

رویای نادری

چالش های پرستاری

سکته مغزی

در بخش های توانبخشی

بیانکا بیجک و جرارد ریبرس



چالش های پرستاری سکتة مغزی

در بخش های توانبخشی

توجه:

کتاب حاضر حاصل ترجمه رویا نادری، کارشناس ارشد توانبخشی می باشد. فایل کتاب حاوی اطلاعات **DRM** (مدیریت حقوق دیجیتال) است. وقتی برای اولین بار فایل را باز می کنید، کد شناسایی کتاب به همراه آدرس IP سیستم شما ذخیره شده و زمانیکه آنلاین شوید، به سرور انتشارات ترجمک انتقال می یابد.

خواهشمند است به حقوق نگارنده و انتشارات ترجمک احترام گذاشته و از توزیع بدون مجوز فایل کتاب اجتناب نمایید. شما با خرید و دانلود این کتاب موافقت نموده اید که اطلاعات فایل DRM به سرور انتشارات ترجمک انتقال یابد و در صورت محرز شدن نقض حقوق صاحب اثر، کلیه خسارات حاصله در طی فرآیند حقوقی و مطابق قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان و ناشران جمهوری اسلامی (مصوب دوازده اسفند ۱۳۶۵ یا بعد از آن) از شما دریافت شود.

از اینکه با عرضه مقرون به صرفه کتاب های الکترونیک و شکوفایی انتشارات



انتشارات ترجمک

چالش های پرستاری سگته مغزی در بخش های توانبخشی

بیانکا بیجک

جرارد ریبرس

ترجمه

رویانا ناری

کارشناس ارشد پرستاری توانبخشی



بهار ۱۴۰۰



سرشناسه	: بیوک، بیانکا -- Bianca ,Buijck
عنوان و نام پدیدآور	: چالش‌های پرستاری سکنه مغزی در بخش‌های توانبخشی / [ویراستاران] بیانکا بیجک، جرارد ریبرس؛ ترجمه رویا نادری.
مشخصات نشر	: همدان: ترجمک، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۱۹۵ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۹۸۰۲۱-۰-۶
یادداشت	: عنوان اصلی: The challenges of nursing stroke management in rehabilitation centres.
شناسه افزوده	: نادری، رویا، ۱۳۷۲-، مترجم
رده بندی کنگره	: RC۳۹۴
رده بندی دیویی	: ۸۱/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۵۷۴۱۴۳



شناسنامه کتاب

نام کتاب: چالش‌های پرستاری سکنه مغزی در بخش توانبخشی

نویسنده: بیانکا بیجک و جرارد ریبرس

گردآوری و ترجمه: رویا نادری - کارشناس ارشد پرستاری توانبخشی

ناشر: انتشارات ترجمک

صفحه آرایی: انتشارات ترجمک

طراحی جلد: محمدحسین گیوی

نوبت چاپ: چاپ اول، ۱۴۰۰

قیمت: ۱۵۸۰۰ تومان

چاپ: گروه نشر الکترونیک ترجمک

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۸۰۲۱-۰-۶

تلفن تماس: ۰۹۱۸۱۵۰۶۱۰۰

تارنمای اینترنتی: <https://tarjomac.com>

ISBN: 978-622-98021-0-6



9

پیشگفتار

پرستاران نقش خیلی مهمی در توانبخشی، آموزش، مشاوره، پیشگیری و مراقبت از بیماران مبتلا به حوادث عروقی مغزی (CVA) می‌باشند. در مراقبت از بیماران سکته مغزی، پرستاران به دانش و توانمندی‌هایی فراتر از دانش و تجربه نورولوژیک عمومی نیاز دارند. پرستاران لازم است که به شیوه‌ای کارآمد و اثربخش با اعضای تیم بین حرفه‌ای سازمان خود و همچنین بین سازمانی همکاری کنند. در این کتاب دانش تلفیقی از تمامی جنبه‌های مراقبت سکته مغزی و توانبخشی پس از سکته ارائه شده است و بنابراین برای پرستاران مراکز توانبخشی و تسهیلات پرستاری تخصصی خیلی ارزشمند است.

در کتاب چالش‌های پرستاری سکته مغزی در بخش توانبخشی، جنبه‌های طبی و علائم خاص سکته مغزی بحث شده است. علاوه بر آن محدودیت‌هایی که بیماران سکته مغزی تجربه می‌کنند و مداخلاتی که برای بهبود آنها اندیکاسیون دارد، آمده است. فازهای مختلف پس از سکته مغزی تبیین شده است. مثلاً بیمار ممکن است در فاز حاد در بیمارستان کدام مراقبت را دریافت کند و در فاز مزمن در منزل چه مراقبت‌هایی را دریافت می‌کند.

پرستاران با استفاده از کتاب چالش‌های پرستاری سکته مغزی در بخش توانبخشی می‌توانند دانش لازم در مورد درمان، اهمیت مشاهده و مراقبت از بیماران سکته مغزی را کسب کنند. علاوه بر این، اطلاعاتی در مورد مشکلات برقراری ارتباط و اختلالات بلعی پس از سکته مغزی ارائه شده است. مراقبت‌های پرستاری مرتبط با فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL)، بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع و مشکلات شانه و دست بحث شده است. مهارت‌های مورد نیاز برای انتقال و جابجایی بیماران به صورت تصویری ارائه شده است. همچنین به علائم عصبی روانشناختی مرتبط با سکته مغزی از قبیل اختلالات شناختی، کارکردی، عاطفی، احساسی و رفتاری پس از سکته مغزی پرداخته شده است.

کتاب چالش‌های پرستاری سکته مغزی در بخش توانبخشی مثال‌های اثربخش و کارآمدی در مورد کار با تیم‌های بین حرفه‌ای و خود بیماران ارائه کرده است و در پایان به سیستم مراقبت تلفیقی پرداخته است. این کتاب در ۱۶ فصل به بحث در مورد توانبخشی سکته مغزی پرداخته است و در پایان سرویس مراقبت تلفیقی سکته مغزی روتردام هلند را به عنوان یک نمونه موفق از درمان و نوتوانی بیماران سکته مغزی ارائه کرده است.

این کتاب راهنمای خوبی برای مراقبین رسمی بیماران سکته مغزی و از جمله پرستاران است. این کتاب ترجمه کتاب *The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centers* (۲۰۲۱)، نوشته بیانکا بیجک و جرارد ریبرس می باشد. مخاطبان این کتاب دانشجویان، دانش آموختگان، اساتید و صاحبان نظران رشته پرستاری و گرایش های آن می باشند. هرچند مطلب جامع و کامل بوده و دانشجویان سایر رشته های گروه علوم پزشکی نیز می توانند از آن بهره ببرند.

مطالب این کتاب جایگزین طرح معاینه، تشخیص یا درمان هیچ بیماری نیست. بیماران و افراد نیازمند مراقبت های توانبخشی بایستی توسط متخصصان امر معاینه و تحت درمان قرار گیرند؛ در این بین بایستی بررسی و شناخت منحصر به فرد هر بیمار با توجه به سن، وزن، جنس، وضعیت فعلی و تاریخچه قبلی، تاریخچه دارویی، نتایج آزمایشات و تست های تشخیصی و عوامل منحصر دیگر که مختص فرد بیمار است، انجام شود. ناشر یا مترجم در این کتاب هیچگونه توصیه پزشکی یا توانبخشی برای شخص خاص ارائه نکرده اند و این کتاب صرفاً یک مرجع علمی جامع است. متخصصان مراقبت بهداشتی و بیماران و نه ناشر یا مترجم مسئول رفتار و قضاوت خویش هستند.

رویا نادری

فهرست رئوس مطالب کتاب

عنوان	صفحه
فصل ۱- جنبه های طبی سکته مغزی.....	۱
فصل ۲- فاز حاد سکته مغزی.....	۱۹
فصل ۳- بهبودی پس از سکته مغزی.....	۳۱
فصل ۴- جو درمانی.....	۳۷
فصل ۵- همکاری بین حرفه ای.....	۴۵
فصل ۶- مهارت ها.....	۵۳
فصل ۷- اختلالات بلعی.....	۷۱
فصل ۸- اختلالات برقراری ارتباط.....	۷۹
فصل ۹- فعالیت های زندگی روزمره (ADL).....	۹۱
فصل ۱۰- بی اختیاری ادرار پس از سکته مغزی.....	۱۰۳
فصل ۱۱- نمای شانه و دست به علت همی پلژی.....	۱۰۹
فصل ۱۲- شناخت، عاطفه و رفتار.....	۱۱۹
فصل ۱۳- علائم عصبی روانی پس از سکته مغزی.....	۱۲۷
فصل ۱۴- مراقبت فاز مزمن: مراقبت در منزل.....	۱۳۵
فصل ۱۵- مسیر مراقبت تلفیقی پس از سکته مغزی.....	۱۴۵
فصل ۱۶- دوره آموزشی سرویس سکته مغزی روتردام.....	۱۵۹

فهرست مندرجات کتاب

- منابع فصل ۱۷
- فصل ۲- فاز حاد سکته مغزی ۱۹**
- ۱-۲ مقدمه ۲۰
- ۲-۲ پذیرش در بیمارستان ۲۰
- ۳-۲ سه فاز پس از سکته مغزی ۲۰
- ۴-۲ پرستار مراقبت سکته ۲۱
- ۵-۲ بخش مراقبت سکته بیمارستان ۲۲
- ۶-۲ مقیاس کمای گلاسکو و مقیاس سکته موسسه ملی سلامت ۲۲
- ۷-۲ شروع فاز توانبخشی ۲۳
- ۸-۲ پیشگیری ۲۵
- ۹-۲ ۱-۷ داروها ۲۵
- ۱۰-۲ ۲-۷ ریسک فاکتورها ۲۵
- ۱۱-۲ ۳-۷ سبک زندگی ۲۶
- ۱۲-۲ ۹-۲ سازگاری با عواقب سکته مغزی ۲۷
- ۱۳-۲ ۱۰-۲ مراقبت پیگیری سرپایی ۲۹
- منابع مورد استفاده ۳۰
- منابع پیشنهادی ۳۰
- فصل ۳- بهبودی پس از سکته مغزی ۳۱**
- ۱-۳ مقدمه ۳۲
- ۲-۳ ریکاوری ۳۳
- ۳-۳ ریکاوری و نورویلاستیسیتی (انعطاف عصبی) ۳۴
- ۴-۳ اصول توانبخشی ۳۵
- منابع فصل ۳۶
- فصل ۴- جو درمانی ۳۷**
- ۱-۴ مقدمه ۳۸
- ۲-۴ شدت بالاتر درمان: توانبخشی طبی برای سالمندان ۳۸
- ۳-۴ ترکیب GRC و MSR در خانه سالمندان ۳۸
- ۴-۴ تفکر به احتمالات ۳۹
- ۵-۴ جو درمانی توانبخشی ۳۹
- ۶-۴ نتایج سکته در توانبخشی ۴۰
- ۷-۴ پرستاران در توانبخشی ۴۰
- ۸-۴ تمرین کردن با بیماران ۴۰
- ۹-۴ پیشرفت هایی که در توانبخشی نقش دارند ۴۱
- فصل ۱- جنبه های طبی سکته مغزی ۱**
- ۱-۱ مقدمه ۲
- ۲-۱ خونرسانی مغزی ۲
- ۳-۱ اپیدمیولوژی سکته ۲
- ۴-۱ انفارکتوس مغزی ۴
- ۱-۴-۱ آناتومی و عملکرد ۴
- ۲-۴-۱ علائم سکته ۵
- ۱-۴-۲ ۱-۲ فلج دست یا پا ۶
- ۲-۴-۲ ۲-۲ فلج صورت ۶
- ۳-۴-۲ ۳-۲ اختلالات حسی ۶
- ۴-۴-۲ ۴-۲ غفلت ۶
- ۵-۴-۲ ۵-۲ آفازی ۶
- ۶-۴-۲ ۶-۲ دیسارتری ۷
- ۷-۴-۲ ۷-۲ اختلالات میدان بینایی ۷
- ۸-۴-۲ ۸-۲ آتاکسی ۷
- ۹-۴-۲ ۹-۲ آپراکسی ۷
- ۱۰-۴-۲ ۱۰-۲ آپراکسی لباس پوشیدن ۷
- ۱-۴-۳ ۳-۴-۱ علل انفارکتوس مغزی ۸
- ۲-۴-۳ ۱-۳-۴-۱ تصلب شرائین (آترواسکلروز) ۸
- ۳-۴-۳ ۲-۳-۴-۱ فیبریلاسیون دهلیزی ۸
- ۴-۴-۳ ۳-۳-۴-۱ جداشدگی دیواره شریان ۹
- ۵-۴-۳ ۵-۱ خونریزی مغزی ۹
- ۱-۵-۳ ۱-۵-۱ علل و ریسک فاکتورهای خونریزی مغزی ۱۰
- ۶-۴-۳ ۶-۱ سایر علل کمتر شایع سکته ۱۱
- ۱-۶-۳ ۱-۶-۱ خونریزی تحت عنکبوتیه ۱۱
- ۲-۶-۳ ۲-۶-۱ ترومبوز سینوسی وریدها ۱۱
- ۷-۴-۳ ۷-۱ تشخیص و درمان سکته ۱۱
- ۱-۷-۳ ۱-۷-۱ درمان اختصاصی ۱۱
- ۲-۷-۳ ۲-۷-۱ درمان انفارکتوس مغزی ۱۲
- ۳-۷-۳ ۳-۷-۱ خونریزی مغزی ۱۳
- ۴-۷-۳ ۴-۷-۱ خونریزی تحت عنکبوتیه (SAH) ۱۳
- ۵-۷-۳ ۵-۷-۱ ترومبوز سینوسی وریدی ۱۴
- ۶-۷-۳ ۶-۷-۱ درمان عمومی ۱۴
- ۸-۷-۳ ۸-۱ ریسک فاکتورها ۱۴
- ۹-۷-۳ ۹-۱ پیشگیری از سکته مغزی ۱۵

۴-۱۰ اجرای جو درمانی ۴۱

منابع فصل ۴۳

فصل ۵- همکاری بین حرفه ای ۴۵

۱-۵ مقدمه ۴۶

۲-۵ همکاری بین حرفه ای ۴۶

۳-۵ تیم بین حرفه ای ۴۷

۴-۵ توانبخشی عرضه شده توسط تیم بین حرفه ای ۴۸

۵-۵ مناسبت توانبخشی برای عملکرد روزمره ۴۹

۱-۵-۵ مثال ۴۹

۶-۵ عواملی که ممکن است روی توانبخشی تاثیر بگذارند ۵۰

منابع فصل ۵۱

فصل ۶- مهارت ها ۵۳

۱-۶ مقدمه ۵۴

۲-۶ اقدامات آماده سازی ۵۴

۱-۲-۶ پایش شانه ۵۴

۲-۲-۶ کار کردن ایمن با دست و بازو ۵۵

۳-۶ انتقال در حالت دراز کش ۵۶

۱-۳-۶ حرکت دادن باسن در وضعیت طاقباز ۵۶

۲-۳-۶ حرکت دادن شانه در وضعیت طاقباز با بلند کردن سر ۵۷

۳-۳-۶ چرخیدن از وضعیت طاقباز به وضعیت پهلو ۵۷

۴-۳-۶ حرکت باسن به وضعیت به پهلو و شانه به وضعیت پهلو ۵۹

۴-۶ وضعیت قرارگیری (پوزیشن) تخت ۵۹

۱-۴-۶ دراز کشیدن روی سمت مبتلا ۵۹

۲-۴-۶ دراز کشیدن روی سمت سالم و خوابیدن به پشت ۶۰

۵-۶ انتقال از خوابیده به نشسته / نشسته به خوابیده ۶۰

۱-۵-۶ انتقال از وضعیت خوابیده به نشسته ۶۰

۲-۵-۶ انتقال از پوزیشن نشسته به خوابیده ۶۲

۶-۶ نشستن ۶۲

۱-۶-۶ پوزیشن نشسته ۶۲

۲-۶-۶ حرکت دادن باسن در وضعیت نشسته ۶۳

۷-۶ انتقال از تخت به صندلی ۶۳

۱-۷-۶ حرکت از تخت به صندلی با عملکرد کاهش یافته تنه ۶۳

۲-۷-۶ حرکت از تخت به صندلی با کارکرد منطقی تنه ۶۴

۲-۷-۶ حرکت از تخت به صندلی با کارکرد خوب تنه (سه گونه) ۶۴

۸-۶ تصحیح وضعیت نشسته در صندلی (ویلچر) ۶۶

۹-۶ بلند شدن از زمین (کف) ۶۷

منابع فصل ۶۹

فصل ۷- اختلالات بلعی ۷۱

۱-۷ مقدمه ۷۲

۲-۷ فرآیند بلعیدن ۷۲

۲-۲-۷ فاز آماده سازی دهانی ۷۲

۲-۲-۷ فاز انتقال دهانی ۷۳

۲-۲-۷ فاز حلقی ۷۳

۲-۲-۷ فاز مروی ۷۳

۳-۷ علت وقوع مشکلات بلعی ۷۴

۱-۳-۷ سن ۷۴

۲-۳-۷ اختلالات نورولوژیک ۷۴

۳-۳-۷ داروها ۷۴

۴-۷ شناسایی اختلالات بلع ۷۴

۵-۷ مسئولیت های پرستار ۷۶

۱-۵-۷ رفع خفگی ۷۶

۶-۷ درمان اختلالات بلعی در بیماران سکنه مغزی ۷۸

منابع فصل ۷۸

فصل ۸- اختلالات برقراری ارتباط ۷۹

۱-۸ مقدمه ۸۰

۲-۸ فرآیند برقراری ارتباط ۸۰

۱-۲-۸ ارتباط چیست؟ ۸۰

۲-۲-۸ قواعد مکالمه ۸۱

۳-۸ اختلالات ارتباطی پس از سکنه مغزی ۸۲

۱-۳-۸ آفازی ۸۲

۲-۳-۸ توصیه ارتباطی در موارد آفازی ۸۴

۴-۸ اختلال برقراری ارتباط شناختی ۸۵

۱-۴-۸ عملکرد نیمکره راست مغز ۸۵

۲-۴-۸ عواقب سکنه نیمه راست مغز از نظر برقراری ارتباط ۸۶

۱- تفسیر سطحی اطلاعات، عدم درک کنایه و استعاره ها ۸۶

۲- مشکل در استفاده یا درک لحن و حالات کلام ۸۶

۳- مشکل شناخت ارتباط غیر کلامی ۸۷

۴- مشکل در ساختاردهی به اطلاعات ۸۷

۵- در نظر نگرفتن موقعیت و احساسات طرف مقابل مکالمه ۸۷

۵-۸ دیزآرتری ۸۷

۱-۵-۸ علل و ویژگی های دیزآرتری ۸۸

۲-۵-۸ برقراری ارتباط با فرد مبتلا به دیزآرتری ۸۹

نتیجه گیری ۸۹

فهرست منابع فصل ۹۰

فصل ۹- فعالیت های زندگی روزمره (ADL) ۹۱

- ۱-۹ مقدمه ۹۲
 - ۲-۹ تعلیم ADL به بیماران سکنه مغزی ۹۲
 - ۳-۹ توانبخشی یادگیری اثربخش است ۹۳
 - ۴-۹ شستشو ۹۴
 - ۱-۴-۹ دست سالم ۹۶
 - ۲-۴-۹ خشک کردن ۹۶
 - ۳-۴-۹ دوش گرفتن ۹۶
 - ۴-۴-۹ شوی کردن ۹۶
 - ۵-۴-۹ بهداشت دهان و دندان ۹۶
 - ۵-۹ لباس پوشیدن ۹۶
 - ۱-۵-۹ نگرش شروعی ۹۶
 - ۲-۵-۹ کمک / راهنمایی / آموزش ۹۷
 - ۳-۵-۹ درگیر کردن سمت مبتلا ۹۷
 - ۴-۵-۹ لباس پوشیدن به ترتیب ثابت و مشخص ۹۷
 - ۵-۵-۹ تمرین گام به گام ۹۷
 - ۶-۵-۹ مراقبت کردن ۹۷
 - ۶-۹ نکات قابل توجه زمان شستشو و لباس پوشیدن بیمار دچار عدم تعادل ۹۸
 - ۷-۹ نکات قابل توجه شستشو و لباس پوشیدن بیمار دارای تعادل منطقی ۹۹
 - ۸-۹ نکات قابل توجه زمان شستشو و لباس پوشیدن بیمار دارای تعادل کافی ۹۹
 - ۵-۹ اندازه گیری دانستن است: کلینومتری در ADL ۱۰۰
 - منابع فصل ۱۰۲
- ## فصل ۱۰- بی اختیاری ادرار پس از سکنه مغزی ۱۰۳
- ۱-۱۰ مقدمه ۱۰۴
 - ۲-۱۰ نقش پرستار ۱۰۴
 - ۳-۱۰ انواع مختلف بی اختیاری ۱۰۴
 - ۴-۱۰ سیگنال دهی بجای ثبت کردن ۱۰۵
 - ۱-۴-۱۰ حمایت در استفاده از توالت ۱۰۵
 - ۵-۱۰ مشکلات شایع ۱۰۶
 - ۶-۱۰ نکات عملی در محدود کردن بی اختیاری کارکردی ۱۰۷
 - ۷-۱۰ انتقال اطلاعات به اعضای تیم ۱۰۷
 - منابع فصل ۱۰۷

فصل ۱۱- نمای شانه و دست به علت همی پلژی ۱۰۹

- ۱-۱۱ مقدمه ۱۱۰
 - ۲-۱۱ درد شانه ۱۱۰
 - ۳-۱۱ آناتومی شانه ۱۱۱
 - ۴-۱۱ علل درد شانه ۱۱۲
 - ۵-۱۱ در رفتگی شانه ۱۱۳
 - ۱-۵-۱۱ پیشگیری و درمان در رفتگی شانه ۱۱۳
 - ۶-۱۱ درد شانه ۱۱۴
 - ۱-۶-۱۱ حرکات شانه سالم ۱۱۴
 - ۲-۶-۱۱ حرکات ناسالم شانه ۱۱۴
 - ۳-۶-۱۱ پیشگیری و درمان درد شانه ۱۱۵
 - ۷-۱۱ ادم دست ۱۱۶
 - مرحله اول ۱۱۶
 - مرحله دوم ۱۱۶
 - مرحله سوم ۱۱۶
 - ۱-۷-۱۱ علل ادم دست ۱۱۶
 - فلکسیون پالمار (خم شدن کف دست به داخل) ۱۱۷
 - فلکسیون دورسال (خم شدن دست به پشت) ۱۱۷
 - آسیب سبک ۱۱۷
 - ۲-۷-۱۱ پیشگیری و درمان ادم دست ۱۱۷
 - منابع فصل ۱۱۸
- ## فصل ۱۲- شناخت، عاطفه و رفتار ۱۱۹
- ۱-۱۲ مقدمه ۱۲۰
 - ۲-۱۲ اختلالات شناختی ۱۲۰
 - مثال عملی ۱۲۱
 - ۱-۲-۱۲ اختلالات شناختی چیست؟ ۱۲۳
 - ۳-۱۲ اختلال عاطفه و رفتار ۱۲۳
 - ۴-۱۲ تغییرات شناختی در سالمندان ۱۲۴
 - ۵-۱۲ اطلاعاتی در مورد اختلال شناخت، عاطفه و رفتار ۱۲۵
 - ۶-۱۲ تحقیق و درمان اختلالات شناختی، عاطفه و رفتاری ۱۲۵
 - ۱- بهبودی کارکردی ۱۲۵
 - ۲- تعلیم استراتژی (جبران داخلی) ۱۲۵
 - ۳- تطبیق محیط (جبران خارجی) ۱۲۶
 - منابع فصل ۱۲۶

فصل ۱۳- علائم عصبی روانی پس از سکته مغزی ۱۲۷

۱-۱۳ مقدمه ۱۲۸

۲-۱۳ شیوع NPS ۱۲۸

۳-۱۳ علل NPS ۱۲۹

۴-۱۳ مقیاس عصبی روانی ۱۲۹

۵-۱۳ شناسایی علائم عصبی روانی ۱۳۰

۶-۱۳ رواندرمانی ۱۳۱

منابع فصل ۱۳۲

فصل ۱۴- مراقبت فاز مزمن: مراقبت در منزل ۱۳۵

۱-۱۴ مقدمه ۱۳۶

۲-۱۴ مراقبت در فاز مزمن ۱۳۶

۳-۱۴ عواقب سکته مغزی بیمار در موقعیت منزل ۱۳۶

۱-۳-۱۴ مشکلات سلامتی در ADL ۱۳۷

۲-۳-۱۴ مشکلات سلامتی در حیطه عملکرد روانی، احساسی،

عاطفی و شناختی ۱۳۷

۳-۳-۱۴ مشکلات سلامتی حوزه عملکرد اجتماعی و روابط ۱۳۸

۴-۳-۱۴ راهنمایی، درمان و مراقبت در منزل ۱۳۹

۵-۳-۱۴ توصیه و اطلاعات ۱۴۰

۶-۳-۱۴ حرفه‌های درگیر ۱۴۰

منابع فصل ۱۴۲

فصل ۱۵- مسیر مراقبت تلفیقی پس از سکته مغزی ۱۴۵

۱-۱۵ مقدمه ۱۴۶

۲-۱۵ مراقبت از بیماران سکته مغزی در فازهای مختلف ۱۴۶

۱-۲-۱۵ فاز حاد در بیمارستان ۱۴۷

۲-۲-۱۵ فاز توانبخشی در تسهیلات توانبخشی ۱۴۷

۳-۲-۱۵ فاز مزمن در جامعه ۱۴۷

۳-۱۵ مسیرهای پس از سکته ۱۴۸

۴-۱۵ مراقبت تلفیقی ۱۴۸

۱-۴-۱۵ مراقبت تلفیقی چیست؟ ۱۴۹

۲-۴-۱۵ شبکه‌های تلفیقی مراقبت ۱۴۹

۵-۱۵ مدل تکاملی مراقبت تلفیقی ۱۵۰

مدل تکامل مراقبت تلفیقی ۱۵۱

فازهای تکاملی مراقبت تلفیقی ۱۵۲

۶-۱۵ مراقبت تلفیقی چگونه برآیندها را بهبود می‌بخشد؟ ۱۵۳

۷-۱۵ سازمان یک سیستم مراقبت تلفیقی/شبکه تلفیقی از ارائه

کنندگان مراقبت ۱۵۴

۸-۱۵ یک مثال از سیستم مراقبت تلفیقی: سرویس سکته مغزی

روتردام ۱۵۵

۹-۱۵ شبکه دانش سکته مغزی هلند ۱۵۷

منابع فصل ۱۵۷

فصل ۱۶- دوره آموزشی سرویس سکته مغزی روتردام ۱۵۹

۱-۱۶ مقدمه ۱۶۰

۲-۱۶ پروفایل صلاحیت: هرم میلر ۱۶۰

۳-۱۶ صلاحیت‌های محوری ۱۶۱

صلاحیت محوری ۱: دانش و مهارت تخصصی سکته مغزی ۱۶۱

صلاحیت محوری ۱ ۱۶۲

صلاحیت محوری ۲: همکاری ۱۶۵

صلاحیت محوری ۲ ۱۶۶

صلاحیت محوری ۳: حرفه‌ای بودن ۱۶۷

صلاحیت محوری ۳ ۱۶۷

۴-۱۶ تکلیف پایانی ۱۶۸

۵-۱۶ تکلیف پایانی عینی ۱۶۸

۶-۱۶ انتخاب مضمون ۱۶۹

۷-۱۶ تعداد شرکت کنندگان ۱۶۹

۸-۱۶ راهنمایی و بررسی و شناخت ۱۶۹

۹-۱۶ ساختار گزارش ۱۷۰

۱۶-۹-۱۶ مقدمه ۱۷۰

۱۶-۹-۲ خلاصه ۱۷۰

۱۶-۹-۳ فصل ۱: زمینه ۱۷۱

۱۶-۹-۱-۳ تعریف (بیان) مسئله ۱۷۱

۱۶-۹-۳-۲ اهداف ۱۷۱

۱۶-۹-۳-۳ سئوالات تحقیق ۱۷۱

۱۶-۹-۴ فصل ۲: روش کار ۱۷۱

۱۶-۹-۵ فصل ۳: یافته‌ها ۱۷۲

۱۶-۹-۶ فصل ۴: بحث یافته‌ها ۱۷۲

۱۶-۹-۷ فصل ۵: نتیجه‌گیری و پیشنهادات ۱۷۳

۱۶-۹-۷-۱ نتیجه‌گیری ۱۷۳

۱۶-۹-۷-۲ پیشنهادات ۱۷۳

۱۶-۹-۸ منابع ۱۷۳

۱۶-۹-۹ پیوست‌ها ۱۷۳

۱۶-۱۰ ارائه ۱۷۴

چند نکته برای ارائه بهتر ۱۷۴

منابع فصل ۱۷۵

فصل ۱

جنبه های طبی سکته مغزی

دی. دیپلو. دیپل و ان. ای. لیکافه

چکیده

در این بخش سکته و خونریزی مغزی بحث می شود. علائم سکته و خونریزی مغزی ممکن است مشابه باشد، اما یک تفاوت مهم و اساسی آنها در درمان حاد و پیشگیری از سکته دوم است. در این فصل علائم و پدیده سکته، تاثیر آن بر زندگی روزمره بیماران، حتی خیلی بعد از وقوع سکته بحث می شود. پیشگیری از سکته بعدی در افرادی که یکبار سکته کرده اند، خیلی مهم است. سکته دوم اغلب موجب محدودیت ها و مشکلات بیشتر شده و کیفیت زندگی بیمار را خیلی بیشتر کاهش می دهد. در ادامه فصل اقدامات پیشگیری از قبیل فعالیت جسمی، ترک سیگار و بخصوص تبعیت از رژیم دارویی معرفی خواهد شد که می تواند به پیشگیری از سکته جدید کمک کند.

واژه های کلیدی

سکته، علائم سکته، علل سکته، درمان سکته، پیشگیری از سکته

۱-۱ مقدمه

در این فصل دو نوع سکنه بحث خواهد شد: انفارکتوس مغزی^۱ و خونریزی مغزی^۲. هر دوی این بیماری ها را می توان به اختلال حاد خونرسانی مغزی نسبت داد. علائم سکنه مغزی و خونریزی مغزی مشابه است. برای نمونه، در مرحله مزمن بیماری نمی توان بیماران مبتلا به سکنه مغزی و مبتلایان خونریزی مغزی را از همدیگر افتراق داد. اما در مرحله حاد بیماری تفاوت هایی وجود دارد که مستقیماً بخاطر مکانیسم پاتوفیزیولوژیک منجر به بیماری است؛ از قبیل لخته خون در مقابل پاره شدن عروق خونی. تفاوت مهم و اصلی این دو بیماری در درمان حاد و پیشگیری از سکنه دوم است.

در اینجا به علائم و پدیده سکنه^۳ پرداخته، تاثیر آن بر زندگی روزمره بیماران را حتی پس از گذر زمان زیاد از بیماری، بحث خواهیم کرد. پیشگیری از سکنه دوم در کسانی که سکنه اول را تجربه کرده اند بسیار حیاتی است. سکنه دوم اغلب با ناتوانی و معلولیت شدیدتر همراه بوده و کیفیت زندگی بیمار را هر چه بیشتر کاهش می دهد. در ادامه اقدامات پیشگیری از قبیل فعالیت جسمی و ورزش، ترک سیگار، تبعیت از رژیم دارویی و سایر اقدامات پیشگیری از سکنه جدید بحث خواهد شد.

۲-۱ خونرسانی مغزی

مغز به خون زیادی نیاز دارد، گرچه در مجموع ۲ درصد وزن بدن را تشکیل می دهد، اما حدود ۲۰٪ از جریان خون بدن به مغز رسیده و بیشتر از همه ارگان های بدن انرژی مصرف می کند. زیرا مغز دائماً فعال است. بشر هم فکر می کند و هم رویا می بیند، اما مغز بطور پیوسته در حال پردازش مشاهدات (تصویر، صدا، حس لمس، مزه، بو)، کنترل حرکات و تعادل بدن است. همه فرآیندهای ناخودآگاه نیز توسط مغز هماهنگ می شود. اینکار مستلزم انرژی و گلوکز زیادی است. گلوکز قندی است که در مغز توسط سلول های مغزی به انرژی تبدیل می شود. اکسیژن و گلوکز از طریق شریان ها به مغز رسانده می شود. برای رسیدن خون و مواد مغذی به مغز، عروق خونی در سراسر مغز توزیع شده است.

چهار شریان مستقیماً به مغز خونرسانی می کنند. شریان های خونرسانی به مغز شامل شریان های کاروتید و شریان های مهره ای است که ابتدا به هم جوش خورده و شریان بازیلاری را تشکیل می دهند (شکل ۱-۱۱ را ببینید). در مغز این شریان ها منشعب شده و نهایتاً شبکه پیچیده ای از مویرگ ها را تشکیل می دهند، جایی که اکسیژن و گلوکز در سلول های مغزی آزاد می شود (شکل ۱-۱۱). سپس خون توسط شبکه بزرگتری از عروق وریدی خارج شده و از طریق وریدهای گردن به قلب بر می گردد.

۳-۱ اپیدمیولوژی سکنه

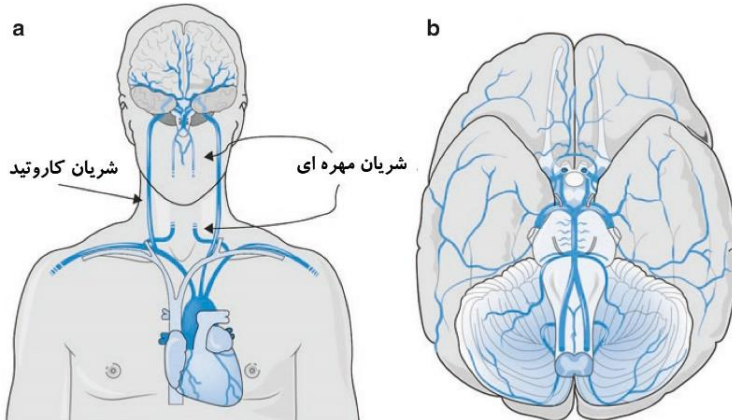
سکنه یکی از مهمترین علل مرگ و میر و مهمترین علت وابستگی اکتسابی و معلولیت در ایالات متحده و اروپا است. معمولاً از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت جهان، سالانه ۳-۱ نفر دچار سکنه می شوند. این بدین معنی است که کشوری مثل هلند

¹ Cerebral Infarction

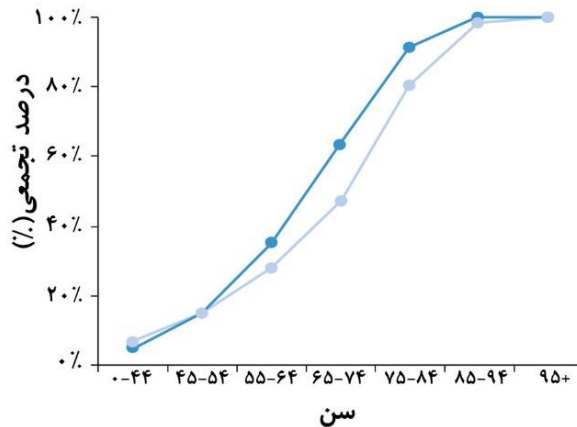
² Cerebral Hemorrhage

³ Stroke

که دارای ۱۷ میلیون سکنه است، سالانه متجاوز از ۳۰ هزار نفر به علت سکتة مغزی در بیمارستان پذیرش می شود. سالانه بیش از ۶۰۰ هزار نفر در ایالات متحده دچار سکتة می شوند. همین عدد در مورد اروپا مصداق دارد. حدود ۸۰ درصد این موارد بیماری به علت سکتة ایسکمیک یا انفارکتوس مغزی است. افراد سالمند در خطر بالاتر ابتلا به بیماری هستند. میانگین سن وقوع سکتة بالای ۷۰ سال است. اما این تنها بیماری سالمندان نیست. بیش از سه تا از هر ده بیمار سکتة ای زیر ۶۰ سال سن دارند (شکل ۱-۲) (Heuschmann, Di Carlo et al. 2009, Mozaffarian, Benjamin et al. 2016). سکتة بخاطر مراقبت زیادی که نیاز دارد، یکی از گرانترین بیماری های جهان است. بیشتر هزینه یک بیمار سکتة ای مربوط به مراقبت بلند مدتی است که بخاطر ناتوانی در ادامه زندگی مستقل نیاز دارد.



شکل ۱-۱ (a) خونرسانی مغز (آبی روشن = خون کم اکسیژن؛ آبی تیره = خون سرشار از اکسیژن). (b) نمای تحتانی مغز، از شریان های کاروتید و مهره ای شاخه های منشعب شده و خون اکسیژنه را به مغز می رسانند.



شکل ۱-۲ توزیع فراوانی سن افراد مبتلا به سکتة در جهان (آبی روشن: زنان؛ آبی تیره: مردان)

۱-۴-۱ انفارکتوس مغزی

اگر در شریان های تغذیه کننده مغز انسدادی رخ دهد، موجب نارسایی خونرسانی بخش خاصی از مغز می شود. سلول های بافت مغزی که دچار کمبود خونرسانی است در طی چند دقیقه می میرند. زیرا سلول های مغزی مدت کوتاهی می توانند بدون اکسیژن و گلوکز زنده بمانند. نتیجه این پروسه انفارکتوس یا سکنه مغزی است.

۱-۴-۱-۱ آناتومی و عملکرد

انفارکتوس مغزی بطور ناگهانی ظاهر می شود. با قطع خونرسانی به بخشی از مغز، عملکرد سلول های آن بخش از مغز بلافاصله متوقف می شود. مغز همانند هر بخش دیگری از بدن از دو نیمه تقریباً قرینه تشکیل شده است که شامل مخچه و ساقه مغز نیز می باشد. مغز از مغز پیشین و مغز خلفی یا پسین تشکیل شده است.

در مغز پیشین^۱ (شکل ۳-۱)، نیمه چپ مغز سمت راست بدن را کنترل می کند و نیمه راست مغز سمت چپ بدن را کنترل می کند. ضایعه نیمه راست مغز موجب فلج یا اختلال حسی نیمه چپ بدن می شود. در مواردی که ضایعه در نیمه چپ مغز رخ می دهد، این مسئله برعکس است و سمت راست دچار فلج یا نقص می شود. ضایعه قشر بینایی راست در مغز خلفی موجب از دست رفتن دید یا دیدن تصاویر مخدوش در سمت چپ می شود. مغز پیشین عمدتاً توسط شریان های کاروتید و شاخه های آن تغذیه می شود.

مغز خلفی یا پسین^۲ از ساقه مغز و مخچه تشکیل شده است. ساقه مغز مخچه را به مغز پیشین و نخاع متصل می کند. ساقه مغز علاوه بر کارکردهای دیگر، میزبان هسته نرون هایی است که پایانه های عصبی را به عضلات چشم، صورت، زبان و حلق متصل می کند. ساقه مغز همچنین حاوی مراکز تنفس و بیدار بودن است. ضایعات ساقه مغز ممکن است بنابراین به ضعف دستان و پاها، مشکلات چشمی و بلع، از دست رفتن نیروی محرک تنفسی و گاهی اوقات حتی سطح هوشیاری شود. خوشبختانه انفارکتوس این ناحیه خیلی شایع نیست.

مخچه مسئول هماهنگی حرکات و یکنواخت و روان بودن حرکات است. ضایعات مخچه عمدتاً موجب مشکلات هماهنگی و تعادل می شود. ضایعه مخچه ممکن است به صورت شکست در شروع یا کند کردن حرکت خود را نشان دهد و موجب لیز خوردن شخص یا برخورد به اشیا شود. این مشکل را دیسمتری^۳ می نامند. مثال دیگر آن از دست دادن روانی حرکات است که به آن آتاکسی^۴ می گویند. ضایعات نیمه راست مخچه موجب علائمی در سمت راست بدن می شوند.

مخچه همیاری ویژه ای با سیستم دهلیزی گوش و چشمان دارد. وقفه این همیاری منجر به حرکات پاندولی چشمان می شود که نیستاگموس^۵ اطلاق می شود. وقتی بخشی از مخچه نارسا شود، بیمار اغلب از سرگیجه مرضی^۶ (سرگیجه چرخشی) رنج می برد و تمایل به سقوط و افتادن دارد.

¹ Forebrain

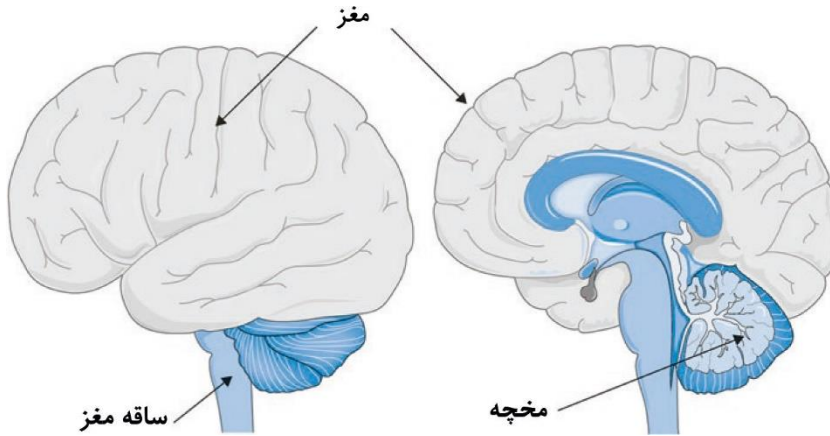
² Hindbrain

³ Dysmetria

⁴ Ataxia

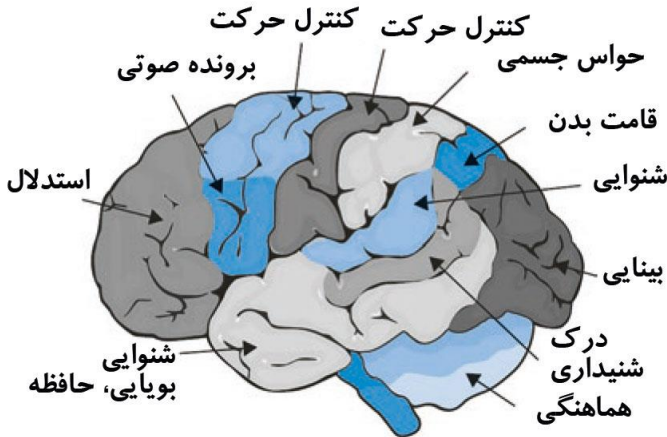
⁵ Nystagmus

⁶ Vertigo



شکل ۱-۳ مغز

مغز پسین عمدتاً توسط شریان های مهره ای خونرسانی می شوند که به شریان بازیلار و شاخه های آن وصل می شوند. در شکل ۱-۴ مرور عمومی بر کارکردهای مختل شده در اختلال یا ضایعه بخش های خاص مغز ترسیم شده است.



شکل ۱-۴ موضع کارکردهای نیمه چپ مغز و مخچه

۱-۴-۲ علائم سکتة

زمانی که سکتة رخ می دهد، مردم اغلب متوجه نمی شوند که چه اتفاقی افتاده است. این تا حدودی بخاطر این مسئله است که مرکز کنترل هوشیاری از بخش های بدن یا کارکردهای بدن در مغز نیز همزمان دچار وقفه شده و کارکرد مناسب آن متوقف می شود. بنابراین بیمار مبتلا به فلج دست ممکن است باور داشته باشد که اتفاقی نیفتاده است. این یکی از دلایلی است که مبتلایان سکتة دیرتر به دنبال درمان رفته و درخواست کمک می کنند. در ادامه علائم سکتة بحث خواهد شد.

۱-۲-۴-۱ فلج دست یا پا

اغلب اوقات قدرت عضلانی در دست یا پای فلج بالا است، بخصوص عضلاتی که دست را خم کرده و عضلاتی که به صاف کردن پا کمک می کنند. با گذر چند هفته این مقاومت آشکار ممکن است بدتر شود. به این وضعیت اسپاسم بازتابی اطلاق می شود. گرچه قدرت عضلانی ممکن است وجود داشته باشد، اما عملکرد آن ضعیف بوده یا حتی ممکن است عملکردی نداشته باشد. بخصوص حرکات ارادی و ظریف مختل می شوند. این یعنی شخص ممکن است بتواند ساک خرید را دور دستش بیاندازد اما نمی تواند دکمه گوشی تلفن خود را بزند و تلفن را جواب دهد.

۲-۲-۴-۱ فلج صورت

معمولا فلج صورت در عضلات یک طرف دهان رخ می دهد. گوشه دهان سمت مبتلا پایین تر قرار می گیرد. گاهی اوقات عضلات در طی عواطف و هیجانات خاصی منقبض می شوند، اما این حرکات غیر ارادی هستند. این نشانگر آن است که سیستم حرکات ارادی غالب درگیر شده است.

۳-۲-۴-۱ اختلالات حسی

سکنه اغلب موجب اختلال در حس لامسه، درد و حس دما می شود. گاهی اوقات اختلالات حسی خفیف بوده اما تحلیل محرک های مرکب برای بیمار چالش انگیز است. برای مثال، بیمار ممکن است احساس کند چیزی در دستش هست اما نتواند با لمس تشخیص دهد که این شی چیست، وقتی سکه ای در دست وی می گذاریم.

۴-۲-۴-۱ غفلت

این شرح مختصر یک مشکل پیچیده است. بیماری که غافل است از دست خود استفاده نکرده یا از دست خود آگاه نیست. بطور متناقض، در حالی که توانایی استفاده از دست خود را ندارد، حس لامسه آنها کاملا سالم و کارکردی به نظر می رسد. در اینجا مشکل به هم خوردن طرح و قالب شخص از بدن خویش است. بیمار دیگر دست خود را به عنوان بخشی از خود نمی داند و بنابراین از آن استفاده نمی کند. این یک اختلال خیلی جدی است و موجب می شود توانبخشی بسیار مشکل شده و به درمان خوب جواب نمی دهد.

۵-۲-۴-۱ آفازی

آفازی^۱ یکی از اختلالات تکلم و زبان است. بیان شفاهی و تلفظ کلمات ضرورتا مختل نیست. مشکل در تولید کلمات و درک زبان است. شدت آن ممکن است بین ناتوانی در تکلم تا بیان جملات ساده و استفاده از عبارات استاندارد متفاوت باشد، یا ممکن است بیمار گاهی در پیدا کردن کلمات مشکل داشته باشد. اطرافیان اغلب درک و فهم زبانی بیمار را مبتلا به آفازی را خیلی افراطی می بینند. زیرا بیمار اغلب از تمامی انواع برقراری ارتباط غیرکلامی استفاده می کند، به نظر می رسد که بخوبی شما را درک کرده اند، اما در واقع چنین نیست. معاینه جامع و دقیق بیمار مبتلا به آفازی احتمالی توسط متخصص نوروسایکولوژی، گفتار درمانگر یا متخصص زبانشناسی از اهمیت بالایی برخوردار است تا شدت و ماهیت اختلال مشخص شده و طرحی برای درمان آن برنامه ریزی شود. به نظر می رسد درمان برای آفازی مفید باشد اما

^۱ Aphasia

مشخص نیست که از چه شدتی از گفتار درمانی باید استفاده کرد و اینکه بیمار باید بلافاصله بعد از سکتة گفتار درمانی را شروع کند یا بایستی تا چند هفته پس از سکتة صبر کرد.

۱-۴-۲-۶ دیژآرتری

دیسارتری یا دیژآرتری^۱ ناتوانی در بیان دقیق کلمات است. زبان (گویش) ضرورتاً درگیر نیست. دیژآرتری به این خاطر رخ می دهد که عملکرد حرکتی عضلات زبان و دهان و صورت مختل شده است. این اختلال ممکن است ریشه در اختلال مخچه و یا مغز داشته باشد. دیژآرتری غالباً به خودی خود بهتر می شود اما گفتار درمانی نیز می تواند خیلی مفید باشد.

۱-۴-۲-۷ اختلالات میدان بینایی

بعضی از بیماران دچار نیمه کوری^۲ می شوند. این عارضه اختلال در میدان دید هر دو چشم شخص است (از دست دادن یکسان بینایی در دو چشم). این بیماران نمی توانند از طرفین چیزی ببینند. اغلب بیمار از مشکل خود آگاهی دارد. این اختلال می تواند خیلی خطرناک باشد، بخصوص در ترافیک و زمان عبور از عرض خیابان.

۱-۴-۲-۸ آتاکسی

آتاکسی^۳ ناتوانی در هماهنگی حرکات است در حالی که حواس و قدرت عضلانی دست نخورده است. آتاکسی اختلال مخچه است. بیمار ممکن است با یک حرکت ناگهانی لیز بخورد، مثل زمان گرفتن یک شی و یا قادر نباشد حرکات تکراری سریع از قبیل دست زدن را انجام دهد.

۱-۴-۲-۹ آپراکسی

آپراکسی^۴ ناتوانی در انجام یک وظیفه یا مجموعه ای از کارها بدون اختلال مهارت حرکتی و هماهنگی حرکات است. مثلاً بیمار در حالی که جلوی میز آشپزخانه ایستاده است، فنجان در دست دارد اما قادر نیست به ترتیب صحیح برای خود قهوه درست کند: فیلتر روی فنجان بگذارد، قهوه اضافه کند، آب اضافه کند و الی آخر. بیمار ممکن است بتواند شانه در دست بگیرد اما نمی داند چطور موی خود را شانه کند. این اختلال معمولاً در نیمه چپ (غالب) مغزی رخ می دهد. اصطلاح آپراکسی اغلب به اشتباه استفاده می شود مثلاً به صورت آپراکسی لباس پوشیدن (تیتربعدی).

۱-۴-۲-۱۰ آپراکسی لباس پوشیدن

آپراکسی لباس پوشیدن اختلال ناتوانی در پوشیدن لباس است که معمولاً آپراکسی نیست، بلکه نتیجه اختلال طرح از بدن و اختلال آگاهی از بعد فضایی بدن است. این اختلال معمولاً در اثر مشکل در نیمه راست مغز رخ می دهد.

¹ Dysarthria

² Hemianopia

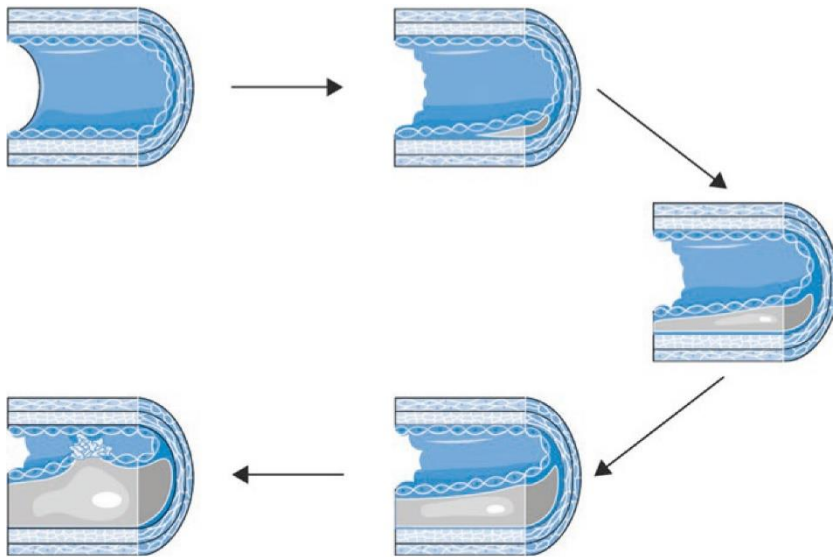
³ Ataxia

⁴ Apraxia

۱-۴-۳ علل انفارکتوس مغزی

۱-۴-۳-۱ تصلب شرائین (آترواسکلروز)

شایعترین علت سکنه ایسکمیک تصلب شرائین یا آترواسکلروز^۱ می باشد (Hankey 2017). پلاک های آترواسکلروز غالباً در شریان های کاروتید و آئورت دیده می شود. در طی این فرآیند تدریجی، چربی و کلسیفیه شدن بر دیواره داخلی شریان های بزرگ و کوچک تجمع می یابد. گاهی در این تجمعات خونریزی و التهاب رخ می دهد. نهایتاً دیواره ضخیم شده شریان به سمت داخل ترک خورده و باز می شود. بدن به این واقعه از طریق تشکیل لخته پاسخ می دهد و در دیواره آسیب دیده شریان لخته تشکیل می شود. بخشی از لخته ممکن است توسط جریان خون حمل شده و بنابراین شریان های کوچکتر واقع در مغز را مسدود کند (شکل ۵-۱ را ببینید).



شکل ۵-۱ فرآیند تشکیل آترواسکلروز با ترومبوز

۱-۴-۳-۲ فیبریلاسیون دهلیزی

یکی دیگر از علل شناخته شده انفارکتوس مغزی فیبریلاسیون دهلیزی است. این اختلال در ۲۰٪ تمامی بیماران مبتلا به سکنه ایسکمیک حاد رخ می دهد. در این وضعیت تشکیل ایмпالس های الکتریکی در دهلیز قلبی نامنظم است. دهلیز بطور صحیح منقبض نمی شود و ضربان های الکتریکی لازم را به طور نامنظم دریافت می کند. بنابراین توان پمپ خون قلب کاهش می یابد. حتی بدتر اینکه جریان خون در دهلیز به وضعیت راکد می رسد. در اینجا ممکن است لخته خون تشکیل شود و از میان شریان ها به مغز پمپ شود، جایی که با بلوکه کردن شریان موجب انفارکتوس مغزی می شود (شکل ۶-۱ را ببینید).

^۱ Atherosclerosis