

FİZİKSEL TIP

109 HEMİPLEJİK HASTANIN TIBBİ REHABİLİTASYON SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF 109 HEMIPLEGIC PATIENTS POST MEDICAL REHABILITATION PROGRAM

Z. Rezan YORGANCIOĞLU MD*, Oğuz YORGANCIOĞLU MD**, Figen GÖKOĞLU MD*

* S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. FTR Kliniği

** Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Trafik Hastanesi

ÖZET

Bu çalışma rast gele seçilmiş, bir yıllık süreçte Ankara Rehabilitasyon Merkezi'nde bir Tıbbi Rehabilitasyon Programının tamamına katılmış 109 hemiplejik hastanın retrospektif değerlendirilmesidir. Hastaların tedavi programı ve hastaneden çıkış durumları zaman dilimleri de dikkate alınarak değerlendirildi ve mevcut yayınlar çerçevesinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler : inme, serebrovasküler hastalık, kafa yaralanmaları, rehabilitasyon

SUMMARY

The present study is retrospective evaluation of 109 patients with hemiplegia who had participated in a complete medical rehabilitation period of program at The Ankara Rehabilitation Center, who were randomly selected in period of one year. This therapy program and outcomes from hospital of patients were evaluated with special emphasis slizes time and these were discussed about present publications.

Key words: stroke, cerebrovascular disease, head injury, rehabilitation.

GİRİŞ

İnme, serebral kan akımının fokal bir anormallik sebebiyle 24 saati geçen sürede değişikliğe uğraması şeklinde tarif edilmiştir. Nörolojik yakınma ve bulgular 24 saatten az bir süre devam etmişse "Geçici İskemik Atak" olarak tanımlanır. İnme serebral kan akımında kesilme varsa iskemik, serebral damarlarda rüptür varsa hemorajik olarak sınıflandırılır. İskemik grup; kesintiye sebep yerel bir trombus ise trombotik, başka bir alandan kopup gelmiş ise embolik olarak belirtilir (1). Daha önce geçirilmiş inme veya geçici iskemik atak, hipertansiyon, kardiyak hastalık önemli risk faktörleridir (2).

Aktif rehabilitasyon programı; hastanın fonksiyonel kapasitesine göre alabileceği tam desteği bu işin profesyonellerince alması sürecini kapsar. Bu hizmet hastanede yatarak veya hastanın durumu uygunsa ayaktan verilebilir. Etiyolojiye ve diğer faktörlere bakılmaksızın bir hemipleji vakasının aktif rehabilitasyon programına, standart bir zaman biçmek bu konuyla ilgilenen uzman hekimin alışlagelmiş bakış biçimi olmuştur. Oysa tedavi almada yıllarca gecikmiş hastalarda, yeterli ve uygun bir rehabilitasyon programı ile daha iyi bir seviyeye geldiği de çeşitli yayınlarda belirtilmiştir (3).

Pek çok çalışma; yürüme fonksiyonundaki iyileşmenin büyük bir çoğunluğunun ilk üç ay içinde görüldüğünü göstermiştir ve daha sonra da iyileşmeler görülmesine rağmen dil fonksiyonu dışında belirgin istatistiksel bir seviyeye ulaşmadıkları bildirilmiştir (4).

Hemiplejide iyileşmenin nörolojik ve fonksiyonel iyileşme olarak iki yönü vardır (5). Hemipleji tablosu ile kendini belirten olayın nörolojik iyileşme yönü etiyojisi ve lezyonun lokalizasyonu ile hasarın boyutlarına bağlıdır. Diğer yandan yaş, birlikte bulunan hastalıklar, hastalık öncesi fonksiyonel kapasite, çevre uyumu gibi faktörler aktif rehabilitasyon programı ile hedef edinilen fonksiyonel düzeye ulaşılmasında etkin faktörlerdir. Bir hemipleji vakasına bakışta fizik, mental, ve sosyal iyilik haline ulaşma tablonun kendisine özgü bir iyileşme süreci gösterir. Rehabilitasyonun hedefleri bakımından fizik, mental ve sosyal iyilik halinin kararlı bir belirlilik kazanması gerekli görünmektedir.

Ankara Rehabilitasyon Merkezi'ne yatan hemipleji vakalarını incelerken, klinik iyileşmeyi etkileyecek boyutlardaki bu tip sorunlar kayda geçirilmiş ve incelememizde değerlendirmeye alınmıştır.

Retrograd incelemeye dayanan araştırmamızda aktif rehabilitasyon programının alındığı zaman dilimleri ve sonuçlar fizik, mental ve sosyal komponentler açısından klinik kayıtlara geçmiş belirginlikte gözden geçirilmiştir. Bu klinik seride hemipleji rehabilitasyonunda, zaman değeri araştırma amacımız olmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kapsamına rast gele seçilmiş bir yıllık süreçte Ankara Rehabilitasyon Merkezi'ne yatmış ve rehabilitasyon programını tamamlamış veya tamamlamadan taburcu olmuş kadın-erkek, hemipleji- hemiparezi vakaları alınmıştır. Vakaların hastaneye kabul tarihleri başvurularına göre bir sıralama sonrasında olduğundan klinik gerekliliğe göre standart bir aktif rehabilitasyon başlama zamanına dayanmamaktadır. Diğer yandan hastalar aktif rehabilitasyon programına alınabilecek koopere, oryante ve hiç olmazsa kısmi efor toleransına sahip nitelikler gösterenler arasından seçilerek yatış sırasına alınmışlardır. Diğer gruplar için ev programı ile ayaktan periyodik takiplerle rehabilite etme yolu seçilmiştir. Bu grup araştırma kapsamına alınmamıştır.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon, kadın rehabilitasyon ve erkek rehabilitasyon servislerinin protokol defterlerinden yatış ve çıkışları tespit edilen hastaların dosyaları arşivden çıkartılarak, hazırlanan inceleme çizelgeleri doğrultusunda dosyalardaki bilgiler aktarılmıştır. Bu bilgilerin değerlendirilmeleri oransal boyutlarda ele alınmıştır. Dosyalardaki kayıtların rutin klinik kayıtlar olduğu ve değerlerin klinik değer boyutlarından daha hassas ölçüde olmadığı dikkate alınmalıdır.

Dosya notları doktor, konsültan doktor, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti, hemşire gözlemlerinin de dikkate alınması ile bilgi formlarına geçirilmiştir. Hastalarımızın merkezimize başvurana kadar bir ev programı almadıkları bilinmektedir. Bilgi formlarına kimlik bilgileri, klinik öykü, kabulde ve taburculuğunda fizik, mental ve sosyal klinik değerlendirme, aktif rehabilitasyon programı başlangıcına kadar geçen süre, aktif rehabilitasyon süresi, normal dışı laboratuvar sonuçları ayrı sütunlar halinde işlenmiştir. Değerler daha sonra sayısal değerler şeklinde işlem görmüş ve çizelgeler oluşturulmuştur. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nitelik de her biri 50 yataklı üç servisin ikisine erkek hasta birine kadın hasta kabul edildiğidir. Böylece erkek /kadın oranlarının yatış

imkanı dikkate alınarak değerlendirilmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Spastisite ve kontraktür oranlarında spastisite çözücü ajan kullanan hasta sayısı ile, fonksiyon engelleyici kontraktüre sahip olup cerrahi girişim önerilen hasta sayısı dayanak alınmıştır. Hastalarımızda efor toleransı 3 kategoride değerlendirilmiştir. Hafif efor intoleransı; egzersizi hafif ölçüde engelleyen intolerans, orta efor intoleransı; egzersizi belirgin ölçüde engelleyen intolerans, ağır efor intoleransı; egzersizi ve günlük yaşam faaliyetleri (GYF) ni belirgin engelleyen intolerans olarak değerlendirilmiştir.

Aktif rehabilitasyon programı için hedef, ekibin hasta ambulasyonunu sağlamasıdır. GYF programı bu dönemde, gelişen fonksiyonlar çerçevesinde verilir, problemlerine yönelik psikolojik ve sosyal destek de gören hasta çoğunlukla daha uzun sürede reedüke edilen üst ekstremité fonksiyonları ve konuşma bozuklukları için başlatılmış programı evinde ev programı olarak devam ettirir. Sonuçların değerlendirilmesinde bu konu da dikkate alınmalıdır.

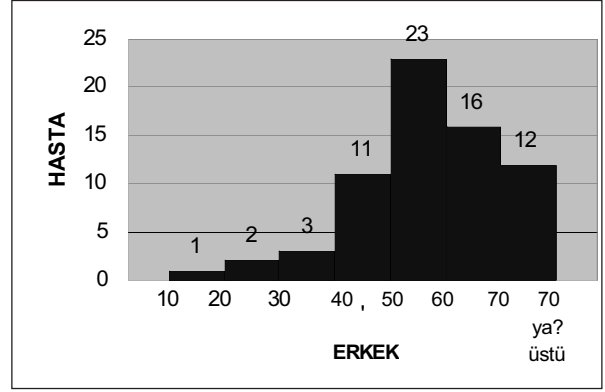
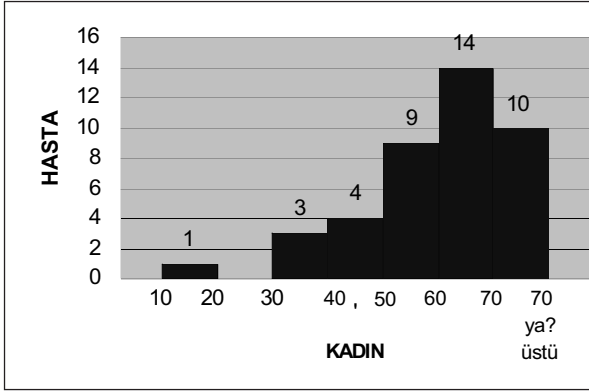
BULGULAR

Araştırmaya alınan 109 hemiparezik/plejik hastanın 41'i (%37.62) kadın 68'i (%62.38) erkek idi. Kadınlarda 60-70 arası belirlenen sayısal yoğunluk, erkeklerde 50-60 yaş arasında izlenmektedir (Şekil -1). Diğer bir bakışla kadınlarda 50 yaşın üzerinde % 80.49 olan oran 50 yaş altında %19.51'e inerken, erkeklerde 50 yaş üstü %75 ve 50 yaş altı %25 olarak belirlenmektedir. Kadınlarda en küçük yaş 16 (opere subdural ampiyem), erkeklerde en küçük yaş 19 (post travmatik), kadınlarda en büyük yaş 82 (tromboembolik), erkeklerde en büyük yaş 85 (tromboembolik) olarak izlenmiştir. Olayın merkezimize kabuldeki boyutlarıyla %46.79'unun komplet (hemiplejik), %53.21'inin inkomplet (hemiparezik) oluşuna karşılık; erkeklerde komplet/inkomplet oranı %50 ve %50 iken, kadınlarda %41.46 ve %58.54 gibi daha olumlu bir oran göstermektedir (Tablo-I).

Tablo-I. Serebral Olayın Kabuldeki Boyutlarıyla Cinslere Göre Dağılımı.

	KADIN	ERKEK	TOPLAM
KOMPLET	17(%41.46)	34 (%50)	51 (%46.78)
İNKOMPLET	24 (%58.54)	34 (%50)	58 (%53.22)
Toplam	41 (%46.79)	68 (%53.21)	109 (%100)

Hastalardan %41.28'i sağ, %58.71'i sol taraf tutulması göster-



Şekil-1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

mekteydi. Etiyolojik incelemede tromboz, embolizm, hipoksi alt gruplarını içeren iskemik infarkt %45.87, hipertansiyon nedenli hemorajik infarkt %49.54, subaraknoid hemoraji ve diğer sebepler %4.58 bulunmuştur. Bu sonuçlar hastaların birlikte getirdikleri Bilgisayarlı Beyin Tomografi (BBT) raporlarından ve /veya epikriz notlarından elde edilmiştir. Motor güç kaybının daha belirgin olduğu ekstremitelerde araştırıldığında üst ve alt ekstremitenin denk kayıpta olduğu hastalar %40.36 oranında iken üst ekstremitelerde hakim pleji %35.77 ve alt ekstremitelerde hakim pleji %25.85 oranında izlenmekteydi.

Rehabilitasyon programı içinde problem teşkil etmiş komplikasyonlar sıklık sırasıyla %51.38 omuz periartriti, %13.76 omuz-el sendromu, %8.26 klinik değerlendirme ile sonda kullanımı gerektiren mesane fonksiyon bozukluğu, % 4.59 spastisite, % 2.75 kontraktür, %1.83 bası yarası olarak kayda geçirilmiştir. Bir vakada tromboflebit tesbit edilmişti. Birlikte bulunan hastalıklar incelendiğinde hipertansiyon %56.88 gibi bir oranla ilk sırada yer almakta, bunu %18.35 oranıyla koroner kalp hastalığı, %12.84 oranıyla diabetes mellitus izlemekte, obezite %8.26, romatizmal kalp hastalığı %6.42, epilepsi %1.83 oranlarında kayda geçmiştir.

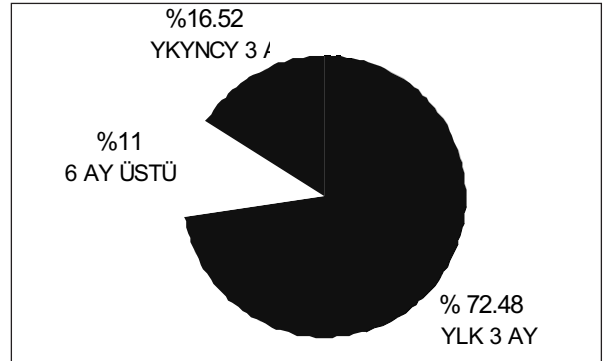
Çevreyle iletişim problemi yaratan nedenlere gelince; %28.44 oranında kooperasyon problemi olduğu, %11.92 afazi, %9.17 disartri, %8.26 persepsüel problemler, %1.83 emosyonel bozukluklar, %1.83 mental konfüzyon ve %7.3 oranında sosyal uyumsuzluk dikkati çekmektedir.

Hastaların %10.09'u hafif, %6.42'si orta, %11.93'ü ağır efor intoleransı göstermekte, toplam efor intoleransı %28.44 gibi bir oran vermektedir.

Hastaların toplam %25.73'ü haliyle taburcu olurken bir hasta kaybedilmiştir. Haliyle taburcu olma nedenleri arasında mental ve psikolojik adaptasyon güçlüğü %50 ile en başta, efor intoleransı %42.85 ile onu takip etmekte, sosyal uyumsuzluk ise %7.14 gibi bir oranı bulmaktadır.

Hastaların kendi beyanlarına göre dosya kayıtlarına geçmiş bilgilerde kadınların tamamı ev hanımı, erkeklerin %47.06'sı çiftçi, %33.82'si memur-emekli memur, %7.35'i serbest meslek sahibi, %4.41'i işçi, %7.35'i işsizdi.

Hastalığın oluşundan hastaneye kabule kadar geçen oluş-kabul intervali en az 15 gün idi. Hastaların %72.48'i oluşun ilk üç ayında yoğunlaşırken, %16.52'si ikinci üç ayında, %11'i ise altı ay sonra başvurmuş görülmektedir (Şekil -2).



Şekil-2. Oluş - Kabul intervali.

Kabulde hastaların yarıya yakını (%49.54) tekerlekli iskemlede idi. Kabulden sonra ambulasyon düzeyinde aşama yapan hastalar %44.95'lik bir oran oluşturdu. Tekerekli iskemleden destekli ve desteksiz yürümeye geçen bu hasta grubuna karşılık %4.59 oranında hasta tekerlekli iskemlede kaldı. %25.73 ora-

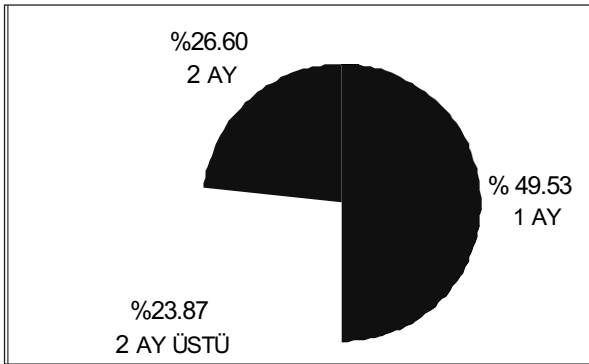
nında haliyle taburcu olan hasta grubu dikkati çeken bir oran verirken bu orana yakın bir grup hasta da (%24.73) kazanç olarak ambulasyon düzeyinde aşama olmaksızın mevcut fonksiyonlarında başarı sağladı.

Destek olarak yalnız ortopedik bot kullanımı %15.60, ortez ile birlikte ortopedik bot kullanımı %22.93 ve baston kullanımı %39.45 idi (Tablo-II).

Tablo-II. Toplam 109 hastada fonksiyonel düzey ve destek kullanım oranları

	Haliyle Taburcu %25.73	Tıbbi Rehabilitasyon %74.27	
		Desteksiz %30.23	Destekli Tekerlekli iskemle %4.59
Ambulasyon	?	%69.68	-
Baston	?	-	%39.45
Ortopedik Bot	?	-	%38.53
Ortez ve ortopedik bot	?	-	%22.93

Hastanede yatış süresi en az iki gün, en çok 148 gün olup ortalama 48.41 ± 21.83 gün idi (Şekil-3).



Şekil-3. Hastanede yatış süresi.

TARTIŞMA

İnme önemli bir sakatlık nedenidir. Bir çalışmada batı yarım kürede yıllık insidans % 0.8-4 olarak verilmiş prevalans % 0.6 olarak bildirilmiştir. Hemiplejik rehabilitasyon nörolojik ve fonksiyonel iyileşme araştırmaların yöneldiği toplumların heterojineleri, etiyolojik neden çeşitliliğinin oransal değişkenliğinden dolayı farklı süreçler göstermektedir.

Travmatik beyin yaralanmalarına sekonder hemipleji tablolarında 18 aydan sonra da nöropsikolojik gelişme beklenebileceği bildirilirken (6) genelde hemiplejide fizik ve mental iyiliğin ilk üç ay ile altı ay arasında maksimum değer aldığı bir çok yazar tarafından fikirbirliği halindedir (7).

Hasta grubumuzda travmatik beyin yaralanması %4.58'lik diğer hemipleji sebepleri içinde yer aldığından bu konuda yorum verecek sayısal değer göstermemektedir.

Hemiplejideki motor öğrenim modeli, beyin dokusundaki hasarın geri dönüşü ile yakından ilgilidir. Bu adaptasyon hastanın çevre ile ilişkilerini de belirler (8). Bu dönemde algılanabilecek uyanlarla, çevrenin ve motor mental organik iyiliğin gözetilmesiyle seçilmiş rehabilitasyon metodu ve titiz uygulanması, sonucu belirler.

Hastalarımızın %72.48'i ilk üç ay toplam, %89'a kadar olan kısmı ilk altı ay içinde hastaneye kabul edilerek organik iyiliğin geliştiği dönemde rehabilitasyon programına girme şansı edinmişlerdir. Buna karşılık kabule kadar bir rehabilitasyon programı almamış olmaları adaptif şanslarını azalttığından %25.73'ü haliyle taburcu olmuştur.

Serebrovasküler olaydan üç hafta veya daha önce aktif rehabilitasyon programına başlama "Erken Rehabilitasyon" kabul edilip nörolojik iyileşmenin en iyi olduğu bildirilmiştir (9). Hatta erken rehabilitasyonda spontan geri dönüşe destek olmaktan daha ileri giden önemli kazançlar olduğu da bildirilmiştir. Ayrıca bazı yayınlara göre oluş-kabul intervalinin 30 günden fazla olması kötü prognoz sebepleri içinde gösterilmiştir (10). Hastane döneminde erken rehabilitasyonun mortaliteyi belirgin olarak düşürdüğünü belirten yayınlar vardır (11). Hastalarımızda haliyle taburcu olma nedenleri arasında %42.85'lik bir oran tutan efor intoleransı; erken rehabilitasyon ve sabırlı, titiz bir uğraşı ile baş edebilecek bir sorundur. Aktif rehabilitasyon öncesi hastanın bulunduğu kliniklerde başlatılabilecek bir program bu grup hastaya önemli bir şans verecektir.

Hastalarımızda mental ve psikolojik adaptasyon güçlüğü %50'lik bir oran da haliyle taburcu olma sebebiydi. Rehabilitasyonda, hasta psikolojisine dengeli ve güçlü bir motivasyon desteği, hedefi konfor düzeyde yakalamayı sağlayan en önemli faktördür. Genelde organik geri dönüşün bir yıldan sonra beklenemeyeceği dikkate alınır (8) psikolojisi ilk planda etkileyen mental iyilik halinin de ilk planda değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkacaktır. Algılama, kavrama, dikkat, niyet ve hareket arasındaki bağlantıda kusurlar, konuşma bozuklukları psikolojisi kötü etkilerken, mental gelişim düzeyine uydu- rmuş ve rehabilitasyon ekibince ortak benimsenmiş bir strateji problemi çözmeye yetecektir. Burada ekip elemanlarının

iletişime ve uyumlu çalışmaya ne kadar önem vermesi gerektiği ortadadır. Mental fonksiyonları adaptif düzey göstermeyen hastaların çok uyaranlı ortamlardan uzak tutulan, teke tek eğitim programlarından yarar göstereceği de açıktır. Hastalığın bırakacağı sekelin kabullenilmesi, hastalık konusunda bilinçlendirme ise gerekli bir psikolojik destekleme işlevidir. Gözden kaçırılmaması gereken bir diğer husus da hastanın premorbid kişiliği, becerileri ve sosyal uyumudur.

Sosyal adaptif çalışmalarda gelişmiş toplum ortamında hastanın en yakın sosyal çevresi, ailesi dikkate alınarak kolay bir programlamaya gidilirken; fizik ve sosyal engellerle dolu bir çevre bir toplum sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Çözümü ise yıllarla süren bir toplum eğitimini içermektedir. Bu yönüyle kendi kendine kalan hastanın işinde ve özel yaşantısında eski koşullarına dönüp dönemediği araştırma kapsamımız dışında kalmıştır. Bu konunun oluş-kabul intervali ile yakın ilişki de olduğu belirtilmiştir (12). Bu konu ayrı bir araştırma alanı olarak dikkati çekmektedir.

Bizim hastalarımızda psikososyal destekleme ile sosyal problemler %7.3'lük bir sınırdan tutulabilmiş, hastane çıkışı sonrasında bu oranın artış gösterebileceği izlenimi edinilmiştir. GYF motor reedükasyonla birlikte giden bir beceri öğretisidir. Bu konudaki yaklaşımlar da yine toplumsal anlayış ile engellenmektedir. Hastalığının etkisiyle aile idaresini eline geçiren hasta ve/veya hastanın becerebileceği her işini üstüne alarak olayı paylaştığını kabul eden yakınları programın düzenli yürütülmesinde birinci engeli oluşturmaktadırlar. Bu konunun da ayrı bir araştırma alanı olabileceği açıktır.

Motor kayba ek olarak hastalığın ikinci ayından başlayıp altıncı ayında tamamlanan transsinaptik dejenerasyondan kaynaklanan motor ünitlerde kayıp; motor nöron sayısında yarıya yakın azalma ile kendini gösterir. Distal kaslarda proksimaldekinden daha yüksek insidanda dejenerasyon bulguları izlenmiştir (13). Tedavi programının beceri üzerinde etkisi ayrıca araştırılması gereken durumdur ve bizim hastalarımızın programları içinde düzenli olarak dikkate alınmadığı gözlenmiştir. Bu biraz da beceri hareketlerinin ev programı olarak eve bırakılmasından kaynaklanmaktadır.

Güçsüzlüğün değerlendirilmesi akut veya kronik olgularda ele alınırken özellikle hastalığın başlangıç dönemlerinde önem kazanır. Yapılan bir çalışmada distal kasların proksimaldekinden bir miktar daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Buna

karşılık üst ekstremitte ekstansörlerinin fleksörlerden daha fazla etkilenmiş olduğu yönünde kanaat belirlenmiştir. Özellikle intrensek kaslarda bireysel kayda değer varyanslar olduğu bildirilmiştir (14).

Motor geri dönüş ve fonksiyonel sonuçların inmeli hastanın lezyon genişliği ve lezyon lokalizasyonu ile ilgisi konusunda bir çok tartışmalı yayın mevcuttur. Tartışma yaratan durum takip sürecinde kullanılan ölçüm farklılıklarından kaynaklanabileceği gibi bu araştırmaların eş zamanlı yapılmamış olmasından da kaynaklanabilir (15).

Geleneksel olarak hemiplejik hastaların fonksiyonel seviyeleri Fugl-Meyer gibi kategorize edilmiş planlarla değerlendirilmiştir. Bu fonksiyonel testin hareket disfonksiyonunu tam olarak ölçmede yetersizlikleri olduğu da ifade edilmiştir (16).

Hasta için önemli bir iletişim sorunu yaratan afazide iyilik en çok üç ayda izlenir, altı aya kadar süren belirgin bir iyiliğin bu zamandan sonra sürmesi de beklenebilir (17).

Hastalarımızda sol dominant hemisfer tutulumuna sekonder sağ taraf tutulması %41.28 iken afazi %11.92 olup, bunun %4.41'lik dilimi ciddi iletişim engeli sayılabilecek tablo gösteriyordu. Gerçi bazı yazarlara göre dil ve algılama bozuklukları aşılması mümkün olmayan bir engel değildir ve bu tür hastaların uygun bir rehabilitasyon programı ile fonksiyonel bağımsızlıklarını elde edip, evlerine dönebildikleri bildirilmiştir (18). Bizce bu konu sosyal ortama girebilmeyi engelleyen en önemli sebeplerdendir.

Organik mental sendromun, persepsüel problemlerin ve zayıf motivasyonun hem hastanede kalış süresini hem de çıkıştaki durumu etkilediği bildirilmiştir (11). Bizim araştırmamızda, rehabilitasyona katılımda sorun yaratan bu hastaların tümü haliyle taburcu olma durumunda kaldıklarından, beklenen fonksiyonel durumları ile çıkıştaki tabloları değerlendirme bulmamıştır.

Hastalarımızın tıbbi rehabilitasyonu tamamlama şansı edinen %74.27'lik kısmı içinde ambulan hasta oranı %69.68'dir. %4.59 hasta ise tekerlekli iskemlede kalmıştır. Haliyle taburcu olan kısım ayrı tutulursa bu oran fena değildir. Tıbbi rehabilitasyon sonrası 248 hastanın değerlendirildiği bir yayında çıkışta ambulan hasta oranı %85 olarak bildirilmiş (10) bir diğer yayında çıkışta %97 olan bu oran, toplum içinde bir süre yaşadından sonra değerlendirilmesinde %84 ambulan hasta değeriyle düş-

me göstermiştir. Bu hasta grubunda %66 hasta ilerleme göstermiş, %22 si durumunu korumuş, %14'ü gerilemiş olarak bulunmuştur (3).

Yürüyebilmenin inmeli hasta için bir rehabilitasyon hedefi olduğu kabul görmüş bir gerçektir. Hastanın evine gidebileceği hemşirelik hizmetlerine bağlı kalıp kalmayacağı hastalık öncesi üretkenlik seviyesine dönüp dönmeyeceği konusunda da belirleyici faktör olarak bildirilmiştir (19).

Hastalarımızın %30.23'ü bağımsız desteksiz yürümekte iken, %39.45'i destekli (bunun %22.93'ü ortezli) idi. Desteksiz yürüme oranı yine aynı yayınlarda %28(10), %20 (3) olarak izlenmektedir. Bizim oranımızdaki daha başarılı görünüm kabulde hastaların seçilmiş olmasından kaynaklanabilir. Diğer yandan oluş-kabul intervali bizim hasta grubumuzda nörolojik gelişme imkanı verecek bir süreyi içermektedir. Bazı yayınlara göre tıbbi rehabilitasyon sonrası bağımsız desteksiz yürüyen hasta oranı topluma iade edildikten bir süre sonra yükselme göstermiştir (11).

Tekerlekli iskemlede kalma oranı bizim hastalarımızda %4.59, yine aynı yayınlarda %15(10) ve %11(3) olarak izlenmektedir. İyi yönde görülen bu fark da yine hasta seçimiyle kıyaslanarak daha gerçekçi bir yorum alacaktır. Hastanede yatış süresine gelince ortalama 48.41 gün bu konu için akla uygun bir değerdir. 62 hastanın incelendiği bir yayında hemipleji için ortalama 73.3 iken, hemiparezi için ortalama 40.9 gün olarak bildirilmiştir. Bir diğer yayında erkek hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 52 gün, kadın hastaların 73 gün olarak bildirilmiştir (9,20). Vakaların hafif, orta, ciddi olarak ayrıldığı bir başka yayında sırasıyla hastanede kalış ortalaması 32 gün, 41 gün ve 47 gün olarak bildirilmiştir. Bu seride 248 hastanın hastanede kalış ortalaması 43 gün, hastaneye kabul ortalaması ise 38 gündür (10). Bizim hastalarımızda 30 gün içinde başvuran hasta oranı %22.94 idi.

Diğer yandan ciddi kafa travmalı 40 hastanın izlendiği bir yayında, acil üniteden rehabilitasyona sevk ortalama 35 gün olup, hastanede kalış ortalaması 138 ±13.1 gün olarak bildirilmiştir (21).

Sonuç olarak, hemipleji rehabilitasyonunda zaman, oluştan itibaren tedaviyi yönlendiren en önemli öğedir. Bir bakıma hemiplejik rehabilitasyonunun değerlendirilmesi zamanın değerlendirilmesi demektir. Rehabilitasyonun gerçek hedefi sosyal

entegrasyon olduğuna göre bu alanda çalışma ve eğitim topluma taşınması zorundadır. Burada zaman, hastanın topluma kazandırılmasına kadar geçen süredir. Tıbbi rehabilitasyon içinde verilenler; fonksiyonel programlar ve/veya formal rehabilitatif programlar hastanın toplum içindeki kazanç ve zararını belirleyecektir. Bu, ilerleme durumunu koruma veya gerileme şeklinde kendini gösterebilir.

KAYNAKLAR

1. Lazar RB. Principles of Neurologic Rehabilitation 1998 Mc Grav Hill Health Professions Divisions.
2. Brandstater EM. Stroke Rehabilitation. In : De Lisa J, Gans B. Rehabilitation Medicine. Philadelphia : Lippincott Company. 1998: 1165-91.
3. Anderson E. et al. Stroke Rehabilitation : Maintenance of Achieved Gains. Arch Phys Med Rehabil. 1977; 58(8): 345-52.
4. Makamura R, Suzuki K, Yamada Y, et.al. Computer-Assisted Gait Training (CAGT) of Hemiparetic Stroke Patients : Whose Recovery is Most Predictable . J Exp Med. 1992; 166: 345-353.
5. Anderson TP, Kottke FJ. Rehabilitation of patients with completed stroke. Krusen's Handbook of Phys Med Rehabil. Third edition. Philadelphia W.B. Saunders Comp. 1982;583-603.
6. Kaplan P, Lal S, Goodgold J. Rehabilitation of patients with stroke and traumatic brain damage. Rehabil Med. St. Louis. Mosby. 1988; 119-34.
7. Lehman JF, DeLateur BJ, Fowler RS et al. Stroke: Does Rehabilitation Affect Outcome ? Arch Phys Med Rehabil. 1975;56 (9): 375-82.
8. Carr JH, Shepherd RB. A Motor Learning Model for Stroke Rehabilitation. Physiotherapy. 1989; 75 (7) : 372-80.
9. Stern PH, McDowell F, Miller JM et al. Factors Influencing Stroke Rehabilitation. Stroke . A journal of Cerebral Circulation. 1971; 2(3) 213-7.
10. Feigensohn JS, McDowell FH, Meese P, et al. Factors Influencing Outcome and Length of Stay in a Stroke Rehabilitation Unit. Stroke. 1977; 8(6) : 651-6.
11. Truscott BL, Kretschmann BA, Toole JF et al. Early rehabilitative Care in Community Hospitals: Effect on Quality of Survivorship Following a Stroke. Stroke. 1974; 5(6): 623-9.
12. Granger CV, Hamilton BB, Gresham GE et al. The Stroke Rehabilitation Outcome Study. Part I General Description. Arch Phys Med Rehabil. 1988; 69(7): 506-9.
13. Mc Comas AJ, Sica RE, Upton AR et.al. Functional changes in motoneurons of hemiparetic patients. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1973; 36: 183-93.
14. Adams RW, Gandevia SC, Skude NF. The Distribution of Muscle Weakness in Upper Motoneuron Lesions Affecting The Lower Limb. Brain. 1990; 113: 1459-76.
15. Chen CL, Tang FT, Chen HC. et al. Brain Lesion Size and Location : Effects on Motor Recovery and Functional Outcome in Stroke Patients. Arch Phys Med Rehab 2000; 81: 4.
16. Rosecrance JC, Giuliani CA. Kinematic Analysis of Lower-Limb Movement During Ergometer Pedaling in Hemiplegic and Nonhemiplegic Subjects. Physical Therapy. 1991;71(4) : 334-41.

-
17. Sands E. et al. Long term assesment of language function in aphasia due to stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 1969; 50: 202-6.
 18. Isaacs B. et al. Determinants of Outcome of Stroke Rehabilitation. In: Illis LS et al. *Rehabilitation of Neurological Patient.* London Blackwell Scientific Publications. 1982;163.
 19. De Quervain AK, Simon SR, Leurgan SS et.al. Gait Pattern in Early Recovery Period After Stroke. *The Journal of Bone and Joint Surgery.* 1996; 78A(10) : 1506-1514.
 20. Marquardsen J. The Naturel History of Acute CerebrovasculerDisease. In: Illis LS et al. *Rehabilitation of Neurological Patient.* London Blackwell Scientific Publications. 1982;163.
 21. Gouvier WD, Blanton PD, LaPorte KK et al. Reliability and Validity of the Disability Rating Scale and the Levels of Cognitive Functioning Scale in Monitoring Recovery from Severe Head Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1987; 68(2): 94-7.
-