.05).

Tablo 4.25. Farkındalık Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Farkında(n:104)	101.0 ± 23.7	0.565	P>0.05
Farkında değil(n:4)	94.2 ± 17.3		
Toplam	100.7±23.4		

Farkındalık durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı incelendiğinde (Tablo 4.25); farkında olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (101.0±23.7) daha yüksek olduğu ve hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile farkındalık durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:0.565; P>0.05)

Tablo 4.26. Algılanan Sağlığa Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	F	P
İyi (n:63)	105.0 ± 22.5	2.637	P>0.05
Orta (n:21)	95.8 ± 27.8		
Kötü (n:24)	93.8 ± 20.0		
Toplam (n:108)	100.7 ± 23.4		

Algılanan sağlık durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması için Tablo 4.26'ya bakıldığında; sağlığını iyi olarak algılayan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (105.0 ± 22.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile algıladıkları sağlıkları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F:2.637; P>0.05).

Tablo 4.27. Hipertansiyonun Sağlıklarını Etkileme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:53)	103.4 ± 22.6	1.155	P>0.05
Hayır (n:55)	98.2 ± 24.1		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Hipertansiyonun sağlıklarını etkileme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının incelenmesi için Tablo 4.27'ye bakıldığında; hipertansiyon sağlıklarını etkileyen yaşlıların sağlık davranışları puanının (103.4±22.6) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile hipertansiyonun sağlıklarını etkileme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:1.155; P>0.05).

Tablo 4.28. Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:35)	107.0 ± 23.9	1.930	P>0.05
Hayır (n:73)	97.7 ± 22.8		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı incelendiğinde (Tablo 4.28); hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (107.0 ± 23.9) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:1.930; P>0.05).

Tablo 4.29. Antihipertansif İlaç Kullanma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:103)	101.2 ± 23.7	0.855	P>0.05
Hayır (n:5)	92.0 ±15.6		
Toplam	100.7 ±23.4		

Antihipertansif ilaç alma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının incelenmesi için Tablo 4.29'a bakıldığında; antihipertansif ilaç kullanan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (101.2 ± 23.7) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile antihipertansif ilaç kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:0.855; P>0.05).

Tablo 4.30. Antihipertansif İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Düzenli kullanıyor (n:89) Düzenli kullanmıyor (n:19)	102.9 ± 24.3 91.9 ± 17.4	3.034	P<0.05
Toplam	100.7 ± 23.4		

Antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı incelendiğinde (Tablo 4.30); antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (102.9 ± 24.3) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t Değeri:3.034; P<0.05).

Tablo 4.31. Sağlık Biçimi Değişikliği Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	F	P
Evet (n:48) Hayır (n:56) Bilmiyor (n:4)	105.7 ± 25.5 97.2 ± 21.0 90.5 ± 22.6	2.134	P>0.05
Toplam	100.7 ± 23.4		

Sağlık biçimi değişikliği konusunda eğitim alma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı incelendiğinde (Tablo 4.31); eğitim alan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (105.7 ± 25.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile eğitim alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F:2.134; P>0.05).

Tablo 4.32. Sigara ve Alkol Kullanma ile Kahve İçme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	F/ t Değeri	P
Sigara İçme			
Hiç içmemiş (n:74)	95.6 ± 21.3	6.119	P<0.05
Halen içiyor (n:12)	109.8 ± 28.0		
Bırakmış (n:22)	112.9 ± 22.7		
Alkol Kullanma			
Hiç kullanmamış (n:93)	98.9 ± 22.9	2.048	P>0.05
Bırakmış (n:15)	112.1 ± 24.6		
Kahve İçme			
Evet(n:42)	102.3 ± 21.3	0.539	P>0.05
Hayır(n:66)	99.8 ± 24.8		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Sigara içme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanın incelenmesi için Tablo 4.32'ye bakıldığında; sigara içmiş ve bırakmış olan yaşlıların (112.9±22.7) daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi puanına sahip olduğu, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile sigara içme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F:6.119; P<0.05).

Alkol kullanma durumlarına göre sağlık davranışları toplam puanın incelenmesi için Tablo 4.32'ye bakıldığında; alkol kullanmış ve bırakmış olan (112.1 ± 24.6) yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha yüksek olduğu, ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile alkol kullanma durumları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:2.048; P>0.05).

Kahve içme alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı incelenmesi için Tablo 4.32'ye bakıldığında; kahve içme alışkanlığı (102.3 ± 21.3) olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının daha yüksek olduğu, yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile kahve içme alışkanlığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t:Değeri:0. 539; $P>0.05$).

Tablo 4.33. Egzersiz Önerilme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:47)	103.9 ± 24.3	1.246	$P>0.05$
Hayır (n:61)	98.3 ± 22.6		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Egzersiz önerilme durumlarına göre sağlık davranışlarını toplam puanın incelenmesi için Tablo 4.33'e bakıldığında; egzersiz yapmaları önerilen yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (103.9 ± 24.3) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile egzersiz önerilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 1.246; $P>0.05$).

Tablo 4.34. Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:40)	116.1 ± 22.5	3.584	$P>0.05$
Hayır (n:68)	91.7 ± 18.9		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Egzersiz yapma durumlarına göre sağlık davranışlarını toplam puanı (Tablo 4.34) incelendiğinde; egzersiz yapan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (116.1 ± 22.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile egzersiz yapma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri:3.584; $P>0.05$).

Tablo 4.35. Diyet Önerilme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X$\pm$SD	t Değeri	P
Evet (n:60)	103.4 $\pm$ 24.1	0.094	P>0.05
Hayır (n:48)	97.4 $\pm$ 22.4		
Toplam	100.7 $\pm$ 23.4		

Diyet önerilme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının incelenmesi için Tablo 4.35'e bakıldığında; diyet önerilen yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (103.4 ± 24.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile diyet önerilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 0.094; $P>0.05$).

Tablo 4.36. Diyetine Dikkat Etme Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X$\pm$SD	t Değeri	P
Evet (n:52)	102.4 $\pm$ 22.9	0.279	P>0.05
Hayır (n:56)	99.2 $\pm$ 24.0		
Toplam	100.7 $\pm$ 23.4		

Diyetine dikkat etme durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı incelenmesi için Tablo 4.36'ya bakıldığında; diyetine dikkat eden yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (102.4 ± 22.9) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile diyetine dikkat etme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 0.279; P>0.05).

Tablo 4.37. Yemeklerine Tuz Katma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:39)	101.8 ± 24.0	0.389	P>0.05
Hayır (n:69)	100.1 ± 23.3		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Yemeklerine tuz katma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının incelenmesi için Tablo 4.37'ye bakıldığında; yemeklerine tuz katan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (101.8 ± 24.0) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile yemeklerine tuz katma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 0.389; P>0.05).

Tablo 4.38. Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarına Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Evet (n:5)	101.0 ± 13.9	1.587	P>0.05
Hayır (n:103)	100.7 ± 23.8		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının incelenmesi için Tablo 4.38'e bakıldığında; sağlık kuruluşuna başvuran yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının (101.0 ± 13.9) daha

yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hipertansiyonu olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 1.587; $P>0.05$).

Tablo 4.39. Tansiyonunu Ölçtürdüğü Yere Göre Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:108)

	X±SD	t Değeri	P
Sağlık Ocağı	95.9 ± 22.4	0.030	$P>0.05$
Evde	102.5 ± 23.9		
Toplam	100.7 ± 23.4		

Yaşlıların tansiyonları ölçtürme yeri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı karşılaştırıldığında; evde tansiyonunu ölçtüren yaşlıların sağlık davranışları puanı (102.5 ± 23.9) daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ile tansiyon ölçtürme yeri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t Değeri 0.030; $P>0.05$).

5.TARTIŞMA

Tartışma bölümünde; Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı ve hipertansiyonu olan 108 yaşlıya uygulanan soru formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği'nden elde edilen yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikleri, farkındalıkları, evde bakım uygulamaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bulgular alt başlıklar halinde tartışılmıştır.

5.1. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %66.7'sinin (n:72) kadın olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar erişkin popülasyonda erkeklerde, ileri yaşlarda ise kadınlarda hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu artışın menapozdaki hormonal değişikliklerin, kilo artışının veya yaşlı kadınların tuza daha duyarlı olmasından kaynaklandığı, ayrıca erkeklere oranla kadınların hipertansiyonu daha iyi tolere ettiği ve değişik kan basıncı düzeylerindeki kardiyovasküler riskin daha düşük olduğu bildirilmektedir (93,137).

Hipertansiyon genellikle orta yaş hastalığıdır ve yaş artışına paralel olarak prevalans da artmaktadır. Ancak araştırma kapsamına alınan yaşlıların %56.5'inin 65- 74 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmada hipertansiyon prevalansının yaşla birlikte azaldığı görülmektedir. Yapılan araştırmada hipertansiyonu olmayan yaşlılar bulunmadığı için, ileri yaşlardaki yaşlı sayısının azalmasına bağlı olarak hipertansiyonu olan yaşlıların oranı düşük çıkmıştır. Aksi halde yaşla birlikte hipertansiyonu olan yaşlıların oranının yükselmesi beklenirdi. Yaşla birlikte hipertansiyonu olanların oranının artışına yönelik olarak İtalya'da 75-84 yaş, İspanya ise 70-79 yaş grubunda prevalans daha genç yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (138,139). Danimarka'da (2000) yaşla birlikte hipertansiyon prevalansının arttığı görülmüştür (140). Bununla birlikte yaşla hipertansiyon prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanamayan çalışmalar da bulunmaktadır (81,82,83).

Yapılan araştırmada hipertansiyonu olan yaşlıların medeni durumları incelendiğinde yaşlıların %62.0'sinin evli olduğu saptanmıştır. Bu bulgu başka çalışmalarla da uyumludur (83,139,140).

Çöl (1992) alışmasında öğrenim düzeyi arttıkça hipertansiyon prevalansının düştüğünü saptamıştır (141). Araştırmamızda hipertansiyonu olan yaşlıların yarısının ilkokul mezunu (%49.1) olduğu saptanmıştır.

Hipertansiyonu olan yaşlıların tamamına yakınının (%99.1) sağlık güvencesi olduğu, sağlık güvencesi olanların tamamının (%99.1) sağlık hizmetlerinden faydalanabildiği, yaşlıların yarısından (%62.0) fazlasının gelir durumlarını yetersiz buldukları ve tamamına (98.1) yakınının çalışmadığı belirlenmiştir.

5.2. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Hipertansiyon Hastalığına İlişkin Özellikleri

Hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi 6-10 yıl arası (%25) olanların çoğunlukta olduğu, bu değerı sırasıyla 5 yıl ve daha az süre (%22.2) ve 16-20 yıl (21.3) arası hipertansiyonu olanlar izlemektedir. Ataman (2007) hipertansiyonu olan erişkin grupta yaptığı çalışmasında kişilerin %56'sının 5 yıl ve daha az, %28,9'unun 6–10 yıldır hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir (142).

“Sessiz Katil” olarak isimlendirilen hipertansiyon, tanısı kolayca konabilmesine karşın, hipertansiyonu olan kişilerin çoğu hipertansiyonun farkında olmadan yaşamlarını sürdürmektedir. Bazı kişiler ise, hipertansiyon komplikasyonları ve hipertansiyona ait semptomlarla sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Hipertansiyon genellikle bir başka nedenle yapılan muayene sırasında saptanmaktadır (143). Araştırma da yaşlıların çoğunluğunun ilk tanılarını semptom sonrası muayeneye (%38.0) giderek aldıkları belirlenmiştir.

Yaşlıların yarısından fazlasının (%63.0) hipertansiyona bağlı semptom yaşadıkları, yaklaşık ¼'ünün (%22.2) ayda 2-3 kere semptom yaşadığı, en çok hissedilen semptomun ense-baş ağrısı (%14.8) olduğu; yaşlıların bu durumda en fazla yaptıkları uygulama ilaç içmek olduğu (%20.3), yaşlıların tamamına yakınının son 6 ay içinde hipertansiyon hastalığı nedeniyle acile başvurmadığı (%91.7) ve hastaneye yatmadığı (%95.4) saptanmıştır. Çubukcu (2005), hipertansiyonu olan yaşlıların %73.4'ünün tansiyon yüksekliğini hissettiğini, tansiyonları yükseldiğinde %57.8'inin ense-baş ağrısı, %26.9'unun kulak çınlaması semptomları gösterdiği, %75.0'inin tansiyon yükseldiğinde istirahat ettiklerini saptamıştır (17). Bir başka araştırmada 40 yaş üstü hipertansiyonu olan kişilerin en fazla kulak çınlaması, çarpıntı, elde ayak uyuşma, bacaklarda şişme, yorgunluk, nefes darlığı ve görme bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir (144). Araştırmada semptom yaşayan yaşlı sayısı, semptom yaşama sıklığı, hissedilen yakınmaların birden çok olması, yaşlılarda hipertansiyon kontrolünün yetersiz olduğunu göstermektedir.

Yapılan araştırmada yaşlıların yarısına (%46.3) yakınının birinci derece yakınlarında hipertansiyon olduğu saptanmıştır.

İlerleyen yaşla birlikte kişilerin çoğunda bir ya da birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır (55,145,146,147). Yapılan araştırmada hipertansiyonu olan yaşlıların tamamına yakınının (%85.2) hipertansiyonun yanı sıra, en az bir kronik hastalığa sahip oldukları; bu hastalıklar arasında en fazla (%23.9) osteoporoz, sırasıyla kalp hastalığı (%20.0), diyabetes mellitus (%14.0) ve yüksek kolesterol (%10.0) olduğu saptanmıştır.

Yapılan çeşitli araştırmalarda yaşlılarda kronik hastalık prevalansı %54.3 ile %83.5 arasında bulunmuştur (147,148,149,150,151). Yapılan benzer araştırmalarda yaşlılarda görülen ilk beş kronik hastalık sırasıyla hipertansiyon, romatoid artrit, kalp hastalıkları, diyabetes mellitus ve osteoporoz olduğu belirlenmiştir (148,149,150). Çalışmalarda kronik hastalık sıralamasında kalp hastalıklarının yüksek oranda görülmesi dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar, ileri yaşlarda ortaya çıkan yüksek kan basıncının kalp hastalıklarının etiyolojisinde önemli yer tuttuğunu düşündürmektedir.

Hipertansiyonu olan kişilerin kan basınçlarını yanlış anlamlandırması, tedaviye uyumlarını zorlaştırabilecek bir faktördür. Yapılan araştırmada yaşlıların %64.8'inin en son ölçülen kan basıncını bildiği, %54.3'ünün en son ölçülen kan basıncının 90/60 mmHg ve 140/90 mmHg aralığında ifade ettiği, %70.0'inin kan basıncını normal sınırlarda yorumladığı ve %77.1'inin kan basıncını doğru olarak yorumladığı saptanmıştır. Yaşlıların yarıdan fazlasının en son ölçülen kan basınçlarını bilmeleri olumlu, ancak kan basıncını bilen yaşlıların tamamının kan basınçlarını doğru yorumlayamamaları olumsuz bir durumdur.

5.3. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Farkındalığı

Hipertansiyonunun farkında olunmaması kalp hastalıkları ve inme için risk faktörü olarak sayılmamasına karşın, hipertansiyonun farkında olunması tedavi ve kontrole ulaşmada önemli belirleyici olarak tanımlanmaktadır. Sağlık durumunu iyileştirmek isteyen kişinin de mevcut durumunun farkında olması gerekir. Sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olan kan basıncının kontrolünde de bu durum esastır. Yapılan bir araştırmada hipertansiyonu olan kişilerin farkındalık ve hastalıklarına ilişkin bilgileri yeterli bulunsa da, kişilerin içinde bulundukları durumu kapsamlı şekilde kavrayamadıkları ortaya çıkmıştır (23). Oliver (2004) hipertansiyonu olan erişkinlerde hipertansiyon farkındalığını %91.0 olarak bulmuştur (23). Ülkemizde yapılan Türkiye Hipertansiyon Prevalans çalışmasında yaşlıların hipertansiyon farkındalığı %40.7 olarak belirlenmiştir (11).

Yapılan araştırmada yaşlıların tamamına yakınının (%96.3) hipertansiyonun farkında oldukları belirlenmiştir. Yaşlıların yaklaşık yarısının (52.8) hipertansiyon tanımı yapabildiği ve çoğunun (%38.6) hipertansiyonu “semptom” olarak tanımladığı saptanmıştır. Oliver (2004) hipertansiyonu olan erişkinlerin çoğunun (%81.8) hipertansiyonu “kan basıncı yüksekliği” olarak ifade ettiğini saptamıştır (23). Yaşlıların hipertansiyon farkındalığı oranları yüksek, hipertansiyonu tanımlayabilme oranları ise düşüktür. Ayrıca yaşlıların hipertansiyonu semptom

olarak tanımlamaları, semptom yaşamadıkları zaman hipertansiyonun iyileştiğini düşünmelerine, tedavilerini bırakmalarına neden olabilir

Strelec ve arkadaşları (2003), hipertansiyonu olan erişkinlerle yaptıkları araştırmada; kişilerin %55'i 140/90 mmHg kan basıncını hipertansiyon olarak değerlendirmiştir (152). Yapılan araştırmada yaşlıların %37.0'sine doktor ya da hemşire tarafından hipertansiyonun tanımlandığı, çoğunun (%80.0) normal kan basıncını sistolik kan basıncının 140 mmHg altında, diastolik kan basıncının (%95.0) 90 mmHg altında olması gerektiği ifade edilmiştir. Çetin (2004) araştırmasında hipertansiyonu olan erişkinlerin %81.3'ünün ölçülen kan basıncının ne anlama geldiğini bilmedikleri, normal kan basıncını olarak nitelendirdikleri kan basınçlarının sadece %7'sinin normal olarak kabul edilen kan basıncı aralığında olduğunu saptamıştır (153). Oliver (2004) hipertansiyonu olan erişkinlerin çoğunun (%60.2) sistolik kan basıncı için 140 mmHg'nın altında, diastolik kan basıncı için (%69.5) 90 mmHg altında olması gerektiğini ifade ettiğini bildirmiştir (23).

Dünya Sağlık Örgütü, yüksek kan basıncı ve komplikasyonların kontrolünde, hem toplum düzeyinde hem de hasta bireylerin yaşam kalitesi ve bağımsızlıklarının kontrol edilmesinin üzerinde önemle durmaktadır (87,92). Yapılan araştırmada yaşlıların yarısının (%52.0) hipertansiyon kontrolünü tanımlayamadığı, tanımlayanların %37.0'sinin hipertansiyon kontrolünü yaşam biçimi değişikliği olarak tanımladığı, yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin (%65.7) hipertansiyon kontrolü için doktor ya da hemşire tarafından uygulama önerildiği, en fazla önerilen uygulamanın diyet (%32.2) olduğu, yaşlıların dörtte üçünün (%75) hipertansiyon kontrolünü kişinin kendisini yapabileceğini, bunun içinde en fazla (%25.7) diyetle uyulması, en önemli uygulamanın ise stresin azaltılması (%34.5) görüşünde olduğu saptanmıştır.

Hipertansiyonu olan kişilerin kendi kan basınçlarını anlamlandırabilecek bilgiye sahip olmaları, kan basınçlarının yükselmesiyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hastaya, kendi kan basıncı takibi ve değerlendirilmesini yaptırmak, hastalıkları üstündeki sorumluluk bilincini ve

tedaviye uyumu artırmaktadır. Ölçümlerin doğru kaydedilmemesi ve kişilerin hatalı kan basıncı değerlendirmesi yapması, kendi kendine kan basıncı ölçümün en zayıf noktaları olarak değerlendirilmektedir (154).

Türk Eczacılar Birliği (TEB) 6814 hipertansiyonu olan erişkin kişilerle yaptığı çalışmada, kişilerin %78.1'nin hipertansiyonu ciddi bir hastalık olarak tanımladığı belirtilmiştir (157). Yaşlıların %31.5'i hipertansiyonu kötü bir hastalık olarak, çoğunluğu (%68.5) ömür boyu süren, yarıdan fazlası başka hastalıklara neden olan (%58.3) ve felç (%44.6) yapan hastalık olarak tanımlamışlardır. Benzer bir araştırmada sonuçlar birbirine yakındır (153).

5.4. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Evde Bakım Uygulamaları

Yapılan araştırmada yaşlıların yarıdan fazlasının (%58.3) sağlıklarını iyi olarak algıladıkları, %50.9'unun hipertansiyonun sağlıklarını etkilemediği, yaklaşık yarısının, %49.1'inin ise hipertansiyonun sağlıklarını etkilediği ve en çok (%90.5) hipertansiyon semptomlarının sağlıklarını etkilediği saptanmıştır. Sağlığını iyi olarak algılamayan, hipertansiyon sağlıklarını etkileyen yaşlılar araştırmanın yaklaşık yarısını oluşturmaktadır, bu durum dikkat çekicidir. En çok hipertansiyon semptomlarının yaşlıların sağlıklarını etkilemesi, yaşlılarda hipertansiyonun kontrol altına alınmadığını düşündürülebilir. Hipertansiyon semptomlarının yaşlıların sağlıklarını etkilemesi, yaşlıların yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir.

Literatürde, hipertansiyonu olan kişilere verilen eğitim girişimlerinin, ilaca uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırdığı ve kan basıncını önemli derecede düşürdüğünü belirleyen pek çok çalışma vardır (156,157,158,159,160). Cooper ve arkadaşları (2001), kronik hastalıklarda hasta eğitimi ile ilgili meta analiz çalışmalarında hasta eğitiminin hastalık süreci, tedavi ve bakım uygulamaları ile ilgili hastanın bilgi düzeyini artırmaktadır. Bilgilendirme artıka, kendi durumunu değerlendirme ve tedaviye uyumu da artmaktadır (161).

Yapılan çalışmada hipertansiyon kontrolünde eğitim girişimleri önemli olmasına karşın, yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin (%67.6) hipertansiyonla ilişkili eğitim almadıkları, en fazla diyet (%30.6) konusunda eğitim aldıkları, eğitimi çoğunlukla doktorun (%74.3) verdiği, eğitimin yeterli olduğu (%60) ortaya konmuştur. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyon ve tedavisi hakkında bilgi edinmede hemşireye danışmayı tercih etme oranı %25.7 kadar düşük bulunmuştur. Hekime danışma oranı da %74.3 ile daha fazla yüksek bulunmuştur. Bu durumun, antihipertansif ilaçlarını reçete ettirmek için sağlık kurumuna gelen yaşlıların, bu sırada hekime danışmalarına bağlanabileceği düşünülmektedir. Neziroğlu (1986) çalışmasında hipertansiyonu olan kişilerin %13.2'si hekim ve hemşirelerden bilgi aldığı (162); Çetin (2004) %15.8 oranında hekim, %6.5 oranında hemşireden bilgi aldıklarını (155); Cubukcu (2005) yaşlıların %52.0'sinin hipertansiyona ilişkin bilgi aldıkları, %92.5'inin bu bilgiyi doktordan aldığı, %87.7'sinin alınan bilgiyi yeterli bulmadıklarını saptamıştır (17). Literker ve arkadaşları (2003) hekim ve hemşireden oluşan sağlık ekibinin sadece hekimin içinde olduğu kronik hastalık yönetimini karşılaştıran bir çalışma yapmıştır. Hipertansiyonu olan kişileri de kapsayan bu çalışmada, yapılan uygulamaların etkinliği ve sonuçları ile kişinin tedavi uygulamalarını anlaması, temel hastalık ve tedavi bilgilerinin değişimi ve yaşam biçiminde sağlıklı düzenlemelere gitme yönünden karşılaştırılmıştır. Sonuçta, hemşire ve hekimden oluşan takımın yaptığı uygulamaların, anlamlı derecede etkinliğinin yüksek olduğunu bildirmektedir (163).

Kan basıncının kontrol altına alınabilmesi için, antihipertansif ilaçların her gün aksatılmadan alınması gerekmektedir (166). Bizim çalışmamızda yaşlıların yaklaşık tamamına yakının (%95.6) hipertansiyon tedavisinde ilaç kullandığı, %82.4'ünün hipertansiyon ilacını düzenli kullanmak önemli ifadesine katıldığı, yaşlıların %80.6'sının ilaçlarını düzenli kullandıkları, %84.3'ünün kullandığı ilacın adını bilmediği, hipertansiyon tedavisinde yarısına yakınının (%49.5) bir grup ilaç kullandığı, hipertansiyon tedavisinde en çok diüretik grubu (%20.8) ilaçların kullanıldığı, ilacını düzenli kullanmayanların nedeni olarak en fazla (%9.3) ilacını sadece tansiyon yükseldiğinde kullandıkları, yaşlıların yarısından fazlasının (%63.0)

hipertansiyon ilacını bırakmadığı, bırakanların ise çoğunun (%72.5) kendi isteğiyle antihipertansif ilacı bıraktıkları saptanmıştır.

Çubukcu (2005), yaşlıların %81.9'unun ilaç kullandığını, %44.1'inin diüretik grubu antihipertansif ilaç %59.3'ünün ilaç tedavisine uyduğu, %40.7'sinin ise ilaç tedavisine uymadığı ve %81.3'ünün ilaç kullandıklarını saptamıştır (17). Araştırmamızda yaşlıların tamamına yakını antihipertansif ilaç kullanmasına yaşlıların yaklaşık ¼'ünün düzenli antihipertansif ilaç kullanmak önemli ifadesine katılmadığı, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanmadığı, çoğunluğunun kullandıkları antihipertansif ilacın adını bilmedikleri, ilacını düzenli kullanma nedeni olarak sadece tansiyon yüksekliğinde kullandıkları, yarısından fazlasının ilaçlarını kullanmayı bıraktığı, en çok da kendi istekleri ile bıraktıkları saptanmıştır. Bu durumun yaşlıların tamamına yakını antihipertansif ilaç tedavisi başlanmasına rağmen, çoğunun antihipertansif ilaç kullanma konusunda yeterli bilgi sahip olmadıklarını göstermektedir.

Hipertansiyonun tanı, tedavi ve kontrol altında tutulması için epidemiyolojik çalışmalar sonucu çeşitli kılavuzlar oluşturulmuştur. Bu kılavuzlardan JNC-7, DSÖ ve Türk Kardiyoloji Derneği'nin "Hipertansiyon Kılavuz"larında, bireylerin yaşam biçimi alışkanlıklarının hipertansiyonlu kişilerde tedavinin vazgeçilmez bir parçası olduğu bildirilmektedir. Yaşam biçimi değişiklikleri; kilolu ise kilo verilmesi, alkol ve kafein alımının kısıtlanması, fiziksel aktivitenin artırılması, tuz tüketiminin kısıtlanması, sigaranın bırakılması, diyetle doymuş ve toplam yağ tüketiminin azaltılmasıdır (87,89,92,109).

Grimm ve arkadaşları (1997) antihipertansif ilaç kullanan hastalarla yaptıkları çalışmada, yaşam biçimi değişiklikleri uygulanan olgularda dört yılın sonunda ortalama sistolik kan basıncında 4,8 mmHg, diyastolik kan basıncında ise 2,5 mmHg düşüş sağlandığı bildirilmiştir (165). Miller (2000) hipertansiyon yönetimi programına alınan hastaların yaşam biçimi değişiklikleri ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri hemşireler tarafından yürütülmüştür. Çalışma sonunda

ortalama sistolik kan basıncının 15 mmHg ve diyastolik kan basıncının 7 mmHg düştüğü belirlenmiştir (154).

Hipertansiyonu olan yaşlıların yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde; yaşlıların yarısının (% 51.9) yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim almadıkları, yarıdan fazlasının (%63.0) yaşam biçimini değiştirmedikleri, değiştirenlerin ise en çok (%48.7) tuzsuz yemeğe başladıkları saptanmıştır. Yaşlıların yarısının yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim almamaları, yaşam biçimi değişikliği yapmamaları antihipertansif tedavide yaşam biçimi değişikliğine önem verilmediğini düşündürülebilir. Yapılan çalışmada yaşlıların en çok tuzsuz yeme başlamaları, en çok önerilen uygulama olmasıyla ilişkili olabilir.

Onat ve arkadaşlarının (1998) yaptığı benzer bir çalışmada da 60 yaş ve üzeri yaş grubunda sigara bağımlılığının erkeklerde %37, kadınlarda %5 olduğu; ayrıca sigara içenlerin coğrafi dağılımında önemli farklılık olmadığı saptanmıştır (108). Erbaşı ve arkadaşları (1993) oluşturduğu “Türkiye Hipertansiyon Haritasında” Ülkemizde hipertansiyon hastalarının düzenli sigara kullanma oranını %25.0 olarak belirlemiştir(40). Bizim araştırmamızda yaşlıların %68.5’ini hiç sigara kullanmamış, %31.5’i ise halen kullanan/ kullanmış bırakmış olan yaşlılardan oluşmaktadır. Yapılan çalışma bulguları diğer araştırmanın bulgularına benzerdir. Bu sonuçlar tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesine dair kanunun yürürlüğe girmesine karşın, sigara bağımlılığını bıraktırmada yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Tuna (1995) hipertansiyon olan kişilerin %12’sinin alkol kullandığını, alkol kullananların %86’sının günde 40-50 ml. kadar etanol aldığını ve %50’sinin 21 yıldan uzun süredir alkol kullandığını bildirmektedir (143). Çakır (2003) çalışmasında alkol kullanma oranı, miktarı ve süresi açısından hipertansiyonu olan ve olmayan gruplar arasında fark bulunmadığını; tüm grubun %18,3’ünün alkol kullandığı, alkol kullananların %54,5’inin günde 30 ml’den fazla etanol kullandığı ve alkol kullanma süresinin ortalama 20 yıldan fazla olduğunu belirlemiştir (157).

Yapılan çalışmada yaşlıların % 86.1'inin hiç alkol kullanmadığı, %13.9'unun ise alkol kullanmış/ bırakmış olan kişiler oluşturmaktadır. Yaşlılar için bu oranların olumlu olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Kahve tüketimi ile alınan kafeinin, dolaşım sistemi üzerine kuvvetli etkilerinin olması nedeniyle kafein alımının artması kardiyovasküler hastalıkların oluşum riskini de artırabilir (166).

Yapılan çalışmada yaşlıların %61.1'inin kahve içmediği, kahve içen yaşlıların % 83.3'ünün ara-sıra kahve içme alışkanlığında olduğu belirlenmiştir. Kahve içen yaşlı oranı yüksek bulunmuştur.

Egzersiz kilo vermenin oluşturduğu yarardan bağımsız olarak kan basıncının düşmesini sağlamaktadır. Yirmi yedi çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde aerobik egzersizin (tempolu yürüyüş, bisiklet sürmek, yüzmek vb.) sistolik kan basıncını 4 mmHg azalttığı bildirilmiştir (167-168). Yapılan çalışmada hipertansiyonu olan yaşlıların egzersiz yapma alışkanlıkları değerlendirildiğinde; yarıdan fazlasına (%56.5) doktor ya da hemşire tarafından egzersiz önerilmediği, yaşlıların %63'ünün egzersiz yapmadıkları, yaşlılar tarafından en fazla yapılan egzersizin yürüyüş (%97.5) olduğu ve %67.5'inin ise her gün egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Yalçın (2002) yaptığı benzer bir çalışmada da bireylerin %26.3'ünün düzenli egzersiz yaptıkları, yürüyüşün en sık yapılan egzersiz tipi olduğu belirlenmiştir (169). Bu sonuçlar yaşlı bireylerin özellikle kas-iskelet sistemi hastalıklarının olması, egzersiz yapmanın sağlık üzerindeki etkileri konusunda yeterli bilgilerinin olmaması ya da egzersiz yapmayı yaşam biçimi olarak değerlendirmemelerinden kaynaklı olabilir. Sağlık çalışanlarının yaşlılara egzersizin konusunda eğitim vermeleri, şehir içinde yaşlıların egzersiz yapmalarını sağlayan olanakların sağlanması yaşlıların egzersiz yapmalarını sağlayabilir.

Yapılan çalışmada hipertansiyonu olan yaşlıların yarıısından fazlasının (%55.6) diyet konusunda doktor ya da hemşire tarafından öneri aldıkları, yarıısından fazlasının (%51.9) diyetine dikkat etmedikleri, yaşlıların en çok (%42.1) tuzlu

yememeğe dikkat ettikleri, %50.9'unun hipertansiyonun kontrolünde diyetin etkili olduğunu ve en çok da (%85.4) hipertansiyonu kontrol altına alarak etkili olduğu görüşüne sahip oldukları saptanmıştır. Cutler ve arkadaşları (1999), hipertansiyonlu hastalara yaşam biçimi değişikliklerinden tuz alımının kısıtlanması uygulamış ve ortalama olarak sistolik kan basıncında 4,9 mmHg ve diyastolik kan basıncında 2,6 mmHg düşüş saptamıştır (170). Bizim çalışmamızda yaşlıların yarısından fazlasının (%63.9) yemeklerine tuz katmadığı, katanların %79.5'inin ara-sıra yemeklerine tuz katma alışkanlığında oldukları saptanmıştır. Çubukcu (2005) yaşlıların %81.3'ünün tuz kısıtlamasına uyarken, %18.7'sinin uymadığını bildirmektedir (17). Patent Çalışmasında hastaların %91,4'ü daha önce tuzu azaltma önerilerini duyduklarını, %63,3'ü ise bu önerilere uyduklarını bildirmiştir (11).

Yapılan çalışmada yaşlıların hipertansiyon kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme durumlarına göre; tamamına yakınının (%95.4) kontrollere gitmedikleri, gidenlerin kontrollerine düzenli olarak (%4.6) ve %40.0'nin hipertansiyon kontrolü için gittikleri, gitmeyenlerin ise sadece sağlık ocaklarından ilaç yazdırmak (%90.4) için yararlandıkları, kontrole gidenlerin %2.8'inin hastaneye başvurdukları ve yılda bir kez (%2.8) kontrole gittikleri belirlenmiştir. Yaşlıların büyük çoğunluğu semptom yaşamalarına rağmen, tamamına yakının kontrollere gitmemesi dikkat çekicidir. Bu durum yaşlıların sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıklarını bu durumda bilgisizlikle, sağlık kuruluşuna ulaşmada sıkıntı yaşamakla ilişkili olabileceğini düşündürülebilir.

Hipertansiyonun komplikasyonlarından korunma açısından hipertansiyonun erken dönemde saptanıp kontrol altına alınması önemli olup, tansiyonun belirli aralıklarla ölçülmesi önemlidir (9). Düzenli kan basıncı ölçümü, kişiye göre değişiklik göstermektedir. Bazı kişilerin kan basınçlarını sık ölçmeleri/ölçtürmeleri ve yüksek kan basıncı değeri okunmasının yarattığı üzüntü, tansiyonu daha da yükseltebilmektedir (90). Bu nedenle, kişinin psikolojik yapısına göre haftada kaç kez ölçüm yapılacağına karar verilmelidir. Buna karşın haftada en az bir kez ölçüm yapılmasının düzenli kan basıncı ölçümü olarak tanımlanmaktadır (171). Yapılan çalışmada yaşlıların yarısından fazlasının (%55.6) ayda 1-2 kere kan basınçlarını ve

%73.1'inin kan basıncını evde ölçtürdükleri saptanmıştır. Benzer bir çalışmada yaşlılarda hipertansiyon ölçümünün yetersiz olduğu bildirilmektedir (17).

5.5. Yaşlıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları ile Yaşlıların Bazı Özellikleri ve Evde Bakım Uygulamalarının Karşılaştırılması

Yapılan çalışmada yaşlıların SYBDÖ toplam puanı ortalaması 100.7 ± 23.4 ; kendine gerçekleştirme 29.2 ± 8.8 , sağlık sorumluluğu 15.4 ± 5.0 , egzersiz 6.8 ± 2.5 , beslenme 13.5 ± 2.6 , kişilerarası destek 20.2 ± 4.5 ve stres yönetimi 15.8 ± 4.2 olarak bulunmuştur.

Esin (1997) erişkin grupla yaptığı çalışmasında SYBDÖ toplam puanı ortalaması 120.8 ± 19.6 , kendini gerçekleştirme 35.4 ± 6.2 , sağlık sorumluluğu 22.3 ± 4.9 , egzersiz 9.9 ± 3.3 , beslenme 16.1 ± 3.3 , kişilerarası destek 19.5 ± 3.6 , stres yönetimi, 17.15 ± 3.66 , olarak bulunmuştur (36). Enç (2003) SYBD ölçeğinin sadece beslenme ve sağlık sorumluluğu boyutunu kullanarak yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu puanı 21.2 ± 5.8 , beslenme puanı 15.4 ± 3.9 olarak bulmuştur (172). Özdemir (2003) kişilerin SYBÖ toplam puanı ortalaması 128.5 ± 23.4 , kendini gerçekleştirme 32.1 ± 8.1 , sağlık sorumluluğu 25.5 ± 5.6 , egzersiz 8.9 ± 3.5 , beslenme 16.8 ± 3.8 , kişilerarası destek 21.6 ± 4.0 , stres yönetimi 13.3 ± 4.2 olarak bulunmuştur (173). Yapılan çalışmada yaşlıların SYBDÖ puanı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt başlıkları diğer araştırmalardan düşük, kişilerarası destek puanı yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmada, cinsiyete göre SYBDÖ ve alt başlıkları puan ortalamalarına bakıldığında; erkeklerin SYBÖ puanlarının (107.4 ± 25.1), kendini gerçekleştirme (31.8 ± 9.2), sağlık sorumluluğu (16.2 ± 5.2), egzersiz (7.8 ± 2.9), beslenme (13.8 ± 2.3), kişilerarası destek (20.7 ± 5.1) ve stres yönetimi (17.0 ± 4.2) alt başlık puanlarının daha yüksek olduğu; ancak egzersiz alt başlığı ile cinsiyet arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer alt başlıklarla arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Sertçelik (1999) yaptığı çalışmada, sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulamamıştır (175). Enç(2003) çalışmasında sağlığa verilen önem erkeklere göre kadınlarda ileri derecede daha anlamlı bulunmuştur (172).

Egzersiz kan basıncını düşürmede, kaygının, stresin azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesinde etkilidir. Yaşlıların egzersiz puanlarının diğer gruplardan düşük olması, kronik hastalıkların varlığı ile ilişkili olabilir. Erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olmaları, kadınların ilerleyen yaş ile egzersize daha az önem vermeleri ile ilişkili olabilir.

Yapılan çalışmada yaş gruplarına göre yaşlıların SYBDÖ ve alt başlıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 65-74 yaş grubunda olan yaşlıların SYBÖ (103.5±22.8), kendini gerçekleştirme (30.0±8.5), sağlık sorunluluğu (16.0±4.8), egzersiz (7.0±2.9), beslenme (14.0±2.9), kişilerarası destek (20.9±3.8) ortalamalarının daha yüksek olduğu, 85 yaş ve üzeri yaşlı grubunun stres yönetimi (15.9±4.6) alt başlığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (P>0.05). Özdemir (2003) anlamlı olmasa da yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını bildirmektedir(189). Bizim araştırmamızda yaş ilerledikçe sağlıklı davranış biçimi davranışları puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı, sağlık davranışlarının uygulamasında olumlu ya da olumsuz yönde etkiler (175). Yaşlıların sağlıklarını iyi olarak algılamaları sağlıklarını yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, yaşlıların sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri söylenebilir.

Hipertansiyon hastalığına ilişkin eğitim alan (107.0±23.9), sağlık biçimi değişikliği konusunda eğitim alan (105.7±25.5) yaşlıların SYBÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (P>0.05). Çakır (2003) çalışmasında hipertansiyonu olan kişilere verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (159). Pena ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri ve

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik eğitim sonrası, kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarını daha fazla yaptığı ve kan basınçlarının önemli oranda düştüğü belirtilmiştir (162).

Antihipertansif ilaç kullanan (101.2 ± 23.7) ve antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanan (102.92 ± 24.32), sigara içmiş ve bırakmış (112.9 ± 22.7), alkol kullanmış ve bırakmış (112.1 ± 24.6), kahve içme alışkanlığı (102.3 ± 21.3) olan yaşlıların SYBÖ ölçeği toplam puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların egzersiz önerilme ve egzersiz yapma durumlarına göre SYBÖ ölçeği toplam puanı ortalamaları incelendiğinde, egzersiz yapmaları önerilen (103.9 ± 24.3), egzersiz yapan (116.1 ± 22.5) yaşlıların SYBÖ ölçeği toplam puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Egzersiz önerilen yaşlıların SYBDÖ puanının daha yüksek olması, sağlık çalışanları tarafından yaşlılara yapılan her girişimin olumlu sonuçları olduğunu düşündürülebilir.

Diyet önerilme, diyetine dikkat etme, yemeklerine tuz katma durumlarına göre SYBÖ ölçeği toplam puanı ortalamaları incelendiğinde, diyet önerilen (103.4 ± 24.1), diyetine dikkat eden (102.4 ± 22.9), yemeklerine tuz katan yaşlıların (101.8 ± 24.0) SYBÖ ölçeği toplam puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yemeklerine tuz katan yaşlıların SYBDÖ puan ortalamalarının yüksek bulunması, yaşlılara en fazla önerilen uygulamanın tuz kısıtlanması olması açısından ilginç bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların büyük çoğunluğunu kadınlar (%66.7), yarısından biraz fazlası 65-74 yaş grubunda olup (%56.5), %62.0'si evli ve yarısı ilkokul mezunu (%49.1) olan yaşlılardan oluşmaktadır. Araştırmada yaşlıların tamamına yakınının sağlık güvencesi olduğu (%99.1) ve sağlık güvencesi olanların tamamın sağlık hizmetlerinden yararlandıkları (%99.1), yaşlıların yarısının evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı bir kişi (%50.0) olup, ailesi ile birlikte yaşamakta (%52.7) olanların çoğunlukta olduğu, yaşlıların %62.0'sinin gelir durumlarını yetersiz buldukları ve tamamın çalışmadığı saptanmıştır (%98.1).

Yaşlıların hipertansiyon süresi çoğunlukla 6-10 yıl arası (%25) olup, %63.0'ünün hipertansiyona bağlı semptom yaşadıkları, %46.3'ünün birinci derece yakınlarında hipertansiyon olduğu, %85.2'sinin hipertansiyonun yanı sıra en az bir kronik hastalığa sahip oldukları, bu hastalıklar içinde en fazla (%23.9) osteoporoz bulunmaktadır. Yaşlıların %96.3'ü hipertansiyonun farkında olup, 52.8'si hipertansiyonu tanımlayabilmekte, %37.0'sine doktor ya da hemşire tarafından normal kabul edilen kan basıncı değerlerinin söylendiği, %31.5'i hipertansiyonu kötü bir hastalık olarak, %68.5'i ömür boyu süren, %58.3'ü başka hastalıklara neden olan ve %44.6'sı felç yapan hastalık olarak tanımlamıştır.

Araştırmada yaşlıların %58.3'ünün sağlıklarını iyi olarak algıladığı, %50.9'unun hipertansiyonun sağlıklarını etkilemediği, %67.6'sının hipertansiyonla ilişkili eğitim almadığı, %95.6'sının hipertansiyon tedavisinde ilaç kullandıkları, %82.4'ü hipertansiyon ilacını düzenli kullanmanın önemli olduğu görüşünde oldukları saptanmıştır. Yaşlıların %51.9'unun yaşam biçimi değişikliği konusunda eğitim almadıkları, %68.5'inin hiç sigara içmediği, %86.1'inin hiç alkol kullanmadığı, %61.1'inin kahve içmediği, kahve içen yaşlıların ise %83.3'ünün ara-sıra kahve içtikleri; %63.0'ünün egzersiz yapmadıkları, %51.9'unun diyetine dikkat etmediği, çoğunlukla tuzlu yememeğe dikkat ettikleri (%42.1), %95.4'ünün sağlık

kontrollerine gitmedikleri, %55.6'sının ayda 1-2 kere kan basınçlarını ölçtükleri saptanmıştır.

Araştırmada yaşlıların SYBDÖ toplam puanı ortalaması 100.7 ± 23.4 , kendine gerçekleştirme 29.2 ± 8.8 , sağlık sorumluluğu 15.4 ± 5.0 , egzersiz 6.8 ± 2.5 , beslenme 13.5 ± 2.6 , kişilerarası destek 20.2 ± 4.5 ve stres yönetimi 15.8 ± 4.2 alt başlık puan ortalamaları bulunmuştur. Alt gruplarının ve toplam grup puanının yüksek olmasının bireylerin sağlığı geliştiren davranışa sahip olma ve kazanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunmaktadır:

1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların hipertansiyon yönetimine daha fazla zaman ayrılmalı,
2. Hipertansiyonu olan yaşlının rahatsızlığı ve tedavisini nasıl algıladığı değerlendirilmeli,
3. Yaşlının öz-bakım gücü değerlendirilmeli (öz bakım davranışları belirlenmeli, kan basıncı kontrolüne karar verilmeli, tedavi planı izlenmeli, kan basıncı kontrolü amacına yönelik gelişmeler takip edilebilmeli, kan basıncı kontrolünü engelleyen durumlar belirlenmeli ve ortadan kaldırılmalı; evde kan basıncını ölçebilmeli; kan basıncını, ilaç şemasını, dozları ve yan etkileri sürekli bir çizelgeye kaydedilmeli; yemek seçimi, alışveriş ve yemeklerin hazırlanmasına yardımcı olmalı, davranış değişikliği yaşlı ile birlikte karar verilmeli, vb),
4. İlaç kullanımı, diyet, kilo, egzersiz, stres yönetimi, sigara ve alkol kullanmaya yönelik davranışları saptanmalı,
5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için, eğitim programları düzenleyerek yazılı ve görsel iletişim araçları kullanılmalıdır,
6. Özellikle antihipertansif ilaç kullanan ve ilaç kullandığı halde kan basıncı kontrol altına alınamayan kişilere ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz etkililik algıları değerlendirilip, eğitim ve danışmanlık yapılmalı,
7. Ev ortamındaki yaşlı ile etkili bir iletişim sistemi kurulmalı (telefon, e-posta yolu, yüz yüze görüşme, vb),

8. Düzenli ve sürekli bir kayıt sistemi geliştirilmeli (yaşlının tedavi ve bakım sonuçları, eğitimi, reçete edilen ve edilmeyen ilaçlar listesi, tedaviye uyum süreci,vb),

9. Yaşlının sağlık gereksinimleri ile ilgili endişeleri değerlendirilmeli,

10. Yaşlıya hipertansiyonun ilaçla tedavisi ve hastalıkla ilişkileri açıklanmalı (hipertansiyonun kronik bir hastalık olduğu, ömür boyu tedavi gerektirdiği, nedeni ile birlikte ilaçların düzenli kullanılmasının gerekliliği; tedavinin yararları, sorunlar ve sıkıntıları tartışmalı,vb),

11. Yaşlının günlük yaşamı ile tedavisini birleştirmesine yardımcı olunmalı (yazılı ilaç, diyet, yaşam biçimi değişiklikleri rehberi, düzenli randevu, vb),

12. Yaşlının tedavisi ile ilgili sürekli geribildirim sağlanmalı ve tedavi planı yeniden gözden geçirilmeli,

13. Tedavi uygulamaları basitleştirilmeli ve anlaşılır hale getirilmeli (ilaç dozları, yan etkileri ve tedavinin amacına yönelik yazılı materyaller sağlanmalı; ilaç alımı günlük yaşam aktiviteleri ile birlikte planlanmalı; hekime danışılmadan ilaç değişikliği yapılmamalı, ilaç yaşlının isteğine göre bırakılmamalı, vb),

14. Yaşlı ve birlikte yaşadığı kişilerin tedavi ve bakıma aktif katılımı sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Seçkin B, Bedir S. Geriatrik üriner enkontinansta yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2004 (8):13-290.
2. Yıldırım Y. Bolu il merkezindeki erişkinlerde kronik hastalık prevalansı ve kronik hastalıkla yaşama durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2002.
3. Erdine S, Ecder T, Ayla Ş, Solakoğlu D, Dülger H. Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu, Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu, Tedavi Stratejileri: Yaşam tarzı değişiklikleri. İtalya, 2007, 40-42.
4. Erdem G, Doğru T, Taşçı İ. Yaşlı hipertansiyonuna meta-analitik yaklaşımlar. 5. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya-Türkiye, 6-10 Eylül 2006,60.
5. Kannel WB. Framingham study insights into hypertensive risk of cardiovascular disease. Hypertens Res 1995;18:181-196.
6. Kannel WB. Hypertension as a risk factor for cardiac events—epidemiologic results of long-term studies. J Cardiovasc Pharmacol. 1993;21(2):27-37.
7. Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. Journal of Human Hypertension 2004 (18):545–551.
8. Hymen DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. N Engl J Med 2001;345:479.

9. Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension 2003;21(11):1983-1992.

Erişim: (www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/-19k).
Erişim tarihi:26.05.2009.

10. Kearney PM, Welton M, Reynolds K, Whelton PK. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension 2004(22): 11-19.

11. Arıcı A, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması Özeti: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (Erişim: (<http://www.turkhipertansiyon.org/> - 24k). Erişim tarihi:26.05.2008.

12. Gibiy C.C, Aday A. Prevalans of and risk factors for hypertension in a Rural Area of the Philippines. Journal of Community Health 2000(25)5:389-399.

13. Önal E, Tümerdem E. Yaşlılıkta Hipertansiyon. Turkish Journal of Geriatrics 2001(4): 141-145.

14. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşlar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000(3): 91-97.

15. JNC VII Complete Version. National High Blood Pressure Education Program. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003(42):1206-1252.

16. Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. Journal of Human Hypertension 2004 (18):545-551.

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, 2005.
18. Bennet N. Hypertension in the Elderly. Lancet.1994; 344- 447.
19. McGowan MP, McGowan-Chopra J. The Hypertension Sourcebook. McGraw-Hill Professional Publishers. 2001;235-238.
20. Systolic Hypertension in the Elderly Program(SHEP). Cooperative research group impliotions of systolic hypertension in the elderly program hypertension. JAMA 1991; 21335-343.
21. Düzöz G. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005; 22- 26.
22. Macmahan S, Rodgers A. The effects of antihypertensive treatment trials on vasculer disease reappraisal of the evidence in 1994. J Vasc Med Biol 1993(4):265.
23. Susan A, Oliveria ScD, Roland S, Chen MD, Bruce D, McCarthy MD, Catherine C,Davis, PharmD, Martha N, Hill PhD. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. Journal of General Internal Medicine 2005;20(3):219-225.
24. Moser M, Franklin S. Hypertension management: result of a new national survey for the hypertension education foundation: harris interactive. The journal of Clinical 2007;5(5): 316-326.
25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Racial/ethnic Disparities in Prevalence, Treatment, and Control of Hypertension. United States, 2002;54(1):7-9.

- 26.** Sönmez Y, Bozkurt T, Tanrikulu B, Keskin İ. 65 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007;16(5):70-74.
- 27.** Beşer A. Hipertansiyon tanısı konmuş hastalarda risk faktörlerinin saptanması ve hemşirelik bakımında yer alacak temel ilkelerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 1995.
- 28.** Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri Dergisi 2002;5(4):155
- 29.** Danış MZ. Toplum Temelli Bakım Anlayışı. Özveri Dergisi.
Erişim Adresi:(www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ovttrbakim.htm).
Erişim Tarihi: 11.07.2010.
- 30.** Akdemir N. Evde Bakım: II. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı. Türk Geriatri Vakfı Yayını, Antalya, 2003; 63-65.
- 31.** Bogden PH, Abbot RD, Williamson P, Onopa JK, Koontz LM. Comparing standart care with a phisician and pharmacist team approach for uncontrolled hypertension. Journal of General Medicine 1998;(13):740-745.
- 32.** Grandi AM, Maresca AM, Sessa A, Stella R, Ponti D, Barlocco E, Banfi F, Venco A. Longitudinal study on hypertension control in primary care: The Insubria Study. American Journal of Hypertension 2006; 19(2):140-145.
- 33.** Clark Mj, Curran C, Noji A. The effects of community health nursing monitoring on hypertension. İdentification and Control Public Health Nursing 2000;17(6):452-459.
- 34.** Hacıhasanoğlu R. Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitimin ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyonun yönetimine etkisi. Doktora Tezi, Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007.

- 35.** Galloway RD. Health Promotion: Causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine&Research* 2003;1(3):249-258.
- 36.** Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997.
- 37.** Duyar İ. İnsanda Yaşlılığın Evrimi: Yaşlılık Ne Zaman Başladı? IV. Ulusal Geriatri Kongresi. Antalya, 2005:48-52.
- 38.** Gerberding JL. Healthy aging: preventing disease and improving quality of life among older americans at a glance 2006. Centers for disease control and prevention.
- 39.** Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003; 24(3-4): 1-6.
- 40.** Açıık Y. Yeni mahalle eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaşlıların mediko sosyal sorunları ve yardıma gereksinimleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; (1):28-21.
- 41.** Erbaş S, Tüfekçioğlu O, Sabah İ. Yaşlılık ve Hipertansiyon. *Geriatri Dergisi* 1999;(2):2- 67.
- 42.** Akdemir N, Birol L. Yaşlılık ve Sorunları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003: 180-189.
- 43.** Gökçe Kutsal Y, Bal S. Yaşlılık ve Kadın, Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2003;191-208.
- 44.** Ertuğ E. Yaşlılık Kavramı, Yaşlılıkta Sorunlar. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1996;1-13.

- 45.** Browning M. Geropsychiatric Nursing: Depression, Suicide and Breavement, Missouri, MosbyYear Book, 1995; 117-170.
- 46.** Büyükçöşkun A. Yaşlı bireylerin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1990.
- 47.** Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon: Tanı ve Değerlendirme. Geriatri Dergisi 1999;2(2):76-82.
- 48.** Palabıykoğlu R. Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu, Kriz Dergisi 1992;1(1):26-31.
- 49.** Erdil F, Şenol Ç, Subaşı S, Baybuğa M. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, Ankara, 2004: 59.
- 50.** Fadiloğlu Ç. Yaşlılığın Toplumsal Boyutu. İleri Geriatri Hemşireliği. Meta Basım, 2006;19-33.
- 51.** Kısacık A. Sivas il merkezinde ikamet eden 60 yaş ve üzeri yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumları. Erişim: (<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasliarastirmasi.htm>) Erişim tarihi:20.07.2010.
- 52.** Döner B. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) Ölçeğinin Türkçeye ve Türkiye'ye Uyarlanması, Kızılay Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 65 yaş ve üzeri kişilerin gereksinimlerinin CANE Ölçeği ile belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, 2007.
- 53.** Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu. Yaşlılığa Genel Bakış. Erişim: (<http://www.shcek.gov.tr/yasliliga-genel-bakis.aspx>) (Erişim tarihi:12.07.2010).

54. World Population Prospect: UN, Population Division

Eriřim:(<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2000/annex-tables.pdf>).

Erişim tarihi:14.06.2008.

55. World Health Organization (WHO), The World Health Report 1998, The Changing World.

56. Lynch J. The Cycle of Relocation: One Family's Experience With Elder Care, Topics in Advanced Practice Nursing Journal 2007.

Eriřim:(<http://www.medscape.com/viewarticle/549625?src=mp>)

Erişim tarihi:23.05.2008.

57. Fadıloğlu Ç, Yürekli A, Yılmaz D. Toplumdaki yaşlıların psiko-sosyal yönlerinin incelenmesi. 1992;1-11.

58. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007(2)4.

59. Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılığı Psiko-sosyal Açıdan Gözden Geçirme. Kriz Dergisi 2002;17-29.

60. Güleç M, Tekbaş Ö F. Sağlık Perspektifinden Yaşlılık. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri 1997;17 (6):369-378.

61. World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization,

Eriřim:(http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_124.htm).

Erişim tarihi:20.07.2008.

62. World Population Prospect: (UN, Population Division.

Eriřim:(<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2000/annex-tables.pdf>).

Erişim tarihi:14.06.2008.

- 63.** Brondy JA. Changing Health Needs of the Aging Population. Ciba Foundation Symposium 134, John Wiley & Sons Ltd, Chicester, UK, 1988.
- 64.** Güner P, Güleç Ç. Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi. Turkish J Geriatrics 2002; 5(4): 150-154.
- 65.** Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(3):177-183.
- 66.** Bilir N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. In: Bertan M, Güler Ç. (Ed.) : Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Yayınevi, 2. Baskı, Ankara, 1997;366-368.
- 67.** Ellidokuz H, Ellidokuz E, Uçku R, Aydın Ü. Kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirmesi, Sağlık ve Toplum 2005; 15(2): 40-44
- 68.** Akdemir N, Birol L. Kronik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset; Ankara 2005;193-199.
- 69.** Clemen-Stone S, Eigsti DG, McGuire SL. Comprehensive Family And Community Health Nursing. 3.Edition, Mosby Year Book, St. Louis,1991.
- 70.** Eski S, Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemar-G Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2002;14(1):15-28.
- 71.** Fesci H, Eski S. Koroner arter hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi ve hemşirelik. MN Kardiyoloji Dergisi 2002;9(5):370-73.
- 72.** Rijken M, Kerkhof M.V, Dekker J, Schellevis G.İ. Comorbidity of chronic diseases. Quality Of Life Research 2005;14:45-55.

73. Schlenk E.A, Erlen J.A, Jacob-Dunbar J, Mcdowell J, Engberg S, Sereika S.M. Health-related quality of life in chronic disorders a comparison across studies using The Mos SF-36. Quality Of Life Research 1998;7:57-65.
74. Toros A, Öztekin Z. Health Services Utilization Survey in Turkey. Health Protect General Coordination Unit, Ministry of Health , Ankara, 1995.
75. Yardımcı E. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sorunlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, İstanbul 1995.
76. Tatar M. Geriatri Merkezlerinin Örgütlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı. Ankara, 2002.
77. Arslan G. Yaşlılara verilen eğitimin ilaç kullanım uyumuna etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2003;19.
78. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda Tedaviye Uyum. Turkish J Geriatrics 2006; 9(3):177-181.
79. Frohlich D.E, Cooke P.J. Hipertansif ve Vasküler Hastalıklarda Tedavi. 1.Baskı. Bilimsel Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. Mosby Year Book; London 1998;1-48.
80. Vason RS, Beiser A, Seshadri S. Residual life time risk for developing hypertension in middle-aged women and men. The Framingham Heart Study. JAMA 2002; 237:1003-1010.
81. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27:89-94.

82. Şaşmaz C. T, Buğdaycı R, Tezcan H, Kurt A.Ö. Mersin ilinde 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon farkında olma, tedavi alma ve kontrol durumu: 14 sağlık ocağı bölgesinde 1143 kişiyi kapsayan bir prevalans çalışması. Erişim: <http://www.dicle.edu.tr/halks/m131.htm>.

83. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı: Manisa Örneği. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(4):197-201.

84. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay F.B. Yaşlı nüfusun sosyo-demografik özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(11):199-201.

85. Taşçı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesi'nde 30 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:59-65.

86. Guidelines Committe. European society of hypertension. european society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53.

87. World Health Organization. International society of hypertension writing group, 2003.

88. World Health Organization(WHO) international society of hypertension statement on management of hypertension. J Hypertens, 2003; 21:1983-92.

89. Hoffman Rebecca S, Stroebe Robert J, Kottke T. JNC-7 yüksek kan basınının ötesinde bir şey. JAMA 2003;16(6):401-402.

90. Kaplan N. Toplum Geneline Hipertansiyon. Klinik Hipertansiyon. İstanbul 1998;28-32.

- 91.** Arık N, Korkmaz N. Hipertansiyon. İstanbul, Format Matbaacılık, 1999: 264-267.
- 92.** Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Gren L. Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı Koordinasyon Komitesi. Yüksek kan basıncı önlenmesi, saptanması, değerlendirilmesi, ve tedavisi. JAMA 2003; 16(6):387-400.
- 93.** Oto A. Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2002; 2(2):123-130.
- 94.** MRC Working Party. Medical research clinical trial of treatment of hypertension in older adults, principal results. BMJ 1992;304:405-412.
- 95.** Staessen J, Amary A.A. Forgort R. Isolated systolic hypertension in the elderly. J Hypertension 1990; 8:393-405.
- 96.** Izzo JL. Aging, arterial stiffness, and systolic hypertension. In: Hypertension in the elderly. Prisant M, Humana Press, NJ, 2005;23-34.
- 97.** Hajjar IM, Grim CE, George V, Kotchen TA. Impact of diet on blood pressure and age- related changes in blood pressure in the US population: analysis of NHANES III. Arch Intern Med 2001; 161(4):589-93.
- 98.** Weber MA. Yet more hypertension guidelines: What do they add? J Hypertension 2003;21:1977-1981.
- 99.** Güner İ. 70 yaşın üzerindeki kişilerin kardiyovasküler hastalıklar yönünden incelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 1993.
- 100.** Ooliner CM, Elliott WJ, Gretler ED, Murphy MB. Low predictive value of positive osler manoeuvre for diagnosis pseudohypertension. J. Hum. Hypertension. 1993;7: 65-70.

- 101.** Anzal M, Palmer AJ, Starr J, Bulpitt CJ. The prevalence of pseudohypertension in the elderly. *J. Hum. Hypertension* 1996;10:409-411.
- 102.** Fotherby MD, Putter JF. Reproducibility of ambulatory and clinic blood pressure measurement in elderly hypertensive subjects. *Journal Hypertension* 1993;11: 573-579.
- 103.** Ooi WL, Barrett S, Hassain M. Patterns of ortostatic blood pressure change and their clinical corralates in a frail elderly population. *JAMA* 1997; 277:1299-1304.
- 104.** Masuo K, Mikomi H, Ogihara T. Mechanisms mediating postprandial blood pressure reduction in young and elderly subjects. *American Journal of Hypertension* 1996; 9:536-544.
- 105.** Leonetti G, Zanchetti A. Results of antihypertensive treatment trials in the elderly. *American Journal of Medicine* 2002;11: 41-7.
- 106.** Dağlı N, Arıoğlu S. Geriatrik Popölasyonda Hipertansiyon Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35 (1):7-11.
- 107.** Burt VL, Cutler JA, Higgins N. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hpertension in the adult USA population, data from the Health Examination Surveys. *Hypertension* 1995;26: 60-69.
- 108.** Onat A, Sansoy V. Systolic and diastolic blood pressure relate other risk parameters in weight. *Int J Cardiol* 1998; 63: 295-303.
- 109.** Arıcı M. Hipertansiyon tedavisinde 2004 neler değışti?, neden değışti?. *Türkiye Tıp Dergisi* 2004;11(3):133-144.
- 110.** Büyüköztürk K. Türk Kalp Derneği Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. *Türk Kalp Derneği Arşivi* 2000;28: 331-398.

- 111.** Akalın E. Hipertansiyonda Bireyselleştirilmiş Tedavi. Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basın Yayın, İstanbul 1995: 65-69.
- 112.** Sağlıker Y. Hipertansiyon konusunda hastaların eğitimi ve toplumun bilinçlenmesi. Hipertansiyon ve Modern Tedavisi. Adana 1999:1154-1158.
- 113.** Staab AS, Hodgesl G. Geriatri Essentials of Gerontolgial Nursing. Philefalphia, Lippincott,1996.
- 114.** Akın B, Sevig Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitim (1-2) sertifika eğitim programı geliştirme çalışması- deneyimler ve eğitim programı önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 5 (1): 33-43.
- 115.** Cameron K, Gregür F. Chronic Illness and Compliance. Journal of Advanced Nursing 1987;12: 671-676.
- 116.** Oakeshott P, Kerry S, Austin A, Cappuccio F. Is there a role for nurse-led blood pressure manangement in primary care? Family Practice 2003;20(4):469-473.
- 117.** Pender N. J, Walker N. S, Sechrst R. K, Strombog F. M. Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research 1990; 39 (6): 326-332.
- 118.** Pender N. J. Expressing health through lifestyle patterns, Nursing Science quartely. 1989;11:115-
- 19.**Pender N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, Second Ed, California, 1987.

- 120.** Pender N.J, Barkauskas V.H, Heyman L. Health Promotion and Disease Prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nurs. Outlook, 1990; 40(3):106-120.
- 121.** Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company. 2000.
- 122.** Tabak RS. Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara 2000;1-2.
- 123.** Pholank C. Determinant of Health Promotive Behavior; A. Review of Current Research. Nursing Clinic North America, 1991.
- 124.** Delaney F.G. Nursing And Health Promotion: Conceptual Concerns. Journal of Advanced Nursing 1994(20):828-835.
- 125.** Lakin J.A. Self- care health: Locus of control and health value among faculty woman. Public health nursing 1988;5(1):37-44.
- 126.** Lusk J, Kerr M, Renis D. Health promoting life-styles blue-collar skilled trade and white collar workers. Nurs. Res. 1995;4(1):20-25.
- 127.** Walker N.W, Madeleine J.K, Pender N.J. A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. Nurs. Res. 1990;39(5):268-272.
- 128.** Redland A.R, Stuijbergen A. K. Strategies for maintenance health promoting behaviors. Adv. Clin. Nurs. R. 1993: 28-427.
- 129.** Stromborg M. F, Pender N.J, Walker S.N. Determinants of health promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. Soc. Sci.Med. 1990;31(10):1119-1168.

- 130.** Walker S.N, Secherist K.R, Pender N.J. The Health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs. Res. 1987;36(2):76-80.
- 131.** Battorf JL, Johnson JL. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research 1996;45(1):30-36.
- 132.** Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6.Basım, 1995;421-453.
- 133.** Spellbring M. Nursing Role in Health Promotion. Nursing Clinic North America, 1991;26(4): 805-813.
- 134.** Longemo P, Volden C. The Relationship Of Age, Gender And Exercise Practices To Measure Of Health, Lifestyle, Self Esteem. Nurs.Res 1990;3(1)20-26.
- 135.** Potter P.A, Perry A.G. Basic Nursing a Critical Thinking Approach. Fourth Edition, Mosby, 1999.
- 136.** Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 1999;12(15).
- 137.** Bulpitt C, Rajhumar C, Beckett N. Hypertension and The Elderly, Clinician's Manuel, Science Pres 1999;120-130.
- 138.** Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, Cruz-Troca J et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. Journal of Hypertension 2002;20:2157-64.
- 139.** Prencipe M, Casini A.R, Santini M, Ferretti C, Scialfaferri N, Culasso F. Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly:results from a population survey. Journal of Human Hypertension 2000;14:825-30.

- 140.** Van Rossum C. T. M, Van de Mheen H, Witteman J. C. M, Hofman a, Mackenbach J. P, Grobbee D. E. Prevalance,treatment, and control of hypertension by sociodemograohic factors among the dutch elderly. Hypertension 2000;35:814-21.
- 141.** Çöl M, Özyurda F. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. Ankara Tıp Mecmuası, 1992;45:247-262.
- 142.** Ataman A.Erzurum İli İspir ilçesindeki hipertansiyon hastalarının beslenme alışkanlıkları temel alınarak yaşam tarzı faktörlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007.
- 143.** Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine başvuran esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyon arasındaki ilişkinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 1995.
- 144.** Boylu Ö.Niğde ili Kemerhisar Kasabasındaki 40 yaş ve üzeri populusyonda hipertansiyon prevalansı ve farkındalık durumu. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2006.
- 145.** WHO: Publication Health Report. The ‘new’ old age. challenging the myths of aging. report of sixth annual confernce of regions for health network, katowice, Poland, 2-3 oct 1998. WorldHealth Organisation, Regional Office for Europe, 1999.
- 146.** Gözüm S,Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. Türk Geriatri Dergisi 2003;6(1): 14-21.
- 147.** Koçoğlu G, Sümer H, Polat H, Özdemir L, Nur N, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezindeki yaşlılarda bazı kronik hastalıkların görülme sıklığı. 7. Halk Sağlığı Günleri Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir,2001;10-12.

- 148.** Biçer S. 60 ve üstü kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu. Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas 1996.
- 149.** Suzuki M , Ohyama N , Yamada K, Kanamari M. The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. Nursing and Health Sciences 2002; 4:155-161.
- 150.** Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. Çamdibi 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan yaşlılarda yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı, 7. Halk Sağlığı Günleri, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir, 2001.
- 151.** Güven D. Nevşehir il Merkezinde 65 yaş ve üzeri bireylerde tanı konulmuş kronik hastalık prevalansı, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2003.
- 152.** Strelec M.A, Pierin A.M.G. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arq Bras Cardiol. 81:349-354.
- 153.** Çetin İ. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalıklarına ilişkin bilgileri ve tedaviye uyum durumları, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2004.
- 154.** Miller N.H, Hill M.N. Nursing clinics in the management of hypertension. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2000;409- 414.
- 155.** Türk Eczacılar Birliği (2001). Türkiye'de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Raporu Dizisi:3.

- 156.** Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, McCant F, Oddone EZ. Nurse administered telephone intervention for blood pressure: a patient- tailored multifactorial intervention. *Patient Education and Counseling* 2005;57(1):5-7.
- 157.** Çakır H. Hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin sağlık davranışları ve hipertansiyon yönetimine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
- 158.** Gögen S, Özdemir Y. Birinci basamak sağlık kuruluşunda hipertansif hastaların takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4(1):8-15.
- 159.** Drevenhorn A, Kjellgren K I, Bengtson A. Outcomes following a program for lifestyle. *Journal of Clinical Nursing* 2007;7(16):144-151.
- 160.** Pena GC, Thorogood M, Armstrong B. Pragmatic randomized trial of home visits by nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *International Journal of Epidemiology* 2001;30(6):1485-1492.
- 161.** Cooper, H, Boot K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Education and Counseling*, 2001;44:107-117.
- 162.** Neziroğlu, Ü. Primer Hipertansiyonlu hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri. *Hemşirelik Programı Yüksek Lisansı*. 1986;46.
- 163.** Litaker, D., Mion, L.C., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N., Grolkıs, J. (2003). Physician –nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on cost, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*. 17(3):223-237.
- 164.** Primary Prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from the national high blood pressure education program. NIH publication 2002; 02-5076.

- 165.** Grimm R.H, Grandits G.A, Cutler J.A, Stewart A.L, Mcdonald R.H, Svendsen K, Prineas R.J, Liebson P.R. Relations of Quality of Life Measures to Long- Term Lifestyle and Drug Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Arch Intern Med. 1997;157(6):638-648.
- 166.** Hacıoğlu N. Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 yaş ve üzerindeki nüfusta hipertansiyon prevalansı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 1995.
- 167.** Apel LJ. Lifestyle Modification as a Means to Prevent and Treat High Blood Pressure. J Am Soc Nephrol 2003;14: 99–102.
- 168.** 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.
- 169.** Yalçın M.B. Edirne ilinde hipertansiyon prevalansı ve eşlik eden etyopatolojik risk faktörleri. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2002.
- 170.** Cutler J.A, Stamler J. Prevention of hypertension. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 1999, 274-278.
- 171.** Mancia G, Sega R, Milese C, Cesana G, Zanchetti A. Blood pressure control in the hypertensive population. Lancet, 1997;349:454-457 Baltimore, 1999, 274-278.
- 172.** Enç N, Yagat Z, Oğuz S. Türk Kardiyoloji Derneği: Kalp Yetmezliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon. Akgün Matbaacılık, 2003;77-93.
- 173.** Özdemir Ü. Hipertansiyonlu bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.

174. Sertçelik E. Üniversiteli gençlerin sağlık davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1999.

175. Matossorin JE, Black JM. Medical Surgical Nursing, 5.Th Edition, Wb Sounder Comphany Philedelphia Pansilvania, 1997.

EK-1

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bu çalışma hipertansiyonu olan yaşlıların farkındalıkları ve evde bakım uygulamalarını belirlemek ve sonrasında hemşirelik bakımlarına yardımcı olabilmek amacıyla planlanmıştır.

Hipertansiyon en sık yaşlılarda görülen belirti, tedavi, bakımı ve kontrol altına alınmadığında oluşan etkileri ile en fazla yaşlının sağlık kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran kronik bir hastalıktır. Hastalığın kontrol altına alınması ve oluşabilecek etkilerin önlenmesi için yaşlının hipertansiyon hastalığının farkında olması, istenilen yaşam biçimi değişikliklerini uygulaması ve aralıklı kontrollerine gitmesi istenmektedir.

Size araştırmada sosyo- demografik özellikleriniz, hipertansiyon hastalığınıza ilişkin özellikler ve hipertansiyonunuzu kontrol altına tutmak için yaptığınız uygulamalar gibi sorular sorulacaktır. Araştırmaya katılma kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru ve anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmamaya tümüyle özgürsünüz ve araştırmaya başladıktan sonra devam etmeme hakkına da sahiptir. Bu çalışmaya katılmamanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki bakımınızı etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında elde edilen veriler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adı ve Soyadı:

İmza:

EK-2

Soru Formu

Anket no: _____

BOLU VALİLİĞİ YAŞLI MERKEZİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERİN HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE EVDE BAKIM UYGULAMALARINA İLİŞKİN SORU FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma 65 yaş ve üzerindeki hipertansiyonu olan kişilerin farkındalıkları ile tedavi ve bakımına yönelik evde yaptıkları uygulamaları belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elde edilen verilerin sonuçları hipertansiyonu olan yaşlıların bakım ve tedavi hizmetlerinde kullanılacağı için sorulara doğru cevaplar verilmesi önemlidir.

Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Mahalle	
Cadde /Sokak	
Site/ Hane No.	
Telefon	

GÖRÜŞME SONUCU:

1. Görüşme yapıldı.
2. Reddetti.
- 3 .Yarım kaldı.
4. Görüşme yapmaya uygun kimse yok.
5. Burası konut değil.
6. Böyle bir adres yok.
7. Diğer.....

Görüşme Tarihi:/...../..... Görüşmeci Adı Soyadı:

A. SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

1. Adınız ve soyadınız:

2. Kaç yaşındasınız?

3. Doğum tarihi:/...../.....
(gün) (ay) (yıl)

4. Cinsiyeti:

☐ Kadın ☐ Erkek

5. Medeni durumu:

☐ Evli ☐ Dul ☐ Ayrı yaşıyor / Boşanmış ☐ Bekar

6. Eğitim durumu:

☐ Okur-yazar ☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul
☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

7. Sağlık güvencesi:

☐ Var ☐ Yok

8. Bu güvence kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyor musunuz?

☐ Evet
☐ Hayır (nedeni).....

9. Evde kaç kişi ile birlikte yaşıyorsunuz?

10. Birlikte yaşadığınız kişiler kimler?

☐ Yalnız ☐ Eşi ile birlikte ☐ Ailesi ile (eşi, çocukları)
☐ Aile dışında birileri ile (akraba)
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

11. Geliriniz giderinizi karşılamaya yeterli mi?

☐ Yeterli ☐ Yetersiz ☐ Bilmiyorum

12. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

13. Evet ise, nedir?

- ☐ Tam zamanlı çalışma, haftada 40 saat ve üstü
☐ Kısmen çalışma, haftada 40 saatten daha az
☐ İşsiz, işten çıkarılmış ve iş arıyor
☐ İşsiz ve iş aramıyor
☐ Evde çalışıyor
☐ İş yapamayacak durumda, sakat
☐ Diğer (Lütfen

belirtiniz).....

.....

B. HİPERTANSİYON HASTALIĞINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ VE HİPERTANSİYON FARKINDALIK DURUMLARI

14. Doktor yada hemşire sizde hipertansiyon olduğunu söyledi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

15. Evet ise, ne kadar süredir sizde hipertansiyon var?

.....

16. Sizde hipertansiyon olduğu nasıl fark edildi?

- ☐ Rutin kontrol sırasında ☐ Acilde ☐ Rastlantı sonucu
☐ Diğer

17. Hipertansiyon nedir, biliyor musunuz?

- ☐ Evet, ise
☐ Hayır

18. Doktor yada hemşire size normal kabul edilen tansiyon değerlerini söyledi mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum

19. Eğer söyledi ise, sistolik (büyük) tansiyonunuz kaç olmalı?

- ☐ >140
- ☐ 140
- ☐ <140

20. Eğer söylediyse, diyastolik (küçük) tansiyonunuz kaç olmalı?

- ☐ >90
- ☐ 90
- ☐ <90

21. Sizce tansiyonunuzu kontrol altında tutmak ne demektir?

.....
.....

AÇIKLAMA: Hipertansiyonun kontrol altında olması, aralıklı ölçülen sistolik kan basıncının (büyük tansiyonun) 140 mmHg, diastolik kan basıncının (küçük tansiyonun) 90 mmHg altında olması demektir.

22. Doktor/ hemşire hipertansiyonunuzu kontrol altına almak için neler yapmanızı söyledi?

(birden çok seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Diyet
- ☐ Egzersiz
- ☐ Tuz alımının kısıtlanması
- ☐ Alkol alımının bırakılması
- ☐ Sigaranın bırakılması
- ☐ Stresin azaltılması
- ☐ İlaç

23. Hipertansiyonu olan bir kişi hastalığını kontrol altında tutabilir mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (26. soruya geçin)
- ☐ Bilmiyorum (26. soruya geçin)

24. Evet ise, hangi uygulamalarla hipertansiyonu kontrol altına alabilirler?

.....

25. Sizce bu uygulamaların hangisi en önemlidir?

.....

26. Tansiyonunuzun yükseldiğini hissediyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır (30. soruya geçin)

27. Son bir ay içerisinde kaç kez tansiyonunuzun yükseldiğini hissettiniz?

.....

28. Tansiyonunuzun yükseldiğini nasıl anlıyorsunuz?

☐ Ense- baş ağrısı

☐ Kulak çınlaması

☐ Bulantı- kusma

☐ Yürümede bozukluk- denge kaybı

☐ Diğer

29. Tansiyonunuz yükseldiğinde hangi uygulamaları yapıyorsunuz?

☐ İlaç içme

☐ İstirahat etme

☐ Limonlu su içme

☐ Sarımsak yeme/yutma

☐ Diğer.....

30. Son 6 ay içinde hipertansiyon hastalığınız nedeniyle acile başvurunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

31. Son 6 ay içinde hipertansiyon hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

32. En son ölçülen tansiyonunuzun kaç olduğunu biliyor musunuz?

☐ Evet ise, ...mm/Hg

☐ Hayır (34. soruya geçin)

33. Sizce son ölçülen tansiyonunuzun nasıldı?

☐ Düşük

☐ Normal

☐ Yüksek

34. Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş) hipertansiyonu olan var mı?

- ☐ Var ☐ Yok ☐ Bilmiyorum

35. Tedavi görmenizi gerektiren başka bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet (belirtiniz:)
☐ Hayır

36. Sizce hipertansiyon nasıl bir hastalıktır?

.....

37. Sizce hipertansiyon ömür boyu süren bir hastalık mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

38. Sizce hipertansiyon başka hastalıklara da neden olur mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır (Diğer bölüme geçin)
☐ Bilmiyorum(Diğer bölüme geçin)

39. Hangi hastalıklara neden olur?

.....

C. HIPERTANSİYON TEDAVİ VE BAKIMINA İLİŞKİN YAŞLILARIN EVDE YAPTIKLARI UYGULAMALAR

40. Sizce son bir haftadaki sağlığınız nasıl?

☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü Diğer:

41. Hipertansiyon sağlığınızı etkiliyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır (42.soruya geçin)

42. Evet ise, nasıl etkiliyor?

.....

43. Hipertansiyon hastalığına ilişkin daha önce eğitim aldınız mı?

☐ Hayır (46. soruya geçin)

☐ Evet

(neler?.....)

44. Eğitimi kimden aldınız ?

☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Diğer

45. Aldığınız eğitim sizce yeterli mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

46. Hipertansiyonunuz için ilaç kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

47. Hipertansiyonunuzu kontrol altına almak için ilaçlarınızı düzenli kullanmak önemli mi?

☐ Evet ☐ Hayır

48. Kullandığınız ilacın adını biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

49. Kullandığınız ilacın adı nedir?

.....

50. İlacınızı sürekli kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır, ise nedeni

51. Tansiyon ilacınızı hiç bıraktınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

52. Evet ise bırakma nedeniniz nedir?

☐ Doktorumun isteği ile

☐ Kendi isteğim ile

☐ Diğer

53. Hipertansiyonunu kontrol altına almak için yaşam biçimini değiştirmeniz konusunda eğitim aldınız mı ?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

54. Hipertansiyonunuzu kontrol altına almak için yaşam biçimini değiştirdiniz mi?

☐ Evet (neleri değiştirdi?

.....)

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

55. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?

☐ Hiç içmemiş

☐ Halen İçiyor

☐ İttim ve bırakmış

56. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

☐ Hiç kullanmamış

☐ Halen kullanıyor

☐ Kullanmış ve bırakmış

57. Kahve içime alışkanlığınız nasıldır?

☐ İçmiyorum

☐ İçiyorum

58. Doktor yada hemşire tarafından egzersiz önerildi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

59. Egzersiz yapıyor musunuz?

- ☐ Evet (hangi egzersiz.....)
☐ Hayır

60. Yapıyorsanız ne kadar süre, ne sıklıkta yapıyor sunuz?

- ☐ Ara sıra/ bazen/ aklıma geldikçe
☐ Haftada 1
☐ Haftada 2-3 kez
☐ Her gün

61. Doktor yada hemşire diyetinize dikkat etmenizi söyledi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

62. Hipertansiyonunuz kontrol altında tutmak için diyetinize dikkat eder misiniz?

- ☐ Evet (neler?)
☐ Hayır

63. Diyetin hipertansiyonu kontrol altına tutmada etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır (65. Soruya geçin)

64. Diyet, nasıl etki ederek hipertansiyonu düşürür?

- ☐ Hipertansiyonu kontrol altında tutmak
☐ Kilo vermek
☐ Kilo almak
☐ Sağlıklı beslemek

65. Yemeklerinize tuz katıyor musunuz?

- ☐ Hayır
☐ Evet (nasıl ve ne kadar?)

66. Hipertansiyon kontrolü için doktora/sağlık kuruluşuna gidiyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet (hangi sıklıkta:)

67. Hipertansiyon kontrolüne düzenli olarak gidiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

68. Neden?

.....
.....

69. Hipertansiyon kontrolü (tedavi, bakım, ilaç değişimi,vb) için nereye başvuruyorsunuz?

☐ Sağlık ocağı

☐ Hastane

☐ Özel poliklinik / muayene

☐ Diğer:

70. Son 6 ay içinde kaç kez kontrole gittiniz?

.....

71. Hangi sıklıkta tansiyonunuzu ölçtürüyor sunuz?

.....

72. Nerede ölçtürüyorsunuz ?

☐ Evde

☐ Sağlık ocağında

☐ Komşuda

☐ Hastanede

EK-3

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Aşağıda şimdiki yaşam tarzının veya alışkanlıklarının hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim.				
2.Sağlığım ile ilgili değişiklikleri farkeder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendimi rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucunun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle iyimserlikle bakarım.				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde geliştiğini fark ederim.				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				

13.Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak 3 öğün yemek yerim.				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketleri okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21.Geleceğe ümitle bakarım.				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm .				
26. Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk. zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman				

kişilerle tartışırım .				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım .				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu (protein, yağ, karbonhidrat, protein) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşerim.				
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38.Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme, gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39.Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40.Yatarken mutlu, hoş, düşüncelerle yoğunlaşıyorum.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum .				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda				

sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43.Vücudumu en az 6 ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				



T.C.

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU BAŞKANLIĞI
BOLU

Sayı: 2010/ 51
Konu: Sonuç

22.09/2010

Sayın Prof .Dr. Feray GÖKDOĞAN
Bolu Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı Öğretim Üyesi

AİBÜ Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu tarafından değerlendirilen 2010/13 no.lu
“Bolu Valiliği Yalı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve
evde bakım uygulamaları” isimli çalışmanız etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.


Prof .Dr. Nimet KABAĞUŞ
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu Başkanı

**BOLU VALİLİĞİ YAŞLI MERKEZİ (BOVYAM)
KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

10 Ocak 2010

Sayın Ayşegül OKAN
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğrencisi

İlgi: 8 Ocak 2010 tarihli dilekçeniz.

Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi (BOVYAM) Koordinatörlüğüne 8 Ocak 2010 tarih ile başvurduğunuz “Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hipertansiyon Farkındalığı ve Evde Bakım Uygulamaları” konulu çalışmanızı BOVYAM’a kayıtlı yaşlılar ile yapmanız uygun bulunmuştur.

BOVYAM’da çalışma kurallarına uyacağınıza, başvuruda bulunduğunuz araştırmada belirttiğiniz soru formu, anket ve uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapmayacağınız onayınız ile gerekli çalışmayı yapma izni verilmiştir.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diler, gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN
BOVYAM Koordinatörü