

Αξιολόγηση ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μετά την αποκατάσταση

Κακαγιάννη Ευαγγελία¹, Κελέση-Σταυροπούλου Μάρθα², Καμπά Ευρυδίκη³, Παπαγεωργίου Δημήτριος⁴

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Α «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
4. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ο πιο κοινός τύπος εγκεφαλικών ασθενειών και αποτελεί την πρώτη αιτία λειτουργικών διαταραχών για τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Έχει άμεση επίπτωση στα συστήματα υγείας, με αποτέλεσμα το υψηλό κόστος και θεωρείται παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω των σοβαρών αναπηριών, τους λειτουργικούς περιορισμούς και την μειωμένη ποιότητα ζωής που επιφέρει στους ασθενείς.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι οποίοι ακολούθησαν ή όχι αποκατάσταση.

Υλικό - Μέθοδος: Για τους σκοπούς της έρευνας, διεξάγεται προοπτική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίων μέσω συνεντεύξεων, σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Για την αξιολόγηση και παρακολούθηση χρησιμοποιούνται τα εξής ερευνητικά εργαλεία: Short-Form 36 (SF-36), EuroQol-5D, Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL) και η Κλίμακα Barthel. Το δείγμα της μελέτης αποτελούν άτομα που διαγνώστηκαν με εγκεφαλικό επεισόδιο και επισκέφθηκαν Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. Μελετώνται δύο ομάδες ασθενών, αυτοί που έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης και αυτοί που δεν έλαβαν αντιστοίχως.

Αποτελέσματα: Εκτιμάται ότι, τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο όσο και τους φροντιστές των ασθενών προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών και να βελτιώσουν είτε την αποκατάσταση, είτε τη φροντίδα σε αυτούς.

Συμπεράσματα: Η μελέτη στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την οργάνωση των υπηρεσιών αποκατάστασης σε όλες τις υγειονομικές δομές της Ελλάδος, οι οποίες θα βοηθήσουν στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των δυσλειτουργιών όλων των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο αυτή, όπως επίσης στη βραχύτερη νοσηλεία και στη μείωση του κόστους των μονάδων υγείας της χώρας.

Λέξεις Κλειδιά: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αποκατάσταση, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευαγγελία Κακαγιάννη, Στρατάρχου Παπάγου 69, Άγιος Δημήτριος, Τ.Κ.17343, Τηλ.6932416332, e-mail: lillyvit75@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal Volume 21, Supplement Issue 4A (October - December 2022)

STUDY PROTOCOL

Evaluation of patients with stroke after rehabilitation

Kakagianni Evangelia¹, Kelesi-Stavropoulou Martha², Kaba Evridiki³, Papageorgiou Dimitrios⁴

1. RN, MSc, G. Gennimatas General Hospital of Athens, Greece
2. Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Greece
3. Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Greece
4. Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Greece

ABSTRACT

Introduction: The stroke is the most common type of brain disease and is the first cause of functional disability for daily living activities. The stroke has a direct impact on health systems, resulting in high costs, and is considered a global public health problem due to severe disabilities, functional limitations, and a reduced quality of life for patients.

Aim: The purpose of this doctoral thesis is to investigate the quality of life of patients who have undergone stroke and have followed rehabilitation.

Material and Method: For the purpose of the study, an experimental study will be conducted in patients with stroke. The study sample will consist of people who have been diagnosed with a stroke and visited General Hospital of Athens.



Two groups of patients will be examined.

Results: The expected outcome of this doctoral dissertation will be to measure the quality of life of patients with stroke after rehabilitation compared to those who did not follow rehabilitation. It is estimated that the results of the survey will help both healthcare professionals who are expert in stroke, as well as patient caregivers in order, to better understand the physical and mental health of patients and to improve rehabilitation and care.

Conclusions: The study is particularly useful in organizing rehabilitation services in all therapeutic structures in Greece, which will help prevent, early diagnose and treat dysfunctions of all patients suffering from this disease, as well as in shorter hospitalization and lower costs in the country's health units.

Keywords: Stroke, rehabilitation, physiotherapy, ergotherapy.

Corresponding Author: *Evangelia Kakagianni, Str.Papagou 69, Ag. Dimitrios, GR 17343, 6932416332, e-mail: lillyvit75@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.) είναι ο πιο κοινός τύπος εγκεφαλικών ασθενειών και η τρίτη πιο κοινή αιτία θανάτου στην Ευρώπη, μετά από την καρδιακή προσβολή και τον καρκίνο, όπου συχνά προκαλεί αναπηρία και σχετίζεται με μειωμένη αυτοεκτίμηση. Επίσης, η εν λόγω ασθένεια είναι η πρώτη αιτία λειτουργικής ανικανότητας για τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης.¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 15 εκατομμύρια άνθρωποι παρουσιάζουν εγκεφαλικό επεισόδιο ετησίως, και από αυτούς 5 εκατομμύρια πεθαίνουν και ένα μεγάλο μέρος των επιζώντων υφίστανται σωματικές ή και νοητικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, το 37% των ασθενών εκδηλώνουν σωματικές ή νοητικές βλάβες μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, το 16% παρουσιάζει μέτρια ανικανότητα, το 32% παρουσιάζει έντονες ή σοβαρές βλάβες στην λειτουργική ικανότητα και παραμένουν σε αναπηρικό αμαξίδιο ή περιορίζονται στο

κρεβάτι, ενώ μόνο το 15% των ασθενών δεν παρουσιάζουν λειτουργικές βλάβες.^{2,3,4}

Η συγκεκριμένη ασθένεια επηρεάζει συνήθως τους ηλικιωμένους, μεταξύ ηλικίας 70 και 75 ετών αλλάζοντας τις ζωές τόσο του ασθενή, όσο και των οικογενειών τους.^{5,6} Τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν το ρόλο των φροντιστών και υποχρεούνται να γνωρίζουν βασικές αρχές περίθαλψης και θεραπείας των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο.¹

Το εγκεφαλικό επεισόδιο μειώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Πολλοί παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών, οι οποίοι περιλαμβάνουν την κινητική βλάβη^{7,8}, τη σωματική αναπηρία^{9,10}, την καθημερινή ζωή¹¹, την εμφάνιση κατάθλιψης, τη γνωσιακή-νοητική λειτουργία, τις διαταραχές της ομιλίας και άλλα.¹²⁻¹⁴

Ένα σημαντικό ερώτημα που δεν έχει διερευνηθεί πλήρως είναι, αν υπάρχουν διαφορές στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής μεταξύ των νέων (<45 ετών) ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό

επεισόδιο και των μεγαλύτερων σε ηλικία ασθενών. Η εκδήλωση της ασθένειας σε άτομα νεότερης ηλικίας καταλαμβάνει το 10% των συνολικών ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο¹⁵ και η αιτιολογία ποικίλει, σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι το μακροπρόθεσμο λειτουργικό αποτέλεσμα από την ασθένεια, και συνεπώς η ποιότητα ζωής των νεότερων ασθενών διαφοροποιείται σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους.¹⁶

Ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της γενικής ευημερίας ενός ατόμου. Υπάρχει ευρεία συναίνεση ότι η ποιότητα ζωής θα πρέπει να περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, λειτουργικές, και κοινωνικές πτυχές.¹⁷ Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι η υψηλότερη ποιότητα ζωής συνδέεται με ανεξάρτητη καθημερινή διαβίωση, ανώτατη εκπαίδευση, καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, και καλύτερη κοινωνική υποστήριξη.^{18,19,20} Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής έχει συσχετιστεί με άγχος, κατάθλιψη και κόπωση.^{21,22} Η διάσταση της σωματικής υγείας αναφέρεται στα συμπτώματα των ασθενών. Η λειτουργικότητα περιλαμβάνει την αυτοφροντίδα, την κινητικότητα και την ικανότητα να εκτελεί κάποιος διάφορους καθημερινούς και εργασιακούς ρόλους. Η ψυχολογική διάσταση περιλαμβάνει γνωσιακές και συναισθηματικές λειτουργίες, υποκειμενικές αντιλήψεις για την υγεία και

ικανοποίηση από τη ζωή. Η κοινωνική διάσταση περιλαμβάνει κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις.⁹

Το εγκεφαλικό επεισόδιο ως μία από τις κύριες αιτίες θανάτου και μειωμένης λειτουργικότητας σε παγκόσμιο επίπεδο,²³ έχει σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες που απορρέουν από αυτή την κατάσταση και οι οποίες είναι καταστροφικές. Περίπου το 90% των ασθενών αναπτύσσει κάποιο είδος αναπηρίας.²⁴

Επιπλέον, το εγκεφαλικό επεισόδιο έχει άμεση επίπτωση στα συστήματα υγείας, με αποτέλεσμα το υψηλό κόστος, και θεωρείται επίσης παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω των σοβαρών αναπηριών, τους λειτουργικούς περιορισμούς και την μειωμένη ποιότητα ζωής που επιφέρει στους ασθενείς.²⁵ Η επίδραση του εγκεφαλικού επεισοδίου στη ζωή των ανθρώπων είναι σημαντική πρόκληση για την κοινωνία. Εκτός από το γεγονός ότι είναι ξαφνικό, επηρεάζει τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια, οι οποία είναι απροετοίμαστη για την αντιμετώπιση της διαδικασίας αποκατάστασης που προκύπτει λόγω της ασθένειας. Αποτέλεσμα της νόσου αποτελεί, το ότι ένας υψηλός αριθμός ατόμων δεν είναι σε θέση να εργαστεί.^{26,27}

Οι επιζήσαντες του εγκεφαλικού επεισοδίου αντιμετωπίζουν μια νέα πρόκληση, δηλαδή τη διαβίωση με τις αναπηρίες τους. Ασθενείς με



φυσικές ή και διανοητικές βλάβες απαιτούν ειδική αποκατάσταση για την επίτευξη της λειτουργικότητας τους. Επιπλέον, η οικογενειακή, κοινοτική και κοινωνική επανένταξη καθώς και η διατήρηση του επιπέδου αποκατάστασης είναι υψίστης σημασίας για την επίτευξη της καλής ποιότητας ζωής.²⁸

Οι μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής είναι σημαντικές, για την αξιολόγηση των επιπτώσεων της νόσου, στη ζωή ενός ατόμου στην κοινωνία. Μελέτες που έγιναν σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο έχουν δείξει ότι το εγκεφαλικό επεισόδιο επηρεάζει διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής, και θέτει σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα του ατόμου.²⁹ Επομένως, είναι θεμελιώδους σημασίας να αναπτυχθούν συγκεκριμένα προγράμματα για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, που να αποσκοπούν στην επίτευξη της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.³⁰

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι οποίοι ακολούθησαν ή όχι κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τους σκοπούς της έρευνας θα διεξαχθεί προοπτική μελέτη με χρήση

ερωτηματολογίων μέσω συνεντεύξεων, σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το δείγμα της μελέτης θα αποτελέσουν όλοι οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με εγκεφαλικό επεισόδιο και νοσηλεύτηκαν σε Παθολογικές και Νευρολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου της Αθήνας κατά το διάστημα Μάρτιος 2020 – Αύγουστος 2021. Τον Αύγουστο του 2022 αναμένεται να ολοκληρωθεί η ετήσια αξιολόγηση.

Θα λάβουν μέρος δύο ομάδες ασθενών:

ομάδα Α: αυτοί που έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης

ομάδα Β: αυτοί που δεν έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης.

Ειδικότερα:

Ομάδα ασθενών που έλαβαν

αποκατάσταση: στην εν λόγω ομάδα θα πραγματοποιηθεί το κατάλληλο πρόγραμμα αποκατάστασης με βάση τις ανάγκες του ασθενή, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει τα ακόλουθα: κινησιοθεραπεία, αναπνευστική φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, θεραπείες κατάποσης και ψυχολογική υποστήριξη. Η ερευνήτρια θα καταγράψει την ποιότητα ζωής των ασθενών (1 εβδομάδα - 6 μήνες μετά Α.Ε.Ε.) και στην χρόνια φάση (1 χρόνο μετά το ΑΕΕ).

Ομάδα ασθενών που δεν έλαβαν

αποκατάσταση (Ομάδα Ελέγχου): στην εν λόγω ομάδα δεν θα πραγματοποιηθεί καμία θεραπεία αποκατάστασης και θα αποτελέσει την ομάδα σύγκρισης.

Κριτήρια ένταξης:

- Να ομιλούν την ελληνική γλώσσα
- Άτομα άνω των 18 ετών
- Άτομα που τα ίδια ή το οικείο περιβάλλον τους (όταν υπάρχουν νοητικές διαταραχές) συναινούν στην συμμετοχή τους στο παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο.

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Άτομα με προϋπάρχον αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε).
- Άτομα που τα ίδια ή το οικείο περιβάλλον (όταν υπάρχουν νοητικές διαταραχές) τους δεν συναινούν στην συμμετοχή τους στο παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο.

Οι ερευνητικοί στόχοι είναι:

α) Αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην μετα-οξεία φάση (1 εβδομάδα - 6 μήνες μετά Α.Ε.Ε.) και στην χρόνια φάση (1 χρόνο μετά το ΑΕΕ).

β) Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην μετα-οξεία φάση (1 εβδομάδα - 6 μήνες μετά Α.Ε.Ε.) και στην χρόνια φάση (1 χρόνο μετά το ΑΕΕ).

γ) Σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών στην μετα-οξεία φάση (1 εβδομάδα - 6 μήνες μετά Α.Ε.Ε.) και στην χρόνια φάση (1 χρόνο μετά το ΑΕΕ).

δ) Συσχέτιση ηλικίας με την εμφάνιση της νόσου και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η αξιολόγηση μέσω ερωτηματολογίων θα γίνει και στις δύο ομάδες, σε όλα τα χρονικά

στάδια. Στους ασθενείς που έλαβαν και στους ασθενείς που δεν έλαβαν υπηρεσίες αποκατάστασης, αντιστοίχως.

Ερευνητικά εργαλεία

Για τους σκοπούς της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν:

Short-Form 36 (SF-36). Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.^{31,32} Σε έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70–90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται στις ακόλουθες 8 διαστάσεις: Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος, Γενική υγεία, Ζωτικότητα, Κοινωνική λειτουργικότητα, Συναισθηματικός ρόλος και τη Ψυχική υγεία. Η ελληνική μετάφραση και επικύρωση του SF-36 έχει δοκιμαστεί με επιτυχία σε επανειλημμένες έρευνες και έχει εφαρμοστεί σε παρόμοιες έρευνες στον τομέα της ελληνικής υγείας από άλλους ερευνητές.³³

EuroQol-5D. Το EQ-5D είναι ένα σύντομο και εύκολο στη χρήση ερωτηματολόγιο, και έχει δείξει καλή ανταπόκριση³⁴, δηλαδή είναι

ικανό να συλλάβει κλινικά σημαντικές αλλαγές ενός ασθενούς. Το EQ-5D είναι ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις υγείας: α) κινητικότητα (mobility), β) αυτοεξυπηρέτηση (self-care), γ) συνήθεις δραστηριότητες (usual activities), δ) πόνος-δυσφορία (pain/discomfort) και ε) άγχος-κατάθλιψη (anxiety/depression), καθεμιά από τις οποίες διαιρείται σε πέντε επίπεδα απαντήσεων: κανένα πρόβλημα, ελαφρά προβλήματα, μερικά προβλήματα, σοβαρά και υπερβολικά προβλήματα.

Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL). Το SS-QOL είναι εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Αποτελείται από 49 ερωτήσεις που περιλαμβάνουν 12 διαστάσεις: κοινωνικός ρόλος, κινητικότητα, ενέργεια, γλώσσα, αυτοφροντίδα, διάθεση, προσωπικότητα, σκέψη, λειτουργία άνω άκρων, οικογενειακός ρόλος, όραμα και εργασία-παραγωγικότητα. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί από την κα Efstratiadou (2012).³⁵ Σε όλα τα ερωτηματολόγια έχει ζητηθεί και έχει ληφθεί άδεια χρήσης.

Κλίμακα Barthel (modified). Η κλίμακα Barthel χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της απόδοσης σε Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ). Κάθε στοιχείο εκτέλεσης βαθμολογείται σε αυτή την κλίμακα με ένα συγκεκριμένο αριθμό πόντων που έχουν

οριστεί για κάθε επίπεδο ή κατάταξη.³⁶ Χρησιμοποιεί δέκα μεταβλητές που περιγράφουν τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης και την κινητικότητα. Ο χρόνος και η σωματική βοήθεια που απαιτείται για την εκτέλεση κάθε στοιχείου χρησιμοποιούνται στον προσδιορισμό της ανατιθέμενης αξία του κάθε στοιχείου.

ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναμενόμενο αποτέλεσμα από την παρούσα διατριβή θα είναι η μέτρηση της ποιότητας ζωής ασθενών με Α.Ε.Ε. έπειτα από πρόγραμμα αποκατάστασης και η σύγκριση τους με ασθενείς που δεν ακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης.

Εκτιμάται ότι, τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το Α.Ε.Ε. όσο και τους φροντιστές των ασθενών προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα την σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών και να βελτιώσουν είτε την αποκατάσταση, είτε και την φροντίδα αντίστοιχα προς αυτούς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη μελέτη αυτή θα ανιχνευτεί ο ρόλος της αποκατάστασης σε ασθενείς με Α.Ε.Ε. στην Ελλάδα. Η μελέτη στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την οργάνωση των υπηρεσιών Αποκατάστασης σε όλες τις υγειονομικές δομές της Ελλάδος,

οι οποίες θα βοηθήσουν στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των δυσλειτουργιών όλων των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο αυτή, όπως επίσης στη βραχύτερη νοσηλεία και στη μείωση του κόστους των μονάδων υγείας της χώρας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αναμένεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την οργάνωση υπηρεσιών αποκατάστασης σε όλες τις θεραπευτικές δομές της Ελλάδος. Η σωστή αντιμετώπιση φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο νέου ΑΕΕ και αυξάνει την επιβίωση. Η Αποκατάσταση δεν τελειώνει όταν ο ασθενής εξέλθει του νοσοκομείου και οι ασθενείς ωφελούνται από τη συνεχιζόμενη θεραπεία. Η κατάθλιψη, η μειωμένη σεξουαλικότητα, η δυσκολία στις μεταφορές και την οδήγηση αλλά και η σπαστικότητα καθιστούν απαραίτητη τη χρόνια παρακολούθηση και αποκατάσταση του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Trochimczyk A, Chorąży M, Snarska K. An Analysis of Patient Quality of Life after Ischemic Stroke of the Brain. *J Neurol Neurosurg Nurs*, 2017, 6(2): 44-54.
2. Cruz KC, Diogo MJ. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. *Acta Paul Enferm*, 2009, 22(5): 666-72.
3. Giles MF, Rothwel PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*, 2008, 30(4): 205-6.
4. World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke. In: Mackay J, Mensah G editors. *Stroke*. Iran:Mashhad University of Medical Sciences; 2008.p. 112
5. Grenthe Olsson B, Sunnerhagen KS. Functional and cognitive capacity and health-related 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2007, 16(5): 208-15.
6. Kong KH, Yang SY. Health-related among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*, 2006, 47(3): 213-8.
7. Jonkman EJ, de Weerd AW, Vrijens NLH. Quality of life after a first ischemic stroke: Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand*, 1998, 98: 169-175.
8. Kwa VIH, Limburg M, de Haan RJ. The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke. *J Neurol*, 1996, 243: 599-604.
9. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, de Seijas EV. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, 2000, 31: 2995-3000.



10. Yoon H. Factors affecting quality of life of the Korean aged stroke patients. *Int J Agin Hum Dev*, 1997, 44: 167- 181.
11. Mackenzie AE, Chang AM. Predictors of quality of life following stroke. *Disabil Rehabil*, 2002, 24: 259-265.
12. Williams LS, Kroenke K, Weinberger M, Harris LE, Biller J. Post-stroke depression affects quality of life (QOL) but not other stroke outcome measures. *Stroke*, 1999, 30: 236.
13. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Is the EuroQol a valid measure of health-related quality of life after stroke? *Stroke*, 1997,28: 1867-1882.
14. King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*, 1996, 27: 1467-1472.
15. Kwon SU, Kim JS, Lee JH, Lee MC. Ischemic stroke in Korean young adults. *Acta Neurol Scand*, 2000, 101: 19-24.
16. Kim JS, Choi-Kwon S, Kwon SU, Lee HJ, Park K & Seo YS. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. *Journal of clinical neurology*, 2005, 1(1): 59-68.
17. Fuhrer MJ. Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disabil Rehabil* 2000, 22(11): 481-9.
18. Baumann M, Lurbe K, Leandro ME, Chau N. Life satisfaction of two year post-stroke survivors: Effects of socio-economic factors, motor impairment, Newcastle stroke-specific quality of life measure and world health organization quality of life: Bref of informal caregivers in Luxembourg and a rural area in Portugal. *Cerebrovasc Dis*, 2012, 33(3): 219-30.
19. Baumann M, Couffignal S, Le Bihan E, Chau N. Life satisfaction two-years after stroke onset: The effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurol*, 2012, 12: 105.
20. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM et al. Quality of life after stroke: The northeast Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke*, 2004, 35(10): 2340.
21. Tang WK, Lu JY, Chen YK, Mok VC, Ungvari GS, Wong KS. Is fatigue associated with short-term health-related quality of life in stroke? *Arch Phys Med Rehabil* Oct, 2010, 91(10):1511-5.
22. Carod-Artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *J Neurol Sci*, 2009, 15: 284.
23. Lackland DT, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G. Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2014, 45(1): 315-53.
24. Vercelli S, Ferriero G, Bravini E, Al Yazeedi W, Salgovic L, Caligari M et al. A simple

-
- orthosis solves a problem in a patient with a dystonic finger after stroke. *J Han Ther*, 2017, 30(1): 113-5.
25. Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC Neurol*, 2014, 14: 92.
26. Panicio MI, Mateus L, Ricarte IF, Figueiredo MM, Fukuda TG, Seixas JC. (2014) The influence of patient's knowledge about stroke in Brazil: a cross sectional study. *Arq Neuropsiquiatr*, 2014, 72(12): 938-41.
27. Rangel ES, Belasco AG, Dicinni S. Quality of life in patients with stroke rehabilitation. *Acta Paul Enferm*, 2013, 26(2): 205-12.
28. Haley WE, Roth DL, Kissela B, Perkins M, Howard G. Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Qual Life Res*, 2011, 20(6): 799-806.
29. Froes KS, Valdes MT, Lopes DP, Silva CE. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. *Arq Neuropsiquiatr*, 2011, 69(2B): 371-6.
30. Avezum A, Costa-Filho FF, Pieri A, Martins SO, Marin-Neto JA. Stroke in Latin America: Burden of Disease and Opportunities for Prevention. *Glob Heart*, 2015, 10(4): 323-31.
31. Hays Rd, Sherbourne Cd, Mazel Rm. The RAND 36-item health survey 1.0. *Health Econ*, 1993, 2: 217-227.
32. Ware Je, Stewart Al. The Medical Outcomes Study Approach. In: Alvin A. Tarlow editor. *Measuring, functioning and well-being*. London: Duke University Press; 1992. p. 274 - 321.
33. Yfantopoulos J. Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic medicine* 18.2, 2001, 2: 114-130.
34. Tidermark J, et al. Responsiveness of the EuroQol (EQ 5-D) and the SF-36 in elderly patients with displaced femoral neck fractures. *Quality of Life Research* 12.8, 2003, 2: 1069-1079.
35. Efstratiadou EA, Chelas EN, Ignatiou M, Christaki V, Papathanasiou I, & Hilari K. Quality of life after stroke: evaluation of the Greek SAQOL-39g. *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 2012, 64(4): 179-186.
36. O'Sullivan Susan B, Schmitz Thomas J. *Physical Rehabilitation*. In: FA Davis Company, editor. *Physical Rehabilitation*. 5th ed. Philadelphia: PA; 2007. p. 137-204.
-