

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Λειτουργική ανικανότητα ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικής αιτιολογίαςΚαρκούλη Γεωργία¹, Καπάδοχος Θεόδωρος²

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μ.Σc., ΜΕΘ, «Αττικόν» Γ. Νοσοκομείο Αθηνών

2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μ.Σc., PhD(c), Αν. Προϊστάμενος Γρ. Εκπαίδευσης ΝΥ, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Περίληψη

Το αγγειακό εγκεφαλικό (Α.Ε.Ε) επεισόδιο αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου και την πρώτη αιτία ανικανότητας στις αναπτυγμένες χώρες και συχνά περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως μέγιστο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το Α.Ε.Ε ευθύνεται για περίπου 4.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως και 9 εκατομμύρια επιβιώσαντες, παγκοσμίως.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις συνέπειες της λειτουργικής ανικανότητας που επιβάλλει το Α.Ε.Ε στη ζωή των πασχόντων και η σύντομη περιγραφή των κλιμάκων αξιολόγησης της λειτουργικότητας των ασθενών με Α.Ε.Ε.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pubmed» που αναφέρονταν στη λειτουργική ανικανότητα των ασθενών με Α.Ε.Ε., όπως επίσης και στις κλίμακες αξιολόγησης του λειτουργικού επιπέδου αυτών των ασθενών.

Αποτελέσματα: Παρά τις ακριβείς διαγνώσεις και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, το Α.Ε.Ε συνεχίζει να προκαλεί στην πλειοψηφία των ασθενών χρόνια λειτουργική ανικανότητα, η οποία επιφέρει σημαντικές αλλαγές μεταξύ του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι η απώλεια της ανεξαρτησίας που βιώνουν οι επιβιώσαντες από Α.Ε.Ε έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους και είναι δυνατόν να οδηγεί σε οικογενειακή κρίση και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η οικονομική επίπτωση του Α.Ε.Ε είναι ιδιαίτερη σημαντική, παγκοσμίως. Η αποκατάσταση της λειτουργικής ανικανότητας μετά το Α.Ε.Ε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, εκ των οποίων, οι σπουδαιότεροι είναι η σοβαρότητα του επεισοδίου, ο βαθμός του νευρολογικού ελλείμματος και ο βαθμός

κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης. Στην κλινική πρακτική εφαρμόζονται πολλά εργαλεία μέτρησης, ικανά να αξιολογούν τη λειτουργική ικανότητα των ασθενών και άλλων σχετιζόμενων με αυτήν παραμέτρων καθότι έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι η μέτρηση του λειτουργικού επιπέδου αποτελεί θέμα υψίστης σπουδαιότητας για την εκτίμηση της πορείας του ασθενή.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αποκατάσταση του νευρολογικού ελλείμματος σε συνδυασμό με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις που εστιάζονται στα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, λειτουργική ανικανότητα, απώλεια του βαθμού ανεξαρτησίας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Καρκούλη Γεωργία,

Ελλησπόντου 57,

Αιγάλεω, Τ.Κ :1224

E-mail: Karkgog@otenet.gr

REVIEW

Functional disability of ischemic stroke patients

Karkouli Georgia¹, Kapadohos Theodoros²

1. R.N., MSc., Intensive Care Unit, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece
2. R.N., MSc., PhD(c), Deputy Head Nurse, Nursing Education Department, Onassis Cardiac Surgery Center

Abstract

Stroke is the third leading cause of death and the first cause of disability, in the developed countries and it is frequently described by the literature as a major global health problem. It is estimated that stroke is responsible for approximately 4.5 million deaths per year and over 9 million stroke survivors, globally.

Aim: The aim of the present study was to review the literature about the consequences of functional disability that stroke imposes on the survivors' life and to shortly describe functional instruments used in evaluation of stroke patients.

The **method** of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the pub med data base which referred to the functional disability of stroke patients, as well as to the scales used for the evaluation of functional state.

Results: Despite the accurate diagnosis and the recent therapeutic advances, stroke can still cause long-term disability in the majority of patients which induces significant changes between the patient and his environment. The results of recent studies indicate that the loss of independence that experience stroke survivals has significant consequences on their quality of life and it is likely to lead to family-crisis and social isolation. It is also widely accepted that the economic impact of stroke is considerable, worldwide. Recovery of functional disability after stroke is influenced by many variables, of which the main are the initial severity of stroke, the level of deficit and the level of social and family support. In clinical practise many measurement instruments are applied and capable of providing assessments of functional ability and other related concepts since it is well documented that evaluation of functional state is a matter of great importance for the assessment of patients' outcome.

Conclusions: As it is supported by published evidence, rehabilitation of neurological deficit in conjunction with appropriate therapeutic interventions focused on the psychological, familial and social problems that face patients after the discharge of the hospital can significantly improve their quality of life.

Key words: Stroke, functional disability, loss of independence.

Corresponding author

Karkouli Georgia,

Elispontou 57,

Aegaleo, PC: 1224,

E-mail: karkgog@otenet.gr

Εισαγωγή

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε) έχει εξελιχθεί σε μείζονα παράγοντα απειλής της ανθρώπινης ζωής

και υγείας. Στις αναπτυγμένες χώρες και κυρίως στις Η.Π.Α, στον Καναδά, στην Ευρώπη και στην Αυστραλία αποτελεί την

τρίτη αιτία θανάτου, μετά από τα καρδιακά και τα κακοήθη νοσήματα και τη πρώτη αιτία ανικανότητας. Στους ηλικιωμένους αναδεικνύεται ως η κύρια αιτία θανάτου και σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 75% των θανάτων της ηλικίας άνω των 65 χρόνων οφείλεται σε ΑΕΕ ή επιπλοκή αυτού.^{1,2,3}

Ο όρος εγκεφαλικό επεισόδιο αναφέρεται σε κάθε βλάβη του εγκεφαλικού ιστού ή του νωτιαίου μυελού που προκαλείται από διαταραχή στην παροχή αίματος και χρησιμοποιείται συνήθως όταν υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων. Το ΑΕΕ αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώνοντες γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι ταξινομούνται ανάλογα με τη δυνατότητα τροποποίησης τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παράγοντες (modifiable, non modifiable).³⁻⁶ Οι πρώτες ιατρικές απόψεις για το ΑΕΕ καταγράφηκαν από τον Ιπποκράτη το 400 π.χ. Δυστυχώς όμως, από τότε ως σήμερα και παρά τις ακριβείς διαγνώσεις και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, το Α.Ε.Ε. συνεχίζει να αποτελεί νοσολογική οντότητα με υψηλούς δείκτες θνησιμότητας, η οποία επιφέρει αναπηρία ή διαφορετικού βαθμού υπολειπόμενη ανικανότητα στους πάσχοντες. Από μελέτες έχει εκτιμηθεί, ότι η υπολειπόμενη ανικανότητα ανέρχεται σε ποσοστό έως 54%.³⁻⁶

Συνήθως, τα νευρολογικά ελλείμματα αφορούν την αισθητικότητα, το λόγο, τον ψυχισμό ή τις γνωσιακές λειτουργίες και την κινητικότητα του πάσχοντα. Πολλές φορές όμως, είναι δυνατό να επηρεαστούν ακόμα και όλα τα μέλη του σώματος. Το νευρολογικό έλλειμμα και ο βαθμός απώλειας της λειτουργικής ικανότητας σχετίζεται με τον εντοπισμό και την έκταση της βλάβης των κυττάρων του εγκεφάλου, ενώ ο βαθμός προσαρμογής των ασθενών προς τη νόσο σχετίζεται με πλήθος άλλων παραγόντων, όπως είναι η αποκατάσταση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ο βαθμός στήριξης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η προσωπικότητά του πάσχοντος, κ.ά.^{7,8,9}

Έχει πλήρως τεκμηριωθεί, ότι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια λόγω της αναπηρίας, που προκαλούν στους πάσχοντες συνεπάγονται έντονο οικογενειακό, οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα. Ως γνωστό, οι ασθενείς που έχουν υποστεί Α.Ε.Ε. δεν είναι σε θέση να περπατήσουν χωρίς βοήθεια, ή δεν μπορούν να μιλήσουν, ή παραμένουν κληίρηδες για μεγάλο χρονικό διάστημα. Από αυτούς, άλλοι καταφέρνουν με φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία να δραστηριοποιηθούν, ενώ άλλοι όχι.⁷⁻⁹

Συνεπώς, ο βαθμός υπολειπόμενης ανικανότητας καθορίζει την απώλεια του βαθμού αυτοφροντίδας όπως επίσης και το

βαθμό εξάρτησης από το περιβάλλον. Η απώλεια του βαθμού ανεξαρτησίας αποτελεί κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Επιπλέον, η απώλεια της αυτονομίας και της λειτουργικότητας αναγκάζει τα άτομα να αναπροσαρμόσουν τις συνήθειές τους, γεγονός, που συνήθως έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις.¹⁰⁻¹¹

Τέλος, η ανικανότητα (μόνιμη ή χρόνια) συνεπάγεται οικονομικό πρόβλημα που έχει απασχολήσει τις περισσότερες χώρες του κόσμου λόγω του υψηλού κόστους νοσηλείας και των συχνών επανεισαγωγών στο νοσοκομείο, όπου στη πλειοψηφία των περιπτώσεων παραμένουν για μακρό χρονικό διάστημα.^{8,10-11}

Κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενή με ΑΕΕ

Η εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων στην αντιμετώπιση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως η θρομβόλυση και η ανάπτυξη γενικών αλλά και ειδικότερων τύπων θεραπείας ΑΕΕ έχουν επανακεντρίσει το ενδιαφέρον των κλινικών μετρήσεων που αφορούν την βαρύτητα της ασθένειας.

Για την ακριβέστερη αξιολόγηση και εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του

ασθενούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες μέτρησης, οι οποίες χρησιμοποιούνται στις κλινικές μελέτες ως αναπόσπαστο μέρος της τελικής ταξινόμησης των ασθενών με ΑΕΕ.^{8,12-15}

Στις διάφορες κλίμακες μέτρησης, η νευρολογική δυσλειτουργία υπολογίζεται μέσω νευρολογικών βαθμολογιών, ενώ αντίθετα η λειτουργική εκτίμηση των ασθενών εκτιμάται με κλίμακες λειτουργικής ανικανότητας ή αναπηρίας (Rankin scale, Barthel index). Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι πολλές από τις κλίμακες αυτές δεν μπορούν να εφαρμοστούν με απόλυτη ακρίβεια στην αρχική φάση του ΑΕΕ.

Οι πιο συχνά εφαρμοζόμενες κλίμακες είναι:^{8,12-15}

- Η Scandinavian Neurological Stroke Scale (SNSS), η οποία δημιουργήθηκε αρχικά για να μετρηθεί η συνέπεια της μη φυσιολογικής αιμάτωσης στο ΑΕΕ. Αποτελείται από εννέα μεταβλητές-θέματα, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται ο τομέας της όρασης, το οφθαλμοκινητικό και η αισθητηριακή λειτουργία. Η βάδιση είναι διαγνωστικής αξίας για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας και συνεκτιμάται στις διαδοχικές αξιολογήσεις του ασθενή. Επίσης, συνυπολογίζονται στη προγνωστική βαθμολογία (σκορ), το επίπεδο συνείδησης, η παράλυση του προσωπικού και η αδυναμία των άκρων. Η

- αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας είναι πολύ μεγάλη.^{16,17}
- Η Canadian Neurological Stroke Scale (CSS). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως εργαλείο μέτρησης κλινικής παρακολούθησης από νοσηλεύτες σε μονάδες οξέων εγκεφαλικών επεισοδίων και έχει αποδειχθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για κλινικές μετρήσεις. Η CSS απευθύνεται σε λίγα κλινικά κριτήρια που συμπεριλαμβάνουν τον εντοπισμό διαφορών σε νευρολογικό επίπεδο και την κινητικότητα που επηρεάζεται από το ΑΕΕ. Παρέχει σαφή εικόνα για την κινητικότητα και την δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου (αφασία), ενώ η αξιοπιστία της για τα έμφρακτα της οπίσθιας κυκλοφορίας δεν έχει επιβεβαιωθεί γιατί τα σχετικά θέματα, όπως είναι οι διαταραχές της κίνησης του οφθαλμού, το έλλειμμα του οπτικού πεδίου και η αταξία δεν συμπεριλαμβάνονται.¹⁵
 - Η European Stroke Scale (ESS), αποτελείται από 14 μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο συνείδησης, τη νοητική ανικανότητα, το οπτικό πεδίο, το βλέμμα, τη κίνηση του προσώπου, τη διατήρηση της θέσης και τη δυνατότητα ανύψωσης του βραχίονα, την έκταση του καρπού, την δύναμη των δαχτύλων, την κάμψη του κάτω άκρου, τη ραχιαία κάμψη και τη βάδιση.¹⁵
 - Η Unified Neurological Stroke Scale είναι μια σύνθεση της Neurological Score for Middle Cerebral Artery και της Scandinavian Stroke Scale. Χρησιμοποιείται κυρίως για εκτίμηση ασθενών με ημιπάρεση ή ημιπληγία που προκαλείται από έμφρακτο.¹²
 - Η κλίμακα NIH, αναπτύχθηκε στο Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών και Εγκεφαλικού με βάση την Toronto Stroke Score, την Oxbury Initial Severity Stroke και την Cincinnati Stroke Score. Σχεδιάστηκε με σκοπό να παρέχει αξιόπιστη, έγκυρη και εύκολη εναλλακτική λύση στη νευρολογική εξέταση. Αποτελείται από 13 μεταβλητές, όπου η δυσαρθρία συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί, ενώ δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοστό 20% των ασθενών με οπτικές διαταραχές.¹²
 - Η κλίμακα Barthel είναι ευρέως διαδεδομένη και αποτελεί ένα απλό τρόπο μέτρησης της ανικανότητας του ασθενούς με ΑΕΕ, για αυτοφροντίδα, που κατά συνέπεια υποδεικνύει το βαθμό ανεξαρτησίας του ασθενούς. Απαρτίζεται από δέκα μεταβλητές που αξιολογούν καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή. Ο δείκτης Barthel Index (BI) δηλ., η τελική βαθμολογία της κλίμακας έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, σε προγράμματα αποκατάστασης ή πριν την θεραπεία προκειμένου να καθοριστεί η

κατάσταση του, και η δυνατότητα βελτίωσης του προς την ανεξαρτησία και το μέγιστο δυνατό όφελος. Οι μετρήσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όπως π.χ πριν από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, κατά την διάρκεια και στο τέλος του, ενώ η έλλειψη βελτίωσης δείχνει μειωμένη δυνατότητα αποκατάστασης. Βασικό πλεονέκτημα αποτελεί η απλότητα του δείκτη BI, αλλά όμως πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι περιβαλλοντικές καταστάσεις και η παρουσία άλλου ατόμου, παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την τελική βαθμολογία του ασθενή. Για την πληρέστερη αξιολόγηση εξωτερικών ασθενών είναι απαραίτητο το τελικό σκορ (δείκτης Barthel ή BI), να συνοδεύεται από ειδικό έντυπο με επεξηγήσεις για τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ζει ο ασθενής, ενώ πολλές φορές η βελτίωση της κατάστασης δεν φαίνεται ευκρινώς κυρίως λόγω της παρουσίας άλλου ατόμου κατά την αξιολόγηση, ακόμα και αν αυτός δεν παρέχει πραγματική βοήθεια.¹⁸⁻²³

Συνοψίζοντας όσα αφορούν στις κλίμακες μέτρησης, είναι αναγκαίο να τονιστεί, ότι η κλινική εξέταση εξακολουθεί να παρέχει τις καλύτερες πληροφορίες στο αιφνίδιο Α.Ε.Ε. και πρέπει να ολοκληρώνεται από εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις,

όπως είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και κυρίως τον αποκλεισμό της αιμορραγίας.^{12,15}

Επιπτώσεις της λειτουργικής ανικανότητας των ασθενών με Α.Ε.Ε

Οι περισσότεροι ασθενείς που υπέστησαν Α.Ε.Ε και έχουν την δυνατότητα να επιστρέψουν σπίτι τους, αντιμετωπίζουν ανάλογα με το βαθμό του νευρολογικού ελλείμματος, ποικίλα σωματικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα. Συνήθως, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, χρήζουν βοήθειας και φροντίδας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, την οποία επιβαρύνεται κυρίως το οικογενειακό τους περιβάλλον.^{11,14-15}

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει, ότι το μέγεθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο σχετίζεται με το βαθμό αποκατάστασης του νευρολογικού ελλείμματος, όπως επίσης και το βαθμό προσαρμογής τους στις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του ΑΕΕ.^{8,9,11,14-15}

Ως γνωστό, η χρόνια ανικανότητα σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως είναι αλλαγή της εικόνας εαυτού, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αβεβαιότητα που βιώνουν οι πάσχοντες, υπονομεύουν τη

συναισθηματική τους ισορροπία και την ψυχική τους υγεία.²⁴⁻²⁹

Αναλυτικότερα, μετά από ένα ΑΕΕ πολλοί ασθενείς, έχοντας απολέσει έως ένα βαθμό τη λειτουργική τους ικανότητα, αδυνατούν να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες που τους επιβάλλει ο βαθμός απώλειας της αυτοφροντίδας και συχνά παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό από 20-63%. Τα καταθλιπτικά φαινόμενα σπάνια παρέρχονται, χωρίς παρέμβαση, ενώ η ένταση τους ποικίλει ανάλογα με το βαθμό αποδοχής του Α.Ε.Ε, το βαθμό προσαρμογής του ασθενή στη νέα τάξη πραγμάτων όπως επίσης και το βαθμό στήριξης του ασθενή από το περιβάλλον: «οικογενειακή – κοινωνική στήριξη». Σχετικές μελέτες έχουν δείξει, ότι η προσωπικότητα του ασθενούς, η αισιοδοξία, η ενεργός συμμετοχή στη θεραπεία, ο βαθμός κοινωνικής και οικογενειακής στήριξης και πολύ περισσότερο ο βαθμός αποκατάστασης του νευρολογικού ελλείμματος συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση της κατάθλιψης.^{11,15,30-34}

Εκτός των ανωτέρω προβλημάτων, η χρόνια ανικανότητα που προκαλεί το Α.Ε.Ε συνεπάγεται σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις. Ως γνωστό, οι φυσικοί περιορισμοί και η σωματική εξασθένιση, που επιβάλλει το Α.Ε.Ε, έχουν ως αποτέλεσμα την ανικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει

στις κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρήσει προηγούμενες σχέσεις και λειτουργικούς ρόλους. Βιβλιογραφικές αναφορές υποδεικνύουν, ότι οι πάσχοντες από Α.Ε.Ε σταδιακά οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση επειδή νοιώθουν αδύναμοι να συμμετέχουν σε κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες.³⁰⁻³⁵

Η αποτροπή κοινωνικής απομόνωσης είναι ιδιαίτερα σημαντική και επιτυγχάνεται κυρίως με την ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράζει φόβους και ανησυχίες, την εκπαίδευση του περιβάλλοντος στήριξης όπως επίσης και την ανάπτυξη και εκμάθηση κώδικα επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος, οικογενειακού ή φιλικού. Η διατήρηση της επικοινωνίας και η σωστή στήριξη προς τον ασθενή εξασφαλίζει σε αυτόν ή διατηρεί ένα ρυθμό ζωής.³⁰⁻³⁵

Επίσης, η απώλεια της λειτουργικής ικανότητας έχει σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία της οικογένειας, γιατί συνήθως το Α.Ε.Ε δεν επιτρέπει στον ασθενή να συνεχίσει την εργασία του με αποτέλεσμα τη μείωση των οικονομικών πόρων. Σύμφωνα με μελέτες, το 70% των ασθενών που θα υποστούν ΑΕΕ και θα επιζήσουν, δεν θα μπορέσουν να επιστρέψουν στην προηγούμενη εργασία τους μέσα σε 7 χρόνια, από το επεισόδιο, γεγονός, που καταδεικνύει τις σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Από τη βιβλιογραφία

υποστηρίζεται, ότι τα προγράμματα εργασιακής αποκατάστασης των ασθενών, που είτε δεν έχουν απολέσει σε σημαντικό βαθμό την λειτουργική τους ικανότητα, είτε παρουσιάζουν σημαντικό βαθμού αποκατάσταση αφενός, αυξάνουν τα εισοδήματα της οικογένειας, αφετέρου συμβάλουν αποτελεσματικά στη μείωση της κατάθλιψης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.^{36,37}

Η ανικανότητα που επιφέρει το Α.Ε.Ε σχετίζεται με έντονο οικονομικό πρόβλημα που έχει απασχολήσει έντονα πολλές χώρες. Αναλυτικότερα, το οικονομικό κόστος που προκύπτει υπολογίζεται σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο απορρέει από την νοσηλεία του ασθενούς, τις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, το είδος της θεραπείας, το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και τις συχνές επανα-εισαγωγές στο νοσοκομείο, ενώ το έμμεσο απορρέει από το κόστος της νοσηλείας στο σπίτι, την απώλεια εργασίας και τη συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης.^{38,39}

Τα Εθνικά Ιδρύματα Υγείας στις Η.Π.Α έχουν υπολογίσει, ότι το άμεσο και έμμεσο κόστος υπερβαίνει τα 51 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.⁹ Στη συγκεκριμένη χώρα, περίπου 500.000 άτομα κάθε χρόνο παρουσιάζουν ΑΕΕ και σε όσα συνυπάρχουν άλλες ασθένειες, όπως σακχαρώδης διαβήτης παρατηρείται υψηλότερη θνησιμότητα, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο,

μειωμένη ανάρρωση και μειωμένη ικανότητα επιστροφής στην εργασία τους, ενώ το ποσό του τελικού κόστους ανέρχεται σε 300 εκατομμύρια δολάρια. Στη Μεγάλη Βρετανία, το άμεσο κόστος υπολογίζεται σε 550 εκατομμύρια λίρες το χρόνο, μη συμπεριλαμβανομένων του κόστους από την απώλεια της παραγωγικότητας, των μισθών των θεραπευτών υγείας και άλλων δαπανών σχετιζόμενων με τους ασθενείς.^{40,41,42}

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι ασθενείς που επανεμφανίζουν ΑΕΕ, σε σχέση με αυτούς που είχαν μόνο μια προσβολή από την ασθένεια, παρουσιάζουν μεγαλύτερου βαθμού ανικανότητα που συνεπάγεται μακρύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και κατά συνέπεια υψηλότερο κόστος νοσηλείας.^{14,27}

Όσον αφορά στις χώρες της Ευρώπης, όπου υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διαχείριση της ασθένειας, στην παροχή φροντίδας και στη σχετιζόμενη έκβαση και πορεία της νόσου, οι δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνονται οι χώρες αυτές παραμένουν υψηλές. Οι παρεχόμενες πληροφορίες των Υπηρεσιών Υγείας που σχετίζονται με το θέμα αυτό είναι συχνά μη διαθέσιμες ή ανύπαρκτες. Για τη επίλυση αυτού του προβλήματος πολλές χώρες όπως η Φιλανδία, η Δανία, η Πορτογαλία και η Γαλλία, προσανατολίζονται προς την αναζήτηση και καταγραφή

πληροφοριών με σκοπό την εκτίμηση των οικονομικών επιπτώσεων που επιφέρει το Α.Ε.Ε, προκειμένου να οργανώσουν παρεμβάσεις πρόληψης και αποκατάστασης με δημόσιες δαπάνες.⁴³

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τονίζεται, ότι τόσο το υψηλό οικονομικό κόστος σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο όσο και τα ποικίλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο οφείλονται στην έλλειψη οργανωμένου σχεδίου και προγράμματος αποκατάστασης. Στον Καναδά μόνο το 10-15% των ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε δέχεται φροντίδα αποκατάστασης πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των επιζώντων επιστρέφει στην οικεία τους, χωρίς μέριμνα για φροντίδα αποκατάστασης.¹

Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο, ο αριθμός των ερευνών σχετικά με την έκβαση και την αποκατάσταση ασθενών που υπέστησαν Α.Ε.Ε είναι περιορισμένος. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Τσελίκια-Garfe και συν.,⁴⁴ έδειξαν, ότι κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, το 21,3% των ασθενών ήταν μερικώς εξαρτημένοι και έχρηζαν βοήθειας σε καθημερινές δραστηριότητες, ενώ το 30% εξήλθαν πλήρως εξαρτώμενοι δηλ. είχαν ανάγκη συνεχούς φροντίδας και βοήθειας. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το 92% των ασθενών μεταφέρονται στο σπίτι τους μετά την οξεία νοσοκομειακή φάση.

Τα ανωτέρω ευρήματα καταδεικνύουν την αναγκαιότητα ειδικών προγραμμάτων αποκατάστασης και στήριξης των ασθενών, τα οποία συμβάλλουν αποτελεσματικά στη βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η πιο κρίσιμη περίοδος για την επίτευξη βελτίωσης είναι οι πρώτοι μήνες, γι' αυτό θα πρέπει στην περίοδο αυτή να δοθούν όλες οι θεραπευτικές ευκαιρίες στον ασθενή.

Τα άτομα που υπέστησαν Α.Ε.Ε πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπευτικές τεχνικές και μεθόδους από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που θα λειτουργούν ως διεπιστημονική Ομάδα Αποκατάστασης σε ένα οργανωμένο τμήμα Αποκατάστασης, υπό τον συντονισμό και την επίβλεψη ειδικού θεράποντα ιατρού. Η πολιτεία πρέπει να κατανοήσει οφέλη που προκύπτουν από τέτοιου είδους παρεμβατικά προγράμματα αποκατάστασης και στήριξης των ασθενών αυτών και να ενισχύσει κάθε τέτοιου είδους προσπάθεια.⁴⁵

Συμπεράσματα

Το ΑΕΕ αποτελεί σύνθετο πρόβλημα με έντονο οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο λόγω της αναπηρίας ή της χρόνιας ανικανότητας που προκαλεί στους πάσχοντες.

Το κυριότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από την παρούσα ανασκόπηση είναι, ότι κρίνονται απολύτως απαραίτητα, ο

σχεδιασμός και η οργάνωση μιας στρατηγικής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας πρόληψης και αποκατάστασης των ΑΕΕ στην χώρα μας, η οποία απαιτεί τη συμβολή όλων των ειδικών από το χώρο της υγείας και της ίδιας της πολιτείας.

Βιβλιογραφία

1. Vincent C., Deaudelin I., Robichaud L., Rousseau J., Viscogliosi Ch., Talbot L., et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations BMC Geriatrics. 2007;7:20.
2. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee: Heart Disease and Stroke Statistics – 2006. Update. Circulation. 2006; 113:e85.
3. Πολυκανδριώτη Μ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Άρθρο Σύνταξης. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2008;Τόμος 7ος, Τεύχος 2^ο.
4. Seshadri S., Beiser A., Kelly-Hayes M., Kase CS., Au R., Kannel WB., Wolf PA. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. Stroke 2006;37:345-350.
5. Caplan, L. Caplan's Stroke: A clinical Approach. Butterworth-Heineman, 2000.
6. Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίτση Ε.. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παράγοντες κινδύνου. Το Βήμα του Ασκληπιού 2005;4(3):109.
7. Μυλωνάς Ι., Λογοθέτης Ι. Νευρολογία. Εκ.Universal Press. Αθήνα, 1996.
8. Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Longo D., Jameson J. Principles of Internal Medicine. Harrison's 15th edition, 2001.
9. Bartels M. Pathophysiology and Medical Management of Stroke. In Stroke Rehabilitation, A Functional Based Approach. Glen Gillen and Ann Burkhart (Eds). Ed. Mosby Publishers. 1998:1-30.
10. Warlow C. Epidemiology of stroke. Lancet. 1998; 352:1-4.
11. Warlow CP., Dennis MS., Gijin J., Hankey GJ., Sandercock P.A.G, Bamford J.M, Wardlaw J. Stroke. A practical guide to management. Blackwell Science. London. 1996.
12. Bogousslavsky J., Castillo V. Acute Stroke Treatment. Ed. Martin. London. 1997.
13. Bogousslavsky J., Van Melle G., Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke. Stroke.1998;19:1083-92.

14. Sandin K., Mason K.: Manual of stroke rehabilitation. Εκδ. Butterworth-Heinemann. 1996.
15. Chino N., Melvin JL. Functional evaluation of stroke patients. Εκδ. Springer -Verlag. Tokyo. 1996.
16. Barber M., Fail M., Shields M., Stoott DJ., Langhorne P. Validity and reliability of estimating the Scandinavian stroke scale, score from medical records. *Cerebrovasc Dis.* 2004;17:224-7.
17. Lindenstrom E., Boysen G., Christiansen LW., Hansen B., Nielsen B. Reliability of Scandinavian Neurological Stroke Scale. *Cerebrovasc Dis.* 1991;1:103-107.
18. Mahoney FI., Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal.* 1965;14:61-65.
19. Hobart JC., Lamping DL., Freeman JA., Langdon DW., McLellan DL., Greenwood RJ., Thompson AJ. Evidence-based measurement: which disability scale for neurologic rehabilitation? *Neurology.* 2001;57:639-644.
20. Van der Putten JJ., Hobart JC., Freeman JA., Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1999;66(4):480-4.
21. Hobart JC., Lamping DL., Thompson AJ. Measuring disability in neurological disease: validity of the self report Barthel Index. *J Neurol.* 1996;243,(suppl 2),25.
22. Hsueh IP., Lee MM., Hsieh CL. Psychometric characteristics of the Barthel activities of daily living index in stroke patients. *Journal of Formosa Medical Association.* 2001;100:526-532.
23. Sangha H., Lipson D., Foley N., Salter K., Bhogal S., Pohani G., Teasell R. A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *International Journal of Rehabilitation Research.* 2005;28:135-139.
24. O'Connell B., Hanna B., Penney W., Pearce J., Owen M., Warelow P. Recovery after stroke: A qualitative perspective. *J Qual Clin Practice.* 2001;21:120-125.
25. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. *J Adv Nurs.* 2000;32:301-309.

26. Korff V., Glasgow RE., Sharpe M. Organising care for chronic illness. *BMJ*. 2002; 325(7355): 92-94.
27. Gillen G., Burkhardt A. Stroke rehabilitation. A functional approach. *Mobsey*. New York. 1998.
28. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med*. 2000; 172(2): 124-128.
29. Salter KL., Moses MB., Foley NC., Teasell RW. Health-related quality of life after stroke: what are we measuring? *Int J Rehabil Res*. 2008; 31(2): 111-7.
30. Western H. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *Br J Nurs*. 2007; 16(20): 1266-70.
31. Dafer RM., Rao M., Shareef A., Sharma A. Poststroke depression. *Top Stroke Rehabil*. 2008; 15(1): 13-21.
32. Dunlop BW., Dunlop AL. Counseling via Analogy: Improving Patient Adherence in Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005; 7(6): 300-303.
33. Mayo NE., Wood-Dauphinee S., Citti R., Durcan L., Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1035-1042.
34. Salter K., Bhogal SK., Foley N., Jutai J., Teasell R. The assessment of poststroke depression. *Top Stroke Rehabil*. 2007; 14(3): 1-24.
35. Jaracz K., Kozubski W. The role of social support in the quality of life after stroke. A review of selected experimental research. *Neurol Neurochir Pol*. 2006; 40(2): 140-50.
36. Legg L., Drummond A., Leonardi-Bee J., Gladman JR., Corr S., Donkervoort M., et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ*. 2007; 335(7626): 922.
37. Legg LA., Drummond AE., Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (4): CD003585.
38. Lewandowski C., Barsan W. Treatment of acute ischemic stroke. *Ann Emerg Med*. 2001; 37: 202-16.
39. Kavanos P., Mossalios E. International comparisons of health care expenditures : what do we know and what we dont know. *J Health Serv. Res Policy*. 1999; 4(2) : 122-126.
40. Leventan CS. Effect on hyperglycemia on stroke outcomes. *Endocr Pract*. 2004; 10: 34-9.
41. Taylor T., Davies P., Torner J., Holmes J., Meyer JW., Jacobson MF. Life time

- costs of stroke in the United States. Stroke.1996;27:1459-1266.
42. Patel M., Potter J., Perez I., Karla, L. The process of Rehabilitation and Discharge Planning in Stroke. Stroke. 1998; 29:2484-2487.
43. Langhorne P., Dennis M. Stroke Units: An evidence based approach. BMJ Books, 1998.
44. Τσελίκα-Carfe A., Τσούνα-Χατζή E., Βανδώρου Λ., Γεωργουλά Β., Μπατσαρά Μ., Βέμμος Κ. Ψυχοκοινωνικό και οικονομικό κόστος ασθενών με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Νοσηλευτική. 2004;43(4):479-489.
45. Mitchell E., Moore K. Stroke: holistic care and management. Nurs Stand. 2004;18(33):43-52.