

156202

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ÖZ BAKIM EĞİTİM PROGRAMININ SEREBROVASKÜLER
HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ÖZKAN TUNCAY

Ağustos-2004

SİVAS

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**ÖZ BAKIM EĞİTİM PROGRAMININ SEREBROVASKÜLER
HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ÖZKAN TUNCAY

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yard. Doç.Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

Ağustos-2004

SİVAS



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”



TEŐEKKÜR

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde değerli katkılarında dolay¼ tez danışmanım Yard.Doç.Dr. Sayın Mukadder MOLLAOğLU'na, araştırmanın istatistiksel analizinin y¼r¼t¼lmesindeki yardımlarında dolay¼ Yard.Doç.Dr. Sayın Hafize SEZER'e, çalışmalarım sırasında g¼sterdikleri yakın ilgiden dolay¼ Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi N¼roloji Kliniği çalışanlarına teőekk¼r ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. GİRİŞ.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
III. GENEL BİLGİLER.....	5
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	34
1. Araştırmanın Şekli.....	34
2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
4. Verilerin Toplanması.....	35
5. Ön Uygulama	36
6. Araştırmanın Uygulanması.....	36
7. Eğitimin Sunuluş Şekli.....	37
8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
9. Araştırmanın Planı	39
V. BULGULAR.....	40
VI. TARTIŞMA.....	66
VII. SONUÇLAR.....	78
VIII. ÖNERİLER.....	81
IX. ÖZET.....	83
SUMMARY	85
X. KAYNAKLAR.....	87
XI. EKLER	
Ek I. Tanıtıcı Bilgi Formu	95
Ek II. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	98
Ek III. İnme Geçiren Bireyler İçin Eğitim Kitapçığı	

TEZ İÇİNDE YER ALAN TABLOLAR ve GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Araştırma Örneklemine Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	41
Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Yapabilme Durumlarının Dağılımı	43
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir Ay Sonra GYA Yapabilme Durumlarının Dağılımı.....	45
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerinde GYA Yapabilme Durumlarının Dağılımı.....	47
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce GYA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir Ay Sonraki GYA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerindeki GYA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 8. Deney Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde GYA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 9. Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde GYA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Taburcu Olduktan Bir Ay Sonra ve Son Ölçümlerinde GYA Toplam Puanlarının Analizi	64

GRAFİKLER LİSTESİ

	Sayfa No
Grafik 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Grafik 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir Ay Sonraki Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54
Grafik 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
Grafik 4. Deney Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	60
Grafik 5. Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Grafik 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puanlarının Dağılımı.....	65

I. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, genellikle tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara ve yetmezliklere yol açan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan hastalıklardır. Kronik hastalıklar, bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)'ni sürdürmedeki yeteneklerini kısıtlamakta ve onu tıbbi tedavi ve bakım almanın zorlukları ile karşı karşıya bırakmaktadır. (Biçer 1996, Lewis ve ark. 2001, Potter ve Perry 2001)

Nörolojik sistemi ilgilendiren kronik hastalıkların birçoğu, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizlik yaşatan hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklar arasında en yaygın olanı Serebrovasküler Hastalıklar (SVH) dir. SVH, kişinin bağımsızlığını doğrudan etkilemektedir (Akdemir 1996, Cochion 1994, Dincher 1999, Lewis ve ark. 2001, Sucuoğlu 1997).

SVH, bütün dünyada ölüm ve sakatlıkların önemli nedenlerindedir. SVH, tüm dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada , sakatlığa neden olan hastalıklar arasında ise birinci sırada yer almaktadır (Biott 2000, Gompertz ve ark. 2002, Ingall 2001, Memiş 2000). Gelişmiş ülkelerde SVH prevalansının ortalama yüzbinde 360-570 arasında olduğu, ABD'de 4,5 milyon yaşayan SVH hastasının bulunduğu, her yıl yaklaşık 550 bin yeni SVH olgusunun görüldüğü bildirilmektedir. Bu bireylerin 1/3'ünün ilk bir ay içinde öldüğü, 2/3'ünde ise çeşitli sakatlıklar kaldığı bilinmektedir. Günümüzde çoğunda önemli sakatlık olan 4 milyon SVH geçiren kişi vardır ve bu kişilerin tedavisi için 50 milyon dolardan fazla para harcandığı açıklanmaktadır (Easton 1998, Matchar 1998, Memiş 2000, Oğul 2002).

Ülkemizde ise, Kırbaş ve ark.'ın belirttiğine göre Erkan ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada SVH prevalansı %15,6, nöroepidemioloji çalışma grubunun araştırmasında ise %17,7 arasında bulunmuştur. SVH'a bağlı mortalite hızı ise %24 olarak bildirilmiştir (Kırbaş ve ark.1995).

SVH, beyin dokusunda sürekli hasara yol açmakta ve birey için nörolojik yetersizliklerle sonuçlanmaktadır. Bu tür yetersizliği olan bireyler, GYA'ni yerine getirmede değişik düzeylerde sınırlılıklar yaşamaktadırlar. Sağlıklı bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerçekleştirdikleri aktiviteler olarak tanımlanan Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), çevre güvenliğinin sağlanması, iletişim, yeme-

içme, boşaltım, kişisel temizliğin sağlanması, hareket etme gibi aktivitelerdir (Birol 2000, Potter ve Perry 2001, Roper ve ark.1987). SVH geçiren bireyler bu aktiviteleri gerçekleştirmede yaşadıkları yetersizlikler nedeniyle, başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum bireyleri bağımsızlıktan, az ya da çok bağımlı duruma getirmektedir (Dincher 1999, Hoeman 1996, Lewis ve ark. 2001, Saeki ve ark. 1994).

Hastalığın klinik bakımında amaç, gerek akut dönemde, gerekse uzun sürede nörolojik yetersizlikleri en aza indirmek, bireyin sınırlılıkları içinde en üst düzeyde bağımsızlığını sağlamak ve sosyal, fiziksel, psikolojik uyumunu artırmaktır (Akdemir 1996, Black 1997, Sucuoğlu 1997). Tüm bu etkinlikler doğuştan ya da sonradan kazanılan ruhsal ve bedensel sakatlığı ve yetersizliği ortadan kaldırmak veya en aza indirmek, kişiyi bağımsız hale getirmek amacıyla hizmet eden rehabilitasyon çalışmaları içinde yer almaktadır (Hizmetli 1997, Hoeman 1996).

SVH rehabilitasyonu, insanlara kendi fonksiyonel bozukluklarıyla başa çıkabilmeleri için öz bakım becerilerini öğretmek üzerine odaklanır (Gompertz ve ark. 2002, Sucuoğlu 1997). Orem'e göre Öz bakım, bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini korumak için kendine düşen aktiviteleri gerçekleştirmesidir (Bakoğlu ve Yetkin 2000, Kara ve Akbayrak 2001, Smeltzer ve Brenda 2000). Bireyin bu aktiviteleri uygun şekilde ve doğru zamanda yapması ancak bireye verilen profesyonel bir öz bakım eğitim programı ile sağlanabilir. Nitekim yapılan birçok çalışma, sağlık eğitiminin, bireylerin öz bakım gücünü artırdığını ortaya koymuştur (Fındık 2001, Pasinlioğlu 1997, Sucuoğlu 1997). Folden (1993), SVH sonrası hastalara uyguladığı destekleyici-eğitici hemşirelik girişimlerinden sonra hastaların öz bakım aktivitelerinde artma olduğunu göstermiştir. Salter ve arkadaşları (1991), SVH sonrası bireylerin öz bakım aktivitelerine yönelik çalışmalarında, hastaların öz bakım aktivitelerinde eğitim sonucu artış olduğunu bulmuşlardır. Sucuoğlu, SVH sonrası bireylere uygulanan eğitimin, bireyi bağımlılıktan çıkararak, az bağımlı ya da bağımsız birey haline getirdiğini belirlemiştir (Sucuoğlu 1997).

Öz bakım gücü yeterli olan birey, öz bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilecektir (Bakoğlu ve Yetkin 2000). SVH

geçiren bireye verilen eğitim programı bireyin öz bakım gücünü artırarak kaybettiği birçok fonksiyonunu yeniden kazanmasını, GYA'ni optimal düzeyde bağımsız olarak gerçekleştirmesini sağlayacaktır. Eğitimin sağladığı bu kazançlar, bireyin sınırlılıkları içinde sağlık durumunun sürdürülmesi için önemlidir (Aytiş 1998, Black 1997, Gompertz ve ark. 2002, Hoeman 1996).

Günümüz çağdaş sağlık anlayışında sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesinde hasta bakımı, hastanede verilen bakımla sınırlandırılmamaktır. Bireyin ev ortamında, ailesinin katılımı ile gerçekleştirilen evde bakım süreci, bakımın sürekliliği açısından önem taşımaktadır (Braitwaite ve Mc Gown 1993, Potter ve Perry 2001, Smeltzer ve Brenda 2000). SVH geçiren bireyler sürekli eğitim ve bakım desteğine gereksinim duyarlar. Bu nedenle SVH'larda ev ortamında sürdürülen bakım ve izlem, bireyin tedavisinde önemli bir yer tutar (Glandman ve ark.1993, Holmqvist ve ark.1993).

Bireyin hastane ve ev ortamında bakımının sürdürülmesinde tüm sağlık ekip üyeleri, özellikle hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Bireylerin öz bakım güçlerinin artırılarak, GYA'nde yüksek düzeyde bağımsızlıklarının sağlanmasında hemşirelerin eğiticilik rolü büyük önem taşımaktadır. Hemşireler tarafından verilen sağlık eğitimi ve bakımdaki süreklilik, SVH geçiren bireylerin hastalığın getirdiği sorunlar ve yetersizliklerle baş etmesini kolaylaştırır (Holmqvist ve ark.1993, Lewis ve ark. 2001, Smeltzer ve Brenda 2000).

Bu nedenle SVH geçiren bireylerin, hastalık sürecinden sonraki GYA'ndeki bağımsızlık düzeylerini ölçmek ve hemşireler tarafından verilen sağlık eğitiminin bu bağımsızlık düzeyine etkisini belirlemek için araştırmalara gereksinim duyulmuştur. Ülkemizde SVH geçiren bireyler için, bu konuyu belirlemeye yönelik yeterli araştırma bulunmamaktadır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu araştırma, serebrovasküler hastalık geçiren bireylere uygulanan öz bakım eğitim programının, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ:

H₀: SVH sonrası zbakım eğitim programı uygulanan bireylerin, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri ile öz bakım eğitim programı uygulanmayan bireylerin bağımsızlık düzeyleri arasında fark yoktur.

H₁: SVH sonrası öz bakım eğitim programı uygulanan bireylerin, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri, öz bakım eğitim programı uygulanmayan bireylerden daha yüksektir.

III. GENEL BİLGİLER

1. SEREBROVASKÜLER HASTALIKLAR (SVH)'ın ÖNEMİ

SVH (stroke, inme) travma dışı bir nedenle, beynin bir bölümüne olan kan akımının yavaşlaması veya durmasına yol açan bir durumdan kaynaklanan ya da beyin kan damarlarının bütünlüğü bozulduğu zaman, beyin hücreleri etrafındaki boşluklara kan sızması sonucu meydana gelen iskemik veya hemorajik beyin hastalıklarına verilen genel addır (Andreali 1995, Aştı ve Kaya 2002, Çerezci 1995, Hoeman 1996, Ingall 2001, Vytranlingam 2001). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre SVH; vasküler neden dışında nedeni belli olmayan, 24 saat veya daha uzun sürebilen, ya da ölümlle sonuçlanabilen, hızla gelişen, fokal veya jeneralize serebral fonksiyon bozukluğuna yol açan klinik bir durumdur (Chalmers ve ark. 2000, Memiş 2000, Lewis ve ark. 2001).

SVH, yetişkinlerdeki tüm nörolojik bozukluklar arasında görülme sıklığı ve önemi bakımından birinci sırada, en yaygın ölüm nedenleri arasında kanser ve kalp hastalıklarından sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Chalmers ve ark. 2000, Çerezci 1995, Memiş 2000, Richard 2003, www.amaassn.org). Amerikan Ulusal Stroke Birliği (Association of American National Stroke)'nin bildirdiğine göre; yılda yaklaşık 600 bin kişi SVH'dan etkilenmekte ve bunların %15-20'si ölümlle sonuçlanmaktadır (www.amaassn.org). SVH sonrası bireylerin %10'u tamamen, %25'i minor yetersizliklerle iyileşmekte, %40'ı özel bakım gerektiren orta/ciddi düzeyde yetersizlikler deneyimlemekte ve %10'u ise uzun süreli bakım kurumlarında bakıma gereksinim duymaktadırlar (Akdemir 1996, Aştı ve Kaya 2002, Bulman 2001, Chalmers ve ark. 2000, Hinkle 2002). ABD'de 4.5 milyon SVH geçiren birey olduğu, SVH'ın sağlık bakım maliyetinin her yıl için yaklaşık 45.4 milyon dolara ulaştığı bildirilmektedir. Bununla birlikte bireylerde çeşitli düzeylerde yetersizliklerle sonuçlandığı için üretkenlikte azalmaya neden olmakta ve toplumların ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Aştı ve Kaya 2002, Bulman 2001, Hoffman ve ark. 2003, Matcher 1998, Rice 1995, Zorowitz 2001).

Ülkemiz verilerine bakıldığında ise, her yıl 80-100 bin kişinin SVH'dan etkilendiği, bunların 1/3'ünün ilk bir yıl içinde öldüğü, 1/3'ünün ise bağımlı olacak düzeyde yetersizlik yaşadığı görülmektedir (Üstün 1994).

SVH sonrası bireylerin önemli bir kısmı çeşitli düzeylerde fiziksel ve mental yetersizlikler yaşarlar. Bu nedenle bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için yardıma gereksinim duyarlar (Black 1997, Lewis ve ark. 2001, Tuğcu 1998, Üstün 1994). SVH vücut üzerinde oluşturduğu etkiler nedeni ile bireyi bağımsız durumdan, bağımlı duruma getirmekte ve bireyde fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Tüm bunlara morbitide ve mortalite oranları eklendiğinde SVH, tüm dünya ve ülkemizde önemli olarak kabul edilen bir sağlık sorunudur.

2. SVH'ın SINIFLANDIRILMASI

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) sınıflamasına göre serebrovasküler hastalıklar şu şekilde sıralanmıştır:

- A. Asemptomatik
- B. Fokal beyin disfonksiyonu
 - 1. Geçici iskemik atak
 - 2. İnme
 - a) Serebral infarkt (beyin iskemisi)
 - b) Serebral hemoraji (beyin kanaması)
- C. Vasküler demans
- D. Hipertansif ensefalopati (Black 1997, Memiş 2000, Tuğcu 1998).

I. Serebral İnfarkt: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre infarkt, bir beyin bölgesinin herhangi bir nedenle kan akımından yoksun kalması sonucu oluşur. SVH'ın %80'ini oluşturan serebral infarkt genel olarak diabetes mellitusu, hipertansiyonu olan arteriosklerotik yaşlılarda görülür. Geniş bir kan damarının, özellikle karotid veya orta serebral arterin arteriosklerotik darlığı veya tıkanıklığı sonucu oluşur. Bir damarda varolan darlık veya tıkanıklık aniden gerçekleşmeyeceği için, serebral infarkta olan defisitler genellikle daha yavaş bir başlangıca sahiptir ve adım adım ilerler. İlerleyen arteriosklerotik tıkanıklık nedeni ile arterin beslediği beyin alanının perfüzyonu yavaşlar ve serebral dolaşım yetersizliği sonucu hastanın zaman zaman el, kol ve bacağına gelip-geçici uyuşmalar olur. Birey elindeki eşyayı düşürebilir, konuşmasında bozulmalar olabilir.

Bunlar, önlem alınması gereken öncü belirtilerdir. Bu durumda önlem alınmaz ve tedaviye başlanmazsa, tam bir tıkanıklık sonucu, tabloya hemipleji, afazi ve hemianopsi gibi bulgular eklenir (Akdemir 1996, Black 1997, Hoeman 1996, Lewis ve ark. 2001, Memiş 2000, Smeltzer ve Brenda 2000).

II. Serebral Hemoraji: Serebral hemoraji, serebral bir damarın yırtılması sonucu beyin içine kanama olmasıdır. SVH'nin %12-24'ünü oluşturur. Anevrizma, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kollajen doku hastalıkları ve travmalar kanama nedenleri arasında sayılabilir. Serebral hemoraji çoğunlukla 50 yaş üzerindeki kişilerde görülür. Başlangıcı çok anidir ve serebral infarktın aksine birkaç dakika ile birkaç saat arasında ilerler. İleri derecede fonksiyon kayıplarına neden olur ve düzelme hızı daha yavaştır. Mortalite oranı %50-70 arasındadır (Berker 2000, Dincher1999, www.amaassn.org). Etyolojide rol oynayan faktörlere göre serebral hemoraji; intraserebral, suparaknoid, epidural, supdural hemoraji olarak gruplandırılır.

a) *Intraserebral Hemoraji:* Beyin dokusu içerisine olan kanamalardır. Bu kanama genellikle arteriosklerotik yaşlılarda ve hipertansif bireylerde görülür. İntraserebral hemoraji geçiren bireyde hırıltılı solunum, başağrısı, derin koma, kanama olan beyin bölgesinin karşı tarafında hemipleji ve kanama olan tarafta pupil dilatasyonu vardır. Baş ve gözler kanama olan tarafa çevrilmiştir (Akdemir 1996, Berker 2000).

b) *Suparaknoid Hemoraji:* Ani olarak suparaknoid mesafeye olan kanamadır. Nedeni sıklıkla hipertansiyon, serebral anevrizma rüptürü ve baş yaralanmalarıdır. Genellikle genç ve orta yaşlarda görülür. Başağrısı, bilinç bulanıklığı, hemiparazi, pupil dilatasyonu, ense sertliği, çift görme gibi belirtiler görülür (Chalmers ve ark. 2000, Çerezci 1995).

c) *Epidural Kanama:* Genellikle kafa travmasından sonra meninks arterlerinin birinin yırtılması sonucu kanın duramater ve kemik arasında toplanmasıdır. Kanamanın ilk başlarında bireyin kısa süreli bilinci açık olabilir, ancak hematom büyüdükçe hızla artan bir bilinç kaybı söz konusu olur. Kanama sonucu kafa içi basıncı artar ve acil olarak boşaltılmazsa herniasyon gelişir, tablo ölümle sonuçlanabilir. Bireyde başağrısı, jeneralize nöbet, kusma, hemiparazi, pupil

dilatasyonu, dispne, takipne görülebilir (Chalmers ve ark. 2000, Çerezci 1995, Parker 1995)

d) Supdural Hematom: Ven kaynaklı bir kanamadır, bu nedenle epidural kanamaya göre daha yavaş ilerler. Kan dura ile araknoid arasında toplanır. Araknoid tabakaların beyin ile ilişkisinden dolayı supdural hematomlar beyinde ani ve direkt basınç yaratır (Berker 2000, Chalmers ve ark. 2000, Çerezci 1995, Karadakovan 1993, Parker 1995).

3. SVH için RİSK FAKTÖRLERİ

SVH'a yol açan risk faktörlerinin çoğu önlenabilir olduğu için, bu risk faktörlerini ve uygun önlemleri belirlemek, SVH sıklığını azaltmada önemlidir (Memiş 2000). SVH bakımında en önemli adım olarak tanımlanan SVH nedeninin belirlenmesi, tekrarlı SVH'ın önlenmesinde en önemli yoldur (Bulman 2001, Çerezci 1995, Chalmers ve ark. 2000, Ingall 2001). Risk faktörlerinin tanımlanması ve değiştirilmesi ile her yıl SVH'dan ölen ya da hastalanan kişilerin sayısında önemli bir azalma görüldüğü belirlenmiştir (Ralph 2001, Sacco 1998). Hastalığın risk faktörleri kontrol altına alınabilenler ve alınamayanlar olarak 2 grupta incelenebilmektedir.

I. Kontrol Altına Alınamayan Risk Faktörleri: Yaş, cinsiyet, ırk, kalıtım bu grupta yer almaktadır.

a) Yaş: SVH'ın en kuvvetli belirleyicisidir. SVH'ın görülme sıklığı ölüm oranı yaşla birlikte artmaktadır. 55- 59 yaş grubunda %5 dolayında olan SVH riski, 80-84 yaş grubunda %25'e çıkar. 80 yaşında bir insanın SVH geçirme olasılığı, 50 yaşındaki bir insana göre 3 kat daha fazladır (Çerezci 1995, Dincher 1999, Eser 1999, Smeltzer ve Brenda 2000, www.amaassn.org). Ayrıca yaşın, SVH'da prognozu etkilediği ve SVH geçiren bireyin yeniden eski fonksiyonlarını kazanması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde bağımsız bir değişken olarak etkili olduğu saptanmıştır (Berker 2000, Hoeman 1996, Nakoyama 1994).

b) Cinsiyet: Erkeklerde SVH görülme oranı, kadınlardan %20 daha yüksektir. Bu ilişki menapoza kadar korunur. Menapoza girmiş ileri yaş kadınlarda SVH insidansı erkeklerden fazladır (Eser 1999, Memiş 2000, Ingall 2001).

c) *Irk*: SVH insidansı ve mortalitesi, siyah ırkta beyaz ırka göre daha yüksektir. Afrika kökenli Amerikalılarda SVH'a yatkınlık daha fazladır (Dincher 1999, Lewis ve ark 2001). Irk gruplarında SVH nedeniyle ölümler arasındaki sayısal farklılık, çoğunlukla hipertansiyon prevalansına bağlanmıştır (Dincher 1999, Kahramantürk 1995).

d) *Genetik Faktörler*: SVH'da genetik faktörler, bir risk faktörü olarak kabul edilse de konuyu belirleyen detaylı çalışmalar yoktur (Ralph 2001, Ingall 2001).

II. Kontrol Altına Alınabilen Risk Faktörleri: Hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, yüksek hematokrit düzeyi, yüksek fibrinojen düzeyi, obesite, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve oral kontraseptif kullanımı bu grupta yer alan risk faktörleridir (Keen ve Swearingen 1995, Memiş 2000, Ralph 2001, Sacco 1998).

a) *Hipertansiyon (HT)*: HT, SVH için en büyük risk faktörüdür ve kontrol altına alınması SVH'ın önlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. HT'lu bireylerde SVH görülme oranı 4 kat fazladır (Smeltzer ve Brenda 2000). HT, doğrudan arterioskleroza neden olarak infarkta yol açabilmekte, arterioller mikroanevrizma meydana getirerek intraserebral kanamalar oluşturabilmektedir (Chalmers ve ark. 2000, Kahramantürk 1995).

b) *Diyabetes Mellitus (DM)*: DM, SVH için ana risk faktörlerindedir. DM olan kişilerde SVH görülme oranı 2 kat fazladır. Özellikle DM'un yol açtığı mikrovasküler komplikasyonların ortaya çıkması SVH'a yatkınlığı artırır (Keen ve Swearingen 1995, Ingall 2001, Şahinoğlu 1992). DM yalnızca SVH riskini artırmakla kalmaz, SVH'a bağlı hastanede kalma süresini ve ölüm oranını da artırır (Eser 1999, Dincher 1999, Jorgensen 1994).

c) *Kalp Hastalıkları*: Kalp ile ilgili patolojiler SVH'a yatkınlığı artıran durumlar içinde HT'den sonra ikinci sırayı alır. Bunlar arasında kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, atriyel fibrilasyon ve diğer ritm bozuklukları bulunmaktadır. Bunların tek ya da birlikte bulunması SVH riskini 2-8 katına çıkarabilmektedir (Chalmers ve ark. 2000, Zenbilci 1995).

d) *Hiperlipidemi*: Yüksek kan lipit düzeyi ile SVH arasındaki ilişki tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (Ralph 2001). Yapılan bir prospektif gözlem

çalışmasında 16 yıl takip edilen SVH'lı bireylerde lipit düzeyi ile SVH arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, yaş gruplarına göre incelendiğinde ise, 45 yaşına kadar olan kişilerde güçlü bir ilişkinin olduğu gözlenmiştir (Eser 1999, Sherman 1997).

e) Yüksek Hematokrit Düzeyi: Hematokrit düzeyinin artması, kanın viskozitesini artırır. Arterioskleroz gibi durumların varlığında hematokrit düzeyinin yüksek olmasının önemi giderek artar. Framingham çalışmasında, artan hematokrit düzeyi ile serebral infarkt arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Eser 1999, Kahramantürk 1995, Ralph 2001).

f) Yüksek Fibrinojen Düzeyi: Fibrinojenin plazma viskozitesini artırarak, tromboz oluşumunu kolaylaştırdığı ve SVH riskini artırdığı düşünülmektedir. Buna ek olarak sigara-alkol kullanımı, ileri yaş ve obezite bu riski artırmaktadır (Eser 1999, Dincher 1999).

g) Obezite: Obesitenin tek başına SVH oluşumunda etkisi yoktur. Ancak obezite, kan lipitlerini ve kan basıncını artırıcı etkiye sahip olduğu için SVH'da risk faktörü olarak tanımlanır. Whitehall çalışmasında, beden kitle indeksi ile SVH arasında yakın ilişki saptanmıştır (Çerezci 1995, Sherman 1997).

h) Sigara Kullanımı: Sigara her yaşta ve her cinste SVH riskini %50 artıran önemli bir risk faktörüdür. Sigara tüketiminin fazlalığı ile SVH riski arasında paralellik mevcuttur. Framingham çalışması sonuçları da bu bilgiyi doğrulamaktadır (Chalmers ve ark. 2000, Kahramantürk 1995, Ralph 2001, Sacco 1998).

ı) Alkol kullanımı: Alkol alımı kan basıncını artırdığı için, SVH'da risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalar çok miktarda alkol alanlarda SVH riskinin iki kat arttığı saptanmıştır (Çerezci 1995, Tuğcu 1998).

i) Oral Kontraseptif (OKS) Kullanımı: OKS kullanımı, sıklıkla serebral infarkt riskini artırır. Bu tür ilaçların trombosit agregasyonunu artırarak SVH gelişimine neden olduğu bilinmektedir (Tuğcu 1998).

4.SVH'da TANI YÖNTEMLERİ

SVH'nin tanımlanması için kullanılacak birçok tanı yöntemi vardır. Her bir SVH türünün belirlenmesi için uygulanacak tanı yöntemi farklılık göstermektedir. Genel olarak kullanılan tanı yöntemleri şunlardır:

I. Anamnez (öykü)

II. Genel fizik muayene

III. Genel nörolojik muayene

IV. Laboratuvar ve Radyolojik incelemeler (Black 1997, Chalmers ve ark. 2000, Şahinoğlu 1992).

I. Anamnez: Birey ve yakınlarından alınan ayrıntılı anamnez, hastalığın risk faktörünü tanımlamak için önemlidir. Bununla birlikte, nörolojik değişimlerin sorgulanması, hastalığın seyrinin ve gelişmelerin izlenmesi, SVH tipinin ayırt edilmesini kolaylaştırır (Smeltzer ve Brenda 2000, Şahinoğlu 1992).

II. Genel Fizik Muayene: Yaşam bulgularının değerlendirilmesi başta olmak üzere, bireyin tüm sistem muayeneleri ayrıntılı olarak yapılmalıdır (Rice 1995, Smeltzer ve Brenda 2000). Kan basıncı ve nabız takibinin yapılması, özellikle ölçümlerin her iki koldan ayrı ayrı yapılarak farklılıkların belirlenmesi önemlidir. Belirlenen anlamlı farklılıklar, arcus aorta darlığının göstergesidir. Boyun damarlarının palpasyonu ve oskültasyonu tanıda yol göstericidir (Chalmers ve ark. 2000, Rich 1996).

III. Nörolojik Muayene: İyi bir nörolojik muayene, SVH tipi ve lezyonun lokalizasyonunun belirlenmesinde önem taşır. Bu şekilde nedenlerin ortaya çıkarılması ve tedavi planının düzenlenmesinde kolaylık sağlamış olur. Bireyde varolan fonksiyonel, algısal, duyuşsal kayıpların ve bağımlılık düzeyinin saptanması bakımın planlanmasında önemli bir girişimdir (Lewis ve ark. 2001, Şahinoğlu 1992).

IV. Laboratuvar ve Nörolojik İncelemeler:

a) Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT): Tümör, abse, intraserebral kanama, supdural ve suparaknoid kanama gibi durumların ayırımı için gerekli bir yöntemdir.

b) *Magnetik Rezonans (MR)*: İskemik ve hemorajik lezyonların görüntülenmesinde yararlıdır. Beyin sapı lezyonlarının incelenmesinde sık kullanılır.

c) *Lomber Ponksiyon (LP)*: LP uygulaması sıklıkla SVH'nin türünün belirlenmesini sağlar. İskemik SVH'da Beyin Omirilik Sıvısı (BOS) normaldir. Hemorajik SVH'da ise BOS eritrosit içermektedir.

d) *Beyin Sintigrafisi*: Bu yöntem infarktüs alanında aktivite artışının görüntülenmesini sağlar. Aktivite artışı genellikle SVH'dan 4-5 gün sonra meydana gelmektedir. Bu nedenle işlem için bu süre beklenebilmektedir.

e) *Doppler-ultrasonografi*: Ekstrakranial ve intrakranial damar yapıları ve kan akımı hakkında bilgi verir.

f) *Serebral Anjiyografi*: Beyin damarlarında varolan patolojik durumların görüntülenmesini sağlar (Chalmers ve ark. 2000, Rice 1995, Keen ve Swearingen 1995, Şahinoğlu 1992).

g) *Elektrokardiyografi (EKG)*: Özellikle atrial ritm bozukluğu ve geçirilmiş miyokard infarktüsü gibi bulguların saptanmasında etkilidir (Memiş 2000).

5. SVH'da GÖRÜLEN BELİRTİ ve BULGULAR

Nörolojik bulguların niteliği, SVH'nin tipine (infarkt ya da kanama), etkilenen beyin bölgesine ve lezyon alanının büyüklüğüne bağlıdır (Memiş 2000). SVH nedeni ile etkilenen beyin alanına bağlı olarak, fiziksel ve mental yetersizlikler hafif veya şiddetli olabilir. Bireyde belirtiler, baş dönmesi ve konfüzyondan, duyuşsal kayba, felce hatta ölüme kadar sıralanabilir (www.stanford.com, www.amaassn.org). SVH'nin birey üzerinde oluşturduğu etkiler yaygın olarak şunlardır:

- Vücudun bir bölümünde kuvvetsizlik (hemiparazi), uyuşukluk (hemiparestezi), güç kaybı (hemipleji)
- Denge ve koordinasyon bozukluğu
- Geçici bulanık görmeden, kısa süreli körlüğe kadar değişen bir veya iki gözde görme bozukluğu
- Konuşma ve anlama bozukluğu
- Vücudun bir tarafındaki duyu kayıpları
- Yutma güçlüğü

- Barsak ve mesane kontrolünde bozukluk
- Baş dönmesi, bulantı- kusma
- Hafıza, düşünme ve öğrenme ile ilgili kayıplar
- Günlük Yaşam Aktivitelerini yerine getirmede güçlükler (Aştı ve Kaya 2002, Memiş 2000, Hoeman 1996, Smeltzer ve Brenda 2000, Vytralingam 2001).

SVH hangi nedenle olursa olsun, etkilenen beyin bölümlerinde spesifik, bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel fonksiyon kayıplarına neden olur. Beyin alanının sağ veya sol bölgesinin etkilenmesi, birey üzerinde farklı etkilere yol açmaktadır.

I. Sol Hemisfer: Beyin sol hemisferi, vücudun sağ tarafının duyu ve motor fonksiyonlarından sorumludur. SVH yol açan patoloji beynin sol hemisferinde meydana geldiyse bireyde görülen belirtiler şunlardır:

- Vücudun sağ tarafında paralizi (sağ hemipleji)
- Sağ duyu alanlarında kayıplar
- Bir davranışın spontan olarak yapılabilmesine rağmen, yapılması ya da tekrar edilmesi istendiğinde davranışı yapmada yetersizlik yaşanması (apraksi)
- Yavaşlamış, dikkatli davranış
- Hesap yapma ve analitik düşünmede yetersizlik
- Konuşma ve ifade bozukluğu. 3 şekilde görülür. Bunlar:
 1. Dili anlama yetersizliği (wernike afazi)
 2. Dili uygun şekilde anlatma yetersizliği (broke afazi)
 3. Anlatma ve anlama yetersizliğinin bir arada olması (global afazi) (Dincher 1999, Memiş 2000, Lewis ve ark. 2001, Smeltzer ve Brenda 2000).

II. Sağ Hemisfer: Beyin sağ hemisferi, vücudun sol tarafının duyu ve motor fonksiyonlarından sorumludur. SVH'a yol açan patoloji beynin sağ hemisferinde meydana geldiyse bireyde görülen belirtiler şunlardır:

- Vücdun sol tarafında paralizi (sol hemipleji)
- Sol duyu alanlarında kayıplar
- Uzaysal- algısal kayıplar
- Artmış dalgınlık
- Karar vermede yetersizlik
- Sol mekana yönelememe ve sol vücut yarısını tanıyamama (sol mekan ihmal) (Dincher 1999, Memiş 2000, Lewis ve ark. 2001, Smeltzer ve Brenda 2000).

6. SVH'da TEDAVİ ve BAKIM

SVH'lı bireyin tedavi ve bakımı multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirir (Dincher 1999, Memiş 2000). SVH tedavisi, bireyin acil servise başvurduğu andan itibaren başlamalıdır (Wames 2000). SVH'lı bireylerin prognozu, tıbbi veya cerrahi tedavi yaklaşımlarının hızlı ve uygun şekilde planlanmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Tedavide en önemli basamak, bu bireylerin zaman kaybedilmeden hastaneye ulaştırılmasıdır. SVH'lı bireyler ister hemorajik, ister iskemik olsun hemen hastaneye yatırılmalıdır (Durna ve Krespi 2003). Genel olarak SVH tedavisinde uygulanan 3 tedavi yöntemi vardır. Bunlar:

- I. SVH'ın önlenmesi
- II. SVH'ın akut tedavisi
- III. Rehabilitasyon tedavisi (Aştı ve Kaya 2002).

I. SVH'ın Önlenmesi

SVH'ın önlenmesinde en önemli nokta, SVH'a yol açan risk faktörlerinin değiştirilmesidir. Bununla birlikte, antitrombosit ve lipid düşürücü ilaçların kullanılmasında primer önlem için etkilidir (Ingall 2001).

II. SVH'ın Akut Tedavisi

SVH'ın akut döneminde bireyler hemen hastaneye yatırılmalıdır. Bireyin yatırılacağı ünite, SVH konusunda uzmanlaşmış hekim, hemşire ve sağlık personelinin içermelidir. Nitekim yapılan araştırmalarda, multidisipliner bakım verilen

ünitelerdeki bakım sonucunda, akut dönemde mortalite oranının düştüğü ve uzun vadede bireylerin bağımlı yaşama oranlarının azaldığı belirlenmiştir (Durna ve Krepsi 2003, Kalra 1994, Memiş 2000).

a) Genel Tedavi

SVH'ın akut tedavisinde alınacak genel önlemler şöyledir:

Hava yolu açıklığının sağlanması: Hava yollarının aspire edilmesi ve sekresyonların temizlenmesi, bu amaca yönelik önemli uygulamalardır. Gerekli durumlarda birey entübe edilebilir.

Aspirasyonun önlenmesi: Uygun pozisyon verme, kusmanın önlenmesi, NG tüp takılması ve ilk 24 saat için beslenmenin durdurulması bu amaca yönelik önemli girişimlerdir.

Hipoksi ve hiperkapninin önlenmesi: Hava yollarının açıklığının sağlanması, oksijen tedavisi başlanması ve hatta gerekli ise mekanik ventilasyon ile oksijen saturasyonun %90'ın üzerinde tutulması gerekmektedir.

Kan basıncının kontrolü: Kan basıncının hızla düşürülmesi, serebral perfüzyonun azalması ve nörolojik defisit artmasına neden olacağı için, ilk 72 saat süresince sakıncalıdır. Bu süre içinde kan basıncı dikkatle izlenmeli, kendiliğinden düşme sağlanamazsa uygun tedavi planlanmalıdır.

Kardiyak izlem: Özellikle akut dönemde, kardiyak durumun izlenmesi, önceden varolan kardiyak hastalığın izlenmesi ve mümkünse önlenmesi açısından kardiyak izlem önemlidir (Berker 2000, Dincher 1996, Durna ve Krepsi 2003).

b) Spesifik Tedavi

Uygulanan genel tedaviden sonra, stabilize edilmiş birey için bundan sonraki basamak SVH'ın tipine göre uygun spesifik tedavinin uygulanmasıdır. Spesifik tedavi iskemik ve hemorajik SVH için farklı yaklaşım gerektirmektedir (Durna ve Krepsi 2003).

İskemik SVH Tedavisi

1. Trombolitik Tedavi: Akut SVH tespit edilir edilmez, bireyin doku plazminojen aktivatörü (tPA) ile tedaviye uygunluğuna karar verilmelidir. Birey ve

yakınlarına, tedavini yararları ve riskleri hakkında bilgi verilir ve tedavi onlarca onaylanırsa, 0,9 mg/kg ve 90 mg'ı aşmayan dozda Intravenöz (IV) tPA tedavisine başlanır (Berker 2000, Smeltzer ve Brenda 2000). Bu tedavi SVH'nin ilk 3 saatinde rutin tedavi seçeneği olarak kabul edilmiş durumdadır (Durna ve Krepsi 2003). Trombolitik ajanların etkinliğini belirlemek için yapılan çalışmalarda, SVH'nin oluşturduğu hasarı %50 oranında azalttığı bulunmuştur (Andreali 1995, Easton 1998). Trombolitik tedavinin en önemli yan etkisi, beyin kanama riski ve buna bağlı ölüm riskini artırmasıdır. Bu nedenle, tedavi kontrendikasyonları dikkatle gözden geçirilmelidir (Durna ve Krepsi 2003, Keen ve Swearingen 1995).

2. *Antiagregan Tedavi:* Antiagregan ilaçlar trombositlerin yapışma ve kümeleşme özelliklerini etkilerler. En çok kullanılan ve etkisi en iyi bilinen aspirindir. Aspirin, siklooksijenaz enzimini inhibe ederek, trombositlerde kümeleşmeyi sağlayan tromboxan A₂ yapımını azaltır. Günde tek doz 160-300 mg. verilmesi uygundur. Aspirin tedavisine başlanmadan önce BT ile hemorajik SVH riski ekarte edilmelidir. Antiagregan tedavi uygulanan bireylerde ilk haftalarda ölüm oranı ve bağımlı olma riski azalmaktadır (Black 1997, Durna ve Krepsi 2003, Easton 1998, Zenbilci 1995).

3. *Antikoagulan Tedavi:* Antikoagulan tedavisi amacıyla en sık heparin kullanılmaktadır. Heparin, antitrombin 3'e bağlanarak trombinin nötrale eder. Acil antikoagülasyon sağlamak için ilk tercih edilen ilaçtır. Pıhtılaşma zamanı (PT) ve parsiyel tromboplastin zamanına (PTT) bakıldıktan sonra 5000-10000 ünite IV yol ile verilir. Bunu saatte 1000-2000 ünite heparin gidecek şekilde infüzyon tedavisi izler. PTT normal değerinin 1,5-2 katına çıkınca heparin kesilmelidir (Dincher 1996, Oğul 2000, Smeltzer ve Brenda 2000, Zenbilci 1995).

4. *Cerrahi Tedavi:* Geniş serebral infarktı olan birey, kitle etkisi ve beyin sapı basısına bağlı olarak hızlıca kaybedilebilir. Bu durum acil nöroşirurjik girişim gerektirir (Durna ve Krepsi 2003).

Hemorajik SVH Tedavisi

Akut kanayıcı SVH'da etkinliği gösterilmiş spesifik bir tedavi yoktur. Cerrahi yaklaşımların tedavide etkinliği araştırılmaktadır. Serebral SVH da olduğu gibi, kanamalarda da acil nöroşirurjik girişim hayat kurtarıcı olabilir (Durna ve Krepsi

2003). Kanama geçiren bireyler için en uygun yaklaşım 3-6 hafta kesin yatak istirahatıdır. Bu süre boyunca birey bütün fizik ve emosyonel zorlanmalardan korunmalıdır (Parker 1995, Zenbilci 1995).

III. SVH'da Rehabilitasyon

SVH, bireyde yol açtığı ciddi sınırlılık ve yetersizlik nedeni ile rehabilitasyon gerektiren önemli bir sağlık sorunudur (Conchion 1994, Lewis ve ark. 2001).

Rehabilitasyon yaklaşımında genel amaç;

- Akut dönemde komplikasyonları önlemek.
- Nörolojik yetersizlikleri ve deformiteleri azaltmak.
- Bireyin en üst düzeyde bağımsızlık kazanmasını sağlamak.
- Sosyal ve fiziksel uyumu sağlamak (Akdemir 1996, Lewis ve ark. 2001, Sucuoğlu 1997).

SVH geçiren bireyin rehabilitasyonu, akut dönemde tıbbi problemlerin belirlenip, giderilmesi ile başlar ve insan hayatının tüm yönlerini içine alır. Bireyi Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)'nde bağımsız kılmak, ailesi ve sosyal çevresi ile bütünleşmesini sağlamak ve tüm bunlarla bireyin yaşam kalitesini artırmak, rehabilitasyon tedavisinin ana amaçlarıdır. (Aytış1998, www.nurseweek.com, Vytralingam 2001). Rehabilitasyon girişimlerine SVH tanılandıktan hemen sonra başlanmalı ve taburculuktan sonra bireyin bağımsızlığını kazanması için devam edilmelidir (Aştı ve Kaya 2002, Hoeman 1996, Wames 2001, www.st.vincent.org.).

Erken ve iyi yönetilen bir SVH rehabilitasyonu, bireyin taburculuk sonrası tekrar iletişime girebildiğini ve iyi bir yaşam kalitesine ulaştığını göstermektedir (Ferucci ve ark. 1993, Hoeman 1996). Bununla birlikte uygun rehabilitasyon programı ile, bireylerin iyileşme sürelerinin kısaldığı, hastane bakım gereksinimlerinin azaldığı, topluma daha kolay kazandırıldığı ve komplikasyonların daha az düzeyde görüldüğü belirlenmiştir (Şahinoğlu 1992, Vytranlingam 2001, Wames 2001, Zorowitz 2001, www.st.vincent.org., www.stanford.hosp.com.).

SVH'a bağlı gelişen nörolojik sekellerin rehabilitasyonunda amaç; bireyi fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik ve mesleki yönden en iyi fonksiyonel kapasiteye ulaştırmak, bağımlılığı azaltarak, üretken duruma getirmektir (Dincher 1999,

Hoeman 1996, Üstün 1994, Vytranlingam 2001). Bu amaca ulaşmak için temel prensip, rehabilitasyon yaklaşımının interdisipliner şekilde sunulması ve bireyin bakımında sürekliliğinin sağlanmasıdır. İnterdisipliner yaklaşım, toplumda rehabilitasyon kaynaklarının belirlenmesi ve bireyin fiziksel, kognitif, emosyonel yetersizlikleri ile baş etmesini kolaylaştırmak için belirlenen katılımcılardan oluşan bir ekip ile sağlanır (Zorowitz 2001, www.nurseweekce.com, www.stvincent.org.) .

Rehabilitasyon ekibi birey için belirlenen hedeflere ulaşmak için birlikte çalışır. Ekip üyelerinin işbirliği içinde çalışması, birey ve aile katılımı ile amaçların belirlenmesi önemlidir. Çünkü, kişinin ailesi rehabilitasyonda önemli bir role sahiptir (Aştı ve Kaya 2002, Dincher 1999, Lewis ve ark. 2001, www.nurseweekce.com).

Rehabilitasyon ekibinin en önemli görevi, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısını inceleyerek, onlara en uygun tedavi programının hazırlanmasıdır. Ekibin bütün elemanları kendi alanlarındaki özel tedavi ve eğitim çalışmalarının yanı sıra takımın diğer elemanları ile de işbirliği yaparak bireyi rehabilite ederler. Rehabilitasyon ekibi doktor, rehabilitasyon hemşiresi, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma- dil terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve psikologdan oluşmaktadır (Çerezci 1995, Smeltzer ve Brenda 2000).

Rehabilitasyon Ekip Üyeleri

Doktor: Alanında özelleşmiş fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, nöroloji uzmanı, geriatrist ve aile hekiminin, rehabilitasyonun planlanmasında etkin rolü bulunmaktadır.

Rehabilitasyon hemşiresi: Hemşire, başarılı bir rehabilitasyonun planlanmasında anahtar role sahip kişidir (Lewis ve ark. 2001, Parker 1995). Bakımda amaç; bireyin sadece bireysel bakımını sağlamak değil, sakatlık ya da yetersizlik ile birlikte yaşam kalitesinin yükseltmektir. Rehabilitasyon hemşiresinin önemli sorumluluğu, bireye GYA'ni kendisinin yapabilmesi için destek ve cesaret sağlamak ve bağımsızlığını artırmaktır (Black 1997, Karadakovan 1993, Lewis ve ark 2001, Mark 1998).

Uğraşı terapisti: Bireye GYA ve günlük işlerini yerini getirebilmesi için cesaret verir ve yapamadığı aktiviteler için destek olur.

Konuşma-dil terapisti: Okuma, yazma, konuşma ve anlamayı içeren iletişimin tüm yönlerini değerlendirir ve dil kullanma becerilerinin geliştirilmesinde bireye yardımcı olur.

Sosyal hizmet uzmanı: Mali kararlara yardım ve destek sağlar. Bireyin evine ve yeni yaşamına dönmesini kolaylaştırıcı planlamalar yapar.

Psikolog: Bireyin mental sağlığı ile ilgilenir. Yaşanan psikolojik sorunlar üzerine odaklanır ve bireyin bu sorunlarla uygun baş etmesine yardımcı olur. (Aştı ve Kaya 2002, Dincher 1999, Lewis ve ark. 2001, Mark 1998, Zorowitz 2001, www.stvincent.org.)

7. SVH'da HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

SVH, iyi bir gözlem, sürekli değerlendirme ve kapsamlı bakım gerektiren bir hastalıktır (Memiş 2003). SVH'da hemşire bireyin değerlendirilmesi, bakımın planlanması ve uygulanmasında anahtar role sahiptir (Berker 2000, Hoeman 1996, Lewis ve ark. 2001). Hemşirelik bakımının iyi yönetilmesi, iyi bir değerlendirme süreci ve uygun aktivitelerin planlanması ile mümkündür. Bakım uygulamaları planlanırken, bireyin tıbbi ve nörolojik durumu, hastalığın şiddeti, kişide varolan fonksiyonel ve kognitif yetersizliklerin düzeyi dikkate alınmalıdır (Berker 2000, Black 1997, Smeltzer ve Brenda 2000).

Hastalığın akut döneminde amaç; yaşamsal gereksinimleri karşılamak ve ileri beyin hasarını önlemektir (Sucuoğlu 1997). Hemşirelik bakımında en zorlu dönem, akut dönemi atlatan bireye kalan yeteneklerinin hepsini kullanabilmeyi öğretme sürecidir. Bu süreçte amaç ise; varolan tüm kaynak ve desteklerin tanımlanması, bireyin öz bakım yeteneklerinin artırılması ve GYA'nde olabildiğince bağımsız olmasının sağlanmasıdır (Bulman 2001, Sucuoğlu 1997, www.nurseweekce.com). Çünkü SVH'da hemşirelik aktiviteleri bireye öz bakım aktivitelerini öğretme yolu ile GYA'nde bağımsızlığın sağlanmasına odaklanmıştır (Rice 1995).

I. SVH ve Günlük Yaşam Aktiviteleri'nin Sürdürülmesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), yaşamın sürdürülebilmesi için bireyin hayatı boyunca yerine getirdiği aktivitelerdir. GYA, hemşirelik uygulamalarının temel ögesi olan, koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlara odaklanır (Potter ve Perry 2001, Roper 1987, www.nurseweekce.com).

Roper, Logan ve Tierney, hemşireliği hastalık durumunun tedavisinden çok, GYA ile ilgili sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesi olarak algılamışlar ve sağlıklı bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik aktiviteleri 12 gruba ayırmışlar, bunları GYA olarak tanımlamışlardır. Bu aktiviteler:

1. Birey ve çevresinin güvenliğinin sağlanması.
2. İletişim.
3. Solunum.
4. Yeme-içme.
5. Boşaltım
6. Kişisel temizlik ve giyim.
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket etme
9. Çalışma ve eğlence
10. Cinselliği ifade etme
11. Uyku
12. Ölüm (Biol 2000, Hoeman 1996, Potter ve Perry 2001, Roper 1987, Sucuoğlu 1997).

Beslenme, boşaltım, giyinme, kişisel bakım ve hareket etme gibi öz bakım davranışları GYA olarak değerlendirilirken, evden dışarı çıkabilmek, yemek yapmak, ev işlerini yapabilmek ve sosyal aktivitelere katılmak gibi daha karmaşık işler ise, Enstrumantel GYA olarak nitelendirilir (Sucuoğlu 1997). Bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki bağımsızlıklarını belirlemek amacıyla kullanılan Barthel GYA Skalası'nda yer alan GYA; yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik, giyim, ve hareket etmeyi kapsamaktadır (Hoffman ve ark. 2003, Langhammer ve Stanghelle 2000, Sucuoğlu 1997).

SVH geçiren birey genellikle GYA'ni yerine getirmede isteksizlik ve güçlük yaşar. Bireylerin GYA'ni yapabilir hale gelmeleri, öz bakım becerilerinin yeniden gözden geçirilmesi ve kaybolan yetilerin tekrar kazandırılması ile mümkündür (Zorowitz 2001). Tüm bunların sağlanmasında hemşirenin rolü büyük önem taşımaktadır.

Hareket Etme

SVH, değişik düzeylerde fonksiyonel hareket yetersizliğine neden olabilir. Bireylerde yaşanan güçsüzlük genellikle beynin etkilenen hemisferi ile ilgilidir (Dincher 1999). Her iki vucut alanında olabilecek güçsüzlük bireyin beslenme, boşaltım, bireysel hijyen, çalışma ve eğlence aktivitelerini etkileyebileceği için oldukça önemlidir (Rice 1995, Sucuoğlu 1997).

Hareket etmede yetersizlik yaşayan bireyin tedavisinde amaç; bağımsızlık düzeyini ve GYA'ne katılım yeteneğini artırmaktır (Aştı ve Kaya 2002, Dincher 1999, Lewis ve ark. 2001). SVH sonrası, hareketliliğin geri kazanılması için geçen süre saatlerden aylara dek sürebilir. İyileşmenin her sürecinde yapılan hemşirelik girişimleriyle bireyin hareket için sürekli teşvik edilmesi, bağımsızlık düzeyinin artırılmasında önem taşımaktadır (Berker 2000, Black 1997, Dincher 1999).

Hemipleji ya da parapleji nedeni ile hareket kısıtlılığı yaşayan bireyler, kontraktür, basınç ülseri, pnomoni, tromboz ve konstipasyon gelişimi için risklidir. Bireyler hareket etme yeteneklerini kazanmaya başladıklarında olası riskleri önleyebilmek için gerekli önlemlerin alınması, birey ve yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesi gereklidir (Black 1997, Hoeman 1996, Sucuoğlu 1997). Pozisyon değiştirme, eklemlere Range of Motion (ROM) egzersizleri, erken mobilizasyon bu tür komplikasyonların önlenmesinde yardımcı olabilir. Bireyin aktivite düzeyi tıbbi ve nörolojik durumu stabil olur olmaz artırılmalı ve hastanede kaldıkları sürece uygulanan hareket programlarının önemli olduğu birey ve ailesine anlatılmalıdır. Taburcu olduktan sonra öğretilen hareketlerin bıkmadan tekrarlanması gerekliliği üzerinde önemle durulmalıdır (Dincher 1999, Sucuoğlu 1997, Vytralingam 2001 www.nurseweekce.com).

Erken dönemde hareket etmeye başlamak, yalnızca komplikasyonları azaltmaz, aynı zamanda bireyin iyi olma duygusunu da artırır (Berker 2000, Smeltzer ve Brenda 2000). İlk başlangıçta yalnızca bir taraftan diğer tarafa dönme ve yatak içinde hareket etme ile başlanmalı, eğer birey tolere edebiliyorsa aktivite düzeyi yavaş yavaş artırılmalı, kademeli olarak yatak içinde oturma, yataktan tekerlekli sandalyeye geçme ve yürüme aktiviteleri için desteklenmelidir. Yürüme egzersizine etkilenmiş taraf üzerinde denge sağlandıktan ve yataktan sandalyeye geçiş başarıldıktan sonra başlanmalıdır. Birey ayakta iken denge sağlanınca genellikle yürümeye hazırdır. Yürümeyi kolaylaştırmak ve yürüme bozukluklarını önlemek için, destekleyici ve yardımcı araçlar kullanılabilir. Bu araçlar yürüme sırasında sarf edilen enerjiyi azaltır ve erken mobilizasyonu sağlar (Hoeman 1996, Smeltzer ve Brenda 2000, Vytranlingam 2001).

Gompertz'in belirttiğine göre; İntredavik ve ark.(1999)'nın yaptıkları çalışmada, SVH ünitesinde hemşireler tarafından başlatılan erken mobilizasyonun, bireyin genel iyilik düzeyini artırdığı ve iyileşme süresini kısalttığı belirlenmiştir (Gompert 2002). Bu tür aktivitelerin ev ortamında devamını sağlamak için, ev ortamı bireyin hareketlerini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmeli, yer döşemeleri düşmelerine neden olmamalıdır (Rice 1995, Vytranlingam 2001).

Beslenme

SVH ile ilgili bazı yetersizlikler, bireyin beslenme gereksiniminin karşılanmasında zorluklara neden olur. SVH olan bireyde lezyonun yerine göre yutma ve yemek yeme fonksiyonu etkilenebilir (Berker 2000, Williams ve ark. 2002). Bu nedenle hemşire bireyin beslenmeye ilişkin yeteneklerini, beslenme durumunu, kişisel tercih ve gereksinimlerini değerlendirmelidir. Uygun beslenme gereksinimlerin karşılanmasında diyetisyenle işbirliği yapılması önemlidir (Lewis ve ark. 2001, Wames 2001).

SVH sonrası görülen en önemli sorunlardan biri disfaji ve buna bağlı gelişen besin aspirasyonudur. Bu nedenle birey oral almaya başladığı ilk denemesinde yutma ile ilgili sorun yaşıyorsa, yutma yeteneği sürekli değerlendirilmeli ve aspirasyon için risk faktörleri tanımlanmalıdır (Berker 2000, Williams ve ark. 2002,

Zorowitz 2001). Dincher'in belirttiğine göre; Smithard ve ark. (1996)'nın yaptığı bir çalışmada, SVH geçiren bireylerde disfaji oranını %25-47, disfajiye bağlı aspirasyon oranını ise %51-73 olarak belirlemişlerdir (Dincher 1999). Besin aspirasyonunu önlemek için, disfaji düzelinceye kadar yumuşak besinlerin tercih edilmesi, sert besinlerin ise yumuşatılarak verilmesi gerekmektedir (Gauwitz 1995, Negus 1994, www.med.com).

Süt, ayran gibi sıvı gıdalarla beslenmeye başlanması, disfaji nedeni ile aspirasyon olasılığını artırdığı için tehlikeli olabilmektedir. Böylesi olumsuz bir deneyimle başlamak moral bozucu olduğu için, bireyler yeni girişimleri denemekten korkarlar. Bu nedenle az sulandırılmış yoğurt, orta koyulukta çorba gibi yiyeceklerle başlamak oral alımı kolaylaştırabilir (Sucuoğlu 1997). Besin aspirasyonunun önlenmesi için, bireyin oturur pozisyonda beslenmesi, bu pozisyonu alamıyorsa başın 45° yükseltilmesi ve beslenme için daha uzun zaman tanınması diğer önemli girişimlerdir (Aştı ve Kaya 2002, Gauwitz 1995, Lewis ve ark. 2001, Wames 2001).

SVH geçiren bireylerde beslenme aktivitesini etkileyen diğer bir sorun, motor güçsüzlüktür. Birey besinleri kesme, bardağı ya da kaşığı tutmada zorluk ve besinleri ağızına ulaştırmada yetersizlik yaşayabilir. Eğer güçsüzlük özellikle bireyin kullandığı dominant elde ise bu zorluk daha yoğun yaşanacaktır (Berker 2000, Wames 2001). Bu nedenle bireye sabırla yaklaşılmalı ve kendi kendine beslenmesi için destek sağlanmalıdır. İlk günlerde bireyler tutma yetenekleri tam olarak gelişmediği için sıkıntı yaşayabilirler. Bunun normal olduğu ve beceriler geliştikçe bu sıkıntının azalacağı açıklanmalıdır. Aynı zamanda beslenmeyi kolaylaştıracak aletlerin kullanımı konusunda birey cesaretlendirilmelidir (Sucuoğlu 1997, www.med.com).

Glandman ve ark.(1993) SVH sonrası en kolay kazanılan aktivitenin beslenme olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle bireyin kendi kendine beslenmeye teşvik edilmesi ve cesaretlendirilmesi, eski becerilerin yeniden kazandırılması için sürekli eğitim ve danışmanlığın sağlanması oldukça önemli girişimler olarak kabul edilir (Berker 2000, Dincher 1999).

Tüm bunlarla birlikte, bireyin aldığı çıkardığının izlenmesi, uygun kalori ve besin desteğinin sağlanması, beslenme sırasında oluşabilecek komplikasyonların

önlenmesi için hemşirenin dikkatli olması, beslenmenin daha sağlıklı sürdürülmesini sağlayacaktır (Smeltzer ve Brenda 2000).

Bireysel Temizlik

Birey tıbbi ve nörolojik durumu uygun olduğu zaman, bireysel temizlik aktiviteleri için teşvik edilmelidir. İlk aşamada etkilenmeyen taraf üzerinde yapılan öz bakım aktivitelerinin uygulanması bireyin cesaretlenmesini sağlayacaktır. Saç tarama, diş fırçalama, elektrikli makine ile traş olma, günlük el-yüz temizliği, banyo yapma gibi aktiviteler, bireysel temizlik gereksinimlerinin karşılanmasında önemli aktivitelerdir (Black 1997, Hoeman 1996, Smeltzer ve Brenda 2000). Bireyin temizlik gereksinimini kendisinin yerine getirip getirememe durumu araştırılması, yardıma gereksinim duyulan noktalarda destek olunması gerekmektedir (Sucuoğlu 1997). Her ne kadar birey ilk önce eli işe yakışmaz gibi hissetse de, çeşitli motor yetenekler ancak tekrarlamalarla öğrenilebilir. Ayrıca bireysel temizlik için etkilenmeyen taraf kadar etkilenen tarafın kullanılması, destekleyici ve yardımcı cihazların kullanılması önemlidir (Berker 2000).

Yapılan birçok çalışmada banyo yapmanın en zor kazanılan aktivite olduğu belirlenmiştir (Gladman ve ark.1993, Granger ve ark.1993, Holmqvist ve ark.1993). Bu aktivitenin kolaylaştırılması için, banyoda düşmeleri önlemeye yönelik tutunabilecek parmaklıklar, orta yükseklikte iskemle, elle tutulabilen duş, kaymayan petler, uzun fırça gibi yararlı banyo cihazları kullanılabilir (Smeltzer ve Brenda 20000, www. Lifeathome.com). Elektrikli diş fırçası, elektrikli traş makinesi, uzun saplı tarak temizlik gereksiniminin karşılanmasında diğer yardımcı gereçlerdir. Aynı zamanda bireyin yapacağı uygulamalar için ev ortamının düzenlenmesi de önemlidir (Lewis ve ark. 2001, Rice 1995).

Giyim

Kendi kendine giyinmek, bağımsızlığın temel bir unsurudur. Temiz ve rahat bir şekilde giyinmek bireyin kendine olan güvenini artırır, beden imajını destekler. Gladman ve arkadaşları (1993) giyinmenin zor kazanılan bir aktivite olduğunu belirtmişlerdir. Giyinmede yaşanan zorlukların giderilmesinde birçok yol vardır.

Başın üzerinden giyilen elbiseler, sıkı kıyafetler, bacakları sıkı tutan pantolonlar giyinme aktivitesini zorlaştırabilir. Bunların yerine daha geniş, önden bağlamalı ya da yandan fermuarlı elbiseler tercih edilmelidir. Giyinme aktivitesi oturur pozisyonda yapılırsa, birey daha iyi denge sağlayacaktır. Aynı zamanda giyinme sırasında büyük bir ayna kullanımı hastanın etkilenen kısmının farkında olmasına yardım eder. Elbise önce etkilenen taraftan giymeye başlanmalıdır. Giyinme sırasında ayakkabı çekeceği, çorap çekeceği gibi aletlerin kullanımı giyinmeyi kolaylaştırır (Dincher 1999, Rice 1995, Smeltzer ve Brenda 2000, www.med.com).

Boşaltım

SVH sonrası karşılaşılan en sık sorunlardan biri boşaltımla ilgili sorunlardır. Bireylerde SVH'ı takiben sıklıkla idrar inkontinansı ve konstipasyon görülmektedir (Berker 2000, Hoeman 1996, Zorowitz 2001).

İnkontinans: İnkontinans istem dışı idrar kaçırmadır ve SVH'ın erken aşamalarında sık görülür. Beynin mesane fonksiyonunu düzenleyen alanında bir etkilenim varsa, birey mesane kontrolünde değişiklikler yaşayacaktır ve bazen değişim kalıcı olabilmektedir. Kalıcı olan uzun süreli inkontinans ileri düzeyde rehabilitasyon girişimleri ile giderilebilir (Lewis ve ark. 2001, Smeltzer ve Brenda 2000). Yapılan bir araştırma sonucunda SVH'dan sonra üriner inkontinansın %32-79 oranında görüldüğü belirlenmiştir. 235 kişiyi kapsayan bu çalışmada ilk değerlendirmede 95 hastada (%40), 3 ay sonra 34 (%19), 1 yıl sonra 23 (%15), 2 yıl sonra 12 (%10) hastada inkontinans saptanmıştır (Brittain 2001).

SVH sonrası görülen inkontinansın diğer önemli bir nedeni, bireyin alışık olmadığı şekilde ve uygun olmayan pozisyonda boşaltımının gerçekleştirilmesinden kaynaklanan idrar yapma güçlüğüdür. Yatak içinde boşaltımı karşılamak için kullanılan ördek ve sürgü, perianal kasların gevşemesini engellediği için bireyde sıkıntı ve rahatsızlıklara yol açacaktır. Mesanede biriken idrar, mesane distansiyonuna ve taşma inkontinansına neden olabileceği için hastalara genellikle idrar kateteri takılmaktadır. Ancak kateterin enfeksiyon oluşturma riski düşünülerek, hastanın durumu stabilleşince kateter çıkarılmalıdır (Black 1997). Mesane kateteri çıkarılmadan önce mesane eğitimi yapılması gerekmektedir. Bu eğitim normal

mesane fonksiyonunu kazanılmasına yardımcı olacaktır. İlk önce 2 saatlik aralarla kateter klempenir. 2 saat sonra klemp 15 dakika açık bırakılır. Süre sonra 3 saat, daha sonra 4 saat olmak üzere belirli aralıklarla uzatılır. Burada amaç, hastanın mesanesinde biriken idrarı hissetmesini sağlayarak, normal mesane fonksiyonunu kazanmasına yardımcı olmaktır (Black 1997, Sucuoğlu 1997).

Mesane kateteri çıkarıldıktan sonra idrara çıkmada sıkıntı yaşayan bireylerin idrar yapmasını kolaylaştırmak için; su sesi dinletmek, mesane üzerine hafifçe bası yapmak veya mesane üzerine vurmak, düzenli aralıklarla sıvı alımını artırmak gibi yöntemler yararlı olabilmektedir (Sucuoğlu 1997, Zorowitz 2001).

Konstipasyon: SVH sonrası konstipasyon sık görülen bir problemdir ve sıklıkla fiziksel aktivitenin kısıtlı olması, yutma güçlüğü nedeni ile yeterli beslenememe, yetersiz sıvı alımı, uygun olmayan boşaltım şekli ve duyu, algı veya iletişim alanında yaşanan değişimler konstipasyona yol açmaktadır (Smeltzer ve Brenda 2000).

Konstipasyon uygun ve planlı yapılan barsak eğitimi ile iyileştirilebilir. Barsak eğitimine başlamadan önce, hemşire bireyin hastalık öncesi boşaltım alışkanlıklarını ve beslenme şeklini bilmeli ve barsak eğitimi bu alışkanlıklara göre planlanmalıdır. Bireylerin alışkın oldukları boşaltım pozisyonunun bilinmesi ve buna yakın bir pozisyon sağlanması boşaltımı kolaylaştırır. Dışkılama için en iyi pozisyon çömelmedir. Bu pozisyon yataktaki bireyin sırtını destekleyerek, yatak başını yükselterek ve ayakları destekleyip, bacakları kıvrarak ayarlanabilir. Bu işlem için bireyin gizliliğinin korunması ve dışkılama için yeterli süre tanınması gerekmektedir (Berker 2000, Black 1997, Sucuoğlu 1997).

Dışkılama için önemli reflekslerin çoğu sabah, özellikle kahvaltıdan sonra başlamaktadır. Bu nedenle birey ve yakınlarına verilen eğitimde, kahvaltılarını hergün aynı saatte yapmaları, kahvaltı sonrası yaklaşık aynı saatlerde tuvalete gitme alışkanlığı edinmeleri, dışkılama olmasa bile 10-15 dakika tuvalette oturmalarının anal refleksi uyarması ve düzenli dışkılama alışkanlığının kazanılmasında önemli olduğu vurgulanmalıdır (Sucuoğlu 1997).

Tüm bunlara ek olarak, yüksek lifli gıda, sebze ve meyve tüketiminin artırılması barsak hareketlerini aktive etmektedir. Birey sakıncası yoksa, günde 2-3

litre sıvı alımı için teşvik edilmelidir. Aynı zamanda bireyin boşaltım refleksinden yararlanmak için öğünlerden sonra tuvalet gitmesi ya da yatak içerisinde boşaltımın gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Bu teknikler boşaltımın düzenlenmesinde etkisiz ise, bireye tuvalete gitmeden 15-30 dakika önce dışkı yumuşatıcılar verilebilir (Black 1997, Lewis ve ark. 2000, Sucuoğlu 1997, Zorowitz 2001). Konstipasyon önlenemezse , konstipasyon nedeni ile fazla ıkınma (valselva manevrası) kafa içi basıncı artırabileceği için özellikle hemorajik vakalarda istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle birey ve ailesine uzun süreli konstipasyondan kaçınmaları gerekliliği anlatılmalıdır (Sucuoğlu 1997, www.nurseweekce.com).

II. Orem'in Öz Bakım Modeli

Sağlıklı bir toplumun oluşturulması için, öncelikli olan bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalara önem vermesidir. Bunun için yapılacak işlerden ilki ve en önemlisi, bireyi kendi sağlığını korumaya ve sürdürmeye teşvik etmektir. Çünkü son yıllarda sağlık bakım uygulamaları, hastalığın tedavisinden çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik olarak planlanmaktadır. Dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakımındaki rolü de değişerek, daha çok öz bakım kavramı üzerine yoğunlaşmıştır (Bakoğlu ve Yetkin 1998).

Öz bakım modeli, Dorothe E. Orem tarafından, hemşireliğin yapılanması amacı ile geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında ele alınmıştır (Nahçıvan 1993, Velioğlu 1999). Orem'e göre Öz Bakım; bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak, sağlık düzeyini yükseltmek için kendine düşeni yapmasıdır (Erci 2000, Orem 1996, Potter ve Perry 2001, Rice 1995, Velioğlu 1999). Orem bireylerin öz bakımlarını karşılama düzeylerinin bireyden bireye fark gösterdiğini savunmuştur. Bu farkı ortaya çıkaran en önemli etkenlerden biri olarak öz bakım gücünü tanımlamıştır (Nahçıvan 1993).

Öz bakım gücü (self-care agency), sağlığı sürdürmek ve yaşamı devam ettirmek için bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin birleşimidir (Erci ve Kanlı 2000, Orem 1996, Özcan 2003, Robichaud 1998). Başka bir deyişle öz bakım gücü, bireyin bakım gereksinimini karşılamak, sağlığını ve iyilik halini sürdürmek için, sağlık etkinliğini başlatma ya da uygulama yeteneğidir

(Bakoğlu ve Yetkin 2000, Nahçıvan 1993). Bireyler s¼rekli olarak ¼z bakımlarını karşılayabilmek için bu yetenekleri ile çeşitli ¼z bakım gereksinimleri arasında denge kurmaya alışlar (¼zt¼rk 2000, Potter ve Perry 2001, Rice 1995). Orem bu ¼z bakım gereksinimlerini 3 grupta toplamıştır. Bunlar:

1. Evrensel ¼z bakım gereksinimleri: İnsanın g¼nl¼k yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel istek ve gereksinimlerdir. Bunlar; yeterli hava, beslenme, sıvı alımı, boşaltım, hareket, dinlenme, yalnızlık ve toplumsal etkileşim, tehlikelerden korunma ve çalışmaların geliştirilmesidir (Orem 1996, ¼zt¼rk 2000, Rice 1995, Velioğlu 1999). Bireyin bu gereksinimleri etkili olarak karşıladığında, sağlığı ve iyiliği olumlu y¼nde destekler. Bireyin bu gereksinimi karşılaması için yeterli ¼z bakım yeteneğine sahip olması gerekir (¼zt¼rk 2000).

2. Gelişimsel ¼z bakım gereksinimleri: Yaşamın çeşitli d¼nemlerinde insanın karşılaştığı, gelişimi etkileyen ve yaşamı destekleyen yaşam koşullarının d¼zenlenmesidir. Gelişmeyi olumsuz etkileyebilen olay ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinde bu gereksinimler, gelişimsel s¼relere ¼zg¼ evrensel ¼z bakım gereksinimleridir (Nahçıvan 1993, Orem 1996, Velioğlu 1999).

3. Sağlıktan sapmalarda ¼z bakım: Yaralanma, hastalık ya da rahatsızlığa bağlı ortaya çıkan ¼z bakım gereksinimleridir. Orem, sağlıktan sapmalarda ¼z bakımı yalnızca rahatsızlıklar, sakatlıklar ya da hastalık olaylarında ortaya çıkan gereksinimler olarak tanımlamıştır (Velioğlu 1999).

Orem, modelinde sıklıkla hastalık ya da kaza geçiren bireyin, hastalık etkisi ile baş etme ve sağlıklı yaşamı s¼rd¼rmek için gerekli ¼z bakım gereksinimlerine odaklanmıştır. Bireyin bu gereksinimleri nasıl karşılayacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı ise; hemşirelik sisteminde aranmaktadır (Nahçıvan 1993, Sucuoğlu 1997). Hemşirelik sistemi, bireyin belli ¼z bakım gereksinimleri veya ¼z bakım yetersizliklerinin karşılanması için hasta ve hemşire tarafından gerçekleştirilen hemşirelik girişimlerinden oluşur (Nahçıvan 1993, Orem 1996, Rice 1995).

Orem'e g¼re hemşirelik girişimine gereksinim g¼steren durumlar; bireylerin kendi yetenekleri ve varolan gereksinimleri arasındaki dengeyi s¼rd¼remedikleri durumlardır. Hemşirelik bakım amacı ise; bireyin kendi bakımı gereksinimi ile yeteneği arasında dengenin kurulmasına yardımcı olmaktır (Orem 1996). Bu amaca

ulaşmak için hemşirenin bireyin öz bakım gücü ile yeteneğini iyi tanıması gerekmektedir. Bu tanılama yapıldıktan sonra uygun hemşirelik sistemi seçilmelidir. Orem 3 hemşirelik sistemi tanımlamıştır. Bunlar:

1. *Tümüyle destekleyici hemşirelik sistemi*: Bireyin öz bakımda hiçbir aktif etkinliğinin olmadığı durumları temsil eder. Hemşire birey için davranarak ya da onun için yaparak yardım eder.

2. *Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi*: Hemşire ile bireyin bakım gereksinimlerini birlikte gerçekleştirdiği durumlardır.

3. *Destekleyici-egitsel hemşirelik sistemi*: Bireyin gerekli öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu yardım almadan yapamadığı durumları ifade etmektedir (Nahçıvan 1993, Orem 1996, Rice 1995, Veliöglü 1999).

Orem, destekleyici-egitici sistem için geçerliliği olan yardım edici 5 yöntem öne sürmüştür. Bunlar:

- Birey için yapma ya da gözleme.
- Rehberlik etme.
- Fizyolojik ve psikolojik destek verme.
- Kişisel gelişmeyi sağlayan bir çevre oluşturma.
- Bireye öğretim yapma (Nahçıvan 1993, Sucuoğlu 1997, Veliöglü 1999).

SVH geçiren bireyler, hastalığın değişik dönemlerinde Orem'in önerdiği 3 hemşirelik yardım alanında da gereksinim duyarlar. SVH'ın akut fazında yaşanan kayıplar ve yetersizlikler öz bakım gücünü azaltabileceği için, bireyin hemşirelik bakımına olan gereksinimi artar (Black 1997, Sucuoğlu 1997). Yaşamlarının hastaneden sonraki bölümünde bireylerin öz bakımlarını sağlamak için, taburcu olmadan önce planlanan destekleyici ve eğitici bakım, bireylerin öz bakım gücünü artıracaktır. Öz bakım yeterli olduğu zaman, kişi yaşam zorlukları ve olası sorunlarla daha iyi baş edebileceklerdir. Bu da bireyin yaşam kalitesini artıracak önemli bir noktadır (Robinson 2002, Sucuoğlu 1997).

Robinson'un belirttiğine göre King (1996) SVH sonrası öz bakım becerilerinin yeniden gözden geçirilmesi ve yetersiz olan becerilerin

geliştirilmesinde hemşireye büyük sorumluluk düştüğünü savunmuş ve SVH sonrası öz bakım eğitiminin önemi üzerinde durmuştur, öz bakım aktivitelerinin gözden geçirilmesini desteklemiş, bireylerin kendi becerilerinin saptanmasını ve bu becerilere inanılmasını vurgulamıştır (Robinson 2002). Birey becerilerinin farkında olur ve bu konuda cesaretlendirilirse, öz bakım eğitimi daha etkili sonuç verecektir. Kendi öz bakım yeteneği ve sorumlulukları konusunda bilgisi olmayan bireyler, öz bakımlarını artırmak için ne tür girişimlerde bulunabilecekleri konusunda yeterli olamazlar ve bu konuda profesyonel bir hemşirelik yardımına gereksinim duyarlar. Bu gereksinim uygun olarak verilen öz bakım eğitimi ile karşılanabilir (Pınar 1995).

Bu çalışmada Orem'in destekleyici-eğitici hemşirelik sistemi yardım modeli seçilmiştir. Bu sistemde bireyin kendi bakımına aktif olarak katılımını sağlamak, bireylere öz becerilerini öğretmek, bu konuda uygun danışmanlık ve fiziksel-emosyonel destek oluşturmak ve bireyi kendi öz bakımı için cesaretlendirmek gibi uygulamalar yer almaktadır (Black 1997, Sucuoğlu 1997). Tüm bu girişimler yerine getirildiğinde, birey tümüyle ya da kısmen bağımlı olduğu durumdan, bağımsız duruma ulaşabilecek, bu da SVH rehabilitasyonunun amacı olan bireyi en üst düzeyde bağımsız duruma getirme düşüncesine hizmet edecektir.

III. Serebrovasküler Hastalıklarda Hasta ve Aile Eğitimi

Kronik hastalık bireyin yaşamını olumsuz bir şekilde etkilemekte, bireye belli kuralara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalık nedeni ile hastanede tedavi gören bireylerin tedavi süreci tamamlandıktan sonra bakım gereksinimleri daha çok evde karşılanmaktadır. Bu nedenle bireylere hastalıkları ile nasıl başa çıkacaklarının ve hastalıklarını nasıl yöneteceklerinin öğretilmesi gerçeğini ortaya çıkmış ve bu amaca yönelik olarak da özellikle hastalığa ilişkin öz bakım davranışlarının öğretilmesi düşüncesi gittikçe kabul görmeye başlamıştır (Bakoğlu ve Yetkin 2001, Pınar 1995).

Bireylerin hastane ortamından ev yaşamına geçişi, hem birey hem ailesi için sıkıntı yaratmakta, bireyleri bilinmezlik içine sokmaktadır. Hemşirenin en önemli görevlerinden biri bireyin taburcu edilme planına ve bağımsız yaşama yeniden

dönüşüne yardım etmektir. Bunu sağlamada en etkin yol birey ve ailesini içine alan sağlık eğitiminin başlatılmasıdır (Sucuoğlu 1997).

Sağlık eğitimi, bireyin sağlıklı, nitelikli yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliğini sağlayan dinamik bir süreçtir. Bireyin sağlığının sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalık durumunda sağlığın düzeltilmesi ve bozulan vücut fonksiyonlarına uyumun sağlanmasında etkili bir yoldur (Potter ve Perry 2001, Taşocak 2003). Hasta eğitimi, birey, ailesi ve yakınlarının sağlık gereksinimlerinin belirlenip, karşılanmasını amaçlayan temel hemşirelik rolleri arasında yer alır. Hemşireler bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle sağlık eğitimi ile ilgili etkinliklerde en önemli role sahiptir (Rausch ve Turkoski 1999, Taşocak 2003).

Birey ve yakınlarının eğitimine hastaneye yatıştan itibaren başlanmalı, taburcu olana kadar hatta taburculuk sonrası da bireyin gereksinim duyduğu sürece ev ortamında devam edilmelidir. Evde yapılacak bakıma yönelik eğitim programları bağımsız yaşama dönüşünü kolaylaştırmaktadır. Verilecek eğitimin birey ve yakınlarının anlayabileceği düzeyde açık, basit olması ve sürekliliğinin sağlanması başarıya ulaşmada önemli faktörlerden biridir (Tyson ve Turner 2000, Sucuoğlu 1997).

SVH tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi birey ve yakınlarının sürekli eğitimini gerektiren bir durumdur. SVH geçiren bireyler, özellikle akut hastane bakımı veya rehabilitasyon ünitesinden ayrıldıktan sonra sıkıntı yaşayabilirler. Eve dönen bireylerin yaşayacağı problemler bireysel farklılık göstermektedir. SVH'dan kaynaklanan yetersizliklere, hastalık öncesi bireyde varolan kronik hastalıklar eklendiğinde, birey aktivite kısıtlılığı ve öz bakımda yetersizlikler yaşar. Yaşanan yeni duruma uyum, bireyin öz bakım gücünün artması ve buna bağlı olarak bağımlı durumdan bağımsız duruma geçmesi ancak etkin bir eğitimle sağlanır (Close ve Procter 1999, Dincher 1996, Berker 2000, Smeltzer ve Brenda 2001). Sağlık eğitimi bireyin gereksinimleri belirlenerek verildiğinde, sağlıklı yaşama ulaşmada oldukça etkilidir (Lukkarinen ve Hentinen 1997).

De-Pedro ve arkadaşları (1993)'nın SVH geçiren bireyler ile yaptıkları çalışmada, taburculuk sonrası bireylerin 3/4'ünün eğitim programına gereksinim

duydıkları belirlenmiştir. Vanetion ve Carrigon (1995), çalışmalarında SVH geçiren bireylerin ailelerinin en çok yetersizlik yaşayan bireye nasıl yardım edeceklerini bilmek istediklerini belirlemişlerdir. Evans ve arkadaşları (1992) ise SVH geçiren birey ve ailesinin eğitiminde en önemli kavramların; fiziksel yetersizlikler, bunların yaşam alanları üzerine etkisi ve bunlarla baş etme yolları olduğunu saptamışlardır. Holmqvist ve ark. (1993), bireylere verilen eğitim ile motivasyonun arttığını ve fonksiyon düzeyindeki artışta da eğitimin etkili olduğunu savunmuştur. Forster ve Young (1996)'ın yaptığı çalışmada SVH olan bireylerde özel hemşire desteğinin GYA'nde etkili olduğu belirlenmiştir.

SVH ile ilgili eğitim modern sağlık bakım sisteminde multidisipliner çalışma, bütüncül bakım, rehabilitasyon ve destek kaynaklarının kullanımı gibi önemli kavramları içerir (Bulman 2001, Gompertz ve ark. 2002). Birey ile birlikte ailenin de eğitim sürecine mümkün olan en kısa sürede katılması, yaşanan sorunlara müdahale etmeyi ve uyumu kolaylaştıracaktır (Hoeman 1996). Bu şekilde planlanan ve sunulan bir hasta eğitimi, bireyin sınırları içinde daha sağlıklı yaşaması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi bakımından önemlidir (www.amaassn.org).

Hasta eğitiminde bu olumlu sonuçlara ulaşmayı sağlayacak ilk adım, bireyleri öz bakımları konusunda bilgilendirmektir. Öz bakım modeli insanların hastalık sonrası yeniden eski işlevlerini kazanabileceğini ve hastalığın yarattığı kötü etkilerle baş edebileceğini savunmaktadır. Bireylerin bunu öğrenmesi sonucu öz bakım davranışları artar ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesi yükselir (Hoeman 1996, Smeltzer ve Brenda 2001).

Nitekim kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan birçok çalışmada verilen sağlık eğitimin bireylerin öz bakım gücünü artırdığı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede etkili olduğu bulunmuştur. Kara ve Akbayrak (2001)'ın Diyabetes Mellitus (DM)'lu bireylerle yaptığı çalışmada, bireylerin öz bakım becerilerini öğrenmeleri ve hedeflenen öz bakım gücüne sahip olmaları ile yaşamdan aldıkları doyum ve tedaviye uyumun arttığı, ayrıca uygun metabolik kontrol ile komplikasyonların önlendiği belirlenmiştir. Yine DM'lu bireyler ile yapılan başka bir çalışmada bireylere verilen eğitim sonrası bilgi düzeyinde anlamlı bir artış olduğu

gözlenmiştir (Ersöz ve ark. 2000). Fındık (2001)'in amputasyon uygulanan bireyler ile yaptığı bir çalışmada bireylere verilen sağlık eğitimi ile öz bakım gücünde artış, günlük yaşamın etkilenme oranında ise bir azalma olduğu saptanmıştır. Can ve Durna (1995)'in kemoterapi uygulanan bireylerle yaptıkları çalışmada sağlık eğitiminin kemoterapi yan etkilerinin kontrolünde etkili olduğu ve öz bakım davranışlarında artışa yol açtığı belirlenmiştir. Mistian ve arkadaşları (1997)'nin yaptığı çalışmada hastaneden taburcu olan bireylerin ilk hafta içinde karşılaştıkları sorunlar incelenmiş, taburculuk sonrası bireylerin %80'inin bilgi gereksinimi olduğu gözlenmiştir.

Tüm bu sonuçlar, birey ve ailelerin sağlık eğitimine gereksinim duydukları ve verilecek eğitimin, özellikle tekrarlı eğitimin, biryin öz bakım gücünü, buna bağlı olarak da fonksiyonlarını artıracacağı ve hasta ile birlikte ailenin de yeni duruma uyumunu kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Sucuoğlu 1997). Hastaneden taburcu olan bireyler evde bakımlarını doğru ve eksiksiz uygulayabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için, yatıştan itibaren planlı sağlık eğitimi ve taburculuk eğitim programları ile desteklenmeli, ev bakımına hazırlanmalı ve evde izlem sürdürülmelidir (Baly ve ark 1987).

IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, serebrovasküler hastalık geçiren bireylere uygulanan öz bakım eğitim programının, bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Hastane Sivas İl'ine 7 km. uzaklıkta bulunan Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü içindedir.

Nöroloji Kliniği hastanenin 7. katında yer almaktadır. Klinik toplam 29 yatak kapasiteli olup, sekiz genel ve iki özel odası bulunmaktadır. Hastaların ortalama klinikte kalış süresi 15-20 gündür. Klinikte 9 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin üçü yüksekokul, üçü ön lisans, diğer üçü ise sağlık meslek lisesi mezunudur. Klinikte hemşireler 08-16, 16-24, 24-08 olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. 08-16 vardiyasında iki ya da üç hemşire, 16-24 vardiyasında iki hemşire, 24-08 vardiyasında ise tek hemşire çalışmaktadır. Klinikte bir profesör, iki doçent, iki yardımcı doçent ve dokuz asistan olmak üzere 14 doktor ve iki personel görev yapmaktadır.

3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde SVH tanısı ile yatan bireyler bu araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Nöroloji Kliniği'ne son bir yıl içinde SVH tanısı ile yaklaşık 250 birey yatmıştır. Evreni oluşturan bireylerden;

- Anket ve eğitim programının uygulanabilmesi için bilinci açık olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Toplam Barthel GYA İndeks puanı 60'ın altında olan,
- İlk kez SVH geçirmiş olan,
- Araştırmaya katılmak için istekli olan,

- Sivas il sınırları içinde oturan bireyler, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma örneklemine 20 deney, 20 kontrol grubu olmak üzere toplam 40 birey alınmıştır. Deney ve kontrol grupları oluşturulurken bireyler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri ve Barthel İndeksi ile belirlenen bağımsızlık düzeylerine göre eşleştirilmiştir.

4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli olan verileri toplamak amacıyla iki form kullanılmıştır.

1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-I): Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form, deney ve kontrol grubu bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilecek nörolojik bulguları sorgulayan 15 soruyu içermektedir.

2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek-II): Barthel İndeksi, 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiştir. Barthel İndeksi, ayrıntılı, yansız, kolay uygulanabilen, anlaşılabilir, neden-sonuç ilişkisini araştıran ve günlük yaşam aktivitelerinin tüm basamaklarını değerlendiren bir ölçektir. (Granger ve ark. 1993, Sucuoğlu 1997, Ünlü 1992, www.vn.org). Barthel İndeksi, ülkemizde Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Servisi'nde bireylere rutin olarak uygulanmaktadır. Ayrıca birçok çalışmada da bireylerin bağımsızlık düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Glandman ve ark.1993, Granger ve ark.1993, Knapp ve Hewison 1999, Saeki ve ark.1994, Sucuoğlu 1997, Zileli ve ark. 1995).

Araştırmada kullanılan bu indeks, bireylerin aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Barthel indeksinin puanları 0-100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı anlatır. Barthel İndeksi'nin kullanıldığı çalışmalarda, 60 puan sınır olarak alınmış olup, 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır.

Barthel indeksinde;

0-20 puan, tamamen bağımlı

21-61 puan, ileri derecede bağımlı

62-90 puan, orta derecede bağımlı

91-99 puan, hafif derecede bağımlı

100 puan, bağımsızlığı açıklamaktadır (Hoffman ve ark. 2003, Langhammer ve Stanghelle 2000, Sucuoğlu 1997).

Araştırma, deney ve kontrol gruplarında Barthel İndeksi'ne göre bağımlı ya da yarı bağımlı olarak tanımlanan bireylerle yürütülmüştür.

5. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması Sivas I. Sultan İzzettin Keykavus Hastanesi'nde 1 Şubat-1 Mart 2003 tarihleri arasında SVH tanısı ile yatan, deney ve kontrol grubunun özelliklerini taşıyan 10 birey üzerinde yapılmıştır. Uygulama sonuçları değerlendirilmiş ve anket formlarının anlaşılır olduğu görüldükten sonra uygulanmasına karar verilmiştir. Ön uygulama yapılan bireyler araştırma örneğine alınmamıştır.

6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada, bireyler taburcu olduktan sonra ev ortamında ziyaret edilmiş ve planlanan girişimler uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin hastaneden çıkmadan üç-dört gün önce, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri ölçülerek; deney grubundaki bireylere taburcu olmadan önce, gereksinimleri doğrultusunda öz bakım eğitim programı araştırmacının kendisi tarafından hem bireylere hem de bireye bakım verecek yakınlarına anlatılmıştır. Birey ve yakınının verilen eğitim programını evde yapmaları gerekliliği üzerinde önemle durulmuştur.

Deney grubundaki bireyler taburcu olduktan bir ay (30 gün) sonra kendi ev ortamlarında değerlendirilerek günlük yaşam aktivitelerinin ne kadarını yapabildiği araştırmacı tarafından, bireylerin kendilerine yaptırılarak Barthel İndeksi'ne göre gözlenmiş ve GYA'ndeki bağımsızlık düzeyleri kayıt edilmiştir. Bireylerin ölçümü

yapıldıktan sonra, daha iyi anlaşılması amacıyla eğitim gereksinimler doğrultusunda tekrarlanmıştır. Kontrol grubundaki bireyler ise taburcu olduktan bir ay (30 gün) sonraki ev ziyaretlerinde eğitim verilmeden Barthel İndeksine göre gözlenmiş ve bağımsızlık düzeyleri kayıt edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler ilk ev ziyaretinden bir ay (30 gün) sonra yine araştırmacı tarafından evlerinde değerlendirilerek günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri belirlenmiştir. Yapılan bu son izlemde araştırmanın örneklemini oluşturan deney ve kontrol grubunun günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri karşılaştırılarak, verilen özbakım eğitim programının etkinliği değerlendirilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ölçümleri tamamlandıktan sonra, deney grubuna uygulanan öz bakım-eğitim programı etik açıdan dikkate alınarak kontrol grubuna da uygulanmıştır.

7. Eğitimin Sunuluş Şekli

Bireylere bilgi vermek amacıyla eğitim broşürü kullanılmıştır.

Öz Bakım Eğitim Broşürü (Ek-III): Bireylere uygulanan öz bakım eğitim broşürünün içeriği ilgili literatürden (Akdemir 1996, Black 1997, Hoeman 1996, Ignatavicius ve ark.1995, Lewis ve ark. 2001, Sucuoğlu 1997) yararlanılarak hazırlanmıştır:

Bireylere uygulanan öz bakım eğitim broşürünün içeriğinde, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken, birey ve yakınının yapması gerekenler ve bunları yaparken dikkat etmeleri gereken noktalar konusundaki bilgilere yer verilmiştir. Öz bakım eğitim programı deney grubundaki bireylere taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan bir ay (30 gün) sonra olmak üzere iki kere uygulanmıştır.

Eğitim programına başlamadan önce birey ve yakınları ile bilgi düzeylerini belirlemek için bir ön görüşme yapılmış, daha sonra eğitime başlanmıştır. Eğitim bireylerin hareket etmede sorun yaşamaları ve klinikte eğitim için uygun bir alan olmamasından dolayı kendi odalarında verilmiştir. Eğitimin etkinliğini artırmak ve bölünmeleri azaltmak için eğitim, kliniğin daha uygun olduğu saatlerde planlanmış ve eğitim öncesi oda düzeni sağlanmıştır. Eğitim süresi, birey ve yakınlarının genel

durumlarına göre belirlenmiş; gerekli durumlarda eğitim konuları bölünerek eğitim iki ya da üç bölümde tamamlanabilmiştir. Bir sonraki eğitim ise bireyin kendi ev ortamında, uygun koşullar sağlanarak yapılmıştır.

8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada deney grubuna verilen öz bakım eğitim programının etkileyebileceği günlük yaşam aktivite (yemek yeme, banyo yapma, günlük bakım, giyinme, boşaltım ve hareket) puanları bağımlı değişken olarak alınmış ve gerekli istatistiksel testler yapılmıştır.

Araştırma örnekleme alınan deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, başka bir hastalık varlığı ve SVH'nin tipi, geliştiği hemisfer ve ortaya çıkardığı sorunlar açısından benzerliğini göstermek üzere ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırma örnekleme alınan bireylerin taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir ay sonra ve taburcu olduktan iki ay sonra yapılan ölçümlerde elde edilen günlük yaşam aktivite puanlarının deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırılmasında, gruplar birbirinden bağımsız ve birey sayısı her iki grupta da 30'un altında olduğu için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubu bireylerin, taburcu olmadan önce ve son ölçümlerindeki günlük yaşam aktivite puanlarının grup içi değerlendirilmesinde gruplar bağımlı ve birey sayısı 30'dan az olduğu için Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır (Erefe 2002, Özdamar 1999, Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1994).

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayarda değerlendirilmiş ve verilerin değerlendirilmesinde SPSS (version 8.0) programı kullanılmıştır.

9. ARAŞTIRMA PLANI

DENEY GRUBU 20 SVH GEÇİREN BİREY	KONTROL GRUBU 20 SVH GEÇİREN BİREY
<p>İLK GÖRÜŞME (Hasta taburcu olmadan 3-4 gün önce hastanede yapıldı)</p> <ul style="list-style-type: none">* Tanıtıcı Bilgi Formu uygulandı. (Ek-I)* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı. (Ek-II)* Özbakım Eğitim Formu uygulandı. (Ek-III)	<p>İLK GÖRÜŞME (Hasta taburcu olmadan 3-4 gün önce hastanede yapıldı.)</p> <ul style="list-style-type: none">* Tanıtıcı Bilgi Formu uygulandı.* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı.
<p>İKİNCİ GÖRÜŞME (İlk görüşme tarihinden 1 ay/30gün sonra hastanın ev ortamında yapıldı.)</p> <ul style="list-style-type: none">* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı.* Özbakım Eğitim Programı gereksinimler doğrultusunda tekrar edildi.	<p>İKİNCİ GÖRÜŞME (İlk görüşme tarihinden 1 ay/30gün sonra hastanın ev ortamında yapıldı.)</p> <ul style="list-style-type: none">* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı.
<p>ÜÇÜNCÜ GÖRÜŞME (İkinci görüşme tarihinden 1 ay/30gün sonra hastanın ev ortamında yapıldı.)</p> <ul style="list-style-type: none">* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı.* Eğitim broşürü hastaya bırakıldı.	<p>ÜÇÜNCÜ GÖRÜŞME (İkinci görüşme tarihinden 1 ay/30gün sonra hastanın ev ortamında yapıldı.)</p> <ul style="list-style-type: none">* Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulandı.* Etik yön dikkate alınarak hastalara Özbakım Eğitim Programı uygulandı.* Eğitim broşürü hastaya bırakıldı.

V.BULGULAR

Bu bölümde; araştırma kapsamını oluşturan, 20 deney ve 20 kontrol olmak üzere SVH geçiren 40 bireye ilişkin tanıtıcı bilgiler, bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri ve bireylerin öz bakım aktivitelerini artırmaya yönelik verilen planlı öğretimin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri üzerine etkisini gösteren bulgular yer almaktadır.



Tablo 1: Araştırma Örneklemine Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

	DENEY GRUBU (n:20)		KONTROL GRUBU (n:20)		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	10	50,0	9	45,0	0,10	>0,05
Erkek	10	50,0	11	55,0		
Yaş						
50-64	6	30,0	5	25,0	0,12	>0,05
65-79	14	70,0	15	75,0		
Eğitim Durumu						
Okuryazar değil	14	70,0	13	65,0	0,11	>0,05
İlkokul mezunu	6	30,0	7	35,0		
Medeni Durum						
Evli	11	55,0	18	90,0	6,14	<0,05
Dul	9	45,0	2	10,0		
Yardımcının Kim Olduğu						
Eşi	6	30,0	8	40,0	0,44	>0,05
Çocukları	8	40,0	7	35,0		
Gelini	6	30,0	5	25,0		
Hastalık Adı						
Hipertansiyon (HT)	9	45,0	9	45,0	0,18	>0,05
Kalp hastalığı + HT	6	30,0	7	35,0		
DM + HT	5	25,0	4	20,0		
SVH Türü						
Hemoraji	6	30,0	5	25,0	0,12	>0,05
İnfarkt	14	70,0	15	75,0		
Etkilenen Beyin Hemisferi						
Sağ hemisfer	11	55,0	10	50,0	0,10	>0,05
Sol hemisfer	9	45,0	10	50,0		
Sağ Hemipleji						
Var	9	45,0	10	50,0	0,10	>0,05
Yok	11	55,0	10	5,0		
Sol Hemipleji						
Var	11	55,0	10	50,0	0,10	>0,05
Yok	9	45,0	10	50,0		
Bradikinezi						
Var	12	60,0	9	45,0	0,90	>0,05
Yok	8	40,0	11	55,0		
Vertigo						
Var	8	40,0	10	50,0	0,40	>0,05
Yok	12	60,0	10	50,0		

Araştırma örneklemine alınan bireylerin tanıtıcı özellikler **Tablo 1**'de verilmiştir.

Tablo 1'e göre deney grubundaki bireylerin %50'si (10) erkek, %70'i (14) 65-79 yaş grubunda, %70'i (14) okur yazar değil, %55'i (11) evli, %40'ının (8) bakımında çocukları etkilidir. Bireylerin %45'i (9) hipertansiyon sorunu yaşarken, %55'i (11) hipertansiyona ek olarak kalp hastalığı veya diyabetes mellitus yaşamaktadır. Bireylerin %70'i (14) SVH infarkt geçirmiş, %55'inin (11) beyin sağ hemisferi etkilenmiştir. Bireylerin %45'i (9) sağ hemipleji, %55'i (11) sol hemipleji, %60'ı (12) bradikinezi, %40'ı (8) vertigo yaşamaktadır.

Kontrol grubundaki bireylere bakıldığında ise ; %55'i (11) erkek, %75'i (15) 65-79 yaş grubunda, %65'i okur yazar değil (13), %90'ı (18) evli, %40'ının (8) bakımında eşi yardımcı olmaktadır. Yine %45 (9) birey hipertansiyon yaşarken, diğer bireyler hipertansiyona ek olarak kalp hastalığı ve diyabetes mellitus yaşamaktadırlar. Deney grubuna benzer olarak bireylerin %75'i (15) SVH infarkt geçirmiştir. Bireylerin %50'si (10) sağ hemipleji, %50'si (10) sol hemipleji, %45'i (9) bradikinezi, %50'si (10) vertigo yaşamaktadır.

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bakımda yardımcı olan kişiler ve yaşanan sağlık sorunlarının varlığı ile ilgili değişkenlerin deney ve kontrol grubu arasındaki benzerliği saptamak amacıyla yapılan analizde, medeni durum değişkeni dışında, diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
		Sayı	%	Sayı	%
Yemek yeme	Bağımlı	9	45.0	11	55.0
	Az yardımcı	10	50.0	7	35.0
	Yardımsız	1	5.0	2	10.0
Banyo yapma	Bağımlı	20	100.0	20	100.0
	Yardımsız	-	-	-	-
Günlük bakım	Bağımlı	18	90.0	18	90.0
	Yardımsız	2	10.0	2	10.0
Giyinme	Bağımlı	7	35.0	7	35.0
	Az yardımcı	13	65.0	13	65.0
	Yardımsız	-	-	-	-
Defekasyon	Inkontinans	-	-	-	-
	Konstipasyon	14	70.0	12	60.0
	Normal	6	30.0	8	40.0
Miksiyon	Inkontinans	1	5.0	2	10.0
	Sonda	14	70.0	13	65.0
	Normal	5	25.0	5	25.0
Tuvalete gidiş	Bağımlı	9	45.0	12	60.0
	Az yardımcı	10	50.0	8	40.0
	Yardımsız	1	5.0	-	-
Yataktan kalkma	Yatalak	4	20.0	6	30.0
	Yardımla oturur	12	60.0	7	35.0
	Minimal yardım	4	20.0	7	35.0
	Normal	-	-	-	-
Dolaşma	İmmobil	11	55.0	11	55.0
	T. sandelye	3	15.0	2	10.0
	Yardımlı	6	30.0	7	35.0
	Yardımsız	-	-	-	-
Merdiven çıkma	Hiç yapamıyor	19	95.0	20	100.0
	Yardımlı	1	5.0	-	-

Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce günlük yaşam aktivitelerini yapabilme sayı ve yüzdeleri **Tablo 2'** de verilmiştir.

Tablo 2'ye göre, yemek yeme aktivitesinde bağımlı olan birey sayısı deney grubunda 9(%45), kontrol grubunda 11(%55)'dir. Banyolarını bağımsız olarak yapan birey her iki grupta da yoktur. Günlük bakımlarını bağımlı olarak yapan birey sayısı deney ve kontrol grubunun her ikisinde de 18(%90)'dir.

Her iki grupta da bireyler giyinme aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirememektedirler. Deney grubunda 14(%70), kontrol grubunda 12(%60) birey konstipasyon sorunu yaşamaktadır. Deney grubunda 14(%70), kontrol grubunda 13(%65) birey idrarını foley kateter aracılığı ile yapmaktadır. Deney grubunda 9(%45) birey tuvalete gitmede bağımlı iken, kontrol grubunda bu sayı 12(%60)'dir. Deney grubunda yatağa bağımlı birey sayısı 4(%20), kontrol grubunda 6(%30)'dır. Her iki grupta da bağımsız olarak yataktan kalkabilen ve yardım almadan yürüeyebilen birey bulunmamaktadır. Ancak deney grubunda 6(%30), kontrol grubunda 7(%35) birey yardım alarak kısa mesafe yürüyebilmektedir. Merdiven çıkma aktivitesini bağımsız olarak gerçekleştirebilen birey her iki grupta da bulunmamaktadır.

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir Ay Sonra Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Dağılımı

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
		Sayı	%	Sayı	%
Yemek yeme	Bağımlı	-	-	3	15,0
	Az yardımcı	12	60,0	15	75,0
	Yardımsız	8	40,0	2	10,0
Banyo yapma	Bağımlı	20	100,0	20	100,0
	Yardımsız	-	-	-	-
Günlük bakım	Bağımlı	5	25,0	15	75,0
	Yardımsız	15	75,0	5	25,0
Giyinme	Bağımlı	-	-	5	25,0
	Az yardımcı	19	95,0	15	75,0
	Yardımsız	1	5,0	-	-
Defekasyon	İnkontinans	-	-	-	-
	Konstipasyon	3	15,0	18	90,0
	Normal	17	85,0	2	10,0
Miksiyon	İnkontinans	2	10,0	3	15,0
	Sonda	3	15,0	2	10,0
	Normal	15	75,0	15	75,0
Tuvalete gidiş	Bağımlı	3	15,0	9	45,0
	Az yardımcı	14	70,0	11	11,0
	Yardımsız	3	15,0	-	-
Yataktan kalkma	Yatalak	-	-	1	5,0
	Yardımla oturur	5	25,0	10	50,0
	Minimal yardım	13	65,0	9	45,0
	Normal	2	10,0	-	-
Dolaşma	İmmobil	1	5,0	5	25,0
	Tekerlekli sandalye	2	10,0	5	25,0
	Yardımlı	16	80,0	10	50,0
	Yardımsız	1	5,0	-	-
Merdiven çıkma	Hiç yapamıyor	8	40,0	19	95,0
	Yardımlı	12	60,0	1	5,0
	Yardımsız	-	-	-	-

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin taburcu olduktan bir ay sonra, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme sayı ve yüzdeleri **Tablo 3**'te verilmiştir.

Tablo 3'e göre deney grubunda yardımla yemek yiyen birey sayısı 12(%60), kontrol grubunda ise 15(%75)'tir. Her iki grupta da bağımsız olarak banyo yapan birey bulunmamaktadır. Bireysel bakım gereksinimini yardımsız olarak yapabilen birey sayısı deney grubunda 15(%75) iken, kontrol grubunda bu sayı 5(%25)'tir. Deney grubunda yardımla giyinebilen birey sayısı 19(%95), kontrol grubunda 15(%75)'dir. Deney grubundaki bireylerin sadece 3(%15)'ü konstipasyon sorunu yaşarken, kontrol grubunda konstipasyon sorunu yaşayan birey sayısı 18(%90)'dir. Miksiyon gereksinimini normal olarak karşılayabilen birey sayısı her iki grupta da 15(%75)'dir.

Tuvalate bağımsız olarak gidebilen birey sayısı deney grubunda 3(%15) iken kontrol grubunda bağımsız olarak tuvalete giden birey bulunmamaktadır. Yataktan az yardım alarak kalkabilen birey sayısı deney grubunda 13(%65), kontrol grubunda 9(%45)'dur. Deney grubunda 16(%80) birey yardımla yürüyebilirken, kontrol grubunda bu sayı 10(%50)'dur. Merdiven çıkma aktivitesinde bağımlı olan birey sayısı deney grubunda 8 (%40), kontrol grubunda 19(%95)'dur.

Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumlarının Yüzde Dağılımı

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
		Sayı	%	Sayı	%
Yemek yeme	Bağımlı	-	-	-	-
	Az yardımcı	1	5.0	17	85.0
	Yardımsız	19	95.0	3	15.0
Banyo yapma	Bağımlı	13	65.0	20	100.0
	Yardımsız	7	35.0	-	-
Günlük bakım	Bağımlı	-	-	10	50.0
	Yardımsız	20	100.0	10	50.0
Giyinme	Bağımlı	-	-	2	10.0
	Az yardımcı	8	40.0	17	85.0
	Yardımsız	12	60.0	1	5.0
Defekasyon	İnkontinans	-	-	-	-
	Konstipasyon	-	-	20	100.0
	Normal	20	100.0	-	-
Miksiyon	İnkontinans	1	5.0	-	-
	Sonda	-	-	3	15.0
	Normal	19	95.0	17	85.0
Tuvalete gidiş	Bağımlı	-	-	5	25.0
	Az yardımcı	10	50.0	15	75.0
	Yardımsız	10	50.0	-	-
Yataktan kalkma	Yatalak	-	-	-	-
	Yardımla oturur	-	-	10	50.0
	Minimal yardım	6	30.0	9	45.0
	Normal	14	70.0	1	5.0
Dolaşma	İmmobil	-	-	1	5.0
	Tekerlekli sandalye	-	-	9	45.0
	Yardımlı	11	55.0	10	50.0
	Yardımsız	9	45.0	-	-
Merdiven çıkma	Hiç yapamıyor	-	-	16	80.0
	Yardımlı	19	95.0	4	20.0
	Yardımsız	1	5.0	-	-

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin son ölçümlerinde, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme sayı ve yüzdeleri **Tablo 4**'te verilmiştir.

Tablo 4'e göre, deney grubunda bağımsız olarak yemek yiyebilen birey sayısı 19(%95) iken, kontrol grubunda bu sayı 3(%15)'tür. Kontrol grubunda bağımsız olarak banyo yapan birey bulunmamaktadır. Deney grubunda bağımsız banyo yapabilen birey sayısı 7(%35)'dir. Deney grubundaki tüm bireyler günlük bakım gereksinimlerini bağımsız olarak yapabilmektedirler. Kontrol grubunda günlük bakımını yardımsız olarak yapabilen birey sayısı 10(%50)'dur. Yardımsız olarak giyinebilen birey sayısı deney grubunda 12(%60) iken, kontrol grubunda sadece 1(%5) kişi yardım almadan giyinebilmektedir. Deney grubunda bireylerin tümü (%100) normal barsak boşaltımını gerçekleştirmekte ve bireylerden hiçbiri konstipasyon sorunu yaşamamaktadır. Kontrol grubunda ise tüm bireylerde (%100) konstipasyon sorunu devam etmektedir. Deney grubunda 19(%95) birey, kontrol grubunda 17(%85) birey normal miksiyon alışkanlıklarını devam ettirebilmektedirler.

Deney grubunda 10(%50) birey bağımsız olarak tuvalete gidebilirken, kontrol grubunda bağımsız olarak tuvalete giden birey bulunmamaktadır. Yataktan hiç yardım almadan kalkabilen birey sayısı deney grubunda 14(%70), kontrol grubunda 1(%5)'dir. Deney grubunda 9(%45) birey yardımsız bir şekilde yürüyebilirken, kontrol grubunda yardımsız yürüyebilen birey yoktur. Merdiven çıkma aktivitesini yardım alarak yapabilen birey sayısı deney grubunda 19(%95), kontrol grubunda ise 4(%20)'tür.

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Günlük Yaşam Aktiviteleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		x	Sd	U	P
Yemek yeme	Deney	3,00	2,99	186,50	>0,05
	Kontrol	2,75	2,75		
Banyo yapma	Deney	-	-	200,00	>0,05
	Kontrol	-	-		
Günlük bakım	Deney	0,50	1,54	200,00	>0,05
	Kontrol	0,50	1,54		
Giyinme	Deney	3,25	2,45	200,00	>0,05
	Kontrol	3,25	2,45		
Defekasyon	Deney	6,50	2,35	180,00	>0,05
	Kontrol	7,00	2,51		
Miksiyon	Deney	6,00	2,62	192,50	>0,05
	Kontrol	5,75	2,94		
Tuvalete gitme	Deney	3,00	2,99	166,00	>0,05
	Kontrol	2,00	2,51		
Yataktan kalkma	Deney	5,00	3,24	192,00	>0,05
	Kontrol	5,25	4,13		
Dolaşma	Deney	3,75	4,55	195,00	>0,05
	Kontrol	4,00	4,76		
Merdiven çıkma	Deney	0,25	1,12	190,00	>0,05
	Kontrol	0,00	0,00		

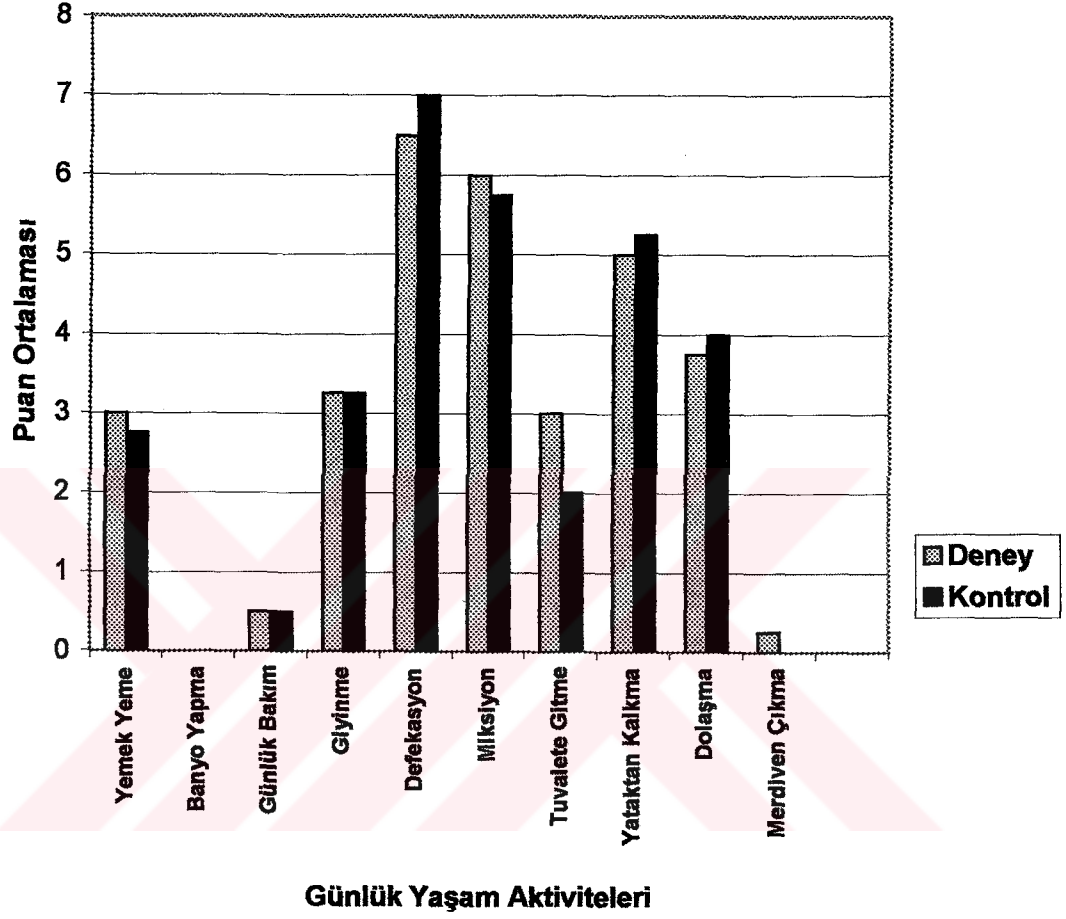
Deney ve kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önceki günlük yaşam aktivite puan ortalamaları **Tablo 5**'te verilmiştir.

Tablo 5'e göre bireylerin taburcu olmadan önceki günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda sırasıyla yemek yeme puan ortalaması 3.00 ± 2.99 ve 2.75 ± 2.75 , defekasyon puan ortalaması 6.50 ± 2.3 ve 7.00 ± 2.51 , miksiyon puan ortalaması 6.00 ± 2.62 ve 5.75 ± 2.94 , tuvalete gidiş puan ortalaması 3.00 ± 2.99 ve 2.00 ± 2.51 , yataktan kalkma puan ortalaması 5.00 ± 3.24 ve 5.25 ± 4.13 , dolaşma puan ortalaması 3.75 ± 4.55 ve 4.00 ± 4.76 ve merdiven çıkma puan ortalaması 0.25 ± 1.12 ve 0.00 ± 0.00 'dır. Günlük bakım puan ortalamaları (0.50 ± 1.54) ve giyim puan ortalamaları (3.25 ± 2.45) her iki grupta da aynıdır. Her iki gruptaki bireylerin taburcu olmadan önce bağımsız olarak banyo yapamadıkları görülmektedir.

Günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamalarına göre bireylerin, bu aktiviteleri yerine getirmede bağımlı oldukları ya da yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir.

İki grubun puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek üzere yapılan analiz sonucu, taburcu olmadan önce deney ve kontrol grubu arasındaki fark tüm aktiviteler için anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı



Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir Ay Sonraki Günlük Yaşam Aktiviteleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

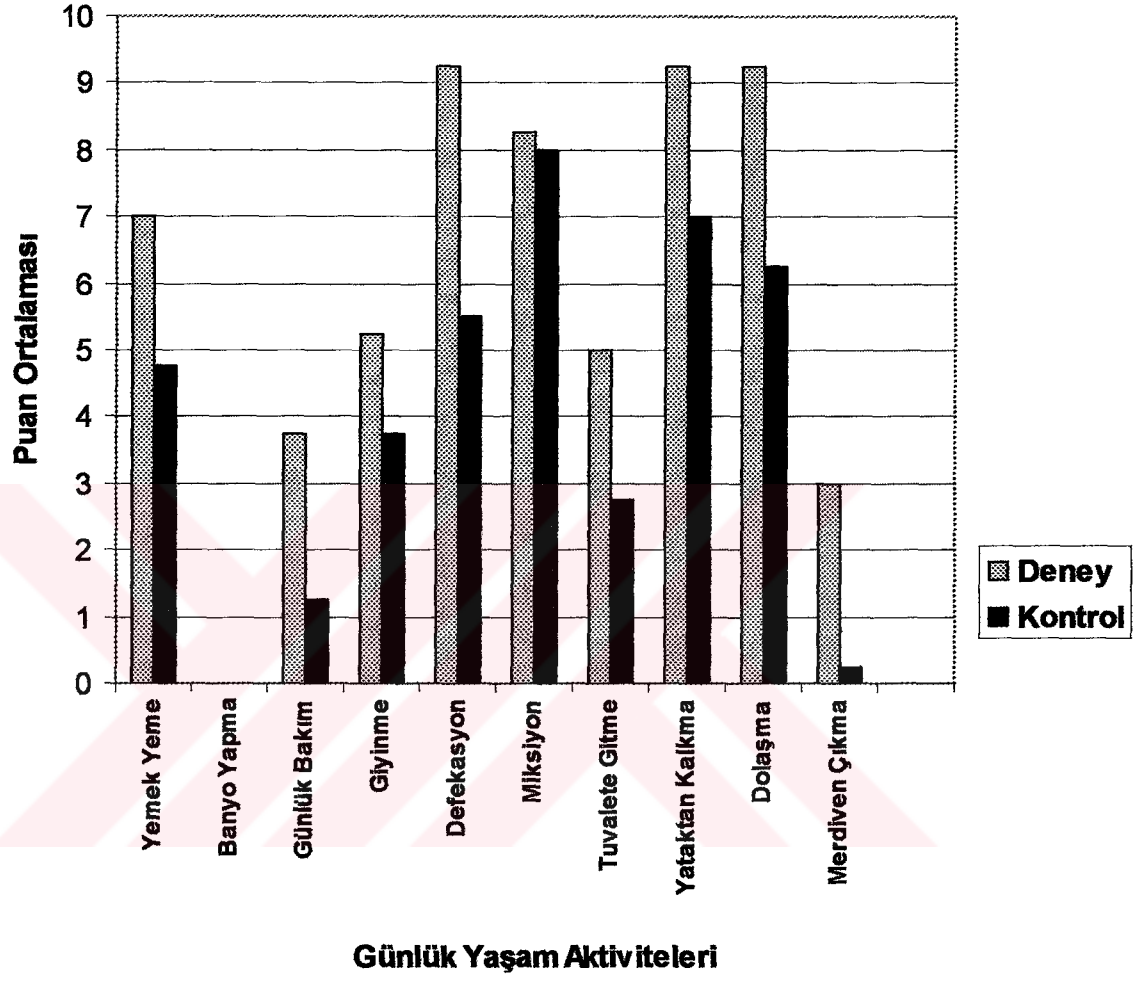
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		x	Sd	U	P
Yemek yeme	Deney	7,00	2,51	122,00	>0,05
	Kontrol	4,75	2,55		
Banyo yapma	Deney	-	-	200,00	>0,05
	Kontrol	-	-		
Günlük bakım	Deney	3,75	2,22	100,00	<0,05
	Kontrol	1,25	2,22		
Giyinme	Deney	5,25	1,12	142,50	>0,05
	Kontrol	3,75	2,22		
Defekasyon	Deney	9,25	1,83	50,00	<0,05
	Kontrol	5,50	1,54		
Miksiyon	Deney	8,25	3,35	197,50	>0,05
	Kontrol	8,00	3,77		
Tuvalete gitme	Deney	5,00	2,81	123,50	>0,05
	Kontrol	2,75	2,55		
Yataktan kalkma	Deney	9,25	2,94	128,50	>0,05
	Kontrol	7,00	2,99		
Dolaşma	Deney	9,25	2,94	122,50	>0,05
	Kontrol	6,25	4,25		
Merdiven çıkma	Deney	3,00	2,51	90,00	<0,05
	Kontrol	0,25	1,12		

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin taburcu olduktan bir ay sonraki günlük yaşam aktivite puan ortalamaları **Tablo 6**'da verilmiştir.

Tablo 6'ya göre bireylerin taburcu olduktan bir ay sonraki günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda sırasıyla yemek yeme puan ortalaması 7.00 ± 2.51 ve 4.75 ± 2.55 , günlük bakım puan ortalamaları 3.75 ± 2.22 ve 1.25 ± 2.22 , giyinme puan ortalamaları 5.25 ± 1.12 ve 3.75 ± 2.22 , defekasyon puan ortalaması 9.25 ± 1.83 ve 5.50 ± 1.54 , miksiyon puan ortalaması 8.25 ± 3.35 ve 8.00 ± 3.77 , tuvalete gitme puan ortalaması 5.00 ± 2.81 ve 2.75 ± 2.55 , yataktan kalkma puan ortalaması 9.25 ± 2.94 ve 7.00 ± 2.99 , dolaşma puan ortalaması 9.25 ± 2.94 ve 6.25 ± 4.25 ve merdiven çıkma puan ortalaması 3.00 ± 2.51 ve 0.25 ± 1.12 'dir. İlk ölçümde olduğu gibi bu ölçümde de her iki grupta bireylerin bağımsız olarak banyo yapamadıkları görülmektedir.

İki grubun puan ortalamaları arasındaki farkı incelemek üzere yapılan analiz sonucu, taburcu olduktan bir ay sonraki ölçümlerde günlük bakım, defekasyon ve merdiven çıkma aktivitelerinde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), diğer aktivitelerde anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

Grafik 2: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olduktan Bir ay Sonraki Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı



Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerindeki Günlük Yaşam Aktiviteleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ		x	Sd	U	P
Yemek yeme	Deney	9,75	1,12	40,00	<0,05
	Kontrol	5,75	1,83		
Banyo yapma	Deney	1,75	2,45	130,00	<0,05
	Kontrol	0,00	0,00		
Günlük bakım	Deney	5,00	0,00	100,00	<0,05
	Kontrol	2,50	2,56		
Giyinme	Deney	8,00	2,51	82,00	<0,05
	Kontrol	4,75	1,97		
Defekasyon	Deney	10,00	0,00	0,00	<0,05
	Kontrol	5,00	0,00		
Miksiyon	Deney	9,50	2,24	181,50	>0,05
	Kontrol	9,25	1,83		
Tuvalete gitme	Deney	7,50	2,56	75,00	<0,05
	Kontrol	3,75	2,22		
Yataktan kalkma	Deney	13,50	2,35	40,00	<0,05
	Kontrol	7,75	3,02		
Dolaşma	Deney	12,25	2,55	55,00	<0,05
	Kontrol	7,25	3,02		
Merdiven çıkma	Deney	5,25	1,12	38,00	<0,05
	Kontrol	1,00	2,05		

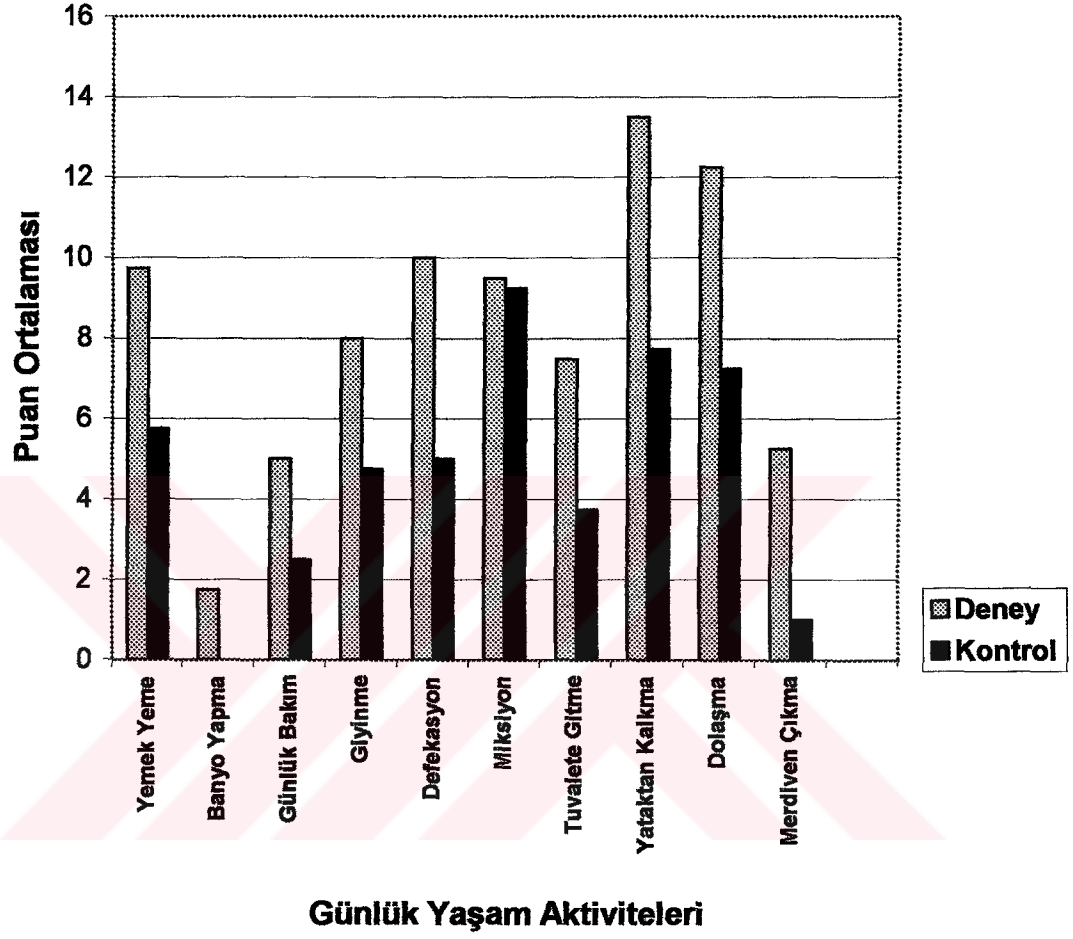
Deney ve kontrol grubundaki bireylerin son ölçümlerindeki günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları **Tablo 7'**de verilmiştir.

Tablo 7'ye göre, deney grubundaki bireyler yemek yeme aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilirken (9.75 ± 1.12), kontrol grubundaki bireyler bu aktivitede yardıma gereksinim duymaktadırlar (5.75 ± 1.83). Banyo yapma aktivitesinde kontrol grubunda bireyler tamamen bağımlıdırlar (0.00). Deney grubundaki bireyler banyolarını yardımla yapabilme düzeyine yükselmişlerdir (1.75 ± 2.45). Deney grubunda bireyler günlük bakımlarında tam bağımsızken (5.00 ± 0.00), kontrol grubunda bireyler yardıma gereksinim duymaktadırlar (2.50 ± 2.56). Deney grubunda bireyler giyinme aktivitesinde (8.00 ± 2.51) kontrol grubundaki bireylere (4.75 ± 1.97) göre daha bağımsızlardır. Deney grubu bireylerde konstipasyon sorunu hiç yokken (10.0 ± 0.00), kontrol grubundaki bireylerde bu sorun halen devam etmektedir (5.00 ± 0.00). Her iki grupta da bireylerin miksiyon ile ilgili sorunları giderilmiş durumdadır (9.50 ± 2.24 ve 9.25 ± 1.83).

Tuvalete gitme aktivitesinde kontrol grubunda bireylerin yardıma gereksinimi devam ederken (3.75 ± 2.22), deney grubunda bireylerin yardım alma düzeyi daha azdır (7.50 ± 2.56). Yataktan kalkma aktivitesinde deney grubundaki bireyler bağımsıza yakinken (13.50 ± 2.35), kontrol grubundaki bireylerin yardıma gereksinimleri devam etmektedir (7.75 ± 3.02). Deney grubundaki bireylerin dolaşma sırasında yardıma gereksinimleri azalırken (12.25 ± 2.55), kontrol grubundaki bireylerin yardımsız dolaşamadıkları belirlenmiştir (7.25 ± 3.02). Merdiven çıkma aktivitesi deney grubundaki bireylerde yardımla yapılabilirken (5.25 ± 1.12), kontrol grubunda bu aktivite güçlükle yapılabilirken (1.00 ± 2.05).

Deney ve kontrol grubu günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasındaki fark, miksiyon aktivitesi dışında ($p > 0.05$), tüm aktivitelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Grafik 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı



Tablo 8: Deney Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Taburcu Olmadan Önce (n:20)		Son Ölçüm (n:20)		Z	P
	x	Sd	x	Sd		
Yemek yeme	3,00	2,99	9,75	1,12	-3,946	<0,05
Banyo yapma	0,00	0,00	1,75	2,45	-2,646	<0,05
Günlük bakım	0,50	1,54	5,00	0,00	-4,243	<0,05
Giyinme	3,25	2,45	8,00	2,51	-3,578	<0,05
Defekasyon	6,50	2,35	10,00	0,00	-3,742	<0,05
Miksiyon	6,00	2,62	9,50	2,24	-3,300	<0,05
Tuvalete gitme	3,00	2,99	7,50	2,56	-4,025	<0,05
Yataktan kalkma	5,00	3,24	13,50	2,35	-4,008	<0,05
Dolaşma	3,75	4,55	12,25	2,55	-3,926	<0,05
Merdiven çıkma	0,25	1,12	5,25	1,12	-4,264	<0,05

Deney grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra son ölçümlerindeki Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni yapabilme puan ortalamaları ve aralarındaki farkın analiz sonuçları **Tablo 8**'de verilmiştir.

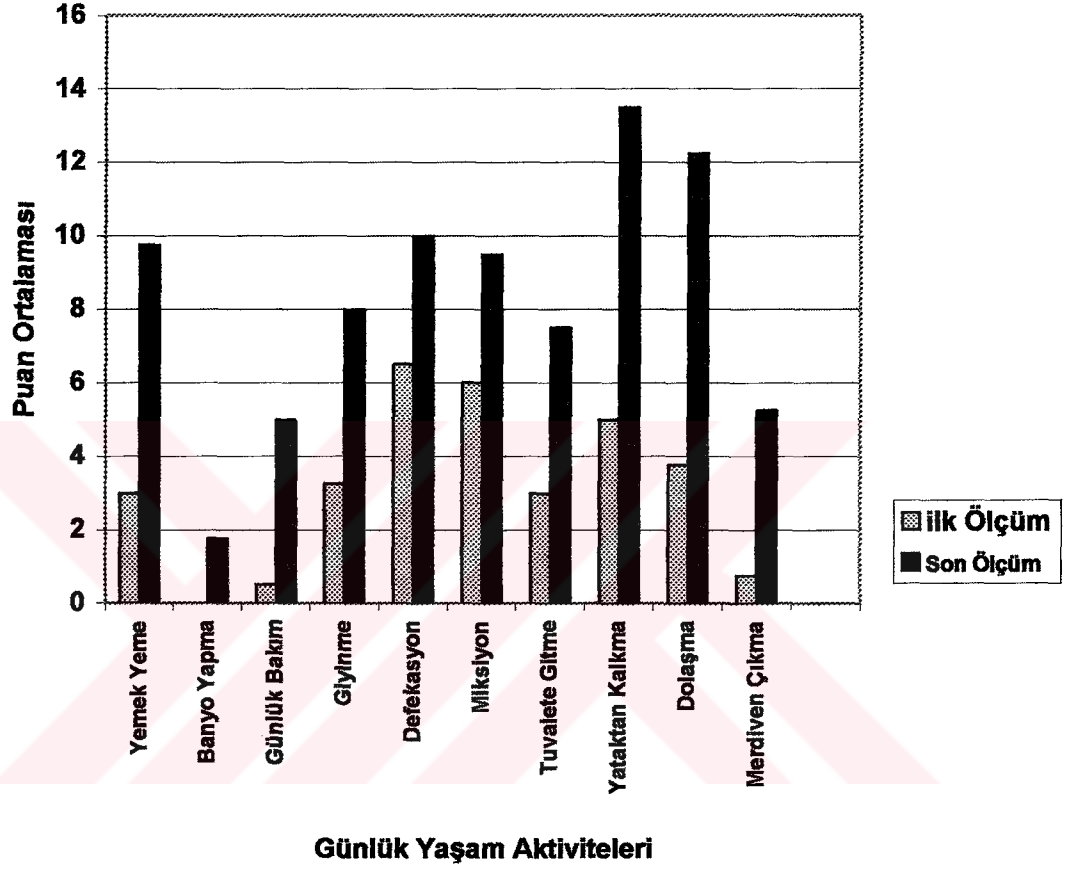
Tablo 8'e göre deney grubunda yer alan bireyler taburcu olmadan önce yardımla yemek yiyebilirken, yapılan son ölçümde bu aktiviteyi bağımsız olarak yaptıkları görülmektedir. Yemek yeme aktivite puan ortalaması 3.00 ± 2.99 'dan 9.75 ± 1.12 'ye yükselmiştir. Deney grubunda bireyler taburcu olmadan önce banyo yapma aktivitelerini hiç yapamazken, son ölçümlerinde yardım alarak banyo yapabilir hale gelmişlerdir. Banyo yapma aktivitesi puan ortalaması 1.75 ± 2.45 'e yükselmiştir. Taburcu olmadan önce bireyler günlük bakımlarını karşılamada bağımlı iken, son ölçümlerinde bağımsız duruma geçmişlerdir. Günlük bakım puan ortalaması 0.50 ± 1.54 'den 5.00 ± 0.00 'a yükselmiştir. Deney grubundaki bireylerin ilk

ve son ölçümlerindeki puan ortalamaları sırasıyla incelendiğinde; giyinme aktiviteleri bağımlıya yakınken, son ölçümde bağımsız yakın duruma gelmiştir (3.25 ± 2.45 ve 8.00 ± 2.51). Deney grubundaki bireylerde konstipasyon sorununun son ölçümde hiç yaşanmadığı belirlenmiştir (6.50 ± 2.35 ve 10.00 ± 0.00). Bireylerin hepsi son ölçümlerinde idrarını foley kateter olmaksızın yapabilir hale gelmiştir (6.00 ± 2.62 ve 9.50 ± 2.24). Taburculuk öncesi bireyler tuvalete yardım alarak gidebilirken , son ölçümde bu aktivitede daha bağımsız oldukları görülmüştür (3.00 ± 2.99 ve 7.50 ± 2.56).

Deney grubunda yer alan bireyler, taburcu olmadan önce yardımla yataktan kalkmakta iken, son ölçümlerinde yataktan daha bağımsız olarak kalkabildikleri belirlenmiştir ve aktivite puan ortalaması 5.00 ± 3.24 'den 13.50 ± 2.35 'e yükselmiştir. Başlangıçta bireyler ancak tekerlekli sandalye ile dolaşabilirken , ikinci ayın sonunda destekle yürüyebilir duruma gelmişlerdir (3.75 ± 4.55 ve 12.25 ± 2.55). Merdiven çıkma aktivitesinde bireyler tamamen bağımlı iken, son ölçümde bu aktiviteyi yardımla yapabildikleri görülmektedir (0.25 ± 1.12 ve 5.25 ± 1.12).

Deney grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ilk ölçümleri ve taburcu olduktan sonraki son ölçümleri sonucu elde edilen aktivite puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm aktiviteler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Grafik 4: Deney Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı



Tablo 9: Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Taburcu Olmadan Önce (n:20)		Son Ölçüm (n:20)		Z	P
	x	Sd	x	Sd		
Yemek yeme	2,75	2,75	5,75	1,83	-3,207	<0,05
Banyo yapma	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000	>0,05
Günlük bakım	0,50	1,54	2,50	2,56	-2,828	>0,05
Giyinme	3,25	2,45	4,75	1,97	-2,449	>0,05
Defekasyon	7,00	2,51	5,00	0,00	-2,825	>0,05
Miksiyon	5,75	2,94	9,25	1,83	-3,276	<0,05
Tuvalete gitme	2,00	2,51	3,75	2,22	-2,333	>0,05
Yataktan kalkma	5,25	4,13	7,75	3,02	-2,673	>0,05
Dolaşma	4,00	4,76	7,25	3,02	-2,629	>0,05
Merdiven çıkma	0,00	0,00	1,00	2,05	-2,000	>0,05

Kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra son ölçümlerindeki Günlük Yaşam aktiviteleri'ni yapabilme puan ortalamaları ve aralarındaki farkın analiz sonuçları **Tablo 9**'da verilmiştir.

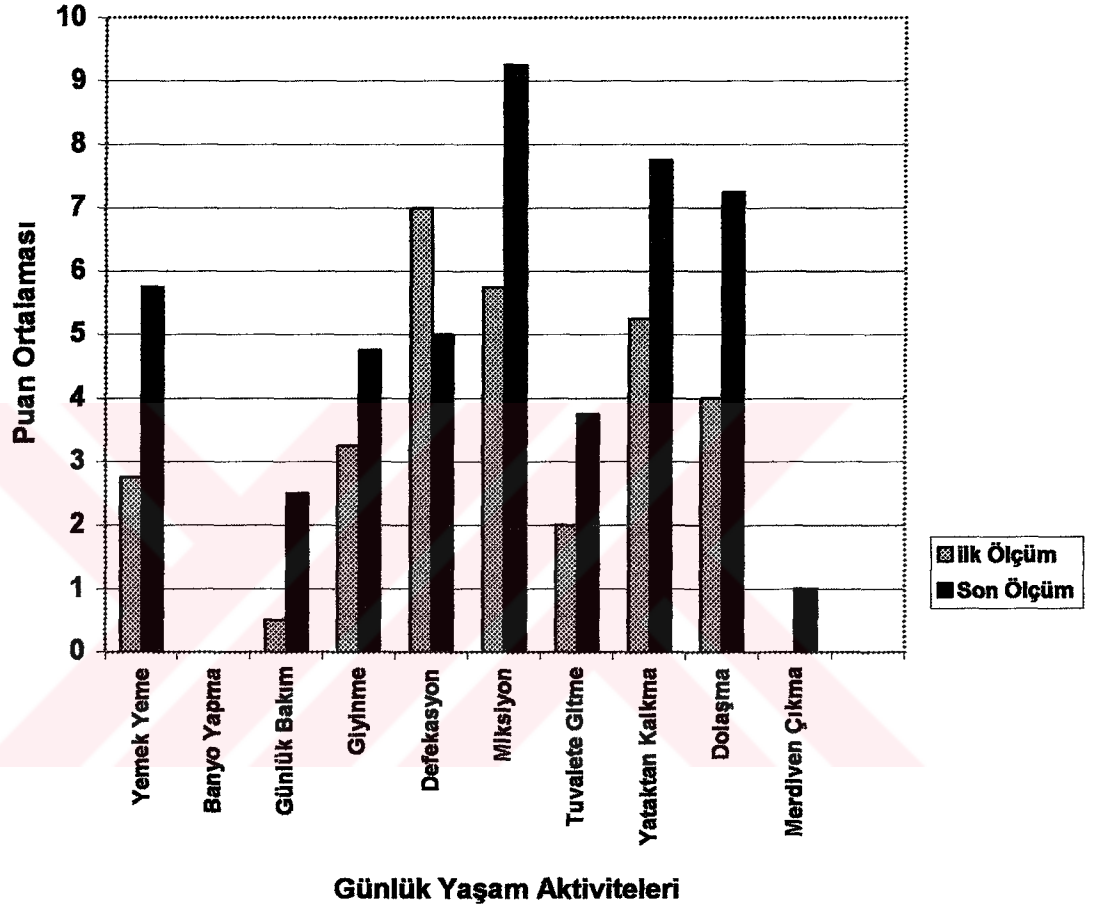
Tablo 9'a göre, kontrol grubundaki bireyler, taburcu olmadan önce ve son ölçümlerinde yardımla yemek yiyebilmektedirler. Yemek yeme aktivite puan ortalamaları 2.75 ± 2.75 'den 5.75 ± 1.83 'e yükselmiştir. Kontrol grubunda bireylerin hepsi taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan sonra banyo yapma aktivitelerinde bağımlılık yaşamaktadırlar (0.00). Günlük bakımlarını taburcu olmadan önce başka birine bağımlı olarak yapabilirlerken, son ölçümde yardımla yapabilir hale gelmişlerdir (0.50 ± 1.54 ve 2.50 ± 2.56).

Bireylerin taburcu olmadan önce ve son ölçümlerinde giyinme için yardıma gereksinim duydukları belirlenmiştir (3.25±2.45 ve 4.75±1.97). Kontrol grubundaki bireylerin ikinci ayın sonunda konstipasyon sorununda artış gözlenmiştir (7.00±2.51 ve 5.00±0.00). Kontrol grubundaki bireylerin büyük çoğunluğunun son ölçümlerinde normal olarak idrar yapabildikleri belirlenmiştir ve aktivite puan ortalamaları 5.75±2.94'den 9.25±1.83'e yükselmiştir. Bireylerin her iki ölçümde de tuvalete gitme aktivitesinde yardıma gereksinim duydukları saptanmıştır (2.00±2.51 ve 3.75±2.22).

Yataktan kalkma aktivitesinde kontrol grubundaki bireylerde yardıma gereksinim devam etmektedir (5.25±4.13 ve 7.75±3.02). Son ölçümlerde bireylerin dolaşma aktivitesini yardımla gerçekleştirebildikleri (4.00±4.76 ve 7.25±3.02) ve merdiven çıkma aktivitesini ise taburcu olmadan önce hiç yapamadıkları, son ölçümde yardımla yapabildikleri belirlenmiştir (0.00 ve 1.00±2.05).

Kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ilk ölçümleri ve taburcu olduktan sonraki son ölçümleri sonucu elde edilen aktivite puan ortalamaları karşılaştırıldığında banyo yapma, günlük bakım, giyinme, defekasyon, tuvalete gitme, yataktan kalkma, dolaşma ve merdiven çıkma aktivite puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna karşılık yemek yeme ve miksiyon aktivite puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Grafik 5: Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktivite Puan Ortalamalarının Dağılımı



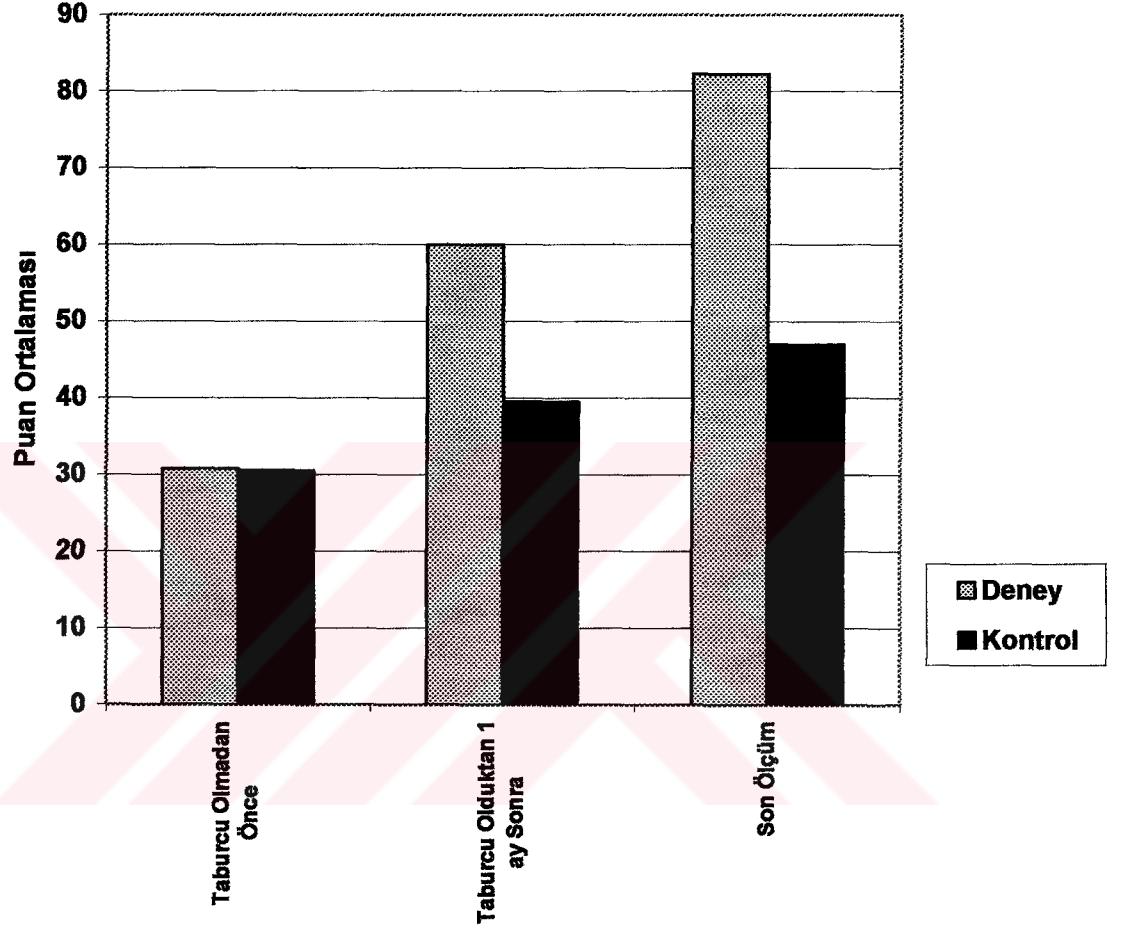
Tablo 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Taburcu Olmadan Önce Taburcu Olduktan Bir Ay Sonra ve Son Ölçümlerinde Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puanlarının Analizi

Toplam Puan Ortalamaları		x	Sd	U	P
Taburcu Olmadan Önce	Deney	30,75	14,53	197,00	>0,05
	Kontrol	30,50	15,55		
Taburcu Olduktan Bir Ay Sonra	Deney	60,00	11,92	48,00	<0,05
	Kontrol	39,50	11,91		
Son Ölçüm	Deney	82,25	9,10	1,50	<0,05
	Kontrol	47,00	11,85		

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir ay sonra ve son ölçümlerindeki Günlük Yaşam Aktiviteleri toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması **Tablo 10'** da verilmiştir.

Tablo 10'a göre, taburcu olmadan önce deney ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları sırasıyla $30,75 \pm 14,53$ ve $30,50 \pm 15,55$ olarak bulunmuş ve iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Deney ve kontrol grubunun taburcu olduktan bir ay sonraki ölçümlerinde toplam puan ortalamaları $60,00 \pm 11,92$ ve $39,50 \pm 11,91$ olarak bulunmuştur. Yapılan analizde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Son olarak taburcu olduktan iki ay sonra yapılan ölçümde toplam puan ortalamaları $82,25 \pm 9,10$ ve $47,00 \pm 11,85$ olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucu elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Grafik 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Toplam Puanlarının Dağılımı



VI. TARTIŞMA

Bu bölümde, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde SVH tanısı ile yatan bireylere verilen öz bakım eğitim programının, bireylerin Günlük Yaşam aktiviteleri (GYA) üzerine etkileri ile ilgili bulgular tartışılmaktadır.

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, başka bir hastalığın varlığı, etkilenen beyin hemisferi ve SVH sonrası ortaya çıkan fiziksel sorunlar yönünden benzer olduğu ($p>0.05$) belirlenen deney ve kontrol grubu bireylerden elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmıştır (Tablo 1).

I.Tanıtıcı Özellikler

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, bireylerin yaş ortalaması 67.78 ± 1.24 olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Rasquin ve ark (2002) SVH olan bireylerle yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını 69.3 ± 12.3 , Lai ve ark (1998) 69 ± 10.9 , Langhammer ve ark (2000) 78 ± 9 olarak belirlemişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; Tuğcu (1998) yaş ortalamasını 62.02 ± 13.13 , Aytış (1998) 59.9 ± 8.61 , Kutluhan (1999) 65.65 ± 10.78 ve Eser (1999) ise 63.4 ± 1.1 olduğu görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen yaş ortalaması değeri ilgili çalışmalarda bulgulara uyum göstermektedir. Yaş, SVH için en önemli belirleyicidir. Literatürde yaş arttıkça SVH insidansında belirgin düzeyde artma olduğu bildirilmektedir (Dincher 1999, Lewis ve ark 2001, Nakoyama 1994). Bu artışın, yaşla birlikte arteriyoskleroz oluşumlarının artması ve DM, HT, kalp hastalığı gibi SVH oluşumunu kolaylaştıran hastalıkların sık görülmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da ileri yaş SVH için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.

Araştırma örneğine alınan bireylerin %45'inde HT, %32.5'inde HT ile birlikte kalp hastalığı, %22.5'inde ise yine HT'a ek olarak DM olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). SVH ile ilgili benzer çalışmalar incelendiğinde; Tuğcu (1998)'nin çalışmasında bireylerin %84.3'ünde HT olduğu, Aytış (1998)'in çalışmasında bireylerin %57.95'inde HT, %15.9'unda HT ve kalp hastalığı, %12.5'inde HT ve DM olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde SVH'a neden olan hastalıklar

arasında en önemli yeri HT'un aldığı, kalp hastalıklarının ikinci sırada olduğu ve ardından da DM'un geldiği görülmektedir (Chalmers ve ark 2000, Keen ve Swearingen 1995, Jorgenson 1994, Zenbilci 1995). Çalışmamızda elde edilen bulgular ilgili çalışma sonuçlarını ve literatür bilgisini destekler niteliktedir.

SVH, sıklıkla oluşum nedenine göre serebral infarkt ve serebral hemoraji olarak sınıflandırılmaktadır. Serebral infarktın serebral hemorajiye göre dört kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Black 1997, Memiş 2000, Rice 1995, Smeltzer ve Brenda 2000). Kutluhan (1999) yapmış olduğu çalışmada serebral infarkt görülme oranı %76.73, serebral hemoraji oranını ise %18.24 olarak belirlemiştir. Tuğcu (1998), serebral infarktın %74, hemorajinin %24.71, Lai ve ark (1998) ise serebral infarktın %90, hemorajinin %10 oranında görüldüğünü saptamışlardır. Çalışmamızda serebral infarkt oranı %72.5, serebral hemoraji oranını ise %27.5 şeklinde bulunmuştur. Bu sonuçlar, konu ile ilgili çalışma sonuçları ve literatür bilgisi ile uyum içindedir.

II. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)'ndeki Bağımsızlık Durumlarının Karşılaştırılması

Araştırma hipotezini test etmek üzere, deney ve kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce, taburcu olduktan sonraki birinci ay ve ikinci ayda GYA bağımsızlık düzeyleri saptanmış ve gruplar arası farklılık incelenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin GYA'ni yapabilme durumları yardımcı, az yardımcı ve yardımcı olarak gruplandırılmıştır.

Deney grubunda bulunan bireylerin taburcu olmadan önce yapılan ölçümünde 1(%5) kişinin bağımsız yemek yiyebildiği belirlenmiştir. Eğitim verildikten sonra yapılan ikinci ölçümde bu sayı 8(%40)'e, son ölçümde ise 19(%95)'a yükselmiştir (Tablo 2,3,4). Kontrol grubundaki bireylerin yemek yeme aktivitesindeki bağımsızlık düzeyleri incelendiğinde; ilk ve ikinci ölçümde 2(%10), son ölçümde ise 3(%15) bireyin bağımsız olarak yemek yiyebildiği belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Deney ve kontrol grubundaki bireylerin yemek yeme aktivite puanları karşılaştırıldığında; ilk ölçüm puan ortalamaları 3.00 ve 2.75 olarak bulunmuştur (Tablo 5). İlk ölçüm puan ortalamalarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum araştırma kapsamına alınan bireylerin taburcu olurken aktivite düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Taburcu olduktan bir ay sonra yapılan ölçümde yemek yeme puan ortalaması deney grubunda 7.00, kontrol grubunda 4.75 olarak belirlenmiştir (Tablo 6). Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak deney grubunda yer alan bireylerde puan artışının daha fazla olduğu görülmektedir. Son ölçümde ise; deney grubu puan ortalaması 9.75'e, kontrol grubu puan ortalaması 5.75'e yükselmiştir (Tablo7). Son ölçüm için yapılan istatistiksel analizde iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p< 0.05$).

Literatürde SVH'da ortaya çıkan motor güçsüzlük, aspirasyon riski, yutma güçlüğü gibi durumların yemek yeme aktivitesini etkileyebildiği ve bu aktivitedeki yetersizliğin SVH sonrası en kolay kazanılabilen beceri olduğu bildirilmektedir (Glandman ve ark 1993). Çalışmalar bireylerin bu aktiviteyi tekrar yapabilmesi için sağlık çalışanları tarafından destek, yardım, danışmanlık ve tüm bunları içine alan eğitimin oldukça önemli olduğunu göstermektedir (Black 1997, Negus1994). Özellikle eğitimin tekrarlı olarak verilmesi beslenme aktivitesinin daha kolay kazanılmasını sağladığı belirtilmektedir (Berker 2000).

Çalışmada bir kez eğitim verildikten sonra yapılan ölçümde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmazken; ikinci eğitimden sonra farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu sonuç eğitimin tekrarlı verildiğinde daha etkili olduğu, özellikle motor becerileri geliştirmek için eğitim sürekliliğinin gerekli olduğu bilgisini (Berker 2000, Taşocak 2003) desteklemektedir. Sucuoğlu (1997), SVH olan bireylerle ilgili yaptığı çalışmada, tekrarlı eğitim sonrasında bireylerin yemek yeme aktivitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olduğunu belirlemiştir. Çerezci (1995) çalışmasında SVH sonrası uygulanan rehabilitasyon tedavisinin yemek yeme aktivitesinde etkili olduğu belirlemiştir. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatür bilgisi ile uyum göstermektedir.

Bireylerin banyo yapma aktivitesi incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan bir ay sonra yapılan ölçümde bireylerin tümünün banyo yapma aktivitesinde bağımlı olduğu görülmektedir (Tablo 2,3). Son ölçümde ise deney grubunda 7(%35) bireyin bu aktiviteyi yardım almadan

gerçekleştirebildiği, kontrol grubunda ise yine bağımsız banyo yapabilen birey olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Yapılan son ölçümde banyo yapma puan ortalaması deney grubunda 1.75'e yükselirken, kontrol grubunda 0.00'da kalmıştır (Tablo7). Son ölçüm için yapılan istatistiksel analizde iki grup arasında farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)

Banyo yapma aktivitesinde bir kez eğitim verildikten sonra bireylerde herhangi bir gelişme görülmemiştir. Ancak verilen ikinci eğitim sonrası deney grubu bireylerin bağımsızlık düzeyinde artma olmuştur. Literatürde banyo yapma aktivitesinin SVH sonrası en zor kazanılan kompleks bir beceri olduğu, bireylerin motor becerisi geliştikçe bu aktivitede daha bağımsız olabilecekleri belirtilmektedir (Glandman ve ark 1993, Granger ve ark 1993, Holmqvist ve ark 1993). Yapılan bazı çalışmalarda SVH sonrası tekrarlı eğitim verildiğinde ve tekrarlı rehabilitasyon tedavisi uygulandığında bireylerin banyo yapma aktivitesinde bağımsızlık düzeyinin anlamlı şekilde artabileceği saptanmıştır (Çerezci 1995, Sucuoğlu 1997). Araştırma sonuçları ve literatür bilgisi çalışma sonuçlarımız ile paralellik göstermektedir.

Bireylerin önemli bir günlük aktivitesi olan ve kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan günlük bakım aktivitesi incelendiğinde; taburcu olmadan önce deney grubunda 2(%10) bireyin, taburcu olduktan bir ay sonra 15(%75) bireyin, son ölçümde ise tüm bireylerin bu aktiviteyi bağımsız olarak gerçekleştirebildiği bulunmuştur (Tablo 2,3,4). Kontrol grubunda taburcu olmadan önce deney grubuna benzer olarak 2(%10) bireyin, taburcu olduktan bir ay sonra 5(%25), son ölçümde ise 10(%50) bireyin bu aktiviteyi bağımsız olarak gerçekleştirebildiği belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Günlük bakım puan ortalamaları ilk ölçümde her iki grupta da 0.50 olarak belirlenmiştir (Tablo5). Bu sonuç başlangıçta grupların birbirine benzer olduğunu göstermektedir. İkinci ölçümde puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda sırasıyla 3.75 ve 1.25 (Tablo 6), son ölçümde ise 5.00 ve 2.50 olarak belirlenmiştir (Tablo 7). İkinci ve son ölçüm puan ortalamalarını karşılaştırmak için yapılan analizde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlk eğitim sonrası bireylerin günlük bakım aktivitesinde iyileşme olmasına rağmen, tam bağımsızlık ancak ikinci eğitimle sağlanabilmiştir.

Bu eğitimde sürekliliğin sağlanmasının ne derece önemli olduğunu

göstermektedir. Tekrarlı eğitimin bilginin kavranması ve beceriye dönüştürülmesinde önemli bir etken olduğu bildirilmektedir (Taşocak 2003). SVH sonrası tekrarlı eğitimlerin ve rehabilitasyon aktivitelerinin bireylerin kişisel bakımlarını bağımsız olarak yapabilmelerinde etkili olduğu saptanmıştır (Çerezci 1995, Gompert ve ark 2002, Tyson ve Turner 2000, Robinson 2002, Sucuoğlu 1997). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ve araştırma bulguları ile uyum göstermektedir.

Kendi kendine giyinebilme aktivitesi bağımsızlığın temel unsurlarındandır ve bu aktiviteyi gerçekleştirebilmek birçok motor beceri gerektirir. Glandman ve ark (1993), SVH sonrası bireylerin bu aktiviteyi yapmada güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Araştırma örneklemine alınan deney grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce bu aktiviteyi bağımsız olarak gerçekleştiremedikleri belirlenmiştir. Eğitim verildikten sonra yapılan ölçümde 1(%5) bireyin, eğitim tekrarlandıktan sonra ise 12(%60) bireyin yardım almadan giyinebildiği görülmektedir (Tablo 2,3,4). Kontrol grubundaki bireylerde benzer olarak taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan bir ay sonra yapılan ölçümde bireylerin bağımsız olarak giyinemedikleri belirlenmiştir (Tablo 2,3). Son ölçümde sadece 1(%5) kişi bu aktiviteyi bağımsız olarak gerçekleştirebilmiştir (Tablo 4). Giyinme puan ortalamaları incelendiğinde, ilk ölçümde her iki grubun puan ortalaması 3.25 iken (Tablo 5), ikinci ölçümde deney grubu puan ortalamasının 5.25'e, kontrol grubu puan ortalamasının ise 3.75'e yükseldiği görülmektedir (Tablo 6). İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), son ölçümde deney ve kontrol grubunun puan ortalamaları sırasıyla 8.00 ve 4.75 değerlerine yükselmiş (Tablo 7), puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Both ve arkadaşları (2001)'nin bildirdiğine göre; Wade (1985) SVH geçiren bireylerin ilk aylarda yaklaşık %91'inin giyinme aktivitesinde yardıma gereksinim duyduğunu belirtmiştir. Sucuoğlu (1997) SVH geçirmiş bireylerde eğitim programlarının giyinme aktivitesinde etkili olduğunu saptamıştır. Literatürde bireylerin SVH sonrası yardım almadan giyinemeyeceklerini düşündükleri, ancak uygun destek ve cesaretin sağlanması, giyinme aktivitesini kolaylaştıran yöntemlerin öğretilmesi ile bireylerin bu aktivitede daha bağımsız olabilecekleri belirtilmektedir (Lewis ve ark 2001, Rice

1995, Smeltzer ve Brenda 2000). Çalışmamızda elde edilen sonuçların benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

SVH sonrası, fiziksel aktivitenin kısıtlı olması, yetersiz sıvı alımı, uygun olmayan boşaltım şekli, duyuşal ve algısal alanda yaşanan değişimler nedeni ile konstipasyon sık yaşanmaktadır (Smeltzer ve Brenda 2000). Ancak SVH sonrası sık yaşanan bu sorunun uygun ve planlı bir barsak eğitimi ile giderilebileceği de belirtilmektedir (Berker 2000, Black 1997, Sucuoğlu 1997).

Çalışmada deney grubunu oluşturan bireylerde taburcu olmadan önce 14(%70), taburcu olduktan bir ay sonra 3(%15) bireyde konstipasyon sorunu olduğu belirlenmiştir. Son ölçümde ise tüm bireylerin boşaltım aktivitesini normal olarak karşılayabildikleri, konstipasyon sorununun yaşanmadığı görülmüştür (Tablo 2,3,4). Kontrol grubunda ise başlangıçta 12(%60) bireyde konstipasyon varken, bir ay sonra 18(%90), son ölçümde ise tüm bireylerde bu sorunun yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Defekasyon puan ortalaması başlangıçta deney ve kontrol grubunda sırasıyla 6.50 ve 7.00 iken ($p>0.05$), 2. ölçümde 9.25 ve 5.50 ($p<0.05$), son ölçümde ise 10.00 ve 5.00 ($p<0.05$) olarak belirlenmiştir (Tablo 5,6,7). Kontrol grubunda yer alan bireylerde konstipasyon sorununun gün geçtikçe artması, bireylerin fiziksel aktivitelerinde artma olmaması ve etkin hareketliliğin sağlanamaması ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda planlı öğretim programı ile SVH'lı bireylerde normal barsak alışkanlığının kazanılabileceği doğrultusunda sonuçlar elde edilmiştir. SVH ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda rehabilitasyon aktivitelerinin bireylerde konstipasyonu giderdiği ve normal boşaltımı kolaylaştırdığı belirlenmiştir (Çerezci 1995, Langhammer 2000). Kocataş (2000), miyokard enfarktüsü geçiren bireylerle yapmış olduğu çalışmada verilen eğitim ile konstipasyon sorununun önemli ölçüde giderildiğini saptamıştır. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, daha önce yapılan çalışmalarla uyum göstermektedir.

Miksiyon aktivitesi ile ilgili bulgular incelendiğinde, taburcu olmadan önce her iki grupta da 5(%25) bireyin, ikinci ölçümde yine iki grupta da 15(%75) bireyin, son ölçümde ise deney grubunda 19(%95), kontrol grubunda ise 17(%85) bireyin bu aktiviteyi normal olarak karşıladığı, bu bireylerde inkontinans ya da foley kateter kullanımının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Miksiyon aktivitesi puan

ortalaması taburcu olmadan önce deney ve kontrol grubunda sırasıyla 6.00 ve 5.75, ikinci ölçümde 8.25 ve 8.00, son ölçümde ise 9.50 ve 9.25 olarak bulunmuştur. Yapılan üç ölçümde de iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$) deney grubunda yer alan bireylerde iyileşme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda eğitim programları ve rehabilitasyon tedavisi sonrası miksiyon aktivitesinde anlamlı düzeyde puan artışı olduğu belirlenmiştir (Çerezci 1995, Sucuoğlu 1997). Bu araştırmada elde edilen bulgular, daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak; hastanede yatarken foley kateter takılı olan bireylerin büyük bir kısmının eve dönüşte kateterlerinin çıkarılması ve çıkarıldıktan sonra bireylerin çoğunluğunda inkontinans problemi yaşanmaması bir başka deyişle taburcu olduktan itibaren miksiyon aktivitesi ile sorun yaşayan birey sayısının azalması olduğu düşünülebilir.

Tuvalete gidebilme hem defekasyon hem miksiyon aktivitesinin sağlıklı olarak karşılanmasında önemli bir unsurdur. Bireylerin büyük çoğunluğu yatak içinde tuvalet yapmayı tercih etmedikleri belirtilmektedir. Mahremiyetin sürdürülmesi, boşaltım için uygun pozisyonun alınması ancak tuvalet ortamında sağlanacağı için, tuvalete gidebilme SVH sonrası izlenmesi gereken önemli bir aktivitedir (Potter ve Perry 2001, Rice 1995, Smeltzer ve Brenda 2000).

Tuvalete gitme aktivitesi yönünden bireyler değerlendirildiğinde, deney grubunda ilk ölçümde 1(%5) bireyin, ikinci ölçümde 3(%15) bireyin, son ölçümde 10(%50) bireyin bağımsız olarak tuvalete gidebildiği, kontrol grubunda ise her üç ölçümde de bireylerin bağımsız olarak tuvalete gidemedikleri, ancak yardımla bu aktiviteyi sürdürebildikleri belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Deney ve kontrol grubunda ilk ölçümde tuvalete gitme puan ortalaması sırasıyla 3.00 ve 2.00, ikinci ölçümde 5.00 ve 2.75 olarak belirlenmiş (Tablo5,6), her iki ölçümde de gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Son ölçümde ise deney grubu puan ortalaması 7.50'ye, kontrol grubu puan ortalaması 3.75'e yükselmiştir (Tablo 7) ve yapılan analizde iki grup arasında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan benzer bir çalışmada SVH geçiren bireylere uygulanan rehabilitasyon tedavisi sonrası, bireylerin tuvalete gitme aktivitesinde

bağımsızlıklarının arttığı belirlenmiştir (Langhammer ve Stanghelle 2000) SVH geçiren bireylerle yapılan diğer bir çalışmada ise öz bakım eğitiminin bireylerin bağımsız olarak tuvalete gitmesinde etkili olduğunu belirlemiştir (Sucuoğlu 1997). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma deney grubunu oluşturan bireylerin yataktan kalkma aktivitesine ilişkin bulguları incelendiğinde, ilk ölçümde bireylerin hiçbirinin bağımsız olarak yataktan kalkamadıkları, ikinci ölçümde 2(%10) bireyin, son ölçümde ise 14(%70) bireyin bağımsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Kontrol grubunda ise ilk ve ikinci ölçümde bireylerin tümünün yardım almadan yataktan kalkamadıkları, son ölçümde sadece 1(%5) bireyin bu aktivitede bağımsız olduğu saptanmıştır (Tablo 2,3,4). Yataktan kalkma aktivitesi puan ortalamaları ilk ölçümde deney ve kontrol grubunda sırasıyla 5.00 ve 5.25 (Tablo 5), ikinci ölçümde 9.25 ve 7.00 (Tablo 6), son ölçümde 13.50 ve 7.75 (Tablo 7) olarak bulunmuştur. Yapılan ilk iki ölçümde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p>0.05$), son ölçümde fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Sucuoğlu (1997), SVH geçiren bireyler ile ilgili yaptığı çalışmada eğitim verildikten sonra yatağa bağımlı birey sayısında azalma olduğunu ve bireylerin bağımsızlık düzeylerinde artma olduğunu belirlemiştir. Çerezci (1995), SVH sonrası uygulanan rehabilitasyon programının bireylerin yataktan kalkabilmesinde etkili olduğunu belirlemiştir. Araştırma sonuçları, çalışmamızda elde edilen bulgular ile uyum göstermektedir. SVH geçiren ve hareket yetersizliği olan bireyin tedavisinde amaç; bağımsızlık düzeyini ve GYA'ne katılım yeteneğini artırmaktır. Bireylerin bir çok aktiviteyi yapabilmesi, bağımsız olarak hareket etmesi ile mümkündür. Hareket edebilmede ilk adım, bireyin yatak kenarına oturabilmesi ve yataktan kalkabilmesidir (Berker 2000). Bu nedenle bireylerin yataktan kalkma aktivitesinde bağımsız olmaları büyük önem taşımaktadır.

SVH sonrası yaşanan hemipleji ve parapleji nedeni ile bireyler yatağa bağımlı hale gelmekte ve birçok GYA'ni yerine getirmek için gerekli olan yürüme fonksiyonunu kaybetmektedir. Yardım almadan yürüebilmenin bağımsızlığın temel unsurlarından biri olduğu, bu nedenle bireylerin bu aktivite için desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Berker 2000, Gompertz ve ark 2002). Bireyler akut

dönemde kendilerini tekrar yürüyemeyecek gibi hissederler, ayağa kalkmaya ve adım atmaya cesaret edemezler. Ayağa kalkabilmenin ön koşulu yataktan kalkabilme ve yataktan sandalyeye geçebilmedir. Bireylerin bu yetenekleri kazandıktan sonra ayağa kalkma yönünde bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir (Berker 2000).

Üstün (1994), yoğun bir rehabilitasyon programı sonrasında SVH geçiren ve hemipleji yaşayan bireylerin yürüme fonksiyonunda anlamlı bir iyileşme olduğunu belirlemiştir. Gompertz ve ark (2002) SVH ünitesinde hemşireler tarafından başlatılan yürüme terapisinin, yürüme aktivitesi üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir. Yürüme aktivitesi ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde, deney grubunda taburcu olmadan önce 11(%55) bireyin tamamen yatağa bağımlı olduğu, ikinci ölçümde yatağa bağımlı birey bulunmadığı ve 1(%5) bireyin yürüme aktivitesinde tam bağımsız olduğu, son ölçümde ise 14(%70) bireyin bağımsız olarak yürüyebildiği belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Kontrol grubunda ise ilk ölçümde 11(%55) bireyin, ikinci ölçümde 5(%25) bireyin yatağa bağımlı olduğu ve bireylerin yardım almadan yürüyemediği, son ölçümde ise yine bağımsız olarak yürüyebilen birey bulunmadığı görülmektedir (Tablo 2,3,4). Kontrol grubunda bireyler ancak yardımla ya da tekerlekli sandalye ile yürüyebilir duruma gelmişlerdir. İlk ölçüm yürüme puan ortalamaları deney ve kontrol grubunda sırasıyla 3.75 ve 4.00 (Tablo 5), ikinci ölçümde 9.25 ve 7.00 (Tablo 6) , son ölçümde ise 12.25 ve 7.25 (Tablo 7) olarak belirlenmiş, son ölçümde puan ortalamalarının iki grup arasında istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular, ilgili çalışma bulguları ve literatür bilgisi ile uyum göstermektedir.

Merdiven çıkma aktivitesi incelendiğinde, deney grubunda taburcu olmadan önce 19(%95) bireyin bu aktiviteyi gerçekleştiremediği belirlenmiştir. İkinci ölçümde 12(%60) birey, son ölçümde 13(%65) birey bu aktiviteyi yardım alarak yapabilecek hale gelmiştir. Kontrol grubunda ise taburcu olmadan önce yapılan ölçümde tüm bireylerin, ikinci ölçümde 19(%95), son ölçümde 16(%80) bireyin bu aktivitede bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2,3,4). Merdiven çıkma puan ortalaması taburcu olmadan deney ve kontrol grubunda sırasıyla 0.25 ve 0.00 (Tablo 5), ikinci ölçümde 3.00 ve 0.25 (Tablo 6), son ölçümde 5.25 ve 1.00 (Tablo 7)

olduğu belirlenmiştir. Yapılan son iki ölçümde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda SVH sonrası bireylere uygulanan rehabilitasyon tedavisinin, merdiven çıkma aktivitesinde bağımsızlık düzeyini artırdığı belirlenmiştir (erezci 1995, Üstün 1995). Sucuoğlu (1997), SVH geçiren bireylere verilen eğitimin, bu aktivitede bağımsızlığı artırma üzerine etkili olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, ilgili çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

III. Günlük Yaşam Aktivite (GYA) Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması

a) Deney Grubu

Deney grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ve son ölçümlerinde GYA puan ortalamaları, yemek yeme aktivitesi için 3.00'den 9.00'a, banyo yapma 0.00'dan 1.75'e, günlük bakım 0.50'den 5.00'a, giyinme aktivitesi 3.25'ten 8.00'a, defekasyon 6.50'den 10.00'a, miksiyon 6.00'dan 9.50'ye, tuvalete gitme 3.00'dan 7.50'ye, yataktan kalkma 5.00'dan 13.50'ye, dolaşma 3.75'den 12.25'e, merdiven çıkma ise 0.25'den 5.25'e yükselmiştir (Tablo 8). Puan ortalamalarının karşılaştırılmasında elde edilen fark, tüm aktiviteler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmada deney grubunda elde edilen bu veriler, günlük yaşam aktivitelerine yönelik öz bakım eğitim programının uygulanmasının ve taburcu olduktan sonra eğitimin bireyin yaşadığı ortamda tekrarlanmasının, bireylerin bağımsızlıklarının artırılmasında etkili olacağı bilgisini (Close ve Procter1999, Dincher 1999, Raush ve Turkoski 1999, Robinson 2002, Sucuoğlu 1997) desteklemektedir.

b) Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce ve son ölçümlerinde GYA puan ortalamaları, yemek yeme aktivitesi için 2.75'den 5.75'e, günlük bakım 0.50'den 2.50'ye, giyinme aktivitesi 3.25'ten 4.75'e, miksiyon 5.75'den 9.25'ye, tuvalete gitme 2.00'den 3.75'e, yataktan kalkma 5.25'den 7.75'e, dolaşma 4.00'dan 7.25'e, merdiven çıkma 0.00'dan 1.00'a yükselmiştir. Defekasyon aktivitesi puan ortalaması 7.00'dan 5.00'a düşmüştür. Banyo yapma aktivite puanı ilk ölçümde

olduğu gibi 0.00 olarak kalmıştır (Tablo 9). Puan ortalamalarının karşılaştırılmasında elde edilen fark, yemek yeme aktivitesi dışında kalan tüm aktiviteler için istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubunda yer alan bireylerde de anlamlı olmamakla birlikte puan ortalamalarında yükselme olduğu görülmektedir. Kontrol grubu ile ilgili bu puan artışının nedeni olarak; SVH sonrası yetersizliklere neden olan motor fonksiyonların bir kısmının zamanla kendiliğinden iyileşebildiği düşünülmektedir. Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda, SVH sonrası en hızlı iyileşmenin ilk üç ay içinde olduğu, bu süre içinde rehabilitasyon çalışmalarının başlatılması ve sürdürülmesinin gerekli olduğunu, aksi takdirde iyileşmenin yavaş olabileceği ve devam etmeyeceğini belirtmiştir (Holmqvist ve ark 1993, stn 1995, Zorowitz 2001).

IV. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Günlük Yaşam Aktivite (GYA) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney grubundaki bireylerin taburcu olmadan önce GYA toplam puan ortalaması 30.75, kontrol grubunun 30.50 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda iki grup toplam puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Başlangıçta iki grubun birbirine benzer olması deney grubuna verilen eğitimin etkinliğini göstermek açısından önemlidir. Taburcu olduktan bir ay sonra (birinci eğitim sonrası) deney grubu toplam puan ortalaması 60.00'a, kontrol grubu ise 39.50'ye yükselmiştir. Son lmde (ikinci eğitim sonrası) ise deney grubu puan ortalaması 82.25, kontrol grubu puan ortalaması 47.00'a yükselmiştir (Tablo 10). Son iki ölçümde bireylerin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Son lm değerlerine göre kontrol grubunda yer alan bireyler Barthel İndeks sınıflamasına göre aynı grupta (21-61 puan, ileri derecede bağımlı) kalmışlardır. Deney grubundaki bireyler aldıkları ilk öz bakım eğitimi sonrası ileri derecede bağımlılık değerlerinde yer alan en üst sınır değere ulaşmışlardır. İkinci eğitim sonrasında ise bir üst gruba (61-90 puan, orta derecede bağımlı) yükselmişlerdir. Bu sonuç, deney grubunda yer alan bireylere uygulanan eğitim programının etkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan değerlendirmede, deney grubundaki bireylerde ikinci eğitim sonrası bağımsızlık düzeyinin ilk eğitim sonrası yapılan lme göre daha yüksek olması, tekrarlı eğitimin daha etkili olduğu bilgisini (Sucuoğlu 1997, Taşocak 2003) desteklemektedir.

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, öz bakım eğitim ve rehabilitasyon programlarına yönelik girişimlerinin, bireylerin yeniden GYA'nde bağımsızlıklarını kazanmalarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Ferucci ve ark MD 1993, Hoffman 2003, Knapp ve Hewison 1999, Langhammer ve Stanghelle 2000, Tyson ve Turner 2000, Sucuoğlu 1997, Teasel 2003, Yagura ve ark 2003). Bu sonuç bireyin kendi kendine bakabilmesinin iyileşme sürecinde önemli bir özellik olduğu, bunun için bireylerin hastalıklarıyla başa ıkabilmede ve kendilerine bakabilme konusunda karar vermelerini cesaretlendirmede yardımcı olacak en önemli kişinin hemşireler olduğunu göstermektedir.

VII. SONUÇLAR

Serebrovasküler hastalık sonrası, öz bakım eğitim programının, bireylerin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisinin incelendiği çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya alınan bireylerin genel özellikleri incelendiğinde; %52.5'inin erkek, %47.5'inin kadın, %72.5'inin 65-79 yaş grubunda olduğu, bireylerin %67.5'inin okur-yazar olmadığı, %45'inde hipertansiyon, %32.5'inde hipertansiyona ek olarak kalp hastalığı, %22.5'inde hipertansiyon+diyabetes mellitus hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %72.5'inde serebral infarkt, %22.5'inde serebral hemoraji olduğu, %52.5 oranında sağ hemisfer, %47.5 oranında sol hemisfer etkileniminin olduğu, %47.5 bireyin sağ hemipleji, %52.5 bireyin sol hemipleji yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1).

2. Araştırma örneklemini oluşturan deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, başka bir hastalığın varlığı, etkilenen beyin hemisferi ve yaşanan yetersizlikler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 1).

3. Deney grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce, %45.0'nın yemek yeme aktivitesinde bağımlı olduğu, tümünün (%100.0) bağımsız olarak banyo yapamadığı, %90.0'nın günlük bakım, %35.0'nın giyinme, %45.0'nın tuvalete gitme aktivitesinde bağımlı olduğu, %70.0'nın konstipasyon sorunu yaşadığı ve foley kateter yardımı ile idrar boşaltımını gerçekleştirdiği, %20.0'nın yardım almadan yataktan kalkamadığı, %55.0'nın yatağa bağımlı olduğu ve %95.0'nın merdiven çıkamadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

4. Kontrol grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce %55.0'nın yemek yeme aktivitesinde bağımlı olduğu, tümünün (%100.0) bağımsız banyo yapamadığı, %90.0'nın günlük bakım aktivitesinde bağımlı olduğu, %35.0'nın bağımsız olarak giyinemediği, %60.0'nın konstipasyon sorunu yaşadığı, %65.0'nın idrar boşaltımını foley kateter yardımı ile gerçekleştirdiği, %60.0'nın tuvalete gitmede bağımlı olduğu, %30.0'nın yataktan yardım almadan kalkamadığı, %55.0'nın immobilize olduğu ve tüm bireylerin (%100.0) bağımsız olarak merdiven çıkamadıkları saptanmıştır (Tablo 2).

5. İlk öz bakım eğitim programı uygulandıktan sonra yapılan ölçümde, deney grubunda bireylerin %40.0'nin yardımsız yemek yiyebildiği, banyo yapma aktivitesinde tüm bireylerin bağımlı olduğu, bireylerin %75.0'nin günlük bakımını bağımsız olarak yapabildiği, %95.0'nin yardım alarak giyinebildiği, %85.0'ında konstipasyon veya inkontinans sorunu yaşanmadığı, %75.0'nin normal olarak idrar boşaltımını gerçekleştirdiği, %70.0'nin yardım alarak tuvalete gidebildiği, %65.0'nin minimal yardımla yataktan kalkabildiği, %80.0'nin yardım alarak yürüyebildiği, %60'nin ise yardım alarak merdiven çıkabildiği belirlenmiştir (Tablo 3).

6. Taburcu olduktan bir ay sonra yapılan ölçümde kontrol grubunda yer alan bireylerin %75.0'nin yardım alarak yemek yiyebildiği, tamamının banyo yapmada bağımlı olduğu, %75.0'nin günlük bakım aktivitesinde bağımlı olduğu, %75.0'nin yardım alarak giyinebildiği, %90.0 bireyin konstipasyon yaşadığı, %75.0'nin normal olarak idrar boşaltımını gerçekleştirebildiği, %55.0'nin az yardımla tuvalete gidebildiği, %45.0'nin yardımla yataktan kalkabildiği, %50.0'nin yardımla yürüyebildiği, %95.0'nin merdiven çıkmada bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

7. İkinci öz bakım eğitim programı uygulandıktan sonra yapılan son ölçümde deney grubunda yer alan bireylerin %95.0'nin yardımsız yemek yiyebildiği, %35.0'nin bağımsız banyo yapabildiği, tamamının (%100.0) günlük bakımını yardımsız gerçekleştirebildiği, yine tüm bireylerin konstipasyon sorunu yaşamadığı, %95.0 bireyin normal olarak idrar boşaltımını gerçekleştirdiği, %50.0 bireyin yardım almadan tuvalete gidebildiği, %70.0 bireyin bağımsız olarak yataktan kalkabildiği, %45.0'nin yardımsız olarak yürüyebildiği, %95.0'nin yardım ile merdiven çıkabildiği belirlenmiştir (Tablo 4).

8. Yapılan son ölçümde kontrol grubunda yer alan bireylerin %85.0'nin yardım alarak yemek yiyebildiği, tüm bireylerin (%100.0) banyo yapma aktivitesinde bağımlı olduğu, %50.0 bireyin bağımsız olarak günlük bakımını gerçekleştirebildiği, %85.0 bireyin yardım alarak giyinebildiği, tüm bireylerin (%100.0) konstipasyon sorunu yaşadığı, %85 bireyin normal olarak idrar boşaltımını gerçekleştirdiği, %75.0 bireyin yardım alarak tuvalete gidebildiği, %45.0 bireyin yardım ile yataktan

kalkabildiği, %50 bireyin yardımla yürüyebildiği, %80.0 bireyin merdiven çıkma aktivitesinde bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

9. Taburcu olmadan önce deney ve kontrol grubunda günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları karşılaştırılmış ve iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 5).

10. Taburcu olduktan bir ay sonra deney ve kontrol grubunda günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları karşılaştırılmış, günlük bakım, defekasyon, merdiven çıkma aktivite puan ortalamaları arasında fark istatistiksel anlamlı ($p<0.05$), diğer aktiviteler için fark ise anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 6).

11. Taburcu olduktan iki ay sonra tekrar deney ve kontrol grubunda günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları karşılaştırılmış, miksiyon aktivitesi dışında ($p>0.05$), tüm aktivitelerin puan ortalamaları iki grup arasında anlamlı ($p<0.05$) olarak farklı bulunmuştur (Tablo 7).

12. Deney grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan iki ay sonra yapılan ölçümlerinde günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında fark tüm aktiviteler için istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 8).

13. Kontrol grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce ve taburcu olduktan iki ay sonra yapılan ölçümlerinde günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında fark yemek yeme ve miksiyon aktiviteleri için anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, diğer aktiviteler arasında farkın anlamlı ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

14. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin taburcu olmadan önce günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalamaları 30.75 ve 30.50 olarak saptanmış, yapılan analizde iki grup arasında anlamlı bir fark ($U:197.00$ ve $p>0.05$) bulunamamıştır. Taburcu olduktan bir ay sonra yapılan ikinci ölçümde grupların toplam puan ortalamaları 60.00 ve 39.50 olarak bulunmuştur ve yapılan analizde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($U: 48.00$ ve $p<0.05$) bulunmuştur. Taburcu olduktan iki ay sonra yapılan son ölçümde ise grupların toplam puan ortalamaları 82.25 ve 47.00 olarak bulunmuş ve yapılan analizde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($U:1.50$ ve $p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 10).

VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

1. SVH'ın bireylerde değişik düzeylerde yetersizliklere neden olduğu belirlenmiştir. Bakımı planlamada yol göstermesi açısından bireylerde var olan yetersizliklerin uygun ölçüm araçları ile belirlenmesi,

2. Bireylerde var olan yetersizlikler ve bilgi gereksinimlerine göre, bireylerin öz bakımını yükseltmek ve GYA'nde bağımsızlık düzeyini artırmaya yönelik eğitim programlarının planlanması,

3. Eğitim programlarına bireyin kliniğe yatışından itibaren başlanması ve eğitimin gereksinimler doğrultusunda tekrarlanması,

4. Birey taburcu olduktan sonra evde bakımın etkili sürdürülebilmesi için, eğitimin ev ortamında da tekrarlanması,

5. Hemşirelerin SVH geçiren bireylerin evde bakıma yönelik planlı öğretim yapabilmesi için hastane başhemşireliği ile işbirliği yapılarak bakım protokolü oluşturulması,

6. Bireye verilen her eğitim programında aile üyeleri/bakım vericilerin katılımının sağlanması,

7. Hemşirelerin, SVH geçiren ve eve dönen bireylerin danışmanlık ve bilgi alma ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, kurum bazında danışma hattı ve ev ziyareti yapabilmesine olanak veren düzenlemeler yapılması,

8. Tüm bu girişimlerin sürekliliğinin sağlanabilmesi için evde bakım hizmetlerinin öne çıkarılması,

9. Bireylerin yetersizlikleri ile baş etmelerini kolaylaştırmak ve uygun tedavi yaklaşımlarını devam ettirmek için SVH'a özel rehabilitasyon merkezlerinin kurulması ve bu hizmetlerde profesyonel kişilere yer verilmesi,

10. Bu araştırmanın daha fazla birey ile ve daha uzun süre izlem yapılarak tekrarlanması,

11. SVH geçiren bireylere yapılan bilgilendirme ile enstrumantel günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan değişmelerin belirlenmesine yönelik araştırmaların planlanması,

12. Bireylerin iyileşme sürecinde, hasta yakınlarının etkilerini belirleyen araştırmaların planlanması, önerilebilir.



IX. ÖZET

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Serebrovasküler Hastalık (SVH) tanısı almış bireylere verilen öz bakım eğitim programının, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışma örneklemini Mart 2003- Eylül 2003 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Serebrovasküler Hastalık (SVH) tanısı ile yatan ve araştırma sınırlılıkları içinde olan 20 deney, 20 kontrol olmak üzere 40 birey oluşturmuştur.

SVH geçiren 20 deney, 20 kontrol grubu birey çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma örneklemini oluşturan tüm bireylere, sosyo-demografik özelliklerini ve bireylerin bağımsızlıklarını etkileyen durumları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış tanıtıcı bilgi formu, bireylerin bağımsızlık durumunu belirlemek için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; ki-kare testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Deney grubunda yer alan bireylere ve yakınlarına hastanedен taburcu olmadan önce hastane ortamında ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ortamında araştırmacı tarafından planlı öğretim yapılmıştır. Kontrol grubundaki bireyler ise öğretim programına alınmamış, bu bireyler servis rutinlerindeki bakım ve hizmeti almışlardır. Eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla elde edilen bulgular yönünden her iki grup karşılaştırılmıştır.

Bireylerin taburcu olmadan günlük yaşam aktiviteleri toplam puan ortalamaları deney grubunda 30.75, kontrol grubunun 30.50 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda iki grup toplam puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Taburcu olduktan bir ay sonra (birinci eğitim sonrası) deney grubu toplam puan ortalaması 60.00'a, kontrol grubu ise 39.50'ye yükselmiştir. Son ölçümde (ikinci eğitim sonrası) ise deney grubu puan ortalaması 82.25, kontrol grubu puan ortalaması 47.00'a yükselerek SVH'lı bireylerde tekrarlı eğitimlerin Günlük

Yaşam Aktiviteleri üzerine olan olumlu etkisi belirlenmiştir. Son iki ölçümde bireylerin toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmada öz bakım eğitim programı almış olan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlık düzeylerindeki artış olduğu ve bu artışta uygulanan eğitim programının etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, SVH geçiren bireylere öz bakım aktivitelerini artırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi, eğitime ailenin katılımının da sağlanması ve bu araştırmanın daha fazla birey ile tekrarlanmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Serebrovasküler hastalık, öz bakım, günlük yaşam aktiviteleri, hasta ve aile eğitimi.

SUMMARY

This study is done experimentally to investigate the individuals independence levels at the Cerebrovascular Disease (CVD) patients in the Cumhuriyet University Research and Application Hospital at the Neurology Clinic.

The present study included totaly 40 patients as 20 example group and 20 control group, all of whom were staying with the diagnosis of CVD at the Neurology Clinic, Research and Application Hospital, Cumhuriyet University between March 2003 and September 2003.

20 CVD patients constitute the control, example groups, had an information form from the literatüre about their socio-demographic individual independence and they also had the Daily Barthel Living activity Index on their individual independence.

In the evaluation of the data the Chi-Square Test, Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Test are used.

A planned education is given to the test patients group and their relatives at the hospital atmosphere and the house atmospheres following the hospital discharges. The control group members are not taken into the education program, but they took their routine cares and facilities.

Before the discharge from the hospital the test group had 30.75 and the control group 30.50 rates of daily activities. After the analysis between these two groups no logical statistical difference is found. After the discharge (following the first education) the avarage rate of the test group increases to the 60.00 percent and the control group to 39.50. At the last measurement (after second education) the test group rate avarage increases to the 82.25 and the control group to the 47.00, and the useful effects to the Daily Living activities of the CVD patients are observed. At the last two measurements the difference between the avarage rates is found logical. In this study it is observed that, the individuals who take personel life freedom activity programs have a development in their lifestyles.

After the datas taken from research it is found that the CVD patients must have daily living activity programs, and the family members and lots of individuals must repeat and join them

Key words: Cerebrovascular disease, self care, daily living activities, patient and family education.



X. KAYNAKLAR

1. Akdemir N (1996) Nöroloji Hemşireliği, Genişletilmiş 2.baskı, Çağın Basın Yayın, Ankara.
2. Andreali ET (1995) (Çev Ed. Mustafa Tuzcu) Cecil Essential of Medicine, 3.baskı, Talat matbaa, İstanbul.
3. Aştı T, Kaya N (2002) Akut strok'lu hastanın rehabilitasyon ve bakımında hemşirenin rolü, Hemşirelik Forumu, 5(5):22-26.
4. Aytış E (1998) İnmeli Hastalarda Standart Skala Yöntemlerinin Rehabilitasyon Çalışmalarında Erişilen Fonksiyonel Bağımsızlık ve Kognitif Durum Değerlendirmelerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi.
5. Bakoğlu E ve Yetkin A (2000) Hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücü, Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 4(2):89-98.
6. Baly ME, Robottum B, Clark JM ve ark (1987) District Nursing, 2nd edition, Heimemann Medical Boks, London.
7. Berker E (2000) Neuroscience Nursing, 3th edition, Mosby Year Book inc.
8. Biçer S (1996) 60+ yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
9. Biott J, Bagavusslovsky J (2000) Treatment of acute ischemic stroke, New England Journal of Medicine, 343:710-712.
10. Birol L (2000) Hemşirelik Süreci, 4.baskı, Etkin Matbaa, İzmir.
11. Black JM, Matassarini-Jacobs E (Editors) (1997) Luckman and Sorensen's Medical-Surgical Nursing, A psychophysiologic approach, 5th edition, Philadelphia W.B, Saunders.
12. Both J, Davidson I, Winstonley J, Waters K (2001) Observing washing and dressing of stroke patients: Nursing intervention compared with occupational therapists. What is the different?, Journal of Advanced Nursing, 33(1):98-105.
13. Braitwaite V, McGown A (1993) Caregivers' emotional well-being and their capacity to learn about stroke, Journal of Advanced Nursing, 18:195-202.
14. Brittain K (2001) Stroke and continence care, Nursing Times, 97(30):49.

15. Bulman W (2001) [http://www.robintek.com/careplans/reclaiming your life after a stroke.htm](http://www.robintek.com/careplans/reclaiming_your_life_after_a_stroke.htm).
16. Can G ve Durna Z (1995) Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yan Etkilerin Kontrolüne Yönelik Eğitimin Öz Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
17. Çerezci Ö (1995) İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü Scalası ile Takibi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul, Şişli Etfal Hastanesi
18. Chalmers J, Macmahon S, Anderson C ve ark (2000) Clinician's Manual on Blood Pressure & Stroke Prevention, Published by Science Press, London.
19. Close H ve Procter S (1999) Coping strategies used by hospitalized stroke patients: Implications for continuity and management of care, Journal of Advanced Nursing, 29(1):138-144.
20. Cochion I (1994) Stroke care, Nursing 94, 6:34-41.
21. De-Pedro J, Sandström B, Holm M ve ark (1993) Stroke rehabilitation: Identifcation of target groups and planning data, Scand J Rehabilitation Medicine, 25:107-116.
22. Dincher H (1999) Medical-Surgical Nursing Total Patient Care, 10th edition, St. Louis Mosby, Inc.
23. Durna Z, Krepsi Y (Ed) (2003) Akut İnmeli Hastalarda Hemşirelik Bakımı, İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın no:7, İstanbul.
24. Easton JD (1998) Current advances in the management of stroke, Neurology, 51(suppl,3): 1-2.
25. Erci B, Kanlı A (2000)The relationship between suicide commitment and self-care agency, 1.Uluslararası-7.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya.
26. Erefe İ (Editör) (2002) Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, Odak ofset, 1.baskı, İstanbul.
27. Ersöz H, Çolak H, Ukinç K, Erem C (2000) Diyabetik hastalarda hasta eğitim programı öncesi ve sonrasında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, Hemşirelik Dergisi, 49(31):5 6.
28. Eser MD (1999) İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri: Bir Vaka Kontrol Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi .

29. Evans RL ve ark (1992) Post stroke family function: On evaluation of the family's role in rehabilitation, *Rehabilitation Nursing*, 17(3):126-132.
30. Ferucci L, Bandinelli S, Guralnik JM ve ark (1993) Recovery of functional status after stroke a post rehabilitation. Follow-up study, *Stroke* 24:200-205.
31. Fındık YÜ (2001) Amputasyon uygulana hastalarda hastalığı değerlendirme ve öz bakım gücü, *Hemşirelik Forumu* , 4(45):48-51.
32. Folden LS (1993) Effect of a supportive educative nursing intervention on older adults receptions of self-care after a strokes, *Rehabilitation Nursing*, 18(3): 24-27.
33. Forster A ve Young J (1996) Specialist nurse support for patients with stroke in the community: A randomized controlled trial, *BMJ*,312:1642-1646.
34. Gauwitz DF (1995) How to protect the dysphagic stroke, *AJN*, 6(2):34-38.
35. Glandman JRF, Lincon NB, Adams SA (1993), Use of the extended ADL scale with stroke patient, *Age and Ageing*, 22:419-424.
36. Gompertz P, Slack A, Vagel M ve ark (2002) Education stroke: Strategies to improve stroke patient care, *Hospital Medicine*, 63(7):408-411.
37. Granger VC, Cotter CA, Hamilton BB ve ark (1993) Functional assessment scales: A study of persons after stroke, *Arch. Phys.Med. Rehabil*, 74:133-138.
38. Hinkle J (2002) A descriptive study of cognitive status in acute motor stroke, *Journal Neuroscience Nursing*, 34(4):191-198.
39. Hizmetli S (1997) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ders Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, no:67, Sivas.
40. Hoeman SP (1996) *Nursing Rehabilitation Process and Application*, 2nd edition, Mosby Year Book.
41. Hoffman T, Mc Kenna K, Cooke D, Tooth L (2003) Outcomes after stroke: Basic and instrumental actiivties of daily living, community reintegration and generic health status, *Australian Occupational Therapy Journal*, ss:225-233.
42. Holmqvist LW, Cuesta JP, Holm M ve ark (1993) Stroke rehabilitation in Stockholm. Basis for late intervention in patients living at home, *Scand J Rehab Med*. 25:173-181.
43. <http://www.stanfordhospital.com/healthlib/cardiac/stkre.htm/rehabilitationstroke>.

44. http://www.stvincent.org/ourservices/bns/disorders/stroke_rehab/defisit.htm.
45. <http://www.amaassn.org/sci.pubs/journals/archive.jst> 800, JAMA, 1999, 1-28.
46. http://www.nurseweekce.com/courses/nurseweek/chapterfour/stroke-rehab-an-overview-deficits_faced_by_patients_after_stroke.
47. <http://www.med.com/ancir/rehab/trool.ntm>. Life at Home: Survivors and Family, patient and family education, 1999.
48. http://www.vn.org/providers/Clin_Guide/stroke/question.htm, NIH Stroke Scale, 1999.
49. Ignatavicius DD, Workman LM, Mishler AM (1995) Medical-Surgical Nursing, A Nursing Process Approach, 2nd edition, The W.B. Saunders Company.
50. Ingall JT (2001) İskemik felcin önlenmesi, Sendrom, 4(5):30-36.
51. Jorgensen HS (1994) stroke in patient with diabetes, the Copenhagen Stroke Study, Stroke, 25:1977-1984.
52. Kahramantürk K (1995) SVH'da Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, İstanbul, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi.
53. Kara B ve Akbayrak N (2001), Tip 2 Diyabetes mellituslu hastaların öz bakım gücü ile metabolik kontrol düzeyleri arasındaki ilişkinin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu, 4(2-3):15-20.
54. Karadakovan A (1993) Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Saray Tıp Kitapevleri, 1.baskı , İzmir.
55. Kalra L (1994) The influence of stroke rehabilitation on functional recovery from stroke, Stroke, 25:821-825.
56. Keen JH ve Swearingan P (Ed) (1995) Manual of Critical Care Nursing, 3rd edition, Mosby Year Book inc.
57. Kırbaş D, Bakaç G, Hanoğlu L (1995) Türkiye'de halk sağlığı açısından stroke, Beyin Damar Hastalıkları Dergisi, 1(1):75-83.
58. Knapp P ve Hewison J (1999) Disagreement in patient and carer assesment of functional abilities after stroke, Stroke, 30:934-938.

59. Kocataş S (2000) Akut Miyocard İnfarktüs Geçiren Hastalarda Konstipasyonu Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
60. Kutluhan S, Akhan G, Duru S ve ark (1999) İnmede risk faktörleri ve bunların mortaliteye etkisi, Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi, 5(3):77-83.
61. Lai SM, Duncan PW, Keighley J (1998) Prediction of functional outcome after stroke. Comparison of the Orpington Prognostic Scale and the Stroke Scale, Stroke, 29:1838-1842.
62. Langhammer B, Stanghelle JK (2000) Boboth or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: A randomized controlled study, Clinical Rehabilitation, 14(4):361-370.
63. Lewis MS, Collier CL, Heitkemper MM (2001) Medical-Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, 5th edition, Mosby Year Book.
64. Lukkarinen H ve Hentinen M (1997) Self care agency and factors related this agency among patients with coroner heart disease, Int. Journal Nursing Studies, 34(4):295-304.
65. Mark SL, Pamela B (1998) Caring for mam&dad, Akademik Search Premier, 50(7):33-37.
66. Matchar DB (1998) The value of stroke prevention and treatment, Neurology, 51(suppl 3):31-35.
67. Memiş S (2000) İnmelerde akut dönemde hemşirelik bakımının yönetimi, Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi, 4(2):89-98.
68. Mistian SD (1997) The problems of elderly people at home one week after discharge from on acut care setting, Journal of Advanced Nursing, 25:1233-1240.
69. Nahçıvan N (1993) Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
70. Nakoyama H (1994) The influence of age on stroke outcome, the Kopenhagen Stroke Study, Stroke, 25:808-813.
71. Negus E (1994) Stroke-induced dysphagia in hospital: The nutritional perspective, BJN,3(6):263-267.

72. Oğul E (Ed) (1996) Temel ve Klinik N6roloji, Uludağ 1niversitesi Basımevi, Bursa.
73. Orem DE (1996) Nursing Concept of Practice, 5th edition, Mosby Year Book inc.
74. 6zcan A (2003) 1niversite 6đrencilerinin 6z bakım g1c1 ile sağlıkla ilgili tutumları arasındaki ilişki, 2.Uluslararası- 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri 6zet Kitabı, Antalya.
75. 6zdamar K (1999) Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 2.baskı, Kaan Kitapevi, EskiŐehir.
76. 6zt1rk A (2000) Ayakta Takip Edilen Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Ayak Bakım Davranışları ve Mevcut Ayak Durumunun Saptanması. Yayınlanmamış Y1ksek Lisans Tezi, Denizli, Pamukkale 1niversitesi.
77. Palmer S (1995) Primary nursing care of patients who have had a stroke, BJN, 4(1):8-11.
78. Parker CD (1995) Fast action for subarachnoid hemorrhage, AJN, 6(2):25.
79. Pasinlioğlu T (1997) Gebelerin 6z bakım g1c1n1 artırmada hemşirenin eğitici rol1n1n etkisi, V.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir.
80. Pınar R (1995) Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Fakt6rlerin İncelenmesi. Yayınlanmış Doktora tezi, İstanbul, Marmara 1niversitesi.
81. Potter P, Perry A (2001) Basic Nursing Theory and Practice, 5th edition, Philadelphia.
82. Ralph LS (2001) Newer risk factors for stroke, Neurology, 57(suppl2):31-34.
83. Rasquin SMC ve ark (2002) Vasculer cognitive disorders: Memory, mental speed and cognitive flexibility after stroke, Journal of the Neurological Science, 203(3):115-120.
84. Raush M, Turkoski B (1999) Developing realistic treatment standards in today's economic climate: Stroke education, AJN, 30(2):329-335.
85. Rice R (1995) Home Health Nursing Practice, 2nd edition, Mosby Year Book inc.
86. Richard B (2003) Educating the public about stroke role in improving outcomes, Disese Management & Health Outcomes, 11(5):321-326.

87. Robichaud AS, Loisel CG (1998) French validation of the "Exercises of self-care agency" scale heart patient, *Rech Sains Infirm*, 54:77-86.
88. Robinson GS (2002) Self-efficacy and quality of life after stroke, *Journal Neuroscience Nursing*, 34(2):91-98.
89. Roper N, Logan WW, Tierney AT (1987) *The Elements of Nursing*, 2nd edition, Churchill, Livingstone.
90. Sacco RL (1998) Identifying patient populations at high risk for stroke, *Neurology*, 51(suppl 3):27-30.
91. Saeki S, Ogata H, Hachisuka K ve ark (1994) association between location of the lesion and discharge status of ADL in first stroke patients, *Arch Phys Med Rehabilitation*, 75:858-860.
92. Salter J, Camp Y ve ark (1991) Rehabilitation nursing approaches to cerebrovascular accident: A comparison of two approaches, *Rehabilitation Nursing*, 16(2):62-65.
93. Sherman DG (1997) Advances in stroke management, *Neurology*, 49(suppl 4):1-2
94. Smeltzer S, Brenda B (2000) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 9th edition, Lippincott-Raven Publishers.
95. Sucuoğlu F (1997) SVH Geçiren Bireylere Uygulanan Kendine Bakım Eğitim Programının Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlık Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
96. Sümbüloğlu K ve Sümbüloğlu V (1994) *Biyoistatistik*, Özdemir Yayıncılık, Ankara.
97. Şahinoğlu HA (1992) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1.baskı, Ankara.
98. Taşocak G (2003) *Hasta Eğitimi*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın no9, İstanbul.
99. Teasel R (2003) Stroke recovery and rehabilitation, *Stroke*, 34(2):365-369
100. Tuğcu B (1998) İnmeli Hastalarda Demografik Özellikler, Risk Faktörleri Sıklığı, Prognoz ve Erken Dönemde Prognoz Göstergeleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

101. Tyson S, Turner G (2000) Discharge and follow-up for people with stroke: what happens and why, *Clinical Rehabilitation*, 14(4):381-493.
102. Ünlü Z, Bodur H, Altıoklar K (1992) SVH bağlı hemiplejilerde hasta değerlendirimi ve fonksiyonel düzeyin saptanması, *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*, 3(3):220-227.
103. Üstün A (1994) Hemiplejik Hastalarda Rehabilitasyon Sonuçlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Gazi Üniversitesi.
104. Vanetion e ve Carrigon BA (1995) A comparison of the educational wants of family caregivers of patient with stroke, *Rehabilitation Nursing*, 20(3):145-154.
105. Velioğlu P (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş ofset matbaa, İstanbul.
106. Vytralingam (2001) http://www.poststroke_help.com/stroke/articles/stroke-rehabilitation.asp.htm.
107. Wames FM (2001) Akut iskemik felçte tedavi, *Sendrom*, 11(2):21-24.
108. Williams MP, Wood H, Waxman J (2002) How to assess swallowing after a stroke, *Nursing*, 32(8):5-6.
109. Yagura M, Miyai I, Seike Y ve ark (2003) Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(11):1687-1691.
110. Zenbilci N (1995) Sinir Sistemi Hastalıkları, Genişletilmiş 3.baskı, Cerrahpaşa Tıp fakültesi Yayın no:188, İstanbul.
111. Zileli İ, İnce B, Sifoğlu A, Denктаş H (1995) Serebral infarktli hastanın rehabilitasyonunda yaşın etkisi, *Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 11(2):145-147.
112. Zorowitz RD (2001) http://www.robintek.com/careplans/stroke_rehabilitation.



EKLER

EK-I

TANITICI BİLGİ FORMU

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Birey no:

Adı soyadı:

Adres:

Telefon:

1-Cinsiyeti;

1. Kadın
2. Erkek

2-Yaşı;

3-Eğitim durumu;

1. Okur yazar değil
2. Diplomasız (okur-yazar)
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul mezunu

4-Mesleği;

1. İşsiz
2. Ev kadını
3. Çiftçi
4. İşçi
5. Serbest meslek
6. Memur
7. Diğer (Belirtiniz).....

5-Medeni durumu;

1. Bekar
2. Evli
3. Dul

6-Gelir düzeyi (TL/ay).....

7-Sosyal Güvence;

1. Var
2. Yok

8-Yardımcı;

1. Var
2. Yok

9-Yardımcının yakınlık derecesi;

1. Eşi
2. Kızı, oğlu
3. Bir yakını
4. Bakıcı
5. Diğer (Belirtiniz).....

10-SVH türü;

1. Serebral Hemoraji
2. Serebral İnfarkt

11-Başka bir hastalık;

1. Var (ise 12. soruya geçiniz)
2. Yok

12- Varsa hastalığın adı:

1. Geçirilmiş kalp krizi
2. Kalp yetmezliği
3. Diyabetes mellitus
4. Böbrek hastalığı
5. Hipertansiyon
6. Diğer (Belirtiniz).....

13-Beynin etkilenen hemisferi;

- 1-Sağ hemisfer
- 2-Sol hemisferi

14-Etkilenen MSS bölümü;

- 1-Ana beyin
- 2-Beyin sapı
- 3-Beyincik

15-Nörolojik bozukluklar;

<u>Bozukluk</u>	<u>Var</u>	<u>Yok</u>
1. Sağ hemipleji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sol hemipleji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Parapleji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disartri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ataksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Akinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bradikinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diplopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hemiparazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vertigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-II
BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

yemek yeme	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
banyo yapma	yardımsız	5
	bağımlı	0
günlük bakım (el yüz yıkama, diş fırçalama)	yardımsız	5
	bağımlı	0
giyinme	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
defekasyon	normal	10
	konstipasyon	5
	inkontinans	0
miksiyon	normal	10
	sonda	5
	inkontinans	0
tuvalete gidiş	yardımsız	10
	az yardımcı	5
	bağımlı	0
yataktan kalkma	normal	15
	minimal yardımla	10
	yardımla oturabilir	5
	yatalak	0
dolaşma	yardımsız	15
	yardımlı	10
	tekerlekli sandalye ile tek başına	5
	immobil	0
merdiven çıkma	yardımsız	10
	yardımlı	5
	hiç yapamıyor	0