

SEREBRO VASKÜLER HASTALIK VE HEMŞİRELİK

Hatice FESCİ*

Sevinç KUTLUTÜRKAN**

Zeynep ÖZER***

Kabul Tarihi: 03.05.2005

ÖZET

Kronik hastalıklar içerisinde yer alan Serebro Vasküler Hastalık, beyni besleyen kan damarlarındaki trombus, emboli ve kanamaya bağlı beynin kanlanmasındaki değişiklikler sonucu nörolojik defisitlerin ortaya çıktığı bir hastalıktır. Serebro Vasküler Hastalık da risk gruplarının belirlenerek önlemlerin yaygınlaştırılması gereklidir. Serebro Vasküler Hastalık da değişik derecelerde fonksiyon kayıpları olduğundan, bireyin yaşam biçimindeki değişikliklere uyum sağlama gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bireyin hastalığa uyum sürecini kolaylaştırabilmek ise bakımın sürekliliğinin sağlanması ile mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Serebro Vasküler Hastalık, Hemşirelik Bakımı, Taburculuk planlaması, Evde bakım.

ABSTRACT

Cerebro Vascular Disease and Nursing

Cerebro Vascular Disease is among the chronic diseases shows neurological deficits as a result of changes such as thrombus, emboli and bleeding which cause brain bleeding changes in the blood vessels supporting brain. It is necessary to determine the risk factors related to serebro vascular disease in order to extend precautions. Since there are functional losses in some degrees in case of cerebrovascular disease, adoption needs of individuals to life style changes might appear. It is possible to ease individuals to adopt their diseases by providing continuous care.

Keywords: Cerebrovascular Disease, Nursing Care, Discharge Planning, Home Care.

GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmaktadır. Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile yaşam standardı yükselmekte, erken tanı ve tedavi yöntemlerinde gelişmeler, doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmakta, beraberinde de kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır.

Ülkemizde 1964-2003 yılları arasındaki İstatistik Yıllığı ve Sağlık İstatistikleri incelendiğinde, Serebro Vasküler Hastalık (SVH)'tan etkilenen kişi ve ölüm oranının giderek arttığı belirlenmiştir (Coşkun 1996, Kılıç ve ark.2003, Kılıç ve ark 2004). SVH, kronik hastalıklar içerisinde ilk beş hastalık içinde, hastanede yatan

hastaların hastanede kalış sürelerine bakıldığında da ilk 10 hastalık içinde yer almaktadır (Coşkun 1996, Bardak 1998, Bardak 1999, Kılıç ve ark.2003, Kılıç ve ark. 2004).

Nörolojik defisitler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan SVH, toplumda sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur .

Kronik hastalıklar içerisinde yer alan dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunu olan SVH, bireyde devamlı bakım gereksinimi ve yetersizlik duyguları yaratmaktadır.

Serebro Vasküler Hastalığı olan bireylerin;

- Yaşam stilindeki değişikliğe uyum sağlamaya,
- Semptomların kontrol edilmesine,

* Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi (Doç.Dr.)

** Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi (Yrd.Doç.Dr.)

*** Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi (Yrd.Doç.Dr.)

- Tedavi ve hastalık hakkında bilgilenmeye,
- Korku ve endişeleri ile başetmeye,
- Fiziksel ve emosyonel güçlüklerle başetmeye,
- Akut sağlık sorunlarının önlenmesine,
- Aile, iş ile ilgili sosyal rollerde değişikliklerle uyum sağlamaya,
- Sosyal izolasyonun önlenmesine,
- Diğer bireylerle ilişkilerini sürdürmeye,
- Sağlık bakım sistemine ve sağlık elemanlarına uyum sağlamaya gereksinimleri vardır

Bireylerin mevcut durumlarına uyumları değişebileceğinden, her aşamada bireysel farklılıklar dikkate alınarak birey ve aileye destek olmak önemlidir. Bu bağlamda sağlık elemanlarının, SVH'ta risk faktörlerini, etkilenen bölgeleri, gelişebilecek komplikasyonları ve davranışsal sorunları bilmeleri, önemlidir(Forster and Young 1992, Reddy and Reddy 1997, Anderson et al.1999, Urden et al. 2002)

SVH'da, hastada yüz, kol ve bacaklarda paralizisi, konuşma problemleri, görme bozuklukları ve fiziksel fonksiyonların etkilenmesine bağlı olarak kişisel bakım yetersizliği, anksiyete ve stres de görülebilmektedir. Anksiyete, kızgınlık, öfke, depresyon gibi kronik hastalıklarda sıklıkla görülen sorunlar, SVH olan hastalarda da ortaya çıkmakta, depresyon görülme oranı %26-60 arasında değişmektedir. Depresyonun nedenleri arasında mobilitenin, fiziksel gücün, iş ve yeteneklerin kaybı yer almaktadır. Hastada depresyon gelişmesi ailesini de etkilenmekte, onlarda da öfke, depresyon gelişebilmektedir SVH'ta hastaların motor, bilişsel, duyuşsal değişiklikler nedeniyle fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları kısıtlanmakta bu nedenle de hastaların yaşamdan doyum almaları azalmakta, öz bakımları etkilenmekte, kendi

kendilerine yetememe, günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde başkalarına bağımlı olmaları nedeniyle yaşam kaliteleri düşmektedir(Binder 1984, Evans et al. 1987, Forster and Young 1992, Evans et al. 1992, Reddy and Reddy 1997, Anderson et al. 1999, <http://www1.heartandstroke.ca/page.asp?PageID=33&ArticleID=469&Src=stroke&Fro..htm>.2005, <http://www1.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1081&SubCategoryID=10&Src=stro..htm>.2005, <http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=1052.htm>.2005,http://www). İngiltere'de yapılan ulusal sağlık çalışmalarında 70 ve altı yaşlarda SVH ve buna bağlı ölümlerin azaltılabileceği belirtilmektedir. Bunun için de risk gruplarının belirlenerek önlemlerin yaygınlaştırılması önemlidir (Donarumma et al. 1997, Cadilhac 1998, Urden ve ark. 2002, Onar 2003,).

SVH'ta Risk faktörleri

SVH'ta risk faktörleri, kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Goldstein et al. 2001, Ezekowitz et al. 2003, Walling 2004).

Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri:

Hipertansiyon; SVH için bilinen en önemli risk faktörüdür. Düşük sodyum içeren diyet, kilo kontrolü, stres ile başetme, tıbbi tedavi ile kontrol altına alındığında SVH riski azalacaktır.

Yüksek Kolesterol Düzeyi; Ateroskleroz gelişimini hızlandırdığından SVH'ta önemli bir risk faktörüdür.

Atrial Fibrilasyon ve Kalp Hastalığı; Atriyal fibrilasyon ve kalp hastalığı olan bireylerde emboliye ve trombüse bağlı SVH gelişme riski yüksektir. Düşük doz antiagregan, antikoagülan tedaviler riski azalmaktadır.

Diabetes Mellitus; Diyabetin organizmadaki etkileri dikkate alındığında inme riskinin %10-30 arasında değiştiği saptanmıştır.

Transiyel İskemik Atak; Transiyel İskemik Atak geçiren bireyde inme oranı %30'dur.

Sigara İçimi; Günde 1 paket(20 adet/gün)sigara içen bireylerde inme riski 6 kat daha fazladır.

Şişmanlık; Şişman bireylerde hipertansiyon ve kan lipid düzeyi çoğunlukla yüksek olduğundan inme riski yüksektir.

Doğum Kontrol Hapları; Bazı oral kontraseptifler, emboli ve pıhtılaşma riskini artırmaktadır.Özellikle 30 yaş üzerindeki kadınlarda aynı zamanda sigara da kullanıyorsa risk daha da fazladır.

Uygun Olmayan Diyet; Hazır yiyeceklerin tüketilmesi, ayaküstü yeme alışkanlığının olması, tuz alımının fazla olması riski artırmaktadır.

Alkol kullanımı; Alkol alımı ile inme arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammakla birlikte fazla alkol tüketenler arasında inme gelişme riskinde artış olduğu görülmüştür.

Kokain kullanımı; Özellikle alkol ile birlikte alındığında serebral hemoraji riski artmaktadır.

Kontrol Edilemeyen Risk faktörleri:

Yaş; SVH görülme olasılığı yaş ile birlikte artmaktadır. İnme geçiren bireylerin 2/3'ü 65 yaş ve üzerindedir. 55 yaşından sonra her 10 senede inme geçirme riski iki kat daha artmaktadır.

Cinsiyet; SVH'nin görülme oranı erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Kadınların yaşam süresinin uzaması ile SVH riski artmaktadır.

Aile Öyküsü; Ailede geçirilmiş SVH olması risk faktörleri arasında yer almaktadır.

İrk; Afrika kökenli Amerikalılarda inme riski daha yüksektir.

İrregüler Nabız; Nabızı normal olan bireylere göre irregüler nabızı olan bireyler en az 5 kez felç geçirme riskine sahiptir.

Önceden Geçirilmiş Felcin Olması

Risk faktörleri kontrol altına alınmadığında SVH gelişme olasılığı artmaktadır.

SVH'ta risk faktörlerini en aza indirebilmek için;

- Düzenli egzersiz yapılmalı,
- Tuz alımı azaltılmalı, düşük sodyum içeren diyet uygulanmalı,
- Hazır alınan yiyeceklerin etiketlerinde sodyum içeriği kontrol edilmeli,
- Taze sebze ve meyveler tercih edilmeli,
- Kolesterol içeren yiyeceklerden kaçınılmalı,
- Kilo, boy ve yaşa göre normal sınırlarda tutulmalı,
- Sigara içimi bırakılmalı ya da en aza indirilmeli,
- Alkol tüketimi var ise, en aza indirilmeli, mümkünse bırakılmalı (Alkol tüketimi günde 1-2 kadehi geçmemeli)
- Uygun alternatif doğum kontrol yöntemleri seçilmeli,
- Diyabet, kalp hastalığı var ise tedavinin sürekliliği sağlanmalı,
- Yüksek kan basıncı tedavi ile normal sınırlarda tutulmalıdır (Goldstein et al. 2001, Onar 2003, <http://www.strokefoundation.com.au/pages/Default.aspx?PageID=26&id=1.htm>.2005)

SVH'ta; kan basıncı normal sınırlarda tutularak %40, sigara içimi bırakılarak %30-40, aktif yaşam tarzı ile %30 inme riski azaltılabilmektedir. Risk, diyabet kontrol altında tutulduğunda, normal kilo dengesi sağlandığında, trombosit agregasyonu önlendiğinde azalmaktadır (Pollock 1997).

SVH geliştiğinde ilk 24-48 saat akut müdahalelerin yapılması açısından önemlidir. Ölümler genellikle ilk 10 gün içinde meydana gelmektedir. 6 ay içinde ise disfaji, derin ven trombozu, aspirasyon pnomonisi, üriner yol enfeksiyonu, depresyon gelişebilmektedir. SVH'ta erken müdahale belirtilerin geriye dönüşsüzlüğünü önleyerek mortaliteyi de azaltmaktadır (<http://www.strokefoundation.com.au/pages/Default.aspx?PageID=27&id=1.htm>).

2005, Reddy and Reddy 1997, <http://203.89.231.189/pages/Default.aspx?PageID=109&id=1.htm>.2005).

SVH'ta tedavinin amaçları;

- Beynin oksijenlenmesi/perfüzyonunu artırma,
- Trombozun eritilmesi, yenilerinin oluşumunu azaltma,
- Epileptik nöbetlerin önlenmesi (Akut felcin %4'ünde gelişmektedir),
- Hemorajiye bağlı gelişti ise intrakranial basıncı azaltarak nörolojik hasarı en aza indirme,
- Kanamayı önlemedir.

SVH'ta birey nörolojik defisitler nedeniyle çeşitli sorunlarla karşı karşıya olduğundan akut tedavi sonrası bakımının sürekliliğinin sağlanabilmesi için taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin planlanması önemlidir (Forster and Young 1992, Grant et al. 2002. <http://ww1.heartandstroke.ca/page.asp?PageID=33&ArticleID=469&Src=stroke&Fro...htm>. 2005, <http://ww1.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1081&SubCategoryID=10&Src=stro...htm>. 2005) SVH olan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada hastalar 3ay, 6ay ve 12 ay izlenerek yaşam kaliteleri gözlenmiştir. Bu çalışmaya alınan bireylerin eğitime gereksinimleri olduğu, evde bakım ile fiziksel iyileşmenin 3-6 ay sonra gerçekleştiği, günlük hijyeni karşılama, merdiven çıkma, arkadaşlarını ziyaret etme gibi yaşam gereksinimlerini karşılama oranında zaman içinde artma, hastaların taburculuk sonrası tekrar hastaneye dönme hızında azalma, evde bakımın daha etkili, ucuz ve verimli

KAYNAKLAR

.....(2005) **What are the types of stroke?** <http://www.strokeassociation.org/pressenter.jhtml?identifier=1014> htm.(Erişim . 24 Ocak 2005)
.....**Early Signs of Stroke** (2005) <http://www.strokefoundation.com.au/pages/Default.aspx?PageID=27&id=1.htm>. (Erişim: 24 Ocak 2005).

olduğu saptanmıştır (Evans et al. 1987).Yapılan başka bir çalışmada SVH olan kişilerin en önemli sorunlarının kişisel bakım olduğu, sosyal ve psikolojik olarak da iyi olmadıkları, evde bakım modeli ile hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarını tekrar kazanabilecekleri ve semptomların azaltılabileceği belirlenmiştir (Evans et al. 1987, Anderson et al. 1999).

Bu bağlamda taburculuk ve evde bakımın planlanmasında, ekibin ve hemşirenin amaçları;

- Hasta ve ailenin yaşam kalitesini yükseltmek,
- Yaşamdan doyum almalarını sağlamak,
- Bağımsızlığı mümkün olduğunca artırmak,
- Fonksiyonel kaybı mümkün olduğunca düzeltmek,
- Komplikasyonları önlemek,
- SVH tekrarını önlemek olmalıdır (Reddy and Reddy 1997, Urden et al. 2002).

Sonuç olarak; Hasta bakımından sorumlu olan ekip, özellikle hemşire, ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi, risklerin azaltılabilmesi, öz bakımlarının sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için hasta ve ailesinin bu planlamaya katılımlarını sağlamalıdır. Hastanın tıbbi, nörolojik, fonksiyonel, psikolojik, sosyal durumu ve prognozunu belirlenmesinin, hasta ve ailenin programa katılımının başarıyı artıracığı unutulmamalıdır

.....**Living with Stroke.** (2005) <http://ww1.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1081&SubCategoryID=10&Src=stro.htm>. (Erişim. 24 Ocak.2005)

.....**Risk factors** (2005). <http://www.strokefoundation.com.au/pages/Default.aspx?PageID=26&id=1.htm>. (Erişim: 24 Ocak 2005).

-**Tests, Treatment & Rehabilitation – Rehabilitation.** (2002) <http://ww1.heartand-stroke.ca/page.asp?PageID=33&ArticleID=469&Src=stroke&Fro...> htm.(Erişim: 24 Ocak 2005).
-**What are the effects of stroke? (2005)**<http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=1052>.htm. (Erişim: 24 Ocak 2005)
-**What is TIA?** <http://203.89.231.189/pages/Default.aspx?PageID=109&id=1>. htm. (Erişim: 24 Ocak 2005).
- Anderson MA, Helms LB, Hanson KS et al.** (1999). Unplanned Hospital Readmissions: A Home Care Perspective. *Nursing Research* 48(6):299-307.
- Bardak M** (1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri 1998. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayın No: 627, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn. Md. Basımevi, Ankara.
- Bardak M** (1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri 1999. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayın No: 631, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn. Md. Basımevi, Ankara.
- Binder LM** (1984). Emotional problems after Stroke. *Stroke* 15:174-177.
- Cadilhac D** (1998). The changing face of stroke. *Medical managment revolution. Australian nursing journal* 5(11) 18-21.
- Coşkun N, Yalçın M, Bardak M** (1996). T.C. Sağlık Bakanlığı Hastalık İstatistikleri 1964-1994. Birinci Basım,T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 584, Cem Web Ofset Ltd. Şti. Ankara.
- Donnarumma R, Kongable G, Barch C et al.** (1997). Overview: Hyperacute rt-PA stroke treatment. *Journal Of Neuro Science Nursing* 29(6):351-5.
- Evans R L, Bishop D S, Matlock AL et al.** (1987). Family Interaction And Treatment Adherence After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 68, 513-517.
- Evans RL, Hendricks RD, Haselkorn JK et al.** (1992). The Family's Role In Stroke Rehabilitation. *American journal of physical medicine & rehabilitation.* 71(3):135-139.
- Ezekowitz JA, Straus SE, Majumdar SR, McAlister FA.** (2003) Stroke: strategies for primary prevention. *American Family Physician* Dec 15
- Forster A, Young J** (1992). Stroke Rehabilitation: Can We Do Better? *BMJ*.305(12):1146-1147.
- Goldstein LB, Adams R, Becker K et al.** (2001). Primary prevention of ischemic stroke. *Stroke* 32(1):280-99.
- Grant JS, Elliott TR, Weaver M et al.** (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 33(8): 2060-5.
- Kılıç D, Kaya İ, Ceyhan R** (2004). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003 Yayın No: 677.
- Kılıç D, Kaya İ, Kamaş A** (2003). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2002 Yayın No: 653.
- Leahy N** (1991). Complications in The Acute Stages Of Stroke. *Nursing Clinics Of North America* 26(4):971-983.
- Onar MK** (2003). İskemik Serebrovasküler Hastalıklar. Yoğun Bakım Sorunları Ve Tedavileri. Ed: Haydar Şahinoğlu, Türkiye Klinikleri Yayın Seri No:21, 2.Baskı, Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A. Ş. Ankara, 865-869.
- Pollock S.**(1997). A District Stroke Service. *British Journal Of Hospital Medicine* 57(5).
- Reddy MP and Reddy V.**(1997).After A Stroke: Strategies To Restore Function And Prevent Complications. *Geriatrics* 52(9):59-62, 71, 75.
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME** (2002). *Thelan's Critical Care Nursing Diagnosis and Management*, Forth Edition, Mosby A Harcourt Health Sciences Company, St. Louis, Toronto.
- Walling AD.** (2004). Risk of stroke following a transient ischemic attack. *American Family Physician* 70(11): 2204-2210