

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTANSİYON HASTALARINDA UYKU
KALİTESİNİN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE KAN BASINCI
KONTROLÜNE ETKİSİ

Yeliz ERDURAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı




Doç. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN

2017

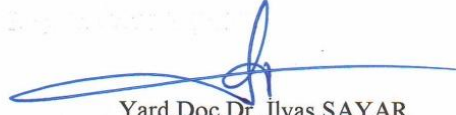
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne:

Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR danışmanlığında, Yeliz ERDURAN tarafından hazırlanan bu çalışma 29/05/2017 tarihinde jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye	Doç.Dr. Arzu YILDIRIM	
Üye	Doç.Dr. Cantürk ÇAPIK	

ONAY:

Bu tez Erzincan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kararıyla kabul edilmiştir.



Yard.Doç.Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uygunluğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Yeliz ERDURAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	IV
SİMGELER ve KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	4
2.2. Hipertansiyon Sınıflaması	
2.2.1. Kan Basıncı Seviyesine Göre Sınıflama	4
2.2.2. Hipertansiyonun Etiyolojisine Göre Sınıflama	4
2.3. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	5
2.4. Hipertansif Hastanın Klinik Değerlendirilmesi	6
2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri	6
2.6. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Riskin Değerlendirilmesi	8
2.7. Hipertansiyonun Belirtileri	9
2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları	9
2.9. Hipertansiyonda Kontrol	11
2.10. Hipertansiyonda Tedavi	12

2.11. Uykunun Tanımı	13
2.12. Uykunun Fizyolojisi	14
2.13. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim).....	14
2.14. Uykunun Evreleri.....	14
2.15. Uykunun İşlevleri	15
2.16. Uyku Gereksinimi.....	16
2.17. Uyku Sağlığının Kavramsal Modeli	17
2.18. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	17
2.19. Uyku ve Hipertansiyon	19
2.20. Uyku ve Hemşirelik	20
2.21. Öz Bakım	22
2.22. Öz Bakım Yetersizliği	24
2.23. Hipertansiyonda Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik	24
3. MATERYAL VE METOD	29
3.1. Araştırmanın Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.3.1. Araştırmaya Alma/Dışlama Ölçütleri	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Etik İlkeler	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	33

4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	71

EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu

EK 2: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ),

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin (PUKİ) Hesaplanması

EK 3: Öz Bakım Gücü Ölçeği

EK 4: Etik Kurul Onayı

EK 5: Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında ve ihtiyacım olduğu her an benden yardımını esirgemeyen, bana sabırla destek olan, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR' a

Yüksek lisans öğrenimim ve tezimde önerileri ile önemli katkılar sağlayan Sayın Doç. Dr. Arzu YILDIRIM' a, önerileri ile katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a, veri tabanını oluşturan bireylere, hayatımın her anında desteğini esirgemeyen saygıdeğer aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yeliz ERDURAN

SİMGELER VE KISALTMALAR

HT:	Hipertansiyon
SKB:	Sistolik Kan Basıncı
DKB:	Diyastolik Kan Basıncı
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
JNC:	Joint National Committee
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
PUKİ:	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
KB:	Kan Basıncı
DM:	Diyabetes Mellitus
KBH:	Kronik Böbrek Hastalığı
MI:	Miyokard Enfarktüsü
NREM:	Non-Rapid Eye Movement
REM:	Rapid Eye Movement
Patent:	Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey

TABLolar DİZİNİ

Tablo No

Tablo 1. 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerdeki Kan Basıncı Sınıflaması	4
Tablo 2. Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 3. Hipertansif Bireylerin PUKİ, Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları ve Uyku Kalitesi Durumlarının Dağılımı	35
Tablo 4. Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 5. Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. Hipertansif Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Kan Basıncı Kontrol Durumu ile Karşılaştırılması ve Kan Basıncı Değerleri ile İlişkisi	40
Tablo 7. Hipertansif Bireylerin PUKİ ile Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Karşılaştırılması ve Kan Basıncı Değerlerinin İlişkisi.....	40
Tablo 8. Hipertansif Bireylerin PUKİ Toplam ve Alt Bileşenleri ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ve Uyku Kaliteleri ile Öz Bakım Gücünün Karşılaştırılması.....	41

ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Araştırmacı Bartın'da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü 2009 yılında tamamladı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Bartın 75. Yıl Huzurevi Müdürlüğü'nde 2011 yılında Hemşire olarak göreve başlayan araştırmacı, 2012 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi'nde Öğretmenlik Sertifikası Programını tamamladı. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Kelkit Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde Sağlık/Hemşirelik Öğretmeni olarak 2014 yılında atandı. Aynı yıl Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine baŐladı ve halen Kelkit Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde Sağlık Hizmetleri Alan Öğretmeni olarak görev yapmaktadır.

Yeliz ERDURAN

ÖZET

Hipertansiyon Hastalarında Uyku Kalitesinin Öz Bakım Gücü ve Kan Basıncı Kontrolüne Etkisi

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon hastalarında uyku kalitesinin öz bakım gücü ve kan basıncı kontrolüne etkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel özellikte olan bu araştırma Gümüşhane ili Kelkit ilçe merkezinde bulunan 1 ve 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma evreni ilgili aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran hipertansiyonlu bireylerdir. Örneklemine ise araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyerek ilgili aile sağlığı merkezlerine belirtilen tarihler arasında gelen 18 yaş ve üzeri, en az bir yıldır hipertansiyon tanısı almış ve ilaç kullanıyor olan, araştırma katılmaya gönüllü, formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluğu (zihinsel engellilik, psikotik bozukluk), kanser ve gebe olmayan 291 hipertansif birey oluşturdu. Veriler Tanımlayıcı Soru Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplandı. Ayrıca hastaların kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Hipertansif hastaların %56,7'sinin uyku kalitesinin iyi, %43,3'ünün kötü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamasının $5,63 \pm 3,69$ olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada cinsiyet, çalışma durumu, sağlık algısı, ek hastalık durumu, beden kitle indeksi durumu ve kan basıncı kontrol durumu ile uyku kalitesi durumu arasında önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$, $p < 0,01$). Ayrıca sistolik kan basıncı ortalaması ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$). Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde ($93,64 \pm 22,19$) ve yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık algısı, ek hastalık durumu, fiziksel aktivite durumu, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve kan basıncı kontrol durumu ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli düzeyde bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$). Ayrıca sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $p < 0,01$). Özel Uyku Kalitesi, Gündüz İşlev Bozukluğu ve toplam Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında çok zayıf düzeyde negatif yönde önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$, $p < 0,001$). Aynı zamanda uyku kalitesine göre öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu, iyi uyku kalitesine sahip olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerden önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Sonuç: Uyku ve öz bakım gücünün değiştirebilir ve değiştirilmez bazı faktörlerden etkilendiği, uyku kalitesi iyileştikçe öz bakım gücünün arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle hemşireler hipertansiyon yönetiminde hipertansif bireylerin uyku kalitesini değerlendirmeli ve hastanın hastalığına, tedavisine uyumunda bu faktörleri göz önünde bulundurmalarıdır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda uyku kalitesinin ölçek dışı ölçüm araçları ile değerlendirilmesi ve daha büyük örneklem ile yapılan çalışmalarda uyku parametrelerinin ayrıntılı olarak ele alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Uyku Kalitesi, Öz Bakım Gücü, Kan Basıncı Kontrolü, Hemşirelik.

ABSTRACT

Effect of Sleep Quality on Self Care Agency and Blood Pressure Control in Hypertensive Patients

Objective: The aim of this study was to determine the effect of sleep quality on self-care agency and blood pressure control in patients with hypertension.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted between February and May 2016 at 1 and 2 Nolu Family Health Centers located in the Kelkit district of Gümüşhane. The study population consisted of hypertensive individuals referred to the relevant family health centers. The sample includes hypertensive individuals at the age of 18 years and over without any physical (hearing, speech impairment), neurological, psychiatric disorders (including mental disability, Psychotic disorder), cancer and non-pregnant to effect to fill the info forms, who are diagnosed of hypertension and use medicine for at least one year, volunteers to participate in the research. The data were collected using Descriptive Questionnaire the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Self Care Agency Scale. Patients also underwent blood pressure, height and weight measurements.

Findings: Hypertensive patients was sleep quality of 56.7% was determined to be good, while 43.3% to be poor, and Pittsburgh Sleep Quality Index average to be 5.63 ± 3.69 . It was observed that there was significant difference between gender, working status, health perception, additional illness status, body mass index status, blood pressure control status and sleep quality status ($p < 0.05$, $p < 0.01$). In addition, there was a very weak correlation between systolic blood pressure averages and Pittsburgh Sleep Quality Index total score averages ($p < 0.01$). The mean score of the Self Care Agency Scale was found to be at the above of middle level (93.64 ± 22.19) and determined to be a difference between mean score of the Self Care Agency Scale and the mean age, education level, marital status, health perception, additional illness status, physical activity status, regular use of antihypertensive drugs and blood pressure control status ($p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.001$). In addition, a significant correlation was found between the mean systolic and diastolic blood pressures and the mean Self Care Agency Scale score on the negative side ($p < 0.05$, $p < 0.01$). There was a significant correlation between the Subjective Sleep Quality, Daytime Dysfunction and total Pittsburgh Sleep Quality Index score averages and Self Care Agency Scale score averages in the negative side ($p < 0.01$, $p < 0.001$). Besides it was determined that there was an important difference between the average scores of self-care agency scale according to sleep quality and that the average scores of self-care agency of individuals with good sleep quality was significantly higher than those with poor sleep quality ($p < 0.05$).

Conclusion: We determined that sleep and self-care agency were affected by some changeable and unchangeable factors and as sleep quality improving, so does the self-care agency. For this reason, nurses should evaluate the sleep quality of hypertensive individuals in the management of hypertension and consider these factors in accordance with the treatment of the patient. It is suggested that the sleep quality should be assessed by means of out-of-scale measurement in studies to be carried out afterwards and the sleep parameters should be discussed in detail in studies conducted with larger samples.

Key Words: Hypertension, Sleep Quality, Self-Care Agency, Blood Pressure Control, Nursing.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bir milyar insanı etkilemektedir. Dünya genelinde 2008 yılında 25 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %40'ına hipertansiyon tanısı konulmuştur (1) ve 2025 yılında hipertansiyon tanısı konulan yetişkin sayısının 1,56 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (2). Türkiye'de toplumdaki yetişkin bireylerde hipertansiyon sıklığı, farkındalık, tedavi ve kontrol (PatenT2) durumlarını araştıran en son yapılan çalışmaya göre hipertansiyon prevalansının %30,3 olduğu belirlenmiştir (3). Hipertansiyon inme, iskemik kalp hastalığı, kalp ve böbrek yetmezliğinde önemli bir risk faktörüdür (4). Hipertansiyon komplikasyonları nedeni ile her yıl dünyada 9,4 milyon ölüm gerçekleşmektedir. Aynı zamanda hipertansiyonun kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerinde %51'inden sorumlu olduğu bilinmektedir (1). Bu nedenle hipertansiyonun risk faktörlerinin tanınması ve yaşam biçimi değişikliklerinin alışkanlık haline getirilmesi hipertansiyonun erken evrede tanınmasına ve iyi bir kan basıncı kontrolü sağlanmasına yardımcı olur (4). Hipertansiyonun gelişiminde kısa uyku süresinin önemli bir risk faktörü olduğu ve özellikle kısa uyku süresinin orta yaş grubu bireylerde hipertansiyonun görülme riskini arttığı (5), dirençli hipertansiyonun kötü uyku kalitesi, artmış uyku latensi ve azalmış uyku etkililiği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (6). Ayrıca yapılan güncel bir çalışma sonucuna göre hipertansif bireylerde uyku bozukluklarının hipertansif olmayan bireylere göre önemli düzeyde fazla ve Pittsburg Uyku Kalitesi toplam ve bütün alt grup puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (7).

Uyku, fiziksel, ruhsal ve toplumsal boyutları olan ve bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmasını sağlayan fizyolojik bir gereksinimdir (8). Uykunun yararları bilinmekte olup, sağlığın desteklenmesi için çok önemli olduğu kabul edilmektedir (9). Uykunun zamanı, süresi ve içeriği kişiden kişiye ve yaşa bağlı değişiklikler gösterse de çoğu yetişkin günde 7-8 saat uyumaktadır (10). Uykunun başlaması ile

kan basıncı, solunum ve metabolik faaliyetlerde azalma görülür ve fiziksel, psikolojik, çevresel birçok etmen uykunun kalitesini ve süresini etkiler. Hipertansiyon dışında pek çok hastalık fiziksel sıkıntı nedeni ile uykusuzluğa neden olabilirken, hipertansiyon da sabah erken uyanma ve kendini yorgun hissetmeye neden olabilir. Ayrıca hipertansiyon tedavisinde kullanılan diüretik türündeki ilaçlar da noktüri dolayısıyla uyku kalitesini etkileyebilmektedir (11). Yurt dışında yapılan bir çalışmada hipertansiyonlu bireylerin %44,7'sinde uyku bozukluğu, %31,7'sinde kısa uyku süresi ve %30,3'ünün uyku kalitelerinin kötü uyku olduğu belirlenmiştir (12).

Öz bakım davranışları hipertansiyon kontrolünde önemlidir (13). Öz bakım bireylerin kendi kendilerine yaşamlarını sürdürebilme gayretlerini gösterebilmeleri için düzenli bir işlev olarak tanımlanmakta olup (14), aynı zamanda hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşım içeren pozitif bir eylemdir (15). Hipertansiyonlu hastalarda çok değişik öz bakım davranışları mevcut olup, kan basıncı kontrolünde bunları değerlendirmek önemli rol oynamaktadır (16). Düşük sodyum ve düşük yağlı diyet, egzersiz, alkol tüketimini sınırlandırma, sigara içmeme, kilo yönetimi, düzenli doktor kontrolü, stresle başa çıkma, evde kan basıncı izlemi ve reçete edilen ilaç tedavisine uyum öz bakım davranışları içerisinde yer almaktadır (16, 17, 18). Etkili öz bakım davranışlarını uygulamaya özendirmek ve olası zararları değerlendirmek için hipertansif hastaların öz bakım davranışlarını benimsemeleri önemlidir (16, 18). Yurt dışında yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin %36,1'inin tavsiye edilen tedaviye uyum sağladığı, %24,5'inin fiziksel aktivite yaptığı, %12,3'ünün düşük tuzlu diyet tavsiyesine uyum gösterdiği, %86,7'sinin sigara kullanmadığı ve tamamının alkolden sakındığı, %39,2'den daha azının kilo yönetimi ile ilgili uygulamaları karşıladığı (19), diğer bir çalışmada öz bakım davranış oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir (20). Yapılan bir başka çalışmada hipertansiflerin hipertansiyonun öz bakım yönetimi konusunda bilgi sahibi olmaları ile hipertansiyon yönetimi arasında önemli bir ilişkinin olduğu ve hipertansiyonun öz bakım yönetimini iyileştirmede hastaların öz bakım yönetimi hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiği belirtilmiştir (21). Hipertansiyonu kontrol altına almada öz bakım davranışlarının önemli olduğu, bu nedenle öz bakımın öğrenilmesi ve isteyerek yapılması gerektiği bildirilmiştir (14). “Bireylerin kendi

sağlığı ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır” (15) ilkesinden hareketle, hemşireler hastalarının sağlıklarını sürdürme ve yaşam kalitelerini iyileştirmede, öz bakım uygulamalarına önem veren ve hastalarının öz bakım gücünün artmasına destek olan profesyonellerdir (22).

Yapılan literatür taramasına göre Türkiye’de hipertansiyonlu hastalarda uyku kalitesi ve öz bakım gücünün birlikte ele alındığı, uyku kalitesinin öz bakım davranışlarına etkisinin araştırıldığı bir araştırmaya rastlanılamamıştır. Bu nedenle uyku kalitesi ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin, uyku kalitesine ve öz bakım gücüne etki eden faktörlerin belirlenmesi ve bu bilgilerin hipertansiyon yönetiminde kullanılması ve literatürdeki bu boşluğu doldurması açısından önemli bir araştırma olarak düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Hipertansiyon hastalarında uyku kalitesinin öz bakım gücü ve kan basıncı kontrolüne etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hipertansif bireylerin uyku kalitesi ve öz bakım gücü düzeyi nedir?
2. Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri uyku kalitesini etkiler mi?
3. Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri öz bakım gücünü etkiler mi?
4. Hipertansif bireylerin öz bakım gücü kan basıncı kontrolünü ve kan basıncı değerlerini etkiler mi?
5. Hipertansif bireylerin uyku kalitesi kan basıncı kontrolünü ve kan basıncı değerlerini etkiler mi?
6. Hipertansif bireylerin uyku kalitesi ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında ilişki ve fark var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Arteriyel kan basıncı, ventriküllerden arterlere atılan kanın, arter duvarına yaptığı basınçtır (23). Kan dolaşımının sağlanması için gerekli olan bu basıncın normalden fazla olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (24). Sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanması hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (25). Kalbin sol ventrikülü sistolde iken arteriyel sistemde oluşan kanın basıncına 'sistolik kan basıncı', ventriküllerin diyastolü sırasında arter duvarında oluşan basınca ise 'diyastolik kan basıncı' denir (23).

2.2. Hipertansiyon Sınıflaması

2.2.1 Kan basıncı seviyesine göre sınıflama

Tablo1. 18 yaş ve üzeri erişkinlerdeki kan basıncı sınıflaması

Evre	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-90
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160	veya	≥100

(26).

2.2.2. Hipertansiyon etiyolojisine göre sınıflama

Hipertansiyon, oluşum nedenlerine göre esansiyel (primer, idiyopatik) ve sekonder hipertansiyon olarak sınıflandırılmaktadır (27).

Esansiyel hipertansiyon: Primer ya da nedeni belli olmayan hipertansiyon olarak da adlandırılan esansiyel hipertansiyonun nedeni %90-95 hastada bilinmemektedir (24). Esansiyel hipertansiyonda kan basıncı artışına neden olan birden fazla faktör (genetik, hayat tarzı, kilo, sodyum alımı ve stres gibi) ve bunların etkileşimi söz konusu olduğu bilinmektedir (28). Esansiyel hipertansiyon henüz tam açıklanmamış nedenlerle arterial kan basıncının normal kabul edilen değerlerin üzerinde olması olarak da tanımlanmaktadır (29).

Sekonder hipertansiyon: Sekonder hipertansiyonun çoğunlukla 20 yaşından küçük ve 50 yaşından büyük bireylerde görüldüğü (29) ve hastaların %5-10'unda kan basınçlarını yükseltebilecek bir nedenin olduğu bildirilmiştir (30). Sekonder hipertansiyonun en sık nedenleri ekzojen ilaç kullanımı, böbrek parankim hastalığı, böbrek arter stenozu, adrenal hastalık, tiroid ve paratiroid anomalileri, obstrüktif uyku apnesi, aort koarktasyonu (31) ve gebelikle ilişkili hipertansiyondur (32).

2.3. Hipertansiyonun Patofizyoloji

Kan basıncının kontrolünde birbiriyle karmaşık bir ilişki içinde olan birçok mekanizma rol oynamaktadır (27). Böbrekler, santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi, vasküler, endotel ve adrenal glandlar bu mekanizmayı düzenleyen yapılardır. Hipertansiyon oluşumunda sempatik sinir ve renin-anjiotensin-aldosteron sisteminin aşırı aktivasyonu, vazoditör etkili maddelerin yetersiz üretimi, diyetle tuz alımı, şişmanlık, diyabet, endotel disfonksiyonu gibi faktörler rol oynamaktadır. Endotel hücreleri, damar duvarındaki düz kas hücrelerinde vazokonstrüksiyon ya da vazodilatasyon oluşmasını sağlayan maddeler salgılayarak hipertansiyonun patogenezinde etkin rol almakta ve düz kas hücrelerinden salgılanan endotelin adlı maddenin üretimindeki artış da kan basıncında artışa yol açmaktadır (32).

Yüksek kan basıncı kalpte iki etkiye neden olur. Yüksek dirence maruz kalan kalbin iş yükünün artmasıyla, kalp hücrelerinde hipertrofiye bağlı kalp yetersizliği gelişmesi ilk etkisidir. İkincisinde ise ateroskleroz gelişimini hızlandırmaktadır (29). Böbrek arterinde stenoza yol açan en önemli faktör de ateroskleroz olup, böbrekte perfüzyonu azaltarak renovasküler hipertansiyona yol açmaktadır (25). Sodyum ve potasyum alımı, obezite, alkol tüketimi, ruhsal durum, fiziksel hareket yapmama ve

sigara içme hipertansiyonun patofizyolojisinde etkili olan çevresel faktörler olarak bildirilmiştir (33).

2.4. Hipertansif Hastanın Klinik Değerlendirilmesi

Kan basıncı yüksekliğinin kesinleştirilmesi, hipertansif evresinin belirlenmesi, hipertansiyona yol açan sekonder nedenlerin saptanması, hedef organ hasarı, hipertansiyona neden olan koroner arter hastalığı risk faktörlerinin olup olmadığı, tedavi şeklinin seçilmesi, izlem sıklığı ve hastanın prognozunun belirlenmesi yaklaşımlarını içermektedir (27). Kan basıncı yüksekliği olan hastada yapılması gereken ilk iş kan basıncı ölçümünün kesinleştirilmesidir. Kan basıncı yüksek bulunan hastadan ayrıntılı öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Hedef organ hasarı ve eşlik eden durumlar belirlenmelidir. Hastanın antihipertansif ilaç seçimini etkileyen pek çok faktör olduğu göz önünde bulundurularak kullandığı antihipertansif ilaçlar, ilaca uyum düzeyi, kullandığı diğer ilaçlar, reçetesiz ilaç kullanma durumu (34), beslenme, fiziksel aktivite, ailevi durum, iş ve öğrenim durumu sorgulanmalıdır (35). Ayrıca hastanın yaşı, cinsiyeti, hipertansiyonun başlama yaşı, ailede hipertansiyon, diyabet ve serebrovasküler hastalık öyküsünün olup olmadığı, şişmanlık, sigara, alkol kullanımı da sorgulanmalıdır (27). Bunların yanı sıra sol ventrikül hipertrofisi, angina veya geçirilmiş Miyokart Enfarktüsü (MI) öyküsü, koroner arter tedavisi görmüş olma, kalp yetersizliği, inme veya geçici iskemik atak geçirmiş olma, periferik arter hastalığı, retinopati ve nöropatinin varlığı hedef organ hasarının varlığına işaret eden durumlar olduğu da bilinmektedir (25).

2.5. Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Hipertansiyonda kontrol edilebilen ve edilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. Kontrol edilebilen risk faktörleri bazı önlemler ve tedavi ile azaltılabilir ve ortadan kaldırılabilirken, bazıları kontrol altına alınması mümkün olmayan risk faktörleri olarak bildirilmiştir (33, 36).

Kontrol edilebilen risk faktörleri

Obesite: Obesitenin komplikasyonlarından biri hipertansiyondur (37). Obez kişilerin %50'sinde hipertansiyon mevcut olup (38), çocukluk ve ergenlikte olan vücut

ağırlığının kan basıncının en önemli belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (39). Yapılan bir çalışmada da Beden Kitle İndeksi (BKİ) arttıkça hipertansiyon görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir (40).

Tuz: Diyetteki tuzun her 10 mmol'luk artışı sistolik kan basıncını 1.2 mmHg artırdığı, tuz kısıtlamasının kan basıncının düşürülmesi üzerine etkisi olduğu (28) ve günlük alınması gereken tuz miktarının 5 gramın altında olması gerektiği bildirilmiştir (41). Türkiye'de genel nüfusta yapılmış olan SALTURK çalışmasına göre günlük tuz tüketiminin 15–16 gram olduğu ve bu miktarın hipertansiyon ile ilişkisi bulunduğu belirlenmiştir (42). Hipertansiyonlu bireylerle yapılan bir çalışmada hipertansifler tarafından yüksek kan basıncı için en önemli risk faktörünün çok fazla tuz alımı olduğu bildirilmiştir (43).

Fiziksel aktivite: Damar direncini azaltarak kan basıncının düzenlenmesi sağlayan fiziksel aktivite (44) yetersizliği hipertansiyon için bir risk olup kadın ve erkeklerde aktivitenin artırılması ölüm riskini de azaltmaktadır (37). Düzenli olarak egzersiz yapan hipertansif bireylerin sistolik kan basınçlarında 4-8 mmHg düşüş gözlenebileceği (25) ve hipertansif bireylerin kan basıncını azaltmak için haftada 4-7 kez orta yoğunlukta 30-60 dakika aerobik egzersizler yapması gerektiği önerilmektedir (45).

Stres: Hipertansif hastalarda stres kan basıncını artırabileceğinden kan basıncını kontrol altına alma girişimlerinden biri de stres yönetimidir. Stres yönetiminde bireyselleştirilmiş bilişsel davranışsal girişimler, gevşeme teknikleriyle birlikte kullanıldığında daha etkili olduğu (45) ve gevşeme terapilerinin kan basıncını anlamlı ölçüde düşürdüğü bildirilmiştir (24).

Alkol: Günde 30 gramdan fazla miktarda alkol kullanımı hipertansiyon görülme sıklığını ve sempatik sinir sistemini aktive ederek kalp debisi ve hızını artırdığı bildirilmiştir (33). Alkol tüketiminin erkeklerde ≤ 2 ölçü (30ml etanol), kadınlarda ve zayıf bireylerde ise ≤ 1 ölçü düzeyinde olması gerektiğinin (32) yanı sıra hipertansif hastaların alkol kullanması önerilmemektedir (46).

Sigara: Kardiyovasküler hastalık için önemli bir risk faktörü olan sigara kan basıncında ve kalp hızında artışa neden olup, aktif ve pasif sigara içiminin engellenmesinin riski azaltan etmenlerin başında geldiği bildirilmiştir (25).

Oral kontraseptifler: Oral kontraseptif kullanımının kan basıncını yükseltebileceği bildirilmiştir (47).

Diyabet/insülin direnci: Diyabetli bireylerde hipertansiyon görülme sıklığı iki kat daha fazla olmakla birlikte, diyabet damarlarda hasara yol açarak ateroskleroz gelişmesi hızlandırır ve hipertansiyona neden olur (33).

Kontrol edilemeyen risk faktörleri

Aile öyküsü: Hipertansiyon oluşunda ailesel yatkınlık söz konusu olup, kendisinde hipertansiyon olan bireylerin ailesinde de hipertansiyon görülme oranı yüksektir ve kalıtım hipertansiyonun oluşumunda %70 oranında etkilidir (28).

Yaş: Hipertansiyon 20 yaş altı bireylerde az görülmekte olup, bu yaşlarda görülen hipertansiyonun çoğunlukla aort koarktasyonu, böbrek yetmezliği veya renal arter stenozu ile ilgili olduğu bildirilmiştir (39). Sekonder hipertansiyonun genellikle 35 yaşından önce ya da 55 yaşından sonra ortaya çıktığı belirlenmiştir (35). Erzincan ilinde sağlık ocaklarına başvuran 40 yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada yaş arttıkça hipertansiyon görülme sıklığının önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (40).

Cinsiyet: Yüksek kan basıncı 55 yaşına kadar erkeklerde daha fazla, 55-74 yaşlarında erkek ve kadın eşit oranda risk altındadır. Kadınlarda risk 74 yaşından sonra artmaktadır (33).

Etnik yapı: Siyah ırkta hipertansiyon prevalansı daha fazla olup, 50 yaş civarı siyah erkekte yaklaşık %40 iken, beyaz erkekte %27 olduğu, etnik yapı içinde kan basıncının yüksek olduğu saptanmıştır (39).

2.6. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Riskin Değerlendirilmesi

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olup, kan basıncının uzun süredir yüksek olması kan damarlarında kalınlaşmaya neden olmakta, damar hasarına ve damarlarda inflamatuvar yanıtların artmasına yol

açmaktadır. Türk erişkinlerde koroner kökenli olay ve ölümlerin en önemli belirleyicisinin hipertansiyon olduğu bilinmektedir (29). Kardiyovasküler risk, hipertansif bireylerin küçük bir bölümünde tek başına kan basıncı artışı olmasına rağmen, kan basıncındaki artışın şiddeti ile glukoz ve lipid metabolizmasındaki değişiklikler arasındaki ilişkiyle birlikte ek risk faktörlerinin bulunmasına dayanmaktadır. Kan basıncı ile metabolik risk faktörlerinin birlikte olması daha büyük kardiyovasküler risklere yol açtığı bilinmektedir (48). Bu nedenle hipertansiyon tanısı almış olan hasta değerlendirilirken aşağıda belirtilen üç konuya dikkat edilmeli ve ele alınmalıdır. Bunlar;

-Hipertansiyona neden olan başka bir hastalığın varlığı (böbrek hastalığı, endokrin hastalık gibi),

Hipertansiyon damarlarda, kalpte, beyinde, böbreklerde ve gözde harabiyet oluşturarak hedef organ hasarına neden olduğundan hipertansiyonun vücuda vermiş olduğu hasar ve eşlik eden diğer hastalıklar saptanmalıdır.

-Diğer kardiyovasküler risk faktörleri belirlenmelidir. Hipertansiyon kardiyovasküler ölüm ve sakatlıklara yol açan bir kardiyovasküler risk faktörü olduğundan yaş, şişmanlık, sigara içimi, sedanter yaşam tarzı, diyabetes mellitus, genetik faktörler, lipid metabolizma bozukluğu, sol ventrikül hipertrofisi, mikroalbuminüri, düşük glikoz toleransı gibi risk faktörleri dikkatlice değerlendirilmeli mümkün olanlar düzeltilmelidir (24, 29).

2.7. Hipertansiyonun Belirtileri

Hipertansiyon sinsi bir şekilde ilerlemekte olup, hedef organlarda hasar oluşturana kadar da belirti vermez (29, 49). Ancak hipertansif kriz geçiren bazı bireylerde şiddetli baş ağrısı, burun kanaması, görme değişiklikleri, bulantı ve/veya kusma, nefes darlığı, kafa karışıklığı, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülebilir (49).

2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklarda değiştirilebilen en önemli risk faktörlerinden biridir (39). Hipertansiyon oluşmasında etken olan obesite, yaşlı olmak, yüksek tuzlu diyet, diyabet, sedanter yaşam biçimi ve böbrek hastalığı gibi risk faktörleri tekrarlayan kan basıncı artmalarına, noktural arterial hipertansiyona ve devam eden arterial hipertansiyona neden olduğu bildirilmiştir (50). Hipertansiyon

otuz yaşından genç olan insanların %4'ünü, seksen yaşın üzerindeki bireylerin %65'ini etkileyen ve yaşla beraber artış gösteren bir hastalıktır (51). Kalp, beyin, böbrek ve kan damarları, yüksek kan basıncının hasar verdiği ana organlar olup (39), hipertansiyonda hedef organ hasarı oluşana kadar herhangi bir belirti görülmez ya da çok az görülür (32). Hipertansiyon komplikasyonları tedavi edilmediğinde en sık santral sinir sistemi komplikasyonları görülür. Hastaların %24,5'inde serebral infarkt, %16,3'ünde ensefalopati, %4,5'inde subaraknoid ya da intraserebral kanama vardır. Bunu %22,5 ile pulmoner ödem, %14,3 ile konjestif kalp yetmezliği ve %12 ile kararsız angina ve MI gibi kardiyovasküler komplikasyonlar izlemektedir (34). Hipertansiyon dünyada her yıl 7,6 milyon ölüme neden olurken, ülkemizde her dört ölümden birine hipertansiyonun komplikasyonları neden olmaktadır (33).

Aterosklerotik komplikasyonlar: Hipertansiyon aterosklerotik kardiyovasküler hastalık gelişiminde en önemli faktör olup (51), angina, akut MI ve ani ölümle karakterize en yaygın ölüm sebebidir (39).

Kardiyak disfonksiyon: Kan basıncının uzun süre yüksek olması sistolik ve diyastolik disfonksiyona neden olur. Bu durum miyokard iskemisi, infarktüs, fibrozis, kardiyomiopati (39), sol ventrikül yetmezliği ve akut pulmoner ödem ile sonuçlanabilir (34).

İnme: Kan basıncında artışın kardiyovasküler olaylardan daha çok serebrovasküler olaylara neden olduğu bildirilmiştir (30).

Hipertansif böbrek hastalığı: Hızlı gelişen hipertansiyon sonucu hipertansif böbrek hastalığı oluşmakta, hipertansif hastalarda böbrek arterlerinde ortaya çıkan endotel hasarı ve bozulmuş vazodilatasyon nedeniyle renal kan akımı bozularak renal iskemi ortaya çıkarmaktadır (34).

Aort ve periferik kan damarları: Hipertansiyonun başlangıç evresinden itibaren aort ve periferik kan damarları etkilenir ve bu durum devam eder (39). Ateroskleroz nedeniyle aortta dilatasyon oluşur ve aortik yetmezliğe neden olabilir (34).

Göz problemleri: Tedavisi yapılmayan hipertansiyon retina damarlarının hasarına yol açıp göz dibinde de değişikliklere neden olur ve göz arteriyollerinde daralma, hemoraji ve papil ödem oluşturabilir (25).

2.9. Hipertansiyonda Kontrol

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar içindeki en önemli risk faktörlerinden biri olup (52), yaşam boyu devam eden bir hastalıktır (53). Kontrol altına alınabilen, ancak tamamı ile tedavi edilebilen bir hastalık değildir (29, 53). Ülkemizde 15-16 milyon hipertansiyon hastası olup bunların çok azı yüksek kan basıncına sahip olduklarının bilincindedir (52). Toplumdaki yetişkin bireylerde hipertansiyon sıklığı, farkındalık, tedavi ve kontrol (PatenT2) durumlarını araştıran çalışmaya göre hipertansiyon prevalansının %30,3 olduğu, hipertansiflerin %47,5'inin antihipertansif ilaç kullandığı ve ilaç kullananların %53,9'unun, tüm hipertansiflerin %28,7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır (3). Erzincan ilinde sağlık ocaklarına başvuran 40 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolünü belirlemek için yapılan bir çalışmada hipertansiyon sıklığı %67 olarak belirlenmiştir. Ayrıca çalışma örneğinde bireylerin %77,4'ünün kan basınçlarının yüksek olduğunun farkında olduğu, tamamının antihipertansif tedavi kullandığı ve bunların %33,9'unun kan basıncının kontrol altında olduğu ve tüm hipertansifler arasında kontrol oranının %26,2 olduğu belirlenmiştir (40). Kan basıncının kontrol altında olması ve devamının sağlanması çok önemli olup, kan basıncının yüksek olması ateroskleroz ve plak gelişimini hızlandırdığından, kontrolü ile birlikte kalp hastalığı, böbrek yetmezliği ve inme riski azalacak (29), hipertansiyonun istenmeyen etkilerinden kurtulmak mümkün olacaktır. Ancak bireylerin yüksek kan basıncına sahip olduklarının farkında olmamaları, uygun tedavinin önerilmemesi ya da uygulanamaması ve kontrol altında tutulmasının zor olması gibi nedenler hipertansiyonun çözümünü ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (52). Hipertansiyonun kontrolünde öz bakım davranışlarına iyi uyum önemli bir yoldur (54). Tuz, yağ, kalori ve şeker, alkol alımını azaltmak, düzenli egzersiz yapmak ve kilo vermek, sigara içmeyi bırakmak, stresi kontrol altına almak, ilaçları düzenli kullanmak, doktor kontrollerine devam etmek, kan basıncını düzenli izlemek, kan basıncını kontrol altına almada yardımcı olan yapılması zorunlu

öz bakım uygulamalarıdır (53). Ülkemizde önemli bir sorun olan hipertansiyonda kontrolün yetersiz, erken tanısı ve kontrolüne yönelik yeni stratejilerin geliştirilmesine gereksinim olduğu görülmektedir.

2.10. Hipertansiyonda Tedavi

Hipertansiyonu erken aşamada belirlemek ve tedaviye başlamak olabilecek birçok ciddi problemleri (29, 55) ve hipertansiyondan kaynaklı ölümü önlemenin en etkili yoludur. Hipertansiyonun tedavisi güç ve karmaşıktır (55). Hipertansiyon tedavisinde temel amaç, hedef organ hasarını önleyerek sakatlık ve ölümleri azaltmaktır. Öncelikle mevcut olan kardiyovasküler risk ve faktörleri ve hedef organ hasarlarını, sekonder hipertansiyonu olan hastalarda ise hipertansiyona yol açan hastalıklar tedavi edilmelidir (24). Hipertansiyonun tedavi edilmesi ile koroner arter hastalıkları, sol ventrikül hipertrofisi, böbrek yetersizliği ve inme oranlarında düşüşler gözlenir (32). Yaş, etnik köken, sigara, eşlik eden risk faktörleri ve hastalıklar ilaç tedavisine verilen yanıtı geciktirebileceğinden mutlaka değerlendirilmelidir (56). Hipertansiyonun %90'ının nasıl ortaya çıktığı bilinmemekte olup diyet, yaşam biçimi değişiklikleri ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilmektedir. Hipertansiyonun en etkin tedavisi ilaçla yapılan tedavi olup (29), toplumun sağlığı bakımından erişkin bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun uygun yaşam biçimi değişiklikleri önerilmesi gerekmektedir (46). Sistolik kan basıncının 120-139 mmHg; diyastolik kan basıncının 80-89 mmHg olması için nonfarmakolojik müdahaleler (kilo verme, egzersiz, alkol tüketiminin azaltılması, sigaranın bırakılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri) uygulanırken, sistolik kan basıncının 140 mmHg; diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olanlar ve kardiyovasküler risk taşıyanlar için ilaç tedavisi uygulanır. İlaç tedavisi ile kan basıncı istenilen düzeye getirilemiyorsa, birden fazla ilaca gereksinim duyulabilir (56). JNC 8 (2014) raporuna göre 18 yaş ve üzeri hipertansiflerin tedavisine yönelik hipertansiyon yönetim algoritmasında öncelikle yaşam biçimi girişimlerinin uygulanması ve yönetim boyunca devam edilmesi önerilmektedir. Daha sonra kan basıncı hedefinin belirlenmesi ve yaş, Diyabetes Mellitus (DM) ve Kronik Böbrek Hastalığına (KBH) dayalı kan basıncını düşürücü ilaç başlatılması gerektiği belirtilmektedir. Genel nüfusta DM ve KBH hastalığı olmayan 60 yaş ve üzerinde olan hipertansifler için

hedeflenen sistolik kan basıncı (SKB)<150 mmHg, diyastolik kan basıncı (DKB)<90 mmHg, 60 yaşından küçük hipertansifler için hedeflenen kan basıncının SKB<140 mmHg ve DKB<90 mmHg olarak bildirilmiştir. Diyabetes Mellitus ya da KBH olan hipertansifler için bütün yaşlarda DM olan ve KBH olmayan gruplarda hedeflenen kan basıncı SKB<140 mmHg, DKB<90 mmHg olarak bildirilmiştir. Diyabetes Mellitus ya da KBH olan hipertansifler için bütün yaşlarda DM olmayan ancak KHB olan gruplarda hedeflenen kan basıncı değerleri de SKB<140 mmHg, DKB<90 mmHg olarak bildirilmiştir. Daha sonra hedeflenen kan basıncına ulaşmak için bireysel özellikleri dikkate alarak uygun bir tedavi seçeneği ve yaşam biçimi uyumu ile hipertansiyon yönetimi ve izlemine devam edilmesi önerilmektedir (57). Özetle hipertansif bireylerde hedeflenmiş kan basıncına ulaşmada hedef organları ve metabolik parametreleri korumayı da hedefleyen tedavi planlanmalıdır (48).

2.11. Uykunun Tanımı

İnsanın en temel gereksinimlerden biri olan uyku organizmanın uyarılara karşı cevabının azaldığı bir dönemdir (58). Uyku, fizyolojik ruhsal ve toplumsal boyutları olan, insan yaşamını ve sağlığını etkileyen fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmada gerekli yaşam aktivitelerinden biridir (8). Uyku bir davranış olup yaşamın üçte biri uykuda geçmektedir (59). Uyku süresinin ne kadarının yeterli olduğu kesin olmamakla birlikte (60) zamanı, süresi, içeriği kişiden kişiye değişmekle birlikte her insan günde 6- 8 saat uyuma ihtiyacı duymaktadır (10). Bu nedenle uykunun değerlendirilmesinde uyku yeterliliği üzerine odaklanılması önemlidir (58).

Uyku sağlığı tanımları fiziksel, ruhsal ve nörodavranışsal iyilikle yakın bir şekilde ilişkili olan ölçülebilen uyku özelliklerine odaklanmalıdır. Uyku sağlığı, fiziksel, ruhsal iyiliği geliştiren bireysel, sosyal ve çevresel gereksinimlere uyarlanan uyku uyanıklığının çok boyutlu yapısıdır. İyi uyku iyi sağlık için önemlidir. İyi uyku sağlığı öznel doyum, uygun zamanlama, yeterli süre, yüksek etkililik ve uyanıklık saatleri süresince enerjik olmayı gerektirir (61). Uykusuzluk, uykuya dalma veya devam ettirmede güçlük olup toplumda her üç kişiden birinde görülen önemli bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir. Her yaşta görülebildiği gibi kadınlarda ve ileri yaşta daha fazla görülmektedir. Birçok insan bir veya iki gece uykusuzluk çekebilir

ve bu durum bazen haftalar, aylar ve yıllarca da devam edebilir. Uykusuzluk sonucu gündüzleri yorgunluk hissi, huzursuzluk, hırçınlık, verimlilikte azalma ve hatta düşünsel işlevlerde bozulma görülebilir (62).

2.12.Uygunun Fizyolojisi

Uyku fizyolojisi, beyinin birçok alanında bulunan birden fazla nörotransmitter maddenin rol aldığı aktif bir süreç olup bedensel işlevlerle bağlantılı olan karmaşık bir biyolojik ritimdir (58). Beyindeki belli alanların uyarılması uyku siklusunu etkilemektedir (11). Beden ve ruh sağlığı yönünden büyük öneme sahip olan uyku, böbreklerden fosfat atılması, adrenal hormonların salgılanması, vitaminlerin kullanımı, deri onarımı, yaraların kapanması, bebeklerin büyümesi, vücut onarımı ve büyüme hormonunun salgılanmasını sağlar. En önemli etkisi merkezi sinir sisteminde görülür. Gün içinde bazı nöronların fazla kullanılması nöron yorgunluğuna ve işlerliğinde azalmaya yola açarak hem santral sinir sisteminde hem de periferde dengesizliğe neden olur. Kişi uzun bir süre uykusuz kalmaya zorlanırsa psikotik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir (8). Uyku bir dizi aktivite sonucu başlamakta olup, uyku esnasında beden sıcaklığı ve kortizol düzeyi düşer. Santral sinir sisteminde subkortikal bölgede locus seruleusta (n repineprinerjik) inhibisyon başlaması ile organizma uykuya dalmaya başlar. Bu esnada dorsal rafe nükleuslarında (seratoninerjik) aktivite artar ve uyku derinleşir (11).

2.13.Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

Uyku uyanıklık ritmi insanlarda 24 saatlik ritimler halinde olup bu durum sirkadiyen ritim olarak adlandırılmaktadır. Kalp hızı, kan basıncı, vücut sıcaklığı, hormon salınımı, metabolik aktiviteler, duyu durum değişiklikleri bu ritmin bir parçasını oluşturmakta olup (10), organizmada ritimlerin kontrolü merkezi sinir sisteminde hipotalamus tarafından düzenlenmektedir. Sirkadiyen ritmini melatonin hormonu belirlemekte olup, ritmin endojen bir düzenleme olmasının dışında dışarıdan alınan aydınlık ve karanlık mesajları ile de ilişkisi bulunmaktadır (63).

2.14. Uygunun Evreleri

Normal uygunun iki evresi vardır.

Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM: Non –Rapid Eye Movement)

Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM: Rapid Eye Movement)

Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (NREM): Bu dönem delta dalgalı uyku, yavaş dalga uykusu veya rüyasız uyku olarak da adlandırılır ve bu evrede rüya görülebilir, hatırlanabilir. Ayrıca bu evrede kan basıncı ve nabız sayısında azalma görülmekte olup (10), NREM uyku derin ve dinlendirici olup, uyku uyanıklık arası geçiş dönemi olan Evre I, uykunun I. Evreye göre daha derin olduğu Evre II, uykunun II. Evreye göre daha derin olduğu Evre III ve vücudun fizyolojik olarak dinlendiği çok derin bir uyku dönemi olan Evre IV olmak üzere dört evresi bulunmaktadır (8, 63).

Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (REM): REM uykusu bireyin ruhsal sağlığını düzenler (63). Uykunun başlangıcından 90 dakika sonra başlayan (8), gözlerde hızlı sızramaların olduğu bir evredir (59). Solunum ve göz kasları hariç iskelet kaslarında tonüs kaybı olmakta, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış gözlenmekte ve REM uykusu başlamaktadır (8). Uykunun karakteristik özelliklerinden biri olan rüyalar bu evrede görülmektedir (58). Gece oluşan kalp krizlerinin genellikle REM uykusu döneminde olduğu bildirilmiştir (63).

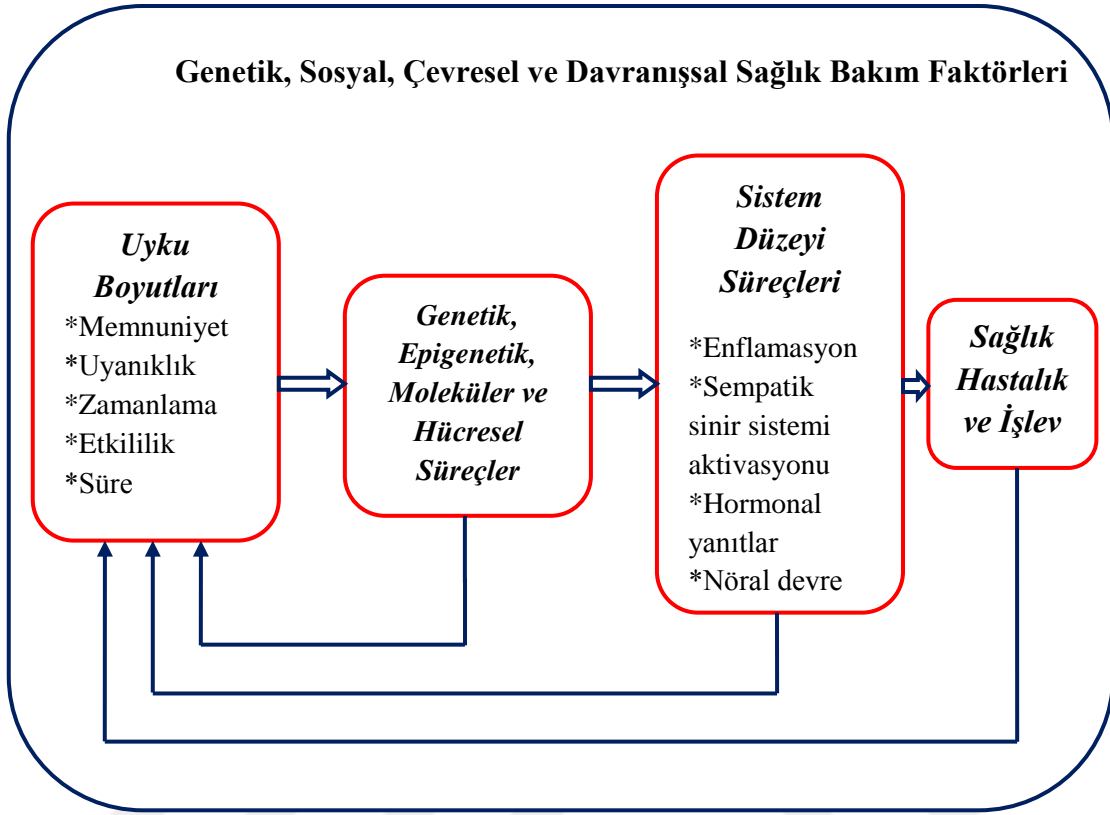
2.15. Uykunun İşlevleri

Uyku yaşam için vazgeçilmez bir gereksinim olup (59), sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların iyileşmesinde önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Hastalık anında yeterli uykunun alınması iyileşmeyi hızlandırır (58). Biri sinir sistemi diğeri vücudun diğeri organlara olan etkisi nedeniyle iki temel fizyolojik işleve sahiptir Uzun süren uyanıklık zihinde ilerleyici işlev bozukluğuna ve sinir sistemi üzerinde anormal davranışlara neden olarak, huzursuzluk ve psikotik belirtileri ortaya çıkarabilir. Henüz işlevi tam olarak ortaya konulmamış olsa da, uykunun nöral merkezler arasındaki dengeyi koruma ve homeostazisin korunması ve sürdürülmesinde fonksiyonu söz konusudur (11). Ayrıca uykunun hücre yenilenmesinde, hafızayı pekiştirmede, bağışıklığı güçlendirmede etkisinin olduğu da kabul edilmektedir (58).

2.16. Uyku Gereksinimi

İnsanların uyku gereksinimleri yaş, cinsiyet, genetik, çevresel ortam, beslenme, aktivite ve sağlık durumlarına göre değişmekle birlikte günlük uyku gereksinimi doğumdan itibaren yaşam boyunca değişimler göstermektedir (58). Fiziksel hastalık, hamilelik, genel stres, zihinsel aktivite artışı uyku gereksinimini arttırmaktadır (11). Uykunun niceliği kadar, kalitesi de önemli olup, uykuya dalmak için geçen sürenin uzunluğu, uykunun derinliği ve uykuda uyanma sayısı uykunun kalitesini etkilemektedir (58). Uyku süresi kısa olan birey her gece altı saat ya da daha az süre uyurken, uzun uyku süresi olanlar dokuz saatten fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Kısa uyku süresine sahip olanlar etkin, hırslı, sosyal ve hallerinden memnun olup, uzun uykucular hafif depresif anksiyeteli ve sosyal yönden çekiniktirler (8). Gece uyku süresinde azalma, gün içerisinde uyuklamaların süresinde ve sayısında artışlara neden olmaktadır (58). Yetersiz uyku sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşme, planlanmamış hastane yatışları gibi kötü sonuçlara yol açabilir (64). Çin’de yapılmış bir çalışmada da kısa uyku süresinin kontrol edilmemiş hipertansiyon ile ilişkili olduğu, en iyi kan basıncı kontrolüne 7-8 saat uyku uyuyan hipertansiflerin sahip olduğu belirlenmiştir (65).

2.17. Uyku Sağlığının Kavramsal Modeli



Şekil 1. Uyku Sağlığının Kavramsal Modeli (61).

Uyku uyanıklık işlevinin çeşitli boyutları sağlık ve işlevin uç sonuçlarını etkileyebilir. Aracı olan süreçleri, sistem düzeyi süreçlerini etkileyen hücresel, moleküler, epigenetik süreci içerebilir. Nöral devre işlevselliğini enflamasyondan değiştirmeye kadar sıralanan bu süreçler daha çok sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Model aynı zamanda organizma düzeyi sonuçları, sistemler, hücresel, moleküler ve uyku uyanıklık işlevi arasındaki işlevi de belirler (61).

2.18. Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uyku sorunlarına yol açan çeşitli durumlar bilişsel işlevselliği bozar ve aşırı günlük uykuya neden olur (64). Yaş, cinsiyet, fiziksel etkinlik, beslenme, yaşam biçimi ve çalışma koşulları, ilaçlar, hastalıklar, duygusal durum ve çevre uykunun kalitesini ve süresini etkileyebilmektedir.

Yaş: Yaşın uyku evrelerinin organizasyonu üzerinde önemli etkisi vardır (10). Yeni doğan bir bebek zamanının büyük çoğunluğunu uykuda geçirirken, yaşla birlikte uyku gereksinimi de azalmakta ve uyku kalitesinde bozulmalar görülebilmektedir (11).

Cinsiyet: Erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku düzeni bozukluklarından yakındıkları, kadınların ise erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları belirtilmektedir (58, 63).

Fiziksel aktivite: Gün içinde yapılan fiziksel egzersiz bireyin yorulmasına ve daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır (58). Çin'de yapılan bir çalışmada 7-8 saat uyanların daha az ve daha fazla uyuyan hipertansiflere göre daha fazla oranda fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (65).

Obesite: Obesite-hipoventilasyon sendromu ve uyku apnesine neden olan faktörler arasında yer almaktadır (37). Uyku kalitesi ve obesite hipertansiyon ile ilişkili olup, aşırı kilolu ve obez olma kötü uykuda önemli bir faktör olarak bildirilmiştir (66).

Beslenme: Bazı yiyecek ve içeceklerin alınması uykunun niteliğini etkilemektedir. Kafein içeren yiyeceklerin alınması uyumayı zorlaştırır. Proteinli gıdalar uykuya dalmayı kolaylaştırır (11). Kilo alıp verme de uyku süresine etki etmekte olup, kilo verme erken uyanmalara, kilo alma geç uyanmalara neden olur (11, 63).

Alkol: Alkol uyumaya yardım edebilir ve uyku latensini kısaltır (10). Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada günde iki ya da daha fazla alkol tüketicilerinin oranının (%9,3) en fazla 9 ve daha fazla uyuyan grupta olduğu, daha az süre ile uyuyanlarda alkol tüketimi oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir (67).

Yaşam biçimi ve çalışma koşulları: Kişilerin yaşam biçimleri ve vardiyalı çalışma koşulları uyku düzenlerini etkiler. Vardiyalı işlerde çalışan kişilerde gece vardiyası sonrası sıklıkla uykusuzluk ya da aşırı uykululuk gibi durumlar görülebilir (58). Kuzey Tayvan'da 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada sedanter yaşam biçiminin uyku bozukluklarında önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (68).

İlaçlar: Bazı ilaçlar uyku kalitesini ve süresini etkileyebilmektedir. Özellikle hipertansiyon tedavisinde kullanılan diüretik türevi ilaçlar noktüriye neden oldukları için uyku kalitesini bozabilmektedir (11, 58).

Hastalıklar: Hasta olan kişiler normal kişilere oranla daha fazla uykuya gereksinim duyarlar (58, 63). Hastalık durumu da bireyin uykusunda kesintilerin olmasına neden olabilir. Ağrı ya da fiziksel huzursuzluğa yol açan akut ve kronik hastalıklar uyku yakınmalarına neden olur. Konjestif kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, endokrin ve gastrointestinal sistem hastalıklarında da uykuda bozulmalar görülebilir (10). Hipertansiyon ise erken uyanmalara ve kendini yorgun hissetmeye neden olabilir (8). Kalp yetmezliği olan hastalarda uyku kalitesi ve ilişkili etmenlerin incelendiği bir çalışmada hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (69).

Duygusal durum: Uyku kalitesinin kötü olmasının ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilediği (68) ayrıca anksiyete, korku, üzüntü ve yas durumunun da kişinin uyumasını ya da gevşemesini etkilediği bildirilmiştir (58, 63).

Çevre: Çevre kimi zaman uyumaya yardımcı olurken, kimi zaman da uykuyu engelleyebilir (58, 63). Gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam (11), uyku ortamının aydınlık olması, yatağın boyutu ve sertliği de uyku kalitesini etkileyebilmektedir (58).

2.19. Uyku ve Hipertansiyon

Hipertansif hastalarda kötü uyku yaygın olup, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve hipertansiyonun prognozunu kötüleştirilmektedir (70). Hem uyku yoksunluğu hem de uykusuzluğun hipertansiyon prevalansı ve insidansının artışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Uyku, kan basıncını etkileyen otonomik sinir sistemi fonksiyonunu ve diğer ruhsal olayları değiştirir. Kan basıncında normal uyku boyunca uyanıklığa göre nispeten bir azalma görülür (50). Uyku yoksunluğu ile hipertansiyon arasındaki ilişkide birçok patofizyolojik mekanizma rol oynamaktadır. Bazı mekanizmalar; renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi ve sempatik sinir sisteminin normalden fazla çalışması, inflamasyonu başlatan yanıtla, endotelde fonksiyon bozukluklarına ve böbrek bozukluğuna neden

olmasıdır. Uyku alışkanlıkları hipertansiyon için bir neden olmanın yanında sağlık durumu ve kalitesinin belirleyicisi de olmaktadır (62). Hastalıklar fiziksel sıkıntı nedeniyle uykusuzluğa neden olabilir. Hipertansiyon ise sabah erken uyanma ve kendini yorgun hissetme şeklinde kendini gösterebilir (11). Demir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hipertansif hastalarda uyku kalitesinin belirgin şekilde bozulduğu bildirilmiştir (71). Çin’de yapılan bir çalışmada Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanı ve alt boyut puanlarının hipertansiyon ve yüksek kan basıncı ile ilişki olduğu bulunmuştur (7). Yapılan diğer çalışmalarda, hipertansiyonun artan insidansı ile uyku süresi ve kalitesinin azalması arasında güçlü ilişkiler olduğu bulunmuştur (5, 9). Gangwisch ve arkadaşlarının (2006), 4810 birey ile yürüttükleri uzunlamasına bir çalışmada bireylerin 647’sinde hipertansiyon geliştiği ve uyku süresinin beş veya daha az saat olan bireylerde özellikle 32-59 yaş grubunda hipertansiyon insidansının daha fazla olduğu bildirilmiştir (5). Ayans ve arkadaşlarının (2003) kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada kısa olarak bildirilen uyku süresinin koroner kalp hastalığı riskini artırdığı bildirilmiştir (72). Verdecchia ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında uyku yoksunluğunun kardiyovasküler olaylar için risk oluşturduğu (73) ve yine benzer bir çalışmada kısa uyku süresinin hipertansiyon için önemli bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (5). Alışılmış uyku süresinin ortalama her gece yedi saatten az ya da fazla, sekiz saatten daha az, özellikle her gece aşırı olarak altı saatten daha az ise hipertansiyon görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir (67). Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada da uyku süresi beş saatten az olanlara farmakolojik tedavi verildiği ve hipertansiyonu etkili bir şekilde yönetebilmek için altı saatten daha fazla uyku olacak şekilde yaşam biçiminin düzenlenmesi gerektiği bildirilmiştir (55).

2.20. Uyku ve Hemşirelik

Sağlıklı bir yaşam için yeterli uyku önemli bir faktör olup, uykuyu iyileştirmek hemşirelik uygulamalarının temel unsurlarından biridir. Aşırı gündüz uykusu, zayıf iş performansı, günlük stres faktörleri ile başa çıkma yeteneğinde azalma, daha çok alkol kullanımı ile ilişkili önemli bir halk sağlığı sorunudur (74). Hemşirelik, uygulama alanı olan bir meslek ve bilgi alanı olan bir disiplindir (14). Hemşireler, temel insan gereksinimlerinin karşılanması için bireylere gerekli yardımı sağlayan

bakım elemanlarıdır (9). Sağlığın geliştirilmesine geniş çaplı odaklanan hemşireler, uykuyu iyileştirmek, uyku bozukluklarını önlemek ve tedavi etmek için bireyler, aileler ve toplumlara yardımcı olabilirler (74). Uyku subjektif bir deneyim olduğu için birey uykusunun yeterli olup olmadığına kendisi karar verir (11). Bu nedenle uyku öyküsünün dikkatlice ele alınması gerekir (60). Hemşire bireyin uykusuna dair bir şikayeti olduğunda, uykusunun iyi olmadığına işaret eden bir bulgu belirlediğinde uyku durumunu saptamaya yönelik ayrıntılı bilgi almalıdır (11).

Uykusuzluk yakınmalarıyla başvuranlarda; fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların belirtileri, ilaç kullanım öyküleri sorgulanmalı ve özellikle alkol ve madde kötüye kullanımı özellikleri araştırılmalıdır (75). Uykusuzluk yakınması olan kişilerde alınacak ilk önlem uykuya geçişi engelleyen ve yavaşlatan her türlü alışkanlığı yaşam biçiminden çıkartmaktır. Her sabah aynı saatte kalkma, aynı saatlerde yatma, gündüz uykudan kaçınma, gün içerisinde düzenli fiziksel aktivite yapma, yatak odasının sessiz, ısı ve ışık yönünden ideal olmasını sağlama, yatma saatinden en az altı saat öncesine kadar çay, kahve ve sigara gibi uyarıcı maddeler almama önemlidir (58). Yatakta kitap okumama, televizyon seyretmeme, akşam yemeğini ağır ve yatmaya yakın yemeden kaçınma, yattıktan 20–30 dakika içinde uykuya dalınamama durumunda yataktan kalkılıp, tekrar yatmak için uykunun gelmesini bekleme ve bunların başarı sağlanıncaya kadar devam edilmesi önerilmektedir (76). Ayrıca yatmadan önce gevşeme egzersizlerini yapma, aşırı sert ve yumuşak yatakları değiştirme sağlıklı uyku için önemli uygulamalardır (58).

Hasta birey için dinlendirici bir ortam sağlamak hemşirelerin önemli işlevlerinden biri olup, bireyin rahat uyumasına engel olan faktörlerin belirlenmesi, ortadan kaldırılması hastalara ve hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek problemlere müdahalede bulunmak, uykusuzluk ve buna bağlı gelişebilecek sorunları da önlemektedir (77). Hemşireler tarafından koroner yoğun bakım hastalarına verilen uyku hijyeni eğitiminden sonra uyku sorunlarının azaldığı bildirilmiştir (78). Birinci basamakta sıklıkla karşılaşılan, toplumda sık görülen, fiziksel ve ruhsal sağlığımızı, sosyal yaşantımızı, çalışma hayatımızı yakından ilgilendiren, yaşamımızı tehdit edebilecek ciddi komplikasyonlara ve sorunlara zemin oluşturan uyku problemlerinin,

bozukluklarının iyi bilinmesi ve hastaların kapsamlı şekilde değerlendirilmesi izlenecek yol açısından önemlidir (79). Özetle hemşireler hipertansiyon hastalarının, hipertansiyondan kaynaklı oluşan uyku değişikliklerini, uykuyu etkileyen faktörleri belirleme ve uyku kalitesini iyileştirmede önemli role sahiptirler (80).

2.21. Öz Bakım

Öz bakım, bireyin günlük yaşamında bir başkasının yardımı olmadan beslenme, boşaltım, giyim ve temizlik gibi aktivitelerini yapabilme yeteneğidir. Hem fiziksel hem de ruhsal iyilik için bu aktivitelerin düzenli ve yeterli yapılması gerekmektedir (81). Başka bir tanımlaya göre öz bakım, sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin performansını etkileyen eylemleri içeren sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneği olup, bu yeteneğin geliştirilmesinde bilişsel, motor, duygusal faktörler ile kişiler arası ilişkiler yer almaktadır (82). Orem tarafından geliştirilen öz bakım kuramı yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar ve öz bakım “kişinin sağlık ve iyiliğini koruması için üzerine düşeni yapması” olarak tanımlar (15). Öz bakımda hedef bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları almasını sağlamaktır. Hastaların bakım yeteneklerini geliştirmede hastalığı yönetme, kendini yönetme, davranışlarına ait tutum ve hüneleri öğrenebileceğini bilme, hastalığını yönetmede motivasyon ve kendine güven, hastalığa uyumda hastalık boyunca görülen semptomlar, hastalığın oluşturduğu duygusal ve işlevsel yanıtların yönlendirilebilir ve düzeltilebilir olduğu gibi bazı durumlara dikkat edilmesi gerekmektedir (82). Ayrıca öz bakım gelişmeyi destekleme olduğu kadar her bireyin sağlık ve yaşamını sürdürmek için gerekli bir iştir (14). Öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması için bireye yardımda bulunmak hemşirelik bakımının temel özelliklerinden birisi olduğu bilinmektedir (81). Öz bakım yeterliği bireyin öz bakımında gücü ve yeterliliğini gösterir. Öz bakım gücü yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sağlık durumu, sosyal kültürel uyum, sağlık bakım sistem faktörleri, aile sistemi faktörleri, yaşam biçimi, çevresel faktörler, yeterli kaynaklar ve mevcut durum gibi temel durumsal faktörlerden etkilenir (83). Kronik hastalıkların yönetiminde öz bakım davranışlarını uygulamak gereklidir (84). Öz bakım gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapsalarda öz bakım gereksinimleri olarak sınıflandırılmıştır (15).

Evrensel öz bakım gereksinimleri: Yaşam süreçleri, insan yapı ve işlevselliğinin bütünlüğünün devam ettirilmesi ile ilişkilidir (83). Evrensel öz bakım gereksinimleri, insanın temel gereksinimlerini içeren tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasıdır (15). Yeterli hava, su, yiyecek alımının sürdürülmesi, aktivite ve dinlenme arasında dengeyi sürdürme, boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanması, yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengeyi sürdürme, insanın işlevselliğine, yaşamına ve iyiliğine yönelik tehlikeleri önleme (15, 83) ve bireyin yeteneklerine uygun olarak toplumsal gruplarda işlev ve gelişimine teşvik edilmesidir (83, 85). Evrensel gereksinim hedefleri öz bakım ya da bağımlı bakım yolu ile karşılanır ve onların bilenen ve geçerli kökenleri vardır veya yaşam döngüsünün çeşitli aşamalarında insanın yapısal ve işlevsel bütünlüğü hakkında geçerli olma sürecindedir (85).

Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri: Bireyin kendi bakımını yapamadığı rahatsızlık, hastalık, sakatlık gibi durulmada gereksinim duyulan öz bakım gereksinimidir (15). Tıbbi tedaviye uyumda öz bakım boyutu hastalığın evresi ve özelliğine bağlıdır (86). Durumu doğrulama ve tanı koymak için gerekli tıbbi ölçümlerden kaynaklanabilen rahatsızlık, yaralanma ya da hastalık durumlarında olan gereksinimlerdir. Bunlar: uygun tıbbi yardımı güvence altına alma ve araştırma; patolojik durumların sonuçları ve etkilerine dikkat etme ve farkında olma; tıbbi olarak belirlenen tanıyı, tedavi edici ve iyileştirici ölçümleri etkili şekilde yürütme; tanımlanan tıbbi ölçümlerin zararlı ya da rahatsızlık veren etkilerini düzenlemede dikkatli ve farkında olma; sağlık bakımının özel gereksinim durumunda ve özel sağlık durumunda bireyin kendisini kabul etmede benlik kavramını ve benlik imajını düzenleme; kişisel gelişimin sürekliliğini artıran yaşam biçiminde tedavi ölçümleri, tıbbi tanı etkilerini ve patolojik durumların etkileri ile yaşamayı öğrenmedir (83).

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri: Gelişimsel öz bakım gereksinimleri gelişimi iyileştiren koşulların sağlanması, kendi gelişimine katılım ve birey gelişimini olumsuz etkileyebilen yaşam durumlarının ve bireysel koşulların önlenmesi veya üstesinden gelinmesi şeklinde tanımlanmaktadır (85). İnsan yaşamının çeşitli dönemlerinde (gebelik, doğum, ebeveyn ya da eş kaybı vb.) ortaya çıkan öz bakım gereksinimidir (15). Aynı zamanda ya gelişimsel süreçlerin ayrıntıları ile belirtilen

evrensel öz bakım gereksinimlerinin özelleşmiş ifadesidir ya da bir olay ile ilişkili veya bir durumdan kaynaklanan yeni gereksinimdir (83).

2.22. Öz Bakım Yetersizliği

Yetersiz öz bakım yaşam kalitesini bozabilir, belirti yüküne ve azalmış işlevsel kapasiteye yol açabilir (64). Öz bakım yetersizliği, öz bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım gücü arasındaki bir ilişki olup Orem, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada üç temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır (15).

Tümüyle eksikliği giderme: Hastanın öz bakımına aktif olarak katılmadığı durumları (zihinsel-bedensel yetersizlik vb.) içerir (15). Bağımlı bakım gücü, sosyal olarak bağımlı bireylerinin tedavi edici öz bakım gereksinimleri bilme ve karşılama ya da bireylerin öz bakım yeteneğini geliştirme ve uygulamayı düzenlemedir (14).

Kısmen eksikliği giderme: Hemşire ve hastanın bakım önlemlerini beraber gerçekleştirdiği durumlardır (Yeni ameliyat olmuş bir hastanın hareketini sağlamak) (15). Bilişsel düzeyi bozulmuş kalp yetmezliği olan hastalarda öz bakımda zorlanmaların olduğu kanıtlanmıştır (64).

Destekleyici eğitsel: Hastanın öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmek için öğrenmek zorunda olduğu fakat bunu yapabilmek için bir yardımcıya ihtiyaç duyduğu uygulamaları içermektedir (Destekleme, hareket etme, gelişme sağlayan bir çevre oluşturma, öğretim gibi) (15). Öz bakımı uygulama kararları problem çözme, yargılama, hatırlama, bilme, düşünme, anlama gibi bilgi elde etmede kullanılan bilişsel ya da ruhsal süreçlerdir (64).

2.23. Hipertansiyonda Öz Bakım Yönetimi ve Hemşirelik

Hipertansiyon dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olup, başarılı yönetimi için bu soruna yönelik toplumu korunma, farkındalık ve erken tanı konusunda bilinçlendirme ve hastaların kendilerine önerilen tedaviye uyum ve tedaviden en üst düzeyde yararlanabilmelerini sağlama önemlidir (18). Kan basıncı kontrolünde öz bakım davranışları önemli bir yere sahip olduğundan öz bakım davranışları değerlendirilmelidir (16). Öz bakım bireyin kendi gelişimini ve işlevselliğini düzenlemek için öz bakımında süreklilik arz eden gereksinimleri karşılama ve bilme

gücüdür (14). Öz bakım ayrıca sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amacı ile hastanın üstlendiği aktiviteler olarak da tanımlanabilir (87). Yüksek kan basıncı öz bakımı çok yönlü olup, kan basıncı kontrolünde inme ve ölüm gibi komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Yüksek kan basıncı öz bakımı ilaç alma, düşük sodyum ve düşük yağlı diyet, egzersiz, kısıtlı alkol tüketimi, sigara içmeme, kilo kontrolü, kendi kendine kan basıncı izlemi, düzenli doktor kontrolü ve stresi azaltma gibi çeşitli yaşam biçimi faktörlerini içermektedir (17).

Orem “bir sanat olarak hemşireliğin entelektüel yönünün, bakımın verilmesi ve bakımda karşılaşılan engellerin aşılması” olarak ifade etmiştir. Hemşire hastanın öz bakım sınırlamalarını ortadan kaldırabilen, öz bakım yeteneklerini besleyen ve hastanın öz bakımında yeni sınırlamalarının gelişmesini engelleyen kişidir (15). Kan basıncının kontrolünde öz bakım aktivitelerinin olumlu etkileri söz konusu olup, aile üyelerinin etkisi, algılanan engeller, sosyo-ekonomik faktörler, yetersiz bilgi, kültürel inanç ve uygulamalar hipertansiyonda öz bakımı etkileyen faktörler olarak görülmektedir (88). Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada öfke düzeyi arttıkça öz bakım gücünün azaldığı, öfke kontrolü arttıkça öz bakım gücünün de arttığı (22), diğer bir çalışmada hastaların öz bakım gücü puanlarını eğitim ve ekonomik durumun etkilediği bildirilmiştir (89).

Öz bakım uygulamalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri de bireyin sağlık durumudur. Kronik bir hastalık olan hipertansiyon bireyin fiziksel gücünü azaltıp fonksiyon kaybına yol açtığı için birey, öz bakım uygulamalarında başka birisine ihtiyaç duyar (81). Öz bakım teorisi hipertansiyonun kontrolüne ilişkin öz bakım davranışlarını artırmak için hipertansiyonu olan bireylere yardım etmede hasta ve sağlık bakım sağlayıcıları arasındaki iletişimi iyileştirmek için hemşirelik girişim programlarını geliştirmede kanıt sağlamaktadır (13). Öz bakım uygulamalarında bireye yardımcı olmak hemşirelik bakımının temel taşlarından (81). Hemşire hastanın öz bakım ihtiyacını giderebilmek için bireyin öz bakım gücünü değerlendirmeli, yetenek ve bilgisi dahilinde hastanın yetersizlik durumlarını tanımlamalıdır (82). Hemşireler hipertansiyonun belirlenmesi, erken teşhis edilmesi, kan basıncının evde doğru teknik kullanımı ile ölçümünü sağlama, önerilen tedaviyi düzenli uygulama, diyet, ideal kilo, egzersiz, alkol ve tütün kullanımı konusunda

eğitim, stresle başa çıkma konusunda destek sağlamanın yanı sıra bireyleri izler ve izlemin devamlılığını sağlar (90). Hipertansif bireylerin öz bakım glerinin birçok faktörden etkilendiğinden, bireylere verilecek danışmanlık hizmetleri için öz bakım davranışlarını değerlendirmek gerekli ve önemli bir adımdır (18).

Hasta sağlık çalışanı arasındaki iletişim, hipertansiyon hakkındaki algılamaları, öz bakım gereksinimleri ve hipertansiyon konusundaki bilgi yolu ile öz bakım davranışları üzerine dolaylı etkisi olduğu kadar hipertansiyon kontrolüne, öz bakım davranışları üzerine direkt olumlu, önemli etkisi de olan güçlü bir faktördür (13). Kardiyak hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların genel hipertansiyon bilgilerinde yetersizlik olduğu, sistolik kan basıncı seviyelerini değerlendiremedikleri belirlenmiştir (43). Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışma sonucuna göre orta düzeyde öz bakım gücü hastanın da sağlık düzeyini içeren temel güçlü faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle öz bakım gücünü geliştirmek için planlanan eğitimi uygulama, öz bakım davranışları ve uygulama yollarını araştırma ve hemşirelik girişimleri sırasında gereksinim duyulan konularda destek beklenmektedir (91). Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili genel risk faktörlerini azaltmak için hemşire sigarayı bırakma ve hiperlipidemi ile ilgili bilgiler vermeli ve bu konularda bireylerdeki engelleri aşmak için davranış değişikliğine neden olacak danışmanlık hizmetlerini yürütmelidir. Hastayla sürekli iletişim sağlamalı ve geri bildirim almalıdır. Randevulu hastalara hatırlatıcı telefon görüşmeleri yapılması konusunda da sağlık ekibinin diğer üyelerine de eğitim yapılmalıdır (92). Beslenme, giyinme, tuvalet ve banyo gibi kendi öz bakım aktivitelerini değerlendirmek için hasta gözlemlenmeli ve görüşmeler yapılmalıdır. Kişiye z bakım aktiviteleri ile ilgili ayrıntılı sorular sorulmalıdır. Kişinin kendine bakım aktivitelerini etkileyecek yaş ve gelişimsel durum, kültür, değer ve inançlar, sosyoekonomik durum, bilişsel durum ve bilgi düzeyi, motivasyon gibi faktörleri değerlendirmek için sağlık öyküsünü gözden geçirmek gerekir (93).

Birinci ve ikinci sağlık bakım hizmetlerine başvuran hipertansif hastaların öz bakım uygulamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, birinci basamakta hastaların sıvı alımının, hemşire danışmanlıklarına katılımın ve yaşam biçimi değişliklerine

uyumun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Uygun tuz tüketimi ve alkollü içeceklerden kaçınmanın ikinci basamakta izlemde yaygın olduğu bildirilmiştir (94).

Hemşireler hastalara öz bakım güçlerini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık vererek kan basınçlarının kontrol altına alınmasına katkı sağladılar. Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada öz bakım modeli doğrultusunda hemşire tarafından verilen bakım sonrasında girişim grubundaki bireylerin kan basınçlarında önemli düzeyde düşüş olduğu ve öz bakım güçlerinin arttığı belirlenmiştir (95). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların öz bakım gücünü artırmaya yönelik tele izlem yolu ile girişim grubu hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim sonrasında hastaların kontrol grubuna göre öz bakım gücü puan ortalamalarında önemli düzeyde artış görülmüştür (96). Hipertansif bireylerin yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesi ile gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için öz bakım gücünün geliştirilmesi gerekmekte olup, hemşirelerin bu konuda hasta ya da sağlıklı bireyleri desteklemesi önemli bir güçtür (97). Hemşireler hipertansif hastaların öz bakım yönetimlerini en üst düzeye yükseltme ve öz bakım yönetimlerini olumsuz etkileyebilecek durumları kontrol altına almada destek olan profesyonellerdir (18). Hemşirelerin danışmanlık eğitimi verdikten sonra hipertansif hastaların öz bakım gücünün değerlendirildiği bir çalışmada iki yıl sonra artmış fiziksel aktivite düzeyi ile öz bakım gücü arasında önemli bir ilişkinin belirlenmiş ve klinik uygulamada hemşirelerin hastaların öz bakım gücünü artırmaları için hasta merkezli danışmanlık yapmalarının önemli olduğu saptanmıştır (98).

Hemşirelerin hastanın öz bakım gereksinimlerini giderebilmesi için birey adına uygulama yapma ya da davranma, bireye öğretim, bireye rehberlik etme, destek olma, gereksinimlerini karşılmasına yönelik destek oluşturma konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Öz bakımda hedef, bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumluluğu almasını sağlamaktır. Kronik hastalığın yönetiminde temel üyeler olan hekim, hemşire ve hastanın etkin iş birliği sayesinde bu sorumluluğu alması ile problemler çözülür, hasta motive edilir, problemle mücadeleye hazırlıklı olur, kendine güveni gelişir ve istekliliği artar (82). Çin'de kırsal bir bölgede hipertansiyon hastaları ile yapılan bir çalışma sonucunda birincil bakım sağlayıcıları ve halk sağlığı uygulayıcılarının genç erkek hipertansiyonlu hastalara olduğu kadar,

yakın zamanda hipertansiyon tanısı almış hastaların da daha fazla dikkat etmeleri gerektiğini bildirmişlerdir (54). Öz bakımı uygulayan hemşireler öz bakım ile ilişkili olarak hastaların davranışsal özelliklerini araştırmalı ve bilmelidir. Artan sağlık bakım maliyeti açısından alternatif olarak maliyeti daha az olan öz bakımın önemini araştıran çalışmalara gereksinim vardır. Hemşireler öz bakım aktivitesi ve gücüne ilişkin araçları geliştirmelidirler (89). Ayrıca sağlık bakım ekibinin öz bakım, eğitim ve danışmanlık konusunda özel eğitim görmeleri gereklidir (82).



3.MATERYAL VE METOD

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı-kesitsel türdedir.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Gümüşhane ili Kelkit ilçe merkezinde bulunan 1 ve 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüş ve Mayıs 2017'de tamamlanmıştır. Bir Nolu ASM 7 Aile Hekimi, 7 Aile Sağlığı Elemanı ve 1 personel ile 2 Nolu ASM ise 2 Aile Hekimi, 2 Aile Sağlığı Elemanı ve 1 personel ile hizmet vermektedir. Gümüşhane ilinin güneyinde yer alan Kelkit'in güneyi Erzincan ili ile çevrili olup, Gümüşhane'ye 60 km uzaklıkta olan ilçenin yüzölçümü 1610 km² dir (99). Türkiye İstatistik Kurumu' nun açıkladığı 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Kelkit'in köy ve merkezdeki toplam nüfusu 51 bin 132 olarak bildirilmiştir (100).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Gümüşhane ili Kelkit ilçe merkezinde bulunan iki ASM'ye belirtilen tarihlerde herhangi bir nedenle başvuran hipertansiyonlu bireylerdir. Örneklemi ise araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeyerek ilgili ASM'lere araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde gelen ve araştırmaya alma/dışlama ölçütlerini karşılayan 291 hipertansif birey oluşturmuştur. Çalışma tamamlandıktan sonra örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı belirlemek için güç analizi yapılmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması arasındaki korelasyon analizi için (saptanan korelasyon katsayısı -0,188, s=291) çalışmanın post hoc güç analizinde etki büyüklüğünün 0,434, istatistiksel gücünün ise 0,05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında 0,99 olduğu belirlenmiştir. Bu değerler örneklem yeterliliğine işaret etmektedir (101).

3.3.1. Araştırmaya Alma/Dışlama Ölçütleri

On sekiz yaş ve üzeri olma, en az bir yıldır hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif ilaç kullanıyor olma araştırma katılmaya gönüllü olma alma ölçütleri; formların doldurulmasını etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu), nörolojik, ruhsal bozukluk (zihinsel engellik, psikotik bozukluk) kanser ve gebe olma dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma kapsamına alınan hipertansif bireyleri tanımlayan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi algısı, çalışma durumu, sağlığı algılama durumu, sigara içme durumu, hipertansiyon dışında ek bir hastalık durumu, BKİ, fiziksel aktivite durumu, antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu, hipertansiyon tanı süresi, antihipertansif ilaç kullanma süresi, günlük kullanılan antihipertansif sayısı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması **bağımsız**, Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması, kan basıncı kontrol durumu ve sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ise **bağımlı** değişkeni oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler Tanımlayıcı Soru Formu (EK 1), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK 2) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 3) kullanılarak toplandı. Ayrıca hastaların kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapıldı.

Tanımlayıcı Soru Formu: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi algısı, çalışma durumu, sağlık algısı, sigara içme durumu, hipertansiyon dışında kronik bir hastalık varlığı ve fiziksel aktivite durumu) belirleyen 10, hipertansiyon ile ilgili (hipertansiyon tanı süresi (yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi (yıl), günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ve antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu) dört olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmuştur. Ayrıca hipertansiflerin BKİ, sistolik ve diyastolik kan basıncı aşağıdaki açıklamalara göre araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Arterial kan basıncı ölçümü: Hipertansif birey 10-15 dakika dinlendikten sonra, sistolik ve diyastolik kan basınçları oturur pozisyonda sağ koldan ölçüldü. Ardından

5-10 dakika ara ile ikinci ölçüm yapıldı ve iki ölçüm ortalaması kaydedildi. Ölçümden önce hastaların 30 dakika içinde sigara ve kafein (kahve, kola) almamış olmasına dikkat edildi. Kan basınçları ERKA marka civalı tansiyon aleti kullanılarak ölçüldü. Korotkoff sesleri esas alınarak SKB ve DKB değerleri kaydedildi (26).

Boy ölçümü: Bireyler düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve topukları düz bir duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda olmaları sağlandı ve boyları mezura ile ölçülüp santimetre (cm) olarak kayıt edildi.

Ağırlık ölçümü: Elbiseler azami ölçüde çıkarılmış ve çıplak ayak ile olması sağlanarak sert bir zemine düz bir şekilde yerleştirilen standart bir baskülle ölçülerek kilogram (kg) olarak kayıt edildi.

BKİ: Vücut ağırlığı (kg)/ boy(metre)²

Hesaplanan BKİ, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği obesite sınıflamasına göre 18,5'den az zayıf, 18,5- 24,9 normal, 25-29,9 fazla kilolu, 30 ve üzeri olması obez olarak sınıflandırıldı (102).

Tanımlama

Hipertansiyonda kontrol, kan basıncının doğrudan ölçülmesi ile elde edilen iki ölçüm sonucu ortalama sistolik kan basıncının <140 mmHg ve ortalama diyastolik kan basıncının <90 mmHg olması şeklinde tanımlandı (26).

Düzenli fiziksel aktivite, fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (44). Haftada 4-7 kez orta yoğunlukta 30-60 dakika yapılan aerobik egzersizler düzenli olarak kabul edildi (45).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): PUKİ 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (103), ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır (104). PUKİ toplamda 24 sorudan oluşur ve bu sorulardan 19'u kendini değerlendirme sorusudur. Sorulardan 5'i eş ya da oda arkadaşı tarafından cevaplandırılmakta olup, puanlamada

dikkate alınmaz. Toplam puanı 0-21 arasında değişmekte olup, toplam puanının 5'in üzerinde olması kötü, 5 ve 5'in altında olması iyi uyku kalitesini gösterir. PUKİ; Öznel Uyku Kalitesi (Bileşen 1), Uyku Latensi (Bileşen 2), Uyku Süresi (Bileşen 3), Alışılmış Uyku Etkinliği (Bileşen 4), Uyku Bozukluğu (Bileşen 5), Uyku İlacı Kullanımı (Bileşen 6) ve Gündüz İşlev Bozukluğu (Bileşen 7) olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin doldurulması 5-10 dakika, puanlaması 5 dakika kadar sürer. Ağargün ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0,80 olup (104), bu araştırmada 0,74 olarak bulunmuştur. PUKİ'nin hesaplanması EK 2'de sunulmuştur.

Öz Bakım Gücü Ölçeği: Kearney ve Fleicher tarafından 1979 yılında geliştirilmiş (105) olan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Nahcivan tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Ölçek bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneği ya da öz bakım gücünü ölçmekte olup, her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, 35 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına "0" puan, diğerlerine sırasıyla "1", "2", "3" ve "4" puan verilmektedir. Ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 140'dır. Bireyin "0"ya yakın puan alması öz-bakım gücü puanının düştüğünü, "140"ya yakın puan alması durumunda ise öz-bakım gücü puanının yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,89 olup (106), bu araştırmada 0,90 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından ilgili ASM'lerde bekleme salonlarında haftanın iki üç günü belirli sıra düzeninde yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama olarak 20-25 dakikada toplandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdelik ve ortalama olarak verildi. Skewness ve Kurtosis katsayılarına göre normal dağılıma uygunluk gösteren ölçümlerde parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı özellikler ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare, Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının

karşılaştırılmasında ikiden fazla olan gruplarda tek yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve bağımsız ikili gruplarda t testi ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Çoklu grupların ileri analizi için Ki-kare ve Tukey HSD testi yapıldı. Hipertansiyon tanı süresi(yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi(yıl) ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile, PUKİ'nin Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği ve Uyku İlacı Kullanımı alt bileşenleri normal dağılım göstermediğinden bunların analizinde Spearman korelasyon analizi, diğer alt bileşenlerde Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa güvenilirlik analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı 22,0 sürümü ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Etik İlkeler

Çalışmanın yapılabilmesi için Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan Etik Onay (EK 4) ve Gümüşhane Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin (EK 5) alınmıştır. Araştırma kriterlerini karşılayan hipertansif bireylere araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak, kendilerinin bu araştırmaya katılmalarında istekli olup olmadıkları sorulmuş ve yazılı/sözlü izinleri alınarak gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenabilirliği

Araştırmanın sınırlılığı araştırmaya katılan bireylerin uyku kalitelerinin sadece PUKİ ölçüm aracı ile değerlendirilmiş olmasıdır. Bu araştırma sonuçları sadece bu çalışma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular araştırmanın soruları doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 2. Hipertansif Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=291)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%	
Yaş grubu	37-50	34	11,7
	51-64	101	34,7
	65 ve üzeri	156	53,6
Cinsiyet	Kadın	174	59,8
	Erkek	117	40,2
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	89	30,6
	Okuryazar	46	15,8
	İlkokul/ortaokul	135	46,4
	Lise/üniversite	21	7,2
Medeni durum	Evli	209	71,8
	Bekar/dul/boşanmış	82	28,2
Gelir düzeyi algısı	Gelir giderinden az	48	16,5
	Gelir giderine eşit	215	73,9
	Gelir giderinden fazla	28	9,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	82	28,2
	Çalışmıyor	209	71,8
Sağlığı algılama durumu	İyi	107	36,8
	Orta	164	56,3
	Kötü	20	6,9
Sigara içme durumu	Evet	34	11,7
	Hayır	216	74,2
	Bırakmış	41	14,1
Ek hastalık(kronik) varlığı	Evet	159	54,6
	Hayır	132	45,4
^φ BKI, kg/m ²	Normal	57	19,6
	Aşırı kilolu	94	32,3
	Obez	140	48,1
Fiziksel aktivite	Düzenli	27	9,3
	Düzensiz	131	45,0
	Hiç yapmıyor	133	45,7
Antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu	Düzenli	229	78,7
	Düzensiz	62	21,3
Kan basıncı kontrol durumu	Kontrol	142	48,8
	Kontrol olmayan	149	51,2
Ort ±SS			
Sistolik kan basıncı	133,96±17,55		
Diastolik kan basıncı	81,58±12,72		
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)	8,26±6,78		
Antihipertansif ilaç kullanma süresi(yıl)	7,79 ±6,46		
Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı	1,15±0,38		
Yaş (yıl)	64,98±11,45 (min:37-max:90)		

^φ BKİ sınıflamasına göre zayıf birey yoktur. SS: Standart Sapma Ort: Ortalama

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %53,6'sı 65 yaş ve üzerinde, %59,8'i kadın, %46,4'ü ilköğretim/ortaokul mezunu, %71,8'i evli, %73,9'unun gelirinin giderine eşit ve %71,8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Hipertansiflerin %56,3'ünün sağlığını orta düzeyde algıladığı, %74,2'sinin hiç sigara içmediği, %54,6'sının ek kronik bir hastalığı olduğu, %48,1'inin obez olduğu, %45,7'sinin hiç fiziksel aktivite yapmadığı, %78,7'sinin antihipertansif ilaçlarını düzenli kullandığı ve %51,2'sinin kan basınçlarının kontrol altında olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hipertansiflerin sistolik kan basıncı ortalamaları $133,96 \pm 17,55$, diyastolik kan basıncı ortalamaları $81,58 \pm 12,72$, hipertansiyon tanı süresinin (yıl) $8,26 \pm 6,78$, antihipertansif ilaç kullanma süresinin (yıl) $7,79 \pm 6,46$, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısının $1,15 \pm 0,38$ ve yaş ortalamasının $64,98 \pm 11,45$ (min:37-max:90) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Hipertansif Bireylerin PUKİ, Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları ve Uyku Kalitesi Durumlarının Dağılımı (s=291)

Ölçekler	Ort± SS	Alınan en düşük ve en yüksek değer	Alınabilecek en düşük ve en yüksek değer
Toplam PUKİ	5,63±3,69	0-17	0-21
Öznel Uyku Kalitesi	1,03±0,85	0-3	0-3
Uyku Latensi	1,23±1,15	0-3	0-3
Uyku Süresi	0,59±0,74	0-3	0-3
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,51±0,91	0-3	0-3
Uyku Bozukluğu	1,28±0,56	0-3	0-3
Uyku İlacı Kullanımı	0,17±0,59	0-3	0-3
Gündüz İşlev Bozukluğu	0,81±0,90	0-3	0-3
Öz Bakım Gücü Ölçeği	93,64±22,19	26-137	0-140
PUKİ	Sayı	Yüzde	
İyi uyku (≤ 5)	165	56,7	
Kötü uyku (>5)	126	43,3	

Hastaların Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi ve Uyku Bozukluğu alt bileşenlerinin puan ortalamasının 1(bir) puanın üzerinde, diğer bileşenlerde altında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hipertansiflerin toplam PUKİ puan ortalaması $5,63 \pm 3,69$ olup, %56,7'sinin uyku kalitesinin iyi, %43,3'ünün kötü olduğu saptandı. Aynı tabloda Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının $93,64 \pm 22,19$ olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Hipertansif bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması (s=291)

Tanımlayıcı özellikler	PUKİ				Test ve önemlilik
	İyi uyku ≤ 5		Kötü uyku > 5		
Yaş grubu	s	% [¶]	s	% [¶]	
37-50	16	47,1	18	52,9	$\chi^2=1,596$ p=0,450
51-64	60	59,4	41	40,6	
65 ve üzeri	89	57,1	67	42,9	
Cinsiyet					
Kadın	85	48,9	89	51,1	$\chi^2=10,864$ p=0,001**
Erkek	80	68,4	37	31,6	
Eğitim düzeyi					
Okuryazar değil	47	52,8	42	47,2	$\chi^2=4,821$ p=0,185
Okuryazar	23	50,0	23	50,0	
İlkokulu/Ortaokul	79	58,5	56	41,5	
Lise/Üniversite	16	76,2	5	23,8	
Medeni durumu					
Evli	117	56,0	92	44,0	$\chi^2=0,157$ p=0,692
Bekar/Dul/Boşanmış	48	58,5	34	41,5	
Gelir düzeyi algısı					
Geliri giderinden az	25	52,1	23	47,9	$\chi^2=0,502$ p=0,778
Geliri giderine eşit	124	57,7	91	42,3	
Geliri giderinden fazla	16	57,1	12	42,9	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	58	70,7	24	29,3	$\chi^2=9,155$ p=0,002**
Çalışmıyor	107	51,2	102	48,8	
Sağlık algısı					
İyi	68	63,6	39	36,4	$\chi^2=6,104$ p=0,047*
Orta	90	54,9	74	45,1	
Kötü	7	35,0	13	65,0	
Sigara içme durumu					
Evet	25	73,5	9	26,5	$\chi^2=5,085$ p=0,079
Hayır	120	55,6	96	44,4	
Bırakmış	20	48,8	21	51,2	
Ek hastalık (kronik) varlığı					
Evet	80	50,3	79	49,7	$\chi^2=5,823$ p=0,016*
Hayır	85	64,4	47	35,6	
BKİ					
Normal	38	66,7	19	33,3	$\chi^2=7,483$ p=0,024*
Aşırı kilolu	59	62,8	35	37,2	
Obez	68	48,6	72	51,4	
Fiziksel aktivite					
Düzenli	16	59,3	11	40,7	$\chi^2=5,150$ p=0,076
Düzensiz	83	63,4	48	36,6	
Hiç yapmıyor	66	49,6	67	50,4	
Anhipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu					
Düzenli	129	56,3	100	43,7	$\chi^2=0,060$ p=0,807
Düzensiz	36	58,1	26	41,9	
		r[‡]		p	
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)		0,055		0,352	
Antihipertansif ilaç kullanma süresi (yıl)		0,047		0,424	
Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı		-0,020		0,728	

* p<0.05 , **p<0.01 [‡]Spearman korelasyon [¶]Satır yüzdesi alınmıştır.

Bu araştırmada cinsiyet, çalışma durumu, sağlık algısı, ek hastalık durumu ve BKİ durumu ile uyku kalitesi durumu arasında önemli bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$, $p<0,01$). Sağlık algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sağlığını kötü algılayan gruptan; BKİ için obez olan gruptan kaynaklandığı belirlendi. Kadınların erkeklere, çalışmayanların çalışanlara, ek hastalığı olanların olmayanlara göre önemli düzeyde kötü uyku kalitesine sahip oldukları saptandı ($p<0,05$, $p<0,01$). Hipertansif bireylerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, gelir düzeyi algısı, sigara içme durumu, fiziksel aktivite durumu, antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile uyku kalitesi arasında ise önemli bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Ayrıca Spearman korelasyon analizine göre hipertansiyon tanı süresi(yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi(yıl) ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile PUKİ toplam puan ortalaması arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4).



Tablo 5. Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=291)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	Yüzde	ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	Test ve önemlilik
Yaş grubu	Ort±SS			
37-50	34	11,7	99,61± 23,04	F=5,714 p=0,004**
51-64	101	34,7	97,81±19,57	
65 ve üzeri	156	53,6	89,65± 22,93	
Cinsiyet				
Kadın	174	59,8	91,78±22,59	t= -1,757 p=0,080
Erkek	117	40,2	96,42±21,37	
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil	89	30,6	85,60±22,38	F=10,285 p<0,001
Okuryazar	46	15,8	88,28±25,17	
İlkokul/Ortaokul	135	46,4	98,90±19,08	
Lise/Üniversite	21	7,2	105,71±19,42	
Medeni durum				
Evli	209	71,8	95,44±20,87	t= 2,224 p=0,027*
Bekâr/Dul/Boşanmış	82	28,2	89,06±24,80	
Gelir düzeyi algısı				
Geliri giderinden az	48	16,5	94,81±19,45	F=1,537 p=0,217
Geliri giderine eşit	215	73,9	92,54±22,28	
Geliri giderinden fazla	28	9,6	100,14±24,93	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	82	28,2	96,84±20,89	t= 1,540 p=0,125
Çalışmıyor	209	71,8	92,39±22,60	
Sağlık algısı				
İyi	107	36,8	97,17±23,38	F=12,540 p<0,001
Orta	164	56,3	94,08±19,82	
Kötü	20	6,9	71,20±22,17	
Sigara içme durumu				
Evet	34	11,7	91,38±22,55	F= 0,295 p=0,744
Hayır	216	74,2	93,68±22,02	
Bırakmış	41	14,1	95,34±23,15	
Ek hastalık (kronik) varlığı				
Evet	159	54,6	91,18±21,64	t=-2,088 p=0,038*
Hayır	132	45,4	96,61±22,56	
BKİ				
Normal	57	19,6	95,68±25,89	F=0,482 p=0,618
Aşırı kilolu	94	32,3	94,23±21,33	
Obez	140	48,1	92,42±21,20	
Fiziksel aktivite				
Düzenli	27	9,3	105,14±13,1	F=6,642 p=0,002**
Düzensiz	131	45,0	95,38±20,28	
Hiç yapmıyor	133	45,7	89,60±24,42	
Antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu				
Düzenli	229	78,7	95,18±21,17	t= 2,289 p=0,023*
Düzensiz	62	21,3	87,96±24,99	
	r[†]		p	
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)	-0,108		0,066	
Anhipertansif ilaç kullanma süresi(yıl)	-0,076		0,197	
Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı	0,027		0,647	

* p<0,05 , **p<0,01 †Spearman korelasyon

Araştırmada yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık algısı, ek hastalık durumu, fiziksel aktivite durumu ve antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında önemli düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$). Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde 65 yaş ve üzeri grup ile 37-50 yaş grubu arasında olduğu, en yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına 37-50 yaş grubunun, en düşük ise 65 yaş ve üzeri grubun sahip olduğu; eğitim için okuryazar olmayan grup ile lise/üniversite mezunu olan gruptan kaynaklandığı ve en düşük öz bakım gücü puan ortalamasına okuryazar olmayan grubun, en yüksek ise lise/üniversite mezunun olan grubun sahip olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede yapılan ileri analizde sağlığını kötü algılayan gruptan; fiziksel aktivite için düzenli yapan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Evlilerin bekar/dul/boşanmış olanlara, ek hastalığı olmayanların olanlara, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullananların kullanmayanlara göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Tablo 5’de görüldüğü gibi hipertansif bireylerin cinsiyeti, gelir düzeyi algısı, çalışma durumu, sigara içme durumu ve BKİ sınıflamasına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ayrıca Spearman korelasyon analizine göre hipertansiyon tanı süresi(yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi(yıl) ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Hipertansif Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Kan Basıncı Kontrol Durumu ile Karşılaştırılması ve Kan Basıncı Değerleri ile İlişkisi (s=291)

Kan Basıncı Kontrol Durumu	Sayı	Yüzde	ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ Ort±SS	Test ve önemlilik
Kontrol	142	48,8	98,54±20,8	t=3,759 p<0,001
Kontrol olmayan	149	51,2	88,97±22,5	
ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ				
Kan Basıncı	r ^f		p	
Sistolik kan basıncı	-0,192		0,001**	
Diyastolik kan basıncı	-0,138		0,019*	

* p<0,05 **p<0,01 ^fPearson korelasyon

Tablo 6’da görüldüğü gibi kan basıncı kontrol altında olan bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının, kontrol altında olmayan bireylere göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,001). Ayrıca Pearson korelasyon analizine göre sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde önemli çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05, p<0,01) (Tablo 6).

Tablo 7. Hipertansif Bireylerin PUKİ ile Kan Basıncı Kontrol Durumlarının Karşılaştırılması ve Kan Basıncı Değerlerinin İlişkisi (s=291)

PUKİ	Kan Basıncı Kontrol Durumu				Test ve önemlilik
	Kontrol		Kontrol olmayan		
	s	% [¶]	s	% [¶]	
İyi uyku ≤5	90	54,5	75	45,5	χ ² =5,039 p=0,025 *
Kötü uyku >5	52	41,3	74	58,7	
Toplam PUKİ	Sistolik Kan Basıncı		Diyastolik Kan Basıncı		
	r ^f	p	r ^f	p	
	0,187	0,001**	0,115	0,054	

¶ Satır yüzdesi alınmıştır. * p<0,05 **p<0,01 ^fPearson korelasyon

Tablo 7’de görüldüğü gibi kan basıncı kontrol altında olan hipertansiflerin kontrol altında olmayanlara göre önemli düzeyde iyi uyku kalitesine sahip ve Pearson korelasyon analizine göre sistolik kan basıncı ortalaması ile PUKİ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde önemli çok zayıf bir ilişki olduğu (p<0,01), diyastolik kan basıncı ortalaması ile önemli bir ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo7).

Tablo 8. Hipertansif Bireylerin PUKİ Toplam ve Alt Bileşenleri İle Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ve Uyku Kaliteleri ile Öz Bakım Gücünün Karşılaştırılması (s=291)

Alt Bileşenler	ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ			p
Öznel Uyku Kalitesi	r=-0,234			<0,001
Uyku Latensi	r=-0,084 ^t			0,151
Uyku Süresi	r= 0,013 ^t			0,828
Alışılmış Uyku Etkinliği	r=-0,066 ^t			0,264
Uyku Bozukluğu	r=-0,026			0,653
Uyku İlacı Kullanımı	r=-0,029 ^t			0,623
Gündüz İşlev Bozukluğu	r=-0,236			<0,001
Toplam PUKİ	r=-0,188			0,001**
	Sayı	Yüzde	ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (Ort±SS)	Test ve önemlilik
İyi uyku ≤5	165	56,7	96,37±20,34	t=2,418
Kötü uyku >5	126	43,3	90,07±24,01	p=0,016*

*p<0,05, ** p<0,01, ^tSpearman korelasyon

Pearson korelasyon analizine göre Öznel Uyku Kalitesi, Gündüz İşlev Bozukluğu alt bileşenleri ve toplam PUKİ puan ortalaması ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında çok zayıf negatif yönde önemli bir ilişki belirlenmiş (p<0,01, p<0,001) olup, Uyku Bozukluğu alt bileşeni ile önemli bir fark belirlenmemiştir (p>0,05). Ayrıca Uyku Kalitesi ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu, iyi uyku kalitesine sahip olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerden önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Spearman korelasyon analizine göre Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği ve Uyku İlacı Kullanımı alt bileşeni ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalarında uyku kalitesinin öz bakım gücü ve kan basıncı kontrolüne etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada tartışma, araştırma sorularına göre yapılmış ve sorulara yanıt aranmıştır.

Bu araştırmada hipertansiflerin %56,7sinin (s=165) uyku kalitesinin iyi, %43,3'ünün (s=126) kötü, toplam uyku kalitesi puan ortalamasının $5,63 \pm 3,69$ olduğu belirlenmiş olup, yaklaşık yarısının uyku kalitesinin kötü olduğu söylenebilir. Ayrıca hastaların Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi ve Uyku Bozukluğu alt bileşenlerinin puan ortalamasının 1(bir) puanın üzerinde, diğer bileşenlerde altında olduğu belirlenmiştir. Orta yaş grubu hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %23'ünde iyi, %77'sinde kötü uyku kalitesi (71), 60 yaş ve üzeri hipertansiflerle yapılan diğer bir çalışmada %63,3'ünde kötü uyku belirlenmiş ve uyku kalitesi puan ortalamasının $7,49 \pm 5,08$ olduğu, Uyku İlacı Kullanımı alt bileşen dışında bütün bileşenlerde uyku kalitesi puan ortalamasının bir puanın üzerinde olduğu bildirilmiştir (107). Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada da toplam PUKİ puan ortalaması $9,20 \pm 2,10$ olup uyku kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (69). Yurt dışında yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin %52,4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu ve %11,2'sinde uyku bozukluğu (108), diğer bir çalışmada hipertansif bireylerin %38,2'sinde kötü uyku kalitesi saptanmıştır (6). Yarı kentsel Nijerya toplumunda hipertansif bireylerin uyku kalitelerini inceleyen bir çalışmada hipertansif bireylerin %42,4'ünün kötü uyku kalitesine sahip ve bu hastaların uyku kalitesi puan ortalamasının $5,03 \pm 3,28$ olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hipertansif hastaların Uyku Bozukluğu ve Uyku Latensi alt bileşeni dışında bütün bileşenlerden 1(bir) puanın altında puan aldıkları saptanmıştır (70). Bu araştırma sonuçları belirtilen araştırma bulguları ile benzerlikler göstermekte olup, mevcut araştırma sonucunda hastaların bireysel özelliklerinin yanı sıra, kültürel farklılıklar ve uykusuzluğu algılama durumlarının da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Hipertansiyonlu hastalarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (22, 89, 97). Yurt dışında koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda öz bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (91, 109). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup, bu çalışma sonucu hipertansiyon yönetiminde daha fazla yardıma gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar, araştırmanın birinci sorusu olan hipertansif bireylerin uyku kalitesi ve öz bakım gücü düzeyi nedir? sorusuna yanıt vermektedir.

Araştırmada yaş ile uyku kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Orta yaş hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da yaş ile uyku kalitesinin değişmediği bildirilmiştir (71). Yurt dışında yapılan bir çalışmaya göre 8-10 yıllık takip sonrasında gece uyku süresi beş saat ya da daha kısa olan bireylerde hipertansiyon riskinin önemli düzeyde artış gösterdiği bildirilmiştir. Bu artışın en fazla 30-39 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte 60-86 yaş arasındaki bireylerde bu ilişki bildirilmemiştir (5). Yapılan diğer bir çalışmada kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerin yaş ortalamasının iyi uyku kalitesine sahip bireylerden önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (7). Ülkemizde kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada yaş ile Global Uyku Kalitesi puan ortalamaları arasında önemli bir fark olduğu, farkın 40-54 yaş grubundan kaynaklandığı ve bu grubun uyku kalitesi puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (69). Farklı araştırma sonuçlarında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışma sonucu bireysel özellikler, kültürel ve çevresel faktörlerin olumlu etkisinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Bu araştırmada kadınların erkeklere göre uyku kalitelerinin önemli düzeyde kötü olduğu belirlenmiştir. Yurt dışında 2005-2008 yıllarında yapılan bir çalışmada cinsiyetin hipertansif bireylerde uyku bozukluğu bakımından önemli bir fark oluşturmadığı, ancak kadınların erkeklere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (12). Diğer bir çalışmada tedaviye dirençli hipertansif kadınlarda uyku kalitesi prevalansı önemli düzeyde yüksek olmasına rağmen erkeklerde aynı şekilde

olmadığı saptanmıştır (6). Çin’de 20-93 yaş grubunda yürütülmüş olan bir çalışmada erkeklerin %25,53’ünde, kadınların ise %27,22’sinde uyku bozukluğu belirlenmiştir (7). Ülkemizde hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada kadınların uyku kalitesinin önemli düzeyde kötü (107), diğer bir çalışmada ise cinsiyet ile uyku kalitesi arasında bağımsız bir ilişki olmadığı (71), kalp yetmezliği olan hastalarla yürütülmüş bir çalışmada erkeklerin toplam uyku kalitesi puan ortalamaları 9.80 ± 2.19 olup, kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (69). Bu çalışma sonucu kadınların olay ve durumları algılayışı ve yaklaşım farklılığından kaynaklanabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmada eğitim durumuna göre uyku kalitesi düzeyi arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Altmış yaş ve üzeri hipertansif bireylerle ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda da eğitim durumu ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (69, 107). Bu çalışma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile paralellik göstermiş olup, bu sonuç uykunun temel bir ihtiyaç olmasının önemi ile açıklanabilir.

Araştırmada medeni duruma göre uyku kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Altmış yaş ve üzeri hipertansif bireylerle ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda da medeni durum ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (69, 107). Bu sonuç uykunun temel bir gereksinim olması ile açıklanabilir.

Araştırmada gelir düzeyi algısı durumuna göre uyku kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Altmış yaş ve üzeri hipertansif bireylerle ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda da gelir düzeyi ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (69, 107). Çalışma sonuçları bu çalışma ile paralellik göstermiş olup, bu sonuçta bireylerin hayatı algılama durumlarının ve uykunun temel bir gereksinim olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada çalışanların çalışmayanlara göre önemli düzeyde iyi uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Altmış yaş ve üzeri hipertansif bireylerle yapılan çalışmada da çalışanların önemli düzeyde iyi uyku kalitesi puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (107). Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmada ise iş

durumu ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı rapor edilmiş olup (69) bizim çalışma bulgumuz ile örtüşmemektedir. Bu çalışma sonucu çalışanların daha düzenli bir yaşamlarının olması ve çalışıyor olmanın getirdiği bir zorunluluk ile düzenli bir şekilde uyumuş olmaları ile açıklanabilir.

Bu araştırmada sağlığını kötü algılayanların iyi ve orta düzeyde algılayanlara göre önemli düzeyde kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da birinci basamakta hipertansiyon hastalarında yaygın olarak uyku apnesi ve uyku problemlerinin görüldüğü ve uyku sorunları ile birlikte depresyonun sağlık algısı üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (110). Kalp yetmezliğine sahip yetişkinlerde uyku bozukluğuna neden olan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada algılanan kötü sağlığın uyku bozukluğu ile ilişkili bir faktör olduğu belirtilmiştir (111). Bu sonuçta bireylerin sağlığını yönetebilmeye yönelik aktiviteleri uygulayabilmede yeterli olduklarını düşünme ve sağlık durumlarının farkında olma gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara içme durumuna göre uyku kalitesi arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan çalışmalarda da bireylerin sigara içmesi ile PUKİ puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (69, 112). Kuzey Tayvan'da 60 yaş ve üzeri 67 yaşının hipertansiyon olduğu toplam 160 yaşlı ile yürütülen bir çalışmada uyku bozukluğu olan ve olmayan bireylerde sigara içme durumu bakımından fark bildirilmemiştir (68). Mevcut çalışmada sigara içen birey sayısının az olması, günde kaç tane ve sigara kullanma süresinin sorgulanmamasının çalışma sonucunda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Ek hastalığı olmayan hipertansiflerin olan hipertansiflere göre daha iyi uyku kalitesi düzeyine sahip olduğu belirlendi. Kara ve Tenekeci'nin (2015) çalışmasında ek hastalık durumu ile uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (107). Ayrıca kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabet gibi ek hastalığı olma ile toplam uyku kalitesi puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (69). Bu çalışmada ek hastalıkların özellikleri ve bu hastalıklarla baş etmedeki yönetim yetersizliğinin sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada obez olan bireylerin normal ve aşırı kilolu olan bireylere göre önemli düzeyde kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada da toplam uyku kalitesi puanı ile BKİ arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (71). Göktaş ve arkadaşlarının (2015) obez bireyler ile yaptığı çalışmada bireylerin %61,2'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu (113), kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada BKİ'si 30 ve üzerinde olan hastaların uyku kalitesi puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu ancak önemli bir fark olmadığı (69), hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada toplam PUKİ puan ortalaması ile BKİ arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (114). Yurt dışında hipertansif ve normotensiflerin olduğu bir çalışmada kötü ve iyi uyku kalitesi (7) ve Nijerya'da hipertansiflerle yapılan bir çalışmada uyku kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması ile BKİ arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (70). Bu çalışma sonucu kilo artışının uyku sorunlarına neden olduğu bilgisini desteklemektedir.

Bu çalışmada fiziksel aktivite durumuna göre uyku kalitesi düzeyi arasında önemli bir fark olmadığı belirlendi. Yurt dışında hipertansif ve normotensiflerin olduğu bir çalışmada da egzersiz alışkanlıkları ile uyku kalitesi arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (7). Türkiye'de 60 yaş ve üzeri 128 hipertansif birey ile yapılan bir çalışmada düşük fiziksel aktivitenin kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (107). Düzenli fiziksel aktivite birçok hastalıkta risk faktörlerini azaltıp kaliteli bir yaşam sağlamaya yardımcı olduğundan (44) hipertansif bireylerde düzenli fiziksel aktiviteyi daha net ölçen ölçüm yöntemleri kullanılarak uyku kalitesindeki etkisini gösteren daha fazla çalışmaya gereksinim duyulduğu görülmektedir.

Bu çalışmada antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile uyku kalitesi düzeyi arasında önemli bir fark belirlenmemiştir. Alışılmış uyku süresi ile hipertansiyon ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, altı saatten az uyku uyuyan hipertansiflerin %48,3'ünün antihipertansif ilaç ve %11'inin uyku ilacı, dokuz saatten fazla uyuyanların %46,2'sinin antihipertansif ilaç, %7'sinin uyku ilacı ve 7-8 saat uyku uyuyanların ise en düşük oranda (% 34,5) antihipertansif ilaç ve %6,8'inin uyku ilacı aldığı belirlenmiştir (67). Mevcut çalışma sonucunda bireylerin ilaçlarını

kullanma durumu ve hastalıklarını sorun olarak görmeme ve hastalıklarına uyum göstermelerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Her gece uyku süresinin beş ve daha az saatte olması hipertansiyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olabildiği gibi (5), fazla uyku süresi de risk faktörüdür (115). Bu çalışmada hipertansiyon tanı süresi (yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi (yıl) ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile PUKİ puan ortalaması arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir. Altmış yaş ve üzeri hipertansiflerle yapılan bir çalışmada kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile (107), diğer bir çalışmada kalp yetmezliği nedeni ile ilaç kullanan bireylerin ilaç kullanma süresi ile uyku kaliteleri puan ortalamaları arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (69). Mevcut çalışma sonucu bireylerin hastalığını kabul etme, bireysel bakımında kimseye ihtiyaç duymama ve hipertansiyondan kaynaklanan olumsuz bir durum ile karşılaşmamış olma ihtimali ile açıklanabilir.

Bu sonuçlar araştırmanın ikinci sorusu olan hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri uyku kalitesini etkiler mi? sorusuna yanıt vermektedir.

Bu çalışmada yaşa göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark belirlenmiş ve en düşük öz bakım gücü puan ortalamasına 65 yaş ve üzeri grubun, en yüksek 37-50 yaş grubunun sahip olduğu saptanmıştır. Ülkemizde hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada ise yaş ile öz bakım gücü puan ortalaması (97), diğer bir çalışmada yaş ile öz bakım gücü düzeyleri arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (89). Yurt dışında kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada yaş arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının önemli düzeyde kötü olduğu bildirilmiştir (91). Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da yaş arttıkça öz yönetim davranış puan ortalamasının önemli düzeyde azaldığı (116), diğer bir çalışmada arttığı belirlenmiştir (20). Bu çalışma sonucu hipertansiflerin bireysel özelliklerinin yanı sıra yaş ilerlemesi ile öz bakım gücünün olumsuz etkileyen sorunların daha fazla görülmesi ve bu sorunlarla baş etme gücünün azalması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada cinsiyete göre öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda da cinsiyet

ile öz bakım gücü düzeyi, öz bakım gücü puan ortalaması ve öz bakım yönetim uygulamaları indeksi arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (89, 91, 117). Ülkemizde hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada ise erkeklerin, kadınlara göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına (97), yurt dışında yapılan bir çalışmada ise kadınların daha yüksek öz yönetim puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (116). Çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiş olmakla birlikte bu çalışma sonucunda kadınların ve erkeklerin hayatın içinde üstlendikleri sorumlulukların benzer olması ve çalışma hayatı gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücü puan ortalamasının arttığı, en yüksek puan ortalamasına lise/üniversite mezunlarının, en düşük puana okur-yazar olmayan grubun sahip olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada da eğitim durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark saptanmış olup en yüksek puana yüksek okul mezunlarının sahip olduğu belirlenmiştir (97). Diğer bir çalışmada da eğitim durumunun öz bakım düzeyini etkilediği ve en iyi düzeyde öz bakıma üniversite eğitime sahip olan grubun olduğu bildirilmiştir (89). Kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark belirlenmiş olup, en iyi öz bakım gücü puanına üniversite mezunu olan hastaların sahip olduğu bildirilmiştir (91). Hipertansiyonlu bireylerle yapılan bir çalışmada da en yüksek öz yönetim puan ortalamasına üniversite mezunlarının sahip olduğu bildirilmiştir (116). Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklarına ilişkin beklentilerinin fazla olması, sağlıklı bir yaşam için yeterli bilgi ve beceriyi edinmiş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada evli olanların bekar/dul/boşanmış olanlara göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada da evli olanların evli olmayanlara göre daha iyi öz bakım gücüne sahip olduğu bildirilmiştir (91). Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada ise medeni durum ile öz bakım davranışları (54), diğer bir çalışmada öz bakım uygulamaları indeksi arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (117). Bu sonuç medeni durumun, bireylerin sağlığına ve bakımına verdiği önem, hastalıkları ile

bireysel olarak baş etme ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme gibi öz bakım gücünü etkileyebilen durumlarda etkili olduğu ile açıklanabilir.

Araştırmada gelir düzeyi algısına göre öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ülkemizde hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da sosyo-ekonomik durum ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı (97), diğer bir çalışmada ekonomik durumun öz bakım gücü düzeyini etkilediği bildirilmiştir (89). Yurt dışında kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada ise gelir durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark bildirilmiş, en iyi öz bakım gücü puanına geliri giderinden fazla olan grubun sahip olduğu belirlenmiştir (91). Diğer çalışmalarda da hipertansiyon öz bakım yönetimi ile gelir arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (21, 117). Bu çalışma sonucu bireylerin yaşadıkları yerin etkisinin yanı sıra maddi durumu problem etmemiş, sağlık kurumlarından eşit oranda yararlanmış olmaları ve hastalıkları ile benzer oranda baş etmiş olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çalışma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark belirlenmemiştir. Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada da çalışma durumu ile öz bakım gücü düzeyi arasında (89), yurt dışında koroner arter hastalığı olan bireylerde de meslek ile öz bakım gücü arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (109). Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada ise çalışanların önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puanına ve düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (97). Bu çalışma sonucu çalışan hipertansif bireylerin çalışma şartlarından kaynaklanan öz bakım güçlerini etkileyen bir durumun söz konusu olmaması ile açıklanabilir.

Kötü sağlık algısına sahip hipertansif bireylerin, orta ve iyi sağlık algısına sahip bireylere göre önemli düzeyde düşük öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada ise algılanan sağlık durumu ile öz bakım davranışları arasında önemli bir fark bildirilmemiştir (54). Sağlığı kötü algılamanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumsuz bir faktör olarak öz bakım gücünü azaltıcı bir etkiye neden olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara içme durumuna göre öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan bir çalışmada sigara içmeyenlerin İlaça Uyum Öz Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının sigara içenlerde önemli düzeyde yüksek (118) ve Afrika kökenli Amerikalılarla yapılan bir çalışmada sigara içmeyen bireylerin öz etkililik düzeylerinin önemli düzeyde iyi olduğu bildirilmiştir (84). Sigara kullananlarda öz bakım gücünün düşük olması beklenmektedir. Bu çalışma sonucunda bireylerin büyük bir çoğunluğunun sigara içmiyor olmasının yanı sıra kullanım miktarı ve süresinin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ek hastalığı olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları olmayanlara göre önemli düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan bir çalışmada da ek hastalığı olanların öz bakım gücü puanının kötü olduğu saptanmıştır (91). Hipertansiyonlu hastalarla yapılan bir çalışmada diyabet ek hastalık durumu ile öz bakım davranışları arasında önemli bir fark belirtilmemiştir (54). Hastalanan kişilerde hastalığın olumsuz bir sonucu olarak öz bakım gücü azabilir. Birden fazla hastalık durumunda bireylerin hastalıklarla baş edebilme, hastalıkların olumsuz sonuçlarından kendilerini korumada zorlanmalar sonucu öz bakım güçlerinde bir azalma söz konusu olabilir.

Hipertansif bireylerin BKİ’lerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yurt dışında yapılan bir çalışmada BKİ ile öz bakım davranışları arasında önemli bir fark olmadığı (54), diğer bir çalışmada ise BKİ arttıkça hipertansiyon öz bakım davranışlarının önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir (20). Mevcut çalışma sonucunda bireylerin kilolu olmayı sorun olarak görmemeleri ve kendi bakımlarına bunu yansıtmamış olmaları ile açıklanabilir.

Fiziksel aktiviteyi düzenli yapan hipertansif bireylerin düzensiz yapan ve hiç yapmayan bireylere göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Yurt dışında hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada bireylerin %21,1’inin hipertansiyon ile bağıntılı sıkıntı yaşadığı, %45,8’inin düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığı ve hipertansiyonla bağıntılı sıkıntının yetersiz fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hipertansif hastalarda öz bakımı iyileştirmek için sıkıntıyı vurgulamanın önemini belirtilmiştir (119).

Hipertansif Afrika kökenli Amerikalılar ile yapılan bir çalışmada da fiziksel aktivite yapanlarda öz etkililik düzeyinin önemli düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir (84). Belirtilen çalışma sonuçları bu çalışma sonucunu desteklemektedir. Fiziksel aktivite fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu etkileyerek öz bakım gücünü artırabilir.

Reçete edilen ilaçların önerilen doz ve saatte düzenli bir şekilde alınması diğer bir ifade ile reçete edilen ilaç tedavisine uyumun öz bakım davranışları içerisinde yer aldığı bilinmektedir (18). Bu çalışmada da antihipertansif ilaçlarını düzenli kullandığını ifaden eden hastaların, düzenli kullanmayanlara göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucu bireylerin hipertansiyon yönetiminde düzenli ilaç kullanmanın önemini kavramış olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada hipertansiyon tanı süresi(yıl), antihipertansif ilaç kullanma süresi(yıl) ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında ise önemli bir ilişki belirlenmemiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da hipertansiyon süresi ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında (97), Jamaika’da yapılan bir çalışmada hastalık süresi ve kullanılan ilaç sayısı ile öz bakım yönetimi uygulamaları indeksi arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (117). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise hipertansiyon tanı süresi arttıkça öz bakım davranışlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (20). Mevcut çalışma sonucu bireylerin hastalığını kabul etme, bireysel bakımında kimseye ihtiyaç duymama ve hipertansiyondan kaynaklanan olumsuz bir durum ile karşılaşmamış olma ihtimali ile açıklanabilir. Bu sonuçlar araştırmanın üçüncü sorusu olan hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri öz bakım gücünü etkiler mi? sorusuna yanıt vermektedir.

Kan basıncı kontrol altında olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının olmayanlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu, sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalama puanları arttıkça öz bakım gücünün azaldığı belirlendi. Bu sonuç araştırmanın dördüncü sorusu olan hipertansif bireylerin öz bakım gücü kan basıncı kontrolünü ve kan basıncı değerlerini etkiler mi? sorusuna yanıt vermektedir. Türkiye’de hipertansif bireylerle yapılan çalışmalarda da sistolik ve diyastolik kan basıncı kontrol altında olan bireylerin öz etkililik puan ortalamalarının önemli düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (120, 121). Yurt dışında yapılan bir çalışmada

hipertansiyon kontrol öz etkililiği arttıkça öz bakım davranışlarının da önemli düzeyde arttığı bildirilmiştir (122). Bu sonuçta hipertansiflerin bireysel özelliklerinin yanı sıra hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve uyumlarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kan basıncı kontrol altında olanların kontrol altında olmayanlara göre önemli düzeyde iyi uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca PUKİ toplam puan ortalaması ile sistolik kan basıncı ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu, diyastolik kan basıncı ile önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç araştırmanın beşinci sorusu olan hipertansif bireylerin uyku kalitesi kan basıncı kontrolünü ve kan basıncı değerlerini etkiler mi? sorusuna yanıt vermektedir. Orta yaş grubu hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada kan basıncı düzeyi ile uyku kalitesi arasında önemli bir ilişki olmadığı, yalnızca gündüz işlev bozukluğu alt boyutu puanının kötü kan basıncı kontrolü olan grupta arttığı bildirilmiştir. Aynı araştırma grubunda düzenli kan basıncı olan grubun %21'inde iyi uyku kalitesi, kötü kan basıncı kontrolü olan grubun ise %26'sının iyi uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiş ve önemli düzeyde fark bildirilmiştir (71). Yurt dışında yapılan bir çalışmada da yüksek kan basıncına sahip bireylerin uyku kalitesi ile kan basınçları arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (108). Yapılan diğer bir çalışmada iyi uyku kalitesine sahip bireylerde sistolik ve diyastolik kan basınçlarının kötü uyku kalitesine sahip bireylere göre önemli düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir (7). Çin'de 35-55 yaş arası hipertansiflerle yapılan bir çalışmada erkeklerde kontrol edilmemiş hipertansiyon ile uyku süresi arasında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (65). Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada gündüz ve gece ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı ile iyi ya da kötü uyku arasında önemli bir fark bildirilmemiş olup sadece 24 saatlik ölçülen sistolik kan basıncının iyi uyku uyuyanlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (123). Bu sonuca göre kan basıncı artışının çeşitli semptomlara yol açarak uyku kalitesini bozduğu ya da kötü uyku kalitesinin kan basıncını yükselttiği söylenebilir.

Bu çalışmada Özel Uyku Kalitesi, Gündüz İşlev Bozukluğu alt bileşenleri ve toplam PUKİ puan ortalaması ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf önemli bir ilişki belirlenmiş diğer bileşenler ile önemli bir

ilişki saptanmamıştır. Ayrıca uyku kalitesi ile öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında önemli bir fark olduğu iyi uyku kalitesine sahip olan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının kötü uyku kalitesine sahip olan bireylerden önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç araştırmanın altıncı sorusu olan hipertansif bireylerin uyku kalitesi ile öz bakım gücü puan ortalamaları arasında ilişki ve fark var mı? sorusuna yanıt oluşturmaktadır. Yetersiz uyku ve öz bakım sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilir (64). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada yaşlıların uyuma zorluklarını gidermek için semptomları göz ardı etme, dua etme, yatma ya da dinlenme gibi öz bakım stratejilerini kullandıkları bildirilmiştir (124). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların ifadelerine göre yorgunluk ve uyku problemlerinin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği, fiziksel aktivite ve uyku yönetimi alanlarında öz bakım aktivitelerinin daha fazla kullanıldığı belirlenmiştir (86). Gevşeme temelli uyku aktivitelerini içeren öz bakım programları klinik uygulamalarda önemli olup, koroner arter hastalığı olan bireylerle yapılan randomize kontrol gruplu bir çalışmada da hemşireler tarafından uyku kalitesini artırmaya yönelik verilen bireysel eğitim sonrası üç dört aylık takiplerde, girişim grubundaki hastalarda uyku süresi, uyku kalitesi ve uyku etkinliği açısından temel gelişmelerin görüldüğü ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde önemli düzeyde iyileşmelerin olduğu bildirilmiştir (125). Bu çalışma sonucunda sosyal, kültürel ve davranışsal birçok özelliğin etkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada hipertansif hastaların %56,7'sinin uyku kalitesinin iyi, %43,3'ünün kötü olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, çalışma durumu, sağlık algısı, ek hastalık durumu, BKİ durumu ve kan basıncı kontrol durumu ile uyku kalitesi durumu arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, $p<0,01$). Sağlık algısı için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde sağlığını kötü algılayan gruptan; BKİ için obez olan gruptan kaynaklandığı belirlendi. Kadınların erkeklere, çalışmayanların çalışanlara, ek hastalığı olanların olmayanlara ve kan basıncı kontrol altında olmayanların olanlara göre önemli düzeyde kötü uyku kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,01$, $p<0,001$). Ayrıca sistolik kan basıncı ortalaması ile PUKİ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf önemli bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde ($93,64\pm 22,19$) olduğu yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık algısı, ek hastalık durumu, fiziksel aktivite durumu, antihipertansif ilaç/ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve kan basıncı kontrol durumu ile öz bakım gücü puan ortalaması arasında önemli düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, $p<0,001$). Yaş için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde 65 yaş ve üzeri grup ile 37-50 yaş grubundan; eğitim için okuryazar olmayan grup ile lise/üniversite mezunu olan gruptan; sağlık algısı için sağlığını kötü algılayan gruptan; fiziksel aktivite için düzenli yapan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Evlilerin bekar/dul/boşanmış olanlara, ek hastalığı olmayanların olanlara, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullananların kullanmayanlara, kan basıncı kontrol altında olanların olmayanlara göre önemli düzeyde yüksek öz bakım gücü puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,001$). Sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları ile öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,01$). Ayrıca Pearson Korelasyon analizine göre Öznel Uyku Kalitesi, Gündüz İşlev Bozukluğu alt bileşenleri ve

toplam PUKİ puan ortalaması ile Öz Bakım Gücü puan ortalamaları arasında çok zayıf düzeyde negatif yönde önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$, $p<0,001$). Uyku kalitesi iyi olan hipertansiflerin Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması, kötü uyku kalitesine sahip olan hipertansiflerden önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç olarak uyku ve öz bakım gücünün değiştirilebilir ve değiştirilmez bazı faktörlerden etkilendiği, uyku kalitesi iyileştikçe öz bakım gücünün arttığı, dolayısı ile kötü uyku kalitesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle hipertansiyon yönetiminde hemşireler hipertansif bireylerin uyku kalitesini ve öz bakım gücünü değerlendirmeli ve hastanın hastalığına ve tedavisine uyumunu, öz bakım gücünü ve uykuyu olumsuz yönde etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmalarıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin özellikle 65 yaş ve üzeri olan, kadın, okuryazar olmayan, bekar/dul/boşanmış olan, çalışmayan, sağlığını kötü algılayan, ek hastalığı olan, obez olan, fiziksel aktivite yapmayan ya da düzensiz yapan, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve kan basıncı kontrol altında olmayan hipertansif bireyleri daha öncelikli olarak ele almaları önerilmektedir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda uyku kalitesinin ölçek dışı ölçüm araçları ile de değerlendirilmesi ve daha büyük örneklem ile yapılan çalışmalarda uyku parametrelerinin ayrıntılı olarak ele alınması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2013). A Global Brief on Hypertension. WHO/DCO/WHD/2013.2. April 3. Switzerland. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf). (Erişim Tarihi: 16.04.2017).
2. Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., He, J. (2005). Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. *Lancet*, 365, 217–223.
3. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. Erişim tarihi: 02.03.2017.
4. Guo, X., Zheng, L., Wang, J., Zhang, X., Zhang, X., Li, J., Sun, Y. (2013). Epidemiological Evidence For the Link Between Sleep Duration and High Bloodpressure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep Med*, 14(4), 324-32.
5. Gangwisch, J.E., Heymsfield, S. B., Boden-Albala, B., et al. (2006). Short Sleep Duration as a Risk Factor for Hypertension. Analyses of the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension*, 47, 833-9.
6. Bruno, R. M., Palagini, L., Gemignani, A., Virdis, A., Di Giulio, A., et al. (2013). Poor Sleep Quality and Resistant Hypertension. *Sleep Medicine*, 1157-1163.
7. Liu, Ru-Qing., Qian, Z., Trevathan, E., et al. (2016). Poor Sleep Quality Association with High Risk of Hypertension and Elevated Blood Pressure in China: Results from a Large Population-Based Study. *Hypertension Research*, 39, 54-59.

8. Erdöl, H. Ş. (2013). Uyku. T. A, Aşti ve A, Karadağ. (ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
9. Atik, D. Ö., Zeydan, Z. E., Çoşar, A. A. (2013). Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur Mu? *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3):2-8.
10. Czisler, C. A., Winkelman, W, Richardson, G.S. (2001). Uyku Bozuklukları. Braunwald, E., Fauci A.S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L. (eds.). (Y. Sağlıkler Çev.). *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*. İstanbul: Nobel Tıp. (2004).
11. Özcan, N. K. (2007). Uyku ve Uyku Sorunu Olan Hastanın Bakımı. F. A , Ay (ed.). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
12. Bansil, P., Kuklina, E. V., Merritt, R. K., Yoon, P. W. (2011). Associations Between Sleep Disorders, Sleep Duration, Quality of Sleep, and Hypertension: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 to 2008. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 13 (10):739-43.
13. Saleema, L., Panpakdee O, Arpanantikul, M., Chai-Aroon, T. (2016). The Influence of Basic Conditioning Factors and Self-Care Agency on Self-Care Behaviors in Thais with Hypertension. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(1) 5-17.
14. Taylor, S. G., Renpenning, K. (2011). Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice. Springer Publishing Company, New York.
15. Velioglu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş ofset.
16. Gohar, F., Greenfield, S. M., Beevers, D. G., Lip, G. Y., Jolly, K. (2008). Self-Care and Adherence to Medication: A Survey in the Hypertension Outpatient Clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8, 4, 1-9.

17. Han, H.R., Song, H. J., Nguyen, T., Kim, M. T. (2014). Measuring Self-Care in Patients with Hypertension: A Systematic Review of Literature. *J Cardiovasc Nurs*, 55-67.
18. Aşilar, R., H. (2015). Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-Bakım Yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11), 151-159.
19. Zinat Motlagh, S. F., Chaman, R., Sadeghi, E., Eslami, A. A. (2016). Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients. *Iran Red Crescent Med J*, 10, 18(6), e35805.
20. Khresheh, R., Mohammed, N. (2016). Self-Care Behaviors Among Women with Hypertension in Saudi Arabia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(3), 52-56.
21. Huda, S., Amatayakul, A., Karuncharernpanit, S. (2015). Factors Associated With Self-Care Management Among Adult People with Hypertension in Jepara, Central Java, Indonesia. *Anpor Annual, Conference*, 1-11.
22. Savaşan, A. (2009). Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 13-17.
23. Karabacak, Ü. ve Yılmaz, E. (2014). Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi. Aslan, F. E. (ed.). *Sağlığın Değerlendirilmesi*. Acıbadem Üniversitesi Yayını. Özyurt Matbaacılık
24. Karadeniz, G., Dedeli, Ö., Gökdere, H., Aslan, G. G., İstek, E., Ayaz, A. T., Tosun, B. (2008). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. Karadeniz, G. (ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Manisa: Göktuğ Yayıncılık.
25. Badır, A. (2011). Hipertansiyon. Karadakovan, A. ve Aslan, F. E. (ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi.

26. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The JNC 7 Report. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (19), 2560-2572.
27. Ural, D. ve Komşuoğlu, B. (2004). Hipertansiyon. B. Komşuoğlu (ed.). *Klinik Kardiyoloji*. Kocaeli: Nobel Tıp Kitabevi.
28. Jamerson, K. A. (2007). Primer Hipertansiyon. K. A. Eagle, R. R. Baliga (ed.), (İ.Keleş, Çev.). *Pratik Kardiyoloji*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
29. Şenuzun, F. ve Özer, S. (2012). Hipertansiyon ve Bakım. Z. Durna (ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
30. Yiğit, Z. (2007). Hipertansiyon. Enar, R. (ed.). *Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
31. Bisognano, J. D. (2007). Sekonder Hipertansiyona Yaklaşım. K. A. Eagle, R. R. Baliga (ed.), (İ. Keleş Çev.). *Pratik Kardiyoloji*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
32. Akın, S. (2013). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Bakımı. Z. Durna (ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
33. Enç, N. ve Uysal, H. (2014). Hipertansiyon. İçinde N, Enç (ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
34. Cömert, B. (2008). Hipertansif Kriz. A. Otot, H. Müderrisoğlu, K. Aytemir (ed.). *Kardiyolojide Acil Durumlar ve Yoğun Bakım*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
35. Williams, G. H. (2004). Hipertansiyonlu Hastaya Yaklaşım. E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Logo, J. L. Jameson (ed.), (Y. Sağlıker, P. S. Özkaynak, Çev.). *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.

36. Nalbantgil, İ. (2011). Hipertansiyonlu Hastada Risk Faktörleri. N. Koylan (ed.). *Hipertansiyonda 100 Konu 100 Yorum*. İstanbul: Yelken Basım.
37. Kaya, A., Gedik, V. D., Bayram, F. ve ark. (2009). *Hipertansiyon, Obezite ve Lipit Metabolizması Hekim için Tanı ve Tedavi Rehberi*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara: Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş.
38. Erdine, S. (2005). Hipertansiyon. H. Yazıcı, V. Hamuryudan, A, Sonsuz (ed.). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
39. Graettinger, W. D. (2006). Sistemik Hipertansiyon. M. H. Crawford (ed.), (H. Göksülük, Çev.). *Current Kardiyoloji Tanı ve Tedavi*. Güneş Kitabevi.
40. Hacıhasanoğlu, R., İnandı, T., Yıldırım, A., Karakurt, P., Sağlam, R. (2014). Frequency, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in the over 40 Population of Erzincan. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 13(5), 357-366.
41. Koylan, N. (2011). Tuz Kısıtlaması. N. Koylan (ed.). *Hipertansiyonda 100 Konu 100 Yorum*. İstanbul: Yelken Basım.
42. Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., et al. (2010). The Relationship Between Hypertension and Salt İntake in Turkish Population: Salturk Study. *Blood Press*, 19, 313.
43. Bilal, M., Haseeb, A., Lashkerwala, S. S., Zahid, İ. (2016). Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 9-19.
44. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2014). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık.

45. Daskalopoulou, S. S., Rabi, D. M., Zarnke, K. B., Dasgupta, K., Nerenberg, K., Cloutier, L., Gelfer, M. (2015). The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Can J Cardiol*, 31(5), 549-68.
46. Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O. ve ark. (2015). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4), 402-409.
47. Ergin, A. ve Topsakal, R. (2004). Hipertansiyon; Fizyopatoloji, Klinik ve Tanı. (Erol, Ç. Ed.). *Klinik Kardiyoloji*. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi.
48. Şendur, M. A. N., Güven, G. S. (2011). Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42, 53-64.
49. Kumar, G. S., O'Neal, J. P., Davis, V. Hypertension Management Action Guide for hHealth Care Providers. Georgia Department of Public Health <https://www.google.com.tr/#q=Kumar+ve+ark+www%2C+georgere+departmen+hypertesnion> (Erişim tarihi 10.02.2017).
50. Calhoun, D. A., Harding, S. M. (2010). Sleep and Hypertension. *Chest*, 138(2), 434-443.
51. Kannel, B. (2006). Hipertansiyonun Koroner Aterosklerotik Sekeli. S. Oparil, M. A. Weber (eds.), (M. Koç, Çev.). *Hipertansiyon*. İstanbul: Ohan Matbaacılık.
52. Öngen, Z. (2005). Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 18 (2) - (4-7).
53. National Healthcare Group, Patient Information. Hypertension. Patient Awareness and Self-Care. [https://www.nhgp.com.sg/uploadedFiles/Know_Your_Medication/Latest%20Selfcare%20\(Hypertension\).pdf](https://www.nhgp.com.sg/uploadedFiles/Know_Your_Medication/Latest%20Selfcare%20(Hypertension).pdf) (Erişim tarihi: 07.02.2017).

54. Hu, H., Li, G., Arao, T. (2013). Prevalence Rates of Self-Care Behaviors and Related Factors in a Rural Hypertension Population: A Questionnaire Survey. Hindawi Publishing Corporation. *International Journal of Hypertension*, 1-8.
55. Hwang, H. R., Lee, J. G., Lee, S., Cha, K. S., Choi, J. H., Jeong, D. W., Yi, Y. H., Cho, Y. H., Tak, Y. J., Kim, Y. J. (2015). The Relationship Between Hypertension and Sleep Duration: An Analysis of the Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-3). *Clin Hypertens*, 11, 21, 8.
56. Weinberger, M. H. (2006). Hipertansiyon Tedavisinde İlk Seçenekler. S. Oparil, M. A. Weber (ed.), (Y. K. Çalışkan, Çev.). *Hipertansiyon*. İstanbul: Ohan Matbaacılık.
57. James, P.A., Oparil, S., Cartel, B. L., Cushman W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J. et al. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 311(5), 507-20.
58. Yalın, H. ve Kürtüncü, M. (2014). Uyku ve Dinlenmenin Değerlendirilmesi. Aslan, FE (ed.). *Sağlığın Değerlendirilmesi*. Acıbadem Üniversitesi Yayını: Özyurt Matbaacılık.
59. Tiyekli, U. (2006). Uyku ve Biyolojik Ritim. Carlson, N. R. (Ed.), (M. Şahin, Çev.). *Fizyolojik Psikoloji Davranışın Nörolojik Temelleri*. Nobel Akademi ve Matbaacılık. (2011).
60. Reite, M. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Uyku Bozuklukları. Jacopson, J. L., Jacopson, A. M. (ed.), (L. Kayaalp , B. Doğanün, Çev.). *Psikiyatrinin Sınırları*. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
61. Buysse, D. J. (2014). Sleep Health: Can We Define It? Does it Matter? *Sleep*, 37(1), 9-15.

62. Köse E, Aslan D. (2013). Uyku ve Sağlık: Halk Sağlığı Bakış Açısı. *Sağlık ve Toplum*, 23(2), 12-23.
63. Kaptan, G. ve Dedeli, Ö. (2012). Homeostazis ve Etkileyen Faktörler. G. Kaptan (ed.). *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği: Kuram Ve Kavramlar*. İstanbul: Tıp Kitabevi.
64. Riegel, B., Weaver, T. E. (2009). Poor Sleep and Impaired Self-Care: Towards a Comprehensive Model Linking Sleep, Cognition, and Heart Failure Outcomes. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8(5), 337-44.
65. Zuo, H., Wang, J., Lin, Y., Deng, L., Su, J., Zhang, J. (2016). Gender-Specific Associations of Sleep Duration with Uncontrolled Blood Pressure in Middle-Aged Patients. *Clin Exp Hypertens*, 38(2), 125-30.
66. Hung, H. C., Yang, Y. C., Ou, H. Y., Wu, J. S., Lu, F. H., Chang, C. J. (2013). The Association Between Self-Reported Sleep Quality and Overweight in a Chinese Population. *Obesity (Silver Spring)*, 21(3), 486-92.
67. Gottlieb, D.J., Redline, S., Nieto, F.J., Baldwin, C. M., Newman, A. B., Resnick, H. E., Punjabi, N. M. (2006). Association of Usual Sleep Duration with Hypertension: The Sleep Heart Health Study. *Sleep*, 29(8), 1009-14.
68. Yang, C. Y., Chiou, A. F. (2012). Predictors of Sleeps Quality-In Community-Dwelling Older Adults in Northern Taiwan. CY Yang et al. *J Nurs Res*, 20(4), 249-260.
69. Gökçe, S., Mert, H. (2015). Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Uyku Kalitesi ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 113-120.
70. Alebiosu, O. C., Ogunsemi, O. O., FAMILONI, O. B., Adebayo, P. B, Ayodele O. E. (2009). Quality Of Sleep Among Hypertensive Patients In A Semi-Urban Nigerian Community: A Prospective Study. *Postgrad Med*, 121(1), 166-72.

71. Demir, K., Kaya, Z., Kayrak, M., Bacaksız, A., Duman, Ç.. (2011). Orta Yaş Hipertansif Bireylerde Kan Basıncı Kontrolü ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Analizi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(2), 83-87.
72. Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Malhotra, A., et al. (2003). A Prospective Study of Sleep Duration And Coronary Heart Disease in Women. *Arch Intern Med*, 163, 205-209.
73. Verdecchia, P., Angeli, F., Borgioni, C., Gattobigio, R., Reboldi, G. (2007). Ambulatory Blood Pressure and Cardiovascular Outcome in Relation to Perceived Sleep Deprivation. *Hypertension*, 49, 777-783.
74. Redeker, N. S. McEnany, G. P., Landis, C. A. (2011). Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice. İçinde Redeker, N. S. ve McEnany, G. P (eds.), *Normal Sleep. Physiological and Behavioral Aspects of Sleep*. New York.
75. Aksu, M., Akyıldız, U. O., Alp, R., Aslan, K., Baklan, B. ve ark. (2014). Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. H. Yılmaz ve D. Tuncel (Ed.) <https://www.google.com.tr/#q=y%C4%B1lmaz+ve+tuncel+uyku+problemleri> (Erişim Tarihi: 15.02.2017).
76. Tural Ü. Uyku ve Bozuklukları. www.tip.kocaeli.edu.tr. Erişim Tarihi:10.06.2016.
77. Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y., Temel, F. (2007). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-240.
78. Tok Yıldız F. ve Tel Aydın, H. (2013). Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 17(1), 1-7.
79. Yılmaz, T. T. (2012). Uyku Bozuklukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 94-97.

80. Kuş, B. ve İnci, F. (2017). Esansiyel Hipertansiyonda Uyku Aktivitesinin Tanılanması ve Hemşirelik Bakımı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 27-32.
81. Ay, F. A. (2009). Öz Bakım Uygulamaları. F. A., Ay (ed.). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
82. Fadiloğlu, Ç. (2003). Kronik Hastalıklar. Fadiloğlu, F (ed.). *Kronik Hastalıklarda Bakım 2*. İzmir: Meta Basım.
- 83 Theoretical Foundations of Nursing. Dorothea E. Orem. The Self-Care Deficit Nursing Theory.<http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-e-orem.html>. Erişim Tarihi: 01.120.2016.
84. Warren-Findlow, J., Seymour, R. B., Brunner Huber, L. R. (2012). The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health*, 37, 15-24.
85. Orem, D. E. (2010). Seventh Edition. Chapter 14. Self-Care Deficit Theory of Nursing. Alligood, M. R. ve Tomey, A. M. (Eds). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier Mosby.
86. Halmo, R., Galuszka, J., Langova, K., Galuszkova, D. (2015). Self Care in Patients with Chronic Heart Failure. Pilot Study - Self Care Includes Problems. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 159(1), 124-130.
87. Viera, A. J., Jamieson, B., Dealleaume, L. J. (2007). How Effective Are Hypertension Self-Care Interventions? *Fam Pract*, 56, 229–231.
88. Warren-Findlow, J., Seymour, R. B. (2011). Prevalence Rates of Hypertension Self-Care Activities Among African Americans. *J Natl Med Assoc*, 103 (6), 503-12.
89. Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Bakan, G., Yaralı, S., Akkuş, S. (2007). Self-Care Agency and Factors Related to This Agency Among Patients with Hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 679–687.

90. Taş, F. ve Büyükbeşe, M. A. (2013). Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Gücü. *TAF Prev Med Bull*, 12(6), 729-734.
91. Abootalebi Daryasari, G., Vosoghi Karkezloo, N., Mohammadnejad, E., Namadi Vosooghi, M., Akbari Kagi, M. (2012). Study of The Self-Care Agency in Patients with Heart Failure. *IJCCN*, 4(4), 203-8.
92. Miller, N. H., Hill, M. N. (2006). Hipertansiyon Takibinde Hemşire Bakımı. S. Oparil, M. A. Weber (ed.), (A. S. Çungurlu, Çev.). *Hipertansiyon*. İstanbul: Ohan Matbaacılık.
93. Yağcı, H. Ç. ve Güven, Z. (2014). Aktivite ve Egzersizin Değerlendirilmesi. Aslan, F. E. (ed.). *Sağlığın Değerlendirilmesi*. Acıbadem Üniversitesi Yayını: Özyurt Matbaacılık.
94. Mendes, C. R., de Souza, T. L., Felipe, G. F., Lima, F. E., Miranda, M. D. (2015). Self-Care Comparison of Hypertensive Patients in Primary and Secondary Health Care Services. *Acta Paul Enferm*, 28(6), 580-6.
95. Yıldız, E. (2012). Öz-Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
96. Akay, B., Akyol, A. D. (2014). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Tele İzlem Yönteminin Öz bakım Gücüne Olan Etkisinin İncelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 75-88.
97. Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 41-49.
98. Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nyberg, P., Kjellgren, K. I.(2015). Assessment of Hypertensive Patients Self-Care Agency After Counseling Training of Nurses. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27(11), 624-30.

99. Kelkit Kaymakamlığı web site. <http://www.kelkit.gov.tr/cografi-durum>. Erişim:19.03.2017.
100. Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). Adrese Dayalı Nüfus Kayırt Sistemi. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059
101. Çapık C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (17), 4:268-274.
102. WHO. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser, Geneva*, 894, 1-253.
103. Buysse, D. J., Charles, F., Reynolds, C. F., Mak, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(7), 193-213. [http:// dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
104. Ağargün, M. Y., Kara, H., Anla, Ö. A. (1996). Pittsburg Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2),107-115.
105. Kearney, B.Y. and Fleischer, B.J. (1979) Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency. *Research in Nursing Health*, 2(1): 25-34.
106. Nahcivan, N.Ö. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
107. Kara, B. ve Tenekeci, E. G. (2015). Sleep Quality and Associated Factors in Older Turkish Adults with Hypertension: A Pilot Study. *J Transcult Nurs*, 1-10.
108. Hanus, J. S., Amboni, G., Rosa, M. I., Ceretta, L. B., Tuon, L. (2015). The Quality and Characteristics of Sleep of Hypertensive Patients. *Rev Esc Enferm USP*, 49(4), 596-602.

109. Mohammad, H. M., Farahani, B., Zohour, A. R., Panahi Azar. (2010). Self-Care Ability Based on Orem's Theory in Coronary Artery Disease Patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing Summer*, 3(2), 87-91.
110. Broström, A., Sunnergren, O., Årestedt, K., Johansson, P., Nilsen, P., Fridlund, B., Svanborg, E. (2013). Undiagnosed Obstructive Sleep Apnea in Hypertensive Outpatients in Primary Care-Associations with Sleep Complaints, Depressive Symptoms and Global Perceived Health. *Open Journal of Nursing*, 3, 445-452.
111. Riegel, B., Glaser, D., Richards, K., Sayers, S. L., Marzolf, A., Weintraub, W. S., Goldberg, L. R. (2012). Modifiable Factors Associated with Sleep Dysfunction in Adults with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (4), 402-409.
112. Kurt, R. (2015). Kalp Yetersizliği Hastalarında Uyku Kalitesi İle Kalp Yetersizliği Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Sivas.
113. Göktaş, E., Çelik, F., Özer, H., Gündüzoğlu, N. Ç. (2015). Obez Bireylerin Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3),156-161.
114. Yılmaz, M. B., Yalta, K., Turgut, O. O., Yılmaz, A., Yücel, O., Bektaşoğlu, G., Tandoğan, I. (2007). Sleep Quality Among Relatively Younger Patients with Initial Diagnosis of Hypertension: Dippers Versus Non-Dippers. *Blood Press*, 16(2), 101-5.
115. Wang, Y., Mei, H., Jiang, Y. R., Sun, W. Q., Song, Y. J., Liu, S. J., Jiang, F. (2015). Relationship Between Duration of Sleep and Hypertension in Adults: A Meta-Analysis. *J Clin Sleep Med*, 11 (9), 1047–1056.
116. Nemingani, D. L., El-Shereel, E. A. A., Thubiany, M. M. A. L. (2015). Hypertensive Patients: Self-Care Management Practices in Al-Taif, KSA. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 4(12), 1705-1714.

117. Eugene, V. ve Bourne, P. A. (2013). Hypertensive Patients: Knowledge, Self-Care Management Practices and Challenges. *Journal of Behavioral Health. J Behav Health*, 2(3), 259-268.
118. Tümer, A., Baybuğa, M. S., Dereli, F., Uysal, D. D. (2016). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7 (13), 105-113.
119. Doubova, S. V., Martinez-Vega, I. P., Aguirre-Hernandez, R., Pérez-Cuevas, R. (2016). Association of Hypertension-Related Distress with Lack of Self-Care Among Hypertensive Patients. *Psychol Health Med*, 28:1-14.
120. Gözüm, S. ve Hacıhasanoğlu, R. (2009). Reliability And Validity of the Turkish Adaptation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive Patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8, 129-36.
121. Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S., Çapık, C. (2012). Validity of The Turkish Version of The Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form in Hypertensive Patients. *Anadolu Kardiyol Derg*, 12: 241-8.
122. Lee, J. E., Han, H. R., Song, H., Kim, J., Kim, K. B, Ryu, J. P. et al. (2010). Correlates of Self-Care Behaviors for Managing Hypertension Among Korean Americans: A Questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47(4), 411-7.
123. Sforza, E., Saint Martin, M., Barthelemy, J. C., Roche, F. (2014). Association of Self-Reported Sleep and Hypertension in Non-Insomniac Elderly Subjects. *J Clin Sleep Med*, 10(9), 965-971.
124. Sandberg, J. C., Suerken, C. K., Quandt, S. A., Altizer, K. P., Bell, R. A., Lang, W., Nguyen, H. T., Grzywacz, J. G., Arcury, T. A. (2014). Self-Reported Sleep Difficulties And Self-Care Strategies Among Rural Older Adults. *J Evid Based Complementary Altern Med*, 19(1), 36-42.

125. Johansson, A., Adamson, A., Ejdebäck, J., Edéll-Gustafsson, U. (2014). Evaluation of an Individualised Programme to Promote Self-Care in Sleep-Activity in Patients with Coronary Artery Disease-A Randomised Intervention Study. *J Clin Nurs*, 23(19-20), 2822-34.



8. EKLER

EK 1: Tanımlayıcı Soru Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise
 - f) Üniversite
4. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış
5. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
 - a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Geliri giderinden fazla
6. Çalışma durumunuz?
 - a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
7. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
 - a) İyi b) Orta c) Kötü
8. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır c) Kullanıyordum bıraktım
9. Hipertansiyon dışında kronik bir hastalığınız var mı?
 - a) Evet b) Hayır
10. Fiziksel aktivite yapma durumunuz nedir?
 - a) Düzenli b) Düzensiz c) Hiç yapmıyorum
11. Kaç yıldır hipertansiyon tanısını aldınız?.....
12. Kaç yıldır antihipertansif ilaç kullanıyorsunuz?.....
13. Günde kullandığınız antihipertansif ilaç sayınız nedir?.....
14. Antihipertansif ilaç/ilaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır

Boy: Kilo:.....

Kan Basıncı İlk Ölçüm:

Kan Basıncı İkinci ölçüm:

EK 2: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

Geçen ay boyunca hiç _____ Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____ Haftada üç veya daha fazla _____

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

Geçen ay boyunca hiç _____ Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____ Haftada üç veya daha fazla _____

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

Geçen ay boyunca hiç _____ Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____ Haftada üç veya daha fazla _____

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

Geçen ay boyunca hiç _____ Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____ Haftada üç veya daha fazla _____

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

Geçen ay boyunca hiç _____ Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____ Haftada üç veya daha fazla _____

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

(h) Kötü rüyalar gördünüz

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

(i) Ağrı duydunuz

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

Çok iyi _____ Oldukça iyi _____ Oldukça kötü _____ Çok kötü _____

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

Geçen ay boyunca hiç _____

Haftada bir veya iki kez _____

Haftada birden az _____

Haftada üç veya daha fazla _____

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadı _____

Yalnızca çok az problem oluşturdu _____

Bir dereceye kadar problem oluşturdu _____

Çok büyük bir problem oluşturdu _____

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok_____

Diğer odada bir yatak partneri ve oda arkadaşı var_____

Partner aynı odada fakat yatakta değil _____

Partner aynı yatakta_____

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

a. Gürültülü horlama

Geçen ay boyunca hiç_____ Haftada bir veya iki kez_____

Haftada birden az_____ Haftada üç veya daha fazla_____

b. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

Geçen ay boyunca hiç_____ Haftada bir veya iki kez_____

Haftada birden az_____ Haftada üç veya daha fazla_____

c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

Geçen ay boyunca hiç_____ Haftada bir veya iki kez_____

Haftada birden az_____ Haftada üç veya daha fazla_____

d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

Geçen ay boyunca hiç_____ Haftada bir veya iki kez_____

Haftada birden az_____ Haftada üç veya daha fazla_____

e. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız. Lütfen belirtiniz.....

Geçen ay boyunca hiç_____ Haftada bir veya iki kez_____

Haftada birden az_____ Haftada üç veya daha fazla_____

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin (PUKİ) Hesaplanması

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

Soru 6 için:

	<u>Puan</u>
Çok iyi:	0 puan
Oldukça iyi:	1 puan
Oldukça kötü:	2 puan
Çok kötü:	3 puan

Bileşen 2: Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir.

Soru 2 için :

	<u>Puan</u>
≤15 dakika :	0 puan
16-30 dakika :	1 puan
31-60 dakika :	2 puan
>60 dakika :	3 puan

Soru 5a için:

	<u>Puan</u>
Hiç :	0 puan
Haftada birden az:	1 puan
Haftada bir veya iki kez:	2 puan
Haftada üç veya daha fazla:	3 puan

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve Aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 2 ve 5a'nın toplamı için:

	<u>Puan</u>
0:	0 puan
1-2:	1 puan
3-4:	2 puan
5-6:	3 puan

Bileşen 3: Uyku süresi soru 4'un puanlaması ile elde edilir.

Soru 4 için:

	<u>Puan</u>
>7 saat:	0 puan
6-7 saat:	1 puan
5-6 saat:	2 puan
<5 saat:	3 puan

Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği soru 1,soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır.

Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi hesaplanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

Alışılmış uyku etkinliği (%) = Uyuma saatlerinin süresi / Yatakta geçen saatlerin süresi x 100

Alışılmış uyku etkinliği;

	<u>Puan</u>
>%85:	0 puan
%75-84:	1 puan
%65-74:	2 puan
<65:	3 puan

Bileşen 5: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir.Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları için:

	<u>Puan</u>
Hiç:	0 puan
Haftada birden az:	1 puan
Haftada bir veya iki kez:	2 puan
Haftada üç veya daha fazla:	3 puan

Daha sonra 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.
Soru 5b-5j toplamları için;

	<u>Puan</u>
0:	0 puan
1-9:	1 puan
10-18:	2 puan
19-27:	3 puan

Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.Soru 7 için:

	<u>Puan</u>
Hiç:	0 puan
Haftada birden az:	1 puan
Haftada bir veya iki kez:	2 puan
Haftada üç veya daha fazla:	3 puan

Bileşen 7: Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve 9'un puanlaması ile elde edilir.Soru 8 için:

	<u>Puan</u>
Hiç:	0 puan
Haftada birden az	1 puan
Haftada bir veya iki kez	2 puan
Haftada üç veya daha fazla	3 puan

Buradan soru 8'in puanı elde edilir.

Soru 9 için:

	<u>Puan</u>
Hiç problem oluşturmadı	0 puan
Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	1 puan
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2 puan
Çok büyük bir problem oluşturdu	3 puan

Buradan soru 9'un puanı elde edilir.

Soru 8 ve 9'un puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 8 ve 9'un toplamı için:

	<u>Puan</u>
0:	0 puan
1-2:	1 puan
3-4:	2 puan
5-6:	3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilmiştir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda bileşen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 puanları toplanarak Global PUKİ (Global PSQI) puanı bulunmuştur.

EK 3: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyin. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni biraz Tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ilgileri ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değil.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim ne zaman, yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum	()	()	()	()	()
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırır.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımı çok iyi bir düzeye ulaştığına inanıyorum	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların hak ettiğime inanıyorum	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulurum	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulurum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyarım	()	()	()	()	()
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlığımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum	()	()	()	()	()
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi bilirim	()	()	()	()	()

EK 4: Etik Kurul Onayı

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 44495147-050.01.04-E.2136
Konu : Etik Kurul Kararı

15/01/2016

Sayın Yeliz ERDOĞAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 08.01.2015 tarih ve 1 sayılı oturumunda alınan 1/07 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK
Etik Kurul Başkanı

Karar 1/07 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yeliz ERDOĞAN'a *Hipertansiyon hastalarında uyku kalitesinin Öz-Bakım gücü ve kan basıncı kontrolüne etkisi* konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen yüksek lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

*Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Hırsızlık ve İhtisap ile 1510 tarihli 6016 sayılı Kanunla imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://cvrakdogrulama.erzincan.edu.tr/eimza/default.aspx?Code=59968800XB>

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 Ayrıntılı Bilgi İçin: S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60

EK 5: Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ İzin Yazısı

TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
G¼M¼ŐHANE VALİLİğİ
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

G¼M¼ŐHANE HALK SAğLIğI M¼D¼RL¼ę¼
G¼M¼ŐHANE HSM AİLE HEKİMLİğİ UYGULAMA
BİRİMİ

10/02/2016 14:23 - 89710013 - 044 - E.85



00019032938

G¼NL¼

Sayı : 89710013/044
Konu : Tez alıŐma İzni

GİZLİ

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRL¼ę¼NE
(Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼rl¼ę¼)

İlgi: a) 09.02.2016 tarihli ve 18045924.302.01.08.6216 sayılı yazınız
b) 30/12/2015 tarihli ve 67350377/770/716 sayılı yazı

İlgi (a) tarihli ve sayılı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstit¼n¼z Hemşirelik Anabilim Dalında Y¼ksek Lisans eğitimi yapan Yeliz ERDURAN' ın, "Hipertansiyon Hastalarında Uyku Kalitesinin Öz-Bakım G¼c¼ ve Kan Basıncı Kontrol¼ne Etkisi" konulu y¼ksek lisans tez çalıŐmasını yapabilmesi için ilgi (b) T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı' nın yazısı doğrultusunda değerlendirilmesi sonucunda; kurumlarımızdan hiçbir veri almadan, hastaya ait kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğine riayet ederek, çalışmanın Kelkit 1 Nolu ve Kelkit 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılacağından, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden izin alınarak, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM' nin iŐleyiŐi ve g¼venilirlięine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından y¼r¼t¼lmesi, vatandaŐlara herhangi bir invaziv girişim uygulanmadan yapılması M¼d¼rl¼ę¼m¼zce uygun g¼r¼lm¼Őt¼r.

Araştırma tamamlandıktan sonra sonuç raporunun bir n¼shasının da T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı' na iletilmek üzere M¼d¼rl¼ę¼m¼ze g¼nderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Engin PEHLİVAN
Halk Sağlığı M¼d¼r¼