

Η Ανάπτυξη ενός Μοντέλου Φροντίδας για το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Θεοδόσιος Σταυριανόπουλος,¹ Ουρανία Γκουρβέλου,²
Μαρία Παπαδημητρίου³

Development Care Model

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Πύργου, Πύργος Ηλείας

²Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Κηφισιά

³Νοσηλεύτρια ΠΕ, Ιατρός, PhD, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας, Πάτρα

Γενικό Νοσοκομείο Πύργου Ηλείας

Εισαγωγή: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια σημαντική αιτία θανάτου που απειλεί την υγεία και έχει ως συνέπεια την εξάρτηση του ασθενούς για υποστήριξη και φροντίδα μετά από την οξεία φάση της νόσου. Η αύξηση των γνώσεων για τη νευρολογική έκβαση μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο έχει οδηγήσει σε νέες στρατηγικές θεραπείας, όπου η σημασία του φυσικού περιβάλλοντος και της αποκατάστασης είναι ισότιμη με τη σημασία της υγειονομικής περίθαλψης. **Σκοπός:** Η παρουσίαση των μεταβλητών που είναι απαραίτητες στην ανάπτυξη ενός γενικού μοντέλου φροντίδας για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. **Υλικό-Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Cinahl) για ανασκόπηση της ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας έως το 2010, ενώ πραγματοποιήθηκε και χειροδιαλογή βιβλίων, άρθρων και μελετών από βιβλιοθήκες. Η αναζήτηση επιτελέστηκε το Δεκέμβριο του 2010. **Αποτελέσματα:** Οι βασικές μεταβλητές για την ανάπτυξη ενός μοντέλου φροντίδας είναι το σχέδιο της φροντίδας, η κουλτούρα της ομάδας φροντίδας, η κουλτούρα της φροντίδας, οι επαγγελματικές γνώσεις της ομάδας φροντίδας, η ποιότητα του χώρου που παρέχεται η φροντίδα, η παρατήρηση και η αξιολόγηση του ασθενούς, η συμμετοχή του ασθενούς και η διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδας. **Συμπεράσματα:** Η ανάπτυξη του μοντέλου, με τη συμβολή της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, παρέχει τη δυνατότητα για περαιτέρω έρευνα, με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας του εγκεφαλικού επεισοδίου και την περαιτέρω εξειδίκευση των μεταβλητών, τις οποίες περιλαμβάνει το μοντέλο φροντίδας.

Λέξεις ευρητηρίου: Εγκεφαλικό επεισόδιο, μεταβλητές φροντίδας, μοντέλο φροντίδας

Υποβλήθηκε: 1.1.2011
Επανοβλήθηκε: 8.3.2011
Εγκρίθηκε: 25.10.2011

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Θεοδόσιος Σταυριανόπουλος
Αρχιμήδους 4
271 00 Πύργος Ηλείας
Τηλ.: 2621 032 528
e-mail: sakisstav@hotmail.com

1. Εισαγωγή

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια σημαντική αιτία θανάτου που απειλεί την υγεία και καθιστά αναγκαία την εξάρτηση του ασθενούς για υποστήριξη και φροντίδα μετά από την οξεία φάση της νόσου.¹ Η αύξηση των γνώσεων για τη νευρολογική έκβαση μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο έχει οδηγήσει σε νέες στρατηγικές θεραπείας, όπου η σημασία του φυσικού περιβάλλοντος και της αποκατάστασης είναι ισότιμη με τη σημασία της ιατρικής και της νοσηλευτικής περίθαλψης.^{2–4} Έχει μεγάλη σημασία το γεγονός ότι εξετάζονται οι διάφορες επι-

πλοκές της νόσου και ότι ολόκληρη η ομάδα φροντίδας για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) εμπλέκεται στην αξιολόγηση, προγραμματίζοντας και αξιολογώντας την παρεχόμενη φροντίδα.⁵ Ένας λόγος για την ανάπτυξη κάποιου μοντέλου φροντίδας είναι η ενίσχυση της δυνατότητας επικοινωνίας και η ανάπτυξη μιας μεγαλύτερης κατανόησης της διαδικασίας φροντίδας του ΑΕΕ, για τους συμμετέχοντες σε μια διεπιστημονική ομάδα φροντίδας, όπως είναι οι παθολόγοι, οι νευρολόγοι, οι νοσηλευτές και οι φυσικοθεραπευτές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με οξύ ΑΕΕ επωφελούνται από περίθαλψη σε μια μονάδα, η οποία είναι ειδικά σχεδιασμένη για ασθενείς με ΑΕΕ.^{5,6} Στις μονάδες αυτές, η εξειδικευμένη περίθαλψη οδηγεί σε χαμηλότερη θνησιμότητα, οι περισσότεροι ασθενείς γίνονται ανεξάρτητοι στις δραστηριότητες που σχετίζονται με την καθημερινή τους ζωή, ενώ όλο και περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στα σπίτια τους.⁵⁻⁷ Πολλά στοιχεία έχουν αντίκτυπο στην ανάκαμψη και στην υγεία του ασθενούς, όπως η παρατήρηση και η αξιολόγηση των αναγκών θεραπείας του, η προσήκουσα παρέμβαση, η έγκαιρη κινητοποίηση και η πρόληψη των επιπλοκών –όπως οι κατακλίσεις και η αφυδάτωση–, ο συνεχής σχεδιασμός της αποκατάστασης και της αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας, η διεπαγγελματική εργασία της ομάδας φροντίδας, καθώς και ο μεγάλος αριθμός των επαγγελματιών με ιδιαίτερη εμπειρία και γνώση στη φροντίδα του εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτά τα συστατικά είναι όλα χρήσιμα ως πρώτο βήμα για το σχεδιασμό της σωστής φροντίδας ασθενών με ΑΕΕ.⁷

2. Σκοπός

Η παρουσίαση ενός γενικού μοντέλου φροντίδας για το ΑΕΕ.

3. Υλικό και Μέθοδος

Εφαρμόστηκε η μέθοδος αναζήτησης σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Cinahl, Embase) για ανασκόπηση της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας από το 1995–2010, ενώ πραγματοποιήθηκε και κλασική αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε επιστημονικά συγγράμματα άρθρων και μελετών από βιβλιοθήκες. Οι λέξεις αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «εγκεφαλικό επεισόδιο», «μοντέλο φροντίδας», «μεταβλητές φροντίδας». Η αναζήτηση επιτελέστηκε το Δεκέμβριο του 2010. Βρέθηκαν συνολικά 236 άρθρα, από τα οποία στην παρούσα ανασκόπηση εντάχθηκαν ως απολύτως σχετικά με το θέμα 47 άρθρα.

4. Αποτελέσματα

Τα βασικά στοιχεία που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη ενός γενικού μοντέλου φροντίδας για το ΑΕΕ.

4.1. Το σχέδιο φροντίδας

Το σχέδιο φροντίδας είναι ένα γραπτό κείμενο, για τα μέλη της ομάδας που συναντούν τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας και χρησιμοποιείται για να βοηθήσει την επαφή τους με αυτόν. Υπό την παρούσα έννοια, οι βασικές πληροφορίες που αφορούν στον ασθενή είναι διαθέσιμες σε επαγγελματίες, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του.⁸ Ένα σχέδιο φροντίδας –μια αναγκαία διαδικασία στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη– θα πρέπει να απεικονίζει τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την περίθαλψη του ασθενούς. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει την εκτίμηση (διάγνωση) του ασθενούς και τις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και τις παρεμβάσεις που θα εφαρμοστούν σε αυτόν (διαχείριση της φροντίδας).^{9,10} Οι παρεμβάσεις επιλέγονται σε συμφωνία μαζί του και πρέπει να τεκμηριώνονται στο σχέδιο φροντίδας. Μελέτες από αρχεία ασθενών έχουν δείξει ότι αυτοί συχνά στερούνται ενός δομημένου προγράμματος περίθαλψης με βάση τις ανάγκες τους και ότι οι ιατρικές εντολές σπάνια βασίζονται σε κλινικές κατευθυντήριες γραμμές ή αποδεικτικά στοιχεία, λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις σχετικά με τις οδηγίες περίθαλψης.^{9,11} Το στοιχείο αυτό είναι πολύ πιθανό να έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας.¹² Επίσης, θα εμποδίσει το συντονισμό και τη συνέχεια της περίθαλψης των ασθενών, δύο σημαντικούς παράγοντες της πολυπλοκότητας της υγειονομικής περίθαλψης.^{13,14}

Ένα σαφές σχέδιο φροντίδας αποτελεί σημαντικό βήμα στη διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών, εξασφαλίζοντας τη συμμετοχή τη δική τους, αλλά και των συγγενών στη φροντίδα.^{15,16}

Η έρευνα δείχνει ότι ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι μια αμιγώς επαγγελματική εργασία και οι αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα εφαρμόζονται χωρίς κάποια συμμετοχή από τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους.¹⁵ Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός της φροντίδας στο εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζεται με τη συγκεκριμένη εκτίμηση, την τεκμηρίωση της περίθαλψης και την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.⁷

4.2. Η διεπαγγελματική συνεργασία της ομάδας

Παρά τη συλλογική οργάνωση της περίθαλψης, η ποιότητά της μπορεί να απειληθεί από ανεπαρκή ομαδική

εργασία.^{17,18} Η συμμετοχή των διαφόρων επαγγελματιών στη φροντίδα των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο δεν εγγυάται από μόνη της τη συντονισμένη ομαδική εργασία.¹⁹ Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται δίπλα-δίπλα με τον ίδιο ασθενή, συχνά μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους στη φροντίδα και στα συστήματα καταγραφής. Το γεγονός αυτό μπορεί να αυξήσει το χάσμα μεταξύ επαγγελματιών κι έτσι μειώνεται η συνέχεια και η συνεκτικότητα της φροντίδας για τον ασθενή.²⁰ Ένα ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας θεωρείται ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες για τη διευκόλυνση στην αποτελεσματική ομαδική εργασία.²¹

Η φροντίδα του ΑΕΕ διασφαλίζεται με την ομαδική συνεργασία επιστημών (Ιατρική, Νοσηλευτική, Φυσικοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία και Κοινωνική Εργασία), με την οποία καλύπτονται οι θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών.^{7,22-24} Αρκετές μελέτες περιγράφουν τη διεπαγγελματική (διεπιστημονική) ομαδική εργασία ως βασική συνιστώσα στην πραγματική φροντίδα του ΑΕΕ.^{19,20,22,24,25} Κάθε μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση του ασθενούς, το σχεδιασμό της παρέμβασης και την αξιολόγηση της φροντίδας.²⁶ Ωστόσο, η ομάδα πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά και να έχει τακτικές συναντήσεις σύμφωνα με το σχέδιο της ολοκληρωμένης φροντίδας, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους συγγενείς του.^{19,25}

4.3. Η κουλτούρα της φροντίδας

Η κουλτούρα της φροντίδας καθορίζει τις επικρατούσες αξίες, τις πεποιθήσεις και τα θέματα σχετικά με τη φροντίδα. Ορίζεται σαφώς και καθορίζει κοινούς στόχους στους επαγγελματίες, στους οποίους περιλαμβάνονται οι θεμελιώδεις αξίες και η λογοδοσία, σημαντικές παράμετροι για την αποτελεσματική και επιτυχή θεραπεία.²⁷⁻²⁹ Η έγκριση, για παράδειγμα, μιας φιλοσοφίας με τον ασθενή ως επίκεντρο, στην οποία οι αποφάσεις θα μοιράζονται και θα γνωστοποιούνται σε αυτόν σημαίνει ότι οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης θα προσπαθούν να διευκολύνουν τη συμμετοχή του στη φροντίδα και τη διαδικασία της αποκατάστασης.³⁰⁻³²

4.4. Επαγγελματικές γνώσεις της ομάδας φροντίδας

Οι επαγγελματικές γνώσεις είναι ένας παράγοντας που έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στις διαφοροποιήσεις μεταξύ μονάδων αυξημένης φροντίδας για τα εγκεφαλικά επεισόδια και των νευρολογικών κλινικών.^{22,33,34} Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες κάνουν πιο ακριβείς

παρατηρήσεις και εκτιμήσεις του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Γνωρίζουν τι πρέπει να τηρούν σε σχέση με την επαγγελματική τους ευθύνη και πώς να χρησιμοποιήσουν διάφορα μέσα, προκειμένου να πραγματοποιήσουν μια ολοκληρωμένη και ακριβή εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς.^{6,7} Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να έχουν αντίκτυπο, στα κίνητρά τους για φροντίδα του ασθενούς με ΑΕΕ και στη διάθεσή τους για εργασία.^{1,20,35,36}

4.5. Η ποιότητα του χώρου

Η ποιότητα του φυσικού χώρου έχει άμεση επίδραση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και επηρεάζει τους επαγγελματίες να κάνουν ακριβείς παρατηρήσεις και αξιολογήσεις της κατάστασης της υγείας του. Το περιβάλλον στηρίζει τη διαδικασία της φροντίδας και της επικοινωνίας, προκειμένου να διευκολύνει όλη τη διαδικασία περίθαλψης. Το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει επιπλέον να είναι υποστηρικτικό, προκειμένου να διευκολυνθεί η αντιμετώπιση και η μείωση του άγχους των ασθενών. Ένα υποστηρικτικό και κατάλληλο περιβάλλον εξασφαλίζει τη σωστή φροντίδα του ασθενούς.³⁷

4.6. Η παρατήρηση και η αξιολόγηση του ασθενούς

Για να πραγματοποιηθεί μια σωστή και ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ασθενούς, η ομάδα φροντίδας πρέπει να διατυπώσει τις παρατηρήσεις της.^{1,26} Η εκτίμηση για την κατάσταση του ασθενούς με εγκεφαλικό επεισόδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει την πνευματική και τη γνωστική ικανότητα του ασθενούς, τις συναισθηματικές διαταραχές, το βαθμό της κινητικής του αδυναμίας, τις αισθητικές αδυναμίες και τυχόν απώλεια όρασης.²⁶ Επιπλέον, η διατροφή του ασθενούς, το δέρμα και η δραστηριότητά του πρέπει να αξιολογούνται και να τεκμηριώνονται με ακρίβεια.^{1,26} Η πρόοδος της κατάστασης της υγείας του ασθενούς θα πρέπει επίσης να αξιολογείται και να τεκμηριώνεται σε καθημερινή βάση.²⁵

4.7. Η συμμετοχή του ασθενούς

Η άποψη του ρόλου του ασθενούς έχει μεταβληθεί, από το να είναι ένας παθητικός δέκτης, με εκείνη της ενεργούς συμμετοχής.¹⁵ Μελέτες έχουν δείξει τα οφέλη της συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους.^{15,33,38-41} Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν ότι η δραστική φροντίδα, η επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενούς και η βελτίωση της υγείας είναι αλληλένδετα.

5. Συζήτηση

Η δημιουργία ενός μοντέλου φροντίδας για το ΑΕΕ μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας και τη βελτίωση της ποιότητας εργασίας της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας που αποτελείται από πολλές ειδικότητες, στην οποία οι συμμετέχοντες έχουν τη δική τους γλώσσα, τις γνώσεις και τις προσεγγίσεις. Υπάρχει ανάγκη για πολύ περισσότερες μελέτες που θα παρουσιάζουν τα απαραίτητα στοιχεία για την ανάπτυξη μοντέλων φροντίδας του ΑΕΕ. Επιπλέον, το εν λόγω γενικό μοντέλο φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πλαίσιο για την κατανόηση των σύνθετων και δυναμικών σχέσεων πολλών σημαντικών στοιχείων, για την ποιότητα της φροντίδας του εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα δυνητικά οφέλη της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας θα αυξήσουν και την ποιότητα της ομαδικής εργασίας και επιπλέον την παρατήρηση και την αξιολόγηση της υγείας του ασθενούς. Οι έννοιες και η δομή του μοντέλου βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία από διάφορες εμπειρικές μελέτες του εγκεφαλικού επεισοδίου.²²

Η ανάπτυξη ενός σύνθετου, κλινικού μοντέλου για την υγειονομική φροντίδα του ΑΕΕ είναι περίπλοκη, δεδομένου ότι πολλά ουσιώδη στοιχεία που περιλαμβάνονται στα εν λόγω μοντέλα είναι ποιοτικά. Υπάρχουν λίγες μελέτες αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ της συμμετοχής του ασθενούς και της επίδρασης στην υγεία του.⁴² Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη γνώσης για την ακριβή σχέση μεταξύ ενός τεκμηριωμένου προγράμματος φροντίδας του ΑΕΕ και της επίδρασής του στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.⁹

Ωστόσο, η έρευνα έχει δείξει επανειλημμένα ότι τα καλύτερα αποτελέσματα για τη φροντίδα του εγκεφαλικού επεισοδίου συνδέονται με τη συνολική και την έγκαιρη διαδικασία της αξιολόγησης και της παρατήρησης του ασθενούς και ιδιαίτερα με τις εκτιμήσεις για την κατάποση και τον κίνδυνο εισρόφησης, την άμεση ανίχνευση και αντιμετώπιση των λοιμώξεων, τη διατήρηση της ενυ-

δάτωσης και της διατροφής, την έγκαιρη κινητοποίηση, καθώς και σαφείς στόχους για την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.^{43,44} Οι νευρολογικές μονάδες φαίνεται να βελτιώνουν τα αποτελέσματα εξαιτίας της μεγαλύτερης προσοχής στη συγκεκριμένη νόσο, των εξειδικευμένων μελών της ομάδας φροντίδας, ιδιαίτερα ιατρών και νοσηλευτών, καθώς και της συμμετοχής των ασθενών και των συγγενών τους.^{7,22}

Ωστόσο, τα μοντέλα αυτά έχουν και περιορισμούς. Το μοντέλο δεν περιλαμβάνει ακριβή στοιχεία και ως εκ τούτου, ορθές προβλέψεις της διαδικασίας φροντίδας του ασθενούς. Επιπλέον, ορισμένες από τις μεταβλητές στο μοντέλο πρέπει να αναπτυχθούν περαιτέρω. Για παράδειγμα, η ποιότητα του χώρου πρέπει να εξειδικευτεί, περιγράφοντας με σαφή τρόπο το περιβάλλον της νευρολογικής μονάδας όπου νοσηλεύεται ο ασθενής. Ακόμη, το μοντέλο είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα, το οποίο θα διευκολύνει περαιτέρω μελέτες σχετικά με τη διαδικασία της φροντίδας του ασθενούς με ΑΕΕ.⁴⁵

6. Συμπεράσματα

Το κλινικό μοντέλο που παρουσιάζεται στην παρούσα ανασκόπηση είναι ένα ενδιαφέρον παράδειγμα για το πώς ένα πρότυπο φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον τομέα της υγείας. Το παρόν μοντέλο φροντίδας για το ΑΕΕ έχει το πλεονέκτημα, σε σύγκριση με άλλα θεωρητικά μοντέλα και πρότυπα, ότι παρουσιάζει τη φροντίδα του ΑΕΕ ως σύνθετη έννοια με πολλές σχέσεις ανατροφοδότησης μεταξύ των βασικών και πολύπλοκων στοιχείων για τη φροντίδα. Η ανάπτυξη του μοντέλου, με τη συμβολή της υπάρχουσας βιβλιογραφίας παρέχει τη δυνατότητα για περαιτέρω έρευνα, με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας του εγκεφαλικού επεισοδίου και την εξειδίκευση των παραμέτρων που θα περιλαμβάνει το μοντέλο φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα να εφαρμοστούν ανάλογα μοντέλα φροντίδας και για άλλες νόσους.

ABSTRACT

The Development of a Care Model for Stroke

Theodosios Stavrianopoulos,¹ Ourania Gourvelou,² Maria Papadimitriou³

¹RN, MSc, General Hospital of Pyrgos, Pyrgos, Iliia, ²RN, MSc, "Agioli Anargyroi", General Oncology Hospital of Athens, Kifissia,

³RN, PhD, Professor of Nursing, Technological Educational Institute of Patras, Patras, Greece

Background: Stroke is a major cause of death, and also of threatened and reduced health, and dependence on support after the acute phase. Increase in the understanding of neurological recovery after a stroke has led to new treatment strategies, in which the physical environment and rehabilitation are considered to be equal in importance to the medical treatment. It is crucial that

the whole stroke team is involved in assessing, planning, and evaluating the care provided. **Aim:** Presentation of the variables on which to base the development of a general model of care for stroke. **Method:** Search of the electronic databases Medline and Cinahl for a review of the relevant international literature up to 2010, and selection of books, articles and studies from libraries. **Results:** The key variables on which to base the development of a model of stroke care are: Care planning, team culture, care culture, professional knowledge, the quality of space, observation and assessment, patient participation and interdisciplinary professional teamwork. **Conclusions:** The resulting model has the advantage over other conceptual models of presenting stroke care as a complex system, with many feedback relationships between the key variables for care. The development of this model, with the contribution of the current literature will be followed by testing in practice and will facilitate improvement in stroke care and further refinement of the variables included in the model of care. *NOSILEFTIKI* 2012, 51 (1): 41–46.

Key-words: care variables, model of care, stroke

✉ **Corresponding Author:** Theodosios Stavrianopoulos, 4 Archimidous street, GR-271 00 Pirgos Ilea, Greece, tel.: +30 2621 032 528, e-mail: sakisstav@hotmail.com

Βιβλιογραφία

- Brainin M, Olsen TS, Chamorro A, Diener HC, Ferro J, Hennerici M et al. Organization of stroke care: Education, referral, emergency management and imaging, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative. *Cerebrovasc Dis* 2004, 17(Suppl 2):1–14
- Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation. The Willis lecture. *Stroke* 2000, 31:223–230
- Keysor JJ, Jette AM, Coster W, Bettger JP, Haley SM. Association of environmental factors with levels of home and community participation in an adult rehabilitation cohort. *Arch Phys Med Rehabil* 2006, 87:1566–1575
- Nudo RJ, Wise BM, SiFuentes F, Milliken GW. Neural substrates for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct. *Science* 1996, 272:1791–1794
- Langhorne P, Dennis MS. Stroke units: The next 10 years. *Lancet* 2004, 363:834–835
- Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. *Lancet* 2008, 371:1612–1623
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, (4):CD000197
- Carpenito LJ. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 1997
- Ehrenberg A, Ehnfors M, Smedby B. Auditing nursing content in patient records. *Scand J Caring Sci* 2001, 15:133–141
- North American Nursing Diagnosis Association. *Nursing diagnosis: Definitions and classification, 1999–2000*. NANDA, Philadelphia, USA, 1999
- Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2002, 11:734–742
- Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nurs Diagn* 1999, 10:65–76
- Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs* 2003, 43:402–410
- Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: Beyond the question of personal contact. *Br Med J* 2002, 324:36–38
- Ljungberg C, Hanson E, Lovgren M. A home rehabilitation program for stroke patients: A pilot study. *Scand J Caring Sci* 2001, 15:44–53
- Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *Br Med J* 1999, 319:766–771
- Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scand J Caring Sci* 2002, 16:360–367
- Caldwell K, Atwal A. The problems of interprofessional health-care practice in hospitals. *Br J Nurs* 2003, 12:1212–1218
- Gibbon B, Watkins C, Barer D, Waters K, Davies S, Lightbody L et al. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *J Adv Nurs* 2002, 40:105–111
- Pound P, Sabin C, Ebrahim S. Observing the process of care: A stroke unit, elderly care unit and general medical ward compared. *Age Ageing* 1999, 28:433–440
- White JP, Armstrong H, Armstrong P, Bourgeault I, Choiniere J, Mykhalovskiy E. The impact of managed care on nurses' workplace learning and teaching. *Nurs Inq* 2000, 7:74–80
- Kalra L, Langhorne P. Facilitating recovery: Evidence for organized stroke care. *J Rehabil Med* 2007, 39:97–102
- Langhorne P, Cadilhac D, Feigin V, Grieve R, Liu M. How should stroke services be organised? *Lancet Neurol* 2002, 1:62–68
- Wade DT, de Jong BA. Recent advances in rehabilitation. *Br Med J* 2000, 320:1385–1388
- Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogouslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: Education, stroke units and rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 2000, 10(Suppl 3):1–11
- Langhorne P, Pollock A; Stroke Unit Trialists' Collaboration. What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing* 2002, 31:365–371
- Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Qual Health Care* 1998, 7:149–158
- McCormack B, Manley K, Kitson A, Titchen A, Harvey G. Towards practice development – a vision in reality or a reality without vision? *J Nurs Manag* 1999, 7:255–264
- Rycroft-Malone J, Harvey G, Kitson A, McCormack B, Seers K, Titchen A. Getting evidence into practice: Ingredients for

- change. *Nurs Stand* 2002, 16:38–43
30. Baumann AO, Deber RB, Silverman BE, Mallette CM. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *J Adv Nurs* 1998, 28:1040–1045
 31. West E. Management matters: The link between hospital organisation and quality of patient care. *Qual Health Care* 2001, 10:40–48
 32. Wright J, McCormack B. Practice development: Individualised care. *Nurs Stand* 2001, 15:37–42
 33. Langhorne P, Legg L. Evidence behind stroke rehabilitation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003, 74(Suppl 4):iv18–iv21
 34. Smith LN, Craig LE, Weir CJ, McAlpine CH. Stroke education for healthcare professionals: Making it fit for purpose. *Nurse Educ Today* 2008, 28:337–347
 35. Baxter SK, Brumfitt SM. Professional differences in interprofessional working. *J Interprof Care* 2008, 22:239–251
 36. Craig LE, Smith LN. The interaction between policy and education using stroke as an example. *Nurse Educ Today* 2008, 28:77–84
 37. Ulrich R, Zimring C. *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity*. Report to the Center for Health Systems and Design, Texas, USA, 2004:1–69
 38. Farrell C, Gilbert H. *Health care partnerships*. Kings Fund, London, UK, 1996
 39. McCormack B. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs* 2004, 13:31–38
 40. Wohlin Wottrich A, Stenström C, Engardt M, Tham M, von Koch L. Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disabil Rehabil* 2004, 26:1198–1205
 41. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999, 3:25–30
 42. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs* 2006, 15:1498–1508
 43. Evans A, Perez I, Harraf F, Melbourn A, Steadman J, Donaldson N et al. Can differences in management processes explain different outcomes between stroke unit and stroke-team care? *Lancet* 2001, 358:1586–1592
 44. Indredavik B, Bakke F, Slordahl S, Rokseth R, Håheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: Which aspects are most important? *Stroke* 1999, 30:917–923
 45. Elf M, Putilova M, von Koch L, Ohrn K. Using system dynamics for collaborative design: A case study. *BMC Health Serv Res* 2007, 2:123