|  |
| --- |
| ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΆΡΤΗΜΑ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ |
| *Νοσηλευτική Αποκατάστασης Χρονίως πασχόντων* |
| **Ατομική Εργασία- Μελέτη περίπτωσης** |
|  |
| **ΑΝΘΗ ΣΠΙΝΟΥ** |
| **17/7/2020** |



|  |
| --- |
| Ασθενής, άνδρας 67 ετών προσέρχεται για περεταίρω αποκατάσταση μετά από νοσηλεία στη ΜΕΘ. Ο ασθενής υπέστη Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο προ 50 ημερών. Δεν υποβληθεί σε θεραπεία θρομβόλησης λόγω καθυστέρησης μεταφοράς του στο νοσοκομείο. Συνοδά νοσήματα Σακχαρώδης Διαβήτης υπό ινσουλινοθεραπεία. Υπολειμματικές βλάβες: Δεξιά πάρεση και μυϊκή αδυναμία. Φαρμακευτική Αγωγή: ινσουλίνη, αντιαιμοπεταλιακά (x1/24h), αντιαρρυθμικά (x2/24h), ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (x1/24h) και αντιβιοτικά (X3/24h).Σίτιση από τον καθετήρα: σκευάσματα εντερικής σίτισης κατάλληλα για σακχαροδιαβητικούς 1500 ml/24h.Λοιπές πληροφορίες από το νοσηλευτικό ενημερωτικό σημείωμα:Φέρει Τραχειοτομία, καθετήρα σίτισης, καθετήρα κύστης και περιφερικό φλεβικό καθετήρα στο Δεξί Άνω Άκρο.Φέρει κατάκλιση σταδίου ΙΙΙ στον αριστερό γλουτό και είναι φορέας MRSA. Στόχοι αποκατάστασης:1. Να κλείσει η τραχειοστομία2. Να σιτιστεί από το στόμα3. Να αποκατασταθούν τα κινητικά προβλήματαΣχεδιάστε την τοποθέτηση του ασθενή στο θάλαμο και το ημερήσιο νοσηλευτικό πλάνο αποκατάστασης.Οργανώστε την ομάδα αποκατάστασης |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Κέντρο Αποκατάστασης είναι η κατάλληλη δομή  Υγείας για να συνεχίσει ο ασθενής τη νοσηλεία του αμέσως μετά το Νοσοκομείο,και ειδικά μετά την αποδέσμευση από τον αναπνευστήρα στη ΜΕΘ. Τον βοηθά να ξανακερδίσει τις ικανότητες του, συνδυάζει στην ίδια δομή, εξοπλισμό  αποκατάστασης υψηλής τεχνολογίας με όλες εκείνες τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο ασθενής για την αποκατάσταση του, (ιατρικές, νοσηλευτικές, αποκατάστασης)  και αντιμετωπίζει τα προβλήματα στη βάδιση, την κίνηση, την ισορροπία, τα προβλήματα κατανόησης και έκφρασης του λόγου, τα προβλήματα κατάποσης, αντίληψης και συμπεριφοράς καθώς και τα προβλήματα οξέος και χρόνιου πόνου.Στο κέντρο αποκατάστασης υπάρχει ομάδα που απαρτίζεται από Εντατικολόγο, Φυσίατρο, Καρδιολόγο, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, υδροθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διατροφολόγο.

**ΑΦΙΞΗ-ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ**

Πριν την άφιξη του ασθενή στο κέντρο το προσωπικό θα πρέπει να είναι ενήμερο ότι είναι φορέας MRSA. Η εξάπλωση του πολυανθεκτικού Χρυσίζοντα Σταφυλόκοκκου (MRSA) σταματά όταν λαμβάνονται μέτρα απομόνωσης (είτε γεωγραφικής είτε επαφής) ώστε να προληφθεί η διασπορά του μικροργανισμού. Συνεπώς, αν η γεωγραφική απομόνωση δεν είναι εφικτή, η επόμενη ενέργεια είναι η συν-νοσηλεία με άλλους ασθενείς-φορείς MRSA. [1]

**ΚΑΝΟΝΕΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

* Τοποθέτηση των μολυσματικών αποβλήτων σε ειδικούς κάδους.
* Εφαρμογή πρωτοκόλλων απομόνωσης επαφής όπως υγιεινή των χεριών (πλύσιμο ή/και χρήση αλκοολούχων διαλυμάτων πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή, χρήση γαντιών, χρήση μη υδρόφιλης «μπλούζας-ποδιάς» κ.λπ.).
* Χρήση κυρίως μιας χρήσης αναλώσιμου υλικού για τη φροντίδα του ασθενούς.
* Άμεση απολύμανση σε περίπτωση διασποράς μολυσματικού βιολογικού υλικού.
* Πλύσιμο και απολύμανση όλων των εργαλείων μετά από χρήση.
* Τοποθέτηση απολυμαντικών ή αλκοολούχων με κατάλληλη σήμανση και οδηγίες χρήσης, σύμφωνα με τις συνιστώμενες διαδικασίες στο χώρο που παραμένει ο ασθενής.
* Στο δωμάτιο του ασθενούς με MRSA υπάρχουν αντικείμενα π.χ θερμόμετρο σκοραμιδες για ατομική χρήση τα οποία δεν χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς.[1]

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ.**

* Καλό πλύσιμο χεριών και χρήση αντισηπτικού.
* Γάντια κατά την περιποίηση του ασθενούς.
* Ποδιά μιας χρήσης γιατί υπάρχει κίνδυνος διασποράς μολυσματικού υλικού.
* Επισκέπτες σε ασθενείς με MRSA πρέπει να πλένουν τα χέρια ή να χρησιμοποιούν αλκοολούχο διάλυμα πριν από την έξοδο από το δωμάτιο.[1]

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΚΑΘΑΡΤΟΥ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ**

* Ο χειρισμός, η μεταφορά και η διαδικασία καθαρισμού του ακάθαρτου ιματισμού (από αίμα, βιολογικά υγρά, εκκρίσεις κ.λπ.) θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που να μην εκτειθετε το δέρμα οι βλεννογόνοι, τα ρούχα των νοσηλευτών και το περιβάλλον στον πολυανθεκτικό μικροοργανισμό για λόγους πρόληψης διασποράς. [1]

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ**

* Τα όργανα πολλαπλών χρήσεων δεν χρησιμοποιούνται για την φροντίδα άλλων ασθενών μέχρι να καθαρισθούν και να απολυμανθούν επαρκώς.
* Τα αντικείμενα μιας χρήσεως απορρίπτονται κατάλληλα σε ειδικό δοχείο.[1]

**ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗ MRSA.**

* Εβδομαδιαίος επανέλεγχος του ασθενή για MRSA με τη λήψη επιχρίσματος (από το ρινοφάρυγγα ή το ορθό).
* Ενημέρωση του φακέλου του ασθενή.
* Ενημέρωση όλων των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συμμετέχουν στη φροντίδα αποκατάστασης του ασθενή και των τμημάτων στα οποία πιθανόν μεταφέρεται για λόγους θεραπευτικών παρεμβάσεων. [1]

**ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ ΙΙΙ ΒΑΘΜΟΥ**

Κατάκλιση εννοούμε την εντοπισμένη καταστροφή περιοχής δέρματος και υποκειμένων ιστών η οποία δημιουργείτε από την πίεση προκαλώντας ισχαιμία και νέκρωση των ιστών στη συγκεκριμένη περιοχή. Η κατακλίσεις 3ου βαθμού εμφανίζουν καταστροφή όλων των στοιβάδων του δέρματος (επιδερμίδα-χορείο-υποδόριος ιστος) και η αποκατάσταση είναι μακροχρόνια.

* Εκτίμηση της κατάκλισης.
* Φροντίδα για μείωση της πίεσης στο σημείο της κατάκλισης με τοποθέτηση αεροστρωματος.
* Χειρουργικός καθαρισμός και απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών
* Για τον καθαρισµό της κατάκλισης, ανεξαρτήτου σταδίου, ενδείκνυται ο φυσιολογικός ορός (N/S 0,9%). Για τον έλεγχο της σήψης ενδείκνυται το υπέρτονο διάλυµα N/S 7,5%.
* Χρησιμοποίηση του κατάλληλου επιθέματος για την διατήρηση κατάλληλης υγρασίας στο τραύμα.
* Τοποθέτηση αεροστρώματος στο κρεβάτι.
* Λήψη επιχρίσματος από την κατάκλιση για έλεγχοπαθογονων.

Η φροντίδα των κατακλίσεων γίνεται με άσηπτη τεχνική. Υλικά απαραίτητα για την περιποίηση κατάκλισης

* Αποστειρωμένο set κατακλίσεων (γάζες, τολύπια βάμβακος, λαβίδες, ψαλίδι)
* Αποστειρωμένα γάντια, νεφροειδές, φυσιολογικός ορός, αντισηπτικό διάλυμα.
* Τετράγωνο- αδιάβροχο[2]

**ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ FOLLEY**

* Καθημερινός έλεγχος του σημείου εισόδου του καθετήρα για εμφάνιση λοίμωξης.
* Καθαρισμός του στομίου της ουρήθρας με νερό και σαπούνι δεν ενδείκνυται η χρήση αντισηπτικού.
* Τοποθέτηση του ουροσυλεκτη με ειδικό πλαίσιο στο κρεβάτι και όχι στο πάτωμα.
* Διατήρηση του ουροσυλεκτη σε επίπεδο χαμηλότερο από το σώμα του ασθενή για την αποφυγή παλινδρόμησης η στάσης ούρων στην κύστη.
* Αλλαγή του ουροσυλέκτη κάθε 8 ώρες.
* Καταγραφή του όγκου αποβαλλόμενων ούρων.
* Αλλαγή καθετήρα ανάλογα με το είδος του καθετήρα (χρονικό όριο ανάλογα με την κατασκευή του) και αποστολή του άκρου του καθετήρα για καλλιέργεια μετά την αφαίρεση.[3]

**ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΙΤΙΣΗΣ (Levin)**

Η οδός χορήγησης της τροφής εξαρτάται από το αν ο ασθενής έχει διαύγεια και αν η λειτουργική κατάσταση του πεπτικού συστήματος είναι καλή. Σε ασθενείς με καλό επίπεδο συνείδησης και χωρίς γαστρική πάρεση, η τοποθέτηση ρινικού καθετήρα είναι η πιο σωστή επιλογή. Οι σύγχρονοι ρινογαστρικοί καθετήρες σίτισης είναι µικρού εύρους (6-12 Fr) κατασκευασμένοι από ελαστικό κόµµι, πολυβινυλοχλωρίδιο και σιλικόνη.

**ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ:**

* ∆εν προκαλούν δυσφορία.
* Δεν προκαλούν εξελκώσεις του ρινοφάρυγγα.
* Δεν υπάρχει ανεπάρκεια του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα.
* Δεν υπάρχει αστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
* Δεν υπάρχει αναπνευστική δυσχέρεια.
* Δεν υπάρχει σκληρηνση µε την πάροδο του χρόνου και µπορούν να παραµείνουν στη θέση τους για µεγάλο χρονικό διάστηµα.

Οι καθετήρες με μικρό εύρος επιτρεπει τη λήψη υγρών και στερεών τροφών ταυτοχρόνως.Το μήκος του σωλήνα θα πρέπει να είναι ανάλογο με το μέγεθος του ασθενή. Το μήκος ενός ρινογαστρικου σωλήνα κυμαίνεται μεταξύ 75-90 cm.

**ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ:**

* Απόφραξη του αυλού εάν το διάλυμα που χορηγούμε δεν έχει τη σωστή αραίωση.
* Μπορεί να εξέλθει εύκολα εάν δεν γίνει σωστή διαχείριση από το προσωπικό η/και από τον ασθενή.
* Έχει υψηλό κόστος.

Ο χρόνος που μπορεί να παραμείνει ένας τέτοιος καθετήρας είναι 5-7 ημέρες ο μέγιστοςχρόνος είναι 3-4 εβδομαδες. Επισης θα πρέπει να γίνεται καθημερινός έλεγχος για το αν έχει τοποθετηθεί σωστά η έχει μετακινηθεί από τη θέση του, με κλινική εξέταση, ακρόαση αλλά και πάλι δεν είναι επαρκής καθώς θα πρέπει το προσωπικό να είναι σε θέση να αντιληφθή οποιαδήποτε αλλαγή,σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να γίνει μια α/α θωρακα.[4]

**ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΩΜΑΤΟΣ**

Η ατομική καθαριότητα ενός ασθενή είναι σημαντική για την υγεία του δέρματος. Συμβάλει στο να επιτελέσει το δέρμα της βασικές λειτουργιές του. Η υγιεινή του σώματος περιλαμβάνει το λουτρό σώματος και πρέπει να επαναλαμβάνεται οπωσδήποτε μια φορά το 24ωρο και κατ’ επίκλιση, όταν ο ασθενής λερωθεί (ιδρώτας, κόπρανα, αίμα, εκκρίσεις). Ο χρόνος ατομικής υγιεινής των βαρέως πάσχοντων εξαρτάται από την κατάστασή τους, την κλινική κρίση του νοσηλευτή και τις ιατρικές οδηγίες.

**ΣΚΟΠΟΣ**

* Ανακούφιση
* Τοπική υπαιρεμία με την τριβή.
* Απομάκρυνση ιδρώτα, κοπράνων, εκκρίσεων.
* Καλαισθησία.
* Επισκόπηση όλης της επιφάνειας του σώματος

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

* Έλεγχος της αρτηριακής πίεσης
* Έλεγχος του SpO2 επειδή φέρει τραχειοτομία.
* Παρακολούθηση καρδιογραφικού monitoring.
* Καθημερινη αλλαγη putts.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

* Εντόπιση για βλάβες του δέρματος και την πορεία της κατάκλισης.
* Καταγραφή ξηροδερμίας η άλλων αλλοιώσεων του δέρματος.
* Ανοχή του ασθενή κατά τη διάρκεια, αιμοδυναμική λειτουργιά.
* Το επίπεδο συνεργασίας του ασθενή στη διαδικασία.[5]

**ΥΓΕΙΝΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ**

Η υγιεινή στόματος αποτελεί βασική φροντίδα της υγιεινής του ασθενή και περιλαμβάνει τη φροντίδα των δοντιών της γλώσσας της υπερώας και των εσω παρειων. Γινεται έλεγχος για μυκητίαση, ξηροστομία, εξελκώσεις στοματικού βλενογονου, στοματιτιδα. Επισης σε ασθενείς που συνυπάρχουν συνοδα νοσήματαπ.χ σακχαρώδης διαβήτης, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή λαμβάνουν φάρμακα π.χ αντιβιοτικά ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος να αναπτύξουν λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας .Ασθενείς με σωλήνες σίτισης απαιτούν επιμελή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας γιατί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αφυδατωσης, λυσης της συνεχείας των βλεννογόνων, αιμορραγία, μόλυνση.[5]

**ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ**

Οι φλεβοκαθετηρες είναι συσκευές πρόσβασης ενδοφλέβια για την χορήγηση υγρών φαρμάκων, μετάγγιση αίματος και παραγώγων αλλά και παρεντερική διατροφή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

* Η νοσηλευτική εκτίμηση πριν την τοποθέτηση ενός φλεβοκαθετηρα θα πρέπει να εστιάζει:
* Στην ιατρική οδηγία σχετικά με το λόγο της φλεβοκεντησης.
* Στη διάρκεια της χρήσης της φλεβικήςγραμμής καθώς και το είδος τον υγρών που θα χορηγηθούν.
* Στο ιστορικό του ασθενή αν υπάρχουν ανατομικά προβλήματα πχ δυσκαμψία πάρεση από ΑΕΕ.
* Στην επιλογή κατάλληλης φλέβας.
* Στην κατάσταση των ιστών γύρω από την επιλεγμένη περιοχή.
* Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές πήξης θα πρέπει να δίνετε ιδιαίτερη προσοχή για την αποφυγή αιμορραγίας.[5]

**ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ**

* Τραχειοστομία είναι η χειρουργική διάνοιξη της τραχείας και τοποθέτηση ειδικού σωλήνα εντός αυτής για τον επαρκή αερισμό του ασθενή.
* Ασθενής που φέρει τραχειοστομία τοποθετείται σε θέση ημι-FOWLER.
* Ελεγχος του αεροθαλαμου η πιεση δεν θα πρέπει να ξεπερνα τα 20mmHg.
* Ελεγχος της τραχειοστομιας για οιδημα ερυθροτητα αιμορραγιας και υφης των εκκρίσεων.
* Έλεγχος γύρω από την τραχειοτομή για την ύπαρξη υποδόριου εμφυσήματος που αποτελεί ένδειξη διαρροής αέρα στον υποδόριο ιστό.[5]

**ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ**

Οι πρώτοι στόχοι για την αποκατάσταση του ασθενήείναι να αποκατασταθεί το επίπεδοσυνείδησης, να αναπνέειμόνος του, η βελτίωση της δυσφαγίας, η αφαίρεση του τραχειοτομία και η πρόληψη των επιπλοκώνεπανένταξη των ασθενών με τραχειοσωλήνα, είτε αυτοί χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής είναι ιδιαίτερηκαι οργανώνεται από [ίατρο](https://reha-med.gr/to-iatreio/apokatastasi)με εμπειρία στην πρώιμη αποκατάσταση. Ο απογαλακτισμός από τον αναπνευστήρα και αργότερα από τοντραχειοσωλήνα γίνεται πρόγραμμα, απαιτεί καθημερινή κλινική ιατρική παρακολούθηση και στενή συνεργασία του φυσιάτρου με τους νοσηλευτές και τους λογοθεραπευτέςσίτιση από το στόμασε ασθενείς μεμε τραχειοτομία, χωρίς δυσφαγία, είναιδυνατή υπό προϋποθέσεις και χρειάζεται κατάλληλη εκπαίδευση. Ομιλία μπορεί να επιτευχθεί σε ορισμένους ασθενείς με τη χρήση βαλβίδων φώνησης και με την παρέμβαση του λογοθεραπευτή. Η ύπαρξη τραχειοτομίας δεν αποτελεί λόγο καθυστέρησης των θεραπειών ή καθήλωσης του ασθενούς στο κρεβάτι. [6]

**ΑΣΦΑΛΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ**

Η λειτουργία της κατάποσης σε ασθενείςμε τραχειοσωλήνα θα πρέπει να αναθεωρείται σε τακτική βάση από το φυσίατρο και τους λογοθεραπευτές. Μετά την αναπνευστική αποκατάσταση δυσφαγίας και τον κίνδυνο εισρόφησης είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν το πότε θα αφαιρεθεί ο τραχειοσωλήνας. Προϋποθέσεις για την ασφαλήαφαίρεση του τραχειοσωληνα είναι:

* Ο ασθενής αναπνέειμόνος του χωρίςμηχανική υποστηρη.
* Μπορεί να αποβάλει τις εκκρίσειςμόνος του μέσω του βήχα
* Έχει καλή καταποτικη λειτουργία.

Μετά την αφαίρεση του τραχειοσωλήνα η τραχειοστομία κλεινει αυτόματα μετά από κάποιες ώρες-ημέρες, αν η διάνοιξή της ήταν διατατική, ενώ θα χρειαστεί χειρουργική επέμβασηαν ήτανπλαστική τραχειοστομία.[6]

**ΔΙΑΙΤΑ (Σκευάσματα για εντερική σίτιση μέσω σωλήνα)**

Υπάρχουνσκευάσματα εντερικής σίτισης, τα οποία περιέχουν υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λιπίδια, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία σε διαφορετικές συγκεντρώσεις και συνδυασμούς, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες των ασθενών .Τα σκευάσματα αυτά συνήθως διακρίνονται σε:

* Πολυμερή τα οποια είναι σκευάσματα που τα θρεπτικά συστατικά είναι σε ακέραιη μορφή (π.χ. ολόκληρες πρωτεΐνες) και καλύπτουν τις ημερήσιες ανάγκες ενός ασθενούς .
* Μονομερή (στοιχειακά) – ολιγομερή (ημιστοιχειακά) Είναι σκευάσματα στα οποια τα θρεπτικά συστατικά είναι υδρολυμενα για την καλύτερη απορρόφηση από τον οργανισμό.
* Ειδικά για νοσήματα.Ειναι διαλυματα που καλύπτουνμεγάλοφάσμαασθενώνέχουνδιαφορετικήσύσταση για να καλύψουνιδιαίτερεςανάγκεςασθενών όπως ασθενείς με μεταβολικάνοσήματαδυσφαγία .σακχαρώδηςδιαβήτης και αλλά.
* Σκευάσματα με ρυθμιστικές ιδιότητες.Ειναι σκευάσματα μεμονωμένων θρεπτικών συστατικών τα όποια έχουν την ιδιότητα να προστίθενται μέσα σε κάποιο διάλυμα προκειμένου να το ενισχύσουν και να φτιάξουν ένα διάλυμα το οποίο θα προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες ενός ασθενή. αναμειχθούν διαφορετικά Το πλεονέκτημα των σκευασμάτων αυτών είναι ότι μπορεί να τροποποιηθώ ένα σκευασμα η μια πολτοποιημένη δίαιτα ως προς κάποιο συστατικό (π.χ. πρωτεΐνες), χωρίς, όμως, να επηρεάζει τα άλλα θρεπτικά συστατικά. Ενώ τα μειονεκτήματά τους είναι το υψηλό κόστος, τα πιθανά λάθη υπολογισμού της τελικής σύστασης του χορηγούμενου σκευάσματος και ο μεγάλος κίνδυνος επιμολύνσεων των διαλυμάτων.[7]

**ΔΙΑΙΤΑ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ(στοχοι)**

* Ενδεικνυόμενηπρόσληψητροφής για την διατήρηση η μείωσησωματικούβάρους.
* Προσαρμογήδιαιτολογίου αν υπάρχουν συνοδα νοσήματα.
* Την σωστήκατανομήγευμάτων κατά τη διάρκεια του 24ωρου σε ινσουιλοεξαρτώμενο.
* Δίαιταχαμηλούγλυκαμικούδείκτη.
* Ειδικόδιαιτολόγιο από διατροφολόγο για βελτίωση γλυκαιμικου δείκτη.
* Εντατικόσχήμαινσουλίνης.
* Σε ινσουλινοεξαρτωμενα άτομα η σταθερήπρόσληψη υδατανθρακων ποσοτικά και χρονικά καθώς και η ισορροπημένη διατροφή μειώνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμιας.[8]

**ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Σε διαβητικούςασθενείς θα πρέπει να καταγράφετε στο ιατρικό ιστορικό η ύπαρξηδιαβήτη και ο τυπος.(τυπου1 τύπου 2).Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμενης είναι αναγκαια.Συνισταται η χορήγησηινσουλίνης σε τιμήάνω τα 180mg/dL.Στόχος είναι η διατήρηση των τιμών της γλυκόζης στα 140mg/dL-180mg/dLσε κάποιουςασθενείς ο στόχος είναι χαμηλότερος.

Σε νοσηλευόμενους με καλήδιατροφήσυνίσταται η χορήγησηυποδόριαςβασικήςινσουλίνης και στις γευματικές ή και στις διορθωτικέςχορήγησηςταχείαςδράσηςανάλογα με τις διαιτητικέςοδηγίες και τον αριθμόγευμάτων.

Σε συνεχήεντερικήδιατροφή ,οι ημερήσιεςανάγκεςσυνίσταταικαλύπτονται από τη βασική ινσουλινοθεραπεια ενώ στη διακοπτόμενη να ακολουθουνται οι αρχές ενός εντατικού σχήματοςΘα πρέπει να καταγράφονται επεισόδια υπογλυκαιμίας υπργλυκαιμιαςκαι να λαμβάνονται μετρά αποφυγης.Οι οδηγίες εξόδου είναι απαραίτητες για κάθε διαβητικό. Οι συνθήκες νοσηλείας μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στη διαχείριση του διαβήτη, ενώ οι ανάγκες για ινσουλίνη και οι δόσεις ινσουλίνης κατά την έξοδο μπορεί να είναι διαφορετικές από εκείνες που χρειάζονταν στο σπίτι.Οποτε θα πρέπει να γίνεται αναπροσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος .Ο καλά ρυθμισμένος διαβητικός, κατά την έξοδό του θα πρέπει να ακολουθήσει την αντιδιαβητική αγωγή που ελάμβανε προ της νοσηλείας και να εκπαιδευθεί για την αποφυγή απορρύθμισης .[9]

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ(αντιαιμοπεταλιακή- αντιπηκτική αγωγή)**

Ασθενείς με ισχαιμικό (εγκατεστημένο ή παροδικό) εγκεφαλικό χωρίς κολπική μαρμαρυγή ή μεταλλική βαλβίδα ή άλλη ένδειξη για αντιπηκτική αγωγή πρέπει να λαμβάνουν αγωγή με αντιαιμοπεταλιακα για μακροχρόνια χορήγηση σε ασθενείς είναι η ασπιρίνη (50-325mg άπαξ ημερησίως), η ασπιρίνη σε συνδυασμό με διπυριδαμόλη (25mg και 200mg αντίστοιχα δις ημερησίως) η κλοπιδογρέλη (75mg άπαξ ημερησίως) και η τριφλουζάλη (600mg ημερησίως συνδυασμός ασπιρίνης με κλοπιδογρέλη αντενδείκνυται για μακροχρόνια χορήγηση σε ασθενείς με προηγούμενο ισχαιμικό (εγκατεστημένο ή παροδικό) εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ασθενείς με ισχαιμικό (εγκατεστημένο ή παροδικό) εγκεφαλικό και παροξυσμική, εμμένουσα ή χρόνια κολπική μαρμαρυγή πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή Η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή σε τέτοιουείδουςασθενείς είναι σαφώς υποδεέστερη της αντιπηκτικής αγωγής και πρέπει να μην προτιμάται έναντι της αντιπηκτικής Σε ασθενείς στους οποίους δεν δύναται να χορηγηθεί αντιπηκτική αγωγή, μπορεί να χορηγηθεί ασπιρίνη .Επίσηςσυστήνεται η χορήγηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους σε προφυλακτική δόση σε ασθενείς με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο οι οποίοι είναι κατακεκλιμένοι και στους οποίους το όφελος της μείωσης του κινδύνου θρομβοεμβολής ξεπερνά την αύξηση του κινδύνου αιμορραγίας.Ο συνδυασμός ασπιρίνης με κλοπιδογρέλη αντενδείκνυται για μακροχρόνια χορήγηση σε ασθενείς με προηγούμενο επεισόδιο.[10]

**ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αρχικάδίνεταισημασία στις αναπνευστικέςκινήσεις του ασθενή και στην εκπαίδευση του να αρχίσει να μπαίνει σε καθιστήθέση με ασκήσεις στο ημιπληγικόμέρος του σώματος ώστε να καθίσειμόνος του χωρίςβοήθεια και κατόπιν στην ενδυνάμωση του υγιούςμενουέτοπρόγραμμαπεριλαμβάνειασκήσεις του κάτωάκρου ώστε να να προετοιμαστεί το πάσχονκάτωάκρο να δεχθει το βάρος για βάδιση, ενώ οι ασκήσεις για το άνωάκροέχουν ως στόχο την ανύψωση του χωρίς πονο.Στη συνέχεια ακολουθουν ασκήσεις σε όρθιαθέση και στη συνέχειαεκπαιδεύεται στη βάδιση και σταδιακά στο ανέβασμακατέβασμα σκαλας.Θα πρέπει να λαμβάνετευπόψιντο στοιχείο της αδυναμίας του ασθενή για εξάντληση.[11]

**ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η έλλειψημνήμηςπροσανατολισμούαντίληψηςσκέψηςπροσοχής του ασθενήαποτελείσημαντικόστόχο του προγράμματοςαποκατάστασης.[11]

.

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Συνήθως υποβαθμίζεται η σημασία της διαταραχήςαυτήςεπειδή περισσότερο απασχολεί το γεγονόςτης επανόδουτης λειτουργικότητας του σώματος Η ιδιοδεκτικότητα μας δίνει πληροφορίες για τη θέση μελών του σώματος μας κατά την κίνηση.[11]

**ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Επικεντρώνεται στην αποκατάστασή του άνωάκρου. Αφορά κυρίωςστη κινητική εκπαίδευση και δίνει έμφαση και στις άλλες λειτουργίες (νοητικές, γνωστικές, αντιληπτικές, συναισθητικές) καθώςεπίσης στην αυτοεξυπηρέτηση, εργασία, σπίτι και οικογένεια, κοινωνικές επαφές και ελεύθερο χρόνο.[11]

**ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Βοηθά στην αποκατάσταση της επικοινωνίας και κατάποσης μετά από εγκεφαλικό. Η διάγνωση και η εφαρμογήπρογράψαντος για την αποκατάσταση των διαταραχών αυτών είναι βασικό συστατικό της θεραπείας.[11]

**ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η εγκεφαλική βλάβη µπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άλλες ψυχικέςνόσους. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος µπάρει να βελτιώσει τόσο την ψυχική κατάσταση του ασθενούςαλλά και την συνεργασία του στην αποκατάσταση για την επίτευξη του στοχου.Στη θεραπεία προταρχικορολο έχει η φαρμακευτικήαγώγιμο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται και να επιβραβεύεται για την προσπάθεια του γιατίυπάρχεικίνδυνοςαπόσυρσης του.Η ψυχολογικήυποστήριξη του οικογενειακούπεριβάλλοντοςπαίζεισημαντικόρόλο.[11]

**ΕΞΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

* Ο ασθενής εξέρχεται από το κέντροαποκατάστασης με οδηγίες .
* Φαρμακευτικήαγωγή .(Διαβητη,καρδιακη νοσο,υπερταση)
* Επανέλεγχο εργαστηριακών εξετάσεων (π.χ. σάκχαρο ,διαταραχές πήξης,MRSA)
* Επανεκτίμηση της κατάκλισης από χειρουργό.
* Συνέχιση της φυσιοθεραπείας λογοθεραπειας στο σπίτι.
* Επανεκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή από

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/mrsa.pdf>
2. <http://www.gnamfissas.gr/files/Katakliseis_Nosileutiki_Paremvasi.pdf>
3. <http://www.konstantopouleio.gr/images/files/diefnosyp/tomos%20b.pdf>
4. Καλφαρέντζος 2005, Shuster&Mancino 1994
5. <https://www.4ype.gr/uploads/e_paper/beltiosi/nos-prot/Ygieini_swmatos_varews_pasxontos_astheni.pdf>
6. <https://reha-med.gr/tracheostomie>
7. <https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/1950/1/02_chapter_12.pdf>
8. <https://ede.gr/wp-content/uploads/2012/odigies.pdf>
9. <https://www.bpath.gr/files/odigies.pdf>
10. <https://www.hellenicjcardiol.gr/UsersFiles/Documents/2017/1/PAGES.46_59.pdf>
11. <https://www.diaplasis.eu/a%CF%80%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%AC-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%B1%CE%B3%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CF%8C-%CE%B5%CE%B3%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1/>

* ψυχολόγο.
* Επανεκτίμηση της κινητικότητας και των γνωστικών διαταραχών του ασθενή εάν συνεχίζουν να υπάρχουν.

