

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ  
ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΒΑΛΤΣΟΓΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ  
ΛΕΟΝΤΑΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2012**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΣΚΟΠΟΣ</u> .....	3
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> .....	4
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ</u> .....	5
1.1 ΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	5
1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	8
1.3 ΑΙΤΙΕΣ .....	8
1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	9
1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	10
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</u>	
2.1 ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.....	13
2.2 ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	14
2.3 ΕΥΡΩΠΗ.....	15
2.4 ΕΛΛΑΔΑ.....	18
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ</u>	
3.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	24
3.2 ΤΥΠΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΑ Α.Ε.Ε .....	29
3.3 ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Α.Ε.Ε .....	29
3.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Α.Ε.Ε .....	31
3.5 ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	35
3.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ .....	42
3.7 ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....	42
3.8 ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	43

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</u> .....	49
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ .....	50
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	51
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....	61
4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	67
4.5 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ .....	69
4.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ .....	71
4.7 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	75
4.8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ .....	77
4.9 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ .....	79
4.10 ΣΥΜΒΟΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΣ Α.Ε.Ε .....	82
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u> .....	85
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u> .....	90

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός λοιπόν αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να αναδειχθεί η σημασία του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε μια περίοδο συνεχώς αυξανόμενων παραγόντων κινδύνου. Επίσης να αναδειχθεί η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή στην αποκατάσταση ασθενών με Α.Ε.Ε. καθώς είναι αυτός που βρίσκεται συνεχώς δίπλα τους και συμμετέχει ενεργά στην καλύτερη δυνατή αποκατάσταση της υγείας τους σε συνεργασία με τους υπεύθυνους ιατρούς επίσης να παρουσιάσει και τον ρόλο της συμβουλευτικής θεραπείας στην αποκατάσταση του ασθενώς και το ρόλο της οικογένειας στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενή.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

- Rusk Institute of Rehabilitation Medicine
- Εγκεφαλικές κακώσεις
- Εγκεφαλική βλάβη
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Νοσηλευτικός ρόλος
- Αποκατάσταση
- Εγκεφαλικό επεισόδιο

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η βλάβη που προκαλείται όταν η παροχή του αίματος σε μία περιοχή του εγκεφάλου σταματήσει, οπότε τα κύτταρα που δεν παίρνουν οξυγόνο πεθαίνουν. Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι ελαφρύ ή πολύ σοβαρό και τα αποτελέσματά του προσωρινά ή μόνιμα

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η μερική βλάβη του εγκεφάλου που προκαλείται από την απόφραξη ή την αιμορραγία των αρτηριών που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα. Είναι μια αιφνίδια διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου. Οι επιπτώσεις εξαρτώνται από 2 παράγοντες:

- Την περιοχή στην οποία έγινε η βλάβη
- Την έκταση της βλάβης

Η Συμβουλευτική εδραιώνεται θεωρητικά ως επιστημονικός κλάδος και εφαρμόζεται πρακτικά ως μια ειδική δραστηριότητα, σε πολλά διαφορετικά επαγγέλματα. Η αδρή κατανομή της βρίσκεται στο χώρο ανάμεσα στην ψυχοθεραπεία και τη φιλία κι έχει γίνει μια αναγνωρισμένη προέκταση του έργου σχεδόν οποιουδήποτε που έχει να κάνει με τις προσωπικές, κοινωνικές, επαγγελματικές, εκπαιδευτικές, πνευματικές και ανάγκες υγείας των ανθρώπων.

Η επιτυχής αντιμετώπιση των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) δεν είναι αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης ενός μόνο κλάδου από τα επαγγέλματα υγείας, αλλά απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση. Όμως, οι νοσηλευτές με ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του ΑΕΕ, οι οποίοι χρησιμοποιούν τη Συμβουλευτική και τις ποικίλες τεχνικές που προσφέρει στην αντιμετώπιση καθημερινών κλινικών προβλημάτων, θεωρούνται ως θεραπευτές στη συνολική διαχείριση των ασθενών με ΑΕΕ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ο Αλκμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα (τέλος 6ου – αρχές 5ου αιώνα π.χ), ως περίφημος γιατρός και φιλόσοφος, ήταν ο πρώτος που κατάλαβε την τεράστια σημασία του εγκεφάλου. Ήταν ο πρώτος ανατόμος που πολλούς αιώνες πριν από τις σημερινές ανακαλύψεις, διέγινωσε ότι ο εγκέφαλος αποτελεί το όργανο και το κέντρο όλων των αισθήσεων. Διαχώρισε και διέκρινε κάποιες πολύ σοβαρές λειτουργίες του εγκεφάλου όπως την αίσθηση από την μνήμη και την κρίση από την νόηση.

Ο Ιπποκράτης και η σχολή του στα 400 π.χ θεώρησαν τον εγκέφαλο υπεύθυνο για την λεγόμενη ιερή νόσο, δηλαδή την επιληψία. Αποκάλυψαν μάλιστα ότι από βλάβη του ενός ημισφαιρίου, επέρχεται παράλυση του αντίθετου ημιμορίου του σώματος, τα αίτια δηλαδή της ημιπληγίας. (Σκαρπαλέζου, Μαλιάρα, 1975)

Ο Ηρόφιλος από την Χαλκηδόνα στα 300 π.χ και ο Ερασίστρατος από την Ιουλίδα της νήσου Κέας στα 280 π.χ, και οι δύο περιώνυμοι γιατροί της εποχής τους, έθεσαν τις βάσεις της ανατομικής επιστήμης. Πρώτοι αυτοί διέστειλαν τους τένοντες των νεύρων και αποκάλυψαν ότι βρίσκονται σε εξάρτηση με τον εγκέφαλο. Ο Ηρόφιλος μάλιστα φαίνεται ότι υπήρξε ο πρώτος ανατόμος που διάνοιξε το ανθρώπινο κρανίο και το ερεύνησε επισταμένα. Ο διάδοχος του, Ερασίστρατος προχώρησε ακόμα πιο πέρα για να μας φέρει στο φως τις “κοιλίες” του εγκεφάλου. Διαχώρισε τα νεύρα σε αισθητικά και κινητικά και καθόρισε σαφέστερα τον σύνδεσμο αυτό προς τον εγκέφαλο, θέτοντας τις βάσεις της Νευρολογίας. (Σκαρπαλέζου, Μαλιάρα, 1975)

### 1.1 ΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή κάποιου εστιακού νευρολογικού ελλείμματος, το οποίο διαρκεί 24 ώρες τουλάχιστον και οφείλεται σε διαταραχή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας. Τα εστιακά συμπτώματα και τα κλινικά σημεία ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου έχουν άμεση σχέση με την περιοχή του εγκεφάλου που αρδεύεται από το πάσχον αγγείο. Τα εγκεφαλικά επεισόδια ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, με βάση την παθογένεια τους:

- Τα ισχαιμικά και
- Τα αιμορραγικά.

Στα ισχαιμικά επεισόδια η απόφραξη ενός αγγείου διακόπτει την αιματική ροή σε μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, προκαλώντας ένα χαρακτηριστικό πρότυπο νευρολογικών διαταραχών λόγω απώλειας των λειτουργιών που ελέγχει η ισχαιμική περιοχή. Στην περίπτωση της αιμορραγίας αντίθετα, ο τύπος των νευρολογικών διαταραχών δεν μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια, αφού εξαρτάται τόσο από τη θέση της αιμορραγίας, όσο και από παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των εγκεφαλικών περιοχών μακριά από τη βλάβη.

Τέτοιοι παράγοντες είναι η αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, το εγκεφαλικό οίδημα, η συμπίεση των παρακείμενων εγκεφαλικών ιστών και η διάχυση του αίματος μέσα στις κοιλίες ή στον υπαραχνοειδή χώρο. Για την πληρέστερη κατανόηση της σημαντικότητας των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων κρίνεται σκόπιμη η παράθεση επιδημιολογικών στοιχείων που αφορούν το βαθμό διάδοσης (prevalence) και τον τρέχοντα δείκτη περιστατικών (incidence rate) της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα. (Σαχίνη, Καρδάση 2005)

Οι νευρολόγοι και οι νευροψυχολόγοι βοήθησαν πολύ στη προσπάθεια συσχέτισης εγκεφαλικών δομών με συγκεκριμένες λειτουργίες. Οι συγκεκριμένες έρευνες στηρίχτηκαν στην συσχέτιση ιδιορρυθμιών της νόησης ή της συμπεριφοράς ασθενών, με μετρήσεις της δομής του εγκεφάλου μετά θάνατον. Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο. Η ανατομία του εγκεφάλου έχει ως εξής : (Adams and Victor's, 2004)

- Τελικός εγκέφαλος
- Διάμεσος εγκέφαλος
- Μέσος εγκέφαλος
- Οπίσθιος εγκέφαλος
- Έσχατος εγκέφαλος



*Εικόνα 1 Ανθρώπινος εγκέφαλος*

Οι ανάγκες του εγκεφάλου σε οξυγόνο και σάκχαρο είναι μεγάλες και επιτακτικές. Το όργανο αυτό, ενώ αντιπροσωπεύει τα 2% του συνολικού βάρους του σώματος, καταναλώνει όμως το 15-20% του συνολικού οξυγόνου υπό κανονικές συνθήκες και το 17% περίπου του σακχάρου αίματος. Με βάση την παθογένεια τους, διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά εγκεφαλικά. Τα είδη του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι τρία :

#### 1- Το εμβολικό

Όταν η αιματική ροή ενός αγγείου προς τον εγκέφαλο αποφράζεται από θρόμβο που δημιουργείται σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος, συχνότερα στην καρδιά.

#### 2- Η ενδοκρανιακή αιμορραγία.

Όταν ένα αγγείο εντός ή εκτός του εγκεφάλου διαρρηγνύεται, επιτρέποντας στο αίμα να διαφύγει στο εσωτερικό του εγκεφάλου (εγκεφαλική αιμορραγία). Η ανεξέλεγκτη υπέρταση αποτελεί πολύ συχνά το αίτιο αυτής της κατάστασης.

#### 3- Το αθηροσκληρωτικό – θρομβωτικό έμφρακτο και

Όταν η αιματική ροή προς τον εγκέφαλο σταματά εξαιτίας κάποιου θρόμβου σε ένα αγγείο που έχει υποστεί βλάβη από αρτηριοσκληρυνση. Το μέρος του εγκεφάλου που εξαρτάται από την εν λόγω αρτηρία, υφίσταται νέκρωση που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές μόνιμες αναπηρίες ή στο θάνατο. Η συχνότερη μορφή των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι η ισχαιμική.



## 1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Αδυναμία, μούδιασμα, παράλυση σε ένα μέρος του σώματος (πρόσωπο, χέρια, πόδια)
- Δυσκολίες ομιλίας, κατανόησης, σύγχυση
- Δυσκολίες όρασης (απώλεια ή μείωση της όρασης στο ένα ή και στα δύο μάτια)
- Ζαλάδες, απώλεια ισορροπίας, δυσκολίες βαδίσματος, απώλεια συντονισμού των κινήσεων
- Έντονος επίπονος πονοκέφαλος που εμφανίζεται ξαφνικά χωρίς να υπάρχει γνωστή αιτία
- Ημιπληγία (όταν παραλύει η μια πλευρά του σώματος)
- Δυσκολία στην κίνηση της γλώσσας
- Έντονη όσφρηση καμένου

### Συμπτώματα A.E.E. κατά την οξεία φάση

- Μούδιασμα
- Αδυναμία ή παράλυση
- δυσκολίες στο περπάτημα
- Αιφνίδια δυσκολία στη μνήμη και στη συγκέντρωση
- Ελάττωση της αντίληψης
- Έναρξη ασυνήθιστα έντονου πονοκεφάλου
- Απώλεια ισορροπίας
- Δυσκολία στην κίνηση της γλώσσας
- Πτώση της γωνίας του στόματος
- Τύφλωση ή στιγμιαία τύφλωση
- Εμετός-Ίλιγγος
- Κώμα
- Διαταραχές ούρησης και αφόδευσης

## 1.3 ΑΙΤΙΕΣ

Ορισμένα άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο όπως :

- Άτομα προχωρημένης ηλικίας
- Άνδρες
- Διαβητικοί
- Άτομα με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου

Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να συμβεί εγκεφαλικό επεισόδιο και μπορούν να αντιμετωπιστούν είναι:

- Υπέρταση
- Καρδιακή και αγγειακή νόσος
- Ιστορικό παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου
- Ο έλεγχος της χοληστερίνης, η ελάττωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ, καθώς και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μειώνουν την πιθανότητα να συμβεί εγκεφαλικό επεισόδιο.

#### 1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο εγκέφαλος αποτελείται από δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Ελέγχει την ικανότητα της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης, της ομιλίας και της κίνησης. Η σκέψη, η ευαισθησία της μνήμης, της κρίσης και της παρατηρητικότητας επίσης ξεκινούν από τον εγκέφαλο. Το αίμα παρέχει συνεχώς οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στον εγκέφαλο μέσω τεσσάρων βασικών αρτηριών.

Οι μεγαλύτερες είναι η δεξιά και η αριστερή καρωτίδα, οι οποίες εύκολα ψηλαφώνται δίπλα στον τράχηλο, στην περιοχή του λαιμού. Δύο μικρότερες αρτηρίες, οι σπονδυλικές αρτηρίες, εισέρχονται από το πίσω μέρος του εγκεφάλου και τρέφουν περιοχές του που ευθύνονται για την ανάπτυξη, την καρδιακή λειτουργία και τη θερμοκρασία του σώματος. Όταν η παροχή του αίματος σε μία περιοχή του εγκεφάλου σταματήσει, τα κύτταρα που δεν παίρνουν οξυγόνο πεθαίνουν. Η βλάβη του εγκεφάλου που ακολουθεί ονομάζεται εγκεφαλικό. Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι ελαφρύ ή πολύ σοβαρό και τα αποτελέσματά του προσωρινά ή μόνιμα. (Σαχίνη, Καρδάση 2005)

Η σοβαρότητα ενός εγκεφαλικού επεισοδίου εξαρτάται από την έκταση και τον εντοπισμό της καταστροφής των νευρικών κυττάρων. Διαφορετικές περιοχές του

εγκεφάλου ελέγχουν διαφορετικές λειτουργίες κι έτσι τα συμπτώματα εξαρτώνται από την περιοχή η οποία θα υποστεί τη βλάβη. Ακόμα και ένα ελαφρύ εγκεφαλικό μπορεί να είναι καταστροφικό, εάν επηρεάσει ένα κρίσιμο σημείο του εγκεφάλου. Σε αντίθεση με πολλά άλλα κύτταρα του σώματος τα κύτταρα του εγκεφάλου δεν αναγεννιούνται. Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να διαγνωσθεί με διάφορες τεχνικές. (Τσίκος,2005)

- Εξετάσεις αίματος
- Νευρολογική εξέταση
- Εξετάσεις απεικόνισης (Μαγνητική ή Αξονική τομογραφία)

Αλλά η καλύτερη διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο με αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία. Για τον εντοπισμό αιμορραγιών στον εγκέφαλο, η μαγνητική τομογραφία προτιμάται καθώς επιτυγχάνει μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας στο να εντοπίσει κάποια αιμορραγία στον εγκέφαλο

### 1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το εγκεφαλικό αποτελεί την τρίτη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως και τη δεύτερη στις ηλικίες άνω των 65, ενώ είναι ο πιο διαδεδομένος παράγοντας πρόκλησης νευρολογικών δυσλειτουργιών και ο δεύτερος εμφάνισης άνοιας, ενώ 15 εκατομμύρια άνθρωποι υφίστανται αγγειακό επεισόδιο κάθε χρόνο, με μόλις το 25% εξ αυτών να αναρρώνει πλήρως.

Στους τρεις πρώτους μήνες μετά την εμφάνιση του επεισοδίου, η θνησιμότητα αγγίζει το ένα τέταρτο των συνολικών περιστατικών, ενώ για τις ηλικίες άνω των 85 ετών φτάνει μέχρι το 40%. Από τους επιζώντες το 25%-50% αποκτά αναπηρίες ή είναι εξαρτημένο, το 50% είναι ανίκανο να περπατήσει, ισάριθμο ποσοστό παραμένει σε αφασία, ενώ το 30% υποφέρει από κατάθλιψη.

Το 2002 το εγκεφαλικό ήταν η τρίτη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως (με ποσοστό 10%), έπειτα από τις στεφανιαίες νόσους (13%) και τον καρκίνο (12%). Παρότι το εγκεφαλικό μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι μεγαλύτεροι έχουν σαφώς περισσότερες πιθανότητες να το αντιμετωπίσουν. Τα δυο τρίτα των

περιστατικών αριθμούνται σε ανθρώπους άνω των 65 ετών, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης αγγειακού επεισοδίου διπλασιάζεται σε κάθε δεκαετία μετά τα 55. Η πρόληψη του εγκεφαλικού επιτυγχάνεται μέσα από την αντιμετώπιση των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνισή του. Η υπέρταση, το ιστορικό καρδιοπαθειών, όπως κολπική μαρμαρυγή και έμφραγμα, ο διαβήτης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή και η υπερκατανάλωση αλκοόλ αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης εγκεφαλικού. Η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής, καθώς και η λήψη των κατάλληλων φαρμάκων στην περίπτωση των καρδιοπαθειών, της υπέρτασης και του διαβήτη μπορούν να μας προστατέψουν από τα αγγειακά επεισόδια (Τσίκος,2005)

Όταν όμως η πρόληψη δεν αποδώσει και το περιστατικό εμφανιστεί, εκείνο που έχει τεράστια σημασία είναι η έγκαιρη μεταφορά του ασθενή σε ειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης του εγκεφαλικού, η οποία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από 25% σε 10%, τη μερική αναπηρία από 25% σε 20% και να αυξήσει την ίαση από 25% σε 45%. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων δεν έχει σήμερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πράγματι για τα εγκεφαλικά επεισόδια αποφρακτικού τύπου, υπάρχει το φάρμακο tPA το οποίο μπορεί να διαλύει το θρόμβο που σχηματίζεται και αποφράσσει ζωτικά αγγεία που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα. Τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια ανήκουν σε δύο κατηγορίες. Τα αποφρακτικά (85% των περιπτώσεων) οφείλονται στο κλείσιμο μιας αρτηρίας ενώ τα αιμορραγικά (15%) οφείλονται σε αιμορραγία στον εγκέφαλο λόγω ρήξης αγγείων.

Η αξονική τομογραφία διάχυσης είναι πολύ καλή και ακριβής μέθοδος για την μέτρηση της ροής αίματος στον εγκέφαλο. Βοηθά ουσιαστικά στον καθορισμό των ασθενών που θα επωφεληθούν ή όχι από τη θρομβολυτική θεραπεία με το tPA. Η μέθοδος βοηθά τους γιατρούς να υπολογίσουν ποια τμήματα του εγκεφάλου του ασθενούς είναι νεκρά και ποια υποφέρουν, χρειάζονται άμεσα βοήθεια διότι διαφορετικά θα νεκρωθούν. Αφού υπολογίσουν το ποσοστό των περιοχών που έχουν νεκρωθεί και αυτών που μπορούν να επωφεληθούν ακόμη από τη θεραπεία, οι γιατροί αποφασίζουν ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσουν για την αφαίρεση της απόφραξης των εγκεφαλικών αγγείων. (Σαχίνη, Καρδάση 2005)

Η αγγειοχειρουργική επέμβαση δίνει τη δυνατότητα να αποφύγουμε το εγκεφαλικό επεισόδιο, με την αφαίρεση της πλάκας που περιορίζει την αιματική ροή προς τον εγκέφαλο. Σε σοβαρές περιπτώσεις, συνιστάται η καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή ή και η διαστολή με μπαλόνι και η τοποθέτηση ενδαρτηριακού νάρθηκα (stent) με ενδοαγγειακή χειρουργική. Ύστερα από την καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή, πολύ λίγες αρτηρίες αποφράσσονται, ενώ μερικές μπορεί να στενέψουν με το χρόνο.

Η επέμβαση είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Το μέλλον Η θεραπεία της καρωτιδικής νόσου είναι το πρώτο βήμα στην επανόρθωση της καλής υγείας και στην πρόληψη του εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο συνεχής εργαστηριακός έλεγχος και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μειώνουν τον κίνδυνο. Στις αλλαγές αυτές συμπεριλαμβάνονται η γυμναστική, η σωστή διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, του βάρους και της χοληστερίνης.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο εγκέφαλος αποτελεί το σπουδαιότερο και μεγαλύτερο τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Βρίσκεται εντός του εγκεφαλικού κρανίου και περιβάλλεται από τρεις προστατευτικούς υμένες, τις μήνιγγες. Αποτελείται από δύο ημισφαίρια τα οποία χωρίζονται μεταξύ τους από την *επιμήκη σχισμή*. Από την κάτω επιφάνεια του εγκεφάλου εκφύονται οι εγκεφαλικές συζυγίες ή νεύρα και ξεκινά ο νωτιαίος μυελός. Η βάση του εγκεφαλικού κρανίου έρχεται σε σχέση με την κάτω επιφάνεια του εγκεφάλου και διαθέτει αντίστοιχα τρήματα για την διόδο των εγκεφαλικών νεύρων και του νωτιαίου μυελού. Από τα τρήματα αυτά περνούν επίσης τα διάφορα αγγεία για την αιμάτωση του εγκεφάλου. Η άνω και οι πλάγιες επιφάνειες του εγκεφάλου αποτελούν τον εγκεφαλικό φλοιό και έρχονται σε σχέση με τον θόλο του κρανίου (Σαχίνη, Καρδάση 2005)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### 2.1 ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί την πιο συχνή νόσο με την οποία έρχονται αντιμέτωποι οι Φυσιάτροι. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 500.000 Αμερικανοί παθαίνουν ΑΕΕ κάθε χρόνο και από αυτούς περίπου 150.000 πεθαίνουν μέσα στον πρώτο μήνα, κατατάσσοντας έτσι το ΑΕΕ στην τρίτη αιτία θανάτου στο γενικό πληθυσμό και στην πρώτη σε άτομα ηλικίας άνω των 75 . Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, περίπου 2.000.000 ασθενείς που έχουν επιβιώσει από ΑΕΕ εμφανίζουν ποικίλα ελλείμματα και ανικανότητες. (Τσίκος,2005)

Τα νούμερα είναι τραγικά και για την Αμερική, όπου μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση συμβαίνει κάθε 21''. Στατιστικές μελέτες του 2004 υπολογίζουν ότι 1.500.000 αμερικανοί παθαίνουν κάθε χρόνο κάποια μορφής εγκεφαλική βλάβη (*Brain Injury Association of America -2008*).

Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία του American Heart Association και του American Stroke Association τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν το τρίτο κατά σειρά αίτιο θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες, μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Υπολογίζεται πως 1 στους 15 θανάτους το 1998 προήλθε από εγκεφαλικό. Κατά μέσο όρο, κάθε 53 δευτερόλεπτα ένας Αμερικανός υφίσταται εγκεφαλικό (το 47% των οποίων συμβαίνει εκτός νοσοκομείου) ενώ κάθε 3,3 λεπτά πεθαίνει από ένα αντίστοιχο επεισόδιο. Κάθε χρόνο, περίπου 600.000 Αμερικανοί υφίστανται ένα εγκεφαλικό επεισόδιο: από αυτά τα 500.000 είναι πρωτογενή και τα 100.000 είναι υποτροπιάζοντα. Αφετέρου, τα εγκεφαλικά αποτελούν την πρώτη αιτία σοβαρής, μακροχρόνιας ανικανότητας/ παράλυσης στις ΗΠΑ, τη στιγμή που ο εκτιμώμενος βαθμός διάδοσης των εγκεφαλικών σε Αμερικανούς ηλικίας 20 χρονών και άνω είναι:

- Για (non – Hispanic) λευκούς, 2,2% για άντρες και 1,5% για γυναίκες
- Για (non – Hispanic) μαύρους, 2,5% για άντρες και 3,2% για γυναίκες
- Για Μεξικανούς, 2,3% για άντρες και 1,3% για γυναίκες.

Σ' όλες τις ηλικίες, ωστόσο, περισσότερες γυναίκες απ' ότι άντρες πεθαίνουν από εγκεφαλικά επεισόδια (6 στους 10 θανάτους λαμβάνουν χώρα σε γυναίκες). Σύμφωνα πάλι, με τις εκτιμήσεις του αμερικάνικου Εθνικού Συμβουλίου για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων (National Conference on CVD Prevention), η σημαντική μείωση του τρέχοντα δείκτη καρδιοπαθειών και εγκεφαλικών επεισοδίων που σημειώθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1990-00 – δεν συνεχίζεται με τον ίδιο ρυθμό στη δεκαετία του 2000. Ειδικότερα, ενώ μεταξύ 1990 και 2000 εκτιμήθηκε αξιόλογη μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά επεισόδια, στο χρονικό διάστημα 2000-07 ο ρυθμός μείωσης του δείκτη αυτού ήταν αρκετά μικρότερος. Τα στοιχεία αυτά αφορούν όμως, κυρίως μεσήλικες και ηλικιωμένους Αμερικανούς, τόσο άντρες όσο και γυναίκες. (*Brain Injury Association of America - 2008*).

Στην εργασία του Gillum για την θνησιμότητα των Αφροαμερικανών, αναφέρεται ότι το 7,92% και το 5,33% των θανάτων σε γυναίκες και άντρες αντίστοιχα, προκαλείται από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Αποτέλεσαν την Τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτων στις γυναίκες (μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο) και την έκτη στους άντρες (μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο, το HIV, τα ατυχήματα και την ανθρωποκτονία) το 2006 στις ΗΠΑ. Οι μαύροι, όπως υποστηρίζεται στην ανωτέρω εργασία, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τόσο αιμορραγικού όσο και ισχαιμικού εγκεφαλικού σε σύγκρισή με τους λευκούς. Τα ποσοστά θνησιμότητας όμως, λευκών και μαύρων ήταν παρόμοια για το αιμορραγικό και το θρομβοεμβολικό επεισόδιο, αλλά μικρότερα και στις δυο περιπτώσεις απ' ότι των υποτροπιάζόντων εγκεφαλικών. Στις ηλικίες των 65 – 74 ετών, η ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία προκάλεσε παρόμοιο ποσοστό θανάτων τόσο σε λευκούς όσο και σε μαύρους.

## 2.2 ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σε ορισμένες χώρες του κόσμου, όπως η Κίνα και η Κορέα, το εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου. Σε άλλες, συμπεριλαμβανομένης και της Αφρικής, το εγκεφαλικό επεισόδιο ξεπερνά το ποσοστό της ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας. Πληθυσμοί γενετικά προδιαθετημένοι για αρτηριακή υπέρταση ή περιβαλλοντικά εκτεθειμένοι σε διαιτητικούς παράγοντες όπως η πολύ υψηλή πρόσληψη αλατιού, επηρεάζονται κατά κύριο λόγο. Στις δυτικές χώρες, η

αστικοποίηση και η εκβιομηχάνιση έχει συσχετιστεί με μείωση στα ποσοστά εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου, με επιθετικές θεραπείες αρτηριακής υπέρτασης

Παρόλα αυτά, οι καρδιαγγειακές παθήσεις ευθύνονται για σχεδόν το μισό ρυθμό θνησιμότητας, αλλά στις προχωρημένες ηλικίες. Η δυτική Ευρώπη, η βόρεια Αμερική, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία έχουν όλες σημειώσει σημαντική μείωση στα ηλικιακά προσαρμοσμένα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Αφετέρου, αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση των Ρώσων, όπου παρατηρήθηκε μείωση 33% του ορίου ζωής από 63,8 χρόνια το 2000 σε 57,5 χρόνια το 2004, λόγω αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παρόμοια κατάσταση παρατηρήθηκε και στην νότια Ασία, ειδικά στην Ινδία. (*Brain Injury Association of America -2008*).

### 2.3 ΕΥΡΩΠΗ

Οι Di Carlo et al αναφέρουν ο συνολικός βαθμός διάδοσης (prevalence) των εγκεφαλικών επεισοδίων στον ευρωπαϊκό πληθυσμό το 2001, ήταν 4,84% (95% CI 4,47 με 5,21) σε άτομα 65 ως 84 ετών και 7,06% (95% CI 6,52 με 5,21) σε άτομα 75 ετών και άνω. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά το φύλο, τη στιγμή που οι τρέχοντες δείκτες των πρωτογενών εγκεφαλικών επεισοδίων ανέρχονταν σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας (ακόμα και μετά την ηλικία των 90 ετών).

Στη βόρεια Ευρώπη και συγκεκριμένα στη Νορβηγία, οι Ellekjaer et al μέτρησαν 432 (72,8%) πρωτογενή και 161 (27,2%) υποτροπιάζοντα εγκεφαλικά επεισόδια στη διετία 2004-2006. Ο ετήσιος δείκτης περιστατικών ήταν 3,12/1000 (2,85/1000 στους άντρες και 3,38/1000 στις γυναίκες). Προσαρμοσμένος στον ευρωπαϊκό πληθυσμό, ο ετήσιος δείκτης πρωτογενών εγκεφαλικών ήταν 2,21/1000.

Συνολικά, ο τρέχων δείκτης περιστατικών εκτιμήθηκε σε επίπεδα παρόμοια με αυτά των υπόλοιπων Σκανδιναβικών χωρών αλλά και της υπόλοιπης Δυτικής Ευρώπης. Ωστόσο, στη βόρεια Δανία ο ετήσιος δείκτης ισχαιμικών εγκεφαλικών για νεαρούς ενήλικες ηλικίας 18 ως 44 ετών, ήταν 11,3% (95% CI, 6,7 με 16,1), μεγαλύτερος δηλαδή από τις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Ο υψηλός αυτός δείκτης εξηγήθηκε με υψηλό βαθμό διάδοσης πρόωρης μη αθηροσκληρωματικής αρτηριοπάθειας. (*Brain Injury Association of America -2008*).



Στην κεντρική και δυτική Ευρώπη, οι Wolfe et al αναφέρουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη θνησιμότητα από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η μελέτη έγινε σε 12 κέντρα 7 χωρών της δυτικής και κεντρικής Ευρώπης κατά τη διάρκεια των ετών 2004 – 2005. καταγράφηκαν 4534 εγκεφαλικά επεισόδια σε μέσο όρο ηλικίας 71,9 έτη. Υπήρξαν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα των κέντρων για όλες τις περιπτώσεις. Η έρευνα αυτή έδειξε πως για τους ασθενείς εκείνους που αρχικά έχασαν τις αισθήσεις τους (588), οι υπηρεσίες του κέντρου δεν ήταν σημαντικά συσχετιζόμενες με την τελική κατάληξη ( $P=0,427$ ). Το ποσοστό των θανόντων σε 3 μήνες κυμάνθηκε από 42% (95%CI, 35 με 49%) σ' ένα κέντρο του Ηνωμένου Βασιλείου σε 19% (95% CI, 14 με 24%) στη Γαλλία.

Το Ηνωμένο Βασίλειο, έχει το χειρότερο ποσοστό θνησιμότητας συγκριτικά με την υπόλοιπη δυτική και κεντρική Ευρώπη. Η αιτιολόγηση του ποσοστού αυτού περιλαμβάνει το μικρό βαθμό παρέμβασης των Άγγλων γιατρών στη διόρθωση φυσιολογικών προβλημάτων (π.χ. υψηλή αρτηριακή πίεση και αυξημένα επίπεδα γλυκόζης αίματος στην οξεία φάση του εγκεφαλικού), τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που υποτίθεται ότι περιορίζουν τη νόσο και τη καθυστερημένη άφιξη του ασθενή στο νοσοκομείο μετά την εκδήλωση του εγκεφαλικού επεισοδίου. (*Brain Injury Association of America -2008*).

Στην κατεύθυνση αυτή, η μελέτη MONICA (Monitoring Trends and Disparities in Cardiovascular Disease) αναφέρει μεγάλες διαφοροποιήσεις στον τρέχοντα δείκτη εγκεφαλικών στην Ευρώπη. Τα ποσοστά θνητότητας των περιστατικών κυμαίνονταν από 15% - 49% σε 28 ημέρες στους άντρες και 18% - 57% στις γυναίκες. Απ' την άλλη μεριά, οι Torro et al στην Ισπανία εκτίμησαν βαθμό διάδοσης 32,3% (95% CI, 29,1 – 35,5%) στους άντρες και 23,7% ( 95% CI, 21,4 –35,5%) στις γυναίκες. Σύμφωνα λοιπόν με τις παρατηρήσεις τους, ενώ ο βαθμός διάδοσης της υπέρτασης έχει σταθεροποιηθεί στον ισπανικό πληθυσμό (ο έλεγχος της υπέρτασης έχει δώσει καλύτερα αλλά ανεπαρκή ακόμα αποτελέσματα) ο αντίστοιχος βαθμός για τα εγκεφαλικά παραμένει αρκετά υψηλός.

Το Βασιλικό Κολέγιο Ιατρών (Royal College of Physicians) διεξήγαγε έλεγχο κατά το 2008, σε νοσοκομεία στην Αγγλία, Ουαλία και Βόρειο Ιρλανδία για να

ερευνηθεί η ποιότητα θεραπείας και περίθαλψης σε ασθενείς που υφίστανται εγκεφαλικά επεισόδια. (Royal College of Physicians 2008)

- Κάθε χρόνο καταγράφονται 130.000 νέα περιστατικά εγκεφαλικών επεισοδίων. Από αυτά το 33% θα αποβιώσει κατά τους πρώτους 12 μήνες και ακόμα 33% θα παραμείνει με αναπηρίες
- Κάθε χρόνο πεθαίνουν άδικα 6.000 ασθενείς με εγκεφαλικά, λόγω έλλειψης ειδικών γιατρών και εξειδικευμένων μονάδων για την αντιμετώπιση όλων των πτυχών των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί
- Συνολικά εκτιμάται ότι 27.000 ασθενείς κάθε χρόνο, πεθαίνουν ή παραμένουν σοβαρότερα ανάπηροι απ' ό τι θα μπορούσε να ήταν
- Σε περίπου 75% των ασθενών δεν χορηγείται η ολοκληρωτική άμεση και μακροπρόθεσμη θεραπεία που επιβάλλεται για τη διασφάλιση της επιβίωσης και της όσο το δυνατό καλύτερης αποκατάστασης τους
- Μόνο 27% του συνόλου των ασθενών με εγκεφαλικά, επωφελήθηκαν κατά τον περισσότερο χρόνο της περίθαλψης τους, των υπηρεσιών μιας εξειδικευμένης μονάδας στην αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αντιμετώπιση και περίθαλψη των ασθενών με εγκεφαλικά επεισόδια σε εξειδικευμένες μονάδες αυξάνει σημαντικά της πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς, όπως επίσης και μειώνονται οι μακροχρόνιες σωματικές αναπηρίες
- Από το σύνολο των ασθενών, μόνο 64% έτυχαν αξιολόγησης για προβλήματα κατάποσης, μόνο 63% αξιολογήθηκαν για προβλήματα όρασης με την εξέταση των οπτικών πεδίων. Ακόμη πιο ενδεικτικό της κατάστασης που επικρατεί μόνο 49% ζυγίστηκαν για την αξιολόγηση και παρακολούθηση του σωματικού τους βάρους. Οι εξετάσεις αυτές είναι απαραίτητες για να φανεί η πραγματική κατάσταση του ασθενούς και για να τεθούν σωστά οι βάσεις του προγράμματος θεραπείας τους
- Ένας ασθενής στους πέντε δεν υποβάλλεται σε απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου με αξονική τομογραφία ή με μαγνητική τομογραφία. Ένας ασθενής στους δέκα που θα έπρεπε να παίρνει ασπιρίνη ή άλλα αντιπηκτικά φάρμακα, δεν τα λαμβάνει διότι δεν δίνονται από τους γιατρούς όταν φεύγουν οι ασθενείς από το νοσοκομείο
- Πολλά νοσοκομεία δεν έχουν εξειδικευμένες μονάδες για την αντιμετώπιση των ασθενών με εγκεφαλικά επεισόδια. Επίσης πολλά νοσοκομεία δεν

διαθέτουν εξειδικευμένους γιατρούς για την αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων

#### 2.4 ΕΛΛΑΔΑ

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο Χειμώνας και συνεργάτες ΤΟ 2007 αναφέρουν αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, κυρίως λόγω αύξησης στα περιστατικά θανάτου από καρδιακή ισχαιμία αλλά και από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η θνησιμότητα από αγγειακές εγκεφαλοπάθειες ήταν μεγαλύτερη από την αντίστοιχη της ισχαιμικής καρδιοπάθειας στους άντρες στο τέλος της δεκαετίας του '50 και τις αρχές της δεκαετίας του '60, αλλά άρχισε να μειώνεται από 1972 και εξής στους άντρες, και από το 1973 στις γυναίκες. Αναφέρεται επίσης πως το 2007 η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια συνέβαλε στο 13% όλων των θανάτων, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στο 18% και οι καρδιοπάθειες οποιασδήποτε άλλης αιτίας στο 20% αυτών.

Οι μεταβολές στον τρόπο ζωής των Ελλήνων (έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, καινούριες διαιτητικές συνήθειες, υψηλός βαθμός διάδοσης καπνίσματος, αγχογόνος τρόπος ζωής) είχαν ως αποτέλεσμα αυξημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Ωστόσο, η αύξηση αυτή είναι μικρότερη από την προσδοκώμενη, λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης αίματος και τον υψηλό βαθμό διάδοσης του καπνίσματος. Σε αντιδιαστολή βέβαια με τους πληθυσμούς της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, η Ελλάδα έχει μικρότερη θνησιμότητα από ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και μεγαλύτερη από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (παρότι τα επίπεδα της χοληστερόλης αίματος ήταν παρόμοια στους πληθυσμούς της Ευρώπης και βόρειας Αμερικής). Παρόμοιο με το ελληνικό πρότυπο (υψηλή θνησιμότητα από εγκεφαλικά και χαμηλή από ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια) εμφανίζεται και σε Πορτογαλία, νότια Ισπανία και νότια Ιταλία. (ΕΣΥΕ 2007)

Η πρόσφατη μείωση της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια οφείλεται κυρίως σε βελτίωση της θεραπείας της, παρά σε εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Αφετέρου, η μείωση της θνησιμότητας από εγκεφαλικά επεισόδια οφείλεται πιθανότατα σε καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης τα τελευταία 20 χρόνια,

μείωση της ημερήσιας πρόσληψης αλατιού και σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Στην εργασία των Βέμμου και συνεργατών το 2008 εξετάστηκαν (στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα της Αθήνας) 1.042 ασθενείς με πρωτογενές εγκεφαλικό επεισόδιο σε χρονικό διάστημα 5 ετών (Ιούνιος 2002 – Μάιος 2007) και κατατάχθηκαν με βάση των τον αιτιοπαθολογικό μηχανισμό (οι ασθενείς με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και υπαραχνοειδή αιμορραγία αποκλείστηκαν από το δείγμα

Από αυτούς λοιπόν 156 (15%) είχαν αθηροσκλήρυνση μεγάλων αγγείων, 177 (17%) βοθριωτά έμφρακτα, 335 (32,1%) καρδιοεμβολή, 182 (17,5%) έμφρακτο αγνώστου αιτίας, 35 (3,3%) άλλα/ ποικίλα αίτια και 157 (15,1%) ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία. Στην ομάδα των ασθενών με καρδιοεμβολή, η μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή ήταν το πιθανό αίτιο για 225 ασθενείς, ειδικά σ' αυτούς με ηλικία άνω των 75 ετών(65%). Η συνολική θνησιμότητα για το νοσοκομείο αυτό ήταν 15.2% (από 0,6% στο βοθριωτό έμφρακτο μέχρι 34% στην ενδοπαρεγχυματική αιμορραγία). Όπως αναφέρεται, για τον ελληνικό πληθυσμό, η καρδιοεμβολή είναι η πιο συνηθισμένη υποκατηγορία εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο πιθανή αιτία αυτού.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ) , όπως παραθέτονται στον πίνακα 3, το 14,2% του συνόλου των εξελθόντων ασθενών (όσων δηλαδή επιβίωσαν από την νόσο και πήραν εξιτήριο) για το 2007 και το 14,3% του συνόλου αυτού για το 2008, υπέφεραν από κάποιο νόσημα του κυκλοφορικού συστήματος. Η πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων στηρίζεται στην αναγνώριση ατόμων με αποδεδειγμένο από επιδημιολογικές έρευνες υψηλό κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό. Τα άτομα αυτά έχουν έναν ή περισσότερους παράγοντες και κινδυνεύουν να εκδηλώσουν εγκεφαλικό πολύ περισσότερο από τα άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου. (ΕΣΥΕ 2007)

## 2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μερικούς από τους λεγόμενους παράγοντες κινδύνου, όπως την αυξανόμενη ηλικία, το φύλο του ανθρώπου, την φυλή και την εθνότητα, δεν μπορούμε να τους

αντιμετωπίσουμε. Υπάρχουν όμως παράγοντες που με σωστή παρέμβαση ή θεραπεία μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο σημαντικά: (<http://health.ana.gr/articleview>)

- Υπέρταση: η αρτηριακή πίεση αποτελεί τον ισχυρότερο ανεξάρτητο παράγοντα για την πρόκληση τόσο ισχαιμικών όσο και αιμορραγικών εγκεφαλικών. Αν ένας άνθρωπος 50 ετών έχει υπέρταση εμφανίζει τετραπλάσιο κίνδυνο να πάθει εγκεφαλικό τα επόμενα χρόνια συγκριτικά με κάποιον που δεν έχει υψηλή αρτηριακή πίεση. Έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία της υπέρτασης μειώνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια τουλάχιστον κατά 38%. Η πίεση στους ενήλικες θα πρέπει να μετριέται τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια εάν η συστολική («μεγάλη») είναι λιγότερο από 140 mmHg και η διαστολική («μικρή») κάτω από 90 mmHg. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αλλαγής του τρόπου ζωής με μείωση του σωματικού βάρους και αύξησης της φυσικής άσκησης. Θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα προστίθεται στις περιπτώσεις όπου μετά από 3 μήνες προσπάθειας αλλαγής τρόπου ζωής η συστολική πίεση είναι πάνω από 140 mmHg και η διαστολική πάνω από 90 mmHg ή όταν η αρχική μέτρηση είναι πάνω από 180 για τη συστολική και 100 για την διαστολική. Η αντιυπερτασική θεραπεία θα πρέπει να συνιστάται μόνο από γιατρό που θα κρίνει ποιο φάρμακο και σε ποια δόση ενδείκνυται για τον συγκεκριμένο ασθενή.
- Καρδιακές παθήσεις: η συχνότερη καρδιακή πάθηση που προκαλεί ισχαιμικά εγκεφαλικά είναι η κολπική μαρμαρυγή, μια αρρυθμία που εμφανίζεται περίπου στο 0.4% του γενικού πληθυσμού, ωστόσο η συχνότητά της αυξάνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες (8% των ατόμων 80-89 ετών έχουν κολπική μαρμαρυγή). Ο κίνδυνος για αυτούς τους ανθρώπους να πάθουν εγκεφαλικό, που συχνά είναι σοβαρό, κυμαίνεται μεταξύ του 3-5% κάθε χρόνο. Τα μισά θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά οφείλονται σε αυτή την αρρυθμία. Σήμερα είναι απόλυτα αποδειγμένο ότι η χρήση προληπτικά αντιπηκτικών φαρμάκων μειώνει τα εγκεφαλικά κατά 68%. Εναλλακτική λύση για μερικούς ασθενείς είναι η χρήση ασπιρίνης που προκαλεί μείωση μόνο κατά 20%. Η επιλογή των ασθενών που είναι απαραίτητο να πάρουν κάποια θεραπεία πρέπει να γίνεται προσεκτικά από το θεράποντα γιατρό και μόνο για την αποφυγή των αιμορραγικών επιπλοκών, άλλες καρδιακές παθήσεις όπως έμφραγμα

μυοκαρδίου, παθήσεις των βαλβίδων, η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια, αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικών. Η συμβουλή του καρδιολόγου είναι απαραίτητη στην θεραπεία αυτών των παθήσεων.

- Σακχαρώδης διαβήτης: επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτης αυξάνει το σχετικό κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού από 1.8 μέχρι και 6 φορές. Ο κίνδυνος μάλιστα είναι μεγαλύτερος όταν ο διαβήτης συνυπάρχει με υπέρταση. Αντιμετώπιση της υπέρτασης στους ασθενείς αυτούς με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου μειώνει τα εγκεφαλικά κατά 33% ενώ η ρύθμιση του σακχάρου αίματος μειώνει τις επιπλοκές που οφείλονται σε μικροαγγειοπάθεια.
- Χοληστερίνη: οι υψηλές τιμές της αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου στεφανιαίας νόσου αλλά αμφισβητούμενο μέχρι πρόσφατα για την εκδήλωση γενικά εγκεφαλικών επεισοδίων. Νεώτερα δεδομένα δείχνουν ότι η υπερχοληστεριναιμία δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση εγκεφαλικής αιμορραγίας. Η αύξηση της χοληστερίνης ιδίως πάνω από τα 240 mg/dl συσχετίζεται με θανάτους που οφείλονται σε ισχαιμικά εγκεφαλικά. Αυτό που γνωρίζουμε σήμερα καλά είναι ότι σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια που έχουν και αυξημένη χοληστερίνη η χορήγηση αντιχοληστερινικών φαρμάκων (στατινών) μειώνουν τα εγκεφαλικά κατά μέσο όρο 23%.
- Κάπνισμα: διπλασιάζει τη πιθανότητα της πάθησης. Το 18% των εγκεφαλικών αποδίδεται στους ενεργείς καπνιστές ενώ το 12% περίπου στους παθητικούς καπνιστές. Διακοπή του καπνίσματος μειώνει κατά 50% τα εγκεφαλικά από τον πρώτο κιόλας χρόνο.
- Παχυσαρκία: λόγω της συσχέτισής της με υπέρταση, διαβήτη και υπερχοληστεριναιμία συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικών. Η καθημερινή, μέτρια σωματική άσκηση πάνω από μισή ώρα βοηθά έμμεσα στο να μειωθούν άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τα εγκεφαλικά. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ίσως μειώνει το κίνδυνο εγκεφαλικών. Η κατανάλωση μέχρι και 2 μονάδων αλκοόλ την ημέρα υποστηρίζεται ότι μειώνει τα εγκεφαλικά, ενώ η κατάχρηση αυξάνει σημαντικά το κίνδυνο κυρίως των εγκεφαλικών αιμορραγιών. Ύτομα με αυξημένα επίπεδα

ομοκυστεΐνης έχει βρεθεί σε πρόσφατες μελέτες ότι κινδυνεύουν περισσότερο να πάθουν εγκεφαλικό. Στα άτομα αυτά είναι σκόπιμο να χορηγούνται βιταμίνες του συμπλέγματος Β και φυλικό οξύ.

- Ορμονική υποκατάσταση: τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο να πάθει μια γυναίκα εγκεφαλικό μετά από χρήση για πάνω από τρία χρόνια
- Χρήση αντισυλληπτικών: η πιθανότητα μιας γυναίκας να εκδηλώσει εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από χρήση αντισυλληπτικών δισκίων είναι πολύ μικρή. Ο κίνδυνος όμως είναι μεγαλύτερος αν η γυναίκα καπνίζει, έχει υπέρταση ή έχει ήδη ένα θρομβωτικό επεισόδιο στο ιστορικό της.
- Προθρομβωτικές καταστάσεις: η διαπίστωση προθρομβωτικών καταστάσεων που οφείλονται σε επίκτητα ή γονιδιακά νοσήματα (αντικαρδιολιπινικό σύνδρομο, παράγων V Leiden, κλπ) συσχετίζεται επίσης με αύξηση του κινδύνου εγκεφαλικών.
- Χρήση ναρκωτικών: οι χρήστες ουσιών όπως αμφεταμίνης, κοκαΐνης και ηρωΐνης έχουν σοβαρό κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο.

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η προχωρημένη ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα, η φυλή, ένα προηγηθέν ΑΕΕ, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και λιπιδίων ορού, η αυξημένη κατανάλωση αλατιού και οινοπνεύματος, τα από του στόματος αντισυλληπτικά στις γυναίκες. Ως εκ τούτου, η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην πρόληψη/ θεραπεία παραγόντων κινδύνου για ΑΕΕ, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία, η χρόνια κολπική μαρμαρυγή, η ασυμπτωματική καρωτιδική στένωση, η παχυσαρκία, οι επιπλοκές καπνίσματος και υπερκατανάλωσης αλκοόλ. Επιπρόσθετα, η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται σε αντιυπερτασικά μέτρα, σε αντιθρομβωτικό έλεγχο και ελαχιστοποίηση παραγόντων που σχετίζονται με κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Καλαβρουζιώτης, 2009)

Πρωταρχικής σημασίας στην πρόληψη των ΑΕΕ είναι η διασφάλιση της φυσιολογικής παραγωγής NO από το αρτηριακό ενδοθήλιο και η αναστολή της

αθηρωματικής διαδικασίας. Στην κατεύθυνση αυτή, μεγάλος αριθμός ερευνών υποστηρίζει τον περιορισμό λήψης Na και την αύξηση πρόσληψης K, Ca, Mg και Se.

Ο εμπλουτισμός των προϊόντων δημητριακών με φυλλικό οξύ στις ΗΠΑ, μείωσε τα επίπεδα ομοκυστεΐνης πλάσματος αλλά δεν συνετέλεσε σε μείωση εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων, όπως υποστηρίζουν επιδημιολογικές έρευνες. Τέλος, υποστηρίζεται πως η κατανάλωση λιναρόσπορου, κρασιού, τσαγιού και ξηρών καρπών σε ποσότητες επαρκείς για τον FDA, μπορεί να αποδειχθεί ευεγερτική. (Καλαβρουζιώτης, 2009)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

### 3.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο στόχος της αποκατάστασης είναι να επαναφέρει την καλύτερη φυσική λειτουργία σε κοινωνικό, ψυχολογικό και επαγγελματικό επίπεδο, ώστε να επιτρέψει στον ασθενή να επανενταχθεί ως παραγωγικό μέλος της κοινωνίας. Η αποκατάσταση των ημιπληγικών έχει ως σκοπό την εκπαίδευση του ασθενούς, έτσι ώστε να αντιμετωπίζει τη ζωή του με τους περιορισμούς που έχει ως συνέπεια η βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Η βασική βλάβη σε ΑΕΕ είναι ο θάνατος των νευρικών κυττάρων. Η εξέλιξη της βλάβης μπορεί να απεικονιστεί, να εκτιμηθεί και να τροποποιηθεί με τη βοήθεια των σύγχρονων τεχνολογιών και θεραπειών που εφαρμόζονται. Όλα αυτά όμως έχουν μικρή αξία για τον ασθενή και τους συγγενείς του, οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της βλάβης των νευρικών κυττάρων: νευρολογικό έλλειμμα, λειτουργική ανικανότητα και συνεπώς εξάρτηση του ασθενούς από το περιβάλλον του και μείωση της ποιότητας ζωής του.

Τα νευρολογικά ελλείμματα επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των ασθενών σε διαφορετικό βαθμό κάθε φορά. Η επίδραση που έχουν στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως επίσης και στις ανώτερες λειτουργίες, προκαλούν σημαντικό βαθμό αναπηρίας. Δεν είναι απόλυτη η σύνδεση της νευρολογικής βλάβης και του λειτουργικού ελλείμματος του ασθενούς. Επίσης η λειτουργική αποκατάσταση δεν είναι επακόλουθο της νευρολογικής επανανεύρωσης. Νευρολογική αποκατάσταση σημαίνει 'μετρήσιμες' αλλαγές στην παθολογία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενώ λειτουργική ανάρρωση του ασθενούς σημαίνει λειτουργική επανένταξή του σε μετακινήσεις, σε καθημερινές ψυχαγωγικές, προσωπικές, επαγγελματικές δραστηριότητες, χωρίς απαραίτητα να υπάρχει νευρολογική αποκατάσταση. Ένας ασθενής για να ενταχθεί σε πρόγραμμα αποκατάστασης μετά από ΑΕΕ πρέπει να ικανοποιούνται τα παρακάτω κριτήρια: (Καλαβρουζιώτης, 2009)

- Σταθερή νευρολογική εικόνα
- Σημαντικό νευρολογικό έλλειμμα

αναγνωρισμένη ανικανότητα που να επηρεάζει τουλάχιστον δύο παράγοντες από τους παρακάτω:

- Κινητικότητα
- Προσωπική περιποίηση
- Επικοινωνία
- Έλεγχος ούρων ή κοπράνων
- Κατάποση
- Επαρκή αντίληψη για να μπορέσει να εκπαιδευτεί
- Ικανοποιητική επικοινωνία για να μπορέσει να συμμετάσχει στη θεραπεία
- Φυσική κατάσταση τέτοια που να μπορεί να αντεπεξέλθει στην κινητοποίηση
- Ρεαλιστικοί θεραπευτικοί στόχοι

Μετά από ένα Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε.), παραμένει στον ασθενή κάποιου βαθμού αναπηρία, που οδηγεί σε αλλαγή του τρόπου ζωής του. Διάφορες μελέτες εκτιμούν ότι 70% των ασθενών μετά από Α.Ε.Ε. παρουσιάζουν σοβαρότατη δυσκολία επανόδου στην προηγούμενή τους εργασία, 15% παραμένουν ιδρυματοποιημένοι, 30% χρειάζονται βοήθεια σε δραστηριότητες ατομικής φροντίδας και 20% χρειάζονται βοήθεια στη βάδισή τους. Με την αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας το Α.Ε.Ε. τείνει να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις στον υγειονομικό και κοινωνικό προβληματισμό. (Τσίκος,2005)

Η ανάγκη για παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης έχει περάσει από κριτική, η οποία κυμαίνεται από την ένθερμη υποστήριξη των προγραμμάτων αποκατάστασης, μέχρι την παντελή απόρριψη. Στην πρώτη περίπτωση γίνεται παραδεκτό ότι η αποκατάσταση βελτιώνει την ποιότητα ζωής ακόμα και των πλέον ηλικιωμένων και με επιπλέον ιατρικά προβλήματα ασθενών, ενώ οι πολέμιοι θεωρούν ότι δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες που να αποδεικνύουν σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ όσων μετείχαν σε προγράμματα αποκατάστασης και όσων όχι. Η αλήθεια είναι ότι υπάρχουν μελέτες που συγκρίνουν την λειτουργικότητα ασθενών πριν και μετά το πρόγραμμα αποκατάστασης και σημειώνουν σημαντική πολλές φορές βελτίωση, είναι όμως σχεδόν αδύνατο να γίνουν προοπτικές, τυχαιοποιημένες, διπλές τυφλές μελέτες, για πολλούς λόγους. (Καλαβρουζιώτης, 2009)

Τα αποτελέσματα της αποκατάστασης εξαρτώνται από την βαρύτητα και την εντόπιση της βλάβης, την ηλικία του ασθενούς, τα κίνητρά του, την ικανότητά του να επικοινωνεί, την ύπαρξη ή μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, την συνύπαρξη επιπλοκών, όπως ακράτειας, σπαστικότητας κ.α. αλλά και την συνύπαρξη ιατρικών προβλημάτων όπως στεφανιαία νόσος, διαβήτης κ.α. Τέλος η αποτελεσματικότητα του προγράμματος θα εξαρτηθεί από την χρονική στιγμή που θα εφαρμοστεί, την τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί, τον τόπο που θα γίνει (νοσοκομείο, κέντρο αποκατάστασης, στο σπίτι), και την αντιμετώπιση από ομάδα ή μεμονωμένο θεραπευτή.

Η αποκατάσταση είναι μια ακριβή και χρονοβόρα διαδικασία, που ολοκληρώνεται μέσα από την συνεργασία ομάδας ειδικών, που βελτιώνει ωστόσο την ποιότητα ζωής σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε ασθενή που εφαρμόζεται. Η βελτίωση αυτή είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς με τα μεγαλύτερα ελλείμματα και είναι γι' αυτούς τους ασθενείς, που υπάρχει η μεγαλύτερη ζήτηση για αποκατάσταση τόσο από τις οικογένειές τους, όσο και από τους γιατρούς που αναλαμβάνουν την αρχική αντιμετώπισή τους.

Υπάρχουν γενικές παραδοχές σύμφωνα με τις οποίες επιλέγονται οι ασθενείς που θα μπου σε πρόγραμμα αποκατάστασης μετά το Α.Ε.Ε. Ασθενείς που η γενικότερη φυσική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει να συμμετάσχουν σε κοπιώδη θεραπεία, αποκλείονται. Πρόγραμμα αποκατάστασης δεν μπορούν να παρακολουθήσουν ασθενείς που αδυνατούν να κατανοήσουν προφορικές ή και νοηματικές οδηγίες ή έχουν σοβαρά προβλήματα άνοιας. Υπάρχουν ακόμη ασθενείς που έχουν ελάχιστες πιθανότητες βελτίωσης.

Τέτοιοι είναι όσοι έχουν υποστεί προηγούμενο Α.Ε.Ε., έχουν μεγάλη ηλικία, έχουν παρατεταμένη την χαλαρή φάση, παρουσιάζουν προβλήματα ακράτειας ούρων ή κοπράνων και έχουν σοβαρά προβλήματα όρασης. Η πρόκληση παραμένει στο να καθοριστεί η ομάδα ασθενών με την μεγαλύτερη πιθανότητα βελτίωσης από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Στο πλαίσιο αυτό μερικές φορές έχει φανεί χρήσιμη μια δοκιμαστική εισαγωγή για 1-2 εβδομάδες σε τμήμα αποκατάστασης. (Καλαβρουζιώτης, 2009).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων θεωρείται κεντρικής σημασίας για την ορθή πρακτική. Ο Van der Putten κ.ά., (1999) τονίζει πως η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής περίθαλψης είναι «ένας βασικός παράγοντας που καθορίζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και, κατά συνέπεια, την παροχή τεκμηριωμένης ιατρικής περίθαλψης που βασίζεται σε έγκυρα στοιχεία».

Το Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review (SREBR) αποτελεί ορόσημο επιτυχίας στην παγίωση των καλύτερων δυνατών επιστημονικών στοιχείων για την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης εγκεφαλικών επεισοδίων. Αλλά, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί κατά τη μεταφορά των ερευνητικών συμπερασμάτων για την κλινική τους εφαρμογή και την παροχή υπηρεσιών. Μερικοί επιβάλλονται από την υπάρχουσα κατάσταση των αποτελεσμάτων των αξιολογήσεων των αποκαταστάσεων των εγκεφαλικών επεισοδίων. Οι περιορισμοί περιλαμβάνουν την έλλειψη δημόσιου διαλόγου για την επιλογή των μέτρων που ανταποκρίνονται καλύτερα και εξισορροπούν τις ανάγκες και τις αξίες των ενδιαφερομένων επί του θέματος της αποκατάστασης των εγκεφαλικών επεισοδίων, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών και των ατόμων που τους φροντίζουν, τους ιατρούς και τους λήπτες αποφάσεων σε θέματα ιατρικής περίθαλψης.

Τέλος, η σύγκριση του μεγέθους και της κατεύθυνσης των στατιστικών αποτελεσμάτων στους τομείς που αφορούν την αποκατάσταση των εγκεφαλικών επεισοδίων, που καλύπτεται μέσα από το SREBR, θα ερμηνευτεί καλύτερα όταν θα γίνει ξεκάθαρο ότι έχουν εφαρμοστεί παρεμφερείς μέθοδοι για την πραγματοποίηση των αξιολογήσεων (Jutai & Teasell, 2003). Για να δοθεί μεγαλύτερη βάση στην κλινική σημασία που έχει το SREBR, θα παρουσιάσουμε τις καλύτερες δυνατές πληροφορίες για το πώς μπορούν να κατηγοριοποιηθούν τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων και να επιλεγούν προς χρήση, με βάση την ποιότητα των μετρήσεών τους. Για το σκοπό αυτό, έχουμε επιλέξει για μελέτη μόνο κάποιες από τις αξιολογήσεις που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αποκατάσταση των εγκεφαλικών επεισοδίων. <ε σκοπεύουμε να καταδείξουμε αυτή τη μελέτη σε μία εκτενή σύνοψη των αποτελεσμάτων των αξιολογήσεων για τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Στο παρόν κεφάλαιο, επιχειρούμε να περιγράψουμε τον τρόπο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί το ICF [WHO (ΠΟΥ – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), 2001, 2002], το σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης της Αναπηρίας, για την ταξινόμηση των αποτελεσμάτων των αξιολογήσεων για την αποκατάσταση των εγκεφαλικών επεισοδίων, και την περιληπτική παρουσίαση της θεωρίας αξιολόγησης, η οποία είναι σχετική με την εκτίμηση των αξιολογήσεων. Επίσης, δίνουμε μία πρότυπη παρουσίαση των χαρακτηριστικών, της εφαρμογής, της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και άλλων κλινικομετρικών στοιχείων των συνήθως χρησιμοποιούμενων αξιολογήσεων υπό μία μορφή που διευκολύνει τις παραπομπές. Για μία πιο εκτεταμένη ανάλυση των αποτελεσμάτων των θεωρίας αξιολόγησης και των ιδιοτήτων της αποκατάστασης, παραπέμπουμε τον αναγνώστη στο βιβλίο του Finch κ.ά., (2002). Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε μόνο τα στοιχεία που είναι σχετικά με την αποκατάσταση των εγκεφαλικών επεισοδίων. (Jutai & Teasell, 2003)

Η έρευνα για αποτελέσματα απαιτεί μία συστηματική προσέγγιση στην περιγραφή των αποτελεσμάτων και στην έγκυρη κατηγοριοποίησή τους. Η μελέτη και η εκτίμηση της αποκατάστασης ενός εγκεφαλικού επεισοδίου έχει προκαλέσει την ανάπτυξη πολλών τρόπων αξιολόγησης προς μία ή περισσότερες από τις πολλές κατευθύνσεις του. Επιχειρώντας να αναλύσουμε κάποιες από τις συνηθισμένες αξιολογήσεις που είναι διαθέσιμες προς χρήση στον τομέα της αποκατάστασης των εγκεφαλικών επεισοδίων, είναι χρήσιμο να έχουμε κάποιες οδηγές γραμμές που θα μας βοηθήσουν να ταξινομήσουμε αυτά τα εργαλεία. Το <ιεθνές Σύστημα Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας ΠΟΥ (ICF: ΠΟΥ, 2001, 2002) παρέχει ένα πολυδιάστατο πλαίσιο για την υγεία και την αναπηρία που είναι κατάλληλο για την ταξινόμηση των αποτελεσμάτων των αξιολογήσεων.

Μετά την πρωτοδημοσίευσή του το 1980, το πλαίσιο ΠΟΥ έχει αναθεωρηθεί αρκετές φορές. Στην πιο πρόσφατη εκδοχή του, το πλαίσιο ICF (2001, 2002) αναγνωρίζει τρία πρωταρχικά επίπεδα της ανθρώπινης λειτουργικότητας, το σώμα ή μέλος του σώματος, ολόκληρο το άτομο και ολόκληρο το άτομο σε σχέση με το κοινωνικό του/ της περιβάλλον. Τα αποτελέσματα είναι δυνατό να αξιολογούνται σε καθένα από αυτά τα επίπεδα – Σωματικές λειτουργίες / δομές (βλάβες). Δραστηριότητες (αναφέρεται σε ολόκληρο το άτομο- στο παλαιότερο πλαίσιο ICIDH το συγκεκριμένο στάδιο λαμβανόταν ως αδυναμία) και Συμμετοχή (παλαιότερα το

στάδιο αυτό λαμβανόταν ως αναπηρία). Η δραστηριότητα και η συμμετοχή επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς και προσωπικούς παράγοντες (μέσα στο ICF αναφέρονται ως περιβάλλον).

### 3.2 ΤΥΠΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΣΤΑ Α.Ε.Ε

- Βλάβη της πρόσθιας εγκεφαλικής συνήθως παρουσιάζει παράλυση και διαταραχή αισθητικότητας του αντίπλευρου κάτω άκρου. Πιθανά συνυπάρχουν ελαφρά κινητικά προβλήματα στο άνω άκρο, απραξία βάδισης, αντανακλαστικό δραγμού και ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Η συνηθέστερη βλάβη της μέσης εγκεφαλικής εκδηλώνεται με αντίπλευρη ημιπληγία, με το άνω άκρο περισσότερο επηρεασμένο από το κάτω, αλλά και με διάφορες παραλλαγές που μπορεί να προσομοιάζουν και στη μονοπληγία. Ημιανοψία και αφασικές διαταραχές μπορεί επίσης να συνυπάρχουν.
- Βλάβες στην οπίσθια εγκεφαλική εκδηλώνονται με αδυναμία κατανόησης του γραπτού λόγου (αλεξία), νοητικές διαταραχές με αδυναμία αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων (οπτική αγνωσία) και ημιανοψία ή και φλουική τύφλωση, που δεν ανησυχεί τον ασθενή. Κάθε ασθενής αποτελεί μια μοναδική πρόκληση για την αποκατάσταση, αφού χρειάζεται εξατομικευμένη προσέγγιση.

### 3.3 ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Α.Ε.Ε

- Αυτόματη νευρολογική ανάνηψη κινητικής λειτουργίας. Δύο μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αυτόματη νευρολογική ανάληψη. Ο πρώτος αναφέρεται στην μείωση του οιδήματος, βελτίωση της τοπικής κυκλοφορίας, μείωση της συγκέντρωσης των τοξινών τοπικά και ανάρρωση των μερικώς ισχαιμικών νευρώνων. Ο δεύτερος μηχανισμός αφορά την νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου. Οι δύο περισσότερο διαδεδομένες ερμηνείες της νευροπλαστικότητας, αφορούν την παράπλευρη εννεύρωση, όπου νευράξονες υιοθετούν παράπλευρες περιοχές και η δεύτερη αφορά την ενεργοποίηση παλαιών συνδέσεων στον εγκέφαλο που παρέμεναν συγκαλυμμένες. Η αυτόματα νευρολογική ανάνηψη της κινητικής λειτουργίας ακολουθεί μία συγκεκριμένη και προβλέψιμη πορεία για όλους σχεδόν τους

ημιπληγικούς. Περισσότερο σταθερή πορεία έχουν οι ασθενείς με έμφρακτο μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Το κάτω άκρο αναλαμβάνει πρώτο, στη συνέχεια το άνω άκρο και τέλος το άκρο χέρι.

- Απώλεια και επάνοδος του μυϊκού τόνου. Σε ένα τυπικό Α.Ε.Ε. τα επηρεασμένα μέλη είναι εντελώς παράλυτα και όσο υπάρχει απώλεια των τενόντιων αντανακλαστικών ο ασθενής βρίσκεται στη χαλαρή φάση. Ο μυϊκός τόνος επιστρέφει μετά την χαλαρή περίοδο πριν επιστρέψει η εκούσια κίνηση η οποία πρώτα θα επιστρέψει στις κεντρομελικές μυϊκές ομάδες και μετά στις περιφερικές. Η επάνοδος αυτή περνά μέσα από την διαδικασία ανάπτυξης σπαστικότητας, καταλήγοντας σε φυσιολογικό μυϊκό τόνο ή συνεργικά πρότυπα κίνησης.
- Συνεργικά πρότυπα. Τα συνεργικά πρότυπα είναι μαζικές μυϊκές απαντήσεις και είναι καθορισμένες. Τα επηρεασμένα άκρα ακολουθούν ένα καμπτικό ή εκτατικό συνεργικό πρότυπο. Για παράδειγμα ένας ασθενής προσπαθώντας να επιτύχει κίνηση στον αγκώνα κινεί συγχρόνως τον ώμο, τον καρπό και πιθανά τους δακτύλους.

Τα συνεργικά πρότυπα χαρακτηρίζονται ως:

- Καμπτικό συνεργικό πρότυπο άνω άκρου, με έξω στροφή του ώμου, πρηνισμό του αντιβραχίου, κάμψη του αγκώνα, κάμψη του καρπού και κάμψη των δακτύλων.
- Εκτατικό συνεργικό πρότυπο άνω άκρου, με έσω στροφή του ώμου, προσαγωγή του ώμου, πρηνισμός του αντιβραχίου, έκταση του αγκώνα, έκταση του καρπού και κάμψη των δακτύλων
- Καμπτικό συνεργικό πρότυπο κάτω άκρου, με πρόσθια κλίση της πυέλου, κάμψη απαγωγή και έξω στροφή του ισχίου, κάμψη του γόνατος, ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής, ανάσπαση του έσω χείλους του ποδιού, ραχιαία κάμψη των δακτύλων και έκταση του μεγάλου δακτύλου.
- Εκτατικό συνεργικό πρότυπο κάτω άκρου, με οπίσθια κλίση της πυέλου, έκταση, προσαγωγή και έσω στροφή του ισχίου, έκταση του γόνατος, πελματιαία κάμψη ποδοκνημικής, ανάσπαση έσω χείλους του ποδιού, πελματιαία κάμψη των δακτύλων και έκταση του μεγάλου δακτύλου.

- Η παράταση της χαλαρής φάσης, η καθυστέρηση εμφάνισης κίνησης στο κάτω άκρο, πέραν των 4 εβδομάδων, η αυξημένη σπαστικότητα σε κεντρομελικούς μύες, και η καθυστερημένη επάνοδος των τενόντιων αντανακλαστικών είναι φτωχοί προγνωστικοί δείκτες για λειτουργική αποκατάσταση .
- Αισθητικότητα Επηρεασμένη ιδιοδεκτικότητα και αίσθηση της αφής, είναι δυνατό να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την κίνηση και κυρίως την ορθοστάτηση και τη βάδιση, ακόμα και για ασθενείς με καλή κινητικότητα των κάτω άκρων.

### 3.4 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Α.Ε.Ε.

#### 1- Αποκατάσταση στην οξεία φάση.

Άμεση φροντίδα για πρόληψη αφυδάτωσης και ελκών κατάκλισης. Βασικό μέλημα η σωστή τοποθέτηση. Αποφεύγεται η κατάκλιση στην ημίπληκτη πλευρά για πρόληψη οιδημάτων και ανάπτυξη συγκάμψεων των αρθρώσεων. Ανύψωση του πάνω μέρους του κρεβατιού οδηγεί συνήθως σε διατμητικές δυνάμεις και έλκη κατάκλισης στην περιοχή του ιερού. Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα γόνατα οδηγεί σε σύγκαμψη που δυσκολεύει το πρόγραμμα αποκατάστασης στη συνέχεια. Λαμβάνεται φροντίδα για χρήση στρωμάτων πρόληψης κατάκλισης και οι οικείοι εκπαιδεύονται για τακτική ανά δίωρο αλλαγή της θέσης του ασθενούς. Στην αρχική φάση οι περισσότερες δραστηριότητες εκτελούνται από την ανεπηρέαστη πλευρά, αλλά με την πρόοδο της αποκατάστασης, το κομοδίνο, το τηλέφωνο και μερικά προσωπικά αντικείμενα του ασθενούς τοποθετούνται προς την επηρεασμένη πλευρά για να κινητοποιηθεί το ενδιαφέρον του προς τα εκεί. Συνήθως τοποθετούνται μαξιλάρια ή σανίδα κάτω από τα πέλματα για να διορθώσουν πιθανή ιπποποδία, πράγμα για το οποίο υπάρχουν και αντιρρήσεις, θεωρώντας ότι έτσι ενισχύεται η σπαστικότητα.

Χρήσιμη είναι και η χρήση εξαρτημάτων από δέρμα προβάτου (sheep skin) γύρω από οστικές προεξοχές για πρόληψη κατάκλισης. Τον πρώτο διάστημα είναι απαραίτητο να προστατεύεται η περιοχή της κεφαλής της περόνης από πίεση με



μαξιλάρι, αφού κινδυνεύει να πιεστεί το περνιαίο νεύρο, αναστέλλοντας έτσι την ραχιαία κάμψη του ποδός.

Μετά τις πρώτες 48 ώρες και αφού έχει σταθεροποιηθεί ο ασθενής αρχίζει πρόγραμμα παθητικής κινητοποίησης από φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές όπου υπάρχει λόγος. Οι συνοδοί εκπαιδεύονται για την αναγκαιότητα της συνέχισης του προγράμματος και μετά τις συνεδρίες των ειδικών. Στη συνέχεια και με την πρόοδο της αποκατάστασης το πρόγραμμα περιλαμβάνει ενεργητικές υποβοηθούμενες ασκήσεις επί κλίνης, ισορροπία σε καθιστή θέση με και χωρίς υποστήριξη, κινητοποίηση στο κρεβάτι, εκτίμηση από εργοθεραπευτή των ικανοτήτων για προσωπική φροντίδα και λήψη τροφής και από τον λογοθεραπευτή για δυνατότητα επικοινωνίας. (Γσίκος,2005)

## 2- Συμβατικό πρόγραμμα αποκατάστασης.

Περιλαμβάνει συνδυασμό ασκήσεων εύρους κίνησης, που γίνονται παθητικά, ασκήσεων ενδυνάμωσης, ισορροπίας και δραστηριοτήτων κινητοποίησης. Σε προγράμματα αυτού του τύπου συμπεριλαμβάνονται ασκήσεις διατάσεων και ασκήσεις εκπαίδευσης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

## 3- Πρόγραμμα αποκατάστασης του κάτω άκρου

Το πρόγραμμα εκτελείται στο γυμναστήριο του νοσοκομείου, με καλό φωτισμό, αερισμό, και εξοπλισμό που πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνει ανακλινόμενο κρεβάτι (tilting table), διάδρομο με παράλληλες μπάρες, κλίμακα με χαμηλές και υψηλές βαθμίδες και καθρέπτες. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις ισορροπίας στην καθιστή και όρθια θέση, μεταφορά βάρους δεξιά αριστερά, τεχνικές μεταφοράς από το κρεβάτι στο αμαξίδιο, βάδιση στις παράλληλες μπάρες, βάδιση με εποπτεία και τρίποδη ή τετράποδη βακτηρία και άνοδο κάθοδο κλίμακας. Ασθενείς που αργούν πολύ να αποκτήσουν έλεγχο της κάμψης αλλά κυρίως της έκτασης του ισχίου έχουν μειωμένες πιθανότητες για βάδιση.

Δύο από τα συχνότερα προβλήματα κατά τη βάδιση του ημιπληγικού είναι η ιπποποδία και η υπερέκταση του γόνατος. Η σπαστικότητα των πελματιαίων

καμπτήρων της ποδοκνημικής, σε συνδυασμό με την αδυναμία των ραχιαίων καμπτήρων της ποδοκνημικής έχουν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία απελευθέρωσης των δακτύλων από το έδαφος και οδηγούν τον ασθενή σε πλάγια κλίση και περιαγωγή του κάτω άκρου κατά τη βάρδιση, προκειμένου να το προωθήσει. Η αδυναμία από την άλλη πλευρά του τετρακέφαλου να ελέγξει την έκταση του γόνατος, οδηγεί σε υπερέκταση το γόνατο κατά τη φάση στήριξης, μια κατάσταση που οδηγεί σε πόνο και τραυματισμό του γόνατος.

Ικανοποιητική λύση και για τα δύο αυτά προβλήματα είναι η χρήση του κνημοποδικού κηδεμόνα με ελατήριο επαναφοράς , που διατηρώντας την ποδοκνημική σε μικρή ραχιαία κάμψη όταν δεν φορτίζεται, απελευθερώνει τα δάκτυλα από το έδαφος και ωθεί ελαφρά προς τα εμπρός την κνήμη προφυλάσσοντας από την υπερέκταση.

#### 4- Πρόγραμμα αποκατάστασης του άνω άκρου.

Παρά το γεγονός ότι ο ασθενής ζητά από την αποκατάσταση να περπατήσει για να είναι ανεξάρτητος, η έλλειψη της κίνησης και της αίσθησης του άνω άκρου δημιουργεί φόβο και ανασφάλεια. Όταν μάλιστα η αδυναμία αφορά το κυρίαρχο χέρι, τότε ο ασθενής αρνείται να μπει στη διαδικασία εκπαίδευσης τεχνικών μονοχειρίας με το άλλο χέρι από την Εργοθεραπεία. Η προσέγγιση περιλαμβάνει παθητική κινητοποίηση, και με την πρόοδο την ανάνηψης, υποβοηθούμενη ενεργητική κινητοποίηση, καθώς και εκπαίδευση σε τεχνικές μονοχειρίας. Ασθενείς και συγγενείς είναι απαραίτητο να φροντίζουν για συχνή εφαρμογή ασκήσεων εύρους κίνησης. Το τμήμα εργοθεραπείας θα προτείνει βοηθήματα για προσωπική φροντίδα και φαγητό που να καλύπτουν στο ελάχιστο τις ανάγκες του ασθενούς, δίνοντας πάντα κίνητρο για περισσότερη ανεξαρτοποίηση.

Μια σειρά από επιπλοκές είναι δυνατό να παρατηρηθούν κατά τη διαδικασία προγράμματος αποκατάστασης του άνω άκρου. Σημαντική είναι ανάπτυξη σπαστικότητας των καμπτήρων καρπού και δακτύλων. Ειδικός νάρθηκας ανάπαυσης εφαρμόζεται για την πρόληψη της σύγκαμψης, μόνος του ή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές. Το υπεξάρθρωμα του ώμου είναι από τις συχνότερες και πλέον επίπονες επιπλοκές από το άνω άκρο που παρεμβαίνει και στη βάρδιση, διαταράσσοντας τον

ωμοβραχιόνιο ρυθμό. Έχουν προταθεί αναρτήσεις, που έχουν όμως αρνητικές συνέπειες στη βιάδιση, αλλά και συστήματα από νεοπρένιο που επιτρέπουν την κίνηση του άνω άκρου. (Δορτζιώτου,1990)

Ο τραυματισμός του βραχιονίου πλέγματος είναι πιθανή επιπλοκή του προγράμματος αποκατάστασης που μπορεί να οφείλεται σε κακούς χειρισμούς κατά την μεταφορά ή τις θεραπείες των ασθενών. Συστήνεται συνήθως κατάλληλος χειρισμός του άκρου από τους φροντιστές. Το σύνδρομο ώμου-χειρός είναι από τις συνήθεις επιπλοκές από το άνω άκρο με έντονο άλγος πηγεοκαρπικής και επώδυνο τόξο κίνησης στην απαγωγή έξω στροφή και κάμψη του ώμου. Η εφαρμογή παθητικής κινητοποίησης και συστήματος διακοπτόμενης θετικής πίεσης στην περιφέρεια του άκρου συχνά αποδεικνύεται ανακουφιστική.

#### 5- Νευροφυσιολογικές θεραπείες αποκατάστασης.

Σε αυτά τα προγράμματα ενσωματώνονται τεχνικές νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης, όπως Brunnstrom, Bobath, Kabat και Voss. Η προσέγγιση Brunnstrom προσπαθεί να επιταχύνει την συνεργικές κινήσεις με τη χρήση δερματικών και ιδιοδεκτικών ερεθισμάτων. Η τεχνική Bobath δίνει έμφαση στην επί σκοπό κατάλληλη στάση του σώματος, ενώ καταπιέζει τα συνέργικά πρότυπα. Οι τεχνικές Kabat και Voss, χρησιμοποιούν τα αντανακλαστικά και ιδιοδεκτική νευρομυϊκή διευκόλυνση . Ωστόσο και αυτές οι τεχνικές συνδυάζονται συνήθως με συμβατικά προγράμματα αποκατάστασης.

#### 6- Biofeedback.

Πρόκειται για τεχνική που στοχεύει στην τροποποίηση της αυτόνομης δραστηριότητας, του πόνου και της κινητικής δυσλειτουργίας μέσω εκούσιου ελέγχου, που ενισχύεται με ακουστικά, οπτικά και αισθητηριακά μηνύματα. Ο ασθενής τροποποιεί τις παραπάνω συμπεριφορές του καθοδηγούμενος από ερεθίσματα που η ίδια η δράση του παράγει και το μηχάνημα μετατρέπει σε οπτικά ή ακουστικά μηνύματα. Η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται από το γνωστικό επίπεδο του ασθενούς και την ικανότητά του να πειθαρχεί εκούσια πάνω στις λειτουργίες του. Στο άνω άκρο το Biofeedback χρησιμοποιείται στον έλεγχο του υπεξαρθρήματος του

ώμου και στην βελτίωση της λειτουργικότητας του χεριού , ενώ στο κάτω άκρο έχει χρησιμοποιηθεί στον έλεγχο της ιπποποδίας.

### 7- Functional Electrical Stimulation (FES). Λειτουργικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός.

Η εφαρμογή του ηλεκτρικού ερεθισμού έχει χρησιμοποιηθεί για να βελτιώσει τη μυϊκή ισχύ, να επιταχύνει το ενεργητικό εύρος κίνησης, να βοηθήσει στη διαχείριση του τοπικού οιδήματος μέσω ισοτονικών μυϊκών συσπάσεων και να εγκαθιδρύσει πρόωμη ιδιοδεκτικότητα σε αισθητηριακά επηρεασμένους ασθενείς. Η τεχνική έχει φανεί χρήσιμη και στη μείωση της σπαστικότητας των ανταγωνιστών μυών και της σύγκαμψης των αρθρώσεων .

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι η συνολική διαδικασία αποκατάστασης είναι έργο μιας πολυπρόσωπης ομάδας που εκτός από τον γιατρό αποκατάστασης αποτελείται και από φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, νοσηλεύτρια λογοθεραπευτή, ψυχολόγο, τεχνικό ορθοτικών μηχανημάτων και άλλους κατά περίπτωση. (Δορτζιώτου,1990)

### 3.5 ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

#### 1-Σπαστικότητα

Η εξέλιξη του μυϊκού τόνου μετά το Α.Ε.Ε. περνά από την αρχική απουσία των τενοντίων αντανακλαστικών και την πλήρη χαλάρωση των μυών, στη φάση της επανόδου των αντανακλαστικών και της υπερτονίας, καταλήγοντας στην επάνοδο της εκούσιας μυϊκής δραστηριότητας, η οποία όμως μπορεί να αφήσει κάποιου βαθμού σπαστικότητα. Η σπαστικότητα μετά το Α.Ε.Ε. εμφανίζεται με υπερτονία, υπερδραστηριότητα των τενοντίων αντανακλαστικών και κλόνο.

Η σωστή τοποθέτηση του ασθενούς, η μείωση των ενοχλητικών ερεθισμάτων όλων των τύπων, η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με το πρόβλημα, ασκήσεις εύρους κίνησης, κρίνονται απαραίτητα για να ξεκινήσει η αντιμετώπιση του προβλήματος. Στην περίπτωση του τοπικού εντοπισμού του προβλήματος, συστήνονται ασκήσεις εύρους κίνησης πολύ χαμηλής ταχύτητας, στατικές διατάσεις

και τοποθέτηση ναρθήκων. Στην περίπτωση γενικευμένης υπέρτονίας χρησιμοποιούνται φαρμακευτικά σκευάσματα όπως Baclofen, Clonidine, Diazepam, Dantrolene.

Πολλές φορές η σπαστικότητα μπορεί να είναι χρήσιμη σε κάποιο τομέα της αποκατάστασης. Κάποια σπαστικότητα στο κάτω άκρο, δίνει την δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί σαν άκαμπτη κολόνα που θα μεταφέρει το βάρος του ασθενούς. Είναι όμως πιθανό συγχρόνως στον ίδιο ασθενή να έχουμε έντονη σπαστικότητα στο άνω άκρο που να δημιουργεί πόνο και να αναστέλλει κάθε λειτουργικότητα. Στις περιπτώσεις αυτές η τοπική έγχυση ουσιών που μειώνουν την σπαστικότητα μπορεί να επιτύχει εκλεκτικά αποτελέσματα. (<http://www.stroke.gr/el/stroke-articles/69-apokatastasi-meta-apo-ageiako-egefaliko-epeisodio>)

Η φαινόλη και η αλκοόλη χρησιμοποιούνται, με σκοπό να δημιουργήσουν νευρικό block. Η έγχυση γίνεται πολύ κοντά (σε απόσταση 1-2 χιλιοστών), στο νεύρο που πρέπει να διηθηθεί. Ο προσδιορισμός του νεύρου γίνεται με βελόνα ηλεκτρομυογράφου και δοκιμαστικό ερεθισμό. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι ο πόνος και ο απαραίτητος εξοπλισμός. Με την εμφάνιση της βουτυλινικής τοξίνης η έγχυση έγινε ευκολότερη, ανώδυνη και πιο αποτελεσματική. Η τοξίνη καλύπτει τους υποδοχείς της ακετυλοχολίνης στην τελική κινητική πλάκα. Είναι ανώδυνη, μπορεί να εφαρμοστεί και χωρίς τη χρήση βελόνας ηλεκτρομυογράφου και η δράση της διαρκεί περίπου 3 μήνες.

## 2- Προβλήματα επικοινωνίας

Η λογοθεραπεία βασίζεται στην λεπτομερή εκτίμηση της γνωστικής και γλωσσικής ικανότητας του ασθενούς. Ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιεί τεχνικές προκειμένου να μειώσει την απομόνωση του ασθενούς και να τον βοηθήσει να συμμετάσχει ενεργά στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Πίνακες επικοινωνίας, εικόνες, παιδικές εκφράσεις, θεραπευτική χρήση του τραγουδιού και άλλες περισσότερο εξειδικευμένες τεχνικές χρησιμοποιούνται προς την κατεύθυνση αυτή. Βελτίωση στην επικοινωνία παρατηρείται 6 έως και 12 μήνες και ακόμη περισσότερο. Όσο βελτιώνεται η επικοινωνία θεωρείται σωστό να συνεχίζεται η λογοθεραπεία.

### 3- Κατάθλιψη μετά από Α.Ε.Ε.

Θεωρείται ότι το 50% των ασθενών με Α.Ε.Ε. πάσχουν από κατάθλιψη. Μπορεί να οφείλεται στην εγκεφαλική βλάβη, στην αντίδραση λόγω των απωλειών, στις παρενέργειες κάποιων φαρμάκων, ή σε συνδυασμό όλων. Με την σειρά της η κατάθλιψη εμποδίζει την αποκατάσταση και την λειτουργική βελτίωση, ενώ παρουσιάζεται μειωμένο ενδιαφέρον για συμμετοχή σε προγράμματα δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από την αιτιολογία και την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Αναθεώρηση της φαρμακευτικής αγωγής, αντιμετώπιση των παθολογικών προβλημάτων και πιθανή ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση είναι μερικές από τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται. Αυτή η ίδια συμμετοχή του ασθενούς στο πρόγραμμα αποκατάστασης, βοηθά πολύ αφού περιλαμβάνει φυσικές και νοητικές θεραπείες, επαφή με άλλους ασθενείς ώστε ο ασθενής να γίνει το κέντρο της προσοχής και να ενισχύεται ψυχολογικά.

### 4- Εν τω βάθει θρομβοφλεβίτις και πνευμονική εμβολή

Αναφέρονται ποσοστά 22-73% αλλά το λογικό είναι 40-50%. Η πνευμονική εμβολή έχει συχνότητα 10-15%. Η πιθανότητα κορυφώνεται με την πρώτη βδομάδα μετά το ΑΕΕ αλλά παραμένει μέχρι να ξεκινήσει ο ασθενής την βιάδισή του. Χρησιμοποιείται συνήθως χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη. Η διάρκεια της προφύλαξης δεν καθορίζεται σαφώς, αλλά μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε όσους έχουν σοβαρή παράλυση χωρίς πιθανότητα να βαδίσουν. Κατά τη διάρκεια του κλινοστατισμού οι ασθενείς χρησιμοποιούν ελαστικές κάλτσες μέσης πίεσεως, μέχρι το ριζομήριο. Ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία χρησιμοποιούν συσκευές θετικής πνευματικής πίεσης των κάτω άκρων που υποκαθιστούν την μυϊκή αντλία.

### 5- Δυσφαγία, εισρόφηση και πνευμονία μετά από Α.Ε.Ε.

Η συχνότητα της δυσφαγίας στο ΑΕΕ κυμαίνεται από 30%-50% σε διάφορες μελέτες. Είναι συχνότερη σε ασθενείς με βλάβες στο στέλεχος και το φλοιό. Ένα

τρίτο των ασθενών με δυσφαγία θα κάνουν εισρόφηση, από τους οποίους 40% σιωπηρά χωρίς βήχα. Επιπλοκές της εισρόφησης είναι η πνευμονία, η κακή θρέψη και η αφυδάτωση. Η πνευμονία εμφανίζεται στο 1/3 όλων των ασθενών με ΑΕΕ με κύρια αιτία την δυσφαγία και την εισρόφηση. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν αλλαγές στην στάση σώματος και του κεφαλιού, ασκήσεις μύων στόματος, γλώσσας και χειλέων για ενδυνάμωση, εύρος κίνησης, ταχύτητα και ακρίβεια. Χρήση παχύρευστων και μαλακών τροφών σε μικρές μπουκιές, εκπαίδευση με ψυχρά επιθέματα, σωστή τεχνική μάσησης. Επί αποτυχίας για μικρό χρονικό διάστημα, όχι μεγαλύτερο του μηνός χρησιμοποιείται ρινογαστρικός καθετήρας και επί εμμονής της δυσφαγίας, η γαστροστομία. (Δορτζιώτου,1990)

#### 6- Ακράτεια ούρων και κοπράνων

Η ακράτεια ούρων παρουσιάζεται στο 50-70% στον πρώτο μήνα και φθάνει στο 15% στο εξάμηνο. Ωφείλεται στην ίδια την εγκεφαλική βλάβη (ανεξέλεγκτη σπαστική νευρογενής κύστη), σε λοιμώξεις του ουροποιητικού, σε αδυναμία μετάβασης στην τουαλέτα, σε αδυναμία αφαίρεσης των ρούχων, στην αφασία και σε νοητικές διαταραχές (αδυναμία αντίληψης της πλήρωσης της κύστης). Η ακράτεια ούρων προκαλεί βλάβες στο δέρμα, κατάθλιψη, αποτελεί κοινωνικό στίγμα και ενισχύει την ασυλοποίηση.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει κυρίως ένα σταθερό πρόγραμμα κένωσης της κύστης, θεραπεία των ουρολοιμώξεων, ρύθμιση των προσλαμβανόμενων υγρών, εκπαίδευση σε δραστηριότητες ένδυσης – έκδυσης, μεταφοράς στην τουαλέτα, εκπαίδευση της οικογένειας και σπανιότερα φάρμακα. (Δορτζιώτου,1990)

Η κατακράτηση ούρων είναι σχετικά σπάνιο φαινόμενο σε ένα ΑΕΕ και εμφανίζεται όταν συνυπάρχει διαβητική αυτόνομη νευροπάθεια ή υπερτροφία προστάτη. Προκαλεί ουρολοιμώξεις που απαιτούν καθετηριασμό, φάρμακα και αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα. (<http://www.stroke.gr/el/stroke-articles/69-apokatastasi-meta-apo-ageiako-egefaliko-epeisodio>)

Η ακράτεια κοπράνων φθάνει στο 31%. Παρά το ότι διορθώνεται μέσα στις πρώτες 2 βδομάδες μετά το ΑΕΕ, η παραμονή του δηλώνει σοβαρή εγκεφαλική

βλάβη και είναι κακός προγνωστικός δείκτης αποκατάστασης. Επιδεινώνεται από λοιμώξεις που προκαλούν διάρροια, από αδυναμία μεταφοράς στην τουαλέτα, έκδυσης και από αδυναμία έκφρασης της ανάγκης για τουαλέτα. Η συχνότερη επιπλοκή από τα έντερα είναι η δυσκοιλιότητα που προκαλείται από την ακινητοποίηση από την ανεπαρκή πρόσληψη υγρών και από ψυχολογικές διαταραχές. Η αντιμετώπιση των εντερικών διαταραχών περιλαμβάνει ημερήσιο και ωριαίο πρόγραμμα τουαλέτας, λήψη φυτικών ινών στο καθημερινό διαιτολόγιο, επαρκή πρόσληψη υγρών, μαλακτικά κοπράνων, υπόθετα ή κλύσματα, εκπαίδευση στην μεταφορά στην τουαλέτα και στις δραστηριότητες ντυσίματος και τέλος υπακτικά φάρμακα.

#### 7- Σεξουαλικά προβλήματα.

Παρά το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι στην πλειοψηφία τους εξακολουθούν να έχουν σεξουαλική ζωή, μετά το Α.Ε.Ε. υπάρχει σημαντική σεξουαλική δυσλειτουργία. Έχει διαπιστωθεί ότι μετά το Α.Ε.Ε. υπάρχει μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, η οποία συνδυάζεται με γενικότερη ψυχοογική επιβάρυνση. Η παρέμβαση έγκειται σε ψυχολογική υποστήριξη και επικοινωνία με τους ασθενείς για το πρόβλημα.

#### 8- Πτώσεις

Από τα συνηθέστερα προβλήματα ηλικιωμένων με Α.Ε.Ε., που μπορεί να οφείλονται στη λήψη φαρμάκων, τη χρήση αλκοόλ, το σακχαρώδη διαβήτη αλλά και σε προβλήματα όρασης. Οι ασθενείς συνήθως πέφτουν προς την ημίπληκτη πλευρά. Η λήψη βιταμίνης D αναφέρεται ότι σχετίζεται με αποτελεσματικότερη λειτουργία των κεντρομελικών μυών, που ευθύνονται για την ορθοστάτηση. Η χρήση βοηθητικών τραπεζιών δίπλα στο κρεβάτι για εύκολη πρόσβαση στα απαραίτητα αντικείμενα, αλλά και η ενδυνάμωση των κεντρικών μυών των κάτω άκρων μειώνει τις πιθανότητες για πτώση. Η χρήση τέλους ειδικών προστατευτικών προφυλακτικών των ισχίων αλλά και η εκπαίδευση των ασθενών να πέφτουν με σχετική ασφάλεια, μειώνει τα κατάγματα του ισχίου.

Η παρακολούθηση του ασθενούς μετά το τέλος του προγράμματος αποκατάστασης είναι καλό να γίνεται από τον γιατρό που είχε οργανώσει το



πρόγραμμα. Ο ασθενής εξετάζεται πάντα νευρολογικά, για να διαπιστωθεί πιθανή επιβάρυνση της κατάστασης, ελέγχεται η πρόοδος του προγράμματος αποκατάστασης στο σπίτι, ενθαρρύνεται ο περιοδικός έλεγχος από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και ελέγχονται πιθανές αναφορές από άλλους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον ασθενή. Σε περιπτώσεις περιορισμένης βελτίωσης σε τμήματα του προγράμματος αυτά διακόπτονται, ενθαρρύνονται ωστόσο στοιχειώδεις έστω θεραπευτικές πρακτικές για πρόληψη επιπλοκών. (<http://www.stroke.gr/el/stroke-articles/69-apokatastasi-meta-apo-ageiako-egefaliko-epeisodio>)

Τα πρόγραμμα αποκατάστασης των ασθενών με Α.Ε.Ε. στηρίζεται σε πέντε άξονες:

- Πρόληψη, αναγνώριση και αντιμετώπιση των συνοδών ιατρικών προβλημάτων ή επιπλοκών που παρουσιάζονται
- Εκπαίδευση με στόχο τη μέγιστη λειτουργική ανεξαρτησία του ασθενούς
- Διευκόλυνση της αντιμετώπισης των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς και των οικείων
- Προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης, συμπεριλαμβάνοντας την επιστροφή στο σπίτι και στην οικογένεια, όπως επίσης συμμετοχή σε ψυχαγωγικές και επαγγελματικές δραστηριότητες
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με αυτούς τους άξονες οργανώνεται και εκτελείται το πρόγραμμα αποκατάστασης για κάθε ασθενή ανάλογα με τα ελλείμματά του, τις ικανότητές του, την ιατρική και φυσική του κατάσταση. Σημαντικό ρόλο στο πρόγραμμα αποκατάστασης παίζει η θέληση του ασθενούς και οι ανάγκες του. Οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης είναι οι ακόλουθες:

- Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλα ιατρικά προβλήματα. Η ανάγκη ενός ιατρού στην ομάδα είναι επιβεβλημένη, καθώς εκτός από την αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων μπορεί να βοηθήσει στην πρόγνωση και την τοποθέτηση εφικτών στόχων για το πρόγραμμα αποκατάστασης
- Τα ποικίλα προβλήματα των ασθενών επιβάλλουν την ενεργή συμμετοχή ομάδας θεραπευτών. Ο κάθε θεραπευτής πρέπει να κάνει τη δική του

εκτίμηση και να ενημερώνει την ομάδα για την εξέλιξη του ασθενούς με σκοπό να οργανώνεται η συνέχεια της θεραπείας

- Κάθε θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει όλες τις πιθανές παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει μέσα στην ειδικότητά του
- Οι παρεμβάσεις πρέπει να κατευθύνονται σε συγκεκριμένους στόχους που μπορεί να είναι είτε βραχύχρονοι (εβδομάδας) είτε μακρόχρονοι (εξιτηρίου)
- Υπάρχουν στοιχεία από έρευνες ότι η πρόωμη έναρξη του προγράμματος βελτιώνει το αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα εάν καθυστερήσει η έναρξη του προγράμματος ανεπιθύμητες επιπλοκές μπορεί να επέλθουν (κατακλίσεις, συγκάμψεις, έκτοπες οστεοποιήσεις)
- Η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται στην ανάκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων του ασθενούς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητάς του. Η έντασή της πρέπει να είναι επαρκής, ώστε να βοηθάει την απόκτηση ικανοτήτων
- Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο πρόγραμμα αποκατάστασης γίνεται μία αρχική εκτίμηση της διάρκειάς του, η οποία μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες του
- Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί. Η συμμετοχή της οικογένειας στο σχεδιασμό του προγράμματος και στην έξοδο από το νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντική
- Εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών για τις συνέπειες του ΑΕΕ και τους τρόπους μείωσης των παραγόντων κινδύνου. Παράλληλα είναι σημαντική η υιοθέτηση μεθόδων και συμπεριφορών που μεγιστοποιούν τη λειτουργική ανεξαρτησία
- Η αποκατάσταση απαιτεί λειτουργική προσέγγιση. Εάν τα ελλείμματα δεν μπορούν να τροποποιηθούν τότε ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί για να βρει εναλλακτικούς τρόπους λειτουργίας, έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα
- Ο ασθενής που συμμετέχει σε πρόγραμμα αποκατάστασης θεωρητικά προετοιμάζεται για την επιστροφή στο σπίτι και την κοινωνία. Το πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να θεωρείται από τον ασθενή ως η έναρξη μιας νέας ζωής, όπου θα πρέπει να βρει τη θέση του στην οικογένειά του και στην κοινωνία.

Σημαντικό πρώτο βήμα στην αποκατάσταση των ασθενών είναι η τοποθέτηση ρεαλιστικών, πρακτικών και εφικτών στόχων, που θα τεθούν από την ομάδα αποκατάστασης σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του. Μεγάλο τμήμα της αποκατάστασης των ασθενών με ΑΕΕ βασίζεται στη θεωρία της εκμάθησης που υποστηρίζει ότι ο ασθενής θα ανακτήσει παλιές δεξιότητες ή θα αντιπροπίσει τα νέα ελλείμματα με λογικό και συνδυασμένο τρόπο μετά την εκπαίδευση και την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Προγράμματα αποκατάστασης συνήθως χρησιμοποιούν δραστηριότητες επίτευξης μικρών βημάτων με διαβαθμισμένη δυσκολία. Σταδιακά ο ασθενής εκπαιδεύεται να συμμετέχει περισσότερο στις δραστηριότητές του και μειώνεται η φροντίδα που του παρέχεται. (Σαχίνη, 2009)

Η συχνή επανάληψη και υποστήριξη κατά την εκτέλεση των δεξιοτήτων, η συνεχής επαναβεβαίωση για την ικανότητα επίτευξης του στόχου, άμεση καθοδήγηση και εκπαίδευση κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων αποτελεί το μέσο της καθοδήγησης των δεξιοτήτων του ασθενούς. Η αποκατάσταση έχει περιγραφεί ως “σχεδιασμένη μείωση υποστήριξης”.(Δορτζιώτου,1990)

### [3.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ](#)

Εκτός από τη θεραπευτική παρέμβαση, μεγάλη σημασία έχει επίσης και ο τόπος διαβίωσης του ασθενούς. Το περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται το πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να προάγει την εκμάθηση, την πρακτική εφαρμογή και την πρόοδο. Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή με ΑΕΕ να αποφεύγονται εξωτερικά ερεθίσματα που αποσπούν την προσοχή του, έτσι ώστε να μπορεί να συγκεντρώνεται στη θεραπεία. Σε οργανωμένα κέντρα αποκατάστασης για την καλύτερη εκπαίδευση των ασθενών υπάρχουν ειδικοί τροποποιημένοι χώροι, όπως κουζίνα, γραφείο, τεχνικά εργαστήρια, που σκοπό έχουν την πρακτική επανάληψη των δεξιοτήτων που μαθαίνει ο ασθενής και την καλύτερη εκπαίδευσή του. (Σαχίνη, 2009)

### [3.7 ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ](#)

Δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί ο χρόνος της θεραπείας που χρειάζεται ο ασθενής. Η χρονική διάρκεια του προγράμματος εξαρτάται από τη γενική κατάσταση

του ασθενούς, τα ιατρικά του προβλήματα, την έκταση της βλάβης, την ηλικία, ακόμα και από τη διάθεσή του. Η συχνότητα, η ένταση και ο βαθμός της κινητοποίησης εξαρτώνται σημαντικά από αυτούς τους παράγοντες. Σημείο-κλειδί του προγράμματος αποκατάστασης είναι ο συντονισμένος και σχεδιασμένος τρόπος παρέμβασης. Σε ασθενείς που παρακολουθούν πρόγραμμα αποκατάστασης επιτυγχάνεται ταχύτερα ικανοποιητική λειτουργική επανένταξη στο περιβάλλον τους, βελτιώνεται η κοινωνικοποίησή τους και αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσής τους.

Όπως παρουσιάστηκε στη μελέτη για ΑΕΕ της Κοπεγχάγης (Co-penhagen Stroke Study), οι 3 από τους 4 ασθενείς με ΑΕΕ που επιβιώνουν παρουσιάζουν δυσκολίες στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης είναι περίπου 2 μήνες για τα ελαφρά ΑΕΕ μέχρι 5 μήνες για τα πιο σοβαρά. Επίσης, η λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών προηγείται της νευρολογικής περίπου 2 εβδομάδες. ([http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles\\_det.asp?article\\_id=22](http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles_det.asp?article_id=22))

### 3.8 ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η γνωστική αποκατάσταση όπως λέει και η φράση αποκαθιστά γνωστικές ελλείψεις του ασθενούς όταν αυτές παρουσιάζονται. Η παρουσίασή τους είναι απόλυτα συνδεδεμένη με βλάβες του φλοιού του εγκεφάλου και σε υποφλοιώδεις βλάβες σε αρκετές περιπτώσεις. Η μεθοδική και συστηματική άσκηση των νοητικών λειτουργιών που εκλείπουν, σε συνδυασμό με φαρμακευτικές αγωγές που σε βασικό επίπεδο ή και επικουρικά συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των αιτίων πρόκλησης των βλαβών, δημιουργούν τις βάσεις για μερική ή ακόμα και ολική επαναφορά εγκεφαλικών λειτουργιών που μέχρι σήμερα στην Ελλάδα περνούσαν σε δεύτερη μοίρα, για να μην πούμε πως δεν αντιμετωπιζόνταν σχεδόν καθόλου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών και των συγγενών τους αφενός και αφετέρου την μη αποτελεσματική αντιμετώπιση της υγείας του ασθενούς καθώς η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της σαφώς δεν μπορεί να αποτελεί ολοκληρωμένη αντιμετώπιση.

Η ιατρική πλέον σε συνεργασία με την ψυχολογία και τις τεχνικές γνωστικής αποκατάστασης έχει δυνατότητες που ξεφεύγουν από τα στενά πλαίσια της ιατρικής του παρελθόντος (στην Ελλάδα δυστυχώς και παρόντος) και σκοπό έχουν την υγεία

αλλά σαφώς και την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και των περιθαλπόντων. Αναζητούμε μια κοινωνία οργανικά , γνωστικά και ψυχικά λειτουργικών ανθρώπων και όχι περιθωριοποίησης των ασθενών και των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες και η γνωστική αποκατάσταση που μέχρι τώρα ήταν άγνωστη πρέπει τώρα να έχει την ξεχωριστή θέση στο χώρο της υγείας. (Σαχίνη, 2009)

Στη Γαλλία υπάρχουν κέντρα που έχουν γίνει παγκοσμίως γνωστά για την ποιότητα των υπηρεσιών τους στην φροντίδα των ασθενών με εγκεφαλικά επεισόδια. Όμως δεν είναι σίγουρο ότι σε όλη τη χώρα η κατάσταση είναι καλύτερη από το Ηνωμένο Βασίλειο.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, με πρωτοβουλία των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας, έχουν δημιουργηθεί ομάδες εξειδικευμένων γιατρών στην αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων που είναι έτοιμοι να επέμβουν επειγόντως σε οποιοσδήποτε καταστάσεις που αφορούν εγκεφαλικά επεισόδια. Οι γιατροί αυτοί αποκαλούνται χαριτολογώντας "stroke commandos" δηλαδή κομάντος εναντίον των εγκεφαλικών. Αυτό δείχνει την τεράστια σημασία που πρέπει να δίνεται στη διάσωση ασθενών από τους κινδύνους των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Το Brain Injury Day Treatment Program του Rusk Institute of Rehabilitation Medicine του New York University της Αμερικής λειτουργεί από το 1978. Έχει ψηφιστεί ως το καλύτερο νοσοκομείο αποκατάστασης στη Νέα Υόρκη και ανάμεσα στα δέκα καλύτερα της Αμερικής για πάνω από δέκα συναπτά χρόνια. Είναι το μεγαλύτερο κέντρο του είδους του για τη θεραπεία ενηλίκων και παιδιών με αναπηρίες. Για τα πρώτα 5 χρόνια (1978-83) λειτουργούσε ως ένα πρότυπο πρόγραμμα ολιστικής νευροψυχολογικής αποκατάστασης ατόμων με εγκεφαλική βλάβη. Σήμερα λειτουργούν αντίστοιχα προγράμματα σε 17 χώρες στην Ευρώπη - Αυστραλία- Ασία και Αφρική.

Η Ελλάδα από το 2008 με το πιλοτικό ερευνητικό «Πρόγραμμα Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικές βλάβες» της ΕΛΕΠΑΠ σε συνεργασία με το Day Treatment Head Trauma Program του Rusk Institute of Rehabilitation Medicine της Νέας Υόρκης και με την ευγενική χορηγία της Eurobank EFG, ανήκει πλέον σε αυτό το δίκτυο των προγραμμάτων του Rusk Institute. Το

πρόγραμμα στοχεύει στην εκπαίδευση, ενίσχυση και ενδυνάμωση του ατόμου ώστε να επανακτήσει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό:

- Γνωστικές ικανότητες (ενδυνάμωση, επαναφορά, αναπλήρωση)
- Αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση .
- Κοινωνική προσαρμογή και διαπροσωπικές σχέσεις.
- Επαναπροσδιορισμό και συνέχιση ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών στόχων.
- Ενίσχυση της αυτογνωσίας και αυτοεκτίμησης.
- Διατήρηση μιας θετικής θεώρησης για το μέλλον.
- Προσαρμογή στις συνέπειες της εγκεφαλικής βλάβης, τόσο του ίδιου του ατόμου, όσο και του οικείου περιβάλλοντος.

Περιλαμβάνει:

- Μια πλήρη νευροψυχολογική εκτίμηση, διάρκειας τουλάχιστον δύο ημερών, πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος,
- Καθημερινό ομαδικό πρόγραμμα 6-8 ατόμων, διάρκειας 30 εβδομάδων και
- Πρακτική άσκηση.

Το πρόγραμμα ακολουθεί τα ερευνητικά πρωτόκολλα του NYU με τις απαραίτητες προσαρμογές στην Ελληνική πραγματικότητα. Από τους απόφοιτους του NYU, 90% παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση σε όλες τις γνωστικές λειτουργίες (προσοχή-συγκέντρωση, μνήμη, κατανόηση, την κρίση, επίλυση προβλημάτων κλπ όπως πιστοποιείται από ειδικές νευροψυχολογικές εκτιμήσεις). 85% επανήλθαν σε μια δημιουργική απασχόληση (50% με μισθό 35% εθελοντικά), 80% πέτυχαν καλύτερες διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, καλύτερη επικοινωνία, ενεργοποίηση, ανεξαρτητοποίηση σε καθημερινές δραστηριότητες, ψυχοκοινωνική προσαρμογή. (Σαχίνη, 2009)

Η ΕΛΕΠΑΠ από το 2008, πρώτη στην Ελλάδα, ξεκίνησε την εφαρμογή ενός ερευνητικού Ημερήσιου Προγράμματος Νευροψυχολογικής Αποκατάστασης Ενηλίκων Ατόμων με Εγκεφαλικές Βλάβες. Το Πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με το Day Treatment Head Trauma Program του Rusk Institute of Rehabilitation Medicine του New York School of Medicine της Νέας Υόρκης.

Η αποκατάσταση ενός ατόμου που έχει υποστεί εγκεφαλική βλάβη απαιτεί μια εξειδικευμένη ολιστική νευροψυχολογική παρέμβαση. Κλινικός Πληθυσμός: Ενήλικες με Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις (ΚΕΚ) και Εγκεφαλικές Βλάβες (Αγγειακές Εγκεφαλικές Διαταραχές, ΑVM, Εγκεφαλίτιδες, Ενδοκράνιοι Όγκοι). Κριτήρια επιλογής: Ενήλικες 18-55 ετών, που έχουν υποστεί εγκεφαλική βλάβη πριν από τουλάχιστον 6 μήνες, ικανοί να παρακολουθήσουν ένα πρόγραμμα 5 ωρών την ημέρα, ικανοί να μπορούν να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν το λόγο, να μπορούν να δεσμευτούν για το διάστημα των 20 εβδομάδων, πλήρως αυτοεξυπηρετούμενοι. Προσφερόμενες Υπηρεσίες:

- Νευροψυχολογική εκτίμηση γνωστικών λειτουργιών και Διερεύνηση Ψυχοπαθολογικών Συμπτωμάτων
- Ημερήσιο Θεραπευτικό Πρόγραμμα 20 εβδομάδων

Οι άξονες παρέμβασης του προγράμματος αφορούν:

1. Εξατομικευμένη συστηματική ενδυνάμωση γνωστικών λειτουργιών (προσοχή και συγκέντρωση, μνήμη, αντίληψη, ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, ανώτερες γνωστικές λειτουργίες )

2. Παρέμβαση σε ομαδικό πλαίσιο με σκοπό την

- Ενημερότητα του υποψηφίου ως προς την εγκεφαλική βλάβη και τις συνέπειές της
- Αποδοχή της ασθένειας και των δυσκολιών που έχουν προκύψει
- Εξάσκηση νέων αντισταθμιστικών στρατηγικών
- Τροποποίηση δυσλειτουργικών συμπεριφορών
- Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- Ενίσχυση της ικανότητας για ενσυναίσθηση

3. Ατομικές Θεραπευτικές Συνεδρίες σε εβδομαδιαία βάση.

4. Παρέμβαση σε ομαδικό πλαίσιο με σκοπό την ενημερότητα των ‘σημαντικών άλλων’ ως προς την εγκεφαλική βλάβη και τις συνέπειές της.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ΑΕΕ είναι συχνές παθήσεις, που προκαλούν συνήθως μόνιμη αναπηρία, με επακόλουθο ένα τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Σύμφωνα με μια έρευνα, οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ καταλαμβάνουν σε καθημερινή βάση περίπου 1.000 κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία της επικράτειας, ενώ το ετήσιο κόστος νοσηλείας τους ανήλθε σε (176 εκ. €).

Μελλοντικά δε, αναμένεται αύξηση του αριθμού ασθενών με ΑΕΕ, λόγω του τρόπου ζωής και του αυξημένου προσδόκιμου ζωής στο γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. προβλέπεται αύξηση της ετήσιας επίπτωσης των ΑΕΕ ως το 2025 από 700.000 στα 1.200.000 περιστατικά, δηλ. 70% περίπου αύξηση.

Ωστόσο, σημαντικές πρόοδοι έχουν γίνει κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών στην πρόληψη, τη θεραπεία, και την αποκατάσταση του αγγειακού εγκεφαλικού. Παρά τη βελτίωση στην αντιμετώπιση των ΑΕΕ με την εισαγωγή νέων αποτελεσματικών θεραπειών, υπάρχουν σημαντικά εμπόδια που δεν επιτρέπουν την εξέλιξη της επιστήμης να εφαρμοσθεί με συνέπεια στην κλινική πράξη. Σε πολλές περιπτώσεις, τα εμπόδια αυτά αφορούν στην ελλιπή οργάνωση της φροντίδας, στις ανεπαρκείς υποδομές και εξοπλισμό και στη μη στενή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.

Στην Ευρώπη σήμερα υπάρχει αυξανόμενη έμφαση στην αναβάθμιση των συνιστωσών της φροντίδας του ΑΕΕ, συμπεριλαμβανομένων των συστάσεων και των οδηγιών από ιατρικές εταιρίες για τη δημιουργία και πιστοποίηση κέντρων αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Στη χώρα μας, τα στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό της νόσου στο γενικό εθνικό πληθυσμό, όπως και τα στοιχεία για το ποσοστό θνητότητας των ΑΕΕ είναι ανάλογα με τα διεθνή, με την Ελλάδα, όμως, να βρίσκεται στις δυσμενέστερες θέσεις μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών. Τα εξειδικευμένα κέντρα αντιμετώπισης ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι πολύ λίγα σε σχέση με τον επιπολασμό της εμφάνισης ΑΕΕ στο γενικό πληθυσμό, είναι δε συσσωρευμένα στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα ασθενείς που προσβάλλονται από ΑΕΕ στην υπόλοιπη Ελλάδα να



αντιμετωπίζονται στις παθολογικές κλινικές των τοπικών νοσοκομείων, συχνά όμως κάτω από υποδεέστερες συνθήκες, αφού τα επαρχιακά νοσοκομεία υπολείπονται τόσο σε έμψυχο δυναμικό όσο και σε υλικοτεχνική υποδομή. Εξάλλου, για το λόγο αυτό, πολύτιμος χρόνος χάνεται σε αναγκαίες πολλές φορές διακομιδές.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να προλάβει τυχόν επιπλοκές, οι οποίες θα καθυστερήσουν την αποκατάσταση. Ο στόχος αυτός καθορίζεται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και είναι διαρκής. Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με Εγκεφαλικό Επεισόδιο πρέπει να έχει τους εξής αντικειμενικούς σκοπούς. Ο πρώτος αντικειμενικός σκοπός είναι: (Δορτζιώτου,1990)

- Να προλάβει τυχόν αναπηρίες. Συνήθως ο ημιπληγικός άρρωστος έχει το χέρι σε εσωτερική στροφή με τα δάχτυλα συνεσπασμένα τα όποια τείνουν να συγκλείσουν. Το κάτω άκρο σε έντονη έκταση και εξωτερική στροφή. Το γόνατο σε ελαφρά κάμψη και εξωτερική κλίση, το πέλμα πέφτει προς τα κάτω.

Εάν αφήσουμε τον άρρωστο σ' αυτή τη θέση για αρκετό διάστημα οι μυς των μελών που είναι έντονα συνεσπασμένοι θα παρουσιάσουν μία μόνιμη βράχυνση και θα δυσκολέψουν πολύ την αποκατάσταση και φυσιοθεραπεία. Έτσι θα δημιουργήσουν μία μόνιμη αναπηρία. Για να προλάβει τις δυσμορφίες αυτές ο νοσηλευτής θα φροντίσει τα εξής αμέσως μετά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο. (Σαχίνη, 2009)

Ένα υποστήριγμα πρέπει να τοποθετηθεί για να στήριξη στο πέλμα του ημιπληγικού κάτω άκρου και να εμποδίζει την πτώση και την μόνιμη δυσμορφία του. Καλό είναι να τοποθετείται και κάτι μαλακό, μία πετσέτα ή λίγο βαμβάκι κάτω από το πόδι το όποιο θα ακουμπά άνετα στο στήριγμα για να αποφεύγεται η πίεση στην φτέρνα με κίνδυνο να δημιουργηθεί κατάκλιση. Ένα μαξιλάρι ή καλύτερα μία σακούλα με άμμο καλό είναι να τοποθετείται στην έξω πλευρά κοντά στο γόνατο για να εμποδίζει το πόδι, να κάνει την κλίση αυτή και να πέφτει προς τα έξω. Η σπαστική σύγκλιση των δακτύλων του άνω άκρου μπορεί να προληφθεί τοποθετώντας ένα μαλακό πλαστικό μπαλάκι ανάμεσα στα δάχτυλα του. Ο δεύτερος αντικειμενικός σκοπός είναι:

- Η διόρθωση των αναπηριών που ήδη υπάρχουν. Αυτό θα γίνει με μια σειρά ασκήσεων τις όποιες βέβαια θα ρυθμίσει ο φυσιοθεραπευτής με τον οποίο ο

νοσηλευτής θα συνεργάζεται πολύ στενά. Απλές ασκήσεις πρέπει να γίνονται και από τον νοσηλευτή ο οποίος βρίσκεται τις πιο πολλές ώρες κοντά στον άρρωστο ενώ του δίνει την νοσηλευτική φροντίδα. Πρέπει να έχει υπ' όψιν του ότι χρειάζονται και τα υγιή μέλη άσκηση τα οποία μπορούν να ατροφήσουν λόγω της ακινησίας.

Πρέπει να εκπαιδεύσει τον άρρωστο ώστε να χρησιμοποιεί το υγιές μέλος περισσότερο για την καθημερινή του φροντίδα και έπειτα βέβαια και το ημιπληγικό. Ακόμη πρέπει να μάθει ο άρρωστος πως να σηκώνεται και να κινείται στο κρεβάτι. Και τέλος να βοηθήσει στην διόρθωση της ομιλίας, σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή, να βοηθήσει δηλαδή τον ημιπληγικό που έχει και πρόβλημα επικοινωνίας δηλαδή τον αφασικό ασθενή. (Τσίκος,2005)

#### 4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ

- Τοποθέτηση του ασθενή με τον κατάλληλο τρόπο στη μια πλευρά.
- Ανύψωση του κρεβάτι σε θέση ήμι-Fowler. Έχετε πάντα σηκωμένους τους προφυλακτήρες του κρεβατιού για ασφάλεια.
- Αλλάζετε θέση τον ασθενή κάθε δύο ώρες, πάντοτε υποστηρίζοντας το σώμα του, ώστε να διατηρείται ευθειασμένο.
- Τοποθετήστε ελαστικές κάλτσες αν χρειάζεται.
- Ελέγξτε την παροχέτευση αν υπάρχει καθετήρας.
- Παρακολουθείτε και καταγράφετε τακτικά τα ζωτικά σημεία
- Κρατάτε τις αεροφόρους οδούς ανοιχτές.
- Καθαρίζετε το στόμα συχνά και ενημερώνετε αν χρειάζεται αναρρόφηση.
- Πραγματοποιείτε τακτικές κινητικές ασκήσεις, όπως πρέπει.

#### Κατά τη διάρκεια της ανάνηψης.

Η ανάνηψη από το εγκεφαλικό επεισόδιο συχνά είναι μια πολύ άσχημη εμπειρία για τον ασθενή. Στην προσέγγιση του ασθενή αυτού δύο πράγματα είναι σημαντικά:

- Ο ασθενής έχει ανάγκη από εμπύχωση και δύναμη για να μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του.
- Είναι πολύ γνωστό ότι η ταχύτητα της ανάνηψης στις περισσότερες περιπτώσεις εξαρτάται από το κουράγιο και την υπομονή των νοσηλευτών.

Εάν ο ασθενής είναι ικανός να φάει, αφήστε τον να το κάνει, στο βαθμό που μπορεί. Μέχρι αυτό να συμβεί, σερβίρετε τα γεύματα στους ασθενείς με εγκεφαλικό για όσο καιρό χρειάζεται. Να βάζετε την τροφή στην πλευρά του στόματος που δεν έχει προσβληθεί, με προσοχή. Να συνεχίζετε την ίδια βασική νοσηλευτική φροντίδα. Αφήνετε τους ασθενείς να κάνουν όσο περισσότερα πράγματα μπορούν. Οι προσπάθειες αποκατάστασης περιλαμβάνουν: (Τσίκος,2005)

- Βοήθεια στην κένωση του εντέρου και της ουροδόχου κύστης.
- Προσοχή και φροντίδα στο δέρμα για να αποφευχθεί η λύση της συνέχειας του.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς με εγκεφαλικό να επικοινωνεί.
- Βοήθεια κατά την κινητοποίηση του ασθενούς, ώστε να αποφεύγονται τυχόν πτώσεις.
- Διατηρείτε μια εποικοδομητική και ενθαρρυντική στάση, σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

#### 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα έμφραγμα του εγκεφαλικού ιστού που προέρχεται από διακοπή της ροής του αίματος εξαιτίας θρόμβου, εμβόλου ή αιμορραγίας. Τα χαρακτηριστικά του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι: (Τσίκος,2005)

- Η απότομη εισβολή (εκτός από την εγκεφαλική θρόμβωση).
- Η παράλυση (στο μεγαλύτερο τους βαθμό κατά την εισβολή του επεισοδίου).
- Η βελτίωση των ικανοτήτων του ασθενούς εφόσον επιζήσει.

*Οι σκοποί της φροντίδας είναι :*

1. Διατήρηση στη ζωή του κοματώδους αρρώστου.

A. Εκτίμηση

- Ικανότητα να αντιδράσει στο όνομα του.
- Ικανότητα να απομακρύνεται από επώδυνο ερέθισμα.
- Συχνότητα, ρυθμός και βάθος αναπνοής.
- Αντίδραση κόρης.
- Βαθμός κίνησης των βολβών.
- Θέση του σώματος.

B. Παρέμβαση

- Διατήρηση ανοικτών αεραγωγών.
- Πλάγια θέση του ασθενούς.
- Χρησιμοποίηση ενδοτραχειακού σωλήνα.
- Πιθανότητα τοποθέτησης αναπνευστήρα.
- Αναρρόφηση εφόσον είναι ανάγκη.
- Βοήθεια για ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.
- Πρόληψη διάτασης της κύστης με καθετηριασμό.
- Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων.
- Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα.
- Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση.
- Τοποθέτηση αρρώστου σε πλάγια θέση.
- Αναρρόφηση.
- Δόνηση θώρακα.
- Παρακολούθηση αναπνοής.
- Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας.
- Παρακολούθηση των άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας, κατακλίσεων, κ.λ.π.
- Εξασφάλιση άριστης φροντίδας του δέρματος.

## 2. Βοήθεια στην αναγνώριση των παραγόντων που συνέβαλαν στο επεισόδιο

Αυτό είναι βασικής σημασίας για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων προκειμένου να σταματήσουν οι προοδευτικές απώλειες και να αποκατασταθεί η κυκλοφορία.

### A. Εκτίμηση

- Ιστορικό υγείας.
- Φυσική εκτίμηση, αναγνώριση των κοινών συνδρόμων του επεισοδίου.
- Εργαστηριακές εξετάσεις.
- Αρτηριογραφία ή μαγνητική αγγειογραφία.
- Υπολογιστική αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία.
- Εξέταση ENY.

### B. Παρέμβαση

- Εξασφάλιση της απαραίτητης φροντίδας κατά την προετοιμασία και εκτέλεση των εξετάσεων.
- Εξασφάλιση ακριβούς και επαρκούς πληροφόρησης για την εξέταση στον ασθενή και την οικογένεια του.
- Εκτίμηση για τις δυσχέρειες και παρενέργειες μετά την αρτηριογραφία, την παρακέντηση και χορήγηση επαρκών αναλγητικών εφόσον είναι απαραίτητο.

## 3. Αποκατάσταση της κυκλοφορίας στον ασθενή με εγκεφαλικό που οφείλεται σε αποκλεισμό.

Η διατήρηση επαρκούς ροής αίματος στον εγκέφαλο εξαρτάται από τη συστολική πίεση του αίματος. Η θέση του αρρώστου επηρεάζει την πίεση.

### A. Παρέμβαση

- Παρακολούθηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης τακτικά.
- Οριζόντια θέση στο κρεβάτι για 7-10 ημέρες.
- Ανύψωση των κάτω άκρων κατά 35 εκ.

- Η έγερση πρέπει να γίνεται αργά και για σύντομα μόνο χρονικά διαστήματα στην αρχή.

4. Πρόληψη περαιτέρω απόφραξης. Η αντιπηκτική θεραπεία είναι χρήσιμη στην προφύλαξη της επέκτασης της απόφραξης.

A. Παρέμβαση

- Χορήγηση ηπαρίνης ή ασπιρίνης ανάλογα με την ιατρική εντολή.
- Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας.
- Καθημερινός έλεγχος του χρόνου προθρομβίνης.

5. Μείωση των αναγκών σε οξυγόνο.

A. Παρέμβαση

- Προστασία του αρρώστου από κρυοπαγήματα.
- Παρακολούθηση των αρρυθμιών της καρδιάς.
- Έλεγχος ρίγους.

6. Πρόληψη εξέλιξης της υπέρτασης

Η υπέρταση είναι ο κύριος παράγοντας επιδείνωσης του επεισοδίου που οφείλεται σε θρόμβο.

A. Παρέμβαση

- Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης.
- Χορήγηση των καταλλήλων υποτασικών θεραπευτικών μέσων.
- Διδασκαλία του αρρώστου για τη σπουδαιότητα του ελέγχου της Α.Π.
- Αναζήτηση με την οικογένεια, των δυνατών μεταβολών στον τρόπο ζωής για την αύξηση των αποτελεσμάτων της φαρμακευτικής θεραπείας.

## 7. Εκτίμηση για υποκείμενη καρδιακή νόσο

Η καρδιακή πάθηση είναι ο κύριος παράγοντας για την πρόκληση επεισοδίου εξαιτίας εμβολής.

### A. Παρέμβαση

- Αναγνώριση και θεραπεία καρδιαγγειακής αθηροσκλήρωσης.
- Επαρκής αντιπηκτική θεραπεία μετά από χειρουργείο καρδιάς.
- Παρακολούθηση για τυχόν αιμορραγία.
- Θεραπεία της χρόνιας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας και της υποξίας.
- Αναγνώριση και αποκατάσταση των βαλβιδοπαθειών.
- Ο ασθενής πρέπει να μάθει για την αντιπηκτική θεραπεία και τη δυνητική αιμορραγία στα πλαίσια αυτής της θεραπείας.

## 8. Εξασφάλιση της φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης του ασθενούς που είναι υποψήφιος για ενδαρτηριεκτομή ή παρακαμπτήριο μόσχευμα.

### A. Εκτίμηση

Τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν ένδειξη αθηροσκλήρυνσης και συχνά προηγούνται της τέλειας αρτηριακής απόφραξης. Όταν εντοπιστεί το σημείο απόφραξης, μπορεί να γίνει χειρουργική παρέμβαση στα πλαίσια πρόληψης.

### B. Παρέμβαση

- Ο ασθενής θα πρέπει να βοηθείται κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Πρέπει να εξασφαλιστεί η συγκινησιακή υποστήριξη του ασθενή. Οι ασθενείς που βρίσκονται σ' αυτή την κατάσταση παρουσιάζουν συχνά συγκινησιακά ξεσπάσματα, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση τους σημαντικά.
- Πρέπει να καταγράφονται συστηματικά τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής και τα αποτελέσματα των νευρολογικών εξετάσεων.
- Πρέπει να σταθεροποιηθεί η Α.Π.
- Να προετοιμαστεί ο ασθενής και η οικογένεια του για τη χειρουργική επέμβαση.



- Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:
- Τη διατήρηση των αεραγωγών ανοικτών.
- Τη διατήρηση επαρκούς κυκλοφορίας και πρόληψη της αιμορραγίας.
- Τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Τη φροντίδα της χειρουργικής τομής.
- Την εξασφάλιση άνεσης και υποστήριξης.
- Την εκτίμηση των συμπτωμάτων και παραπόνων του ασθενούς .

#### 9. Εκπαίδευση του ασθενούς για συχνή παρακολούθηση της Α.Π.

Η πρόληψη νέων αποφράξεων εξαρτάται και από την ικανότητα του ασθενή να ρυθμίζει την πίεση του.

##### A. Παρέμβαση

- Αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή από τον ίδιο και την οικογένεια του.
- Σχεδιασμός μαζί με τον ασθενή της φαρμακευτικής του αγωγής, της διαίτας και των δραστηριοτήτων του.
- Συχνές και τακτικές συναντήσεις με τον ασθενή για την εκτίμηση της Α.Π., της νευρολογικής και συγκινησιακής του κατάστασης.

#### 10. Αποκατάσταση της κυκλοφορίας σε ασθενή που το εγκεφαλικό του οφείλεται σε αιμορραγία.

Για να σταματήσει η αιμορραγία πρέπει να ελέγχεται συχνά η Α.Π.

##### A. Παρέμβαση

- Τα υπερτασικά φάρμακα χορηγούνται με μεγάλη προσοχή για να μην προκληθεί υπόταση.
- Ο ασθενής θα πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι 4-8 εβδομάδες μετά την αιμορραγία.
- Θα πρέπει να μειώνονται οι καταστάσεις που αυξάνουν το στρες.
- Ηθική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του.
- Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων εφόσον είναι απαραίτητα.

11. Μείωση ενδοκρανιακής πίεσης, σε περίπτωση αύξησης.

A. Παρέμβαση

- Παρακολούθηση και έλεγχος της ενδοκρανιακής πίεσης.
- Πρέπει να περιορίζονται οι δραστηριότητες που την αυξάνουν
- χορήγηση μαλακτικών των κοπράνων.
- αντιμετώπιση ναυτίας και εμετού.
- βοήθεια για την καλύτερη δυνατή αναπνευστική λειτουργία.

12. Διατήρηση υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου.

A. Παρέμβαση

- Χορήγηση και στενή παρακολούθηση των ενδοφλέβιων υγρών.
- Παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων και αν υπάρχει ανάγκη να γίνεται καθετηριασμός του ασθενή.
- Συνεργασία με το διαιτολόγο για λήψη θρεπτικών γευμάτων.
- Η εξάρτηση από άλλο άτομο θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν μικρότερη.

13. Αναγνώριση και θεραπεία ραγέντος ανευρύσματος ή αγγειώματος σαν αιτία παροξυσμού.

A. Εκτίμηση

- Οι παροξυσμοί μπορεί να αποτελούν μέρος των συμπτωμάτων του αγγειώματος, ή μπορεί να εμφανιστούν μετά τη ρήξη αγγειώματος ή ανευρύσματος.
- Η κατάσταση του αρρώστου εκτιμάται για χειρουργική θεραπεία του ανευρύσματος κατά το αρχικό αιμορραγικό επεισόδιο και στη συνέχεια αξιολογείται ο βαθμός σταθεροποίησης που κατορθώθηκε.

Μετεγχειρητική παρέμβαση :

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. (Ανοικτοί αεραγωγοί, επαρκής αερισμός, ρύθμιση θερμοκρασίας, φυσιολογική Α.Π.)
- Παρακολούθηση και έλεγχος ενδοκρανιακής πίεσης.

- Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής στη φροντίδα του τραύματος και παρακολούθηση του ασθενούς μήπως παρουσιάσει διαρροή ENY.
- Προστασία ασθενή με χαμηλό επίπεδο συνείδησης.
- Χορήγηση φαρμάκων και διδασκαλία για τον έλεγχο των παροξυσμών.
- Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, και παρακολούθηση για διαβήτη.
- Αξιολόγηση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενή και ακριβής επικοινωνία με τον γιατρό για κάθε μεταβολή.
- Εξασφάλιση συμβουλών και υποστήριξης για τον ασθενή και την οικογένεια του.
- Βοήθεια και σχεδιασμός καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Συζήτηση ειδικών σχεδίων φροντίδας με τους υπεύθυνους στα πλαίσια της συνέχισης της φροντίδας του ασθενούς.

#### 14. Αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας κρανιακών νεύρων

Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν ημιανοψία και παράλυση του προσωπικού νεύρου και του απαγωγού.

##### A. Παρέμβαση

- Ημιανοψία Τοποθέτηση διαφόρων αντικειμένων μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενή και κυρίως του φαγητού και των σκευών.

#### 15. Αγωγή του ασθενή με ημιυπαισθησία ή ημιαναισθησία ώστε να προστατευθεί από βλάβη

Η ανικανότητα του ασθενή ν' αναγνωρίζει τα ερεθίσματα του πόνου, της αφής, της θερμοκρασίας, της αλλαγής θέσης και δονήσεων και να αντιδρά σ' αυτά, τον κάνει επιρρεπή σε τραύματα, εγκαύματα και δευτεροπαθείς μολύνσεις.

##### A. Παρέμβαση

- Εξασφάλιση άριστης φροντίδας του δέρματος. Χρήση μασάζ και προστατευτικών λοσιόν.
- Στεγνά και καθαρά σεντόνια.

- Επισκόπηση ολόκληρης της επιφάνειας του σώματος για λύσεις συνέχειας του δέρματος.
- Προστασία από εξωτερική πίεση.
- Έγκαιρη και σωστή θεραπεία ελκών, πίεσης, εγκαυμάτων, λύσεων και ερεθισμών του δέρματος.
- Επανεκτίμηση της αισθητικής λειτουργίας σε τακτά χρονικά διαστήματα από τον νευρολόγο.

16. Αγωγή ασθενούς σε ημιπάρεση για να κατορθωθεί η μέγιστη λειτουργία και να προληφθούν οι δευτεροπαθείς ανικανότητες και παραμορφώσεις.

#### A. Εκτίμηση

Εκτίμηση της μυϊκής δύναμης, του μυϊκού τόνου και της μυϊκής μάζας . Ο ασθενής με ημιπάρεση πρέπει να προστατευθεί από τραύμα των παράλυτων άκρων, μόνιμες συσπάσεις, κατακλίσεις και πνευμονία που είναι δευτεροπαθή προς την ακινησία.

- Αλλαγή θέσης σε κανονικά και συχνά διαστήματα.
- Σωστή θέση στο κρεβάτι.
- Προστασία μελών που έχουν παραλύσει.
- Υποστήριξη του βραχίονα και του ώμου.
- Μαξιλάρια άμμου για σταθεροποίηση του κάτω άκρου σε σωστή θέση.
- Ρολό χεριού για να κρατάει τα δάχτυλα ανοικτά.

Οι παράγοντες που αξιολογούνται είναι:

- Το επίπεδο συνείδησης.
- Το μέγεθος και η αντίδραση της κόρης.
- Η αρτηριακή πίεση.
- Η συχνότητα και ο ρυθμός του σφυγμού.
- Η αναπνοή.
- Η θερμοκρασία.

17. Προετοιμασία του ασθενή να εκτελεί εργασίες καθημερινής ζωής όσο πιο ανεξάρτητα γίνεται.

A. Εκτίμηση

Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να αναλαμβάνει την ευθύνη για τις καθημερινές του δραστηριότητες εξαρτάται από:

- Τη λειτουργική ικανότητα.
- Τη διανοητική εγρήγορση και μνήμη.
- Την επιθυμία του να αποκτήσει ανεξαρτησία από τον μέχρι στιγμής βαθμό εξάρτησής του.

B. Παρέμβαση

- Ανάπτυξη προγράμματος εκπαίδευσης μαζί με τον άρρωστο και τον φυσιοθεραπευτή.
- Εύκολοι και άμεσα κατορθωτοί σκοποί για να δώσουν στον ασθενή τη δυνατότητα να αισθανθεί ικανοποιημένος.
- Να δίνονται στον ασθενή οι ευκαιρίες για να αξιοποιεί τις δεξιότητές του.
- Να προφυλάσσεται ο ασθενής από ηθική κατάπτωση σε περίπτωση που η εξέλιξη του δεν είναι γρήγορη και ικανοποιητική.
- Χορήγηση βοήθειας για να προμηθεύεται ό,τι του είναι απαραίτητο.
- Συνέχιση υποστήριξης ακόμα και όταν ο ασθενής γίνει πιο ανεξάρτητος.
- Η οικογένεια θα πρέπει να μάθει και να δεχτεί την βραδύτερη εκτέλεση όλων των εργασιών από τον ασθενή.

19. Εγκαθίδρυση υγιών τρόπων αντιμετώπισης της κατάστασης από μέρος του ασθενούς και της οικογένειάς του

Σαν γεγονός το επεισόδιο δημιουργεί ψυχική ένταση στον ίδιο και στην οικογένειά του, η έγκαιρη και θετική παρέμβαση διευκολύνει τη διεργασία της ανταπόκρισης στο επεισόδιο. Επίσης η έγκαιρη και θετική παρέμβαση βοηθά στην τροποποίηση και ανάπτυξη νέων στοιχείων στην καθημερινότητα του ασθενή.

#### A. Εκτίμηση

- Διαπίστωση, κατά πόσο ο ασθενής είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται την κατάσταση του.
- Σχεδιασμός για συνεχή εξασφάλιση φροντίδας καθώς ο ασθενής πηγαίνει από το νοσοκομείο στο Κέντρο Αποκατάστασης ή και στο σπίτι

#### 4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στόχος είναι η απόπειρα διαμόρφωσης ενός νέου πρότυπου νοσηλευτή, όπου αντιμετωπίζει άτομα με ειδικές ανάγκες. Πως δημιουργείται αυτό το νέο πρόσωπο; Τι είναι αυτό που το διαφοροποιεί από την παραδοσιακή μορφή νοσηλευτή; Πώς κινείται στο χώρο που λέγεται Αποκατάσταση; Ποια είναι η σχέση του με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αποκατάστασης; Απαντώντας στα παραπάνω ερωτήματα θα φανεί ποιος είναι πραγματικά ο ρόλος του νοσηλευτή αποκατάστασης σύμφωνα με το νέο αυτό πρότυπο. (Τσίκος, 2005)

Πριν αναφερθούν οι συγκεκριμένες αρχές που προσδιορίζουν το νέο τύπο του νοσηλευτή αποκατάστασης, θεωρείται σκόπιμο να γραφτεί που προσφέρεται ή που μπορεί να προσφερθεί η Αποκαταστασιακή Νοσηλευτική. Η πρόληψη, η εξάλειψη και η ελάττωση της αναπηρίας είναι κοινοί στόχοι, που ενώνουν τις επιδιώξεις όλων των νοσηλευτών αποκατάστασης, όπου κι αν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Για να πετύχει τους παραπάνω στόχους ο νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί στο Κέντρο Αποκατάστασης, σε διάφορες βαθμίδες ευθύνης Ως ειδικός σύμβουλος σε θέματα αποκατάστασης ή ως συντονιστής σε οργανωμένη μονάδα χρόνιων νοσημάτων. Η Αποκαταστασιακή Νοσηλευτική εφαρμόζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην κοινοτική νοσηλευτική. (Τσίκος,2005)

#### A. Η στάση του νοσηλευτή προς τον άρρωστο.

Η στάση αυτή περιλαμβάνει πολλούς τομείς. Από την προσφορά ενός δίσκου προγεύματος, μέχρι τη βοήθεια για να φορέσει ένα πουκάμισο ή ένα ζευγάρι παπούτσια. Η αλλαγή της στάσης στηρίζεται στα εξής δύο ερωτήματα:

- Τι μπορώ να κάνω για τον ασθενή;

- Πως μπορώ να τον βοηθήσω να μάθει να αυτοεξυπηρετείται στις καθημερινές του ανάγκες;

Ο στόχος στην αποκατάσταση είναι να αντιληφθεί κάθε νοσηλευτής τη βασική διαφορά μεταξύ των δύο παραπάνω ερωτήσεων και ν' ανταποκριθεί απερίοριστα στη δεύτερη.

### B. Η φιλοσοφία του νοσηλευτή αποκατάστασης

Βασίζεται περισσότερο σε δυνατότητες και σε επιτεύγματα και λιγότερο σε περιορισμούς και αδυναμίες. Κατ' αρχήν ο νοσηλευτής πρέπει να θέσει θετικούς στόχους, ώστε να υπερνικηθούν οι ελλείψεις της φυσικής αναπηρίας. Να βοηθήσει τον άρρωστο να αναπτύξει περισσότερο την επιθυμία: «θα δοκιμάσω, μπορώ», παρά τη στάση «δε μπορώ». Να μάθει τον άρρωστο να φροντίζει τον εαυτό του, μόνος του. Αυτή είναι άλλωστε η θετικότερη και η μεγαλύτερη ανταμοιβή που μπορεί να απολαύσει τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής. Κάθε βήμα προόδου γιορτάζετε ξεχωριστά και κάθε δεξιοτεχνία που αποκτά ο άρρωστος αποτελεί πηγή υπερηφάνειας και αισιοδοξίας και για τους δύο.

### Γ. Η συμπεριφορά

Η επόμενη διαφορά, που μπορεί κανείς να παρατηρήσει στην Αποκαταστασιακή μονάδα είναι η συμπεριφορά του προσωπικού και των αρρώστων. Μπορεί να ακούσει κανείς έναν άρρωστο να λέει στον επισκέπτη φίλο του, που προσφέρεται να σπρώξει το αναπηρικό του αμαξίδιο: «Όχι ευχαριστώ πρέπει να το κάνω μόνος μου. Μου δυναμώνει τα χέρια». Η όλη ατμόσφαιρα είναι πολύ θετική και αισιόδοξη και όταν ακόμα η συζήτηση στρέφεται γύρω από τους περιορισμούς του αρρώστου. Ο ασθενής πρέπει να μάθει να σκέπτεται θετικά: «Μπορώ ή θα προσπαθήσω» και όχι «δεν μπορώ». Αυτό μπορεί να φαίνεται ασήμαντο, αλλά απαιτεί χρόνο για να το μάθει κανείς. Επιπλέον είναι η θέληση του ασθενή που στην πραγματικότητα καθορίζει την επιτυχία ή την αποτυχία της προσπάθειας. (Τσίκος, 2005)

Οι αποκαταστασιακοί νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν ιδιότητες και δεξιότητες, πέρα από αυτές που απαιτούνται στην παραδοσιακή νοσηλευτική. Ένας νοσηλευτής αποκατάστασης πρέπει να ανταποκρίνεται στα εξής:

- Να γνωρίζει καλά τη βασική νοσηλευτική.
- Να έχει υπομονή και να δείχνει συμπάθεια στον ασθενή.
- Να μη φοβάται.
- Να σκέπτεται θετικά και αισιόδοξα.
- Να προγραμματίζει καλά τη δουλειά του.
- Να είναι καλός συντονιστής.
- Να είναι αποτελεσματικός δάσκαλος και εκπαιδευτής.
- Να είναι σύμμαχος του ασθενούς.
- Να είναι και συνήγορος του ασθενούς.

#### 4. Γνώσεις.

Ο νοσηλευτής αποκατάστασης πρέπει να γνωρίζει καλά τη βασική νοσηλευτική των διαφόρων ασθενειών και τη θεραπεία τους. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζει τεχνικές, που απαιτούνται στην αποκατάσταση, πολλές από τις οποίες δεν είναι γνωστές στην παραδοσιακή νοσηλευτική.

- Να έχει υπομονή, διότι αν χάνει την ψυχραιμία του κάθε φορά που ο ασθενής καθυστερεί πολύ να κάνει κάτι, αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στην πρόοδο του. Πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει όχι μόνο τι πρέπει να κάνει ο ασθενής, αλλά και γιατί πρέπει να το κάνει.
- Να μη φοβάται όταν προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια. Στην αποκατάσταση, η κινητοποίηση του ασθενούς αποτελεί τον πρώτο στόχο και γ' αυτόν εργάζονται όλοι με αγάπη και δύναμη, εφαρμόζοντας διάφορες τεχνικές, που έχουν σκοπό να σηκώσουν τον ασθενή από το κρεβάτι. Ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί πολλές φορές το ίδιο πράγμα, η τελική όμως επιτυχία φέρνει σε όλους χαρά και συγκίνηση.
- Πρέπει να σκέπτεται θετικά και να είναι πάντοτε αισιόδοξος. Όταν ο ασθενής κουραστεί από την προσπάθεια και πολλοί από το προσωπικό σηκώσουν τα



χέρια απελπισμένοι, ο σωστός νοσηλευτής επιμένει για περαιτέρω προσπάθεια και αισιοδοξεί.

- Προγραμματίζει με προσοχή και αισιοδοξία τόσο την άμεση όσο και την μελλοντική φροντίδα του ασθενούς.

Στην αποκατάσταση, περισσότερο απ' ό,τι σε οποιονδήποτε άλλο τομέα, ο νοσηλευτής μπορεί να θέτει στόχους, από τις πρώτες κιόλας ημέρες της εισαγωγής του ασθενούς. Έχοντας από την αρχή ένα πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό προγραμματίζει τις ανάγκες του ασθενούς π.χ. Πόσο βαριά είναι; Μπορεί να χτυπήσει το κουδούνι; Έχει ακράτεια ούρων; Ανάλογα λοιπόν με τις υπάρχουσες ανάγκες, προγραμματίζεται η άμεση αντιμετώπισή τους ή τίθεται στόχος εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης σ' όλες τις βάρδιες του προσωπικού.

Επίσης, η έξοδος του ασθενούς από το Ίδρυμα, μπορεί να προγραμματιστεί από την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του, π.χ. όταν ο ασθενής προέρχεται και θα επιστρέφει σε κλινική χρονιών νοσημάτων, δεν είναι ανάγκη να εκπαιδευτεί, ακριβώς όπως εκείνος που θα επιστρέφει στο σπίτι και θα ζει μόνος του.

Επειδή όμως όλο το πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να μεταφερθεί στα νοσηλευτικά τμήματα και να εφαρμοστεί στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αναγκαστικά προβάλλει η ανάγκη του συντονιστικού ρόλου του νοσηλευτή στην ομάδα αποκατάστασης. Εδώ, γίνεται φανερός ο διευρυμένος ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση και θεραπεία του ασθενούς, καθώς και σ' όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας.

- Να είναι αποτελεσματικός δάσκαλος και εκπαιδευτής προς το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, τον ασθενή και τους συγγενείς του. Μερικές αρχές και δεξιότητες, πρέπει να τις επαναλαμβάνει στο προσωπικό αρκετά συχνά, π.χ. τις σωστές μεταφορές των ασθενών, την αυτοφροντίδα στο φαγητό κ.λ.π.

Ο νοσηλευτής επειδή τον γνωρίζει καλύτερα απ' όλους, τον βοηθάει να εκφραστεί με συνομιλία ή ακόμα και μ' ένα απαλό άγγιγμα. Επίσης ως σύμμαχος του ασθενούς πολλές φορές θα χρειαστεί να διαβεβαιώσει την οικογένεια του ότι έχει την

καλύτερη φροντίδα και ότι πρέπει να εμπιστευτείται την ομάδα αποκατάστασης. Επειδή οι ασθενείς με ειδικές ανάγκες νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα δίνεται έμφαση στη βασική ιδέα της νοσηλευτικής ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι ως περιπτώσεις. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι ολιστική, ανάλογη με τις προσωπικές φυσικές, πνευματικές και ψυχικές του ανάγκες. (Τσίκος,2005)

Μια βασική αλλαγή στην άποψη της νοσηλευτικής στην αποκατάσταση είναι η εξής: Ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο ο νοσηλευτής αθόρυβα προσπαθεί να σκουπίσει τα μάτια του ασθενή ή να του δώσει κάθε δυνατή βοήθεια, για να μην τον κουράσει, στην αποκατάσταση συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Προτρέπεται ο ασθενής να σκουπίσει τα μάτια του, αν μπορεί, και να βοηθήσει τον εαυτό του στις καθημερινές του ανάγκες. Πολλές φορές μάλιστα, ενδέχεται να χρειαστεί να του δοθεί έντονη προτροπή και αυστηρή εντολή "μπορείς", πάντοτε όμως με αγάπη και ανθρωπιά. Δεν ξεχνά ο νοσηλευτής ότι ο άνθρωπος αυτός πριν από λίγο καιρό περπατούσε κανονικά, μιλούσε, εργαζόταν. Τώρα δεν μπορεί να περπατήσει, να φάει μόνος του, να ελέγξει τα ούρα του. (Δορτζιώτου, 1998)

Στην αποκατάσταση θεωρούμε τη νοσηλευτική επιτυχημένη, όταν ο ασθενής έχει φτάσει στο σημείο να χρειάζεται μικρή ή καμιά βοήθεια για τις καθημερινές του ανάγκες.

Για να ανταποκριθεί στα πολλαπλά του καθήκοντα ο νοσηλευτής, πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά όπως προαναφέρθηκε, με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αποκατάστασης. Λόγω της θέσης του είναι το πρώτο πρόσωπο που έρχεται σ' επαφή με τον ασθενή. Είναι το πρόσωπο που θα τον πλησιάσει και θα του εξηγήσει πως να προσαρμοστεί στο καινούργιο περιβάλλον, στην αναπηρία του και στο πρόγραμμα της θεραπείας του.

Είναι το μόνο πρόσωπο που μπορεί να δώσει υπεύθυνα πληροφορίες στην ομάδα, λόγω του κυκλικού ωραρίου του σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς στο δωμάτιο του, τη δια-τροφή του και τη γενική φυσική και ψυχική του κατάσταση. Η νοσηλευτική στην αποκατάσταση έχει δύο κατευθύνσεις. Υπάρχουν πολλά που μπορεί να δώσει στην ομάδα αλλά και πολλά που μπορεί να πάρει απ' αυτήν.

Ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά στον ανάπηρο 24 ώρες το 24ωρο και 7 μέρες την εβδομάδα. Αυτό του δίνει την ευκαιρία να συνεχίσει και να φέρει σε πέρας το πρόγραμμα αποκατάστασης.

Τι σημαίνει ότι ο νοσηλευτής αποπερατώνει το πρόγραμμα αποκατάστασης; Όταν ο ασθενής βαδίζει με ορθοπεδικά μηχανήματα και πατερίτσες, με τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή του μία ώρα το πρωί δεν σημαίνει ότι τις υπόλοιπες ώρες βρίσκεται στο κρεβάτι. Ο νοσηλευτής θα τον βοηθήσει το απόγευμα να σηκωθεί, θα τον συνοδέψει στο σαλόνι, στην τραπεζαρία, στην τουαλέτα κλπ. Αυτό προϋποθέτει ότι ο νοσηλευτής γνωρίζει τα είδη και τους κανόνες του σωστού βαδίσματος, με πατερίτσες ή με μπαστούνι. (Τσίκος,2005)

Όταν επίσης ο ασθενής τρώει, το νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι μαζί του για να παρακολουθεί αν χρησιμοποιεί σωστά τους νάρθηκες των χεριών και για να του προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια κλπ. Όταν ο ασθενής πρόκειται να φύγει, πάλι ο νοσηλευτής θα είναι κοντά του για να του δώσει τις τελευταίες συμβουλές, καθώς και τις γενικές οδηγίες στους συγγενείς του. Έχοντας τη μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή είναι σε θέση να ανακαλύψει τα προβλήματα που έχουν σχέση με την αλλαγή της εικόνας του σώματος του όπως είναι π.χ. ο θυμός, η άρνηση, ο θρήνος, η εξάρτηση από άλλους και η σεξουαλική ανεπάρκεια. Πρέπει να τον βοηθήσει να τα αντιμετωπίσει και να τον επιβραβεύσει για τις προόδους του. (Δορτζιώτου,1990)

Ο αποκαταστασιακός νοσηλευτής οφείλει επίσης να μάθει ένα νέο ρόλο, ασυνήθιστο, ξένο προς τους νοσηλευτές των άλλων ειδικοτήτων, ένα ρόλο διευρυμένο και υπεύθυνο. Σε αντίθεση με το ρόλο του καθοδηγητή του ασθενούς πρέπει να μάθει και το ρόλο του συνηγόρου και του συνεργάτη. Τι είναι όμως συνηγορία; Είναι κάτι περισσότερο απ' ό τι αναφέρουν τα λεξικά. Η αληθινή συνηγορία είναι η προσπάθεια να βοηθήσει κανείς το άτομο να διακρίνει και να καθορίσει τις αξίες του και να φτάσει σε αποφάσεις, όσον αφορά τη θεραπεία του. Αληθινή συνηγορία υπάρχει όταν το άτομο βοηθείται να παίρνει μόνο του τις αποφάσεις. Η λειτουργία του συνηγόρου του ασθενούς καθορίζεται από τον ABRAMS (1978) ως εξής:

- Είναι σύμβουλος : Μειώνει το φόβο, δίνει παρηγοριά, αποκαθιστά την αυτονομία του ασθενούς, του κρατάει συντροφιά.
- Είναι πληροφορητής του δικαιώματος επιλογής: Βοηθάει τον ασθενή να παίρνει αποφάσεις, όσον αφορά στη φροντίδα της υγείας του, αναλύοντας τα δικαιώματα επιλογής που έχει.
- Συνήγορος των δικαιωμάτων του ασθενούς: Δίνει πληροφορίες και εξηγεί ποια είναι τα δικαιώματα του ασθενούς, πως τα διεκδικεί και που πρέπει να απευθύνει τα παράπονα του.
- Αντιπροσώπευση : Ενεργεί σύμφωνα με τις επιθυμίες του ασθενούς για λογαριασμό του, όταν ο ίδιος δεν μπορεί να μιλήσει (είναι ναρκωμένος ή διανοητικά άρρωστος ή δεν μπορεί να εκφραστεί).
- Επιβεβαιώνει ότι απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα, επικοινωνεί για τις απαραίτητες πληροφορίες, ενεργεί ως σταθερός μεσολαβητής μεταξύ του προσωπικού και του ασθενούς, του νοσοκομείου και της οικογένειας. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι στοιχειώδης σε οποιαδήποτε υποβοηθητική σχέση.

#### 4.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ

- Ο επισκέπτης υγείας έχει ως κύριο στόχο του την πρόληψη στην υγεία και τη διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του, αυτό όμως δεν αποκλείει τη συμμετοχή του στις νοσηλευτικές πράξεις.
- Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στο εγκεφαλικό επεισόδιο είναι πολύ σημαντικός, αρχίζοντας από την πρόληψη.
- Ο επισκέπτης υγείας είναι υπεύθυνος για τη διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας του. Η διδασκαλία αυτή περιλαμβάνει τον τρόπο που θα φροντίζουν τον άρρωστο οι συγγενείς του.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών με ΑΕΕ δεν είναι προνόμιο του κάθε επαγγελματία υγείας αλλά μια συνδυασμένη προσέγγιση από όλους. Οι νοσηλευτές, μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου, κατέχουν ξεχωριστή θέση σ' αυτή τη διεπιστημονική προσέγγιση. Λόγο της φύσης της εργασίας τους έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν μια βαθύτερη επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς,

μέσω της μεγαλύτερης επαφής μαζί του, καθώς προσφέρουν 24ωρη φροντίδα, 365 μέρες το χρόνο. Έχουν επίσης την ευκαιρία να επιτύχουν ομοιογενή φροντίδα, εξασφαλίζοντας τη συνέχιση της πράξης.

Παρόλο' αυτά, για να είναι η φροντίδα αποτελεσματική, ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας πρέπει να εργάζονται ομαδικά για να πετύχουν ρεαλιστικούς στόχους. Η εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς και της κατάλληλης παρέμβασης βασίζονται στην κατανόηση του τι φυσιολογικά συμβαίνει στον ασθενή, στην πιθανότητα θετικής απόκρισης του ίδιου και των φροντιστών του και στις πηγές που μπορούν να εξευρεθούν για να βοηθήσουν την κατάσταση.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΑΕΕ είναι πολύ σοβαρά επηρεασμένοι από την κατάστασή τους, η εξάσκηση ειδικών λειτουργιών είναι επίπονη και η επιτυχία δεν παρουσιάζεται συχνά τόσο γρήγορα και ξεκάθαρα όσο θα επιθυμούσε ο άρρωστος, με αποτέλεσμα να γίνεται ευαίσθητος, ανυπόμονος, καταθλιπτικός και σε ορισμένες περιπτώσεις να εμφανίζει τάσεις επιθετικότητας. Συνεπώς, ο άρρωστος χρειάζεται τη βοήθεια του νοσηλευτή για να μην απομονωθεί και εγκλωβιστεί μέσα στο πρόβλημά του. (Δορτζιώτου,1990)

Ο ρόλος του νοσηλευτή με δεξιότητες Συμβουλευτικής είναι να αποκαταστήσει τη σωματική, πνευματική και ψυχική αναπηρία του ημιπληγικού και να τον βοηθήσει να επανέλθει στους προηγούμενους προσωπικούς και κοινωνικούς ρόλους του κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους:

- Με την ατομική θεραπεία, η οποία ασκείται μεταξύ δύο ατόμων, νοσηλευτή-συμβούλου και ασθενούς, ενώ αποτελεί σχέση και παρέμβαση καθαρά εξατομικευμένη. Κανείς άλλος δεν παρευρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες. Απαιτούνται 2 θεραπευτικές συνεδρίες κάθε εβδομάδα.
- Με την ομαδική θεραπεία, που αφορά προσεκτικά προεπιλεγμένους ασθενείς, οι οποίοι τοποθετούνται σε μια ομάδα καθοδηγούμενη από το νοσηλευτή-σύμβουλο. Πρόκειται για κλειστές ομάδες και σε διάστημα 4 εβδομάδων θεραπείας παίρνουν μέρος 6–8 ασθενείς σε κάθε ομάδα.
- Με τις συνομιλίες με συγγενείς των αρρώστων, μεμονωμένα ή σε ομάδες. Ένας τουλάχιστον συγγενής πρέπει να εντάσσεται στην αποκατάσταση.

Σκοπός της συνομιλίας είναι η ψυχολογική προετοιμασία της οικογένειας για τις συναισθηματικές μεταβολές του ημιπληγικού, καθώς και η προσπάθεια του νοσηλευτή-συμβούλου να πείσει την οικογένεια πως ο ημιπληγικός δεν αποτελεί μη-χρήσιμο μέλος της κοινωνίας.,

Η τάση για απομόνωση είναι συχνό φαινόμενο για τους ασθενείς με ΑΕΕ. Το να ζει όμως ένα άτομο μόνο δεν σημαίνει ότι είναι απομονωμένο. Οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να συλλογίζονται τις καταστάσεις και έτσι να καθορίζουν τη δράση τους. Το να είναι ένα άτομο σε συνεχή εγρήγορση εμποδίζει την αδράνεια και το βοηθάει να συμβιβαστεί με το ΑΕΕ. Οι ασκήσεις για αποκατάσταση της λειτουργικότητας, τις οποίες μπορεί να εκτελέσει μόνος του ο ασθενής, προάγουν την αποκατάσταση της λειτουργικότητας και μπορούν επίσης να εστιάσουν την προσοχή του αρρώστου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-συμβούλου είναι να δώσει τη δυνατότητα στον άρρωστο να μείνει μόνος όταν το επιθυμεί, χωρίς όμως να απομονωθεί. Ο ασθενής πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι ο νοσηλευτής είναι διαθέσιμος και πως έχει δικαίωμα να τον καλέσει οποιαδήποτε στιγμή. Από την άλλη μεριά, ο νοσηλευτής-σύμβουλος πρέπει να παρατηρεί τη γλώσσα του σώματος και να δίνει στον ασθενή ευκαιρίες να συζητήσει ή να αναζητήσει συντροφιά, αν και όταν το επιθυμεί (Τσίκος,2005)

#### 4.5 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σκοποί της Συμβουλευτικής μετά από ΑΕΕ είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς και η ιεράρχηση των αναγκών του, ο προσδιορισμός των θεραπευτικών στόχων, η σωστή εφαρμογή των συμβουλευτικών συνεδριών, η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, η προαγωγή της διαδικασίας αποκατάστασης του ασθενούς, η ενθάρρυνση της οικογένειας για ενεργό συμμετοχή και, τέλος, η αξιολόγηση της όλης διαδικασίας.

Ειδικότεροι στόχοι της Συμβουλευτικής μετά από ΑΕΕ είναι η αντιμετώπιση τόσο των ψυχολογικών (άγχος, καταθλιπτική συνδρομή κ.ά.) και κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. απομόνωση), όσο και των βιολογικών παραμέτρων που δημιουργεί η νόσος, όπως ο πόνος.

Ο πόνος μετά από ΑΕΕ είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Η αντίληψη του πόνου περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία: αισθητηριακό στοιχείο, που αφορά στη φύση του πόνου, γνωστικές αντιδράσεις, όπως σκέψεις, και συναισθήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη κ.λπ., και κινητική συμπεριφορά, π.χ. κλάμα, ρυθμικές κινήσεις μπρος-πίσω, συσπάσεις κ.λπ. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το σύνδρομο του «επώδυνου ώμου», το οποίο προκαλείται συχνά από εσφαλμένους χειρισμούς του προσωπικού υγείας, συνήθως όταν μετακινεί τον ασθενή χρησιμοποιώντας την ημιπληγική πλευρά του.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου είναι σημαντική η λεπτομερής διάγνωση των παρακάτω: εντοπισμός του πόνου, ένταση του πόνου, μορφή του πόνου (οξύς πόνος, σαν τσίμπημα κ.λπ.), εμφάνιση και πορεία του πόνου στο χρόνο, παράγοντες που προκαλούν τον πόνο, παράγοντες που οξύνουν ή βελτιώνουν την κατάσταση, συσχετιζόμενα φαινόμενα. (Δορτζιώτου, 1998)

Σημαντικές είναι και οι ακόλουθες ερωτήσεις για την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του πόνου: «Τι άλλαξε στη ζωή σας λόγω του πόνου;», «Τι είναι αυτό που ανακουφίζει περισσότερο τον πόνο;», «Ποιο είναι το χειρότερο που υπάρχει στον πόνο που νιώθετε;».

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν και να χαμηλώσουν το όριο ανεκτικότητας στον πόνο είναι το άγχος, η θλίψη και η στενοχώρια, η ανησυχία και, τέλος, τα προβλήματα ύπνου (κυρίως η αϋπνία). Πιθανοί τρόποι ανακούφισης του πόνου είναι οι τεχνικές απόσπασης προσοχής (εστίαση σε ένα αντικείμενο, δημιουργία εικόνων κ.λπ.), οι στρατηγικές «υποβολής», η μείωση του άγχους και της ανασφάλειας, η προσευχή, ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης. Βασικές οδηγίες-κανόνες που πρέπει να ακολουθεί ο σύμβουλος για την αντιμετώπιση του πόνου λόγω ΑΕΕ είναι:

- Να μην αμφιβάλλει για όσα αναφέρει ο ασθενής για τον πόνο που νιώθει
- Να μην κάνει τον ασθενή να περιμένει
- Να αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα κάθε φορά
- Να δημιουργήσει ένα σχέδιο θεραπείας
- Να συζητήσει το σχέδιο θεραπείας με τον ασθενή και τους συγγενείς του

- Να εξετάσει την πορεία του ασθενούς μετά το σχεδιασμό της θεραπείας του
- Να δημιουργήσει μια σταθερή σχέση με τον ασθενή
- Να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα του ασθενούς
- Να μην αφήσει τον ασθενή, ακόμα και όταν φαίνεται ότι δεν μπορεί να κάνει κάτι περισσότερο γι' αυτόν.

Ο ασθενής με ΑΕΕ βιώνει συχνά άγχος. Το αίσθημα αυτό μπορεί να έχει τη μορφή του καθημερινού (υποκλινικού) άγχους έως και του άγχους με σοβαρή κλινική συμπτωματολογία (σύνδρομο μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής), γι' αυτό και ο ρόλος του συμβούλου είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στα εξής: (Καραγεωργοπούλου, 2005)

- Πρόληψη του άγχους: Χρήση κατανοητού λόγου για αποφυγή πρόκλησης άγχους, αποφυγή ανωνυμίας, αποφυγή απομόνωσης του ασθενούς.
- Αναγνώριση και διάκριση διαφόρων μορφών άγχους: (α) Αναγνώριση μορφών άγχους («δύσκολη» συμπεριφορά, προβλήματα συμμόρφωσης) και μηχανισμοί άμυνας (κατάχρηση φαρμάκων και άλλων ουσιών). (β) Διάκριση διαφόρων μορφών άγχους («φυσιολογικό» άγχος, άγχος οφειλόμενο σε οργανική αλλαγή, φοβία ή νεύρωση).
- Αντιμετώπιση του άγχους: Αποδοχή του άγχους, συζήτηση σχετικά με το άγχος, εξήγηση του άγχους, όχι διαταραχή των αμυντικών μηχανισμών, χρήση όλων των λεκτικών και μη λεκτικών μεθόδων επικοινωνίας.

#### 4.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Παρόλο που χρησιμοποιούμε όρους όπως σύμβουλος και ασθενής (ή, κατ' αντιστοιχία, νοσηλεύτης και ασθενής), στην ουσία υπάρχει ένα πρόσωπο που χρειάζεται βοήθεια και ένα άλλο που προσφέρει βοήθεια. Η πρώτη συνάντηση του συμβούλου και του ασθενούς είναι μια καινούργια εμπειρία και για τους δύο, είτε αυτή λαμβάνει χώρα στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον είτε στην κοινότητα.

Κι οι δύο προσέρχονται πρόθυμα, αν και με διαφορετικό τρόπο, για να διερευνήσουν ο ένας τον άλλον. Παρόλο που πρόκειται για μια καινούργια εμπειρία, η σχέση τους και ιδιαίτερα η αρχική τους επαφή θα επηρεαστεί πάρα πολύ από τη



στάση του καθενός τους στη νέα αυτή κατάσταση. Οι προσδοκίες και οι φόβοι του συμβούλου μπορεί να είναι πολλοί και να εξαρτώνται από την προσωπικότητα και την εμπειρία του, όπως επίσης και από τη φύση του προβλήματος που έχει να αντιμετωπίσει. Παρόλα αυτά, τα κύρια χαρακτηριστικά ενός πετυχημένου συμβούλου είναι η συναισθηματική ζεστασιά, η κατανόηση και η ειλικρίνεια. Επίσης, ο ασθενής-πελάτης χρειάζεται να νιώθει ότι ο σύμβουλος είναι κάποιος με τον οποίο μπορεί να επικοινωνήσει. (Δορτζιώτου, 1998)

Είναι σημαντικό για το σύμβουλο να είναι ενήμερος των συναισθημάτων του, ώστε να μην τον εμποδίζουν στην προσπάθειά του να μάθει τον ασθενή του ως άτομο. Αλλιώς, μπορεί να είναι τόσο απορροφημένος από την προθυμία του να βοηθήσει, με βάση τα όσα λένε οι επιβλέποντες ή οι διευθυντές του, ή μπορεί να είναι τόσο απασχολημένος να αποδείξει το πόσο επιτυχημένος είναι, που όλα αυτά να επισκιάσουν τη συνέντευξη και να διαστρεβλώσουν την αντίληψη και τις αντιδράσεις του. Αν σε όλα αυτά τα συναισθήματα γίνει η κατάλληλη προηγούμενη επεξεργασία και κρατηθούν υπό έλεγχο, ώστε να αναδειχθούν στη διάρκεια της συνέντευξης, ο σύμβουλος θα είναι πιο ελεύθερος να παρατηρήσει και να προσλάβει ότι συμβαίνει στο εδώ-και-τώρα της θεραπευτικής συνεδρίας.

Ο σύμβουλος πρέπει επίσης να απαλλαγεί από προκατειλημμένες απόψεις για τον ασθενή, από τη μια συνέντευξη στην άλλη. Κάθε φορά είναι μια καινούργια αρχή και παρόλο που υπάρχει μια κοινή γνώση και εμπειρία, ο θεραπευτής πρέπει να είναι ελεύθερος να βλέπει τον ασθενή απ' την αρχή, για να επιτρέψει να εμφανιστεί ακόμα μια πλευρά της προσωπικότητας του ασθενούς κι έτσι να επιτραπεί η αλλαγή και η εξέλιξη.

Είναι φανερό ότι ο καλύτερος σύμμαχος του ασθενούς στη Συμβουλευτική είναι η ικανότητά του να μιλά ελεύθερα και συναισθηματικά για τον εαυτό του και τα βιώματά του. Αλλά και ο θεραπευτής δεν απορροφά απλώς ότι ακούει, σαν σπόγγος. Καθώς ακούει, αξιολογεί ότι ακούει, με βάση αυτά που γνωρίζει για τον ασθενή, τη σχέση και τη φύση της επικοινωνίας. Από μια άποψη, μεταβολίζει το υλικό και το δίνει πίσω στον ασθενή με μια μορφή που είναι πιο χρήσιμο γι' αυτόν, απ' ότι ήταν αρχικά. Όπως είπε κάποιος ασθενής, «αν δεν το δεις διαφορετικά από μένα, μου είσαι άχρηστος». (Καραγεωργοπούλου, 2005)

Η παρέμβαση του θεραπευτή μπορεί να πάρει πολλές μορφές: μπορεί να ερμηνεύσει, να διδάξει, να συνδέσει, να ξεκαθαρίσει και να θέσει τα πράγματα αντίκρυ στον ασθενή. Όμως, ο θεραπευτής θα πρέπει πάντα να «προκαλεί» τα εξής: απελευθέρωση συναισθημάτων, ξεμπλοκάρισμα, αποκάλυψη αμυνών, ανάδυση ασυνειδητών συναισθημάτων στη συνειδητότητα, άμεση προσοχή σε μια πλούσια ή αποφευκταία περιοχή.

Μπορεί να αφορά οτιδήποτε εμφανίζεται μέσα στη σχέση: το περιεχόμενο, τη διαδικασία, τη μεταβίβαση, αλλά η αποτελεσματικότητά της βρίσκεται στην αμεσότητά της. Για να προκαλέσει «κίνηση» μια παρέμβαση, επικάθεται στη συναισθηματική συμμετοχή και το άγχος του ασθενούς. Πρέπει να δοθεί όταν αυτός είναι έτοιμος να ακούσει και να τη χρησιμοποιήσει, κι έτσι κι εδώ ο συγχρονισμός είναι η ουσία. (Δορτζιώτου, 1998)

Συχνά δεν είναι απαραίτητο να μιλήσει ο σύμβουλος. Αν ο ασθενής ακούει τον εαυτό του (και αυτός είναι πάνω από κάθε άλλον, που πρέπει να ακούσει), είναι συναισθηματικά σε επαφή με τον εαυτό του και δεν αμύνεται, τότε μπορεί να κάνει για τον εαυτό του περισσότερα από αυτά που μπορεί να κάνει ο σύμβουλος. Είναι αρκετό το ότι ο θεραπευτής παρευρίσκεται ως μάρτυρας.

Η συμμετοχή του συμβούλου είναι να δει μέσα από το μπλέξιμο και να επαναορίσει το πρόβλημα, ώστε να αντιμετωπιστεί αυτό πιο εποικοδομητικά. Το ξεκαθάρισμα βοηθά αυτούς που φαίνονται ανίκανοι να πουν ότι θέλουν να πουν ή αυτούς που είναι μπλεγμένοι μέσα στη σύγχυση. Επίσης, κάποια εξήγηση γύρω απ' τους ανθρώπους και τις σχέσεις μπορεί να δια φωτίσει έναν αμήχανο ασθενή, που φαίνεται να μην έχει κανένα πλαίσιο για να σκεφθεί τον εαυτό του.

Η μέγιστη συμμετοχή και συνεισφορά του θεραπευτή, όμως, είναι να εργάζεται με τα ασυνειδήτα μηνύματα του ασθενούς, που εκείνος, εξ ορισμού, δεν μπορεί αμέσως να γνωρίζει: η ερμηνεία του αρχίζει εκεί που σταματά ο ασθενής ή όπου οι άμυνές του τον εμποδίζουν να προχωρήσει. (Δορτζιώτου, 1998)

Μια ερμηνεία προτίθεται να «εξηγήσει» φανερή συμπεριφορά και συναισθήματα με το να αναφέρεται σε κρυμμένα συναισθήματα, άγχη, άμυνες και

φαντασίες. Οι ίδιες θεωρητικές δομές που χρησιμοποιούνται για την ψυχοδυναμική διάγνωση χρησιμοποιούνται και για το σχηματισμό μιας ερμηνείας. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο παρόρμηση-άγχος, ο θεραπευτής παρατηρεί ότι ο ασθενής νιώθει ή θέλει να εκδραματίσει μια παρόρμηση (είναι θυμωμένος), αλλά ότι η επιθυμία του προκαλεί άγχος (φοβάται μήπως πληγώσει κάποιον) κι έτσι κινητοποιεί μια άμυνα για να αμβλύνει το άγχος (κάνει το αντίθετο και είναι εξαιρετικά ευχάριστος). Σ' ένα επίπεδο, η ανάπτυξη μιας ερμηνείας είναι μια διανοητική διαδικασία για το θεραπευτή, αλλά για να είναι αποτελεσματική πρέπει να υποστηρίζεται από τα συναισθήματα του θεραπευτή και να αναφέρεται στα άμεσα συναισθήματα και άγχη του ασθενούς. (Καραγεωργοπούλου, 2005)

Γι' αυτόν το λόγο, οι ερμηνείες που βασίζονται στην ένδειξη του εδώ-και-τώρα ή της μεταβίβασης είναι πιο πιθανό να έχουν μια συναισθηματική επίπτωση και να οδηγήσουν στην αλλαγή. Οποιαδήποτε μορφή κι αν πάρει η παρέμβαση του θεραπευτή, υπάρχουν δύο βασικοί κανόνες που είναι ουσιαστικό να ακολουθεί όταν λέει οτιδήποτε στον ασθενή για τη συμπεριφορά ή τα συναισθήματά του.

Ο πρώτος κανόνας είναι: Ο θεραπευτής ποτέ δεν μπορεί να ξέρει τίποτα για τον ασθενή του με απόλυτη βεβαιότητα. Οι ενδείξεις μπορεί να είναι άφθονες, αλλά επειδή τόσα πολλά προέρχονται από υποκειμενικές περιοχές, ο σύμβουλος μπορεί μόνο να προσφέρει μια υπόθεση για να απαντηθεί απ' τον ασθενή. Ο «παντογνώστης» σύμβουλος που αναγγέλλει από ψηλά, προσβάλλει βαθιά την ακεραιότητα του ασθενούς του και τη σχέση τους. (Καραγεωργοπούλου, 2005)

Ο δεύτερος κανόνας είναι: Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να έχει μια δευτερεύουσα πρόταση, που να αρχίζει με το «επειδή». Οι ασθενείς γενικά έχουν καλή γνώση του τι κάνουν. Χρειάζονται βοήθεια με το γιατί. Ακόμα, με το να λέμε απλώς ότι κάνουν αυτό ή εκείνο, ρισκινδυνεύουμε να ηχήσουμε –κι ίσως πραγματικά να είμαστε– άδικα επικριτικοί. (Δορτζιώτου, 1990)

Αυτοί οι κανόνες υπάρχουν, γιατί σιγουρεύουν το χώρο που έχει ο ασθενής για ελιγμούς μετά από μια παρέμβαση. Ανεξάρτητα από το πόσο θετικά δόθηκε και πάρθηκε, μια παρέμβαση είναι μια απειλή στον υπάρχοντα εαυτό: τείνει να δημιουργήσει αλλαγή, παρουσιάζει στον ασθενή κάτι από το οποίο εκείνος

προσπαθεί να προστατέψει τον εαυτό του και του θυμίζει την ευαλωτότητά του στο ότι χρειάζεται κάποιον που να βλέπει αυτό που εκείνος δεν έχει μπορέσει να δει μόνος του. Τα χαρακτηριστικά του καλού νοσηλευτή-συμβούλου μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

Να είναι:

- Ειλικρινής και να εκδηλώνεται
- Πραγματικός, δηλαδή να αντανακλάει αυτό που είναι και που νιώθει
- Ευέλικτος
- Συμβιβαστικός, συνεπής, δηλαδή να έχει σταθερή συμπεριφορά και συνέπεια στα λόγια και στις πράξεις του
- Ενσυναισθητικός και να διακρίνεται για τη συμπάθεια και την κατανόηση για τον ασθενή και το πρόβλημά του
- Αλτρουιστής, να αγαπάει δηλαδή ουσιαστικά τον άνθρωπο

Να μην:

- Είναι υπερβολικά περίεργος
- Έχει αίσθηση υπεροχής επειδή έχει απέναντί του κάποιον που βιώνει ένα πρόβλημα
- Δίνει εύκολες ερμηνείες, η αλήθεια δεν είναι επιφανειακή
- Στενοχωριέται υπερβολικά γιατί δεν μπορεί να λύνει όλα τα προβλήματα
- Χρησιμοποιεί την ίδια μέθοδο σε όλους
- Διακατέχεται από κριτική διάθεση

#### [4.7 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ](#)

Σύμφωνα με τον Gerbner, η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως κοινωνική αλληλεπίδραση διαμέσου μηνυμάτων, ενώ ο Theodorson θεωρεί την επικοινωνία ως τη μετάδοση πληροφοριών, ιδεών, στάσεων ή συναισθήματος από ένα πρόσωπο σε ένα άλλο, κυρίως διαμέσου συμβόλων. (Καραγεωργοπούλου, 2005)

Η επικοινωνία με ηλικιωμένους ασθενείς παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, γι' αυτό και ο σύμβουλος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ορισμένες αρχές που διέπουν τη συζήτηση με ηλικιωμένους ασθενείς. Η σχέση συμβούλου-ασθενή είναι μια θεραπευτική σχέση η οποία έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, ενώ στόχος της είναι η προαγωγή της υγείας. Η σχέση αυτή είναι εμπιστευτική αλλά και χρονικά περιορισμένη. Οι φάσεις μιας συμβουλευτικής σχέσης είναι οι ακόλουθες (Δορτζιώτου, 1998):

- Εισαγωγική Φάση προσαρμογής: Γνωριμία με τον ασθενή, διευκρίνιση του ρόλου του νοσηλευτή, δηλαδή τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, καθορισμός χρονοδιαγράμματος και, τέλος, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και σχέσης εμπιστοσύνης.
- Φάση λειτουργίας-εργασίας: Διατήρηση σχέσης με τον ασθενή, δηλαδή διατήρηση του πλαισίου της σχέσης, συνέπεια και συνοχή, ενθάρρυνση της επικοινωνίας, προαγωγή της επίλυσης προβλημάτων και του αυτοσεβασμού και, τέλος, αξιολόγηση, καθορισμός στόχων και υλοποίηση.
- Τελική φάση: Ανασκόπηση της σχέσης και των δυνατοτήτων του ασθενούς, αναγνώριση συναισθημάτων λύπης και απώλειας, αποφυγή συνέχισης της σχέσης, παροχή βοήθειας στον ασθενή για να προσδιορίσει μελλοντικούς στόχους και διαθέσιμους πόρους.

Υπάρχουν πολλές τεχνικές δημιουργίας μιας συμβουλευτικής σχέσης με τον ασθενή, οι οποίες δίνουν αρχικά έμφαση στον ασθενή (δεν λέμε στον ασθενή να μη νιώθει ή τι να νιώθει, τον βοηθούμε να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του), ενώ άλλες τεχνικές δίνουν έμφαση σε στοιχεία της σχέσης όπως η ειλικρίνεια και αυθεντικότητα, η εφευρετικότητα και η ενσυναίσθηση. (Σκαρπαλέζου, 2007)

Επίσης, υπάρχουν συμπεριφορές που διευκολύνουν την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση, όπως η οπτική επαφή, η κλίση του σώματος προς τον ασθενή, η απόσταση που παρέχει ασφάλεια, η άνετη συμπεριφορά, οι εκφράσεις του προσώπου που δείχνουν ενδιαφέρον και η ανοιχτή στάση του σώματος. Βασικές προϋποθέσεις της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι η διατήρηση του αυτοσεβασμού και η κατανόηση του ασθενούς πριν από την παροχή πληροφοριών.

Οι βασικές τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν την προσεκτική ακρόαση, τις γενικές ερωτήσεις (π.χ. «Υπάρχει κάτι που σας απασχολεί;», «Θα θέλατε να μιλήσουμε για κάτι συγκεκριμένο;»), τις τεχνικές αντανάκλασης (παράφραση-περίληψη των όσων είπε ο ασθενής, νέα «τοποθέτηση»-επανάληψη της λέξης ή φράσης του ασθενούς), την πληροφόρηση, την αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενούς, την αναγνώριση σκέψεων και συμπεριφορών, την αποσαφήνιση (π.χ. «Εννοείτε...», «Δεν είμαι σίγουρη/ος ότι σας καταλαβαίνω»), το «μοίρασμα» παρατηρήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς (π.χ. «Φαίνεστε ταραγμένος») και, τέλος, το χιούμορ. (Δορτζιώτου, 1998)

Υπάρχουν βέβαια και αντιδράσεις που εμποδίζουν τη θεραπευτική επικοινωνία. Αυτές είναι οι στερεότυπες εκφράσεις (π.χ. «πώς νιώθετε;», «κάντε αυτό που λέει ο γιατρός»), η συμφωνία με τον ασθενή (δυσκολεύεται αργότερα ο νοσηλευτής να τροποποιήσει ή να αλλάξει όσα είπε), η παροχή κοινών συμβουλών (π.χ. «Γιατί δεν κάνετε...;», «Αν ήμουν στη θέση σας...»), η αποδοχή ή η απόρριψη («Μπράβο, αυτό πρέπει να κάνετε»/«Δεν πρέπει να ανησυχείτε τόσο»), η λανθασμένη επιβεβαίωση (π.χ. «Όλα θα πάνε καλά», «Τα πάτε καλά»), η κριτική και η ηθικολογία (π.χ. «Η συμπεριφορά σας δεν ήταν καλή», «Είναι καλός ασθενής» κ.λπ.), η διακοπή ή η αλλαγή θέματος, η αμυντική συμπεριφορά (π.χ. «Ο γιατρός σας είναι πολύ ικανός», «Είναι πολύ καλή/ός νοσηλεύτρια/τής»), οι ερωτήσεις που αρχίζουν με το «γιατί» και, τέλος, η μείωση των συναισθημάτων του ασθενούς (π.χ. «Όλοι νιώθουν πολύ άγχος κάποιες φορές», «Ξέρω πώς νιώθετε»). (Σκαρπαλέζου, 2007)

Ειδικά για τους ασθενείς με ΑΕΕ, οι παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι τα διάφορα προβλήματα λόγου (δυσarthρία, δυσφασία, αφασία), τα αισθητηριακά προβλήματα, οι γνωστικές διαταραχές και τα αρνητικά συναισθήματα (άγχος, κατάθλιψη κ.ά.)

#### [4.8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ](#)

Ένα μεγάλο μέρος των ατόμων με ΑΕΕ μένουν στο σπίτι και περίπου στο 80% των περιπτώσεων η οικογένεια είναι αυτή που αναλαμβάνει την ολική φροντίδα

τους. Συχνά, οι καθημερινές λειτουργίες των ασθενών με ΑΕΕ φθίνουν και παρουσιάζονται δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δεξιοτήτων, όπως το ντύσιμο και η καθημερινή προσωπική φροντίδα. Όμως, οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι το δυσκολότερο από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές και αποτελούν συχνά τον κυριότερο λόγο αναζήτησης ιατροφαρμακευτικής αρωγής. Η σχέση ασθενούς-οικογένειας δεν είναι εύκολη, αφού η φροντίδα ασθενών προκαλεί υψηλά επίπεδα φυσικής και συναισθηματικής κόπωσης. (Θεοφανίδης, 2006)

Η οικογένεια είναι μια μικρογραφία της κοινωνίας και συνήθως υπάρχουν εναλλασσόμενες και αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις μεταξύ των μελών της, γι' αυτό και κάθε οικογένεια είναι μοναδική, δηλαδή χρειάζονται συγκεκριμένες πληροφορίες για να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν οι δικές της ανάγκες. Καθώς καλείται να αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου με ΑΕΕ, η οικογένεια πιέζεται να προσαρμοστεί στις νέες απαιτήσεις. Όμως, μερικές φορές η προσαρμοστική ικανότητα της οικογένειας είναι περιορισμένη και γι' αυτό υπάρχει ο κίνδυνος της αποδιοργάνωσής της. Τότε χρειάζεται η συμβουλευτική παρέμβαση, που θα έχει ως σκοπό να βοηθήσει στην αποκατάσταση της οικογενειακής ισορροπίας. (Θεοφανίδης, 2006)

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην υγεία του συγγενικού ατόμου επιφέρουν έναν εσωτερικό διάλογο σχετικά με το πώς νιώθουν οι φροντιστές για τον εαυτό τους και την κατεύθυνση ζωής που ακολουθούν. Μερικές αξίες του παρελθόντος αλλάζουν ή εγκαταλείπονται, ενώ άλλες καταλαμβάνουν πρωτεύοντα ρόλο. Σε αυτό το πλέγμα, και με την απελπισία που βιώνουν τα δύο μέλη αυτής της σχέσης, έχει αναγνωριστεί διεθνώς η αξία της στήριξης της οικογένειας ως προτρεπτικός παράγοντας της ιδρυματοποίησης του ασθενούς με ΑΕΕ. (Σκαρπαλέζου, 2007)

Σε αντίθεση με άλλες εμπειρίες, η ασθένεια προκαλεί κρίση που συνοδεύεται από σημαντικό φυσικό και συναισθηματικό stress, αισθήματα πόνου, θυμού ή απογοήτευσης, αισθήματα απελπισίας, ανίσχυρης θέσης και αίσθημα του αβοήθητου. Όμως, υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τη διαδικασία αλλαγής από τον παλιό στο νέο τρόπο ζωής τους και το νέο νόημα που δίνει αυτό στη ζωή τους, οι οποίες εξηγούνται ιδιαίτερα από τις παρακάτω παραμέτρους:

- Την αυτοπεποίθηση του φροντιστή ότι θα καταφέρει να αντεπεξέλθει στις νέες συνθήκες ζωής,
- Την έμπρακτη συμπαράσταση από σημαντικά πρόσωπα του ευρύτερου περιβάλλοντος,
- Την προσωπική φιλοσοφία του φροντιστή για τα γεγονότα ζωής και ιδιαίτερα όπως αυτά επηρεάζουν τη ζωή.

Οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές και τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας ανακαλύπτουν ότι έρχονται συχνά στη θέση να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή, σε μια προσπάθεια να προσφέρουν επιβεβαίωση, ενθάρρυνση και συμπόνια. Πράγματι, ίσως αυτή να είναι η πιο συνηθισμένη και η πιο εποικοδομητική βοήθεια. Σε πολλές περιπτώσεις, το να ακούει κάποιος μπορεί να είναι πιο σημαντικό από το να δίνει συμβουλές, δεδομένου ότι «ακούω» σημαίνει όχι μόνο ότι αντιλαμβάνομαι τις λέξεις που προφέρονται, αλλά κατανοώ τι λέει ο άλλος και προσπαθώ επίσης να κατανοήσω πώς αισθάνεται. (Παρισιανού, 2006). Ο νοσηλευτής-σύμβουλος θα πρέπει να επιτρέψει στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και να τον διαβεβαιώσει ότι είναι απολύτως φυσιολογικά.

#### 4.9 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Στο γραφείο της Διευθύντριας και των Τομεαρχών Νοσηλευτικής Υπηρεσίας απ' όπου καλείτε η αποκλειστική, υπάρχει βιβλίο υπογραφής, παραλαβής και παραδόσεως της εργασίας.
- Πριν συναντήσει τον άρρωστο που θα περιποιηθεί απευθύνετε στην Προϊσταμένη ή Νοσηλεύτρια Τμήματος, οι οποίες θα δώσουν οδηγίες σχετικά με τον άρρωστο .
- Άμεσα καθήκοντα αλλά πάντοτε με τις οδηγίες της Προϊσταμένης ή της Υπεύθυνου του Τμήματος για κάθε περίπτωση είναι: Ατομική καθαριότητα του αρρώστου (τοπική καθαριότητα – λουτρό επί κλίνης ή στο λουτήρα, λούσιμο της κεφαλής, κοπή νυχιών και ιδιαίτερα φροντίδα στο πρόσωπο – μάτια – αυτιά – τρίχωμα – μύτη, καθώς και στην περιποίηση του ομφαλού. Ειδική καθαριότητα με ζεστή σαπουνάδα σε μεγάλη έκταση γύρω από την καλυμμένη με γάζα κατάκλιση, εάν υπάρχει (διότι η αλλαγή της κατακλίσεως



γίνεται από τον Υπεύθυνο Νοσηλείας του τμήματος). Γενικά να παρακολουθεί και αναφέρει κάθε ανωμαλία του δέρματος και εξασφαλίζει από την Προϊσταμένη τη σωστή περιποίηση του. Κάθε κακοσμία, κοκκινίλα πρήξιμο και σχίσιμο του δέρματος αναφέρεται αμέσως. Επιβάλλεται η συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου με ιδιαίτερη προσοχή σε κάθε περίπτωση, όπως και στην έγερση και στην βάρδιαση.

- Η θρέψη του αρρώστου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή πάντοτε σχετικά με την ιδιορρυθμία της διατροφής του και κατά πόσο χρησιμοποιείται ολόκληρη η ποσότητα του φαγητού.
- Βοήθεια του άρρωστου να πίνει υγρά και εκείνα που η περίπτωση του έχει ανάγκη, όπως σας εξηγήσει η Προϊσταμένη ή η Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια και να αναφέρει κάθε ανωμαλία ή δυσκολία του αρρώστου.
- Να ελέγχει απαραίτητως τα ούρα που έχει ο άρρωστος, να μετράει αυτά όταν χρειάζεται και να παρακολουθεί το χρώμα, την πυκνότητα και την ποσότητα και να κρατάει ότι πρέπει να ελεγχθεί από την Προϊσταμένη ή Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια κάθε τι που δεν είναι φυσιολογικό.
- Εκεί όπου υπάρχει καθετήρας ούρων να κρατάει την τακτική που έμαθε την αλλαγή της σακούλας των ούρων. Προσοχή ουδέποτε αφαιρείτε ο καθετήρας παρά μόνο από τον Ιατρό ή την Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια του Τμήματος. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά την τοπική καθαριότητα.
- Να παρακολουθεί τον άρρωστο για κένωση, εάν δεν είναι συστηματική, να αναφέρετε στην Προϊσταμένη απ' όπου θα πάρει οδηγίες για το πώς να ενεργήσει (υποκλυσμό κτλ.). Να Προσέχει ιδιαίτερος την ποιότητα, την ποσότητα, το χρώμα και κάθε άλλο έκκριμα που μπορεί να μην είναι φυσιολογικό και να κρατάει για να τα δει η Προϊσταμένη ή η Υπεύθυνη του Τμήματος.
- Αλλαγή υποσέντονων και σεντονιών γίνεται πάντοτε κατά τρόπο ξεχωριστό για κάθε περίπτωση αρρώστου. Να ζητάει τον ιματισμό που χρειάζεται χωρίς να τον παίρνει μόνη της από την ιματιοθήκη και να ζητάει βοήθεια όταν έχει δυσκολία.
- Να Προσέχει την καθαριότητα στο νυκτικό, πιτζάμα ή κουστουμάκι του αρρώστου και αλλάζει όταν είναι λερωμένα ή βρεγμένα.

- Να φροντίζετε το θάλαμο του αρρώστου και μάλιστα το άμεσο περιβάλλον του (κομοδίνο –κρεβάτι – τραπεζάκι – πολυθρόνα), να τα καθαρίζει κάθε φορά που χρειάζεται.
- Να μην απομακρύνετε από τον άρρωστο της, παρά μόνο λόγω μεγάλης ανάγκης και τούτο εφ’ όσον ενημερώσει την Υπεύθυνο Νοσηλεύτρια για να παρακολουθεί τον άρρωστο.
- Να μην εγκαταλείπει τον άρρωστο της και να απασχολείτε κατά την διάρκεια της αποκλειστικής της εργασίας με την αγορά διαφόρων ειδών έξω από το Νοσοκομείο, να μην κυκλοφορεί μέσα στα γραφεία ή όπου τα φαρμακεία ή οι αποθήκες των τμημάτων βρίσκονται.
- Να μη δίνει πληροφορίες στον άρρωστο και στους συγγενείς του σχετικά με την κατάσταση του, που μόνο ο Ιατρός και η Προϊσταμένη επιτρέπεται να δίνουν.
- Να αποφύγει την τηλεφωνική επικοινωνία με τους συγγενείς του αρρώστου της και αναθέτει αυτό στην Προϊσταμένη του Τμήματος ή στην εκάστοτε Εφημερεύουσα Προϊσταμένη.
- Δεν επιτρέπεται κατά την ώρα της εργασίας της να απασχολείτε με οτιδήποτε άλλο, όπως κέντημα, πλέξιμο, διάβασμα κτλ., δεν πρέπει να κοιμάται αλλά να παρακολουθεί τον άρρωστο, να τον ανακουφίζετε και να τον ενθαρρύνετε.
- Να μη δέχεται χρήματα περισσότερα των κανονικών, αλλά βάσει της εργατικής Νομοθεσίας.
- Απαγορεύεται να δίνει φάρμακα στους αρρώστους (τούτο είναι καθήκον της Υπεύθυνης Νοσηλεύτριας του τμήματος).
- Να μην ξεχνάει να λογοδοτεί στην Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια της Υπηρεσίας πριν φύγει από το τμήμα.
- Να μη λησμονεί την ατομική της εμφάνιση, καθαριότητα και ευπρέπεια. Απαγορεύεται να αφήνει τα προσωπικά της είδη στο θάλαμο ή στο τμήμα. Μια σακούλα με αυτά θα έχει για την μεταφορά.
- Απαγορεύεται το κάπνισμα και να εκθέτει τα προσωπικά και τα οικογενειακά της προβλήματα στους αρρώστους ή τους συνοδούς τους.
- Τέλος μη λησμονεί τη Δεοντολογία της ευπρεπείας της γυναίκας ή Κυρίας.
- Κάθε πρόβλημα της αναφέρει να το στην προϊσταμένη του Γραφείου Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. (Jongblood,2004)

#### 4.10 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΣ Α.Ε.Ε

- Παρότρυνση των ασθενών και του γενικότερου πληθυσμού να προσέχουν την ποιότητα και την ποσότητα της τροφής τους για την αποφυγή παχυσαρκίας, η οποία είναι σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση Α.Ε.Ε. Επομένως συνίσταται να αποφεύγονται τα φαγητά με πολλά λιπαρά και η υπερβολική κατανάλωση γλυκών, ενώ αντίθετα η καθημερινή λήψη υδατανθράκων και πρωτεϊνών είναι απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία του μεταβολισμού. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να γίνει η κατάλληλη ενημέρωση ώστε να αποκτήσει ο πληθυσμός σωστές διατροφικές συνήθειες καθώς και να μάθει τα οφέλη που θα έχει απ' αυτή στην υγεία του.
- Επίσης σε ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό είτε παρουσιάζουν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου προτείνεται να γίνονται συχνά αιματολογικές εξετάσεις για τυχόν αύξηση κάποιων τιμών στο αίμα (αιματοκρίτης, χοληστερίνη κ.α.).
- Σημαντικός παράγοντας ο οποίος προκαλεί και ΑΕΕ είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Επομένως πρέπει να γίνεται συχνός έλεγχος ώστε σε περίπτωση αύξησης γλυκόζης αίματος να αντιμετωπίζεται με δίαιτα, αποφεύγοντας τροφές που είναι πλούσιες σε σάκχαρο, συχνή σωματική άσκηση και απώλεια βάρους. Αν μ' αυτούς τους τρόπους δεν έχουμε βελτίωση τότε καταφεύγουμε στη χρήση φαρμάκων με οδηγίες ειδικών ιατρών.
- Σε άτομα που κάνουν καθιστική ζωή προτείνεται να αθλούνται, βελτιώνοντας έτσι την φυσική τους κατάσταση.
- Η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων πρέπει να αποφεύγεται όταν δεν είναι απαραίτητη για κάποια θεραπεία διότι σε συνδυασμό με τα οιστρογόνα και ιδιαίτερα σε γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην πήκτικότητα του αίματος και εγκεφαλικό έμφρακτο.
- Η κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί αυξημένο παράγοντα κινδύνου και επομένως πρέπει να περιορισθεί η χρήση του.
- Όσον αφορά το κάπνισμα και τις ουσίες του τσιγάρου (νικοτίνη κ.λ.π), είναι γνωστό ότι αποτελούν σημαντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες για την

εμφάνιση αθηρωματικής νόσου και Α.Ε.Ε. Επομένως εφόσον είναι γνωστή η αρνητική επίδραση του τσιγάρου στον οργανισμό, οι καπνιστές πρέπει να απευθυνθούν σε ένα ειδικό, ο οποίος θα τους βοηθήσει να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης θα πρέπει να ενταθεί η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος.

- Οι αγχώδεις τύποι, σε συνδυασμό πάντα με τους υπολοίπους προδιαθεσικούς παράγοντες φαίνεται να έχουν πιο πολλές πιθανότητες για εμφάνιση Α. Ε. Ε. Γι' αυτό προτείνουμε αναβάθμιση του τρόπου ζωής και του βιοτικού επιπέδου ώστε να μειωθεί η πίεση και το στρες. Ο έλεγχος και ορθός χειρισμός του στρες πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο και αναγκαίο μέρος της ζωής μας.
- Όσον αφορά τους υπέρτασικούς ασθενείς πρέπει να ελέγχουν συχνά την αρτηριακή τους πίεση, να ζουν ήρεμα και να ακολουθούν τις οδηγίες των ιατρών τους. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους και συγκεκριμένα όλοι οι ασθενείς με προϋπέρταση και υπέρταση, θα πρέπει να στοχεύουν στα παρακάτω : μείωση σωματικού βάρους , μείωση της πρόσληψης νατρίου, αεροβική γυμναστική, μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος.
- Να γίνεται σωστή ενημέρωση των ασθενών για το πρόβλημα της υγείας τους και να δίνονται σωστές οδηγίες. Επίσης να τονιστεί η σπουδαιότητα που έχει να ακολουθούν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή που τους δίνεται μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. (Jongblood,2004)

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα αιμορραγικά ΑΕΕ είναι λιγότερο συχνά από τα ισχαιμικά (15% έναντι 85% στις περισσότερες δυτικές χώρες) αλλά έχουν χειρότερη πρόγνωση. Η θνητότητά τους προσεγγίζει το 50% και υπάρχει ελάχιστα αποτελεσματική θεραπεία. Μελέτη που αφορούσε σε 1.000 ασθενείς απέτυχε να αποδείξει κάποιο όφελος από έγκαιρη πρώιμη χειρουργική αντιμετώπιση εγκεφαλικής αιμορραγίας. Σ' αυτήν τη μελέτη, η θνητότητα μετά την επέμβαση ανήλθε στο 64% και μόνο το 24% των ασθενών είχαν ευνοϊκή έκβαση. Ο ρόλος της χειρουργικής εκκένωσης είναι

αμφιλεγόμενος, ωστόσο υπάρχει συμφωνία για χειρουργική αντιμετώπιση σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Το εύρημα της μεγέθυνσης του αιματώματος σε σημαντική αναλογία των ασθενών με αιμορραγικό ΑΕΕ οδήγησε σε μελέτη της χρήσης του αιμοστατικού ανασυνδυασμένου παράγοντα VIIa (rFVIIa). (Jongblood,2004) Σε μια μελέτη, η αύξηση του αιματώματος ελαττώθηκε σε ποσοστό 50%43. Αυτό συνοδεύθηκε με μείωση της θνητότητας κατά 40% στην ομάδα που θεραπεύτηκε με rFVIIa καθώς και βελτίωση της λειτουργικής έκβασης. Υπήρξε μικρή αύξηση των ισχαιμικών καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά αυτό ουσιαστικά αντισταθμίζεται από το όφελος (Παρισιανού, 2006)

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι επείγοντα ιατρικά περιστατικά με θνητότητα μεγαλύτερη του 30%. Η ετήσια επίπτωση για την Ελλάδα κυμαίνεται στους 310/100.000 για ηλικίες άνω των 45 ετών. Ένα χρόνο μετά το ΑΕΕ, το 37% περίπου των ασθενών έχει πεθάνει. Εκτός της υψηλής θνητότητας, τα ΑΕΕ σε μεγάλο ποσοστό συνοδεύονται από μόνιμη αναπηρία και σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί επείγουσα κατάσταση και έχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης εντός 3–4 ωρών, προκειμένου να μειωθεί η έκταση της εγκεφαλικής βλάβης. Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας του ισχαιμικού ΑΕΕ είναι η μείωση του όγκου του εγκεφαλικού παρεγχύματος που θα υποστεί μη αναστρέψιμη βλάβη, η πρόληψη επιπλοκών, η αποκατάσταση των λειτουργικών διαταραχών και η πρόληψη υποτροπής του ΑΕΕ. Η επιτυχής αντιμετώπιση των ασθενών με οξύ ΑΕΕ στηρίζεται σε μια διαδικασία τεσσάρων βημάτων: (The European Stroke Initiative Executive Committee, 2003)

- Άμεση αναγνώριση και αντίδραση στα προειδοποιητικά συμπτώματα και σημεία.
- Άμεση χρήση υπηρεσιών επειγόντων.
- Κατά προτεραιότητα μεταφορά και ενημέρωση του νοσοκομείου υποδοχής.
- Ταχεία και ακριβής διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση στο νοσοκομείο.

Μόλις υπάρξει υποψία οξέος ΑΕΕ, η διάρκεια των συμπτωμάτων θα πρέπει να προσδιοριστεί ακριβώς, καθώς ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων αποτελεί τον πιο σπουδαίο παράγοντα για την επιλογή θεραπευτικής στρατηγικής. Για ασθενείς που φθάνουν στο νοσοκομείο σε χρόνο μικρότερο των 3 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων, θα πρέπει να εκτιμάται η δυνατότητα θρομβολυτικής αγωγής, που στοχεύει ουσιαστικά στην επιβίωση λαθροβιούντων κυττάρων της ισχαιμικής ζώνης. Και καθώς ο χρόνος από την είσοδό τους μέχρι την έναρξη της θρομβόλυσης είναι συνήθως 60 λεπτά περίπου, υποψήφιοι για θρομβόλυση είναι όσοι προσέλθουν στο νοσοκομείο μέσα σε 2 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων

Οι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ είναι επείγοντα περιστατικά που απαιτούν άμεση αναγνώριση, άμεση διαγνωστική προσέγγιση και άμεση αντιμετώπιση. Η μείωση του χρόνου από την άφιξη του ασθενή με ΑΕΕ στο νοσοκομείο μέχρι την έναρξη μιας ορθολογικής θεραπείας με βάση τη σαφή διάγνωση είναι καθοριστική για την πρόγνωση του ασθενή, δεδομένου ότι «χρόνος ίσον εγκέφαλος». Η ενασχόληση με ασθενείς με ΑΕΕ απαιτεί ενθουσιασμό απ' όλες τις πλευρές: από τους κλινικούς ιατρούς, τους ακτινολόγους, τους νοσηλευτές, αλλά και τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων και τους εκπροσώπους της δημόσιας υγείας. Το ΑΕΕ αφορά σε όλους, γιατί αποτελεί μια κοινή απειλή για μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, δυστυχώς δε η μέχρι σήμερα στάση της Πολιτείας δια του ΥΥΚΑ και των διοικήσεων των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται το λιγότερο παθητική.

Η οικοδόμηση συστημάτων διαχείρισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στην Ελλάδα είναι το επόμενο κρίσιμο βήμα για τη βελτίωση των εκβάσεων των ασθενών στην πρόληψη, τη θεραπεία, και την αποκατάσταση του ΑΕΕ, αφού η τρέχουσα προσέγγιση στην αντιμετώπισή του στις περισσότερες περιοχές της Ελλάδας παρέχει ανεπαρκή αποτελέσματα.

Οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας και οι σχεδιαστές πολιτικής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο μπορούν να παρέχουν σημαντική βοήθεια στη μείωση των καταστρεπτικών αποτελεσμάτων του ΑΕΕ, εφόσον αντιληφθούν επιτέλους το μέγεθος του προβλήματος και εργασθούν με στόχο την προώθηση εναρμονισμένων συστημάτων που θα βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών αυτών.

Η αντιμετώπιση του οξέος ΑΕΕ πρέπει να γίνει σε ειδική μονάδα, στη Μονάδα Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΜΑΕΕ). Η ΜΑΕΕ είναι μια νοσοκομειακή μονάδα αυξημένης φροντίδας, της οποίας το προσωπικό (η θεραπευτική ομάδα) ασχολείται αποκλειστικά με τη θεραπεία ασθενών με ΑΕΕ.

Μια πρόσφατη μεταανάλυση από τη Stroke Unit Trialists Collaboration έδειξε μείωση της θνητότητας  $\geq 20\%$  και βελτίωση της λειτουργικής έκβασης, μειώνοντας το βαθμό μόνιμης αναπηρίας και την ανάγκη ιδρυματικής φροντίδας σε ασθενείς των ΜΑΕΕ, σε σχέση με ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε συμβατική πτέρυγα

νοσοκομείου<sup>20</sup>. Όλοι οι ασθενείς με ΑΕΕ ωφελούνται από τη νοσηλεία σε ΜΑΕΕ, άνδρες και γυναίκες, νέοι και ηλικιωμένοι, ασθενείς με ήπιο, μέτριο και βαρύ ΑΕΕ<sup>21</sup>.

Η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα των ΜΑΕΕ βασίζονται σε συγκεκριμένους παράγοντες και στοιχεία. Έτσι, οι ΜΑΕΕ πρέπει να είναι γεωγραφικά κατανεμημένες και να παρέχονται συντονισμένες υπηρεσίες διεπιστημονικής ομάδας ΑΕΕ για τη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών<sup>18,22,23</sup>. Οι βασικές υπηρεσίες είναι: ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Οι ΜΑΕΕ μπορούν να εποπτεύονται από νευρολόγους ή παθολόγους με εκπαίδευση και εμπειρία στην αντιμετώπιση του οξέος ΑΕΕ. Σημαντική είναι η εκπαίδευση των μελών της θεραπευτικής ομάδας ΑΕΕ με κύριο στόχο το συντονισμό των ενεργειών, την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και την ενσωμάτωση πρωτοκόλλων βέλτιστων πρακτικών για τη φροντίδα των ασθενών.

Η βέλτιστη διαχείριση του ασθενή με οξύ ΑΕΕ πρέπει να περιλαμβάνει συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και επίσης τη θεραπεία καταστάσεων που επηρεάζουν αρνητικά τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση (αρτηριακή υπέρταση, υπεργλυκαιμία, υποξυγοναιμία κ.λπ.), τη ρύθμιση υγρών και ηλεκτρολυτών και τη θεραπεία επιληπτικών κρίσεων και του πυρετού. Η υπεργλυκαιμία και ο πυρετός θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς αποτελούν ανεξάρτητους δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες. Οι περισσότεροι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους είναι υπερτασικοί, αλλά αφενός η αρτηριακή πίεση υποχωρεί σταδιακά αυτόματα, ενώ αφετέρου η φαρμακευτική μείωσή της πρέπει να γίνεται αρχικά μόνο όταν υπερβαίνει συγκεκριμένες υψηλές τιμές, ει δυνατόν υπό συνεχή παρακολούθηση και πάντως όχι απότομα, αλλά βαθμιαία, ώστε να διατηρείται ικανοποιητική αιμάτωση στην ισχαιμη περιοχή.

Σημειωτέον είναι ότι στην ισχαιμική παρασκιά δεν ισχύουν πια οι κανόνες της αυτορρύθμισης της αιμάτωσης του εγκεφάλου. Η ισχαιμία προκαλεί στην περιοχή αυτή μια μέγιστη αγγειοδιαστολή, με συνέπεια η αιμάτωση της λυκοφωτικής αυτής ζώνης να εξαρτάται σχεδόν γραμμικά από τη μέση αρτηριακή πίεση.



Έτσι, μια απότομη μείωση της ΑΠ μπορεί να δώσει τη «χαριστική βολή» στην ισχαιμική παρασκιά. Επίσης, σημαντική είναι η προφύλαξη και η θεραπεία επιπλοκών όπως η αιμορραγική μετατροπή του ισχαιμικού ΑΕΕ, το χωροκατακτητικό μεταϊσχαιμικό οίδημα και οι επιληπτικές κρίσεις, αλλά και «παθολογικών» επιπλοκών, όπως θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών του παράλυτου ή παρετικού άκρου, πνευμονική εμβολή, πνευμονία από εισρόφηση, λοιμώξεις, κατακλίσεις κ.λπ.

Στο οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ συνιστάται αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία με ασπιρίνη, εκτός και αν υπάρχει αντένδειξη. Για κάθε 1.000 ασθενείς που θεραπεύονται με ασπιρίνη, αποτρέπονται 9 θάνατοι ή μη θανατηφόρα ΑΕΕ. Η πλήρης αντιπηκτική αγωγή σπάνια συνιστάται στην οξεία φάση<sup>27</sup>. Η ηπαρίνη ενδείκνυται ανεπιφύλακτα σε ασθενείς με θρόμβωση των εγκεφαλικών φλεβών και συχνά συνιστάται σε μικρά έμφρακτα όπου υπάρχει, όμως, υψηλός κίνδυνος υποτροπής, λόγω ύπαρξης εμβολογόνων εστιών.

Επίσης, συνιστάται όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος περιφερικής φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής. Σε επιλεγμένους ασθενείς με ισχαιμικό ΑΕΕ, ειδικές θεραπευτικές επεμβάσεις, όπως η ενδοφλέβια θρομβόλυση, που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της αρτηριακής απόφραξης, είναι αποτελεσματικές. Η χορήγηση θρομβολυτικών στο ισχαιμικό ΑΕΕ επιχειρήθηκε για πρώτη φορά το 1957, ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1960 έγιναν οι πρώτες συστηματικές, για τα μέτρα της εποχής, εκτιμήσεις της αποτελεσματικότητάς τους σε κλινικό επίπεδο. Τα ποσοστά επιτυχούς επανασηράγωσης μιας αρτηριακής απόφραξης μετά από ενδοφλέβια χορήγηση θρομβολυτικών κυμαίνονται από 30-60%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το όφελος της θεραπείας διαπιστώθηκε να είναι σταθερό για όλους τους τύπους ισχαιμικού ΑΕΕ, συμπεριλαμβανομένων των καρδιοεμβολικών, αθηροθρομβωτικών ΑΕΕ, καθώς και αυτών που σχετίζονται με νόσο των μικρών αγγείων. Σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα, η χορήγηση θρομβολυτικής αγωγής φαίνεται ότι βελτιώνει τη νευρολογική και λειτουργική έκβαση στους 3 μήνες και στον 1ο χρόνο. Σήμερα, είναι δυνατός και ο εκλεκτικός μικροκαθετηριασμός μιας εγκεφαλικής αρτηρίας η οποία έχει αποφραχτεί από ένα θρόμβο και η μηχανική απομάκρυνση του θρόμβου ή λύση του με θρομβολυτικά φάρμακα.

Τελευταία, μελέτες σε ασθενείς με ισχαιμικά ΑΕΕ που αντιμετωπίστηκαν με υπερεκλεκτική ενδοκρανιακή θρομβόλυση αποδεικνύουν τη σαφή υπεροχή της στα κλινικά αποτελέσματα, σε σύγκριση με τη συστηματική ενδοφλέβια θρομβολυτική θεραπεία

Παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη, η χρήση της ενδοφλέβιας θρομβόλυσης παραμένει απογοητευτικά χαμηλή στις περισσότερες χώρες. Ο συνήθης λόγος που αναφέρεται για το χαμηλό επίπεδο χρήσης της θρομβολυτικής θεραπείας στο οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ είναι η έλλειψη επαρκών διοικητικών, νοσηλευτικών και εργαστηριακών μηχανισμών υποστήριξης και αναγκαίου εξοπλισμού για τους ιατρούς, οι οποίοι θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο, εάν ήταν ευκολότερα διαθέσιμες επαρκείς υπηρεσίες. Επίσης, η αναγνώριση των ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ γίνεται συχνά πολύ καθυστερημένα για την αποτελεσματική χορήγηση ενδοφλεβίως θρομβολυτικής αγωγής. Διεθνώς, υπάρχει μεγάλη διακύμανση των ποσοστών των ασθενών με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ που λαμβάνουν θρομβολυτική αγωγή από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Σε νοσοκομεία με συμβουλευτικές υπηρεσίες και καθιερωμένα πρωτόκολλα για το γρήγορο προσδιορισμό και θεραπεία των ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ, τα ποσοστά ενδοφλέβιας χρήσης θρομβολυτικής αγωγής έχουν αυξηθεί, ενώ και οι αποκλίσεις από τα σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες θεραπευτικά πρωτοκόλλα έχουν μειωθεί. (Δορτζιώτου, 1998)

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Νευρολογία II. Adams and Victor's. Επιμέλεια – Πρόλογος Δημήτρης Βασιλόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. 2η Ελληνική Έκδοση.
- Ο ρόλος της συμβουλευτικής σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την οικογένειά τους, Δημήτριος Θεοφανίδης Νοσηλευτής TE (MSc), ΤΑΠ-ΟΤΕ, Εργαστηριακός Συνεργάτης, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης ,45(2):189–198 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006.
- Μαθήματα Νευρολογίας. Σ. Σκαρπαλέζου – Σ. Μαλιάρα. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισιανός». Αθήνα 1975.
- CECIL Παθολογία. Andreoli, Bennet, Carpenter, Plum, Smith. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Τρίτη Έκδοση Β' Τόμος.
- Εσωτερική Παθολογία. Σωτηρίου Α. Ράπτη. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Μαρία Γρ. Παρισιανού. 1ος Τόμος. 2006
- Νοσηλευτική Οργανικών Συστημάτων. Απόδοση Επιμέλεια: Γεώργιος Καλαβρουζιώτης (Ιατρός). Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» [Barbara R. Hegner – Esthel Caldwell]. 7η Έκδοση, 4ος Τόμος.
- Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II. Τσίκος Νικόλαος – Σ. Καραγεωργοπούλου – Γράβανη. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ». Δεύτερη Έκδοση Βελτιωμένη.
- Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. 3ος Τόμος, 2η Έκδοση.
- Αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες. Εσθήρ Δορτζιώτου, Αθήνα 1990
- Feigson JS: Stroke rehabilitation: Effectiveness, benefit and cost: Some practical considerations. Stroke 10: 1-3, 1979
- Isaacs B: Problems and solutions in rehabilitation of stroke patients. Geriatrics 33(7): 87-91, 1978
- Jongblood L: Prediction of function after stroke: A critical review. Stroke17: 765-776, 1986
- Kaas JH. Plasticity of sensory and motor maps in adult mammals. Annu Rev Neurosci 1991; 14: 137-167
- Twitchell TE: The restoration of motor function following hemiplegia. Brain 74: 443-480, 1951

- Steinberg FU: Rehabilitating the older stroke patient: What's possible? *Geriatrics* 41:3: 85-97, 1986
- Flanagan EM: Methods of facilitation and inhibition of motor activity. *Am J Phys Med* 46: 1006-1011, 1967
- Basmajian JV, Gowland C, Brandstater ME et al: EMG feedback treatment of upper limb in hemiplegic stroke patients: Pilot study. *Arch Phys Med Rehab* 63: 613-616, 1982
- Ylvisaker CJ, Fields RW: A clinical Assessment of PIRD-Y: A New Therapy for Rehabilitation of Stroke and Other Neurological Deficits. Portland, OR, Pird-Y Stroke Rehabilitation, 1985
- Kunkel CF, Scremin AME, Eisenberg B, Garcia JF, Roberts S, Martinez S. Effect of "standing" on spasticity, contracture, and osteoporosis in paralyzed muscles. *Arch Phys Med Rehab* 1993; 74:73-78
- Beckerman H, Becher J, Lankhorst GF, Verbeek ALM. Walking ability of stroke patients: efficacy of tibial nerve blocking and a polypropylene ankle-foot orthosis. *Arh Phys Med Rehab* 1996; 77:1144-1151
- Robinson LR, Wang L. Botulinum toxin injections. *Phys Med Rehab Clin North Am* 1995; 6:897-900
- Lazarus LW, Moberg PJ, Langsley PR, Lingam VR. Methylphenidate and nortriptyline in the treatment of poststroke depression: a retrospective comparison. *Arch Phys Med Rehab* 1994; 75:403-406
- Brandstater ME, Siebens H, Roth EJ. Venous thromboembolism in stroke: Part I. Literature review and implications for clinical practice. *Arh Phys Med Rehab* 1992; 73:S379-S391.
- MongaTN. Sexuality post stroke. *Phys Med Rehab: State Art Rev* 1993; 7:225-236

