



# ΦΥΣΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

εκδοση  
πανελληνιου  
συλλογου  
φυσικο  
θεραπευτων  
Ν.Π.Δ.Δ.  
[www.psf.org.gr](http://www.psf.org.gr)

Επανεξέταση του εργαστηρίου φυσικοθεραπείας  
στους ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας  
φροντίδας υγείας, Ν. 3846/2010, Άρθρο 28

8η Σεπτεμβρίου 2010  
«Παγκόσμια ημέρα φυσικοθεραπείας»

- Σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων  
Μέρος Ι: Επιδημιολογία, Παθογένεια - Αιτιολογία,  
Διαγνωστικά Κριτήρια
- Επίδραση προγραμμάτων άσκησης με αντίσταση  
στη μυϊκή δύναμη των κάτω άκρων των ηλικιωμένων  
και την λειτουργική τους ικανότητα
- Η αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε αθλητές  
με δυο φυσικοθεραπευτικές μεθόδους (McKenzie-Shiatsu)



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ  
ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΕΛΤΑ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΕΡΩΣΗ ΤΑΧΥΔΕΛΤΙΑ

KOD. ΕΠΕΛΕΓΜΕΝΩΝ 5527  
ISSN 1790-0786



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

#### ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

#### ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ - Ν.Π.Δ.Δ

Γκυϊλφόρδου 12 Αθήνα 104 34

Τηλ.: 210 8213905, 210 8213334,

fax: 210 8213760

E-mail: ppta@otenet.gr • www.psf.org.gr

#### ΔΙΟΙΚΟΥΣΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Μπουζικάκος Π.

Α' Αντιπρόεδρος: Μπάκας Γ.

Β' Αντιπρόεδρος: Γιοβρής Ν.

Γεν. Γραμματέας: Πικραμένος Σ.

Γεν. Ταμίας & Διευθυντής Έκδοσης:

Μαρμαράς Ι.

Οργ. Γραμματέας: Καζάς Μ.

Υπ. Δημ. Σχέσεων: Καραγιάννης Κ.

Μέλη: Ρόσμπογλου Σ., Τριγώνης Ε.,

Ρογδάκης Γ., Παπαγέωργας Τ.

#### ΕΚΔΟΤΗΣ

Μπουζικάκος Παναγιώτης

Γκυϊλφόρδου 12, Αθήνα

#### ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρμαράς Ιωάννης

#### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μπάκας Γ, Τριγώνης Ε., Καραγιάννης

Κ., Γιοβρής Ν., Πικραμένος Σ.

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Η. Καλλίστρατος Επιστ. Διευθυντής

Δρ. Πέτρος Πουλμέντης

Δρ. Βασιλική Σακελλάρη

Δρ. Ηλίας Τσέπης

Δρ. Γεώργιος Κουμαντάκης

Δρ. Δημήτριος Σφρετσιώρης

#### ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ - ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ

Παν. Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών

Γκυϊλφόρδου 12, 104 34 Αθήνα

#### ΤΙΜΗ ΤΕΥΧΟΥΣ: 5,00€

Ετήσιες συνδρομές:

εξωτερικού..... 20€

οργανισμού..... 40€

φοιτητές..... 12€

#### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ

Κριτσιωτάκης Στέλιος (ΝΙΚΗ Α.Ε.)



Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα

Τηλ.: 210-67.77.590, Fax: 210-67.56.352

E-mail: kafkas@otenet.gr

Website: www.kafkas-publications.com

Σημείωμα της Σύνταξης..... 19

### Ανασκοπήσεις

#### Σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων

#### Μέρος Ι: Επιδημιολογία, Παθογένεια -

#### Αιτιολογία, Διαγνωστικά Κριτήρια

Μανδαλίδης Δημήτριος, Ιατρίδου Αικατερίνη,

Χρονόπουλος Ευστάθιος, Βαγενάς Γεώργιος,

Αθανασόπουλος Σπυρίδων..... 21

#### Επίδραση προγραμμάτων άσκησης με

αντίσταση στη μυϊκή δύναμη των κάτω άκρων

των ηλικιωμένων και την λειτουργική

τους ικανότητα

Καπαγερίδου Σταυρούλα..... 30

### Ερευνητική Εργασία

Η αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε αθλητές

με δυο φυσιοθεραπευτικές μεθόδους

(McKenzie-Shiatsu)

Δημήτρης Κατσουπάκης..... 37

Φυσικοθεραπευτικά Νέα.....45



## CONTENTS

### EDITION

#### PANHELLENIC PHYSIOTHERAPISTS' ASSOCIATION

12 Guilfordou St. Athens 104 34  
Tel: 210 8213905, 210 8213334,  
fax: 210 8213760  
E-mail: ppta@otenet.gr • www.psf.org.gr

#### CENTRAL EXECUTIVE COMMITTEE

President: Bouzidakos P.  
A' Vice President: Bakas G.  
B' Vice President: Yiovis A.  
Gen. Secretary: Pikramenos S.  
Treasurer & Chief editor: Marmaras I.  
Org. Secretary: Kazas M.  
Public Relation: Karagiannis K.  
Members: Rosboglou S., Trigonis E.,  
Rogdakis G., Papageorgas T.

#### PUBLISHER

Bouzidakos Panagiotis  
Guilfordou 12, Athens

#### CHIEF EDITOR

Marmaras Ioannis

#### EDITING TEAM

Bouzidakos P., Trigonis E., Karagiannis K., Yiovis A., Pikramenos S.

#### SCIENTIFIC COMMITTEE

Dr Kallistratos I. *Scientific advisor*  
Dr Poulmentis P.  
Dr Sakellari V.  
Dr Tsepis I.  
Dr Koumantakis G.  
Dr Sfetsioris D.

#### MAIL AND ADVERTISING

Pan. Physiotherapists' Association  
Guilford 12, 104 34 Athens

#### PRICE PER ISSUE: 5,00€

Annual subscription rates:  
overseas ..... 20€  
organizations ..... 40€  
students ..... 12€

#### EXECUTIVE PRINTING

Kritsiotakis Stelios (NIKI S.A.)



215 Mesogion str., 115 25 Athens, Greece  
Tel.: +30210 67.77.590, Fax: +30210 67.56.352  
E-mail: kafkas@otenet.gr  
Website: www.kafkas-publications.com

Editorial ..... 19

### Reviews

#### Loose Joints Syndrome

##### Part 1: Epidemiology, pathogenesis-causes, diagnostic criteria

Mandalidis Dimitrios, Iatridou Kathrine,  
Chronopoulos Efsthios, Vagenas George,  
Athanasopoulos Spiridon. .... 21

##### Effects of resistance training on the lower-limb strength and the functional capacity of elderly people

Kapageridou Stavroula ..... 30

### Research work

##### Treatment of lumbago in athletes, using 2 methods of physical therapy (McKenzie-Shiatsu)

Katsoupakis Dimitris. .... 37

Physical Therapy News ..... 45



## Σημείωμα της Σύνταξης

Συνάδελφοι,

Η οικονομική κατάσταση της χώρας μας, είναι η χειρότερη που έχουν ζήσει οι τελευταίες γενιές των Ελλήνων. Το όλο κλίμα έχει επιδράσει δυσμενώς και στον κλάδο μας. Τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα. Οι μισθωτοί φυσικοθεραπευτές έχουν αναλογικά χάσει μεγάλο μέρος των εισοδημάτων τους. Να μην ξεχνάμε όμως, ότι υπάρχουν συνάδελφοι, κυρίως νέοι, οι οποίοι είναι άνεργοι. Είμαστε υποχρεωμένοι, με όση υπομονή διαθέτουμε, να παρακολουθήσουμε από κοντά τις εξελίξεις στην οικονομία και να προσπαθήσουμε για τον κλάδο μας να υποστεί τις λιγότερες ζημιές. Η ενότητα στον κλάδο τώρα είναι απαραίτητη περισσότερο από κάθε άλλη φορά.

**ΨΗΦΙΣΤΗΚΕ** από την ολομέλεια της Βουλής, η τροπολογία για την ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΦΕΚ 66<sup>Α</sup>-11/5/2010). Οι αντίπαλοι των φυσικοθεραπευτών (όχι της φυσικοθεραπείας, αυτήν την θέλουν για τον εαυτό τους), είχαν φροντίσει να μην υπάρχει στην τροπολογία ο όρος ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας. Βασίζόμενοι κυρίως, στο απαράδεκτο Π.Δ. της ιδιωτικής Π.Φ.Υ. που υπέγραψε ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας στα Γιάννενα, και που δημοσίευσε ο Δ.Αβραμόπουλος, 2 ημέρες πριν τις εκλογές της 4/10/2009, στο ΦΕΚ 210 Α/2009, και είχε εξαφανίσει από αυτό ακόμη και τον μοναδικό όρο που αναφερόταν στο γραφείο φυσικοθεραπευτών στο ιδιωτικό εργαστήριο ΦΙΑΠ.

Δυστυχώς οι τροπολογίες σε νόμους, συντάσσονται εν κρυπτώ και καταθέτονται ταχύτατα στην αρμόδια επιτροπή της Βουλής και στην ολομέλεια για ψήφιση. Όταν πληροφορηθήκαμε τι συμβαίνει, η ταχύτατη αντίδραση με την κοινητοποίηση και παρέμβαση των βουλευτών, φίλων του κλάδου μας, απ' όλα τα κόμματα, και η αποστολή χιλιάδων e-mail στην ιστοσελίδα της υπουργού υγείας από συναδέλφους, οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στο SMS που τους στείλαμε,

με την αναφορά ότι, «το ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας ανήκει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», έφερε αποτελέσματα. Με την εντολή της υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Μ. Ξενογιαννακοπούλου (να μην φύγουν δυσαρεστημένοι οι φυσικοθεραπευτές), την ημέρα που έπρεπε να κατατεθεί μέχρι τις 2.00 μ.μ. στην Βουλή η τροπολογία, γιατί το νομοσχέδιο θα συζητείτο το απόγευμα στην ολομέλεια.

Σε μια τετράωρη καταπιεστική συνάντηση που είχαμε, ο υπογράφων, ο Γενικός Γραμματέας του Π.Σ.Φ. Στασινός Πικραμένος, η προϊσταμένη της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κ. Στ. Κατσικάρου και ο προϊστάμενος της νομικής υπηρεσίας του Υ.Υ.Κ.Α. μέχρι την ώρα που η πολυσέλιδη τροπολογία έφρευγε για την Βουλή προσπαθούσαμε να βρούμε τη λύση που θα ικανοποιούσε τους φυσικοθεραπευτές αλλά και δεν θα άλλαζε, τελευταία στιγμή, το νόημα της τροπολογίας. Φύγαμε ικανοποιημένοι. Έχουμε έναν νόμο που αναφέρει ότι το ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας είναι φορέας Π.Φ.Υ. και ότι το εργαστήριο μας παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Διέπεται δε από τους δικούς του νόμους, δηλαδή το Π.Δ. 29/87. Γλιτώσαμε την εμπλοκή μας στις βαριές ποινές και τα πρόστιμα που προβλέπουν τα άρθρα της τροπολογίας που ψηφίστηκε για την ιδιωτική ιατρική ΠΦΥ. Υπάρχουν βέβαια και οι κασσάνδρες που λένε τα δικά τους. Περιφρονήστε τους, έχουν τους λόγους τους που το κάνουν. Οφείλω να ευχαριστήσω την κ. Στ. Κατσικάρου, η οποία έχει αποδείξει ότι είναι φίλη των φυσικοθεραπευτών. Επειδή, είναι μέλος του ΚΕΣΥ και μέλος του Δ.Σ. του ΟΠΑΔ, είμαι σίγουρος ότι και εκεί θα υποστηρίξει τα δίκαια αιτήματα των φυσικοθεραπευτών.

**ΜΕΤΑ ΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ** που είχαμε με την υφυπουργό Υγείας κ. Φ. Γεννηματά και τον Γενικό Γραμματέα κ. Α. Δημόπουλο, έχουμε πάρει θάρρος. Αν έχουμε τύχη και η πολιτική Ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α. θέλει να μας βοηθήσει, όπως μας υποσχέθηκε και περάσει με τροπολογία νόμου τη σύ-



σταση των Περιφερειακών Τμημάτων, πολύ σύντομα το θεσμικό μας πρόβλημα θα βρει λύση. Αρκετά μας παιδέψανε 35 μήνες τώρα, (26 μήνες ο Αβραμόπουλος και 9 μήνες η Ξενογιαννακοπούλου). Θα παρακαλέσω και πάλι, όποιος συνάδελφος έχει τη δυνατότητα να παρέμβει προς αυτήν την κατεύθυνση, προς την πολιτική ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α., πρέπει να το κάνει άμεσα. (Πρέπει να σας ενημερώσω ότι η προηγούμενη μου παράκληση για την Π.Φ.Υ. είχε θετικό αποτέλεσμα, πολλοί συνάδελφοι με ενημέρωσαν και δραστηριοποιήθηκαν προς όλα τα κόμματα και γι' αυτό είχαμε αυτή την υποστήριξη στην ολομέλεια της βουλής).

**ΣΤΙΣ 8 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2010**, ημέρα Τετάρτη, γιορτάζουμε την Παγκόσμια Ημέρα Φυσικοθεραπείας. Πρέπει όλοι οι φυσικοθεραπευτές ανά την Ελλάδα να βγούμε στον κόσμο και να τους υπενθυμίσουμε την τεράστια προσφορά της φυσικοθεραπείας προς τον έλληνα ασθενή. Ο Π.Σ.Φ. θα κυκλοφορήσει μέσω των Π.Τ. σ' όλη την Ελλάδα, κοινές αφίσσες, δίφυλλα με σχετικά σκίτσα, έντυπο με πληροφορίες για την φυσικοθεραπεία που να μπορούν να μεταδοθούν από τηλεοπτικούς και ραδιοφωνικούς σταθμούς. Στην Αθήνα σε συνεργασία με τις υγειονομικές υπηρεσίες του Δήμου Αθηναίων, προσπαθούμε να κάνουμε μια εκδήλωση για τον κόσμο σε κεντρική πλατεία της πόλης. Όποιος συνάδελφος έχει να προτείνει οτιδήποτε σχετικό με την παγκόσμια ημέρα φυσικοθεραπείας, μπορεί να το στείλει στο e-mail, στο fax, στην ταχυδρομική διεύθυνση του Π.Σ.Φ., ή να επικοινωνήσει τηλεφωνικά με τα γραφεία του συλλόγου μας

**ΣΤΙΣ 26, 27 ΚΑΙ 28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2010**, θα διεξαχθεί το 20<sup>ο</sup> επίσιο πανελλήνιο επιστημονικό συνέδριο φυσικοθεραπείας, στο φιλόξενο αμφιθέατρο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο Μαρούσι. Στο επιστημονικό πρόγραμμα θα συμμετάσχουν η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας και το Κέντρο Έρευνας και Νευροχειρουργικής, στο οποίο προεδρεύει ο καθηγητής Νευροχειρουργικής κ. Δαμιανός Σακκάς. Η επιστημονική Επιτροπή του 20<sup>ου</sup> Συνεδρίου σχηματίστηκε από τους Προϊσταμένους των 4 ΑΤΕΙ Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Λαμίας και Πατρών(Αίγιο) και 2 εκπροσώπους της επιστημονικής κοινότητας από κάθε Τμήμα Φυσικοθεραπείας. Της Ε.Ε. προεδρεύει ο καθηγητής του ΑΤΕΙ Αθήνας συνάδελφος κ. Πέτρος Πουλιμέντης. Το 20<sup>ο</sup> Επιστημονικό Συνέδριο του Π.Σ.Φ. θα έχει επετειακό χαρακτήρα. Στην διάρκεια της επίσημης τελετής έναρξης θα πραγματοποιηθεί η αδελφοποίηση του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών με τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών. Κατά την τριήμερη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργήσει έκθεση στο ίδιο κτήριο, που θα προβάλλει τις δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών, εκτός αυτής της επιστήμης της φυσικοθεραπείας. Θα εκτεθούν έργα φυσικοθεραπευτών, εικαστικών τεχνών, λογοτεχνικά και

επιστημονικά βιβλία φυσικοθεραπευτών, και θα προβληθούν οι βραβεύσεις φυσικοθεραπευτών, σε διεθνείς και ελληνικές, αθλητικές, επιστημονικές και λοιπές διοργανώσεις.

**ΓΙΑ ΜΙΑ ΑΚΟΜΗ ΦΟΡΑ** οι βορειοελλαδίτες πτυχιούχοι ΤΕΦΑΑ χρησιμοποιώντας Δούρειο ίππο [την Ελληνική Εταιρεία Θεραπευτικής Γυμναστικής και Ειδικής Φυσικής Αγωγής, την οποία έχουν συστήσει κατά αποκλειστικότητα κάποιες κυρίες απόφοιτες ΤΕΦΑΑ] προσπαθούν να αλώσουν την φυσικοθεραπεία. Οι συνάδελφοι φυσικοθεραπευτές πρέπει να είναι ενήμεροι διότι τους προτείνουν να γίνουν μέλη σ' αυτήν την εταιρεία, προβάλλοντας δήθεν την επιστήμη της αποκατάστασης. Το 2006 κατάφεραν να πείσουν τον Γεώργιο Ορφανό και τον Αθανάσιο Γιαννόπουλο και να περάσουν εκείνη την απαράδεκτη τροπολογία. Ευτυχώς που ήταν ο Δημήτρης Αβραμόπουλος και τον πείσαμε και την απέσυρε αμέσως. (Και για να είμαι δίκαιος με τον Δημήτρη Αβραμόπουλο). Για την απαράδεκτη καθυστέρηση του Π.Δ., του Κώδικα Δεοντολογίας, και της Υπουργικής Απόφασης, του καταλογίζω τις ευθύνες του. Αν και εγώ γνωρίζω ότι τις ευθύνες τις έχουν άλλοι και όχι ο Δ.Αβραμόπουλος. Του χρωστάμε, όμως, την αναβάθμιση του Π.Σ.Φ. σε Ν.Π.Δ.Δ., την απόσυρση της τροπολογίας υπέρ των γυμναστών, τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις tens και biofeedback, που έχουν ικανοποιητική αμοιβή, και την ένταξη του περιοδικού «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» στα επιστημονικά περιοδικά με εθνική αναγνώριση (ΦΕΚ 590 Β/2009).

**ΔΥΣΤΥΧΩΣ**, είμαι υποχρεωμένος να κλείσω με τα δυσάρεστα. Χάσαμε τον Γιώργο Συκώτη. Ο Γιώργος υπήρξε αγωνιστής και της ζωής και της φυσικοθεραπείας. Με συνέδεαν μαζί του πολλά χρόνια φιλίας και κοινών αγώνων από το ίδιο μετερίζι. Ακολούθησε και αυτός την κοινή μοίρα των περισσότερων φυσικοθεραπευτών, δεν πρόλαβε να πάρει σύνταξη. Ήταν επιτυχημένος ελεύθερος επαγγελματίας, εργαστηριούχος φυσικοθεραπευτής. Αφήνει πίσω του δύο παιδιά συναδέλφους φυσικοθεραπευτές. Τον Νίκο Συκώτη και την Μαριάννα Συκώτη. Τους εύχομαι να μοιάσουν στον πατέρα τους. Τα θερμά μου συλλυπητήρια.

Στις 4 Ιουλίου 2010 κλείνουν 2 χρόνια από το θάνατο του Γρηγόρη Πετρόπουλου. Του συναδέλφου, του αγωνιστή, του φίλου. Στις δύσκολες μέρες που περνάει ο κλάδος και στους σκληρούς αγώνες που χρειάζονται, ο Γρηγόρης μας λείπει περισσότερο. Με τις σκέψεις μας τον έχουμε κοντά μας και από τους δικούς του αγώνες παίρνουμε θάρρος.

Το θάρρος και την δύναμη που χρειαζόμαστε όλοι μας, για να συνεχίσουμε τους αγώνες, για να δώσουμε λύση στα προβλήματα του κλάδου μας.

**Παναγιώτης Μπουζικάκος**  
Πρόεδρος Δ.Ε. Π.Σ.Φ.

### Ανασκόπηση

## Σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων Μέρος Ι: Επιδημιολογία, Παθογένεια - Αιτιολογία, Διαγνωστικά Κριτήρια

**Μανδαλίδης Δημήτριος<sup>1</sup>**  
**Ιατρίδου Αικατερίνη<sup>1</sup>**  
**Χρόνόπουλος Ευστάθιος<sup>2</sup>**  
**Βαγενάς Γεώργιος<sup>3</sup>**  
**Αθανασόπουλος Σπυρίδων<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Πανεπιστημίου Αθηνών, Τομέας Αθλητιατρικής και Βιολογίας της Άσκησης  
<sup>2</sup>Β' Ορθοπαιδική κλινική, Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
<sup>3</sup>Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Πανεπιστημίου Αθηνών, Τομέας Θεωρητικών Επιστημών

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων αποτελεί μια γενετική διαταραχή στη δομή του κολλαγόνου ιστού και χαρακτηρίζεται από γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα, χρόνιο μυοσκελετικό πόνο και κόπωση, ιδιοδεκτικά ελλείμματα και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Επιπλέον, έχει σχετιστεί με την εμφάνιση πρώιμης οστεοαρθρίτιδας, ψυχολογικές διαταραχές (πανικός, αγοροφοβία), αλλά και με καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη σε βρέφη και παιδιά. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου εξαρτάται από την εθνικότητα (μεγαλύτερη συχνότητα σε Αφρικανούς) και από το φύλο, καθώς εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε γυναίκες. Από τα παραπάνω προκύπτει πως το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων αποτελεί μια διαταραχή που επηρεάζει διάφορα συστήματα του οργανισμού σε ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού, γεγονός που έχει αντίκτυπο και στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από αυτό. Η διάγνωση του συνδρόμου μπορεί να γίνει με τη χρήση γρήγορων και εύχρηστων κλινικών μεθόδων, όπως η κλίμακα του Beighton με την οποία ελέγχεται η κινητικότητα επιλεγμένων αρθρώσεων, αλλά και με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων.

Το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών για το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων έχει καταστήσει αναγκαία την συχνή ανασκόπηση και εμπλουτισμό των υπάρχοντων γνώσεων με τα νεότερα επιστημονικά ευρήματα που σχετίζονται με το σύνδρομο αυτό. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η μελέτη της πρόσφατης βιβλιογραφίας που αφορά την επιδημιολογία την παθογένεια – αιτιολογία και τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου αυτού.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπερκινητικότητα των αρθρώσεων χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη μη φυσιολογική κίνηση των αρθρώσεων, οφείλεται στην υπερβολική χαλαρότητα του κολλαγόνου ιστού και επηρεάζεται από παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα (Everman & Robin, 1998; Kirk et al., 1967). Είναι

κατάσταση που παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά, σε γυναίκες και σε Ασιάτες και μπορεί να είναι είτε τοπική, δηλαδή να αφορά συγκεκριμένη άρθρωση, είτε γενικευμένη (Grahame, 2003a; Everman & Robin, 1998). Η υπερκινητικότητα των αρθρώσεων μπορεί να είναι συγγενής και να οφείλεται σε διαφοροποιήσεις ή μεταλλάξεις γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία πρωτεϊνών που συνθέτουν το συνδετικό ιστό, όπως είναι το κολλαγόνο και η ελαστίνη (Beighton et al., 1989a; Child, 1986). Ωστόσο, μπορεί να είναι και επίκτητη μέσα από συνεχή προπόνηση, γεγονός που παρατηρείται σε αθλητές της ρυθμικής γυμναστικής και χορευτές (Grahame, 2003a). Τέλος, η υπερκινητικότητα των αρθρώσεων αποτελεί χαρακτηριστικό πολλών παθήσεων (Wynne – Davies, 1971). Τέτοιες παθήσεις μπορεί να είναι οι συγγενείς βλάβες του συνδετικού ιστού, στις οποίες περιλαμβάνεται το σύνδρομο Marfan, το σύνδρομο Ehlers – Danlos και η ατελής οστεογένεση (Hakim & Grahame, 2003). Γενικευμένη «αρθρική χαλαρότητα» μπορεί να εμφανιστεί σε συστηματικές φλεγμονώδεις νόσους, όπως ρευματικός πυρετός και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σε νευρολογικές νόσους, όπως η πολιομυελίτιδα, σε μεταβολικές νόσους, όπως ο υπερπαραθυρεοειδισμός και σε συγγενή σύνδρομα, όπως η αρθρογρύπωση (Grahame, 2003a; Finsterbush & Poggrund, 1982).

Η γενικευμένη υπερκινητικότητα των αρθρώσεων αποτελεί συνήθως προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση συνδρόμων υπέρχρησης, αρθρίτιδας και πόνου των αρθρώσεων (Dolan et al., 2003; Cherpel & Marks, 1999). Στην περίπτωση, που η υπερκινητικότητα των αρθρώσεων συνδυαστεί με την εμφάνιση συμπτωμάτων, δημιουργείται μια νέα παθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται ως «σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων» και η οποία παρουσιάζει συγκεκριμένο φαινότυπο (Grahame, 2003a; Child, 1986), εντάσσεται στις συγγενείς βλάβες του συνδετικού ιστού και έχει οικογενή κατανομή (Zweers et al., 2004). Πρώτος ο Kirk και οι συνεργάτες του (1967) ανέφεραν το «σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων» περιγράφοντας την ύπαρξη μυοσκελετικών προβλημάτων και ρευματικών συμπτωμάτων σε 24 ασθενείς με γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα, οι οποίοι, ωστόσο, δεν έπασχαν από συστηματική νόσο ή από συγγενείς βλάβες του συνδετικού ιστού. Το σύνδρομο αυτό πολλές φορές αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως «ήπιο σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων» λόγω της ήπιας μορφής του και της απουσίας σοβαρών διαταραχών βασικών συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού, όπως το καρδιαγγειακό, στοιχεία που εμφανίζονται σε άλλα σύνδρομα που ανήκουν στην κατηγορία των συγγενών βλαβών του συνδετικού ιστού (σύνδρομο Marfan, σύνδρομο Ehlers – Danlos) (Everman & Robin, 1998). Ωστόσο, πολλά στοιχεία της κλινικής εικόνας του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων παρατηρούνται και σε άλλες συγγενείς βλάβες του συν-

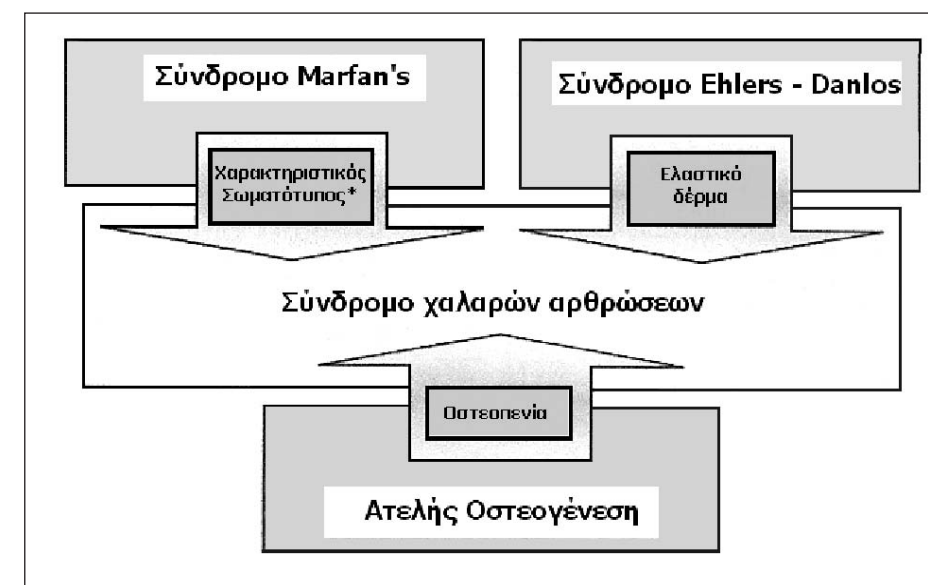
δετικού ιστού (εικόνα 1) και για το λόγο αυτό πολλοί ερευνητές στο παρελθόν το θεωρούσαν συνώνυμο με έναν από τους τύπους του συνδρόμου Ehlers – Danlos και συγκεκριμένα το ανέφεραν ως τύπος III Ehlers – Danlos (Grahame, 2001).

\* Ο σωματότυπος που χαρακτηρίζει το σύνδρομο Marfan's είναι λεπτός κορμός με μακριά άκρα, άνοιγμα άνω άκρων > ύψος και η αναλογία ανώτερου τμήματος σώματος / κατώτερο τμήμα σώματος < 0,89.

Παρά την πληθώρα ονομάτων που έχουν δοθεί κατά καιρούς στο σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων και παρά τον αυξανόμενο αριθμό δημοσιευμένων εργασιών γύρω από το συγκεκριμένο σύνδρομο τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν πολύ λίγες αναφορές στην ορθοπαιδική και φυσικοθεραπευτική βιβλιογραφία. Το γεγονός αυτό οφείλεται εν μέρει στην απουσία ελέγχου για διάγνωση του συνδρόμου σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν οξεία ή χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, στα ελλιπώς καθορισμένα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου που παρουσιάζονται σε ερευνητικές αναφορές, στην απουσία υποκινητικότητας και φλεγμονωδών διεργασιών σε αυτούς τους ασθενείς καθώς και στο γεγονός πως δεν υπάρχει καμία φαρμακευτική (Russek et al., 1999; Bauer et al., 1984) ή χειρουργική θεραπεία που να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του συνδρόμου. Ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντική η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και η διαφοροδιάγνωση, με στόχο να αποκλειστούν άλλες σοβαρότερες παθήσεις σε ασθενείς που παραπέμπονται σε ιατρικές ειδικότητες και σε επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση μυοσκελετικών προβλημάτων (Grahame, 2003a; Gurley – Green, 2001). Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων είναι αρκετά συχνό σε πολλούς ασθενείς (Biro et al., 1983), στόχος της ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τα βασικά στοιχεία του συνδρόμου (επιδημιολογία, παθογένεια, κλινική εικόνα, διαγνωστικά κριτήρια), ώστε να αναγνωρίζονται τα άτομα με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων και να αποφασίζεται η αποτελεσματικότερη φυσικοθεραπευτική προσέγγιση αλλά και η ένταξή τους σε εξατομικευμένα προγράμματα άσκησης.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Για την πραγματοποίηση της ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν οι εξής βάσεις δεδομένων: Medline, Scopus, Cochrane Database ενώ συνδυάστηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά: joint hypermobility syndrome, joint hypermobility, diagnosis, clinical features, epidemiology, assessment, etiology, diagnostic criteria, collagen types. Βρέθηκαν 164 άρθρα, από τα οποία ανασκοπήθηκαν τα 83, λόγω σοβαρών μεθοδολογικών αδυναμιών που οδήγησαν στην απόρριψη των υπολοίπων. Από αυτά τα 35 ήταν κλινικές μελέτες, τα 18 ήταν ανασκοπήσεις, 1 ήταν τυχαίοποιημένη μελέτη, 1



Εικόνα 1. Χαρακτηριστικά άλλων συνδρόμων που εμφανίζονται και στο σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων

συστηματική ανασκόπηση, 13 επιδημιολογικές μελέτες, 3 μελέτες προοπτικής, 3 μελέτες αναφοράς, 2 μελέτες για έλεγχο αξιοπιστίας διαγνωστικών κριτηρίων μεταξύ εξεταστών, 1 κύριο άρθρο (editorial) και 1 αναδρομική (retrospective) μελέτη. Παράλληλα χρησιμοποιήθηκαν 2 βιβλία και 1 αναφορά από τα πρακτικά συνεδρίου.

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

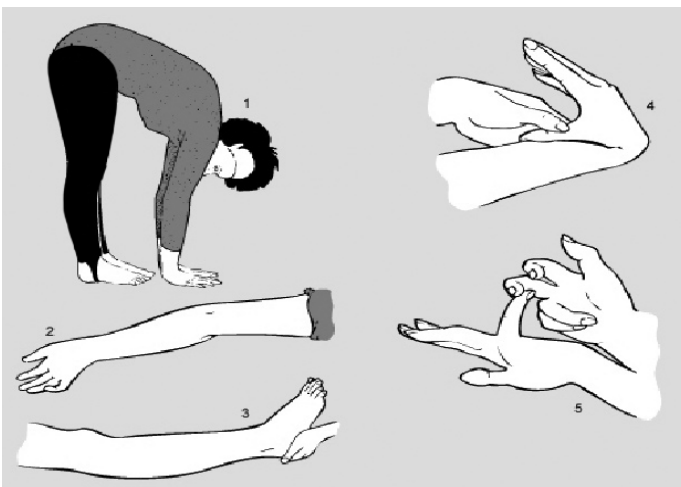
Σύμφωνα με την βιβλιογραφία τα άτομα με γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα αποτελούν το 4-13% του συνολικού πληθυσμού (Everman & Robin, 1998). Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ποσοστά λίγο μεγαλύτερα στο γενικό πληθυσμό, τα οποία κυμαίνονται από 10-20% (Larsson et al., 1993; Al-Rawi et al., 1985). Ωστόσο πιθανολογείτε ότι το ποσοστό αυτό είναι υποεκτιμημένο, λόγω του ότι η γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα δεν αφορά κάποια ασθένεια ή μια κατάσταση με έντονα και ανησυχητικά συμπτώματα αλλά πρόκειται για μια, κληρονομικής αιτιολογίας, απόκλιση από το φυσιολογικό. Κατά συνέπεια πολλά άτομα με χαλαρές αρθρώσεις ενδέχεται να μην εμφανίσουν ποτέ στη ζωή τους συμπτώματα και να μην υπάρχει έτσι η δυνατότητα να καταγραφούν σε επιδημιολογικές μελέτες που γίνονται σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας. Ο Biro (1983) αναφέρει του ότι το 27% του δείγματος που εξέτασε σε μια μελέτη του, είχε και άλλα άτομα με χαλαρές αρθρώσεις στον οικογενειακό του κύκλο. Σε άλλες έρευνες που πραγματοποίησαν ο Bridges και οι συνεργάτες του (1992) και οι Finsterbush και Poggrund (1982) βρήκαν ότι το 65% του δείγματος που συμμετείχε είχε συγγενή πρώτου βαθμού με χαλαρές αρθρώσεις.

Η συχνότητα εμφάνισης των χαλαρών αρθρώσεων

εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα. Είναι γνωστό ότι τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη χαλαρότητα στις αρθρώσεις τους συγκριτικά με τους ενήλικες (Silverman et al, 1975). Το ποσοστό εμφάνισης χαλαρών αρθρώσεων στα παιδιά κυμαίνεται από 10-25% (Umilt et al., 2005; Biro et al., 1983) ενώ μεγαλύτερη είναι η συχνότητα εμφάνισης στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια (Qvindelands & Jonsson, 1999). Η ηλικία στην οποία παρουσιάζεται ο μεγαλύτερος βαθμός κινητικότητας των αρθρώσεων είναι μεταξύ δύο και τριών ετών και στη μελέτη μιας ομάδας παιδιών αυτής της ηλικιακής ομάδας, το ποσοστό εμφάνισης χαλαρών αρθρώσεων ήταν 50%. Ωστόσο το ποσοστό αυτό μειώθηκε με την ηλικία, φθάνοντας το 1% στα 12 έτη (Wynne – Davies, 1971). Η ηλικιακά εξαρτώμενη μείωση της κινητικότητας των αρθρώσεων έχει αποδοθεί σε προοδευτικές αλλαγές στη δομή του κολλαγόνου ιστού, που συντελούν στην αύξηση της σκληρότητάς του (Everman & Robin, 1998). Μια άλλη επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 11-17 ετών, κατέγραψε ποσοστά εμφάνισης χαλαρών αρθρώσεων 10-15% στα αγόρια και 20-40% στα κορίτσια (Rikken et al., 1997).

Αξιοσημείωτο είναι ότι υπερκινητικότητα στις αρθρώσεις εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες σε αναλογία 5:1. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 2600 Καυκάσιες δίδυμες γυναίκες στη Μ. Βρετανία, κατέγραψε ποσοστό εμφάνισης χαλαρών αρθρώσεων 28% σε ηλικίες από 20-40 ετών και ποσοστό 18% σε ηλικίες 60 ετών και άνω (Hakim et al., 2003). Επιπλέον, σε έρευνα του Larsson και των συνεργατών (1987) που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Αμερική σε 660 μαθητές ωδίων διαφόρων ηλικιών, το 47% των ανδρών και το





**Εικόνα 2.** Τα 5 κλινικά σημεία που ελέγχονται στην κλίμακα του Beighton και η βαθμολογία που αντιστοιχεί στο καθένα. Από 5 βαθμούς και άνω θεωρείται πως κάποιος έχει χαλαρές αρθρώσεις. Προσαρμοσμένο από την ιστοσελίδα [www.erc.org.uk](http://www.erc.org.uk)

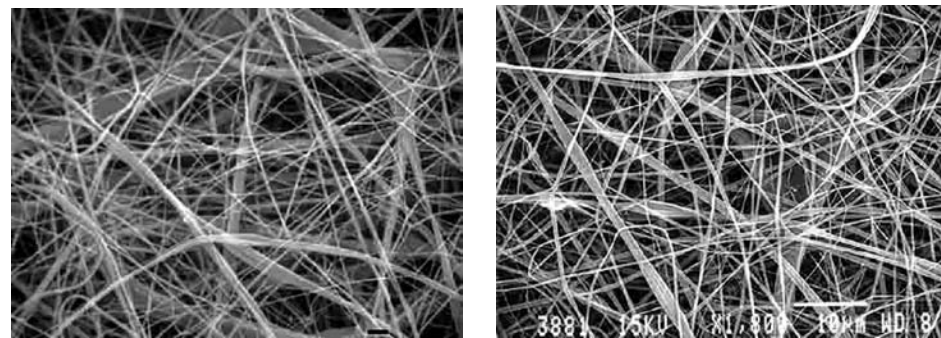
|        |                                                                           | Βαθμοί |   |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|--------|---|
|        |                                                                           | Δ      | A |
| 1      | Μπορείς να ακουμπήσεις τις παλάμες σου στο έδαφος με τα γόνατα τεντωμένα; | 1      |   |
| 2      | Έχεις υπερέκταση του αγκώνα;                                              | 1      | 1 |
| 3      | Έχεις υπερέκταση του γονάτου;                                             | 1      | 1 |
| 4      | Μπορείς να λυγίσεις τον αντίχειρά σου μέχρι να ακουμπήσει το χέρι σου;    | 1      | 1 |
| 5      | Μπορείς να εκτείνεις το μικρό δάκτυλο πάνω από 90°;                       | 1      | 1 |
| Σύνολο |                                                                           | 9      |   |

78% των γυναικών εμφάνιζαν υπερκινητικότητα σε μια τουλάχιστον άρθρωση.

Τέλος, δημογραφικά η γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα είναι ένα φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται συχνότερα στους Ασιάτες και λιγότερο συχνά στους Αφρικανούς και στους Ευρωπαίους (Beighton et al., 1989a; Russek, 1999). Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης χαλαρών αρθρώσεων αναφέρονται σε μια έρευνα που έγινε σε 1774 ιρακινούς σπουδαστές, ηλικίας 20-24 ετών, όπου το 25,4% των ανδρών και 38,5% των γυναικών είχαν χαλαρές αρθρώσεις (Al-Rawi et al., 1985) καθώς και σε έρευνα που έγινε σε 240 άτομα από την φυλή Νορούμπα, της Νιγηρίας, ηλικίας 6-66 χρόνων, όπου βρέθηκε ότι το 43% είχαν πάνω από 3/9 βαθμούς της κλίμακας του Beighton (Birell et al., 1994).

Όταν η υπερκινητικότητα στις αρθρώσεις συνδυαστεί με την εμφάνιση συμπτωμάτων, γεγονός που αποτελεί το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων, τα ποσοστά εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό διαφοροποιούνται στο 0,6%-31,5%. Το σύνδρομο είναι 1,1-5,5 φορές συχνότερο στις γυναίκες (Russek, 1999). Σε επιδημιολογικές μελέτες που προέρχονται από ρευματολογικές κλινικές αναφέρεται πως η κλινική εμφάνιση του συνδρόμου είναι 2-5%, ποσοστό που είναι υποεκτιμημένο, καθώς πολλά άτομα με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων μπορεί να εμφανίσουν ήπια συμπτώματα και να μην αναζητήσουν ιατρική συμβουλή (Everman & Robin, 1998). Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Αμερική βρέθηκε ότι το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων έχει οικογενή εμφάνιση, είναι αρκετά συχνό στον κλινικό πληθυσμό

(ποσοστό 15% των ασθενών που παραπέμπονταν σε ρευματολόγο) ενώ σχετίζεται στατιστικά με την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας (Bridges et al., 1992). Σε επιδημιολογική έρευνα του Grahame (1986) που πραγματοποιήθηκε σε 9275 ασθενείς μεγάλης ρευματολογικής κλινικής, η διάγνωση του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων ήταν πολύ πιο συχνή από την αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα ή την ψωριασική αρθρίτιδα και αντιστοιχούσε στο 3,25% των γυναικών ασθενών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 0,63%. Επιπλέον, όταν μελετήθηκε η εμφάνιση του συνδρόμου σε διαφορετικές εθνικότητες, βρέθηκε ότι σε γυναίκες ασθενείς, στο Ομάν, που είχαν παραπεμφθεί για αποκατάσταση μετά από εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων, ένα ποσοστό 55% αυτών εμφάνιζαν το χαρακτηριστικό φαινότυπο του συνδρόμου (Clarke & Simmonds, 2007). Παράλληλα, ο Klemp και Williams (2003) αναφέρουν πως στη φυλή Μαόρι της Νέας Ζηλανδίας το ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου ήταν 0,72% ενώ στις γυναίκες της φυλής ανερχόταν στο 9%. Στον ελληνικό πληθυσμό, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 214 παιδιά σχολικής ηλικίας, καταγράφηκαν ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου 10,76% στα κορίτσια και 7,1% στα αγόρια ενώ το 20% των παιδιών με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων εμφάνιζαν μυοσκελετικούς πόνους (Vouziouka et al., 2000). Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγάλο, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους παιδίατρους κατά την αξιολόγηση παιδιών με μυοσκελετικά προβλήματα. Ωστόσο, οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα δεν αρκούν για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη



**Εικόνα 3.** Αριστερά φαίνονται οι κολλαγόνες ίνες τύπου III, οι οποίες είναι χαλαρά οργανωμένες και για το λόγο αυτό φαίνονται πιο ακνά ενώ δεξιά οι κολλαγόνες ίνες τύπου I παρουσιάζουν μια σταθερότερη δομή.

διαφοροποίηση της εμφάνισης του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων ανάλογα με την εθνικότητα.

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων αποτελεί μια άγνωστη αιτιολογία, κληρονομίσιμη γενετική διαταραχή, η οποία επηρεάζει την κωδικοποίηση των γονιδιακών τμημάτων που είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών του κολλαγόνου ιστού (Grahame, 2003b; Everman & Robin, 1998). Ο κολλαγόνος ιστός διακρίνεται σε 28 διαφορετικούς τύπους, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ο καθένας (Di Lullo et al., 2002). Οι βασικότεροι τύποι κολλαγόνου ιστού είναι ο τύπος I και III (εικόνα 3). Πιο αναλυτικά, οι κολλαγόνες ίνες τύπου I έχουν υψηλή αντοχή στα εφελκυστικά φορτία και αποτελούν τον πιο συχνό τύπο κολλαγόνου που συναντάται στο ανθρώπινο σώμα (τένοντες, αρθρικός θύλακας, δέρμα, οργανικό μέρος των οστών και νευρικοί υποδοχείς). Οι κολλαγόνες ίνες τύπου III έχουν πολύ μεγάλη εκτασιμότητα και άτακτη οργάνωση, συναντώνται στα σπλάχνα, στο δέρμα και στα αγγεία ενώ αποτελούν τον κυριότερο τύπο κολλαγόνου στα έμβρυα. Επιπλέον, αυτές οι κολλαγόνες ίνες εμφανίζονται πρώτες μετά από τραυματισμό μαλακών μορίων, κατά τη διαδικασία της επουλώσης (Beighton, 1989d).

Έχει βρεθεί πως τα άτομα με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων παρουσιάζουν μη φυσιολογική αναλογία των κολλαγόνων ινών τύπου III προς τις κολλαγόνες ίνες τύπου I. Συγκεκριμένα, η αναλογία ινών τύπου III προς τις ίνες τύπου I + III, σε φυσιολογικά άτομα κυμαίνεται από 18% -21% ενώ σε άτομα με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων αυξάνεται στο 28-46% (Child, 1986). Επιπλέον, μετά από ανάλυση βιοψιών δέρματος βρέθηκε πως σε άτομα με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων παρατηρείται αυξημένος αριθμός λεπτών και αποδιοργανωμένων κολλαγόνων ινών σε σχέση με υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας (Handler et al., 1985). Η μη φυσιολογική αναλογία των κολλαγόνων ινών τύπου I και III ευθύνεται για τη μειωμένη σκληρό-

τητα του κολλαγόνου ιστού (Russek, 1999). Ωστόσο, επειδή ο κολλαγόνος ιστός είναι δομικό στοιχείο του ανθρώπινου οργανισμού, και η σύστασή του καθορίζει και τη λειτουργία του, η μειωμένη σκληρότητα σε αυτόν θα προκαλέσει στις μεν αρθρώσεις υπερκινητικότητα, στα δε εσωτερικά όργανα παθολογικές καταστάσεις και δυσλειτουργίες, όπως πρόπτωση βαλβίδων (μιτροειδούς) και αυξημένη ενδοτικότητα αορτής και αγγείων (Child, 1986; Handler et al., 1985).

Πρόσφατα, βρέθηκε πως στην εμφάνιση αρθρικής υπερκινητικότητας και συμπτωμάτων που μοιάζουν με αυτά του συνδρόμου Ehlers – Danlos, εμπλέκονται και γονιδιακές μεταλλάξεις στην κωδικοποίηση των κολλαγόνων ινών τύπου V. Οι ίνες αυτές αλληλεπιδρούν υπό κανονικές συνθήκες με τις κολλαγόνες ίνες τύπου I κατά την ινογένεση και παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της διαμέτρου των ινών (Malfait et al., 2005). Το αποτέλεσμα των μεταλλάξεων αυτών είναι η δημιουργία λεπτότερων, εύθραυστων και πιο αποδιοργανωμένων κολλαγόνων ινών, όπως παρατηρήθηκε μέσα από ανάλυση βιοψιών δέρματος.

Χαρακτηριστική είναι η οικογενής εμφάνιση του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων, καθώς παρατηρήθηκε πως το 50% των ασθενών με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων είχαν συγγενή πρώτου βαθμού -κυρίως μητέρες- με το ίδιο σύνδρομο (Everman & Robin, 1998; Handler et al., 1985; Finsterbush & Pogrud, 1982) ενώ η εμφάνιση των χαρακτηριστικών του συνδρόμου παρατηρήθηκε πως μπορεί να έφθανε και τις 5 γενιές (Beighton & Horan, 1970). Επιπλέον, η γονιδιακή μετάλλαξη που ευθύνεται για τη μη φυσιολογική αναλογία των κολλαγόνων ινών τύπου I και III ενδέχεται να μεταφέρεται με το χρωμόσωμα X (Everman & Robin, 1998). Ωστόσο, αδιευκρίνιστη παραμένει η αλληλεπίδραση και ο ρόλος ορμονικών παραγόντων, όπως η ρύθμιση των οιστρογόνων σε συνδυασμό με γενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με το X χρωμόσωμα, τόσο στην εκδήλωση όσο και στην εξέλιξη του συνδρόμου (Everman & Robin, 1998). Αυτό που έχει παρατηρηθεί



είναι φαινοτυπικές διαφορές του συνδρόμου ανάλογα με το φύλο και αφορούν τον εντοπισμό, τη φύση και την οξύτητα των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες εκδηλώνουν πολύ πιο συχνά το σύνδρομο απ' ό,τι οι άνδρες και εμφανίζουν έντονα συμπτώματα, από τα οποία κυρίαρχο στοιχείο είναι οι διάχυτοι πόνοι στους μύς και τις αρθρώσεις (Grahame, 1990). Παράλληλα, τα συμπτώματα οξύνονται λίγο πριν τον έμμηνο κύκλο ενώ ο πόνος μειώνεται σημαντικά κατά την εμμηνόπαυση, γεγονός που καταδεικνύει τον ρυθμιστικό ρόλο των ορμονών (οιστρογόνα – τεστοστερόνη) στη σύνθεση του κολλαγόνου ιστού (Child, 1986). Αντίθετα, οι άνδρες με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων παρουσιάζουν ηπιότερη κλινική εικόνα και εμφανίζουν συχνότερα οσφυαλγία (Larsson et al., 1995), ρήξη μηνίσκων ή τενόντων και εξάρθρατα (Grahame, 1990).

#### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Λίγες είναι οι έρευνες που μελέτησαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των διαγνωστικών μεθόδων του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων, λόγω της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές εξαιτίας της έλλειψης «χρυσού κανόνα» ('gold standard') αλλά και της αδυναμίας καθορισμού κατώτερου σημείου αποκλεισμού (cut off point). Από τις 4 έρευνες που μελέτησαν την αξιοπιστία ορισμένων από τις κλινικές μεθόδους που χρησιμοποιούνταν στη διάγνωση του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων, η πιο καλά σχεδιασμένη όσον αφορά τη μεθοδολογία, ήταν αυτή των Jull-Kristensen και συνεργατών του (2007). Η μελέτη αυτή ήταν τυχαιοποιημένη, τηρούσε αυστηρό πρωτόκολλο στην εκπαίδευση των εξεταστών που θα πραγματοποιήσουν τις δοκιμασίες και είχε καθορισμένο ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου στον αριθμό του δείγματος, το οποίο θα πρέπει να είναι 50% (Altman, 1996). Η έρευνα του Boyle και συνεργατών (2003) είχε ένα μη τυχαιοποιημένο δείγμα που αποτελούνταν μόνο από γυναίκες, δεν είχε προκαθορισμένο ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου, ενώ οι 2 μετρήσεις για τον έλεγχο της αξιοπιστίας στον ίδιο εξεταστή πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα δύο εβδομάδων, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα μέσα από άλλους παράγοντες που δεν εκτιμήθηκαν (πόνος, αλλαγές καιρού και επίδραση στο εύρος κίνησης των αρθρώσεων). Η έρευνα του Hansen και συνεργατών (2002), δεν είχε καθορισμένο πρωτόκολλο για την εκπαίδευση των εξεταστών, το δείγμα ήταν παιδιά ενώ το ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων στο δείγμα ήταν κάτω από 50%. Τέλος, η έρευνα του Bulbena και συνεργατών (1992) δεν είχε καθορισμένο πρωτόκολλο για την εκπαίδευση των εξεταστών, δεν ήταν τυχαιοποιημένη τόσο στην επιλογή του δείγματος όσο και στη σειρά εφαρμογής των κλινικών μεθόδων ενώ το ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου στο δείγμα ήταν πάνω από 50% (66%). Επιπλέον, το δείγμα

σε 3 από τις έρευνες προήλθε από κλινικό πληθυσμό (Jull-Kristensen et al., 2007; Bulbena et al., 1992) ενώ στη μία προήλθε από το χώρο πανεπιστημιακής σχολής (Boyle et al., 2003).

Η πιο συχνή και διαδεδομένη κλινική μέθοδος για τη διάγνωση του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων είναι η εννιαβάθμια κλίμακα του Beighton (εικόνα 3) που χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1973, για τη μελέτη της επιδημιολογίας του συγκεκριμένου συνδρόμου σε πληθυσμό της Νότιας Αφρικής (Beighton, Solomon & Soskolne, 1973). Ωστόσο η κλίμακα του Beighton ήρθε να αντικαταστήσει την παλαιότερη κλίμακα που συστήθηκε από τους Carter και Wilkinson το 1964.

Τα κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου Beighton είναι πως είναι απλή, σύντομη και με σαφή διατύπωση των σημείων που ελέγχονται, στοιχεία που την έκαναν ευρέως χρησιμοποιούμενη τόσο στην κλινική πράξη όσο και σε επιδημιολογικές μελέτες που είχαν πολύ μεγάλο αριθμό δείγματος. Η αξιοπιστία επιπλέον της μεθόδου είναι αρκετά καλή – με τιμές πάνω από 0,80 (Jull-Kristensen et al., 2007; Hansen et al., 2002; Bulbena et al., 1992). Αρκετά καλή ήταν και αξιοπιστία μεταξύ των μετρήσεων για των ίδιο εξεταστή (0,86), όταν αυτή εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή συσχέτισης Spearman (Boyle et al., 2003). Ωστόσο, στα μειονεκτήματά της συγκαταλέγονται η έλλειψη καθορισμού του κατώτερου αριθμού των σημείων (βάση) που πρέπει να συγκεντρώνει ένα άτομο για να διαπιστωθεί η ύπαρξη του συνδρόμου, αλλά και η απουσία διαφοροποίησης της βάσης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συνήθως, οι ερευνητές συστήνουν ως βάση το 4 στην εννιαβάθμια κλίμακα, χωρίς ωστόσο να έχει προηγηθεί μελέτη αξιοπιστίας των μετρήσεών τους. Μια μόνο έρευνα του Mikkelsson και συνεργατών (1996) κατέγραψε πολύ καλή διαγνωστική επαναληψιμότητα, όταν ως βάση για την ανίχνευση των χαλαρών αρθρώσεων ορίστηκε το 6 στην κλίμακα του Beighton (τιμές kappa 0,75-0,78). Καλή ωστόσο αξιοπιστία καταγράφηκε όταν χρησιμοποιήθηκε ως βάση το 5 στα εννιά (Jull-Kristensen et al., 2007). Παράλληλα, τα κριτήρια αυτά λαμβάνουν υπόψη μόνο τον αριθμό των αρθρώσεων που είναι υπερκινητικές και όχι τον εντοπισμό τους. Ένα άτομο λοιπόν μπορεί να έχει 5 σημεία στην κλίμακα του Beighton, τα οποία να αφορούν υπερκινητικότητα σε αρθρώσεις των άνω άκρων μόνο (Bulbena et al., 1992). Στην περίπτωση αυτή, λοιπόν, τίθεται το ερώτημα εάν η κλίμακα του Beighton εκτιμά γενικευμένη ή εντοπισμένη αρθρική χαλαρότητα (Russek, 2000). Τέλος, η κλίμακα του Beighton δεν αξιολογεί τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ενός ατόμου με σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων αλλά ούτε και την επίδραση της ηλικίας (Lewkonia & Ansell, 1983). Οι ερευνητές ωστόσο συστήνουν την καταγραφή ιστορικών στοιχείων, δηλαδή να ρωτάται ο δοκιμαζόμενος, αν στο παρελθόν μπορούσε να εκτελέσει την κίνηση που

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ BRIGHTON ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΑΛΑΡΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

##### ΒΑΣΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- 1  $\geq 4/9$  στην κλίμακα του Beighton
- 2 Πόνος στις αρθρώσεις για περισσότερους από 3 μήνες, σε 4 ή περισσότερες αρθρώσεις

##### ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

- 1 1-3/9 στην κλίμακα του Beighton
- 2 Πόνος σε 1-3 αρθρώσεις για λιγότερους από 3 μήνες, οσφυαλγία, σπονδυλόλυση, σπονδυλολίσηση
- 3 Εξάρθρημα/υπεξάρθρημα σε περισσότερες από 1 αρθρώσεις ή στην ίδια άρθρωση περισσότερες από 1 φορές
- 4 Εμφάνιση συνδρόμων υπέρχρησης περισσότερες από 3 φορές (επικονδυλίτιδα, τενοντίδα, κ.λπ.)
- 5 Σωματότυπος του συνδρόμου Marfan (λεπτός κορμός με μακριά άκρα, άνοιγμα άνω άκρων > ύψος και η αναλογία ανώτερου τμήματος σώματος/κατώτερο τμήμα σώματος < 0,89.
- 6 Υπερεκτασιμότητα δέρματος
- 7 Βλεφαρόπτωση, μυωπία
- 8 Κήλες, εμφάνιση φλεβίτιδας, πρόπτωση μήτρας

εξετάζεται σύμφωνα με την κλίμακα του Beighton και η θετική απάντηση να προσμετράται στον τελικό υπολογισμό των βαθμών που θα συγκεντρώσει (Jull-Kristensen et al., 2007). Ένα ακόμη πρόβλημα που ανακύπτει από τη χρήση αυτής της κλίμακας είναι ο τρόπος πραγματοποίησης των δοκιμασιών που περιλαμβάνει, καθώς δεν υπάρχει σαφές πρωτόκολλο με οδηγίες. Συγκεκριμένα, ορισμένοι ερευνητές πραγματοποιούν παθητικά και με γωνιομέτρηση τις δοκιμασίες (Boyle et al., 2003) ενώ άλλοι ζητούν από τον εξεταζόμενο να τις εκτελέσει (Jull-Kristensen et al., 2007). Στις περισσότερες ωστόσο έρευνες δεν αναφέρεται ο τρόπος που πραγματοποιήθηκαν οι δοκιμασίες της κλίμακας Beighton.

Ο Bulbena και οι συνεργάτες (1992) πραγματοποίησαν μια μελέτη για τον καθορισμό των στοιχείων που προβλέπουν με τον καλύτερο τρόπο την ύπαρξη του συνδρόμου και δημιούργησαν μια νέα σειρά κριτηρίων μέσα από την οποία αξιολογούνται περισσότερες αρθρώσεις, επειδή το σύνδρομο αναφέρεται εξ'ορισμού σε γενικευμένη αρθρική χαλαρότητα. Τα πλεονεκτήματα αυτών των κριτηρίων είναι πως αξιολογούνται περισσότερες αρθρώσεις ενώ ο κατώτερος αριθμός σημείων που πρέπει να συγκεντρώσει ένα άτομο για να θεωρηθεί πως έχει σύνδρομο χαλαρών αρθρώσεων είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες και μικρότερος για τους άνδρες. Με τον τρόπο αυτό λαμβάνουν οι ερευνητές υπόψη τους τη διαφορετική εκδήλωση του συνδρόμου στα δύο φύλα, καθώς οι γυναίκες με σύνδρομο, έχουν μεγαλύτερο αριθμό υπερκινητικών αρθρώσεων και πιο έντονα συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες που πάσχουν από το σύνδρομο. Κατά συνέπεια τα κριτήρια Bulbena παρέχουν μεγαλύτερη ακρίβεια στον εντοπισμό ατόμων με χαλαρές αρθρώσεις και για

το λόγο αυτό είναι κατάλληλα για ερευνητικές μελέτες (Russek, 2000). Το μειονέκτημα ωστόσο των κριτηρίων που παρουσίασαν οι παραπάνω ερευνητές είναι ο χρόνος που απαιτείται για την εκτίμηση ενός ατόμου, ο οποίος είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τη σύντομη, χρονικά, κλινική εκτίμηση μέσα από την κλίμακα του Beighton. Οι ίδιοι ερευνητές πραγματοποίησαν και έλεγχο της δομικής εγκυρότητας και της προβλεπτικής εγκυρότητας, ωστόσο λόγω έλλειψης ενός αντικειμενικού κριτηρίου (gold standard) τα αποτελέσματα τους είναι επισφαλή. Βέβαια, υψηλές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν μεταξύ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την κλίμακα του Beighton και τα κριτήρια Bulbena (0,87) αλλά και μεταξύ της κλίμακας του Carter & Wilkinson και των κριτηρίων Bulbena (0,91).

Το 2000 παρουσιάστηκε μια ολοκληρωμένη σειρά διαγνωστικών κριτηρίων (Revised Brighton Criteria), η οποία λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το εύρος κίνησης συγκεκριμένων αρθρώσεων αλλά και συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο (πίνακας 1, Grahame et al., 2000). Η αξιοπιστία αυτών των κριτηρίων μεταξύ διαφορετικών εξεταστών είναι καλή και κυμαίνεται πάνω από 0,73 (Jull-Kristensen et al., 2007). Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν πως ο αποκλεισμός των επιμέρους κριτηρίων (minor criteria) δε φαίνεται να επηρεάζει την αξιοπιστία συνολικά των κριτηρίων Brighton, γεγονός που απαιτεί την πραγματοποίηση ερευνών προοπτικής για να διαπιστωθεί η χρησιμότητά τους στην ανίχνευση του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων. Επιπλέον, απαιτείται και μελέτη προοπτικής που να αφορά τον έλεγχο της εγκυρότητας αυτών των κριτηρίων.

Στην προσπάθεια έγκυρης ανίχνευσης ατόμων με



χαλαρές αρθρώσεις πραγματοποιήθηκε μια μελέτη προοπτικής από τον Hakim και Grahame (2003) με στόχο τη σύσταση ενός σύντομου και απλού ερωτηματολογίου, το οποίο παρουσίασε ικανότητα ανίχνευσης χαλαρών αρθρώσεων σε ποσοστό 84%. Ωστόσο το δείγμα των ατόμων με χαλαρές αρθρώσεις δεν ήταν τυχαίοποιημένο, αλλά προήλθε από ειδική ρευματολογική κλινική. Το βασικότερο πλεονέκτημα, όμως αυτού του ερωτηματολογίου είναι η δυνατότητα που παρέχει για κλινική και ερευνητική χρήση σε επιδημιολογικές μελέτες όπου ενδεχομένως δεν είναι πάντα εφικτή η κλινική εξέταση.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη ερευνητικού κενού στη μελέτη να αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των διαγνωστικών κριτηρίων του συνδρόμου χαλαρών αρθρώσεων σε παιδιά και ηλικιωμένους. Μια πρόσφατη, ωστόσο ενδελεχής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αξιοπιστία αυτών των κριτηρίων συστήνει τη χρησιμοποίηση τόσο της απλής κλίμακας του Beighton όσο και των κριτηρίων του Brighton για τη διαπίστωση ατόμων με χαλαρές αρθρώσεις χωρίς βέβαια να παραβλέπεται το γεγονός πως απαιτείται περαιτέρω έρευνα στον τομέα της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εφαρμοζόμενων μεθόδων μέσα από καλοσχεδιασμένες μεθοδολογικά μελέτες (Remvig et al., 2007).

#### ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Al -Rawi Z, Al-Aszawi AJ, Al-Chalabi T. Joint mobility among university students in Iraq. *British Journal of Rheumatology* 24: 326-331, 1985.
- Bauer H, Wredmark T, Isberg B. Krogus tenoplasty for recurrent dislocation the patella: failure associated with joint laxity. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 55: 267-269, 1984.
- Beighton P, Grahame R, Bird HA. Genetic aspects of the hypermobility syndrome. In Beighton P., Grahame R. and Bird H. A., editors. *Hypermobility of joint*. 2<sup>nd</sup> ed. Chapter 5, 55-66. Berlin: Springer; 1989a.
- Beighton P, Grahame R, Bird HA. Biochemistry of hypermobility. In Beighton P., Grahame R. and Bird H. A., editors. *Hypermobility of joint*. 2<sup>nd</sup> ed. Chapter 5, 55-66. Berlin: Springer; 1989d.
- Beighton PH, Solomon L, Soskolne CL. Articular mobility in an African population. *Annals of the Rheumatic Diseases* 32: 413-418, 1973.
- Beighton PH, Horan FT. Dominant inheritance in familial generalized articular hypermobility. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 52 B (1): 145-147, 1970.
- Biro F, Gewanter HL, Baum J. The hypermobility syndrome. *Pediatrics* 72 (5): 701-706, 1983.
- Birrel FN, Adebajo AO, Hazelman BL, Silman AJ. High prevalence of joint laxity in West Africans. *British Journal of Rheumatology* 33: 56-59, 1994.
- Boyle KL, Witt P, Riegger-Krugh C. Interrater and intrater reliability of the Beighton and Horan Joint Mobility Index. *Journal of Athletic Training* 38 (4): 281-285, 2003.
- Bridges AJ, Smith E, Reid J. Joint hypermobility in adults referred to rheumatology clinics. *Annals of the Rheumatic Diseases* 51: 793-796, 1992.
- Bulbena A, Duro JC, Mateo A, Porta M, Faus S, Vallescar R, Martin-Santos R. Clinical assessment of hypermobility of joints: assembling criteria. *The Journal of Rheumatology* 19 (1): 115-122, 1992.
- Bulbena A, Duro JC, Mateo A, Porta M, Vallejo J. Joint hypermobility syndrome and anxiety disorders. *Lancet* 17 (2): 694, 1988.
- Carter C, Wilkinson J. Persistent joint laxity and congenital dislocation of the hip. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 46 B (1): 40-45, 1964.
- Cherpel A, Marks R. The benign joint hypermobility syndrome. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 27 (3): 9-22, 1999.
- Child AH. Joint hypermobility syndrome: inherited disorder of collagen synthesis. *Journal of Rheumatology* 13: 239-243, 1986.
- Clarke C, Simmonds J. High prevalence of benign joint hypermobility syndrome in Oman. In: Poster abstract: the 15<sup>th</sup> Congress of the World Confederation for Physical Therapy, Vancouver, June 2-6, 2007.
- Di Lullo GA, Sweeney SM, Korkko J, Ala-Kokko L, San Antonio JD. Mapping the ligand-binding sites and disease-associated mutations on the most abundant protein in the human, type I collagen. *The Journal of Biological Chemistry* 277 (6): 4223-4231, 2002.
- Dolan A, Hart D, Doyle D, Grahame R. The relationship of joint hypermobility, bone mineral density and osteoarthritis in the general population: the Chingford study. *Journal of Rheumatology* 30: 799-803, 2003.
- Everman DB, Robin NH. Hypermobility syndrome. *Pediatrics in Review* 19(4): 111-117, 1998.
- Finsterbush A, Pogrund H. The hypermobility syndrome. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 168:124-127, 1982.
- Grahame R. Time to take hypermobility seriously (in adults and children). *Rheumatology* 40:485-487, 2001.
- Grahame R. Hypermobility and hypermobility syndrome. In Kerr R., Grahame R. editors. *Hypermobility syndrome-recognition and management for physiotherapists*. Chapter 1, 1-14. London: Butterworth Heinmann, 2003a.
- Grahame R. Hypermobility and the heritable disorders of connective tissue. In Kerr R., Grahame R. editors. *Hypermobility syndrome-recognition and management for physiotherapists*. Chapter 2, 15-26. London: Butterworth Heinmann, 2003b.
- Grahame R, Bird HA, Child A, Dolan AL, Fowler EA, Ferrell W, Gurley Green S, Smith E. The Revised (Brighton) Criteria for the diagnosis of Benign Joint Hypermobility Syndrome (BJHS). *The Journal of Rheumatology* 27 (7): 1777-1779, 2000.
- Grahame R. The hypermobility syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases* 49: 199-200, 1990.
- Grahame R. Clinical manifestations of the joint hypermobility syndrome. *Reumatologia* 2: 20-24, 1986.
- Gurley-Green S. Living with the hypermobility syndrome. *Rheumatology* 40: 487-489, 2001.
- Hakim A, Grahame R. Joint hypermobility. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 17 (6): 989-1004, 2003.
- Hakim AJ, Macgregor AJ, Spector T. Joint hypermobility in the general population is common and strongly genetically determined: results of a study of female twins from a national sample. *Arthritis and Rheumatism* 48 (a) Supplement abstract 1131, 2003.
- Handler CE, Child A, Light ND, Dorrance DE. Mitral valve prolapse, aortic compliance, and skin collagen in joint hypermobility syndrome. *British Heart Journal* 54: 501-508, 1985.
- Hansen A, Damsgaard R, Kristensen JH, Baggers J, Remvig L. Interexaminer reliability of selected tests for hypermobility. *Journal of Orthopaedic Medicine* 25: 48-51, 2002.
- Kirk JA, Ansell BM, Bywaters EGL. The hypermobility syndrome: musculoskeletal complaints associated with generalized joint hypermobility. *Annals of Rheumatic Diseases* 26: 419-425, 1967.
- Klemp P, Williams S. Hypermobility in New Zealand (multiple letters). *Rheumatology* 42: 491-492, 2003.
- Jull-Kristensen B, Rogind H, Jensen DV, Remvig L. Inter-examiner reproducibility of tests and criteria for generalized joint hypermobility and benign joint hypermobility syndrome. *Rheumatology* 46: 1835-1841, 2007.
- Larsson LG, Mudholkar GS, Baum J, Srivastava DK. Benefits and liabilities of hypermobility in the back pain disorders of industrial workers. *Journal of Internal Medicine* 238: 461-467, 1995.
- Larsson LG, Baum J, Mudholkar GS. Hypermobility: prevalence and features in a Swedish population. *British Journal of Rheumatology* 32: 119, 1993.
- Lewkonja RM, Ansell BM. Articular hypermobility simulating chronic rheumatic disease. *Archives of Disease in Childhood* 58: 988-992, 1983.
- Malfait F, Symoens S, Coucke P, Nunes L, De Almeida S, De Paepe A. Total absence of the  $\alpha 2(I)$  chain of collagen type I causes a rare form of Ehlers – Danlos syndrome with hypermobility and propensity to cardiac valvular problems. *Journal of Medical Genetics* 25: 28-37, 2005.
- Mikkelsen M, Salminen JJ, Kautiainen H. Joint hypermobility is not a contributing factor to musculoskeletal pain in pre-adolescents. *Journal of Rheumatology* 23: 1963-1967, 1996.
- Remvig L, Jensen DV, Ward RC. Are diagnostic criteria for general joint hypermobility and benign joint hypermobility syndrome based on reproducible and valid tests? A review of the literature. *Journal of Rheumatology* 34 (4): 798-803, 2007.
- Rikken-Bultman DG, Wellink L, Van Dongen PWJ. Hypermobility in two Dutch school populations. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 73: 182-192, 1997.
- Russek LN. Examination and treatment of a patient with hypermobility syndrome. *Physical Therapy* 80 (4): 386-398, 2000.
- Russek LN. Hypermobility Syndrome. *Physical Therapy* 79: 591-599, 1999.
- Silverman S, Constine L, Harvey W, Grahame R. Survey of joint mobility and in vivo skin elasticity in London schoolchildren. *Annals of Rheumatic Diseases* 34: 177-180, 1975.
- Qvindesland A, Jonsson H. Articular hypermobility in Icelandic 12 year-olds. *Paediatric Rheumatology* 38: 1014-1016, 1999.
- Umit S, Birkan S, Ozlem Y, Iker Y, Hatice B, Tansu A. The prevalence of joint hypermobility among high school students. *Rheumatology International* 25: 260-263, 2005.
- Vougiouka O, Moustaki M. and Tsanakti M. Benign hypermobility syndrome in Greek schoolchildren. *European Journal of Pediatrics* 159 (8): 628, 2000.
- Wynne-Davies R. Hypermobility. Familial joint laxity. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 64:689-690, 1970.
- Zweers MC, Hakim A, Grahame R, Scholkwijk J. Joint hypermobility syndromes: the pathophysiological role of tenascin - x gene defects. *Arthritis and Rheumatism* 50(9): 2742-2749, 2004.

Ανασκόπηση

Επίδραση προγραμμάτων άσκησης με αντίσταση  
στη μυϊκή δύναμη των κάτω άκρων των ηλικιωμένων  
και την λειτουργική τους ικανότητα

Καπαγερίδου Σταυρούλα  
Φυσικοθεραπεύτρια MSc  
Εργαστηριακός Συνεργάτης ΑΤΕΙΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει, εάν η εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης με αντίσταση μπορεί να επηρεάσει την μυϊκή δύναμη των ηλικιωμένων (κυρίως των κάτω άκρων), να βελτιώσει την λειτουργική τους ικανότητα και φυσικά την ποιότητα ζωής τους. Καθώς και να καθορίσει τις επιμέρους παραμέτρους που πιθανόν διαφοροποιούν τις επιδράσεις της εφαρμογής των ανωτέρω πρωτοκόλλων.

Μεθοδολογία: Για την ανασκόπηση έγινε χρήση Pubmed και Scopus με λέξεις κλειδιά, όπως δύναμη, ισχύς, εκπαίδευση, ηλικιωμένοι, λειτουργικότητα κ.α.

Αποτελέσματα: Η άσκηση επιβάλετε και ενδείκνυται στη τρίτη ηλικία με την προϋπόθεση, ότι θα αξιολογηθούν και θα εκτιμηθούν κάποιοι επιμέρους παράγοντες, ώστε να υπάρξει το μέγιστο δυνατόν αποτέλεσμα με ασφάλεια και σιγουριά.

Λέξεις κλειδιά: δύναμη, ισχύς, εκπαίδευση, ηλικιωμένοι, λειτουργικότητα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γήρανση

Η γήρανση, γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού, είναι φαινόμενο γενικό και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών, χωρίς απ' αυτά να αποτελεί εξαίρεση το τελειότερο δημιούργημα πάνω στη γη, ο άνθρωπος. Από καθαρά βιολογική άποψη η γήρανση είναι μια εξελικτική διαδικασία που αρχίζει από τη στιγμή της σύλληψης του ανθρώπου και διαρκεί σ' όλη τη ζωή του. Είναι η προοδευτική διαδικασία που χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές της σύνθεσης των ιστών και της λειτουργίας των διαφόρων οργάνων, οι οποίες τελικά οδηγούν στη βιολογική και πνευματική έκπτωση του ανθρώπου και αυξάνουν προοδευτικά τις πιθανότητες θανάτου (Παπαναγιώτου 1979). Η γήρανση δεν είναι νόσος, αλλά φυσιολογική κατάσταση που παρουσιάζει πολλά παράδοξα. Το πιο

παράδοξο απ' όλα είναι ότι ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανέλιξης της ζωής, εντούτοις αποτελεί την κατάληξη της (Χριστοδούλου 1975).

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται σε εγρήγορση. Σήμερα, η προοπτική αύξησης των ηλικιωμένων αν και επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις σ' όλους τους τομείς της κοινωνίας και ιδιαίτερα της υγείας.

Στην Ελλάδα, η γήρανση του πληθυσμού, με τον υψηλό ρυθμό μεταβολής της, θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και πολιτιστική ζωή επιτείνοντας παράλληλα και τα εθνικά προβλήματα. Αρκεί να αναφερθεί, ότι το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής διαδικασίας αντιστοιχούσε ένας ηλικιωμένος (> 65 ετών), το 1980 σε 7 άτομα αντιστοιχούσε ένας ηλικιωμένος και σε 2 γενιές από σήμερα θα αντιστοιχούν 3 μη ενεργά άτομα με όλα τα συνακόλουθα προβλήματα. Οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν όχι μόνο λόγω αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων, αλλά και εξαιτίας της πολλαπλάσιας δαπάνης που απαιτεί η σύγχρονη περίθαλψη τους σε σχέση με την φροντίδα των παιδιών. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων άνω των 75 ετών είναι 7 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με το μέσο όρο κατά άτομο ενώ για τους νέους κάτω των 18 ετών ανέρχεται μόνο στο 1/3 του μέσου όρου. Επιπλέον, οι δαπάνες για τη νοσηλεία των ηλικιωμένων βαρύνουν κατά κανόνα τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ των νέων προστίθενται στις οικογένειές τους (Παπαευαγγέλου 1983). Μια άλλη κοινωνική διάσταση του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού είναι η απασχόληση ολοένα και περισσότερων νέων με τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Ένας ηλικιωμένος αδυνατεί σε πολλές περιπτώσεις να εκτελέσει αυτόνομα βασικές του ανάγκες, όπως να σκεπαστεί από το κρεβάτι, να κάτσει σε μια καρέκλα, να ντυθεί, απασχολώντας έτσι αρκετά τα ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Η βιολογική γήρανση χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια της νευρομυϊκής λειτουργίας η οποία πολύ συχνά οδηγεί σε προοδευτικές αναπηρίες και απώλεια της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Στο ανθρώπινο σώμα η μυϊκή δύναμη αυξάνεται προοδευτικά μέχρι την πλήρη ωρίμανση του ατόμου, φθάνοντας στο κορύφωμά της γύρω στα 20 χρόνια και παραμένοντας στο ίδιο αυτό υψηλό σημείο μέχρι την ηλικία των 30 χρόνων. Στη συνέχεια αρχίζει η παρακμή με σταθερό ρυθμό, που αντιστοιχεί σε λιγότερο από 1% το χρόνο. Έτσι στην ηλικία των 60 χρόνων, η δύναμη έχει μειωθεί στο 80% σε σύγκριση με τα χρόνια της ακμής (Κλεισούρας 1980). Η μεγαλύτερη όμως μείωση της μυϊκής δύναμης εμφανίζεται κατά την έβδομη δεκαετία. Πολλές έρευνες έχουν συγκρίνει τη μυϊκή δύναμη των εκτεινόντων του γόνατος, μια μυϊκή ομάδα ιδιαίτερα σημαντική καθώς δραστηριοποιείται σε

πολλές κινήσεις της καθημερινότητας, ανάμεσα σε νέους και ηλικιωμένους (70-80 ετών). Ο μέσος όρος απώλειας δύναμης για την ομάδα των ηλικιωμένων ήταν 20-40% (Larsson, Grimby and Karlsson, 1979; Murray, Duthie, Gambert, Sepic and Mollinger, 1985; Murray, Gardner, Mollinger and Mollinger, 1980, Young, Stokes and Crowe, 1984; Young, Stokes and Crowe, 1985).

Η μυϊκή ατροφία και η μυϊκή αδυναμία που παρατηρείται κατά τη γήρανση δημιουργούν ανασφάλεια στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να κλονίζεται η εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης τους οδηγεί σε μείωση της φυσικής τους δραστηριότητας με συνέπεια εμφάνιση αναπηριών, οι οποίες συχνά αποτελούν αιτίες πτώσεων (Roubenoff, 2001; Roubenoff and Hughes, 2000). Ο φόβος πτώσης και πιθανών τραυματισμών οδηγεί τους ηλικιωμένους σε μείωση ή εκμδένιση των δραστηριοτήτων τους, φυσικών και κοινωνικών και ελαχιστοποίηση της κινητικότητας κατά την καθημερινότητά τους. Οι περιορισμένες μετακινήσεις συνεπάγονται ανικανότητα αυτο-εξυπηρέτησης, διαταραχή της ψυχικής υγείας και απομάκρυνση του ατόμου από το κοινωνικό σύνολο. Το 40% των ατόμων άνω των 65 ετών πέφτουν τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, ενώ μετά τα 75 έτη, ένας στους τρεις έχει ένα ή περισσότερα επεισόδια πτώσεων (Tinetti and Speechley, 1988). Μια πτώση μπορεί να οδηγήσει σε κάταγμα, ιδιαίτερα σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Τα κατάγματα ισχίου στην Ε.Ε. είναι 300000 ετησίως (Maki et al. 2003) εκ των οποίων το 20% καταλήγει τους επόμενους 6 μήνες και 50% χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη (Sattin et al. 1990). Οι ετήσιες δαπάνες που συνδέονται με πτώσεις και κατάγματα στις ΗΠΑ υπολογίζονται σε 10 δισεκατομμύρια δολάρια (Cummings et al. 1990).

Οι κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις του φαινομένου των πτώσεων, ώθησαν την ιατρική κοινότητα στην ενδελεχή και συνεχή μελέτη των παραγόντων των πτώσεων καθώς και των τρόπων που συμβάλουν στην πρόληψή τους, ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι ηλικιωμένοι. Η αδυναμία των κάτω άκρων, θεωρείται κυρίαρχη αιτία πτώσεων (Wolfson et al. 1995). Η εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις περιορίζει τον κίνδυνο πτώσεων (Tinetti et al. 1994, Wolf et al. 1996, Buckner et al. 1997). Η εφαρμογή πρωτοκόλλου ασκήσεων δύναμης σε ηλικιωμένους 65 ετών και άνω μείωσε τον αριθμό πτώσεων και των τραυματισμών λόγω πτώσεων κατά 35%. Οι ωφέλειες της παρέμβασης ήταν μεγαλύτερες στις ηλικίες άνω των 80 ετών. Ίσως γιατί σ' αυτές τις ηλικίες και ελάχιστη διαφορά στη δύναμη είναι κρίσιμη, όσον αφορά τον κίνδυνο πτώσεων (Robertson et al. 2002).

Επιδράσεις της γήρανσης στην μυϊκή δύναμη των κάτω άκρων

Η μείωση της μυϊκής δύναμης με την ηλικία φαίνεται



ότι οφείλεται σε τρεις παράγοντες, την απώλεια μυϊκής μάζας, την απώλεια συσταλτών ιδιοτήτων και τη μείωση ενεργοποίησης των κινητικών μονάδων. Σε μελέτη των μεταβολών της μυϊκής μάζας σε 468 άρρενες και θήλεις ηλικίας 18-88 ετών, παρατηρήθηκε φθίνουσα μεταβολή μετά την ηλικία των 45 ετών, η οποία είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (Janssen et al. 2000). Η μείωση της μυϊκής μάζας συνοδεύεται από παράλληλη μείωση του συνολικού αριθμού των μυϊκών ινών (Rogers et al. 1993). Η απώλεια της μυϊκής μάζας σχετίζεται με την μείωση της ανατομικής κάθετης διατομής των μυών (Akima et al. 2001). Αυτή η μείωση της μυϊκής μάζας που παρατηρείται μετά τα 40 χρόνια, αποδίδεται στον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας που συνοδεύει τη γήρανση, αλλά και στην μειωμένη πρωτεϊνοσύνθεση. Οι ηλικιωμένοι πάνω από 60 ετών έχουν κατά 30% μειωμένη ικανότητα σύνθεσης πρωτεϊνών σε σύγκριση με τους 20χρονους, προφανώς λόγω χαμηλότερης έκκρισης της αυξητικής ορμόνης και του αυξητικού παράγοντα-1 (Hameed et al. 2002). Η απώλεια της μυϊκής μάζας οφείλεται και στη μείωση του αριθμού των μυϊκών ινών που επέρχεται με την ηλικία. Η μείωση αυτή αντιστοιχεί στο 10% περίπου του συνολικού αριθμού των μυϊκών ινών ανά 10ετία μετά την ηλικία των 50 ετών (Lexell et al. 1988, Rogers et al. 1993, Doherty et al. 1993). Οι ίνες ταχείας συστολής μειώνονται περισσότερο από τις ίνες βραδείας συστολής και αυτό αποδίδεται σε νέκρωση των α-κινητικών τους νευρώνων στη σπονδυλική στήλη (Enoka et al. 1999). Σημαντικό ρόλο στη νέκρωση αυτή παίζει η υποκινητικότητα. Μετά από μια 20ετία δρομείς αντοχής οι οποίοι δεν σταμάτησαν την προπόνηση, δεν παρουσίασαν καμία μεταβολή των μυϊκών τους ινών στο γαστροκνήμιο ενώ όσοι σταμάτησαν να γυμνάζονται, αύξησαν το ποσοστό ινών βραδείας συστολής προφανώς λόγω μείωσης των ινών ταχείας συστολής (Trappe et al. 1995, Trappe et al. 1996). Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η συστηματική άσκηση δεν αναστέλλει την παρακμή της μυϊκής δύναμης που παρατηρείται με την γήρανση, μπορεί όμως να την επιβραδύνει (Aoyagi et al. 1992).

Η μείωση του μεγέθους των μυϊκών ινών λόγω γήρανσης ονομάζεται σαρκοπενία και συνοδεύεται από σταδιακή μείωση της μυϊκής δύναμης κυρίως μετά την 6η δεκαετία. Λόγω γεροντικής σαρκοπενίας οι μύες είναι κατά 20% μικρότεροι σε ηλικιωμένους σε σχέση με νέους (Klein et al. 2001, Narici et al. 2003, Morse et al. 2004). Οι μύες που επηρεάζονται περισσότερο από την γήρανση είναι οι εκτεινόντες του γονάτου και της ποδοκνημικής (Winegard et al. 1996, Lyhch et al. 1999, Frontera et al. 2000). Ηλικιωμένοι 70-80 ετών παρουσιάζουν μείωση της δύναμης των εκτεινόντων του γονάτου κατά 40%, της ροπής των πελματιαίων καμπτήρων κατά 25% καθώς και μείωση κατά 19% της ηλεκτρομυογραφικής δραστηριότητας των πελματιαίων καμπτήρων σε σχέση με νέους

20-30 ετών (Roos et al. 1999, Klein et al. 2001, Morse et al. 2004). Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς οι εκτεινόντες του γονάτου και της ποδοκνημικής είναι βασικοί μύες για την κινητική κατάσταση των ηλικιωμένων και γενικά για τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η απώλεια της ισχύος της έκταση του ποδιού λόγω γήρανσης έχει σχέση με τη μείωση της μέγιστης ταχύτητας βάδισης (Rantanen and Avela 1997). Παρατήρηση ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς η μέγιστη ταχύτητα βάδισης αποτελεί δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας του βαδίσματος των ηλικιωμένων και άλλων κλινικών πληθυσμών.

Όσον αφορά στην ταχοδυναμική σχέση του μυός, έχει βρεθεί ότι στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους μετατοπίζεται προς τα αριστερά (Harridge and Yound 1998). Οι ηλικιωμένοι παράγουν την ίδια υπομέγιστη ροπή σε σύγκριση με νεώτερους χρησιμοποιώντας υψηλότερη μυϊκή ενεργοποίηση. Η παραγωγή ισχύος από ηλικιωμένους επηρεάζεται περισσότερο από ότι η παραγωγή δύναμης. Οι απώλειες ισχύος στην ηλικία των 65-84 ετών είναι 3.5% ετησίως, ενώ οι αντίστοιχες απώλειες δύναμης υπολογίζονται στο 1.3% (Skelton et al. 1994, Young and Skelton 1994).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### Άσκηση και Τρίτη ηλικία

Καθώς οι συνέπειες της γήρανσης στην μυϊκή δύναμη μπορεί να είναι καταστροφικές πολλές φορές για την σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, είναι σημαντικό να βρεθούν τρόποι καθυστέρησης ή και αντιστροφής των ανωτέρω συνεπειών. Τα τελευταία χρόνια η εφαρμογή προγραμμάτων αντίστασης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση της μυϊκής αδυναμίας λόγω γήρανσης (Macaques and De Vito 2004). Ίσως σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη μπορούν να υπάρξουν ωφέλειες στη μυϊκή δύναμη των ηλικιωμένων και έχουν καταγραφεί σε άτομα 70-80 ετών μετά από προγράμματα άσκησης με αντίσταση (Fiaatarone et al. 1990). Με βάση δε το γεγονός, ότι πολλές λειτουργίες της καθημερινότητας των ηλικιωμένων εξαρτώνται κυρίως από την ικανότητα τους να παράγουν ισχύ, η στόχευση των προγραμμάτων άσκησης όχι μόνο στην βελτίωση της δύναμης των ηλικιωμένων αλλά και στην ικανότητα παραγωγή ισχύος θα τα καθιστούσε αποτελεσματικότερα.

Ηλικιωμένοι 65-81 ετών μετά την εφαρμογή προγράμματος άσκησης με αντίσταση (leg press and leg extension) στους εκτεινόντες του γονάτου, διάρκειας 14 εβδομάδων παρουσίασαν αύξηση στη μέγιστη ισομετρική ροπή κατά 9%, και στην σύγκεντρη από 22-37%. Σε αντίθεση δεν παρουσίασαν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην έκκεντρη ροπή. Οι συμμετέχοντες μετά το τέλος της παρέμβασης αύξησαν την μυϊκή δραστηριότητα του έξω πλατύ από 28-38% ενώ δεν υπήρξε καμία αλλαγή

της μυϊκής δραστηριότητας των ισχιοκνημιαίων (Reeves et al. 2006). Οι Symons et al. (2005) μελέτησαν την επίδραση τριών προγραμμάτων άσκησης ισομετρικής, σύγκεντρης και έκκεντρης σε ηλικιωμένους, 20 γυναίκες και 18 άνδρες ηλικίας 73 ετών για 12 εβδομάδες 3 φορές την εβδομάδα. Έγινε αρχική μέτρηση της μέγιστης ισομετρικής και ισοκνημικής (έκκεντρης και σύγκεντρης) δύναμης των εκτεινόντων του γονάτου στο ισοκνημικό δυναμόμετρο καθώς και της σύγκεντρης ισχύος και έργου. Τέλος αξιολογήθηκαν η ικανότητας τους στην ανάβαση και κατάβαση σκαλοπατιών και η ταχύτητα βάδισης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και οι τρεις ομάδες βελτίωσαν την μέγιστη ισομετρική και ισοκνημική δύναμη, όμως δεν επηρεάστηκε καθόλου η ταχύτητα βάδισης. Και οι τρεις ομάδες βελτίωσαν την μέγιστη σύγκεντρη ισχύ και σύγκεντρο έργο με σημαντικότερη βελτίωση της ομάδας που ακολούθησε το πρόγραμμα σύγκεντρης άσκησης. Προγράμματα άσκησης με αντίσταση έχουν βελτιώσει και την μυϊκή κατάσταση (δύναμη και ισχύ) και την λειτουργική ικανότητα σε ηλικιωμένους (Mazzo et al. 1998, Fleck and Kraemer 2004, Hunter et al. 2001).

Τα κλασικά προγράμματα άσκησης με αντίσταση συνήθως περιλαμβάνουν ασκήσεις μέγιστων επαναλήψεων σε σχετικά χαμηλές ταχύτητες. Ενώ προγράμματα εκπαίδευσης δύναμης και ισχύος απαιτούν μυϊκές συσπάσεις σε υψηλότερες ταχύτητες. Οι μυϊκές προσαρμογές σε προγράμματα αντίστασης με υψηλή ταχύτητα είναι ανάλογες με την ηλικία των συμμετεχόντων (Kraemer et al. 2002). Επιπλέον τα προγράμματα εκπαίδευσης της ισχύος είναι αποτελεσματικότερα όσον αφορά την βελτίωση της μέγιστης ισχύος, δύναμης και λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων σε όλες τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Earls et al. 2001; Fielding et al. 2002; Henwood and Taffy 2005). Συνδυασμός κλασικού προγράμματος άσκησης με αντίσταση και προγράμματος εκπαίδευσης ισχύος αποδείχθηκε ιδιαίτερα ωφέλιμο στην μυϊκή κατάσταση και την λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων (Hakkinen et al. 2001; Izquierdo et al. 2001; Newton et al. 2002). Παρόλα αυτά είναι περιορισμένες οι πληροφορίες όσον αφορά τις επιδράσεις προγραμμάτων ισχύος σε σχέση με κλασικά προγράμματα αντίστασης στους ηλικιωμένους. Σύγκριση των δύο πρωτοκόλλων άσκησης καθόρισε ότι πρόγραμμα ισχύος υψηλής ταχύτητας και χαμηλής επιβάρυνσης είχε θετικότερα αποτελέσματα στην λειτουργικότητα ηλικιωμένων γυναικών (65-90) ετών σε σχέση με το κλασικό πρόγραμμα αντίστασης χαμηλής ταχύτητας και μεγαλύτερης επιβάρυνσης, ενώ δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της επίδρασης των δύο προγραμμάτων στην αναερόβια ισχύ (Miszko et al. 2003). Με την ανωτέρω έρευνα συμφωνεί και μελέτη των Bottaro et al. (2006) στην οποία έγινε σύγκριση των επιδράσεων δύο διαφορετικών πρωτοκόλλων άσκησης διάρκειας 10 εβδομάδων σε ηλικιωμένους (60-76) ετών.

Το πρόγραμμα άσκησης της ισχύος με υψηλή ταχύτητα και επιβάρυνση 60% του RM αποδείχθηκε αποτελεσματικότερο από το κλασικό πρόγραμμα αντίστασης με χαμηλή ταχύτητα και επιβάρυνση 60% του RM, όσον αφορά την λειτουργική ικανότητα και την μυϊκή ισχύ. Καμία διαφορά των δύο προγραμμάτων δεν παρατηρήθηκε όσον αφορά την μυϊκή δύναμη.

Μία άλλη παρέμβαση συνδύασε πρόγραμμα ισχύος (PE) με κλασικό πρόγραμμα αντίσταση (TRAT) 24 εβδομάδων σε ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες (60-75) ετών με σημαντική βελτίωση της μυϊκής δύναμης των κάτω άκρων. Το πρόγραμμα άρχισε με υψηλής ένταση και χαμηλής ταχύτητας αντίσταση (10-12 RM τις 4 πρώτες εβδομάδες, 6-8 RM έως την 10 εβδομάδα και 3-5 RM από την 10-12 εβδομάδα). Στη συνέχεια ακολούθησε πρόγραμμα ισχύος 12 εβδομάδων χαμηλής έντασης (30-40% 1RM με 6-10 επαναλήψεις) και υψηλής ταχύτητας (Hakkinen et al. 2002).

Πρόγραμμα 16 εβδομάδων αντίστασης και ισχύος σε νέους και ηλικιωμένους βελτίωσε 45% και 41% αντίστοιχα την μυϊκή τους δύναμη. Τις 8 πρώτες εβδομάδες και οι δύο ομάδες ακολούθησαν πρόγραμμα άσκησης TRT χαμηλής ταχύτητας με επιβάρυνση 50-80% του 1RM 2 φορές την εβδομάδα και τις τελευταίες 8 εβδομάδες πρόγραμμα άσκησης PT υψηλής ταχύτητας στο 30-40% του 1RM (Izquierdo et al. 2001). Επίσης Newton et al. (2002) παρατήρησε ότι ηλικιωμένοι άνδρες παρουσίασαν 40% αύξηση της ισομετρικής τους δύναμης μετά από συνδυασμένο πρόγραμμα αντίστασης 10 εβδομάδων.

Όπως αναφέρθηκε κατά την γήρανση οι απώλειες σε ισχύ και κατ' επέκταση στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερες σε σχέση με τις απώλειες σε δύναμη. Πρόγραμμα 8 εβδομάδων υψηλής ταχύτητας και ποικίλης αντίστασης σε ηλικιωμένους 60-70 ετών εφαρμόστηκε με ασφάλεια και βελτίωσε την μυϊκή τους δύναμη, ισχύ και φυσική τους κατάσταση, επιδράσεις που καθιστούν τους ηλικιωμένους ανεξάρτητους και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους (Henwood et al. 2005).

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αντίστασης στη μυϊκή δύναμη και την λειτουργικότητα ηλικιωμένων δεν αμφισβητείται πλέον, υπάρχει όμως περιορισμένος αριθμός ερευνών που καθορίζει τις επιμέρους επιδράσεις παραμέτρων, όπως η ένταση και η συχνότητα εφαρμογής των διαφόρων πρωτοκόλλων αντίστασης. Μελέτη προγράμματος δύναμης μεγάλης (80% του 1RM) και μεσαίας (60% του 1RM) επιβάρυνσης διάρκειας 12 εβδομάδων σε αδρανείς ηλικιωμένους 60-74 ετών καθόρισε ως αποτελεσματικότερο το πρωτόκολλο υψηλής αντίστασης, όσον αφορά την μυϊκή δύναμη, ενώ η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Καμία αλλαγή δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου (Kalapotharakos et al. 2005). Capodaglio et al. (2005) εφάρμοσαν μεικτό πρόγραμμα δύναμης διάρκειας



ενός έτους σε 28 ανεξάρτητους ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες άνω των 75 ετών. Το πρόγραμμα αποτελείτο από ασκήσεις δύναμης των κάτω άκρων στο 60% του 1 RM δύο φορές την εβδομάδα σε κέντρο υγείας και άσκησης και μία φορά την εβδομάδα από εκπαίδευση στο σπίτι με ελαστικούς ιμάντες. Οι γυναίκες ενώ στην αρχική μέτρηση εμφανίσθηκαν σημαντικά αδύναμες -47% για τους εκτεινόντες τα γόνατα (ΕΚ) και -59% (ΡΑ) για τους πελματιαίους καμπήρες σε σχέση με τους άνδρες, μετά το τέλος της παρέμβασης παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά βελτίωση στη μυϊκή τους λειτουργία και στη λειτουργική τους ικανότητα. Οι άνδρες βελτίωσαν μόνο την λειτουργική τους ικανότητα, ενώ και οι δύο ομάδες δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη φυσική τους δραστηριότητα.

Προγράμματα προοδευτικής άσκησης της μυϊκής δύναμης σε ηλικιωμένους, αν και βελτιώνουν την μυϊκή τους δύναμη, συχνά δεν προϋποθέτουν και βελτίωση της καθημερινότητας τους καθώς οι πληροφορίες για τις επιδράσεις των προγραμμάτων δύναμης στην λειτουργικότητα και την ισορροπία ηλικιωμένων είναι περιορισμένες. Εφαρμογή πρωτοκόλλου διάρκειας 21 εβδομάδων υψηλής αντίστασης, που περιλαμβάνει και εκπαίδευση της εκρηκτικής δύναμης σε μεσήλικες και ηλικιωμένες γυναίκες βελτίωσε σημαντικά την δυναμική τους ισορροπία και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους (Holviala et al. 2006).

Η άσκηση και η κίνηση αποτελούν ανάγκη για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, θα πρέπει όμως τα προγράμματα να εφαρμόζονται με κάποιες προϋποθέσεις λόγω της ιδιαιτερότητας της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας και προς αποφυγή τραυματισμών. Εφαρμογή συνδυασμένου πρωτοκόλλου άσκησης (μία φορά την εβδομάδα ασκήσεις ποικίλης αντίστασης με υψηλή ταχύτητα και μικρής διάρκειας και μία φορά την εβδομάδα ασκήσεις εκπαίδευσης της λειτουργικής ικανότητας) σε ηλικιωμένους 65-84 ετών αποδείχθηκε εξ' ίσου αποτελεσματικό στην ενίσχυση της μυϊκής τους δύναμης και της λειτουργικότητας τους, με έντονο πρόγραμμα υψηλής αντίστασης δύο φορές την εβδομάδα (Henwood et al. 2006). Η ιδανική συχνότητα άσκησης κατά την τρίτη ηλικία ήταν και το θέμα έρευνας Chin et al. (2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τα προγράμματα άσκησης για να έχουν θετική επίδραση στη δύναμη και γενικά την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων θα πρέπει να εφαρμόζονται τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Κάπως διαφορετικά ήταν τα πορίσματα παλαιότερης έρευνας, στην οποία μελετήθηκε η επίδραση προγράμματος άσκησης με αντίσταση στο 80% του 1 RM 1,2 και 3 φορές την εβδομάδα, στη μυϊκή δύναμη των κάτω άκρων, την οστική πυκνότητα και την νευρομυϊκή κατάσταση ηλικιωμένων. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη η συχνότητα άσκησης δεν προκάλεσε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις

τρεις ομάδες. (Taaffe et al. 1999). Γενικά οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν, ότι στους ηλικιωμένους άσκηση 2 φορές εβδομαδιαίως, αφενός βελτιώνει την μυϊκή τους κατάσταση και την νευρομυϊκή τους λειτουργία και αφετέρου εξασφαλίζει την εκτέλεση των προγραμμάτων άσκησης με ικανοποιητική συμμετοχή και ασφάλεια.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προγράμματα άσκησης με αντίσταση μπορούν να επιφέρουν ωφέλειες στην μυϊκή μάζα και την μυϊκή δύναμη ηλικιωμένων καθώς και άλλες αλλαγές στην αρχιτεκτονική του μυός βελτιώνοντας την λειτουργική τους ικανότητα και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους. Καθότι δε η μυϊκή αδυναμία και κυρίως των κάτω άκρων αποτελεί παράγοντα πτώσεων και τραυματισμών των ηλικιωμένων, καθώς και περιορισμού της φυσικής τους δραστηριότητας (Whipple et al. 1987; Khan et al. 2001), η άσκηση με αντίσταση μειώνει τους κινδύνους τραυματισμών και πτώσεων και βελτιώνει την φυσική τους κατάσταση (Sipila et al. 1996; Robertson et al. 2001).

Παράμετροι, όπως η ένταση της επιβάρυνσης, η διάρκεια και η συχνότητα της άσκησης διαφοροποιούν τις επιδράσεις των προγραμμάτων στους ηλικιωμένους. Συνήθως πρωτόκολλα με επιβάρυνση στο 60-80% της μέγιστης επιβάρυνσης (RM) 2 φορές την εβδομάδα παρουσιάζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στην μυϊκή δύναμη των ηλικιωμένων. Πολλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως ταχύτητα βάδισης, ανάβαση και κατάβαση σκαλοπατιών κ.ά. έχουν σχέση περισσότερο με την ισχύ παρά με την δύναμη και καθώς λόγω γήρανσης οι απώλειες της ισχύος είναι μεγαλύτερες από τις απώλειες της δύναμης, αποτελεσματικότερα αποδείχθηκαν τα συνδυασμένα προγράμματα άσκησης και ισχύος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κλεισούρας Β. (1980) Εργοφυσιολογία. Φυσιολογική βάση της μυϊκής προσπάθειας. Μυϊκή απόδοση 491-92 Αθήνα.
2. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. (1983) Κοινωνικές και Υγειονομικές Επιπτώσεις από τις δημογραφικές εξελίξεις του Ελληνικού Πληθυσμού 1960-2001 Αθήνα.
3. Παπαναγιώτου Π. (1979) Γήρας- Γνωριμία- Πρόληψη-Θεραπεία 8:10-14 Αθήνα.
4. Χριστοδούλου Γ. (1975) Προβλήματα γεροντικής ηλικίας. Συμπόσιο Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος Αθήνα.
5. Acima H, Kano Y, Enomoto Y, Ishizu M, Okada M, Oishi Y, Katsuta S and Kuno SY. (2001) Muscle function in 164 men and woman aged 20-84 yr. Med Sci Sports Exerc 33:220.
6. Buchner DM, Cress ME, de Lateur Bj (1997) The effect

of strength and endurance training on gait balance, all risk and health services use incommunity-living older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 52A: M218-M224.

7. Capodaglio P, Capodaglio EM, Ferri A, Scaglioni G, Marchi F, Saibene F. (2005) Muscle function and functional ability improves more in community-dwelling older women with a mixed-strength training programme. Age Ageing.34(2):141-7.
8. Chin A Paw MJ, van Poppel MJ, Twisk JW, van Mechelen (2006) Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomised controlled exercise trial in long-term care facilities. Patient Educ Couns 63(1-2):205-14.
9. Cummings SR, Rubin SM, Black D. (1990) The future of hip fractures in the United States. Clin Orthop 252:163-166.
10. Doherty T, Vandervoort AA, Taylor AW and Brown WF. (1993) Skeletal muscle weakness in old age: underlying mechanisms. Med Sci Sport Exerc 432-43
11. Earles DR, Judge JO, Gunnarsson OT (2001) Velocity training induces power-specific adaptations in highly functioning older adults. Arch Physiol Med Rehabil 82:872-878 9.
12. Enoka RM, Burnett RA, Graves AE, Kornatz KW and Laidlaw DA. (1999) Task and age-dependent variations in steadiness. Progress in Brain Res 123: 389.
13. Fielding RA, Lebrasseur NK, Cuoco A, Bean J, Mizer K, Fiatarone MA (2002) High-velocity resistance training increases skeletal muscle peak power in older women. J Am Geriatr Soc 50:655-662
14. Fleck SJ and Kraemer WJ (2004) Design resistance training programs, 3rd edn. Human Kinetics Champaign.
15. Frontera WR, Hughes VA, Fielding RA, Fiatarone MA, Evans WJ, Roubenoff R. (2000) Aging of skeletal muscle: a 12-yr longitudinal study. J Appl Physiol 88(4): 1321-6.
16. Häkkinen K, Kraemer WJ, Newton RU, Alen M (2001) Changes in electromyographic activity, muscle fiber and force production characteristics during heavy resistance/power strength training in middle-aged and older men and women. Acta Physiol Scand 171:51-62
17. Hameed M, Harridge SDR and Goldspink G. (2002) Sarcopenia and hypertrophy: A role for insulin-like growth factor-1 and muscle? Exerc and Sport Sci Rev 30-15.
18. Harridge SDR and Young A. (1998) Skeletal muscle. In: M.S.J. Pathy (ed) Principles and Practice of Geriatric Medicine, 3rd edition, pp.1-9, John Wiley & Sons Ltd.
19. Henwood TT and Taaffe (2005) Improved physical performance in older adults undertaking a short-term programme of high-velocity resistance training. Gerontology.51(2):108-15.
20. Henwood TR, Taaffe DR (2006) Short-term resistance training and the older adult: the effect of varied programmes for the enhancement of muscle strength and functional performance. Clin Physiol Funct Imaging 26(5):305-13.
21. Holviala JH, Sallinen JM, Kraemer WJ, Alen MJ, Häkkinen KK. (2006) Effects of strength training on muscle strength characteristics, functional capabilities, and balance in middle-aged and older women. J Strength Cond Res 20(2):336-44.
22. Hunter GR, Wetzstein CJ, McIlafferty CL, Zuckerman PA, Landers KA, Bammann MM (2001) High-resistance versus variable-resistance training in older adults. Med Sci Sports Exerc 33:1759-1764
23. Izquierdo M, Aguardo X, Gonzales R, Lopez J, Häkkinen K (1999) Maximal and explosive force production capacity and balance performance in men of different ages. Eur J Appl Physiol 79:260-267
24. Janssen I, Heymsfield SB, Wang ZM and Ross R. (2000) Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88yr. J Appl Physiol 89: 81.
25. Kalapotharakos VI, Michalopoulos M, Tokmakidis SP, Godolias G, Gourgoulis V. (2005) Effects of a heavy and a moderate resistance training on functional performance in older adults. J Strength Cond Res 19(3):652-7.
26. Klein CS, Rice CL, Marsh GD. (2001) Normalized force, activation, and coactivation in the arm muscles of young and old men. J of Appl Physiol 91(3):1341-9.
27. Kraemer WJ, Adams K, Cafarelli E, Dudley GA, Dooly C, Feigenbaum MS, et al (2002) American college of sports medicine: progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exerc 34:364-380
28. Lexell J, Taylor CC and Sjostrom M. (1988) What is the cause aging atrophy? Total number, size, and proportion of different fibre types studied in whole vastus lateralis muscle from 15-to 83-year-old men. J of Neurol Sci 84:275.
29. Lynch NA, Metter EJ, Lindle RS, Fozard JL, Tobin JD, Roy TA (1999). Muscle quality. I. Age-associated differences between arm and leg muscle groups. J of Appl Physiol 86(1):188-94.
30. Mazzeo RS, Cavanagh P, Evans WJ, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, Startzell J (1998) American college of sports medicine: position stand on exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc 30:992-1008

31. Misko TA, Cress ME, Slade JM, Covey CJ, Agrawal SK, Doerr CE (2003) Effect of strength and power training on physical function in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58A:M171–M175
32. Morse CI, Thom JM, Davis MG, Fox KR, Birch KM, Narici MV (2004). Reduced plantarflexor specific torque in the elderly is associated with a lower activation capacity. *Europ J of Appl Physiol* 92(1-2):219–26. M.P.
33. Newton RU, Hökkinen K, Hökkinen A, McCormick M, Volek J, Kraemer WJ (2002) Mixed-methods resistance training increases power and strength of young and older men. *Med Sci Sports Exerc* 34:1367–1375–34.
34. Rantanen T, Avela J (1997) Leg extension power and walking speed in very old people living independently. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 52 (54): M225-31.
35. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM. (2002) Preventing Injuries in Older People By Preventing Falls: A Meta-Analysis of Individual-Level Data. *J Am Geriatr Soc* 50: 905-911.
36. Roos MR, Rice CL, Connelly DM, Vandervoort AA. (1999) Quadriceps muscle strength, contractile properties, and motor unit firing rate in young and old men. *Muscle and Nerve* 22(8): 1094–103.
37. Skelton DA, Gretig CA, Davies JM & Young A (1994) Strength, power and related functional ability of healthy people aged 65-89 years. *Age Ageing* 23: 371-377.
38. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G. (1994) A multi-factorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in community. *N Engl J Med* 331: 821-827.
39. Trappe SW, Costill DL, Fink WJ and Pearson DR. (1995) Skeletal muscle characteristics among distance runners: A 20-yr follow-up study. *J Appl Physiol* 78:823.
40. Trappe SW, Costill DL, Goodpastor BH and Pearson DR. (1996) Calf muscle strength in former elite distance runners. *Scan J Med Sci Sports* 6:205.
41. Winegard KJ, Hick AL, Sale DG, Vandervoort AA. (1996) A 12-year follow-up study of ankle muscle function in older adults. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 51(3): B202-7.
42. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner N. (1996) Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi computerized balance training. *J Am Geriatr Soc* 44: 489-497.
43. Wolfson L, Judge J, Whipple RA et al. (1995) Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 50A:64-67.
44. Young A, Skelton DA. (1994) Applied physiology of strength and power in old age. *Int J Sports Med* 15: 149-151.

### Ερευνητική Εργασία

## Η αντιμετώπιση της οσφυαλγίας σε αθλητές με δυο φυσιοθεραπευτικές μεθόδους (McKenzie-Shiatsu)

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΑΤΣΟΥΠΑΚΗΣ

Φυσιοθεραπευτής MSc

Εργαστ. Συνεργ. ΑΤΕΙ - Θ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την ανάπτυξη του αθλητισμού τις τελευταίες δεκαετίες, ήταν φυσικό επόμενο η σταδιακή αύξηση των αθλητικών κακώσεων. Αθλήματα υψηλού κινδύνου για τραυματισμό της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ), που καταλαμβάνουν το 20% του συνόλου των αθλητικών κακώσεων, είναι η ενόργανη γυμναστική, άρση βαρών, σκι, ρίψεις καταδύσεις κ.α. Η συχνότητα δε εμφάνισης των προβλημάτων στην ΟΜΣΣ είναι πολύ μεγαλύτερη στους αθλητές υψηλών επιδόσεων λόγω αυξημένης επιβάρυνσης, τον μεγάλο αριθμό και διάρκεια των προπονήσεων. Οι κακώσεις προκαλούν ενοχλήματα και επιβάλλουν την ανακούφιση και θεραπεία του αθλητή (Αμπατζίδης, 2000).

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετήσει την επίδραση δυο διαφορετικών μεθόδων φυσιοθεραπείας στην αντιμετώπιση του πόνου και της δυσκαμψίας της ΟΜΣΣ αθλητών. Συμμετείχαν 20 ασθενείς-αθλητές του ίδιου ή παρόμοιου επιπέδου, με παρόμοια προπονητικά προγράμματα, ενώ οι ηλικίες των ήταν 22 - 32 ετών. Η πρώτη ομάδα (N=10) ακολούθησε πρόγραμμα με την αποδεκτή μέθοδο της μηχανικής διάγνωσης και θεραπείας (McKenzie), ενώ η δεύτερη ομάδα (N=10) ακολούθησε πρόγραμμα ειδικής μάλαξης με δακτυλοπίεση (Shiatsu).

Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε σημαντική βελτίωση και στις δυο ομάδες ως προς τις δυο εξαρτημένες μεταβλητές (πόνος - δυσκαμψία). Σε πρώτη ματιά δεν εμφανίζει σημαντικές στατιστικές διαφορές μεταξύ των δυο πειραματικών μεθόδων, αλλά σε εκτενέστερη μελέτη των στοιχείων διακρίνεται να υπερέχει η μέθοδος McKenzie έναντι της άλλης.

Λέξεις κλειδιά: οσφυαλγία, αθλητές, McKenzie, Shiatsu.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

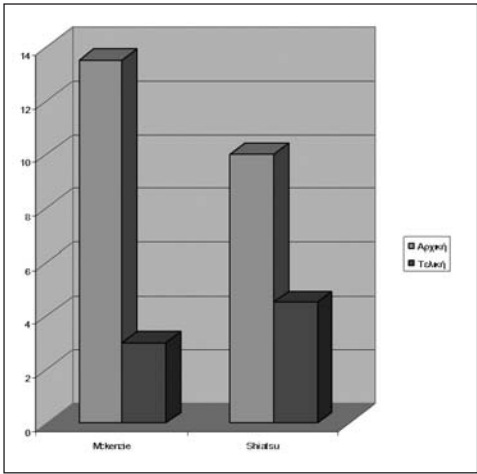
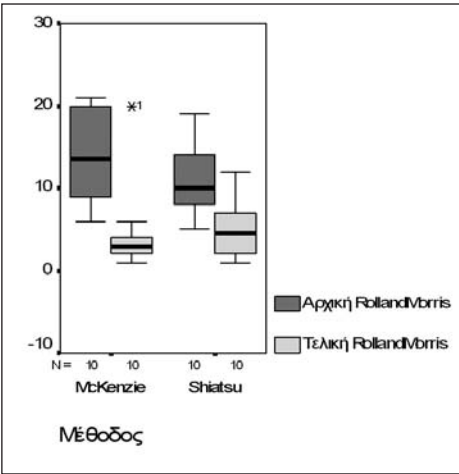
Η οσφυαλγία μαζί με τη δυσλειτουργία της ΟΜΣΣ είναι πολύ συχνή και έχει υπολογιστεί από μελέτες, ότι το 70 - 80% των ανθρώπων έχουν

Διεύθυνση Αλληλογραφίας  
Κατσουπάκης Δημήτρης  
Δελφών 115 - Θεσσαλονίκη 54644  
Τηλ. 2310 868718 - 6972086820  
E mail - dika@hol.gr



ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

|          | Αρχική Rolland Morris |      |      |       |      |       |       | Τελική Rolland Morris |      |      |       |      |      |      |
|----------|-----------------------|------|------|-------|------|-------|-------|-----------------------|------|------|-------|------|------|------|
|          | Mean                  | SD   | Min  | Max   | 25%  | 50%   | 75%   | Mean                  | SD   | Min  | Max   | 25%  | 50%  | 75%  |
| McKenzie | 14,10                 | 5,55 | 6,00 | 21,00 | 9,00 | 13,50 | 20,00 | 4,80                  | 5,51 | 1,00 | 20,00 | 2,00 | 3,00 | 4,50 |
| Shiatsu  | 10,90                 | 4,38 | 5,00 | 19,00 | 7,75 | 10,00 | 14,25 | 5,00                  | 3,53 | 1,00 | 12,00 | 1,75 | 4,50 | 7,25 |



Διάγραμμα 1. Αρχική και τελική κατανομή της δυσκαμψίας.

τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους αυτή την εμπειρία. Ασθενείς με προβλήματα στην οσφύ επισκέπτονται όλο και συχνότερα τον ορθοπεδικό και έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο αναπτυγμένο είναι ένα κράτος, τόσο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών εμφανίζει. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η καθιστική ζωή, η έλλειψη άσκησης, η αύξηση του σωματικού βάρους, έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων στην οσφύ.

Αλλά και στους αθλητές που ακολουθούν ένα τελείως άλλο τρόπο ζωής, έχουμε σημαντική αύξηση των προβλημάτων της οσφύς. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί ο αθλητισμός σε όλα τα επίπεδα. Το κυνήγι των επιδόσεων, η υπερπροπόνηση για την επίτευξη των υψηλών στόχων, επέφερε την αύξηση των ατυχημάτων και ένα σημαντικό ποσοστό αφορά την οσφύ, με σοβαρές επιπτώσεις στη καριέρα και ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση (Jacchia, 1994). Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση έχει η φυσιοθεραπεία με τις παλαιότερες μεθόδους και τα παραδοσιακά φυσιοθεραπευτικά μέσα (ηλεκτροθεραπεία, υπέρηχοι), αλλά και με τους πιο σύγχρονους τρόπους προσέγγισης κινησιοθεραπείας (Mancini, 2001).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Η συγκριτική μελέτη της επίδρασης δυο διαφορετικών προγραμμάτων φυσικοθεραπευτικής αγωγής, στην

αντιμετώπιση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) σε αθλητές.

2 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν 20 άνδρες αθλητές (επαγγελματίες του ποδοσφαίρου και μπάσκετ) N=20, ηλικίας από 21 - 33 ετών ( $27,5 \pm 3,39$ ), οι οποίοι παρουσίαζαν πόνο και δυσκαμψία στην οσφύ. Κατατάχθηκαν σε δυο ομάδες των 10 ατόμων με συνεχόμενη δειγματοληψία. Όλα τα άτομα παραπέμφθηκαν με ιατρική γνωμάτευση για εκτέλεση φυσιοθεραπείας στο εργαστήριο, αφού έγιναν όλες οι απαραίτητες παρακλινικές - εργαστηριακές εξετάσεις και είχαν σαφή διάγνωση. Η έρευνα διήρκεσε από το Μάιο του 2007 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2008. Για τη διασφάλιση της ομοιογένειας του δείγματος, επιλέχθηκαν αθλητές που παρουσίαζαν συμπτώματα ως και 20 ημέρες χωρίς παλαιότερο ιστορικό.

3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σε όλους τους αθλητές που πήραν μέρος στην έρευνα συστήθηκε να έχουν αποχή από τις αθλητικές τους δραστηριότητες κατά την διάρκεια εφαρμογής των προγραμμάτων παρέμβασης. Έγινε καταγραφή του ατομικού τους ιστορικού, μελέτη της διάγνωσης και των εργαστηριακών, απεικονιστικών εξετάσεων και φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση. Και στις δυο ομάδες μελέτης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΟΜΑΔΩΝ

| Ομάδες   | N  | Αρχική |     |        | Τελική |      |        | Διαφορές         |           |               | Wilcoxon test |                |
|----------|----|--------|-----|--------|--------|------|--------|------------------|-----------|---------------|---------------|----------------|
|          |    | Mean   | SD  | Median | Mean   | SD   | Median | N                | Μέση Τάξη | Σύνολο Τάξεων | z             | Sig.(2-tailed) |
| McKenzie | 10 | 14,1   | 5,6 | 13,5   | 4,8    | 5,52 | 3      | Αρνητικές Τάξεις | 9         | 5,55          | 50            |                |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Θετικές Τάξεις   | 1         | 5             | 5             | -2,301 0,021   |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Ισοπαλές         | 0         |               |               |                |
| Shiatsu  | 10 | 10,9   | 4,4 | 10     | 5      | 3,53 | 4,5    | Αρνητικές Τάξεις | 9         | 5,94          | 53,5          |                |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Θετικές Τάξεις   | 1         | 1,5           | 1,5           | -2,654 0,008   |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Ισοπαλές         | 0         |               |               |                |

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

| Ομάδες   | N  | Αρχική |      |        |                                     | Τελική |      |        |                                     |
|----------|----|--------|------|--------|-------------------------------------|--------|------|--------|-------------------------------------|
|          |    | Mean   | SD   | Median | Mann-Whitney test z Sig. (2-tailed) | Mean   | SD   | Median | Mann-Whitney test z Sig. (2-tailed) |
| McKenzie | 10 | 14,10  | 5,55 | 13,50  | -1,479 0,139                        | 4,80   | 5,52 | 3,00   | -0,648 0,517                        |
| Shiatsu  | 10 | 10,90  | 4,38 | 10,00  |                                     | 5,00   | 3,53 | 4,50   |                                     |

έγιναν 10 συνεδρίες ανά άτομο με συχνότητα 4 φορές την εβδομάδα και διάρκεια περίπου 40 λεπτά ανά συνεδρία. Στα άτομα της πρώτης ομάδας (μέθοδος McKenzie) εφαρμόστηκε ένα ειδικό πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, αφού πρώτα αξιολογήθηκαν όλα τα άτομα, σύμφωνα με τον τρόπο που προτείνει το ινστιτούτο McKenzie. Στη δεύτερη ομάδα (Μάλαξη Shiatsu) έγινε καταγραφή του ατομικού ιστορικού, αξιολόγηση της κλινικής τους εικόνας και σε όλους εφαρμόστηκε πιστά το πρωτόκολλο θεραπείας όπως ορίζεται.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Δεδομένο ότι το δείγμα ήταν περιορισμένο σε αριθμό, δεν θα ήταν εύκολο να χρησιμοποιηθεί παραμετρική δοκιμασία, δηλαδή t-test (που έχει σαν παραδοχές τον ικανό αριθμό δείγματος, κανονική κατανομή, ίσες διασπορές κλπ) γι' αυτό χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες. Εξαρτημένες μεταβλητές είναι: η δυσκαμψία (λειτουργικότητα) και ο πόνος. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές επίσης δυο: η πειραματική διαδικασία (αρχική και τελική μέτρηση) καθώς και η μέθοδος παρέμβασης (McKenzie και Shiatsu). Για την μέτρηση της λειτουργικότητας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Rolland Morris, ενώ για τη μέτρηση του πόνου το ερωτηματολόγιο McGill.

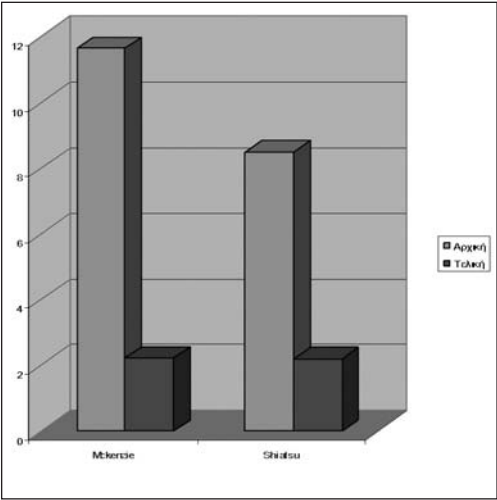
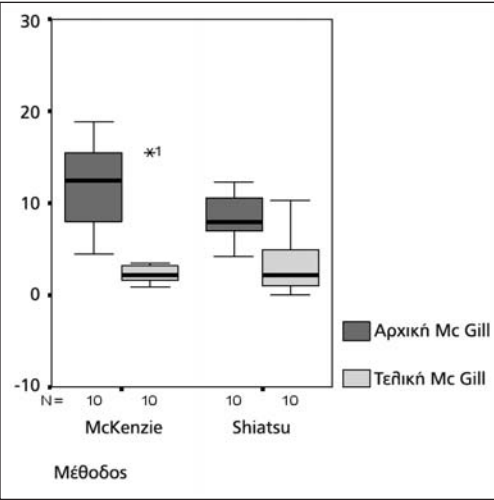
Οι μετρήσεις έγιναν σε δυο φάσεις, αρχικά πριν το πρόγραμμα παρέμβασης και τελικά μετά την ολοκλήρωσή του. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της πειραματικής μας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS. Για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ της αρχικής και τελικής μέτρησης των τιμών της λειτουργικότητας και του πόνου εφαρμόστηκε η δοκιμασία Wilcoxon για συσχετιζόμενα δείγματα και για τον έλεγχο μεταξύ των θεραπευτικών μεθόδων (McKenzie, Shiatsu) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann-Whitney για ανεξάρτητα δείγματα. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις αναλύσεις, ορίστηκε ως  $p < 0,05$ .

1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

α) Υπάρχει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα και με τις δύο μεθόδους (McKenzie και Shiatsu). Με την κλίμακα μέτρησης του Rolland Morris, υπάρχει βελτίωση της λειτουργικότητας κατά 9,3 μονάδες στους ασθενείς που ακολούθησαν τη θεραπευτική μέθοδο McKenzie (από  $14,10 \pm 5,55$  έγινε  $4,80 \pm 5,51$ ). Παράλληλα στους ασθενείς που ακολούθησαν τη μέθοδο Shiatsu διαπιστώνεται υποχώρηση της δυσκαμψίας κατά 5,9 μονάδες αφού από  $10,90 \pm 4,38$  που ήταν πριν την εφαρμογή της μεθόδου μειώθηκε στο

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

|          | Αρχική McGill |      |      |       |      |       |       | Τελική McGill |      |      |       |      |      |      |
|----------|---------------|------|------|-------|------|-------|-------|---------------|------|------|-------|------|------|------|
|          | Mean          | SD   | Min  | Max   | 25%  | 50%   | 75%   | Mean          | SD   | Min  | Max   | 25%  | 50%  | 75%  |
| McKenzie | 11,64         | 4,89 | 4,55 | 18,88 | 7,37 | 12,52 | 15,85 | 3,53          | 4,31 | 0,93 | 15,57 | 1,60 | 2,22 | 3,33 |
| Shiatsu  | 8,49          | 2,72 | 4,27 | 12,25 | 6,56 | 10,99 | 10,99 | 3,41          | 3,28 | 0,00 | 10,23 | 0,89 | 2,20 | 5,44 |



Διάγραμμα 2. Αρχική και τελική κατανομή του πόνου

5,00 ± 3,53. (Πίνακας 1). Παρατηρώντας παρακάτω, διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς στην ομάδα McKenzie, ενώ αρχικά έχουν μεγαλύτερο εύρος (από 6 έως 19) σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας Shiatsu, στη συνέχεια μετά τις δέκα συνεδρίες και την ολοκλήρωση του προγράμματος, έχουν μεγαλύτερη βελτίωση και μικρότερο εύρος. (Διάγραμμα 1).

β) Για να διαπιστωθεί κατά πόσο στατιστικά σημαντικές είναι αυτές οι διαφορές, μεταξύ της αρχικής και τελικής μέτρησης, εφαρμόστηκε η μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία Wilcoxon, για συσχετιζόμενα δείγματα. Από τα αποτελέσματα των μετρήσεων της λειτουργικότητας με τη μέθοδο Rolland Morris, παρατηρείται ότι η βελτίωση είναι στατιστικά σημαντική και στις δύο ομάδες. Στην ομάδα McKenzie διαπιστώνεται βελτίωση σε 9 περιπτώσεις έναντι 1 που έχουμε επιδείνωση, με συνολική βελτίωση 50 τάξεις, που είναι στατιστικά σημαντικές 0,021, (p < 0,05). Στην ομάδα Shiatsu, υπάρχει επίσης βελτίωση 9 στις 10 περιπτώσεις και 53,5 συνολικά τάξεις έναντι 1,5 που παρουσίασαν επιδείνωση. Οι διαφορές, είναι και σ' αυτή την περίπτωση στατιστικά σημαντικές 0,008, (p < 0,05). (Πίνακας 2) .

γ) Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων εφαρμόστηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann - Whitney για ανεξάρτητα δείγματα. Από τα

αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μεθόδων τόσο στην αρχική όσο και στην τελική μέτρηση 0,139 (p < 0,05) και αντίστοιχα 0,517, (p < 0,05). (Πίνακας 3).

**2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ**

α) Όσον αφορά τη μέτρηση του πόνου με την κλίμακα - ερωτηματολόγιο McGill παρατηρείται επίσης, σημαντική βελτίωση στον πόνο όπου ο μέσος όρος από 11,64 ± 4,89 μειώθηκε στο 3,53 ± 4,31 (βελτίωση 8,11 μονάδες) στα άτομα που ακολούθησαν τη μέθοδο McKenzie, ενώ στα άτομα που συμμετείχαν στη θεραπεία με τη μέθοδο Shiatsu έχουμε βελτίωση κατά 5,08 μονάδες (από 8,49 ± 2,72 μειώθηκε στο 3,41 ± 3,28). (Πίνακας 4). Αυτές οι διαφορές είναι εμφανείς στη μέτρηση με το ερωτηματολόγιο McGill. Η ομάδα που ανήκει στη μέθοδο McKenzie είναι με μεγαλύτερο εύρος και υψηλότερες τιμές πόνου. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος όμως παρατηρείται σημαντική μείωση σε όλα σχεδόν τα άτομα . Αξιοσημείωτη είναι επίσης η μείωση του πόνου και στα άτομα που ακολούθησαν τη θεραπεία με τη μέθοδο Shiatsu. (Διάγραμμα 2).

β) Στη μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία Wilcoxon για συσχετιζόμενα δείγματα παρατηρείται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στην ομάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ MCGILL

| Ομάδες   | N  | Αρχική |     |        | Τελική |      |        | Διαφορές         |           |               | Wilcoxon test |                |
|----------|----|--------|-----|--------|--------|------|--------|------------------|-----------|---------------|---------------|----------------|
|          |    | Mean   | SD  | Median | Mean   | SD   | Median | N                | Μέση Τάξη | Σύνολο Τάξεων | z             | Sig.(2-tailed) |
| McKenzie | 10 | 11,64  | 4,9 | 12,52  | 3,53   | 4,31 | 2,22   | Αρνητικές Τάξεις | 9         | 5,5           | 49,5          | -2,244 0,025   |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Θετικές Τάξεις   | 1         | 5,5           | 5,5           |                |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Ισόπαλες         | 0         |               |               |                |
| Shiatsu  | 10 | 8,49   | 2,7 | 7,94   | 3,41   | 3,28 | 2,2    | Αρνητικές Τάξεις | 10        | 5,5           | 5,5           | -2,803 0,005   |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Θετικές Τάξεις   | 0         | 0             | 0             |                |
|          |    |        |     |        |        |      |        | Ισόπαλες         | 0         |               |               |                |

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΠΟΝΟΥ

| Ομάδες   | N  | Αρχική |      |        |                                     | Τελική |      |        |                                     |
|----------|----|--------|------|--------|-------------------------------------|--------|------|--------|-------------------------------------|
|          |    | Mean   | SD   | Median | Mann-Whitney test z Sig. (2-tailed) | Mean   | SD   | Median | Mann-Whitney test z Sig. (2-tailed) |
| McKenzie | 10 | 11,64  | 4,89 | 12,52  | -1,663 0,096                        | 3,53   | 4,31 | 2,22   | -0,151 0,880                        |
| Shiatsu  | 10 | 8,49   | 2,72 | 7,94   |                                     | 3,41   | 3,28 | 2,20   |                                     |

McKenzie 0,025, (p < 0,05) όσο και στην ομάδα Shiatsu 0,005, (p < 0,05). (Πίνακας 5).

γ) Στη μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία Mann-Whitney για ανεξάρτητα δείγματα που έγιναν για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στην αρχική μέτρηση είναι 0,096, (p < 0,05) και στην τελική 0,880, (p < 0,05). Αυτό σημαίνει ότι οι δύο μέθοδοι (McKenzie και Shiatsu) δεν διαφέρουν σημαντικά .

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την όλη διαδικασία αξιολόγησης, εφαρμογής του προγράμματος παρέμβασης, επεξεργασίας των δεδομένων, ανάλυσης, σύγκρισης των αποτελεσμάτων, προκύπτουν ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις:

1. Όποια από τις δυο θεραπευτικές μεθόδους και αν υιοθετήσουμε για την αντιμετώπιση του πόνου και της δυσκαμψίας, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε ταύτιση με μελέτες στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και αναφορές που έχουν γίνει για την αποτελεσματικότητα και των δυο μεθόδων.

2. Στις μετρήσεις όμως του πόνου και της δυσκαμψίας που έγιναν τα αποτελέσματα δεν δείχνουν να υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά, ανάμεσα στις δυο μεθόδους. Αυτό όμως σε μια πρώτη ματιά. Γιατί αν πάμε στην

περιγραφική στατιστική ανάλυση θα παρατηρήσουμε ότι, ενώ οι ασθενείς της πρώτης ομάδας που ακολούθησε την μέθοδο McKenzie, παρότι αρχικά δήλωσαν υψηλότερες τιμές στον πόνο και την δυσκαμψία, τελικά παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση στους μέσους όρους καθώς και στη διάμεση τιμή. Πράγμα που σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτής της ομάδας είχαν καλύτερα αποτελέσματα.

Το γεγονός ότι αν και δεν παρατηρούμε σημαντική στατιστική διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα των δυο μεθόδων, ενώ στην περιγραφική στατιστική ανάλυση βλέπουμε να υπερτερεί η μέθοδος McKenzie έναντι της σημειακής μάλαξης Shiatsu, πιθανόν να οφείλεται:

Στο μέγεθος και στα χαρακτηριστικά του δείγματος, μικρό δείγμα σε σχέση με παρόμοιες έρευνες.

Η διάρκεια παρέμβασης σχετικά μικρή ως προς την ένταση της συμπτωματολογίας.

Δεν μελετήθηκε η διάρκεια της αποτελεσματικότητας των δυο μεθόδων, αφού δεν υπήρξε επαφή ξανά μετά το πέρας των 10 συνεδριών. Αυτό θα μπορούσε να είναι ένα ερέθισμα για μια νέα μελέτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Αν λάβουμε υπ' όψιν όλους τους περιορισμούς αυτής της έρευνας, τα πιο σημαντικά συμπεράσματα είναι:

Αναδεικνύεται η σπουδαιότητα αυτών των θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της ΟΜΣΣ στους αθλητές, όπως και στο γενικό πληθυσμό.



Το πρόγραμμα παρέμβασης εφαρμόστηκε σε φυσιοθεραπευτήριο, ωστόσο θα μπορούσε να εφαρμοσθεί και σε αθλητικούς χώρους το ίδιο αποτελεσματικά. Για την εφαρμογή αυτών των μεθόδων το κόστος είναι ελάχιστο χωρίς να απαιτείται ιδιαίτερος εξοπλισμός.

Το γεγονός ότι στη περιγραφική ανάλυση εμφανίζεται η μέθοδος McKenzie να υπερτερεί έναντι άλλης μεθόδου, θα πρέπει να μη μείνει απαρατήρητο αλλά να διερευνηθεί με πιο σύνθετες μεθόδους.

Για μια ασφαλέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων, θα πρέπει να γίνει έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, με συμμετοχή αθλητριών και αθλητών από περισσότερα αθλήματα και ειδικά από τις κατηγορίες με μεγαλύτερες επιβαρύνσεις. Επίσης αντικείμενο μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να είναι μια μετα-αναλυτική μελέτη για τον προσδιορισμό της χρονικής διάρκειας των αποτελεσμάτων της θεραπείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aina A, Negrini S, Roberte C. (1999). Symptomatic and mechanical modifications after lumbar repeated movements. Proceedings ISSLS Conference, Kone, USA.
2. Battie MC, Cherkin DC, Dunn R. (1994). Managing low back pain. Physical Therapy.
3. Bogduk N. (2004). Management of chronic low back pain. BMJ 180: 79 -83
4. Bono CM (2001) . Low Back Pain in Athletes. The journal of Bone and joint Surgery, (American) 86: 382 -396
5. Brady L, Henry K, Luth J and Casper Bruett (2001). Journal of Holistic Nursing: The Effects of shiatsu on Lower Back Pain. 19 ; 57. American Holistic Nurses Association.
6. Busanish B, Verscheure S. (2005). Does McKenzie Therapy improve Outcomes for Back Pain University of Oregon.
7. Chen – Hsieh L, Kuo CH, Ling HL. Amy Ming Fang yen. Et al. (2006). Treatment of low back pain by acupuncture and physical therapy: randomised controlled trial. BMJ 332: 696 -700.
8. Clare A, Adams R, Maher G. (2004). A systematic review of efficacy of Mc- Kenzie therapy for spinal pain. Aust J Physiother 50: 209 -216.
9. Einsingbach M, Kluemper A, Biedermann L. (1991). Fisioterapia e Riabilitazione sportiva. Roma Marrapese.
10. Ferrario A, Monti GB, Jelmori GP (2005). Traumatologia dello Sport. Roma Edi – ermes.

11. Frost H. 2006. Acupressure for low back pain. Editorial BMJ 332: 680 -681.
12. Gilbert J, Taylor D, Hildebrand A. Evans (1985). Clinical trial of common treatments for low back pain in family practice. BMJ 291: 791 -794.
13. Kujala UM, Kinnunen J, Helenius P, Orava S, Tavitsainen M, Karaharju E. (1999). Eur Spine 8: 480 – 484.
14. Mancini A. Morlacchi C (1995). Clinica Ortopedica. Roma Ed Piccin.
15. McKenzie R. (1985). Θεραπεύστε τη μέση σας. Θεσσαλονίκη University studio press
16. McKenzie RA. (1989). A perspective on manipulative therapy. Physiotherapy 75: 440 -444.
17. McKenzie RA. (1991). A physical therapy perspective on acute spinal disorders. Ed Mayer TG 211-220.
18. McKenzie Ra (1994). Mechanical diagnosis and therapy for disorders of the lower back. In therapy of the low back. 2nd Ed Twomey and Taylor. Churchill Livingstone. Edinburgh.
19. Stanovic R, Johell O. (1995). Conservative treatment of acute low back pain. Spine 20: 469 -472.
20. Suzu Kamo Y, Fukuhara S, et al (2003). Validation of the japanese version of the Roland - Morris disability questionnaire. J Orthop Sci 8: 543 – 548. (PubMed).
21. Vettori E. (1997). Shiatsu Therapy. Roma Ed Marapepe.
22. Weineck J. (2002). Ανατομική της άθλησης. Θεσσαλονίκη Salto. Werneke M, 21. Hart D et al (2001). Spine 26: 758 -765.
23. Zatsiorsky V. (2002) Biomechanics in Sport. Ed Blackwell Science.
24. Αμπατζίδης Γ. (2000). Αθλητικές κακώσεις. Θεσσαλονίκη, University studio press.
25. Γκαρδέλης Χ. (2003). Εφαρμοσμένη Στατιστική. Αθήνα Εκδ. Παπαζήση.
26. Δελιγιάννης Α. (1992). Ιατρική της Άθλησης. Θεσσαλονίκη. University studio press.
27. Κίτσιος Α. (2005). Αθλητική φυσιοθεραπεία. Θεσσαλονίκη.
28. Παρασκευάς Γ. (2008). Ανατομία του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη University studio press.
29. Σιδιρόπουλος Ν. (2002). Τραυματισμοί κατά την Άθληση. Αθήνα Mendor.
30. Στεργιόπουλος Α. (1999). Τραυματισμοί στα σπορ. Αθήνα Συμμετρία.
31. Συμεωνίδης Π. (1997). Ορθοπεδική. Θεσσαλονίκη University studio press.
32. Χατζηπαύλου Α. (2000). Οσφυαλγία. Αθήνα Αρχιπέλαγος.



## ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΚΔΟΣΗ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

## Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Επαναδημοσιεύουμε τις «Οδηγίες προς τους συγγραφείς» που το περιοδικό «Φυσικοθεραπεία» έχει εδώ και χρόνια επεξεργαστεί και υιοθετήσει, ακολουθώντας αντίστοιχα, οδηγίες περιοδικών εξωτερικού. Η επαναδημοσίευση κρίθηκε σκόπιμη, λόγω του μακρού κενού από προηγούμενη δημοσίευσή τους, ώστε να ενημερωθούν σχετικά όλοι όσοι ενδιαφέρονται να γίνει δεκτή προς δημοσίευση η εργασία τους. Εργασίες που δεν θα ανταποκρίνονται στις σχετικές οδηγίες θα αποστέλλονται προς διόρθωση και προσαρμογή σε αυτές.

**Ερευνητικές εργασίες:** πρόκειται για πρωτότυπες εργαστηριακές έρευνες ή κλινικές δοκιμές, με συγκεκριμένη μεθοδολογία, αποδεκτές στατιστικές μεθόδους ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων και πρωτοδημοσιευόμενα αποτελέσματα.

**Επιστημονικές ανασκοπήσεις:** πρόκειται για ολοκληρωμένες παρουσιάσεις - αναλύσεις θεμάτων που αφορούν σύγχρονες απόψεις σε ζητήματα θεωρίας ή πρακτικής.

**Ειδικές περιπτώσεις:** πρόκειται για παρουσίαση μεμονωμένων περιστατικών με ξεχωριστό ενδιαφέρον όσον αφορά την πάθηση, τη θεραπευτική μέθοδο και τα αποτελέσματά της.

**Μεταφράσεις ξενόγλωσσων άρθρων:** επιλεγμένα άρθρα από γνωστά περιοδικά φυσικοθεραπείας μπορούν να μεταφράζονται από συνεργάτες ή αναγνώστες του περιοδικού.

**Γράμματα προς τη σύνταξη:** ενυπόγραφες επιστολές αναγνωστών που μπορούν να περιέχουν παρατηρήσεις για τη δομή και το περιεχόμενο του περιοδικού, κρίσεις και δημοσιευμένα άρθρα, σκέψεις και σχόλια σε θέματα γενικότερου ενδιαφέροντος.

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Τα άρθρα που υποβάλλονται στη «Φυσικοθεραπεία» θα θεωρούνται για δημοσίευση με την προϋπόθεση ότι τόσο το κείμενο, όσο και τα αποτελέσματα της εργασίας, δεν έχουν δημοσιευθεί ή δεν έχουν υποβληθεί για δημοσίευση σε άλλο περιοδικό. Τα άρθρα συνοδεύονται από επιστολή των συγγραφέων, με τη διεύθυνση του υπεύθυνου για την αλληλογραφία, συγγραφέα. Στην επιστολή θα πρέπει να αναφέρεται εάν η εργασία έχει υποβληθεί για δημοσίευση σε άλλο περιοδικό ή εάν έχει κατά οποιονδήποτε τρόπο δημοσιευθεί, μερικά ή ολικά. Κείμενα που έχουν δημοσιευθεί στη «Φυσικοθεραπεία» αναδημοσιεύονται ή ανατυπώνονται μόνο μετά από την έγκριση της σύνταξης του περιοδικού.

Τα προς δημοσίευση άρθρα θα πρέπει να στέλλονται σε τρία (3) πλήρη αντίγραφα (δηλ. συνοδευτική επιστολή, κείμενο, πίνακες, εικόνες, σχήματα, βιβλιογραφία) στη διεύθυνση:

Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών  
Γραμματεία Σύνταξης Περιοδικού  
Τκυλφόρδου 12, Αθήνα 104 34

Τα άρθρα πρέπει να είναι δακτυλογραφημένα σε λευκό χαρτί μεγέθους Α4 με διπλό διάστημα και περιθώρια 3cm τουλάχιστον σε όλες τις πλευρές της σελίδας. Η αρίθμηση των σελίδων γίνεται στην επάνω δεξιά γωνία με πρώτη τη σελίδα του τίτλου. Ακολουθούν, πάντα σε καινούργια σελίδα, η περίληψη, το κείμενο, οι ευχαριστίες, οι βιβλιογραφικές αναφορές και οι πίνακες, οι εικόνες, τα σχήματα με την αρίθμηση και τις λεζάντες τους. Η γλωσσική και συντακτική επεξεργασία των κειμένων πρέπει να γίνεται με προσοχή.

Συνιστάται η χρήση της παθητικής φωνής σε τρίτο πρόσωπο και αόριστο χρόνο. Τα άρθρα δημοσιεύονται στη δημοτική γλώσσα με μονοτονικό σύστημα.

Οι ερευνητικές εργασίες και οι ανασκοπήσεις δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 20 δακτυλογραφημένες σελίδες, η παρουσίαση ειδικών περιπτώσεων τις 10 και τα γράμματα προς τη σύνταξη τις δύο σελίδες. Πιο συγκεκριμένα, η δομή των άρθρων θα πρέπει να ακολουθεί τους παρακάτω γενικούς κανόνες:

\*Όσοι συγγραφείς δέχονται να δημοσιεύονται τα άρθρα και στην ιστοσελίδα του Συλλόγου θα πρέπει απαραίτητα να αποστέλλουν υπεύθυνη δήλωση αποδοχής.

## Σελίδα τίτλου

Είναι η πρώτη σελίδα του άρθρου και περιλαμβάνει: α) τον τίτλο του άρθρου, ο οποίος πρέπει να είναι ακριβής, περιεκτικός και σύντομος, β) το ονοματεπώνυμο του συγγραφέα με συνοπτικά βιογραφικά στοιχεία (επαγγελματικοί - επιστημονικοί τίτλοι, ειδικότητα, χώρος εργασίας κ.λπ.), γ) το ίδρυμα από όπου προέρχεται το άρθρο και δ) την πλήρη διεύθυνση του υπεύθυνου για την αλληλογραφία συγγραφέα.

## Περίληψη

Σύντομο κείμενο μέχρι 200 λέξεις, το οποίο αναφέρει συνοπτικά το σκοπό, τη μέθοδο και τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας, ή το σκοπό, τα κυριότερα σημεία και τα συμπεράσματα της επιστημονικής ανασκόπησης. Σε ξεχωριστή σειρά παρατίθενται οι απαραίτητες για τη σωστή ταξινόμηση του άρθρου σε ομοειδείς κατηγορίες θεμάτων, λέξεις-κλειδιά. Οι λέξεις-κλειδιά θα πρέπει να αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους που περιλαμβάνονται στο INDEX MEDICUS ή στους όρους που χρησιμοποιούνται στο INDEX του PHYSICAL THERAPY (περιοδικού του American Physical Therapy Association).

## Κείμενο

Οι ερευνητικές εργασίες αποτελούνται από τις επιμέρους ενότητες: εισαγωγή, υλικό και μέθοδος, αποτελέσματα, συζήτηση και συμπεράσματα.

Στην εισαγωγή γίνεται η πρώτη παρουσίαση του θέματος, ακολουθεί μία σύντομη ανασκόπηση σε σχετικές μελέτες και

αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας. Στη μέθοδο αναφέρονται με τη σειρά ο αριθμός, ο τρόπος και τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που συμμετείχαν, ο εξοπλισμός και τα υλικά (θα πρέπει να παρέχονται σαφείς πληροφορίες για τον τύπο, την κατασκευή και την εταιρεία που αντιπροσωπεύει όλες τις συσκευές που χρησιμοποιήθηκαν), το ερευνητικό πρωτόκολλο, οι διαδικασίες διεξαγωγής της έρευνας, καθώς επίσης και οι στατιστικές μέθοδοι επεξεργασίας και ανάλυσης των αποτελεσμάτων. Η παράθεση των πληροφοριών πρέπει να είναι λεπτομερής και προσεκτικά διατυπωμένη, ώστε η εργασία να μπορεί να αναπαραχθεί από άλλους ερευνητές για επαλήθευση των αποτελεσμάτων της. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εργασίας με τη βοήθεια πινάκων, σχημάτων και γραφικών παραστάσεων.

Η συζήτηση περιλαμβάνει συγκριτική αναφορά στα αποτελέσματα άλλων σχετικών εργασιών, δίνει έμφαση στα καινούργια και σημαντικά στοιχεία που αναδεικνύονται, συνδέει τα αποτελέσματα με τους στόχους μελέτης και αναφέρει τις νέες κατευθύνσεις και τα σημεία εκείνα που χρειάζονται περισσότερη διεκρίνιση.

Στην τελευταία ενότητα διατυπώνονται τα κύρια συμπεράσματα της εργασίας.

Οι επιστημονικές ανασκοπήσεις περιλαμβάνουν την περίληψη, την εισαγωγή, ακολουθεί το κύριο μέρος όπου γίνεται εκτενής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αναλύονται οι απόψεις των συγγραφέων, ενώ στο τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα.

#### Ευχαριστίες

Αποτελούν την τελευταία παράγραφο του άρθρου πριν τις αναφορές. Στο σημείο αυτό γίνεται μνεία των ατόμων που συμμετείχαν ή βοήθησαν στη διεξαγωγή της έρευνας. Επίσης, γίνεται αναφορά στους οργανισμούς και τους φορείς που υποστήριζαν οικονομικά ή με κάθε άλλο τρόπο την ολοκλήρωση της εργασίας.

#### Αναφορές στη βιβλιογραφία

Οι συγγραφείς μπορούν να παραπέμπουν τον αναγνώστη σε βιβλία και άρθρα από την ελληνική και την ξένη βιβλιογραφία. Οι αναφορές παρατίθενται αριθμητικά, αναλογικά με τη σειρά που εμφανίζονται, μέσα στο κείμενο και στο τέλος κάθε πρότασης ή παραγράφου που αναφέρεται σε απόψεις ή δημοσιεύματα άλλων συγγραφέων. Στο τέλος του άρθρου, με την ίδια πάντα σειρά, επεξηγούνται όλες οι παραπομπές με τον ακόλουθο τρόπο:

1. Αναφορά στο περιοδικό: Ονοματεπώνυμο συγγραφέα -ων, τίτλος άρθρου, ονόματα περιοδικού, τόμος και αριθμός τεύχους (απαραίτητος εάν η αρίθμηση των σελίδων γίνεται από την αρχή σε κάθε τεύχος), πρώτος και τελευταίος αριθμός σελίδας του αναφερομένου κειμένου, χρόνος δημοσίευσης, π.χ.:

Balogun JA, Okonofua FE. Management of Chronic Pelvic Inflammatory Disease with Shortwave Diathermy. Physical Therapy 1988; 68: 1.541-1.545.

2. Αναφορά σε βιβλίο: Ονοματεπώνυμο συγγραφέα -ων,

τίτλος του βιβλίου, τόπος έκδοσης, επωνυμία εκδοτικού οίκου, χρόνος έκδοσης, σελίδες, π.χ.: Currier D P. Elements of Research of Research in Physical Therapy. Baltimore: Williams and Wilkins & Co 1979; 287-315.

#### Πίνακες

Η αρίθμηση των πινάκων γίνεται με αραβικούς αριθμούς, ανάλογα με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο. Κάθε πίνακας, εκτός από τον αριθμό του, φέρει και σύντομο αλλά περιεκτικό τίτλο, που μαζί με το κείμενο, δακτυλογραφείται σε διπλό διάστημα. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους πίνακες θα πρέπει να συνοδεύονται από τιμές μέσου όρου και μονάδες σταθερής απόκλισης. Όλες οι τοπικές διευκρινήσεις δίνονται στο τέλος του πίνακα με μικρά στοιχεία. Η τακτοποίηση των δεδομένων σε στήλες θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε οι πληροφορίες να είναι ευανάγνωστες και κατανοητές. Συνιστάται η χρήση οριζόντιων μόνο γραμμών για τη διάκριση των στοιχείων. Στα περιθώρια του κειμένου θα πρέπει να τυπωθεί ο πίνακας, και αυτό ισχύει τόσο για τις εικόνες, όσο και για τα σχήματα.

#### Εικόνες - Σχήματα

Θα πρέπει να είναι προσεκτικά σχεδιασμένα, με σινική μελάνη, έτοιμα για εκτύπωση. Γι' αυτό το λόγο στέλνονται στο περιοδικό τα πρωτότυπα σε ξεχωριστούς φακέλους, τοποθετημένα ανάμεσα σε σκληρά χαρτόνια. Ο αριθμός (αραβικός) που συνοδεύει την εικόνα ή το σχήμα, καθώς και η συνοδευτική λεζάντα, δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα. Οι διαστάσεις των σχημάτων θα πρέπει να ταιριάζουν στο μέγεθος και τη μορφή του περιοδικού, με μέγιστο πλάτος, το πλάτος κάθε στήλης (8cm). Στην περίπτωση που χρησιμοποιούνται φωτογραφίες ασθενών ή άλλων ατόμων, απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεσή τους.

#### ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΑ ΑΝΑΓΝΩΣΜΑΤΑ

1. American College of Sports Medicine, "Information for Authors", Medicine and Science in Sports and Exercise 1996; 18(1):i-iv.
2. American College of Sports Medicine, "Policy Statement Regarding the Use of Human Subjects and Informed Consent", Medicine and Science in Sports and Exercise 1986; 18(1):v.
3. American Physical Therapy Association, "Criteria for Acceptable Manuscripts", Physical Therapy October 1985; 65:1.552-1.554.
4. American Physical Therapy Association, "Instructions to Authors", Physical Therapy 1988; 68:1.636-1.637.
5. Currier DP. "Elements of Research in Physical Therapy", Baltimore: William an Wilkins, 1979.
6. Daniel WW. "Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences", New York: John Wiley and Sons, 1983.
7. Ζήσης ΝΠ, Απάκη ΚΕ. «Ελληνικό πρότυπο γραφής και σύνταξης βιοϊατρικών κειμένων σύστημα Vancouver», Αθήνα: Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών, 1989.

# Φυσικοθεραπευτικά Νέα

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΚΔΣ  
ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

## ΘΕΣΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

### Συνάντηση της ΔΕ του ΠΣΦ (ΝΠΔΔ) με την υφυπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Φώφη Γεννηματά και με τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας του ΥΥΚΑ κ. Αντώνη Δημόπουλου

Στο Γραφείο της Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συναντήθηκαν με την Υφυπουργό, κα Φώφη Γεννηματά και τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, κ. Αντώνη Δημόπουλο, ο Πρόεδρος της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., Παναγιώτης Μπουζικάκος, ο Α' Αντιπρόεδρος, Γεώργιος Μπάκας, ο Γεν. Γραμματέας, Στασινός Πικραμένος, ο Γεν. Ταμίας, Ιωάννης Μαρμαράς και το μέλος της Δ.Ε., Βαγγέλης Τριγώνης. Στη συνάντηση έλαβε μέρος και η Διευθύντρια Επαγγελματιών Υγείας του ΥΥΚΑ, κ. Ε. Προσινική.

Το θέμα που εξετάστηκε λεπτομερώς ήταν η συντόμωση της δημοσίευσης σε ΦΕΚ των νομοθετημάτων που απαιτούνται για να ολοκληρωθεί ο νόμος 3599/2007 και να σχηματισθούν τα περιφερειακά τμήματα για να λειτουργήσει κανονικά ο Π.Σ.Φ.(ΝΠΔΔ). Τα σχέδια του Π.Δ. και των δύο(2) υπουργικών αποφάσεων έχουν ολοκληρωθεί και έχουν υπογραφεί από την κ. Υφυπουργό. Δυστυχώς όμως η διαδικασία για την ολοκλήρωση του Π.Δ. προκειμένου να δημοσιευθεί σε ΦΕΚ είναι χρονοβόρα και

αν η Υπουργός που υπέγραψε το σχέδιο Π.Δ. αποχωρήσει από την θέση της, το σχέδιο Προεδρικού Διατάγματος επιστρέφει πίσω για να ξαναυπογραφεί από τον νέο Υπουργό ακολουθώντας πάλι την ίδια διαδικασία.

Έγινε πρόταση από τον Πρόεδρο της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. προς την Υφυπουργό και τον Γενικό Γραμματέα, το κείμενο του Π.Δ. να ακολουθήσει την διαδικασία τροπολογίας σε νόμο. Ο Γενικός Γραμματέας άκουσε με ενδιαφέρον την πρόταση και μας είπε ότι θα το συζητήσει με την Νομική Υπηρεσία του ΥΥΚΑ και αν γίνεται θα το περάσει στο πρώτο νομοσχέδιο που θα καταθέσει στην Βουλή το ΥΥΚΑ. Και αυτό θα γίνει στις δύο ή τρεις προσεχείς εβδομάδες. Με το σχέδιο Π.Δ. που μας έδωσαν δεν έχουμε καμία διαφορά.

Ευχόμαστε και ελπίζουμε το σχέδιο Π.Δ. να μετατραπεί σε τροπολογία νόμου και να τελειώνουμε το συντομότερο. Είναι ένα θέμα με το οποίο μας βασανίζει και μας καθυστερεί το ΥΥΚΑ επί τρία (3) χρόνια.

## Τροπολογία για την Ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. όταν πληροφορήθηκε ότι στις προθέσεις του Υ.Υ.Κ.Α., με την επικείμενη τροπολογία για την ιδιωτική Πρωτοβάθμια

Φροντίδα Υγείας, ήταν η παραμονή του ιδιωτικού εργαστηρίου φυσικοθεραπείας εκτός των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ., αντέδρασε

άμεσα στέλνοντας την παρακάτω επιστολή στην Υφυπουργό Υγείας, κα. Φώφη Γεννηματά :



Επικείμενο Π.Δ. για την ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

κα. Υφυπουργέ,  
Γνωρίζουμε ότι στο Υπουργείο Υγείας ασχολείστε με την ολοκλήρωση του σχεδίου Π.Δ. για την ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.  
Σας παρακαλούμε να μας επιτρέψετε να σας υπενθυμίσουμε ότι :

1. Με την παρ. 1, του άρθρου 33, του Ν. 3329/2005, το ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας (4000 περίπου σε όλη τη χώρα) εντάσσεται στην ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

2. Με την παρ. 2, του άρθρου 33, του Ν. 3329/2005, τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις τις εκτελούν μόνο πτυχιούχοι φυσικοθεραπευτές.

3. Με το Β.Δ. 411/1972, καθορίζονται οι πρώτες φυσικοθεραπευτικές πράξεις.

4. Με το Π.Δ. 29/1987, καθορίζονται οι όροι ίδρυσης και λειτουργίας του εργαστηρίου φυσικοθεραπείας, στο οποίο οι φυσικοθεραπευτές θα εκτελούν τις φυσικοθεραπευτικές πράξεις που καθορίζονται από το Β.Δ. 411/1972 και όσες άλλες φυσικοθεραπευτικές πράξεις τυχόν εις το μέλλον δια νόμου θα ορίζονται (π.χ. laser, Tens, Biofeedback) (το υπογράφει ο αείμνηστος Γ. Γεννηματάς ως Υπουργός Υγείας).

5. Με το Π.Δ. 90/1995, καθορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των φυσικοθεραπευτών (το υπογράφει ο κ. Γ. Παπανδρέου ως Υπουργός Παιδείας).

6. Με το Ν. 3559/2007, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών αναβαθμίζεται σε Ν.Π.Δ.Δ. και τίθεται υπό άμεση εποπτεία του υπουργού υγείας. (Σας υπενθυμίζουμε ότι επί 3 χρόνια περιμένουμε την έκδοση του Π.Δ. που καθορίζονται από το Ν. 3559/2007, προκειμένου να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες για την πλήρη εφαρμογή του ανωτέρου νόμου, να δημιουργηθούν τα Περιφερειακά Τμήματα και να λειτουργήσει ομαλά ο Π.Σ.Φ.-Ν.Π.Δ.Δ.).

κα. Υφυπουργέ,  
Σας κοινοποιούμε και τον πλήρη φάκελο που έχουμε αποστείλει, μετά από προσωπική μας συνεννόηση, στην Προϊσταμένη του Τμήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κας. Ρουφαγάλα.

Παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες, προκειμένου τα 4000 ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, να συνεχίσουν να παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, κυρίως στους κατοίκους των συνοικιών και της επαρχίας.

Επίσης για το ίδιο θέμα ο Σύλλογος, έστειλε έγγραφο στην αρμόδια της Βουλής: αφού μελέτησε το Σχέδιο Νόμου, Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων

Προσθήκη σε Σχέδιο Νόμου.

Κύριοι,  
Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. (Ν.Π.Δ.Δ.) μελετώντας το Σχέδιο Νόμου «Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις», κρίνει ότι κινείται στην σωστή κατεύθυνση και καταθέτει τις εξής παρατηρήσεις :

Στο άρθρο 3 του Σχεδίου, το σημείο 1 και το σημείο 2, να τροποποιηθούν:

1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους εξής φορείς:

α), β), γ) και δ) ως έχει και να προστεθεί,

ε) ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας.

2. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χορηγείται σε α) φυσικά πρόσωπα ιατρούς, οδοντιάτρους, φυσικοθεραπευτές».

Με βάση τις παραπάνω τροποποιήσεις, παρακαλούμε όπως γίνουν τυχόν διορθώσεις που θα προκύψουν και στο υπόλοιπο Σχέδιο Νόμου.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το ενδιαφέρον σας και παρακαλούμε για την παρουσία μας στην Επιτροπή, ώστε να σας εκθέσουμε από κοντά τις απόψεις μας.

Μετα την μελέτη από την Δ.Ε. του Συλλόγου της επικείμενης τροπολογίας εστάλλει στην Υπουργό Υγείας, κα. Μαρία-Ελίζα Ξενογιαννακοπούλου, με κοινοποίηση στους αρμόδιους, Π.Φ.Υ., κα. Κατσικάρου, η ακόλουθη πρόταση :

Υφυπουργό, κα. Φ. Γεννηματά, Γ.Γραμματείς, κ.κ. Ν. Πολύζο και Δημόπουλο και στην Διευθύντρια

Τροπολογία για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

κα. Υπουργέ,  
όπως γνωρίζεται με την παρ. 1, του άρθρου 33, του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ Α' 81), προστέθηκε πέμπτη (5) περίπτωση στην παρ. 1 του άρθρου 13, του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123), στην οποία απαριθμούνται οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με την τελευταία αυτή διάταξη, **μεταξύ των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιλαμβάνονται πλέον και τα ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας**, η λειτουργία των οποίων μέχρι σήμερα διέπεται από το Π.Δ. 29/1987 (ΦΕΚ Α' 8).

Σε επικείμενη τροπολογία που έχει καταθέσει το Υπουργείο Υγείας και θα ψηφιστεί εντός της εβδομάδας στην Βουλή, γίνονται κάποιες αλλαγές ως αναφορά την ιατρική και οδοντιατρική Π.Φ.Υ. Στις αλλαγές αυτές ο Σύλλογός μας δεν θέλει να εμπλακεί.

**Όμως, με την αντικατάσταση της παρ. 1, του άρθρου 13, του Ν. 2071/1992, έμμεσα παύει να ισχύει, αν δεν ξεκαθαριστεί στην τροπολογία, ότι το εργαστήριο φυσικοθεραπείας ανήκει στην Π.Φ.Υ.**

Παρακαλούμε το άρθρο 13 να οριστεί ως εξής :

**Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.**

1. Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία

2. Ιδιωτικά πολυϊατρεία και πολυοδοντιατρεία

3. Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια

4. Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης

5. Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας

1. Η ιατρική και οδοντιατρική Π.Φ.Υ. του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους εξής φορείς:

Και ακολούθως, όπως αναφέρεται στην επικείμενη τροπολογία.

Επίσης, στην παρ. 6, του άρθρου 13 της τροπολογίας να συμπληρωθεί το εξής:

«...όπως φυσικοθεραπευτές (ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, παρ. 1, άρθρο 33, Ν. 3329)».

κα. Υπουργέ,  
Παρακαλούμε για τις προτεινόμενες αλλαγές και διευκρινήσεις.

**Αν η τροπολογία αυτή ψηφιστεί ως έχει, θίγει κατάφορα τα επαγγελματικά μας δικαιώματα και θα οδηγήσει 4000 εργαστήρια φυσικοθεραπείας σε όλη τη χώρα σε εξαφάνιση.**

Επανάληψη του εργαστηρίου φυσικοθεραπείας στους ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Ν. 3846/2010, Άρθρο 28

Ψηφίστηκε από την Ολομέλεια της Βουλής, η τροπολογία για την ιδιωτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Ν. 3846/2010, άρθρο 28, ΦΕΚ 66Α – 15/5/2010) με την οποία επανεντάσσει, ως φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., το ιδιωτικό Εργαστήριο Φυσικοθεραπείας.

Όταν η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. πληροφορήθηκε τι συμβαίνει, αντέδρασε ταχύτατα με την κοινοποίηση του θέματος στους συναδέλφους, στα Κόμματα και τους Βουλευτές (υπάρχει σχετικό άρθρο), με αποτέλεσμα την παρέμβαση των βουλευτών φίλων των φυσικοθεραπευτών απ' όλα τα Κόμματα και την αποστολή χιλιάδων e-mail στην ιστοσελίδα της υπουργού Υγείας από συναδέλφους, οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στο SMS που τους στάλθηκε από τον Σύλλογο, με την αναφορά ότι «το ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας ανήκει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Όλες οι παραπάνω ενέργειες είχαν σαν αποτέλεσμα την ανταπόκριση της Υπουργού Υγείας, η οποία ζήτησε από παράγοντες του Υπουργείου να ικανοποιήσουν το αίτημα των φυσικοθεραπευτών.

Σε μια τετράωρη συνάντηση που είχαν ο Πρόεδρος του Π.Σ.Φ., Παναγιώτης Μπουζικάκος, ο Γενικός Γραμματέας του Π.Σ.Φ., Στασινός Πικραμένος, η Προϊσταμένη της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κα Στ. Κατσικάρου και ο Προϊστάμενος της Νομικής Υπηρεσίας του Υ.Υ.Κ.Α., μέχρι την ώρα που η πολυσέλιδη τροπολογία έφυγε για την Βουλή βρέθηκε η λύση που ικανοποιούσε τους φυσικοθεραπευτές αλλά και δεν θα άλλαζε, τελευταία στιγμή το νόημα της τροπολογίας. Η ικανοποίηση για τον κλάδο είναι έκδηλη.

Έχουμε έναν νόμο που αναφέρει ότι το ιδιωτικό εργαστήριο φυσικοθεραπείας είναι φορέας Π.Φ.Υ. και ότι το

εργαστήριο μας παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Διέπεται δε από τους δικούς του νόμους, δηλαδή το Π.Δ. 29/87.

Γλιτώσαμε την εμπλοκή μας στις βαριές ποινές και τα πρόστιμα που προβλέπουν τα άρθρα της τροπολογίας που ψηφίστηκε για την ιδιωτική ιατρική Π.Φ.Υ.

Κατά την διάρκεια της συζήτησης στη Βουλή για το θέμα της Π.Φ.Υ., υπήρξε θετική παρέμβαση για την έντα-

ξη του εργαστηρίου φυσικοθεραπείας στους ιδιωτικούς φορείς Π.Φ.Υ. από του παρακάτω βουλευτές:

ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ / ΠΑΣΟΚ

ΔΡΙΤΣΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ / ΣΥΡΙΖΑ

ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ / ΣΥΡΙΖΑ

ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ-ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΟΥΡΑΝΙΑ / ΛΑΟΣ

Ακολουθεί η σχετική τροπολογία :

## ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3846/2010

### Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις

#### Άρθρο 28

Η διάταξη του άρθρου 13 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 4 του ν. 2256/ 1994 (ΦΕΚ 196 Α') και συμπληρώθηκε με την παρ.1 του άρθρου 33 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α'), αντικαθίσταται ως ακολούθως:

#### «Άρθρο 13

Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.)

1. Η ιατρική και οδοντιατρική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους εξής φορείς:

- Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία.
- Ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία.
- Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια.
- Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.

2. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω φορέων παροχής ιατρικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χορηγείται σε:

- Φυσικά πρόσωπα ιατρούς ή οδοντιάτρους.
- Νομικά πρόσωπα οποιασδήποτε μορφής με την προϋπόθεση ότι αποκλειστικός σκοπός τους είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ..
- Αστικούς συνεταιρισμούς ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών εργαστηριακής διάγνωσης, βι-οπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογικής ανατομίας για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους.

Για τη χορήγηση της παραπάνω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας απαιτείται η υποβολή αιτήσεως του φυσικού προσώπου ή του νόμιμου εκπροσώπου της ιατρικής ή οδοντιατρικής εταιρείας ή του αστικού συνεταιρισμού, η οποία συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παράβολο ύψους διακοσίων (200) ευρώ, το ύψος του οποίου μπορεί να αναπροσαρμόζεται με κ.υ.α. του

Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργού Οικονομικών.

3. Τα νομικά πρόσωπα της προηγούμενης παραγράφου έχουν:

- Τη μορφή ανώνυμης εταιρείας, της οποίας η πλειοψηφία του μετοχικού κεφαλαίου (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους.
- Τη μορφή εταιρείας περιορισμένης ευθύνης, της οποίας η πλειοψηφία των εταιρικών μεριδίων της (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους.
- Τη μορφή προσωπικής εταιρείας του Εμπορικού Κώδικα, της οποίας η πλειοψηφία των εταίρων είναι ειδικευμένοι ιατροί ή οδοντίατροι, καθώς και η πλειοψηφία του εταιρικού κεφαλαίου (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους.
- Οποιαδήποτε ετέρα νομική μορφή, πλην των ως άνω, όπου η πλειοψηφία των μετεχόντων και του κεφαλαίου τους (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους.

4. Οι δικαιούχοι της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου δεν επιτρέπεται να κατέχουν πέραν της μίας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και δεν επιτρέπεται να συστήσουν παραρτήματα για την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ούτε να λειτουργούν σε μη συνεχόμενα κτίρια.

5. Όπου στο θεσμικό πλαίσιο για τους φορείς Π.Φ.Υ. της παραγράφου 1 προβλέπονται επιστημονικά υπεύθυνοι και επιστημονικοί διευθυντές των εν λόγω φορέων, οι έχοντες τις ως άνω ιδιότητες πρέπει να ανήκουν στον ιατρικό ή οδοντιατρικό σύλλογο της περιφέρειας που είναι εγκατεστημένος ο φορέας Π.Φ.Υ. και απαγορεύεται να οριστούν επιστημονικά υπεύθυνοι ή επιστημονικοί διευθυντές ή να παρέχουν υπηρεσίες οποιασδήποτε μορφής σε περισσότερους από δύο φορείς Π.Φ.Υ..

6. Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται και από άλλους φορείς, όπως τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, καθώς και από λοι-

πούς επιστήμονες και επαγγελματίες του χώρου της υγείας, όπως εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους κ.ά., για τη λειτουργία των οποίων εφαρμόζονται οι εκάστοτε ισχύουσες για κάθε κατηγορία διατάξεις.

7. Με προεδρικό διάταγμα μπορεί να ρυθμιστούν οι ειδικότερες προϋποθέσεις, όροι και προδιαγραφές αδειοδότησης και λειτουργίας των φορέων Π.Φ.Υ. του παρόντος άρθρου. Με το ίδιο ή άλλο προεδρικό διάταγμα μπορεί να ορισθούν κριτήρια και περιορισμοί, που άπτονται της προστασίας της δημόσιας υγείας και του δημοσίου συμφέροντος, καθώς και να ρυθμιστούν ζητήματα που σχετίζονται με τη νομική μορφή, τον τρόπο λειτουργίας, διοίκησης και διαχείρισης των φορέων Π.Φ.Υ. ακόμα και κατά τροποποίηση των υφιστάμενων διατάξεων εν γένει για

τα νομικά πρόσωπα του Εμπορικού και του Αστικού Δικαίου και να καθοριστούν μεταβατικές ρυθμίσεις για τους κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου υφιστάμενους φορείς Π.Φ.Υ., καθώς και ο χρόνος και τα ειδικότερα ζητήματα που αναφέρονται στην προσαρμογή τους στις νέες ρυθμίσεις.

8. Μέχρι την έκδοση του ανωτέρω προεδρικού διατάγματος για τους φορείς της παραγράφου 1 ισχύουν οι διατάξεις του π.δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α') κατά το μέρος που δεν έρχονται σε αντίθεση με τις διατάξεις του παρόντος.

9. Οι ήδη λειτουργούντες φορείς Π.Φ.Υ. της παραγράφου 1 οφείλουν να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος σε αποκλειστική προθεσμία δεκαοκτώ (18) μηνών από της δημοσίευσής του.»

## Ερωτήσεις βουλευτών στην υπουργό Υγείας για την έκδοση του Π.Δ. που προβλέπεται από το Ν. 3599/2007

Μετά από ενέργειες της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. προς βουλευτές διαφόρων κομμάτων, για το πρόβλημα της καθυστερημένης έκδοσης του Π.Δ. και των δύο Υπουργικών Αποφάσεων που προβλέπονται από τον Ν. 3599/2007 « Σύσταση Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών», υπήρξε αντίδραση με την κατάθεση ερωτήσεων από πέντε (5) βουλευτές προς την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κα. Μαρία-Ελίζα Ξενογιαννακοπούλου.

Οι βουλευτές που έκαναν ερωτήσεις είναι :

- Χρήστος Πρωτόπαπας  
Π.Α.ΣΟ.Κ., Βουλευτής Β' Αθηνών
  - Μανόλης Στρατάκης  
Π.Α.ΣΟ.Κ., Βουλευτής Ν. Ηρακλείου
  - Κώστας Μαρκόπουλος  
Ν.Δ., Βουλευτής Ν. Εύβοιας
  - Μάριος Σαλμάς  
Ν.Δ., Βουλευτής Ν. Αιτωλοακαρνανίας
  - Γεώργιος Ανατολάκης  
ΛΑ.Ο.Σ., Βουλευτής Β' Πειραιώς
- Οι ερωτήσεις που έγιναν είναι οι κάτωθι :



Χρήστος Πρωτόπαπας,  
Π.Α.ΣΟ.Κ.,  
Βουλευτής Β' Αθηνών

### ΕΡΩΤΗΣΗ

Προς: την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Θέμα: Λειτουργία Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών

Ο Ν. 3599/2007 που αφορά στη σύσταση του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (ΠΣΦ) και λειτουργία του ως Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου ορίζει, με το άρθρο 6 παρ. 1, ότι «ο Σύλλογος συγκροτείται από την Κεντρική Διοίκηση που εδρεύει στην Αθήνα και τα Περιφερειακά Τμήματα». Με προεδρικό διάταγμα ορίζονται οι προϋποθέσεις και ο τρόπος ίδρυσης των Περιφερειακών Τμημάτων καθώς και ζητήματα σχέσης και κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ αυτών και της Κεντρικής Διοίκησης (6§2). Ο



κανονισμός λειτουργίας των Περιφερειακών Τμημάτων ορίζεται με Υπουργική Απόφαση (6§3).

Η έκδοση αυτών των πράξεων, που θα επιτρέψει τη λειτουργία των Περιφερειακών Τμημάτων, καθυστερεί εδώ και τρία χρόνια. Αυτό καθιστά αδύνατη τη λειτουργία των περιφερειακών τμημάτων του ΠΣΦ και δυσκολεύει σημαντικά τους περίπου 7.000 φυσικοθεραπευτές ανά τη χώρα – στους οποίους προστί-

θενται εκατοντάδες κάθε χρόνο – στην άσκηση του επαγγέλματός τους επειδή ο ΠΣΦ υποχρεούται να τους εξυπηρετήσει μόνο από την Αθήνα.

Με βάση τα παραπάνω,

#### Ερωτάται η Υπουργός

Τι προτίθεται να πράξει ώστε να συντομευτούν οι διαδικασίες έκδοσης του Προεδρικού Διατάγματος και της Υπουργικής Απόφασης;



Μανόλης Στρατάκης,  
Π.Α.Σ.Ο.Κ.,  
Βουλευτής Ν.Ηρακλείου

#### ΑΝΑΦΟΡΑ

Προς: την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Θέμα: Αιτήματα του κλάδου των Φυσικοθεραπευτών

Προκειμένου να συμπληρωθεί ο νόμος 3599/2007 για να λειτουργήσει ομαλά ο Π.Σ.Φ. ως Ν.Π.Δ.Δ., πρέπει να εκδοθούν από το Υπ. Υγείας, ένα Προεδρικό Διάταγμα και δύο Υπουργικές Αποφάσεις. Όμως η έκδοση αυτών των διαταγμάτων καθυστερεί επί 3 χρόνια και αυτό καθιστά αδύνατη τη λειτουργία του Π.Σ.Φ. ως Ν.Π.Δ.Δ.

Μάλιστα, 7000 Έλληνες Φυσικοθεραπευτές και πολλές εκατοντάδες που προστίθενται κάθε χρόνο, απόφοιτοι των 4 τμημάτων φυσικοθεραπείας, των Ανωτάτων Τ.Ε.Ι., Αθήνας-Θεσσαλονίκης-Λαμίας-Πάτρας (Αιγίου) και των τμημάτων των ισότιμων πανεπιστημιακών ιδρυμάτων της αλλοδαπής, από την Θράκη ως την Κρήτη, ευρίσκονται σε δύσκολη θέση να ασκήσουν το επάγγελμά τους επειδή ο Π.Σ.Φ. υποχρεούται να τους εξυπηρετήσει μόνο από την Αθήνα και όχι από τα Περιφερειακά του Τμήματα.

Τέλος, ο Π.Σ.Φ. ζητάει τη συντόμευση των διαδικασιών έκδοσης των προαναφερόμενων διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων.



Κώστας Μαρκόπουλος,  
Ν.Δ., Βουλευτής Ν. Εύβοιας



Μάριος Σαλμάς,  
Ν.Δ., Βουλευτής Ν. Αιτωλοακαρνανίας

#### ΕΡΩΤΗΣΗ

Προς: την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Θέμα: «Ολοκλήρωση εξουσιοδοτικών διατάξεων του Ν. 3599/2007»

Με βάση τις διατάξεις του Ν. 3599/2007 και σε ότι αφορά την εύρυθμη λειτουργία του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Σ.Φ.) ως Ν.Π.Δ.Δ., προβλέπεται η έκδοση συγκεκριμένων εξουσιοδοτι-

κών διατάξεων που εκκρεμούν (ενός Προεδρικού Διατάγματος και δύο Υπουργικών Αποφάσεων). Η ολοκλήρωση αυτών αποτελεί αίτημα του κλάδου διότι σήμερα ο Π.Σ.Φ. δεν δύναται να εξυπηρετεί τους Φυσικοθεραπευτές από τα Περιφερειακά του Τμήματα, αλλά μόνο από την Αθήνα.

Σήμερα ο κλάδος αποτελείται από 7000 φυσικοθεραπευτές και ο αριθμός τους αυξάνεται κάθε έτος με τους νέους απόφοιτους των τεσσάρων Τμημάτων των Ανωτάτων Τεχνολογικών Ιδρυμάτων που λειτουργούν στην Ελλάδα, καθώς και με αυτούς που αποφοιτούν από τα ισότιμα πανεπιστήμια της αλλοδαπής.

Ενώ η διασπορά των επαγγελματιών αυτών, που παρέχουν μία ιδιαίτερα σημαντική υπηρεσία υγείας, είναι Πανελλαδική και επεκτείνεται σε όλη την περιφέρεια, ο φορέας που εκπροσωπεί τον κλάδο δεν μπορεί να εξυπηρετήσει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων που δραστηριοποιούνται εκτός Αθηνών, ενώ υπάρχει η θεσμική δυνατότητα για αυτό. Η επίσπευση της

έκδοσης των ως άνω αναφερόμενων εξουσιοδοτικών διατάξεων θα λύσει θέματα αποκέντρωσης και θα διευκολύνει πολλά ζητήματα λειτουργίας του κλάδου, κυρίως για τις εκτός Αθηνών περιοχές.

#### Ερωτάται η κ. Υπουργός

Προτίθεται η κυβέρνηση να ενεργοποιήσει τις διοικητικές πράξεις που θα επιτρέψουν τη λειτουργία του υφιστάμενου νομικού πλαισίου;

Σε ποια φαση βρίσκεται η διαδικασία έκδοσης κάθε μίας εκ των τριών προαναφερόμενων διοικητικών πράξεων;

Πότε εκτιμάται ότι θα έχουν υλοποιηθεί οι εξουσιοδοτικές διατάξεις ώστε να είναι δυνατή η ομαλή λειτουργία του Π.Σ.Φ. και να εξυπηρετούνται καλύτερα οι φυσικοθεραπευτές και οι πελάτες τους στην περιφέρεια;



Γεώργιος Ανατολάκης,  
ΛΑ.Ο.Σ.,  
Βουλευτής Β' Πειραιώς

#### ΕΡΩΤΗΣΗ

Προς: την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
Θέμα: «Εκκρεμότητα στην ομαλή άσκηση του επαγγέλματος των Φυσικοθεραπευτών»

Σε νομική εκκρεμότητα βρίσκονται πολλές χιλιάδες φυσικοθεραπευτές σε όλη την χώρα, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολία να ασκήσουν το επάγγελμα τους. Σύμφωνα με το νόμο 3599/2007, κάθε φυσικοθεραπευτής υποχρεούται να υποβάλλει αίτηση εγγραφής στο Περιφερειακό Τμήμα του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών, της περιοχής στην οποία ανήκουν. Δυστυχώς όμως ο Π.Σ.Φ. λειτουργεί και εξυπηρετεί μόνο την περιοχή της Αθήνας, διότι ο νόμος 3599/2007 πρέπει να συμπληρωθεί από ένα Προεδρικό Διάταγμα και δύο Υπουργικές Αποφάσεις. Ο ίδιος ο νόμος ορίζει

ότι οι Πράξεις αυτές θα πρέπει να εκδοθούν, για να ορισθούν οι προϋποθέσεις ιδρύσεως, οι αρμοδιότητες και ο Κανονισμός Λειτουργίας των Περιφερειακών Τμημάτων. Αποτέλεσμα αυτής της κανονιστικής εκκρεμότητας είναι ότι ο Π.Σ.Φ. δεν μπορεί να λειτουργήσει ομαλά ως Ν.Π.Δ.Δ. και οι φυσικοθεραπευτές δεν μπορούν να ενταχθούν νομίμως στα Περιφερειακά Τμήματα του, διότι αυτά δεν υπάρχουν! Το πρόβλημα εντείνεται δι-αρκώς, γιατί κάθε χρόνο αποφοιτούν εκατοντάδες νέοι φυσικοθεραπευτές από τα Α.Τ.Ε.Ι. της χώρας και ισότιμα πανεπιστημιακά ιδρύματα του εξωτερικού.

#### Συνεπώς ερωτάται η αρμόδιος Υπουργός:

1. Γιατί καθυστερεί επί μακρόν η έκδοση των απαραίτητων Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων που ορίζει ο νόμος 3599/2007, και εμποδίζεται με αυτό τον τρόπο η ομαλή άσκηση του επαγγέλματος των φυσικοθεραπευτών στην Περιφέρεια;
2. Πότε προτίθεστε να προβείτε στην κάλυψη του νομικού και κανονιστικού κενού που υπάρχει, έτσι ώστε να λειτουργήσει ομαλά ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών ως Ν.Π.Δ.Δ.;

Σε συνέχεια των παραπάνω ερωτήσεων η Υφυπουργός Υγείας, κα. Φώφη Γεννηματά, έστειλε απάντηση στους πέντε ερωτώντες βουλευτές με την οποία τους ενημερώνει ότι το Προεδρικό Διάταγμα και οι δύο Υπουργικές Αποφάσεις θα προωθηθούν άμεσα για υπογραφή.



#### ΘΕΜΑ : Απάντηση σε ερωτήσεις και αναφορά Βουλευτών

Απαντώντας στις με αρ. 8416/01-04-10, 8552/12-04-10, 8934/19-04-10 ερωτήσεις και την 2352/15-04-10 αναφορά, που κατατέθηκαν στη Βουλή των Ελλήνων από τους Βουλευτές κ.κ. Χ. Πρωτόπαπα, Γ. Ανατολάκη, Κ. Μαρκόπουλο, Μ. Σαλμά και Ε. Στρατάκη, σχετικά με τη λειτουργία του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και την άσκηση του επαγγέλματος, σας γνωρίζουμε τα

εξής :

Το Προεδρικό Διάταγμα που προβλέπεται από το αρ. 6, παρ. 3 του Ν. 3599/2007 (Φ.Ε.Κ. 176/Α/07) που την ίδρυση Περιφερειακών Τμημάτων του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών καθώς και οι Υπουργικές Αποφάσεις που προβλέπονται από τα αρ. 6, παρ. 4 και 16 του Νόμου για την εφαρμογή του Κανονισμού Λειτουργίας των Περιφερειακών Τμημάτων και του Κώδικα Δεοντολογίας Φυσικοθεραπευτών αποτελούν αντικείμενο τελικής επεξεργασίας από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου μας και θα προωθηθούν άμεσα για υπογραφή.

Συνάντηση της Δ.Ε. του Π.ΣΦ. με τα περιφερειακά τμήματα

Στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Αθηναίων «Μελίνα Μερκούρη», σ’ έναν πανέμορφο χώρο που μας δόθηκε δωρεάν από τον πάντα φίλο των φυσικοθεραπευτών, Δήμαρχο Αθηναίων κ. Νικήτα Κακλαμάνη, πραγματοποιήθηκε συνάντηση των μελών των Δ.Ε. των Π.Τ. με τα μέλη της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. (Ν.Π.Δ.Δ.).

Στην συνάντηση ήρθαν εκπρόσωποι από τα Περιφερειακά Τμήματα: ΑΤΤΙΚΗΣ, ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ - ΛΕΥΚΑΔΑΣ, ΑΧΑΪΑΣ - ΗΛΕΙΑΣ, ΗΠΕΙΡΟΥ, ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - ΛΑΣΙΘΙΟΥ-ΡΕΘΥΜΝΟΥ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΘΡΑΚΗΣ, ΚΑΒΑΛΑΣ - ΔΡΑΜΑΣ, ΚΕΡΚΥΡΑΣ, ΛΑΡΙΣΑΣ, ΛΕΣΒΟΥ, ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ, ΠΙΕΡΙΑΣ, ΣΕΡΡΩΝ, ΤΡΙΚΑΛΩΝ, ΦΘΙΩΤΙΔΟΣ και ΧΑΝΙΩΝ.

Εξετάσθηκαν λεπτομερώς τα παρακάτω θέματα που αφορούν τον κλάδο:

Θεσμικά

- Σύσταση του Π.Σ.Φ. σε Ν.Π.Δ.Δ.-Έκδοση Π.Δ. και Υ.Α.
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Π.Δ. για το εργαστήριο Φ.Ι.ΑΠ.
- Θέματα Ασφαλιστικών Ταμείων
- Ασφαλιστικό Νομοσχέδιο
- Εκπαιδευτικό Νομοσχέδιο
- Υπουργείο Οικονομικών-Εφορίες-κωδικοί επαγγέλματος

- Σχολές ΟΑΕΔ
- Εναλλακτικές θεραπείες-εργαστήρια ελευθέρων σπουδών-ρεφλεξολόγοι
- Περιοδικό
- Κύπρος-συνεργασία

Οργανωτικά

- Λειτουργία και οργανωτική διάρθρωση του Π.Σ.Φ

Οικονομικά

- Οικονομικός απολογισμός

Επιστημονικά

- Επιστημονικό Συνέδριο 2010
- ΕΕΧΟΤ-Συνέδριο
- WCPT-Παγκόσμιο Συνέδριο 2015

Άλλα γενικά ή τοπικά θέματα

Αντηλήγουν απόψεις, έγιναν προτάσεις, έγινε εποικοδομητική κριτική και βγήκαν συμπεράσματα, τα οποία και ασφαλώς θα ωφελήσουν τον κλάδο. Η συνάντηση κράτησε από το Σάββατο, 3.00 μ.μ. και τελείωσε την Κυριακή στις 2.00 μ.μ.

Δόθηκε υπόσχεση από όλους η επόμενη συνάντηση να γίνει το συντομότερο.

(Ν.Π.Δ.Δ.) μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών ανάδειξης των οργάνων διοίκησης του.

Ακολουθεί η σχετική εντολή :

Παράταση της θητείας της προσωρινής διοικούσας επιτροπής του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Ν.Π.Δ.Δ.)

Με την υπ.αριθ. ΔΥ18/61879 (18/6/2010) Απόφαση της Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κα. Μαρία-Ελίζα Ξενογιαννακοπούλου, παρατείνεται η θητεία της Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής του Π.Σ.Φ.

ΘΕΜΑ: Παράταση της θητείας της Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και ορισμός των μελών της.

ΑΠΟΦΑΣΗ  
Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη :

Τις διατάξεις του άρθρου 17 του ν. 3599/2007 (ΦΕΚ176 Α') «Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και άλλες διατάξεις».

Τις υπ' αριθμ. ΔΥ18/οικ. 141355/6-11-2007 και ΔΥ18/Γ.Π. 13161/8-4-2008 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με τη σύσταση Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής του Σωματίου «Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών».

τα υπ' αριθμ. 234/5-10-2009 και 240/13-

10-2009 έγγραφο του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Παρατείνουμε την χρονική διάρκεια της θητείας της Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών ανάδειξης των οργάνων διοίκησης του και ορίζουμε μέλη της τα κατωτέρω πρόσωπα :

- α. Παναγιώτης Μπουζικάκος, Πρόεδρος
- β. Γεώργιος Μπάκας, Α' Αντιπρόεδρος
- γ. Νικόλαος Γιοβρής, Β' Αντιπρόεδρος
- δ. Στασινός Πικραμένος, Γενικός Γραμματέας
- ε. Ιωάννης Μαρμαράς, Γενικός Ταμίας και Υπεύθυνος Εκδόσεων

στ. Κωνσταντίνος Καραγιάννης, Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων

- ζ. Μιχάλης Καζάς, Οργανωτικός Γραμματέας
- η. Τρύφωνας Παπαγέωργας
- θ. Ευάγγελος Τριγώνης
- ι. Στυλιανός Ρόσμπογλου
- ια.Γεώργιος Ρογδάκης.

Μετά την ανάδειξη του πρώτου Κεντρικού Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου, η Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή παύει να υφίσταται.

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΜΑΡΙΑ – ΕΛΙΖΑ ΞΕΝΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ  
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ

Καταβάλλεται προσπάθεια να συγκεντρωθεί το υλικό, για να δημιουργηθεί ένα ιστορικό αρχείο για τα περίπου 60 χρόνια ζωής, που έχει η φυσικοθεραπεία σαν επιστήμη και σαν επάγγελμα στην χώρα μας.

Εκπαίδευση (προπτυχιακή και μεταπτυχιακή), επιστημονικές εκδηλώσεις, περιοδικός τύπος, έντυπα, αφίσσες, νομολογία, συνδικαλισμός, νοσοκομειακά φυσικοθεραπευτήρια, φυσικοθεραπευτήρια προνοιακών ιδρυμάτων, διεθνείς σχέσεις, διεθνή και ευρωπαϊκά συνέδρια, ΚΑΠΗ Δήμων, αθλητική φυσικοθεραπεία κλπ.).

Αυτό το ιστορικό υλικό πρέπει να συγκεντρωθεί, και να προβληθεί με πολλούς τρόπους.

Παρακαλούνται οι συνάδελφοι σε όλη την Ελλάδα -συνταξιούχοι και εργαζόμενοι- που έχουν στην κατοχή τους φυσικοθεραπευτικό υλικό (έντυπα, φωτογραφίες κλπ.) των προαναφερόμενων κατηγοριών που κρίνουν ότι πρέπει να προβληθεί, να το αποστείλουν στην ταχυδρομική διεύθυνση:

Γκυίλφόρδου 12, 10434, Αθήνα ή στο e-mail: rpta@otenet.gr ή στο fax: 210-8213760.

Για πληροφορίες επικοινωνή-

στε στα τηλέφωνα: 210- 8213905, 210-8213334 (κ. Σ. Κωνσάντη), 6936608229 (κ. Π. Μπουζικάκος), 6977295033 (κ. Ι. Μαρμαράς).

Η πρόσκληση απευθύνεται ιδιαίτερα, στους εκπαιδευτικούς, στους υπεύθυνους των φυσικοθεραπευτικών φορέων-επιστημονικών και συνδικαλιστικών-, στους νοσοκομειακούς φυσικοθεραπευτές κυρίως της περιφέρειας, στους συνδικαλιστές των παλαιών περιφερειακών φυσικοθεραπευτικών συλλόγων και σε όσους μπορούν να συμβάλλουν με οποιοδήποτε τρόπο σ αυτή την προσπάθεια.

Διορισμος φυσικοθεραπευτων προεδρου και μελους Δ.Σ.

Ο συνάδελφος Όλυμπος Δημήτριος, διορίστηκε Διοικητής στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Ηγουμενίσσας. Επίσης ο συνάδελφος και Αντιπρόεδρος της Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής του Π.Σ.Φ., Γιοβρής Νικόλαος, διορίστηκε μέλος του Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ».

Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. και η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» τους συγχαίρουν για το διορισμό τους και τους εύχονται καλή επιτυχία στα νέα τους καθήκοντα. Ο διορισμός φυσικοθεραπευτών σε διοικητικές μετακλιτές θέσεις αποτελεί αναβάθμιση για τον κλάδο.



**Ορκομωσία απόφοιτων σπουδαστών φυσικοθεραπείας  
του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης**

Στο πλαίσιο της ορκομωσίας των αποφοίτων φυσικοθεραπευτών του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, η Διοικούσα Επιτροπή του Π.Σ.Φ. απέστειλε τον παραπάνω χαιρετισμό:

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Δ.Ε. του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Ν.Π.Δ.Δ.) με την ευκαιρία της αποφοίτησής σας, της σημερινής ορκομωσίας σας και της εισόδου σας στον επιστημονικό και επαγγελματικό κλάδο των φυσικοθεραπευτών, σας εκφράζουν τα θερμά τους συγχαρητήρια και σας εύχονται υγεία, δύναμη και επιτυχία για την καινούργια φάση της ζωής σας.

Το επάγγελμα μας, για όσους το αγαπάνε, και ευχόμαστε και εσείς να το αγαπήσετε, είναι γεμάτο από ανθρώπινες σχέσεις, ιδιαίτερα όμορφο, προσφέρει εκπλήξεις, συγκίνηση και κυρίως σε γεμίζει ικανοποίηση, όταν προσπαθείς και πετυχαίνεις τους στόχους σου.

Αφήνετε πλέον τα φοιτητικά σας χρόνια, ίσως τα ομορφότερα χρόνια της ζωής σας και μπαίνετε στο

επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή.

Τα εφόδιά σας είναι πολλά, γιατί σπουδάσατε στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Αλεξάνδρειου ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, σ’ ένα από τα καλύτερα Τμήματα Φυσικοθεραπείας της Ευρώπης. Φοιτήσατε κοντά σε αξίους εκπαιδευτικούς που σας έδωσαν τον καλύτερο εαυτό τους.

Η εποχή δεν είναι η καλύτερη για τη χώρα μας, επομένως και για το επάγγελμά μας. Με υπομονή, όμως, προσπάθεια και κοινό αγώνα θα ξεπεράσουμε τις δυσκολίες.

Και πάλι σας ευχόμαστε υγεία και δύναμη τώρα που μπαίνεται στον επαγγελματικό στίβο. Συγχαρητήρια στον Προϊστάμενο του Τμήματος και στους συναδέλφους εκπαιδευτικούς.

**Επανεγγραφή μελών  
στον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών (Ν.Π.Δ.Δ.)**

Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., με έγγραφο της προς συναδέλφους που ήταν εγγεγραμμένοι στο μητρώο του Εργασιακού Σωματείου «Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών» και δεν έχουν γραφτεί στο Ν.Π.Δ.Δ. «Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών», τους ενημερώνει ότι εντός διμήνου (2) πρέπει να εγγραφούν στο Νομικό Πρόσωπο ώστε να μπορούν να ασκούν νόμιμα το επάγγελμά τους. Σε διαφορετική περίπτωση θα γίνει ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Η ίδια διαδικασία θα επαναληφθεί και για τους συ-

ναδέλφους που δεν έχουν εγγραφεί ούτε στο παλαιό, ούτε στο νέο Σύλλογο (Ν.Π.Δ.Δ.). Για αυτό το λόγο, έχει γίνει συνεργασία με τις Νομαρχίες της χώρας οι οποίες έχουν αποστείλει όλα τα στοιχεία των αδειών άσκησης επαγγέλματος φυσικοθεραπευτών/τριών που έχουν εκδώσει. Όποιοι συνάδελφοι δε συμμορφωθούν, δε θα μπορούν να ασκήσουν το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή εφόσον θα γίνει ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος (Ν. 3599/2007).

Ακολουθεί η σχετική επιστολή:

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., σας ενημερώνει ότι με τον Ν. 3599/2007 έγινε η σύσταση του Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών» (Π.Σ.Φ.), το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η προσωρινή Δ.Ε., η οποία διορίστηκε από τον Υπουργό

Υγείας, έχει αναλάβει την εγγραφή όλων των παλαιών και νέων φυσικοθεραπευτών της χώρας. Η εγγραφή είναι υποχρεωτική για όσους πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές επιθυμούν να ασκήσουν το επάγγελμα.

Τα απαραίτητα δικαιολογητικά εγγραφής που πρέπει να κατατεθούν στα κεντρικά γραφεία του Π.Σ.Φ. είναι :

- Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου
- Επικυρωμένο αντίγραφο της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος φυσικοθεραπευτή
- Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου
- Επικυρωμένο αντίγραφο ισοτιμίας πτυχίου (για όσους έχουν αποφοιτήσει σε πανεπιστήμια της αλλοδαπής)
- 2 φωτογραφίες μικρές
- Υπεύθυνη δήλωση πραγματικής άσκησης επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή
- Αίτηση εγγραφής

• Η ετήσια συνδρομή είναι 60 ευρώ και η εγγραφή 30 ευρώ

Οι φυσικοθεραπευτές που ασκούν το επάγγελμα για να μπορούν να το ασκούν νόμιμα (Ν. 3599/2007), παρακαλείστε εντός διμήνου (2) να έχετε ολοκληρώσει την διαδικασία της εγγραφής σας.

Σε αντίθετη περίπτωση, ο Π.Σ.Φ. θα προβεί στην ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος σας.

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τα γραφεία του Συλλόγου, καθημερινά 09:00 – 17:00, στα τηλέφωνα: 210-8213905, 210-8213334, ή στο site: [www.psf.org.gr](http://www.psf.org.gr).

**Αδελφοποίηση του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών  
με τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών**

Με ομόφωνη απόφαση της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. αποφασίστηκε, στην διάρκεια της επίσημης τελετής έναρξης του 20ου Ετήσιου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Φυσικοθεραπείας, στο αμφιθέατρο του Υπουργείου

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Μαρούσι, στις 26, 27 και 28 Νοεμβρίου 2010, να πραγματοποιηθεί η αδελφοποίηση του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών με τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών.

**Εκπομπή κ. Γ. Τράγκα σχετικά με έλεγχο  
της επιτροπής της νομαρχίας Αθηνών**

Τελικά ένας έλεγχος μετά από καταγγελίες συναδέλφων στην περιοχή της Νέας Σμύρνης, έγινε αιτία να δημιουργήσει μεγάλη αναστάτωση ο δημοσιογράφος Γ. Τράγκας σε εκπομπή του στο ραδιοφωνικό σταθμό RealFM 97,8.

Συγκεκριμένα σε έλεγχο που έγινε σε εταιρεία από την Επιτροπή της Νομαρχίας Αθηνών, η οποία αποτελείται από την ιατρό, κα. Ιωάννα Καρρά, την γραμματέα, κα. Ελένη Μενεγάκη και τον συνάδελφο, κ. Τρύφωνα Παπαγέωργα, εκπρόσωπο και μέλος της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., διαπιστώθηκε ότι η λειτουργία χώρου παροχής φυσικοθεραπευτικών πράξεων δεν ήταν σύμφωνη με το Π.Δ. 29/1987 και ζητήθηκε να γίνουν οι σχετικές συμμορφώσεις, διαφορετικά θα κλείσει ο χώρος παροχής των παραπάνω υπηρεσιών.

Δύο ημέρες μετά τον έλεγχο ο κ. Τράγκας, έκανε αναφορά σε εκπομπή

του για το παραπάνω γεγονός και επιτέθηκε με απαξιωτικό και απειλητικό τρόπο στην υπάλληλο της Επιτροπής, κα. Μενεγάκη και στον Νομάρχη Αθηνών, κ. Ιωάννη Σγουρό. Το περιεχόμενο της εκπομπής υπάρχει στα γραφεία του Συλλόγου.

Η παραπάνω συμπεριφορά ενόχλησε όπως ήταν αναμενόμενο την κ. Μενεγάκη, η οποία βρέθηκε να απειλείται χωρίς λόγο και θορήβησε τα μέλη της Επιτροπής.

Για να υπερασπιστεί το έργο και τον ρόλο της Επιτροπής Ελέγχου Εργαστηρίων Φυσικοθεραπείας, η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. με έγγραφό της προς τον κ. Τράγκα, τον ενημερώνει για τους λόγους ύπαρξης της παραπάνω Επιτροπής, του ζητά να μην παρεμβαίνει και να μην επηρεάζει την λειτουργία της, να μην απειλεί τα μέλη της και να φροντίσει για την αποκατάσταση της αλήθειας.

Το παραπάνω έγγραφο κοινοποιήθηκε στην Ένωση Συντακτών Ημερήσιων Εφημερίδων Αθηνών, στο Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο, στον Νομάρχη Αθηνών, κ. Ιωάννη Σγουρό και στον Εκδότη-Διευθυντή του RealFM, κ. Νίκο χατζηνικολάου.

Ο Π.Σ.Φ. έχει κάνει αγώνες για να υπάρχουν οι Επιτροπές Ελέγχου Εργαστηρίων Φυσικοθεραπείας σε όλες τις Νομαρχίες, με την συμμετοχή εκπροσώπων του, για να μην μπορεί ο οποιοσδήποτε αναρμόδιος, άσχετος και επικίνδυνος να εκτελεί φυσικοθεραπεία και να εκμεταλλεύεται τον κόσμο. Δεν θα επιτρέψουμε σε κανένα, ούτε στον κ. Τράγκα ούτε σε Μ.Μ.Ε., να σταθεί εμπόδιο στην καλή λειτουργία της φυσικοθεραπείας και στην σωστή προσφορά προς τον ασθενή έλληνα πολίτη.

Πρέπει όλοι να καταλάβουν πως η φυσικοθεραπεία δεν είναι «ξέφραγο αμπέλ» και πως το αρμόδιο θεσμικό όργανο της Πολιτείας, ο Π.Σ.Φ. (Ν.Π.Δ.Δ.) ασκεί τις αρμοδιότητές του.

## Δυο χρόνια χωρίς τον Γρηγόρη



Στις 4 Ιουλίου συμπληρώνονται δύο χρόνια από τον αιφνίδιο χαμό του Γρηγόρη Πετρόπουλου. Έφυγε τόσο ξαφνικά, τόσο πρόωρα, τόσο ανέλπιστα, που η απώλειά του δεν έχει καταγραφεί ακόμα στις συνειδήσεις μας.

Για μας, όσους τον ζήσαμε, όσους εργαστήκαμε μαζί του για τα ζητήματα της φυσικοθεραπείας, συμμεριστήκαμε τις αγωνίες και τα οράματά του, αντιπαρετεθήκαμε ή συμφωνήσαμε, συγκρουστήκαμε ή συμπλεύσαμε, συμπορευτήκαμε όμως στον κοινό δρόμο για την προάσπιση και προαγωγή του επαγγέλματος του φυσικοθεραπευτή, ο Γρηγόρης εξακολουθεί να είναι και θα είναι πάντα παρών. Είναι νοερά παρών στις συνεδριάσεις, στις συγκεντρώσεις, σε κάθε εκδήλωση του Συλλόγου, του Συλλόγου που με μοναδικό πάθος υποστήριξε και υπερασπίστηκε τη λειτουργία και το δυνάμωμά του.

Το πάθος για τον κλάδο και τα συμφέροντά του, ήταν αυτό που χαρακτήριζε την πολύχρονη, συνεχή, αδιάκοπη, αδιάλειπτη και ανιδιοτελή παρουσία του στα κοινά της φυσικοθεραπείας, αλλά και ευρύτερα σ' όλους τους κοινωνικούς αγώνες, απ' τα πρώτα φοιτητικά του χρόνια, μέχρι την αιφνίδια και απρόσμενη διακοπή στο νήμα της ζωής του. Με αυτό το πάθος κατόρθωσε να αφήσει ανεξίτηλο το στίγμα του στην ιστορία του κλάδου των ελλήνων φυσικοθεραπευτών. Ταυτίστηκε με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών, σε σημείο που πολλοί, στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ταύτισαν τον Σύλλογο με τον Γρηγόρη Πετρόπουλο. Ήταν η υπερτριαντάχρονη ενασχόληση του με τα ζητήματα του κλάδου, ήταν η σχεδόν εικοσιπεντάχρονη θητεία του στη θέση του προέδρου, ήταν η μοναδική συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία, ήταν η φαντασία στις επιλογές, ήταν ο ενθουσιασμός, το πάθος και η δυναμική στις διεκδικήσεις, ήταν η συναδελφικότητα και συντροφικότητα προς όλους, μα πέρα απ' όλα ήταν το χαμόγελο και η μεγάλη του καρδιά, αυτά που τον χαρακτήριζαν και για τα οποία οι έλληνες φυσικοθεραπευτές τον συγκρατούν στη μνήμη τους, αυτά που κάνουν μεγαλύτερη την απώλεια σε όλους εμάς και την οικογένειά του.

Η προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή του Π.Σ.Φ. (ΝΠΔΔ), ως ελάχιστη απόδοση φόρου τιμής στη μνήμη και την προσφορά του, ομόφωνα ανακήρυξε τον ΓΡΗΓΟΡΗ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟ, πρώτο Επίτιμο Πρόεδρο του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (ΝΠΔΔ), σε εφαρμογή διάταξης του Ν.3599/07, που προβλέπει την σχετική τιμητική διάκριση, σε όσους προσέφεραν σημαντικές υπηρεσίες στην φυσικοθεραπεία και τον Σύλλογο.

## Στη μνήμη του Μανώλη Λυρώνη



Στις 5 Ιουλίου συμπληρώνεται ένας χρόνος χωρίς τον συνάδελφο αγωνιστή Μανώλη Λυρώνη.

Γεννήθηκε το 1956 και ασχολήθηκε με την φυσικοθεραπεία από το 1981.

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών, και περισσότερο η Κίνηση Προοδευτικών Φυσικοθεραπευτών, που ήταν και ιδρυτικό της μέλος, γίναμε φτωχότεροι.

Πρόεδρος του Π.Τ. Έβρου του Π.Σ.Φ. από της ιδρύσεως του ως τον θάνατό του. Ένα Π.Τ. από τα πλέον δραστήρια Τμήματα του Π.Σ.Φ. με πλούσια συνδικαλιστική και επιστημονική δράση. Ως Πρόεδρος του Π.Τ. οργάνωσε την 1η Επιστημονική Διημερίδα το 1999, στην Αλεξανδρούπολη. Το 2002 οργάνωσε Ημερίδα στην Ξάνθη. Φιλοξένησε στην Αλεξανδρούπολη τον Οκτώβριο του 2004 το 2ο Συνδικαλιστικό Συνέδριο του Π.Σ.Φ. που έθεσε την σημερινή μορφή του Π.Σ.Φ. ως Ν.Π.Δ.Δ. με την συναίνεση και ομοφωνία όλων των παρατάξεων.

Επιστημονικά, παρά τα προβλήματα υγείας του τον Μάρτιο του 2009 οργάνωσε Διημερίδα με την παρουσία 200 συναδέλφων από την Βόρεια Ελλάδα, όπου και τιμήθηκε με πλακέτα από τον Π.Σ.Φ. για τη δράση του. Έμελλε να είναι η τελευταία του παρουσία.

Πάντα πιστός στην ιδέα για ένα καλύτερο αύριο, για μια δίκαιη κοινωνία με επίκεντρο τον άνθρωπο. Πάλεψε ενάντια στην ανεργία του κλάδου, ενάντια στην εμπορευματοποίηση της υγείας, ενάντια στην αντιποίηση του επαγγέλματος, όπου έδωσε και δικαστικούς αγώνες. Ανέπτυξε τοπική δράση στον Νομό Έβρου μέσα από τις γραμμές του Κ.Κ.Ε. στην Νομαρχιακή Επιτροπή, Πρόεδρος της Τοπικής Επιτροπής Ειρήνης της ΕΕΔΥΕ.

Πάντοτε τον διέκρινε το ήθος του, η καλοσύνη του, οι ψυχικές δυνάμεις και αντοχές του, στη μάχη με την ασθένειά του ήταν παράδειγμα για όλους εμάς και σημείο αναφοράς.

## ΣΥΛΛΥΠΗΤΗΡΙΑ

Έφυγε από κοντά μας ο συνάδελφος και αγωνιστής της ζωής Συκώτης Γεώργιος. Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. και η Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού «ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» εκφράζουν τα θερμά τους συλλυπητήρια στην οικογένειά του και τους οικείους του. Ειδικότερα στα παιδιά του και συναδέλφους, Συκώτη Νικόλαο και Συκώτη Μαριάννα.

## ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

### Απαλλαγή των φυσικοθεραπευτών από το Φ.Π.Α.

Μετά από συντονισμένες ενέργειες της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., ο κλάδος των φυσικοθεραπευτών εξακολουθεί να περιλαμβάνεται σε αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες και

απαλλάσσονται από τον Φ.Π.Α.

Ακολουθεί η σχετική νομοθεσία με την ανάλογη τροποποίηση:

#### (Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ)

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3842/2010

«Αποκατάσταση φορολογικής δικαιοσύνης, αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής και άλλες διατάξεις»

Άρθρο 62

Τροποποίηση διατάξεων του Κώδικα ΦΠΑ

3. Η περίπτωση ε' της παραγράφου 1 του άρθρου 22 αντικαθίσταται ως εξής:

«ε) οι παροχές ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της άσκησης ιατρικών επαγγελματιών, καθώς και οι παροχές υπηρεσιών από ψυχολόγους, μαίες, νοσοκόμους, **φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.**»

#### (Ο ΑΡΧΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ)

ΝΟΜΟΣ 2859/2000, ΦΕΚ Α'248 7.11.2000

«Κύρωση Κώδικα Φόρου Προστιθέμενης Αξίας»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ':

ΑΠΑΛΛΑΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΟΡΟ

Άρθρο 22

Απαλλαγές στο εσωτερικό της χώρας

1. Απαλλάσσονται από το φόρο:

ε) η παροχή υπηρεσιών από δικηγόρους, συμβολαιογράφους, άμισθους υποθηκοφύλακες, δικαστικούς επιμελητές, γιατρούς, οδοντογιατρούς, ψυχολόγους, μαίες, νοσοκόμους και **φυσιοθεραπευτές.**

### Εκτέλεση φυσικοθεραπευτικών πράξεων

Ο Ο.Π.Α.Δ. με το παρακάτω έγγραφό του προς το Υπουργείο Οικονομικών, δίνει διευκρινίσεις για τον τρόπο με τον οποίο χορηγούνται στους ασφαλισμένους οι φυσικοθεραπευτικές πράξεις.

#### ΘΕΜΑ: «ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ»

Σε απάντηση του υπ' αριθμ. πρωτ. 2/04-01-2010 εγγράφου σας, σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με την υπ' αριθμ. οικ.2/7029/0094/05 ΚΥΑ (Φ.Ε.Κ. 213 ΤΒ1), οι φυσιοθεραπευτικές πράξεις που χορηγούνται σε

ασφαλισμένους είναι μέχρι τριάντα (30) συνολικά για κάθε μέρος, που θα εκτελούνται σε δέκα 10 συνεδρίες ανεξαρτήτως πάθησης και όχι συχνότερα του τετραμήνου (4 μήνες).

Μέσα σε αυτές τις φυσιοθεραπευτικές πράξεις περιλαμβάνονται και τα Biofeedback.

Μετά από αυτό το Υπουργείο Οικονομικών-Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, εξέδωσε εντολή προς όλες τις Υ.Δ.Ε. Νομών και Νομαρχιών σχετικά με την εκτέλεση των φυσικοθεραπευτικών πράξεων, Τ.Ε.Ν.Σ. και BIOFEEDBACK, από τους φυσικοθεραπευτές στους ασφαλισμένους του Ο.Π.Α.Δ.

Με την παραπάνω εξέλιξη πρέπει να ξεπεραστούν τα προβλήματα που είχαν εμφανιστεί με την πληρωμή των παραπεμπτικών του Ο.Π.Α.Δ.



ΘΕΜΑ: «Εκτέλεση φυσιοθεραπευτικών πράξεων».

Με αφορμή ερωτήματα που έχουν υποβληθεί στην Υπηρεσία μας, σχετικά με την εκτέλεση των φυσικοθεραπειών πράξεων Τ.Ε.Ν.Σ. και BIOFEEDBACK, σας γνωρίζουμε τα εξής:

1. α. Με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2768/99 (Α.273), όπως τροποποιήθηκαν με πιν παρ. 3 του άρθρου 41 του ν. 3329/2005 (Α.81), προβλέπεται ότι ο Ο.Π.Α.Δ. επεξεργάζεται και εισηγείται Κανονισμό Παροχών προς τους ασφαλισμένους του, με τον οποίο καθορίζει τους δικαιούχους, τα ποσοστά συμμετοχής των δικαιούχων στις παροχές, τις προϋποθέσεις και διαδικασίες χορήγησης τους, το είδος των παροχών και το ποσό της αναγνωριζόμενης δαπάνης. Ο Κανονισμός αυτός εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομίας και Οικονομικών και δύναται να τροποποιεί ή καταργεί κάθε αντίθετη διάταξη.
- β. Με την αριθ. 2/7029/0094/8.2.2005 (Β.213) κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκδόθηκε ο Νέος Κανονισμός Παροχών του Ο.Π.Α.Δ., στον οποίο με τις διατάξεις της περ. Α.4.1., του άρθρου 6, ορίζεται, μεταξύ άλλων, ότι χορηγούνται φυσικοθεραπείες για δύο (2) μέρη του σώματος (ένα μέρος : δύο άνω άκρα, δύο κάτω άκρα, σπονδυλική στήλη, θώρακας, κοιλιά). Στις περιπτώσεις ασθενών με κοινές και χρόνιες παθήσεις χωρίς ειδικά προβλήματα, θα χορηγούνται μέχρι τριάντα. (30) φυσιοθεραπευτικές πράξεις συνολικά για κάθε μέρος, που θα εκτελούνται σε δέκα• (10) συνεδρίες ανεξαρτήτως πάθησης και όχι συχνότερα του τετραμήνου (4 μήνες).
- γ. Περαιτέρω, με τις διατάξεις του άρθρου μόνου της αριθ. 151096/26.11.2007 (Β.2381) απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζεται ότι οι πράξεις Τ.Ε.Ν.Σ (αναλγησία με εφαρμογή ηλεκτρικού μηχανήματος) και BIOFEEDBACK (λειτουργική επανατροφοδότηση) εντάσσονται στις φυσιοθεραπευτικές πράξεις και κοστολογούνται σύμφωνα με το π.δ. 157/1991.

δ. Τέλος, με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν.Ν.1278/82. (Α. 105), προσδιορίζονται οι αρμοδιότητες του Κε.Σ.Υ., μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και γνωμοδοτήσεις -εισηγήσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής που αφορά την υγεία.

2. Από το συνδυασμό των ανωτέρω διατάξεων καθίσταται σαφές ότι :
- α) οι πράξεις Τ.Ε.Ν.Σ (αναλγησία με εφαρμογή ηλεκτρικού μηχανήματος) και BIOFEEDBACK (λειτουργική επανατροφοδότηση), εντάσσονται στις φυσιοθεραπευτικές πράξεις, εκτελούνται με τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται, από τις προαναφερόμενες διατάξεις του Κανονισμού Παροχών του Ο.Π.Α.Δ. για τις φυσικοθεραπείες, δηλαδή δέκα (10) συνεδρίες ανεξαρτήτως πάθησης και όχι συχνότερα του τετραμήνου (4 μήνες) που συνεπάγεται τριάντα (30) συνεδρίες κατ' έτος και για κάθε μέρος του σώματος και κοστολογούνται σύμφωνα με την τιμολόγηση που προβλέπεται από τις διατάξεις του π.δ. 157/91,
- β) οι ανωτέρω πράξεις περιλαμβάνονται στο ανώτατο όριο φυσιοθεραπευτικών πράξεων που αναγνωρίζονται από τον Ο.Π.Α.Δ. κατ' έτος. (Σχετικό με τα ανωτέρω είναι το αριθ.Δ2α/334/26-1-2010 έγγραφο του Ο.Π.Α.Δ. προς την Υ.Δ.Ε. στο νομό Ηλείας, φωτοαντίγραφο του οποίου επισυνάπτεται) και
- γ) οι γνωμοδοτήσεις του Κε.Σ.Υ., οι οποίες γίνονται αποδεκτές από τον Υπουργό Υγείας δεν παράγουν έννομα αποτελέσματα, αφού τούτο δεν προβλέπεται από τις προαναφερόμενες διατάξεις. Οι εν λόγω γνωμοδοτήσεις, άλλωστε, αποτελούν διατύπωση προτάσεων επί θεμάτων υγείας, στερούμενες εκτελεστότητας, δεν θέτουν κανόνες δικαίου και δεν μπορούν ούτε αυτές ούτε εγκύκλιοι στηριζόμενες σ' αυτές να τροποποιήσουν το υπάρχον νομοθετικό καθεστώς.

Κατόπιν των ανωτέρω, για την εκτέλεση των πράξεων Τ.Ε.Ν.Σ. και BIOFEEDBACK, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 6 του Κανονισμού Παροχών του Ο.Π.Α.Δ., που ισχύουν για τις φυσικοθεραπείες.

Φορολογικές και ασφαλιστικές αλλαγές

Μετά το πρόσφατο φορολογικό νομοσχέδιο και τις αλλαγές που αυτό επιφέρει, η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. για να μπορέσει να ανταποκριθεί στα αιτήματα των συναδέλφων για ενημέρωση, θα προσφύγει σε λογιστικό γραφείο το οποίο θα συντάξει σχετική οδηγία ώστε να υπάρχει ενιαία και αξιόπιστη ενημέρωση προς όλους.

Το ίδιο θα γίνει και με την ασφαλιστική μεταρρύθμιση, είναι γνωστό ότι θα υπάρξουν τρία ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία θα επηρεάσουν τόσο την ασφάλιση των φυσικοθεραπευτών όσο και τις συμβάσεις με τα ταμεία. Πάλι ο Σύλλογος θα προσφύγει σε εξειδικευμένο επιστημονικό γραφείο για να υπάρχει ενιαία και αξιόπιστη ενημέρωση.

Νέα έντυπα Ο.Π.Α.Δ. για υποβολή αιτήσεων

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), με έγγραφό του προς τον Π.Σ.Φ. ενημερώνει ότι αλλάζουν τα έντυπα των

αιτήσεων με τα οποία θα υποβάλλουν τους λογαριασμούς οι συμβεβλημένοι φυσικοθεραπευτές. Αντίγραφο του νέου εντύπου θα βρείτε στο τέλος του

περιοδικού.

Ακολουθεί το έγγραφο του Ο.Π.Α.Δ.

Θέμα: «Διαβίβαση Αιτήσεων Υποβολής Λογαριασμών Προμηθευτών»

Στα πλαίσια του εξορθολογισμού και ελέγχου των δαπανών και πληρέστερης καταγραφής π αιτημάτων των συμβεβλημένων προμηθευτών σας ενημερώνουμε ότι από 01-07-2010 αλλάζουν τα έντυπα των αιτήσεων με τα οποία θα υποβάλλουν τους λογαριασμούς οι συμβεβλημένοι προμηθευτές (ιατροί, εργαστηριακοί ιατροί, εργαστήρια ως Ν.Π., οπτικοί, φαρμακοποιοί, ιδιωτικές

κλινικές και φυσικοθεραπευτές) υποδείγματα των οποίων σας διαβιβάζουμε.

Οι εν λόγω αιτήσεις βρίσκονται αναρτημένες στην ιστοσελίδα του Οργανισμού στην εξής ηλεκτρονική διεύθυνση: [www.opad.gr/html/appl/.htm](http://www.opad.gr/html/appl/.htm)

Οι Υ.Π.Α.Δ. να ενημερώσουν τους κατά τόπους αρμόδιους ιατρικούς, φαρμακευτικούς και φυσιοθεραπευτικούς συλλόγους και να χορηγούν αντίγραφα των αιτήσεων σε κάθε προμηθευτή που υποβάλλει λογαριασμό προς πληρωμή από κοινοποιήσεως της παρούσας.

Η φυσικοθεραπεία στο στόχαστρο του ΣΔΟΕ (Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ 11/06/2010)

Μαζί με τις διάφορες μεταρρυθμίσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κλάδος (φορολογική, ασφαλιστική) και την μείωση των εισοδημάτων, εμφανίστηκε και ο έλεγχος από το ΣΔΟΕ.

Σύμφωνα με την εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ με άρθρο στις 11/06/2010, το ΣΔΟΕ, μετά τους γιατρούς, εξετάζει 30 επαγγέλματα όπως, δικηγόρους, μηχανικούς, καλλιτέχνες και άλλες

κατηγορίες επαγγελματιών, μεταξύ των οποίων και τους φυσικοθεραπευτές. Ακολουθεί τμήμα από το δημοσίευμα ώστε ο καθένας να βγάλει τα συμπεράσματά του.

Ποιοι μπαίνουν στο στόχαστρο του ΣΔΟΕ

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 Φυσικοθεραπευτές                 | 16 Οικονομολόγοι                   |
| 2 Δικηγόροι                        | 17 Προγραμματιστές                 |
| 3 Συμβολαιογράφοι                  | 18 Σύμβουλοι επιχειρήσεων          |
| 4 Αμισθοι υποθηκοφύλακες           | 19 Λογιστές - φοροτεχνικοί         |
| 5 Δικαστικοί επιμελητές            | 20 Ελαιοχρωματιστές                |
| 6 Αρχιτέκτονες                     | 21 Αθλητές                         |
| 7 Μηχανικοί                        | 22 Υδραυλικοί                      |
| 8 Τοπογράφοι                       | 23 Ιδιοκτήτες μπαρ                 |
| 9 Ηλεκτρολόγοι                     | 24 Ιδιοκτήτες εστιατορίων          |
| 10 Σχεδιαστές                      | 25 Εκμεταλλευτές αιθουσών θεαμάτων |
| 11 Συγγραφείς                      | 26 Ξενοδόχοι                       |
| 12 Ηθοποιοί                        | 27 Κατασκευαστές                   |
| 13 Καλλιτέχνες κέντρων διασκέδασης | 28 Διαφημιστές                     |
| 14 Χορευτές                        | 29 Ασφαλιστές                      |
| 15 Διοκομιστές                     | 30 Φαρμακοποιοί                    |

συμβολαιογράφοι, καλλιτέχνες, αθλητές, ιδιοκτήτες κέντρων διασκέδασης κτλ. Μόλις ολοκληρωθεί ο έλεγχος των δηλωθέντων με τα πραγματικά τους εισοδήματα τότε τα στοιχεία θα δοθούν και αυτά στη δημοσιότητα.

**Λίστες και λουκέτα**

Ανώτερος παράγοντας του υπουργείου Οικονομικών δηλώνει στο «Βήμα» ότι «δεν είναι δυνατόν την οικονομική κρίση να τη βιώνουν οι μισθωτοί και οι συνταξιούχοι με περικοπές δώρων, επιδομάτων και μισθών και κάποιοι άλλοι να συνεχίζουν να φοροδιαφεύγουν με προκλητικό τρόπο και να θεωρούν ότι θα παραμείνουν στο απυρόβλητο. Σε αυτούς όλους το ΣΔΟΕ αλλά και οι υπόλοιπες φοροελεγκτικές υπηρεσίες του υπουργείου Οικονομικών ετοιμάζουν εκπλήξεις το επόμενο διάστημα ώστε να δοθεί το σήμα ότι το πάρτι της φοροδιαφυγής τελειώνει».

Την επόμενη εβδομάδα ο υπουργός Οικονομικών κ. Γ. Παπακωνσταντίνου αναμένεται να έχει στα χέρια συγκεκριμένα αλλά και αναλυτικά αποτελέσματα φορολογικών ελέγχων με ονόματα, επαγγέλματα και ποσά φοροδιαφυγής και να τα δώσει άμεσα στη δημοσιότητα. Επίσης, τις επόμενες εβδομάδες αναμένεται να μπουν και τα πρώτα λουκέτα σε επιχειρήσεις και κέντρα διασκέδασης που εξακολουθούν να προκαλούν μη εκδίδοντας αποδείξεις λιανικής πώλησης. Είναι τόσο κρίσιμοι οι επόμενοι μήνες που αν χαλαρώσει έστω και μία ημέρα ο φοροεισπρακτικός μηχανισμός τότε τα έσοδα του κράτους θα βρεθούν εκτός στόχων και θα έρθουν πρόσθετα φοροεισπρακτικά μέτρα με θύματα τους συνήθεις υπόπτους, δηλαδή τους μισθωτούς και τους συνταξιούχους.

**Εκπομπή «Κίτρινος Τύπος»**

Στην εκπομπή «Κίτρινος Τύπος» του δημοσιογράφου Μάκη Τριανταφυλλόπουλου, στο κανάλι Alter, εμφανίστηκε ο συνάδελφος και Α' Αντιπρόεδρος της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., κ. Γεώργιος Μπάκας.

Εκεί έκανε μια αναφορά σε θέματα του κλάδου, όμως

**«Κυκλικόι» έλεγχοι**

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των γιατρών του Κολωνακίου που αν και ήταν από τους πρώτους που ελέγχθηκαν από το ΣΔΟΕ, ορισμένοι εξακολουθούν σύμφωνα με καταγγελίες ακόμη και σήμερα να μην εκδίδουν αποδείξεις. Γι' αυτό οι έλεγχοι ήδη έχουν επεκταθεί και σε άλλες περιοχές της Αττικής και της υπόλοιπης Ελλάδας ενώ το Σώμα Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος αναμένεται να εφαρμόσει αυτό που ονομάζεται κυκλικός έλεγχος, δηλαδή να επισκέπτονται οι ελεγκτές του ΣΔΟΕ μέσα σε έναν χρόνο δύο και τρεις φορές τον ίδιο επαγγελματία ή την επιχείρηση. Πέραν των 30 επαγγελματικών ομάδων που βρίσκονται στο «στόχαστρο» του ΣΔΟΕ οι έλεγχοι θα επεκταθούν και σε άλλους φορολογούμενους που δηλώνουν προκλητικά χαμηλά εισοδήματα ενώ έχουν στην κατοχή τους πολυτελή αυτοκίνητα, κατοικίες κ.ά. περιουσιακά στοιχεία.

«Οι συγκεκριμένοι φορολογούμενοι λόγω των εισοδημάτων που εμφάνισαν στις φορολογικές δηλώσεις προηγούμενων ετών βρίσκονται σε σειρά προτεραιότητας» αναφέρει χαρακτηριστικά κορυφαίος παράγοντας του ΣΔΟΕ.

**Πρόστιμα 10 δισ. ευρώ**

Οι στόχοι του ΣΔΟΕ εφέτος είναι αρκετά φιλόδοξοι σε ό,τι αφορά την επιβολή προστίμων και την είσπραξη εσόδων. Ο στόχος είναι να επιβάλουν συνολικά πρόστιμα 10 δισ. ευρώ και όσα εισπράξουν...»

λόγω του πλήθους των πολλών προσκεκλημένων δεν μπόρεσε να τα εκθέσει σε μεγάλο βαθμό.

Δόθηκαν υποσχέσεις ότι θα κληθεί σε νέα εκπομπή με θέμα την υγεία.

**ΕΚΟ Φυσικοθεραπευτών Νέας Δημοκρατίας**

Πραγματοποιήθηκαν οι εκλογές για την ανάδειξη νέου εντεκαμελούς Διοικητικού Συμβουλίου, της Ειδικής Κομματικής Οργάνωσης (Ε.Κ.Ο.) φυσικοθεραπευτών της Νέας Δημοκρατίας.

Οι εκλογές έγιναν στα πλαίσια της ανά τριετία ανανέωσης των αιρετών

Διοικήσεων όλων των οργανώσεων της Ν.Δ. και της σύγκλησης, του 8ου Τακτικού Συνεδρίου του κόμματος της Ν.Δ.

Μετά τις εκλογές το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΚΟ-Φυσικοθεραπευτών της Ν.Δ. συγκροτήθηκε σε σώμα ως εξής:

Γραμματέας  
Αν. Γραμματέας  
Ειδ. Γραμματέας  
Ταμίας  
Μέλη

Μαρμαράς Ιωάννης  
Λεωτσάκος Γεώργιος  
Καραγιάννης Κων/νος  
Καζάς Μιχάλης  
Μπουζικάκος Παναγιώτης  
Μπάκας Γεώργιος  
Γιαλαμά Μαρία  
Μπουρνουσούζης Ελευθέριος  
Κέντρου Ευαγγελία  
Λιάπη Ζαχαρούλα  
Ευσταθίου Κων/νος

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ****Παγκόσμιο συνέδριο  
φυσικοθεραπείας  
WCPT 2015 στην Αθήνα**

Ο Π.Σ.Φ. σε συνεργασία με την WCPT, εξετάζει την δυνατότητα, τις προϋποθέσεις και τις υποχρεώσεις που απαιτούνται για την ανάληψη του Παγκόσμιου Συνεδρίου Φυσικοθεραπείας της WCPT, το 2015. Η παραπάνω διοργάνωση είναι πολύ απαιτητική οργανωτικά και οικονομικά.

Ο Π.Σ.Φ. θα ενημερώσει σύντομα τα μέλη του για το αποτέλεσμα της συνεργασίας.

**26, 27 και 28 Νοεμβρίου 2010  
20ο Ετήσιο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Φυσικοθεραπείας  
του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών  
Αμφιθέατρο Νέου Υ.Υ.Κ.Α., Μαρούσι**

Στις 26, 27 και 28 Νοεμβρίου 2010, Παρασκευή-Σάββατο-Κυριακή, θα διεξαχθεί το 20<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Φυσικοθεραπείας, στο φιλόξενο αμφιθέατρο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο Μαρούσι.

Στο επιστημονικό πρόγραμμα θα συμμετάσχουν η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας και το Κέντρο Έρευνας και Νευροχειρουργικής, στο οποίο προεδρεύει ο καθηγητής

Νευροχειρουργικής κ. Δαμιανός Σακάς.

Η επιστημονική Επιτροπή του 20<sup>ου</sup> Συνεδρίου σχηματίστηκε από τους Προϊσταμένους των 4 ΑΤΕΙ Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Λαμίας και Πατρών(Αίγιο) και 2 εκπροσώπους της επιστημονικής κοινότητας από κάθε Τμήμα Φυσικοθεραπείας. Της Ε.Ε. προεδρεύει ο καθηγητής του ΑΤΕΙ Αθήνας συνάδελφος κ. Πέτρος Πουλμέντης.

Το 20<sup>ο</sup> Επιστημονικό Συνέδριο του Π.Σ.Φ. θα έχει επετειακό χαρακτήρα.

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ****Παράλληλη έκθεση έργων και δραστηριοτήτων φυσικοθεραπευτών  
στα πλαίσια του 20ού επιστημονικού συνεδρίου του π.Σ.Φ.**

Το 20ο Επιστημονικό Συνέδριο του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών, θα πραγματοποιηθεί στο κτίριο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Μαρούσι.

Η Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. (ΝΠΔΔ) αποφάσισε κατά την διάρκεια των ημερών του συνεδρίου να λειτουργήσει έκθεση, που θα προβάλλει τις δεξιότητες των φυσικοθεραπευτών, εκτός εκείνων της επιστήμης του επαγγέλματός μας.

Καλούνται οι συνάδελφοι που έχουν έργα εικαστικών τεχνών (οποιασδήποτε κατηγορίας), που έχουν εκδώσει

βιβλία, λογοτεχνικά ή επιστημονικά, που έχουν βραβευθεί σε αθλητικές, επιστημονικές κ.α. διοργανώσεις, ελληνικές ή διεθνείς και θέλουν να προβάλλουν τα έργα τους και την δραστηριότητά τους, να επικοινωνήσουν με τον Π.Σ.Φ.

**Τρόποι Επικοινωνίας:**

E-mail: rpt@otenet.gr • Τηλέφωνα: 210-8213905, 210-8213334 (κ. Σ. Κωνσταντίνης), 6936608229 (κ. Π. Μπουζικάκος), 6977295033 (κ. Ι. Μαρμαράς) • Fax: 210-8213760



## 8η Σεπτεμβρίου 2010 «Παγκόσμια Ημέρα Φυσικοθεραπείας»

Στις 8 Σεπτεμβρίου 2010, ημέρα Τετάρτη, γιορτάζουμε την Παγκόσμια Ημέρα Φυσικοθεραπείας. Πρέπει όλοι οι φυσικοθεραπευτές ανά την Ελλάδα να βγούμε στον κόσμο και να τους υπενθυμίσουμε την τεράστια προσφορά της φυσικοθεραπείας προς τον Έλληνα ασθενή.

Ο Π.Σ.Φ. μετά από απόφαση που πάρθηκε κατά την πρόσφατη συνάντηση των Π.Τ. με την Δ.Ε. του Συλλόγου, θα κυκλοφορήσει μέσω των Π.Τ. σ' όλη την Ελλάδα, κοινές αφίσες, δίφυλλα με σχετικά σκίτσα, έντυπα με πληροφορίες για την φυσικοθεραπεία, που να μπορούν

να μεταδοθούν από τηλεοπτικούς και ραδιοφωνικούς σταθμούς. Στην Αθήνα σε συνεργασία με τις υγειονομικές υπηρεσίες του Δήμου Αθηναίων, προσπαθούμε να κάνουμε μια εκδήλωση για τον κόσμο σε κεντρική πλατεία της Αθήνας.

Όποιος συνάδελφος έχει να προτείνει οτιδήποτε σχετικό με την Παγκόσμια Ημέρα Φυσικοθεραπείας μπορεί να το στείλει στο: E-mail: [rppta@otenet.gr](mailto:rppta@otenet.gr)  
Τηλέφωνα: 210-8213905, 210-8213334 (κ. Σ. Κωνσταντή),  
Fax: 210-8213760

### 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας Classical Athens Imperial, Αθηνά

Πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στο Classical Athens Imperial, το 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο λεμφολογίας που διοργάνωσε η Ελληνική Εταιρεία Λεμφολογίας. Στο Συνέδριο υπήρξε ενότητα φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης του λεμφοιδήματος.

Εκ μέρους της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. παρευρέθηκε ο Ταμίας και Υπεύθυνος Εκδόσεων, κ. Ιωάννης Μαρμαράς.

### 19-21 Μαρτίου 2010 10ο Διεθνές Συνέδριο Αθλητιατρικής Εταιρείας Ελλάδος, Βέροια

Πραγματοποιήθηκε στην Βέροια, στο Χώρο Τεχνών, στις 19-21 Μαρτίου 2010, το 10ο Διεθνές Συνέδριο Αθλητιατρικής που διοργάνωσε η Αθλητιατρική Εταιρεία Ελλάδος σε συνεργασία με την Αθλητιατρική Εταιρεία Κύπρου.

Στο Συνέδριο υπήρξε στρογγυλή τράπεζα φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης.

Εκ μέρους της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. παρευρέθηκε ο Ταμίας και Υπεύθυνος Εκδόσεων, κ. Ιωάννης Μαρμαράς.

### Τμήμα Φυσικοθεραπείας Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. 19η Επιστημονική Διημερίδα με Διεθνή Συμμετοχή, «Αξιολόγηση - Θεραπεία Παθήσεων του Ώμου»

Πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία από το Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μ.Τ.Σ. σε συνεργασία με τον Π.Σ.Φ., στο Αμφιθέατρο του Ιδρύματος, η 19η Επιστημονική Διημερίδα με Διεθνή Συμμετοχή, με θέμα: «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΩΜΟΥ».

Στην διημερίδα κλήθηκαν ως ομιλητές, Φυσικοθεραπευτές, Ορθοπαιδικοί, Ρευματολόγοι από Νοσοκομειακούς και Πανεπιστημιακούς χώρους. Εκτέθηκαν

νέες απόψεις και τεχνικές που αφορούν την συντηρητική και χειρουργική θεραπεία των παθήσεων του ώμου (κακώσεις βραχιονίου πλέγματος, κατάγματα ώμου, εξάρθρημα, φλεγμονώδεις παθήσεις, τενοντίτιδες, ολική αρθροπλαστική ώμου, αρθροσκόπηση, τεχνικές κινητοποίησης κ.ά.).

Κατά την τελετή έναρξης απεύθυνε χαιρετισμό εκ μέρους της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ. ο Πρόεδρος του, κ. Παναγιώτης Μπουζικάκος.

Θερμα συγχαρητήρια στο συνάδελφο, Προϊστάμενο του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., κ. Χρίστο Σπυρόπουλο, για την ενέργεια και το πάθος του. Τα συνέδριά του είναι πρότυπα τόσο οργανωτικά όσο και επιστημονικά.

Επίσης πρέπει να ευχαριστήσουμε και την Διοίκηση του Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. για την παραχώρηση του Αμφιθέατρου και την άψογη φιλοξενία.

## Απάντηση σε επιστολή του Dr. Ιωάννη Φερούση, Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας

Ο Πρόεδρος του Συλλόγου, κος Παναγιώτης Μπουζικάκος, απέστειλε απαντητική επιστολή στον dr. Ιωάννη Φερούση, Πρόεδρο της

Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, με την οποία απαντά θετικά στην πρόσκληση της Ε.Ε.Χ.Ο.Τ. για συμ-

μετοχή των φυσικοθεραπευτών στο 66ο Συνέδριο που διοργανώνεται από την Εταιρεία. Ακολουθεί η απαντητική επιστολή:

Αγαπητέ κύριε Πρόεδρε,

Με χαρά έλαβα την επιστολή σας. Σας ευχαριστώ για το ενδιαφέρον σας για τον κλάδο των φυσικοθεραπευτών. Εξάλλου, η ορθοπαιδική είναι η πρώτη ειδικότητα, από την οποία οι φυσικοθεραπευτές δέχονται περιστατικά, για να ασκήσουν την επιστήμη και το επάγγελμά τους.

Έθεσα τις προτάσεις σας, στην συνεδρίαση της Δ.Ε. του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και έγιναν ομόφωνα αποδεκτές. Πιστεύω ότι οι φυσικοθεραπευτές θα συμμετάσχουν ομαδικά στο 66ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας. Περιμένουμε τις λεπτομέρειες για το Συνέδριο σας. Ο Π.Σ.Φ. είναι στην διάθεση της Εταιρείας σας για ότι θα μπορούσε να βοηθήσει στην διοργάνωση και τη διεξαγωγή του.

Σας γνωρίζουμε ότι το 20ο Ετήσιο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Φυσικοθεραπείας του Συλλόγου

μας, θα γίνει στις 26,27 και 28 Νοεμβρίου 2010, στο Μαρούσι, Αθήνα, υπο την αιγίδα της Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κας. Μαρίας-Ελίζας Ξενογιαννακοπούλου. Πρόθεσή μας είναι το Συνέδριο να ασχοληθεί με την εφαρμογή φυσικοθεραπευτικών μεθόδων, σε ορθοπαιδικά και νευροχειρουργικά περιστατικά.

Από νευροχειρουργικής πλευράς, έχουμε ζητήσει και μας έχει δοθεί η συνεργασία του Κέντρου Νευροχειρουργικής, που είναι υπό την Προεδρία του Καθηγητή Νευροχειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Δαμιανού Σακά.

Από ορθοπαιδικής πλευράς, ζητάμε τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας.

Αναμένουμε τη θετική σας απάντηση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ Δ.Ε. ΤΟΥ Π.Σ.Φ.  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΟΥΖΙΚΑΚΟΣ



### ΝΕΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Ο Στυλιανός Ρόσμπογλου, Φυσικοθεραπευτής, μέλος της Δ.Ε. του Π.Σ.Φ., Καθηγητής στο Τμήμα Φυσικοθεραπείας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, προχώρησε στην συγγραφή και έκδοση βιβλίου με θέμα «Ανακαλύψτε τα μυστικά της Μεθόδου Feldenkrais...»

### Η Διοικούσα Επιτροπή του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπείας όρισε την παρακάτω επιστημονική επιτροπή στο περιοδικό Φυσικοθεραπεία

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Δρ. Ηλίας Καλλίστρατος, ΡΤ, PhD Καθηγητής Τμήματος Φυσικοθεραπείας Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Δρ. Πέτρος Πουλμέντης, ΡΤ, PhD, MSc Καθηγητής Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΤΕΙ Αθήνας
- Δρ. Βασιλική Σακελλάρη, ΡΤ, PhD, MSc Καθηγήτρια Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΤΕΙ Λαμίας
- Δρ. Ηλίας Τσέπης, ΡΤ, PhD, MSc Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΤΕΙ Πατρών (Αιγίου)
- Δρ. Γεώργιος Κουμαντάκης, ΡΤ, PhD, MSc Φυσικοθεραπευτής 401 ΓΣΝΑ
- Δρ. Δημήτριος Σφετσιώρης, ΡΤ, PhD, MSc

**5ο ΑΙΓΑΙΟΠΕΛΑΓΙΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**  
9-12 Ιουλίου 2010  
INFO: NAVIHELLAS KENTRO KPOYAZIERAS  
Τηλ.: 210 4284391  
Fax: 210 4284396  
E-mail: yvonne@navihellas.gr  
Website: www.navihellas.gr

**BROCHER SUMMER ACADEMY IN GLOBAL POPULATION HEALTH 2010 MEASUREMENT AND ETHICAL EVALUATION OF HEALTH INEQUALITIES**  
12-16 July 2010  
Geneva, Switzerland  
Website: www.brocher.ch/pages/programme.asp

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ**  
15-18 Ιουλίου 2010, Πύλος  
Οργάνωση: Καρδιολογικό Τμήμα Ασκληπιείο Βούλας  
INFO: Τηλ.: 210 9311004-6  
E-mail: sparadopoulos@eventmakers.gr

**CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION ANNUAL NATIONAL CONGRESS**  
22-25 July 2010  
St John's, Newfoundland  
Website: www.physiotherapy.ca  
Email: tarakawa@physiotherapy.ca

**EXERCISE AND PHYSICAL ACTIVITY IN AGING CONFERENCE BLENDING RESEARCH AND PRACTICE**  
29-31 July 2010  
Indianapolis, USA  
Website: www.expaac.org

**II CONGRESS OF THE SOUTH AMERICA REGION OF WCPT**  
18-21 August 2010  
Santiago, Chile

Web: www.congresoclafk2010.com/  
Email: info@congresoclafk2010.com

**28ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΩΝ**  
22-26 Αυγούστου 2010, Αθήνα  
Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών  
INFO: TRIAENA TOURS & CONGRESS A.E  
Τηλ.: 210 7499300, 374  
Fax: 210 7705752  
E-mail: info@ialpathens2010.gr  
Website: www.ialpathens2010.gr

**GUIDELINES INTERNATIONAL NETWORK (G-I-N) CONFERENCE 2010**  
25-28 August 2010  
Hosted by the American College of Chest Physicians  
Chicago, Illinois, USA  
Website: www.gin2010.org/

**WORLD PHYSICAL THERAPY DAY**  
8 September 2010  
WCPT has designated 8 September, the date WCPT was founded in 1951, as World Physical Therapy Day.

**2010 BONE AND JOINT DECADE GLOBAL NETWORK CONFERENCE**  
10-11 September 2010  
Lund, Sweden  
Website: www.bjdonline.org

**9ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΣΧΙΟΥ**  
9-11 Σεπτεμβρίου 2010, Αθήνα  
Ξενοδοχείο "Hilton"  
Οργάνωση: Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ισχίου  
INFO: Τηλ.: 210 3244932  
Fax: 210 3250660  
E-mail: info@ehs2010.com  
Website: www.ehs2010.com

**5th INTERNATIONAL MEETING OF THE ONASSIS CARDIAC SURGERY CENTER**  
16-18 Σεπτεμβρίου 2010, Αθήνα

Ευγενίδιο Ίδρυμα  
INFO: TRIAENA TOURS & CONGRESS A.E  
Τηλ.: 210 7499300  
Fax: 210 7705752  
E-mail: congress@triaenatours.gr  
Website: www.triaenatours.gr

**2010 EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS) ANNUAL CONGRESS**  
18-22 September 2010, Barcelona, Spain  
INFO: Conference Secretariat: ERS 2010 c/o K.I.T. Group GmbH  
Tel.: 49-0-30-246-032-20  
Fax: 49-0-30-246-032-00  
E-mail: ers2010registration@kit-group.org

**CENTRAL EUROPEAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY (CECR2010)**  
22-24 September 2010, Sopron, Hungary  
INFO: Prof Gyula Poor  
Tel.: 36-1-336-0464  
E-mail: titkarsag@mre.hu

**2010 WORLD CONGRESS ON OSTEOARTHRITIS**  
23-26 September 2010, Brussels, Belgium  
SQUARE-Brussels Meeting Centre  
INFO: Website: www.oarsi.org

**6ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
23-26 Σεπτεμβρίου 2010, Λουτράκι  
Ξενοδοχείο "Club Hotel Casino Loutraki"  
INFO: E-VIP events & congresses  
Τηλ.: 27550 22201  
Fax: 27550 23993  
E-mail: e-vip@otenet.gr  
Website: www.e-vip.com.gr

**4th INTERNATIONAL WORKSHOP OF PREVENTIVE GERIATRICS. "THE ROLE OF NUTRITION AND PHYSICAL EXERCISE**

**IN THE AGING PROCESS"**  
24-25 Σεπτεμβρίου 2010, Πολιτιστικό Κέντρο Δελφών  
Οργάνωση: Centre D' Etudes Et De Formation Sur Vieillessement, Ελληνο-Γαλλική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης και Έρευνας Αρτισκλήρυνσης, ΕΛΕΓΕΙΑ  
INFO: Goldair Congress  
Τηλ.: 210 3274570  
Fax: 210 3311021  
E-mail: congress@goldair.gr  
Website: www.congress.goldair.gr

**8th CENTRAL EUROPEAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY**  
25-26 September 2010, Sopron, Hungary  
Liszt Ferenc Conference and Cultural Center  
INFO: www.mre.hu/cecr2010  
Website: www.mre.hu/cecr2010

**2nd WORLD PARKINSON CONGRESS**  
28 Sep - 1 Oct 2010  
Glasgow, Scotland  
Website: www.worldpdcongress.org

**ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ**  
1-3 Οκτωβρίου 2010, Βόλος  
Ξενοδοχείο "XENIA"  
Οργάνωση: Γ' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας, Β' Παθολογική κλινική Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

INFO: KEΓM CONGRESS WORLD  
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025  
Fax: 210 72 10051  
E-mail: info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr  
Website: www.congressworld.gr

**13ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**  
7-9 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα  
Ξενοδοχείο "Divani Caravel", Αίθουσα HORIZON  
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας Αθηροσκληρώσεως και Αγγειακής Νόσου  
INFO: KEΓM CONGRESS WORLD  
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025  
Fax: 210 72 10051  
E-mail: info@congressworld.gr, lipid\_athero@yahoo.gr  
Website: www.congressworld.gr, www.eelia.gr

**2nd WORLD HEALTH SUMMIT**  
10-13 October 2010  
Website: www.worldhealthsummit.org

**66ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**  
13-16 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα  
Ξενοδοχείο "Athens Hilton"  
Οργάνωση: ΕΕΧΟΤ  
INFO: Τηλ.: 210 3244932, Fax: 210 3250660  
E-mail: eexot2010@eexot2010.gr  
Website: www.eexot2010.gr

**CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY CONGRESS 2010**  
15-16 October 2010  
Liverpool, UK  
Website: www.cspcongress.co.uk

**19ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ**  
21-24 Οκτωβρίου 2010, Ρόδος  
Ξενοδοχείο "Rodos Palace"  
Οργανωτής: Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία  
INFO: GOLDAIR Congress  
Τηλ.: 210 3274570  
Fax: 210 3311021  
E-mail: congress@goldair.gr  
Website: www.congress.goldair.gr

**PHYSIOEUROPE AND**

**BEYOND CHALLENGES FOR PHYSIOTHERAPISTS WORKING IN END-OF-LIFE-CARE**  
25-26 October 2010  
Website: www.stchristophers.org.uk/physioeurope

**2nd INTERNATIONAL PAIN SYMPOSIUM**  
26-28 October 2010, Riyadh, Saudi Arabia  
INFO: Secretariat: Academic and Training Affairs, CME Section  
Tel.: 00-966-1442-7238  
Fax: 00-966-1442-4153  
E-mail: web-symposia@kfshrc.edu.sa

**SECOND INTERNATIONAL CONFERENCE ON VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR- FROM AWARENESS TO SUSTAINABLE ACTION**  
27-29 October 2010  
Amsterdam, Netherlands  
Website: www.oudconsultancy.nl/Violence-Healthsector/program.html

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ**  
27-30 Οκτωβρίου 2010, Βόλος  
Ξενοδοχείο "Valis Resort"  
INFO: ARTION Conferences & Events

**DROP3 (DEBRECEN RHEUMATOLOGY PROGRAM)-VASCULAR RHEUMATOLOGY AND IMMUNOLOGY**  
28-31 October 2010, Debrecen, Hungary  
INFO: Prof Dr Zoltan Szekanecz  
Tel.: 36-52-255-091  
Fax: 36-52-255-091  
E-mail: szekanecz@gmail.com

**14th WORLD SOCIETY OF PAIN CLINICIANS CONGRESS (WSPC 2010)**  
28-31 October 2010, Beijing, China  
INFO: KENES International

Tel.: 41-229-080-488  
Fax: 41-229-069-140  
E-mail: wspc@kenes.com

**23ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ**  
4-7 Νοεμβρίου 2010, Θεσσαλονίκη  
Ξενοδοχείο "Makedonia Palace"  
INFO: Global Events  
Τηλ.: 2310 247734  
Fax: 2310 247746  
E-mail: info@globalevents.gr  
Website: www.globalevents.gr

**3RD EUROPEAN CONGRESS ON PHYSIOTHERAPY EDUCATION**  
8-9 November 2010  
Vienna, Austria  
Website: www.congress2012.physioaustria.at

**EUROPEAN CONFERENCE ON REHABILITATION (ECRI) "THE UNITED NATIONS' CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES AND REHABILITATION IN EUROPE-EFFECTS ON INDIVIDUALS AND REHABILITATION MANAGEMENT"**  
9-10 November 2010  
Copenhagen, Denmark  
Email: jan.johansen@stab.rm.dk  
Web: www.riglobal.org/documents/announcement2010.pdf

**7TH INTERDISCIPLINARY WORLD CONGRESS ON LOW BACK & PELVIC PAIN**  
9-12 November 2010  
Los Angeles, USA  
Email: info@worldcongresslbp.com  
Website: www.worldcongresslbp.com

**5ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΗΜΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & 2nd EUROPEAN CONFERENCE OF**

**AEROSPACE MEDICINE**  
10-13 Νοεμβρίου 2010, Αθήνα  
INFO: Triaena Tours & Congresses  
E-mail: congress@triaenatours.gr  
Website: www.triaenatours.gr

**8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΣ - ΑΓΓΕΙΩΝ**  
18-20 Νοεμβρίου, Αθήνα  
INFO: Triaena Tours & Congresses  
E-mail: congress@triaenatours.gr  
Website: www.triaenatours.gr

**AMERICAN SOCIETY OF REGIONAL ANESTHESIA AND PAIN MEDICINE (ASRA) 2010 ANNUAL PAIN MEDICINE MEETING AND WORKSHOPS**  
18-21 November 2010, Phoenix, AZ, United States  
INFO: Meeting Organiser: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine  
Tel.: 847-825-7246  
E-mail: asra@asahq.org

**22ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ**  
1-4 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα  
Ξενοδοχείο "Hilton"  
INFO: Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία  
Τηλ.: 210-6107213  
Fax: 210-6107864  
E-mail: info@themateam.gr

**ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΦΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
10-12 Δεκεμβρίου 2010, Αράκωβα  
Ξενοδοχείο ANEMOLIA  
Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
INFO: KEΓM CONGRESS WORLD  
Τηλ.: 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025  
Fax: 210 72 10051  
E-mail: info@congressworld.gr, ev@congressworld.gr  
Website: www.congressworld.gr





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
(Ν.Π.Δ.Δ.)



**ΑΙΤΗΣΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ (ΚΑΕ 0529-01)**  
ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ..... ΕΩΣ .....

**ΘΕΜΑ: ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**  
(πληρωμής λογαριασμού)

**ΠΡΟΣ**

ΥΠΑΔ .....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση φυ-  
σιοθεραπευτικών πράξεων ασφαλισμένων του  
Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του  
Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) μαζί με εγκεκριμένες εντολές  
περίθαλψης για το χρονικό διάστημα από

**ΜΗΝΑ/ΕΤΟΣ** .....

**ΑΡ.ΕΝΤΟΛΩΝ** .....

**ΑΡ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ- ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ** .....

**ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ** ..... €

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές  
Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συ-  
μπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες  
σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία  
Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την  
εξόφληση του λογαριασμού.

...../...../20.....  
(ΤΟΠΟΣ)

**Πρωτότυπη Υπογραφή:**

**Πρωτότυπη Σφραγίδα**

**ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

|   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| G | R |  |  | 1 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

**ΝΕΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

**Εγγραφές και επανεγγραφές στο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου**  
**«Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών»**

Αγαπητοί/-τές Συνάδελφοι,  
Η Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών σας ενημερώνει ότι σύμφωνα με τον Νόμο 3599/2007, που αναβάθμισε τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών σε Ν.Π.Δ.Δ., πρέπει όλοι οι φυσικοθεραπευτές που ασκούν επάγγελμα στην Ελλάδα να εγγραφούν στον Π.Σ.Φ. Ν.Π.Δ.Δ. ή να επανεγγραφούν και όσοι είναι ήδη γραμμένοι από το 2008.

Λόγω της μορφοποίησης του νέου αρχείου του Συλλόγου και τις επικείμενης δημιουργίας των Περιφερειακών Τμημάτων η παραπάνω υποχρέωση θα πρέπει να γίνει εντός του 2009. Φυσικοθεραπευτής μη εγγραφόμενος στον Σύλλογο στερείται του δικαιώματος άσκησης του επαγγέλματος, άρθρο 17, §2β Ν. 3599/2007.

Την υποχρέωση αυτή έχουν όλοι οι φυσικοθεραπευτές ανεξάρτητα από την εργασιακή τους σχέση (δημόσιοι υπάλληλοι, στρατιωτικοί, ιδιοκτήτες εργαστηρίου φυσικοθεραπείας, ιδιωτικοί υπάλληλοι, υπάλληλοι ασφαλιστικών ταμείων, υπάλληλοι ΚΑΠΗ, κ.λπ.). Η εγγραφή ή η επανεγγραφή δύναται να γίνει μόνον στην Αθήνα, στην Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή που έχει ορισθεί με υπουργική απόφαση, στην οδό Γκυϊλφόρδου 12, Αθήνα, 10434, τηλ. 210-8213905-334, fax 210-8213760, προσωπικά ή ταχυδρομικώς.

- Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για εγγραφή είναι:
- Αίτηση εγγραφής (συνοδεύει την ανακοίνωση)
  - Επικυρωμένο αντίγραφο πτυχίου
  - Επικυρωμένο αντίγραφο της ισοτιμίας πτυχίου για αποφοίτους σχολών του εξωτερικού
  - Επικυρωμένη φωτοτυπία άδεια ασκήσεως επαγγέλματος
  - Επικυρωμένη φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
  - Υπεύθυνη δήλωση πραγματικής άσκησης του επαγγέλματος
  - 2 φωτογραφίες για ταυτότητα

- Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για επανεγγραφή είναι:
- Αίτηση επανεγγραφής
  - Υπεύθυνη δήλωση πραγματικής άσκησης του επαγγέλματος
  - 2 φωτογραφίες για ταυτότητα

και να καταθέσετε, αν στείλετε ταχυδρομικώς τα δικαιολογητικά, 90€ (για εγγραφή) ή 60€ (για επανεγγραφή) με ταχυδρομική επιταγή στη Γραμματεία του Συλλόγου ή σε λογαριασμό της **Εθνικής Τράπεζας 118/480051-68** στο όνομα του Π.Σ.Φ. (**να αναγράφεται το όνομα του καταθέτη**), τα οποία είναι 30€ εγγραφή και 60€ συνδρομή έτους. Για όσους είναι ήδη γραμμένοι από το 2008 απαιτείται μόνο η συνδρομή του έτους.

Για οποιαδήποτε άλλη πληροφορία μπορείτε να επικοινωνήσετε με την γραμματεία του Συλλόγου, καθημερινά 9.00 - 17.00.

Ευχαριστούμε θερμά

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΜΠΟΥΖΙΚΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ Δ.Ε. ΤΟΥ Π.Σ.Φ.  
Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΠΙΚΡΑΜΕΝΟΣ ΣΤΑΣΙΝΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ  
Γκυλιφόρδου 12 - ΑΘΗΝΑ - 10434 Τηλ.: 2108213905 - 2108213334/fax: 2108213760

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

|                                                             |                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ΕΠΩΝΥΜΟ .....                                               | ΟΝΟΜΑ .....           |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ .....                                          | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ .....    |
| ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....                                        | ΙΘΑΓΕΝΕΙΑ .....       |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....                                   | ΑΡΙΘΜΟΣ .....         |
| ΠΕΡΙΟΧΗ .....                                               | ΠΟΛΗ ..... Τ.Κ .....  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....                                              | ΚΙΝΗΤΟ .....          |
| FAX .....                                                   | E-MAIL .....          |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....                                    | ΑΡΙΘΜΟΣ .....         |
| ΠΕΡΙΟΧΗ .....                                               | ΠΟΛΗ ..... Τ.Κ .....  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....                                              |                       |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ .....                       | ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ .....   |
| ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ .....                                     |                       |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΤΥΧΙΟΥ .....                          |                       |
| ΟΡΓΑΝΟ ΕΚΔΟΣΗΣ ΙΣΟΤΙΜΙΑΣ ΠΤΥΧΙΟΥ .....                      |                       |
| ΝΟΜΑΡΧΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ .....         |                       |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ..... |                       |
| ΑΛΛΟ ΠΤΥΧΙΟ ΠΕ ή ΤΕ .....                                   |                       |
| ΞΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ .....                                           | ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ ..... |
| ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ .....                                            |                       |
| ΕΡΓΑΣΙΑ .....                                               |                       |

☐ ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ☐ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΚΑΠΗ

☐ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ☐ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ☐ ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΑΝΕΡΓΟΣ .....

ΕΤΕΡΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ .....

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ .....

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Π.Σ.Φ.

☐ ΤΜΗΜΑ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

☐ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

☐ ΤΜΗΜΑ MANUAL THERAPY

Ο / Η ΔΗΛ.....