

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi Programına Katılım Düzeyinin Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

The Effect of Participation in The Physiotherapy Program Level on Mobility Level and Clinical Outcomes in Acute Stroke Individuals

Ferdi Başkurt¹, Ayla Günal², Zeliha Başkurt¹

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, ISPARTA

² Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TOKAT

Yazışma Adresi / Correspondence:

Ayla Günal

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TOKAT

E-mail: ayla.gunal@gop.edu.tr

Bu çalışma 02-05 Mayıs 2018 tarihleri arasında Burdur'da düzenlenen 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

Bu çalışmanın amacı akut inmeli bireylerde fizyoterapi programına katılım düzeyinin mobilite düzeyi ve klinik sonuçlar üzerine etkisini incelemektir. Yöntem: Çalışmaya bir üniversite hastanesinin nöroloji servisinde akut inme tanısı ile takip edilen 74 birey gönüllük esasına uygun olarak dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik bilgileri kaydedildi. Hastaların mobilite düzeyi Fizyoterapi Fonksiyonel Mobilite Profili (FFMP) ile, klinik sonuçlar Klinik Sonuçlar Değişim Skalası (KSDS) ile rehabilitasyon programı başlamadan önce ve klinikten taburcu olduğu sırada, fizyoterapi programına katılım düzeyi Pittsburgh Rehabilitasyon Katılım Skalası (PRKS) ile her seans sonrası değerlendirildi. Bulgular: Bireylerin 48'i kadın 26'sı erkek, yaş ortalaması 68.84±12.35 yıl, ortalama hastanede kalış süresi 7.23±4.36 gün idi. FFMP puanı ilk ölçümde 41.18±18.00, son ölçümde 46.72±16.27 puan, iki ölçüm arası fark 5.54±8.78 puan, KSDS puanı ilk ölçümde 57.36±25.08, son ölçümde 64.75±20.92 puan, iki ölçüm arası fark 7.39±12.18 puan, PRKS ortalama puanı 4.60±1.06 olarak bulundu. PRKS ortalama puanı ile FFMP ve KSDS ilk ve son ölçüm puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (p<0.01). PRKS ile FFMP ve KSDS fark puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Sonuç: Elde edilen sonuçlar akut inmeli bireylerde fizyoterapi programına katılım düzeyinin fonksiyonel mobilite düzeyini ve klinik sonuçları etkilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, katılım, mobilite, klinik sonuçlar.

Abstract

The aim of this study is to examine effect of the level of participation in the physiotherapy program on the level of mobility and clinical outcomes in individuals with acute stroke. Methods: 74 patients were included who acute stroke diagnoses were followed neurology department in one university hospital in this study. Demographic characteristics of patients' as age, gender, education were recorded in the study. Patients' mobility levels with Physiotherapy Functional Mobility Profile (PFMP), clinic outcomes with Clinical Outcome Variables Scale (COVS) were evaluated before rehabilitation program and at the time of discharge from the clinic, the level of participation in the physiotherapy program was evaluated with the Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale (PRPS) after each treatment session. Results: Participants' 48 individuals were female, 26 male, mean ages of participants was 68.84±12.35 years old, mean duration of hospital stay was 7.23±4.36 days. It was found PFMP score 41.18±18.00 in first measurement, 46.72±16.27 points in last measurement, difference between two measurements 5.54±8.78 points, COVS score 57.36±25.08 in first measurement, 64.75±20.92 points in last measurement, difference between two measurements 7.39±12.18 points, mean score of PRPS 4.60±1.06 points. There is a positive significance relationship between first and last measurement points of PFMP and COVS' points and mean points of PRPS (p<0.01). There was no statistically significant relationship between PRPS and PFMP and COVS difference scores (p>0.05). Conclusion: The results showed that the level of participation in the physiotherapy program in acute stroke patients affects the level of functional mobility and clinical outcomes.

Key words: Stroke, participation, mobility, clinical outcomesignal.



BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi
Programına Katılım Düzeyinin
Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar
Üzerine Etkisi

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur.¹ İnme kronik bir durum olup, kişinin fiziksel, kognitif ve sosyal fonksiyonlarını ciddi düzeyde etkileyebilmektedir.²

İnmeli bireylerde iyileşme, yaş, eşlik eden hastalıklar, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, sosyal destekler gibi birçok faktörler ile ilişkilidir. Bu bağlamda inmeli bireylerin ulaştıkları iyileşme seviyeleri de farklılık göstermektedir.^{3,4}

Araştırmacılar, inmeli bireylerde, rehabilitasyon programında yer almanın diğer bir ifade ile rehabilitasyona katılımın değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Rehabilitasyonda temel amaç bireyin tüm yönleri ile (fiziksel, kognitif, sosyal vd.) maksimum bağımsızlığını sağlamaktır. Bu açıdan hastaların rehabilitasyona katılımı geri dönüş için hayati bir öneme sahiptir.⁵

Edinsel kafa travmalı bireylerde rehabilitasyona katılımı kolaylaştıran müdahaleler ile sağlık profesyonellerinin hastaya sunduğu yardımlarda artış olacağı ve hastanede kalış süresindeki azalma ile ilişkili olarak da mali harcamaların azalacağı öngörülmektedir.⁶ Paolucci ve diğerleri (2012) inmeli bireyler ile ortopedik problemi olan bireylerde erken dönem rehabilitasyona katılım düzeyinin artması ile mobilite düzeyinde artış, hastanede kalış süresinde azalma olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar hastanedeki ilk iki haftalık dönemde rehabilitasyona katılım düzeyi düşük olan bireylerin ise katılım düzeyi yüksek olanlara göre düşük düzey mobilite açısından 2,5 kat daha riskli olduğunu belirtmişlerdir.⁷ Akut dönemden itibaren 12 ay süre ile takip edilen inmeli bireylerde rehabilitasyona katılım düzeyi düşük olanların fonksiyonel olarak bağımlı oldukları gösterilmiştir.⁸ Trammell ve diğerleri (2017) inmeli bireyler için hastanın katılımına göre düzenlenen rehabilitasyon programlarının kolaylıkla uygulanabileceğini ve klinik sonuçlar üzerinde anlamlı kazanımlar sağlanabileceğini bildirmiştir.⁹

Ülkemizde akut rehabilitasyon sürecinde olan inmeli bireylerin fizyoterapi programına katılım düzeyinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın amacı, akut inmeli bireylerde fizyoterapi programına katılım düzeyinin mobilite düzeyi ve klinik sonuçlar üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya bir üniversitesi hastanesinin nöroloji servisinde akut inme tanısı ile takip edilen 74 birey gönüllük esasına uygun olarak dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, tıbbi olarak stabil olma ve Glasgow Koma Skalasına göre 9 ve üstünde puan alma, çalışma dışı bırakılma kriterleri, ciddi düzeyde afazinin eşlik etmesi ve/veya okuma yazma bilmeme olarak belirlenmiştir. Tüm hastaların tedavi programları fonksiyonel seviyeye uygun olarak ilerletilmiştir.

Veri toplama araçları

Ön değerlendirme formu

Hastaların fiziksel ve demografik verileri ile hastanede kalış süreleri kayıt edildi.

Fizyoterapi Fonksiyonel Mobilite Profili (FFMP):

Hastaların mobilite düzeyi FFMP ile rehabilitasyon programı başlamadan önce ve klinikten taburcu olduğu sırada değerlendirildi. FFMP, fonksiyonel mobilite yeteneğini yatak içi mobilite, yatış pozisyonundan yatak kenarında oturma pozisyonuna gelme, oturma dengesi, ayağa kalkma, ayakta durma dengesi, transfer, tekerlekli sandalye lokomasyonu, oda içi ambulasyon, merdiven inip çıkma aktiviteleri ile değerlendiren bir ölçektir. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'ne benzer olarak 1-7 arasında skorlar kullanılır. Düşük skorlar bağımlılığı, yüksek skorlar ise fonksiyonel bağımsızlık seviyesini göstermekte olup alınacak değerler 9-63 arasında değişmektedir.¹⁰

Klinik Sonuçlar Değişim Skalası (KSDS):

Hastaların klinik sonuçları KSDS ile rehabilitasyon programı başlamadan önce ve klinikten taburcu olduğu sırada değerlendirildi. KSDS, dönme, transfer aktiviteleri, ambulasyon ve kol fonksiyonlarını içeren 13 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde için 1-7 arasında bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan 13-91 aralığındadır. Puan yüksekliği mobilite ve fonksiyonel durumdaki pozitif değişimi göstermektedir.¹¹

Pittsburgh Rehabilitasyon Katılım Skalası (PRKS):

Fizyoterapi programına katılım düzeyi PRKS ile her seans sonrası değerlendirilmiştir. PRKS'de değerlendirme, bireylerin fizyoterapi programına katılımı sırasında fizyoterapist tarafından yapılan gözleme dayanır. Gözlem sonuçları 1-6 arasında derecelendirilir. Dereceler; Hiç katılımın olmaması = 1, Katılımın iyi olmaması/kötü olması = 2, Orta derecede katılım = 3, İyi derecede katılım = 4, Çok iyi derecede katılım = 5, Mükemmel derecede katılım= 6 olarak değerlendirilir. Ortalama PRKS skorlarının, rehabilitasyon sonucunu yansıttığı belirtilmektedir. PRKS'nin akut dönemde yatarak rehabilitasyon sırasında hasta katılımını kolay ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü bildirilmiştir.¹²

Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analizler

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından yapılmış olup istatistik konusunda bir bilim uzmanından görüş alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için n ve % değerleri verilmiştir. Ölçeklerden elde edilen veriler için minimum, maksimum değer ile ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı test edildikten sonra normal dağılım göstermeyen sonuçlar için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Sonuç ölçümleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.¹³

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için üniversitenin etik kurulundan izin alındı (No: 72867572-050-918) ve çalışma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü. Çalışma öncesinde bireylere çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı ve aydınlatılmış onam alındı.

Bulgular

Bireylerin 48'i kadın 26'sı erkek, yaş ortalaması 68.84 ± 12.35 yıl, ortalama hastanede kalış süresi 7.23 ± 4.36 gün idi.

Bireylerin sosyo-ekonomik durumuna bakıldığında; %16.2'sinin inme öncesi çalıştığı, %60.8'inin çalışmadığı, %23'ünün emekli olduğu saptandı. Bireylerin çoğu (%79.7) evli, ilkokul mezunu



Journal of Human Rhythm
2018;4(3):150-157

BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi Programına Katılım Düzeyinin Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi



(%56.8), evde destek alabilen (%81.1), ailesi ile yaşayan (%87.8) ve yeterli ekonomik duruma (%78.4) sahip idi. Sosyo-ekonomik özellikler tablo I'de gösterilmiştir.

Tablo I. Bireylerin Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri		
	n	%
Medeni Durum		
Evli	59	79.7
Dul	15	20.3
Eğitim Düzeyi		
Okuma yazma bilmeyen	24	32.4
İlkokul	42	56.8
Ortaokul	4	5.4
Lise	3	4.1
Üniversite	1	1.4
İnme Öncesi Çalışma Durumu		
Çalışan	12	16.2
Çalışmayan	45	60.8
Emekli	17	23.0
İnme Öncesi Yaşanılan Yer		
Evde yalnız	8	10.8
Evde aile ile	65	87.8
Huzurevinde	1	1.4
İnme Öncesi Evde Destek		
Var	60	81.1
Yok	14	18.9
Ekonomik Durum		
Yeterli	56	78.4
Yetersiz	16	21.6

Hastaların klinik özelliği değerlendirildiğinde; %86.5'inin hemiparezi tanısı ile takip edildiği, %51.4'ünün sağ tarafının etkilendiği saptanmıştır. Diğer klinik özellikler tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II. Bireylerin Klinik Özellikleri		
	n	%
Klinik Tutulum		
Hemipleji	10	13.5
Hemiparezi	64	86.5
Etkilenen Vücut Bölümü		
Sağ	38	51.4
Sol	36	48.6
Disfaji		
Var	8	10.8
Yok	66	89.2
Dizartri		
Var	13	17.6
Yok	61	82.4

Vizüel Problemler		
Var	10	13.5
Yok	64	86.5
Uriner Problemler		
Var	11	14.9
Yok	63	85.1
Psikososyal Problemler		
Var	9	12.2
Yok	65	87.8
Pulmoner Problemler		
Var	6	8.1
Yok	68	91.9

Bireylerin risk faktörleri değerlendirildiğinde; %5.4'ünde sigara kullanımı, %4.1'inde hiperlipidemi, %60.8'inde hipertansiyon, %33.8'inde diabetes mellitus, %29.7'sinde kalp rahatsızlığı, %4.1'inde trans iskemik atak, %4.1'inde aile öyküsü ve %31.1'inde daha önce inme geçirme öyküsünün olduğu bulundu.

FFMP puanı ilk ölçümde 41.18±18.00, son ölçümde 46.72±16.27 puan, iki ölçüm arası fark 5.54±8.78 puan, KSDS puanı ilk ölçümde 57.36±25.08, son ölçümde 64.75±20.92 puan, iki ölçüm arası fark 7.39±12.18 puan, PRKS ortalama puanı 4.60±1.06 olarak bulundu (tablo III).

Tablo III. PRKS, FFMP ve KSDS Skorları		
	x±SD	(min-max)
PRKS	4.60±1.06	(2-6)
FFMP		
ilk	41.18±18.00	(8-63)
Son	46.72±16.27	(8-63)
FFMP	5.54±8.78	(-24-39)
KSDS		
ilk	57.36±25.08	(12-91)
Son	64.75±20.92	(17-91)
KSDS	7.39±12.18	(-16-63)

PRKS: Pittsburgh Rehabilitasyon Katılım Skalası
FFMP: Fizyoterapi Fonksiyonel Mobilite Profili
KSDS: Klinik Sonuçlar Değişim Skalası

PRKS ortalama puanları değerlendirildiğinde bireylerin %77.02'sinin (n= 57) iyi-mükemmel aralığında olduğu görüldü.

PRKS ortalama puanı ile FFMP ve KSDS ilk ve son ölçüm puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (p<0.01). PRKS ile FFMP ve KSDS fark puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05) (tablo IV).



Journal of Human Rhythm
2018;4(3):150-157

BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi Programına Katılım Düzeyinin Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi
Programına Katılım Düzeyinin
Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar
Üzerine Etkisi

		PRKS	FFMP(ilk)	FFMP(son)	FFMP	KSDS (ilk)	KSDS(son)	KSDS
PRKS	r	1	0.594	0.651	-0.175	0.489	0.598	-0.101
	p		0.000**	0.000**	0.137	0.000**	0.000**	0.390
FFMP (ilk)	r		1	0.894	-0.528	0.916	0.865	-0.510
	p			0.000**	0.000**	0.000**	0.000**	0.000**
FFMP (son)	r			1	-0.178	0.777	0.884	-0.214
	p				0.129	0.000**	0.000**	0.067
FFMP	r				1	-0.537	-0.282	0.782
	p					0.000**	0.015*	0.000**
KSDS (ilk)	r					1	0.902	-0.552
	p						0.000**	0.000**
KSDS (son)	r						1	-0.236
	p							0.043*
KSDS	r							1
	p							

**p<0.01 *p<0.05

PRKS: Pittsburgh Rehabilitasyon Katılım Skalası
FFMP: Fizyoterapi Fonksiyonel Mobilite Profili
KSDS: Klinik Sonuçlar Değişim Skalası

Tartışma

Akut inmeli bireylerde fizyoterapi programına katılım düzeyinin mobilite düzeyi ve klinik sonuçlar üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda, fizyoterapi programına katılım düzeyi yüksek olan bireylerin fonksiyonel mobilite düzeylerinin yüksek, klinik sonuçlarının ise daha iyi olduğu görüldü.

İnmeli bireylerin rehabilitasyon programlarına karar verme konusunda diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte yer almaları ile kendi ihtiyaçlarının tanımlanması arasında ciddi bir ilişki vardır.¹⁴ Araştırmalarda kendine güvenen, rehabilitasyon motivasyonuna sahip, fizyoterapi programına katılımı yüksek inmeli bireylerin bağımsızlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Danks ve diğerleri (2016) inmeli bireylerde yürüme kapasitesi ve kendine güven arttıkça yürüme aktivitesinde de artış olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁵ Bununla birlikte, akut dönemden itibaren aktif hareket etmeyi motive eden yaklaşımlarla mobilitede iyileşme olacağı öngörülmektedir.¹⁶ Morghen ve diğerleri (2017) ise, inmeli bireylerin de yer aldığı farklı hasta gruplarında hastanede kalış süresince uygulanan fizyoterapi programına katılım düzeyi yüksek olan bireylerde fonksiyonel bağımsızlık skorlarının arttığını bildirmişlerdir.¹⁷

Çalışmamızda rehabilitasyon programına katılım düzeyi yükseldikçe fonksiyonel mobilite düzeyinde de pozitif kazanımlar olduğu görüldü. Sonuçlar literatür ile benzer bulunmuştur. Erken dönemden itibaren bireylerin rehabilitasyon programına optimal katılımlarının sağlanması ile fonksiyonel mobilite düzeylerinde de anlamlı ilerlemeler sağlanacağı öngörülmektedir.

Literatür erken dönemde/akut dönemde rehabilitasyon programına katılımının fonksiyonel sonuçlarda artış sağladığını göstermektedir. Rehabilitasyonun başarısı için hastanın tedaviye aktif katılımı oldukça önemlidir.¹⁸ Lenze ve diğerleri (2004) farklı özür gruplarının içinde yer aldığı çalışmalarında rehabilitasyon programına zayıf katılım gösteren bireylerin fonksiyonel bağımsızlık skorlarının

düşük, hastanede kalış sürelerinin ise uzun olduğunu bildirmişlerdir.¹⁹ Rehabilitasyon programına aktif katılım düzeyi yüksek olan bireylerde ise fonksiyonel sonuçların uzun dönemde de iyi olduğu gösterilmiştir.²⁰ Kişi merkezli oluşturulan rehabilitasyon yaklaşımları ile aktif katılım artmaktadır.²¹ İnmeli bireylerin kendi katılımları ile şekillendirilen/geliştirilen rehabilitasyon yaklaşımları ile fonksiyonel kazanımlarının arttığı belirtilmektedir.²² İnme sonrası 14 ay takip edilen bir vaka çalışmasında hastanın motivasyonunun rehabilitasyon sonuçlarını pozitif etkilediği gösterilmiştir.²³

Çalışmamızda rehabilitasyon programına daha iyi katılım gösteren bireylerin rehabilitasyon sonuçlarının da daha iyi olduğu saptandı. Sonuçlar literatürü desteklemektedir. İnmeli bireylerin erken dönemden itibaren rehabilitasyona aktif katılımları ile fonksiyonel sonuçlarda artış olacağı öngörülmektedir.

İNME sonrası akut dönemde başlanılan mobilizasyon çalışmaları ile hastaların fonksiyonel geri dönüşlerinde anlamlı artışlar sağlanabilmektedir.²⁴ Hastaneye yatışı takiben 24-48 saat içinde mobilize olan inmeli bireylerin nörolojik fonksiyonlarında artış kaydedilmiştir.²⁵ Benzer olarak Imura ve diğerleri (2018) inmeli bireylerde erken ve yoğun rehabilitasyon ile komplikasyonları artırmadan fonksiyonel bağımsızlık düzeyinde artış tespit etmişlerdir.²⁶ Bununla birlikte erken mobilizasyon ile inme sonrası görülebilecek komplikasyonlarda azalmaktadır.²⁷

Çalışmamızda bireylerin mobilite düzeyleri arttıkça klinik sonuçlarında pozitif yönde bir değişim olduğu görüldü. Akut inme rehabilitasyonunda bireyin katılımını destekleyen, erken mobilizasyona ağırlık veren fizyoterapi programları ile etkin iyileşme sonuçları elde edileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, bireylerin ortalama hastanede kalış sürelerinin 7.23 ± 4.36 gün olduğu görüldü. İnme rehabilitasyonu ile ilgili çalışmalarda fonksiyonel kazanımlar ve geri dönüş için ilk altı aylık periyodun önemli olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yer alan bireylerin kısa süreli tedavi sonuçları değerlendirilebilmiştir. Sonuç ölçümlerinden elde edilen fark puanları ile fizyoterapi programına katılım düzeyi arasında ise ilişki saptanmamıştır. Bu bağlamda sonuçların, bireylerin ortalama hastanede kalış sürelerinin kısa olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmanın sınırlılıkları

Hastaların nörolojik olarak stabil olmalarını takiben taburculuk düzenlemesinin yapılması ile rehabilitasyon programları sınırlı kalmıştır. Bu bağlamda, akut inmeli bireylerin hastanede kalış sürelerinin kısa olmasının hem fonksiyonel kazanımları hem de rehabilitasyona katılım düzeyini etkilediği düşünülmüştür.

Sonuç

İnmeli bireylerin rehabilitasyonunda pozitif kazanımlar için, erken başlangıç, hasta katılımlı programlar ve uzun süreli takip önemlidir. Sonuç olarak, inmeli bireylerin rehabilitasyonun başlangıcından itibaren, katılımlarını artıracak yaklaşımların yer aldığı programlar ile buluşturulması gerekmektedir.



Journal of Human Rhythm
2018;4(3):150-157

BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeli Bireylerde Fizyoterapi Programına Katılım Düzeyinin Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi



BAŞKURT ve Ark.

Akut İnmeleli Bireylerde Fizyoterapi Programına Katılım Düzeyinin Mobilite Düzeyi Ve Klinik Sonuçlar Üzerine Etkisi

1. Sudlow CL, Warlow CP. Comparing Stroke Incidence Worldwide: What Makes Studies Comparable? *Stroke* 1996;27(3):550-558.
2. Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SBV, Bos TVD, Lindeman E. Rehabilitation Of Stroke Patients Needs A Family-Centred Approach. *Disabil Rehabil* 2006;28(24):1557-1561.
3. Kayihan H. Hemiplejide İş ve Uğraşı Tedavisi 2. Baskı. Ankara: Volkan Matbacılık; 1989: 9-10.
4. Obiako OR, Oparah SK, Ogunniyi A. Prognosis And Outcome Of Acute Stroke In The University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2011;14(3):359-362.
5. Fallahpour M, Tham K, Joghataei MT, Jonsson H. Perceived Participation And Autonomy: Aspects Of Functioning And Contextual Factors Predicting Participation After Stroke. *J Rehabil Med* 2011;43(5):388-397.
6. Brett CE, Sykes C, Pires-Yfantouda R. Interventions To Increase Engagement With Rehabilitation In Adults With Acquired Brain Injury: A Systematic Review. *Neuropsychol Rehabil* 2017;27(6):959-982.
7. Paolucci S, Di Vita A, Massicci R, Traballese M, Bureca I, Matano A, et al. Impact Of Participation On Rehabilitation Results: A Multivariate Study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2012;48(3):455-466.
8. Yang SY, Kong KH. Level And Predictors Of Participation In Patients With Stroke Undergoing Inpatient Rehabilitation. *Singapore Med J* 2013;54(10):564-568.
9. Trammell M, Kapoor P, Swank C, Driver S. Improving Practice With Integration Of Patient Directed Activity During Inpatient Rehabilitation. *Clin Rehabil* 2017;31(1):3-10.
10. Laferrière L, Brosseau L, Narezny M, Ryan M, Tibi G, Chardon JW. Reliability And The Validity Of The Physiotherapy Functional Mobility Profile Questionnaire. *Physiother Theory Pract* 2001; 17:217-228.
11. Salter K, Jutai J, Foley N, Teasell R. Clinical Outcome Variables Scale: A Retrospective Validation Study In Patients After Stroke. *J Rehabil Med* 2010;42(7):609-613.
12. Lenze EJ, Munin MC, Quear T, Dew MA, Rogers JC, Begley AE, et al. The Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale: Reliability And Validity Of A Clinician-Rated Measure Of Participation In Acute Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(3):380-384.
13. Özdamar K. SPSS İle Biyoistatistik. 5. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2003:99-130.
14. Kristensen HK, Tistad M, Koch Lv, Ytterberg C. The Importance Of Patient Involvement In Stroke Rehabilitation. *PLoS One* 2016;11(6):1-13.
15. Danks KA, Pohlig RT, Roos M, Wright TR, Reisman DS. Relationship Between Walking Capacity, Biopsychosocial Factors, Self-efficacy, And Walking Activity In Persons Poststroke. *J Neurol Phys Ther* 2016;40(4):232-238.
16. Ren Y, Xu T, Wang L, Yang CY, Guo X, Harvey RL, et al. Develop A Wearable Ankle Robot For In-Bed Acute Stroke Rehabilitation. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*; 2011;7483-7486.
17. Morgheh S, Morandi A, Guccione AA, Bozzini J, Guerini F, Gatti R, et al. The Association Between Patient Participation And Functional Gain Following Inpatient Rehabilitation. *Aging Clin Exp Res* 2017;29(4):729-736.
18. Carr J, Shepherd R. Neurological Rehabilitation: Optimizing motor performance. 1 st edition. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998:20-28.
19. Lenze EJ, Munin MC, Quear T, Dew MA, Rogers JC, Begley AE, et al. CF. Significance Of Poor Patient Participation In Physical And Occupational Therapy For Functional Outcome And Length Of Stay. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(10):1599-1601.
20. Talkowski JB, Lenze EJ, Munin MC, Harrison C, Brach JS. Patient Participation And Physical Activity During Rehabilitation And Future Functional Outcomes In Patients After Hip Fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(4):618-622.
21. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved Client Participation In The Rehabilitation Process Using A Client-Centred Goal Formulation Structure. *J Rehabil Med* 2002;34(1):5-11.
22. Warner G, Packer T, Villeneuve M, Audulv A, Versnel J. A Systematic Review Of The Effectiveness Of Stroke Self-Management Programs For Stroke Survivors. *Disabil Rehabil* 2015; 37(23):2141-2163.
23. Wilson CM, Mitchell CL, Hebert KM. Cerebellar Stroke Occupational Therapy And Physical Therapy Management From Intensive Care Unit To Outpatient: A Case Report. *Cureus* 2017;9(12):1-23.
24. Cumming TB, Thrift AG, Collier JM, Churilov L, Dewey HM, Donnan GA, et al. Very Early Mobilization After Stroke Fast-Tracks Return To Walking: Further Results From The Phase II AVERT Randomized Controlled Trial. *Stroke* 2011;42(1):153-158.
25. Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Outcome After Mobilization Within 24 Hours Of Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke* 2012;43(9):2389-2394.
26. Imura T, Nagasawa Y, Fukuyama H, Imada N, Oki S, Araki O. Effect Of Early And Intensive Rehabilitation In Acute Stroke Patients: Retrospective Pre-/Post-Comparison In Japanese Hospital. *Disabil Rehabil* 2018;40(12):1452-1455.
27. Diserens K, Moreira T, Hirt L, Faouzi M, Grujic J, Bieler G, et al. Early Mobilization Out Of Bed After Ischaemic Stroke Reduces Severe Complications But Not Cerebral Blood Flow: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Clin Rehabil* 2012;26(5):451-459.