

48440

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi: Yard. Doç. Dr. Birsen YÜRÜGEN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
HİPERTANSİYON POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ESANSİYEL
HİPERTANSİYONLU HASTALARIN YAŞAM TARZI FAKTÖRLERİ
İLE HİPERTANSİYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

SERAP TUNA

İstanbul - 1995

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
BULGULAR.....	28
TARTIŞMA.....	39
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
ÖZET.....	49
SUMMARY.....	50
KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	55
ÖZGEÇMİŞ.....	62

TEŞEKKÜR

Çalıőmam sırasında büyük desteğini gördüğüm; Sayın Yard. Doç. Dr. Birsen YÜRÜGEN'e, Doç. Dr. Zehra DURNA'ya,

Hipertansiyon polikliniğinde çalışmama destek veren; Sayın Doç. Dr. Armaęan TUĞRUL'a,

İstatistiksel değerlendirmede katkılarından dolayı; Sayın Öğr. Gör. İlknur DİNDAR ve Öğr. Gör. Nesrin TURAN'a,

Kitapçak için karikatürleri çizen; Onur UZGÖR'e,

Tezin yazılmasında özenle çalışan; Aktif Bilgisayar'a,

Herzaman desteği ile yanımda olan; aileme özverili ve değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

GİRİŞ

Hipertansiyon, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar, gelişmekte olan ülkelerde de hem görülme sıklığı hem de neden olduğu komplikasyonlar bakımından önemli bir toplum sağlığı problemidir (5,14, 20, 35).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre hemen bütün ülkelerde yapılan tarama sonuçları erişkin popülasyonunun %15-25 kadarında kan basıncının yüksek olduğunu göstermiştir (18). Bu ortalama değer bazı topluluklarda %8'lere kadar inerken bazı topluluklarda %30'lara kadar çıkabilmektedir (5).

1970'li yıllarda gelişmiş ülkelerde başlatılan epidemiyolojik çalışmalar (Framingham Çalışması gibi) hipertansiyonun koroner kalp hastalığı ve serobrovasküler hastalıkların oluşmasında önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (4, 8, 13, 14).

Amerika, İsveç, Kuzey Japonya gibi ülkelerde toplumun %30'u gibi büyük bir kesimini etkileyen hipertansiyon, başlangıçta belirti vermemekte, çoğunlukla kolaylıkla tedavi edilebilmekte, koruyucu önlemler ve/ veya ilaçla tedavi edilmediğinde ise kalp hastalıkları, beyin kanamaları, böbrek yetersizliği, retina ve periferik damarlarda ciddi komplikasyonlara yol açarak hem hasta hem ülke açısından önemli maddi ve manevi kayıplara sebep olmaktadır. Hipertansif hastaların yaklaşık dörtte üçü, bu hastalığın komplikasyonları nedeniyle erken olarak kaybedilmektedirler (5, 7, 11, 14).

DSÖ, önlenabilir hastalıklar arasında tammladığı hipertansiyon konusundaki çalışmalarını 1983'te Hypertension Research Action Programme (HYRAP) ile MONICA, Hypertension Andit Project ve CINDI projeleri kapsamında sürdürmektedir (18).

Son yirmi yılda birçok ülkede hipertansiyon sıklığını, oluşumunda etken olan faktörleri araştırmak, toplumun bu konuda bilinçlenmesini sağlayarak tam konmamış ve tedavi edilmemiş olguların sayısını azaltmak amacıyla yaygın tarama ve eğitim çalışmaları gerçekleştirmiştir (14, 21, 44).

Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği tarafından 1993 yılında ülkemizin çeşitli bölgelerinde hipertansiyonun sıklığını, etki eden faktörleri incelemek amacıyla yurt çapında çalışmalar yapılmıştır. Alınan sonuçlar değerlendirildiğinde, Ülkemizdeki kadınların %20'sinde, erkeklerin %17'sinde sistolik kan basıncı değerlerinin yüksek, kadınların %32'sinde, erkeklerin %33'ünde diastolik kan basıncı değerlerinin normalin üstünde olduğu saptanmıştır (14).

Yapılan çalışmalar, hipertansiyon ile çeşitli epidemiyolojik faktörler arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu faktörler, fazla tuz alımı, obezite, aşırı alkol tüketimi, fiziksel inaktivite, stres, kişilik yapısı, heredite, yaş, cins, sosyo-ekonomik durum, psiko sosyal faktörler olarak sayılabilir (5, 11, 24, 35, 37, 38).

Hipertansiyon gelişimiyle direkt olarak ilgili yaşam tarzı (stili) faktörleri ise; obezite, aşırı alkol tüketimi, fazla tuz (NaCl) alımı ve fiziksel inaktivitedir (5, 10, 26, 35, 39).

Friedman ve Roseman'ın çalışmalarının sonuçlarında, A tipi kişilik yapısı olanların B tipi kişilik özellikleri gösterenlere kıyasla kalp damar hastalıklarına yakalanma riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (3).

Bu yaşam tarzı faktörlerini iyileştirmeye ve A tipi kişilik yapısına yönelik yapılacak davranışsal danışmanlık programları aynı zamanda hipertansiyon insidansını ve onun komplikasyonlarına bağlı ölüm oranlarını azaltacaktır.

Bu çalışma; Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine başvuran esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyonları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla düzenlenmiş olup, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam şekli değişikliklerini içeren rehber kitapçık hazırlayarak bu konuda hipertansif hastaların eğitimine katkıda bulunmaktadır.



GENEL BİLGİLER

Arteryal kan basıncı, kalp atım volümünü ile total periferik direnç arasında meydana gelen bir olaydır. Kalp atım volümünü veya total periferik dirençteki artış ya da her ikisinin birlikte artması arteryal kan basıncını yükseltir (1, 7, 9, 35, 47). Arteryal kan basıncını oluşturan bu faktörler aşağıda gösterildiği gibi formüle edilebilir (13):

Ortalama Arter Kan Basıncı: Kalp Atım Volümü x Total Periferik Direnç

Tanım

Hipertansiyon, arteryal kan basıncının sürekli olarak yükselmesiyle karakterize bir kalp damar hastalığıdır. DSÖ'nün belirlediği ölçütlere göre sistolik kan basıncının (SKB) 140mmHg'nin ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg'nin üzerinde bulunması "Hipertansiyon" olarak tanımlanmaktadır (5, 13, 20, 50).

Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Günümüzde hipertansiyon değişik şekillerde sınıflandırılmaktadır. Bunlardan birisi de etyolojik ve klinik yönden yapılan sınıflandırmadır (3, 5, 11).

A. Etiyolojik Sınıflandırma (4, 6, 13, 35, 50).

I. Esansiyel (primer, idiopatik) hipertansiyon

II. Sekonder hipertansiyon

- Renal hastalıklar (glomerulonefrit gibi),

- Endokrin hastalıklar (Cushing sendromu gibi),
- Kardiyovasküler hastalıklar (aort koarktasyonu gibi),
- Merkezi sinir sistemi hastalıkları (ensafalit gibi),
- Gebelik toksemisi (eklampsi gibi),
- İlaça bağlı (oral kontraseptifler gibi) (3, 11).

B. Klinik Sınıflandırma

I.Kan basıncı değerlerine göre yapılan sınıflandırma:

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hipertansiyon Derneği'nin 18 yaşın üstündeki erişkinlerde, AKB'nın yüksekliğine göre hipertansiyon sınıflandırması.

<u>AKB Sınıfı</u>	<u>SKB (mmHg)</u>	<u>DKB (mmHg)</u>
<i>Normal</i>	<140	ve <90
<i>Haft HT</i>	140 - 180	ve / veya 90-105
<i>Alt grup</i>		
<i>Sınırdan HT</i>	140 - 160	ve / veya 90 - 95
<i>Orta ve ağır HT</i>	>180	ve / veya >105
<i>İzole sistolik HT</i>	>160	ve <90
<i>Alt grup</i>		
<i>Sınırdan izole sistolik HT</i>	140 - 160	ve <90

(Summary of 1993 World Health Organisation- International Society of Hypertension Guidelines For The Management of Mild Hypertension, *BMJ*, 307:1542, 1993).

II. Tipine göre (6, 50):

1. Sistolik Hipertansiyon.

2. Diastolik hipertansiyon.

III. Organ hasarının derecesine göre yapılan hipertansiyon sınıflandırması:

Tablo 2. Organ Hasarının Derecesine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

EVRE	BULGULAR
I	Organik değişiklikler gösteren herhangi bir objektif belirti yoktur.
II	Organ hasarına ait aşağıdaki bulgulardan en az biri mevcuttur; <ul style="list-style-type: none"> ● Sol ventrikül hipertrofise, ● Retinal arterlerin fokal veya generalize daralması, ● Proteinüri veya plazma kreatinin düzeyinde hafif artış (1.2-2.0 mg/100 ml olması), ● Ateroskleroz plaklarını (karotis, aorta, iliak ve femoral arterlerde) gösteren radyolojik veya ultrasonografik kanıtların olması.
III	Organ hasarı sonucu oluşan aşağıdaki semptom ve bulgular mevcuttur; <ul style="list-style-type: none"> ● Angina pectoris, myokard enfarktüsü, kalp yetmezliği. ● Geçici iskemik atak, inme, hipertansif ensefalopati. ● Papilla ödemi ile birlikte olan veya olmayan retinal kanama ve eksudalar. ● Plazma kreatinin düzeyinin 100 ml'de 2.0 mgr'ı aşması, böbrek yetmezliği. ● Dissekan anevrizma, semptomatik arteriyel tıkaçıcı hastalık.

(Summary of 1993 World Health Organisation- International Society of Hypertension Guidelines For The Management of Mild Hypertension, BMJ, 307:1543, 1993).

ESANSİYEL HİPERTANSİYON

Genel hipertansiyon sınıflandırılmasında en büyük sırayı alan hipertansiyon tipi olup, hastaların %90-95'inde esansiyel hipertansiyon mevcuttur (4, 5, 7, 13, 20).

Esansiyel hipertansiyon başlı başına bir hastalık değil, kan basıncının yükselmesine sebep olan birçok mekanizma veya faktörün birlikte etki etmesiyle ortaya çıkan klinik bir sendromdur (9, 13, 20, 35).

Esansiyel hipertansiyon oluşumunda sorumlu mekanizma ya da mekanizmaları ortaya çıkarmadaki esas güçlük, arteriyel basınçtan sorumlu değişik sistemlerin olmasıdır. Bu sendromun etyolojisi ve patogenezi kesin olarak açıklanamamıştır (1, 9, 13, 20, 34).

Kan basıncının normal sınırlarından sapma yaratan faktörler (1, 5, 6, 20, 50):

- Periferik damar direnci artışı.
- Kalp debisi artışı.
- Plazma renin ve anjiotensin II düzeyi artışı.
- Mineralokortikoidlerin (aldesteron) artışı; böbreklerden su ve tuz tutulmasının artışı (normalde kan basıncı artınca su ve tuz atılır).
- Aşırı tuz alımı ile birlikte tuza duyarlılık olması.
- Bazal sempatik aktivitenin artması (hiperkinetik sirkülasyon).
- Strese karşı patolojik yanıtlar (kana katekolamin salınması).
- Vazodilatör maddelerin (prostaglandinler, kininler) olmayışı.
- Voltüm artışı ile birlikte vazokonstriksiyon.
- Epidemiyolojik faktörler.

Yapılan araştırmalar sonucunda, hipertansiyon ile çeşitli epidemiyolojik faktörler arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (5, 6, 18, 39).

Epidemiyolojik araştırmalar, genetik ve çevresel faktörlerin esansiyel hipertansiyonun oluşumunda % 30-70 gibi önemli derecede rol oynadığını göstermiştir.

Bunlar; değiştirilemeyen ve değiştirilebilir faktörler olarak iki bölüme incelenebilir.

Değiştirilebilir faktörler yaşam tarzı faktörleri olarak da adlandırılmaktadır (4, 6, 7, 9, 13, 20, 23, 26, 44)

A.Değiştirilemeyen faktörler

- Kalıtım ve ateroskleroz
- Yaş ve cins
- Irk

B.Değiştirilebilir faktörler

- Aşırı tuz alımı
- Obesite

- Aşırı alkol tüketimi
- Fiziksel inaktivite
- Stres ve kişilik yapıları
- Sigara
- Hiperkolesterolemi

A. Değiştirilemeyen Faktörler

• Kalıtım ve ateroskleroz: Genetik yatkınlık hipertansiyon için potansiyel bir risktir. Esansiyel hipertansiyonu olan hastaların %70'inde genetik faktörlerin rol oynadığı kanısı hakimdir (1, 3, 20).

Hipertansiyon, insanlarda yaşlanmanın doğal bir sonucu olan, arterlerde ve arteriollerdeki aterosklerozun gelişimini hızlandırır (1, 35, 47). Ateroskleroz, büyük ve orta çaplı arterlerin iç yüzeylerinde aterom plağı denilen kolesterol, yağlar ve kalsiyum birikimi ile oluşan bir bozukluktur. Ateroskleroz yaş ile ilişkilidir. Yapılan klinik çalışmalarda; aterosklerozun çocukluk yaşlarından itibaren oluşmaya başladığı saptanmıştır (1, 11, 13, 20, 47).

Yapılan klinik ve deneysel çalışmalarda, insanda ve deney hayvanlarında aterosklerozla birlikte görülen hastalık hipertansiyondur (17, 35, 47). Hipertansiyonlu hastalarda, koroner aterosklerotik kalp hastalığı insidansı, normal kişilere oranla iki kat daha fazladır. Tam açıklık getirilememesine rağmen aterosklerozun kalıtımla ilgisi olduğu düşünülmektedir (17, 20, 35).

Tansiyonu yüksek anne ve babaların çocuklarında erişkin yaşlarda hipertansiyon gelişmesi şansının, normotensif anne ve babaların çocuklarına oranla daha yüksek olduğu 50 yıl kadar önce gösterilmiştir. Ebeveynlerin herikisinin de hipertansiyonlu olması halinde 14-39 yaşları arasındaki çocukların %50'sinde ebeveynlerden yalnız birinde hipertansiyon bulunması halinde %30'unda hipertansiyon geliştiği tespit edilmiştir (13, 23).

Hipertansiyonun bu ailevi karakteri, onun mutlaka herediter bir hastalık olduğunu kanıtlamaz. Nitekim Framingham Çalışması, akraba olmayan eşler arasında da kan basıncı yükseklik derecesi bakımından anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu göstermektedir. Bu çalışma paylaşılan ortak çevre etkenlerinin de rolü olabileceğini düşündürmektedir (13).

Anne ve babada belirgin bir genin veya genlerin çocukta kan basıncını belirleyici olabildiği kanıtlanmış değildir. Ancak hipertansif hastaların eritrosit membranlarında sodyum ve kalsiyum katyon transport defektleri saptanmıştır. Bu defektin büyük olasılıkla arteriyoler kas hücrelerinde de bulunduğu şeklinde teoriler ileri sürülmektedir (4, 20, 23, 27).

• Yaş ve Cins: Hipertansiyon prevalansı 55-64 yaşları arasında yüksektir ve hipertansiyona bağlı morbidite ve mortalite oranları ilerlemiş yaş gruplarında düzenli olarak artar (5, 6, 13, 35).

Hipertansiyon prevalansı yaşla ilişkilidir, sıklık yaş ilerledikçe artar. Hipertansiyon, 40'lı yaşlarda %10 dolayında görülürken, 60 yaş ve üzerindeki grupta iki kişiden birisi hipertansif bulunmaktadır (5).

Pek çok ülkede 40 yaş ve üzeri grupta hipertansiyon sıklığı %15-25 dolayında bulunmaktadır (6).

50 yaşın altındaki kadınlarda hipertansiyon prevalansı aynı yaştaki erkeklere oranla daha düşüktür. 50 yaştan sonra özellikle sistolik kan basıncı yüksekliği kadınlarda daha belirgin hale gelir ve bu yaş diliminde kadınlarda hipertansiyon sıklığı erkeklere oranla daha fazladır. Bunun muhtemel sebepleri, kadınların postmenapoz döneminde olmaları ve daha erken yaşlardan beri hipertansiyonu bulunan erkeklerin ileri yaşlara ulaşmamış olmaları gösterilir (5, 6, 7, 13, 18).

65 yaş ve üzerindeki popülasyonda sık görülen, sistolik kan basıncının yüksek olduğu, diastolik kan basıncının 95 mmHg'nin altında bulunduğu "izole sistolik hipertansiyon" gelişir. İleri yaşlarda bu durum, özellikle büyük damarların elastisitesini yitirmiş olmasına bağlı olduğu düşünülür (13, 15, 50).

• **İrk:** Hipertansiyon prevalansı, siyah ırkta beyazlara göre iki kat daha fazla olup hastalanma ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyon şiddeti ise, siyah erkeklerde beyazlara göre 3.3 kere ve siyah kadınlarda beyaz kadınlara göre 5.6 kere daha yüksek bulunmuştur (12, 13, 27).

Genellikle beyaz kadınlarda hipertansiyon erkeklere göre daha fazladır, fakat siyah ırkta bu prevalansta farklılık yoktur (12, 13, 20).

B. Değiştirilebilir Faktörler

• **Aşırı tuz alımı:** Yapılan çalışmalarda günlük tuz alımı ile hipertansiyon prevalansı arasında bir ilişki gözlenmiştir (10, 13, 26, 31, 32).

Birçok toplumda günlük 100-200 mmol sodyum içeren diyet tüketilir bu da yaklaşık 6-12 gr tuz veya 2.5-5 gr sodyum demektir. Bu miktar fizyolojik gereksinimi çok fazla aşmaktadır (26, 44).

1988 yılında tamamlanan Intersalt çalışmasında, besinlerle ilave tuz kullanmayan ve endüstri toplumlarına göre oldukça az miktarda sodyum alan toplumlarda hipertansiyon görülmediği ve ilerleyen yaşla birlikte (50 yaşının sonrası) kan basıncında artma olmadığı ortaya çıkmıştır. Besinlerle ilave tuz tüketen endüstri toplumlarında ise hipertansiyon siktir ve ilerleyen yaşla birlikte kan basıncı artmaktadır (31).

Kuzey Japon Adalar'ında yaşayan ve aşırı miktarda sodyum tüketen (500-600 mEq/gün) bir toplulukta hipertansiyon prevalansı %48 ve en önemli ölüm nedeni serobrovasküler olaylar olarak saptanmıştır. Günlük tuz tüketimi 5gr'dan daha az olan Eskimo toplumlarında ise hipertansiyon prevalansı %10 ve daha az olarak saptanmıştır (56, 31).

Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada sodyum alımında 100 mmol günlük bir farklılık, 15-19 yaşları arasında sistolik basınçta 5 mmHg ve 60-69 yaşları arasında 10 mmHg'lık farklılık oluşturduğu belirlenmiş, kan basıncı yüksek olanlarda bu farklılık daha fazla bulunmuştur (44).

Sonuç olarak, sodyum ve hipertansiyon ilişkisi ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar, sodyumun esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkmasında ve mevcut hipertansiyonun şiddetinin artmasında rol oynayan önemli faktörlerden biri olduğu görüşünü desteklemektedir (10, 13, 26, 31, 35).

Yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar, besinlerle fazla potasyum alımının hipertansiyona karşı koruyucu olduğunu göstermiştir (32, 39, 44).

Antihipertansif tedavi almayan hipertansiyonlu hastaların bir kısmında besinlerle ilave potasyum verildiğinde kan basıncında 5-10 mmHg dolaylarında düşme olduğu kaydedilmiştir (32).

Khaw ve Barret-Conner'ın 832 kişi üzerinde yaptıkları prospektif bir çalışmada, hipertansiyonun en önemli komplikasyonlarından biri olan serobrovasküler olaylara bağlı mortalitenin, günlük potasyum alımı 50 mmol'den az olan hastalarda 50 mmol'den fazla olanlara göre erkeklerde 3.1, kadınlarda ise 4.6 kez daha fazla olduğu saptanarak, potasyumun hipertansiyon ve komplikasyonlarından koruyucu olabileceği ileri sürülmüştür (32, 39).

• **Obesite:**Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, vücut ağırlığıyla kan basıncı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kilo arttıkça, başka etkenlerden bağımsız olarak ortalama kan basıncı da artmaktadır.Birçok çalışmada aşırı kilo almaman, hipertansiyonun gelişim riskini 2-6 kat arttırdığı ortaya konmuştur (5, 10, 24, 26, 39, 44).

Ortalama 2.7 kg verme sistolik basıncın 1.3 mmHg, diastolik basıncın 1.2 mmHg düşmesine neden olduğu, kalori alımının azaltılması ise, sistolik basıncın 2.4 mmHg, diastolik basıncın 1.8 mmHg düşmesine neden olduğu belirtilmiştir (44).

Hipertansif ve normotensif kişilerde fazla kiloların verilmesi gerek sistolik gerek se diastolik kan basıncını düşürür (24, 44).

Aşırı kilolu hipertansif hastalarda kilo verilmesi, antihipertansif ilaçların kan basıncını düşürücü etkisini artırarak, anlamlı olarak kardiyovasküler risk faktörlerini azaltabilir (32). Kan basıncının azalmasının derecesi, kilo vermenin derecesine bağlıdır. Kiloda orta dereceli azalmalar bile kan basıncını düşürmede etkili olabilir (10, 19, 44).

• **Aşırı alkol tüketimi:**Alkol tüketimiyle kan basıncı arasındaki ilişki çok sayıda araştırmacı tarafından incelenmiştir. Bu ilişkinin mekanizmaları şunlar olabilir:

- Damar duvarında alkolün direkt pressör etkisi,
- Pressör maddelere rezistans damarlarının duyarlı olması,
- Sempatik sinir sistemi uyarılması ve adrenokortikal hormonların yapımının artması (44).

Yapılan çalışmalarda aşırı düzeyde alkol alımı ile kan basıncı artışı arasında pozitif ve bağımsız bir ilişki ortaya çıkmıştır (yaklaşık günde 40gr ethanol alma). Vücut kütle oranı, sigara içimi, yaş gibi faktörler kontrol edilse bile bu ilişkinin devam ettiği ortaya çıkarılmıştır (5, 6, 39, 43, 44).

Hipertansiyon prevalansının %5-7'si aşırı alkol alımına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir (39, 44).

Alkol alımının azaltılması (günde 30 gr'ın altında altında alınması) veya kesilmesi kilo değişikliğinden bağımsız olarak kan basıncında anlamlı azalmaya eşlik ettiği klinik çalışmalarla gösterilmiştir (6, 26, 39, 43, 44).

Kafein, sempatik sinir sistemini aktive ederek kan basıncını artırır (44).

• Fiziksel inaktivite: Aşırı fizik aktivite kan basıncında yükselmeye yol açarken, aşırı olmayan ve düzenli olarak yapılan fizik aktivitenin kan basıncını düşürücü etkisi olduğu bilinmektedir (5, 10, 26, 35, 39, 44).

Egzersize bağlı kan basıncı düşmesinin mekanizması bilinmez ancak kardiyak out-put veya periferik vasküler dirençteki azalmayla ilgili olabilir (39, 44).

Hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada düzenli olarak yapılan aerobik fiziksel aktivite sistolik ve diastolik kan basıncında 6-7 mmHg azalmaya eşlik etmiştir (39).

Sedanter yaşam şekli olan normotensif kişilerde daha aktif olan kişilere kıyasla %20-50 oranında hipertansiyon gelişme riski vardır (35, 39, 44).

Amerika'da sedanter yaşam şeklinin yüksek sıklığı gözönüne alındığında orta derecede yoğunluğu olan fiziksel aktivite (yürüme, yüzme, bisiklete binme vb.) topluma tavsiye edilmektedir. Birçok sedanter hasta için, haftada 3-5 kez 30-45 dakikalık hızlı yürüme gibi orta dereceli fiziksel aktivite faydalı olmaktadır (26, 39, 44).

Hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmede az veya orta derecede egzersiz, yüksek derecede egzersiz kadar etkilidir (26). Bu durumun aynı zamanda kilo verilmesine ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite riskini azaltacağı belirtilmiştir (26, 39, 42, 44).

- Stres ve kişilik yapıları: Stres, organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (3, 22).

Gerek mental gerek fiziksel stres ve anksiyetenin kan basıncını yükselttiği bilinmektedir. Stres yüklü işlerde çalışanlarda (örneğin:hava trafik kontrolörleri), kan basıncının sürekli yüksek oluşunun daha yaygın olduğu belirtilmektedir (22, 33).

Yapılan çalışmalarda eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar daha fazla strese maruz kalmakta ve kan basınçları yükselmektedir (12, 44).

WW Dressler'in 1990 yılında zenciler üzerinde yapmış olduğu epidemiyolojik çalışmasında; "eğitim durumu, sosyo ekonomik durumu ve mesleki statüsü düşük, A tipi davranışa eğilimli olan kişilerde daha yüksek kan basınçları ortaya çıktığı ve bunun da kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı" sonucu bulunmuştur (12).

Endüstrinin gelişmiş olduğu ve şehirleşmenin ileri olduğu alanlarda hipertansiyon daha sıktır. Bunlarla ilişkili olarak çalışma şartları ve süresi de olayı etkilemektedir (5, 12).

Öbek ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptıkları bir çalışmada, hafif ve orta dereceli esansiyel hipertansiyonlu 15 hastayı hastaneye yatırarak bir hafta süreyle kan basınçlarını takip etmişler. Bu sürede antihipertansif ilaç tedavisi başlamadan, sadece az tuzlu rejim ve yatak istirahati ile hastaların inisiyal kan basıncı değerlerinin anlamlı derecede düştüğünü gözlemişlerdir. Bunu tuz kısıtlamasından daha önemli olan

hastaların günlük streslerden (iş, aile baskısı vb.) uzaklaşmış olmalarına bağlanmışlardır (33).

Mental aktiviteler sırasında kan basıncında belirgin artışlar saptanmaktadır. Hiddet halinde görülen kan basıncı yükselişleri erkeklerde, anksiyete halinde görülen kan basınçları yükselişleri kadınlarda daha fazla olmaktadır (29).

Ayrıca ruhsal stres, sosyal baskılar, gürültü, çevre ısısı yaşanan yerin deniz seviyesinden yüksekliği vb. faktörlerle de hipertansiyonun ilişkisi vardır (6).

Psiko sosyal faktörlerin kalp damar hastalıkları üzerine olan etkileri son 30 yıldır araştırmacıların bu konu üzerinde çalışmalarını yoğunlaştırmalarına neden olmuştur. Genel olarak ele alındığında psiko sosyal stresler kişilerin yaşamları boyunca karşı karşıya geldikleri olaylar ve durumlar karşısında gösterdikleri reaksiyonların dereceleri ve buna bağlı olarak kişilik yapılarının bu reaksiyonlara olan etkisini kapsar (4).

Friedman ve Rosenman'ın çalışmalarının sonuçlarına göre A tipi davranış; yoğun bir rekabet, yükselme için çabalama, agresif davranışlar, sabırsızlık, sürekli hareket halinde olma ve düşünce aksiyonunu sürekli olarak aktif tutan kronik bir acelecilik ile karakterizedir. Bu davranış biçiminin tam karşısında da, rahat, sakin ve zaman baskısını hissetmeyen B tipi davranış biçimi yer alır (4, 13, 22).

A tipi davranış özellikleri gösterenlerin B tipi davranış özellikleri gösterenlere kıyasla kalp damar hastalıklarına yakalanma riskinin fazla olduğu belirtilmiştir. Bunun nedeni; bu davranış kalıplarına sahip kişilerin serum kolesterol düzeylerinin yükselmesi, daha fazla sigara içmeleri, vakit yetersizliği nedeniyle daha az egzersiz yapmaları, beslenme düzensizlikleri ve koroner damarlardaki bozulmaya yol açacak olan bazı iç salgı bezlerinin özellikle adrenalin, noradrenalin ve kortizol salgılanmalarının daha fazla olmasıdır (4, 13, 22).

Hipertansiyonun oluşumunda stresin rolü olduğundan gerilimi azaltmak amacıyla stresi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Relaksasyon, meditasyon, yoga, biofeedback gibi teknikler kan basıncında hafif azalma yapabilir. Ayrıca A tipi davranış özellikleri gösteren kişilere yapılacak davranışsal danışmanlık programları da faydalı olacaktır (4, 5, 30, 31, 43).

- **Sigara:** Son zamanlarda yapılan çalışmalar sigara içmenin yüksek kan basıncı üzerine etkili, önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (12, 30, 31, 49, 28).

Hem hipertansiyon hem de sigara içmenin koroner kalp hastalığı meydana gelmesinde rolleri vardır. Sigara içen hipertansiflerde koroner arter hastalığı riski, sigara içmeyen hipertansiflere göre % 50-60 oranında daha yüksektir (7, 32, 38, 49).

Nikotin, nikotinic reseptörlere etki ederek adrenerjik sinir uçlarından noradrenalin salınmasına neden olmaktadır. Bu etkiyle vazopressör cevap oluşur. Bunun sonunda sigara kullanan hipertansif hastalarda serebral kan akımındaki ani azalmalar inme sıklığını artırır (12, 37)

Hafif hipertansiyon tedavisi üzerindeki tüm geniş kapsamlı çalışmalar, tedavi altındaki sigara içen hipertansif hastalarda gerek serebrovasküler olay, gerek se koroner kalp hastalığı insidansının, aynı şekilde tedavi edilen, ancak sigara kullanmayan hastalardakinden daha yüksek olduğunu göstermiştir (28, 37, 49).

- **Hiperkolesterolemi:** Hiperlipidemi ve hipertansiyon, koroner arter hastalığı için önemli risk faktörleridir (12, 18, 25, 32).

Yapılan araştırmalarda hipertansif hastaların büyük bir kısmında yüksek kolesterol prevalansı ve hiperkolesterolemisi olan hastalarda da benzer şekilde

hipertansiyon prevalansı belirlenmiştir. Her bir durum koroner arter hastalığı gelişme riskini arttırmaktadır (12, 14, 20).

Kolesterol, vücudun kendisi tarafından yapıldığı gibi besinler aracılığı ile de vücuda alınır (18). Yapılan çalışmalarda, besinlerle alınan doymuş yağların (margarin, tereyağ, kırmızı etin yağı gibi) kan kolesterol seviyesini arttırdığı, doymamış yağların (ayçiçek, mısırözü, zeytin yağı gibi) ise kan kolesterolünü düşürdüğü ve kalp damar hastalıkları riskini azalttığı görülmüştür (12, 18, 32).

Yüksek kan basıncı, arter duvarlarında hasara yol açarken, yüksek kolesterol de aterosklerotik plak oluşumuna neden olmaktadır (12, 20).

Amerika'da Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün, kandaki kolesterol düzeyini diyetle düşürme amacıyla yaptığı bir klinik araştırmada, kolesterol düzeyinde %1'lik bir azalmanın koroner arter hastalığından ölümü %2 oranında azalttığı saptanmıştır (18).

Obesite gerek hipertansiyon, gerekse yüksek kolesterol oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Hipertansif hastaların diyetinde doymuş yağların kısıtlanması ve kilo verilmesi kan basıncını ve kan kolesterolünü düşürmede faydalı olacaktır (12, 18, 32).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu lipid metabolizmasını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hipertansiyon için tedavi planlanırken, hastanın lipid profili bilinmeli ve tedavi süresince lipid profili izlenmelidir (32).

Hipertansif hastalara, hipertansiyonu kontrol altına almak için yapılacak yaşam tarzı değişimleri, aynı zamanda kan kolesterol düzeyini de düşürecektir (12).

KOMPLİKASYONLAR

Hipertansiyonun yaygın ateroskleroza neden olduğu ve ateroskleroz gelişimini hızlandığı kanıtlanmıştır. Bunun sonucunda gelişen vasküler lezyonlar, damarlarda tıkanmaya veya rüptüre neden olarak organlarda iskemi veya enfarktüs oluşturmaktadır. Hipertansiyonun vasküler komplikasyonları, hedef organlarda görülen komplikasyonların temel fizyopatolojisini oluşturmaktadır (1, 34, 35, 36, 43).

Araştırmalar, hipertansiyon komplikasyonlarının erken tanı ve tedavisinin yapılarak, kontrol altına alındığı takdirde; ölüm oranlarının düştüğünü, hastaların daha az problemle yaşamlarını sürdürebildiklerini göstermiştir (20, 35, 36).

Hipertansiyon komplikasyonları; kardiyovasküler, serebrovasküler, renal komplikasyonlar ve hipertansif retinopati olmak üzere dört grupta ele alınacaktır.

Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Hipertansiyonun en fazla etkilediği sistemlerin başında kalp damar sistemi gelmektedir (13, 35, 36, 49).

- Sol ventrikül hipertrofisi: Sol ventrikül hipertrofisi hipertansiyonun kardiyak etkilerinin başında gelmektedir. Hastaların %10'unda EKG ve göğüs grafisi ile sol ventrikül hipertrofisi bulunur. Sol ventrikül hipertrofisi mevcutsa ani ölüm riski artmakta, konjestif kalp yetmezliği ve ventriküler aritmiler daha sık görülmektedir (4, 12, 20).

- Koroner arter hastalığı: Hipertansiyon, koroner arter hastalığı gelişimi için majör bir risk faktörüdür. Kan basıncı ne kadar yüksekse risk o kadar fazladır (13, 36).

Genç kadınlar arasında bile hiç de sık rastlanmayan koroner hastalık semptom ve bulguları ciddi hipertansiyon ile görülmeye başlar. Hastalarda anjina pectoris, intermediyer koroner sendromu ve myokard enfarktüsü görülebilir (13, 35, 37).

- Konjestif kalp yetmezliği: Framingham Çalışmasına göre konjestif kalp yetmezliği ile müracaat eden hastaların %75'inde sebep olarak hipertansiyon tespit edilmiştir ve bu grup hastalar her türlü modern tedaviye rağmen ilk yılda %20, ilk 5 yıl-da %50 oranında kaybedilirler (13, 43, 49).

- Büyük damar hastalığı: Aorta disseksiyonu olan hastaların %80'inde hipertansiyon mevcuttur. Disseksiyonun sebebi hızlanmış ateroskleroz ve yüksek pulsatif akım basıncıdır. Ençok çıkan ve inen aortada görülür. Ayrıca daha aşağı kısımların ve femoral arterlerin de bu tür patoloji ile tutulmaları ile hastalarda "claudicatio intermittens" tipi ağrılar görülür (13, 20, 49).

Serebrovasküler Komplikasyonlar

Serebrovasküler komplikasyonlar, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık rastlanan ölüm nedenidir. Yaş ve kan basıncı yüksekliğiyle orantılı olarak serebrovasküler hastalıkların temelini hipertansiyon oluşturur. Diastolik basıncın 100 mmHg'dan yüksek olması, beyin kanamaları olasılığında artışla beraberdir (4, 8, 9, 13, 20).

Hem sistolik hem de diastolik kan basıncı yüksekliği serebral infarktüs (iskemik inme) oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. 37.000 hipertansif hastayı kapsayan bir çalışmada, kan basıncının düşürülmesinin inme riskini azalttığı gösterilmiştir (8).

En çok görülen serebrovasküler komplikasyonlar, laktüner enfarktüs, serebral emboli, hipertansif ansefalopati, geçici iskemik ataklar ve serebral aterotrombotik enfarktüslerdir (20, 27, 35, 48).

• **Hipertansif Ansefalopati:** Arter kan basıncının aniden yükselmesiyle (genellikle diastolik kan basıncının 140 mmHg'nın üzerinde seyretmesi), beyinde ödem ve vazospazm sonucu baş ağrısı, bulantı, kusma, görme bulanıklığı, dalgınlık, konvülsiyonlar, konfüzyon ve ölüm görülür. Papilla ödemi vardır ve acil olarak tedavi edilmelidir. Erken antihipertansif tedavi ile, hipertansif ansefalopati insidansı çok azalmıştır (8, 9, 13, 20, 35).

Renal Komplikasyonları

Böbrek damarları kan basıncı yüksekliğine çok duyarlıdır ve hipertansiyon böbrekte yapısal ve fonksiyonel bir çok bozukluğa yol açar. Ancak bu bozuklukların hipertansiyonun nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu konusu tartışmalıdır (2, 13).

Hipertansiyonun en önemli renal komplikasyonları, benign nefroskleroz ve renal yetersizliktir. Renal arter aterosklerozu zamanla böbrek fonksiyonlarının bozulmasına neden olur. Tedavi edilmeyen hipertansiyonda renal yetersizlik gelişir (9, 13, 35).

Hipertansif Retinopati

Vücudun bütün damarlarında olduğu gibi, doğal olarak retina damarlarında da bu değişiklikleri görmek mümkündür (35).

Keith-Wagener-Barker sınıflandırılmasına göre hipertansif retinopati dört basamaklıdır:

- 1.Arteriyollerde skleroza bağlı daralmalar,
- 2.Arteriyollerde daralma daha da artarak, arteriyoller sert, kaytan gibi, gümüş tel manzarasında görünüm, arteriyollerin venlere baskı yaptığı yerlerde çentikleşmiş bir görünüm,

- 3.Retinada yer yer atılmış pamuk manzarası gösteren eksudalar ve mum alevi görünümünde kanamalar olur,
- 4.Papilla hudutları silinir, hatta kaybolur. Bu tablo papilla ödemi olarak adlandırılır (13, 20, 35).

HİPERTANSİYON KONTROLÜNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Tansiyon yüksekliğinin saptanması ve denetim altına alınmasında, sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye önemli görevler düşer. Çünkü hemşirenin işlevleri tedavi altındaki bireyleri izlemek, yönlendirmek ve gerektiğinde eğitmektir (7, 19, 21, 43).

Hipertansiyonun primer ve sekonder önleme çalışmalarında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bunda hemşirelerin sağlık topluluğunda en geniş grubu temsil etmeleri, sağlıklı ve hasta bireylerle en sık ve direkt temasta bulunmalarının rolü vardır (21, 43).

Hipertansiyonun primer önlenmesi genel olarak topluma yönelik girişimlerle sağlanabilir. Bu girişimlere "toplum stratejisi" adı verilir. Bu yaklaşım hipertansiyon gelişmesi beklenen bireylerde, kan basıncını düşürmek için yapılacak girişimler ile sağlanabilir. Buna da hipertansiyonda primer korunmada "hedeflenmiş strateji" denir. Hedeflenmiş strateji şu kişileri kapsar: Yüksek normal kan basıncına sahip olanlar, ailede hipertansiyon hikayesi olanlar ve kan basıncında yaşa bağlı yükselmeye önemli katkıda bulunan yaşam tarzı faktörlerinden bir veya daha fazlasına sahip olanlardır. Bu yaşam tarzı faktörleri; yüksek sodyum alımı, obezite, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel inaktivitedir. Yaşam tarzı faktörlerini kontrol altına alma, yüksek kan basıncını önlemede ümit verici olan temel girişim stratejilerini oluşturmaktadır (10, 16, 21, 35, 38, 39).

Hipertansiyon oluşumunu hızlandırdığı düşünülen yaşam tarzı faktörlerine yönelik girişimlerin, büyük toplum grupları üzerinde uygulanmasını engelleyen en

önemli sorun, toplumu oluşturanların ekonomik ve eğitim seviyesinin düşük olmasıdır. Kişilerin düşük sodyum, düşük kalorili diyeti uygulayamaması, hipertansiyonun ne olduğu, nasıl tedavi edildiği, tedavi edilmediği takdirde muhtemel zararları hakkında yeterli ve doğru bilgilere sahip olmaması; hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolünde sorun olmaktadır. Bir diğer sorun ise tüm bunları organize edecek ve yönetecek bir örgütlenmenin sağlanmasıdır. Amerika'da "Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı" bu konuyla ilgilenmektedir (21, 35, 43, 44).

Amerika'da 1972'de kurulan Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı içinde hemşirenin rolü; toplumdaki hipertansiyonlu vakaların belirlenmesi, hipertansiyonun uzun süreli kontrolü, tedavisi, izlenmesi ve hasta eğitiminde hemşirelerin aktif rol almasını kapsamaktadır (21, 39, 43).

The Medical Research Council (MRC)'nin araştırmasında uygun olarak eğitildiklerinde hemşirelerin hipertansiyonlu hastaları iyi bir biçimde belirleyip, değerlendirebildiklerini göstermiştir. Ayrıca İngiliz Hipertansiyon Derneği (The British Hypertension Society) bu konuda düzenli hemşire eğitim kursları örgütlemeyi uygun bulmuştur (37).

Ulusal olarak oluşturulacak programlarda, öncelikle o toplumda hipertansiyon oluşumunu hızlandırdığı düşünülen yaşam tarzı faktörleri belirlenmelidir ve bu faktörlerden korunma yöntemleri topluma öğretilmelidir. Bunun gerçekleşmesi için gerekli eğitimi almış, yeterli sayıda hekim, hemşire ve diğer sağlık elemanları etkin olarak rol almalıdırlar (10, 16, 35, 44).

Hipertansiyondan seconder korunmada amaç ise; oluşmuş hipertansiyonun komplikasyonlarından korunma, komplikasyonların tedavisi ve bu hastaların yaşam boyu izlemeye alınmasını içermektedir (35).

Hipertansiyonlu hastaların eğitiminde, sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye önemli görevler düşmektedir. Hasta eğitiminde amaç; hastanın hastalığa uyumunu sağlayarak, hipertansiyonla birlikte yaşamasını öğretmektir. Bunun için;

- Kan basıncı (sistolik, diastolik), hipertansiyon, hastanın sosyo-kültürel durumuna göre tanımlanmalı,
- Kan basıncı ölçümü, ölçümde dikkat edilecek noktalar, evde kendi kendine tansiyon ölçümü hastaya öğretilmeli,
- Yüksek kan basıncına sebep olan faktörler (yaş, cinsiyet, şişmanlık, fiziksel inaktivite gibi) hakkında hasta bilgilendirilmeli,
- Hipertansiyonun belirtileri konusunda hasta bilgilendirilmeli, hastanın kan basıncını yükselten olayları tanıması (aşırı heyecan, üzüntü, yorgunluk gibi) sağlanmalı,
- Hipertansiyonun asemptomatik seyri nedeniyle ciddi bir problem olduğu, kontrol altına alınmadığı takdirde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar bakımından hasta bilgilendirilmeli, eğer hastada kalp yetmezliği gibi ciddi bir komplikasyon geliştirse yatak istirahatının önemi anlatılmalı,
- Hemşire, hastaya ilaçların düzenli aralıklarla ve doğru dozda almasını, ilacı aldıktan sonra tansiyonunun nasıl etkilendiğini anlaması için belirli aralıklarla tansiyonunu ölçtürmesinin önemi anlatılmalı,
- Antihipertansif ilaçların yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilmeli (postural hipotansiyon, seksüel disfonksiyon gibi),
- Hipertansiyon tedavisinde tıbbi tedavinin yanında, yaşam tarzında yapılacak değişimlerin kan basıncını düşürmede etkili olacağına hasta inandırılmalı, bunlar; şişmanlar için kilo verilmesi, alkol ve tuz kısıtlaması, sigaranın bırakılması, egzersiz yapılması, stres ile başa çıkma yollarının öğretilmesi (relaksasyon teknikleri gibi),
- Eğitimin etkin bir şekilde verilebilmesi için eğitim kitapçıkları oluşturulmalıdır (7, 10,11, 19, 21, 26, 35, 40, 42, 43, 50).

YAŞAM TARZI

Birey açısından bir sağlık sorununun önemi, hastalığın kişide yarattığı ağrı vb. semptomlar, kişinin yaşam kalitesinin düzeyi ve yaşam süresinin kısılması ile ilgilidir. Hipertansiyonun asemptomatik olması nedeniyle sessiz bir şekilde ölüme yol açtığı sağlık bilimlerinde kabul edilmektedir. Bu açılarından bakıldığında hipertansiyon, uzun yıllar boyunca yaşam kalitesinde önemli bir bozulmaya neden olmaz. Ancak hipertansiyonun yaşam süresini kısalttığı çok iyi bilinmektedir. Hipertansiyonun şiddeti arttıkça yaşam süresindeki kısalma daha da belirgin olmaktadır (5, 16).

Bir çok yayında ilaçla tedavi edilen hipertansif hastaların %15-50'sinde yan etki görüldüğü ve bunun da genelde yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki oluşturduğu ortaya çıkmıştır. 1986'dan beri dikkatler sadece ilaç tedavisinde değil aynı zamanda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi üzerine yönelmiştir (16).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilgilidir. Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur ve ölçülmesi zordur. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi, hastalık semptom ve/veya tedavi ile ilişkili olarak bireylerin tüm durumları üzerine odaklanır (5, 12, 16).

Yaşam tarzı tanımlaması ise; yapılan bir çalışmada, tüketim eşyalarının birikimi (televizyon, çamaşır makinası gibi), kitle basınına maruz kalma (gazete, dergi okuma gibi) temelinde dayandırılmıştır (12).

Bir başka literatürde yaşam tarzı faktörleri, kişilerin beslenme alışkanlıkları (tuz, yağ, et tüketimi gibi) fiziksel aktivite düzeyleri, alkol, sigara kullanma ve stresle ilgili davranışlarının tümü olarak tanımlanmıştır (30, 31, 37).

Hipertansiyon gelişimine en çok katkıda bulunan ve araştırmalarla kanıtlanmış yaşam tarzı faktörleri; aşırı tuz tüketimi, obezite, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel inaktivitedir (30, 31, 37, 43).

Amerika gibi ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde yaşayan insanların yaşam tarzları ile gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde yaşayan insanların yaşam tarzları arasında büyük farklılıklar vardır. Özellikle Amerika'da hazır besin endüstrisi tüketiminin yaygınlığı, sedanter yaşam şeklinin sıklığı hipertansiyon gelişim riskini arttırmaktadır. Bunu aksine daha önce de belirttiğimiz gibi gelişmemiş toplumlarda (Eskimo toplumu gibi) hipertansiyon prevalansı daha düşüktür (26, 30, 31).

Bugün dünyada biliyoruz ki kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı birinci sırada yer almaktadır. Bu yaşam tarzı değişimlerini sağlayarak kişilere sağlıklı davranışlar kazandırmak amacıyla toplumsal eğitim programları hazırlanmalıdır. Böylece kardiyovasküler hastalıkların primer önlenmesi gerçekleştirilmiş olacak ve daha sağlıklı toplumlar yetişecektir. Bu eğitim programlarında sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye de önemli görevler düşmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ekim 1994-Şubat 1995 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniğine başvuran, toplam 100 esansiyel hipertansiyonlu vakayı kapsamaktadır.

Veri toplama yöntemi olarak literatür (3, 5, 12, 13, 14, 26, 31, 39, 41, 44) bilgilerinin ışığı altında 45 soruluk bir anket formu, kişilik yapılarını belirlemek amacıyla "A tipi kişilik kendini değerlendirme formu" uygulanmıştır. Görüşme öncesi ve sonrası hastaların, oturur durumda sağ koldan sfigmomanometre aracılığıyla kan basınçları ölçülerek iki ölçümün aritmetik ortalaması "ortalama arter kan basıncı" olarak kaydedilmiştir (çalışmaya dahil edilen hastalar antihipertansif ilaçlarının sabah dozlarını almamışlardır). Başlangıçta hastalara anketin ne amaçla yapıldığı açıklanarak, anket ve kendini değerlendirme hayat biçimi soru cetveli 15-20 dakikalık sürede, hasta ile konuşularak uygulanmıştır.

Ankette 1-15'e kadar olan sorular vakaların sosyo-demografik özelliklerini, 16-22'inci sorular hipertansiyon anamnezi ve komplikasyonlarını, 23-45'inci sorular yaşam tarzı faktörleri ile ilgili özellikleri içermektedir. Bu sorular EK.1'de sunulmuştur.

A tipi kişiliği belirlemek için 2 uçlu 7 dereceli ve 20 cümleyi kapsayan bir ölçek kullanılmıştır. Bu testte 0-29 puan arası B tipi kişilik özelliklerini, 110-140 puan arası A tipi kişilik özelliklerini, 30-110 puan arası alanlar ise her iki davranış kalıbından da özellikler göstermektedir. Bu form EK.2'de sunulmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hipertansiyonlu hastaların yaşam şekli değişikliklerini (beslenme, egzersiz, alkol, sigara, stres gibi) içeren rehber kitapçık hazırlanmıştır. Bu kitapçık EK.3'te sunulmuştur.

Anketten elde edilen verilere t-testi, Varyans, Kovaryans ve Kruskal Wallis analizleri, Mann Whitney-U testi uygulanmış, biyoistatistiki değerlendirilmesi yapılarak sonuçlar tablolar halinde gösterilmiştir.



BULGULAR

I. VAKALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1. Vakaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

ÖZELLİK		sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	67	67
	Erkek	33	33
Yaş	30-40 arası	8	8
	40-50 arası	28	28
	50-60 arası	38	38
	60 ve üzeri	26	26
Medeni Durumu	Evli	80	80
	Bekar	3	3
	Dul	17	17
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	6	6
	Okur-Yazar	2	2
	İlkokul Mezunu	49	49
	Ortaöğretim Mezunu	25	25
	Yüksekokul Mezunu	18	18
Meslek	Emekli	25	25
	Memur	15	15
	Ev Hamm	48	48
	Çiftçi	7	7
	Serbest Meslek	5	5
Yaşadığı Yer	Köy	10	10
	İlçe	23	23
	Kent	63	63
	Büyük Kent	3	3
	Yurt Dışı	1	1
Gelir Düzeyi	3-5 milyon TL.	34	34
	6-15 milyon TL.	53	53
	≥ 15 milyon TL.	13	13
Sosyal Güvence	Var	99	99
	Yok	1	1

Tablo 1.'de vakaların % 67'sinin kadın, % 33'ünün erkek, % 38'inin 50-60 yaş grubunda, % 80'inin evli, % 49'unun ilkokul mezunu, % 48'inin ev hamamı, % 63'ünün kentte yaşadığı, % 53'ünün aylık gelirinin 6-15 milyon TL olduğu, % 99'unun sosyal güvencesi olduğu görülmektedir.

II. VAKALARIN HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 2. Vakaların Hipertansiyon ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

ÖZELLİK	sayı (n)	%	
Hipertansiyon Anamnezi	< 1 yıldır yüksek tansiyonu olan	17	17
	1-4 yıldır yüksek tansiyonu olan	29	29
	5-9 yıldır yüksek tansiyonu olan	22	22
	10-15 yıldır yüksek tansiyonu olan	17	17
	> 15 yıldır yüksek tansiyonu olan	15	15
	TOPLAM	100	100
Soygeçmiş	Ailesinde hipertansiyonu olan	70	70
	Ailesinde Hipertansiyonu olmayan	30	30
	TOPLAM	100	100
Tansiyon yüksekliğini hissetme durumu	Tansiyon yüksekliğini hissedenerler	91	91
	Tansiyon yüksekliğini hissetmeyenler	4	4
	Tansiyon Yüksekliğini Bazen hissedenerler	5	5
	TOPLAM	100	100
Kan basıncının ani çıkışına sebep olan faktörler *	Sinirlilik + Sıkıntı	60	60
	Heyecan	34	34
	Kuruntu + Endişe + Üzüntü	42	42
	İlaç almayı unutmama ve/veya diyeti bozma	10	10
	Yorgunluk	11	11
	Bir özellik tarif etmeyenler	15	15
TOPLAM	—	—	

Tablo 2'nin Devamı

ÖZELLİK	sayı (n)	%	
Semptomların Dağılımı *	Baş ağrısı	76	76
	Baş dönmesi	20	20
	Çarpıntı	13	13
	Göz şikayetleri (Göz kararması gibi)	12	12
	Kulak çınlaması + uğultu	11	11
	Titreme	9	9
	Göğüs ağrısı + sol kolda ağrı + nefes darlığı	8	8
	Halsizlik	6	6
	Diğer (göz kapaklarında ağırlık v.s)	5	5
	Baygınlık + fenalık hissi	2	2
	Bir özellik tarif etmeyenler	4	4
	TOPLAM	—	—
İlave Sağlık Sorunları Varlığı	İlave sağlık sorunu olan	60	60
	İlave sağlık sorunu olmayan	40	40
	TOPLAM	100	100
İlave Sağlık Sorunları *	Kalp hastalıkları	24	24
	Böbrek hastalıkları	11	11
	Görme bozukluğu	11	11
	İşitme Kaybı	6	6
	Felç	4	4
	Mide Şikayetleri	1	1
	Diğer	19	19
	TOPLAM	—	—

* Bir denek birden fazla özellik tarif ettiğinden her özelliğin 100 denek üzerinden yüzdelik hesaplaması yapılmıştır.

Tablo 2.'de vakaların % 29'unun 1-4 yıldır hipertansiyonu olduğu, % 70'inin ailesinde yüksek tansiyon olduğu % 91'inin tansiyon yüksekliğini hissettiği ve bunların da % 60'ının sinirlilik + sıkıntı halinde kan basınçlarında ani çıkışlar olduğu, % 76'sının baş ağrısı semptomundan yakındığı, % 60'ının ilave sağlık sorununun olduğu ve bunun da % 24'ünü kalp hastalıklarının oluşturduğu görülmektedir (ilave sağlık sorunları hasta kayıtlarına göre belirlenmiştir).

III. VAKALARIN YAŞAM TARZI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 3. Vakaların Yaşam Tarzı Faktörlerine Göre Dağılımı

	YAŞAM TARZI FAKTÖRLERİ	sayı (n)	%
Tuz Kullanımı	Tuzsuz yiyenler	10	10
	Az tuzlu yiyenler	69	69
	Normal tuzlu yiyenler	18	18
	Çok tuzlu yiyenler	3	3
Yağ *	Yemeklerde sıvı yağ kullanan	99	99
	Yemeklerde margarin kullanan	19	19
	Yemeklerde tereyağ kullanan	5	5
	Yemeklerde hayvani yağ kullanan	1	1
Et *	Ençok balık-tavuk eti tüketen	75	75
	Ençok kırmızı et tüketen	47	47
	Et yemeyen	1	1
Yemek Tercihleri *	Sebze-Meyve	78	78
	Haşlama-Izgara	44	44
	Hamur işi - tatlılar	10	10
	Kızartma	8	8
	Diğer	13	13
Egzersiz	Düzenli egzersiz yapan	47	47
	Egzersiz yapmayan	53	53
Sıklık	Hergün ya da haftada 1-2 kez düzenli egzersiz yapan	34	72
	Bazen egzersiz yapan	13	28
Türü *	Yürüyüş	44	44
	Koşu	—	—
	Merdiven çıkma	3	3
	Tarlada çalışma	2	2
	Bisiklete binme	1	1
	Futbol Oynama	1	1
	Diğer (çuval kaldırma, yük indirme v.s)	1	1
Şişmanlık	Vücut - kütle oranı < 20	—	—
	Vücut - kütle oranı 20-25	20	20
	Vücut-kütle oranı 25-30	48	48
	Vücut-kütle oranı > 30	32	32

*Bir denek birden fazla özellik tarif ettiğinden her özelliğin 100 denek üzerinden yüzdelik hesaplaması yapılmıştır.

Tablo 3.'te vakaların % 69'unun yemekleri az tuzlu yediği, % 99'unun yemeklerde sıvı yağ kullandığı, % 75'inin balık-tavuk eti tükettiği, % 78'inin meyve-sebze yemeklerini tercih ettiği, % 53'ünün düzenli herhangi bir egzersiz yapmadığı, yapanların % 72'sinin hergün ya da haftada 1-2 kez düzenli egzersiz yaptığı, egzersiz yapanlardan % 44'ünün yürüyüşü seçtiği, % 48'inin vücut-kütle oranının 25-30 (aşırı kilolu) arasında olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Vakaların Sigara, Alkol, Kahve İçme Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİK		sayı (n)	%
Sigara İçme	Sigara içen	16	16
	Sigara içmeyen	62	62
	Bırakan	19	19
	Bazen sigara içen	3	3
	TOPLAM	100	100
Süre	2-4 yıldır sigara içen	2	5
	5-9 yıldır sigara içen	3	9
	10-15 yıldır sigara içen	8	23
	> 15 yıldır sigara içen	22	63
	TOPLAM	35	100
Miktar	< 11 adet / gün	18	51
	11-21 adet / gün	14	40
	21-41 adet / gün	3	9
	TOPLAM	35	100
Alkol Alışkanlığı	Alkollü içki kullanan	12	12
	Alkollü içki kullanmayan	79	79
	Bırakan	2	2
	Arasıra alkollü içki kullanan	7	7
	TOPLAM	100	100
Süre	< 11 yıldır düzenli alkol alma alışkanlığı olan	1	7
	11-15 yıldır düzenli alkol alma alışkanlığı olan	2	14
	16-21 yıldır düzenli alkol alma alışkanlığı olan	4	29
	> 21 yıldır düzenli alkol alma alışkanlığı olan	7	50
	TOPLAM	14	100
Miktar	40-50 gr. etanol / gün	12	86
	> 50 gr. etanol / gün	2	14
	TOPLAM	14	100
Kahve	Düzenli olarak her gün kahve içen	13	13
	Düzenli olarak hergün kahve içmeyen	87	87
	TOPLAM	100	100

Tablo 4'te vakaların % 62'sinin hiç sigara içmediği, içenlerin % 63'ünün 15 yıldan daha fazla süredir sigara içtiği, % 51'inin günde yarım paketten fazla sigara içtiği, % 79'unun alkollü içki kullanmadığı kullananların % 50'sinin 21 yıldan daha

fazla stredir dtzenli alkol aldıkları ve % 86'sının günde 40-50 gr. etanol aldığı, % 87'sinin de kahve içme alışkanlığı olmadığı görülmektedir.

IV. VAKALARIN KAN BASINÇLARI ORTALAMALARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 5-Vakaların Sistolik Kan Basıncı (SKB) ve Diastolik Kan Basıncı (DKB) Ortalamalarına Göre Dağılımı (n=100)

Cinsiyet	n	SKB		t	p	DKB		t	p
		\bar{X}	sd			\bar{X}	sd		
Kadın	67	152.68	22.24	0.68	0.496	90.07	10.42	1.29	0.199
Erkek	33	149.24	26.37			87.12	11.39		
Genel	100	151.55	23.60			89.10	10.78		

Tablo 5'te kadın ve erkek vakaların SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.68$, $P = 0.496$). Aynı tabloda kadın ve erkek vakaların DKB ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 1.29$, $p = 0.199$).

Tablo 6. Vakaların Eğitim Durumu ile SKB Ortalamalarının Dağılımı ve İlişkisi (n=100).

Eğitim Durumu	n	SKB		r	p
		\bar{X}	sd		
Okur-yazar değil	6	172.50	26.59	-0.708	0.0001
Okur-yazar	2	152.50	10.60		
İlkokul mezunu	49	153.16	26.25		
Ortaöğrenim	25	146.80	18.70		
Yükseköğrenim	18	146.66	19.25		

Tablo 6'da yapılan kovaryans analizi sonucunda DKB ortalamaları kovaryant olarak kullanıldığında, eğitim durumu ile SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak, ters yönde çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.708$, $p = 0.0001$).

Tablo 7. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Gelir Düzeyine Göre Dağılımı (n=100)

AYLIK GELİR DÜZEYİ	n	SKB		KW	p
		\bar{X}	sd		
3-5 milyon TL	34	160.0	27.11	6.078	0.048
6-15 milyon TL	53	146.50	20.30		
> 15 milyon TL	13	150.0	21.79		

Tablo 7'de vakaların gelir düzeyi ile SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($KW=6.078$, $p = 0.048$).

Tablo 8. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından İki Gelir Düzeyine Göre Dağılımı
(n = 87)

GELİR DÜZEYİ	n	SKB		t	p
		\bar{X}	sd		
3-5 milyon TL	34	160.0	27.11	2.65	0.01
6-15 milyon TL	53	146.50	20.30		

Tablo 8'de görüldüğü gibi bu fark aylık geliri 3-5 milyon TL olan vakalar ile 6-15 milyon TL olan vakalar arasında çıkan ileri derecede istatistiksel anlamlılıktan kaynaklanmaktadır ($t = 2.65$, $p = 0.01$).

Tablo 9. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Tuz Kullanma Oranlarına Göre Dağılımı (n = 100)

TUZ ORANI	n	SKB		r	p
		\bar{X}	sd		
Tuzsuz	10	153.50	40.62	0.742	0.008
Az tuzlu	69	149.78	20.78		
Normal	18	151.11	18.43		
Çok tuzlu	3	188.33	22.54		

Tablo 9'da vakaların tuz kullanma oranları ile SKB ortalamalarına uygulanan kovaryans analizi sonucunda, DKB ortalamaları kovaryant olarak kullanıldığında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.742$, $p = 0.008$)

Tablo 10. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Yaşam Tarzı Faktörlerine Göre Dağılımları

Yaşam Tarzı Faktörleri	n	SKB		z	p
		\bar{x}	sd		
Sigara içenler	16	144.37	23.22	1.925	0.054
Sigara içmeyenler	62	153.87	22.53		
Alkol kullananlar	12	145.0	29.61	1.299	0.193
Alkol kullanmayanlar	79	152.65	22.17		
Meyve-Sebze yiyenler	78	147.88	20.39	2.468	0.013
Meyve-Sebze yemeyenler	22	164.54	29.59		
Sıvı yağ kullananlar	99	151.46	23.71	—	—
Sıvı yağ kullanmayanlar	1	160.0	—		
Tereyağ kullananlar	5	131.0	20.12	1.958	0.050
Tereyağ kullanmayanlar	95	152.63	23.37		

Tablo 10'da Meyve-Sebze yiyen vakalarla yemeyenlerin SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 2.468$, $p=0.013$)

Tablo 10'da tereyağ yiyen vakalarla yemeyenlerin SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t = 1.958$, $p = 0.050$).

Tablo 11. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımı (n=100)

Egzersiz Yapma Durumu	n	SKB		t	p
		\bar{x}	sd		
Egzersiz yapanlar	47	150.85	24.21	0.28	0.782
Egzersiz yapmayanlar	53	152.16	23.27		

Tablo 11'de egzersiz yapan vakalarla, yapmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.28$, $p = 0.782$).

Tablo 12. Vakaların SKB ortalamaları Bakımından Egzersiz Sıklıklarına Göre Dağılımları (n = 47)

Egzersiz Sıklığı	n	SKB		r	p
		\bar{x}	sd		
Hergün ve/veya haftada 1-2 kez egzersiz yapanlar	34	147.79	23.13	0.670	0.001
Bazen egzersiz yapanlar	13	158.84	26.07		

Tablo 12.'de de hergün ve/veya haftada 1-2 kez egzersiz yapanlar ile bazen egzersiz yapan vakalara uygulanan kovaryans analizi sonucunda, DKB ortalamaları kovaryant olarak kullanıldığında, istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.670$, $p = 0.001$).

Tablo 13. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Vücut-Kütle Oranlarına Göre Dağılımı (n = 100).

Vücut-kütle oranı	n	SKB		r	p
		\bar{X}	sd		
20-25	20	149.50	16.05	0.0268	0.381
26-30	48	151.35	27.55		
> 30	32	152.90	21.90		

Tablo 13'te vakaların SKB ortalamaları ile vücut-kütle oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0.0268$, $p=0.381$).

Tablo 14. Vakaların SKB Ortalamaları Bakımından Kişilik Yapılarına Göre Dağılımı (n = 100).

ÖZELLİK	n	SKB		t	p
		\bar{X}	sd		
A tipi kişilik yapısında olanlar	80	152.50	31.82	0.152	$p > 0.05$
B tipi kişilik yapısında olanlar	20	151.53	23.63		

Tablo 14'de A tipi kişilik yapısında olan vakaların B tipi kişilik yapısında olanlarla SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 0.152$, $p > 0.05$).

TARTIŞMA

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem görülme sıklığı, hem de yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle, erişkin yaş grubunda ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (5, 13, 35). Hipertansif hastaların %90-95 'ini esansiyel hipertansiyonlular oluşturmaktadır (5, 7, 50). Hipertansiyon gelişmesine katkıda bulunan ve araştırmalarla kanıtlanmış yaşam tarzı faktörleri; obezite, aşırı tuz alımı, aşırı alkol tüketimi ve fiziksel inaktivitedir. Hipertansiyonun primer ve sekonder önleme çalışmalarında, sağlıklı ve hasta bireylerin yaşam tarzlarında yapılacak olumlu değişiklikler, hipertansiyon insidansım ve onun komplikasyonlarına bağlı ölüm oranlarını azaltabilir. Bu değişimler ise ancak eğitim ile sağlanabilir (10, 19, 20, 35, 39).

Bu çalışmada, esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleriyle hipertansiyonları arasındaki ilişki saptanarak, sonuçlar literatür bilgisinin ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 67'sinin kadın, % 33'ünün erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Kadın vakaların genel yaş ortalaması 51.29 ± 9.46 'dır. Literatürde hipertansiyonun 50 yaşın üzerindeki kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü belirtilmektedir (5, 6, 7, 13, 14). Bulgularımız, literatürle paralellik sağlamaktadır.

Vakaların % 38'i 50-60 yaş grubunda, % 28'i de 40-50 yaş grubundadır (Tablo.1). Bulgularımız hipertansiyonun orta yaş ve üzerindeki kişilerde daha sık görüldüğüne ilişkin literatür bilgileri ile benzerlik kaydetmektedir (5, 6, 13, 15, 50).

Vakaların % 80'inin evli, % 17'sinin dul, % 3'ünün de bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında % 6'sının okur-yazar değil, %51'inin okur-yazar + ilkokul mezunu, % 25'inin ortaöğretim, % 18'inin de yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Vakaların meslek dağılımları incelendiğinde; % 48'inin ev hanımı, % 25'inin emekli, % 15'inin memur, % 7'sinin çiftçi, % 5'inin serbest meslek olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Sonuçlar, kadın vakaların genel yaş ortalaması (51.29±9.46) gözönüne alındığında ve daha yaşlı grubu ifade eden emekli memurlarda hipertansiyon görülmesi, literatür bilgisiyle paralellik gösterdiği düşünülebilir (5, 6, 7, 13, 15).

Vakaların yaşadığı yerlere göre dağılımı incelendiğinde; % 63'ünün kentte, %23'ünün ilçede, % 10'unun köyde, % 3'ünün büyük kentte, % 1'inin de yurtdışında yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Şehirleşmenin olduğu alanlarda hipertansiyon görülme sıklığı daha fazladır. Bulgularımız literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir (5, 12, 21).

Vakaların aylık gelirlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 53'ünün 6 milyon - 15 milyon, % 34'ünün 3 milyon-5 milyon, %13'ünün 15 milyondan fazla aylık gelirleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Ülkemiz şartlarında bireylerin kendi kendilerine tedavi giderlerini karşılamaları oldukça zordur. Bu nedenle hastaların sağlık güvenceleri araştırıldığında; % 99 gibi büyük bir çoğunluğun sosyal güvencesi (Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı gibi) olduğu, % 1'inin ise olmadığı görülmüştür (Tablo 1).

Vakaların % 29'unun 1-4 yıldır, % 22'sinin 5-9 yıldır, % 17'sinin 10-15 yıldır, % 17'sinin 1 yıldan az süredir hipertansiyonu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Ailesinde hipertansiyon olan hastalar toplam vakaların % 70'ini oluşturmaktadır (Tablo 2). Bu sonuç literatür bilgileri ile benzerlik kaydetmektedir (1, 13, 20, 35).

Vakaların % 91'inin tansiyon yüksekliğini hissettikleri, kan basıncının ani çıkışına sebep olan faktörlerin ise % 60'ının sinirlilik + sıkıntı, % 42'sinin kuruntu + endişe + üzüntü, % 34'ünün heyecan olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Tüm bu faktörler, hastalarda stres yaratan durumlar olarak ortaya çıkmaktadır. Stres, sempatik yol aracılığıyla vazokonstrüksiyona sebep olarak kan basıncını yükseltir. Bulgularımız literatür bilgileri ile paralellik sağlamaktadır (5, 12, 22, 29, 33).

Vakalarda tansiyon yüksekliğinde ortaya çıkan semptomların dağılımı incelendiğinde; % 76'sının baş ağrısı, % 20'sinin baş dönmesi, % 20'sinin çarpıntıdan yakındığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Vakaların % 60'ının ilave sağlık sorunları olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bunların da % 24'ünü kalp hastalıkları oluşturmaktadır. Framingham araştırmalarına göre, konjestif kalp hastalığı olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde primer neden olarak hipertansiyon bulunmuştur (35). Hipertansiyonun Koroner Arter Hastalığı için majör bir risk faktörü olduğu ilgili kaynaklarda belirtilmektedir (6, 9, 13, 22, 28). Bulgularımız literatür bilgileri ile benzerlik kaydetmektedir.

Vakaların yaşam tarzı faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde; % 69'unun yemekleri az tuzlu yediği, % 99'unun yemeklerde sıvı yağ kullandığı, % 75'inin balık-tavuk eti tükettiği, % 78'inin sebze-meyve % 44'ünün de haşlama-ızgara türü yemekleri tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 3). Hipertansiyon hastalarının hipertansiyon kontrolü için tuz tüketimini azaltmaları (günlük tuz tüketiminin 5 gr.'ın

altında olması), sıvı yağ (mısır özü, ayçiçek yağı gibi) kullanmaları, beyaz et tüketmeleri (balık-tavuk eti) ve sebze, haşlama, ızgara türü yemekleri tercih etmeleri ilgili kaynaklarda belirtilmiştir (14, 20, 21, 26, 39).

Vakaların % 47'sinin düzenli herhangi bir egzersiz (yürüyüş, merdiven çıkma gibi) yaptığı bulunmuştur (Tablo 3). Bunların da % 44'ünün yürüyüş yaptığı ortaya çıkmıştır. Litaratürde hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmede orta derecede egzersiz önerilmektedir (35, 39, 44).

Vakaların % 48'inin vücut-kütle oranları 25-30 (aşırı kilolu), % 32'sinin 30'un üzerinde (obes) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, vücut ağırlığıyla kan basıncı arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bulgularımız litaratür bilgileriyle paralellik göstermektedir (5, 6, 10, 21, 24, 44).

Vakaların % 62'sinin sigara içmediği, % 16'sının içtiği, sigara içenlerin % 63'ü 15 yılı ve üzeri süre ile en sık 1/2 - 1 paket miktarda sigara içtiği bulunmuştur (Tablo4). Yapılan araştırmalarda sigara içmenin yüksek kan basıncı üzerine etkili, önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (11, 18, 35, 39, 44).

Vakaların % 79'unun alkollü içki kullanmadığı, % 12'sinin alkollü içki kullandığı, kullananların % 50'sinin 21 yıl ve üzeri süre ile ve günde 40-50 gr. etanol kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Litaratür bilgisine bakıldığında günlük alkol alımının artırılması (30 gr. etanolün üzerinde) hipertansiyon gelişimi için risk oluşturmaktadır. Hipertansiyon Prevalansının % 5-7'si aşırı alkol alımına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir (35, 39, 44).

Vakaların % 87'sinin düzenli kahve içme alışkanlıkları olmadığı, % 13'ünün de düzenli kahve içme alışkanlıkları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Litaratür bilgisine

bakıldığında kafein, sempatik sinir sistemini aktive ederek kan basıncını yükseltmektedir (35, 44).

VAKALARIN KAN BASINÇLARI ORTALAMALARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Vakaların Eğitim durumları ile SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak ters yönde çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6) ($r = -0.708$, $p = 0.0001$). Bulgularımız WW Dresler'in 1990 yılında zenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (12). Eğitim düzeyi arttıkça kan basınçları düşmektedir.

Vakaların gelir düzeyi ile SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 7) ($KW = 6.078$, $p = 0.048$). Gelir düzeyi düşük olanlar daha fazla strese maruz kalmakta ve hipertansiyon gelişme riski artmaktadır. Bulgularımız literatür bilgilerine paralellik göstermektedir (12, 19, 20).

Vakaların yaşam tarzı faktörlerine bakıldığında; tuz kullanma oranları ile, SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ve orta derecede bir ilişki bulunmuştur (Tablo 9) ($r = 0.742$, $p = 0.008$). Yapılan bir çok araştırmada aşırı tuz tüketimi kan basıncını arttırmaktadır. Bulgularımız literatür bilgisiyle benzerlik kaydetmektedir (13, 14, 21, 26, 39).

Meyve ve sebze yemeklerini tercih eden vakaların SKB ortalamaları 147.88 ± 20.39 iken yemeyenlerin SKB ortalamaları 164.54 ± 29.59 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Kan basınçlarında bu gözle görülür artış istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlılıkla sonuçlanmıştır ($z = 2.468$, $p = 0.013$). Hipertansiyonlu hastaların sebze, haşlama-ızgara türünde yemekleri tercih etmeleri hipertansiyon kontrolü için önerilmektedir. Bulgularımız literatürle paralellik sağlamaktadır (14, 20, 21, 26, 39).

Yemeklerde tereyağ kullanan vakaların kullanmayanlara oranla SKB ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 10) ($z = 1.958$, $p = 0.050$). Tereyağın kan basıncını düşürücü etkisiyle ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda daha geniş gruplar üzerinde çalışmalar yapılması önerilebilir.

Sigara içen hastalarla içmeyenlerin SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 10) ($z = 1.925$, $p = 0.054$). Bunu vaka sayısının yetersiz olmasına, hastaların objektif cevap vermemesine bağlayabiliriz.

Alkol kullanan vakalar ile kullanmayanların SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 10) ($z = 1.299$, $p = 0.193$). Bunu vaka sayısının yetersizliğine bağlayabiliriz.

Yemeklerde en çok sıvı yağ (ayçiçek, soya, mısır özü yağı gibi) kullanan vakaların SKB ortalamaları 151.46 ± 23.71 iken, kullanmayan bir kişinin 160.0 ± 0 olarak belirlenmiştir (Tablo 10). Vaka sayısının düzensiz dağılımından dolayı istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Düzenli egzersiz yapan vakaların SKB ortalaması 150.85 ± 24.21 iken yapmayanların SKB ortalaması 152.16 ± 23.27 olarak bulunmuştur (Tablo 11) ($t = 0.28$, $p = 0.782$). Egzersiz yapan vakaların SKB ortalaması daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık çıkmamıştır. Bulgularımız literatür bilgisine uymamaktadır (35, 39, 44). Bunu vaka sayısının yetersiz olmasına bağlayabiliriz.

Hergün ya da haftada 1-2 kez egzersiz yapan vakalarla bazen egzersiz yapanların SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri derece anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur (Tablo 12) ($r = 0.670$, $p = 0.001$). Egzersiz sıklığı

artıkça kan basıncı düşmektedir. Hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmede orta derecede egzersiz yüksek derecede egzersiz kadar etkilidir. Bulgularımız literatüre paralellik göstermektedir (35, 39, 44).

Vücut kütle oranı 20-25 olanların (normal) SKB ortalaması 149.50 ± 16.05 , 26 -30 olanların (aşırı kilolu) 151.35 ± 27.55 , 30 ve üzerinde olanların (obes) 152.90 ± 21.90 olarak belirlenmiştir. Kilo artıkça kan basıncı ortalamaları da artmaktadır. Bu gözle görülür artış istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya koymamıştır ($r = 0.0268$, $p = 0.381$).

Vakaların A tipi kişilik yapılarında olanların SKB ortalaması 152.50 ± 31.82 , B tipi kişilik yapılarında olanların SKB ortalaması 151.53 ± 23.63 olarak bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunu vaka sayısının yetersiz olması ve kan basınçları arasındaki farkın az olmasına bağlayabiliriz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine başvuran esansiyel hipertansiyonlu hastaların, yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyonları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla düzenlenmiş olup, elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam şekli değişikliklerini içeren (beslenme, tuz tüketimi, fiziksel aktivite gibi) rehber kitapçık hazırlayarak bu konuda hastaların eğitimine katkıda bulunmaktadır.

Araştırma, Trakya Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları AnaBilim Dalı Hipertansiyon Polikliniğine başvuran, toplam 100 esansiyel hipertansiyonlu hastayı kapsamaktadır.

Veri toplama yöntemi olarak 45 soruluk "Anket Formu" ile 20 soruluk "Kendini Değerlendirme Hayat Biçimi Soru Cetveli" ve her hastanın görüşme öncesi ve sonrası kan basınçları ölçülerek aritmetik ortalaması alınmıştır.

Vakaların % 67'si kadın, % 33'ü erkektir. % 38'i 50-60 yaş grubundadır. Genel yaş ortalaması 52.81 ± 9.82 'dir. Deneklerin % 80'i evlidir. % 51'i okur-yazar + ilkökul mezunu, % 25'i ortaöğretim mezunu, % 18'i yüksekokul mezunudur. Vakaların % 63'ü şehirde yaşamaktadır. % 53'ünün gelir düzeyi 6 milyon - 15 milyon arasında olup, % 99'unun sağlık güvencesi vardır.

Vakaların % 29'unun 1-4 yıldır yüksek tansiyonu olduğu belirlenmiştir. Ailesinde hipertansiyon olanların toplam % 70'tir. % 60'ının ilave sağlık sorunu olup, bu sorunların başında kalp hastalıkları (% 24) gelmektedir.

Vakaların % 69'u yemekleri az tuzlu yediği, % 99'u yemeklerde sıvı yağ kullandığı, % 75'i balık-tavuk eti tükettiği, % 78'i sebze yemekleri, % 44'ü haşlama-ızgara türü yemekleri tercih ettiği, % 47'sinin düzenli egzersiz yaptığı, bunların %

72'sinin her gün ya da haftada 1-2 kez düzenli egzersiz yaptığı, yapanların % 44'ünün yürüyüşü tercih ettiği, % 48'inin vücut-kütle oranının 25-30 (aşırı kilolu), % 32'sinin 30 ve üzerinde (obes) olduğu belirlenmiştir.

Vakaların % 16'sının sigara içtiği, içenlerin % 63'ü 15 yıl ve üzeri süresi ile en sık 1/2 - 1 paket sigara içtiği saptanmıştır. % 12'sinin alkollü içki kullandığı, kullananların % 50'sinin 21 yıl ve üzeri süre ile, günde 40-50 gr. etanol kullandıkları, % 13'ünün de düzenli kahve içme alışkanlıkları olduğu belirlenmiştir. Vakaların % 80'i A tipi kişilik yapısındadır.

Vakaların eğitim durumları ile SKB ortalamaları arasında istatistiksel olarak ters yönde, çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = - 0.708$, $p = 0.0001$).

Gelir düzeyi ve kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($KW=6.078$, $p=0.0001$).

Vakaların tuz kullanma oranları ile kan basınçları arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.742$, $p = 0.008$).

Sebze yemekleri yiyen vakaların yemeyenlere göre kan basınçları istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, tereyağ yiyen vakaların yemeyenlere göre kan basınçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Daha sık egzersiz yapan vakaların kan basınçları ortalaması, bazen egzersiz yapanlarla karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.670$, $p = 0.001$).

Hipertansiyonun toplumda görülme sıklığının artması, iş gücü kaybı oluşturması ve yol açtığı komplikasyonlar nedeni ile mortalitesi yüksek olan bir

hastalık olması, bize bu hastalığı önleme çalışmalarına (primer - sekonder önleme) gerekli önemin verilmesini vurgulamaktadır.

Sağlık bakım sisteminde hemşirelere, hipertansiyonun primer ve sekonder önleme çalışmalarında önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin sağlık eğitimi için sağlıklı ve hasta bireyler ile en fazla karşılaşan kişiler olmaları bunun önemini arttırmaktadır. Bunun için:

- Etkin eğitimin sürdürülebilmesi için yeterli sayı ve nitelikteki hemşirelere gerekli bilgi ve beceri kazandıracak eğitim programları planlanması,

- Hipertansiyonun primer önlenmesi için toplumsal eğitim programları düzenlenmesi, bu eğitimin okullar, iş yerleri gibi alanlarda uygulanması,

- Hipertansiyonun oluşmasında; aşırı tuz ve alkol tüketimi, aşırı kilo alma ve fiziksel inaktivitenin önemli roller oynadığını, anlaşılabilir mesajlar halinde kitle iletişim araçlarıyla topluma duyurulması,

- Hipertansiyon erken tamsı konabilmesi için, toplumsal taramalar yapılması, 40 yaş üzerindeki erişkinlerin kan basınçları ölçülerek bilinmeyen hipertansiyonluların saptanması,

- Hipertansiyon tamsı ile takip ve tedavi edilen hastaların, poliklinikte ve yattığı süre içinde de hastanede eğitim verilmesi,

- Taburcu olacak hastalara ilaç tedavisinin yanında, yaşam tarzı değişimlerini içeren (diyet, egzersiz, tuz tüketimi, stresle başa çıkma gibi) "eğitim kitapçığı" hazırlanması ve bu değişikliklere uyumlarının düzenli aralıklarla tıbbi kontrollerle değerlendirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyonları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya, Trakya Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hipertansiyon Polikliniğine başvuran, toplam 100 esansiyel hipertansiyonlu hasta dahil edilmiştir.

Hastalar ile ilgili veriler 2 bölümden oluşan görüşme formu ve kan basınçları ölçülerek elde edilmiş, verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde "t, Mann Whitney - U testleri, Kuruskall Wallis, Varyans ve Kovaryans analizleri" kullanılmıştır.

Değerlendirme sonucunda, vakaların eğitim durumları, tuz kullanma oranları, egzersiz sıklıkları ile kan basınçları arasında çok ileri derecede anlamlı ve orta güçte bir ilişki bulunmuştur. Gelir düzeyleri ile kan basınçları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuçlar bize hastaların yaşam tarzı faktörlerinin hipertansiyon gelişiminde rolü olduğunu göstermektedir.

Hipertansiyonun primer ve sekonder önleme çalışmalarında sağlıklı ve hasta bireylerin, eğitim yoluyla yaşam tarzlarının yeniden düzenlenmesi, hipertansiyon insidansını ve onun komplikasyonlarına bağlı ölüm oranlarını azaltabilir. Hipertansiyon ve yaşam tarzı faktörleri ile ilgili eğitim programlanması ve uygulanmasına, sağlık ekibinin üyesi olan hemşirelerin etkin olarak katılması gerekmektedir.

SUMMARY

This study was made in order to determine the relation between life-style factors of the patients and hypertension. Totally 100 patients with essential hypertension and applying Outpatient to Trakya University Hospital, Internal Diseases Department, Hypertension Outpatient were included in this study.

The Data related to the patients were obtained measuring blood pressure and the consultation form, and "t, Mann Whitney-U tests, Kruskal Wallis, Variance and Covariance analyses" were used in statistical evaluation of the data presented.

As a result of the evaluation a very significant and moderate relation was seen between the educational positions, salt using rates, exercise frequency of the cases and blood pressure. A significant difference between their income levels and blood pressure was obtained statistically. These results show that the life-style factories of the patients play an important role in the development of hypertension.

Rearrangement of the the life-style of healthy and sick individuals in the studies of preventing hypertension primarily and secondarily can reduce hypertension incidence and its death rate depending on its complications. Nurses who are the members of health group should participate in the educational programmes and practices related to hypertension and life-style factories effectively.

KAYNAKLAR

- 1 - Akpolat, T., Arık, N. : Hipertansiyon patogenezi, Hipertansiyon Bülteni, 2 : 1, (1992).
- 2 - Akpolat, T., Arık, N., Akpolat, İ. : Hipertansiyonun renal komplikasyonları : yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, Hipertansiyon Bülteni, 2: 4, (1992).
- 3 - Baltaş, A., Baltaş, Z.:Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul, (1993).
- 4 - Bayındır, Ü., Dinç, İ., Kılıçturgay, K., Tunah, A.:İç Hastalıkları, Güneş Kitabevi, Bursa, (1990).
- 5 - Bilir, N.: Hipertansiyonun toplumsal önemi ve korunma, Hipertansiyon Bülteni, 2:4, (1992).
- 6 - Bilir, N.: Halk Sağlığı Yönünden Hipertansiyon, Üçbilek Matbaası, Ankara, (1986).
- 7 - Birol, L., Akdemir, A., Bedük, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:6, Ankara, (1989).
- 8 - Can, U., Benli, S., Sarıbaş, O.: Hipertansiyonun nörolojik komplikasyonları, Hipertansiyon Bülteni, 3:3, (1993).
- 9 - Carpenter, C.J., Plum, F., Andreoli, T.E., Smith, L.H.: Cecil Essential of Medicine, Çeviri Ed.: A. Yalçın, Yüce Yayınları A.Ş., İstanbul, Second Edition, (1990).
- 10 - Chesney, M.A., Agras, S., Benson, H., Blumethal, J.A., et. al.: Nonpharmacologic approache to the treatment of hypertension, Circulation, (Supple) 1:76, (1987).
- 11 - Dee, J.T., Kocher, M.S.: Hypertension and high cholesterol, AJN, Novem., (1992).
- 12 - Dressler, W.W.:Education, lifestyl and arterial blood pressure, J. Psychosom. Res., 34:5 (1990).

- 13 - Ekmekçi, A., Ertem, G., Gürcay, A., Haberal, M.: Hipertansiyon, Semih Ofset Matbaacılık, Ankara, (1987).
- 14 - Erdine, S.: Türkiye Hipertansiyon Haritası, Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği, Pfizer İlaçları A.Ş., İstanbul, (1993).
- 15 - Fletcher, A., Bulpitt, C.: Epidemiology of hypertension in the elderly, Journal of Hypertension, 2:6, (1994).
- 16 - Fodor, J.G., Chockalingam, A.: Treatment of mild hypertension, J. Cardiovas. Pharmacol, 18:(Suppl 1), (1991).
- 17 - Guyton, A.C.: Tıbbi Fizyoloji, C:I, Çeviri Ed.:N. Gökhan, H. Çavuşoğlu, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Seventh Edition, (1989).
- 18 - _____:Hafif Hipertansiyon Tedavi Çeviri Rehberi, Çeviri Ed.:S. Erdine, Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği, Pfizer İlaçları A.Ş., (1993).
- 19 - Hargoreve, R., Huttel, A.: Arterial hypertension a nonpharmacologic approach, Advancing Clinical Care, 6:1, (1991).
- 20 - Harrison: Principles of Internal Medicine, Mc Graw Hill, New York, (1991).
- 21 - Henson, M.A.:Long-term control of hypertension, Nursing Clinics of North Ame., 16:2, (1981).
- 22 - Kayalı, M., Oral, N.: Stres, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı ilişkisi, Hipertansiyon Bülteni, 3:3, (1993).
- 23 - Kessler, C., Dasher, Lynne., et. al.: Coronary Care Nursing, W.B Sounder Co., Philadelphia, Second Edition, (1989).
- 24 - Kochar, M.S.: Hypertension in obese patients, Postgrad. Med., 93:4, (1993).
- 25 - Krone, W., Muller, D.: Hyperlipidaemia and hypertension, Baillieres Clinical Endocrine Met., 4:4, (1990).
- 26 - Levine, D.M., Cohen, J.D., Dustan, H.P.:Behavior changes and the prevention of high blood pressure, Circulation, 88:3, (1993).

- 27 - Loscalzo, J., Creager, M.A., Dzay, V.J.: Vascular Medicine, Little Brown and Co., Boston, (1992).
- 28 - Mac Donald, M.B., Sawatzky, J.E., Wilson, T.W.: Lifestyle behaviors in treated hypertensives as prediction of blood pressure control, Rehabilitation Nursing, 13:2, (1992).
- 29 - Nalbantgil, İ.: Noninvaziv ambulatuvar kan basıncı takibi, Hipertansiyon Bülteni, 2:1, (1992).
- 30 - Oymak, O., Akpolat, T.: Hipertansiyon tedavisi ve hiperlipidemi, Hipertansiyon Bülteni, 3:4, (1993).
- 31 - Oymak, O., Çolakoğlu, M.: Sodyum ve hipertansiyon, Hipertansiyon Bülteni, 3:2, (1993).
- 32 - Oymak, O., Erdem, Y.: Hipertansiyon ve mineraller, Hipertansiyon Bülteni, 3:3, (1993).
- 33 - Öbek, A., Kaptanoğlu, H., Öbek, C.: Hafif ve orta dereceli esasnsiyel hipertansiyonda hastaneye yatırılarak takibin rolü, Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi, 24:2, (1993).
- 34 - Önder, R.: Hipertansiyon patogeneğinde yeni görüşler, Hipertansiyon Bülteni, 2:2, (1992).
- 35 - Özcan, N.: Hipertansiyon, İdeal Matbaacılık, Ankara, (1995).
- 36 - Özcan, N., Sağlam, K.: Hipertansiyon komplikasyonları ve tedavileri, Koroner Kalp Hastalığı ve Hipertansiyon Bülteni, 1:3, (1995).
- 37 - Özsoy, S.A.: Ergene sağlık ocağı bölgesindeki otuz yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon prevalansı, 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, (1992).
- 38 - Platin, N.: Kan basıncı tansiyon, Türk Hemşireler Dergisi, 42:3, (1992).
- 39 - _____: Primary prevention of high blood pressure, National High Blood Pressure Education Program Working Group, Arch-Intern-Med., 153:25, (1993).

- 40 - _____: Recommendations for routine blood pressure measurement by indirect cuff sphygmomanometry, AJH, 5: 207-209, (1992).
- 41 - Sabuncu, H, Akbulut, T. : Epidemiyolojiye Giriş, sistem Yayıncılık, İstanbul, (1994).
- 42 - Silverberg, D.S.: Nonpharmacological treatment of hypertension, J.Hypertens., (supple) 8:4, (1990).
- 43 - Sollek, M.V., Lee, K.A.: Cardiac Nursing, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, (1989).
- 44 - _____: Strategies for prevention of hypertension, National High Blood Pressure Education Program Working Group, Arch. Intern. Med., 153:25, (1993).
- 45 - _____: Summary of 1993 World Health Organisation International Society of Hypertension guidelines for the management of mild hypertension, BMJ, 307:1542, (1993).
- 46 - Şenocak, M.: Temel Biyoistatistik, Çağlayan Kitabevi, İstanbul, (1990).
- 47 - Tekkök, S., Dikmenoğlu, N.: Arteriyel kan basıncının fizyolojik kontrol mekanizmaları, Hipertansiyon Bülteni, 3:2, (1993).
- 48 - Ünal, A., Banlı, O.: Dahiliye Propedötik ve Klinik Ders Notları, Metay Yayınları, Ankara, (1988).
- 49 - Yeşildal, O.: Hipertansiyonun kardiyovasküler sistem üzerine olan etkileri, Hipertansiyon Bülteni, 2:2, (1992).
- 50 - Yürügen, B., Durna, Z., Oktay, S.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, No:262, Eskişehir, (1992).

EK 1
ANKET FORMU

Bu anket formu esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleriyle hipertansiyonları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla düzenlenmiştir.

1. Protokol numarası

2. Cinsiyet

1- Kadın

2- Erkek

3. Yaş

1- 30-39

2- 40-49

3- 50-59

4-60 ve üzeri

4. Öğrenim durumunuz

1- Okur-yazar değil

2- Okur-yazar

3- İlkokul

4- Orta-Lise

5- Yüksek okul mezunu

5. Mesleğiniz

1- Emekli

2- İşçi

3- Memur

4- Ev hanımı

5- Çiftçi

6- Serbest meslek

7- İşsiz

6. Medeni durumunuz

1- Evli

2- Bekar

3- Boşanmış

4- Eşi ölmüş

5- Aynı yaşıyor

7. Çocuk sayınız :.....

8. Boyunuz :.....

9. Kilonuz :.....

10. Yaşadığımız yer

- 1- Köy
- 2- İlçe
- 3- Kent
- 4- Büyük kent
- 5- Yurtdışı

11. Oturduğumuz ev

- 1- Kira
- 2- Kendinize ait
- 3- Diğer (Lojman, Pansiyon vs.)

12. Sosyal güvenceniz

- 1- EMS
- 2- SSK
- 3- Bağkur
- 4- Özel sigorta
- 5- Yok
- 6- Diğer

13. Ailenizin toplam aylık geliri

- 1- 3-5 milyon TL
- 2- 6-15 milyon TL
- 3- 15 milyon TL ve üzeri

14. Evinizde kaç kişisiniz? :.....**15. Evde sizden başka çalışan kaç kişi var? :.....****16. Kaç yıldır yüksek tansiyonunuz var? :.....****17. Ailede yüksek tansiyonu olan başka kimse/ kimseler varmı?**

- 1- Var
- 2- Yok

18. Tansiyonunuzun yükseldiğini hissediyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Bazen

19. Genellikle ne zaman tansiyonunuz yükseliyor?

(Sinirlilik, heyecan, ilaç almayı unutma, kuruntu, endişe, üzüntü vb.)

20. Tansiyonunuz yükseldiğinde ne gibi şikayetleriniz oluyor?

21. Başka bir sağlık probleminiz var mı?
1- Evet
2- Hayır
22. Varsa hangi / hangileridir?
1- Kalp hastalığı
2- Böbrek hastalığı
3- Felç
4- Görme bozukluğu
5- İşitme kaybı
6- Diğer
23. Sigara içiyor musunuz?
1- Evet
2- Hayır
3- Bıraktım
4- Bazen
5- Azalttım
24. Ne zaman bıraktınız?
..... Ay önce
25. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz / kullandınız?
..... Ay
26. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz / içiyordunuz?
..... Adet
27. En yoğun sigara içtiğiniz dönemde ne kadar miktar / süre kullandınız?
..... Paket /yıl
28. Alkollü içki kullanıyor musunuz?
1- Evet
2- Hayır
3- Bıraktım
4- Arasına
29. Ne zaman bıraktınız?
..... Ay önce
30. Hangi miktarda alkol alırsınız /alırdınız?
..... Miktar / Cins / Gün
31. Ne kadar zamandır alkol kullanıyorsunuz /kullanıyordunuz?
..... Ay

32. En yoğun alkol kullandığımız dönemde ne kadar miktar /cins / süre içtiniz?

.....

33. Evinizde yapılan yemeklerde en çok hangi yağ tüketilir?

- 1- Ayçiçek yağı, zeytinyağı,
Mısır özü yağ, Soya yağ
- 2- Margarin
- 3- Tereyağ
- 4- Hayvansal yağ

34. En çok hangi tür et yersiniz?

- 1- Balık - tavuk eti
- 2- Kırmızı et (kuzu, dana)
- 3- Et yemem

35. Yemeklerinizde kullandığımız tuz oram nedir?

- 1- Tuzsuz
- 2- Az tuzlu
- 3- Normal
- 4- Çok tuzlu

36. Ne tür yemekleri en çok yersiniz?

- 1- Kızartma
- 2- Haşlama - ızgara
- 3- Sebze - meyva
- 4- Hamur işi - tatlılar
- 5- Diğer

37. Lokanta, restaurant, büfe gibi yerlerde hangi sıklıkla hazır yemek yeme ya da atıştırma alışkanlığımız var?

- 1- Hergün
- 2- Haftada bir kaç kez
- 3- Bazen
- 4- Yok

38. Genellikle günde kaç öğün yersiniz?

- 1- 1 öğün
- 2- 2 öğün
- 3- 3 öğün
- 4- 3 öğünden fazla

39. Günde ne kadar ekmek tüketiyorsunuz?

.....

40. Hangi tür ekmek tüketiyorsunuz?

- 1- Tuzsuz ekmek
- 2- Kepekli ekmek
- 3- Normal ekmek
- 4- Diğer

41. Günde kaç bardak çay içiyorsunuz?
..... Çay bardağı /gün
42. Günde kaç bardak kahve içiyorsunuz?
1- Türk kahvesi :.....
2- Nescafe :.....
43. Düzenli olarak herhangi bir egzersiz yapıyor musunuz?
1- Evet
2- Hayır
3- Düzensiz
44. Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?
1- Hergün
2- Haftada birkaç kez
3- Bazen
45. Yaptığınız egzersiz aşağıdakilerden hangi / hangilerine uymaktadır?
1- Yürüyüş
2- Koşu
3- Merdiven çıkma
4- Tarlada çalışma
5- Diğer

EK.2

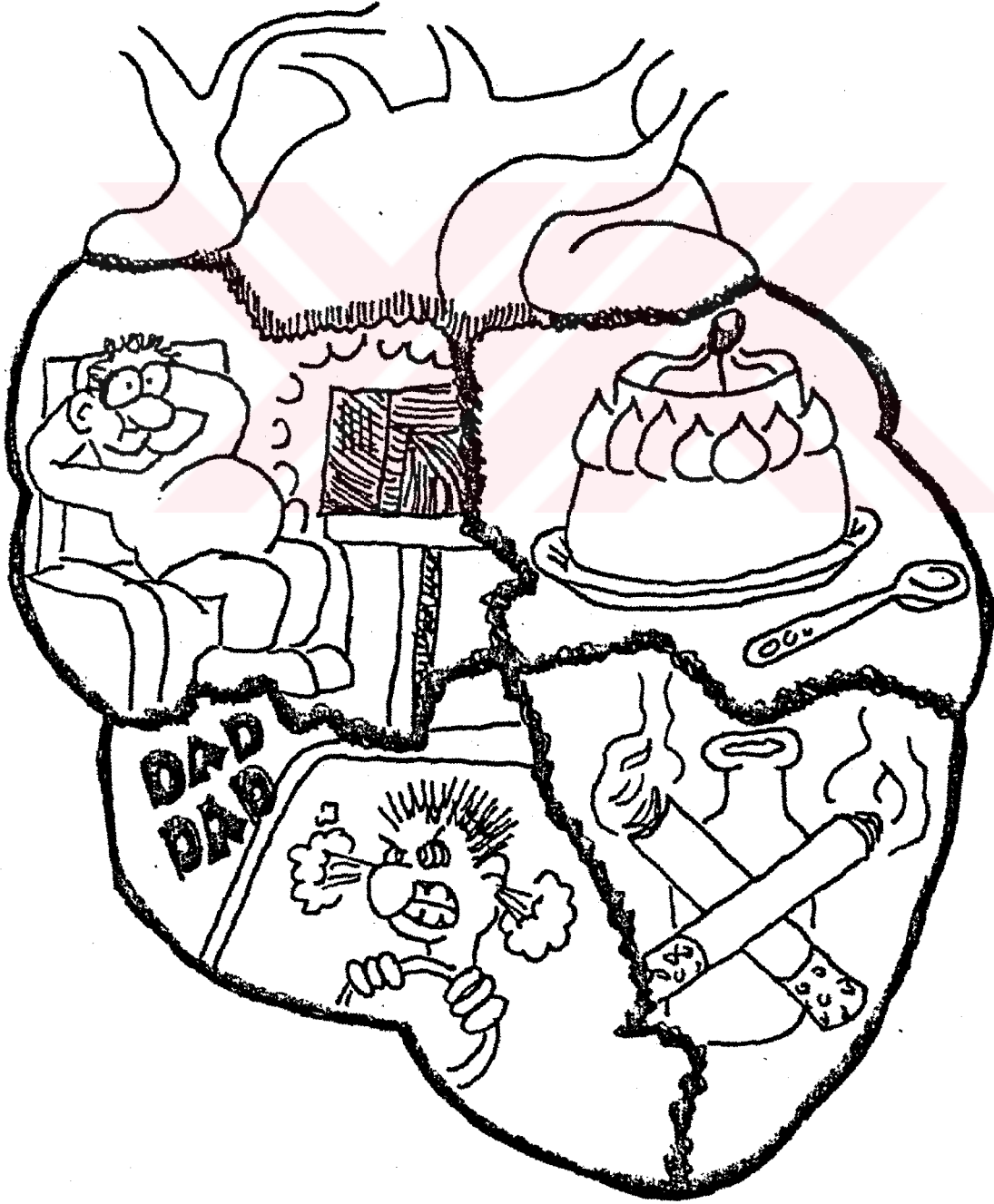
KENDİNİ DEĞERLENDİRME HAYAT BİÇİMİ SORU CETVELİ

1)İşleri geçici olarak askıda bırakmakta sakınca görmez.	1 2 3 4 5 6 7	Bir kere başladığı işi mutlaka bitirir.
2)Randevular karşısında sakın ve acelesizdir.	1 2 3 4 5 6 7	Randevulara hiçbir zaman gecikmez.
3)Bütünüyle rekabet duygusundan uzaktır.	1 2 3 4 5 6 7	Yüksek derecede rekabet duygusu içindedir.
4)İyi dinleyicidir, başkalarının konuşmasına imkan verir.	1 2 3 4 5 6 7	Karşısındakimin sözünü tamamlamasını sabırsızlıkla bekler.
5)Baskı altında olduğu zamanlarda bile telaşsızdır.	1 2 3 4 5 6 7	Her zaman telaş içindedir.
6)Sakin olarak bekleyebilir.	1 2 3 4 5 6 7	Beklerken huzursuzdur.
7)Yumuşak başlıdır.	1 2 3 4 5 6 7	Her zaman kafasının dikine gider.
8)Sadece bir tek işi üstlenir.	1 2 3 4 5 6 7	Pek çok işe birden girer.
9)Yavaş konuşur ve konuşuklarını tartar.	1 2 3 4 5 6 7	Çoşkun ve vurgulu konuşur (bir çok jest kullanır).
10)Başkalarını değil kendi kendini memnun etmeye çalışır.	1 2 3 4 5 6 7	Başarılı bir biçimde tamamlanmış bir iş için başkalarının taktirini bekler.
11)Her şeyi yavaş yapar.	1 2 3 4 5 6 7	Her şeyi hızlı yapar (yemek, yürümek gibi).
12)Sakin ve yumuşak araba kullanır.	1 2 3 4 5 6 7	Sert araba kullanır.
13)Duygularını açık olarak ifade eder.	1 2 3 4 5 6 7	Duygularını içinde tutar.
14)Çok geniş bir ilgi alanı vardır.	1 2 3 4 5 6 7	İş dışında az sayıda ilgisi vardır.

15)İşinden hoşnuttur.	1 2 3 4 5 6 7	Sabırsızdır, işinde hızlı hızlı ilerleme bekler.
16)Kendine zaman sınırlaması koymaz.	1 2 3 4 5 6 7	Çoğunlukla kendine zaman sınırlamaları koyar.
17)Sınırlı bir sorumluluk duyar.	1 2 3 4 5 6 7	Kendini her zaman sorumlu hisseder.
18)Hiç bir zaman sayısal olarak değerlendirme yapmaz.	1 2 3 4 5 6 7	Verimi çoğunlukla sayısal olarak değerlendirir (ne kadar, kaç gibi).
19)İş konusunda yüzeyseldir.	1 2 3 4 5 6 7	İşi çok ciddiye alır (hafta sonu çalışır, eve iş getirir).
20)Kusursuzluk meraklısı değildir.	1 2 3 4 5 6 7	Mükemmellik meraklısıdır (ayrıntılar konusunda dikkatlidir).

HİPERTANSİYON VE YAŞAM TARZI

Rehber Kitapçık



Serap TUNA

İÇİNDEKİLER

I.Kan Basıncımız

II.Hipertansiyon Nedir?

III.Kan Basıncı Nasıl Ölçülür?

IV.Yüksek Tansiyonun Nedenleri Nelerdir?

A. Değiştirilemeyen Faktörler

a.Kalıtım

b.Yaş

c.Cinsiyet

B. Değiştirilebilir Faktörler

a.Tuz

b.Şişmanlık

c.Alkol

d.Fizik Egzersiz

e.Stres

f.Sigara

V.Yüksek Tansiyonun Belirtileri Nelerdir?

VI.Yüksek Tansiyonun Etkileri Nelerdir?

VII.Yüksek Tansiyonlu Bir Hastanın Tedavisi

ÖNSÖZ

Bu kitapçık; hipertansiyonla birlikte, yaşam en iyi şekilde sürdürebilmeniz ve yaşam tarzınızı olumlu yönde değiştirmeniz amacıyla hazırlanmıştır.

Kitapçıkta, kan basıncı ve ölçümü, yüksek tansiyon, tansiyon yükselmesine etki eden faktörler, yüksek tansiyonun belirtileri, vücuttaki etkileri ve tedavide dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgi ve öneriler bulacaksınız.

Sağlıklı bir yaşam dileğiyle...

Serap TUNA

HİPERTANSİYON ve YAŞAM TARZI

Yüksek tansiyon, gelişmiş ülkelerde olduğu kadar, gelişmekte olan ülkelerde de görülme sıklığı çok fazla olan bir kalp-damar hastalığıdır. Ülkemizde yapılan son araştırmaya göre Türkiye'de yaşayan erişkinlerin %20'sinin yüksek tansiyonu vardır.

I . Kan Basıncımız

Kalbimiz günde yaklaşık 100.000 (yüz bin) defa atar. Dakikada yaklaşık 70 kez kasılarak içindeki kan damarlar içerisine pompalar ve böylece dokuların beslenmesini sağlamak için gerekli kan tüm vucuda dağılmış olur. Kan, vücudumuzda dolacağı süre içinde damarlarımızın duvarlarına basınç yapar. Kan basıncı ya da tansiyon, kalbimizin kasılması sırasında damarlara yaptığı basınçtır. Oturuyor yada sakin bir biçimde yatıyorken kan basıncı sabit bir seviyede (İSTİRAHAT SEVİYESİ) durur.

Sağlıklı ve genç bir yetişkinde normal tansiyon 120/80 mmHg (12/8) olarak belirlir. Büyük rakam (120) kalbin her atış anındaki tansiyonu, küçük rakam (80) ise iki kalp atışı arasındaki tansiyonu gösterir. Heyecan, egzersiz, öfke halinde beyin ve kaslara kan akımını arttırmak için kan basıncı yükselir, bu durum ortadan kalktığında ise kan basıncı eski sabit düzeyine iner.

II . Hipertansiyon Nedir?

İstirahat kan basıncının normalden daha yüksek olduğu hallerde yüksek kan basıncından (HİPERTANSİYON) bahsedilir. Hipertansiyonun erişkin yaş grubunda sıklığı %15-20 dolayındadır. Bir başka deyişle erişkinler arasında 5 veya 6 kişiden bir tanesinin kan basıncı yüksektir.

Tıp dilinde hipertansiyon, kan basıncının bir dizi ölçümler sonucunda normal değerlerin üstünde bulunması halidir. Çoğu insan hipertansiyonun sadece sınırlı kişilerde görülebildiği inancındadır. Ancak gerçek yaşamda durum böyle olmayıp, sakin yaradılışlı olan kişilerde de hipertansiyon görülebilir.

Yüksek tansiyon tanısı koymak için tek bir ölçüm yeterli değildir (kan basıncının ileri derecede yüksek olduğu haller dışında). Aynı aynı zamanlarda ve en az iki ölçümle elde edilen kan basıncı değerleri 140/90 mmHg üzerinde ise o zaman hipertansiyon varlığından bahsedilir.

140	/	90 mmHg (milimetre civa)
Sistolik		Diastolik
Kan Basıncı		Kan Basıncı
(büyük tansiyon)		(küçük tansiyon)

Bazı kişilerde doktor tarafından muayene sırasında kan basıncı yüksek bulunur. "Beyaz Önlük Hipertansiyonu" olarak adlandırılan bu olay hekim yanında ya da hastane ortamında hastanın heyecanlanması ile açıklanmaktadır. Bu kişiler hekimin yanından ya da hastane ortamından uzaklaştırıldıklarında kan basınçları normale döner. Bu kişilerde mümkünse 24 saat süre ile kan basıncı ölçen cihazlar yardımı ile ölçüm yapılmalı ya da değişik zamanlarda yapılan tansiyon ölçümü sonunda tam konmalıdır.

III. Kan Basıncı Nasıl Ölçülür?

Kan basıncı genellikle, civalı bir tansiyon aleti (sfigmomanometre) ile ölçülür.

Ölçüme başlamadan önce, hasta sessiz bir odada en az 5 dakika oturtulmalıdır. Kol kasları gevşek durumda olmalı ve ön kol, dirsek çukuru kalp düzeyinde olacak şekilde desteklenmelidir. Kan basıncı yatarak ya da oturarak ölçülebilir ve her durumda kol kalp düzeyinde olmalıdır. Ölçüm öncesinde kafeinli içecek (kahve gibi) veya sigara içiminden itibaren 30 dakika, kuvvetli bir egzersizden (koşma gibi) sonra 1 saat geçmişi olmalıdır.

Kan basıncını ölçmek için içine hava pompalanan bir lastik kolluk (manşon), dirseğin üst bölümüne dirsek çukuru ikiparmak (2-3 cm) açıkta kalacak şekilde sarılır. Elbiselerin kolu sıkılmamasına dikkat edilmelidir. Dinleme aleti (Stetoskop), dirsek atardamarı üzerine nazikçe yerleştirilir. Kolluk hava pompalanınca atardamarı iyice sıkıştırır ve içindeki kan akımı durur, ayrıca bilekteki nabız kaybolur. Sonra manşon içindeki hava yavaş yavaş bırakılır. Atardamar üzerine konan dinleme aleti ile (stetoskop) sesler dinlenir. Seslerin ilk duyulduğu basınç, sistolik basınçtır (Büyük tansiyon). Tansiyon ölçülen kolun bilek atardamarını kontrol edersek, kulaklıkla dinlenen bu sesin oluşturduğu basınç düzeyinde nabız atımının başladığını hissederiz. Diyastolik basınç (küçük tansiyon) ise seslerin kaybolduğu andaki basınçtır.

Kan basıncı düzeyleri, ortasında ibresi bulunan göstergelerle, elektronik aletlerin sayısal göstergeleri ile ya da civa sütununun yüksekliği ile okunur. Okunan değerler milimetre civa (mmHg) olarak açıklanmakla birlikte 12-8 gibi sayılarla da ifade edilir.

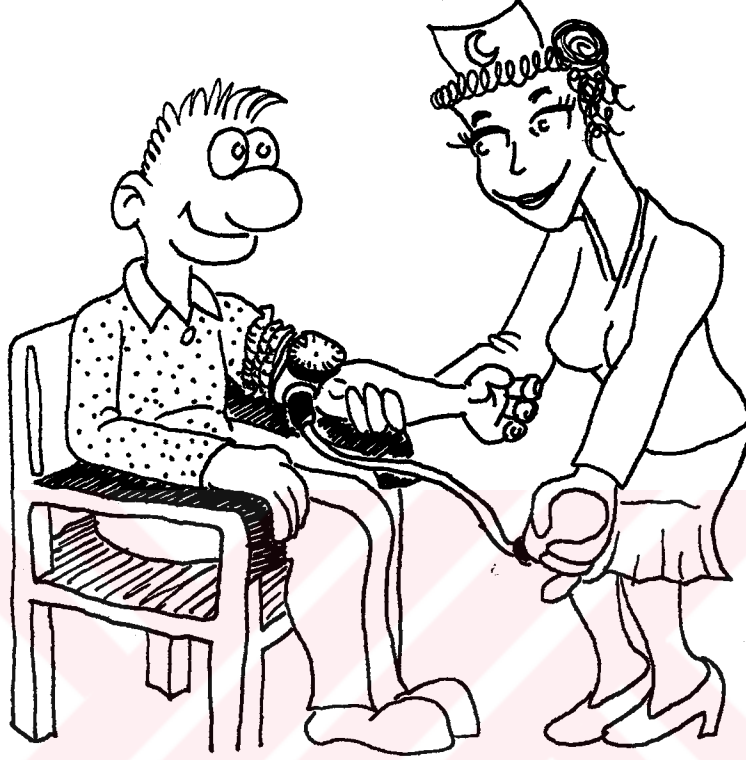
Evde kan basıncı ölçümünde dikkat edilecek önemli noktalar şunlardır:

- 1-Elbiselerin kolu sıkılmamasına dikkat edilmelidir.
- 2-Kol kalp seviyesinde ve desteklenmiş olmalıdır.
- 3-Manşonu şişirmeye başlamadan önce ibrenin "0" (sıfır) da olması gerekmektedir.
- 4-Ölçümden önce en az 5 dakika dinlenmeli, sakin bir ortamda ölçüm yapılmalıdır.

5-Dinleme aleti, dirsek atardamarı üzerine gelecek şekilde yerleştirilmelidir.

6-Eğer ilk ölçümde tansiyon değerleri hissedilemiyorsa, ikinci ölçüm kısa bir süre beledikten sonra manşon şişirilmelidir.

Şekil 1. Kanbasıncı Ölçümü



IV. Yüksek Tansiyonun Nedenleri Nelerdir?

Hipertansiyonlu hastaların % 90'ından fazlasında basıncı yükselmesinin esas nedeni bilinmemektedir. Buna tıp dilinde "esansiyel hipertansiyon" denir. % 10 gibi küçük bir oranı teşkil eden nedeni bilinen hipertansiyon çoğunlukla böbrek hastalığına, hormonal bir hastalığa, merkezi sinir sistemi hastalıklarına, bazı kalp hastalıklarına, gebeliğe, bazı ilaçlara (doğum kontrol hapi gibi) bağlı olarak ortaya çıkabilir.

Hipertansiyonun en sık rastlanan oluş mekanizması damarların daralması ve direncin yükselmesidir.

Damarlar daralınca dolaşım sistemindeki kan basıncı da artar. Normalin üzerindeki bu yüksek basınç teşhis edilmez, hasta uzun yıllar boyu hipertansiyonu olduğunu bilmeden yaşar ve tedavi edilmezse ardından kalp hastalıkları ve felç gelişebilir.

Hipertansiyon oluşumunda etken olan bazı çevresel faktörler mevcuttur. Bu faktörler başlıca iki ana grupta toplanabilir. Bunlar:

A - Değiştirilemeyen Faktörler

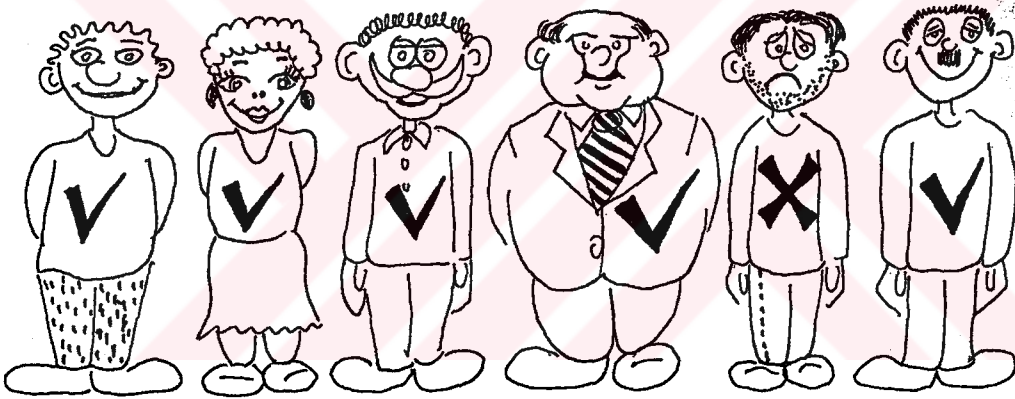
B - Değiştirilebilir Faktörler (YAŞAM TARZI FAKTÖRLERİ)

Değiştirilemeyen faktörler arasında kalıtım, yaş ve cinsiyeti sayabiliriz. Değiştirilebilir faktörler ise kişilerin yaşam biçimlerini (tarzlarını) içeren fazla kilolar, aşırı tuz ve alkol tüketimi, hareketsiz yaşam, sigara ve stresi sayabiliriz.

A. Değiştirilemeyen Faktörler

a. KALITIM: Yüksek tansiyon oluşumunda rolü olan etkenlerden birisi kalıtımdır. Yüksek tansiyonlu kişilerin aileleri araştırıldığında % 60'ında aile bireylerinde de hipertansiyon saptanmıştır. Ancak ailesinde hipertansiyonlu bulunan her kişide yüksek tansiyon görülebileceği anlamına gelmemektedir. Kalıtımın yanında başka etkenlerde söz konusudur.

Şekil 2. Kalıtım



b. YAŞ: Kan basıncı yaşla birlikte yükselir. Yüksek tansiyon, ileri yaş grubunda daha sık olarak görülmekle birlikte her yaşta ortaya çıkabilir. Genellikle 35-50 yaş arasında ilk olarak saptamır.

Hipertansiyon, 40'lı yaşlarda %10 dolayında görülürken, 60 yaş ve üzeri grupta iki kişiden birisi yüksek tansiyonlu bulunmaktadır.

c. CİNSİYET: 50 yaşından önce, kadınlarda erkeklere oranla yüksek tansiyon görülme sıklığı daha azdır. 50 yaşında kadın ve erkekte eşit oranda görülürken, 55 yaşın üstünde kadınlarda hipertansiyon sıklığı erkeklere oranla daha fazladır.

B. Değiştirilebilir Faktörler (Yaşam Tarzı Faktörleri)

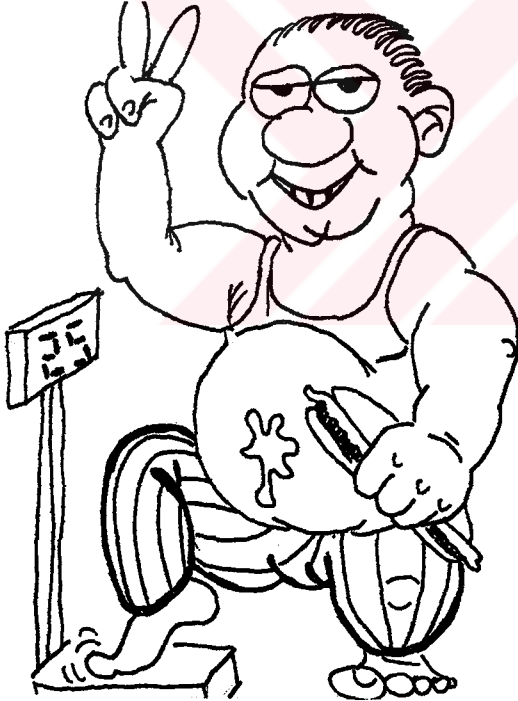
a. **TUZ:** Yüksek tansiyon oluşumunda etken olan çevresel faktörler arasında aşırı tuz alımı büyük önem taşımaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarla aşırı tuz tüketen toplumlarda hipertansiyon daha fazla görülmektedir.

Endüstrileşmiş toplumlarda (Amerika gibi) insanlar günde yedikleri besinlerle yaklaşık 5-10 gr. tuz tüketirler. (1 çay kaşığı: 2.5 gr. tuz). Bu miktar vücut için gerekli ihtiyacı çok fazla aşmaktadır. Günlük tuz alımı 5 gramın altında olmalıdır. Günlük tuz tüketimi 2-5 gr. azaldığında kan basıncında 10 mmHg'ya kadar düşme gözlenmektedir .

Kan basıncı yüksek olan kişiler çok tuzlu yediklerinde, tansiyonları daha da yükselecektir.

b. **ŞİŞMANLIK:** Boyuna göre normal vücut ağırlığının % 30'undan fazla ağırlıkta olan kişilere fazla kilolu ya da şişman adı verilir. Şişmanlığın nedeni gıdalar ile alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıdır.

Şekil 3. Şişmanlık



Kilo arttıkça, kan basıncı da artmaktadır. Şişman kimselerin % 40'ında yüksek tansiyon görülmektedir. Yapılan bir çok çalışmada aşırı kilo alma, hipertansiyon gelişme riskini 2-6 kat artırdığı ortaya konmuştur.

Vücut ağırlığı arttıkça kalbin yükü de artar. Aşırı kilolu insanların çoğunda kan yağları olan kolesterol ve trigliserid normal değerlerin üzerinde ölçülecektir. Aşırı kilolu olmak aynı zamanda; felç, eklem rahatsızlıkları, şeker hastalığı, safra kesesi taşları, solunum sistemi hastalıkları (bronşit gibi) gibi başka hastalıklara da neden olur. İdeal vücut ağırlığına ulaşılması, bu hastalıkların ortaya çıkma riskini büyük oranda azaltacaktır.

Fazla kilolardan kurtulmak ve sağlıklı bir beslenme uygulamak için aşağıdaki maddelere uyulmalıdır. Bunlar;

- 1-Yeterli ve dengeli beslenilmelidir.
- 2-Tuz kısıtlanmalı, tuzu fazla ürünler yerine (soslar, et suyu tabletleri gibi), yemeklerinizi tatlandırmak için taze otlar ve baharatlar kullanılmalıdır.
- 3-Alınan besinlerde sebze ve meyvelere ağırlık verilmelidir.

- 4-Her tür yağ, sıvı yağları, margarin ve tereyağı tüketimi azaltılmalıdır.
- 5-Katı yağlar (doymuş yağlar) olan margarin ve tereyağ yerine yemeklerde sıvı yağlar (doymamış yağlar) olan ayçiçek, zeytin, mısırözü veya seya yağları kullanılmalıdır .
- 6-Yiyecekler haşlama, ızgara ya da buğulama olarak yenilmeli, kızartmalardan uzak durulmalıdır.
- 7-Beyaz ekmeğe yerine kepek ekmeği, pişmiş kabuklu patates, lif oranı yüksek tahılları, yulaf ve baklagiller tercih edilmelidir.
- 8-Su ve düşük kalorili hafif içecekler gibi sıvılar bol bol içilmeli, kalorisi fazla olan alkol azaltılmalıdır.
- 9-Fazla kalorili olan pasta, çerez, bisküvi, börek v.s kaçınılmalıdır.
- 10-Kiloyu dengede tutabilmek için olabildiğince egzersiz yapılmalıdır (yürüyüş, yüzme, bisiklete binme gibi).
- 11-Bir diyet uzmanı (diyetisyen) ile görüşerek az kalorili diyet listesi alıp uygulanmalıdır.

Şekil 4. Alkol



c.ALKOL: Aşırı düzeyde alkol alımı ile yüksek tansiyon arasında doğrusal bir ilişki vardır. Hipertansiyon sıklığının % 5-7'si aşırı alkol alımına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir.

Alkol alımı günlük 30gr.'ın altına indirilmelidir. (Örneğin; 30 gr. etanol = 1 duble rakı).

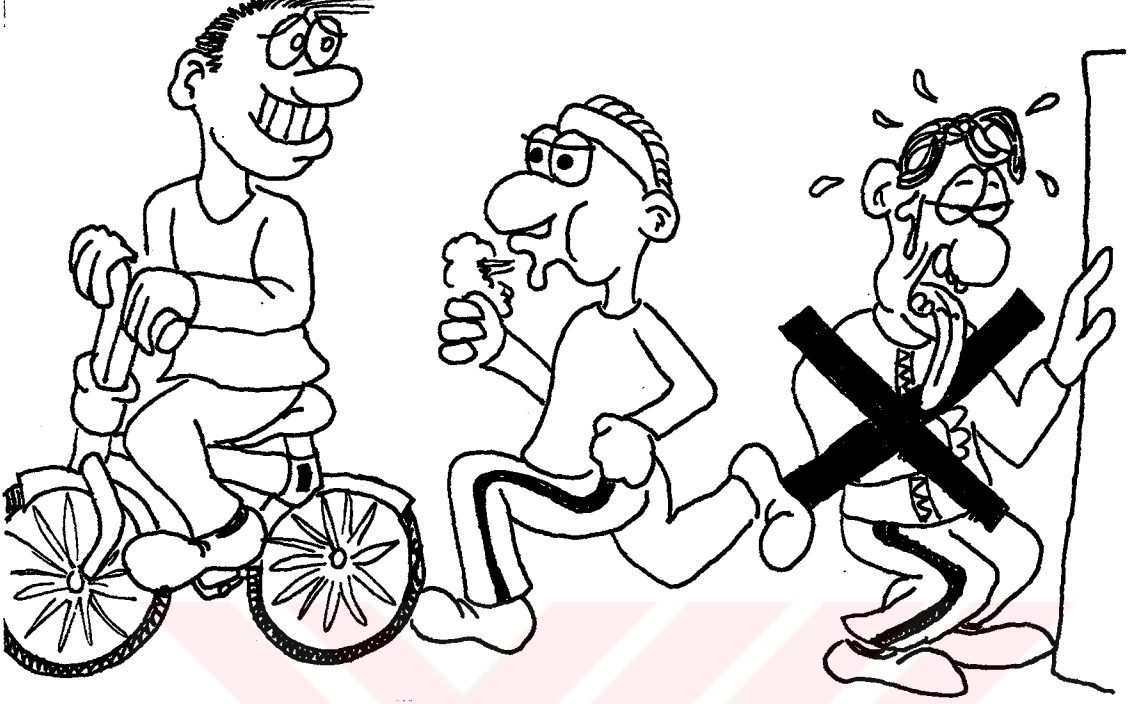
Yapılan klinik çalışmalarda alkol alımının azaltılması veya kesilmesi, kan basıncını düşürdüğü gözlenmiştir.

d. Fizik EGZERSİZ: Aşırı yapılan fizik egzersiz, kan basıncını yükseltirken, aşırı olmayan ve düzenli olarak yapılan fizik egzersizlerin kan basıncını düşürücü etkisi olduğu bilinmektedir.

Kalbimiz için en yararlı, dayanıklılık sağlayan egzersizler yürüyüş, koşu, yüzme, bisiklete binme ya da aerobik olabilir. Bir çok uzmana göre, egzersizin etkili olabilmesi için haftada iki ya da üç kere en az 20 dakika yapılması gerekir.

Düzenli egzersiz için en uygun olan aerobik egzersizdir. Aerobik egzersizler ritmik, zamanla uygulanma sıklıkları artırılabilir (Yürüyüş, koşu, bisiklet binme, merdiven çıkma gibi). Her yaşta egzersiz yapmaya başlanabilir. Ancak hangi aerobik egzersiz türünü tercih ediyorsanız edin mutlaka hekim kontrolünde olmalıdır. Size uygun olan egzersiz türü, sıklığı ve süresi doktorumuzun tarafından belirlenmelidir.

Şekil 5. Egzersiz



Egzersizle ilgili bazı önemli hususlar;

- 1-Günlük yaşam içine bazı egzersizler sokulmaya çalışılmalıdır. Örneğin; Kısa mesafelere yürüyerek gidilmeli, asansör yerine merdiven tercih edilmelidir.
- 2-Egzersize ölçülü başlayıp zamanla artırılması gerektiği unutulmamalıdır.
- 3-Egzersiz birden kesilmemeli, hareketler yavaşlatarak sona erdirilmelidir.
- 4-Egzersiz, yemeklerden en az bir saat sonra yapmaya çalışılmalıdır.
- 5-Tatlı bir yorgunluk hissedene kadar egzersiz yapılmalı, bünyeyi aşırı yormamalıdır.

e.STRES: Stres ruhi gerilim olarak tanımlanabilir. Stres ve anksiyetinin kan basıncını yükselttiği bilinmektedir.

Hiddet halinde görülen kan basıncı yükselişleri erkeklerde, anksiyete halinde görülen kan basıncı yükselişleri de kadınlarda daha fazla olmaktadır.

Stres tansiyonu yükseltir, kalp dahil bütün vücutta ağır bir yük oluşturur.

A tipi kişiler (sabırsız, çabuk sinirlenen, canı tez) strese daha yatkındırlar.

B tipi kişilik yapısında olanlar (rahat, sakin, paniğe kapılmayan) ise strese daha dayamkındırlar. A tipi kişilerde kalp-damar hastalıklarına (kalp krizi, hipertansiyon gibi) yakalanma riski B tipi kişilik yapısında olanlardan daha fazla olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Stres süresince kan kolesterol seviyesinde ve kan basıncında artma olur.

Şekil 6. Stres



Stresten kurtulmak için;

- 1-Stres yaratan etmenler belirlenmelidir.
- 2-Sigara ve alkol içimi azaltılmalıdır. Kendinizi rahatlatmak için sigara ve içki kullanıyorsanız etki süreleri geçici olduğundan stresten uzaklaşmak için kullanılmamalıdır.
- 3-Bir işi yaparken başka bir iş yapılmamalıdır.
- 4-İşe gidince evle, eve gidince işle ilgili sorunlar düşünülmemelidir.
- 5-Stresin yarattığı gerginliği azaltmak için yüzme, yürüyüş, koşma gibi egzersizler yapılmalıdır. Yoga, jimnastik, rahatlatma teknikleri de bu konuda size yardımcı olacaktır.
- 6-Stres anında rahatlamak için derin derin nefes alarak yavaş yavaş bırakılmalıdır. Güzel şeyler düşünerek, gülümseyerek stresten mümkün olduğunca az etkilenmeye çalışılmalıdır.

f. SİGARA: Sigara akciğerler üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında, damar sertliğinin ve buna bağlı olarak kalp- damar hastalıklarının ortaya çıkışını kolaylaştırır.

Şekil 7. Sigara



Sigara içmenin kan basıncını direkt olarak yükseltici etkisi yoktur. Ancak tansiyon yüksekliğinin damarlar üzerinde yapacağı harabiyeti hızlandırması nedeniyle mutlaka bırakılmalıdır. Yüksek tansiyonu olan ve sigara içen hastalarda koroner kalp hastalığı gelişme riski çok fazladır.

İngiltere'de her sene sigara içen 35.000 kişi kalp hastalığından ölmektedir.

Sigaranın damarlar üzerindeki olumsuz etkileri, yüksek tansiyonlu kişilerde, normal kişilere oranla daha fazla olmaktadır. Ayrıca sigara içmeyen hipertansiyonlu kişilerde tansiyon düşürücü ilaçlar, sigara içenlere oranla daha fazla etkili olmaktadır.

V. Yüksek Tansiyonun Belirtileri Nelerdir?

Yüksek tansiyonun genellikle belirtisi yoktur. Hipertansiyon tamsı genellikle kolayca konabilmesine rağmen hastaların çoğu yıllar boyu yüksek tansiyonu olduğunu bilmeden yaşar. Çoğunlukla bir başka nedenle yapılan muayene sırasında saptanır.

Hipertansiyonlu olup olmadığımıza öğrenmenin tek yolu, kan basıncımızı ölçtürmektir. Bazıları baş ağrıları ve yorgunluğun yüksek tansiyon işareti olduğunu düşündür ama bu durum her zaman geçerli değildir. Çoğunlukla zarar ortaya çıktıktan sonra yüksek tansiyon olduğu anlaşılır.

Yüksek tansiyon nedeniyle hastayı doktora getiren nedenler üç grupta toplanabilir. Bunlardan birincisi doğrudan kan basıncının yükselmesine bağlı ortaya çıkan yakınmalardır.

Şekil 8. Kan Basıncı Yüksek Olan Bir Hastanın Yakınması



Baş ağrısı şiddetli hipertansiyon için karakteristik bir belirtidir. Hasta sabahları uyandığında ense bölgesinde ağrı hisseder ve günün ilerleyen saatlerinde ağrı kendiliğinden geriler.

Yüksek tansiyon sonucu ortaya çıkan belirtiler baş dönmesi, çarpıntı ve çabuk yorulmalıdır. (Tüm bu yakınmalara neden olan başka hastalıkların da bulunduğu unutulmamalıdır).

İkinci grup yakınmalar, hastalığın damarlar üzerinde yaptığı harabiyet sonucu ortaya çıkar. Bunlar; burun kanaması, göz dibinde bulunan damarlardaki değişikliklere bağlı olarak görme bozukluğu, beyin kanlanması geçici olarak bozulmasından ötürü baş dönmesi, göğüs ağrısı ve kalp yetersizliğine bağlı nefes darlığı gelişebilir.

Üçüncü grupta ise nedeni bilinen yüksek tansiyona yol açan esas hastalığa ait belirtilerdir. Çok su içmek, çok idrara çıkmak, kilo artışı, kas güsüzlüğü, aşırı terleme, nöbetler halinde gelen baş ağrısı bu belirtiler arasında sayılabilir. Ancak hastalığın diğer belirtileri göz önünde bulundurularak tam konması ve hipertansiyon tedavisiyle birlikte esas hastalığa yönelik tedavi yapılması mümkündür.

VI. Yüksek Tansiyonun Etkileri Nelerdir?

Yüksek kan basıncının en önemli yan etkileri (komplikasyonları) kalp, beyin ve böbrek hastalıklarına yol açarak bu hastalıklardan ölüm oranlarını arttırmasıdır.

Yüksek tansiyonun neden olduğu en önemli olaylardan biriside damar sertliğini hızlandırmasıdır.

Kalbi besleyen damarların (koroner arterler) damar sertliği nedeniyle daralması veya tıkanması, kalp ağrılarına ve kalp krizlerine yol açar.

Yüksek basınçla damarlarda dolaşan kan, damar duvarlarını tahrip ederek bu noktalarda kanın pıhtılaşma ihtimali vardır. Bu kan pıhtısı beynin bir kısmına kan akışım önlediğinden felç durumu ortaya çıkar.

VII. Yüksek Tansiyonlu Bir Hastanın Tedavisi

Yüksek tansiyon tedavisinde, alınacak ilaçların yanında saydığımız yaşam tarzındaki (biçimindeki) değişiklikler de büyük önem taşımaktadır.

Yüksek tansiyon oluşumunda rol oynayan etkenlerden bir kısmı elimizde olmayan faktörlerdir. Örneğin: Yaş, kalıtsal özellikler ve cinsiyet. Ancak kilo verilmesi, aşırı alkol ve tuz alımının kısıtlanması, sigaranın bırakılması, aşırı gerginlik ve stresten uzak kalmanız, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme elinizde olan ve yüksek tansiyon tedavisinde büyük önem taşıyan yaşam biçimi faktörleridir. Bu faktörler yüksek tansiyon tedavisinin ilaçsız önlemler kısmını oluşturmaktadır.

Şekil 9. Yüksek Tansiyonlu Bir Hastanın Tedavisi



Öncelikle bu tür yaşam tarzı değişiklikleri ile kan basıncının düşürülmesine çalışılmalı daha sonra ilaç tedavisine geçilmelidir. Ayrıca ilaç tedavisine karar verildiğinde dahi bu tür yaşam biçimi değişiklikleri belirli bir program dahilinde her hastaya uygulanmalıdır.

Hipertansiyon tanısı konan bir hastanın hangi ilacı kullanacağı mutlaka doktor tarafından belirlenmelidir. Gelişigüzel, tavsiye üzerine kullanılacak bir tansiyon ilacı size yarardan çok zarar getirecektir.

Tedavinin faydalı olabilmesi için ilaç, önerilen dozda ve zamanında alınmalıdır. Bazı hastalar tansiyonlarının yükseldiğini sandıkları anda ya da yaptıkları ölçüm sırasında yüksek bulunduğunu zaman ilaç almaktadır.

Hipertansiyon hastası kendini sadece kötü hissettiği anda ilaç almasının ileride zararlı olacağını bilmelidir. Düzenli ilaç kullanmak sizi yüksek tansiyonun kötü sonuçlarından (kalp krizi, felç gibi) koruyacağı çalışmalarla kanıtlanmış bir gerçektir.

Çoğunlukla kolay tedavi edilen, tedavi edilmediğinde ise önemli rahatsızlıklara, hatta ölümcül sonuçlara yol açan yüksek tansiyonun tedavi ve önlenmesi tüm bu saydığımız yaşam tarzı değişimleri ile en yüksek düzeyde olacaktır.

Şekil 10.

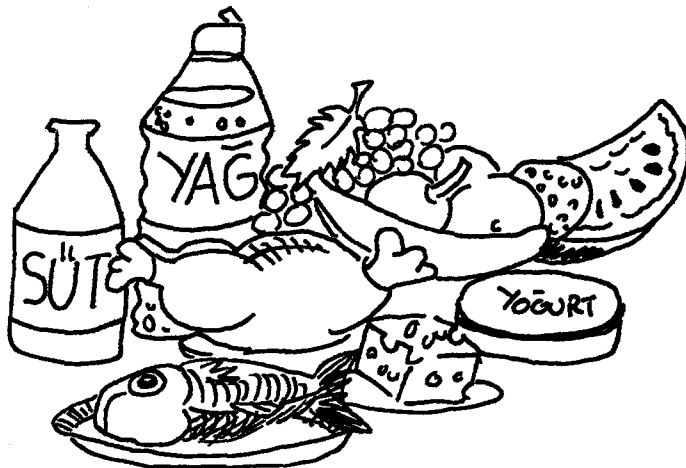
TÜKETİMİ AZALTIKMASI GEREKEN BESİN GRUPLARI

KATI YAĞLAR
KIRMIZI VE YAĞLI ET
YAĞLI PEYNİR
BEYAZ EKMEK
HAMUR İŞLERİ
ŞEKER
TUZ



TÜKETİMİ ARTTIRILMASI GEREKEN BESİN GRUPLARI

MEYVE
SEBZE
KURUBAKLAGIL
KEPEKLİ EKMEK
BALIK, TAVUK
YAĞI AZ PEYNİR
YARIM YAĞLI SÜT
YOĞURT
SIVI YAĞLAR



HİPERTANSİYONLA YAŞAM

Bir yüksek tansiyon hastası olarak hastalığımızı öncelikle anlayıp kabul etmeniz ve hipertansiyonla birlikte yaşamayı öğrenmeniz gerekmektedir.

Doğru besinleri yemeyi, doğru bir şekilde egzersiz yapmayı, stresten uzak kalmayı, ilaçlarımızı doğru dozda ve zamanında almayı öğrenmeniz sizin yararınıza olacaktır. Eğer bunları öğrenir ve yerine getirirseniz hastalığımız size hükmetmeyecektir.

Hayatımızın sorumluluğu öncelikle sizde olmakla beraber, doktorlar, hemşireler, hastane personeli ve danışmanlar da büyük yardımcılarımızdır.

Şekil 11. Hipertansiyonla Yaşam



ÖRNEK DİYET LİSTESİ**KAHVALTI:**

Süt (kaymaksız), ıhlamur veya çay
Peynir (az tuzlu ve tuzsuz beyaz peynir), bir dilim: 50 gr.
Reçel veya marmelat (az miktarda).
Ekmek (kızarmış 1-2 dilim).

ÖĞLE YEMEĞİ:

Çorbalar :Yağsız veya az yağlı et suyu çorbası.
Etler :Izgara, haşlama, sebze ile pişmiş (tavuk, balık eti).
Sebzeler :Haşlanmış veya az yağ ile pişmiş sebzeler.
Salatalar :Domates, marul, havuç, turp, yeşil salata, tere (az zeytin yağı ve limon ile).
Yoğurt :Yağsız 1-2 çorba kaşığı.
Tatlılar :Hafif kompostolar, pelte.
Meyveler :Normal bir porsiyon (elma, portakal vs.).

AKŞAM YEMEĞİ:

Öğle yemeğinin aynı.

KAYNAKÇA

- 1 - Bilir, N: Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma, Hipertansiyon Bülteni, 20: 4, (1992).
- 2 - Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T.: İc. Hastalıkları Hemşireliği, Sanem Matbaası, Ankara, (1993).
- 3 - Edirne, S.: Türkiye Hipertansiyon Haritası, HT ve Ateroskleroz Derneği - Pfizer İlaçları A.Ş., İstanbul, (1994).
- 4 - Edirne, S.: Yüksek Tansiyon Hakkında Neler Biliyorsunuz, Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği - Pfizer İlaçları A.Ş., İstanbul, (1994).
- 5 -: Fazla Kilo, Becel, (1992).
- 6 -: Formumuz İçin Egzersiz. Becel, (1992).
- 7 -: Gıdaların Seçimi. Becel, (1992).
- 8 -: Hafif Hipertansiyon Tedavi Rehberi, Çev. Ed.: S. Erdine, Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği, (1993).
- 9 -: Kalbimiz İçin. Becel, (1992).
- 10 - Levine, D.M., Cohen, J.D., Dusten, H P.: Behavior Change and The Prevention of High Blood Pressure, Circulation, 88: 3, (1993).
- 11 -: Primary Prevention of High Blood Pressure, Arch. Intern. Med., 153: 25, (1993).
- 12 -: Recommendations for routine blood pressure measurement by indirect cuff sphygmomanometry, AJH, 5: 207 - 209, 1992.
- 13 -: Sigara Alışkanlığı. Becel, (1992).
- 14 - Sollek, M.V., Lee, K.a.; Cardiac Nursing, J.B Lippincott Company, Philadelphia, (1989).
- 15 -: Strategies for Prevention of Hypertension, Arch. Intern. Med., 153: 25, (1993).
- 16 -: Stres. Becel, (1992).
- 17 -: Tansiyon. Becel, (1992).

ÖZGEÇMİŞ

10.02.1973 yılında Edirne'de doğan Serap TUNA, ilk, orta ve lise öğrenimini Edirne'de tamamlamıştır. 1988-1989 akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokuluna girmiş, 1992-1993 akademik ders yılında mezun olmuştur. 1992-1993 yılları arasında Florence Nightingale Hastanesi kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak görev yapmıştır. 1993 yılı Aralık ayında Trakya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Hemşirelik programında araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Halen aynı görevini sürdürmekte olup bekardır.

Türk Hemşireler Derneği, Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği ve Florence Nightingale Mezunları Derneği üyesidir.