

«Η συνεργασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Κ.Α.Π.Η.) και της Ιατρικής Αποκατάστασης απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία»

Dr Κυριακή ΣΤΑΘΗ

Ιατρός Αποκατάστασης - Μέλος του European Board Φ.Ι.Απ.
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τεχνολογική πρόοδος στο χώρο της ιατρικής και η αύξηση του βιωτικού επιπέδου στο δυτικό κόσμο οδηγεί σε σταδιακή γήρανση του πληθυσμού. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής συνοδεύεται με την αύξηση των αναπηρικών προβλημάτων εξ αιτίας της εκφυλιστικής παθολογίας αλλά και εκείνων που προκύπτουν από την τυχόν προϋπάρχουσα αναπηρία που γερνάει.

Ο ιατρός αποκατάστασης θα πρέπει να αξιολογήσει την κλινική και λειτουργική εικόνα του ασθενή, να σχεδιάσει και να επιβλέπει την εκτέλεση του εξατομικευμένου προγράμματος αποκατάστασης.

Η οργάνωση υπηρεσιών μετανοσοκομειακής αποκατάστασης και υποστηρικτικών κοινωνικών δομών (Κ.Α.Π.Η., προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, κ.α.) εγγυώνται το καλύτερο προσδόκιμο αποκατάστασης για το γηριατρικό ασθενή, τη διατήρηση της αυτονομίας του καθώς και το μικρότερο οικονομικό κόστος τόσο για το ασφαλιστικό σύστημα όσο και για τον οικογενειακό προϋπολογισμό.

Απαιτούνται περαιτέρω κλινικο-οικονομικές έρευνες για την τεκμηρίωση δεικτών αξιολόγησης των προγραμμάτων και των δομών αποκατάστασης κοινοτικής βάσης.

Λέξεις Κλειδιά : Ηλικιωμένοι / Τρίτη Ηλικία, Αποκατάσταση, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), Ποιότητα Ζωής

Αλληλογραφία :

Dr Κυριακή ΣΤΑΘΗ

Ζωσσιμαδών 15
185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ
Τηλ. : (210) 41 73 272

«The cooperation of Municipality (Open Day Care Service - K.A.P.I.) and Rehabilitation Medicine : necessity for elderly people's quality of life»

Dr Kyriaki STATHI

Rehabilitation Physician - Certified of European Board of P.R.M.
Ph.D. Medical School of the University of Athens

SUMMARY

The technical progress in medicine as well as the increase of the standard of living in the industrialized world lead to the progressive increase of life expectancy. This situation leads to the increase of disabilities (as a result of degenerative pathology) and problems derive from any disability that already exists.

Physiatrist should evaluate the clinical and functional ability, plan and supervise an individualized rehabilitation program.

The organization of community based rehabilitation services concerning post-hospital rehabilitation and supportive social structures (K.A.P.I., home care services, e.t.c.) offer the best outcome for the geriatric patient, the maintenance of the independence, as well as the decreased insurance and family budget's financial cost.

Further clinical and economical researches would be useful to provide additional information for the evaluation parametres of the community based rehabilitation programs.

Key - Words : Community based rehabilitation, rehabilitation, elderly, quality of life

Correspondance :

Dr Kyriaki STATHI

15, Zossimadon str.

185 31 PIRAEUS

GREECE / HELLAS

Tel. : (210) 41 73 272

«Η συνεργασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Κ.Α.Π.Η.) και της Ιατρικής Αποκατάστασης απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία»

Το αίνιγμα της Σφίγγας προς στο νεαρό Οιδίποδα απεικονίζει γλαφυρά τα στάδια της ανθρώπινης πορείας : ανάπτυξη, ωρίμανση και υποστρόφη. Η τεχνολογική πρόοδος στο χώρο της Ιατρικής και η αύξηση του βιωτικού επιπέδου στο δυτικό κόσμο οδηγεί σε σταδιακή γήρανση του πληθυσμού μέσω της αύξησης του μέσου όρου ζωής και της εμφάνισης 4^{ης} (πέραν των 75 χρόνων) και 5^{ης} ηλικίας. Η 3^η ηλικία ορίζεται από 60 έως 75 χρόνων.

Το γήρας δεν είναι ασθένεια με την κλασική έννοια, αλλά παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες. Ετσι αναπτύχθηκαν οι ιατρικές ειδικότητες της **Γηριατρικής** (ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με τα βιολογικά - νοσολογικά - κλινικά - εργαστηριακά - θεραπευτικά προβλήματα των γερόντων) και της **Γεροντολογίας** (η επιστήμη που ασχολείται με τα κοινωνικο-οικονομικά θέματα του γήρατος). (2, 15, 20, 27)

Εχουν γίνει πολλές προσπάθειες **ερμηνείας της διαδικασίας της ΓΗΡΑΝΣΗΣ** [4, 5, 6, 12, 14, 18, 24, 26, 27] οι πλέον επικρατέστερες απόψεις είναι :

- 1□ Το προγραμματισμένο γήρας, δηλαδή υπάρχει η πληροφορία στο γενετικό υλικό που ενεργοποιείται με αποτέλεσμα της αναστολή της πρωτεϊνοσύνθεσης σε κυτταρικό επίπεδο και κατά συνέπεια τη μείωση των μιτώσεων, που οδηγεί στη σταδιακή διακοπή της ανανέωσης των κυττάρων (Hayflic).
- 2□ Τα «σφάλματα» της πρωτεϊνοσύνθεσης, δηλαδή διαταραγμένα R.N.A. οδηγούν στην κατασκευή λανθασμένων πρωτεϊνικών αλυσίδων, με συνέπεια τη διαταραχή της ενζυμικής λειτουργίας, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη συνέχιση της ζωής του κυττάρου. (Comfort - 1964).

Ο **ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΣ ΕΚΦΥΛΙΣΜΟΣ** αφορά όλα τα συστήματα, όπως την καρδιαγγειακή λειτουργία (μείωση της λειτουργικής ικανότητας της καρδιάς, αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης), την αναπνευστική λειτουργία (αύξηση του παραμένοντα όγκου αέρα μέσα στους πνεύμονες, μείωση της ικανότητας των αναπνευστικών μυών, μηχανικές αλλαγές του θωρακικού κλωβού - κύφωση, ανάπτυξη αναπνευστικής ανεπάρκειας περιοριστικού τύπου), την νεφρική λειτουργία (σταδιακή έκπτωση της νεφρικής κάθαρσης, άμεσος αντίκτυπος στο μεταβολισμό), στην ηπατική λειτουργία (σταδιακή έκπτωση, άμεσος αντίκτυπος στο μεταβολισμό), τα αισθητήρια (Ακοή : ακρωτηριασμός συχνοτήτων μετά την 4^η δεκαετία της ζωής και Οραση : πρεσβυωπία, καταρράκτης), το κεντρικό νευρικό σύστημα (εκφύλιση των νευρικών κυττάρων, μείωση των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους, εντόπιση κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς και στην παρεγκεφαλίδα, επηρεάζονται η μνήμη, η ισορροπία και οι ανώτερες λειτουργίες) , το ερειστικό σύστημα (μείωση της ελαστικότητας, διαταραχή του μεταβολισμού, με συνέπεια την **ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**, επιπλέον επιβαρύνεται από περιόδους κλινοστατισμού, ακινητοποίησης, πτώσεις, **ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΕΣ**, κ.α.), το μυϊκό σύστημα (μείωση της ελαστικότητας, μείωση της μυϊκής μάζας, διαταραχή της λειτουργικότητας του, η εκφύλιση οδηγεί σε μυϊκές συσπάσεις, ρικνώσεις τενόντων, κ.α.).

Στην 3^η ηλικία και πέρα η κατάρρευση ακολουθεί τους κανόνες του φαινομένου «ντόμινο». Η αποκατάσταση που στοχεύει στη διατήρηση της αυτονομίας στενά συνυφασμένη με τις έννοιες της ποιότητας ζωής, ακόμα και με δραστικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζούμε και γερνάμε.

Η συνεισφορά της αποκατάστασης στο γηριατρικό ασθενή οφείλει να ακολουθεί ρεαλιστικές πρακτικές και να στηρίζεται σε πεπιοθήσεις όπως το ότι δεν «παλαίβουμε» το γήρας και δεν αντιμαχώμαστε τον θάνατο. Ο στόχος είναι να ελαχιστοποιηθούν η **ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ** και η **ΑΝΑΠΗΡΙΑ**, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητας ζωής. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ανά πάσα στιγμή η πολλαπλή συνοδή παθολογία μιας ποικιλίας χρόνιων παθολογικών καταστάσεων. Τα προγράμματα οφείλουν να είναι **ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ** και **ΟΧΙ** εντατικά. Επίσης είναι καλό να σημειωθεί ότι **το ΓΗΡΑΣ είναι ΝΕΑΝΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ και είναι προτιμώτερη η πρόληψη παρά η θεραπεία αναπηρικών καταστάσεων.** (2, 15, 20, 27)

Η ιατρική ειδικότητα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Φ.Ι.Απ.) έχει σαν στόχους την **ΠΡΟΛΗΨΗ** των επιπλοκών που μπορεί να συμβούν κατά την αρχική ή την οξεία φάση ενός τραυματισμού ή μιας πάθησης, τη **ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ** της λειτουργικότητας του ασθενή, καθ'όλη την περίοδο όπου αυτός παρουσιάζει ένα λειτουργικό έλλειμα, περιορισμένο ή εκτεταμένο, την **ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**: στο μέγιστο δυνατό των υπολειπόμενων λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενή και την **ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ** όταν η νόσος ή το ατύχημα έχουν σαν συνέπειες μόνιμα, μη αναστρέψιμα, λειτουργικά ελλείματα, οπότε θα πρέπει να προσαρμοστεί τόσο ο ασθενής όσο και το περιβάλλον του στα ελλείματα και στις ανικανότητες του και θα πρέπει να γίνει η επαναπροσαρμογή στον καινούργιο τρόπο ζωής και καταστεί δυνατή η οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική επανένταξή του ατόμου.

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό ορισμό ο **ιατρός Φ.Ι.Απ.** είναι ο ειδικός που έχει ως ρόλο το συντονισμό και την εξασφάλιση της εφαρμογής όλων των μέτρων για την πρόληψη και την ελαχιστοποίηση των αναπόφευκτων λειτουργικών, φυσικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών συνεπειών των ελλειμάτων και των ανικανοτήτων. Ο ιατρός Φ.Ι.Απ. **συντονίζει και κινητοποιεί την πολυδιάστατη ομάδα** που αποτελείται από : κινησιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νευροφυσιολόγο, ορθωτίστα, διαιτολόγο, βοηθητικό προσωπικό (νοσηλεύτη, αποκλειστικό νοσοκόμο, τραυματιοφορέα, κ.α.), ψυχοκινητικό εκπαιδευτή. Εργάζεται σε **συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες** (νευρολόγο, ορθοπαιδικό, καρδιολόγο, Ω.Ρ.Λ., κ.α.) και το γενικό ιατρό. Τα **θεραπευτικά μέσα** είναι : η κινησιοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η επανεκπαίδευση του περινέου, τα ορθωτικά, η λογοθεραπεία και η επανεκπαίδευση των διαταραχών κατάποσης.

Η οργάνωση των δομών Αποκατάστασης Ηλικιωμένων έχει ως σκοπό της αποφόρτιση της οικογένειας, τη μείωση ή/και εξαφάνιση δομών που λειτουργούν ως αποθήκες γερόντων και τελικά να «προσθέσει ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή». Η **Community Based Rehabilitation** είναι η σύγχρονη πρόταση του ολιστικού ιατρικού μοντέλου της Αποκατάστασης.

Η «ανοικτή προστασία» ηλικιωμένων οφείλει να ακολουθεί ρεαλιστικές βάσεις, να προάγει και να υποστηρίζει τους τομείς της **ιατρικής περίθαλψης**, των **υπηρεσιών πρόνοιας**, των **ασφαλιστικών και νομικών υπηρεσιών**, της **δημιουργικής απασχόλησης**, της **διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου**. Αφορά υπηρεσίες υποστήριξης με προγράμματα βοήθειας στο σπίτι (για άτομα που δεν μπορούν να βγούν από το σπίτι τους), ανεξάρτητης διαβίωσης (για άτομα που μπορούν να αυτοϋπηρετούνται μόνα τους) ή/και προστατευόμενης διαβίωσης (για άτομα που ζούν με τη βοήθεια της οικογένειας τους) (28, 32, 34, 35, 36, 37)

Ο αείμνηστος **Δημήτρης ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ**, πρώην διευθυντής της κλινικής Φ.Ι.Απ. του Κ.Α.Τ., από τους θεμελιωτές της ειδικότητας της αποκατάστασης στην Ελλάδα και ο εμπνευστής του θεσμού των **Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)** προτείνει ότι η διοικητική οργάνωση και δομή των Κ.Α.Π.Η. να έχει τη μορφή δημοτικού νομικού πρόσωπου (όπως ένα πνευματικό κέντρο), να διοικείται από 5μελές διοικητικό συμβούλιο που απαρτίζεται από το δήμαρχο ή αντιδήμαρχο (ως πρόεδρο), ένα δημοτικό σύμβουλο (που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο), ένα δημότη (που ασχολείται με κάποιο από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα), έναν κοινωνικό λειτουργό και ένα μέλος του Κ.Α.Π.Η. (αιρετό). Το διοικητικό συμβούλιο του Κ.Α.Π.Η μπορεί να εκλέγει πρόεδρο, αντιπρόεδρο και γραμματέα και η θητεία του να είναι η δημοτική περίοδος. Οι ώρες λειτουργίας του πρέπει να είναι 8.00 π.μ. - 10.00 μ.μ. και αν είναι δυνατό λειτουργεί και Σάββατο ή/και Κυριακή. Μπορεί να έχει μέλη του κάθε δημότη μεγαλύτερο των 60 χρόνων, αλλά και δημότες νεώτερης ηλικίας, υπό προϋποθέσεις. (27)

Στον πίνακα που ακολουθεί συνοψίζονται η οργάνωση λειτουργίας, η στελέχωση και οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η..

Οργάνωση Λειτουργίας - Στελέχωση - Παρεχόμενες Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.

Στέλεχος	Υπηρεσία
Ιατρός Φ.Ι.Απ. [2, 7, 23, 27]	1 <input type="checkbox"/> Επιβεβαίωση της ακρίβειας της διάγνωσης
	2 <input type="checkbox"/> Εκτίμηση των μη αναγνωρισμένων καταστάσεων
	3 <input type="checkbox"/> Συνυπολογισμός «αναπηρικών» προβλημάτων
	4 <input type="checkbox"/> Έλεγχος φαρμάκων
	5 <input type="checkbox"/> Καθορισμός των στόχων και του περιεχομένου εξατομικευμένων προγραμμάτων αποκατάστασης
Νοσηλεύτης / τρια [1, 2, 19, 21, 22, 27]	6 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση και φροντίδα ατομικής υγιεινής
	7 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση και εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης (Θερμοπληξίας, Σ.Δ., Α.Υ., Αντιγριππικοί Εμβολιασμοί, κ.α.)
	8 <input type="checkbox"/> Παροχή πρώτων βοηθειών
	9 <input type="checkbox"/> Συνοδία και μεσολάβηση σε ειδικό ιατρό - νοσοκομείο.
Φυσικοθεραπευτής / τρια [2, 10, 16, 22, 25, 27]	10 <input type="checkbox"/> Εκτέλεση προγραμμάτων φυσικής άσκησης
	11 <input type="checkbox"/> Εφαρμογή φυσικών μέσων
	12 <input type="checkbox"/> Εκτέλεση ειδικών εξατομικευμένων προγραμμάτων
	13 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση στη χρήση βοηθημάτων βάδισης
Εργοθεραπευτής / τρια [2, 13, 27]	14 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση για ανεξάρτητη αυτοϋπηρεσία
	15 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση στη χρήση βοηθημάτων αυτοϋπηρεσίας
	16 <input type="checkbox"/> Οδηγίες για τροποποιήσεις και διευκολύνσεις περιβάλλοντος
	17 <input type="checkbox"/> Εκπαίδευση γνωσιακών λειτουργιών
Ψυχολόγος [3, 11, 17, 20]	18 <input type="checkbox"/> Υποστήριξη ατόμου (γνωσιακά και σε αυτοεκτίμηση)
	19 <input type="checkbox"/> Υποστήριξη ατόμου και των οικογενειών
Ασφαλιστικός / Νομικός Σύμβουλος [2, 9, 27]	20 <input type="checkbox"/> Ασφαλιστικά δικαιώματα και δυνατότητες επιδομάτων
	21 <input type="checkbox"/> Διαχείριση θεμάτων με ασφαλιστικά ταμεία
	22 <input type="checkbox"/> Νομικές συμβουλές
Δίκτυο Εθελοντών [2, 8, 9, 22, 27]	23 <input type="checkbox"/> Στήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης των ατόμων
	24 <input type="checkbox"/> Διευκόλυνση της διαχείριση του ελεύθερου χρόνου
	25 <input type="checkbox"/> Υποστήριξη των οικογενειών των φροντιστών
	26 <input type="checkbox"/> Δημιουργική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου - απασχόληση
ΒΟΗΘΕΙΑ κατ' ΟΙΚΟΝ [2, 7, 8, 9, 22, 27]	27 <input type="checkbox"/> Νοσηλευτικές υπηρεσίες
	28 <input type="checkbox"/> Διατροφή - προμήθεια τροφίμων (ψώνια)
	29 <input type="checkbox"/> Υπηρεσίες οικιακού βοηθού
Λεωφορείο [2, 9, 27]	30 <input type="checkbox"/> Δωρεάν πρόσβαση στη δημοτική συγκοινωνία
	31 <input type="checkbox"/> Τροποποιημένα αυτοκίνητα και δρομολόγια διευκόλυνσης μετάβασης στο Κ.Α.Π.Η.

Στέλεχος	Υπηρεσία
Λουτροθεραπεία [2, 9, 27]	32□ Δωρεάν πρόσβαση
	33□ Διευκόλυνση της μετακίνησης και της φιλοξενίας
Εκδρομές [8, 9, 27]	34□ Δημιουργική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου - απασχόληση
	35□ Τροποποιημένα αυτοκίνητα
	36□ Ανάπτυξη νέων κοινωνικών σχέσεων
Δημιουργική Απασχόληση [2, 7, 8, 9, 22, 27]	37□ Διατήρηση λειτουργικών ικανοτήτων και ανεξαρτησίας
	38□ Προαγωγή της αυτοεκτίμησης
	39□ Ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων

Οι δυνατότητες ανάπτυξης των δραστηριοτήτων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης σε συνεργασία με την Ιατρική Αποκατάσταση μπορεί να περιλαμβάνει τη δημιουργία ξενώνων προστετευόμενης διαβίωσης ενηλίκων καθώς και νοσοκομείου ημέρας.

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Η γρήγορη έξοδος από το νοσοκομείο και η κατ'οίκον παρακολούθηση προγράμματος για τους ημιπληγικούς ασθενείς μπορεί να γίνει χωρίς να επηρεάζονται τα κλινικά προσδόκιμα. Η οικονομική ανάλυση απέδειξε ότι η προαναφερόμενη μέθοδος κοστίζει λιγότερο από τη συμβατική ενδονοσοκομειακή αποκατάσταση ενός σημαντικού αριθμού ασθενών με ανικανότητα. (28, 31, 33) Υπάρχει η άποψη ότι όσο πιο νωρίς ξεκινήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος για τον ασθενή. Όμως ακόμα και σε ασθενείς που είχαν «παραμεληθεί» για αρκετό καιρό παρατηρήθηκε ότι όταν τους δώθηκε επαρκές κίνητρο και κινητοποιήθηκαν, τότε ανταποκρίθηκαν καλά στο εξατομικευμένο πρόγραμμα. (37)

Οι αναδρομικές μελέτες των πτώσεων των ηλικιωμένων αποδεικνύουν ότι οι περισσότερες θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. **Τα πιο αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα ανήκουν στη σφαίρα δράσης της κοινότητας.** Είναι εμφανές ότι η φυσική άσκηση βοηθά στην πρόληψη των πτώσεων αν και δεν είναι γνωστός ο ιδανικός τύπος της άσκησης. (30) Η μείωση των ψυχοτρόπων φαρμάκων προλαμβάνει τις πτώσεις. Όμως οι τροποποιήσεις στο επίπεδο του σπιτιού δεν έχουν σίγουρο και ασφαλές αποτέλεσμα στην πρόληψη. (29) Το κάταγμα του ισχίου είναι ένας σημαντικός παράγοντας αναπηρίας και χρήσης υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας. Επισημαίνεται ότι η πρόληψη των καταγμάτων είναι σημαντική και επηρεάζεται από το διαφορετικό επίπεδο υψηλού κινδύνου, τη θνησιμότητα και τη μακροχρόνια παρακολούθηση. (32)

Η **Community based Rehabilitation** είναι ένας κοινός τρόπος παροχής υπηρεσιών σε άτομα με ανικανότητα / αναπηρία σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν 20 χρόνια ιστορία. Βασίζονται τόσο σε κυβερνητικά όσο και σε μη-κυβερνητικά προγράμματα αλλά υπάρχουν ελάχιστοι δείκτες της αποτελεσματικότητάς τους. Οι μέχρι τώρα εκτιμήσεις περιορίζονται στην περιγραφή των πρακτικών παρά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Ένας ισχυρός λόγος γι' αυτό είναι η έλλειψη ικανών δεικτών για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας. (35, 36) Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση οικονομικές μελέτες. Χρειάζεται να διερευνηθεί το πως επιδρούν η βαρύτητα, ο τύπος του αρχικού ελλείματος, η ηλικία, τόσο στην αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αποκατάστασης αλλά και στη διατήρηση στο χρόνο του αποτελέσματος. (37)

Υπάρχει ανάγκη καταγραφής σε εθνικό επίπεδο των αναγκών σε εκπαίδευση και πληροφόρηση των οργανώσεων και των ατόμων που εμπλέκονται με το αντικείμενο της επαγγελματικής αποκατάστασης. Προτείνεται ότι αυτή η καταγραφή πρέπει να ξεκινήσει από την εκπαίδευση, τις ανάγκες σε τεχνική υποστήριξη και πληροφόρηση των ατόμων με αναπηρία αλλά και των δυνατοτήτων επαγγελματικής απασχόλησης. (34) Οι σημαντικές κλινικά και οικονομικά μελέτες πρέπει να στοχεύουν στην καθοδήγηση της μελλοντικής

ανάπτυξης των υπηρεσιών ώστε να επιτυγχάνεται η ιδανική μορφή ή / και διάρκεια
θεραπείας για διαφορετικούς ασθενείς και τις σύγχρονες ανάγκες τους. (37)

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 **H. BRAAK, E. BRAAK**, 1993, «Pathology of Alzheimer' s Disease», CAINE D.B., editor Neurodegeneratur Diseases, Philadelphia : W.B. SAUNDERS, 585 – 613, 1993.
- 2 **S.G. CLARK, C.H. SIEBENS**, 1998, «Geriatric Rehabilitation», J.A. DELISA, M.B. GANS : Rehabilitation Medecine, Principles and Practice, 3rd ed., LIPPINCOTT, RAVEN : 963 - 995, 1998
- 3 **J.R. COPELAND, I.A. DAVIDSON**, 2000, «Alzheimer' s Disease, other Dementias, Depression and Pseudodementia», Brit. J. Psychiatry, 161 : 203 – 239, 1992
- 4 **Ε. ΓΙΟΥΛΤΣΗ, Μ. ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ. ΒΑΚΑΛΗ**, 2000, «Οπτικές και Οπτικο-Χωρικές Λειτουργίες σε Ηλικιωμένους με ή χωρίς Ανοια», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 5 **Π. ΔΑΒΑΚΗ**, 2000, «Ιστοπαθολογία της Νόσου Alzheimer», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 6 **S. DANET, T.BROUSSEAU, F. RICHARD, P. AMOUYEL, C. BERR**, 1999, «Risk of dementia in patients of probands with and without the apolipoproteine E 4 allele – The EVA study», J. Epidemiol. Community Health, 53 : 939 – 398 : 1999.
- 7 **H. HOENIG, S.A. MAYER-OAKES, H. SIEBENS et all.**, 1994, «Geriatric Reahabilitation. What do physicians know about it and how should they use it», J. Am. Geriatr. Soc., 42 : 341 - 345, 1994.
- 8 **S. GAO, H.C. HENDRIE, K.S. HALL, S. HUI**, 1998, «The relationships between age, sex and the incidence of Dementia and Alzheimer Disease. Ameta-analysis», Arch. Of General Psych., Vol 55 (9) : 809 - 815, 1998.
- 9 **G. GRIMBY, A. GRIMBY, K. FRANDIN, I. WIKLUND**, 1992, «Physically fit and active elderly people have a higher quality of life», Scand. Jour. Of Med. & Science in Sports , 2 : 225 - 230, 1992.
- 10 **Β. ΖΗΣΗ, Ε. ΚΙΟΥΜΟΥΡΤΖΟΓΛΟΥ**, 2000, «Η επίδραση του επιπέδου Φυσικής Δραστηριότητας σε Γνωσιακές και Αντιληπτικές Ικανότητες του ατόμου 3^{ης} Ηλικίας», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 11 **Χ. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ**, 2000, «Η ανάγκη ψυχολογικής στήριξης των υπερηλίκων και των οικογενειών τους», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 12 **K.A. JELLINGER**, 1998, «The neuropathological diagnosis of Alzheimer' s Disease», J. Neurol. 53 : 97 – 118, 1998.
- 13 **Μ. ΚΑΡΑΜΠΕΤΣΟΥ**, 2000, «Εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Ανοια», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 14 **R. KATZMAN and L.J. THAT**, 1998, «Neurochemistry of Alzheimer's Disease. In Basic Neurochemistry : Molecular, cellular and medical aspects», Edited by G.J. SIEGEL and al., 6th ed., LIPPINCOTT WILLIAMS and WILKINS, Nov. 1998.
- 15 **H.A. ΚΙΥΑΚ, L. TERI, S. BORSON**, 1994, «Physical and functional health assesment in normal aging and in Alzheimer's Diseseas : Self reports vs family reports», The Gerontologist, 34 : 324 -330, 1994.
- 16 **McAULEY and RUDOLPH**, 1995, «Physical activity, aging and psychological well-being», Journal of Aging and Physical Activity, 3 : 67 - 96, 1995.
- 17 **E.W. MARTINSEN**, 1990, «Benefits of exercise for the treatment of depression», Sports Medicine, 9 : 380 - 389, 1990.
- 18 **F. MARX et al.**, 1998, «Immunology of Alzheimer' s Disease», Exp. Gerontol. 33 (7-8) : 871 – 881, 1998.
- 19 **Γ. ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΣ**, 1998, «Η Νόσος του Alzheimer», Univ.Studio, Θεσσαλονίκη, 2^η έκδοση, 1998.
- 20 **V.A. MOLINARI**, 1991, «Mental health issues in the elderly», Phys. Occup. Ther. Geriatrics, 1, 9 : 23 - 30, 1991.
- 21 **Γ.Θ. ΜΟΥΝΤΟΥΡΗΣ, Σ. ΜΥΛΩΝΙΔΗΣ**, 2000, «Η Λογοθεραπευτική παρέμβαση στη Νόσο Alzheimer», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 22 **ΕΛ. ΜΠΑΚΑΣ, Γ. ΤΟΥΡΝΑΚΗΣ**, 2000, «Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση των Ηλικιωμένων», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνέδριου Alzheimer, 13-16 Ιανουαρίου 2000.
- 23 **Υ. STERN, S.M. ALBERT et all.**, 1994, «Assessing Patient dependence in Alzheimer' s Disease», J. Gerontology, 49 : 216 – 222, 1994.
- 24 **M. TOLNAY**, 1999, «Review protein pathology in Alzheimer' s Disease and related disorders», Neuropath. App. Neurobiol., 171 – 187, 1999.
- 25 **M.P.J. VAN BOXTEL, F.G.W. PAAS, P. J. HOUX et all**, 1997, «Aerobic capacity and cognitive performance in a cross-sectional aging study», Med. And Science in Sport and Exercise, 29 (10) : 1357 - 1365, 1997.

26. **G.S. ZUBENKO**, 1997, «Molecular Neurobiology of Alzheimer' s Disease (Syndrome ?)», Harvard Rev. Psychiatry, Vol 5, No 4, p 177 – 213, 1997.
26. **Δ. Α. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ**, 1993, «Ιατρική Αποκατάσταση» Εκδόσεις ΖΗΤΑ, 197 - 233, 1993
27. **ANDERSON C.** et all. 2002, «Stroke Rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care. An overview and cost analysis», Pharmacoeconomics, 20, 1ss (8) : 537 - 552, 2002.
28. **CUMMING R.G.** 2002, «Intervention strategies and risk-factor modification for falls prevention. A review of recent intervention studies», Clinics in Geriatric Med., 18, 1ss (2) : 175 +, 2002.
29. **LORD S.R.** et all. 2002, «Risk of falling : predictors based on reduced strength in persons previously affected by polio», Arch. of Phys. Med. and Rehabil., 83, 1ss (6) : 757 - 763, 2002.
30. **JORGENSEN H.S.** et all. 2002, «Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit ? A community based study», Stroke, 31, 1ss (2) : 434 - 439, 2002.
31. **LEIBSON C.L.** 2002, «Mortality, disability and nursing home use for persons with and without hip fracture : A population - based study», J. of the Am. Ger. Soc., 50, 1ss (10) : 1644 - 1650, 2002.
32. **SAKAI T.** et all. 2002, «Functional and locomotive characteristics of stroke survivors in Japanese community-based rehabilitation», Am. J. of Phys. Med. and Rehabil., 81, 1ss (9) : 675 - 683, 2002.
33. **WEHMAN P.** 2002, «A survey of training and technical assistance needs of community-based rehabilitation providers», J. of Vocational Rehabil., 17, (1) : 39 - 46, 2002.
34. **WIRZ S.** 2002, «Evaluation of community-based rehabilitation programmes : a search for appropriate indicators», Intern. J. of Rehabil. Research, 25, (3) : 163 - 172, 2002.
35. **GEDDES J.M.L.** 2002, «Home-based rehabilitation for people with stroke : a comparative study of community services providing co-ordinated multidisciplinary treatment», Clin. Rehabil., 15, (6) : 589 - 599, 2002.
36. **POWELL J.** 2002, «Community-based rehabilitation after severe traumatic brain injury : a randomised controlled trial», J. Neurol. Neurosurg. Psych., 72 : 193 - 202, 2002.