



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ  
ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Έκβαση βαρέως πασχόντων μετά από νοσηλεία σε κέντρο  
αποκατάστασης και αποθεραπείας – Μελέτη 7ετίας**

**ΤΖΙΑΦΟΥΛΙΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Πανταζόπουλος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Επείγουσας Ιατρικής (Επιβλέπων  
καθηγητής)

Ζακυνθινός Επαμεινώνδας, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας

Μακρής Δημοσθένης, Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας

ΛΑΡΙΣΑ, 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΡΕΩΣ  
ΠΑΣΧΟΝΤΑ»**

**Outcome of severely ill patients after hospitalization in a large  
rehabilitation and recovery center – a 7-year study**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ακρωνύμια.....	6
Κατάλογος πινάκων και γραφημάτων.....	7
Περίληψη.....	8
Abstract.....	9
Εισαγωγή.....	10

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>.....</b>	<b>11</b>
1.1. Η έννοια της παροχής υπηρεσιών υγείας.....	11
1.2. Ορισμός της αναπηρίας.....	11
1.3. Ορισμός της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.....	12
1.4. Ιστορική Αναδρομή.....	13
1.5. Σκοπός και στόχοι της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>.....</b>	<b>16</b>
2.1. Το πλαίσιο της αναπηρίας.....	16
2.2. Το σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης της αναπηρίας ICF.....	17
2.3. Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.....	18
2.4. Μελλοντικές δημογραφικές εξελίξεις σχετικά με την ανάγκη για αποκατάσταση.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>.....</b>	<b>21</b>
3.1. Το δικαίωμα στην αποκατάσταση.....	21
3.2. Επιπτώσεις της έλλειψης αποκατάστασης.....	21
3.3. Ομάδα αποκατάστασης.....	23
3.4. Ομάδα ασθενών.....	27

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> .....28**

- 4.1. Αναγκαιότητα Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας.....28
- 4.2. Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας ενός Κ.Α.Α.....29
- 4.3. Η επάρκεια των Κ.Α.Α. στην Ελλάδα.....32

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>.....34**

- 5.1. Η αναγκαιότητα για διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....34
- 5.2. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ανταποκρισιμότητα.....34
- 5.3. Τα σύγχρονα Κ.Α.Α. και η συμβολή τους στην ανάδειξη των προοπτικών των ΑΜΕΑ.....35

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>.....37**

- 6.1. Εισαγωγή.....37
- 6.2. Υλικό και Μέθοδοι.....39
  - 6.2.1. Σχεδιασμός μελέτης.....39
  - 6.2.2. Δείγμα.....39
  - 6.2.3. Καταγραφή δεδομένων.....40
  - 6.2.4. Ανάλυση.....40
- 6.3. Αποτελέσματα.....41
- 6.4. Συζήτηση.....50
  - 6.4.1. Περιορισμοί μελέτης.....54
- 6.5. Συμπεράσματα.....55

**Βιβλιογραφία .....56**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Σε αυτό σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κ.Πανταζόπουλο Ιωάννη για την καθοδήγηση, τη συμπαράσταση και την εξαιρετικά πολύτιμη συμβολή του στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής.*

*Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει στην φυσιάτρο κ.Μαριάννα Φραγκάκη, έναν χαρισματικό άνθρωπο, καθώς μέσα από την πολυετή συνεργασία μας συνέβαλλε αμέριστα στη διαμόρφωση του επαγγελματία που είμαι σήμερα. Την ευχαριστώ για όσα μαθαίνω πλάι της καθώς κανενός είδους μελέτη δεν μπορεί να σε διδάξει το βάθος και το εύρος αυτής της ανθρωποκεντρικής επιστήμης.*

*Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς μου Κώστα και Έλσα, στην αδερφή μου Αθανασία καθώς και στον άντρα μου, που πάντα υποστήριζαν το πάθος μου για την περίθαλψη και μου δείχνουν καθημερινά τι πραγματικά έχει αξία.*

## **ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ**

**ΚΑΑ:** Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**ΦΙΑΠ:** Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση

**ΟΗΕ:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**ΜΚΟ:** Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις

**ΕΙΑΑ:** Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων

**ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ:** Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία

**ΕΣΥ:** Εθνικό Σύστημα Υγείας

**ΚΕΦΙΑΠ:** Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης

**ΥΠΕ:** Υγειονομική Περιφέρεια

**ΑΜΕΑ:** Άτομα με ειδικές ανάγκες

**ΚΕΚ:** Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

**ΑΕΕ:** Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο

**ΥΥΚΑ :** Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

**Πίνακας 1** : Χαρακτηριστικά δείγματος κατά ηλικία και φύλο ανά τις ιατρικές παθήσεις των νοσηλευόμενων στο Κ.Α.Α. Animus (Μέση τιμή , Τυπική απόκλιση ή % ποσοστό) (N=4445).....

**Πίνακας 2** : Μεταγενέστερα προβλήματα υγείας που προέκυψαν κατά τη νοσηλεία των ασθενών στο Κ.Α.Α Animus (N=3927).....

**Πίνακας 3** : Τάσεις στις ιατρικές παθήσεις ανά έτος, στο Κ.Α.Α. Animus (N=4428).....

**Σχήμα 1** : Περιγραφική στατιστική για τις μέσες απαιτούμενες ημέρες νοσηλείας ασθενών στο Κ.Α.Α. Animus, ανά ιατρική πάθηση (N=4445).....

**Σχήμα 2** : Ζώντες και θνήσκοντες νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά ιατρική πάθηση, στο Κ.Α.Α Animus (N=4130).....

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στη σημερινή εποχή, ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει πλήθος προκλήσεων και η ανάγκη βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι επιτακτική. Τα τελευταία έτη, ο τομέας της αποκατάστασης από τα σπάργανα βρέθηκε στο επίκεντρο των εξελίξεων. Χιλιάδες άνθρωποι κάθε χρόνο έχουν ανάγκη υπηρεσιών αποκατάστασης, προκειμένου να βελτιώσουν λειτουργικά ελλείματα, να παραμείνουν αυτόνομοι όσο το επιτρέπει η βλάβη που αντιμετωπίζουν και να επανενταχθούν ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο. Οι διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες για τις ανάγκες των ασθενών, αναδεικνύει την ανάγκη για μελέτη και ανίχνευση των μελλοντικών τάσεων.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση μελλοντικών τάσεων και εξέλιξης των νοσημάτων μέσω της επιδημιολογικής παρακολούθησης σε κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας επί επτά συναπτά έτη.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται περί αναδρομικής μελέτης που διεξήχθη από το τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μέσω της ανάλυσης ηλεκτρονικών αρχείων του κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας Animus. Το δείγμα περιλάμβανε 4445 ασθενείς αποκλειστικά για την περίοδο 2014-2020. Καταγράφηκαν δεδομένα σχετικά με την πάθηση (ICD-10), το φύλο και την ηλικία και ακολούθησε συσχέτιση δεδομένων ανάμεσα στα μεταγενέστερα προβλήματα υγείας, τη θνησιμότητα, την εισαγωγή και την ημερομηνία αναχώρησης από το κέντρο αποκατάστασης. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω στατιστικών SPSS για Windows, Έκδοση 23.0.

**Αποτελέσματα:** Κύρια αιτία αναπηρίας ενηλίκων είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα 2/3 του δείγματός μας ήταν γυναίκες. Τουλάχιστον 6 μήνες αποκατάστασης απαιτήσαν ασθενείς που αντιμετώπιζαν καλοήγη νεοπλάσματα, συστηματικές ατροφίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, απομυελινωτικές ασθένειες, τραυματισμούς στο κεφάλι, παραλυτικά σύνδρομα κ.α. ενώ διπλάσιο χρόνο νοσηλείας χρειάστηκαν ασθενείς που εμφάνισαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Στις παθήσεις που αυξήθηκαν ποσοστιαία κατά την επταετία ανήκουν οι αυξανόμενα ποσοστά για μυϊκές παθήσεις, οι εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις και οι τραυματισμοί ισχίων/μηρών και ενώ παρατηρήθηκε μείωση παροξυσμικών και παραλυτικών διαταραχών, με την πάροδο των ετών.

**Συμπεράσματα:** Ολοκληρώνοντας την επιδημιολογική επιτήρηση των ιατρικών παθήσεων στη διάρκεια της επταετίας διαπιστώθηκε πως η παραδοσιακή αποκατάσταση υπόκειται σήμερα σε εξελικτικές αναθεωρήσεις. Νοσήματα που μας απασχολούσαν στο παρελθόν σήμερα βρίσκονται σε πτωτική τροχιά ενώ αναδεικνύονται νέες παθήσεις που απαιτούν αναπροσαρμογή των θεραπευτικών πλάνων. Αναδεικνύεται η ανάγκη για τον μέγιστο εφικτό περιορισμό της εμφάνισης επιπλοκών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και προσδιορισμού αυτών των παραγόντων.

**Λέξεις κλειδιά :** αποκατάσταση, αναπηρία, λειτουργικό έλλειμμα, θεραπευτικό πλάνο, αποθεραπεία



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Today, the health sector is facing many challenges and the need to improve the health services is imperative. In recent years, the field of navel rehabilitation has been at the center of developments. Thousands of people each year need rehabilitation services in order to improve functional deficits, remain autonomous as long as the damage they face allows, and reintegrate into society as whole. The constantly changing conditions for the needs of patients, highlights the need to study and detect future trends.

**Purpose:** To investigate future trends and development of diseases through epidemiological follow-up in a rehabilitation and recovery center for seven consecutive years.

**Material and Methods:** This is a retrospective study conducted by the Department of Medicine of the University of Thessaly through the analysis of electronic files of the Animus Rehabilitation and Recovery Center. The sample included 4445 patients exclusively for the period 2014-2020. Data on the condition (ICD-10), sex and age were recorded, followed by a correlation of data between subsequent health problems, mortality, admission and date of departure from the rehabilitation center. Statistical analyzes were performed using SPSS Statistics for Windows, Version 23.0.

**Results:** The main cause of adult disability is stroke. Two-thirds of our sample were women. At least 6 months of recovery were required for patients with benign neoplasms, systemic atrophies of the central nervous system, demyelinating diseases, head injuries, paralytic syndromes, etc. while patients who developed complications during their hospitalization needed twice as much time. Diseases that increased in percentage over the seven years include increasing rates of muscle disease, cerebrovascular disease, and hip / thigh injuries, and a decrease in paroxysmal and paralytic disorders over the years.

**Conclusions:** Completing the epidemiological surveillance of medical diseases during the sever years, it was found that the traditional rehabilitation is now subject to evolutionary revisions. Diseases that used to concern us in the past are now in a downward trajectory while new diseases are emerging that require adjustment of treatment plans. The need for the maximum possible reduction of the occurrence of complications during the hospitalization and identification of these factors is highlighted.

**Key words :** rehabilitation, disability, functional disorder, treatment plan, recovery

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ευχέρεια και ικανότητα ενός κράτους να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδη λίθο στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Η υγεία και κατά συνέπεια η προαγωγή της, όπως και η ευημερία, αποτελούν ύψιστα και αναντικατάστατα αγαθά, τα οποία πρέπει να προσεγγίζονται ολιστικά, με σεβασμό και με επαγγελματισμό. Η έλευση νόσου, το αιφνίδιο ατύχημα ή οποιοσδήποτε άλλος παράγοντας κλονίζει αυτό το αγαθό, θα οδηγήσει το άτομο (πέραν του επιπέδου της ανάρρωσης) να αναζητήσει υπηρεσίες αποκατάστασης. Σκοπός αυτού του ανθρωποκεντρικού επιστημονικού πεδίου είναι να εκτιμήσει την πρόγνωση της κατάστασης, να εκπονήσει ένα θεραπευτικό πλάνο (με βάση τα ελλείμματα που παρουσιάστηκαν) και να το εφαρμόσει, όπως επίσης και να σταθεί αρωγός στην ομαλή επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο.

Παγκόσμια, 1 στα 20 άτομα αντιμετωπίζει κάποιου είδους μόνιμης ή παροδικής αναπηρίας. Στην Ελλάδα αυτό το ποσοστό ανέρχεται στο 10% επί του γενικού πληθυσμού. Συνέπεια αυτού, είναι να επιφορτίζεται το εθνικό σύστημα υγείας με την περίθαλψη ατόμων με αναπηρία, τους οποίους δεν μπορεί να εξυπηρετήσει. Η πλειοψηφία των ατόμων με αναπηρία δεν λαμβάνουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης ως δικαιούταν. Στη χώρα μας υπάρχει διαπιστωμένη έλλειψη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης σε δημόσιο επίπεδο με αποτέλεσμα τα άτομα με αναπηρία να στρέφονται σε ιδιωτικούς φορείς.

Στόχος του παρόν πονήματος είναι να οδηγηθούμε σε ενδεικτικές συσχετίσεις που απορρέουν μετά από μακρόχρονη νοσηλεία σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας, να καταλήξουμε σε γενικές παραδοχές για το εάν οι διαδικασίες που εφαρμόστηκαν ήταν αποδοτικές αλλά και να μελετηθούν οι μελλοντικές αναπτυξιακές κατευθύνσεις.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## 1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα παροχή υπηρεσιών υγείας εμφανίζουν ιδιαιτερότητα σε σχέση με άλλα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα λόγω της ιδιαίτερης φύσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και των ειδικών οργανωτικών χαρακτηριστικών που τα διέπουν (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Αυτό συνεπάγεται πως η διοίκηση και η διαχείριση, οφείλει να ρυθμίζει τις λειτουργίες της σε συνάρτηση με τις διαρκείς μεταβολές που συμβαίνουν στο εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον (Ginter, 2018). Ο προσδιορισμός του επιπέδου της ποιότητας αλλά και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, εξαρτάται από το επίπεδο της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, τα επιδημιολογικά δεδομένα, τη διαθεσιμότητα σε υλικά και πόρους και φυσικά την επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό (Μανιού & Ιακωβίδου, 2015).

Η διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας, ακολουθεί το πυραμιδικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υπηρεσίες υγείας δομούνται σε τρεις διαφορετικές βαθμίδες, το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο. Έτσι ώστε να διασφαλιστεί η μέγιστη απόδοση και η εύρυθμη λειτουργία μεταξύ των τριών αυτών επιπέδων θα πρέπει να υπάρχει ένα συνεχές στη ροή των υπηρεσιών, μια αμφίδρομη συνεργασία μεταξύ των φορέων και κεντρικός συντονισμός (Δίκαιος και συν., 1999)

## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Υπουργείου Υγείας, άτομα με αναπηρία ή άτομα με ειδικές ανάγκες, νοούνται «τα άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, ψυχικές, διανοητικές ή αισθητηριακές δυσχέρειες, οι οποίες σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, ιδίως θεσμικά,

περιβαλλοντικά ή εμπόδια κοινωνικής συμπεριφοράς, δύναται με παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή των ατόμων αυτών στην κοινωνία σε ίση βάση με τους άλλους» (ΥΥΚΑ, 2017)

Στον περιγραφικό ορισμό που έχει δοθεί από την ελληνική κυβέρνηση δεν περιλαμβάνονται πολίτες που αντιμετωπίζουν σοβαρά ζητήματα υγείας και εκτελούν όλες τις λειτουργίες και συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες, όπως είναι για παράδειγμα ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση, ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, ασθενείς με σοβαρές ανεπάρκειες κ.α. Αξίζει να σημειωθεί πως στον επίσημο ορισμό, δεν λαμβάνεται υπόψιν η προσωρινή ή περιστασιακή αναπηρία, η οποία αυτονόητα χρήζει αποκατάστασης.

### **1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δοθεί από τον Π.Ο.Υ., «αποκατάσταση είναι η πορεία στη διάρκεια της οποίας χρησιμοποιούνται όλα τα μέσα επαγγελματικής, παιδαγωγικής, ιατρικής ή άλλης μορφής παρέμβασης, καθώς επίσης και δημόσιοι ή ιδιωτικοί πόροι, για να επανακτήσουν την ανεξαρτησία τους άτομα που την έχασαν μετά από ασθένεια, τραυματισμό ή στέρηση». Αποτελεί μια σειρά ενεργειών που επικεντρώνεται στην επισήμανση, την πρόβλεψη και την ελαχιστοποίηση των αιτιών ανικανότητας, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση μέσα από εμπειρίες και διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους (Γαλατά, Ραπίδη & Πετροπούλου, 2008). Στο ευρύτερο πλαίσιο του όρου είναι σαφές πως, πέρα από την κλινική αποκατάσταση, ένας από τους κρισιμότερους ρόλους που διακατέχει αυτή την επιστήμη, είναι πως οφείλει να αφυπνίζει την κοινωνική συμμετοχή προκειμένου να αρθούν περιορισμοί (κοινωνικοί, επαγγελματικοί ή θεσμικοί), που συναντούν τα άτομα με αναπηρία.

Σε γενικές γραμμές, υπό το υγειονομικό πρίσμα, καθορίζεται ως «μια διαδικασία δραστηκής αλλαγής μέσω της οποίας ένα άτομο που κατέστη ανάπηρο αποκτά τη γνώση και τις λειτουργίες που απαιτούνται για την καλύτερη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα» (UEMS, 2006)

Η επιστημονική κοινότητα που θεμελιώνει την αποκατάσταση είναι η φυσική ιατρική και αποκατάσταση, όπου αυτή συνιστάται ως μια ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα που έχει σαν αντικείμενο την προαγωγή της φυσικής και γνωσιακής λειτουργικότητας, των δραστηριοτήτων, της συμπεριφοράς, της συμμετοχής και της προσαρμογής των ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Στο πεδίο της αναπτύσσονται διαδικασίες που αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της αποκατάστασης ατόμων όλων των ηλικιών με παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αναπηρία ή νοσηρότητα. Η εξάσκηση της ΦΙΑΠ γίνεται σε όλα τα επίπεδα εξέλιξης της νόσου σύμφωνα με την ακολουθία «Αιτία-Παθολογία-Σύνδρομο-Σύμπτωμα-Πάθηση» (Δημητρακόπουλος, 2017).

## 1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη εφαρμογή της ΦΙΑΠ συναντάται στους Ομηρικούς χρόνους με την αναφορά για αποκατάσταση του Ήρωα Φιλοκτήτη. Ο Φιλοκτήτης (γνωστός Ομηρικός ήρωας) αποτελεί το πρώτο ιστορικό πρόσωπο στο οποίο εφαρμόστηκε θεραπεία αποκατάστασης από τον Απόλλωνα και τον Ασκληπιό στη Λήμνο όπου είχε εγκαταλειφθεί από τους συντρόφους του, καθώς μετά από δάγκωμα φιδιού αδυνατούσε να τους ακολουθήσει στην Τροία και να συμμετέχει στον Τρωικό πόλεμο. Επίσης, στην αρχαία Ελλάδα, ο Ηρόδικος (διδάσκαλος του Ιπποκράτη), θεμελιώνει την γυμναστική ως θεραπευτική μέθοδο αποκατάστασης, ενώ ο Ιπποκράτης εφαρμόζει φυσικές τέχνες για τη θεραπεία αρκετών ασθενειών και προάγει την τέχνη της ιάσεως σε επιστήμη. Παράλληλα, ο Ισοκράτης, ο Αριστοτέλης, ο Ασκληπιός και ο Γαληνός αναφέρουν και αυτοί με τη σειρά τους στα συγγράμματά τους φυσικές τεχνικές όπως οι μαλάξεις και η γυμναστική, ως τρόπους αποθεραπείας και αποκατάστασης διαφόρων παθήσεων.

Αναφορές και πληροφορίες για την ΦΙΑΠ όμως συναντάμε και σε άλλους παλαιούς πολιτισμούς όπως η Αίγυπτος, η Κίνα, η Περσία και η Ινδία. Αποδεικνύεται λοιπόν, πως επί αιώνες, ο άνθρωπος χρησιμοποιούσε τις φυσικές τεχνικές (γυμναστική, εφαρμογή επιθεμάτων ή χρήση θερμών/κρύων μέσων) για να αντιμετωπίσει τις παθήσεις του.

Η ΦΙΑΠ εδραιώθηκε ως ανεξάρτητος θεραπευτικός κλάδος μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο λόγω του πλήθους επιζώντων στρατιωτών με σοβαρές αναπηρίες, οι οποίοι έπρεπε να επανενταχθούν στην κοινωνία. Στις Η.Π.Α. αναπτύχθηκε ραγδαία μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ και το 1938 ο Δρ. Frank H. Krusen εισήγαγε τον όρο Φυσιάτρος, ο οποίος έγινε επίσημα αναγνωρίσιμος το 1946 από την Αμερικανική Ιατρική ένωση (Braddom, 1966)

Στη σημερινή εποχή η ΦΙΑΠ εξασκείται στις περισσότερες χώρες του κόσμου και αναπτύσσεται μέσα από την ιατρική έρευνα και την ταχύτατα εξελισσόμενη πρόοδο της τεχνολογίας. Στη χώρα μας, η ειδικότητα του φυσιάτρου αναγνωρίστηκε το 1974 και στην παρούσα φάση οι ειδικευμένοι πανελλαδικά αριθμούν τους ~200 επαγγελματίες. Για να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού της Ελλάδας θα έπρεπε να υπήρχαν τουλάχιστον 500 φυσιάτροι (Μιχαήλ, 2013)

## **1.5 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Κύριο μέλημα της αποκατάστασης είναι να παρέχει στους πάσχοντες τη δυνατότητα να ζήσουν με τον τρόπο που επιθυμούν, παρά τα ελλείμματα που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της νόσου ή του τραυματισμού. Για την μέγιστη επιτυχία αυτού του στόχου, είναι προαπαιτούμενο να συνδυαστούν τα κατάλληλα μέτρα έτσι ώστε τα άτομα να μπορέσουν να αξιοποιήσουν τα ελλείμματα υπέρ τους, να ελαχιστοποιήσουν τα εμπόδια συμμετοχής τους στο περιβάλλον του και να εξασφαλίσουν την ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο που ανήκουν (Πετροπούλου, 2006)

Για να λειτουργήσει προς όφελος του ατόμου με αναπηρία, η ανθρωποκεντρική επιστήμη της αποκατάστασης, θα πρέπει να αφουγκραστεί τις επιθυμίες του ατόμου, να αναλύσει τις δυνατότητές του, να εκτιμήσει την πρόγνωση της κατάστασής του, να αποσαφηνίσει το χαρακτήρα του ελλείμματος και να προσδιορίσει την ικανότητά του στην εκμάθηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων που θα το βοηθήσουν να βελτιωθεί. Απαραίτητο είναι επίσης, να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο είναι εφικτό να ξεπεραστούν τα εμπόδια του περιβάλλοντος του ατόμου (είτε είναι φυσικά, είτε συμπεριφορικά). Επομένως, ο κλάδος της ΦΙΑΠ έχει σαν επιμέρους στόχους:

- ✓ Τη συμμετοχή στη διάγνωση
- ✓ Το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου που εξατομικεύεται στις ανάγκες κάθε ατόμου με αναπηρία χωριστά
- ✓ Την πρόληψη των πιθανών επιπλοκών
- ✓ Την βελτίωση ή εξομάλυνση των λειτουργικών ελλειμμάτων
- ✓ Την ανάπτυξη των λοιπών δυνατοτήτων του οργανισμού που έμειναν ανεπηρέαστες από την νόσο ή τον τραυματισμό
- ✓ Την επανεκπαίδευση και προσαρμογή υπό τις μόνιμες ανικανότητες
- ✓ Την εφαρμογή τεχνολογικών μέσων ως απόπειρα «υποκατάστασης» της φυσικής λειτουργίας
- ✓ Την κοινωνική επανένταξη

Η αποκατάσταση έχει τη δυνατότητα να μετατρέψει τις συνέπειες της αναπηρίας, σε λειτουργικότητα που ωφελεί τον άρρωστο, το περιβάλλον του και την κοινωνία. Η επίτευξη της μέγιστης αυτονομίας, επαφίεται στην προαγωγή της ατομικής ανεξάρτητης λειτουργικότητας μέσα από τη δραστηριοποίηση και την ελαχιστοποίηση των δευτερογενών επιπλοκών (Melin & Fugl, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1. ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η αναπηρία είναι η έλλειψη αρτιμέλειας και γενικότερα η σωματική ή πνευματική ανικανότητα που μπορεί να προκληθεί από αιφνίδιο παράγοντα, γήρας ή άλλη σωματική ή πνευματική αιτία (Τριανταφυλλίδης, 2008). Ο όρος καλύπτει ένα ευρύ φάσμα που αφορά τόσο την ελλειπτική περαίωση μιας δραστηριότητας (π.χ. εκτέλεση μιας διαδικασίας) όσο και της συμμετοχής.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, περίπου το 15% του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει ενός είδους αναπηρία. Στη χώρα μας, αυτό το ποσοστό ανέρχεται στο 24,7% του πληθυσμού. Τα άτομα αυτά στην πλειοψηφία τους βιώνουν τις αρνητικές συνέπειες της αναπηρίας όπως είναι ο κοινωνικός στιγματισμός, η προκατάληψη, οι συνθήκες διαβίωσης και πολλά άλλα.

Στόχος της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την Αναπηρία 2010-2020 (η οποία βασίστηκε στη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρία – απόφαση 2010/48/ΕΚ), είναι τα ΑμεΑ να μπορούν να κάνουν χρήση όλων των δικαιωμάτων τους και να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία αλλά και την οικονομία. Οι κατηγορίες όπου υπάγονται τα ΑμεΑ είναι:

- ❖ Κατηγορία 0 : Δεν υφίσταται λειτουργικός περιορισμός και αναπηρία
- ❖ Κατηγορία 1: Ελαφρά αναπηρία. Παρατηρείται δυσανεξία λόγω προβλημάτων υγείας από τα οποία υποφέρει το άτομο. Υπάρχει κάποιος περιορισμός της λειτουργικότητας σε λίγες δραστηριότητες χωρίς να δημιουργείται εξάρτηση από άλλο άτομο.
- ❖ Κατηγορία 2: Μέτρια αναπηρία : Παρατηρείται σαφής περιορισμός της δραστηριότητας, χωρίς να υπάρχει η ανάγκη χρήσης υποστηρικτικών μέσων ή υποστηρικτικής τεχνολογίας
- ❖ Κατηγορία 3: Σοβαρή αναπηρία. Υπάρχει σημαντικός περιορισμός των δραστηριοτήτων, πράγμα που δημιουργεί την ανάγκη για ύπαρξη τρίτου προσώπου για κάποιες δραστηριότητες



❖ Κατηγορία 4: Πολύ σοβαρή αναπηρία ή πλήρης αναπηρία. Η εξάρτηση από άλλα πρόσωπα είναι πλήρης. Σχεδόν όλες οι δραστηριότητες, είναι περιορισμένες σε πολύ μεγάλο βαθμό (Τζάρα, 2011)

Η ανάγκη εφαρμογής πολιτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο που διευρύνουν την ανεξαρτησία και ενισχύουν την αυτονομία κρίνεται επιτακτική. Οι πολιτικές αυτές μπορεί να αφορούν την προσβασιμότητα (δηλαδή την πρόσβαση σε υπηρεσίες ή αγαθά), την απασχόληση (δηλαδή την αύξηση του πλήθους των εργαζομένων ΑμεΑ), την ισότητα (δηλαδή την εξάλειψη των διακρίσεων), τη συμμετοχή (δηλαδή την άσκηση των δικαιωμάτων του χωρίς εμπόδια), την εκπαίδευση (δηλαδή την ίση μεταχείριση και πρόσβαση σε συστήματα εκπαίδευσης ή δια βίου μάθησης), την κοινωνική προστασία (δηλαδή την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ή την διεκδίκηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης), την υγεία (δηλαδή ευκολία πρόσβασης σε όλες ανεξαρτήτου είδους υπηρεσίες υγείας) και τέλος τις εξωτερικές δράσεις (δηλαδή την αφύπνιση της κοινωνικής συνείδησης και την προώθηση δικαιωμάτων των ΑμεΑ) (Αλεξιάδου, 2020)

## **2.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ICF**

Στο πρόσφατο παρελθόν, η αξιολόγηση της αναπηρίας γινόταν αποκλειστικά ιατροκεντρικά και μόνο με τη μέθοδο της διάγνωσης. Η προσέγγιση αυτή λειτούργησε μειονεκτικά έναντι των ΑμεΑ, καθώς η διάγνωση αυτή καθαυτή, δεν είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις πιθανές αναπηρίες που θα προκύψουν μετά την έλευση της βλάβης. Αυτό συνέβη γιατί η φυσική πορεία της βλάβης δεν οδηγεί πάντα στον ίδιο βαθμό αναπηρίας. Συμπληρωματικά, αξίζει να αναφερθεί πως οι περιορισμοί που υπάρχουν για ένα ΑμεΑ στην Ελλάδα δεν είναι παρόμοιοι με εκείνους που υπάρχουν σε χώρες με αυξημένη την κοινωνική ευαισθησία. Προκύπτει λοιπόν, πως η αναπηρία είναι εσφαλμένο να αντιμετωπιστεί ως ένα πρόβλημα υγείας του ατόμου, το οποίο θα θεραπευτεί μετά από ιατρικές παρεμβάσεις.

Η εντόπιση των μειονεκτημάτων του ιατροκεντρικού μοντέλου αξιολόγησης της αναπηρίας, οδήγησε τον ΠΟΥ στη δημιουργία της Διεθνούς Ταξινόμησης της

Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ICF). Το ακρωνύμιο προέρχεται από τις λέξεις International Classification of Functioning, Disability and Health. Το ICF αποτελεί ένα πρωτοποριακό, επιστημονικό και παγκοσμίως αποδεκτό και εγκεκριμένο σύστημα ταξινόμησης και αξιολόγησης. Το ICF είναι προσαρμοσμένο και στην Ελληνική πραγματικότητα με μεταφράσεις και κώδικες που εξυπηρετούν την επικοινωνία μέσω κοινής γλώσσας, μεταξύ των δομών υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών, των φορέων αλλά και του ασθενούς και της οικογένειάς του. (ΥΥΚΑ, 2012)

Με σύστημα ICF αλληλοεπιδρούν οι έννοιες της υγείας και της αναπηρίας συνθέτοντας το βιολογικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό προφίλ της πολύπλευρης οντότητας του ατόμου. Η αξιολόγηση της αναπηρίας έχει πάψει να στηρίζεται στην ιατρική γνωμάτευση και θεωρείται διεθνώς μια διακριτή ανθρώπινη εμπειρία την οποία δυνητικά όλοι μπορεί να βιώσουν. Με αυτό το δεδομένο, τον πιθανό κλονισμό της υγείας όλων των ατόμων, το ICF εστιάζει:

- ❖ Στα προβλήματα που επιφέρει η αναπηρία στην καθημερινή λειτουργικότητα και αυτονομία
- ❖ Στο πραγματικό περιβάλλον διαβίωσης ή και εργασίας, όπως επίσης και στις συνθήκες διαβίωσης
- ❖ Στο τρόπο με τον οποίο το περιβάλλον του ατόμου θα επιδράσει στην ικανότητά του για συμμετοχή στην καθημερινή ζωή

### **2.3. Η ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Το Υπουργείο Υγείας έχει καθορίσει τις δημόσιες μονάδες «κοινωνικής φροντίδας», οι οποίες ανάλογα με τη λειτουργία τους έχουν διάφορες ονομασίες και άλλες δομές που επιτελούν αυτόνομα και ανεξάρτητα επιμέρους έργα, προσφέροντας ολοκληρωμένες ή μη υπηρεσίες. Η μη στοχευμένες υπηρεσίες ή η σχετική ασάφεια που επικρατεί για τις δημόσιες δομές σίγουρα δεν ισχύει για τον ιδιωτικό τομέα. Τα τελευταία έτη, παρατηρείται μια ραγδαία αυξητική δραστηριότητα των ιδιωτικών δομών αυτών, ειδικά μέσα από τις ενώσεις που έχουν

συσταθεί όπως την Ένωση Κέντρων Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Ελλάδος (Ε.Κ.Α.Α.Ε.). Οι ενέργειες και οι διαδικασίες που διασφαλίζουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας θεωρείται δεδομένη στα ιδιωτικά Κ.Α.Α. (Αρσενοπούλου, 2010)

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχουν κλινικές Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης (Φ.Ι.Α.Π.) σε δημόσια νοσοκομεία (Ε.Σ.Υ.) που λειτουργούν σε συνεργασία με τις υπόλοιπες κλινικές ή και με κέντρα αποκατάστασης για την παροχή ενός ολοκληρωμένου έργου.

Οι υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται όταν διαπιστωθεί η ανάγκη αποκατάστασης από την ιατρική ομάδα, μέσα από εξειδικευμένα κέντρα όπως για παράδειγμα το Schweizer Paraplegiker – Zentrum Nottwill στην Ελβετία ή νοσοκομεία αποκατάστασης όπως το γνωστό Stoke Mandeville Hospital στην Αγγλία (Αρσενοπούλου, 2010)

## **2.4. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Η γήρανση των πληθυσμών, συνεπάγεται για αύξηση στο επίπεδο αναπηρίας, το οποίο θα έχει αντίκτυπο στην αύξηση του φόρτου της φροντίδας, αύξηση του κόστους της φροντίδας και εμπλουτισμένη κοινωνική φροντίδα. Αυτό αποδεικνύεται, λαμβάνοντας υπόψη ότι στη σημερινή κοινωνία είναι αυτονόητη η προσδοκία της «καλής υγείας», αυτόματα συμπεραίνουμε ότι αυτό δημιουργεί αυξημένες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των Κ.Α.Α. Επίσης, η επιβίωση από μια σοβαρή νόσο ή έναν τραυματισμό αφήνει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων με πληθώρα προβλημάτων και λειτουργικών ελλειμμάτων. Επομένως, η παροχή της δομημένης και ολιστικής φροντίδας στην οξεία φάση, θα οδηγήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης.

Η αντιμετώπιση των βλαβών που αποτελούν συνέπεια τραυματισμού ή νόσου δεν επάγεται μόνο βελτίωση της ιδιωτικής ζωής του αρρώστου αλλά και όφελος στην οικονομία της υγείας καθώς έτσι διασφαλίζεται έως ένα βαθμό η μείωση των δαπανών για την

μακρόχρονη νοσηλεία, την πιθανή επανεισαγωγή στο νοσοκομείο αλλά και την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν. Γεγονός το οποίο εμπίπτει άμεσα στη φροντίδα υγείας, στο χρόνο εργασίας και στις συντάξεις.

Η αποκατάσταση είναι αποτελεσματική στη μείωση της επιβάρυνσης που επιφέρει η αναπηρία και στην ενίσχυση των ευκαιριών ατόμων με αναπηρία. Έχει αποδειχθεί ότι η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης είναι λιγότερο δαπανηρή από το να μην υπάρχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες. Επομένως, κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν μέτρα όπως:

- ❖ Δημοσιοποίηση των οφελών και των αποτελεσμάτων της αποκατάστασης
- ❖ Προαγωγή της άνευ εμποδίων πρόσβασης σε υπηρεσίες αποκατάστασης, ως αναφαίρετο θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα
- ❖ Επίγνωση εις βάθος των αναγκών των ΑμεΑ και βελτίωση της κοινωνικής αντίληψης για την αναπηρία
- ❖ Υποστήριξη των εξειδικευμένων δομών αποκατάστασης και προώθηση της δια βίου εκπαίδευσης της διεπιστημονικής ομάδας
- ❖ Εδραίωση κοινών υψηλών προτύπων φροντίδας βασισμένα σε επιστημονικά δεδομένα (UEMS, 2006)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η πρόσβαση στην αποκατάσταση είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η Ευρωπαϊκή νομοθεσία καθιστά ξεκάθαρο ότι άτομα με αναπηρίες πρέπει να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε κατάλληλη αποκατάσταση. Το Συμβούλιο της Ευρώπης πρότεινε νομοθεσία δικαιωμάτων αναπηρίας, η οποία βασικά καλύπτει τα παρακάτω:

- Πρόληψη αναπηρίας και εκπαίδευση υγείας
- Αναγνώριση και διάγνωση
- Θεραπεία και θεραπευτικά βοηθήματα
- Εκπαίδευση
- Επαγγελματική καθοδήγηση και κατάρτιση
- Εργασία
- Κοινωνική ένταξη και περιβάλλον
- Κοινωνική, οικονομική και νομική προστασία
- Εκπαίδευση ατόμων που συσχετίζονται με την αποκατάσταση
- Πληροφόρηση
- Στατιστικά δεδομένα και έρευνα (Λευκή Βίβλος της ΦΙΑΠ στην Ευρώπη, 2006)

### 3.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Το δυναμικό της αποκατάστασης ενός ατόμου, δεν είναι δυνατό να μελετηθεί ξεχωριστά από το αποτέλεσμα που θα επερχόταν χωρίς αποκατάσταση. Η ομάδα αποκατάστασης και ειδικότερα ο συντονιστής/φυσίατρος, θα αποφανθούν για το αν θα είναι ωφέλιμο το πρόγραμμα

αποκατάστασης και θα οδηγήσει σε επίτευξη ρεαλιστικών στόχων σε σχέση με το να εγκαταλειφθεί η ανάρρωση ή να αφεθεί στην τύχη.

Η φυσική εξέλιξη της βλάβης και οι επερχόμενες συνέπειες (είτε ελλείμματα, είτε αναπηρίες) αποτελούν σπουδαίο κομμάτι της τελική έκβαση μετά την αποκατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου η ανάρρωση είναι άμεση ή αυτόματη και η πρώιμη παρέμβαση μπορεί λανθασμένα να δημιουργήσει την εντύπωση ότι η θεραπεία υπήρξε αποτελεσματική. Σε άλλη περίπτωση, η πρώιμη παρέμβαση μπορεί να συσχετιστεί με μια βελτιωμένη έκβαση ακόμη και όταν δεν επέλθει πλήρης ανάρρωση. Τα προγράμματα αποκατάστασης είναι δυνατόν να διευκολύνουν την καθημερινότητα ατόμων με μόνιμες ή προσωρινές βλάβες (όπως και τις ζωές των οικογενειών τους) όμως η έλλειψη αυτών είναι ικανή να επιφέρει καταγιστικά επακόλουθα στα άτομα, όπως μείωση της ανεξάρτητης λειτουργικότητας αλλά και της ποιότητας ζωής.

Ακόμα και στο απόλυτα πρώιμο επίπεδο, χωρίς την αποκατάσταση, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και απώλειας της λειτουργικότητας, που οδηγούν σε καθυστερημένη έξοδο από το νοσοκομείο. Οι δομές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών έχουν νομικό καθήκον να παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης σύμφωνα με τις ανάγκες όλων των ασθενών.

Επακόλουθο της απουσίας της αποκατάστασης, μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να εμφανιστούν περαιτέρω βλάβες όπως: ακινησία (που περιλαμβάνει μυϊκή αδυναμία, μυϊκές ατροφίες, έλκη κατακλίσεων, σπαστικότητα, συγκάμψεις), πόνος, αδυναμία

κατάποσης και σίτισης, προβλήματα κύστεως και εντέρου, προβλήματα επικοινωνίας, επιπλοκές υποκείμενων καταστάσεων.

Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση θα πρέπει να συνεχίζει να παρακολουθεί τους ασθενείς και μετά την επιστροφή τους στην κοινωνία, ώστε να προλαμβάνονται:

- ⇒ τα δευτερογενή προβλήματα υγείας και η κοινωνική απομόνωση
- ⇒ η εξουθένωση των φροντιστών από το φόρτο της φροντίδας και την κατάρρευση της οικογένειας
- ⇒ οι άσκοπες εισαγωγές των ασθενών σε ιδρύματα και γηροκομεία
- ⇒ οι επείγουσες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο
- ⇒ η ακατάλληλη και άκαιρη συνταγογράφηση εξοπλισμού αναπηρίας
- ⇒ η αδυναμία αναβάθμισης του εξοπλισμού αναπηρίας υπό το φως προηγμένης τεχνολογίας. (Λευκή Βίβλος της ΦΙΑΠ στην Ευρώπη, 2006)

### 3.3. ΟΜΑΔΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην ομάδα αποκατάστασης, δουλεύουν μέσα σε αυτή ως ενεργά μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας αντιλαμβανόμενα τους ρόλους και σεβόμενοι τις αξίες του κάθε συνεργάτη ξεχωριστά. Η ομάδα συνεργάζεται με τον πάσχοντα και το περιβάλλον, με σκοπό να οριστούν εφικτοί, ρεαλιστικοί και χρονικά καθορισμένοι θεραπευτικοί στόχοι στα πλαίσια ενός συνολικά συντονισμένου προγράμματος αποκατάστασης. Οι στόχοι αναθεωρούνται ανά συχνά διαστήματα και ανάλογα με την εξέλιξη του ασθενούς.

Το επίκεντρο όλων είναι ο άρρωστος και δεν κινούνται με γνώμονα την ιεραρχία ή την ειδικότητα. Η εξασφαλισμένη αρμονική και ενορχηστρωμένη συνεργασία όλης της ομάδας, απαιτεί προγραμματισμένη και εποικοδομητική επικοινωνία όλων των μελών σε συχνές συναντήσεις. Στις συναντήσεις αυτές αναλύονται οι πιθανοί κίνδυνοι που είναι πιθανό να διατρέχει ο ασθενής την παρούσα περίοδο, αναλύεται η πρόγνωση της νόσου και η επίδραση αυτής στη λειτουργικότητα του ασθενή, συμφωνούνται από κοινού οι επόμενοι στόχοι και οι δραστηριότητές του και οτιδήποτε άλλο μπορεί να φανεί επωφελές για τον άρρωστο. Μετά το πέρας των συναντήσεων ο ασθενής ακολουθεί ένα πιο εξατομικευμένο πρόγραμμα αποθεραπείας καθώς έχουν αναθεωρηθεί οι παρεμβάσεις του κάθε επαγγελματία ξεχωριστά. Ακολούθως παρατίθενται οι ειδικότητες:

#### Ιατρός Αποκατάστασης

Οι αρμοδιότητες του φυσιάτρου είναι ποικίλες και πολυδιάστατες. Είναι υπεύθυνος για την διάγνωση της νόσου, τον καθορισμό του βαθμού λειτουργικότητας ή της βλάβης, την θέσπιση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, διατηρεί την καθολική επιστημονική ευθύνη και εποπτεύει ολιστικά την κάθε θεραπευτική παρέμβαση και παρακολουθεί κάθε στάδιο της εξέλιξης. Επίσης, συντονίζει τις ενέργειες των επιστημών/μελών της ομάδας αποκατάστασης με απώτερο στόχο την ευεργετική για τον ασθενή συνεργασία όλων. Συνταγογραφεί το πρόγραμμα αποθεραπείας, επιβλέπει την πρόοδό του και παρεμβαίνει με συστάσεις ή κατευθύνσεις αναλόγως με την πορεία του ασθενή. Παράλληλα, συνταγογραφεί χρόνια φάρμακα ή ειδικά σκευάσματα, αναπηρικά αμαξίδια όπως και οποιουδήποτε είδους μηχανήματος υποστηρικτικής τεχνολογίας.

### Εξειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία αποκατάστασης

Στον πυρήνα της ομάδας βρίσκεται το νοσηλευτικό προσωπικό αποκατάστασης. Τα καθήκοντά του είναι σύνθετα, πολυδιάστατα και ζωτικής σημασίας. Ο νοσηλευτής αποκατάστασης, έρχεται για πολλές ώρες σε άμεση, καθημερινή επαφή με τον άρρωστο, επομένως είναι το πρώτο μέλος της ομάδας αποκατάστασης που αναλαμβάνει να εισάγει τον ασθενή στη λειτουργική αποκατάσταση. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την προαγωγή της υγείας, την ευημερία και την ευεξία του αρρώστου, καθώς όλα αυτά αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για να αποδώσει τα μέγιστα ο ασθενής στις συνεδρίες αποθεραπείας με τον κάθε επαγγελματία χωριστά. Συμμετέχει στις συναντήσεις της διεπιστημονικής ομάδας και συνεργάζεται στην εκπόνηση του εξατομικευμένου θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Εκπαιδεύει τον ασθενή και την οικογένειά του σε διαδικασίες, παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτικές υπηρεσίες, φροντίζει για την ποιοτική διαβίωση του ασθενή και συνδράμει στην καθημερινή ψυχολογική υποστήριξη και τόνωση. Είναι υπεύθυνος για τον περιορισμό της διασποράς ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τηρεί απαρέγκλιτα όλα τα υγειονομικά πρωτόκολλα. Στα καθήκοντά του επίσης συμπεριλαμβάνεται η πρόληψη συγκάμψεων με ορθή τοποθέτηση του ασθενούς στην κλίνη, η φροντίδα των ελκών από πίεση, των τραυμάτων, των παροχετεύσεων, όλων των καθετήρων, παρακολουθεί τις πιθανές νευρολογικές, διατροφικές, ψυχολογικές, παθολογικές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν. Ασχολείται με τις διαταραχές της νευρογενούς κύστης, τη διαχείριση της σπαστικότητας, χορηγεί τη νοσηλεία του αρρώστου και συμμετέχει στις θεραπευτικές συνεδρίες εάν κριθεί αναγκαία η συμβολή του.

### Φυσικοθεραπευτές

Κεντρικός άξονας στην διεπιστημονική ομάδα είναι αυτός των φυσικοθεραπευτών. Ο ρόλος τους κατά κύριο λόγο είναι η εφαρμογή χειρισμών και τεχνικών, βασισμένων στην επιστήμη της φυσικοθεραπείας. (Σιούτης, Μιχαήλ & Λαγόγιαννης, 2007). Ομοίως όπως και όλα τα μέλη, συμμετέχουν πολύ ενεργά στην ομάδα αποκατάστασης για κάθε θεραπευτικό στόχο που ορίζεται. Επίσης, εξειδικεύονται στην εφαρμογή ειδικών τεχνικών κινησιοθεραπείας για την μυική ενδυνάμωση, βελτίωση της μυϊκής αντοχής και τον καλύτερο συντονισμό των κινήσεων. Παράλληλα, είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή και εκτέλεση αναπνευστικής φυσικοθεραπείας που συμβάλλει υπερθετικά για τον άρρωστο, για την εφαρμογή των κατάλληλων φυσικών μέσων ώστε να ανακουφίσουν από τον πόνο, να αυξήσουν το εύρος



κίνησης και να προετοιμάσουν τον ασθενή για την κινησιοθεραπεία ή την χρήση ειδικών μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας για την εκτέλεση νεότερων θεραπευτικών τεχνικών. Επίσης, ασχολούνται εντατικά με την επανεκπαίδευση της βάδισης σε ομαλό και ανώμαλο έδαφος ή την άνοδο-κάθοδο κλίμακας. Στην ομάδα φυσικοθεραπείας ανήκουν αναφαίρετα οι υδροθεραπευτές και φυσικά οι γυμναστές.

### Λογοθεραπευτές

Οι λογοθεραπευτές με τη σειρά τους συμβάλλουν με τις παρεμβάσεις τους θεραπευτικά στα πλαίσια της αξιολόγησης και επανεκπαίδευσης κατάποσης, όπως και στην επανεκπαίδευση των νοητικών λειτουργιών. Ασχολούνται με θεραπευτικές τεχνικές, συμβουλευτική και επανένταξη στην κοινωνική και εργασιακή ζωή. Επίσης, αξιολογούν και προσπαθούν να αναπτύξουν όλα τα είδη της επικοινωνίας, περιλαμβανομένου του συνειρμού, της μνήμης, της προσοχής και του «εκφραστικού» λόγου και ομιλίας

### Εργοθεραπευτές

Οι εργοθεραπευτές συνδράμουν με τη σειρά τους καθώς στις αρμοδιότητές τους συμπεριλαμβάνονται τεχνικές που στοχεύουν στη βελτίωση λειτουργικότητας των άνω άκρων, την βελτίωση του συντονισμού της κινητικότητας και της αισθητικότητας. Βοηθούν στην αυτοεξυπηρέτηση, στην επανένταξη στην κοινότητα και συμμετέχουν στην συμβουλευτική εκπαίδευση ασθενών και συνοδών. Αναλαμβάνουν την κατασκευή ναρθήκων και βοηθημάτων και μπορούν να προτείνουν την εργονομική διευθέτηση χώρων.

### Ψυχολόγος

Η ειδικότητα του ψυχολόγου επί του πρακτέου ασχολείται κατά κύριο λόγο με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του, είτε από ατομικές είτε από ομαδικές συνεδρίες. Παρέχει ψυχολογικές (ψυχοδιαγνωστικές και ψυχοθεραπευτικές) υπηρεσίες προς τους ασθενείς, εκτελεί ψυχολογικά τεστ και συνδράμει συμβουλευτικά προς

την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα καθώς η ψυχολογική ευημερία του ασθενή αποτελεί θεμέλιο για να αποδώσει τα μέγιστα στις θεραπευτικές συνεδρίες.

#### Κοινωνικός Λειτουργός

Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι πολυάριθμα έγκεινται στην παροχή ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στους αρρώστους και στου οικείους τους, έτσι ώστε να κατανοήσουν και να εναρμονιστούν με τη δεδομένη συνθήκη. Σε αυτό το πλαίσιο παράλληλα διερευνά και το κοινωνικό υπόβαθρο του ασθενή. Ορίζει υπεύθυνο συνοδό άτομο του ασθενή ώστε να αναλαμβάνεται η ευθύνη του όταν ο άρρωστος χρήζει προσωρινής επίβλεψης. Παράλληλα, εξηγεί στον ασθενή και την οικογένεια για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του, ενημερώνει για τα προνοιακά επιδόματα και διασυνδέει τους ενδιαφερόμενους με υπηρεσίες εκτός Κ.Α.Α.

#### Κλινικός Διαιτολόγος

Ο διαιτολόγος είναι υπεύθυνος για τη διατροφική αξιολόγηση του ασθενούς και τη διαμόρφωση του εξατομικευμένου διαιτολογίου. Ρυθμίζει το βάρος και το μεταβολισμό, αποτρέπει την υποθρεψία, αντιμετωπίζει την απώλεια μυϊκής μάζας και την καχεξία όπως και την παχυσαρκία. Είναι υπεύθυνος να παρακολουθεί διαταραχές όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, να μεριμνά για πιθανές αλλεργίες, να λαμβάνει υπ' όψη του τις εντερικές διαταραχές ή ακόμη και του εμετούς.

Καταλήγοντας, Συμπεραίνουμε πως ολόκληρη η διεπιστημονική ομάδα συντονίζεται από τον φυσίατρο και έχει ως μοναδικό στόχο την οργάνωση και ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης του συγκεκριμένου ασθενούς.

### **3.4. ΟΜΑΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Το φάσμα της αποκατάστασης είναι ευρύ και διακρίνεται για τις υπηρεσίες που παρέχει σε πρωτοβάθμιο επίπεδο αλλά και σε κλινικό. Στο πρώτο επίπεδο η αποκατάσταση μπορεί να παρέχει υπηρεσίες που μπορούν να βοηθήσουν άτομα τα οποία πάσχουν από νοσήματα της

σπονδυλικής στήλης, από αρθροπάθειες, προβλήματα χρόνιου πόνου ακόμη και να συνεισφέρουν στην ανακούφιση επαγγελματιών που καταπονούν τον οργανισμό τους όπως χορευτές ή αθλητές. Μπορεί επίσης να συμβάλλει στη βελτίωση των προβλημάτων αντιληπτικότητας όπως π.χ. αποπροσανατολισμού, προσοχής ή μνήμης. Ασχολείται με ζητήματα παρεμπόδισης της έκφρασης όπως απραξία, αγνωσία, απάθεια ή προβλήματα επικοινωνίας όπως αφασία. Οι ομάδες παθήσεων που χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης μπορούν να χωριστούν στις ακόλουθες ομάδες:

Βλάβες του νευρικού συστήματος : ΣΚΠ, Κ.Ε.Κ., Α.Ε.Ε., παθολογικές ή τραυματικές βλάβες του νωτιαίου μυελού, παραπληγίες, τετραπληγίες, εκφυλιστικές παθήσεις του νευρικού ιστού, συγγενείς ή οικογενείς παθήσεις, μυοπάθειες κ.α.

Βλάβες του μυοσκελετικού συστήματος : πολυκαταγματίες, πολυτραυματίες, κακώσεις ΣΣ, οστεοπορωτικά κατάγματα, ρευματοπάθειες, εκφυλιστικές αρθροπάθειες, ακρωτηριασμός κ.α.

Βλάβες του καρδιοαναπνευστικού συστήματος: OEM, ΧΑΠ, βαλβιδοπάθειες, μετα-ανακοπικές βλάβες

Ειδικές βλάβες επί εδάφους νευρολογικών βλαβών όπως π.χ. νευρογενής κύστη, διαταραχές ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών κ.α.

Ειδικές νοσολογικές οντότητες εκ γενετής όπως για παράδειγμα εγκεφαλική παράλυση κ.α..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για την αποτελεσματική αποκατάσταση είναι απαραίτητη η καθολική και εναρμονισμένη συνεργασία όλων των φορέων της αποκατάστασης. Οι ασφαλιστικοί φορείς, η πρωτοβάθμια φροντίδα, τα νοσοκομεία, τα Κ.Α.Α. και κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης όπως και τα επιμέρους εξειδικευμένα πεδία της διεπιστημονικής ομάδας (φυσικοθεραπευτής, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης, λογοθεραπευτής κ.α.) έχουν την τάση να λειτουργούν κατά το δοκούν και να προκαλούν σύγχυση λόγω του προβληματικού συντονισμού. Φαινόμενα κακού σχεδιασμού, απουσίας οργάνωσης ή ενέργειες του ασθενή που προκύπτουν μετά αυτοσχεδιασμό αποτελούν η μη αυτονόητη πορεία στην αποκατάσταση ενός ελλείματος ή συχνά το γραφειοκρατικό σύστημα. Ο αυτοσχεδιασμός του ασθενή προέρχεται από την ανάγκη του για σύντομη και άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες αποκατάστασης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες επιλογές. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να παρατηρηθεί και από το ανθρώπινο δυναμικό ενός Κ.Α.Α. Οι ενέργειες που προκύπτουν μετά από αυτοσχεδιασμό ή είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας συνήθως έχουν αρνητική έκβαση και συνδέονται με αύξηση του κόστους (Σιούτης, Μιχαήλ & Λαζογιάννης., 2007)

Η χρήση ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και ταξινόμησης του λειτουργικού ελλείματος του ασθενή αποτελεί επιβεβλημένο μέτρο ελέγχου. Με αυτόν τον τρόπο, η κεντρικά ελεγχόμενη δικτύωση των φορέων της αποκατάστασης θα είναι σε θέση προάγει τον θεραπευτικό, προληπτικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό της ρόλο. Τα κοινωνικο-οικονομικά οφέλη είναι πρωταρχικά και θεμελιώδη καθώς θα είναι ευκολότερο να καθοριστεί η ενιαία ποιοτικά και ποσοτικά παροχή «απαραίτητης περίθαλψης», θα μειωθεί ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, θα επέλθει ταχύτερη πορεία στην αποκατάσταση και θα αμβλυνθεί ο αριθμός των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο.

Είναι κατάδηλο πως η ανάπτυξη του τομέα της αποθεραπείας και αποκατάστασης στη χώρα μας ανήκει στα πρωταρχικά βήματα του σχεδίου μείωσης του κόστους της οικονομίας αλλά και αποτελεσματικό μηχανισμό ελέγχου των αληθινών ιατροασφαλισμένων αναγκών του ήδη αυξημένου ποσοστού χρονίως πασχόντων. Στο κατώφλι καταγιστικών οικονομικών περικοπών αλλά και σε εποχή δημογραφικών διαφοροποιήσεων, η αποδοτική λειτουργία των δομών αποκατάστασης θα έχει ως άμεση συνέπεια κοινωνικο-οικονομικά οφέλη.

Πιστεύουμε ότι σε εποχές δημογραφικών αλλαγών και οικονομικών περικοπών η αποδοτική δικτύωση του συστήματος αποκατάστασης θα αποφέρει αρκετά κοινωνικοοικονομικά οφέλη (Σιούτης, Μιχαήλ & Λαξογιάννης., 2007)

## **4.2. ΑΡΧΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ Κ.Α.Α.**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η αποκατάσταση αποτελεί ένα επιστημονικό πεδίο, το οποίο από αμιγώς ιατροκεντρικό αναδιαρθρώθηκε και μετατράπηκε σε απόλυτα ανθρωποκεντρικό. Η ψυχολογική εξουθένωση που βιώνει ο πάσχων και το περιβάλλον του ξεκινούν από τη στιγμή όπου διαπιστώνεται η νόσος ή η βλάβη. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως όταν το άτομο φτάνει στο στάδιο της αναζήτησης υπηρεσιών αποκατάστασης είναι ήδη αποδυναμωμένο ψυχολογικά αλλά και οικονομικά. Η ομάδα αποκατάστασης λοιπόν, είναι επιφορτισμένη (εκτός του συνόλου των υπηρεσιών όλων των ειδικοτήτων) να σταθεί αρωγός δίπλα στον άρρωστο έτσι να αποδεχτεί τη νέα κατάσταση και να προσαρμοστεί με αυτοπεποίθηση στη νέα καθημερινότητα (Μιχαήλ & Χατζηχρήστος, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ανωτέρω, είναι σαφές πως η οργάνωση ενός Κ.Α.Α είναι επιβεβλημένη πρακτικά λόγω της φύσης του πεδίου που προσεγγίζει και επικεντρώνεται σε δύο βασικούς πυλώνες:

- ✓ Τη διασφάλιση του συνεχούς της θεραπείας
- ✓ Την ολιστική διαχείριση του αρρώστου

Βασιζόμενοι στον πρώτο πυλώνα, η γενική σύσταση αφορά τη συνέχεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν στον ασθενή πριν την άφιξή του στο Κ.Α.Α

και ο δεύτερος την συνέχεια της δευτεροβάθμιας περίθαλψής του σε τμήμα γενικού νοσοκομείου ή κλινικής. Η οργάνωση της πορείας και ροής του ασθενή θα πρέπει να εξασφαλίζει:

- ❖ Την αναλυτική κλινική αξιολόγηση και μελέτη του ασθενή πριν την είσοδό του στο Κ.Α.Α.

- ❖ Την αυτονόητη συνεργασία και διαρκή ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας κατά την εφαρμογή θεραπείας στο ΚΑΑ

- ❖ Την αποτύπωση της πορείας του ασθενή ιατρικά και θεραπευτικά, έτσι ώστε να είναι αξιοποιήσιμη στο μέλλον (από άλλες δομές υγείας)

Δυστυχώς στη χώρα μας δεν είναι εφικτό να διασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας από δημόσιες ή ιδιωτικές δομές. Για να επιτευχθεί η συνέχεια ενός θεραπευτικού συνεχές θα πρέπει να υπάρχουν ισχυρές υποδομές αξιολόγησης από τα κέντρα παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης, θα πρέπει να υπάρχουν κατάλληλα σχεδιασμένες πολιτικές και να διατίθενται οι τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Παράλληλα, ακόμα και με την ύπαρξη των παραπάνω, χωρίς την συμμετοχή εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού, την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας υπό την καθοδήγηση του φυσιάτρου, είναι ξεκάθαρο πως το θεραπευτικό συνεχές δεν μπορεί να εφαρμοστεί.

Η εύρυθμη και αρμονική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης σε ρεαλιστικό επίπεδο δεν αποτελεί εύκολη άσκηση καθώς εμφανίζει δυσκολίες στην πρακτική εφαρμογή της. Για την αποτελεσματική έκβαση απαιτούνται θεμελιώδεις αρχές όπως:

- ✓ Η οργάνωση της ομάδας ανάλογα με το είδος του περιστατικού
- ✓ Η έμπνευση «της ομαδικής κουλτούρας» και σύμπνοια ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας με κίνητρα και σαφείς κανονισμούς λειτουργίας
- ✓ Η διαρκής δια βίου εκπαίδευση του προσωπικού
- ✓ Η σταδιοποιημένη αξιολόγηση του ατόμου με αναπηρία, με στάδια όπως προ-αξιολόγηση, ενδιάμεση αξιολόγηση και τελική αξιολόγηση της λειτουργικότητας, γνωστοποιώντας αντικειμενικά τα αποτελέσματα στον ασθενή και την οικογένειά του
- ✓ Η εξασφάλιση υλικών πόρων και μέσων
- ✓ Η διατήρηση των οικονομικών δαπανών και του χρόνου νοσηλείας στα πλαίσια που συμφωνήθηκαν με τους ασφαλιστικούς φορείς και τον ασθενή πριν την έλευσή του στη δομή

Η «κουλτούρα της ομάδας» στην προσέγγιση του ατόμου με αναπηρία σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να οριοθετείτε εντός της διεπιστημονικής ομάδας αλλά θα πρέπει να επεκτείνεται έως την ανώτατη διοίκηση της δομής (Μιχαήλ & Χατζηχρήστος, 2011)

Σε ότι αφορά την οργάνωση και την μεθοδολογία λειτουργίας ενός κέντρου αποκατάστασης θα πρέπει ακολουθηθούν τα ακόλουθα βήματα πριν ακόμη την έναρξη της λειτουργίας του.

#### Προσανατολισμός

Η δομή θα πρέπει να έχει προαποφασιστεί η εξειδίκευσή του και το φάσμα των παθήσεων τις οποίες θα αναλαμβάνει και θα εξυπηρετεί. Η μη εξειδίκευση προς συγκεκριμένη κατεύθυνση ίσως οδηγήσει σε λάθος αποφάσεις όπως το ύψος της επένδυσης, τον αριθμό των υποδομών του (κλίνες, θεραπευτήρια κ.α.) με προφανές το ρίσκο της αποτυχίας. Για να αποφευχθεί αυτό, ιδιαίτερα επωφελές είναι να μελετηθούν στατιστικά επιδημιολογικά στοιχεία ανά κατηγορία νόσων/βλαβών και ανά περιοχή.

#### Βασικά Θεραπευτικά Πρωτόκολλα

Εφόσον ολοκληρωθεί το βήμα του προσανατολισμού, πάνω σε αυτό θα βασιστεί και ο σχεδιασμός των βασικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων που θα εφαρμοστούν στη δομή. Αφού οριστούν και εγκριθούν, τότε στη συνέχεια οφείλουν να διευκρινιστούν και τα μέσα που χρειάζονται για την περαίωση των πρωτοκόλλων (όπως π.χ. θεραπευτικός-ιατροτεχνολογικός-νοσηλευτικός εξοπλισμός, χώροι για την εξάσκηση αυτών των δραστηριοτήτων, υπολογισμός απαιτούμενων πόρων) και να διευκρινιστεί ένα κόστος της επένδυσης.

#### Ροή και κανονισμού εργασιών

Το επόμενο βήμα αφορά την δημιουργία των μοντέλων στόχων, προβλημάτων και ευκαιριών, του προσδιορισμού των χρόνου αποπεράτωσης εργασιών και την εφαρμογή όλων των ανωτέρων επί των αρχιτεκτονικών σχεδίων του κέντρου. Επίσης, των σχηματισμό μοντέλων κατανομής των στόχων σε ρόλους, καθορισμού των ουσιαστικών και τυπικών προσόντων του προσωπικού ανά ρόλο εργασίας και τέλος σχεδιασμό μοντέλου ροής εργασιών με σαφήνεια.

### Οργάνωση μοντέλου διοίκησης και κανονισμός λειτουργίας

Για την πιστή τήρηση και εφαρμογή των προηγούμενων βημάτων είναι απαραίτητο όλα αυτά να στηριχθούν πάνω σε ένα μοντέλο διοίκησης που θα οργανώσει με απόλυτη ευστοχία τις πρακτικές παρακίνησης του προσωπικού για την κατάκτηση στόχων που θα ανατεθούν, αλλά και στην επιλογή αντίστοιχου συστήματος αρχικής και περιοδικής αξιολόγησης αποτελεσματικότητας και ανταποκρισιμότητας.

### Έναρξη λειτουργίας και εκπαίδευση προσωπικού

Το σύνολο του προσωπικού καλείται να εφαρμόσει τις διαδικασίες για τις οποίες έλαβε εκπαίδευση αλλά και να ακολουθήσει το καταστατικό λειτουργίας της δομής.

Ακολουθώντας την έναρξης εργασιών και λειτουργίας η ανώτατη διοίκηση οφείλει να κάνει χρήση των αναθεωρημένων και μοντέρνων εργαλείων του management. Αρχικά, οφείλει να εφαρμόσει ένα σύστημα επιβολής της πειθαρχίας σε ότι αφορά την εφαρμογή των πρωτοκόλλων, την τήρηση των κανονισμών λειτουργίας, την ομαλή ένταξη στην ομάδα αποκατάστασης, την εμπέδωση του ρόλου τους στην επιχείρηση και την απόδοση υπηρεσιών ως αναμένεται και απαιτείται. Εφόσον αυτά, θεωρηθούν πεπραγμένα έως ένα βαθμό, το επόμενο βήμα είναι να διατηρηθεί η σταθερότητα για ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια, προβλέπονται οι ρεαλιστικές ανάγκες για αποκατάσταση και σχεδιάζονται τα επόμενα βήματα ανάπτυξης υπηρεσιών προς τον ασθενή που θα πλαισιώσουν και θα στηρίξουν τις δομές που προϋπάρχουν. Ακολουθώντας, και συνήθως σε μόνιμο βαθμό, επέρχεται η αφοσίωση στην αδιάκοπη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του κέντρου τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά (με την έννοια της αύξησης των οικονομικών αποδόσεων) (Μιχαήλ & Χατζηχρήστος, 2011)

## **4.3. Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ Κ.Α.Α. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Το 2018 το Υπ. Υγείας δημιούργησε ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης μέσω μιας ομάδας που συστάθηκε με σκοπό την επίλυση της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στο Ε.Σ.Υ. Προέκυψε ήταν πως οι δημόσιες δομές κλειστής νοσηλείας απαριθμούν περίπου 237 ενεργές



κλίνες άνισα κατανεμημένες γεωγραφικά. Το πλήθος των κλινών προέκυψε μετά την ένταξη δομών ανά διάφορες περιοχές τις Ελλάδας στο Ε.Σ.Υ. με το νόμο 4025/2011, στα παρακείμενα γενικά νοσοκομεία.

Στον αντίποδα, στον ιδιωτικό τομέα διατίθενται πανελλαδικά, σε 69 ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, επίσης άνισα κατανεμημένα γεωγραφικά. Η άνιση γεωγραφική κατανομή είτε σε δημόσιο, είτε σε ιδιωτικό φορέα, επιβαρύνει το άτομο με αναπηρία καθώς δυσκολεύεται σε ορισμένες περιπτώσεις να έχει πρόσβαση στις παροχές και να μην αξιοποιείται το όφελος του να βρίσκεται κοντά η μόνιμη κατοικία του ατόμου (Σαμαρτζή, 2011). Επί του συνόλου στη χώρα μας, υπάρχουν 35 δημόσιες δομές ΚΕΦΙΑΠ και 13 κλινικές ΦΙΑΠ μέσα σε νοσοκομεία. Είναι συν ομολογούμενο πως παρατηρούνται ελλείψεις σε αμφότερες τις περιπτώσεις (δημόσιες και ιδιωτικές δομές) όπως για παράδειγμα υποστελέχωση, ελλιπή χρηματοδότηση, κ.α.

Στα σημερινά ελληνικά δεδομένα η αποκατάσταση βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα για διάφορες αιτίες όπως ελλιπή χρηματοδότηση ή λόγω απουσίας σχεδίου δράσης και οργάνωσης ή λόγω παράλειψης της σταδιοποίησης της νόσου/βλάβης (επείγουσα φάση-αποθεραπεία/αποκατάσταση-χρόνια φροντίδα) (Σαμαρτζή, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως συχνότερες ανεπάρκειες που προκύπτουν σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας είναι (Panagoroulos, 2009):

- ⇒ Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare)
- ⇒ Αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare)
- ⇒ Λανθασμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice)
- ⇒ Διαφοροποιήσεις στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation)

Η επιλογή του ποιοτικού και κατάλληλου χώρου παροχών υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα αποθεραπείας, δεν γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή αλλά είναι αποτέλεσμα επιρροής διαφόρων παραγόντων όπως είναι ο θεράπων ιατρός, το συγγενικό περιβάλλον ή ακόμη και οι εμπειρία προηγούμενης νοσηλείας ατόμων του κοινωνικού περίγυρου.

### 5.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑ

Κάθε σύστημα υγείας, καλείται να εξυπηρετεί τρεις βασικούς στόχους:

- ✓ την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού
- ✓ την ανταποκρισιμότητα
- ✓ την δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση

Ο όρος ανταποκρισιμότητα, αποτελεί τη νέα επιστημονική πρόταση του ΠΟΥ σχετικά με την αποτίμηση της εμπειρίας την οποία βιώνουν τα άτομα κατά την αναζήτηση και λήψη

φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ανταποκρισιμότητα αφορά ένα είδος μετεξέλιξης της έννοιας της ικανοποίησης, η οποία μέχρι και πρόσφατα κατείχε την κυρίαρχη θέση στη βιβλιογραφία που αναφερόταν στην αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. (Valentint et al., 2013)

### **5.3. ΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ Κ.Α.Α. ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΟΠΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΜΕΑ**

Κάθε χρόνο χιλιάδες αρκετοί άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με την αιφνίδια ή προοδευτική απώλεια της αγαθού της υγείας. Όλοι αυτοί οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να παρακολουθηθούν από εξειδικευμένους ιατρούς, τους φυσιάτρους, οι οποίοι είναι οι πλέον κατάλληλοι να αποφασίσουν για το αν χρήζουν υπηρεσιών αποκατάστασης. Σκοπός είναι να μειωθεί η αρνητική επίδραση που έχει επιφέρει η βλάβη. (Ανανίδης, 2011)

Η ανάγκη για την ύπαρξη οργανωμένων δομών παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης είναι δεδομένη. Υπηρεσίες αποκατάστασης μπορούν να παρασχεθούν σε πολυεπίπεδες δομές όπως σε τμήματα νοσοκομείου ή κλινικές ΦΙΑΠ ή σε κέντρα ημερήσιας νοσηλείας ακόμη και στην κοινότητα. Σοβαρά και σύνθετα προβλήματα πάντως, όπως ΚΕΚ, κακώσεις νωτιαίου μυελού ή ΑΕΕ απαιτούν, την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης σε οργανωμένες μονάδες με πολλαπλές υπηρεσίες.

Τα Κ.Α.Α. ως μετανοσοκομειακές δομές, αποτελούν το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα καθώς παρέχουν και ανοικτή και κλειστή νοσηλεία. Οφείλουν να είναι σε θέση να παρέχουν εντατικά εξατομικευμένα προγράμματα αποκατάστασης σε ασθενείς με υψηλό προσδόκιμο βελτίωσης. (Ανανίδης, 2011)

Στα Κ.Α.Α. φυσικά και μπορούν να νοσηλευτούν πάσχοντες με χαμηλό προσδόκιμο με διαφορετικό ή πιο εξειδικευμένο πρόγραμμα. Απόρροια αυτού, είναι η επαρκής στελέχωση της διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης

. Κατά το διάστημα νοσηλείας του ασθενή, θα πρέπει να πραγματοποιείται η προετοιμασία και του ατόμου με αναπηρία αλλά και των οικείων του για την προγραμματισμένη αναχώρηση, η οποία θα πρέπει να έχει προηγουμένως σχεδιασθεί και

οργανωθεί από την κοινωνική υπηρεσία του Κέντρου. Αιφνίδιες και αναίτιες έξοδοι από τα Κ.Α.Α. δεν είναι αποδεκτές ή ωφέλιμες..

Προφανές είναι, πως στα σύγχρονα ελληνικά δεδομένα, οι αρμόδιοι φορείς για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης δεν παρέχουν τη δυνατότητα ουσιαστικής, προσιτής, έγκαιρης και συντονισμένης υποστήριξης, αφού δεν υπάρχει επαρκές και κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό. Η εστίαση λοιπόν του ενδιαφέροντος, θα πρέπει κατά πρώτο λόγο να αφορά στην ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατά δεύτερο λόγο στην αδυναμία πρόσβασης στα σύγχρονα Κ.Α.Α. Αυτό αποτελεί μείζον πρόβλημα στην αποκατάσταση και κατ' επέκταση στην διαδικασία επανένταξης των ατόμων με αναπηρία. Αν συνδυάσουμε το γεγονός αυτό με την απουσία/ανεπάρκεια υποστηρικτικής παρέμβασης από κρατικούς ή εθελοντικούς φορείς και την έλλειψη κουλτούρας αποκατάστασης, θα συνειδητοποιήσουμε πως η ισότιμη συμμετοχή καθίσταται εκ των πραγμάτων ανέφικτη. Συνεπώς, η λειτουργία σύγχρονων Κέντρων Αποκατάστασης αποτελεί αναγκαίο, αναπόσπαστο κρίκο στην αλυσίδα των απαιτούμενων παρεμβάσεων για την διασφάλιση ποιότητας ζωής και την επανένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία.(Ανανίδης, 2011)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ρίζες της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης προέρχονται από την Ελλάδα. Οι αρχαίες αριστουργηματικές τεχνικές μας αποκάλυψαν ένα περίτεχνο σύστημα εφαρμογής ασκήσεων για την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών το οποίο εισήγαγε ο Ηρόδικος τον 5ο αιώνα π.Χ. (Atanelon & Stiens, 2015). Στη σημερινή εποχή, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει ορίσει την αποκατάσταση ως ένα σύνολο παρεμβάσεων για τη βελτίωση της λειτουργίας και τη μείωση της αναπηρίας σε άτομα με προβλήματα υγείας σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους και, εκτιμάται ότι, παγκοσμίως, περίπου 2,4 δισεκατομμύρια άνθρωποι ζουν με παθήσεις που επωφελούνται από την αποκατάσταση (Π.Ο.Υ., 2021)

Τα άτομα που εμφανίζουν προβλήματα υγείας ή τραυματισμούς μπορεί να χρειαστούν αποκατάσταση είτε για μερικές ημέρες, είτε για το υπόλοιπο της ζωής τους, αν ο χρόνος και ο τύπος της παρέμβασης επηρεάζονται από την αιτιολογία της κατάστασης της υγείας και τη σοβαρότητα, την πρόγνωση και τους λειτουργικούς ή προσωπικούς στόχους του ατόμου (Jamison, 2018).

Διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, παρέχουν εικοσιτετράωρη, εντατική, πολλαπλή, ιατρική και συναισθηματική υποστήριξη στους νοσηλευόμενους ασθενείς και ένα ασφαλές περιβάλλον για να διαμορφώσουν τις επιθυμίες του για ανάρρωση. Κατά συνέπεια, η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων σε Κ.Α.Α. από τις υπηρεσίες αποκατάστασης, αποδεικνύεται από την τελικό επίπεδο της κατάστασης της υγείας τους και των ελλειμμάτων που μπορεί να αντιμετωπίζουν στα επιμέρους συστήματα όπως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), αυτοάνοσα, καρδιαγγειακά ή μυοσκελετικά προβλήματα, σε σύγκριση με τις κατ'οίκον θεραπείες και άλλες εξωτερικές θεραπείες (Krywulak et al., 2005 – Vlieland, 1997 – Szylińska et al., 2018 – McCuish 2014). Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη μερικά διλήμματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής αποκατάστασης (Klugarova, 2016)

Ο Π.Ο.Υ. ανέφερε επίσης ότι, το 2019, οι δέκα πρώτες αιτίες θανάτου αντιπροσώπευαν το 55% των 55,4 εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως, με καρδιαγγειακές, αναπνευστικές και νεογνικές καταστάσεις να επικρατούν, και ενδεικτικά όμως, επτά στις δέκα κύριες αιτίες οι θάνατοι ήταν μη μεταδοτικές αλλά χρόνιες ασθένειες (Π.Ο.Υ., 2021). Αναμφίβολα, η επιδημιολογία και τα ποσοστά προϋπαρχουσών ιατρικών καταστάσεων, καταμέτρηση των καρδιαγγειακών παθήσεων (CVDs) ή εγκεφαλικών επεισοδίων, αυξάνουν την παγκόσμια ευαισθητοποίηση (Olinic et al., 2018 – Guzik & Bushnell, 2017). Επιπλέον, δεδομένου ότι οι νευρολογικές διαταραχές είναι συχνές, οι νέες τεχνολογίες θεωρούνται σύγχρονοι και πολλά υποσχόμενοι τρόποι αποκατάστασης (Kefaliakos et al., 2016). Ωστόσο, το γεγονός ότι οι περισσότεροι πληθυσμοί, όπως η Ευρώπη αποτελούνται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από μεγάλες ηλικίες, σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, τη σύγχρονη διατροφή και τη συνολική ποιότητα ζωής, υποδεικνύει την ανάγκη επείγουσας αποκατάστασης για σοβαρά ασθενείς (Cameron & Kurlle, 2002). Γενικά οι αλλαγές στην υγεία και τον τρόπο ζωής (επί του παρόντος οι άνθρωποι ζουν περισσότερο αλλά με αναπηρίες) προβλέπουν την αξία της μετάβασης προς την αποκατάσταση.

Το 2010, ένα ευρωπαϊκό βαρόμετρο έδειξε ότι η Ελλάδα είχε το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση και το 2014, οι Έλληνες κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος, στην ιστορία τους (Eurobarometers, 2010) Επίσης, ταυτόχρονα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν η κύρια αιτία θανάτου στη χώρα. Ομολογουμένως, η Ελλάδα θεωρείται μια γηράσκουσα χώρα με υψηλή υπογονιμότητα. Επιπλέον, οι καταστροφικές χρηματοπιστωτικές κρίσεις και οι κοινωνικές συνέπειες της λεγόμενης τρέχουσας ελληνικής οικονομικής κρίσης, έχουν αποδεδειγμένα επηρεάσει την υγεία και τη θνησιμότητα (Vlachadis, 2014). Ακόμα και αν οι Έλληνες θεωρούνται παραδοσιακός πληθυσμός, ανεξοικείωτοι με την μακρόχρονη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και τη απώλεια χρόνου που απορρέει από τις ανάγκες της νοσηλείας, αξιοσημείωτο και αξιοπερίεργο είναι πως απαριθμούνται έως το 2014, εξήντα εννέα ενεργά κέντρα αποκατάστασης.

Παρ'όλα αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες ανησυχίες σχετικά με την εμπεριστατωμένη ισχύ των στρατηγικών αποκατάστασης και την ποιότητα της αποκατάστασης. Επίσης, καμία βιβλιογραφία δεν δείχνει δεδομένα σχετικά με την επιτήρηση σε ιατρικές καταστάσεις που επικρατούν στις σύγχρονες εγκαταστάσεις αποκατάστασης παράλληλα με το φύλο και την ηλικία. Δεν υπάρχει περαιτέρω συνολική συσχέτιση με τη

διάρκεια παραμονής, μαζί με επιπλέον προβλήματα υγείας ή ποσοστά θνησιμότητας. Επιπλέον, δεν υπάρχει καμία υπάρχουσα πηγή που να αναλύει τα ποσοστά ιατρικών παθήσεων των νοσηλευόμενων ασθενών όλα αυτά τα χρόνια για να αποκαλύψει τις μελλοντικές τάσεις. Σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώμη, καμία μελέτη δεν αποκαλύπτει παράλληλα τέτοιες αντιλήψεις.

Στην παρούσα μελέτη, απεικονίζουμε μια επταετή παρακολούθηση των ιατρικών καταστάσεων σε ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, το Animus. Αποκαλύπτουμε δεδομένα που περιλαμβάνουν όλες τις πιθανές καταστάσεις υγείας του δείγματος νοσηλείας μας παράλληλα με το φύλο και την ηλικία, περιγράφουμε τη διάρκεια νοσηλείας σε κάθε κατάσταση και αποκαλύπτουμε ορισμένα δεδομένα σχετικά με τα ενδιάμεσα προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τα ποσοστά θνησιμότητας σε κάθε συνθήκη. Τέλος, εκτιμούμε τις διαφορές κατά την επταετία, επισημαίνουμε σημαντικές διαφορές στις ιατρικές καταστάσεις και προβλέπουμε πιθανές μελλοντικές τάσεις σχετικά με την αποκατάσταση.

## **6.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

### **6.2.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μέσω ανάλυσης των ηλεκτρονικών αρχείων του κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας ANIMUS, μεταξύ Ιανουαρίου 2014 και Δεκεμβρίου 2020, στην Ελλάδα.

### **6.2.2. ΔΕΙΓΜΑ**

Η μελέτη σχεδιάστηκε αποκλειστικά για την περίοδο 2014 έως και 2020. Οι ασθενείς που εισήχθησαν το 2020 και έφυγαν το 2021 ή περισσότερο, ή ασθενείς που εισήχθησαν πριν

το 2014 και πήραν εξιτήριο το 2014, αποκλείστηκαν από την έρευνα. Κάθε αναφερόμενο έτος περιλαμβάνει ασθενείς σύμφωνα με τις ημερομηνίες εισαγωγής τους στο κέντρο αποκατάστασης.

### **6.2.3. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Καταγράφηκαν κυρίως δεδομένα σχετικά με την ιατρική κατάσταση κάθε νοσηλευόμενου (με βάση την κωδικοποίηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-10), το φύλο και την ηλικία. Επίσης, συλλέχθηκαν περαιτέρω δεδομένα για πιθανά επιπλέον προβλήματα υγείας, τη θνησιμότητα, την εισαγωγή και την ημερομηνία αναχώρησης από το κέντρο αποκατάστασης.

### **6.2.4. ΑΝΑΛΥΣΗ**

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω στατιστικών SPSS για Windows, Έκδοση 23.0. Οι δοκιμές ήταν διπλές και το επίπεδο στατιστικής σημασίας καθορίστηκε στο  $\leq 0.05$ . Το τεστ τετραγώνου εφαρμόστηκε για συγκρίσεις συχνοτήτων ιατρικών καταστάσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τα περιγραφικά στατιστικά χρησιμοποιήθηκαν βασικά για όλους τους πίνακες και τα στοιχεία και οι τελικές τάσεις στις ιατρικές καταστάσεις με την πάροδο των ετών ήταν πολλαπλές σε σύγκριση με τη δοκιμή Bonferroni (προσαρμοσμένη τιμή p).



### 6.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Επικρατέστερες ιατρικές παθήσεις

Συνολικά 4445 νοσηλευόμενοι ασθενείς (34,4% άνδρες, n=1531) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη και οι νοσηλευόμενοι είχαν διάμεση ηλικία 79,7 έτη. 4419 νοσηλευόμενοι ασθενείς (99,4%) είχαν καταστάσεις υγείας που απαιτούσαν αποκατάσταση, ενώ 16 νοσηλευόμενοι ασθενείς (0,6%) δεν είχαν υποκείμενη νόσο. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (18,7%), μυϊκές παθήσεις (10,7%), τραυματισμού ισχίων/μηρών (16,4%), παροξυσμικές διαταραχές (15,5%) και αρθροπάθειες (14,4%) έδειξαν μεγάλη υπεροχή. Μικρότερος επιπολασμός αποκαλύφθηκε για τους νοσηλευόμενους με τραύματα στο κεφάλι, παραλυτικά σύνδρομα, παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και κινητικές διαταραχές. Περίπου τα ελάχιστα ποσοστά παρατηρήθηκαν για τους νοσηλευόμενους που παρουσίασαν αυτόνομες διαταραχές του νευρικού συστήματος, απομυελινωτικές ασθένειες, πολυνευροπάθειες, παθήσεις της κοιλιάς, άλλους τραυματισμούς και διαταραχές του μαλακού ιστού. Οι γυναίκες επικράτησαν ιδιαίτερα στις μυϊκές παθήσεις (33% έναντι 66%,  $p < 0,0001$ ). Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τις περιγραφικές στατιστικές για τις ιατρικές καταστάσεις, την ηλικία και το φύλο.

**Πίνακας 1 :** Χαρακτηριστικά δείγματος κατά ηλικία και φύλο ανά τις ιατρικές παθήσεις των νοσηλευόμενων στο Κ.Α.Α. Animus (Μέση τιμή , Τυπική απόκλιση ή % ποσοστό) (N=4445)

Ιατρικές παθήσεις	Μέση ηλικία	Τυπική απόκλιση	Σύνολο n (% out of n), n=4445	Άνδρες n (% out of n), n=...	Γυναίκες n (% out of n), n=...	P-value
Αρθροπάθειες	75,99	11,10	642 (14.4)	216 (33,6)	426 (66,4)	0.645
Ασθένειες των μυών και των νευρομυϊκών συνάψεων	77,88	14,57	474 (10.7)	158 (33,3)	316 (66,7)	0.000

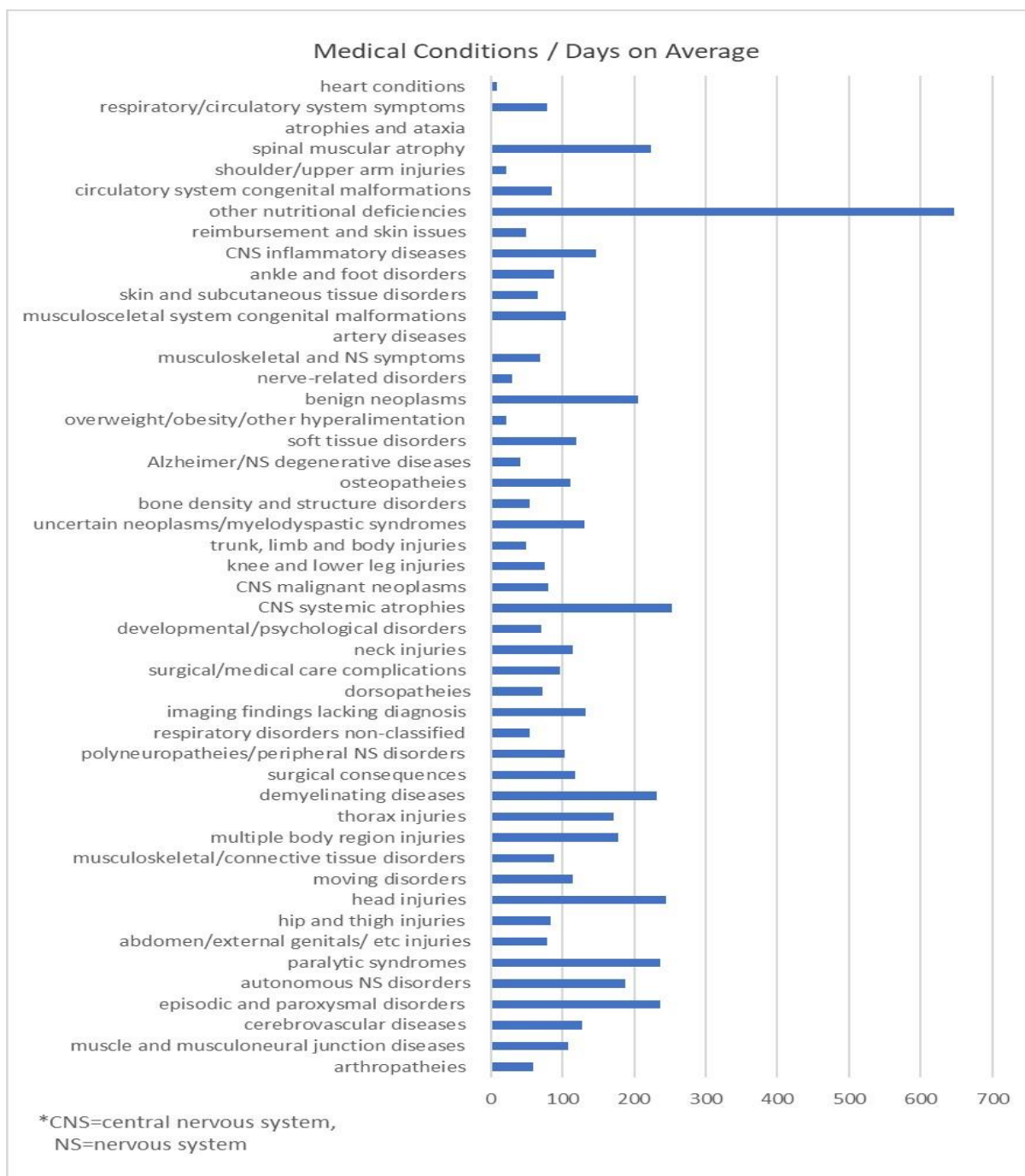
Εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις	77,81	15,46	833 (18.7)	289 (34,7)	544 (65,3)	0.865
Παροξυσμικές και επεισοδιακές διαταραχές	83,53	15,01	689 (15.5)	244 (35,4)	445 (64,6)	0.559
Αυτόνομες διαταραχές του νευρικού συστήματος	59,97	15,15	72 (1.6)	28 (38,8)	44 (61,2)	0.423
Παραλυτικό σύνδρομο	57,40	15,45	150 (3.4)	54 (36,0)	96 (64,0)	0.683
Κοιλιακοί ή περιγεννητικοί τραυματισμοί	75,70	13,53	36 (0.8)	12 (33,3)	24 (66,7)	0.888
Τραυματισμοί μηρού/ισχίου	84,34	13,14	731 (16.4)	247 (33,8)	484 (66,2)	0.684
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	51,37	15,74	175 (3.9)	56 (32,0)	119 (68,0)	0.487
Κινητικές διαταραχές	81,13	11,52	124 (2.8)	41 (33,1)	83 (66,9)	0.743
Διαταραχές του κινητικού και συνδετικού ιστού	70,5	4,93	9 (0.2)	4 (44,4)	5 (56,6)	0.527
Απομυελινωτικές ασθένειες	53,39	14,67	54 (1.2)	22 (40,7)	32 (59,3)	0.327
Μετεγχειρητικές επιλοκές	72,12	12,46	19 (0.4)	6 (0,1)	13 (0,3)	0.792
Πολυνευροπάθειες και περιφερικές διαταραχές του νευρικού συστήματος	68,20	15,29	55 (1.2)	16 (31,6)	39 (68,4)	0.400
Μη ταξινομημένες αναπνευστικές διαταραχές	92	3,45	2 (0)	-	2 (100,0)	-
Απεικονιστικά ευρήματα που στερούνται διάγνωσης	66	-	1(0)	-	1 (100,0)	-
Παθήσεις οσφυϊκής μοίρας	72,26	13,73	133 (3)	50 (37,6)	83 (62,4)	0.437
Μετεγχειρητική φροντίδα	79,94	9,18	20 (0.4)	6 (30,0)	14 (70,0)	0.671
Τραυματισμοί αυχένα	71,18	9,56	12 (0.3)	5 (41,7)	7 (58,3)	0.597

Αναπτυξιακές και ψυχολογικές διαταραχές	77	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Ατροφίες κεντρικού νευρικού συστήματος	67,14	11,41	15 (0.3)	9 (60,0)	6 (40,0)	0.036
Κακοήθη νεοπλασμάτα κεντρικού νευρικού συστήματος	52,6	13,81	11 (0.2)	6 (54,5)	5 (45,4)	0.160
Τραυματισμοί γόνατος και άκρου ποδός	72,89	8,62	26 (0.5)	13 (50,0)	13 (50,0)	0.094
Τραυματισμοί κορμού, άκρων και άνω σώματος	79,66	8,71	3 (0.1)	-	3 (100,0)	-
Πολλαπλοί τραυματισμοί σε διάφορες περιοχές του σώματος	59,79	14,61	36 (0.8)	7 (19,4)	29 (80,6)	0.057
Τραυματισμοί στο θώρακα	76,25	10,74	6 (0.1)	2 (33,3)	4 (66,7)	0.954
Αβέβαια νεοπλασμάτα και μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα	61,64	10,18	10 (0.2)	2 (20,0)	8 (80,0)	0.335
Διαταραχές της οστικής πυκνότητας	88,5	4,95	4 (0.1)	2 (50,0)	2 (50,0)	0.512
Οστεοπάθειες	75,4	4,60	5 (0.1)	2 (40,0)	3 (60,0)	0.793
Αλτσχάιμερ και εκφυλιστικές παθήσεις του νευρικού συστήματος	67,5	3,80	2 (0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0.643
Βλάβες των μαλακών μορίων	80,6	10,95	27 (0.6)	9 (33,3)	18 (66,7)	0.903
Παχυσαρκία	53	2,75	2 (0)	-	2 (100,0)	-
Καλοήγη νεοπλασμάτα	59,2	10,25	7 (0.2)	4 (57,1)	3 (42,4)	0.205
Νευρογενής διαταραχές	71,4	12,73	2 (0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0.240
Μυοσκελετικά και νευρολογικά συμπτώματα	45	-	1(0)	1 (100,0)	-	-
Αρτηριακές παθήσεις	87	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Μυοσκελετικές παραμορφώσεις	63,6	9,49	3 (0.1)	1 (33,3)	2 (66,7)	0.967
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	64	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Βλάβες σφυρού και άκρου ποδός	66	1,35	3 (0.1)	-	3 (100,0)	0.422
Φλεγμονώδης ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος	62,23	13,61	14 (0.3)	6 (42,8)	8 (57,2)	0.000

Δερματολογικές παθήσεις	72,3	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Άλλες διατροφικά ελλείμματα	56,8	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Συγγενείς δυσπλασίες του κυκλοφορικού συστήματος	77,4	-	1 (0)	1 (100,0)	-	-
Τραυματισμοί ώμου και άκρου χειρός	69,5	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Μυϊκή ατροφία της σπονδυλικής στήλης	81,6	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Ατροφίες και αταξίες	72,6	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Συμπτώματα καρδιακού και αναπνευστικού συστήματος	69,7	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-
Καρδιακές παθήσεις	73,1	-	1 (0)	-	1 (100,0)	-

Το Σχήμα 1, δείχνει τη μέση διάρκεια παραμονής για κάθε ιατρική πάθηση, σε ημέρες. Εκτός από τη μοναδική περίπτωση που παρουσίασε διατροφική ανεπάρκεια και άλλη μία με μυϊκή ατροφία της σπονδυλικής στήλης, τα περιστατικά που παρουσίασαν καλοήθη νεοπλάσματα, συστηματικές ατροφίες του ΚΝΣ, απομυελινωτικές ασθένειες, τραυματισμούς στο κεφάλι, παραλυτικά σύνδρομα, δυσαυτονομίες του νευρικού συστήματος και παροξυσμικές διαταραχές, χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας για περισσότερο από μισό χρόνο. Κατά μέσο όρο, λίγες ημέρες νοσηλείας χρειάστηκαν τα περιστατικά που αντιμετώπιζαν καρδιακές παθήσεις, παχυσαρκία, ατροφίες και αταξία, ενώ όλες οι άλλες καταστάσεις απαιτούσαν κάποιους μήνες γενικά. Επιπλέον, οι τραυματισμού πολλαπλών περιοχών του σώματος των ασθενών κατέγραψαν τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο κέντρο, αναφέροντας μια περίπτωση η οποία χρειάστηκε 2437 ημέρες κλειστής νοσηλείας έως ότου να πάρει εξιτήριο.

**Σχήμα 1 : Περιγραφική στατιστική για τις μέσες απαιτούμενες ημέρες νοσηλείας ασθενών στο Κ.Α.Α. Animus, ανά ιατρική πάθηση (N=4445)**



Όπως ήταν αναμενόμενο, όσοι παρουσίαζαν επιπλέον παθολογικές καταστάσεις απαιτούσαν περισσότερο χρόνο για να φύγουν από το κέντρο, με μέση διάρκεια νοσηλείας 194 ημέρες, ενώ οι άλλοι, χωρίς επιπλέον προβλήματα υγείας, χρειάζονταν περίπου μισές ημέρες, με μέση διάρκεια 92 ημέρες. Συνολικά, 1799 (40,8%) παρουσίασαν ενδιάμεσα θέματα υγείας κατά τη

διάρκεια νοσηλείας στο κέντρο. Σχεδόν όλοι οι νοσηλευόμενοι με παροξυσμικές διαταραχές εξέφρασαν επιλοκές (93,3%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στις αρθροπάθειες (7,4%) και στις παθήσεις της οσφυϊκής μοίρας (15,1%). Παρ'όλα αυτά, οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι κατέγραψαν λοιμώξεις, άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο και κυρίως πνευμονικές διαταραχές. Ο Πίνακας 2 δείχνει μεταξύ άλλων τις περιγραφικές στατιστικές για τα επιπλέον ζητήματα υγείας των νοσηλευόμενων με τις επικρατούσες ιατρικές παθήσεις.

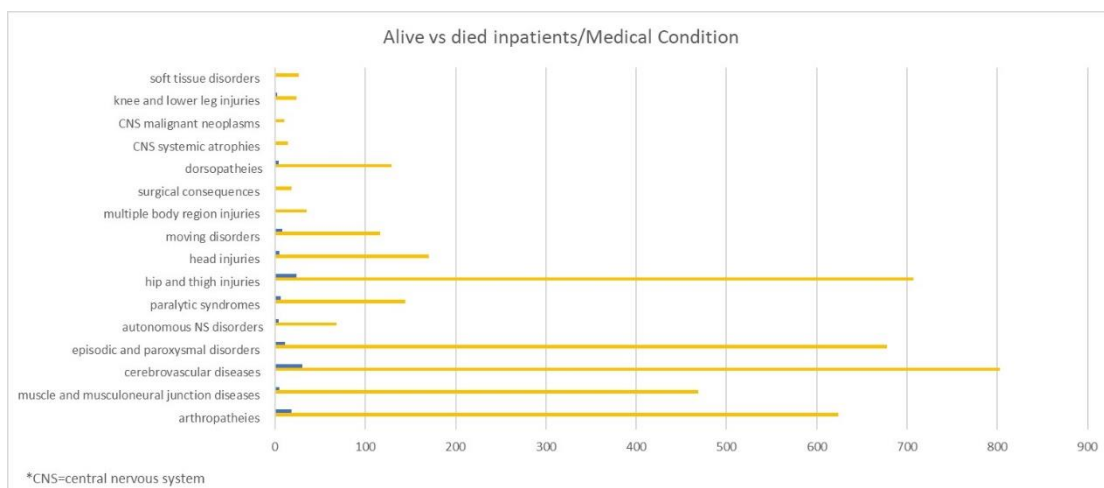
**Πίνακας 2 :** Μεταγενέστερα προβλήματα υγείας που προέκυψαν κατά τη νοσηλεία των ασθενών στο Κ.Α.Α Animus (N=3927)

Ιατρικές Παθήσεις (n)	Σύνολο N	Συνολική συνοσηρότητα n (% out of N)	Λοιμώξεις/Εμπύρετα (% out of n)	Καρδιακές διαταραχές (% out of n)	Αναπνευστικές διαταραχές (% out of n)	Άλλες οργανικές διαταραχές (% out of n)	Διακομίδη σε νοσοκομείο (% out of n)	Άλλες διαταραχές της υγείας (% out of n)
Αρθροπάθειες (642)	642	48 (7,4)	16 (33,3)	3 (6,3)	6 (12,5)	5 (10,4)	15 (31,2)	3 (6,3)
Ασθένειες των μυών και των νευρομυϊκών συνάψεων	474	339 (71,5)	129 (38,0)	25 (7,3)	71 (21,0)	37 (11,0)	37 (11,0)	40 (11,7)
Εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις	833	616 (73,9)	145 (23,5)	86 (14,0)	96 (15,6)	168 (27,3)	46 (7,4)	75 (12,2)
Παροξυσμικές διαταραχές	689	489 (70,9)	147 (30,0)	23 (4,7)	108 (22,2)	93 (19,1)	58 (11,8)	60 (12,2)
Παραλυτικό σύνδρομο	150	140 (93,3)	44 (31,4)	6 (4,0)	20 (14,4)	27 (19,4)	29 (20,8)	14 (10,0)

Τραυματισμοί μηρού/ισχίου	731	302 (41,3)	47 (15,5)	36 (12,0)	41 (13,5)	77 (25,5)	56 (18,5)	45 (15,0)
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	175	120 (68,5)	50 (41,5)	2 (0,2)	18 (15,0)	18 (15,0)	20 (16,5)	12 (10,0)
Απομυελινωτικές ασθένειες	54	22 (40,7)	7 (31,8)	-	3 (13,6)	3 (13,6)	7 (31,8)	2 (9,2)
Πολυνευροπάθειες	65	43 (78,1)	10 (23,2)	4 (9,3)	5 (11,6)	9 (21,0)	10 (23,2)	5 (11,7)
Παθήσεις οσφυϊκής μοίρας	133	20 (15,1)	8 (40,0)	-	3 (15,0)	1 (5,0)	7 (35,0)	1 (5,0)

Επίσης, το 3,3% των νοσηλευόμενων με ενδιάμεσα προβλήματα υγείας πέθαναν στο Κ.Α.Α., ενώ το 2,4% πέθαναν αλλά δεν είχαν επιπλέον προβλήματα υγείας, εκτός από τη βασική ιατρική τους κατάσταση, έτσι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συνολικά, 122 θάνατοι καταγράφηκαν στο κέντρο, κατά τη διάρκεια αυτών των επτά ετών. Το Σχήμα 2 δείχνει τους εν ζωή νοσηλευόμενους και τους θανάτους, μόνο ανά ιατρική κατάσταση που είχαν συμβεί θάνατοι, ενώ οι μη αναφερόμενες καταστάσεις περιλάμβαναν μόνο ζωντανούς ασθενείς. 30 (3,6%) θάνατοι καταγράφηκαν σε ασθενείς που παρουσίασαν εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, 24 (3,2%) θάνατοι καταγράφηκαν μεταξύ εκείνων με τραύματα ισχίου/μηρού, 18 (2,8%) θάνατοι καταγράφηκαν σε ασθενείς με αρθροπάθειες, 11 (1,6%) θάνατοι μεταξύ εκείνων με επεισοδιακές/παροξυσμικές διαταραχές και 8 (4,6%) θάνατοι καταγράφηκαν σε εκείνους με τραύματα στο κεφάλι. Όλοι οι άλλοι νοσηλευόμενοι ασθενείς, με τις συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις που φαίνονται στο Σχήμα 2, κατέγραψαν  $\leq 5$  θανάτους.

**Σχήμα 2 : Ζώντες και θνήσκοντες νοσηλευόμενοι ασθενείς ανά ιατρική πάθηση, στο Κ.Α.Α Animus (N=4130)**



**Τάσεις στις ιατρικές παθήσεις με το πέρασμα των ετών κατά την τελευταία επταετία**

Ο πίνακας 3, αποκαλύπτει περιγραφικές στατιστικές για τον επιπολασμό και τις διαφορές στις κοινές ελληνικές ιατρικές καταστάσεις, όπως εντοπίστηκαν στο επταετές παράθυρο της μελέτης. Παρατηρήθηκαν υψηλότερα ποσοστά για παροξυσμικές διαταραχές, αρθροπάθειες, τραυματισμούς ισχίου/μηρού και εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις, που επικρατούσαν σχεδόν όλα τα έτη. Ωστόσο, παρατηρήθηκαν αυξανόμενα ποσοστά για μυϊκές, εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις και τραυματισμούς ισχίου/μηρών και μείωση παροξυσμικών και παραλυτικών διαταραχών, με την πάροδο των ετών.

**Πίνακας 3 : Τάσεις στις ιατρικές παθήσεις ανά έτος, στο Κ.Α.Α. Animus (N=4428)**

Ιατρικές παθήσεις	2014 (n, % out of n)	2015 (n, % out of n)	2016 (n, % out of n)	2017 (n, % out of n)	2018 (n, % out of n)	2019 (n, % out of n)	2020 (n, % out of n)
Αρθροπάθειες	30 (7.6) <sup>a</sup>	93 (15.2) <sup>b,c</sup>	103 (15.6) <sup>b,c</sup>	92 (14.4) <sup>b,c</sup>	127 (18.4) <sup>c</sup>	102 (15.3) <sup>b,c</sup>	95 (12.2) <sup>a,b</sup>



Ασθένειες των μυών και των νευρομυικών συνάψεων	28 (7,1) <sup>a,b,c,d,e</sup>	78 (12.8) <sup>d,e,f</sup>	83 (12.6) <sup>c,e,f</sup>	59 (9.2) <sup>a,b,c,d,e</sup>	35 (5.1) <sup>b</sup>	76 (11.4) <sup>a,c,d,e,f</sup>	115 (14.8) <sup>f</sup>
Εγκεφαλο-αγγειακές παθήσεις	57 (14.4) <sup>a</sup>	23 (3.8) <sup>b</sup>	41 (6.2) <sup>b</sup>	113 (17.6) <sup>a,b</sup>	218 (31.5) <sup>d</sup>	194 (29.1) <sup>d,e</sup>	187 (24) <sup>c,e</sup>
Παροξυσμικές και επεισοδιακές διαταραχές	115 (29) <sup>a</sup>	214 (35.1) <sup>a</sup>	211 (32) <sup>a</sup>	128 (20) <sup>b</sup>	19 (2.7) <sup>c</sup>	1 (0.1) <sup>d</sup>	1 (0.1) <sup>d</sup>
Αυτόνομες νευρικές διαταραχές	6 (1,5) <sup>a</sup>	6 (1,0) <sup>a</sup>	15 (2,3) <sup>a</sup>	10 (1,6) <sup>a</sup>	12 (1,7) <sup>a</sup>	6 (0,9) <sup>a</sup>	17 (2,2) <sup>a</sup>
Παραλυτικά σύνδρομα	31 (7.8) <sup>a</sup>	37 (6.1) <sup>a,b</sup>	29 (4.4) <sup>a,b</sup>	21 (3.3) <sup>b</sup>	28 (4) <sup>a,b</sup>	4 (0.6) <sup>c</sup>	0 (0) <sup>c</sup>
Κοιλιακοί ή περιγεννητικοί τραυματισμοί	3 (0,8) <sup>a</sup>	6 (1,0) <sup>a</sup>	-	1 (0,2) <sup>a</sup>	3 (0,4) <sup>a</sup>	9 (1,3) <sup>a</sup>	14 (1,8) <sup>a</sup>
Τραυματισμοί μηρού/ισχίου	42 (10.6) <sup>a,b</sup>	62 (10.2) <sup>a,b</sup>	62 (9.4) <sup>b</sup>	91 (14.2) <sup>a,b</sup>	104 (15) <sup>a</sup>	149 (22.3) <sup>c</sup>	221 (28.4) <sup>c</sup>
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	24 (6.1) <sup>a</sup>	21 (3.4) <sup>a</sup>	25 (3.8) <sup>a</sup>	31 (4.8) <sup>a</sup>	32 (4.6) <sup>a</sup>	21 (3.1) <sup>a</sup>	21 (2.7) <sup>a</sup>
Κινητικές διαταραχές	10 (2,5) <sup>a,b</sup>	11 (1,8) <sup>a,b</sup>	17 (2,6) <sup>a,b</sup>	31 (4,8) <sup>a,b,c</sup>	45 (6,5) <sup>c</sup>	4 (0,6) <sup>b</sup>	6 (0,8) <sup>b</sup>
Απομυελινωτικές ασθένειες	7 (1.8) <sup>a</sup>	9 (1.5) <sup>a</sup>	9 (1.4) <sup>a</sup>	6 (0.9) <sup>a</sup>	8 (1.2) <sup>a</sup>	7 (1) <sup>a</sup>	8 (1) <sup>a</sup>
Μετεγχειρικές επιπλοκές	3 (0,8) <sup>a</sup>	3 (0,5) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	1 (0,1) <sup>a</sup>	-
Πολυνευροπάθειες και περιφερικές διαταραχές του νευρικού συστήματος	11 (2.8) <sup>a</sup>	5 (0.8) <sup>a,b</sup>	3 (0.5) <sup>b</sup>	8 (1.2) <sup>a,b</sup>	7 (1) <sup>a,b</sup>	7 (1) <sup>a,b</sup>	14 (1.8) <sup>a,b</sup>
Παθήσεις οσφυϊκής μοίρας	9 (2.3) <sup>a</sup>	17 (2.8) <sup>a</sup>	26 (3.9) <sup>a</sup>	24 (3.7) <sup>a</sup>	15 (2.2) <sup>a</sup>	19 (2.8) <sup>a</sup>	23 (3) <sup>a</sup>
Μετεγχειρική φροντίδα	1 (0,3) <sup>a</sup>	1 (0,2) <sup>a</sup>	3 (0,5) <sup>a</sup>	6 (0,9) <sup>a</sup>	1 (0,1) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	4 (0,5) <sup>a</sup>
Τραυματισμοί γόνατος και άκρου ποδός	1 (0,3) <sup>a</sup>	2 (0,3) <sup>a</sup>	3 (0,5) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	8 (1,2) <sup>a</sup>	4 (0,5) <sup>a</sup>

Τραυματισμοί κορμού, άκρων και άνω σώματος	1 (0,3) <sup>a</sup>	-	-	-	-	2 (0,3) <sup>a</sup>	-
Πολλαπλοί τραυματισμοί σε διάφορες περιοχές του σώματος	1 (0,3) <sup>a</sup>	1 (0,2) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a,b</sup>	6 (0,9) <sup>a,b</sup>	5 (0,7) <sup>a,b</sup>	7 (1,0) <sup>a,b</sup>	12 (1,5) <sup>b</sup>
Τραυματισμοί στο θώρακα	-	2 (0,3) <sup>a</sup>	-	2 (0,3) <sup>a</sup>	-	1 (0,1) <sup>a</sup>	1 (0,1) <sup>a</sup>
Βλάβες των μαλακών μορίων	-	2 (0,3) <sup>a</sup>	1 (0,2) <sup>a</sup>	1 (0,2) <sup>a</sup>	7 (1,0) <sup>a,b</sup>	14 (2,1) <sup>b</sup>	2 (0,3) <sup>a</sup>
Βλάβες σφυρού και άκρου ποδός	-	-	-	1 (0,2) <sup>a</sup>	-	-	2 (0,3) <sup>a</sup>
Φλεγμονώδης ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος	-	-	-	1 (0,2) <sup>a</sup>	4 (0,6) <sup>a</sup>	1(0,1) <sup>a</sup>	4 (0,5) <sup>a</sup>

\* Κάθε σύμβολο a, b, c, d, e, f, υποδηλώνει ένα υποσύνολο από ετήσιες κατηγορίες, των οποίες οι αναλογίες στηλών, δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους στο επίπεδο, 05

## 6.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στους σύγχρονους πληθυσμούς, οι ιατρικές παθήσεις, αν και δεν υπολογίζονται σοβαρά οι βαρέως πάσχοντες, έχουν επιφέρει μια αξιοσημείωτη απαίτηση για επείγουσα προαγωγή των υπηρεσιών αποκατάστασης και τελικής ανάρρωσης. Δεδομένης της επικίνδυνης και περίπλοκης φύσης της διαχείρισης των βαρέως πασχόντων ασθενών, απαιτούνται ισχυρές και σκόπιμες στρατηγικές – που σημαίνουν τις ενορχηστρωμένες υπηρεσίες υγείας κάθε κέντρου, για να καταλύσουν ταχεία αποτελεσματικότητα στην αποκατάσταση. Αυτή η μελέτη έδειξε κυρίως ορισμένες ιατρικές παθήσεις, που επικρατούν στην ελληνική κοινωνία και αποκλειστικά σε εγκαταστάσεις αποκατάστασης.

Οι προσδοκίες και οι ευθύνες αυξάνονται εξαιρετικά για τις σύγχρονες γυναίκες, έτσι τα ευρήματα ότι τα 2/3 των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν γυναίκες, επιβεβαιώνουν τη γενική

γνωστή ευπάθεια για αυτό το φύλο και την επιτακτική ανάγκη στοχευμένων υπηρεσιών αποκατάστασης. Δεδομένου ότι οι αρθροπάθειες όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα γίνονται όλο και πιο συχνές στη σύγχρονη κοινωνία, στοχευμένη θεραπεία δεν υπάρχει και ο πληθυσμός γηράσκει, είναι ζωτικής σημασίας να καθοριστούν ακριβείς στρατηγικές αποκατάστασης στα κέντρα αποκατάστασης (Nguyen et al., 2016). Μια άλλη διαδεδομένη αλλά ανίατη κατάσταση, είναι οι νευρομυϊκές παθήσεις. Καθώς ο ρόλος της άσκησης δεν έχει αποκαλυφθεί άμεσα, απαιτείται η μελλοντική αποκατάσταση να εκφράζει ακρίβεια (Abresch et al., 2009). Τα εγκεφαλο-αγγειακά νοσήματα βρέθηκαν να επικρατούν στην μελέτη μας, όταν το εγκεφαλικό επεισόδιο έχει ήδη δείξει κάποιες διαφορές φύλου (Agnao et al., 2016). Ωστόσο, το εγκεφαλικό επεισόδιο παραμένει η κύρια αιτία αναπηρίας ενηλίκων και ως εκ τούτου, θα πρέπει να αποτελέσει αιτία ευαισθητοποίησης για καλύτερες υπηρεσίες αποκατάστασης προς αυτή την κατεύθυνση (Stinear et al., 2020). Μέθοδοι αποκατάστασης έχουν επίσης υιοθετήσει για διάφορες νευρολογικές καταστάσεις με παροξυσμούς όπως γνωστικές στρατηγικές, συμπεριφορική διαχείριση ή ακόμη και μουσικοθεραπεία, αλλά τα παροξυσμικά μη επιληπτικά επεισόδια είναι συχνά ακόμα και στα παιδιά, οπότε η αποκατάσταση είναι εξαιρετικά σημαντική ιδιαίτερα για τις νεαρές ηλικίες (Morgan & Buchhalter, 2015). Τα επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αποκαλύψει μέχρι τώρα την επικράτηση των τραυματισμών μηρών/ισχίων και, σύμφωνα με τον σύγχρονο αθλητικό τρόπο ζωής, οι νέες μέθοδοι μυϊκής ενδυνάμωσης μπορούν να είναι επωφελείς και προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε ασθενούς (Ekstrom & Donatelli, 2007). Παρόμοια, όμως σήμερα, διάφοροι τραυματισμοί στο κεφάλι είναι συνηθισμένοι στις νεαρές ηλικίες ή λόγω αθλημάτων ή από ατύχημα και μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε ταυτόχρονα κατάγματα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, επομένως η χαμηλότερη διάμεση ηλικία των ευρημάτων μας, είναι εν μέρει δικαιολογημένη. Ως εκ τούτου, απαιτείται μια πολύ-νευροψυχοκοινωνική αποκατάσταση, ειδικά σε κρίσιμες περιπτώσεις, για τη διαχείριση των διαπροσωπικών συνεπειών της αναπηρίας (Askenasy & Rahmani, 1988). Τα οξεία παραλυτικά σύνδρομα, με κινητική δυσλειτουργία σε παιδιά ή ενήλικες, δεν βρέθηκαν τόσο συχνά στη μελέτη μας, αλλά διαταραχές όπως η οξεία παραλυτική πολιομυελίτιδα μπορεί να οδηγήσουν σε σύνδρομο μετά την πολιομυελίτιδα, που θα μπορούσε επίσης να οδηγήσει σε επιπλοκές, απαιτώντας έτσι επείγουσες υπηρεσίες αποκατάστασης (Tiffreau et al, 2010). Ένα άλλο χαμηλό ποσοστό αποκαλύφθηκε για τα άτομα με ραχιαίες παθήσεις, αλλά μια άλλη μελέτη δεν έδειξε σημαντικές διαφορές στο φύλο ή την ηλικία για χρόνια πόνο στην πλάτη (Hofreuter et al., 2008)

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι μόνο μία περίπτωση παρουσίαζε διατροφική ανεπάρκεια που είχε τη μέγιστη διάρκεια παραμονής, αποκαλύψαμε ότι ακόμη όχι και τόσο διαδεδομένοι, ασθενείς με καλοήγη νεοπλάσματα (εκτός από νευροενδοκρινικούς όγκους), συστηματικές ατροφίες του ΚΝΣ, απομυελινωτικές ασθένειες, τραυματισμούς στο κεφάλι, παραλυτικά σύνδρομα, δυσαντονομίες του νευρικού συστήματος και παροξυσμικές διαταραχές, απαιτούσαν υπηρεσίες υγείας για περισσότερο από μισό έτος κατά μέσο όρο. Μία πρόσφατη μελέτη, έδωσε στη δημοσιότητα πληροφορίες για το παγκόσμιο βάρος του καρκίνου, που επικρατεί ελαφρώς στους άνδρες και ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, επιβιώνουν από τον καρκίνο τους. Ωστόσο, ακόμη και αν ο αντίκτυπος επηρεάζει τη φυσική δραστηριότητα, απαιτείται μακροπρόθεσμη αποκατάσταση (Denned & Elkins, 2020). Παράλληλα, εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένες πολύπλοκες καταστάσεις, που αναφέρονται κυρίως σε διαταραχές του νευρικού συστήματος, με ετερογενείς εκδηλώσεις σε κάθε άτομο και παραλλαγές στη νευρολογική κατάσταση, όπως η νόσος του Πάρκινσον ή η σκλήρυνση κατά πλάκας. Ωστόσο, ακόμη και αν η νευροαποκατάσταση είναι επικουρική των φαρμακολογικών θεραπειών, απαιτείται να ελαχιστοποιηθούν οι δευτερογενείς επιπλοκές και η εξέλιξη της νόσου (Abbruzzese et al., 2016 – Kubsik et al., 2017). Η ανάλυσή μας έδειξε επίσης χαμηλής διάρκειας νοσηλεία, για όσους παρουσιάζουν καρδιακές παθήσεις ή παχυσαρκία. Δεδομένου ότι τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι υψηλά στη σύγχρονη κοινωνία και είναι δυνατό να αποτελέσουν δυσμενή παράγοντα για ασθενείς που αναρρώνουν από αρθροπλαστική άρθρωση, εγκεφαλικό επεισόδιο, τραυματισμό ή οξύ ιατρικό γεγονός, θα πρέπει να εξεταστεί η επαγγελματική ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για την προώθηση της ποιοτικής φροντίδας, παρά το γεγονός ότι τα δεδομένα όσον αφορά την αποκατάσταση σε υπέρβαρα άτομα είναι αδύναμα (Sheida et al., 2018). Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως η διάρκεια παραμονής επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η οικογενειακή δομή (Tan et al., 2009). Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ασθενείς με επιπλέον επιπλοκές και συνοσηρότητες παρέμειναν περισσότερο στο Κ.Α.Α. Παρ'όλα αυτά, τα ποσοστά θνησιμότητας δεν είχαν σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων με επιπλοκές και εκείνων με μοναδική ιατρική πάθηση που απαιτούσαν αποκατάσταση. Τα μεταγενέστερα προβλήματα υγείας, περιλάμβαναν κυρίως λοιμώξεις (ουροποιητικού, αναπνευστικού, αιματικής ροής και εμπύρετου), ενώ η μεταφορά των ασθενών στο νοσοκομείο φαινόταν ορθολογική απαίτηση, για περισσότερο έλεγχο υγείας ή άλλα θέματα που σχετίζονται με αναπηρία που δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο κέντρο.

Παρά ταύτα, μια πρόσφατη ελληνική μελέτη αποκάλυψε ακραία ποσοστά για κοινά θέματα υγείας, ειδικά για τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους, και επιβεβαιώθηκε ότι οι πνεύμονες, οι καρδιακές παθήσεις και η παχυσαρκία αφθονούν στην κοινωνία, παρά το γεγονός ότι νοσηλεύονται ή όχι (Mouliou et al., 2021).

Αναμφίβολα, η ελληνική κοινωνία μοιάζει με τον ευρωπαϊκό και παγκόσμιο πληθυσμό σχετικά με την επικράτηση ορισμένων κοινών ιατρικών καταστάσεων. Η μελέτη μας αποκάλυψε ότι, γενικά, υπήρξε κατά προσέγγιση διπλάσια αύξηση των ποσοστών εισαγωγής, μεταξύ του πρώτου και του τελευταίου έτους. Με αυτό το στοιχείο, επιβεβαιώνεται ότι οι εγκαταστάσεις και οι υπηρεσίες αποκατάστασης είναι υψίστης σημασίας στη σύγχρονη κοινωνία μας. Πρώτον, παρατηρήθηκαν αυξανόμενα ποσοστά σε ασθένειες των μυών και των νευρομυϊκών συνάψεων. Τα αυτοάνοσα νοσήματα καταγράφουν αυξανόμενα ποσοστά παγκοσμίως και ακόμη κι αν οι στρατηγικές ανοσοδιαμορφωτικής θεραπείας ανθούν ιδιαίτερα για τις νεαρές ηλικίες, η κατάσταση των ηλικιωμένων μπορεί να έχει προχωρήσει και να χρειάζεται περαιτέρω εντατική φροντίδα (Matsui et., 2009). Η μυαλγία καταγράφηκε ως σύμπτωμα σε σοβαρές περιπτώσεις μολυσμένων από κορονοϊό και ίσως το 2020, υπήρξε αύξηση των εισαγωγών λόγω επιδείνωσης μετά τον covid-19 σε περιπτώσεις με προηγούμενα μυοσκελετικά προβλήματα (Fernández et al., 2021). Αυτή η ιδέα όμως, δεν μπορεί να υποστηριχτεί καθώς δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία (το ιστορικό λοίμωξης από κορονοϊό απουσίαζε). Τα εγκεφαλο-αγγειακά νοσήματα αυξάνονται, ειδικά στις γυναίκες και η Ελλάδα έχει επίσης αναφερθεί από τον Π.Ο.Υ. ότι εμφανίζει ακατέργαστη θνησιμότητα από το εγκεφαλικό επεισόδιο (Thrift et al., 2014). Δεδομένου ότι μια επίμονη αναπηρία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται στο ένα τρίτο των ασθενών, διερευνώνται στρατηγικές που ενισχύουν τη νευροπλαστικότητα και αρκετοί ασθενείς αναζητούν αποκατάσταση για να αξιοποιήσουν τη νευροπλαστικότητα και να ενισχύσουν την κινητική ανάκτηση (Dimyan & Cohen, 2011). Στη μελέτη μας, οι τραυματισμού του ισχίου και των μηρών αυξάνονται σε νεογέννητα μωρά, που αναμφίβολα έχουν συσχετιστεί με κίνδυνο πτώσης, στην ίδια ηλικία (Nilsson et al, 2016). Τέτοιες συνθήκες μπορούν να προβλεφθούν σε μια γραμμικά γηράσκουσα χώρα. Αντίθετα, όμως, τα παραλυτικά σύνδρομα παρουσίασαν πτώση με την πάροδο των ετών και η διαχείριση καταστάσεων όπως το Guillain-Barre, χωρίς ποτέ να καταγράφει υψηλά ποσοστά, βελτιώθηκε με την πάροδο των ετών (Wilson & Jacobs, 2016). Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα θα μπορούσε να είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, που στο παρελθόν η παράλυση ήταν πολύ συχνή, αλλά τώρα η ανοσοθεραπεία σε συνδυασμό με τη

διατροφή απέδωσε άριστα καρπούς, στην πρόληψη της αναπηρίας των μεταγενέστερων σταδίων.

#### **6.4.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Μέχρι τώρα, καμία μέθοδος δεν έχει αποδειχθεί πλήρως αξιόπιστη. Πρώτον, η κατάσταση με την οποία τα άτομα πήραν εξιτήριο από το κέντρο και η ανάρρωσή τους, μερική ή ολική, είναι άγνωστη. Επίσης, απουσιάζει η συνολική ιατρική κατάσταση κάθε ασθενούς, που σημαίνει χρόνια προβλήματα υγείας των ασθενών που θα ήταν πιθανό να επιδράσουν στην πορεία της κατάστασής τους, τη διάρκεια παραμονής ή τη θνησιμότητα, πέραν των γνωστών συνοσηροτήτων που εμφανίστηκαν στο κέντρο. Ένα άλλο σημείο είναι ότι οι ασθενείς με περισσότερες από μία ιατρικές παθήσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη συνολική ανάλυση και τα αποτελέσματα, καθώς μπορεί να μην είναι καθαρά. Ορισμένα άτομα μπορεί να χρειάζονταν άλλους τύπους αποκατάστασης που δεν μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σε αυτό το κέντρο ή να έχουν επισκεφτεί απλώς έναν ιατρό με κατ' οίκων αποκατάσταση – όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στην Ελλάδα, αλλά με τα χαμηλότερα ποσοστά κλειστής νοσηλείας στην αποκατάσταση, στη μελέτη μας. Επιπλέον, η αποκατάσταση συνήθως φαίνεται να είναι συμπληρωματική σε ορισμένες περιπτώσεις και η σύγκριση με άλλα θέματα υγείας που μπορούν να αντιμετωπιστούν με φάρμακα είναι άδικη, επομένως η κάλυψη σε μερικά από τα χαμηλότερα ποσοστά μας είναι εν μέρει λογική. Τέλος, δεδομένου ότι η σύγχρονη Ελλάδα θεωρείται παραδοσιακό κράτος, ορισμένοι άνθρωποι θεωρούν ότι μπορεί να επηρεαστούν από το στίγμα της νοσηλείας γεγονός που θα μπορούσε να υπονομεύσει κάποια αποτελέσματα στην έρευνά μας.

## 6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επικρατέστερες παθήσεις είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι τραυματισμοί ισχίων/μηρών, οι παροξυσμικές διαταραχές, οι αρθροπάθειες και οι μυϊκές παθήσεις στις γυναίκες. Αρκετοί μήνες αποκατάστασης απαιτήθηκαν από τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν καλοήγη νεοπλάσματα, συστηματικές ατροφίες του ΚΝΣ, απομυελινωτικές ασθένειες, τραυματισμοί στο κεφάλι, παραλυτικά σύνδρομα, δυσαυτονομίες του νευρικού συστήματος, ενώ τα άτομα με επιπλέον προβλήματα υγείας χρειάζονταν διπλάσιο χρονικό διάστημα για την ανάρρωση και οι επεισοδιακές διαταραχές κατέγραψαν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας. Παρατηρήθηκαν αυξανόμενα ποσοστά σε μυϊκές, εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις και τραυματισμούς στο ισχίο και τους μηρούς και μείωση των παροξυσμικών, παραλυτικών και κινητικών διαταραχών ανά τα έτη. Η παραδοσιακή αποκατάσταση υπόκειται σήμερα σε εξελικτικές αναθεωρήσεις και η μελέτη μας αποκάλυψε τις μελλοντικές τάσεις και τις τροχιές των νοσημάτων παρακολουθώντας την επιδημιολογία των βαρέως πασχόντων ασθενών σε κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας για 7 συναπτά έτη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 📖 Abbruzzese G, Marchese R, Avanzino L, Pelosin E. Rehabilitation for Parkinson's disease: Current outlook and future challenges. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2016;22:S60–4.
- 📖 Abresch RT, Han JJ, Carter GT. Rehabilitation Management of Neuromuscular Disease: The Role of Exercise Training. *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*. 2009;11:7–21.
- 📖 ANIMUS | Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας [Internet]. Animus. [cited 2021 Aug 16]; Available from: <https://animus.com.gr/>
- 📖 Arnao V, Acciarresi M, Cittadini E, Caso V. Stroke incidence, prevalence and mortality in women worldwide. *International Journal of Stroke*. 2016;11:287–301.
- 📖 Askenasy JJM, Rahmani L. Neuropsychosocial Rehabilitation Of Head Injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1988;66:315–327.
- 📖 Atanelov L, Stiens SA, Young MA. History of Physical Medicine and Rehabilitation and Its Ethical Dimensions. *AMA Journal of Ethics*. 2015;17:568–74.
- 📖 Braddom L. R., (1996): “Physical Medicine and Rehabilitation” - 4th edition, El Sevier Saunders, Philadelphia
- 📖 Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637
- 📖 Cameron ID, Kurrle, MB BS, DipGerMed SE. 1: Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*. 2002;177:387–91.
- 📖 Dalal, A. (2000). Living with a Chronic Disease: Healing and Psychological Adjustment in Indian Society. *Psychology and Developing Societies* 12(1), 67–81
- 📖 Dennett AM, Elkins MR. Cancer rehabilitation. *Journal of Physiotherapy*. 2020;66:70–2.
- 📖 Di Matteo, MR. & Martin, LR. (2011). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας., Επ.Επιμέλεια Αναγνωστόπουλος, Φ. & Ποταμιάνος, Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο



- 📖 Dimyan MA, Cohen LG. Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke. *Nat Rev Neurol*. 2011;7:76–85.
- 📖 Ekstrom RA, Donatelli RA, Carp KC. Electromyographic Analysis of Core Trunk, Hip, and Thigh Muscles During 9 Rehabilitation Exercises. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2007;37:754–62.
- 📖 Eurobarometers [Internet]. Public Health - European Commission. [cited 2021 Aug 16]; Available from: [https://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers\\_en](https://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers_en)
- 📖 Fanakidou I, Zyga S, Alikari V, Tsironi M, Stathoulis J, Theofilou P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2018;27(2):539-543
- 📖 Fernández-de-Las-Peñas C, Rodríguez-Jiménez J, Fuensalida-Novo S, Palacios-Ceña M, Gómez-Mayordomo V, Florencio LL, et al. Myalgia as a symptom at hospital admission by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection is associated with persistent musculoskeletal pain as long-term post-COVID sequelae: a case-control study. *Pain*. 2021;
- 📖 Ginter, P. M. (2018). *The strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons
- 📖 Guzik A, Bushnell C. *Stroke Epidemiology and Risk Factor Management: CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2017;23:15–39.
- 📖 Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154
- 📖 Hofreuter K, Koch U, Morfeld M. Die Bedeutung sozialer Ungleichheit als Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung von chronischen Rückenschmerzpatienten nach medizinischer Rehabilitation. *Gesundheitswesen*. 2008;70:145–53.
- 📖 Jamison DT, editor. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Third edition. Washington, DC: World Bank Group; 2018.

- 📖 Kefaliakos A, Pliakos I, Kiekkas P, Charalampidou M, Diomidous M. Virtual Reality in the Rehabilitation of Patients with Neurological Disorders. *Stud Health Technol Inform.* 2016;226:45–7.
- 📖 Klugarova J, Klugar M, Mareckova J, Gallo J, Kelnarova Z. The effectiveness of inpatient physical therapy compared to outpatient physical therapy in older adults after total hip replacement in the post-discharge period: a systematic review: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2016;14:174–209.
- 📖 Krywulak SA, Mohtadi NGH, Russell ML, Sasyniuk TM. Patient satisfaction with inpatient versus outpatient reconstruction of the anterior cruciate ligament: a randomized clinical trial. *Can J Surg.* 2005;48:201–6.
- 📖 Kubsik A, Klimkiewicz P, Klimkiewicz R, Janczewska K, Woldańska-Okońska M. Rehabilitation in multiple sclerosis. *Adv Clin Exp Med.* 2017;26:709–15.
- 📖 Matsui N, Nakane S, Nakagawa Y, Kondo K, Mitsui T, Matsumoto T, et al. Increasing incidence of elderly onset patients with myasthenia gravis in a local area of Japan. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2009;80:1168–71.
- 📖 McCuish WJ, Bearne LM. Do Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Programmes Improve Health Status in People with Long-Term Musculoskeletal Conditions? A Service Evaluation: MDT Rehabilitation in Long-Term MSK Conditions. *Musculoskelet. Care.* 2014;12:244–50.
- 📖 Melin R., Fugl - Meyer AR (2003), ‘On prediction of vocational rehabilitation out-come at a Swedish employability institute’, *J Rehabil Med*, 35:284-289
- 📖 Morgan LA, Buchhalter J. Psychogenic Paroxysmal Nonepileptic Events in Children: A Review. *Pediatric Neurology.* 2015;53:13–22.
- 📖 Mouliou DS, Kotsiou OS, Gourgoulianis KI. Estimates of COVID-19 Risk Factors among Social Strata and Predictors for a Vulnerability to the Infection. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021;18:8701.
- 📖 Murray CJL., Frenk J., (1999): “A WHO framework for health system performance assessment”, GPE Discussion Paper Series: No. 6. EIP/GPE/FAR, World Health Organization, Geneva

- 📖 National Statistics | Data and Statistics | Arthritis | CDC [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 16]; Available from: [https://www.cdc.gov/arthritis/data\\_statistics/national-statistics.html](https://www.cdc.gov/arthritis/data_statistics/national-statistics.html)
- 📖 Nguyen C, Lefèvre-Colau M-M, Poiraudau S, Rannou F. Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: A critical narrative review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016;59:190–5.
- 📖 Nilsson M, Eriksson J, Larsson B, Odén A, Johansson H, Lorentzon M. Fall Risk Assessment Predicts Fall-Related Injury, Hip Fracture, and Head Injury in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:2242–50.
- 📖 Olinic D-M, Spinu M, Olinic M, Homorodean C, Tataru D-A, Liew A, et al. Epidemiology of peripheral artery disease in Europe: VAS Educational Paper. *Int Angiol [Internet]*. 2018 [cited 2021 Aug 16];37. Available from: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R34Y2018N04A0327>
- 📖 Panagopoulos A., (2009), Quality of healthcare services, University of Peloponnisos, Department of Business and Organization Administration, p.20-21, Διαθέσιμο στο: [http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12786/SDO\\_DMYP\\_00763\\_Medium.pdf?sequence=1](http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12786/SDO_DMYP_00763_Medium.pdf?sequence=1) [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]
- 📖 Parasuraman A., Zeithaml V. & Berry L., (1988). Servqual: Multiple- item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64, pp 12-40
- 📖 Rehabilitation [Internet]. [cited 2021 Aug 16]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- 📖 Schacter D.L., Gilbert D.T, Wegner D.M. (2012) ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ. Εκδόσεις Gutenberg Αθήνα, σελ.1-2
- 📖 Seida JC, Sharma AM, Johnson JA, Forhan M. Hospital rehabilitation for patients with obesity: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2018;40:125–34.
- 📖 Speaking About the Most Common Diseases in Greece [Internet]. The Borgen Project. 2017 [cited 2021 Aug 16]; Available from: <https://borgenproject.org/common-diseases-in-greece/>
- 📖 Stinear CM, Lang CE, Zeiler S, Byblow WD. Advances and challenges in stroke rehabilitation. *The Lancet Neurology*. 2020;19:348–60.

- 📖 Szylińska A, Listewnik M, Rotter I, Rył A, Kotfis K, Mokrzycki K, et al. The Efficacy of Inpatient vs. Home-Based Physiotherapy Following Coronary Artery Bypass Grafting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15:2572.
- 📖 Tan WS, Heng BH, Chua KS-G, Chan KF. Factors Predicting Inpatient Rehabilitation Length of Stay of Acute Stroke Patients in Singapore. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009;90:1202–7.
- 📖 The top 10 causes of death [Internet]. [cited 2021 Aug 16]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 📖 Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, et al. Global stroke statistics. *International Journal of Stroke*. 2017;12:13–32.
- 📖 Tiffreau V, Rapin A, Serafi R, Percebois-Macadré L, Supper C, Jolly D, et al. Post-polio syndrome and rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2010;53:42–50.
- 📖 Valentine N., De Silva A., Kawabata K., Darby C., Murray C., Evans D., (2013): “Health System Responsiveness: concepts, domains and operationalization”, *Health Systems Performance Assessment*
- 📖 Vlachadis N, Vrachnis N, Ktenas E, Vlachadi M, Kornarou E. Mortality and the economic crisis in Greece. *The Lancet*. 2014;383:691.
- 📖 Vliet Vlieland TPM, Hazes JMW. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1997;27:110–22.
- 📖 Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet*. 2016;388:717–27.
- 📖 Αλεξιάδου, Ε.Α. (2020). Αναπηρία και ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα υπό την οπτική των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(1): 98-105
- 📖 Ανανίδης Νίκος,(2011): «Η δημιουργία και λειτουργία κέντρων αποκατάστασης ως αναγκαία προϋπόθεση για την εξασφάλιση της αυτονομίας και της ανάδειξης των δυνατοτήτων των πολιτών με αναπηρία», Διαθέσιμο από:

[http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=417  
&cnode=55](http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=417&cnode=55), [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]

- 📖 Αρσενοπούλου Ι., (2010): «Τα δικαιώματα των πολιτών και των ασθενών στα συστήματα υγείας» στο: Κοντιάδης Ξ./Σουλιώτης Κ.(επιμ.), (2010): « Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- 📖 Βενετσάνου, Π. (2013). Υπηρεσίες Αποκατάστασης στην κοινότητα. Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ). Ο βαθμός ανταποκρισιμότητας του ΚΕΦΙΑΠ Κορίνθου. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία [on line]. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Διαθέσιμο στο: <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/1837> [Πρόσβαση στις 10 Ιουλίου 2020]
- 📖 Γαλάτα Α., Ραπίδη Χ., Πετροπούλου Κ., (2008): «Νοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή Αποκατάσταση σε ασθενείς με τραυματική βλάβη εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού», Β΄ Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, ΕΙΑΑ
- 📖 Γεωργόπουλος Χρήστος, (2001): «Αναπηρία: το ζήτημα είναι κοινωνικό και πολιτικό», Ελευθεροτυπία 24-06-2001
- 📖 Δημητρακόπουλος Σ, (2017) «Η ειδικότητα ΦΙΑΠ», Διαθέσιμο από: <http://www.iatriki-apokatastasi.gr/index.php?/arthra/fysikh-iatrikh-apokatastash.php>, [Πρόσβαση, Αύγουστος 2021]
- 📖 Δημητριάδης Β., (2013), Αξιολόγηση και πιστοποίηση κέντρων αποκατάστασης αναπήρων, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, ΜΔΕ Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, σελ.30-33 <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/37195> [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]
- 📖 Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- 📖 Θανασάς, Ι., & Χαραλάμπους, Μ. (2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Επιστημονικά Χρονικά, 21(2) Διαθέσιμο στο <http://www.tzaneio.gr/wp->

[content/uploads/epistimonika\\_xronika/p16-2-6.pdf](content/uploads/epistimonika_xronika/p16-2-6.pdf) [Πρόσβαση, Αύγουστος 2021]

- 📖 Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της Υγείας: θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
- 📖 Κωστογιόλας Π. Α., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ., (2006): «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6): 603-614
- 📖 Λιονής, Χ., Ιατράκη, Ε., Πιτέλου, Ε., Αλεξιάδης, Α. Δ., Ασπράκη, Γ., Γεωργιάννος, Ν., & Ραζής, Ν. (2015). Ιατρός – ασθενής: Η ανθρωπολογική προσέγγιση
- 📖 Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2015). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4).
- 📖 Μινάκη Π., Σαμόλη Ε., Θεοδώρου Μ., (2013): « Παράπονα ασθενών σε τρία νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά;», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(1):67-78
- 📖 Μιχαήλ Ξ., (2013), «Η καθηγήτρια ΑΤΕΙ Δρ. Ξανθή Μιχαήλ, Φυσιάτρος, πρόεδρος Ελληνικής & Ευρωπαϊκής Εταιρείας ΦΙΑπ για την Αποκατάσταση», Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΕΦΙΑΠ, Διαθέσιμο στο: <http://www.medreha.com> [Πρόσβαση, Αύγουστος 2021]
- 📖 Μιχαήλ Ξ., Χατζηχρήστος Γ., (2011): «Αρχές και μέθοδοι οργάνωσης Κέντρου Αποκατάστασης στην Ελλάδα», Διαθέσιμο από: [http://www.iatrikionline.gr/IB\\_106/18%20EIDIKO%20AR8RO%20organ.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_106/18%20EIDIKO%20AR8RO%20organ.pdf), [Πρόσβαση Αύγουστος 2021]
- 📖 Μπιλιράκης Κ., (2015), Διερεύνηση χαρακτηριστικών και στοιχεία ανταγωνιστικότητας ιδιωτικών κέντρων αποκατάστασης στην Ελλάδα, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, ΜΔΕ στον τομέα Διοίκησης της Υγείας, σελ.20-22, Διαθέσιμο στο <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/9020?locale-attribute=en> [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]
- 📖 Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Τομέας οικονομικών της υγείας, Διαθέσιμο από:

[http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/General%20info.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/General%20info.pdf),

(Πρόσβαση στις 27/07/21)

- 📖 Παπακωστίδη Α., Τσουκαλά Ν., (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(4):480-488
- 📖 Πετροπούλου Κ. , (2006): « Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση μια Ιατρική ειδικότητα που ενδιαφέρει άμεσα τους Έλληνες με αναπηρίες» , <http://www.disabled.gr/lib/?p=7043>, [Πρόσβαση, Ιούλιος 2021]
- 📖 Σαμαρτζή Χ., (2011), «Η συμβολή της αποκατάστασης των ΑμεΑ στην επανένταξη τους στην αγορά εργασίας και στην ενδυνάμωση της εθνικής οικονομίας». Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα
- 📖 Σιούτης Ι., Μιχαήλ Ξ, Λαγόγιαννης Ν., (2007): «Η αναγκαιότητα του συντονισμού όλων των φορέων στον τομέα της αποκατάστασης των χρονίως πασχόντων», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Ιουλίου - Αυγούστου - Σεπτεμβρίου 2007, σ.56-60
- 📖 Σταυγιαννουδάκη Α., (2020), Αντιλήψεις ασθενών με αναπηρία και των κύριων φροντιστών τους για το Κέντρο Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Ρεθύμνου (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.): Μια ποιοτική μελέτη σε παλαιούς και νέους ασθενείς και φροντιστές, ΕΑΠ, Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών, ΜΔΕ στον τομέα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, σελ.7-8, Διαθέσιμο στο: <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/47708>, [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]
- 📖 Τζάρα Μ., (2011) «Λειτουργική Αξιολόγηση ελλειμμάτων και αναπηριών- Λειτουργικές κλίμακες-ICF- Κάρτα λειτουργικότητας», <http://www.pasipka.gr/frontoffice/popup.asp?cpage=USERTEXT&cresrc=316&cnode=50> [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]
- 📖 Τομέας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικών Ιατρών (UEMS) - Ευρωπαϊκή Επιτροπή Εκπαίδευσης στη Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση και Ευρωπαϊκή Ακαδημία Ιατρικής Αποκατάστασης, (2006): « Λευκή Βίβλος της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης στην Ευρώπη»
- 📖 Τριανταφύλλου Τ., Μεσθεναίου Ε., Προύσκας Κ., Γκόλτση Π., Κοντούκα Σ., Λουκίσης Α. (2008). Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα

άτομα. Πανελλαδική Έρευνα. Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης (Ι.Κ.Π.Α.) Αθήνα

- 📖 Τσαντίλας Π., (2008): « Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας», Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2008
- 📖 Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρης Σ., Γούλα Α., (2010): « Μια νέα προσέγγιση στην μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών», Νοσηλευτική 2010, 49(1): 40–52
- 📖 Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενικές Αρχές Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών, άρθρο 2, διαθέσιμο στο <http://www.opengov.gr/ypep/?p=606> [Πρόσβαση, Αύγουστος 2021]
- 📖 ΥΥΚΑ, (2012): « Το Νέο Σύστημα Ταξινόμησης και Αξιολόγησης της Αναπηρίας», <http://www.moh.gov.gr/articles/social-solidarity/domes-kai-drasesis-koinwnikhs-allhleggyhs/atoma-me-anaphries/> [Πρόσβαση Ιούλιος 2021]