



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΠΑΥΛΟΣ ΚΟΥΝΝΑΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2020

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
Summary	3
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
Εισαγωγή.....	6
1. Κεφάλαιο 1 – Στοιχεία και Χαρακτηριστικά του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.....	10
1.1 Επιδημιολογία Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.....	10
1.2 Ορισμός του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου	13
1.3 Λόγοι Πρόκλησης του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.....	15
1.4 Αιτίες της Δημιουργίας του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.....	24
- Ηλικία	24
1.5 Ιατρικές Παρεμβάσεις για την Αντιμετώπιση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.....	25
2. Κεφάλαιο 2 – Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου	30
2.1 Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην Αντιμετώπιση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	30
2.2 Λόγοι για τους Οποίους Ενδείκνυται η Παρέμβαση Νοσηλευτών σε Ασθενείς με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	36
2.3 Ορθοί Τρόποι Αντιμετώπισης Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο από Μέρους των Νοσηλευτών	39
2.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Αποκατάσταση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	50
2.5 Διαμόρφωση Προτύπου Σχετικά με την Αντιμετώπιση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	53
3. Κεφάλαιο 3 – Επίλογος – Συμπεράσματα	61
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	63
Ανάλυση δύο περιστατικών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.	63
1ο Περιστατικό.....	63
2ο Περιστατικό	66
Βιβλιογραφία.....	68

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, τον κύριο Νικόλα Στεφανόπουλο για την καθοδήγηση του, καθώς ακόμη και για το ότι με μεγάλη του προθυμία με βοηθούσε οπότε αντιμετώπιζα κάποιο εμπόδιο, η είχα κάποια δυσκολία κατά το διάστημα που συνεργαστήκαμε μέχρι να βγει αυτό το αποτέλεσμα και να καταφέρω να τελειώσω θέλω να πιστεύω με επιτυχία την εργασία μου. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ για όλες τις γνώσεις στις οποίες μου έχουν μεταδώσει και μεταφέρει. Δεν μπορώ φυσικά να παραλείψω να ευχαριστήσω τους γονείς μου, οι οποίοι ήταν πάντα το στήριγμα μου στην διάρκεια της φοιτητικής μου ζωής, και χωρίς αυτούς δεν θα μπορούσα να βρίσκομαι σε αυτή την θέση που βρίσκομαι τώρα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εξακολουθεί να αποτελεί κύρια αιτία της αποκτηθείσας προσωπικής ανικανότητας, ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων, και μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ανεξάρτητη διαβίωση. Βασικός σκοπός αυτής, αναφέρεται σχετικά η συλλογή, αξιολόγηση και συζήτηση στοιχείων που τοποθετούνται στο πλαίσιο της ανάλυσης των δεδομένων για το θέμα ανάλυσης σχετικά με το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Πρόληψη και Αποκατάσταση των Ασθενών. Η παρούσα εργασία οριοθετείτε στο πλαίσιο διεξαγωγής της συστηματικής ανασκόπησης. Γίνεται αναζήτηση σε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία από τις ηλεκτρονικές βάσεις αποδελτίωσης βιβλιογραφικών δεδομένων Pubmed, Scopus, κλπ. Οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο που συνεπάγεται την αξιολόγηση, επαναξιολόγηση, υποστήριξη, ενεργή παρακολούθηση και παραπομπή σε άλλες ιατρικές ειδικότητες για ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Summary

The stroke continues to be a major cause of acquired personal disability, especially among the elderly, and can have a significant impact on independent living. The main purpose of this report relates to the collection, evaluation and discussion of data placed in the context of data analysis on the topic of analysis for Cerebral Stroke and Nursing Intervention in the Prevention and Rehabilitation of Patients. The present work delimits itself in the context of conducting a systematic review. Searches for Greek and international bibliographies from online bibliographic databases Pubmed, Scopus, etc. The nurses have an important role to play in evaluating, reassessing, supporting, actively monitoring and referring other medical specialties to patients who have had a stroke.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Επιδημιολογία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Αίτια-Παράγοντες αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

Φροντίδα ασθενών

Αποκατάσταση ασθενών

Ρόλος του νοσηλευτή

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με όσα θα αναφερθούν και θα σχολιαστούν στις ακόλουθες σελίδες της εργασίας, θα λέγαμε πως βασικός σκοπός αυτής, αναφέρεται σχετικά η συλλογή, αξιολόγηση και συζήτηση στοιχείων που τοποθετούνται στο πλαίσιο της ανάλυσης των δεδομένων για το θέμα ανάλυσης σχετικά με το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Πρόληψη και Αποκατάσταση των Ασθενών.

Ως εκ τούτου, και προκειμένου η εν λόγω εργασία να θεωρείται ορθή και αποτελεσματική ως προς τα στοιχεία που εξετάζει, διαχωρίζεται σχετικά σε δύο βασικά κεφάλαια, με το Κεφάλαιο 1 να αναφέρεται στα Στοιχεία και Χαρακτηριστικά του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου και ειδικότερα στον Ορισμό του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, τους Λόγους Πρόκλησης του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, τις αιτίες δημιουργίας του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου αλλά και τους παράγοντες που συντελούν στη πρόκληση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου. Το Κεφάλαιο 2 οριοθετείτε τέλος στη Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, και τέλος το Κεφάλαιο 3 είναι τα συμπεράσματα μας.

Εισαγωγή

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εξακολουθεί να αποτελεί κύρια αιτία της αποκτηθείσας προσωπικής ανικανότητας, ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων, και μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ανεξάρτητη διαβίωση. Υπάρχουν περίπου 110.000 εγκεφαλικά επεισόδια ετησίως στην Ευρώπη και περίπου 300.000 άνθρωποι ζουν με μέτρια έως σοβαρή αναπηρία ως αποτέλεσμα εγκεφαλικού επεισοδίου (Catanguai, Roberts, 2014). Το 85% των εγκεφαλικών επεισοδίων διεθνώς, είναι ισχαιμικά - όπου ο θρόμβος αίματος έχει «βουλώσει» μια αρτηρία, ενώ το 15% περιλαμβάνει αιμορραγία στον εγκεφαλικό ιστό (Struwe, et al., 2013).

Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια ασθένεια που συμβαίνει όταν ένας θρόμβος αίματος εμποδίζει ένα αιμοφόρο αγγείο ή γίνεται μια θραύση αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο, διακόπτοντας έτσι τη ροή του αίματος σε μια περιοχή του εγκεφάλου. Όταν συμβεί κάτι από αυτά, τα τοπικά μέρη των ιστών του εγκεφάλου, αρχίζουν να πεθαίνουν και επέρχεται μιας μορφής νέκρωσης, η οποία οδηγεί στη βλάβη του εγκεφάλου (National Stroke Association, 2014). Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το πιο συνηθισμένο είδος εγκεφαλικού επεισοδίου, το οποίο αντιπροσωπεύει το 87% όλων των περιπτώσεων. Ένας θρόμβος που εμποδίζει τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο το προκαλεί. (Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας, 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1970), ο ορισμός του εγκεφαλικού επεισοδίου αναπτύσσει ταχέως κλινικά συμπτώματα εστιακής (ή σφαιρικής) διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες ή οδηγεί σε θάνατο, χωρίς προφανή αιτία διαφορετική από εκείνη της αγγειακής προέλευσης. Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, έχουν γίνει βελτιώσεις στην εμπειρογνωμοσύνη σχετικά με την περιγραφική και νοσηλευτική φροντίδα του εγκεφαλικού επεισοδίου με βάση την πρακτική νοσηλευτικής πρακτικής του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Στις βόρειες χώρες επίσης, όπως και σε πολλές άλλες αναπτυγμένες χώρες, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου μετά από στεφανιαία νόσο και καρκίνο. Η Φινλανδία για παράδειγμα, έχει μακρά παράδοση στην επιδημιολογική έρευνα για το εγκεφαλικό επεισόδιο. Φινλανδικοί εμπειρογνώμονες εγκεφαλικού επεισοδίου συνέβαλαν με πολλούς τρόπους Το εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλεί περίπου το 8,9% όλων των θανάτων στη Φινλανδία. Η Φινλανδία έχει έναν από τους ταχύτερα γηράσκοντες πληθυσμούς στην Ευρώπη, ενώ το 17,2% του πληθυσμού σήμερα είναι άνω των 65 ετών και το ποσοστό αυξάνεται στο 25,1% μέχρι το έτος 2030, δηλαδή αύξηση κατά 50%. Η θεραπεία των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο απαιτεί μια πολυεπιστημονική στάση και μια αλυσίδα ανάκτησης, ξεκινώντας από την οξεία περίθαλψη, μέσω της αποκατάστασης, μέχρι την αποβολή από το σπίτι ή τη μακροχρόνια περίθαλψη (Meretoja, et.al, 2011).

Υπάρχουν περίπου 10.500 περιστασιακοί ασθενείς που υποβάλλονται σε εγκεφαλικό επεισόδιο σε νοσοκομείο κάθε χρόνο στις βόρειες χώρες και το αποτέλεσμα τους βελτιώνεται τόσο συνολικά όσο και μετά από προσαρμογή για συνήθη συνάφεια (Meretoja, et.al, 2011). Μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο η ζωή του ασθενούς θα αλλάξει δραστικά. Ακόμη και η οικογένεια του ασθενούς επηρεάζεται επίσης.

Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος της οικογένειας και η αποκατάσταση του ασθενούς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την καλή υγεία των ασθενών. Το συνολικό κόστος της θεραπείας ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στις βόρειες χώρες είναι περίπου 1,6 δισ. ευρώ ετησίως, 7% του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης ή 0,6% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Meretoja, 2011).

Περίπου οι μισοί από τους επιζώντες σε περίπτωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, παραμένουν εξαρτημένοι από τους άλλους για καθημερινές δραστηριότητες και εκτιμάται ότι το κόστος άμεσης φροντίδας του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι τουλάχιστον Ευρώ 3 δισ. ετησίως (NAO, 2010). Παρόλο που οι σημαντικές προόδους στη θεραπεία και την περίθαλψη σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οδήγησαν σε μείωση των ποσοστών θνησιμότητας, οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου απαιτούν μια εξειδικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση στη

φάση αποκατάστασης της αποκατάστασης (Miller et al, 2010).

Αναφέρεται ωστόσο βάσει ερευνών, πως το ένα τρίτο περίπου των επιζώντων επιτυγχάνει μια πλήρη ανάκαμψη και ένα άλλο τρίτο πεθαίνει στις επόμενες ώρες, τις ημέρες και τις εβδομάδες αμέσως μετά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το υπόλοιπο ποσοστό, μπορεί να λειτουργήσει και να επιτύχει αποκατάσταση στην όποια προβληματική κατάσταση υγείας, μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης (Hackam, Spence, 2007). Ωστόσο, οι καλά οργανωμένες μονάδες αντιμετώπισης ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα, την εξάρτηση και το εύρος διαμονής σε νοσοκομείο μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Nelson et al, 2007).

Όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στη διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλουν δυναμικά ώστε να διασφαλιστεί ότι η κάθε ιατρική και νοσηλευτική ομάδα θα εργάζεται για την επίτευξη των συμφωνημένων στόχων με συνεπή και υποστηρικτικό τρόπο. Ο φυσιοθεραπευτής για παράδειγμα, είναι κυρίως υπεύθυνος για την εκπόνηση του σχεδίου φυσικών παρεμβάσεων για την πρόληψη επιπλοκών, και για να διδάξει στους ασθενείς να ανακτήσουν την ισορροπία και τη χρήση των προσβεβλημένων άκρων (Hackam, Spence, 2007).

Ο επαγγελματίας θεραπευτής εργάζεται για την προώθηση της ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων προσωπικής φροντίδας, όπως το μπάνιο και ανάγκες υγιεινής καθώς και προώθηση της συμμετοχής στην κοινωνία μέσω εργασίας ή οδήγησης. Όπου χρειάζεται, οι λογοθεραπευτές και οι γλωσσολόγοι βοηθούν σε θέματα όπως η κατάποση και η επικοινωνία, ενώ το ιατρικό προσωπικό αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο στις έρευνες και τις ιατρικές θεραπείες (Hackam, Spence, 2007).

Επίσης, όλες οι επεμβάσεις στην αποκατάσταση του εγκεφαλικού επεισοδίου επικεντρώνονται στη μεγιστοποίηση της νευροπλαστικότητας - στην ικανότητα του εγκεφάλου να αναδιαρθρωθεί μέσω της κατάρτισης και της πρακτικής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να βοηθήσουν άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι κλινικοί ψυχολόγοι, για να βοηθήσουν στο πρόγραμμα αποκατάστασης.

Όμως, οι νοσηλευτές δεν έχουν μόνο ρόλο διαχείρισης της φροντίδας, αλλά και αναλαμβάνουν την ευθύνη για την προώθηση της αποκατάστασης και την πρόληψη επιπλοκών, για παράδειγμα μέσω της φροντίδας της περιοχής πίεσης, της τοποθέτησης για θεραπευτικό όφελος, των ασκήσεων αναπνοής και ποδιών και της προώθησης και διαχείρισης της αντοχής.

Ο ρόλος τους είναι κεντρικός στην αποκατάσταση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και η νοσηλευτική παρέμβαση είναι σημαντική όσον αφορά τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους επιζώντες και τους φροντιστές τους και τη μείωση του κόστους που συνδέεται με τη διαμονή σε νοσοκομείο. Ο ρόλος αυτός είναι διάχυτος και σύνθετος και έχει περιγραφεί ως αποτελούμενος από τρεις κύριους τομείς του παροχέα περίθαλψης, του διαμεσολαβητή και του διαχειριστή - ο καθένας με διάφορες υποκατηγορίες (Burton, 2000).

1. Κεφάλαιο 1 – Στοιχεία και Χαρακτηριστικά του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

1.1 Επιδημιολογία Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων

Αναφερόμενοι σχετικά στην επιδημιολογία των ΑΕΕ στις δυτικές χώρες αυτά αποτελούν τη τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου. Έχει αναφερθεί σύμφωνα με μελέτες ότι το 10-15% των ΑΕΕ, πως η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία είναι η βασική αιτία για τα ΑΕΕ (Struwe, et al., 2013). Είναι γεγονός πάντως ότι σε σχέση με τα ισχαιμικά επεισόδια και τη υπαραχνοειδή αιμορραγία τη μεγαλύτερη θνησιμότητα, την έχει η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σε ποσοστό 38%. Η συχνότητα κατά την οποία εμφανίζεται είναι 15 ανά 100.000 άτομα. Έχει «αγγίξει» με λίγα λόγια τα διπλάσια άτομα από όσα έχουν υποστεί υπαραχνοειδή αιμορραγία (Catanguí, Roberts, 2014).

Η ηλικία σ' ένα τέτοιο επεισόδιο δεν είναι και τόσο σημαντική ή το φύλλο. Έχει παρατηρηθεί ότι σε πιο μεγάλη συχνότητα, εμφανίζεται σε 55 άτομα Αφροαμερικάνων ανά 100.000 άτομα και σε 50 άτομα αντίστοιχα σε ορισμένο πληθυσμό Ιαπώνων. Ωστόσο, οι γυναίκες δεν προσβάλλονται τόσο εύκολα όσο οι άνδρες. Είναι όμως φυσικό όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι κάποιος, τόσο πιο επικίνδυνο να προκληθεί ένα τέτοιο επεισόδιο. Το σίγουρο είναι ότι αυτά τα επεισόδια θεωρούνται επείγοντα περιστατικά και σε σχέση με το καρκίνο είναι πιο επικίνδυνα. Ειδικά από τη στιγμή που προκαλούν και αναπηρίες (Struwe, et al., 2013).

Σ' ότι αφορά την Ελλάδα, τα άτομα που εμφανίζουν εγκεφαλικά επεισόδια σύμφωνα με στοιχεία από τις επιδημιολογικές έρευνες παρουσιάζονται να είναι 310 επεισόδια κάθε 100.000 άτομα και οι ηλικίες είναι κυρίως 45 μέχρι 85 ετών. Τα περιστατικά σε παγκόσμιο επίπεδο είναι 300 ανά 100.000 ασθενείς (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 1996). Ολοένα και περισσότερο, τα περιστατικά αυτά αυξάνουν και οι αιτίες οι οποίες είναι ο διαβήτης και το αλκοόλ. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι ένα ποσοστό πάνω από 30% έπειτα από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο πεθαίνει (Catanguí, Roberts, 2014).

Ειδικά το πρώτο χρόνο όπου εμφανίζεται το περιστατικό σημειώνεται το παραπάνω γεγονός αλλά στη σημερινή εποχή η θνησιμότητα μικραίνει. Γενικά πάντως στην Ελλάδα τα περιστατικά αγγίζουν τα 130 ανά 100.000 περιπτώσεις. Συνήθως το 26% των ασθενών έπειτα από ένα τέτοιο περιστατικό, πεθαίνει αλλά και τα άτομα που θα καταφέρουν να επιζήσουν, αντιμετωπίζουν κάποιου είδους αναπηρία. Συγκεκριμένη έρευνα δείχνει ότι στην Ελλάδα παρουσιάζεται το υψηλότερο ποσοστό σ' ότι αφορά τη Δυτική Ευρώπη και Βόρεια Αμερική για αυτή την ασθένεια (Rosewilliam et al., 2016). Αντίστοιχη έρευνα δείχνει ότι η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη θέση κατά 50% σε θνησιμότητα στην Ανατολική Ευρώπη (Rosewilliam et al., 2016).

Τα στοιχεία αυτά προέρχονται έπειτα από έρευνες του ερευνητικού ινστιτούτου New Cross στην Ανατολική Ευρώπη (Struwe, et al., 2013). Το αρνητικό είναι ότι η αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών δεν είναι και τόσο αποτελεσματική, ειδικά στην Ευρώπη και ο λόγος είναι ότι υπάρχει έλλειψη αποκατάστασης προγραμμάτων για τους ασθενείς. Σημαντικό είναι και το οικονομικό κόστος αλλά και η φροντίδα που χρειάζεται ο ασθενής για την μετέπειτα φροντίδα του. Είναι απαραίτητο δε οι κυβερνήσεις αλλά και οι αρμόδιες αρχές να δημιουργήσουν ένα σωστό πρόγραμμα υγείας ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε τέτοιου είδους περιστατικά.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα ποσοστό 10% ασθενών πεθαίνει από ΑΕΕ. Ο θάνατος αυτών των ασθενών στην Ευρώπη αγγίζει τα 2.000.000 άτομα και συνεχώς αυξάνεται. Αλλά και το οικονομικό κόστος αυξάνεται, αφού αγγίζει τα 38 δις ευρώ για το 2009 και σε αυτόν τον αριθμό αναφέρονται και στοιχεία της στεφανιαίας νόσου. Αντίστοιχα θα πρέπει να σημειωθεί πως συγκριτικά στοιχεία ΑΕΕ και στεφανιαίας νόσου, αναφέρουν πως τα ποσοστά θνησιμότητας κυμαίνονται σε 3.36 και 3.13 ανά 1.000 άτομα ασθενών. Το ίδιο συμβαίνει και με τα περιστατικά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ηλικίες 55-84. Φυσικά σε περιπτώσεις με ιστορικό ΑΕΕ, τα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να καταλήξουν (Rosewilliam et al., 2016).

Το ποσοστό όσων καταλήγουν σε ΑΕΕ είναι μεγαλύτερο απ' αυτό των ασθενών που πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η αναλογία είναι 27% και 10% αντίστοιχα. Ιδιαίτερα αυξημένος κίνδυνος υπάρχει έπειτα από ένα ισχαιμικό επεισόδιο για ΑΕΕ τη πρώτη εβδομάδα με πιθανότητες 8% να καταλήξει ο ασθενής. Ένα ποσοστό επίσης του 3% εμφανίζεται για τους τρεις πρώτους μήνες για να προκληθεί έμφραγμα. Οι λόγοι που ευθύνονται για τα παραπάνω συμπτώματα είναι γνωστοί και αναφέρονται (Struwe, et al., 2013)

- Κάπνισμα
- Κακή διατροφή
- Υπέρταση
- Διαβήτη υπερχοληστεριναιμία

Επίσης, τα ΑΕΕ συνοδεύονται από :

- Κολπική μαρμαρυγή
- Τοιχωματικές ή βαλβιδικές παθήσεις
- Καρωτιδική στένωση
- Προηγούμενο παροδικό ισχαιμικό

Σημειώνεται δε πως ο κίνδυνος για αποφυγή της υπέρτασης για ΑΕΕ αναφέρεται να είναι 30-40% και το ίδιο συμβαίνει στη φροντίδα για την αρτηριακή πίεση σε άτομα που είναι διαβητικά. Ο κίνδυνος τότε μειώνεται κατά 44%. Το κάπνισμα είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της υγείας αλλά και της πρόκλησης ΑΕΕ. Η διακοπή του μπορεί να μειώσει το κίνδυνο για ΑΕΕ κατά 50% το πρώτο χρόνο. Παράγοντες επίσης που μπορούν να μειώσουν το παραπάνω κίνδυνο είναι η πρόληψη και η θεραπεία της υπεροχοληστεροναιμίας και η αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά. Και στις δυο αυτές περιπτώσεις, ο κίνδυνος μειώνεται αντίστοιχα κατά 20-30% και 68%. Οι βασικές κατηγορίες των ΑΕΕ είναι οι:

- Τα αθηροθρομβωτικά που είναι η στένωση και το έμφραγμα, ή η απόφραξη του μεγάλου εξωκρανιακού αγγείου.
- Τα καρδιοεμβολικά

Αναφέρονται τέλος και τα επεισόδια από άγνωστες αιτίες οι οποίες είναι λόγοι για έμφρακτες καρδιακές βλάβες όπως και η νόσος των μικρών διατιτραινόντων αρτηριών (Struwe, et al., 2013).

1.2 Ορισμός του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

Με τον όρο Εγκεφαλικό Επεισόδιο, αναφέρεται η συγκεκριμένη βλάβη και η οποία προκαλείται στον εγκεφαλικό ιστό και ειδικότερα στα αγγεία (). Οι λόγοι που τη προκαλούν, είναι η διακοπή παροχής αίματος στη συγκεκριμένη περιοχή βλάβης ή η αιμορραγία αυτής, η οποία προκαλείται από τη ρήξη ενός αγγείου. Στη πρώτη περίπτωση, αναφέρεται το ισχαιμικό ΑΕΕ ενώ στη δεύτερη, η περίπτωση αιμορραγικού ΑΕΕ. Έχουν αναφερθεί βέβαια ποικίλοι λόγοι για τη πρόκληση ΑΕΕ και τις περισσότερες φορές έχουν σχέση με βλάβες, οι οποίες προκαλούνται στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων οι οποίες με το πέρασμα του χρόνου παραμένουν σε αυτά τα σημεία δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα υγείας. Επίσης, συχνές αιτίες των ΑΕΕ είναι και τα εξής

- Η υπέρταση
- Η κακή καθημερινή ζωή
- Η καθιστική ζωή
- Η κακή διατροφή

Είναι σημαντικό δε να αναφερθεί ότι ο κάθε ένας από τους παραπάνω λόγους, επιδρά διαφορετικά αλλά στη πραγματικότητα το αποτέλεσμα είναι πάντα η διακοπή παροχής αίματος σε κάποια περιοχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και ως επακόλουθο πάντα αναφέρεται το ισχαιμικό ΑΕΕ ή η ρήξη ενός αγγείου (Struwe, et al., 2013). Ο θρόμβος επίσης αποτελεί μια συχνή αιτία για τη διακοπή παροχής αίματος και κάποιες φορές μπορεί να προέρχεται από τη καρδιά και να φτάνει στα αγγεία μέχρι και τον εγκέφαλο. Η μορφή αυτής της βλάβης, αναφέρεται ως εμβολή (Catanguí, Roberts, 2014).

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις πάλι, η αιτία είναι ο θρόμβος που προέρχεται από κάποια θρόμβωση ενός γειτονικού αγγείου. Οι αλλοιώσεις των τοιχωμάτων αποτελούν τις περισσότερες φορές την βασική αιτία για τη ρήξη ενός

αγγείου και οι οποίες προκλήθηκαν από χρόνια υπέρταση. Δεν αποκλείονται όμως και οι αγγειακές δυσπλασίες, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή/και κάποιες παθήσεις τοιχωμάτων των αγγείων όπως τα αυτοάνοσα ή η αμυλοείδωση (Catanguì, Roberts, 2014).

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι τα ΑΕΕ έχουν αναγνωρισθεί από την εποχή της αρχαίας Ελλάδας και μάλιστα ο πρώτος ο οποίος είχε γράψει για αυτά με τον όρο αποπληξία, ήταν ο Ιπποκράτης με σκοπό να περιγράψει τη κατάσταση στην οποία βρίσκονταν τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Rosewilliam et al., 2016). Με τον όρο Αγγειακό Εγκεφαλικό χαρακτηρίζεται ένα περιστατικό κατά το οποίο προκαλείται αιφνίδιο και δραματικό νευρολογικό έλλειμμα. Επίσης χαρακτηρίζει τη παθολογική προσβολή η οποία οφείλεται σε απόφραξη ή σε αιμορραγία κάποιων αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου. Έτσι σαν αποτέλεσμα προκαλείται νέκρωση των εγκεφαλικών περιοχών τα οποία παίρνουν αίμα από αυτά τα αγγεία.

Είναι πλέον γνωστό ότι οι ειδικοί σε αυτό το θέμα, γνωρίζουν ότι δεν είναι μια απλή υπόθεση τα εγκεφαλικά επεισόδια και πολλές φορές προκαλούν θάνατο ή και σημαντικά λειτουργικά και νευρολογικά προβλήματα. Στην πραγματικότητα, η βλάβη αυτή αποτελεί τη τρίτη στη σειρά θνησιμότητας ασθένεια σε ανεπτυγμένες χώρες και τη πρώτη αιτία για πρόκληση αναπηρίας στον άνθρωπο. Είναι επίσης η βασική αιτία για 2500 περιστατικά κάθε χρόνο στην Ελλάδα μέσα από στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Struwe, et al., 2013). Σημαντικό είναι και το στοιχείο σύμφωνα με το οποίο η αιτία για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ή απότομη διακοπή παροχής αίματος σε κάποιο τμήμα του εγκεφάλου ή η ξαφνική ρήξη ενός αγγείου αλλά και η διάχυση του αίματος που σημειώνεται στον εγκέφαλο ή σε παρακείμενους ιστούς (Rosewilliam et al., 2016).

Τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη περίπτωση είναι σημαντικές αφού τα εγκεφαλικά κύτταρα δεν είναι σε θέση να πάρουν τα θρεπτικά συστατικά που τους είναι απαραίτητα και σαν αποτέλεσμα πεθαίνουν. Όσον αφορά τα συμπτώματα από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αυτά είναι

- Ξαφνική εκδήλωση αδυναμίας

- Ημιπληγία σε κάποια πλευρά του σώματος
- Δυσκολία στην ομιλία
- Δυσχέρεια στο περπάτημα με απώλεια ισορροπίας
- Διγλωτία
- Ζάλη
- Κεφαλαλγία
- Πλήρης απώλεια συνείδησης

1.3 Λόγοι Πρόκλησης του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

Οι κίνδυνοι πρόκλησης των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, διαχωρίζονται σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους, όπως θα περιγραφούν ακολούθως, και αναφέρονται στους παράγοντες της αρτηριακής πίεσης ή διαφορετικά γνωστή ως υπέρταση, στον σακχαρώδη διαβήτη, στο κάπνισμα, στην κολπική μαρμαρυγή, στην στένωση των καρωτίδων, στην παχυσαρκία, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητα, τη χρήση αλκοόλ, την θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης, την χρήση αντισυλληπτικών, την υπερχοληστεριναιμία, τα λιπίδια του αίματος, την λοίμωξη στον οργανισμό, το άγχος και το στρες, τις διατροφικές συνήθειες και την διαίτα, το μεταβολικό σύνδρομο, την κοινωνική στέρηση, την διαλείπουσα χλωτότης, τις διαταραχές πήκτικότητας αίματος, τους δείκτες αθηρωματικής αρτηριακής νόσου, το plasma homosysteine και τους αιμοστατικούς παράγοντες. Στους μη τροποποιήσιμους παράγοντες αντίστοιχα κατατάσσονται η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα και η γενετική προδιάθεση, η φυλή και η εθνικότητα και τέλος το οικογενειακό ιστορικό (Catanguì, Roberts, 2014).

- **Αρτηριακή Πίεση**

Η αρτηριακή πίεση ή υπερτασική κρίση ορίζεται ως ένα σημαντικός παράγοντας της πρόκλησης εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αρτηριακή πίεση ορίζεται ως ένα χρόνιο πρόβλημα όπου συχνά αντιμετωπίζεται ως μια υπερτασική κρίση που λαμβάνεται η σοβαρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης (διαστολική αρτηριακή πίεση πάνω από 120 mmHg), θέτει σε κίνδυνο το τοίχωμα των

αρτηριών και συνδέεται με πολύ μεγάλη θνητότητα εάν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα. Υπερτασική κρίση μπορεί να εμφανίσει ακόμη και άτομο χωρίς γνωστό πρόβλημα υπέρτασης (Struwe, et al., 2013).

Επίσης, στην αρτηριακή πίεση, διακρίνονται και οι ακόλουθοι όροι οι οποίοι εμπλέκονται σχετικά και μπορούν να προκαλέσουν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Rosewilliam et al., 2016).

- **Επιταχυνόμενη υπέρταση:** Η συνεχής επιδείνωση προϋπάρχουσας υπέρτασης, ανθεκτικής μορφής με διαστολική πίεση >140 mmHg και αμφιβληστροειδοπάθεια 3ου βαθμού.
- **Κακοήθης υπέρταση:** Διαστολική πίεση >140 mmHg με συνοδές βλάβες των οργάνων στόχων κυρίως των νεφρών και οίδημα της οπτικής θηλής.
- **Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια:** Μεγάλη αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε συνδυασμό με διαταραχές εγκεφαλικής λειτουργίας (κεφαλαλγία, διαταραχές συνειδήσεως, διαταραχές οράσεως, λήθαργος, σπασμούς).
- **Παροξυσμική υπέρταση:** Αιφνίδια άνοδος της αρτηριακής πίεσης η οποία μπορεί να οφείλεται σε οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φαιοχρωμοκύτωμα, οξεία σπιραματονεφρίτιδα.
- **Υπερτασική κρίση:** Η αιφνίδια αύξηση της διαστολικής πίεσης >140 mmHg που συνοδεύεται με βλάβη και δυσλειτουργία των οργάνων στόχων (ευρήματα από την οπτική θηλή, παθολογικά κλινικά συμπτώματα από την καρδιακή, εγκεφαλική και νεφρική λειτουργία).

- Σακχαρώδης Διαβήτης

Η ασθένεια του διαβήτη παγκοσμίως, σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας (Rosewilliam et al., 2016). Η ασθένεια αφορά 246 εκατομμύρια ανθρώπους και το 50% των ανθρώπων με διαβήτη, δεν το γνωρίζουν δυστυχώς, ότι πάσχουν. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί στα 350 εκατομμύρια μέχρι το 2025, ενώ στην Ανατολική Μεσόγειο και στην Μέση Ανατολή η αύξηση θα είναι περισσότερη και από διπλάσια.

Ο πρόεδρος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη Martin Silink, που αντιπροσωπεύει 200 ενώσεις Διαβήτη από 158 χώρες δήλωσε ότι το 70% του προβλήματος αφορά χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου αν και κανείς θα περίμενε να αφορά σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανεπτυγμένες χώρες όπου η εύκολη πρόσβαση στο γρήγορο φαγητό έχει ως συνέπεια να εμφανίζονται οι άνθρωποι μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας. Ακόμη επισημαίνεται ότι πρέπει να υπάρχει ένας κληρονομικός παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο για διαβήτη, χωρίς όμως να γενικεύεται στο πλήθος των περιπτώσεων.

- **Κάπνισμα**

Το κάπνισμα είναι βασική αιτία των καρδιακών παθήσεων. Οι δύο βασικές μορφές στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων είναι η καρδιακή προσβολή και η στηθάγχη. Η αθηροσκλήρωση είναι το βασικό υποκείμενο πρόβλημα της στεφανιαίας καρδιακής νόσου. Η αθηροσκλήρωση εκδηλώνεται όταν παρουσιάζεται στένωση και φράξιμο των αρτηριών, που μειώνει την παροχή αίματος, και του διαθέσιμου οξυγόνου, σε όλο το σώμα. Οι καπνιστές προσβάλλονται από περισσότερες καρδιακές προσβολές, επαναλαμβανόμενες καρδιακές προσβολές και στηθάγχη (κατά 20 φορές περισσότερο στηθάγχη) από τους μη-καπνιστές. Επίσης, οι καπνιστές παθαίνουν καρδιακές προσβολές σε νεαρότερη ηλικία από τους μη-καπνιστές (Struwe, et al., 2013).

Τα άτομα που καπνίζουν διατρέχουν 4πλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν από στεφανιαία καρδιακή νόσο από ότι οι μη-καπνιστές. Το χρονικό διάστημα και ο αριθμός τσιγάρων που καπνίζει κανείς αυξάνει το βαθμό επικινδυνότητας. Εκτός από τις επιδράσεις του καπνίσματος στην αθηροσκλήρωση, κάθε φορά που καπνίζετε (ακόμα κι ένα τσιγάρο) αναγκάζετε την καρδιά σας να εργάζεται πιο σκληρά με την (Rosewilliam et al., 2016):

- Αύξηση των καρδιακών παλμών
- Μείωση του οξυγόνου που κυκλοφορεί στο αίμα – με κάθε εισπνοή καπνού τσιγάρου, το διοξείδιο του άνθρακα και άλλα αέρια αντικαθιστάτε με οξυγόνο
- Βραχυπρόθεσμη αύξηση της πίεσης του αίματος

Το 2006, 355.600 Ευρωπαίοι προσβλήθηκαν από στεφανιαία καρδιακή νόσο, η οποία αποτελεί τη βασικότερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη. Είναι επίσης η συνηθέστερη αιτία αιφνίδιου θανάτου. Το 2007, καταμετρήθηκαν 24.576 θάνατοι στην Ευρώπη λόγω στεφανιαίας καρδιακής νόσου. Το 18,5% του συνόλου των θανάτων αποδίδεται σε αυτήν (Catanguì, Roberts, 2014).

- **Κολπική Μαρμαρυγή**

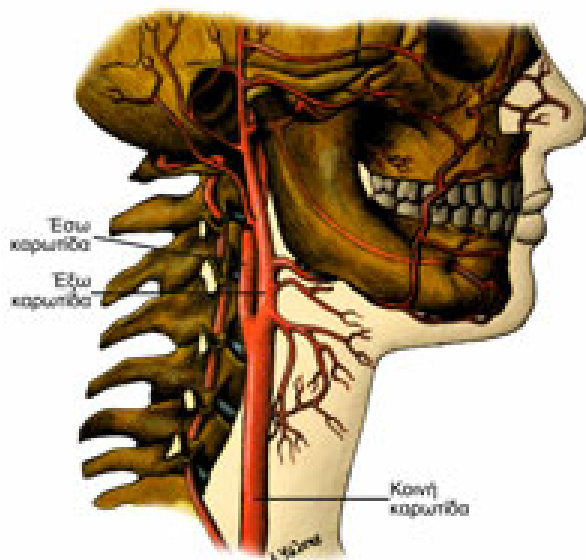
Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή μόνιμη καρδιακή αρρυθμία ή ακανόνιστος καρδιακός παλμός. Εκτιμάται ότι πάνω από 5 εκατομμύρια Αμερικανοί και 6 εκατομμύρια άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν κολπική μαρμαρυγή. Η πάθηση αφορά περίπου ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας 40 ετών ή άνω. Το σοβαρότερο ιατρικό πρόβλημα για άτομα με κολπική μαρμαρυγή είναι ο αυξημένος κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου, ο οποίος είναι πέντε φορές υψηλότερος στο συγκεκριμένο πληθυσμό, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν κολπική μαρμαρυγή.

Το 15% όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων στις ΗΠΑ αποδίδονται στην κολπική μαρμαρυγή. Επιπλέον, τα εγκεφαλικά επεισόδια που οφείλονται σε κολπική μαρμαρυγή είναι πιο επιβαρυντικά σε σχέση με τα εγκεφαλικά επεισόδια άλλης αιτιολογίας. Τα εγκεφαλικά επεισόδια από κολπική μαρμαρυγή είναι πιο βαριά, με ποσοστό θνησιμότητας 24% εντός 30 ημερών και πιθανότητα θανάτου 50% μέσα σε ένα έτος. Όπως ανακοινώθηκε στο Ευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο, η μελέτη ARISTOTLE έδειξε ότι η ουσία arixaban, το πρώτο από του στόματος λαμβανόμενο αντιπηκτικό, ήταν ανώτερο από τη βαρφαρίνη στη μείωση των εγκεφαλικών επεισοδίων ή της συστηματικής εμβολής, με σημαντικά λιγότερα αιμορραγικά επεισόδια σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή (Struwe, et al., 2013).

- **Στένωση Καρωτίδων**

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά από την στεφανιαία νόσο και τον καρκίνο με θνητότητα περίπου 50% στους 6 μήνες και με ένα ποσοστό 30% των επιζήσαντων που απαιτεί καθημερινή φροντίδα. Τα εγκεφαλικά επεισόδια κατατάσσονται ανάλογα με την αιτία και προκαλούνται στο 80% από έμφρακτο και στο 20% από ενδοεγκεφαλική αιμορραγία (Rosewilliam et

al., 2016). Οι καρωτίδες αρτηρίες είναι τα κύρια αιμοφόρα αγγεία που παρέχουν αιμάτωση στον εγκέφαλο (φωτογραφία Νο.2) και όπως όλες οι άλλες αρτηρίες (στεφανιαίες, νεφρικές, αρτηρίες των κάτω άκρων κ.λ.π.), έτσι και οι καρωτίδες μπορεί να προσβληθούν από την αθηροσκλήρυνση που τελικά προκαλεί την στένωση της καρωτίδας (φωτογραφία Νο.11 και 12). Η νόσος της καρωτίδας είναι η αιτία των εγκεφαλικών επεισοδίων σε ένα ποσοστό περίπου 30% των αρρώστων (Catanguí, Roberts, 2014).



Η στένωση της καρωτίδας μπορεί να εκδηλωθεί με προειδοποιητικά συμπτώματα εγκεφαλικού επεισοδίου όπως είναι τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια. Η παροδική διακοπή της αιμάτωσης συγκεκριμένου μέρους του εγκεφάλου οφείλεται στην απόσπαση ενός κομματιού της αθηροματικής πλάκας που μπορεί να προέρχεται από την καρωτίδα (Rosewilliam et al., 2016).

- **Παχυσαρκία**

Όσο περισσότερο υπέρβαρος είναι κάποιος τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, σύμφωνα με νέα έρευνα. Η έρευνα παρακολούθησε 13.549 Αμερικανούς μέσης ηλικίας για 19 χρόνια και εξέτασε τον κίνδυνο που σχετίζεται με αρκετούς δείκτες παχυσαρκίας, δίνοντας έμφαση στο Δείκτη Μάζας Σώματος, αλλά και σε μετρήσεις όπως η περίμετρος μέσης. Ο Dr. Hiroshi Yatsuya, του Πανεπιστημίου της Μινεσότα και επικεφαλής της έρευνας,

δήλωσε ότι ανακάλυψε πως ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου αυξανόταν με κάθε δείκτη παχυσαρκίας.

Ο βαθμός του κινδύνου ποίκιλε ανάλογα με το φύλο και την εθνικότητα. Για παράδειγμα, άνθρωποι που ανήκαν στην υψηλότερη κατηγορία Δείκτη Μάζας Σώματος είχαν υψηλότερο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο κατά 1,43 έως 2,12 φορές, με διακυμάνσεις ανάλογα με το φύλο και την εθνικότητα. Τα ποσοστά κινδύνου κυμαίνονταν από 1,65 έως 3,19 όταν η παχυσαρκία μετριόταν με την περίμετρο μέσης και 1,60 έως 2,55 όταν χρησιμοποιείτο η αναλογία μέσης/ ισχίων (Struwe, et al., 2013).

Ο κίνδυνος ήταν ιδιαίτερα υψηλός για τους έγχρωμους, σύμφωνα με την έρευνα. Για παράδειγμα, η εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν 1,2 ανά 1.000 άτομα-χρόνια για τις λευκές και 4,3 ανά 1.000 άτομα-χρόνια για τις έγχρωμες. Στην υψηλότερη κατηγορία του Δείκτη μάζας Σώματος τα ποσοστά κυμαίνονταν από 2,2 για τις λευκές και 8 για τις έγχρωμες. Ωστόσο, ο αυξημένος κίνδυνος που σχετίζεται με το βάρος ήταν φανερός σε κάθε εθνικότητα. Άντρες και γυναίκες που ανήκαν στην υψηλότερη κατηγορία παχυσαρκίας αντιμετώπιζαν περίπου διπλάσιο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με αυτούς που ανήκαν στη χαμηλότερη κατηγορία (Rosewilliam et al., 2016).

- **Χρήση Αλκοόλ**

Πολλές μελέτες υποδηλώνουν πως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, σε σύγκριση με τη βαριά κατανάλωση και την πλήρη αποχή, ελαττώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου από 40 μέχρι 70%. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση. Είναι αξιοσημείωτο πως αυτή η σχέση είναι παροδική, διότι εάν ο άνθρωπος πάψει να πίνει αλκοόλ, παρατηρείται μία άμεση μείωση της αρτηριακής πίεσης (Catanguí, Roberts, 2014).

Είναι πιθανό πως η σχετιζόμενη με το αλκοόλ αύξηση της αρτηριακής πίεσης, προκύπτει είτε από μία άμεση αγγειοσυσπαστική επίδραση ή από αύξηση του συμπαθητικού τόνου των αγγείων. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, δε φαίνεται να είναι αίτιο παρατεταμένης υπέρτασης, αλλά προκαλεί υψηλές αυξήσεις της

πίεσης στους ανθρώπους που καταναλώνουν χρονίως αλκοόλ. Ένα από τα αίτια της "ανθεκτικής υπέρτασης", πολλές φορές, είναι η κρυφή κατανάλωση αλκοόλ.

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει δείξει πως επηρεάζει την εκδήλωση του εγκεφαλικού επεισοδίου με αντιφατικούς τρόπους, ανάλογα με την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, αυξάνει τον κίνδυνο τόσο του ισχαιμικού όσο και του αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Σε ανθρώπους που καταναλώνουν 1-2 ποτήρια ημερησίως, ο κίνδυνος φαίνεται ότι μειώνεται (Rosewilliam et al., 2016).

- **Χρήση Αντισυλληπτικών**

Η χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο να πάθει μια γυναίκα εγκεφαλικό μετά από χρήση για πάνω από τρία χρόνια. Η πιθανότητα μιας γυναίκας να εκδηλώσει εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από χρήση αντισυλληπτικών δισκίων είναι πολύ μικρή. Ο κίνδυνος όμως είναι μεγαλύτερος αν η γυναίκα καπνίζει, έχει υπέρταση ή έχει ήδη ένα θρομβωτικό επεισόδιο στο ιστορικό της.

- **Υπερχοληστεριναιμία**

Οι αυξημένες τιμές χοληστερίνης στο αίμα θεωρούνται ένας από τους βασικότερους παράγοντες, αν όχι ο βασικότερος, που καταστρέφει τα τοιχώματα των αρτηριών προκαλώντας εμφράγματα στην καρδιά και εγκεφαλικά επεισόδια. Όσο πιο γρήγορα μάθουμε ποια είναι τα επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα τόσο πιο εύκολα μπορούμε να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα και να αποφύγουμε τις καταστροφικές συνέπειες. Τελευταίες επιστημονικές μελέτες δημοσιευμένες σε εγκυρότατα επιστημονικά περιοδικά υποστηρίζουν ότι η πρώτη μέτρηση της χοληστερίνης πρέπει να γίνεται στο παιδί σε ηλικία 15 μηνών, τότε που γίνονται και τα εμβόλιά του. Με τον τρόπο αυτό γίνεται η πρώτη αναγνώριση, εάν υπάρχει, της ιογενούς υπερχοληστεριναιμίας, που χαρακτηρίζεται από πολύ αυξημένες τιμές χοληστερίνης και που στον ενήλικα ξεπερνά τα 500mg% (Rosewilliam et al., 2016).

- **Λιπίδια του Αίματος**

Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης δεν αποτελούν δείκτη πρόβλεψης του κινδύνου για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου στις γυναίκες, σύμφωνα με νέα μελέτη ειδικών από τη Δανία. Από τη μεγάλη αυτή μελέτη, η οποία περιελάμβανε 13.951 άνδρες και γυναίκες στην Κοπεγχάγη και η οποία διήρκεσε 33 έτη, προέκυψε ότι η υψηλή χοληστερόλη συνδέεται με κίνδυνο εγκεφαλικού μόνο στους άνδρες και μόνο σε περίπτωση που τα επίπεδά της είναι σχεδόν διπλάσια σε σύγκριση με τον μέσο όρο (Rosewilliam et al., 2016).

Οι ερευνητές από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Κοπεγχάγης αναφέρουν με δημοσίευσή τους στο επιστημονικό περιοδικό «Annals of Neurology» ότι στη διάρκεια των 33 ετών, 837 άνδρες και αντίστοιχος αριθμός γυναικών υπέστησαν εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι η υψηλή χοληστερόλη δεν αποτελούσε παράγοντα πρόβλεψης για την εμφάνιση του επεισοδίου. Τέτοια σύνδεση φάνηκε να ισχύει μόνο στους άνδρες, όταν όμως τα επίπεδα χοληστερόλης τους ήταν υψηλότερα των 350 mg/dl (χιλιοστογραμμάρια ανά δεκατόλιτρο αίματος - σημειώνεται ότι φυσιολογικά επίπεδα ολικής χοληστερόλης θεωρούνται εκείνα κάτω των 200 mg/dl). (Catangui, Roberts, 2014)

- **Άγχος - Στρες**

Σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *BMC Medicine*, πολλοί ασθενείς που εισάγονται επείγοντως σε νοσοκομείο με εγκεφαλικό έμφρακτο δηλώνουν ότι είχαν μεγάλο βαθμό άγχους για μια παρατεταμένη περίοδο πριν να υποστούν το επεισόδιο (Warabi, Kato, 2005). Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι το ψυχολογικό άγχος όπως το αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής και το εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν μια ανεξάρτητη συσχέτιση, η οποία ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του εγκεφαλικού έμφρακτου (Lightbody et al, 2007).

Οι ερευνητές ζήτησαν από περίπου 600 ασθενείς που είχαν εισαχθεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Sahlgrenska με οξύ εγκεφαλικό έμφρακτο να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο εντός των πρώτων δέκα ημερών από την εισαγωγή τους. Στο ερωτηματολόγιο αυτό, οι ασθενείς κλήθηκαν να επιλέξουν μεταξύ έξι διαφορετικών εναλλακτικών απαντήσεων σχετικά με το βαθμό άγχους που αισθάνονταν πριν την εκδήλωση του εγκεφαλικού, από «δεν έχω νιώσει ποτέ

άγχος» έως «αισθάνομαι συνεχώς αγχωμένος τα τελευταία πέντε έτη», και στη συνέχεια οι απαντήσεις τους συγκρίθηκαν με τις απαντήσεις μιας ομάδας υγιών μαρτύρων στο ίδιο ερώτημα (Struwe, et al., 2013).

- **Διατροφικές Συνήθειες**

Δεκάδες έρευνες το τελευταίο διάστημα συσχετίζουν τον αριθμό των φαστ φουντ σε μια γειτονιά με τα προβλήματα υγείας των κατοίκων. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν, στο ίδιο συνέδριο διαπίστωσαν ότι στις περιοχές με πολλά εστιατόρια γρήγορου, έτοιμου φαγητού υπήρχαν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να πάθουν εγκεφαλικό και πρότειναν ειδικά προγράμματα πρόληψης ως αντίβαρο στο άνοιγμα πολλών τέτοιων επιχειρήσεων σε έναν τόπο. Συγκεκριμένα, οι επιστήμονες βρήκαν πως όσοι κατοικούν σε περιοχές με πολλά ταχυφαγεία είχαν 13% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού επεισοδίου. Με διαφορετικούς όρους, υπολογίζεται ότι κάθε φαστφουντάδικο που ανοίγει σε μια περιοχή αυξάνει το σχετικό κίνδυνο των κατοίκων κατά 1% (Rosewilliam et al., 2016).

- **Μεταβολικό Σύνδρομο**

Το μεταβολικό σύνδρομο (αλλιώς γνωστό και ως Σύνδρομο Χ) χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο επιμέρους μεταβολικών διαταραχών. Συγκεκριμένα στο μεταβολικό σύνδρομο υπάρχουν ταυτόχρονα τρεις ή περισσότερες από τις διαταραχές που αναφέρονται παρακάτω (Rosewilliam et al., 2016):

- Επίπεδα 'καλής χοληστερίνης' HDL κάτω από 40mg/dl στον άνδρα και κάτω από 50 mg/dl στην γυναίκα
- Επίπεδα τριγλυκεριδίων αίματος πάνω από 150mg/dl
- Αρτηριακή πίεση αίματος τουλάχιστον 130 και 85 mmHg η συστολική και διαστολική αντίστοιχα
- Γλυκόζη (ζάχαρο) αίματος νηστείας τουλάχιστον 110mg/dl
- Περιφέρεια μέσης πάνω από 102cm στον άνδρα ή 88cm στην γυναίκα

- **Διαλείπουσα Χωλότης**

Η διαλείπουσα χωλότητα είναι το χαρακτηριστικό σύμπτωμα που οφείλεται σε αθηροσκλήρωση και στένωση μιας αρτηρίας που τροφοδοτεί το πόδι. Πρόκειται για πόνο στη γάμπα, το μηρό ή/και το γλουτό, που εμφανίζεται μετά από βάδισμα συγκεκριμένης απόστασης, για παράδειγμα ενός ή δύο τετραγώνων. Εάν ο ασθενής σταματήσει να βαδίζει, ο πόνος αυτός σταματάει μετά από λίγη ώρα. Κάθε φορά που ο ασθενής αυτός περπατάει, ο πόνος αρχίζει αφού διανύσει την ίδια περίπου απόσταση. Κάθε φορά που συμβαίνει αυτό, χρειάζεται ο ίδιος περίπου χρόνος για να σταματήσει ο πόνος μετά το σταμάτημα του βαδίσματος (Catanguí, Roberts, 2014).

1.4 Αιτίες της Δημιουργίας του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

- Ηλικία

Τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι παθήσεις κυρίως της τρίτης ηλικίας αλλά παρουσιάζονται και σε νεότερες ηλικίες όταν υπάρχουν εκ γενετής ανευρύσματα των εγκεφαλικών αρτηριών, τα λεγόμενα συγγενή, ή συντρέχουν άλλοι λόγοι πρώιμης αθηροσκλήρωσης ή σοβαρές καρδιακές παθήσεις όπως π.χ. τα μεγάλα εμφράγματα του μυοκαρδίου, η κολπική μαρμαρυγή, η καρδιακή ανεπάρκεια, ορισμένες σοβαρές εκ γενετής παθήσεις της καρδιάς (Struwe, et al., 2013).

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι πολύ συχνό πρόβλημα υγείας, δεδομένου ότι αποτελούν την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες, μετά τα καρδιακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλασμάτα και ένα από τα συχνότερα αίτια αναπηρίας με σημαντικές ιατρικές και οικονομικές επιπτώσεις, δεδομένου ότι το 60% των ασθενών παρουσιάζει σημαντικό βαθμό αναπηρία μετά την πάροδο ενός έτους από το επεισόδιο. Ειδικά για την Ελλάδα το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο, δεδομένου ότι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας η θνητότητα είναι σαφώς μεγαλύτερη από το μέσο όρο των χωρών του δυτικού κόσμου.

- **Φύλο**

Το φύλο, όπου παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου στους άνδρες. Εξαίρεση αποτελούν οι γυναίκες ηλικίας 35-44 χρόνων και άνω των 85 χρόνων, όπου η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άνδρες. Παρότι, δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία για τη σχέση φύλου και εγκεφαλικού επεισοδίου, είναι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης παραγόντων. Για παράδειγμα, οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα επειδή παρουσιάζουν περισσότερους ενοχοποιητικούς παράγοντες, όπως είναι το κάπνισμα (είναι οι πιο βαριοί καπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες) και η υπέρταση (είναι πιο συχνή στους άνδρες). Επιπλέον οι γυναίκες είναι και ορμονικά προστατευόμενες (Catanguí, Roberts, 2014).

- **Εθνικότητα – Φυλή**

Οι μαύροι έχουν υψηλότερη συχνότητα εγκεφαλικού συγκρινόμενοι με τους λευκούς. Επίσης, υψηλή συχνότητα εγκεφαλικού παρατηρείται στους Κινέζους και Γιαπωνέζους (Catanguí, Roberts, 2014).

- **Κληρονομικότητα**

Το κληρονομικό ιστορικό και από τους δύο γονείς μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου ισχαιμικού τύπου. Πιθανόν να υπάρχει γενετική προδιάθεση, η οποία επιβαρύνεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η κουλτούρα και ο τρόπος ζωής (Rosewilliam et al., 2016).

1.5 Ιατρικές Παρεμβάσεις για την Αντιμετώπιση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

Η διαχείριση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου έχει επανεμφανιστεί την τελευταία δεκαετία και ο θεραπευτικός *μηδενισμός* δεν δικαιολογείται πλέον (Struwe, et al., 2013). Η έλευση των οξέων θεραπειών, ειδικά της θρομβόλυσης, όπου το πλαίσιο ευκαιρίας για παρέμβαση, είναι πολύ σύντομο και η θεραπεία φέρει κίνδυνο και υπογραμμίζει την πρωταρχική σημασία της σωστής κλινικής διάγνωσης. Οι νευρολόγοι θα πρέπει να υιοθετήσουν έναν πρωταρχικό ρόλο που δεν είναι γνωστός σε πολλές χώρες, εάν οι θεραπευτικές πρόοδοι πρέπει να εφαρμοστούν με ασφάλεια. Η στενότερη συμμετοχή στη φροντίδα του εγκεφαλικού

επεισοδίου, απαιτεί επίσης ότι οι νευρολόγοι ενημερώνονται για τις εξελίξεις στην καρδιαγγειακή ιατρική όπου οι αγγειακοί νευρολόγοι απαιτούν να είναι ηλεκτρολόγος και υδραυλικός.

Η λανθασμένη διάγνωση του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι συχνή, αφού το 20% των διαγνώσεων του τμήματος έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι λανθασμένο και το 10% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο απορρίπτεται με μια εναλλακτική διάγνωση. Πολλές κοινές λανθασμένες διαγνώσεις χαρακτηρίζονται από γενική και όχι εστιακή εγκεφαλική δυσλειτουργία (σηψαιμία, υπογλυκαιμία, υπερβολική δόση φαρμάκων και μεταβολικές διαταραχές που είναι όλες κοινές) (Rosewilliam et al., 2016).

Αυτά τα προβλήματα επιβεβαιώνουν σημαντικά και βασικά ελλείμματα στη δημόσια και μη εξειδικευμένη ιατρική γνώση των χαρακτηριστικών του εγκεφαλικού επεισοδίου. Πολλές λανθασμένες διαγνώσεις είναι σοβαρές και θεραπευτικές καταστάσεις. Ορισμένες κοινές νευρολογικές διαφορικές διαγνώσεις απαιτούν άμεση θεραπεία (για παράδειγμα, κρίση, όγκος στον εγκέφαλο, υποδόριο αιμάτωμα) ενώ οι πιο καλοήθειες συνθήκες (για παράδειγμα, η παράλυση του Bell και οι παράλυση πίεσης του περιφερικού νεύρου), είναι σημαντικές για την αποφυγή περιττής θεραπείας (Catanguí, Roberts, 2014). Οι ασυνήθιστες νευρολογικές διαταραχές συχνά προκαλούν διαγνωστικές διαγνώσεις σε μη νευρολόγους: για παράδειγμα, όταν αντιμετωπίζουν "πρώρο εγκεφαλικό επεισόδιο" είναι σοφό να εξεταστεί το σύνδρομο Miller Fisher ή η μυασθένεια gravis (Struwe, et al., 2013).

Τα σχετικά χαρακτηριστικά της κλινικής εξέτασης συνοψίζονται με χρήσιμο τρόπο από τα στοιχεία δοκιμής που περιλαμβάνονται στην κλίμακα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και μια συνδρομή ταξινόμηση που προέρχεται από το πρόγραμμα του εγκεφαλικού επεισοδίου της κοινότητας Oxfordshire (OCSP) είναι κλινικά χρήσιμη σε σχέση με την αιτιολογία και πρόγνωση. Ωστόσο, η ακρίβεια της ταξινόμησης OCSP περιορίζεται στις πρώτες 24 ώρες μετά την έναρξη και η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού με μαγνητικό συντονισμό (MR), επαναπροσδιορίζει τον εντοπισμό των εγκεφαλικών επεισοδίων (Rosewilliam et al., 2016).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά δεν μπορούν να διακρίνουν το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από την ενδοεγκεφαλική αιμορραγία (ICH). Τα συστήματα βαθμολόγησης για τη βελτίωση της διάγνωσης (Guy's, Siriraj) αποδίδουν ελάχιστα όταν εφαρμόζονται σε σύνολα δεδομένων διαφορετικά από αυτά από τα οποία προέρχονται. Η απεικόνιση είναι απαραίτητη για να γίνει αυτή η διάκριση.

Οι περισσότεροι ασθενείς πρέπει να αποταθούν σε νοσοκομείο για να επιβεβαιώσουν την κλινική και ακτινολογική διάγνωση και να επιτρέψουν ειδικές οξείες θεραπείες που μειώνουν τη θνησιμότητα και βελτιώνουν τη λειτουργική έκβαση. Υπάρχουν σχετικά στοιχεία από μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη ότι η περίθαλψη σε νοσοκομείο σε μια γεωγραφικά διακριτή μονάδα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι ανώτερη από την εγχώρια ή υποστηριζόμενη γενική ιατρική περίθαλψη σε σχέση με την επιβίωση και την αναπηρία.

Οι ασθενείς με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και μη εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να θεωρηθούν συνήθως ως εξωτερικοί ασθενείς, υπό την προϋπόθεση ότι η αξιολόγηση μπορεί να διεξαχθεί έγκαιρα. Οι εγχώριες συνθήκες και οι συννοσηρότητες επηρεάζουν την απόφαση. Μερικοί ασθενείς με συχνές παροδικές ισχαιμικές επιθέσεις απαιτούν νοσηλεία για σταθεροποίηση και έρευνα (Catangui, Roberts, 2014).

Η θρομβολυτική φαρμακευτική αγωγή για εγκεφαλικό επεισόδιο έχει καθιερωθεί στη Βόρεια Αμερική και, παρόλο που δεν έχει ακόμα χορηγηθεί άδεια, σε κέντρα εγκεφαλικού επεισοδίου σε όλη την Ευρώπη, τη Νότια Ασία και την Αυστραλασία. Ενδοφλέβιος ανασυνδυσασμένος ενεργοποιητής πλασμινογόνου ιστού (rt-PA) σε δόση 0,9 mg / kg (μέγιστο 90 mg) που χορηγήθηκε επί μία ώρα, έχει χορηγηθεί στις ΗΠΑ από το 1996 για χρήση εντός τριών ωρών από την εμφάνιση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Απόδειξη της ευεξίας προέρχεται από πέντε μετρίως μεγάλες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (εικ. 1), από τις οποίες η βασική δοκιμή rt-PA του NINDS έδειξε σημαντική αύξηση της αναλογίας των ασθενών που έκαναν

πλήρη νευρολογική ανάκαμψη από εγκεφαλικό επεισόδιο (12% εξίσωση με έναν επιπλέον ασθενή που ανακτήθηκε πλήρως για κάθε οκτώ ασθενείς) χωρίς αύξηση της θνησιμότητας (Catanguí, Roberts, 2014).

Αντίθετα, η στρεπτοκινάση συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση της πρώιμης θνησιμότητας σε τρεις δοκιμές. η περαιτέρω χρήση αυτού του φαρμάκου εγκαταλείφθηκε για λόγους ασφάλειας, παρά την τάση για μειωμένη αναπηρία των επιζώντων. Η μελέτη NINDS που αντιμετωπίστηκε με μοναδικό τρόπο στους πρώτους μισούς ασθενείς της υποβλήθηκε σε θεραπεία εντός 90 λεπτών από την εμφάνισή της, κατά το ήμισυ μεταξύ 91-180 λεπτών. Τρεις άλλες δοκιμές με παρατεταμένα χρονικά παράθυρα (έως 6 ώρες κατ 'ανώτατο όριο) έχουν αρχίσει θεραπεία κατά μέσο όρο 4,5 ώρες μετά την εμφάνισή τους και έχουν παρουσιάσει αμφίβολα αποτελέσματα, μερικά από τα οποία οφείλονται στις ιδιοτροπίες του σχεδιασμού δοκιμής εγκεφαλικού επεισοδίου (Rosewilliam et al., 2016).

Και οι δύο δοκιμές ECASS θα ήταν «θετικές» με πολύ μικρές διαφορές στην επιλογή των πρωτογενών τελικών σημείων.² Η μικρή μελέτη PROACT II βρήκε σημαντικό όφελος μέχρι και έξι ώρες μετά την εκδήλωση με ενδοαρτηριακή προουροκινάση στον άκρως επιλεγμένο πληθυσμό με αγγειογραφικά αποδεδειγμένη εγγύς Απόφραξη MCA. Πολλές ερωτήσεις παραμένουν σχετικά με τη βέλτιστη χρήση του rt-PA, αλλά η εμπειρία μετά την αδειοδότηση στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Ευρώπη υποδηλώνει ότι τα αποτελέσματα ασφάλειας και ευεξίας που ταιριάζουν με την αρχική δοκιμή μπορούν να επιτευχθούν στην κλινική πρακτική ρουτίνας υπό τον όρο ότι τηρείται το πρωτόκολλο NINDS. Ο οργανισμός εξυπηρέτησης εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην ευρεία εφαρμογή του rt-PA, ενώ λιγότερο από το 5% των εγκεφαλικών επεισοδίων αντιμετωπίζονται ακόμη και σε ενθουσιώδη αμερικανικά κέντρα (Rosewilliam et al., 2016).

Η ενδοαρτηριακή θρομβόλυση έχει υποστηριχθεί για την απόφραξη της βασικής αρτηρίας. Αυτό το σύνδρομο είναι σπάνιο, διότι μπορεί να αναγνωρίσει κλινικά μέχρι να προχωρήσει, και έχει θνησιμότητα τόσο υψηλό όσο 90% χωρίς θεραπεία. Μη τυχαίοποιημένες μελέτες υποδεικνύουν μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας με επιτυχημένη ανασύνδεση βάσεων (Struwe, et al., 2013).

Επίσης αναφέρεται η νευροπροστασία. Σημαντικός περιορισμός του μεγέθους του εμφράγματος είναι δυνατός σε ζωικά μοντέλα αλλά δεν έχει βρεθεί ακόμη κανένα κλινικό όφελος για ορισμένους νευροπροστατευτικούς παράγοντες σε μετρίως μεγάλες δοκιμές φάσης II. Σημαντικές ανεπάρκειες στην ανάπτυξη φαρμάκων υποδηλώνουν ότι η υπόθεση νευροπροστασίας δεν έχει δοκιμαστεί επαρκώς και αρκετές δοκιμές βρίσκονται σε εξέλιξη. Τα δεδομένα της δοκιμής υποδεικνύουν δυνητική βλάβη από ορισμένους θεωρούμενους νευροπροστατευτικούς παράγοντες, κυρίως νιμοδιπίνη, κορτικοστεροειδή και ορισμένους ανταγωνιστές NMDA (N-μεθυλ- $\bar{\nu}$ -ασπαρτικό) (Catanguí, Roberts, 2014).

Τέλος, αναφέρεται η νευροχειρουργική, όπου η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιείται όταν υπάρχει αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση που πιθανόν να αποβεί θανατηφόρα μετά από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συνήθως 3-5 ημέρες μετά την έναρξή του όταν το εγκεφαλικό οίδημα είναι μέγιστο. Hemisraniectomy έχει υποστηριχθεί για το σύνδρομο "κακότηες MCA απόφραξη", η οποία συνδέεται με την επίμονη απόφραξη του αγγείου και την οπίσθια craniectomy του οστού με εκκένωση του εμφράγματος για παρεγκεφαλικά έμφρακτα επεισόδια. Καμία από τις δύο προσεγγίσεις δεν έχει ακόμη υποστηρίξει τις δοκιμαστικές αποδείξεις και, ενώ δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι διαδικασίες αυτές συχνά σώζουν τη ζωή, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την αναπηρία των επιζώντων (Struwe, et al., 2013).

2. Κεφάλαιο 2 – Νοσηλευτική Παρέμβαση στη Πρόληψη και Αντιμετώπιση του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου

2.1 Ο Ρόλος των Νοσηλευτών στην Αντιμετώπιση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια σημαντική αιτία μακροχρόνιων σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων στους ασθενείς (Lightbody et al, 2007). Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν βασικό ρόλο στη διαχείριση και υποστήριξη ασθενών αλλά και φροντιστών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, όπου πολλοί από αυτούς θα έχουν πολλαπλά άλλα ιατρικά προβλήματα στο παρόν και στο μέλλον. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί ωστόσο μια προβλέψιμη και θεραπεύσιμη ασθένεια. Η ανάκτηση της όποιας θεραπείας και αποκατάστασης, μπορεί να συνεχιστεί για μήνες ή χρόνια μετά το οξύ συμβάν.

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παραμένει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε μεγάλο βαθμό μπορεί να προληφθεί, καθώς το 70% των περιπτώσεων μπορεί να αποφευχθεί με αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπέρτασης, του διαβήτη, της υπερλιπιδαιμίας, της αποφυγής του καπνίσματος και της παχυσαρκίας. Είναι επίσης μια θεραπεύσιμη ασθένεια, καθώς πολλές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές (Nelson et al., 2007).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, περίπου 100.000 άνθρωποι θα υποφέρουν από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο, από το οποίο περίπου το 85% θα επιβιώσει και θα φύγει από το νοσοκομείο. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν έναν κρίσιμο ρόλο βοηθώντας αυτούς τους ανθρώπους και τις οικογένειές τους, να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και να μειώσουν τις πιθανότητες επανεμφάνισης του στο μέλλον. Αν και περίπου το ένα τρίτο των επιζώντων αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου δεν θα έχουν μακροχρόνιες βλάβες σε κάποιο ζωτικό όργανο ή μέρος του σώματος, οι περισσότεροι θα εξακολουθούν να έχουν επηρεαστεί ψυχολογικά (Playford et al, 2011).

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών - συμπεριλαμβανομένων των παιδιών - αλλά ο κίνδυνος αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς με την αύξηση της ηλικίας. Το ήμισυ όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών. Ως εκ τούτου, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται συχνά στο πλαίσιο άλλων ιατρικών προβλημάτων, πράγμα που σημαίνει ότι η εξειδικευμένη αντιμετώπιση της πολύπλοκης πολλαπλής νοσηρότητας, είναι απαραίτητη (Hackam, Spence, 2007).

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η συνηθέστερη αιτία για σημαντική αναπηρία ενηλίκων και η τρίτη συνηθέστερη αιτία θανάτου στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά ένα σοβαρό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να μετατραπεί σε ένα όπου υπάρχει ελάχιστη ή καμία μακροχρόνια αναπηρία. Ακόμα κι αν το γεγονός δεν μπορεί να αντιστραφεί και υπάρχει νευρωνική βλάβη, με υψηλής ποιότητας αποκατάσταση, οι ασθενείς μπορούν να μεταμορφώσουν τη ζωή τους και συχνά να επανακτήσουν την ανεξαρτησία που έχουν χάσει. Η μη παροχή της καλύτερης φροντίδας, η αρνητική στάση και η εγκατάλειψη πολύ νωρίς είναι πιθανό να οδηγήσουν σε υψηλό κόστος για τον ασθενή, τους φροντιστές και την κοινωνία (Lightbody et al, 2007).

Βάσει των ανωτέρω, σε μια σχετική μελέτη, περίπου το ήμισυ του δείγματος ανέφερε ότι δεν ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες, αλλά το υπόλοιπο έδειξε κατά μέσο όρο τρία προβλήματα όπου ένιωθαν ότι θα μπορούσαν να βοηθηθούν και να βοηθηθούν (Hackam, Spence, 2007). Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο 21% προβλήματα με πτώσεις και ακράτεια, στο 15% με πόνο και σχεδόν το 40% είχαν συναισθηματικά προβλήματα. Σχεδόν οι μισοί ασθενείς είχαν κόπωση και πάνω από το μισό παραπονέθηκαν για τη μνήμη τους. Το 52% δεν μπόρεσε να επιστρέψει στην εργασία και τα δύο τρίτα δεν κατάφεραν να ξαναρχίσουν τις προηγούμενες δραστηριότητες διασκέδασης. Οι προσωπικές σχέσεις είχαν προβλήματα σχεδόν στους μισούς ασθενείς και τα οικονομικά προβλήματα ήταν κοινά (Nelson et al., 2007).

Επίσης οι πιθανότητες να ζήσουν οι ασθενείς σε ένα, πέντε και δέκα χρόνια μετά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι περίπου 64%, 44% και 24,0% αντίστοιχα (Hackam, Spence, 2007). Μια από τις πιο κοινές παρανοήσεις είναι ότι οποιαδήποτε αποκατάσταση εγκεφαλικού επεισοδίου, θα συμβεί μέσα στις

πρώτες εβδομάδες. Αυτό είναι φυσικά αναλήθεια, και οι πεπτοιθήσεις όπως αυτό το γεγονός, μπορεί να είναι εξαιρετικά επιζήμιες. Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς στερούνται αποκατάστασης που θα τους είχαν βοηθήσει στη διαβίωση τους στο μέλλον.

Όμως η ανάκτηση μπορεί να συμβεί μέσω ενός αριθμού μηχανισμών. Στην αρχική φάση, η διάκριση του αγγειακού εγκεφαλικού οιδήματος επιτρέπει στους νευρώνες να αρχίσουν και πάλι να δουλεύουν. Αργότερα, ο εγκέφαλος μπορεί να προσαρμοστεί στην απώλεια της λειτουργίας σε ένα μέρος του εγκεφάλου, αναπτύσσοντας την ικανότητα για αυτές τις λειτουργίες να ελέγχονται από ένα ανεπηρέαστο μέρος (νευροπλαστικότητα) και η αποκατάσταση πιθανόν να λειτουργεί με την ενθάρρυνση της νευροπλαστικότητας.

Αλλά, φυσικά, η αποκατάσταση δεν αφορά μόνο την αποκατάσταση των προβλημάτων, αλλά και την εκμάθηση της προσαρμογής στα διάφορα νευρωνικά ελλείμματα. Για παράδειγμα, η εξεύρεση εναλλακτικών τρόπων ανάληψης δραστηριοτήτων, η χρήση βοηθημάτων για την ανάληψη λειτουργιών που προηγουμένως θα μπορούσαν να βοηθήσουν και τελικά να ανταποκριθούν σε μια αλλαγή στην ικανότητα (Lightbody et al, 2007).

Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε πως ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αναφέρεται στην διαχείριση συγκεκριμένων προβλημάτων στους ασθενείς ως εξής

Κινητικά ελλείμματα και φυσική κατάσταση

Συχνά το πιο προφανές πρόβλημα σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι με τη λειτουργία της κινητικότητάς τους. Η αδυναμία, η σπαστικότητα και η έλλειψη συντονισμού, είναι κοινά (Nelson et al., 2007). Ο τύπος του προβλήματος θα εξαρτηθεί από το μέγεθος και τη θέση του εγκεφαλικού επεισοδίου και την ποιότητα της αποκατάστασής τους. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να συνεχίσουν να ασκούνται, τόσο για να τονώσουν τον εγκέφαλο ώστε να επανασυνδέσουν τις λειτουργίες τους όσο και για να προσπαθήσουν να ανακάμψουν την φυσική κατάσταση. Ο καθένας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θα χάσει γρήγορα την καρδιοαναπνευστική ικανότητα και δύναμη.

Η άσκηση θεωρείται συχνά βαρετή και οι ασθενείς δυσκολεύονται να διακρίνουν το σημείο να εργάζονται *σκληρά* για να φανεί μόνο να επιτύχουν τόσο λίγα. Ωστόσο, αυτό είναι πολύ σημαντικό τόσο για την καλύτερη ανάκτηση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους όσο και για τη μείωση του κινδύνου περαιτέρω για το συμβάν ενός εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακών παθήσεων. Η σπαστικότητα είναι ένα κοινό πρόβλημα μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Μπορεί να προκαλέσει πόνο και μπορεί να περιορίσει την όποια κίνηση που ένας ασθενής είναι σε θέση να επιτύχει. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να θεραπευτεί χρησιμοποιώντας φυσιοθεραπεία, φάρμακα και σε μερικές περιπτώσεις ενέσεις αλλαντοτοξίνης. Πολλά νοσοκομεία λειτουργούν πλέον με εξειδικευμένες κλινικές σπαστικότητας και αν κάποιος φαίνεται να αναπτύσσει σπαστικότητα, πρέπει να ο νοσηλευτής να τους παραπέμπει σε μια γνώμη ενός εμπειρογνώμονα (Playford et al, 2011).

Αισθητήρια Αποκατάσταση

Η απώλεια της αίσθησης μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι εξίσου κοινή με την απώλεια ισχύος και μπορεί να είναι ακόμα και απενεργοποιημένη. Είναι πολύ λιγότερο αναγνωρισμένο ως πρόβλημα, καθώς δεν είναι τόσο ορατό στους κλινικούς ιατρούς. Για έναν ασθενή που δεν ξέρει πού είναι ένα χέρι ή πόδι - ή στο πιο ακραίο δεν αναγνωρίζει καν ότι ένα άκρο του ανήκει καθόλου - μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία.

Για την κοινοτική νοσοκόμα που βρίσκεται αντιμέτωπη με αυτό το είδος ασθενούς, είναι ζωτικής σημασίας να βεβαιωθεί ότι το χέρι και το πόδι είναι σωστά τοποθετημένα έτσι ώστε ο ασθενής να μην τραυματιστεί κατά την άσκηση και στη συνέχεια να ενθαρρύνει το άτομο να παρακολουθήσει την άσκηση αυτή στην πληγείσα πλευρά. Η ανάκτηση της αισθητηριακής λειτουργίας είναι συχνά πιο αργή από την ανάκαμψη της κινητικής λειτουργίας και η φυσιοθεραπεία και η επαγγελματική θεραπεία είναι εξίσου σημαντικές όπως και για τους ασθενείς με κινητικά ελλείμματα.

Αποκατάσταση σε Προβλήματα Γνωστικής Μνήμης

Σχεδόν όλοι μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο θα υποφέρουν από κάποιο στοιχείο γνωστικού ελλείμματος το οποίο εάν είναι ήπιο, μπορεί να γίνει εμφανές μόνο όταν ο ασθενής επιστρέψει σπίτι ή στην εργασία του δουλειά. Το εγκεφαλικό επεισόδιο συμβαίνει συχνά σε άτομα που έχουν ήδη υποκείμενη άνοια δευτερογενώς στη νόσο του Alzheimer ή στην αγγειακή άνοια. Η νοσοκόμα της κοινότητας μπορεί να είναι σε ιδανική θέση για να βοηθήσει τα άτομα με κινητικά και γνωστικά προβλήματα. Τα γνωστικά προβλήματα δευτερογενώς του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου μπορούν να βελτιωθούν τις εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο με τον ίδιο τρόπο όπως άλλα νευρολογικά προβλήματα.

Ψυχολογική Υποστήριξη

Αποτελεί γεγονός πως μια μορφή σημαντικής κατάθλιψης εμφανίζεται σε πάνω από το ήμισυ όλων των επιζώντων εγκεφαλικών επεισοδίων τα πρώτα δύο χρόνια μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, με κίνδυνο να είναι υψηλότερος νωρίτερα. Η διαχείριση είναι δύσκολη, καθώς υπάρχει ελάχιστη έρευνα για την καθοδήγηση της θεραπείας. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που υποστηρίζουν τη συνηθισμένη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, αν και θα υπάρξουν στιγμές κατά τις οποίες μια δοκιμή θεραπείας είναι χρήσιμη.

Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ο βασικός άξονας της θεραπείας, ωστόσο με μια απεγνωσμένη έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης για τους ασθενείς στις περισσότερες περιοχές της χώρας αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να παραδοθεί. Και πάλι, ο ρόλος της κοινοτικής νοσοκόμας στην αναγνώριση διαταραχών διάθεσης και στη συνέχεια στην υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς τους είναι ζωτικής σημασίας (Hackam, Spence, 2007).

Υποστήριξη σε Οργανικές Λειτουργίες

Η απώλεια του ελέγχου της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, είναι ένα κοινό και καταστροφικό πρόβλημα για τους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ιδιαίτερα για εκείνους με μεγάλα ελλείμματα. Μια εξειδικευμένη

αξιολόγηση για τον προσδιορισμό της αιτίας, είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα προς την επίλυση του προβλήματος. Δεν θα πρέπει ποτέ να γίνει δεκτή ως μια αναπόφευκτη και ακατάλληλη επιπλοκή του εγκεφαλικού επεισοδίου που πρέπει να αντιμετωπιστεί με τοποθέτηση ενός μαξιλαριού ακράτειας. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς ότι ενώ η ακράτεια μπορεί να φαίνεται σχεδόν «φυσιολογική» σε ορισμένες ομάδες ασθενών, για κάθε άτομο που πάσχει από αυτήν, είναι μια ενοχλητική και ταπεινωτική εμπειρία.

Υποστήριξη στο Πόνο

Ο πόνος είναι μια άλλη συχνή επιπλοκή μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, όπου μπορεί να προκύψει από διάφορες αιτίες, όπως ο πόνος στο κεντρικό πόδι, η σπαστικότητα, οι συστολές, η υποξέλιξη του ώμου, η εκφυλιστική αρθρίτιδα χειροτερεύει λόγω ασυμμετρικού περπατήματος ή υπερβολικής πίεσης που λαμβάνεται από την ανεπιθύμητη πλευρά. Η προσεκτική αξιολόγηση της αιτίας του πόνου, η θεραπεία των αναστρέψιμων παραγόντων και στη συνέχεια η χρήση αναλγησίας, όπου χρειάζεται, πρέπει να είναι η προσέγγιση. Εάν ο πόνος είναι κανονικός και επίμονος, η λήψη αναλγητικών τακτικών είναι συνήθως μια καλύτερη επιλογή από την λήψη τους όταν ο πόνος γίνεται αφόρητος (Lightbody et al, 2007).

Διατροφή και Ενυδάτωση

Ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών, επιβιώνει σοβαρών εγκεφαλικών επεισοδίων και αποβάλλεται πίσω στην κοινότητα με επίμονη δυσφαγία που απαιτεί εντερική σίτιση. Η διαχείριση αυτών των ασθενών στο σπίτι απαιτεί εξειδικευμένη διεπιστημονική εργασία, στην οποία εμπλέκονται οι κοινοτικοί νοσηλευτές, ο διαιτολόγος, ο λογοθεραπευτής και ο GP. Μερικοί ασθενείς θα ανακτήσουν μια ασφαλή κατάποση ακόμη και πολλούς μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, έτσι ώστε οι ασθενείς να πρέπει πάντοτε να υπόκεινται σε επανεξέταση για να διασφαλιστεί ότι η στοματική τροφή αρχίζει όταν είναι ασφαλής (Hackam, Spence, 2007).

Υποστήριξη σε Φύλο και Σχέσεις

Τα προβλήματα σχέσεων είναι συχνή συνέπεια του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η δυσκολία στη διατήρηση στενών σωματικών σχέσεων μπορεί να συμβάλει στο θέμα. Οι ασθενείς πρέπει να βεβαιωθούν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα δεν είναι επικίνδυνη και μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και στο πλαίσιο σωματικών δυσκολιών (Nelson et al., 2007).

Αντιμετώπιση στη κόπωση

Η κόπωση είναι σχεδόν καθολική μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ακόμη και όταν τα σωματικά ελλείμματα είναι μικρά και μπορούν να παραμείνουν για πολλούς μήνες μετά. Η βασική συμβουλή που δίνει στους ασθενείς είναι να αναγνωρίσουν ότι είναι ένα «φυσιολογικό» περιστατικό και να προσπαθήσουν να ανακτήσουν καλή καρδιοαναπνευστική ικανότητα μέσα από ένα επίσημο πρόγραμμα άσκησης. Επιπλέον, να βεβαιωθούν ότι έχουν κανονικό μοτίβο ύπνου και να αποκλείσουν την άπνοια ύπνου καθώς και να αποφύγουν τη καταστολή και τη νυχτερινή ζωή.

Υγεία των φροντιστών

Αναφέρεται ευρέως ότι η υγεία των φροντιστών ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο κινδυνεύει, με υψηλά ποσοστά τόσο σωματικής όσο και ψυχολογικής παθολογίας. Και πάλι, ο βασικός ρόλος των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας είναι να εντοπίσουν εάν και πότε προκύπτουν αυτά τα προβλήματα και να παράσχουν την απαραίτητη υποστήριξη στους φροντιστές.

2.2 Λόγοι για τους Οποίους Ενδείκνυται η Παρέμβαση Νοσηλευτών σε Ασθενείς με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι μία μεμονωμένη ασθένεια και υπάρχουν πολλαπλές αιτίες εκδήλωσής του. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει ενιαία οδηγία και συνισταμένη για την πρόληψη του εγκεφαλικού επεισοδίου. Η γενική αρχή είναι ότι η αιτία πρέπει να προσδιορίζεται όσο αυτό είναι εφικτό ως γεγονός. Ο ασθενής και οι φροντιστές του θα πρέπει να κατανοήσουν γιατί συνέβη το εγκεφαλικό επεισόδιο και καλύτερα πως να μειωθεί ο κίνδυνος περαιτέρω

συμβάντων. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, αλλά τα θεραπευτικά σχήματα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλούστερα.

Σκοπός λοιπόν της παρούσης ενότητας, είναι να αναφερθεί στους λόγους για τους οποίους ενδείκνυται η παρέμβαση νοσηλευτών σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και να προσδιορίσει την ειδική συμβολή των νοσηλευτών στην περίθαλψη ασθενών με οξεία εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το αποτέλεσμα αυτής της ενότητας, δίνει έμφαση στην αποκατάσταση, τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοεξυπηρέτηση και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές παρέχοντας παράλληλα φροντίδα στον ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το αποτέλεσμα της μελέτης αναλύεται σε τρία βασικά θέματα που αφορούν τις νοσηλευτικές αξιολογήσεις, την προαγωγή της αυτοεξυπηρέτησης και τα εμπόδια αντιμετωπίζει η νοσοκόμα ενώ παρέχει την περίθαλψη.

Στις περισσότερες περιπτώσεις λοιπόν, οι ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παραμένουν εξαρτημένοι από τους άλλους για να εκτελούν την καθημερινή τους δραστηριότητα. Σε άλλα ζητήματα για να ανακτήσουν τη μέγιστη ανάκαμψη, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην πρόσβαση στις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να είναι μέρος της φροντίδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει και να παρακινεί τον ασθενή να εκτελεί τις ίδιες τις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό θα έκανε τον ασθενή να εμπλακεί στη διαδικασία ανάκτησης των καθημερινών δραστηριοτήτων του.

Ο ασθενής θα πρέπει να μάθει πώς να εκτελεί σωστά την εργασία, επειδή η οξεία αγγειακή εμβολή μπορεί να αλλάξει τον τρόπο ζωής. Εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να φροντίσουν τον εαυτό τους, τότε πρέπει να το κάνουν. Η διαχείριση αυτοεξυπηρέτησης ενθαρρύνει τον ασθενή να αναλάβει την ευθύνη της δικής του υγείας και καθημερινών δραστηριοτήτων ζωής. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μια ολιστική προσέγγιση και ενθαρρύνει τους ασθενείς να συμμετέχουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης νοσηλείας (Playford et al, 2011).

Ένας αριθμός διαφόρων παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη άσκησης και η ανθυγιεινή διατροφή συσχετίζονται με την επικράτηση του εγκεφαλικού επεισοδίου. Συνεπώς, οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου και τη μέθοδο πρόληψης ως μέρος της αξιολόγησης. Η εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας αποτελεί βασικό στοιχείο για τη διαχείριση της αυτοδιαχείρισης στο σπίτι.

Οι ασθενείς μπορούν να αποτελούν μέρος της φροντίδας μόνο εάν ο καθένας ενδιαφέρεται να καθορίσει τους στόχους και να ανακάμψει το συντομότερο δυνατόν. Μερικές φορές μπορεί να είναι αρκετά δύσκολο για τη νοσοκόμα να εμπλέκει ασθενείς παρά το ενδιαφέρον τους και επίσης λόγω της αναπηρίας τους λόγω οξέος προβλήματος.

Πρέπει να υπάρχει πάντα μια ειδική εκπαίδευση όπως τα μαθήματα, τα οποία μπορούν να κάνουν τους νοσηλευτές ικανούς να αναλύουν και να προβλέπουν την ικανότητα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής μπορεί να έχει φυσικά και ψυχολογικά εργαλεία, το οποίο μπορούν να εκτελέσουν στους ασθενείς και να τους κατηγοριοποιήσουν βάσει των αποτελεσμάτων τους. Οι διαφορετικές κατηγορίες θα προσδιορίζουν τις δυνατότητες του ασθενούς και ο νοσηλευτής θα είναι σίγουρος για να δημιουργήσει το συγκεκριμένο σχέδιο περίθαλψης ασθενών (Hackam, Spence, 2007).

Επίσης η παρακολούθηση της θερμοκρασίας στην οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου είναι σημαντική για τους ασθενείς, καθώς η υπερθερμία είναι κοινή λόγω της μόλυνσης που προηγείται της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον υποθάλαμο που έχει ως αποτέλεσμα τον θρομβοεμβολισμό. Η υποθερμία είναι μια οξεία φάση εγκεφαλικού επεισοδίου και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κακής έκβασης, θνησιμότητας και μεγέθους εμφράγματος. Η υψηλή γλυκόζη στο αίμα είναι επίσης αποτέλεσμα αυξημένης θνησιμότητας και κακής λειτουργικής έκβασης. (Considine, McGillivray, 2009).

Η ταξινόμηση είναι πολύ συχνή στη φάση οξείας εγκεφαλίας. Οι ασθενείς με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο απομακρύνονται από το σπίτι, όταν είναι απαραίτητο. Επίσης ανάλογα με τον τρόπο χρήσης του καθετήρα και τις αλλαγές στον έλεγχο

του σφιγκτήρα, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος (UTI). Τα ουροποιητικά συστήματα είναι πολύ συνηθισμένα και το 15-60% των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν προβλήματα στο σύστημα αυτό (Lightbody et al, 2007).

Ο εσωτερικός καθετήρας πρέπει να αποφεύγεται αν είναι δυνατόν. Απαιτείται συσσώρευση κατά τη διάρκεια της φάσης οξείας εγκεφαλίας, αλλά ωστόσο πρέπει να αφαιρεθεί μόλις ο ασθενής είναι ιατρικώς και νευρολογικά σταθερός. Θα πρέπει να υπάρχουν στρατηγικές μεταξύ των νοσοκόμων σχετικά με την ακράτεια. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται και να προσφέρει λιγότερη πρόσληψη υγρών, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας θα πρέπει να ενθαρρύνεται η λήψη περισσότερων υγρών από το νοσηλευτή. (Catanguí, Slark, 2012).

Η καλής ποιοτικής φροντίδας επιτυγχάνεται με τον καλύτερο τρόπο μόνο εάν υπάρχει οργανωμένη μονάδα οξείας εμβολής. Ο ασθενής μπορεί να έχει την συγκεκριμένο νοσηλευτή στο νοσοκομείο, μπορεί να βοηθήσει στην οικοδόμηση μιας καλής σχέσης μεταξύ τους. Μια καλή σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή είναι πολύ σημαντική για το σχεδιασμό της φροντίδας και την επίτευξη της από κοινού. Για να διατηρηθεί μια ποιοτική φροντίδα, οι γνώσεις θα πρέπει να αναβαθμιστούν και να διευρυνθούν, η συνεργασία στον πολιτισμό, η δέσμευση για τον ασθενή θα πρέπει να είναι περισσότερο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. (Struwe, Baernholdt κ.ά., 2013)

2.3 Ορθοί Τρόποι Αντιμετώπισης Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο από Μέρους των Νοσηλευτών

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι να προλάβει τυχόν επιπλοκές, οι οποίες θα καθυστερήσουν την αποκατάσταση, είτε κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής είτε μετά την εγχείρηση του ασθενούς. Ο στόχος αυτός καθορίζεται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και είναι διαρκής. Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, πρέπει να έχει τους εξής αντικειμενικούς σκοπούς (Hackam, Spence, 2007).

Ο πρώτος αντικειμενικός σκοπός είναι:

- Τοποθέτηση του ασθενή με τον κατάλληλο τρόπο στη μια πλευρά.
- Ανύψωση στο κρεβάτι σε θέση ήμι-Fowler.
- Να έχει πάντα σηκωμένους τους προφυλακτήρες του κρεβατιού για ασφάλεια.
- Να αλλάξει θέση τον ασθενή κάθε δύο ώρες, πάντοτε υποστηρίζοντας το σώμα του, ώστε να διατηρείται εκθειασμένο.
- Να τοποθετηθούν ελαστικές κάλτσες αν χρειάζεται.
- Να ελεγχθεί η παροχέτευση αν υπάρχει καθετήρας.
- Να παρακολουθείται και να καταγράφονται τακτικά τα ζωτικά σημεία.
- Να κρατούνται οι αεροφόροι οδοί ανοιχτές.
- Να καθαρίζεται το στόμα συχνά και να ενημερώνονται οι υπεύθυνοι ιατροί αν χρειάζεται αναρρόφηση.
- Να πραγματοποιούνται τακτικές κινητικές ασκήσεις, όπως πρέπει.

Παρακολούθηση και καταγραφή :

- Αναπνευστική δυσχέρεια, όπως δύσπνοια ή κυάνωση.
- Επίπεδο συνείδησης.
- Οποιαδήποτε ανεξέλεγκτη μυϊκή κατάσταση, όπως σπασμούς.
- Ανάγκη για αναρρόφηση των ανωτέρων οδών.
- Ερυθρότητα του δέρματος πάνω από οστά που εξέχουν.

Κατά τη διάρκεια της ανάνηψης. Η ανάνηψη από μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συχνά είναι μια πολύ άσχημη εμπειρία για τον ασθενή. Στην προσέγγιση του ασθενή αυτού δύο πράγματα είναι σημαντικά:

1. Ο ασθενής έχει ανάγκη από εμπύχωση και δύναμη για να μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του.
2. Είναι πολύ γνωστό ότι η ταχύτητα της ανάνηψης στις περισσότερες περιπτώσεις εξαρτάται από το κουράγιο και την υπομονή των νοσηλευτών.
3. Εάν ο ασθενής είναι ικανός να φάει, αφήστε τον να το κάνει, στο βαθμό που μπορεί. Μέχρι αυτό να συμβεί, να σερβίρονται τα γεύματα στους ασθενείς με

εγκεφαλικό για όσο καιρό χρειάζεται. Να τοποθετείται η τροφή στην πλευρά του στόματος που δεν έχει προσβληθεί, με προσοχή. Να συνεχίζεται η ίδια βασική νοσηλευτική φροντίδα.

Οι προσπάθειες καθημερινής αποκατάστασης περιλαμβάνουν:

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

Σκοποί της Φροντίδας

Διατήρηση στη ζωή του αρρώστου

A. Εκτίμηση

- α) Ικανότητα να αντιδράσει στο όνομα του.
- β) Ικανότητα να απομακρύνεται από επώδυνο ερέθισμα.
- γ) Συχνότητα, ρυθμός και βάθος αναπνοής.
- δ) Αντίδραση κόρης.
- ε) Βαθμός κίνησης των βολβών.
- ζ) Θέση του σώματος.

B. Παρέμβαση

1. Διατήρηση ανοικτών αεραγωγών.

- α) Πλάγια θέση του ασθενούς.

β) Χρησιμοποίηση ενδοτραχειακού σωλήνα.

γ) Πιθανότητα τοποθέτησης αναπνευστήρα.

δ) Αναρρόφηση εφόσον είναι ανάγκη.

2. Βοήθεια για ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.

3. Πρόληψη διάτασης της κύστης με καθετηριασμό.

4. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

α) Χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων.

β) Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα.

5. Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση.

α) Τοποθέτηση αρρώστου σε πλάγια θέση.

β) Αναρρόφηση.

γ) Δόνηση θώρακα.

δ) Παρακολούθηση αναπνοής.

6. Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας.

α) Παρακολούθηση των άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας, κατακλίσεων, κ.λ.π.

β) Εξασφάλιση άριστης φροντίδας του δέρματος.

Βοήθεια στην αναγνώριση των παραγόντων που συνέβαλαν στο επεισόδιο.

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

A. Εκτίμηση

1. Ιστορικό υγείας.
2. Φυσική εκτίμηση, αναγνώριση των κοινών συνδρόμων του επεισοδίου.
3. Εργαστηριακές εξετάσεις.
 - α) Αρτηριογραφία ή μαγνητική αγγειογραφία.
 - β) Υπολογιστική αξονική τομογραφία ή μαγνητική τομογραφία.
 - γ) Εξέταση ΕΝΥ.

B. Παρέμβαση

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

Αποκατάσταση της κυκλοφορίας στον ασθενή με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που οφείλεται σε αποκλεισμό

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

Παρέμβαση

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

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

Πρόληψη περαιτέρω απόφραξης

Η αντιπηκτική θεραπεία είναι χρήσιμη στην προφύλαξη της επέκτασης της απόφραξης.

Παρέμβαση

α) Χορήγηση ηπαρίνης ή ασπιρίνης ανάλογα με την ιατρική εντολή.

β) Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας.

γ) Καθημερινός έλεγχος του χρόνου προθρομβίνης.

Μείωση των αναγκών σε οξυγόνο

Παρέμβαση

α) Προστασία του αρρώστου από κρυοπαγήματα.

β) Παρακολούθηση των αρρυθμιών της καρδιάς.

γ) Έλεγχος ρίγους.

Πρόληψη εξέλιξης της υπέρτασης

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

Παρέμβαση

α) Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης.

β) Χορήγηση των καταλλήλων υποτασικών θεραπευτικών μέσων.

γ) Διδασκαλία του αρρώστου για τη σπουδαιότητα του ελέγχου της Α.Π.

δ) Αναζήτηση με την οικογένεια, των δυνατών μεταβολών στον τρόπο ζωής για την αύξηση των αποτελεσμάτων της φαρμακευτικής θεραπείας.

Εκτίμηση για υποκείμενη καρδιακή νόσο

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

A. Παρέμβαση

α) Αναγνώριση και θεραπεία καρδιαγγειακής αθηροσκλήρωσης.

β) Επαρκής αντιπηκτική θεραπεία μετά από χειρουργείο καρδιάς.

γ) Παρακολούθηση για τυχόν αιμορραγία.

δ) Θεραπεία της χρόνιας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας και της υποξίας.

ε) Αναγνώριση και αποκατάσταση των βαλβιδοπαθειών.

στ) Ο ασθενής πρέπει να μάθει για την αντιπηκτική θεραπεία και τη δυνητική αιμορραγία στα πλαίσια αυτής της θεραπείας.

Εκπαίδευση του ασθενούς για συχνή παρακολούθηση της Α.Π.

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

A. Παρέμβαση

α) Αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή από τον ίδιο και την οικογένεια του.

β) Σχεδιασμός μαζί με τον ασθενή της φαρμακευτικής του αγωγής, της δίαιτας και των δραστηριοτήτων του.

γ) Συχνές και τακτικές συναντήσεις με τον ασθενή για την εκτίμηση της Α.Π., της νευρολογικής και συγκινησιακής του κατάστασης.

Μείωση ενδοκρανιακής πίεσης, σε περίπτωση αύξησης

Παρέμβαση

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

Διατήρηση υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου

Παρέμβαση

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

Αναγνώριση και θεραπεία ανευρύσματος ή αγγειώματος σαν αιτία παροξυσμού

A. Εκτίμηση

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

3. Μετεγχειρητική παρέμβαση :

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

β) Παρακολούθηση και έλεγχος ενδοκρανιακής πίεσης.

γ) Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής στη φροντίδα του τραύματος και παρακολούθηση του ασθενούς μήπως παρουσιάσει διαρροή ΕΝΥ.

δ) Προστασία ασθενή με χαμηλό επίπεδο συνείδησης.

ε) Χορήγηση φαρμάκων και διδασκαλία για τον έλεγχο των παροξυσμών.

στ) Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, και παρακολούθηση για διαβήτη.

ζ) Αξιολόγηση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενή και ακριβής επικοινωνία με τον γιατρό για κάθε μεταβολή.

η) Εξασφάλιση συμβουλών και υποστήριξης για τον ασθενή και την οικογένεια του.

θ) Βοήθεια και σχεδιασμός καθημερινών δραστηριοτήτων.

ι) Συζήτηση ειδικών σχεδίων φροντίδας με τους υπεύθυνους στα πλαίσια της συνέχισης της φροντίδας του ασθενούς.

Αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας κρανιακών νεύρων

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

A. Παρέμβαση

Ημιανοψία :

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

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

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

Παρέμβαση

α) Εξασφάλιση άριστης φροντίδας του δέρματος. Χρήση μασάζ και προστατευτικών λοσιόν.

β) Στεγνά και καθαρά σεντόνια.

γ) Επισκόπηση ολόκληρης της επιφάνειας του σώματος για λύσεις συνέχειας του δέρματος.

δ) Προστασία από εξωτερική πίεση.

ε) Έγκαιρη και σωστή θεραπεία ελκών, πίεσης, εγκαυμάτων, λύσεων και ερεθισμών του δέρματος.

στ) Επανεκτίμηση της αισθητικής λειτουργίας σε τακτά χρονικά διαστήματα από τον νευρολόγο.

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

Εκτίμηση

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

1. Αλλαγή θέσης σε κανονικά και συχνά διαστήματα.

2. Σωστή θέση στο κρεβάτι.

3. Προστασία μελών που έχουν παραλύσει.

α) Υποστήριξη του βραχίονα και του ώμου.

β) Μαξιλάρια άμμου για σταθεροποίηση του κάτω άκρου σε σωστή θέση.

γ) Ρολό χεριού για να κρατάει τα δάχτυλα ανοικτά.

- **Οι παράγοντες που αξιολογούνται είναι:**

1. Το επίπεδο συνείδησης.

2. Το μέγεθος και η αντίδραση της κόρης.

3. Η αρτηριακή πίεση.

4. Η συχνότητα και ο ρυθμός του σφυγμού.

5. Η αναπνοή.

6. Η θερμοκρασία.

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

Εκτίμηση

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

1. Τη λειτουργική ικανότητα.

2. Τη διανοητική εγρήγορση και μνήμη.

3. Την επιθυμία του να αποκτήσει ανεξαρτησία από τον μέχρι στιγμής βαθμό εξάρτησης του.

Παρέμβαση

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

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

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

Εκτίμηση

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

2.4 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχολογική Αποκατάσταση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Ένας βασικός ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι η υποστήριξη στην ψυχολογική φροντίδα με σκοπό μεταξύ άλλων, την άμεση αποκατάστασή του. Τα ψυχολογικά προβλήματα

στους ασθενείς μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, άγχος, συναισθηματισμό και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Περίπου το ένα τρίτο των επιζώντων θα παρουσιάσουν κατάθλιψη σε κάποιο σημείο, αλλά συχνά παραμένουν αδιάγνωστες ή ανεπαρκώς αντιμετωπισμένες συνθήκες (Hackett et al, 2005). Τα πρώιμα ψυχολογικά προβλήματα παρεμβαίνουν στην ανάκαμψη, με τους καταθλιπτικούς επιζώντες που δεν έχουν το κίνητρο να συμμετάσχουν στην αποκατάσταση με τη βοήθεια των νοσηλευτών.

Μακροπρόθεσμα, όσοι είναι καταθλιπτικοί, αποτυγχάνουν να ασχοληθούν με ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες, έχουν αυξημένη χρήση υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιο πιθανό να πεθάνουν νωρίς (Williams et al, 2004). Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε λοιπόν πως ο ρόλος του νοσοκόμου στην αποκατάσταση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς, έχει ως σκοπό

- ✓ Την παροχή φροντίδας - βοηθώντας τους με την διατροφή, την ενυδάτωση, την εξάλειψη προβλημάτων υγείας και την υγιεινή
- ✓ Επιτελεί ρόλο συντονιστής της προσωπικής τους διεύκλυνσης να κινηθούν - διατήρηση και προώθηση των συναισθηματικών και κοινωνικών πτυχών της αποκατάστασης και της ανάπτυξης στρατηγικών αντιμετώπισης και ενθάρρυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής
- ✓ Διαχειριστής διεπιστημονικής παροχής - διασύνδεση, οργάνωση και διαμεσολάβηση μεταξύ του ασθενούς και των φροντιστών (προσωπικών και επαγγελματικών)

Ωστόσο, όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και να κατανοήσουν το ρόλο τους στη διαχείριση αυτών των προβλημάτων. Από την άποψη της αξιολόγησης του ασθενούς σε ψυχολογική βάση, το ερώτημα για τους ασθενείς είναι αν συχνά αισθάνονται λυπημένοι ή με κατάθλιψη μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο (Watkins et al, 2007), ενώ η κλίμακα σημείων κατάθλιψης (Lightbody κ.ά., 2007) συνήθως είναι χρήσιμη σε όσους έχουν γνωστικά προβλήματα και προβλήματα επικοινωνίας.

Οι νοσηλευτές επίσης μπορούν να παρέχουν γενική ψυχολογική υποστήριξη μέσω μιας ενεργούς ακρόασης, εκπαίδευσης και υποδείξεων σε πιθανές υπηρεσίες υποστήριξης. Ακούγοντας τις απόψεις των ασθενών για τις εμπειρίες τους, τα αναγνωρίζει ως άτομα και μπορεί να δώσει μια εκτίμηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν.

Οι συναισθηματικές προκλήσεις του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, άγχος, απογοήτευση, απώλεια εμπιστοσύνης, αίσθηση απώλειας και αβεβαιότητα και απογοήτευση γύρω από την ανάκαμψη. Οι επιζώντες ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ανέφεραν πληροφορίες, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και συμμετοχή σε δραστηριότητες ως εξαιρετικά χρήσιμες για την ανάρρωσή τους και βοηθώντας στην αποδοχή τους (Ch'Ng et al, 2008).

Υπάρχουν επίσης μερικές απλές στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι νοσηλευτές για να εντοπίσουν τις δυσκολίες και να παράσχουν ψυχολογική υποστήριξη. Το να θέτουν ερωτήματα ανοιχτού τύπου στους ασθενείς, είναι κάτι διευκολύνει το διάλογο και επιτρέπει στους ασθενείς να μιλούν πιο ελεύθερα για τις ανησυχίες και τις ανησυχίες τους, ενώ παράλληλα παρέχουν σαφείς εξηγήσεις και διαβεβαιώσεις μπορεί να συμβάλουν στη διαχείριση σύγχυσης και αβεβαιότητας.

Υποστηρίζοντας τους ασθενείς να σκεφτούν τις δικές τους λύσεις στα εντοπισμένα προβλήματα και τονίζοντας τα δυνατά σημεία και την επιτυχία, μπορεί να συμβάλει στην προώθηση πιο θετικών καταστάσεων διάθεσης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αποκατάσταση θα πρέπει να περιλαμβάνει υποστήριξη για προσαρμογή και αναπροσαρμογή, έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να προχωρήσουν σε ουσιαστικούς, ρεαλιστικούς ατομικούς στόχους για ανάκαμψη, καθώς συμβαδίζουν με τις πολυπλοκότητες και τις αβεβαιότητες της ζωής μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

2.5 Διαμόρφωση Προτύπου Σχετικά με την Αντιμετώπιση Ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Στόχος στη παρούσα ενότητα είναι η απόπειρα διαμόρφωσης ενός πρότυπου αντιμετώπισης ασθενών από μέρους του νοσηλευτή, όπου αντιμετωπίζει άτομα με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, πρόκειται για το τύπο του νοσηλευτή αποκατάστασης για ασθενείς που έχουν υποστεί με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η πρόληψη, η εξάλειψη και η ελάττωση των συνεπειών μετά από με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι κοινοί στόχοι, που ενώνουν τις επιδιώξεις όλων των νοσηλευτών αποκατάστασης, όπου κι αν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

Για να πετύχει τους παραπάνω στόχους ο νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί στο Κέντρο Αποκατάστασης με ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σε διάφορες βαθμίδες ευθύνης. Ως ειδικός σύμβουλος σε θέματα αποκατάστασης ή ως συντονιστής σε οργανωμένη μονάδα. Η Αποκαταστασιακή Νοσηλευτική εφαρμόζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην κοινοτική νοσηλευτική για ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αποκαταστασιακή νοσηλευτική εφαρμόζεται τακτικότερα στις μέρες μας σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αφού προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την παραδοσιακή νοσηλευτική, στις ακόλουθες διεργασίες από μέρους των ασθενών, εξετάζοντας τα εξής στοιχεία (Lightbody et al, 2007).

A. Η στάση του νοσηλευτή προς τον άρρωστο.

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

- 1) Τι μπορώ να κάνω για τον ασθενή;
- 2) Πως μπορώ να τον βοηθήσω να μάθει να αυτοεξυπηρετείται στις καθημερινές του ανάγκες;

Ο στόχος στην αποκατάσταση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι να αντιληφθεί κάθε νοσηλεύτης τη βασική διαφορά μεταξύ των δύο παραπάνω ερωτήσεων και ν' ανταποκριθεί απεριορίστα στη δεύτερη.

B. Η φιλοσοφία του νοσηλευτή αποκατάστασης

Βασίζεται περισσότερο σε δυνατότητες και σε επιτεύγματα και λιγότερο σε περιορισμούς και αδυναμίες. Κατ' αρχήν ο νοσηλεύτης πρέπει να θέσει θετικούς στόχους, ώστε να υπερνικηθούν οι ελλείψεις ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Να βοηθήσει τον άρρωστο να αναπτύξει περισσότερο την επιθυμία: «θα δοκιμάσω, μπορώ», παρά τη στάση «δε μπορώ».

Να μάθει τον άρρωστο με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο να φροντίζει τον εαυτό του, μόνος του. Αυτή είναι άλλωστε η θετικότερη και η μεγαλύτερη ανταμοιβή που μπορεί να απολαύσει τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλεύτης. Κάθε βήμα προόδου γιορτάζετε ξεχωριστά και κάθε δεξιότητα που αποκτά ο άρρωστος αποτελεί πηγή υπερηφάνειας και αισιοδοξίας και για τους δύο.

Γ. Η συμπεριφορά

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

Οι αποκαταστασιακοί νοσηλευτές ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, πρέπει να αναπτύξουν ιδιότητες και δεξιότητες, πέρα από αυτές που

απαιτούνται στην παραδοσιακή νοσηλευτική. Ένας νοσηλευτής αποκατάστασης ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να ανταποκρίνεται στα εξής:

1. Να γνωρίζει καλά τη βασική νοσηλευτική ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
2. Να έχει υπομονή και να δείχνει συμπάθεια στον ασθενή.
3. Να μη φοβάται.
4. Να σκέπτεται θετικά και αισιόδοξα.
5. Να προγραμματίζει καλά τη δουλειά του.
6. Να είναι καλός συντονιστής.
7. Να είναι αποτελεσματικός δάσκαλος και εκπαιδευτής.
8. Να είναι σύμμαχος του ασθενούς.
9. Να είναι και συνήγορος του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής αποκατάστασης ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να γνωρίζει καλά τη βασική νοσηλευτική των διαφόρων ασθενειών και τη θεραπεία τους και οι οποίες μπορούν να προκύψουν από την συγκεκριμένη βλάβη του οργανισμού. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζει τεχνικές, που απαιτούνται στην αποκατάσταση, πολλές από τις οποίες δεν είναι γνωστές στην παραδοσιακή νοσηλευτική. Να έχει υπομονή, διότι αν χάνει την ψυχραιμία του κάθε φορά που ο ασθενής καθυστερεί πολύ να κάνει κάτι, αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στην πρόοδο του. Πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει όχι μόνο τι πρέπει να κάνει ο ασθενής, αλλά και γιατί πρέπει να το κάνει. Επίσης είναι απαραίτητο,

- Να μη φοβάται όταν προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια. Στην αποκατάσταση, η κινητοποίηση του ασθενούς αποτελεί τον πρώτο στόχο και γι' αυτόν εργάζονται όλοι με αγάπη και δύναμη, εφαρμόζοντας διάφορες τεχνικές, που έχουν σκοπό να σηκώσουν τον ασθενή από το κρεβάτι. Ίσως

χρειαστεί να επαναληφθεί πολλές φορές το ίδιο πράγμα, η τελική όμως επιτυχία φέρνει σε όλους χαρά και συγκίνηση.

- Πρέπει να σκέφτεται θετικά και να είναι πάντοτε αισιόδοξος. Όταν ο ασθενής κουραστεί από την προσπάθεια και πολλοί από το προσωπικό σηκώσουν τα χέρια απελπισμένοι, ο σωστός νοσηλευτής επιμένει για περαιτέρω προσπάθεια και αισιοδοξεί.
- Προγραμματίζει με προσοχή και αισιοδοξία τόσο την άμεση όσο και την μελλοντική φροντίδα του ασθενούς. Στην αποκατάσταση, περισσότερο απ' ό,τι σε οποιονδήποτε άλλο τομέα, ο νοσηλευτής μπορεί να θέτει στόχους, από τις πρώτες κιόλας ημέρες της εισαγωγής του ασθενούς. Έχοντας από την αρχή ένα πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό προγραμματίζει τις ανάγκες του ασθενούς π.χ. Πόσο βαριά είναι; Μπορεί να χτυπήσει το κουδούνι; Έχει ακράτεια ούρων; Ανάλογα λοιπόν με τις υπάρχουσες ανάγκες, προγραμματίζεται η άμεση αντιμετώπισή τους ή τίθεται στόχος εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης σ' όλες τις βάρδιες του προσωπικού. Επίσης, η έξοδος του ασθενούς από το Ίδρυμα, μπορεί να προγραμματιστεί από την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του, π.χ. όταν ο ασθενής προέρχεται και θα επιστρέφει σε κλινική χρονιών νοσημάτων, δεν είναι ανάγκη να εκπαιδευτεί, ακριβώς όπως εκείνος που θα επιστρέφει στο σπίτι και θα ζει μόνος του.

Επειδή η αποκατάσταση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι μια ομαδική προσέγγιση στις ανάγκες του ασθενούς, ο νοσηλευτής αποκατάστασης πρέπει να συνεργάζεται με όλα τα θεραπευτικά τμήματα, ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και την αντοχή του ασθενούς. Η σπουδαιότερη βάση για συνεργασία στην ομάδα αποκατάστασης, είναι ο γνήσιος σεβασμός για τις γνώσεις και τις ικανότητες των άλλων μελών της ομάδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναπτύξει μια στάση κατανόησης και ευελιξίας όσον αφορά στη σχέση του με τα άλλα μέλη της ομάδας. Οι νέες τάσεις στην αποκαταστασιακή νοσηλευτική δίνουν έμφαση στο ρόλο του νοσηλευτή ως συντονιστής της ομάδας αποκατάστασης. Ο ρόλος αυτός, συνήθως μοιράζεται μεταξύ του γιατρού, του νοσηλευτή, του φυσιοθεραπευτή και του εργοθεραπευτή, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

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

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

Επίσης, σύμμαχος του ασθενούς και της οικογένειας του. Ο νοσηλευτής επειδή τον γνωρίζει καλύτερα απ' όλους, τον βοηθάει να εκφραστεί με συνομιλία ή ακόμα και μ' ένα απαλό άγγιγμα. Επίσης ως σύμμαχος του ασθενούς πολλές φορές θα χρειαστεί να διαβεβαιώσει την οικογένεια του ότι έχει την καλύτερη φροντίδα και ότι πρέπει να εμπιστεύεται την ομάδα αποκατάστασης. Επειδή οι ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα δίνεται έμφαση στη βασική ιδέα της νοσηλευτικής ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι ως περιπτώσεις. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι ολιστική, ανάλογη με τις προσωπικές φυσικές, πνευματικές και ψυχικές του ανάγκες.

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

ασθενής έχει φτάσει στο σημείο να χρειάζεται μικρή ή καμιά βοήθεια για τις καθημερινές του ανάγκες.

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

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

Ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά στον ανάπηρο 24 ώρες το 24ωρο και 7 μέρες την εβδομάδα. Αυτό του δίνει την ευκαιρία να συνεχίσει και να φέρει σε πέρας το πρόγραμμα αποκατάστασης. Τι σημαίνει ότι ο νοσηλευτής αποπερατώνει το πρόγραμμα αποκατάστασης ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο; Όταν ο ασθενής βαδίζει με ορθοπεδικά μηχανήματα και πατερίτσες, με τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή του μία ώρα το πρωί δεν σημαίνει ότι τις υπόλοιπες ώρες βρίσκεται στο κρεβάτι. Ο νοσηλευτής θα τον βοηθήσει το απόγευμα να σηκωθεί, θα τον συνοδέψει στο σαλόνι, στην τραπεζαρία, στην τουαλέτα κλπ. Αυτό προϋποθέτει ότι ο νοσηλευτής γνωρίζει τα είδη και τους κανόνες του σωστού βαδίσματος, με πατερίτσες ή με μπαστούνι.

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

θρήνος, η εξάρτηση από άλλους και η σεξουαλική ανεπάρκεια. Πρέπει να τον βοηθήσει να τα αντιμετωπίσει και να τον επιβραβεύσει για τις προόδους του.

Ο νοσηλευτής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο οφείλει επίσης να μάθει ένα νέο ρόλο, ασυνήθιστο, ξένο προς τους νοσηλευτές των άλλων ειδικοτήτων, ένα ρόλο διευρυμένο και υπεύθυνο. Σε αντίθεση με το ρόλο του καθοδηγητή του ασθενούς πρέπει να μάθει και το ρόλο του συνηγόρου και του συνεργάτη. Τι είναι όμως συνηγορία; Είναι κάτι περισσότερο απ' ό τι αναφέρουν τα λεξικά. Η αληθινή συνηγορία είναι η προσπάθεια να βοηθήσει κανείς το άτομο να διακρίνει και να καθορίσει τις αξίες του και να φτάσει σε αποφάσεις, όσον αφορά τη θεραπεία του. Αληθινή συνηγορία υπάρχει όταν το άτομο βοηθιέται να παίρνει μόνο του τις αποφάσεις. Η λειτουργία του συνηγόρου του ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο καθορίζεται από τον ABRAMS (1988) ως εξής:

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

Ο συνήγορος του ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να είναι επαγγελματίας στις τεχνικές επικοινωνίας. Πρέπει να μεταφέρει ακριβώς τα λεγόμενα του ασθενούς στους εκπροσώπους παροχής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του. Επιβάλλεται να είναι άγρυπνος, ώστε να αναγνωρίζει τις αξίες του αρρώστου, καθώς και τις προκαταλήψεις του.

Το ερώτημα που τίθεται είναι: Μπορεί ο νοσηλευτής να είναι πραγματικός συνήγορος του αρρώστου, αφού απαιτούνται τόσο πολλά προσόντα; Ασφαλώς μπορεί και είναι το ιδανικό πρόσωπο γι' αυτή τη δουλειά. Ο Α.Ν.Α. (Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσοκόμων) δηλώνει: Ο νοσηλευτής είναι ένας επαγγελματίας, καλά εκπαιδευμένος με υψηλές δεξιότητες, επιφορτισμένος με την υγεία και την ευημερία του κάθε ατόμου. Αυτός είναι ο στόχος όλων των επαγγελματιών νοσηλευτών. Φροντίδα για όλους και παροχή φροντίδας, όποτε και όπου υπάρχει ανάγκη για την υγεία.

3. Κεφάλαιο 3 – Επίλογος – Συμπεράσματα

Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια ασθένεια που συμβαίνει όταν ένας θρόμβος αίματος εμποδίζει ένα αιμοφόρο αγγείο ή προκαλεί θραύση αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο, διακόπτοντας έτσι τη ροή του αίματος σε μια περιοχή του εγκεφάλου. Όταν συμβεί κάτι από αυτά, τα τοπικά μέρη των ιστών του εγκεφάλου αρχίζουν να πεθαίνουν και η μορφή νέκρωσης, η οποία οδηγεί στη βλάβη του εγκεφάλου (National Stroke Association, 2014). Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το πιο συνηθισμένο είδος εγκεφαλικού επεισοδίου, το οποίο αντιπροσωπεύει το 87% όλων των περιπτώσεων. Ένας θρόμβος που εμποδίζει τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο το προκαλεί. (Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας, 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1970), ο ορισμός του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου αναπτύσσει ταχέως κλινικά συμπτώματα εστιακής (ή σφαιρικής) διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, που διαρκεί περισσότερο από 24 ώρες ή οδηγεί σε θάνατο, χωρίς προφανή αιτία διαφορετική από εκείνη της αγγειακής προέλευσης. Κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, έχουν γίνει βελτιώσεις στην εμπειρογνωμοσύνη σχετικά με την περιγραφική και νοσηλευτική φροντίδα του εγκεφαλικού επεισοδίου με βάση την πρακτική νοσηλευτικής πρακτικής του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ο κύριος στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναφερθούν στοιχεία σχετικά με το πώς οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς και να εκδηλώνουν θετικό ρόλο στους ασθενείς και στη ζωή της οικογένειάς τους. Επιπλέον, να διερευνηθούν στοιχεία της αυτο-φροντίδας και την αυτοδιαχείρισης που εκτελούν οι ασθενείς σε καθημερινή βάση. Τα βιβλία και τα επιστημονικά άρθρα χρησιμοποιούνται ως πηγή συλλογής δεδομένων και η ερευνητική μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου, επιλέχθηκαν για την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Πολλοί επιζώντες μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορούν να παρέχουν σημαντικά οφέλη με ένα σωστά καταρτισμένο πρόγραμμα αποκατάστασης που παρέχεται από μια πολυεπαγγελματική ομάδα σε συνεργασία με το άτομο και τους φροντιστές τους. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει βασικό ρόλο στην ομάδα, ως φορέας παροχής φροντίδας, ως το πρόσωπο διευκόλυνσης της προσωπικής αποκατάστασης και πολυεπιστημονικής φροντίδας και μπορεί ως εκ τούτου να προωθήσει την επιστροφή των επιζώντων στην ανεξάρτητη διαβίωση.

Όσον αφορά την ψυχολογική φροντίδα, οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο που συνεπάγεται την αξιολόγηση, επαναξιολόγηση, υποστήριξη, ενεργή παρακολούθηση και παραπομπή σε άλλες ιατρικές ειδικότητες. Επίσης, συμβάλλουν σημαντικά στην αποτροπή της επανεμφάνισης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ιδιαίτερα στην αξιολόγηση και παροχή συμβουλών σχετικά με παράγοντες κινδύνου και στην εξασφάλιση της τήρησης των θεραπευτικών αγωγών. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν ένα μέρος της αποκατάστασης, λαμβάνοντας μια θετική στάση απέναντι στο μέλλον των ασθενών, εξετάζοντας τι θα διευκόλυνε την επιστροφή αυτών μετά από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και εάν οι γνωστικές ικανότητες τους εμποδίζουν από το να ζήσουν ικανοποιητικά την υπόλοιπη ζωή τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από 5 στάδια και είναι τα εξής.

1. Η αξιολόγηση, το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η συλλογή δεδομένων του ασθενή.
2. Η διάγνωση, αναλύει τα δεδομένα του ασθενή για την αναγνώριση των προβλημάτων υγείας, των παραγόντων που το προκαλούν ή έχουν μερίδιο στην ανάπτυξη τους, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης τους.
3. Ο σχεδιασμός, καθορίζει τους σκοπούς του νοσηλευτή που σε συνεργασία με τον ασθενή, προσπαθούν στην πρόληψη ή στην επίλυση των προβλημάτων υγείας του ασθενή.
4. Η εφαρμογή, στην ουσία η εφαρμογή είναι η εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας, περιλαμβάνει όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την βελτίωση της υγείας, και των προβλημάτων υγείας του ασθενή.
5. Η εκτίμηση, είναι το τελικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας στο οποίο, ο νοσηλευτής και ο ασθενής εκτιμούν κατά ποσόν έχουν επιτευχθεί οι σκοποί που καθορίστηκαν με βάση το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας.

Ανάλυση δύο περιστατικών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

1ο Περιστατικό

Ο κ. Γεωργίου Ανδρέας 59 ετών εισέρχεται στο τμήμα επειγόντων του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου στις 9/1/20 στις 5μμ συνοδεία με 2 συγγενείς του. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και λήψη αίματος για καλλιέργειες. Ο κ. Γεωργίου είχε πρόβλημα στην βάδιση και χρειαζόταν την βοήθεια των συγγενών του, ενώ ακόμη δεν μπορούσε να συνεννοηθεί εύκολα με τους νοσηλευτές.

Τα ζωτικά του σημεία ήταν τα εξής

A.Π :180/116mmHg

Θερμοκρασία: 38.1

Σφίξεις: 61/min

Αναπνοές: 15/min

SpO₂:98%

Από τους νοσηλευτές έγινε λήψη ατομικού ιστορικού του ασθενή.

Ο κ. Γεωργίου δούλευε ως οικοδόμος αλλά τον τελευταίο 1 χρόνο έπαιρνε συχνά άδεια γιατί είχε υψηλή Α.Π καθώς και συχνή κούραση και πόνους στα πόδια και τους ώμους όταν ήταν στην δουλειά. Ο κ. Γεωργίου επίσης είναι καπνιστής και είχε κακές διατροφικές συνήθειες.

Του έγιναν οι κατάλληλες εξετάσεις όπως CT και MRI εγκεφάλου.

Νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση
Χαμηλό επίπεδο συνείδησης λόγω χαμηλής αιμάτωσης του εγκεφάλου.	Να μην έχει ο ασθενής το χαμηλό επίπεδο συνείδησης.	Χορήγηση αντιθρομβωτικών φαρμάκων, καθώς ακόμη και παρακολούθηση ζωτικών σημείων κάθε 2 ώρες. Συνεχής ενημέρωση των γιατρών για το επίπεδο συνείδησης του ασθενή.	Καμία αιμορραγία κατά την χορήγηση αντιπηκτικού φαρμάκου.
Αδυναμία στην βάρδιση.	Να μπορέσει ο ασθενής να περπατάει καλύτερα και να μην προκύψει κάποιο άλλο πρόβλημα.	Να προτρέψει τον ασθενή για να κάνει τις ασκήσεις που πρέπει.	Πραγματοποιεί τις ασκήσεις οπού του έδειξε ο φυσικοθεραπευτής 3 φορές την ημέρα
Υψηλή Θερμοκρασία-	Να έχει ο ασθενής καλύτερη και	Χορήγηση Apotel	Ο ασθενής πλέον έχει φυσιολογική θερμοκρασία,

Πυρετός	σταθερή θερμοκρασία	IV Παρακολούθηση θερμοκρασίας κάθε 6 ώρες	δεν παρουσιάστηκε ξανά πυρετός
Δυσκολία σίτισης.	Να μπορέσει ο ασθενής να φάει κανονικά κανονικά χωρίς κίνδυνους	Τοποθέτηση ασθενή σε θέση Fowler. Οδηγίες για λήψη λίγου νερού πριν από το φαγητό Οδηγίες να τρώει σιγά σιγά και μικρές μπουκιές φαγητού	Ο ασθενής μπορεί να φάει αργά και σταθερά χωρίς κανένα κίνδυνο.

2° Περιστατικό

Ο κ. Ιωάννου Βασίλης 70 ετών, εισέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου στις 17/1/20 στις 9μμ συνοδευόμενος από την σύζυγο του. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων, τοποθέτηση φλεβοκαθετηρα και λήψη αίματος για καλλιέργειες. Ο κ. Ιωάννου ένιωθε μια δυσφορία και είχε δυσκολία στο να αναπνέει, ενώ είχε και το βλέμμα του σταθερό προς τα δεξιά. Οι γιατροί έδωσαν οδηγία να διασωληνωθεί ο ασθενής και του τοποθετήθηκε καθετήρας Folley και καθετήρας Levin.

Τα ζωτικά σου σημεία ήταν τα εξής :

A.Π : 187/111mmHg

Θερμοκρασία : 38.4

Σφίξεις : 105/min

Αναπνοές : 12/min

SPo2 : 72%

Από τους νοσηλευτές έγινε λήψη ατομικού ιστορικού.

Ο κ. Ιωάννου είναι πλέον συνταξιούχος, ήταν καπνιστής και σταμάτησε πριν από 2 χρονιά το κάπνισμα μετρά από ιατρικές οδηγίες λόγω χρονίων καρδιολογικών προβλημάτων. Επίσης έχει και πρόβλημα υπέρτασης. Του έγιναν CT και MRI εγκεφάλου.

Νοσηλευτική διεργασία

Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση
Ανεπαρκής οξυγόνωση .	Να οξυγονώνεται άμεσα καλύτερα ο	Διασωλήνωση ασθενή με ιατρική	Βελτίωση SPo2: 97%

	ασθενής Αποφυγή περαιτέρω προβλημάτων.	βοήθεια Συνεχής παρακολούθηση SPO ₂ με το οξύμετρο	
Υψηλή Θερμοκρασία- Πυρετός.	Να έχει ο ασθενής καλύτερη και σταθερή θερμοκρασία	Χορήγηση Aprotel IV Συνεχής παρακολούθηση θερμοκρασίας κάθε 6 ώρες, αν παραμένει υψηλή, πιο συχνή παρακολούθηση κάθε 1 ώρα	Ο ασθενής πλέον έχει φυσιολογική θερμοκρασία.
Υπάρχει ο κίνδυνος κατακλίσεων λόγω ακινησίας.	Ο ασθενής να νιώθει ανακουφισμένος	Τοποθέτηση ειδικού αεροστρώματος στο κρεβάτι για την αποφυγή κατακλίσεων και ερυθρότητας του δέρματος λόγω ακινησίας	Ο ασθενής δεν έχει σημάδια ερυθρότητας ή κατακλίσεις.
Υπέρταση.	Ο ασθενής να έχει μικρότερη Α.Π από 145/100mmHg	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων κάθε 1 ώρα. Χορήγηση αντί υπερτασικών φαρμάκων μετά από ιατρικές οδηγίες	Μείωση της Α.Π, και σταθεροποίησης της στα κατάλληλα επίπεδα

Βιβλιογραφία

Bath PM, Iddenden R, Bath FJ. Low-molecular-weight heparins and heparinoids in acute ischemic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke* 2000; 31:1770–8.

Barker G (2006) *Getting Back To Work After Stroke*. London: the Stroke Association and Different Strokes. London.

Burton C (2000) A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*; 32: 1, 174-181.

Catangui. J. E & Roberts J. C. (2014). The lived experiences of nurses in one hyper-acute stroke unit, *British Journal of Nursing*, 23(3), 143-147.

Ch'Ng A et al (2008) Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *Journal of Health Psychology*; 13: 8, 1136-1146.

Daniel K et al (2009) What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke*; 40: e431-e440.

Department of Health (2007) *National Stroke Strategy*. London: DH.

de Bruijn SF, Stam J. Randomized, placebo-controlled trial of anticoagulant treatment with low-molecular-weight heparin for cerebral sinus thrombosis. *Stroke* 1999; 30:484–8.

Furlan A, Higashida R, Wechsler L, et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomized controlled trial. Prolyse in acute cerebral thromboembolism. *JAMA* 1999; 282:2003–11.

Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke

(ECASS II). Second European-Australasian acute stroke study Investigators. *Lancet* 1998; 352:1245–51.

Hackam D, Spence J (2007) Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study. *Stroke*; 38: 6, 1881-1885.

Hackett M et al (2005) Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*; 36: 6, 1330-1340.

Intercollegiate Stroke Working Party (2012) National Clinical Guideline for Stroke. London: Royal College of Physicians.

Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, et al. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? *Stroke* 1999;30 917–23.

Lees KR, Asplund K, Carolei A, et al. Glycine antagonist (gavestinel) in neuroprotection (GAIN international) in patients with acute stroke: a randomized controlled trial. GAIN international investigators. *Lancet* 2000; 355:1949–54.

Lightbody C et al (2007) The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*; 60: 6, 595-604.

Lincoln N et al (2010) Stroke Drivers' Screening Assessment: Revised Manual 2010. Nottingham: University of Nottingham.

Lummis H et al (2008) Medication persistence rates and factors associated with persistence in patients following stroke: a cohort study. *BMC Neurology*; 8: 25.

Miller E et al (2010) Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient. *Stroke*; 41: 2402-2448.

National Audit Office (2010) Progress in Improving Stroke Care. London: DH.

Nelson A et al (2007) Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabilitation Nursing*; 32: 5, 179-202.

NHS Improvement (2011) Psychological Care After Stroke. Leicester: NHSI.

Playford E et al (2011) Mapping Vocational Rehabilitation Services for People with Long-Term Neurological Conditions: Summary Report.

Rothwell PM, Warlow CP. Prediction of benefit from carotid endarterectomy in individual patients: a risk-modelling study. European carotid surgery trialists' collaborative group. *Lancet* 1999; 353:2105–10.

Rosewilliam. S , Sintler. C , Pandyan. A , Skelton. J & Roskell. C. (2016). Is the practice of goal-setting for patients in acute stroke care patient-centred and what factors influence this? A qualitative study. *Clinical Rehabilitation*, 30(5), 508-519.

Struwe, J.H., Baernholdt, M., Noerholm. V. & Lind, J. (2013). How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. *Journal of Nursing Management*. 21, 141-151, Blackwell Publishing Ltd

Sherman DG, Atkinson RP, Chippendale T, et al. Intravenous ancrod for treatment of acute ischemic stroke: the STAT study: a randomized controlled trial. *Stroke treatment with ancrod trial. JAMA* 2000; 283:2395–403.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke unit trialists' collaboration. *BMJ* 1997;314:1151–9.

Tyerman A, Meehan MJ (eds) (2004) Vocational Assessment and Rehabilitation after Acquired Brain Injury. London: British Society of Rehabilitation Medicine/Royal College of Physicians.

Watkins C et al (2007) Evaluation of a single item screening tool for depression after stroke: a cohort study. *Clinical Rehabilitation*; 21: 9, 846-852.

Williams L et al (2004) Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *American Journal of Psychiatry*; 161: 1090-1095.