

Σ.Ε.Υ.Π -Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: “Η χρήση της κλίμακας Barthel στο ΑΕΕ ως δείκτης βαρύτητας και επιβάρυνσης του νοσηλευτικού έργου.”

Φοιτήτριες: Γούσιου Ειρήνη του Βασιλείου

Παντελίδου Ιωάννα

Πετεινίδου Μαρία

Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Θεσσαλονίκη, 2014



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4
Εισαγωγή	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Α.Ε.Ε.) και η κλίμακα Barthel	
1.1 Ορισμός (Α.Ε.Ε)	6
1.2 Τύποι εγκεφαλικού επεισοδίου	6-7
1.3 Συμπτώματα	7-8
1.4 Πρόληψη	8-9
1.4.1 Πρόληψη νέου επεισοδίου.....	9
1.5 Θεραπείες	9-12
1.6 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12-17
1.6.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.....	12-14
1.6.2 Αναπτυσσόμενες χώρες.....	14-15
1.6.3 Ευρώπη	15-16
1.6.4 Η Ελλάδα.....	16-17
1.7 Η αποκατάσταση στον ασθενή μετά από Α.Ε.Ε.....	17-24
1.8 Κλίμακα Barthel.....	25-29
1.8.1.Ορισμός κλίμακας Barthel.....	25
1.8.2 Περιγραφή.....	25-26
1.8.3 Αξιοπιστία.....	26-27.

1.8.4 Εγκυρότητα.....	27-28
1.8.5 Εναλλακτικές Μορφές	28
1.8.6 Σχόλια.....	28-29

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ-ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός	30
2.2 Αντικειμενικοί στόχοι	30
2.3 Ερευνητικό ερώτημα	31

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ-ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

3.1 Περιγραφή του δείγματος.....	32
3.2 Μέθοδος και Κατασκευή ερωτηματολογίου.....	32-33
3.3 Πιλοτική μελέτη.....	33
3.4 Ηθική και δεοντολογία	33-34
3.5 Διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα και τα διαγράμματα.....	35-54
-----------------------------------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συζήτηση.....	55-56
-----------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπέρασμα.....	57-59
Παράρτημα 1.....	60-66
Παράρτημα 2.....	67
Βιβλιογραφία.....	68-73

Ευχαριστίες

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Θεοφανίδη Δημήτριο καθηγητής μας στο ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκη για την ψυχολογική υποστήριξη και τις πολύτιμες παρεμβάσεις στην ολοκλήρωση της εργασίας μας. Χωρίς αυτόν και την πολύτιμη βοήθεια του δεν θα τα είχαμε βγάλει εις πέρας. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα μας απαντώντας στις ερωτήσεις μας, τους συγγενείς τους για την πολύτιμη βοήθεια τους καθώς και το ιατρικό και νοσηλευτικό για τις χρήσιμες πληροφορίες που μας παρείχαν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κίνητρο για την συγγραφή αυτής της ερευνητικής πτυχιακής εργασίας με θέμα « Η χρήση της κλίμακας Barthel στο ΑΕΕ ως δείκτης βαρύτητας και επιβάρυνσης του νοσηλευτικού έργου.» ήταν να διαπιστώσουμε και ερευνήσουμε κατά πόσο οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Χρησιμοποιήθηκε στις μετρήσεις μας η κλίμακα Barthel ως δείκτης απόδοσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του κάθε ασθενή. Όλα τα απαραίτητα στοιχεία για την εργασία μας συγκεντρώθηκαν μέσω ερωτηματολογίων που έγιναν στους ασθενείς σε δύο νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας και ειδικότερα στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε μέσα σε διάστημα 6 μηνών και συγκεκριμένα από τον Απρίλιο του 2014 έως το Σεπτέμβριο του 2014, όπου και συγκεντρώθηκαν 62 περιστατικά ασθενών με Α.Ε.Ε και άλλες ασθένειες.

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας προσεγγίστηκε με δύο κύριους τρόπους. Αρχικά διερευνήσαμε την βιβλιογραφία στην βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι.Θ και στην Δημοτική βιβλιοθήκη του δήμου Θεσσαλονίκης. Η διερεύνηση αυτή αφορούσε στην ανεύρεση ιατρικών και νοσηλευτικών συγγραμμάτων και περιοδικών σχετικών με το θέμα της εργασίας μας. Επιπλέον πραγματοποιήσαμε έρευνα σε ιστοσελίδες του διαδικτύου για την ανεύρεση άρθρων ελληνικών και ξένων, που να σχετίζονται με τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, την κλίμακα Barthel και την επιβάρυνση του νοσηλευτικού έργου. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήσαμε για τις αναζητήσεις μας τις βάσεις δεδομένων Scopus, google scholar, PubMed και Iatrotek, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: Barthel index, ranking scale, independence, dependence, rehabilitation, cerebrovascular accident (CVA), cerebrovascular event, stroke, nursing. Αφού συγκεντρώσαμε το βιβλιογραφικό μας υλικό και μελετήσαμε την σχετική βιβλιογραφία διαχωρίσαμε τα υπό συζήτηση θέματα σε κεφάλαια και ξεκινήσαμε την συγγραφή του γενικού μέρους. Συλλέξαμε τις πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια Barthel, από τους ασθενείς δύο κλινικών νοσοκομείων. Αντιπαραθέσαμε τα αποτελέσματα μας σε πίνακες και γραφήματα και τέλος αναλύσαμε τα συμπεράσματα μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Α.Ε.Ε.) και η κλίμακα Barthel

1.1 Ορισμός (Α.Ε.Ε)

Με τον όρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο περιγράφουμε το γεγονός της αιφνίδιας ανάπτυξης ενός νευρολογικού ελλείμματος, ως αποτέλεσμα της απόφραξης ή αιμορραγίας ενός ή περισσότερων αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου. Αυτό έχει ως συνέπεια τη νέκρωση εγκεφαλικών περιοχών που αιματώνονται από τα συγκεκριμένα αγγεία αφού η παροχή οξυγόνου αδυνατεί να φτάσει σε αυτά. (RuRunge, 2006).

1.2 Τύποι εγκεφαλικού επεισοδίου

Αποφρακτικά: 85% των περιπτώσεων

- **από ισχαιμία** (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο – Ι.Ε.Ε)

Όταν η ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο σταματά εξαιτίας της παρουσίας θρόμβου σε ένα αγγείο που έχει υποστεί βλάβη από αρτηριοσκλήρυνση. Το τμήμα του εγκεφάλου που αιματώνεται από την αρτηρία αυτή υπολειτουργεί ή νεκρώνεται, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές μόνιμες αναπηρίες ή θάνατο. Πρόκειται για τη συχνότερη μορφή εγκεφαλικού επεισοδίου. (Feigin, 2007)

- **από εμβολή** (εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο – Ε.Ε.Ε)

Απόφραξη της ροής αίματος ενός αγγείου προς τον εγκέφαλο, από θρόμβο που δημιουργείται σε άλλο σημείο του σώματος, συχνότερα στην καρδιά. Όπως και στο Ι.Ε.Ε., τα νευρολογικά συμπτώματα οφείλονται στην ανεπαρκή αιμάτωση μιας περιοχής του εγκεφάλου. (Feigin, 2007)

Αιμορραγικά: 15% των περιπτώσεων (αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο - ΑΕΕ)

Όταν ένα αγγείο εντός ή εκτός του εγκεφάλου ρήγνυται, επιτρέποντας στο αίμα να διαφύγει στο εσωτερικό του κρανίου (εγκεφαλική αιμορραγία) και να σχηματίσει αιμάτωμα. Η ανεξέλεγκτη υπέρταση αποτελεί πολύ συχνά το αίτιο αυτής της κατάστασης. Τα νευρολογικά συμπτώματα συχνά οφείλονται στη μηχανική πίεση που ασκείται από το αιμάτωμα στους παρακείμενους ιστούς του εγκεφάλου και είναι δυνατόν να υποχωρήσουν εάν το αιμάτωμα αφαιρεθεί χειρουργικά ή απορροφηθεί. (Feigin, 2007)

1.3 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του εγκεφαλικού επεισοδίου εξαρτώνται από το τμήμα του εγκεφάλου που βλάπτεται. Σε κάποιες περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να μην γνωρίζει ότι είχε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο.

Τα συμπτώματα συνήθως αναπτύσσονται ξαφνικά και χωρίς προειδοποίηση, ή μπορεί να εμφανίζονται και να φεύγουν τις πρώτες μία ή δύο μέρες. Τα συμπτώματα είναι συνήθως πιο σοβαρά όταν εκδηλώνεται το εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά μπορεί και να επιδεινωθούν σταδιακά. Μπορεί να επέλθει πονοκέφαλος, ιδιαίτερα εάν το εγκεφαλικό επεισόδιο οφείλεται σε αιμορραγία στον εγκέφαλο. Ο πονοκέφαλος αποτελεί κύριο σύμπτωμα και ξεκινά ξαφνικά και μπορεί να είναι πολύ ισχυρός. Συνήθως συμβαίνει όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος και τον ξυπνά από τον ύπνο σε περίπτωση που κοιμάται. Επιπλέον χειροτερεύει όταν ο ασθενής αλλάζει θέση, σκύβει, κοπιάζει ή βήχει.

- Τα άλλα συμπτώματα εξαρτώνται από τη βαρύτητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και το τμήμα του εγκεφάλου που επηρεάζεται. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν μεταβολές της εγρήγορσης όπως δηλαδή υπνηλία, απώλεια αισθήσεων και κώμα. Μεταβολές στην ακοή, πρόβλημα στην ομιλία ή στην κατανόηση των άλλων που μιλούν, προβλήματα στην όραση, όπως μειωμένη όραση, διπλωπία ή ολική απώλεια της όρασης αλλά και στην γεύση με δυσκολία στην κατάποση. Ο ασθενής παρουσιάζει αδεξιότητα, ζαλάδα ή ανώμαλη αίσθηση κίνησης (ίλιγγος), προβλήματα στην βάρδιση και απώλεια

ισορροπίας και συντονισμού. Επιπλέον παρουσιάζει μεγάλη σύγχυση, απώλεια της μνήμης του που έχουν ως αποτέλεσμα μεταβολές προσωπικότητας, διάθεσης ή και συναισθηματικές μεταβολές. Υπάρχει μια μυϊκή αδυναμία στο πρόσωπο, μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στη μία πλευρά του σώματος, το χέρι ή το πόδι συνήθως μόνο στη μία πλευρά και δυσκολία στο γράψιμο και το διάβασμα. Οι αισθητηριακές μεταβολές επηρεάζουν την αφή και την ικανότητα αίσθησης πόνου, πίεσης, διαφορών θερμοκρασίας ή άλλων ερεθισμάτων και την έλλειψη ελέγχου της κύστης ή του εντέρου. (Τάσκος, 2013)

1.4 Πρόληψη

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο και οικογενειακή προδιάθεση που μπορούν να οδηγήσουν σε εγκεφαλικό και δεν είναι προκαθορισμένοι. Ο καθένας θα μπορούσε να κάνει κάποια βασικά πράγματα τα οποία θα μπορούσαν να προλάβουν ένα επεισόδιο.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο είναι:

- Η υψηλή πίεση
- Το άγχος
- Η έλλειψη άσκησης
- Το κάπνισμα
- Το υπερβολικό βάρος
- Η κακή και μη ισορροπημένη διατροφή
- Η υψηλή χοληστερόλη
- Ο διαβήτης
- Οι καρδιακές νόσοι
- Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών

- Τα αντισυλληπτικά χάπια. Οι γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά και είναι ταυτόχρονα είτε υπέρβαρες ή αναφέρουν συχνά ημικρανίες παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. (Feigin, 2007)

1.4.1 Πρόληψη νέου επεισοδίου

Η πιθανότητα δεύτερου εγκεφαλικού είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες. Το ποσοστό δεύτερου εγκεφαλικού κυμαίνεται από 5-15% ανά έτος ανάλογα με τον τύπο του εγκεφαλικού και τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Ο κίνδυνος δεύτερου εγκεφαλικού και θνησιμότητας είναι μεγαλύτερος για ανθρώπους που έχουν ήδη υποστεί ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. (Feigin, 2007)

1.5 Θεραπείες

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 διαλύσει τον θρόμβο που σχηματίζεται και αποφράσσει ζωτικά αγγεία που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα. Τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια ανήκουν σε δύο κατηγορίες. Τα αποφρακτικά τα οποία οφείλονται στο κλείσιμο μιας αρτηρίας και τα αιμορραγικά τα οποία οφείλονται σε αιμάτωμα λόγω ρήξης αγγείων.

Μια νέα μέθοδος βασίζεται στην αξονική τομογραφία διάχυσης και στην αγγειογραφία που γίνεται με τον αξονικό τομογράφο.

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 της 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. (Brethour, 2012)

Φαρμακοθεραπεία: τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από τον θεράποντα ιατρό για ένα εγκεφαλικό επεισόδιο εξαρτώνται από τον τύπο του επεισοδίου και της προκληθείσες νευρολογικές βλάβες. Οι στόχοι της φαρμακοθεραπείας είναι η πρόληψη περαιτέρω θρομβωτικών επεισοδίων (αντιπηκτικά), η αύξηση της αιματικής ροής και η προστασία των νευρικών κυττάρων (κυτταροπροστασία). (Τάσκος, 2013).

Θρομβολυτική αγωγή: Η ενδοφλέβια (συστηματική) θρομβολυτική αγωγή για ένα οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλεί λύση του θρόμβου της εγκεφαλικής αρτηρίας ώστε ν' αποκατασταθεί η αιματική ροή και ν' αποφευχθεί το εγκεφαλικό έμφρακτο. Θρομβολυτική αγωγή μέσω καθετήρα μπορεί να επιχειρηθεί σε περιπτώσεις όπου η συστηματική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Εναλλακτικά, μπορεί να εφαρμοστεί θρομβολυτική αγωγή μέσω καθετήρα απευθείας στο αγγείο που έχει αποφραχθεί, χωρίς να προηγηθεί προσπάθεια συστηματικής θρομβόλυσης, ανάλογα με την πολιτική και τα πρωτόκολλα του ιδρύματος. Αυτού του είδους η θεραπεία θα πρέπει να εφαρμοστεί εντός 6 ωρών από την εμφάνιση του ισχαιμικού επεισοδίου. (Saver, 2006)

Αντιπηκτικά: Η χρήση αντιπηκτικών και αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων για τη θεραπεία του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι αμφιλεγόμενη και εξαρτάται από της προτιμήσεις του θεράποντος ιατρού. Τα κυριότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι η ασπιρίνη, η ηπαρίνη, η χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη [ενοξαπαρίνη (Iovenox)] και η βαρφαρίνη (Coumadin). Εάν ο ασθενής έχει πάρει θρομβολυτική αγωγή, συνήθως συνταγογραφείται ένα ενδοφλέβιο αντιπηκτικό ως μέτρο συνεχιζόμενης θεραπείας. (Baigent, 2002)

Άλλα φάρμακα: Για την αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων χορηγείται λοραζεπάμη (Ativan), μια βενζοδιαζεπίνη, υπό στενή νευρολογική και καρδιολογική παρακολούθηση. Για παρατεταμένη αντιεπιληπτική θεραπεία ο ιατρός μπορεί να

συνταγογραφήσει αντιεπιληπτικά φάρμακα, της φαινυτοΐνη (Dilantin), γκαμπαπεντίνη (Neurontin) ή τοπιραμάτη (Topamax). (Baigent, 2002)

Χειρουργική αντιμετώπιση: Μερικοί ασθενείς είναι υποψήφιοι για χειρουργικές επεμβάσεις για την πρόληψη ή θεραπεία των εγκεφαλικών επεισοδίων. Η χειρουργική διαδικασία εξαρτάται από την αιτία του εγκεφαλικού επεισοδίου. (Brethour, 2012)

Ενδαρτηριεκτομή: Η καρωτιδική ενδαρτηριεκτομή είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη χειρουργική διαδικασία για την πρόληψη εξελισσόμενου εγκεφαλικού επεισοδίου σε συμπτωματικούς ασθενείς με επαναλαμβανόμενα παροδικά επεισόδια ή με καρωτιδική στένωση. Σκοπός της καρωτιδικής ενδαρτηριεκτομής είναι η απομάκρυνση της αθηρωματικής πλάκας από το ενδοθήλιο της καρωτιδικής αρτηρίας. Ο τελικός στόχος είναι η επαρκής, διάνοιξη της αρτηρίας, έτσι ώστε να μπορέσει ν' αποκατασταθεί η ροή του αίματος και να περιοριστεί ο κίνδυνος για εγκεφαλικό επεισόδιο. (Brethour, 2012)

Εξωκρανιακή – ενδοκρανιακή παράκαμψη: στην εξωκρανιακή - ενδοκρανιακή παράκαμψη ο χειρουργός εκτελεί κρανιοτομή και παρακάμπτει την αποκλεισμένη αρτηρία χρησιμοποιώντας ένα μόσχευμα ή κάνοντας μια παράκαμψη από την πρώτη στη δεύτερη αρτηρία. Η διαδικασία αυτή αποκαθιστά τη ροή του αίματος γύρω από την αποκλεισμένη αρτηρία και αιματώνεται έτσι και πάλι η ισχαιμική περιοχή. Οι δυο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές είναι το μόσχευμα μεταξύ της επιπολής μέσης κροταφικής αρτηρίας και της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας και η παράκαμψη μεταξύ ινιακής και πρόσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας. (Brethour, 2012)

Αντιμετώπιση αρτηριοφλεβικών δυσπλασιών: Η συνήθης αντιμετώπιση αρτηριοφλεβικής δυσπλασίας είναι επεμβατικής φύσης και περιλαμβάνει τον αποκλεισμό των ανώμαλων αρτηριών ή φλεβών και την πρόσληψη της αιμορραγίας από της αγγειακές βλάβες. (Brethour, 2012)

Αντιμετώπιση εγκεφαλικών ανευρυσμάτων: Τα εγκεφαλικά ανευρύσματα μπορεί να επιδιορθωθούν με κρανιοτομή αμέσως μόλις σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς. Η επέμβαση θα πρέπει να αναβληθεί σε ασθενείς με ρήξη

ανευρύσματος που έχει προκαλέσει λήθαργο ή σε κώμα, καθώς η κατάστασή της θεωρείται πολύ κρίσιμη. (Brethour , 2012)

Αντιμετώπιση ενδοκρανιακής αιμορραγίας: Σε κάποιους ασθενείς με αιμορραγικά επεισόδια, τα αιμορραγικά έμφρακτα μπορεί να αφαιρεθούν με κρανιοτομή ώστε να ανακουφιστεί η ενδοκρανιακή πίεση. Ιδιαίτερες ενδείξεις για την αφαίρεση εμφράκτων αποτελούν η επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων και η επέκταση της βλάβης με σημαντική αύξηση την ενδοκρανιακής πίεσης. (Simard, 2011)

1.6 Επιδημιολογικά στοιχεία

1.6.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Σύμφωνα με τον Alan S. και τα American Heart Association και American Stoke Association τα εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) καταλαμβάνουν την τρίτη θέση ως αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες (Η καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί 75.000 εγκεφαλικά επεισόδια ετησίως) και τον καρκίνο. (Alan, 2014)

Το εγκεφαλικό επηρεάζει περισσότερα από 700.000 άτομα κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κατά μέσο όρο, κάθε 45 δευτερόλεπτα ένας αμερικανός υφίσταται εγκεφαλικό ενώ κάθε 3,3 λεπτά πεθαίνει από αυτό. Οι 500.000 από αυτούς το παθαίνουν για πρώτη φορά ενώ οι 200.000 είναι υποτροπιάζοντα επεισόδια. Τα δεδομένα μας δείχνουν ότι τέσσερις στις πέντε οικογένειες θα επηρεαστεί με κάποιο τρόπο από εγκεφαλικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Το Εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας μεταξύ των ενηλίκων στις ΗΠΑ και περισσότεροι από 4 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν επιβιώσει από εγκεφαλικό επεισόδιο ή εγκεφαλική προσβολή και ζουν με τα επακόλουθα.

Τα τρέχοντα στατιστικά στοιχεία για τα ποσοστά επιβίωσης από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι:

- Το 10 % των εγκεφαλικών επεισοδίων θα ανακάμψει σχεδόν πλήρως.
- Το 25 % των εγκεφαλικών επεισοδίων θα ανακάμψει με μικρές βλάβες.

- Το 40% των εγκεφαλικών επεισοδίων θα εμφανίσουν μέτριες έως και σοβαρές βλάβες που απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα.
- Το 10 % των εγκεφαλικών επεισοδίων θα χρειαστεί φροντίδα σε έναν οίκο ευγηρίας ή σε άλλες εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας.
- Το 15% θα πεθάνει λίγο μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Το 7,6 % των ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων και το 37,5 % των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων θα οδηγήσει σε θάνατο μέσα σε 30 ημέρες.

Ενώ η υπαραχνοειδή αιμορραγία (SAH) αντιπροσωπεύει μόνο το 7 % του συνόλου των εγκεφαλικών επεισοδίων, είναι η πιο θανατηφόρα - με περισσότερο από 50% ποσοστό θνησιμότητας και από τους επιζώντες, περίπου οι μισοί θα υποστούν μόνιμη αναπηρία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνονται από το American Stroke Association κάθε χρόνο, το 28% των ανθρώπων που υποφέρουν από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι κάτω των 65 ετών ενώ ο εκτιμώμενος βαθμός διάδοσης του εγκεφαλικού επεισοδίου σε Αμερικανούς ηλικίας άνω των 20 ετών είναι:

- Για (non-Hispanic) λευκούς 2,2 % άνδρες και 1,5 % για τις γυναίκες.
- Για (non-Hispanic) μαύρους, 2,5 % για τους άνδρες και 3,2 % για τις γυναίκες.
- Για τους Μεξικανούς, 2,3 % για τους άνδρες και 1,3% για τις γυναίκες.

Εδώ να σημειωθεί ότι τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνει η ηλικία. Για κάθε δεκαετία μετά την ηλικία των 55, ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου διπλασιάζεται.

Ωστόσο εκτός από την ηλικία που φαίνεται να αποτελεί αιτία εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου το φύλο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο, με τα ποσοστά να επηρεάζουν περισσότερο τις γυναίκες. Συγκεκριμένα οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 43% των εγκεφαλικών επεισοδίων που συμβαίνουν κάθε χρόνο, αλλά και το 61 % των θανάτων από εγκεφαλικό επεισόδιο. Το ποσοστό των γυναικών που πεθαίνουν εντός ενός έτους από το εγκεφαλικό φτάνει στα 25% ενώ για τους άντρες στα 22%.

Η συχνότητα εμφάνισης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

- σε Afro-American άνδρες είναι περίπου 93 ανά 100.000, με ένα ποσοστό θνησιμότητας περίπου 51 %.
- σε Afro-American γυναίκες, η συχνότητα είναι 79 ανά 100.000, με ποσοστό θνησιμότητας 39,2 %.
- Οι νέοι Afro-American έχουν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου από τον καυκάσιο πληθυσμό της ίδιας ηλικίας.

Η συχνότητα εμφάνισης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

- σε Καυκάσιους άνδρες είναι 62,8 ανά 100.000, με ποσοστό θνησιμότητας 26,3 %.
- σε Καυκάσιες γυναίκες, η συχνότητα είναι 59 ανά 100.000, με ποσοστό θνησιμότητας 39,2%. (Alan, 2014)

Πάνω από το 75% των Αμερικανών δεν μπορούν να αναφέρουν τα πιο κοινά σημάδια προειδοποίησης ενός εγκεφαλικού επεισοδίου τα οποία είναι ξαφνικό μούδιασμα ή αδυναμία του προσώπου, του βραχίονα ή του ποδιού, ιδιαίτερα στη μία πλευρά του σώματος - σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Εγκεφαλικών επεισοδίων. Λιγότεροι από τους μισούς όλων των ατόμων άνω των 50 ετών γνωρίζουν πραγματικά τι είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, τα σημεία και τα συμπτώματα του, και τη σημασία της επιδίωξης άμεσης ιατρικής φροντίδας. (RuRunge, 2006)

1.6.2 Αναπτυσσόμενες χώρες

Σε έρευνα που δημοσίευσε ο Feigin και συν. στο περιοδικό Lancet, τα εγκεφαλικά επεισόδια πλήττουν πλέον όλο και περισσότερο πληθυσμό στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι όλο και πιο νέα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα εγκεφαλικού επεισοδίου. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι πάνω από 83.000 άτομα κάτω των 20 ετών παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο.

Ραγδαία αύξηση διαπιστώνεται την τελευταία 20ετία στα εγκεφαλικά επεισόδια. Οι ασθενείς είναι άτομα ηλικίας 20 έως 64 ετών. Τα περιστατικά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αποτελούν πλέον σχεδόν το ένα τρίτο (31%) του συνολικού αριθμού των εγκεφαλικών επεισοδίων, από 25% που ήταν το 1990.

Οι επιστήμονες αναμένουν αύξηση των κρουσμάτων έως το 2030 με τα θανατηφόρα περιστατικά να φτάνουν στα 12 εκατομμύρια και τα μη θανατηφόρα στα 70 εκατομμύρια. Η παχυσαρκία, ο διαβήτης και η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελούν βασικούς παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο στα νεαρά άτομα.

Περαιτέρω επιστημονική διερεύνηση θα πρέπει να διεκπεραιωθεί για να διαπιστωθεί ότι ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες καταγράφεται αύξηση κατά 42% των θανατηφόρων εγκεφαλικών επεισοδίων, στις ανεπτυγμένες καταγράφεται μείωση 12% των κρουσμάτων, 37% στους πρόωρους θανάτους και 36% στις αναπηρίες, την περίοδο 1990 – 2010, κυρίως λόγω της καλύτερης ενημέρωσης του κοινού και της λήψης προληπτικών μέτρων όπως είναι η μείωση του καπνίσματος, έλεγχος της υψηλής πίεσης του αίματος, καλύτερη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. (Feigin, 2014)

1.6.3 Ευρώπη

Σύμφωνα με το άρθρο του Appelros και συν. που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Stroke το 2009 η μέση ηλικία εμφάνισης του εγκεφαλικού στους άνδρες είναι 68.6 ετών και 72.9 ετών για τις γυναίκες. Στους άνδρες τα ποσοστά των περιστατικών ήταν κατά 33% πιο αυξημένα και ο επιπολασμός των εγκεφαλικών κατά 41% μεγαλύτερος από ότι στις γυναίκες. Τα ποσοστά εμφάνισης εγκεφαλικού εμφράγματος και ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των ανδρών, ενώ το ποσοστό της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας ήταν υψηλότερο μεταξύ των γυναικών, αν και η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Τα εγκεφαλικά έτειναν να είναι πιο σοβαρά στις γυναίκες, με ένα 1-μήνα θνησιμότητα και ποσοστό 24,7% σε σύγκριση με 19,7% για τους άνδρες.

Η μηνιαία θνητότητα των εγκεφαλικών στην Ευρώπη κυμαίνονται από 15%-49% στους άντρες και 18%-57% στις γυναίκες (Cooper, 2000).

1.6.4 Η Ελλάδα

Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με τον Βέμμο και συν. στην έρευνα που έγινε το 2000 βρήκαν ότι οι μεταβολές στον τρόπο ζωής των Ελλήνων όπως η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, οι καινούριες διαιτητικές συνήθειες, ο υψηλός βαθμός διάδοσης καπνίσματος και αγχώδεις τρόπος ζωής είχαν ως αποτέλεσμα την 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. Μετά από 1 έτος παρακολούθησης, οι 204 ασθενείς (36,8%) πέθαναν. Η πιθανότητα επιβίωσης ενός έτους μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν υψηλότερη για εγκεφαλικό έμπρακτο από ό,τι ήταν για ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Από τους επιζώντες, το 68,9% δεν είχαν συμπτώματα είτε είχαν συμπτώματα που δεν παρέμβαιναν με την ικανότητά τους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Η αυξημένη ηλικία και η χαμηλή κλίμακα Γλασκώβης ήταν οι πιο ισχυροί προάγγελοι του θανάτου μέσα σε 1 χρόνο ($p < 0,01$), ενώ η αύξηση της ηλικίας, κολπική μαρμαρυγή, και η χαμηλή κλίμακα Γλασκώβη ήταν οι πιο σημαντικοί προάγγελοι της λειτουργικής έκβασης, 1 χρόνο μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ($p < 0,01$). Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι ένας χρόνος θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο στην Ελλάδα είναι παρόμοιος με εκείνων των άλλων βιομηχανικών χωρών. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση ενός ασθενή με ένα πρώτο εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η αυξανόμενη ηλικία, η σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και η κολπική μαρμαρυγή.

Σε αντίθεση με τους πληθυσμούς της κεντρικής και βόρεια 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.

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 πιθανότητα σε καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης τα τελευταία 20 χρόνια, μείωση της ημερήσιας πρόσληψης αλατιού και σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των αντιυπερτασικών φαρμάκων (Vemmos, 2000).

1.7 Η αποκατάσταση στον ασθενή μετά από Α.Ε.Ε

Ο περιορισμός που προκύπτει μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι μεγάλος. Μέσω της ολοκληρωμένης προσέγγισης οι περιορισμοί αυτοί περιορίζονται όλο και περισσότερο με την πάροδο του χρόνου στο μέτρο του δυνατού.

Κατά την εισαγωγή στο κέντρο και την πρώτη γνωριμία, η ομάδα αποκατάστασης συσκέπτεται με σκοπό την δημιουργία ενός πλάνου για την ομαλή εκκίνηση της αποκατάστασης. Παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψιν είναι η γενικότερη υγεία του ασθενούς και σε ποιο βαθμό η ιατρική του κατάσταση επιτρέπει την "ένταση" της αποκατάστασης. Η ενημέρωση της οικογένειας είναι βασικός άξονας της αποκατάστασης καθώς και η σε βάθος συζήτηση με τον ασθενή όσον αφορά στους στόχους της αποκατάστασης.

Βασικός άξονας της αποκατάστασης είναι η κινητική ανάκαμψη. Σε αυτήν την παράμετρο συνεισφέρουν ο φυσικοθεραπευτής και εργοθεραπευτής υπό την καθοδήγηση του φυσιάτρου. Οι λογοθεραπευτές και ψυχολόγοι συνεισφέρουν σημαντικά σε διάφορα σημεία.

Το πρώτο μέλημα του φυσικοθεραπευτή είναι ο προσδιορισμός των κινητικών ελλειμμάτων.

Η κινητική εικόνα ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η παράλυση ή πάρεση του αριστερού ή δεξιού ημιμορίου (άνω και κάτω άκρο και αποδιοργάνωση της λειτουργίας του κορμού) που ονομάζεται ημιπληγία. Σταδιακά εμφανίζονται

αυξημένα τα τενόντια αντανακλαστικά και τα παθολογικά αντανακλαστικά όπως π.χ. τα αντανακλαστικά babinski, hoffman και rossolimo. (Ρόσμπογλου 2012)

Άνω άκρο

Στο άνω άκρο συχνά εμφανίζεται πάρεση ή παράλυση των μυών η οποία συνοδεύεται από την εκδήλωση σπαστικότητας. Η σπαστικότητα καθιστά το άνω άκρο, ή σε όποιο μέρος του άκρου αναπτυχθεί, δύσκαμπτο. Συνήθως το άκρο παρατηρείται σε κατάσπαση ωμοπλάτης, κάμψη ώμου, έσω στροφή-προσαγωγή βραχίονα, κάμψη αγκώνα, πρηνισμός αντιβραχίου και κάμψη καρπού και δακτύλων. Η φυσικοθεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στη διευκόλυνση και εκμάθηση της κίνησης, τη διατήρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων και την ελαστικότητα των μυών.

Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην αποφυγή τραυματισμού στην άρθρωση του ώμου που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη της πρώτες εβδομάδες.

Κάτω άκρο

Το προσβεβλημένο κάτω άκρο παρουσιάζει πάρεση ή παράλυση η οποία συνοδεύεται της φορές από την εκδήλωση σπαστικότητας. Η σπαστικότητα καθιστά το κάτω άκρο, ή σε όποιο μέρος του άκρου αναπτυχθεί, δύσκαμπτο. Σπαστικότητα εμφανίζεται συχνά της εκτείνοντες μύες του ισχίου ενώ παρατηρείται πτώση άκρου ποδός. Η φυσικοθεραπευτική προσέγγιση συνίσταται στη διευκόλυνση και εκμάθηση της κίνησης, τη διατήρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων και την ελαστικότητα των μυών.

Κορμός

Ο κορμός είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζονται τα άνω και κάτω άκρα. Μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, όταν παρουσιάζεται παράλυση του αριστερού ή δεξιού ημιμορίου, παρουσιάζεται αδυναμία στήριξης από την προσβεβλημένη μεριά και αντιρροπιστικά κλίση του σώματος της την αντίθετη πλευρά στην προσπάθεια να διατηρηθεί η στάση του σώματος. (Ρόσμπογλου 2012)

Η πορεία της κινητικής αποκατάστασης

Αρχικά, εξασφαλίζεται η σωστή τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι στην ύπτια ή πλάγια θέση. Η αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι είναι επιτακτική ανάγκη για την αποφυγή κατακλίσεων δηλαδή δερματικών ελκών. Η ομάδα αποκατάστασης εξασφαλίζει την επαρκή ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για τις ανάγκες αυτές καθώς και την συχνότητα των αλλαγών. Καθημερινά ο φυσικοθεραπευτής και εργοθεραπευτής παρακολουθούν τη σωστή τοποθέτηση και αλλαγή θέσεων.

Η παρέμβαση κατά την πρώτη μέρα είναι συνήθως η εξασφάλιση ή εκμάθηση της μετακίνησης στο κρεβάτι. Περιλαμβάνει τη μετακίνηση στην πλάγια θέση, είτε αριστερά ή δεξιά. Με τη συμβολή του εργοθεραπευτή θα τεθούν τα θεμέλια για την ανεξαρτησία του στην κίνηση.

Η επίσκεψη του λογοθεραπευτή είναι της αναγκαίας κατά την ημέρα της εισαγωγής για την αξιολόγηση της κατάποσης, ομιλίας, υγιεινής του στόματος και αναπνοής του ασθενούς. Οι παράμετροι αυτές είναι ζωτικές για τον ασθενή αλλά σημαντικές για την ποιότητα της ζωής του. Οι οδηγίες του λογοθεραπευτή γνωστοποιούνται στην ομάδα αποκατάστασης αφού συζητηθούν με της ιατρούς. Οι πληροφορίες που παρέχει ο λογοθεραπευτής είναι καθοριστικές για την αποκατάσταση καθώς επηρεάζουν και διευκολύνουν την επικοινωνία, διάθεση και ικανοποίηση του ασθενούς.

Η πρώτη επαφή με την κατακόρυφη θέση θα έρθει όταν θα καθίσει ο ασθενής στην άκρη του κρεβατιού. Έχοντας παραμείνει στο κρεβάτι για κάποιο χρονικό διάστημα, είναι λογικό να εμφανιστεί ζάλη και πιθανώς δυσφορία. Είναι της παροδικής.

Στην καθιστή θέση θα επιχειρηθεί η ενεργοποίηση των μυών του κορμού και του σώματος εν γένει για να διατηρηθεί το σώμα στην θέση αυτή. Οι ισορροπιστικές ασκήσεις θα «ξυπνήσουν» το σώμα και θα ενισχυθεί η σταθερότητα του κορμού ώστε να προετοιμαστεί για την επόμενη φάση της αποκατάστασης.

Εν συνεχεία, ο φυσικοθεραπευτής θα συναποφασίσει με τον εργοθεραπευτή τον τρόπο μετακίνησης για να μεταφερθεί σε ένα αμαξίδιο.

Βασικά κριτήρια είναι ο τρόπος μεταφοράς

- Να διευκολύνει λειτουργικά τον ασθενή να συμμετέχει στην διαδικασία,
- Να είναι ασφαλής

- Να προστατεύει το σώμα του ασθενούς από τραυματισμούς.

Ο ασθενής πλέον μεταβαίνει στο γυμναστήριο. Η μετάβαση στο γυμναστήριο γίνεται την πρώτη μέρα στην Κλινική, εφόσον δεν υπάρχουν περιοριστικοί παράγοντες σε επίπεδο παθολογίας, οπότε αποφεύγεται για την ασφάλεια του ασθενούς.

Η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς είναι βασική σε οποιαδήποτε μεγάλη αλλαγή στην καθημερινότητα του ασθενή και στη μετάβαση στο γυμναστήριο είναι σημαντικό να ελεγχθεί πιθανά το άγχος του ασθενή αλλά και οι προσδοκίες του για βελτίωση που μπορεί να είναι πιο άμεσες από ότι πραγματικά μπορεί να επιτευχθεί. Η ομάδα αποκατάστασης λειτουργεί υπό της οδηγίες του ψυχολόγου και ιατρού για τη διευκόλυνση της πορείας του ασθενούς αλλά και την αποτελεσματικότερη παρέμβαση.

Η φυσικοθεραπευτική προσέγγιση από αυτό το στάδιο ποικίλει καθώς υπάρχουν πολλά επιμέρους στοιχεία τα οποία διαφέρουν και τροποποιούν την προσέγγιση.

Βασικός αρχικός στόχος είναι η διατήρηση της καθιστής θέσης και η ισορροπία στη θέση αυτή καθώς και η εκμάθηση λειτουργίας των άνω άκρων για στήριξη και λειτουργικές δραστηριότητες. Ο εργοθεραπευτής μέσω της εξειδικευμένης γνώσης και προσέγγισής του δίνει κίνητρο και στόχο για την καθημερινότητά του με λειτουργικές δραστηριότητες που προάγουν τη ανεξαρτησία του.

Σταδιακά ή παράλληλα με την κινησιοθεραπεία τίθενται και άλλοι θεραπευτικοί στόχοι. Η έγερση από το κάθισμα είναι της ακόμα βασικός στόχος της και η επανεκπαίδευση της όρθιας στάσης με κάποιο βαθμό υποστήριξης. Ο φυσικοθεραπευτής και εργοθεραπευτής δρουν από κοινού προάγοντας την κινητικότητα και λειτουργικότητα. Ο φυσίατρος καθοδηγεί και επιβλέπει την ορθή πορεία ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζει πιθανά προβλήματα ιατρικής φύσεως, της η επίμονη προστατική υπόταση ή το εντοπισμένο άλγος π.χ. στην οσφύ. (Cumming, 2011)

Η κινησιοθεραπεία λαμβάνει μέρος με διάφορα μέσα της θεραπευτική μπάλα, λάστιχα αντίστασης, αλτήρες σε θεραπευτικό κρεβάτι, ειδικά στρώματα και διάφορες της θέσεις. Η κινησιοθεραπεία έχει ως στόχο την ανάκτηση της κίνησης και την επανεκμάθησή της.

Παράλληλα ή όταν το επιτρέψει η κατάσταση της υγείας του ασθενούς επιδιώκεται η ορθοστάτηση. Μέσω της όρθιας στάσης ο ασθενής αρχίζει να λαμβάνει βασικά

ερεθίσματα στάσης και να δίδεται το κατάλληλο ερέθισμα για την ανάκτηση της κίνησης και λειτουργικών δραστηριοτήτων.

Μια παράμετρος σημαντική στην αποκατάσταση είναι η όραση του ασθενούς. Της φορές ένα εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλεί απώλεια κάποιων τμημάτων του οπτικού πεδίου. Η αξιολόγηση από τον φυσίατρο αλλά και το θεραπευτικό προσωπικό είναι σημαντική, ώστε να διαπιστωθεί το μέγεθος της βλάβης. Λόγω γνωστικών διαταραχών η διαπίστωση της έκτασης της βλάβης η επίδρασή της και δυσκολία που προβάλλει στην κινητικότητα και λειτουργικότητά του είναι δύσκολη και απαιτεί την παρακολούθηση των θεραπειών σε της και διαφορετικές συνθήκες.

Η όρθια στάση είναι δυνατόν να εκπαιδευτεί με διάφορους βαθμούς υποστήριξης.

Το ανακλινόμενο κρεβάτι είναι ένα κρεβάτι όπου ο ασθενής μπορεί να προσδεθεί με ιμάντες και να έρθει σε όρθια στάση σταδιακά με την αύξηση της κλίσης του κρεβατιού. Σε αυτήν τη θέση μπορεί να ασκηθεί, καθώς τα άνω άκρα είναι ελεύθερα να κινηθούν.

Η όρθια στάση μπορεί να εκπαιδευτεί και με τη χρήση ορθοστάτη, που στηρίζει το κάτω ημιμόριο του σώματος, τη λεκάνη και τα κάτω άκρα, με στήριξη συνήθως σε δυο σημεία, τη λεκάνη και τα γόνατα. Ο ορθοστάτης μπορεί να είναι σταθερός ή να επιτρέπει κίνηση για την εξάσκηση της δυναμικής ισορροπίας.

Στη πορεία της αποκατάστασης πολλά απρόοπτα μπορεί να παρουσιαστούν. Σε ανθρώπους άνω των 70 ετών ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αποκαλύψει να επιταχύνει ή να αποτελέσει το εφελτήριο για βλάβες εξωπυραμιδικού τύπου ή άνοια. Η νόσος του parkinson και η νόσος του alzheimer είναι χαρακτηριστικές περιπτώσεις. Η νόσος του πάρκινσον συνεπάγεται της φορές σε ακινησία, δυσκινησία και δυσκαμψία στα άκρα ή γενικά στο σώμα ενώ το alzheimer μπορεί να επιδεινώσει την αντίληψη του ασθενή καθώς και της υπόλοιπες γνωστικές του λειτουργίες. Η ομάδα αποκατάστασης με την ολοκληρωμένη προσέγγισή της μπορεί να εμποδίσει την επιδείνωση ή να αναχαιτίσει διάφορα συμπτώματα. Ειδικός νευροψυχολόγος και ψυχολόγος συνεργάζονται με τον εργοθεραπευτή όσον αφορά στην καθημερινότητά του, ενώ ο φυσικοθεραπευτής παραθέτει πιθανά προβλήματα λόγω της πάθησης και του προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης. Απλά παραδείγματα είναι η επιλογή ασκήσεων προσοχής και προώθηση της επικοινωνίας του ατόμου καθώς και η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και επέκταση της ώρας εξάσκησης.

Όταν ο ασθενής έχει καλύτερη ικανότητα διατήρησης της όρθιας στάσης μπορεί να στηριχθεί σε κάποιο σταθερό σημείο αρχικά της ένα δίζυγο.

Η διατήρηση της όρθιας στάσης οδηγεί στην εκπαίδευση της δυναμικής ισορροπίας. Δυναμική ισορροπία στην όρθια θέση είναι η ικανότητα του σώματος να διατηρεί την όρθια στάση όταν εφαρμόζεται εξωτερική δύναμη που απειλεί την ισορροπία ή όταν μεταφέρεται το κέντρο βάρους του σώματος.

Παραδείγματα μεταφοράς του κέντρου βάρους είναι η μεταφορά του βάρους του σώματος από το αριστερό κάτω άκρο στο δεξί, η μετακίνηση της λεκάνης σε διάφορες κατευθύνσεις, η ανύψωση του άνω άκρου ή η συμμετοχή του σε δραστηριότητες.

Ένα συχνό κινητικό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται στην κλινική πράξη είναι η αδυναμία ελέγχου του γόνατος η οποία προκύπτει της φορές από την αδράνεια των καμπτήρων του γόνατος. Η ενεργοποίηση του τετρακεφάλου είναι συνήθως εύκολη και αναζητείται η ενέργεια των ανταγωνιστών ώστε να σταθεροποιηθεί η άρθρωση του γόνατος. Σε κάθε θέση της άρθρωσης της είναι λειτουργικά σημαντικό να υφίσταται σταθεροποίηση. Θεραπευτικά, η επανεκπαίδευση μέσω κινησιοθεραπείας φέρει αξιόλογα αποτελέσματα ενώ η χρήση θεραπευτικών ρευμάτων μπορεί να προσφέρει αισθητηριακά ερεθίσματα τα οποία σε συνδυασμό με τα απτικά και την άσκηση μπορούν να συνεισφέρουν στην υπερπήδηση του προβλήματος του ελέγχου του γόνατος.

Ο συνδυασμός της προοδευτικής εκμάθησης της κίνησης και η επανεκπαίδευση της στάσης οδηγούν στο επόμενο στάδιο, την βάδιση. Η βάδιση είναι μια σύνθετη κίνηση και δεν αφορά μόνο της μύες ή το νευρικό σύστημα αλλά όλα τα συστήματα του σώματος. Η ομάδα αποκατάστασης και κάθε μέλος της ξεχωριστά παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη διευκόλυνση και τη προσοχή του φυσικοθεραπευτή σε διάφορες σημαντικές παραμέτρους. Οι γνωστικές διαταραχές που επηρεάζουν την επικοινωνία του ασθενή, η ικανότητα διατήρησης προσοχής και της της παράμετροι επιβλέπονται και αντιμετωπίζονται από τον λογοθεραπευτή ο οποίος καθοδηγεί την ομάδα όσον αφορά αυτές της λειτουργίες ή δυσλειτουργίες. Η εύκολη απόσπαση της προσοχής μπορεί της να αξιολογηθεί από τον λογοθεραπευτή και να αποτρέψει πιθανά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο φυσικοθεραπευτής στην πράξη, ακόμη και κίνδυνο πτώσης. Ο ψυχολόγος από τη μεριά του έχοντας μια συνολική εικόνα της κατάστασης του ασθενούς, τροφοδοτεί την ομάδα με πληροφορίες που

ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Η αντοχή και η διάθεση του ασθενούς είναι σημαντική παράμετρος της και η ικανότητα του να διαχειριστεί μια ενδεχόμενη πρόωρη προσπάθεια που μπορεί να αποκαλύψει ελλείμματα κίνησης που δεν έχουν αντιμετωπιστεί ακόμα. Τέλος ο φυσικοθεραπευτής με την τελική καθοδήγηση του φυσιάτρου θα εξετάσει την αναγκαιότητα χρήσης βοηθήματος.

Η βάδιση είναι μια σύνθετη λειτουργία. Η κεντρική επεξεργασία της κίνησης ξεκινά από τον εγκέφαλο ο οποίος συντονίζει την κίνηση. Το σώμα μεταφέρεται της μια κατεύθυνση και κάθε στιγμή το βάρος του σώματος πρέπει να διατηρείται υπό έλεγχο και πρέπει να κινείται με ασφάλεια στη κατεύθυνση αυτή. Παρόλο που η κίνηση εκτελείται από τα κάτω άκρα, η σταθερότητα και η ασφάλεια εξασφαλίζεται από τον κορμό, την κίνηση των άνω άκρων και τη λεκάνη η οποία είναι ένα σημείο του σώματος που συνδέει το άνω και κάτω ημιμόριο του σώματος μεταφέροντας το βάρος του σώματος.

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη σωστή εκμάθηση της εμβιομηχανικής της βάδισης. Στο στάδιο αυτό τίθενται τα θεμέλια της ποιότητας της βάδισης. Η ποιότητα της βάδισης δεν συνίσταται μόνο στην αισθητική της, αλλά στην αποτελεσματικότητά της και την ασφάλεια κατά τη μετακίνηση σε διάφορα επίπεδα.

Ένα απλό παράδειγμα της σημασίας της ορθής εκμάθησης εμβιομηχανικής συναντάται στη βάδιση σε ανώμαλο έδαφος ή ανηφόρα και κατηφόρα. Η βάδιση ενώ είναι φαινομενικά καλή σε μια μικρή ευθεία πορεία, όταν τεθεί το άτομο αντιμέτωπο με ανηφόρα ή ανώμαλο έδαφος, προκύπτει έντονη αστάθεια, έτσι η βάδιση είναι επισφαλής και φυσικά αναδεικνύονται οι ατέλειες τόσο στην βάδιση όσο και στην εκπαίδευση.

Της φορές η εκπαίδευση μπορεί να μη βελτιώνεται πέρα από κάποιο σημείο λόγω της φύσης του επεισοδίου. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να υπάρχει επιμονή και υπομονή ώστε να επιτυγχάνεται και να εξασφαλίζεται το μέγιστο της λειτουργικής ικανότητας και ασφάλειας στη βάδιση. Αυτή είναι ίσως και η πιο βασική παράμετρος της επανεκπαίδευσης.

Δεν είναι της μόνο η βάδιση στόχος της φυσικοθεραπείας και της κινητικής αποκατάστασης. Η επανεκπαίδευση της κίνησης προϋποθέτει μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει κάθε άρθρωση και έκφραση του σώματος. Ο

φυσικοθεραπευτής θα εκπαιδεύσει τον ασθενή όχι μόνο να βαδίζει αλλά και να μπορεί να ανταποκριθεί κινητικά σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Στόχοι της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης είναι της να μπορεί το άτομο να διανύσει μια μεγάλη απόσταση χωρίς κόπωση, να οδηγήσει, να ανέβει μια σκάλα, να μιλήσει ή να κοιτάζει γύρω του ενώ περπατάει, να έχει την κινητική ικανότητα να πιάσει ένα αντικείμενο από ένα ράφι, να μπορεί να σκύψει για τον ίδιο λόγο.

Η εκπαίδευση της κίνησης των άνω άκρων και της λειτουργίας του χεριού είναι θεμελιώδης στόχος της φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και της αποκατάστασης.

Κατά την έναρξη της αποκατάστασης της φορές ο ώμος της πλευράς που έχει επηρεαστεί από το εγκεφαλικό παρουσιάζει έντονο πόνο, περιορισμό στην κίνηση και πιθανά ενεργή φλεγμονή. Η εικόνα αυτή πιθανά να προέρχεται από κακό χειρισμό στον ώμο κατά κάποια μετακίνηση στο νοσοκομείο προκαλώντας κάποιο υπεξάρθρωμα ή στην αύξηση του μυϊκού τόνου του άνω άκρου λόγω της πυραμιδικής βλάβης. Η αντιμετώπιση της κατάστασης συντάσσεται από την ομάδα αποκατάστασης δίνοντας οδηγίες στο νοσηλευτικό προσωπικό καταρχάς. Ο φυσίατρος πιθανώς να κρίνει την έναρξη συμπληρωματικής αγωγής. Ο φυσικοθεραπευτής ακολουθεί αναλγητική αγωγή και ήπια κινησιοθεραπεία, ενώ ο εργοθεραπευτής προτείνει τροποποιήσεις στη θέση του ώμου και τη χρήση νάρθηκα. Οι παρεμβάσεις αυτές προκύπτουν από τη διεπιστημονική συζήτηση και ποικίλουν. Σε κάθε περίπτωση της η απουσία της παρέμβασης πιθανά να εμπόδιζε την αποδρομή της κλινικής εικόνας χρησιμοποιώντας αλληλοαναιρούμενες προσεγγίσεις.

Ο φυσικοθεραπευτής μετέπειτα ή παράλληλα θα εκπαιδεύσει τον ασθενή π.χ. να είναι ικανός-ή όταν είναι όρθιος-α να μπορεί να πιάσει ένα αντικείμενο σε κάποιο ύψος πάνω σε ένα τραπέζι. Θα επιδιώξει να μπορεί το χέρι να μπορεί να βοηθήσει κινητικά σε βασικές δραστηριότητες της ένδυσης. Σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή ο οποίος θα διδάξει τον ασθενή πώς να ενσωματώσει την κεκτημένη ή προσαρμοσμένη κίνηση στην καθημερινότητά του, η θεραπευτική προσέγγιση καθίσταται ολοκληρωμένη και καλύπτει κάθε πτυχή της λειτουργικότητάς του. (Ρόσμπογλου 2012)

1.8 Κλίμακα Barthel

1.8.1.Ορισμός κλίμακας Barthel

Η κλίμακα Barthel δημιουργήθηκε το 1965 από τον Barthel με βαθμολογία που κυμαινόταν από 0-20. (Mahoney,1965). Αν και η αρχική έκδοση εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως, τροποποιήθηκε από το Granger και της συναδέλφους του το 1979 και από τότε περιλαμβάνει από 0-100 βαθμούς για κάθε μεταβλητή, (Granger, 1979) ενώ το 1989 εισήχθησαν περαιτέρω βελτιώσεις. (Shah, 1989) Η κλίμακα χρησιμοποιείται για την μέτρηση των επιδόσεων της δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ,την λειτουργική ανεξαρτησία και την κινητικότητα στην προσωπική φροντίδα του ασθενούς. Αναπτύχθηκε για να παρακολουθεί την επίδοση σε χρόνιους ασθενείς πριν και μετά την θεραπεία και για να αναδείξει τον χρόνο της νοσηλείας που χρειάζεται (Mahoney, 1958). Χρησιμοποιείται σε μακροπρόθεσμους ασθενείς με παραλυτικές καταστάσεις σε ασθενείς που βρίσκονται σε στάδιο αποκατάστασης για την εκτίμηση της πρόγνωσης, να προβλέψει την διάρκεια της παραμονής και την στιγμή του εξιτηρίου και της λειτουργεί και σαν όργανο αξιολόγησης.

1.8.2 Περιγραφή

Η κλίμακα Barthel είναι μια κλίμακα αξιολόγησης που σχεδιάστηκε από επαγγελματία μέσω άμεσης παρατήρησης και ιατρικών δεδομένων. (Granger, 1979) Παίρνει δύο με πέντε λεπτά για να ολοκληρωθεί από τον ερευνητή ή μπορεί να γίνει σε δέκα λεπτά μέσω της συμπλήρωσης από τον ασθενή εφόσον είναι σε θέση. Αξιολογεί 10 δραστηριότητες (8 καθημερινής ζωής – 2 μετακίνησης). Κάθε ερώτηση είναι βαθμολογημένη με όρους που αναδεικνύουν αν ο ασθενής μπορεί να διεκπεραιώσει δραστηριότητες από μόνος του, με κάποια βοήθεια ή εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από κάποια βοήθεια. Συγκεκριμένα ο ασθενής βαθμολογείται με :

0 = αν έχει πλήρη εξάρτηση

5 = αν έχει ανάγκη βοήθειας

10= αν έχει πλήρη ανεξαρτησία.

Ένα γενικό αποτέλεσμα σχηματίζεται από την πρόσθεση όλων των βαθμολογιών μαζί και αναδεικνύει το ποσό του χρόνου και την βοήθεια που θα χρειασθεί ο ασθενής (Mahoney, 1965). Το εύρος των τιμών κυμαίνεται από το 0 έως και το 100, με το μεγαλύτερο σκορ να υποδεικνύει την περισσότερη ανεξαρτησία (Wylie, 1964).

Αρκετοί συγγραφείς έχουν προτείνει ποιοτικές κατηγορίες των βαθμολογιών της κλίμακας. Ο Shah και οι συνεργάτες του πρότειναν την εξής ταξινόμηση βαθμολογιών του εύρους:

- από 0 έως 20 που υποδεικνύουν πλήρη εξάρτηση-ιδρυματοποίηση
- από 20 έως 40 υποδεικνύουν βαριά ανικανότητα –εξάρτηση από βοηθό άτομο
- από 40 έως 60 μέσης βαρύτητας εξάρτηση-δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης
- από 60 έως 90 ελαφριά εξάρτηση
- από 90 έως 100 καμία εξάρτηση (Shah, 1989).

1.8.3 Αξιοπιστία

Σύμφωνα με τον Duffy και συν. στην συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που διεκπεραίωσαν και δημοσίευσαν στο περιοδικό Stroke το 2013, η κλίμακα Barthel αποτελεί ένα εξαιρετικά αξιόπιστο εργαλείο που μας βοηθά στην διαχείριση των εγκεφαλικών επεισοδίων και όχι μόνο. Σε γενικές γραμμές η αξιοπιστία των παρατηρητών και η διεκπεραίωση της Barthel ήταν εξαιρετική (κω, 0.93; 95% confidence interval, 0.90–0.96 random effects modeling)

Ο Collin και οι συνεργάτες του, μελέτησαν τέσσερεις τρόπους συμπλήρωσης της κλίμακας σε 25 ασθενείς:

- Αυτό-συμπλήρωση,

- συμπλήρωση από κάποιο νοσηλευτή βασισμένος της κλινικές εντυπώσεις,
- ο νοσηλευτής να κάνει το τεστ
- και τέλος να γίνει το τεστ από τον φυσικοθεραπευτή

(Collin C et al 1988).

Ο Kendall έβγαλε ως συντελεστή αξιολόγησης μεταξύ των τεσσάρων μεθόδων 0.93. Ο αριθμός της κρύβει κάπως την έκταση της ασυμφωνίας, ωστόσο, δεν υπήρχε σημαντική διαφωνία για το 60% των ασθενών και η διαφωνία σε μία εκτίμηση για το 28%, το 12% είχε περισσότερες από μια ασυμφωνίες (Colin, 1987). Όσοι ασθενείς κάνανε από μόνοι τους το ερωτηματολόγιο ανταπεξήλθαν λιγότερο καλά σε σχέση με τις τρεις μεθόδους. Τα αποτελέσματα ήταν τα χαμηλότερα στις εξής ομάδες: μετακίνηση, τάισμα, ντύσιμο, περιποίηση και τουαλέτα.

Ο Shinar και οι υπόλοιποι συνεργάτες του εξασφάλισαν αξιοπιστία 0.99 και Cronbach alpha 0.98 για 18 ασθενείς. Της σύγκριναν την διαχείριση μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης και μέσω παρατήρησης για 72 ασθενείς. Τελικές βαθμολογίες ήταν 0.97 (Shinar, 1987).

1.8.4 Εγκυρότητα

Αρκετές έρευνες έδειξαν την εγκυρότητα της κλίμακας Barthel. Σε έρευνα που έκανε ο Granger και οι συν τα το ποσοστό των εγκεφαλικών επεισοδίων που πέθαναν σε διάστημα 6 μηνών μετά την εισαγωγή της έπεσε σημαντικά (Granger, 1975). Οι βαθμολογίες που είχαν οι επιζήσαντες κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο προέβλεψαν το χρονικό διάστημα της παραμονής τους αλλά και την μεταγενέστερη εξέλιξη τους. Το 77% από αυτούς που σκόραραν 60 με 100 βαθμούς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έδειξαν βελτίωση σε σχέση με το 36% που είχαν βαθμολογία από 0 έως 15 (Wylie, 1967). Οι περισσότερες διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές βαθμολογίες και στις εντυπώσεις των γιατρών για βελτίωση

συνέβησαν επειδή υπήρξε παράβλεψη των κατηγοριών του λόγου και της ψυχικής κατάστασης των ασθενών από την κλίμακα. Ο Granger ανακάλυψε ότι 4 σημαντικά στοιχεία: ο έλεγχος του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, η περιποίηση και το τάισμα, δίνουν προβλέψεις για την καλύτερη αποκατάσταση του ασθενούς και την ανεξαρτησία του μετά από 6 μήνες.

1.8.5 Εναλλακτικές Μορφές

Υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές μορφές της κλίμακας. Ανάμεσα σε αυτές οι πιο μη διαδεδομένες είναι αυτή των 12 κατηγοριών του Granger, των 14 κατηγοριών, των 16 κατηγοριών και των 17 κατηγοριών. Ο Chino και συν. πρότειναν ένα ελαφρύς διαφορετικό τρόπο βαθμολόγησης για την κλίμακα των 15 κατηγοριών. Λόγω αυτών των διαφορετικών εκδοχών, απαιτείται προσοχή όταν συγκρίνονται αποτελέσματα ερευνών. Απαιτείται συντονισμός στην περαιτέρω ανάπτυξη της κλίμακας Barthel και προτείνουμε τους χρήστες να χρησιμοποιούν την εκδοχή των 10 κατηγοριών του Collin όπως χρησιμοποιήσαμε και εμείς ή την εκδοχή των 15 κατηγοριών που πρότεινε ο Granger και οι συνεργάτες του το 1981.

1.8.6 Σχόλια

Η χρήση της κλίμακας Barthel χρησιμοποιείται ευρέως εδώ και δεκαετίες, αποτελεί ένα εκλεπτυσμένο βοήθημα και έχει ενσωματωθεί σε ευρύτερα όργανα αξιολόγησης, της στο σύστημα αξιολόγησης μεγάλης εμβέλειας που ανέπτυξε ο Granger και οι συνεργάτες του (Granger, 1984). Πρόσφατα το τελευταίο έχει αντικατασταθεί από το πρόγραμμα διαχείρισης με το όνομα Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR) το οποίο χρησιμοποιεί την κλίμακα Barthel σαν βάση για την μέτρηση της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας του ασθενή. Εδώ

να αναφέρουμε ότι το UDSMR είναι ένα πρόγραμμα διαχείρισης των αποτελεσμάτων για ειδικευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, διεθνείς νοσοκομεία αποκατάστασης, καθώς και της συναφή χώρους φροντίδας.

Η Barthel συνήθως χρησιμοποιείται ως μονάδα μέτρησης της ανεξαρτησίας. Η αυτοσυμπλήρωση της κλίμακας είναι πολύ πιθανόν να δείξει διαφορετικά αποτελέσματα από τις μετρήσεις των θεραπειών (Wade, 1987). Ωστόσο οι κατευθύνσεις αυτών των διαφορών δεν συνάδουν και της περισσότερες των περιπτώσεων και είναι ασήμαντες. Ωστόσο θα ήταν καλύτερα η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης να αποφεύγεται για να μην υπάρχουν αποκλείσεις στα αποτελέσματα.

Αρκετές κριτικές έχουν γίνει εις βάρος της κλίμακας Barthel, που αφορούσαν κυρίως τον τρόπο της βαθμολόγησης. Όντως η κριτική αυτή για την βαθμολόγηση παρακίνησε την ανάπτυξη πολλών διαφορετικών τρόπων. Ο Collin και ο Wade σχολίασαν την δυσκολία της ερμηνείας των μεσαίων κατηγοριών της κλίμακας και έτσι πρότειναν πιο αναλυτικές οδηγίες (Collin, 1987). Ο Shah και οι υπόλοιποι σημείωσαν την έλλειψη ευαισθησίας στον τρόπο βαθμολόγησης και πρότειναν πιο αναλυτικές ενδιάμεσες κατηγορίες (Shah, 1989). Οι προσεγγίσεις των Collin, Wade και Shah βελτίωσαν τον αρχικό τρόπο βαθμολόγησης ωστόσο χρειάζεται της καθοριστικός τρόπος βαθμολόγησης. Η Barthel της έχει περιορισμένο πεδίο εφαρμογής και υπάρχει πιθανότητα να μην μπορέσει να εντοπίσει χαμηλά επίπεδα αναπηρίας που αντανάκλα στην προέλευση του προβλήματος επειδή είναι ένα όργανο μέτρησης σοβαρά άρρωστων ασθενών. Ωστόσο, ενώ στην βαθμολόγηση το 100 της δείχνει την ανεξαρτησία του αρρώστου, σε της της 10 κατηγορίες μπορεί να χρειάζεται βοήθεια. Για παράδειγμα για το καθάρισμα του σπιτιού ή το μαγείρεμα.

Η Barthel είναι ευρέως σεβαστή ως μία καλή κλίμακα μέτρησης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Τα δεδομένα της εγκυρότητας της είναι πολύ πιο εκτενή από κάθε άλλη κλίμακα. Βέβαια της με κάθε άλλη παραδοσιακή κλίμακα μέτρησης των καθημερινών δραστηριοτήτων το πεδίο της εφαρμογής της είναι στενό. Περαιτέρω ανάπτυξη θα πρέπει σίγουρα να γίνει και οι τύποι φύλο, ηλικία και ιατρική κατάσταση θα πρέπει να παρθούν σοβαρά.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός

Κύριος σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι αρχικά να τονιστεί η σημαντικότητα του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (Α.Ε.Ε) σε μια περίοδο συνεχώς αυξανόμενων παραγόντων κινδύνου καθώς και να γίνει γνωστή η κλίμακα Barthel. Επιπρόσθετα θέλουμε να ερευνηθεί κατά πόσο είναι αξιόπιστη και χρήσιμη η συγκεκριμένη κλίμακα για τον ασθενή, για τους νοσηλευτές και το έργο τους. Να μάθουμε αν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα σε καθημερινή βάση στα νοσοκομεία, στις ιδιωτικές κλινικές και στα κέντρα αποκατάστασης για την ευκολότερη διεκπεραίωση των καθηκόντων των νοσηλευτών και την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση της υγείας του ασθενή σε συνεργασία με τους υπεύθυνους γιατρούς.

2.2 Αντικειμενικοί στόχοι

- **1^{ος} στόχος:** Να διαπιστωθεί και να ερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς που υποβάλλονται στην κλίμακα Barthel μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
- **2^{ος} στόχος :** Να καταγραφούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις.
- **3^{ος} στόχος :** Να διερευνηθούν τυχόν δυσκολίες από την χρήση της κλίμακας.
- **4^{ος} στόχος:** Αποτύπωση της νοσηλευτικής πραγματικότητας.
- **5^{ος} στόχος:** Να διερευνηθεί αν η κλίμακα αποτελεί χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε καθημερινή βάση.

2.3 Ερευνητικό ερώτημα

- Να γίνει γνωστό κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι σε συμφωνία με τα αποτελέσματα που αποφέρει η κλίμακα Barthel.
- Είναι η χρήση της κλίμακας αξιόπιστη έτσι ώστε να είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα σε ασθενείς αλλά και σε άλλες έρευνες;
- Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο δείγματα νοσοκομείων και αν ναι ποιες είναι αυτές;

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

3.1 Περιγραφή του δείγματος

Υλικό για την παρούσα έρευνα αποτέλεσαν 62 ασθενείς από 2 παθολογικές κλινικές τοπικών Γενικών Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης . Οι πληροφορίες ανακτήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων της κλίμακας την επόμενη αμέσως ημέρα της εφημερίας της κλινικής. Το εύρος δεν ήταν δυνατό να υπολογισθεί, εφόσον, οι ηλικιακές ομάδες που χρησιμοποιήθηκαν δεν είχαν σαφές ανώτατο ηλικιακό όριο. Λόγω έλλειψης ασθενών με ΑΕΕ το δείγμα δεν αποτελούνταν αποκλειστικά από ασθενείς με εγκεφαλικό αλλά και από άλλες ασθένειες. Όλες οι ασθενείς αναγράφονται στον ΠΙΝΑΚΑ 1 στο επόμενο κεφάλαιο.

3.2 Μέθοδος και Κατασκευή ερωτηματολογίου

Στην παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Barthel στην εξιχνρισμένη έκδοση του. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δέκα συνολικά ερωτήσεις. Αυτές οι δέκα ερωτήσεις αναφέρονται στην ικανότητα του ασθενή να πηγαίνει τουαλέτα, να σιτίζεται, να περιποιείται, να ντύνεται και να κάνει μπάνιο. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με 0, 5, 10 ή 15 ανάλογα με την απάντηση. Οι απαντήσεις αναδεικνύουν αντίστοιχα αν ο ασθενής μπορεί να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες από μόνος του, με κάποια βοήθεια ή εξαρτάται εξ ολοκλήρου με κάποια βοήθεια. Το εύρος των τιμών κυμαίνεται από το 0 έως και το 100, με την μεγαλύτερη βαθμολογία να αναδεικνύει την ανεξαρτησία του ασθενή ενώ η μικρότερη βαθμολογία την εξάρτησή του ασθενή σε άλλο άτομο είτε αυτό είναι ο συγγενής, ο νοσηλευτής, ή ο φυσικοθεραπευτής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από την ερευνήτρια με την βοήθεια των ίδιων των ασθενών

είτε των συνοδών τους είτε των νοσηλευτών της κλινικής για τους λόγους ότι οι ίδιοι οι ασθενείς δεν ήταν σε θέση αυτοσυμπλήρωσης.

3.4 Πιλοτική μελέτη

Στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης, εργαζόμενοι νοσηλευτές των τμημάτων των παθολογικών κλινικών των 2 γενικών νοσοκομείων του νομού Θεσσαλονίκης συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Barthel για 10 ασθενείς (5 ασθενείς στο κάθε νοσοκομείο). Η διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας είχε ως στόχο αρχικά την διερεύνηση πιθανών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Επιπλέον κατά πόσο η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συμπίπτει με την γνώμη των νοσηλευτών, καθώς ρωτήθηκαν και οι νοσηλευτές για τους ίδιους ασθενείς. Τέλος σύμφωνα με τα αποτελέσματα που πήραμε από τους ασθενείς αλλά και από τους νοσηλευτές που ερωτήθηκαν για τους συγκεκριμένους ασθενείς διαπιστώθηκε ότι οι απαντήσεις των ασθενών ταίριαζαν με την γνώμη των νοσηλευτών.

3.5 Ηθική και δεοντολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων συντάχθηκε και κατατέθηκε πρωτόκολλο στο ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, από την οποία αφενός εγκρίθηκε η ερευνητική μεθοδολογία και αφετέρου δόθηκε η άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Για τη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωθυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Πιο συγκεκριμένα, δεν χρησιμοποιήθηκαν πουθενά τα ονόματα των συμμετεχόντων ή κάποιο άλλο στοιχείο που να παραπέμπει στην ταυτότητά τους. Αντί αυτού χρησιμοποιήθηκε η αρίθμηση των ασθενών.

Όσο αφορά την Εμπιστευτικότητα οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης ακαδημαϊκής έρευνας. Για τη διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε εγγράφως και εν συνεχεία χορηγήθηκε άδεια

από τον διοικητή, το ΔΣ και τον διευθυντή της κλινικής του νοσοκομείου στο οποίο έλαβε χώρα η συγκεκριμένη έρευνα.

3.6 Διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με την βοήθεια του ερευνητή και στους 62 νοσηλεύόμενους. Στο τέλος μετρήθηκαν τα συμπληρωμένα σε 62 και τα ασυμπλήρωτα σε 0. Απάντησαν 31 γυναίκες και 31 άνδρες, ηλικίας 20–95 ετών. Στα ερωτηματολόγια μελετήθηκαν το σύνολο των απαντήσεων και υπολογίστηκε το σύνολο βαθμολογίας για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Από το σύνολο της βαθμολογίας κάθε ασθενή τα ερωτηματολόγια ομαδοποιήθηκαν σε πέντε ομάδες.

1. Στην πρώτη ομάδα ανήκαν οι ασθενείς με βαθμολογίες του εύρους 0 έως 20 που υποδείκνυαν την πλήρη εξάρτηση και την πιθανή αν όχι σίγουρη ιδρυματοποίηση.
2. Στην δεύτερη ομάδα ανήκαν οι ασθενείς από 20 έως 40 βαθμούς που υποδείκνυαν βαριά ανικανότητα και εξάρτηση από κάποιο άλλο άτομο.
3. Στην τρίτη ομάδα ανήκαν οι ασθενείς από 40 έως 60 βαθμούς μέσης βαρύτητας εξάρτηση-δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης
4. Στην τέταρτη ομάδα ανήκαν οι ασθενείς από 60 έως 90 ελάχιστη εξάρτηση.
5. Στην Πέμπτη ομάδα ανήκαν οι ασθενείς από 90-100 και θεωρείτο άριστο και ότι ο ασθενής δεν χρειαζόταν καμιά βοήθεια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα και τα διαγράμματα

Σε αυτό το κεφάλαιο αναγράφονται τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων της κλίμακας τα οποία πραγματοποιήθηκαν σε δύο τμήματα παθολογικών κλινικών. Η κλίμακα Barthel έγινε για όλους τους ασθενείς που υπήρχαν στις δύο κλινικές την επόμενη μέρα της εφημερίας αντίστοιχα. Αυτό έγινε διότι υπήρχε ο φόβος ότι δεν θα μπορέσουμε να βρούμε αρκετά περιστατικά ΑΕΕ μιας και αυτή η έρευνα ειδικεύεται στα εγκεφαλικά, κάτι το οποίο αποδείχτηκε να μην ισχύει διότι σχεδόν τα μισά περιστατικά ήταν τελικά εγκεφαλικά. Παρακάτω αντιπαρατίθεται ο πίνακας (πίνακας 1) με τα συνολικά δεδομένα που συλλέχθηκαν με την βοήθεια της κλίμακας Barthel. Μέσα από τους παρακάτω πίνακες συγκρίνονται οι ηλικίες των ασθενών, το φύλο, η διάγνωση αλλά και τα σκορ των αποτελεσμάτων της Barthel.

<i>Ασθενής</i>	<i>Κλινική</i>	<i>Φύλο</i>	<i>Διάγνωση</i>	<i>Ηλικία</i>	<i>Barthel</i>
1	A	APPEN	Ουρολοιμώξη- νεφρικής λειτουργίας επιδείνωση	81	65
2	A	APPEN	Αιμορραγία γαστρορραγία και κενώσεις πεπτικού- και μέλαινες	60	100
3	A	APPEN	Απώλεια καταβολή βάρους-αδυναμία-	67	100
4	A	APPEN	Φαρμακευτική δηλητηρίαση	25	100
5	A	ΘΗΛΥ	Αναιμία	89	0
6	A	ΘΗΛΥ	Επιγαστραλγία	58	90
7	A	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	78	0

8	A	APPEN	AEE	75	15
9	A	ΘΗΛΥ	AEE	80	0
10	A	ΘΗΛΥ	AEE	83	15
11	A	APPEN	AEE	78	0
12	A	ΘΗΛΥ	AEE	67	0
13	A	APPEN	AEE	87	0
14	A	APPEN	AEE	90	0
15	A	APPEN	AEE	75	15
16	A	ΘΗΛΥ	AEE	83	0
17	A	APPEN	AEE	76	15
18	A	ΘΗΛΥ	AEE	91	0
19	A	APPEN	AEE	89	0
20	A	ΘΗΛΥ	Εμπύρετο	21	100
21	A	ΘΗΛΥ	Ουρολοίμωξη-αλτσχάμερ	83	10
22	A	APPEN	Άγγειο-οίδημα	47	100
23	A	ΘΗΛΥ	Πνευμονία-αναιμία	89	30
24	A	APPEN	ουρολοίμωξη νεφρικής λειτουργίας	81	90
25	A	ΘΗΛΥ	Φαρμακευτική δηλητηρίαση	64	90
26	A	ΘΗΛΥ	AEE	86	5
27	A	APPEN	Αναιμία- έλκος στομάχου	53	100
28	A	ΘΗΛΥ	Λοίμωξη αναπνευστικού	60	65
29	A	ΘΗΛΥ	Κοιλιακό άλγος- υπονατρίαμια	79	65
30	A	ΘΗΛΥ	Εμπύρετο	76	100
31	A	ΘΗΛΥ	Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού	76	100
32	A	ΘΗΛΥ	Εμπύρετο	88	30
33	A	ΘΗΛΥ	Αναιμία	84	5
34	A	APPEN	λιποθυμικό επεισόδιο	63	100
35	A	APPEN	Γαστρεντερίτιδα	20	100
36	B	APPEN	AEE	78	0
37	B	ΘΗΛΥ	AEE	67	0
38	B	ΘΗΛΥ	AEE	80	0

39	B	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	86	0
40	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	80	15
41	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	88	0
42	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	79	0
43	B	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	75	0
44	B	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	62	0
45	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	81	0
46	B	ΑΡΡΕΝ	Υπονατριαιμία	74	20
47	B	ΘΗΛΥ	Αναιμία	64	40
48	B	ΘΗΛΥ	Αλτσχάιμερ-ουρολοίμωξη	85	0
49	B	ΑΡΡΕΝ	Πνευμονία-αναιμία	91	40
50	B	ΘΗΛΥ	Λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού	90	100
51	B	ΘΗΛΥ	Παγκρεατίτιδα	68	100
52	B	ΑΡΡΕΝ	Εμπύρετο- φυματίωση	75	100
53	B	ΑΡΡΕΝ	Κοιλιακό άλγος	78	35
54	B	ΘΗΛΥ	Κίρρωση ήπατος- ασκίτης	77	0
55	B	ΑΡΡΕΝ	Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού	82	0
56	B	ΑΡΡΕΝ	Γαστρεντερίτιδα	75	50
57	B	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	83	0
58	B	ΘΗΛΥ	ΑΕΕ	82	0
59	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	65	0
60	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	70	15
61	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	94	0
62	B	ΑΡΡΕΝ	ΑΕΕ	79	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ευρήματα ερωτηματολογίων.

Στην πρώτη στήλη του πίνακα 1 απεικονίζονται οι ασθενείς με αύξουσα σειρά, ενώ στην δεύτερη στήλη με Α απεικονίζεται η πρώτη κλινική και με Β η δεύτερη κλινική. Στην συνέχεια στην τρίτη στήλη βρίσκεται το φύλο του ασθενή και στην τέταρτη στήλη απεικονίζεται η ασθένεια του. Στην πέμπτη στήλη είναι η ηλικία του κάθε

ασθενή και τέλος στην έκτη στήλη βρίσκεται το αποτέλεσμα που προέκυψε από την κλίμακα Barthel.

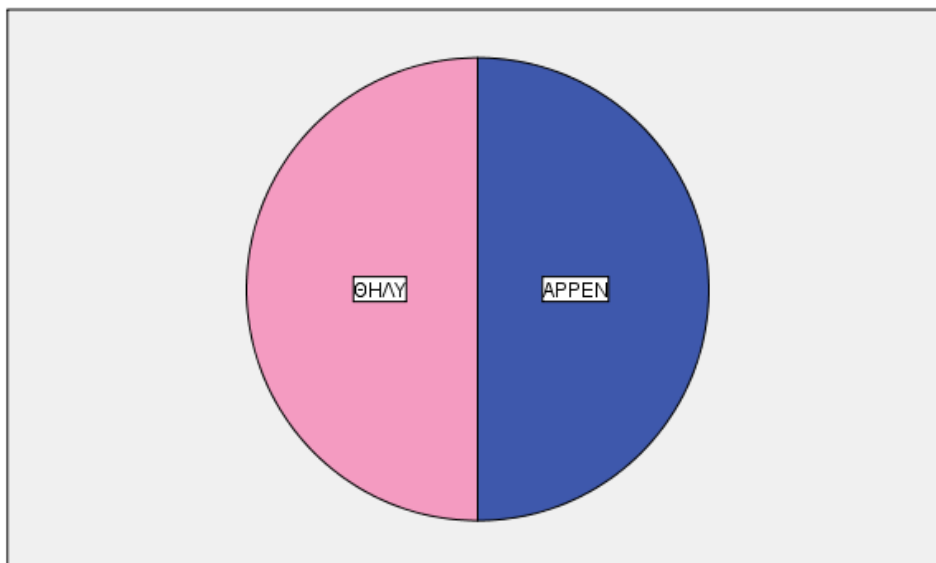
	Άντρες	Γυναίκες	Σύνολο
Κλινική Α	16	19	35
Κλινική Β	15	12	27
Σύνολο	31	31	62

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.: Αναλογία γυναικών και αντρών στις 2 κλινικές.

Στον πίνακα 2 αναγράφονται το φύλο αλλά και το σύνολο των ασθενών. Στην κλινική Α νοσηλεύονταν 35 ασθενείς από τους οποίους οι 16 ήταν άντρες και οι 19 ήταν γυναίκες (γράφημα 2) ενώ στην κλινική Β νοσηλεύονταν 27 ασθενείς από τους οποίους 15 ήταν άντρες και 12 ήταν γυναίκες (γράφημα 3).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ Α ΚΑΙ Β

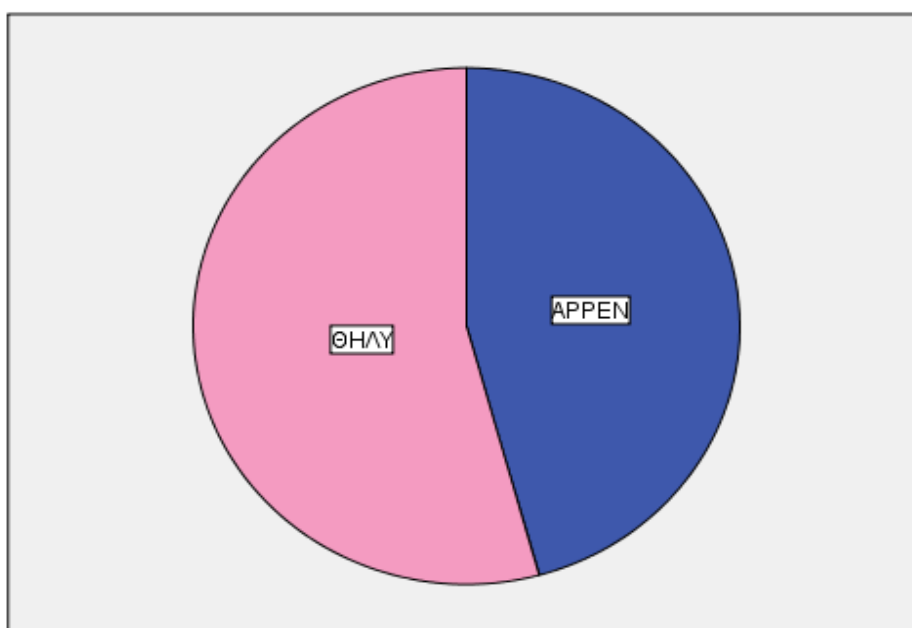
ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Συνολική αναλογία αντρών-γυναικών και στις 2 κλινικές



Στο γράφημα 1 παρατηρούμε ότι συνολικά και στις δυο κλινικές νοσηλεύονταν 62 άτομα και ότι τα μισά από αυτά δηλαδή τα 31 είναι γυναίκες και τα άλλα 31 άντρες.

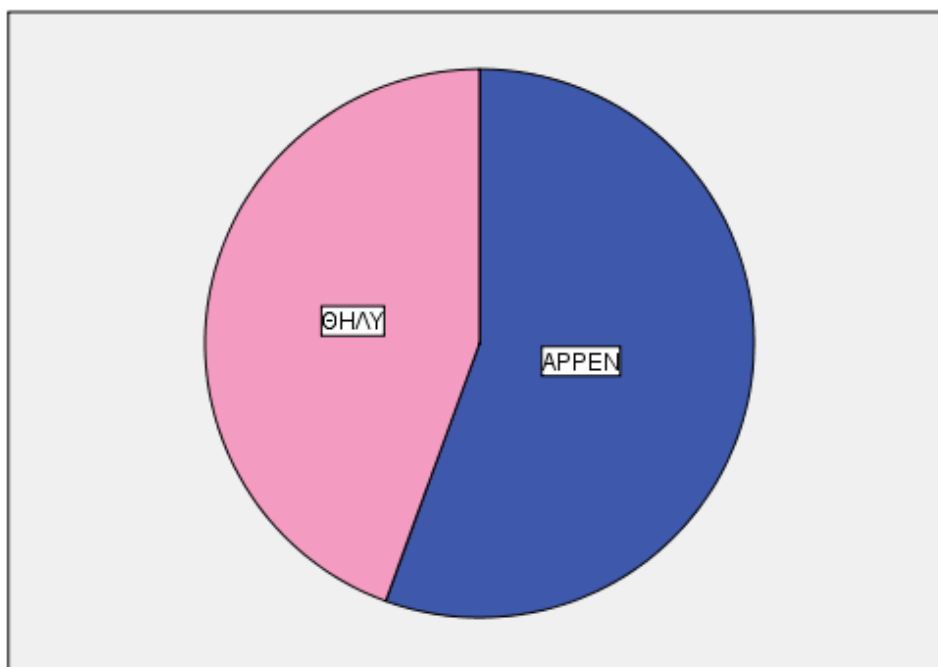
ΚΛΙΝΙΚΗ Α

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Αναλογία αντρών-γυναικών στην κλινική Α



ΚΛΙΝΙΚΗ Β

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: : Αναλογία αντρών-γυναικών στην κλινική Β



Στα γραφήματα 2 και 3 παρατηρούμε την αναλογία αντρών γυναικών στις κλινικές Α και Β αντίστοιχα.

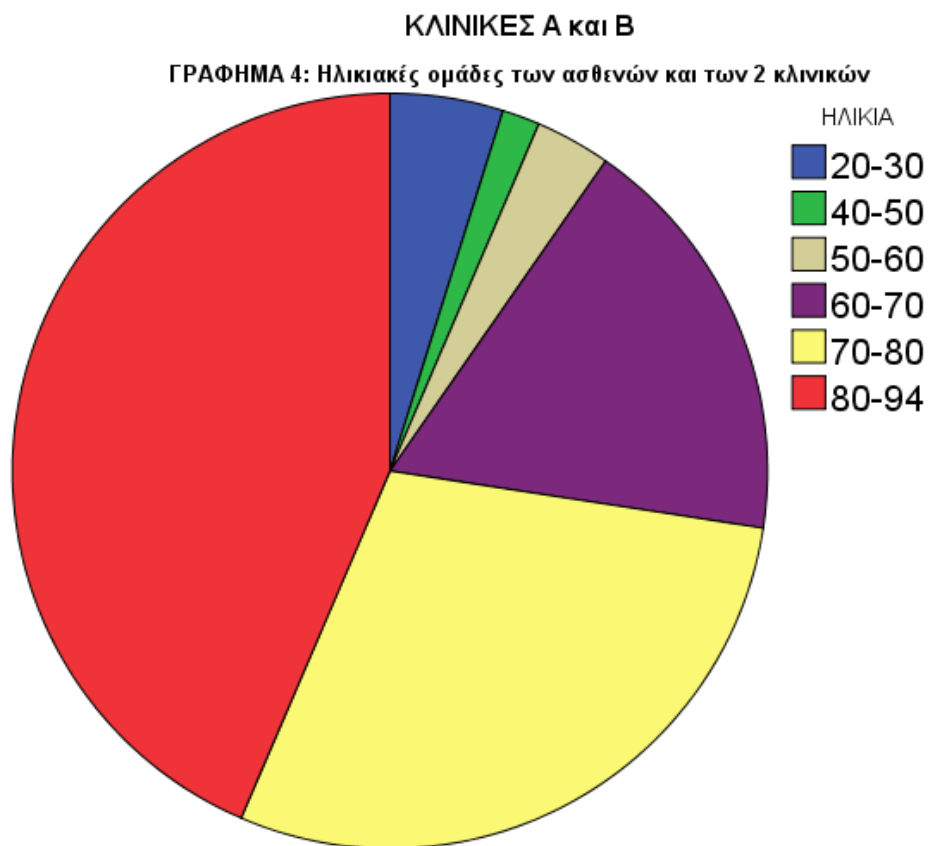
	Ηλικία min/max	Ηλικία μέσος όρος
ΚΙΝΙΚΗ Α	20-90	71,45
ΚΛΙΝΙΚΗ Β	62-94	78,07

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ηλικίες ασθενών και μέσος όρος.

Από τον πίνακα 3 διακρίνουμε ότι ανάμεσα στις δυο κλινικές υπάρχει αισθητή διαφορά ηλικιών. Στην κλινική A το κατώτερο όριο ηλικίας είναι τα 20 έτη ενώ της κλινικής B είναι τα 62 έτη. Επιπρόσθετα διαπιστώσαμε ότι στο ανώτατο όριο ηλικίας δεν είχαμε μεγάλη απόκλιση καθώς οι διαφορές ανάμεσα στις 2 κλινικές ήταν μόνο 4 χρόνια.

Στην κλινική A ο πιο νέος ήταν 20 χρονών, είχε νοσηλευτεί με γαστρεντερίτιδα και η Barthel του ήταν 100. Σε αντίθεση έρχεται ,στην κλινική B, ο πιο νέος με ηλικία 62 χρονών ο οποίος είχε νοσηλευτεί με σοβαρό ΑΕΕ και είχε μηδενική Barthel.

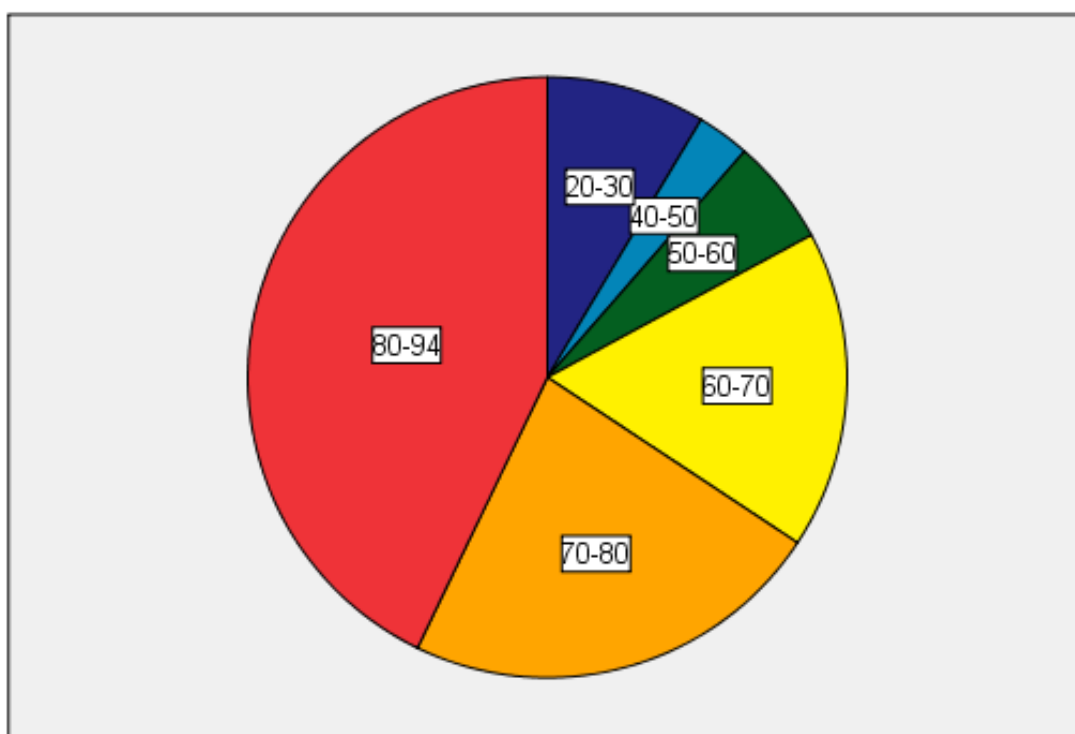
Τέλος, ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών της A κλινικής ήταν 71,45 ενώ της B 78,07. Διαπιστώνουμε ότι ο μέσος όρος της κάθε κλινικής δεν διαφέρει κατά πολύ. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η κλινική A είχε πιο νέους ασθενείς από ότι η κλινική B και αυτό μπορεί να οφείλεται σε ένα τυχαίο γεγονός της συγκεκριμένης εφημερίας.



Στο γράφημα 4 παρατηρούμε τις ηλικιακές ομάδες και των δύο κλινικών μαζί. Βλέπουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνω των 80 ετών. Ακολουθούν οι 70-80 ετών, έπειτα οι 60-70 ετών και μετά οι 20-30 ετών. Λίγα είναι τα άτομα ηλικίας 40-50 και 50-60 ετών .

ΚΛΙΝΙΚΗ Α

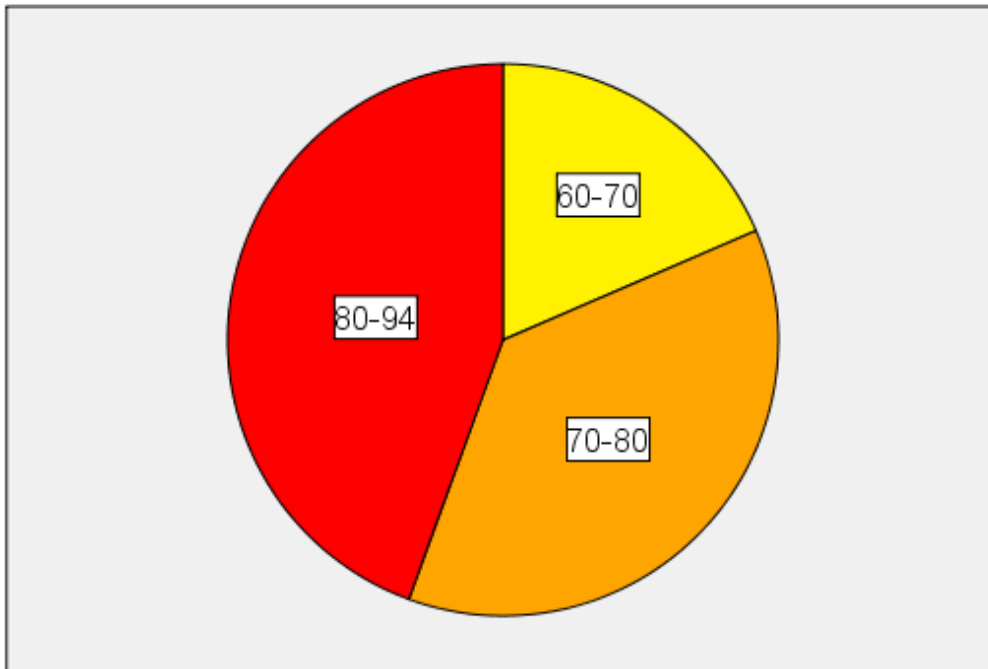
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Ηλικιακές ομάδες των ασθενών στην κλινική Α.



Στο γράφημα 5 παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες των ασθενών της κλινικής Α. Παρατηρούμε ότι υπάρχουν ασθενείς από όλες τις ηλικιακές ομάδες και ξεχωρίζουν τρεις συγκεκριμένες ομάδες οι οποίες είναι: 60-70 ετών, 70 – 80 ετών και 80- 94 ετών. Δηλαδή τα περισσότερα άτομα ήταν ηλικιωμένα. Ακολουθεί η κατηγορία των 20- 30 ετών, των 50- 60 ετών και τέλος των 40 – 50 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ Β

ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Ηλικιακές ομάδες των ασθενών στην κλινική Β.



Στο γράφημα 6 παρουσιάζονται οι ηλικιακές ομάδες της κλινικής Β. Παρατηρούμε ότι όλοι οι ασθενείς αυτής της κλινικής είναι ηλικιωμένοι. Από αυτό και μόνο θα περιμέναμε σε αυτήν την κλινική να παρουσιάσει μικρότερα σκορ στην κλίμακα Barthel και άρα πιο δύσκολο νοσηλευτικό έργο.

	Φύλο	Διάγνωση	Ηλικία	Barthel
Κλινική Α	ΘΗΛΥ	A.E.E.	78	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	75	15
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	80	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	83	15
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	78	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	67	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	87	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	90	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	75	15
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	83	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	76	15
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	91	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	89	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	86	5
Κλινική Β	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	78	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	67	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	80	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	86	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	80	15
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	88	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	79	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	75	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	62	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	81	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	83	0
	ΘΗΛΥ	A.E.E.	82	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	65	0
	ΑΡΡΕΝ	A.E.E.	70	15

	APPEN	A.E.E.	94	0
	APPEN	A.E.E.	79	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Σύγκριση αποτελεσμάτων των δυο κλινικών με βάση τα ΑΕΕ.

Στον πίνακα 4 διακρίνουμε ότι και στις 2 κλινικές οι ηλικίες των ασθενών με Α.Ε.Ε. δεν έχουν μεγάλη απόκλιση καθώς στην Α κλινική ο μεγαλύτερος ασθενής είναι 89 ετών ενώ στην Β κλινική είναι 94 χρόνων. Επίσης διαπιστώνουμε ότι στις Β κλινική τα εγκεφαλικά πλήττουν περισσότερο τους άντρες από ότι στην άλλη κλινική. Επίσης και στις δυο κλινικές η κλίμακα Barthel κυμαίνεται στα ίδια πλαίσια και πιο συγκεκριμένα από το 0 μέχρι 20. Τα περιστατικά ήταν βαριά ανεξαρτήτως του φύλου.

	<i>Φύλο</i>	<i>Διάγνωση</i>	<i>Ηλικία</i>	<i>Barthel</i>
Κλινική Α	APPEN	Ουρολοίμωξη- επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας	81	65
	APPEN	Αιμορραγία πεπτικού-γαστρορραγία μέλαινες κενώσεις	60	100
	APPEN	Απώλεια βάρους-αδυναμία-καταβολή	67	100
	APPEN	Φαρμακευτική δηλητηρίαση	25	100
	ΘΗΛΥ	Αναιμία	89	0
	ΘΗΛΥ	Επιγαστραλγία	58	90
	ΘΗΛΥ	Αναιμία	84	5
	APPEN	λιποθυμικό επεισόδιο	63	100
	APPEN	Γαστρεντερίτιδα	20	100
Κλινική Β	APPEN	Υπονατριαιμία	74	20
	ΘΗΛΥ	Αναιμία	64	40
	ΘΗΛΥ	Αλτςχάιμερ-ουρολοίμωξη	85	0
	APPEN	Πνευμονία-αναιμία	91	40

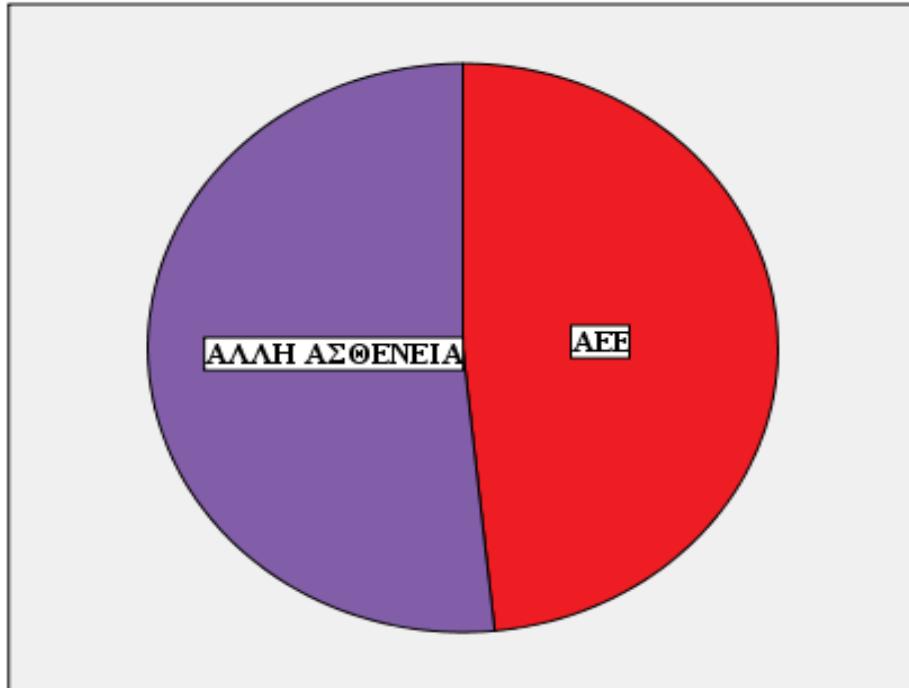
	ΘΗΛΥ	Λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού	90	100
	ΘΗΛΥ	Παγκρεατίτιδα	68	100
	ΑΡΡΕΝ	Εμπύρετο- φυματίωση	75	100
	ΑΡΡΕΝ	Κοιλιακό άλγος	78	35
	ΘΗΛΥ	Κίρρωση ήπατος- ασκίτης	77	0
	ΑΡΡΕΝ	Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού	82	0
	ΑΡΡΕΝ	Γαστρεντερίτιδα	75	50

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Σύγκριση αποτελεσμάτων των δυο κλινικών σε διάφορες ασθένειες.

Στον πίνακα 5 παρατηρούμε ότι και στις δυο κλινικές δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στο φύλο αλλά υπάρχουν στην ηλικία και στην Barthel. Πιο συγκεκριμένα στην κλινική Α έχουμε ηλικίες από 19-81 ενώ στην κλινική Β 74-91. Όσον αφορά τα αποτελέσματα τις κλίμακας Barthel βλέπουμε ότι οι ασθενείς με αναιμία, κίρρωση ήπατος και αιμορραγία έχουν πολύ χαμηλή Barthel αλλά βάση ηλικίας δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση. Τέλος, παρατηρούμε ότι στην κλινική Α τα αποτελέσματα τις Barthel είναι μεγαλύτερα σε σχέση με την κλινική Β. Από αυτό βγάζουμε το συμπέρασμα ότι στην κλινική Β το νοσηλευτικό έργο θα πρέπει να είναι στην συγκεκριμένη εφημερία πιο απαιτητικό από ότι στην κλινική Α.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ Α ΚΑΙ Β

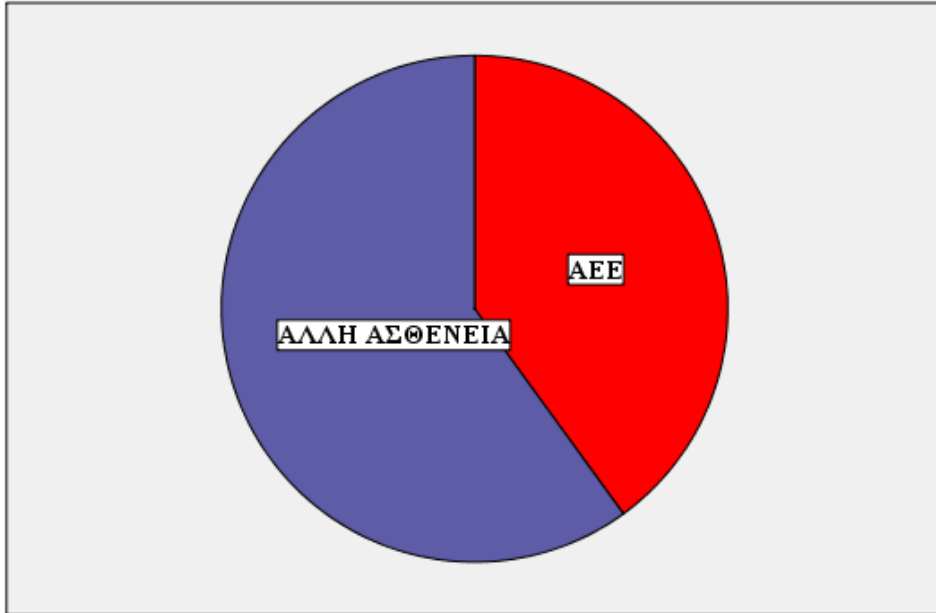
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Το σύνολο των ασθενών με Α.Ε.Ε



Το γράφημα 7 αναπαριστά τον συνολικό αριθμό των ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε) και των ασθενών με κάποια άλλη ασθένεια και για τις δύο κλινικές. Παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με ΑΕΕ ήταν σχεδόν οι μισές εισαγωγές.

ΚΛΙΝΙΚΗ Α

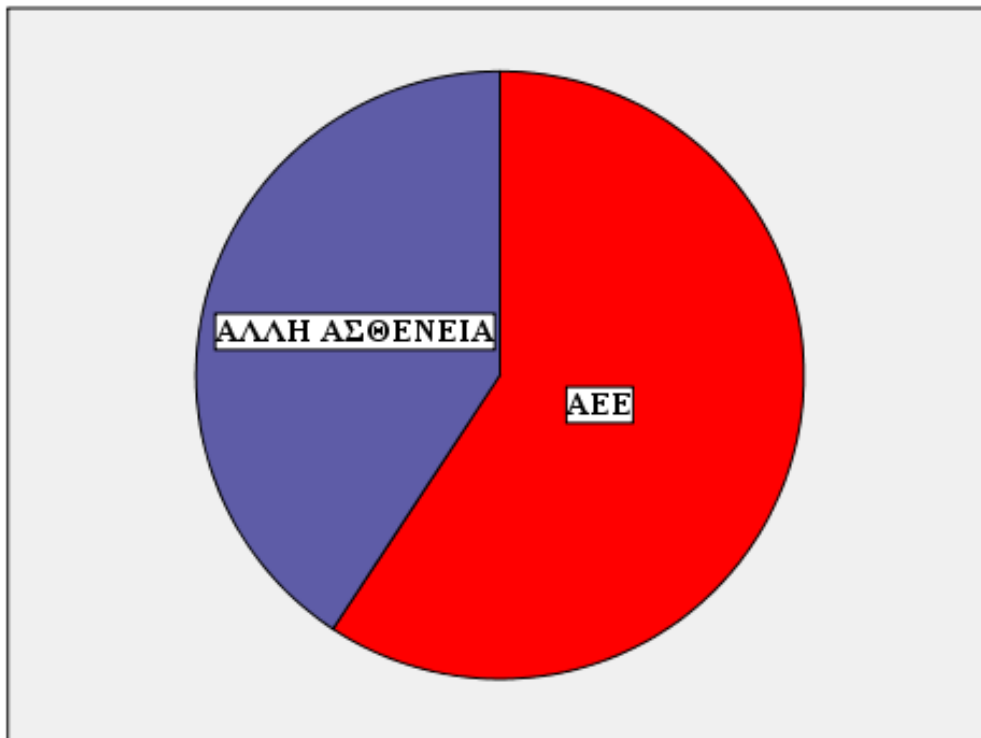
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 : Το σύνολο των ασθενών με Α.Ε.Ε στην κλινική Α



Το γράφημα 8 μας δείχνει ότι σύνολο των ασθενών με ΑΕΕ στην κλινική Α είναι μικρότερο σε σχέση με το σύνολο των ασθενών που έχουν άλλη ασθένεια.

ΚΛΙΝΙΚΗ Β

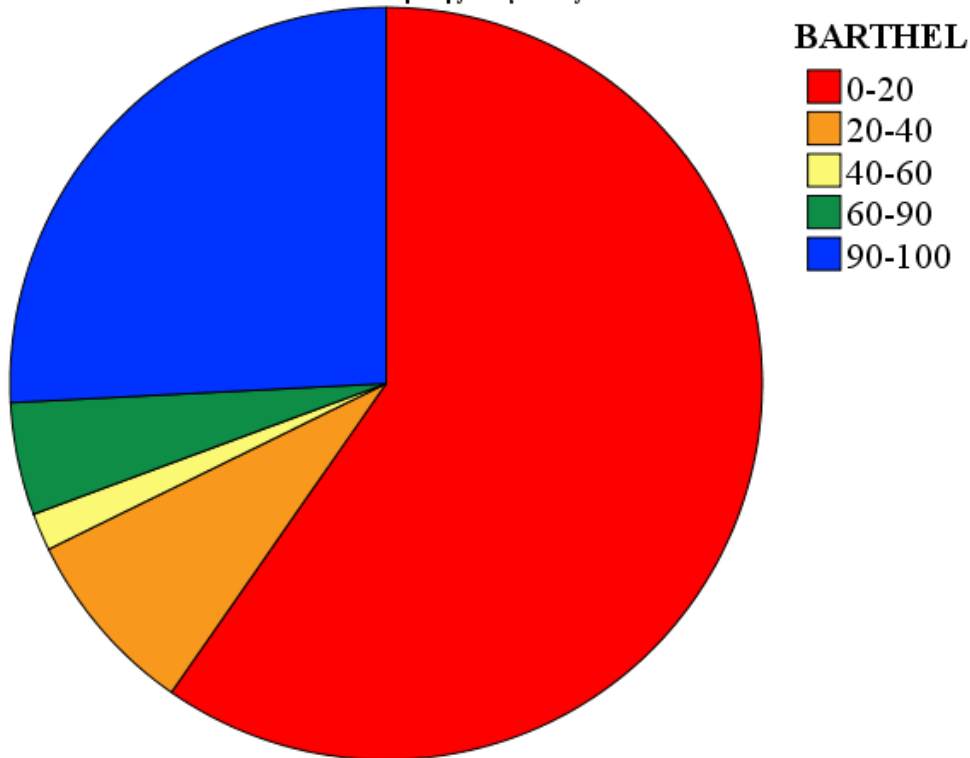
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 : Σύνολο ασθενών με ΑΕΕ στην κλινική Β



Από το γράφημα 9 καταλαβαίνουμε ότι τα περιστατικά των ΑΕΕ της κλινικής Β είναι πολύ περισσότερα από τα περιστατικά με κάποια άλλη ασθένεια.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ Α και Β

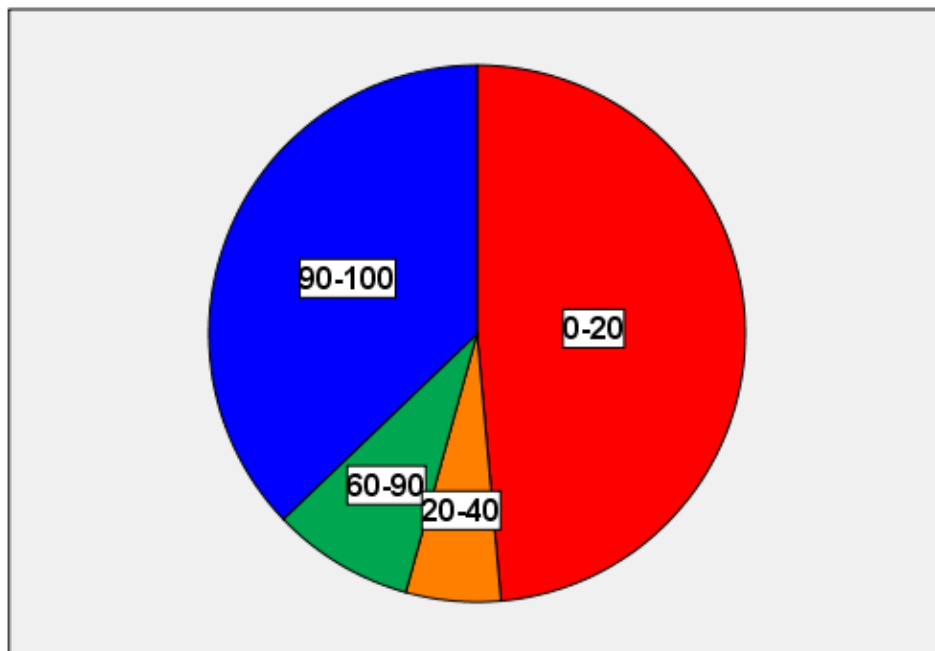
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Τα σκορ της κλίμακας Barthel όλων των ασθενών



Στο γράφημα 10 παρατηρούμε ότι έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με σκορ 0-20 που υποδεικνύει πλήρη εξάρτηση από άλλο άτομο ακόμα και ιδρυματοποίηση. Ακολουθεί η κατηγορία 90-100 η οποία καταλαμβάνει σχεδόν το 1/4 του γραφήματος και εκφράζει την ανεξαρτησία του ασθενή. Παρακάτω ακολουθεί η κατηγορία 20-40 με αρκετά μεγάλο ποσοστό η οποία υποδεικνύει βαριά ανικανότητα και εξάρτηση από βοηθό άτομο. Ακολουθεί η κατηγορία 60-90 που υποδεικνύει ελαφριά εξάρτηση. Η κατηγορία με Barthel 40-60 έχει το μικρότερο ποσοστό και υποδεικνύει μέσης βαρύτητας εξάρτηση και δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης.

ΚΛΙΝΙΚΗ Α

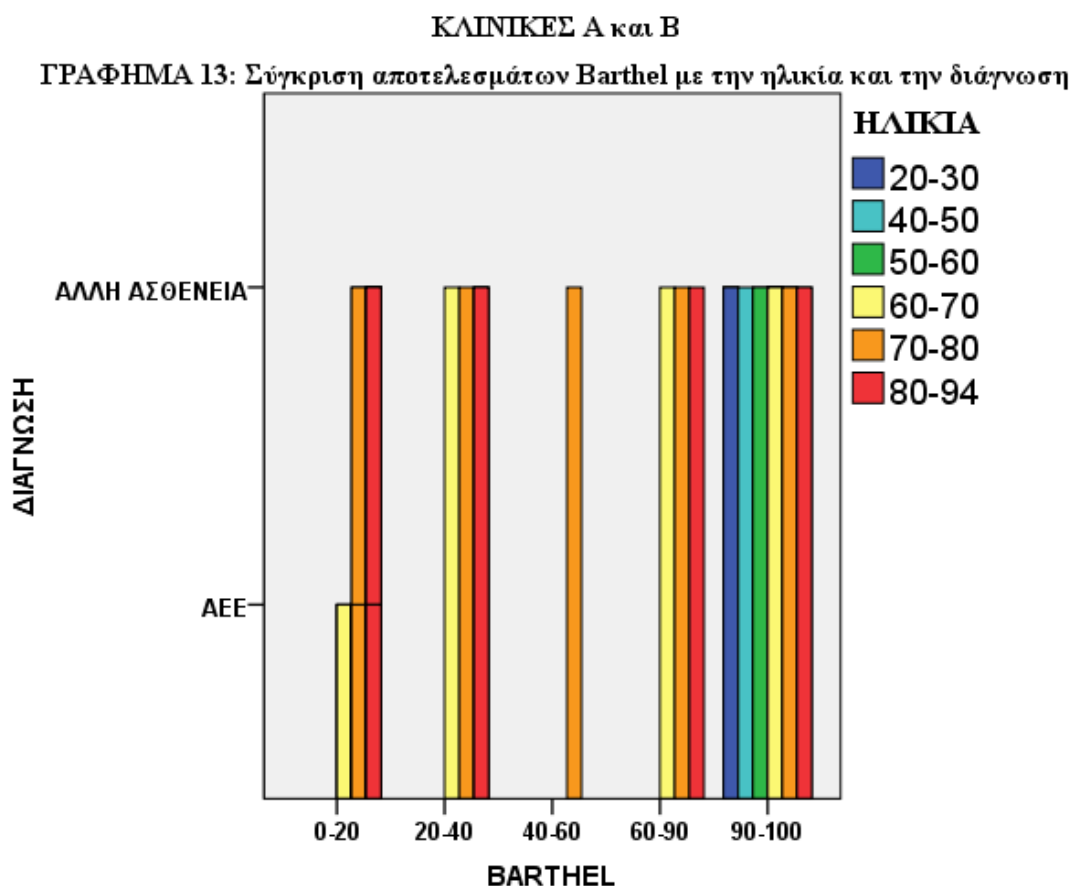
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: Τα σκορ της κλίμακας Barthel της κλινικής Α



Το γράφημα 11 παρουσιάζει τα σκορ της Barthel της κλινικής Α. Παρατηρούμε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, σχεδόν το μισό έχει σκορ από 0 έως 20, δηλαδή πλήρη εξάρτηση από άλλο άτομο. Ακολουθεί η κατηγορία 90-100 που υποδεικνύει ανεξαρτησία καταλαμβάνει μεγάλη θέση στο γράφημα. 20-40 η οποία καταλαμβάνει ένα μικρό ποσοστό. Έπειτα είναι η κατηγορία 60-90 και υποδεικνύει ελαφριά εξάρτηση. Η κατηγορία 40-60 απουσιάζει τελείως.

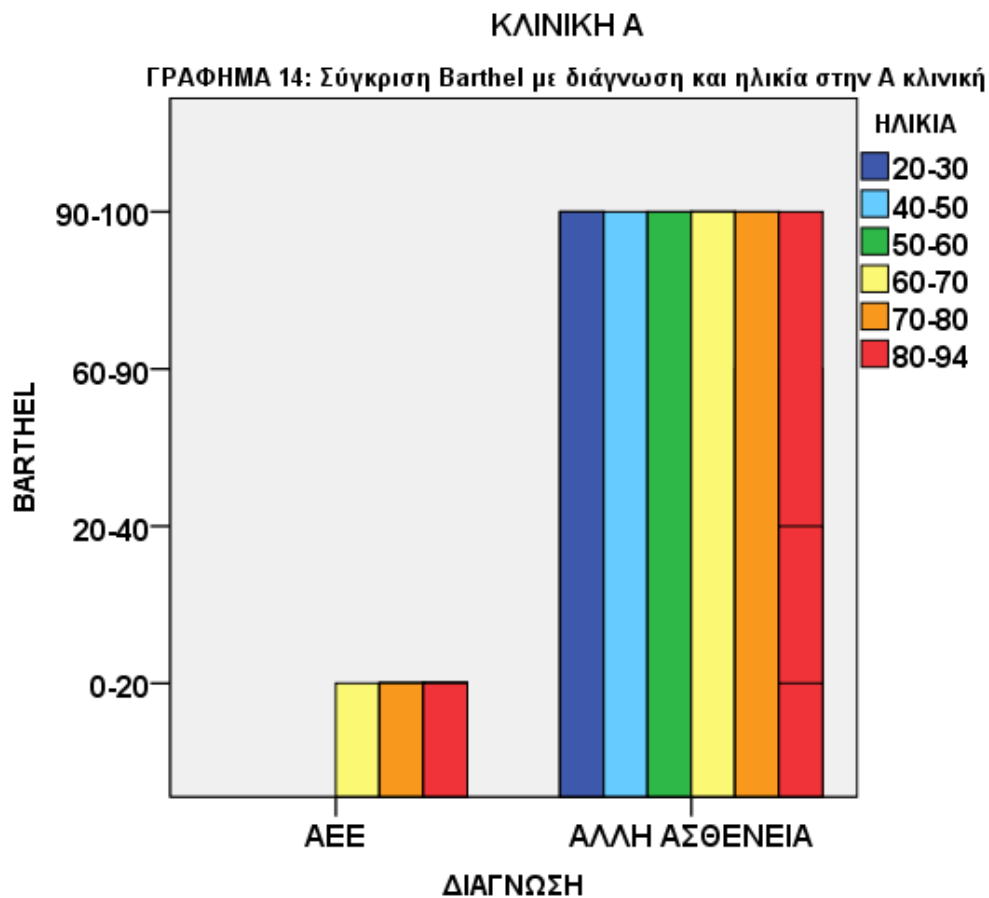
Στο γράφημα 12 παρατηρούμε ότι σχεδόν τα 3/4 του συνόλου καταλαμβάνονται από την κατηγορία 0-20 δηλαδή έχουμε την πλήρη εξάρτηση του ασθενή από τον νοσηλευτή. Ακολουθούν το ποσοστό 20-40 που υποδηλώνει βαριά ανικανότητα και το 90-100 που υποδηλώνει την ανεξαρτησία του ασθενή και φαίνονται να

καταλαμβάνουν ένα ίδιο κομμάτι πάνω στο γράφημα. Και τέλος το ποσοστό 40-60 που υποδηλώνει μέσης βαρύτητας εξάρτηση και δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης καταλαμβάνει ένα πολύ μικρό κομμάτι του γραφήματος. Η κατηγορία 60-90 (ελαφριά εξάρτηση) δεν υπάρχει σε αυτό το γράφημα.



Στο γράφημα 13 έχουμε την σύγκριση των σκορ της κλίμακας Barthel με την ηλικία αλλά την διάγνωση του κάθε ασθενή. Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε ότι οι ασθενείς με ΑΕΕ είναι ηλικίας από 60-94 χρονών και τα σκορ τους στην κλίμακα Barthel είναι από 0-20 που υποδεικνύει πλήρη εξάρτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Όσον αφορά τις άλλες ασθένειες παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με Barthel 0-20 έχουν ηλικία από 70 και πάνω. Με σκορ στο Barthel 20-40 (βαριά ανικανότητα) παρατηρούμε ότι η ηλικία κυμαίνεται στο 60-94. Για σκορ 40-60 (μέσης βαρύτητας εξάρτηση-δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης) ανήκουν μόνο τα άτομα ηλικίας 70-80. Για σκορ

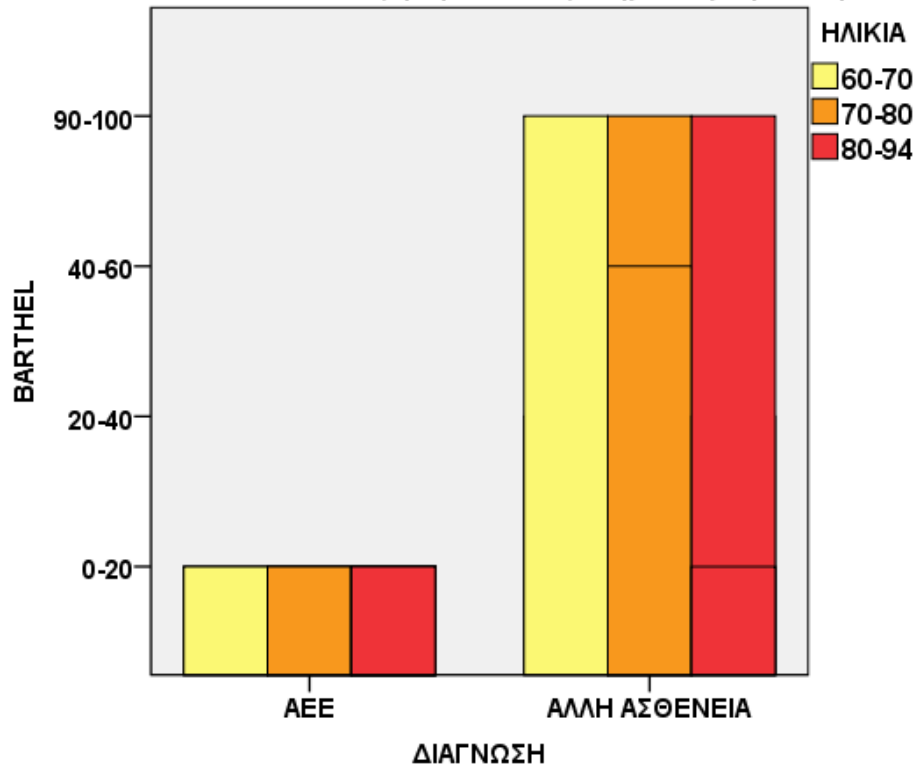
60-90 (ελαφριά εξάρτηση) έχουμε πάλι τις ηλικίες από 60-94 ετών και τέλος για σκορ 90-100 (ανεξαρτησία) έχουμε όλες τις ηλικίες από 20-94 ετών.



Στο γράφημα 14 για την κλινική Α παρατηρούμε για τα AEE ότι οι ηλικιακές ομάδες κυμαίνονται από 60 έως και 94 χρονών και ότι το σκορ της Barthel είναι 0-20 (πλήρη εξάρτηση-ιδρυματοποίηση). Για τις άλλες ασθένειες βλέπουμε Barthel σκορ 0-20(πλήρη εξάρτηση) και 20-40(βαριά ανικανότητα) ότι ανήκει μόνο η ηλικιακή ομάδα 80-94 ετών. Ενώ όλες οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες συμπεριλαμβανομένου και μερικών περιπτώσεων 80-94 ετών έχουν σκορ 90-100 (ανεξαρτησία) στην Barthel.

ΚΛΙΝΙΚΗ Β

ΓΡΑΦΗΜΑ 15: Σύγκριση Barthel-Διάγνωσης-Ηλικίας στην κλινική Β



Στο γράφημα 15 της κλινικής Β παρατηρούμε ότι το ΑΕΕ έχει Barthel σκορ 0-20 (πλήρης εξάρτηση) και οι ηλικιακές ομάδες είναι από 60-94. Στις άλλες ασθένειες βλέπουμε ότι 90-100 σκορ στη Barthel έχει η ηλικιακή ομάδα 60-70 χρονών. Οι ηλικίες 70-80 χρονών παρουσιάζουν Barthel 40-60(μέσης βαρύτητας εξάρτηση-δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης) και 90-100 (ανεξαρτησία). Οι ηλικίες 80-94 παρουσιάζουν Barthel 0-20 (πλήρης εξάρτηση) και 90-100 (ανεξαρτησία). Τέλος καμία ηλικιακή ομάδα δεν σκόραρε 20-40 (βαριά ανικανότητα) και το ηλικιακό εύρος αυτής της κλινικής είναι από 60 μέχρι 94 χρονών μόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρά τις ακριβείς διαγνώσεις και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, το Α.Ε.Ε συνεχίζει να προκαλεί στην πλειοψηφία των ασθενών χρόνια λειτουργική ανικανότητα, η οποία επιφέρει σημαντικές αλλαγές μεταξύ του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι η απώλεια της ανεξαρτησίας που βιώνουν οι επιβιώσαντες από Α.Ε.Ε έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους και είναι δυνατόν να οδηγήσει σε οικογενειακή κρίση και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η οικονομική επίπτωση του Α.Ε.Ε είναι ιδιαίτερη σημαντική, παγκοσμίως. Η αποκατάσταση της λειτουργικής ανικανότητας μετά το Α.Ε.Ε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, εκ των οποίων, οι σπουδαιότεροι είναι η σοβαρότητα του επεισοδίου, ο βαθμός του νευρολογικού ελλείμματος και ο βαθμός κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης. Στην κλινική πρακτική εφαρμόζονται πολλά εργαλεία μέτρησης, ικανά να αξιολογήσουν την λειτουργική ικανότητα των ασθενών και άλλων σχετιζόμενων με αυτήν παραμέτρων καθότι έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι η μέτρηση του λειτουργικού επιπέδου αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας για την εκτίμηση της πορείας του ασθενή. Παρόλα αυτά δεν έχει συμφωνηθεί κανένα εργαλείο μέτρησης της σωματικής αναπηρίας για κλινική χρήση ή ερευνητική χρήση. Υποστηρίζεται ότι η αποδοχή ενός πρότυπου εργαλείου μέτρησης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADL) μπορεί να αυξήσει στην ευαισθητοποίηση του θέματος της αναπηρίας, βελτιώνοντας την κλινική διαχείριση των ασθενών με ειδικές ανάγκες, και θα μπορούσε επίσης να αυξηθεί και η αποδοχή της δημοσιευμένης έρευνας που χρησιμοποιεί ένα συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης. Η κλίμακα Barthel προτείνεται ως πρότυπο δείκτη για κλινικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα αποδείχτηκε ότι η κλίμακα Barthel είναι τόσο καλή όσο οποιοδήποτε άλλο εργαλείο μέτρησης και το συνιστούμε για μελλοντικές χρήσεις.

Η κλίμακα Barthel αποτελεί ένα φιλικό εργαλείο προς τον χειρίστη της και αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει την εγκυρότητα της αλλά και την αξιοπιστία της.

[Mahoney,1967]. Αποτελείται από 10 κατηγορίες που μετρούν την ανικανότητα και την λειτουργική ανεξαρτησία στις δραστηριότητες ενός ατόμου στην καθημερινή του ζωή και εκτιμάται από την παρατήρηση. Αν και είναι επικυρωμένη και χρησιμοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο, η κλίμακα Barthel έχει περιορισμούς στην εφαρμογή και αξιολόγηση της: είναι περιορισμένη σε αριθμητικές αυξήσεις ή μειώσεις στην συνολική βαθμολογία, γεγονός που την καθιστά δύσκολη στην εξήγηση των κλινικών σημασιών της βαθμολογίας ή στις αλλαγές των σκορ σύμφωνα με την έρευνα που έκανε ο Kwon S και οι συνεργάτες του το 2004. Η συγκεκριμένη έρευνα αναφέρεται στην σχέση ανάμεσα στην κλίμακα Barthel, το μέτρο λειτουργικής ανεξαρτησίας [Functional independence measure (FIM)] και την τροποποιημένη κλίμακα Rankin [modified Rankin Scale (mRS)] που αποτελούν κλίμακες μέτρησης του βαθμού αναπηρίας ή εξάρτησης στις καθημερινές δραστηριότητες των ανθρώπων. Τα αποτελέσματα αυτής έδειξαν ότι η επιλογή του εργαλείου μέτρησης εξαρτάται από το σκοπό της μελέτης. Για παράδειγμα, στις διαχρονικές μελέτες, οι ερευνητές συνήθως χρησιμοποιούν την Barthel ή το FIM διότι και τα δύο είναι σε θέση να συλλάβουν και τις ελάχιστες αλλαγές στην σωματική λειτουργία. Σε αντίθεση έρχεται η MRS η οποία δεν είναι αρκετά ευαίσθητη για την ανίχνευση αυτών των μικρών αλλαγών. [Kwon, 2004] Μια άλλη έρευνα του Dennis Wallace και των συνεργατών του το 2002 έδειξε ότι το FIM και η Barthel έχουν μια μικρή διαφορά στην ανταπόκριση της αλλαγής. Μεγάλες διαφορές στα μέτρα ανταπόκρισης παρατηρήθηκαν ανάμεσα στους πληθυσμούς. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι εκτιμήσεις των λειτουργικών ανταποκρίσεων είναι πιθανό να επηρεαστούν από το χρονικό πλαίσιο και την φάση της αποκατάστασης του ασθενή. [Wallace, 2002]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά από την έρευνα που διεξάχθηκε σε δύο τοπικά νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η κλίμακα Barthel είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για το νοσηλευτικό προσωπικό και το νοσηλευτικό έργο. Όλοι οι ασθενείς που έχουν υποστεί ΑΕΕ και όχι μόνο μπορεί να έχουν σκορ στην κλίμακα Barthel. Η κλίμακα διευκολύνει το νοσηλευτικό προσωπικό κατηγοριοποιώντας τα περιστατικά σε πέντε ομάδες ανάλογα με την βαρύτητα τους και το πόσο είναι εξαρτημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι είναι σε θέση να διευκολύνει στην διεκπεραίωση της δουλειάς και την ανάθεση των νοσηλευτικών καθηκόντων. Πιο αναλυτικά όσο πιο κοντά ο ασθενής φτάσει στο 100 του αποτελέσματος της κλίμακας τόσο πιο εύκολη γίνεται η δουλειά του νοσηλευτή αλλά και αντίθετο, δηλαδή όσο πιο κοντά στο 0 είναι το σκορ τόσο πιο πολύ δυσκολεύει η δουλειά του. Επιπλέον οι ασθενείς αποκτούν κάποιου βαθμού αυτογνωσίας για το τι είναι σε θέση να κάνουν, εφόσον βεβαίως έχουν και το κατάλληλο επίπεδο συνείδησης.

Όπως διαπιστώθηκε από τους παραπάνω πίνακες τα αποτελέσματα της κλίμακας μπορεί να επηρεαστούν από πολλούς παράγοντες. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η ηλικία, η διάγνωση (όλα τα ΑΕΕ έκαναν σκορ από 0-20) και πολύ πιθανόν και το φύλο είναι τρεις από τους παράγοντες αυτούς. Η κλινική Α αναφέρει ότι είχε περισσότερες γυναίκες και λιγότερα εγκεφαλικά από ότι η κλινική Β η οποία είχε περισσότερους άντρες και περισσότερα εγκεφαλικά.. Στην κλινική Α έχουμε 14 ασθενείς με ΑΕΕ ενώ στην κλινική Β έχουμε 16 ασθενείς με ΑΕΕ. Αυτό μας δείχνει ότι ανεξάρτητα από το πόσο μεγάλη είναι η κλινική οι ασθενείς με ΑΕΕ είναι ίσοι με ελάχιστη διαφορά στην κλινική Β. Αναλυτικότερα βλέπουμε ότι στην κλινική Α έχουμε σύνολο 35 ασθενείς από τους οποίους οι 16 ήταν άντρες και 19 γυναίκες με

διάφορες ασθένειες συμπεριλαμβανόμενου και του ΑΕΕ ενώ στην κλινική Β είχαμε 27 ασθενείς από τους οποίους οι 15 ήταν άντρες και οι 12 ήταν γυναίκες. Επιπλέον η κλινική Α είχε πολλούς ασθενείς με ηλικίες από 60 έως 94 ετών αλλά είχε επίσης και ηλικίες από 20 έως και 60 ετών σε αντίθεση με την κλινική Β που είχε μόνο ηλικιωμένους δηλαδή εύρος ηλικιών από 60-94 ετών. Ήδη από αυτά τα δεδομένα γνωρίζουμε ότι η Barthel θα είναι χαμηλότερη στην κλινική Β. Σχεδόν τα 3/4 της κλινικής Β έβγαλαν αποτέλεσμα από 0-20 (δηλαδή πλήρες εξαρτώμενος από άλλο άτομο) όπως θα περιμέναμε σε σχέση με την κλινική Α όπου το ποσοστό ήταν σχεδόν τα 2/4. Συμπεραίνουμε ότι η μικρότερη κλίμακα Barthel και άρα ο μεγαλύτερος φόρτος εργασίας στην κλινική Β οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχαν εκεί τα περισσότερα εγκεφαλικά, περισσότεροι άντρες και όλοι ηλικιωμένοι.

Άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να παίζουν κάποιο ρόλο στην διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων της κλίμακας είναι ο συνολικός αριθμός των κλινών κάθε κλινικής. Η κλινική Α έχει πιο πολλές κλίνες από ότι η κλινική Β. Επιπλέον η θέση του νοσοκομείου και το αν εφημερεύει μαζί και κάποιο άλλο νοσοκομείο αλλά και η σοβαρότητα των περιστατικών που μπορεί να δεχτεί παίζουν ρόλο. Όσον αφορά την αύξηση του νοσηλευτικού έργου αυτό μπορεί να οφείλεται στον αριθμό των νοσηλευτών που ήταν στην δουλειά τους εκείνη την ημέρα. Για παράδειγμα γνωρίζουμε ότι εκείνη την ημέρα στην κλινική Α δούλευαν πρωί 4 νοσηλευτές το απόγευμα δούλευαν 2 νοσηλευτές και το βράδυ 2. Το ίδιο ακριβώς συνέβη και στην κλινική Β. Παρατηρήσαμε ότι και στις δυο κλινικές τα περιστατικά ήταν βαριά και δύσκολα και λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού δεν καλύπτονταν όλες οι ανάγκες του τμήματος επαρκώς. Σύμφωνα και με τα αποτελέσματα της Barthel το νοσηλευτικό έργο στην κλινική Β ήταν πιο δύσκολο και θα ήταν συνετό να υπήρχαν περισσότεροι νοσηλευτές για εκείνη την ημέρα.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η κλίμακα Barthel αποτελεί ένα έγκυρο αξιόπιστο και χρήσιμο εργαλείο για το νοσηλευτικό έργο. Βοηθάει τον νοσηλευτή από την πρώτη κι όλας στιγμή να καταλάβει την βαρύτητα του περιστατικού και άρα τα καθήκοντα, τον χρόνο και την φροντίδα που θα διαθέσει στην διάρκεια της μέρας του για υλοποιήσει την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή. Θα ήταν καλό να γνωστοποιηθεί στον νοσηλευτικό, ιατρικό και παραϊατρικό κλάδο, διότι από μια μικρή προσωπική έρευνα που κάναμε για να δούμε τι γνωρίζουν για αυτό οι εργαζόμενοι των δύο νοσοκομείων, κανένας δεν ήξερε τι είναι η κλίμακα Barthel και

που μας χρησιμεύει. Επιπλέον Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα αποδείχτηκε για ακόμα μία φορά ότι η κλίμακα Barthel είναι τόσο καλή όσο οποιοδήποτε άλλο εργαλείο μέτρησης και το συνιστούμε για μελλοντικές χρήσεις σε ερευνητικούς σκοπούς και γιατί όχι και για καθημερινή χρήση μέσα στο νοσοκομείο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Κλίμακα Barthel

Κωδικός Ασθενή:..... Ηλικία:..... Φύλο:.....

Κλινική:..... Ημερομηνία:Διάγνωση:.....

Δραστηριότητα

Αποτέλεσμα

1. Σίτιση

0= ανίκανος

5= χρειάζεται βοήθεια για τον τεμαχισμό του φαγητού, την εξάπλωση του βουτύρου στο ψωμί κ.λπ. ή απαιτεί τροποποίηση διατροφής

10= ανεξάρτητος

2. Μπάνιο

0= εξαρτημένος

5= ανεξάρτητος (ή ντους)

3. Περιποίηση

0= χρίζει βοήθειας για την προσωπική φροντίδα

5= ανεξάρτητος: πρόσωπο/ μαλλιά/ δόντια/ ξύρισμα

(τα υλικά του παρέχονται)

4. Ντύσιμο

0= εξαρτημένος

5= χρειάζεται βοήθεια, αλλά μπορεί να κάνει περίπου το μισά μόνος του

10= ανεξάρτητος (για κουμπιά, φερμουάρ, κορδόνια κ.λπ.)

5. Ακράτεια κοπράνων

0= ακράτεια (ή θα πρέπει να χορηγηθεί κλύσμα)

5= περιστασιακό ατύχημα

10= δεν πάσχει από ακράτεια κοπράνων

6. Ουροδόχος κύστη

0= ακράτεια ούρων, ή καθετήρας και ανίκανος για αυτοδιαχείριση

5= περιστασιακό ατύχημα

10= δεν πάσχει από ακράτεια ούρων

7. Χρήση τουαλέτας

0= εξαρτημένος

5= χρειάζεται κάποια βοήθεια, αλλά μπορεί να κάνει κάτι μόνος του

10= ανεξάρτητος (να καθίσει / να σηκωθεί, ντύσιμο, σκούπισμα)

8. Μεταφορά (από το κρεβάτι και πίσω)

0= αδυναμία, δεν δύναται να καθίσει

5= χρήζει μείζονα βοήθεια (ένα ή δύο άτομα), μπορεί να καθίσει

10= χρήζει λίγη βοήθειας (λεκτική ή σωματική)

15= ανεξάρτητος

9. Κινητικότητα

0= μη ικανός να περπατήσει ή <45 μέτρα

5= αναπηρική καρέκλα-ανεξάρτητος, συμπεριλαμβανομένων των γωνιών, >45 μέτρα

10= περπατά με τη βοήθεια (λεκτικής ή σωματικής) ενός ατόμου >45 μέτρα

15= ανεξάρτητος

10. Σκάλες

0= ανίκανος

5= χρειάζεται βοήθεια (λεκτική, σωματική, χρήση υποβοηθήματος)

10= ανεξάρτητος

Βιβλιογραφία

1. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61. Used with permission.
Loewen SC, Anderson BA. "Predictors of stroke outcome using objective measurement scales." *Stroke*. 1990;21:78-81.
2. Gresham GE, Phillips TF, Labi ML. "ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes." *Arch Phys Med Rehabil*. 1980;61:355-358.
3. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. "The Barthel ADL Index: a reliability study." *Int Disability Study*. 1988;10:61-63.

Πληροφορίες

Πνευματικής

Ιδιοκτησίας

Η ιατρική κοινότητα της πολιτείας του Maryland έχει τα πνευματικά δικαιώματα για την κλίμακα Barthel. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ελεύθερα για μη διαφημιστικούς σκοπούς με την παρακάτω παραπομπή:

Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index."

Maryland State Med Journal 1965;14:56-61.

Χρησιμοποιείται με άδεια. Απαιτείται άδεια για να τροποποιήσετε το Δείκτη Barthel

ή να τον χρησιμοποιήσετε για εμπορικούς σκοπούς.

THE Patient Name: _____

BARTHEL Rater Name: _____

INDEX **Date:** _____

Activity **Score**

FEEDING

0 = unable

5 = needs help cutting, spreading butter, etc., or requires modified diet

10 = independent

BATHING

0 = dependent

5 = independent (or in shower)

GROOMING

0 = needs to help with personal care

5 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

DRESSING

0 = dependent

5 = needs help but can do about half unaided

10 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

BOWELS

0 = incontinent (or needs to be given enemas)

5 = occasional accident

10 = continent _____

BLADDER

0 = incontinent, or catheterized and unable to manage alone

5 = occasional accident

10 = continent _____

TOILET USE

0 = dependent

5 = needs some help, but can do something alone

10 = independent (on and off, dressing, wiping) _____

TRANSFERS (BED TO CHAIR AND BACK)

0 = unable, no sitting balance

5 = major help (one or two people, physical), can sit

10 = minor help (verbal or physical)

15 = independent _____

MOBILITY (ON LEVEL SURFACES)

0 = immobile or < 50 yards

5 = wheelchair independent, including corners, > 50 yards

10 = walks with help of one person (verbal or physical) > 50 yards

15 = independent (but may use any aid; for example, stick) > 50 yards _____

STAIRS

0 = unable

5 = needs help (verbal, physical, carrying aid)

10 = independent _____

TOTAL (0–100): _____

Provided by the Internet Stroke Center — www.strokecenter.org

The Barthel ADL Index: Guidelines

1. The index should be used as a record of what a patient does, not as a record of what a patient could do.
2. The main aim is to establish degree of independence from any help, physical or verbal, however minor and for whatever reason.
3. The need for supervision renders the patient not independent.
4. A patient's performance should be established using the best available evidence. Asking the patient, friends/relatives and nurses are the usual sources, but direct observation and common sense are also important. However direct testing is not needed.
5. Usually the patient's performance over the preceding 24-48 hours is important, but occasionally longer periods will be relevant.
6. Middle categories imply that the patient supplies over 50 per cent of the effort.
7. Use of aids to be independent is allowed.

References

- Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61. Used with permission.
- Loewen SC, Anderson BA. "Predictors of stroke outcome using objective measurement scales." *Stroke*. 1990;21:78-81.
- Gresham GE, Phillips TF, Labi ML. "ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes." *Arch Phys Med Rehabil*. 1980;61:355-358.
- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. "The Barthel ADL Index: a reliability study." *Int Disability Study*. 1988;10:61-63.

Copyright Information

The Maryland State Medical Society holds the copyright for the Barthel Index. It may be used freely for noncommercial purposes with the following citation:

Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index."

Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Used with permission.

Permission is required to modify the Barthel Index or to use it for commercial purposes.

Παράρτημα 2

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
Σίνδος Τ.Θ 142 Τ.Κ 57400
Τηλέφωνο: 231 073500, 213 013500 821
29-4-2014

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνονται ότι οι φοιτήτριες του τμήματος : Γούσιου Ειρήνη του Βασιλείου, Παντελίδου Ιωάννα και Πετεινίδου Μαρία εκπονούν πτυχιακή ερευνητική εργασία με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Θεοφανίδη με θέμα: <<Η χρήση της κλίμακας Barthel στο ΑΕΕ ως δείκτης και επιβάρυνση του νοσηλευτικού έργου>>. Ο σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί και να ερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν , να γίνει κατανόηση της αντίδρασης του πάσχοντα επιπλέον να γίνει ανάπτυξη θεραπευτικών μεθόδων και να καταγραφούν αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ερευνητικής ηθικής και δεοντολογίας. Παρακαλούμε για την διευκόλυνση μέσω τη σχετικής αίτησης αδείας στη οποία θα προβούν.

Η πρόεδρος του Τμήματος Νοσηλευτικής



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alan S., Dariush Mozaffarian, Véronique L. Roger, Emelia J. Benjamin, Jarett D. Berry, Michael J. Blaha, Shifan Dai, Earl S. Ford, et al. AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics—2014 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation* j.2014; 129: 28-292
2. Appelros, P., Stegmaier, B. & Terent, A. Sex Differences in Stroke Epidemiology A Systematic Review. *Stroke* J(2009). 40:1082-1090.
3. Baigent C, C Sudlow, R Collins, R Peto. Antithrombotic Trialists' Collaboration (January 2002). "Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients". *BMJ* 324 (7329): 71–86.
4. Brethour MK1, Nyström KV, Broughton S, Kiernan TE, Perez A, Handler D, Swartzell V, Yang JJ, Starr M, Seagraves KB, Cudlip F, Biby S, Tocco S, Owens P, Alexandrov AW. Controversies in acute stroke treatment. *AACN Adv Crit Care*. 2012;23(2):158-72
5. Cumming TB, Thrift AG, Collier JM, et al. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*. 2011 Jan;42(1):153-8.
6. Cooper, R., Cutler, J., Desvigne, P. & Fortmann, S. Trends and Disparities in Coronary Heart Disease, Stroke, and Other Cardiovascular Diseases in the United States Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. *American Heart Association J.*(2000)102:3137-3147.

7. Colin D., Davis S., Horne V., et al. Reliability of the Barthel Index. *Int J Rehabil Res* 1987;10:356-357.
8. Chino N., Anderson TP., Granger CV., Stroke rehabilitation outcome studies: comparison of a Japanese facility with 17 U.S facilities. *Int Disabil Stud* 1988;10:150-154.
9. Collin C, Wade DT, Davies S, et al. The Barthel ADL Index: reliability study. *Int Disabil Stud* 1988 ;10:61-63
10. Duffy L., Gajree S. , Langhorne P. , Stott D. J. , Quinn T. J .Reliability (Inter-rater Agreement) of the Barthel Index for Assessment of Stroke Survivors Systematic Review and Meta-analysis. *Stroke*.2013; 44: 462-468
11. Feigin, V. (2007). *Εγκεφαλικό επεισόδιο*. Αθήνα: Διοπτρα
12. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, Moran AE, Sacco RL, Anderson L, Truelsen T, O'Donnell M, Venketasubramanian N, Barker-Collo S, Lawes CM, Wang W, Shinohara Y, Witt E, Ezzati M, Naghavi M, Murray C; Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. (2014) 18;383(9913):245-54.
13. Fortinsky, RH, Granger CV, Seltzer GB, The use of functional assessment in understanding home care needs. *Med Care* 1981;19:489-497.
14. Granger Cv, McNamara Ma. Fuctional assessment utilization: the Long-Range Evaluation System (LRES). In : Granger CV, Gresham GE, eds. *Fuctional assessment in rehabilitation medicine*. Baltimore-Maryland: Wiliams and Wilkin 1984:99-121.

15. Granger CV, Health accounting-functional assessment of long-term patients, In: Kottke FJ, Stillwell GK, Lehmann JF, eds., Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation, 3rd ed. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders, 1982:253-274.
16. Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE (January 1979). "Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures". Arch Phys Med Rehabil 60 (1): 14-7.
17. Granger CV, Outcome of comprehensive medical rehabilitation: an analysis based upon the impairment, disability and handicap model, Int Rehabil Med 1985;7:45-50
18. Granger CV., Greer DS., Liset E., et al. Measurement of outcomes of care for stroke patients. Stroke 1975;6:34-41.
19. Granger CV, Albercht GL, Hamilton BB, Outcome of comprehensive medical rehabilitation : measurement by PULSES Profile and Barthel Index, Arch Phys Med Rehabil 1979;60:145-154
20. Granger CV, Sherwood CC, Greer DS, Functional status measures in a comprehensive stroke care program. Arch Phys Med Rehabil 1977;58:555-561.
21. Granger CV, Hamilton BB, Gresham GE, et al. The stroke rehabilitation outcome study: part I. Relative merits of the total Barthel Index score and a four-item subscore in predicting patient outcomes. Arch Phys Med Rehabil 1989;70:100-103
22. Granger CV, Hamilton BB, Gresham GE., the stroke rehabilitation outcome study- part I: general description. Arch Phys Med Rehabil

1988:69:506-509.

23. Mahoney F, Barthel D (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index".
Md Med J 14: 61-65.
24. Kwon S, Hartzema AG, Duncan PW, Min-Lai S. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. Stroke. 2004; 35(4):918-923.
25. Lazar RB, Yarkony GM, Ortolano D, et al. Prediction of functional outcome by motor capability after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 1989;70:819-822.
26. McGinnis GE, Seward ML, DeLong G, et al. Program evaluation of physical medicine and rehabilitation departments using self-report Barthel, Arch Phys Med Rehabil 1986;67:123-125
27. Mahoney FI, Barthel DW, Functional evaluation: the Barthel index, Md State Med J 1965;14:61-65
28. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965;14:61-65
Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW, Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complication on the final goal, South Med J 1958;51:605-609
29. Nosek MA., Parker RM., Larsen S. psychosocial independence and functional abilities: their relationship in adults with severe musculoskeletal impairments. Arch Phys Med Rehabil 1987;68:840-845.
30. RuRunge M., Greganti, M. (2006). Netter παθολογία Ι. Αθήνα: Πασχαλίδης.

31. Roy CW., Togneri J., Hay E., et al., An interrater reliability study of the Barthel Index. *Int J Rehabil Res* 1988;11:67-70.
32. Rockwood K., Stolee P., Fox RA., Use of goal attainment scaling in measuring clinically important in the frail elderly. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1113-1118.
33. Saver JL (2006). "Time is brain - quantified". *Stroke* 37 (1): 263–6.
34. Simard JM, Sahuquillo J, Sheth KN, Kahle KT, Walcott BP (April 2011). "Managing malignant cerebral infarction". *Curr Treat Options Neurol* 13 (2): 217–29.
35. Shah S, Vanclay F., Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:703-709.
36. Shah S, Vanclay F, Cooper B (1989). "Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation". *J Clin Epidemiol* 42 (8): 703–9.
37. Shinar D., Gross CR., Bronstein KS., et al. Reliability of the activities of daily living scale and its use in telephone interview. *Arch Phys Med Rehabil* 1987;68:723-728.
38. Vemmos, K., Bots, M., Tsibouris, P. & Zis, V. Prognosis of stroke in the south of Greece: 1 year mortality, functional outcome and its determinants: the Arcadia Stroke Registry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.(2000) 69:595-600.
39. Wylie CM, White BK, A measure of disability, *Arch Environ Health* 1964;8:834-839
40. Wartski SA., Green DS. Evaluation in a home-care program. *Med care* 1971;9:352-364.

41. Wade DT., Hewer RL., Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurgery psychiatry* 1987;50:177-182.
42. Wylie CM. Gauging the response of stroke patients to rehabilitation. *J Am Geriatric Soc* 1967;15:797-805.
43. Wylie CM. Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. *Public Health Rep* 1967;82:893-898.
44. Wallace D, Duncan PW, Lai SM. Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the motor component of the Functional Independence Measure in stroke: the impact of using different methods for measuring responsiveness. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55: 922–928
45. Yarkony GM., Roth EJ., Heinemann AW., et al. Functional skills after spinal cord injury rehabilitation: three-year longitudinal follow up. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:111-114.
46. Ρόσμπογλου, Σ. (2012). *Νευρολογική φυσικοθεραπεία*. Θεσσαλονική: Κυριακίδη αφοί.