



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΙΝΗΤΡΟΥ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ. ΕΥΕΞΙΑ
ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ Ή ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ?

ΜΠΑΝΤΑΚ ΒΑΤΖΙΠ
ΤΣΟΥΝΑΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. ΦΟΥΣΕΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
Καθηγητής Εφ. Φυσικοθεραπείας

ΑΙΓΙΟ 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά το προσωπικό των γυμναστηρίων που επισκεφθήκαμε, αφού μας έδωσαν την άδεια να παρευρεθούμε στο χώρο τους, αλλά και για την κατανόηση που έδειξαν κατά τη διάρκεια συλλογής και καταγραφής των δεδομένων.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθειά τους, τους ανθρώπους που συμμετείχαν στην έρευνα και που υπομονετικά απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τον εκπαιδευτικό και καθοδηγητή της πτυχιακή μας εργασίας κ. Φουσέκη Κωνσταντίνο για την στήριξή του σε αυτή μας την προσπάθεια. Για το ενδιαφέρον του σε κάθε δυσκολία που αντιμετωπίσαμε κ για τη βοήθεια που μας προσέφερε όχι μόνο κατά την εκτέλεση αλλά κ την καταγραφή της πτυχιακής μας εργασίας.

Και τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους εκπαιδευτικούς του τμήματος φυσικοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Αιγίου για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν.

ΜΠΑΝΤΑΚ ΒΑΤΖΙΠ
ΤΣΟΥΝΑΚΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ.....	ii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	vii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ		1
1.1	Φύση του προβλήματος.....	1
1.2	Σκοπός της πτυχιακής εργασίας	3
1.3	Μεταβλητές της έρευνας	3
1.4	Στατιστικές ανάλυσης.....	4
1.5	Οριοθετήσεις και περιορισμοί.....	5
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ		6
2.1.	Κυριότερες μυοσκελετικές παθήσεις.....	6
2.2.	Θεραπεία-Αποκατάσταση κυριότερων μυοσκελετικών παθήσεων.....	13
2.3.	Γυμναστήρια – Χώροι μαζικής εκγύμνασης.....	21
2.4.	Στόχοι- σκοποί γυμναστηρίων.....	23
2.5.	Κίνητρο συμμετοχής.....	24
3. ΜΕΘΟΔΟΣ		26
3.1.	Δείγμα.....	26
3.2.	Όργανα μέτρησης.....	27
3.3.	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	27
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		28
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ		68
5.1	Κύρια ερευνητικά συμπεράσματα.....	68
5.2	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	71
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		73
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		76

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

		Σελίδα
Σχήμα 4.1.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου-ιδιότητας.</i>	31
Σχήμα 4.2.	<i>Ανάλυση σχέσης φύλου – έτη εκγύμνασης.</i>	32
Σχήμα 4.3.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου – συστάσεις εκγύμνασης.</i>	33
Σχήμα 4.4.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - υποβολή ελέγχου ιατρικών εξετάσεων.</i>	33
Σχήμα 4.5.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - τελευταία υποβολή σε ιατρικές εξετάσεις.</i>	34
Σχήμα 4.6.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - εβδομαδιαίο χρόνο εκγύμνασης.</i>	35
Σχήμα 4.7.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμμετοχή σε ομαδικά ή μη προγράμματα.</i>	35
Σχήμα 4.8.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - υπεύθυνου διαμόρφωσης του προγράμματος.</i>	36
Σχήμα 4.9.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - είδος του προγράμματος.</i>	37
Σχήμα 4.10.	<i>Ανάλυση της σχέση φύλου – επιτήρηση.</i>	38
Σχήμα 4.11.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - χρονιότητα της πάθησης.</i>	39
Σχήμα 4.12.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - ύπαρξη των συμπτωμάτων.</i>	40
Σχήμα 4.13.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμπεριφορά των συμπτωμάτων.</i>	41
Σχήμα 4.14.	<i>Ανάλυσης της σχέσης φύλου – υπεύθυνος αρχικής διάγνωσης</i>	42
Σχήμα 4.15.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - προτάσεις αντιμετώπισης</i>	43
Σχήμα 4.16.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμπεριφορά των συμπτωμάτων μετά την συμμετοχή στο πρόγραμμα.</i>	44
Σχήμα 4.17.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου - επιπλέον αποτελέσματα της εκγύμνασης.</i>	45

Σχήμα 4.18.	<i>Ανάλυση σχέσης φύλου – καταγραφή προόδου.</i>	46
Σχήμα 4.19.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου – Επικοινωνία ιατρού με γυμναστή.</i>	46
Σχήμα 4.20.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου – κινήτρου εκγύμνασης.</i>	47
Σχήμα 4.21.	<i>Ανάλυση της σχέσης φύλου – διάγνωσης</i>	48
Σχήμα 4.22.	<i>Ανάλυση της σχέσης κινήτρου συμμετοχής – υπεύθυνου προγράμματος.</i>	51
Σχήμα 4.23.	<i>Ανάλυση της σχέσης του κινήτρου συμμετοχής – εβδομαδιαίο χρόνο εκγύμνασης.</i>	53
Σχήμα 4.24.	<i>Ανάλυση της σχέσης του κινήτρου συμμετοχής – είδος προγράμματος</i>	55
Σχήμα 4.25.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- υποβολή σε ιατρικές εξετάσεις.</i>	57
Σχήμα 4.26.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση-τελευταίος ιατρικός έλεγχος.</i>	58
Σχήμα 4.27.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εβδομαδιαίος χρόνος εκγύμνασης.</i>	59
Σχήμα 4.28.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- ομαδική ή μη συμμετοχή.</i>	60
Σχήμα 4.29.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- υπεύθυνος του προγράμματος</i>	60
Σχήμα 4.30.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- είδος του προγράμματος.</i>	61
Σχήμα 4.31.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εξέλιξη του προγράμματος.</i>	62
Σχήμα 4.32.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- καταγραφή της προόδου.</i>	62
Σχήμα 4.33.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- διάγνωση</i>	63
Σχήμα 4.34.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- χρονιότητα της πάθησης</i>	64
Σχήμα 4.35.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εμφάνιση</i>	64

	<i>συμπτωμάτων.</i>	
Σχήμα 4.36.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- συμπεριφορά των συμπτωμάτων.</i>	65
Σχήμα 4.37.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση -σε ποιον απευθύνθηκαν.</i>	66
Σχήμα 4.38.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- πρόταση των ειδικών.</i>	67
Σχήμα 4.39.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- συμπεριφορά των συμπτωμάτων μετά το πρόγραμμα.</i>	68
Σχήμα 4.40.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- επιπλέον αποτελέσματα.</i>	69
Σχήμα 4.41.	<i>Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- επικοινωνία ιατρού με τον γυμναστή</i>	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελίδα
Πίνακας 3.1.	<i>Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σωματομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος</i>	29
Πίνακας 4.1.	<i>Ποσοστιαία ανάλυση σχέσης φύλου είδους προγράμματος</i>	37
Πίνακας 4.2.	<i>Ποσοστιαία ανάλυση σχέσης φύλου – κινήτρου.</i>	47
Πίνακας 4.3.	<i>Ποσοστιαία ανάλυση της σχέσης κινήτρου συμμετοχής υπεύθυνου προγράμματος.</i>	50
Πίνακας 4.4.	<i>Ποσοστιαία ανάλυση σχέσης κίνητρο συμμετοχής-είδος προγράμματος.</i>	56

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

		Σελίδα
Εικόνα 2.1.	<i>Άνδρας με οσφυαλγία</i>	7
Εικόνα 2.2.	<i>Άνδρας με αυχεναλγία</i>	9
Εικόνα 2.3.	<i>Κλινική εικόνα αρθρίτιδας</i>	11
Εικόνα 2.4.	<i>Άνδρας με κύφωση</i>	13
Εικόνα 2.5.	<i>Γυναίκες με σκολίωση</i>	14
Εικόνα 2.6.	<i>Αυχενικό περιλαίμιο</i>	17
Εικόνα 2.7.	<i>Κηδεμόνας κύφωσης</i>	21
Εικόνα 2.8.	<i>Κηδεμόνες Boston και Milwaukee</i>	23
Εικόνα 2.9.	<i>Αίθουσες και χώροι γυμναστηρίου</i>	24
Εικόνα 2.10.	<i>Επιπλέον υπηρεσίες γυμναστηρίου</i>	25

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης	A.M.Σ.Σ.
Θωρακική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης	Θ.Μ.Σ.Σ.
Μέσος όρος	M.O.
Οσφυϊκή Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης	O.M.Σ.Σ.
Πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος	Π.Χ.Σ
Σπονδυλική Στήλη	Σ.Σ.
Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών	ΕΛ.Ι.Ρ.Ε.
Φύλλο Ελληνικής Κυβερνήσεως	Φ.Ε.Κ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης σε γυμναστήρια με απώτερο σκοπό την θεραπεία- αποκατάσταση κάποιας πάθησης. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η αξιολόγηση των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών του κινήτρου συμμετοχής σε προγράμματα μαζικής εκγύμνασης

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 130 άτομα (70 άνδρες και 60 γυναίκες) με μ.ο. ηλικίας 29,86 έτη, μ.ο. ύψους 1,72 εκ. και βάρους 74,69 kg οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο διερεύνησης των κινήτρων άθλησης σε χώρους μαζικής εκγύμνασης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη από τους συγγραφείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η απώλεια βάρους ήταν το κύριο κίνητρο συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης με ποσοστό 31.4%. Ακολουθούσαν η ευεξία με 24%, η ενδυνάμωση με 21.5 % και η αποκατάσταση με ποσοστό 21%. Σημαντικό είναι ότι στο 25% αυτών που συμμετείχαν για αποκατάσταση τα αποτελέσματα της εκγύμνασης δεν ήταν τα επιθυμητά αφού τα συμπτώματα αυξήθηκαν αντί να μειωθούν. Το πρόγραμμα των ασθενών ήταν κατά το 48,1% διαμορφωμένο από τους γυμναστές ενώ στο 81% των περιπτώσεων ο γυμναστής δεν ερχόταν σε επικοινωνία με τον ιατρό. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι για το 59% δεν σημειωνόταν η πρόοδος ενώ για το 63% των ασθενών το πρόγραμμα παρέμενε σταθερό. Μόνο το 51,9% των ασθενών είχε υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα και από το υπόλοιπο 48,1% σχεδόν οι μισοί είχαν πάνω από ένα χρόνο να επανεξεταστούν..

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτών που συμμετέχουν σε προγράμματα αποκατάστασης σε γυμναστήρια έχει ως κίνητρο συμμετοχής την αποκατάσταση. Αυτή η πρακτική περιλαμβάνει σημαντικούς παράγοντες κινδύνου που ίσως εμποδίζουν την ιδανική πορεία της αποκατάστασης καθώς το πρόγραμμα δεν ανταποκρινόταν στις ειδικές ανάγκες των ασθενών και της πάθησης τους. Ειδικότερα δεν υπήρχε επίβλεψη και αξιολόγηση της προόδου της πάθησης και των συμπτωμάτων της και το πιο σημαντικό, δεν υπήρχε επαφή με τον ιατρό και τον

φυσικοθεραπευτή. Είναι λοιπόν κατανοητό ότι πρέπει να δημιουργηθούν στρατηγικές καλύτερης ενημέρωσης των ασθενών και άλλων εμπλεκομένων στις διάφορες μορφές παροχής υγείας για τους κινδύνους που περικλείει η ανεξέλεγκτη και μη σχεδιασμένη προσπάθεια αποθεραπείας σε χώρους και προγράμματα που δεν εποπτεύονται και δημιουργούνται από ειδικούς της αποκατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οι εργονομικές στάσεις κατά την εργασία και ξεκούραση, η ψυχολογική πίεση και οι ανάγκες της σύγχρονης ζωής, οδηγούν σε υιοθέτηση λανθασμένων προτύπων στάσης που συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση σημαντικών μυοσκελετικών παθήσεων που δυσχεραίνουν την λειτουργικότητα των ανθρώπων. Οι κυρίες μυοσκελετικές παθήσεις είναι α) οσφυαλγία, β) αυχεναλγία γ) αρθρίτιδα, δ) κύφωση, ε) σκολίωση

Ο όρος *οσφυαλγία* υποδηλώνει λειτουργικές διαταραχές που οδηγούν σε επώδυνο αίσθημα στην περιοχή της μέσης, που ποικίλλει σε διάρκεια (οξεία ή χρόνια) και σε ένταση (βύθιος έως αφόρητος πόνος). Μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και των παρακείμενων μυών (σπονδυλαρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, διάστρεμμα ή διάταση) ή να αποτελεί εκδήλωση πάθησης κάποιου ενδοκοιλιακού οργάνου (νεφροί, έσω γεννητικά όργανα). Πολλές φορές μπορεί να συνοδεύεται από ισχιαλγία, την πίεση νευρικής ρίζας η οποία μπορεί να προκαλεί έντονο καυστικό πόνο, και μουδιάσματα κατά μήκος του ισχιακού νεύρου (Evans, 2008). *Αυχεναλγία* ονομάζεται ο πόνος που εμφανίζεται στον αυχένα και επηρεάζει το 10% του πληθυσμού κάθε χρόνο. (Magee, 2006). *Η κύφωση* (από την λέξη «κύφος», η οποία σημαίνει «καμπούρα») ή καμπούρα είναι μια κοινή κατάσταση καμπυλότητας της ανώτερης σπονδυλικής στήλης. Μπορεί να είναι είτε το αποτέλεσμα εκφυλιστικών νόσων (όπως αρθρίτιδας), είτε αναπτυξιακών προβλημάτων, οστεοπόρωσης με κάταγμα συμπίεσης του σπονδύλου, και /ή τραύματος (Παπαβασιλείου, 2003). Με τον όρο *Σκολίωση* περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα “C” ή “S”. Εμφανίζεται στο 2% του πληθυσμού και από αυτούς το 0,5% έχει σοβαρό πρόβλημα (Παπαβασιλείου, 2003). *Η ρευματοειδής αρθρίτιδα* κατά τον Χαροκόπο (2005) είναι μία χρόνια γενικευμένη φλεγμονώδης διαταραχή που προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα και τα τενόντια έλυτρα, δημιουργώντας συμμετρική πολυαρθρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από πόνο στην κίνηση ή στην ψηλάφηση των αρθρώσεων. Οι αρθρώσεις μπορεί να παρουσιάζουν σημεία φλεγμονής όπως ερυθρότητα, οίδημα μαλακών μορίων, υπερτροφία του αρθρικού θύλακα και αύξηση των αρθρικού υγρού.

Η αποκατάσταση επέρχεται με διάφορους τρόπους ανάλογα με τη σοβαρότητα της πάθησης και το στάδιο εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται. Ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αφήνει το πρόβλημα ως έχει είτε λόγω αμέλειας είτε λόγω οικονομικών δυσκολιών.

Η αντιμετώπιση λοιπόν, των παραπάνω μυοσκελετικών παθήσεων πραγματοποιείται είτε με συντηρητικό τρόπο μέσω: α) φαρμακευτικής αγωγής, β) φυσικοθεραπείας γ) βελονισμού δ) ομοιοπαθητικής είτε μέσω χειρουργικής επέμβασης. Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι ο έλεγχος της πάθησης μέσω της αντιμετώπισης των οξέων συμπτωμάτων, την πρόληψη των υποτροπών και τη διατήρηση αυτής της βελτίωσης, χωρίς βλαβερές συνέπειες για τον ασθενή. (Reid et al., 1999). Η φυσικοθεραπεία είναι ο παραϊατρικός κλάδος που ασχολείται με την εφαρμογή διάφορων φυσικών μέσων και μεθόδων στο ανθρώπινο σώμα, με σκοπό να βοηθήσει στην πληρέστερη αποκατάσταση του ασθενή. Στοχεύει λοιπόν, στην μετρίαση της οξύτητας ή και στην εξάλειψη της εμφάνισης των συμπτωμάτων προκειμένου , να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του ασθενή και να τον καταστήσει ικανό να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες αυξάνοντας την ποιότητα της ζωής του (Μιχαελίας, 2005). Σκοπός του βελονισμού είναι η φυσιολογία του οργανισμού , να οδηγηθεί δηλαδή ο οργανισμός στο φυσιολογικό του επίπεδο. Μέσω αυτής της κατάστασης προκαλείται η ρύθμιση της ενέργειας , η αυτορύθμιση και κατ' επέκταση η θεραπεία (Evans, 2001).

Η ομοιοπαθητική από την πλευρά της έχει σαν στόχο να δημιουργήσει τον καλύτερο αρμονικό συντονισμό για το σώμα και χρησιμοποιεί δυναμοποιημένα συστατικά ώστε να δημιουργήσει αυτή τη συνεργητική δύναμη που θα διεγείρει το σώμα ώστε να θεραπεύσει τον εαυτό του (Ullman, 1991). Σύμφωνα με τον Πετρίδη (2004), χειρουργική επέμβαση είναι μία σειρά χειρισμών που επιτυγχάνουν ένα συγκεκριμένο και επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Επιλέγεται σε ακραίες καταστάσεις και είναι αποτελεσματική μέθοδος αφού ανακουφίζει αποτελεσματικά τον πόνο, εξαλείφει την δυσκαμψία και άλλα συνοδά συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν. Συνήθως όμως, αποφεύγεται λόγω των μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της τάσης για συμμετοχή σε προγράμματα μαζικής εκγύμνασης σε γυμναστήρια με σκοπό την αποκατάσταση. Οι άνθρωποι φαίνεται ότι καταφεύγουν εκεί όχι μόνο για ενδυνάμωση, απώλεια βάρους ή ευεξία που είναι ο κύριος ρόλος και ο σκοπός λειτουργίας των γυμναστηρίων σύμφωνα με το ΦΕΚ περί επαγγελματικών δικαιωμάτων των

γυμναστών, αλλά αναζητούν εκεί τη θεραπεία μέσω κάποιων προγραμμάτων αποκατάστασης που εκτελούνται από γυμναστές. Είναι η λεγόμενη θεραπευτική γυμναστική η οποία έχει παρερμηνευθεί αφού σκοπό δεν έχει να αποκαταστήσει αλλά μάλλον να προλάβει την εμφάνιση επώδυνων μυοσκελετικών καταστάσεων.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η θεωρητικά συνεχόμενα αυξανόμενη προτίμηση συμμετοχής ασθενών σε γυμναστήρια-χώρους μαζικής εκγύμνασης αντί για εργαστήρια φυσικοθεραπείας για την αποκατάστασή τους, οδήγησε στην ανάγκη ποσοτικοποίησης και επιβεβαίωσης αυτής της τάσης. Ιδιαίτερη βάση δόθηκε στην καταγραφή των ποσοτικών χαρακτηριστικών των κινήτρων συμμετοχής των ανθρώπων σε προγράμματα αποκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της εργασίας ήταν η καταγραφή στοιχείων σχετικά με α) την προτροπή για εκγύμναση, β) τον υπεύθυνο διαμόρφωσης του προγράμματος, γ) το είδος του προγράμματος δ) την επιτήρηση, ε) την εξέλιξη του προγράμματος, στ) την καταγραφή της προόδου του ασθενή ζ) την επικοινωνία του ιατρού με τον γυμναστή, η) την εμφάνιση και συμπεριφορά των συμπτωμάτων πριν και μετά τη συμμετοχή των ασθενών στο πρόγραμμα, θ) την ύπαρξη επιπλέον αποτελεσμάτων της εκγύμνασης.

1.3 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι μεταβλητές της παρούσας έρευνας ήταν:

Μεταβλητές Φυσικών Χαρακτηριστικών

Φύλο

Ηλικία

Βάρος

Επάγγελμα

Μεταβλητές αθλητικών χαρακτηριστικών

Αν είναι αθλητής ή όχι

Έτη που γυμνάζεται συνολικά

Μεταβλητές Συμμετοχής σε γυμναστήρια

Ποιος έχει συστήσει να γυμνάζονται

Αν έχουν υποβληθεί σε κάποιον ιατρικό έλεγχο και πριν πόσο καιρό έγινε η τελευταία εξέταση

Πόσες ώρες γυμνάζονται εβδομαδιαίως

Ποιος διαμόρφωσε το πρόγραμμα

Σε τι είδους πρόγραμμα συμμετέχουν. Αερόβιο, ενδυνάμωσης με βάρη, ασκήσεις σε πισίνα, διατάσεις ή κάτι άλλο?

Αν το πρόγραμμα παραμένει σταθερό ή αλλάζει

Αν υπάρχει επιτήρηση από κάποιον στο γυμναστήριο ο οποίος να παρακολουθεί αν γίνεται σωστά η κάθε άσκηση

Μεταβλητές κινήτρου συμμετοχής σε προγράμματα εκγύμνασης

Ποιο είναι το κίνητρο συμμετοχής τους. Συμμετέχουν για ευεξία, απώλεια βάρους, ενδυνάμωση, αποκατάσταση πρόληψη μελλοντικών παθήσεων ή κάτι άλλο?

Μεταβλητές χαρακτηριστικών παθολογικών συμμετεχόντων σε προγράμματα εκγύμνασης

Διάγνωση της πάθησης

Ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων την παρούσα περίοδο και σε ποια περιοχή

Σε ποιον απευθύνθηκαν για την αρχική διάγνωση

Ποια ήταν η πρόταση του υπεύθυνου της αρχικής διάγνωσης

Λίγα λόγια για το είδος του προγράμματος την διάρκεια, τα σεν και τις επαναλήψεις κατά την προθέρμανση, το κύριο μέρος του προγράμματος και την αποθεραπεία

Αν παρατηρήθηκε ή αύξηση των συμπτωμάτων

Ποια άλλα θεραπευτικά αποτελέσματα της εκγύμνασης παρατηρήθηκαν

Αν σημειωνόταν η πρόοδος από κάποιον

Και αν ερχόταν σε επικοινωνία ο γυμναστής με τον ιατρό

1.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS από το οποίο και εξάχθηκαν στατιστικά συμπεράσματα και στατιστικά περιγραφικά αποτελέσματα. Από τα δεδομένα αυτά, υπολογίσθηκαν οι συχνότητες για κάθε μία παράμετρο που αναλύθηκε.

Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν γραφικές παραστάσεις με τις ομαδοποιημένες τιμές ή τις τιμές κάθε μεταβλητής με την χρήση στατιστικών προγραμμάτων ή απλών προγραμμάτων γραφικών, με στόχο την άμεση και εύκολη κατανόηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκρινόμενων παραμέτρων.

1.5 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης πρέπει να αξιολογηθούν λαμβάνοντας υπόψη τους ακόλουθους περιορισμούς και οριοθετήσεις.

- Η έρευνα περιορίστηκε μόνο στη γεωγραφική περιοχή της Πάτρας και του Αιγίου.
- Στην Πάτρα υπήρχε πρόσβαση μόνο σε ένα γυμναστήριο όπου μας δόθηκε άδεια για έρευνα και συλλογή δεδομένων.
- Οι ώρες συλλογής των δεδομένων ήταν κυρίως απογευματινές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι συνηθέστερα παρατηρούμενες μυοσκελετικές παθήσεις σύμφωνα με το ποσοστό εμφάνισής τους είναι:

Οσφυαλγία

Κάθε άλγος στην περιοχή της οσφύος , ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί μπορεί να χαρακτηριστεί ως οσφυαλγία (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981). Ο Αμπατζίδης (1988) αναφέρει την περιοχή του πόνου ο οποίος εντοπίζεται στην περιοχή μεταξύ των κάτω ορίων του θωρακικού κλωβού έως τις λαγόνιες ακρολοφίες και τις γλουτιαίες πτυχές, ενώ πολλές φορές η οσφυαλγία συνοδεύεται από ισχιαλγία, δηλ. επέκταση του πόνου κατά μήκος του μηρού και της κνήμης φθάνοντας σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι τα δάκτυλα του ποδιού.



Εικόνα 2.1.:

Άνθρωπος με

οσφυαλγία. (τροποποιημένο από http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2842)

Ανάλογα με τη διάρκειά της η οσφυαλγία διακρίνεται σε τρεις μορφές: α) Στην οξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια μικρότερη από 6 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 85% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας, β) στην υποξεία οσφυαλγία που έχει διάρκεια από 6 μέχρι 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 10% όλων των

περιπτώσεων οσφυαλγίας, γ)στη χρόνια οσφυαλγία που έχει διάρκεια μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες και αντιπροσωπεύει το 5% όλων των περιπτώσεων οσφυαλγίας.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες η οσφυαλγία είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό, αφού είναι η δεύτερη σε συχνότητα παθολογική κατάσταση μετά το κοινό κρυολόγημα. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες ο ρυθμός εμφάνισης της οσφυαλγίας είναι μεταξύ 58% και 70% του γενικού πληθυσμού και ο ετήσιος ρυθμός εμφάνισης είναι από 15% έως 37%. Ανεξάρτητα από τη μορφή της οσφυαλγίας ένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της είναι ότι υποτροπιάζει πολύ συχνά αφού σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί ότι στο 75% των περιπτώσεων η οσφυαλγία υποτροπιάζει τουλάχιστον μια φορά μέσα σε ένα χρόνο (ΕΛ.Ι.Ρ.Ε., 2007).

Τα αίτια της οσφυαλγίας μπορεί να είναι: α) Μηχανικά αίτια (π.χ. Μυοσυνδεσμική βλάβη, Οστεοαρθρίτιδα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, δισκοκήλη, Σπονδυλολίσηση, Στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, Διάχυτη ιδιοπαθής σκελετική υπερόστωση), β)Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες (π.χ. Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα, Ψωριασική αρθρίτιδα, Αντιδραστική αρθρίτιδα, Εντεροπαθητική αρθρίτιδα, Μη διαφοροποιημένη οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα), γ) Οστεοπόρωση δ)Μικροβιακοί παράγοντες ε)Νεοπλασματικά νοσήματα, στ)Αιματολογικά νοσήματα, ζ)Διάφορες άλλες παθήσεις (π.χ. Ινομυαλγία , Νόσος του Paget, Ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, Ψυχιατρικές παθήσεις)(Χατζηπαύλου et al., 2006).

Αυτή η πάθηση μπορεί να ξεκινήσει απότομα ή αντιθέτως σιγά-σιγά και σταδιακά, να είναι αποτέλεσμα ενός μεγάλου τραυματισμού ή να είναι συνέπεια πολλαπλών επεισοδίων μικροτραυματισμών. Μπορεί να έχει μυϊκό ή αρθρικό πόνο, να εμπλέκονται ένα ή περισσότερα σημεία, να επιμένει για εβδομάδες, μήνες ή και για μία ζωή(Mcguill 2002).

Αυχεναλγία

Με τον όρο αυχεναλγία αναφερόμαστε στον πόνο που εντοπίζεται στον αυχένα, δηλ. στο πίσω μέρος του λαιμού, ο οποίος μπορεί να αντανακλάται προς την κεφαλή ή προς τον ένα ή τον άλλο ώμο ή και κατά μήκος του ενός ή του άλλου άνω άκρου.



Εικόνα 2.2.: Άνθρωπος με αυχεναλγία. (τροποποιημένο από <http://www.e-hospital.gr/index.php?id=7789>)

Αν και είναι λιγότερο συχνή από την οσφυαλγία, η αυχεναλγία είναι επίσης ένα συχνό μυοσκελετικό σύμπτωμα. Ο Συμεωνίδης (1997) αναφέρει ότι η αυχεναλγία αποτελεί εκδήλωση πολλών παθήσεων που έχουν σχέση με τους μυς, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τους συνδέσμους, τα νεύρα, τα αγγεία καθώς και το νωτιαίο μυελό. Διάταση των μυών και των συνδέσμων της Α.Μ.Σ.Σ. από κακή θέση της κεφαλής κατά των ύπνο ή υπερβολικές κινήσεις κατά την ημέρα σε άτομα άνω των 30 ή 40 ετών με εκφυλιστικές αλλοιώσεις είναι συχνά αίτια αυχεναλγίας. Ο πόνος στις περιπτώσεις αυτές είναι τοπικός, δεν αντανακλά στα άνω άκρα και κλινικά υπάρχει μυϊκός σπασμός, τοπική ευαισθησία στην πίεση και περιορισμός της κινητικότητας της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. (Brown et al., 2004)

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 70% των ατόμων του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο αυχεναλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Σύμφωνα με το ΕΛ.Ι.Ρ.Ε. (2007) τα κυριότερα αίτια της αυχεναλγίας είναι:

- α) "Μηχανικά" αίτια που περιλαμβάνουν τη Μυοσυνδεσμική βλάβη, την Οστεοαρθρίτιδα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, Δισκοκήλη, Σπονδυλολίσηση, Στένωση του σπονδυλικού σωλήνα κ.α.,
- β) Φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις όπως είναι η Ρευματοειδής αρθρίτιδα, η Αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα, η Ρευματική πολυμυαλγία, κ.α.
- γ) Μικροβιακοί παράγοντες
- δ) Νεοπλασματικά νοσήματα
- ε) Οστεοπόρωση
- στ) Διάφορες άλλες παθήσεις όπως η Ινομυαλγία και η Νόσος του Paget

Οι ακτινογραφίες δεν δείχνουν συνήθως παθολογικές αλλοιώσεις ή μπορεί να δείξουν στένωση του μεσοσπονδυλίου διαστήματος A5 –A6ή και σχηματισμό μικρών οστεοφύτων, ευρήματα συχνά σε άτομα άνω των 40 ετών, που κατά κανόνα δεν είναι η αιτία της αυχεναλγίας. (Συμεωνίδης, 1997)

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Πρόκειται για αγνώστου αιτιολογίας χρόνια φλεγμονώδη πάθηση που προσβάλλει τόσο τις αρθρώσεις όσο και εξωαρθρικούς ιστούς και όργανα. Η προσβολή των αρθρώσεων έχει χαρακτηριστική κατανομή και εμφάνιση. Η προσβολή των εξωαρθρικών ανατομικών στοιχείων ποικίλλει ως προς την έκταση και το βαθμό, από ήπια μέχρι ιδιαίτερα βαριά που εμπεριέχει κινδύνους για τη ζωή του ρευματοπαθούς. (Γαλανόπουλος, 1995)

Από τα επιδημιολογικά στοιχεία προκύπτει ότι πρόκειται για νόσημα που προσβάλλει αδιακρίτως άτομα κάθε ηλικίας, φύλου, φυλής ή εθνότητας, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 3 φορές περισσότερο από τους άνδρες(Garrison, 2003). Ενώ ο Γαλανόπουλος (1995) αναφέρει ότι κυρίως προσβάλλονται άτομα ηλικίας 40-60 ετών και η έναρξή της είναι συχνότερη τους χειμερινούς μήνες.

Αρχικά ο ασθενής εκδηλώνει χαμηλού ύψους πυρετό, διάχυτους πόνους του μυοσκελετικού συστήματος, εύκολη κόπωση, αδιαθεσία, ανορεξία και πιθανόν μικρή απώλεια βάρους. Αυτά τα γενικά συμπτώματα προηγούνται εβδομάδες ή και μήνες της εκδήλωσης της συνηθισμένης κλινικής εικόνας της πάθησης και προμηνύουν την εγκατάσταση της νόσου(Garrison, 2003). Κατά τον Γαλανόπουλος (1995) διαγνωστικό στοιχείο είναι η εμφάνιση πρωινής δυσκαμψίας που διαρκεί περισσότερο από μία ώρα ενώ ο Garrison (2003) επισημαίνει ότι οι μικρότερες αρθρώσεις προσβάλλονται πιο νωρίτερα.



Εικόνα 25. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. **A:** Διόγκωση των εγγύς μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων (βέλι). **B:** Διόγκωση των πηξοκαρπικών αρθρώσεων (ανοιχτά βέλι) και των μετακαρποφαλαγγικών αρθρώσεων των χεριών (συμπαγή βέλι). **Γ:** Διόγκωση των γονάτων.

Εικόνα 2.3.: Κλινική εικόνα αρθρίτιδας. (τροποποιημένο από www.elire.gr).

Για τη διάγνωση της νόσου σωστό θα ήταν να κατανοηθεί ότι δεν αρκεί μία εκδήλωση της όσο χαρακτηριστική και αν είναι αυτή της πάθησης. Απαιτείται συνδυασμός κλινικών εκδηλώσεων που να διαρκούν οι περισσότερες για ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα. Η έναρξή της μπορεί να είναι οξεία ή υποξεία ή να εξελίσσεται ιδιαίτερα αργά, δηλαδή χρόνια. Επίσης κατά τη διαδρομή της πιθανόν να εμφανιστούν αυτόματα εξάρσεις και υφέσεις. Για να χαρακτηριστεί μία υποχώρηση των εκδηλώσεων σαν ύφεση θα πρέπει να περιμένουμε να διαρκέσει τουλάχιστον για δύο μήνες. (ΕΛ.Ι.Π.Ε., 2007)

Κύφωση

Η φυσιολογική θωρακική κύφωση κυμαίνεται από 20° -45° και ο βαθμός αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Συχνή αιτία κύφωσης είναι η λανθασμένη στάση του σώματος. Η κύφωση οφείλεται σε διάφορα αίτια και διακρίνεται: α) με βάση το κινητό ή μη της καμπύλης: σε εύκαμπτη και δύσκαμπτη, β) τη μορφή της καμπύλης:

σε ομαλή και σε γωνιώδη ή οξύαιχμη, και γ) την ηλικία: σε νεανική και γεροντική. (Λαμπίρης, 2003)

Ο Συμεωνίδης (1997) ονομάζει εύκαμπτη κύφωση, εκείνη που μπορεί να διορθωθεί προσωρινά κατά την εξέταση, τόσο από τον άρρωστο όσο και από τον γιατρό και είναι δυνατόν να δημιουργηθεί από αδυναμία των ραχιαίων μυών, να οφείλεται σε κακή στάση και να είναι αντισταθμιστική σε μεγάλη οσφυϊκή λόρδωση. Όλες οι εύκαμπτες κυφώσεις είναι γενικά ομαλές. Ενώ Δύσκαμπτη κύφωση εκείνη που δε διορθώνεται κατά την εξέταση με προσπάθεια του αρρώστου ή του γιατρού. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν από τις ομαλές κυφώσεις η οστεοχονδρίτιδα της Σ.Σ. (νόσος του Scheurmann), η αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα και η γεροντική κύφωση, και από τις γωνιώδεις η κύφωση της φυματιώδους σπονδυλίτιδας, οι συγγενείς κυφώσεις που οφείλονται σε συνοστέωση των σπονδυλικών σωμάτων κατά το πρόσθιο χείλος ή σε συγγενή σφηνοειδή σπόνδυλο, καθώς επίσης και η κύφωση από ένα κάταγμα με μεγάλη σφηνοειδή παραμόρφωση του σώματος ενός σπονδύλου. (David Lp, 2005)

Η πάθηση χαρακτηρίζεται από την "στρογγυλή" ράχη και την πρόσθια θέση των ώμων. Με τη σύσπαση των μυών της ράχης και την προσπάθεια υπερέκτασης της σπονδυλικής στήλης, η δυσμορφία της κύφωσης διορθώνεται τουλάχιστον οπτικά, επειδή οι ώμοι με τον τρόπο αυτόν τοποθετούνται στη φυσιολογική τους θέση. (Παπαβασιλείου2003)



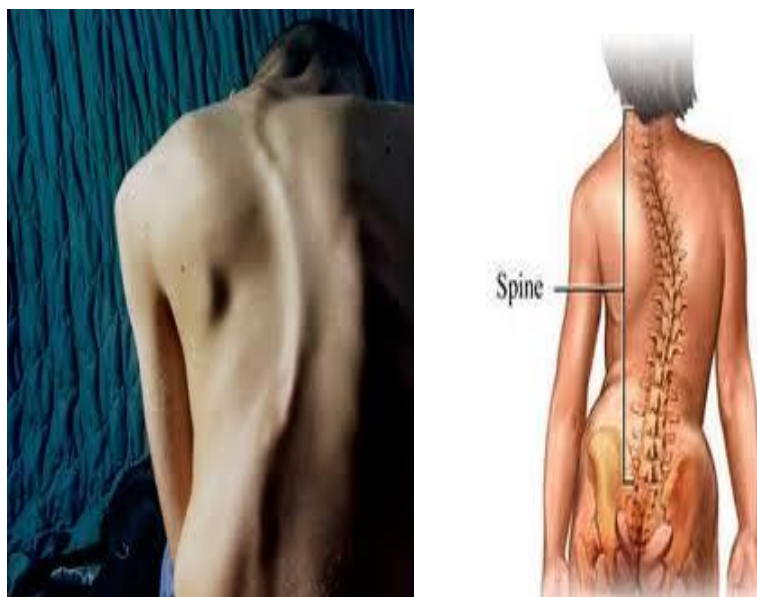
Εικόνα 2.4.: Άνθρωπος με κύφωση. (τροποποιημένο κατά <http://www.ideografmata.gr/forum/viewtopic.php?f=31&t=7517>).

Ο Παπαβασιλείου (2003) τονίζει ότι η δυσμορφία αυτή είναι δυνατόν να προκαλέσει ενοχλήσεις, όχι όμως πόνο, αν και υπάρχουν αναφορές που χαρακτηρίζουν την πάθηση συνοδευόμενη με άλγος, κυρίως όταν αυτή αφορά το θωρακοσφυϊκό όριο.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την πλάγια ακτινογραφία από όρθια στάση στην οποία γίνεται και η μέτρηση της γωνίας της κύφωσης κατά την μέθοδο Cobb. (Λαμπίρης, 2003)

Σκολίωση

Σκολίωση είναι ένας περιγραφικός όρος, που αναφέρεται στην πλάγια απόκλιση ή κύρτωση της σπονδυλικής στήλης από το οβελιαίο επίπεδο του σώματος(Λαμπίρης, 2003). Η πλάγια κλίση της σπονδυλικής στήλης ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί είναι χαρακτηριστική με το πρωτοπαθές και τα αντιρροπιστικά κυρτώματα και δημιουργεί παραμόρφωση του κορμού, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και στροφική παραμόρφωση (Παπαβασιλείου 2003).



Εικόνα2.5.: Γυναίκες με σκολίωση. (τροποποιημένο από <http://www.ergofit.gr/categories8933.html>)

Με βάση την αιτιοπαθογένεια της βλάβης, η σκολίωση χωρίζεται αρχικά σε δύο μεγάλες ομάδες, την οργανική ή πρωτοπαθή και την λειτουργική ή δευτεροπαθή. (Συμεωνίδης, 1997)

Σύμφωνα με την Χαρτοφυλακίδη- Γαροφαλίδη (1981), Οργανική σκολίωση ορίζεται αυτή στην οποία το κύρτωμα είναι δύσκαμπτο και δεν διορθώνεται πλήρως κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο με την πλάγια κλίση του κορμού ενώ λειτουργική αυτή στην οποία το κύρτωμα δεν είναι δύσκαμπτο και διορθώνεται πλήρως κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο με πλάγια κλίση του κορμού προς την πλευρά του κυρτού.

Η πλάγια απόκλιση της Σ.Σ. στη σκολίωση οφείλεται σε στροφή των σπονδύλων και των πλευρών. Στις περισσότερες περιπτώσεις το αίτιο που προκαλεί τη στροφική αυτή παραμόρφωση δεν είναι γνωστό και η μορφή αυτή της σκολίωσης ονομάζεται ιδιοπαθής.(Χαρτοφυλακίδη- Γαροφαλίδη, 1981),

Η Ιδιοπαθής σκολίωση χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο οργανικών παραμορφώσεων και ενώ δίνει την εικόνα πλάγιας κλίσης του κορμού, εν τούτοις αφορά το σύνολο των ανατομικών στοιχείων που απαρτίζουν τη Σ.Σ. οι παραμορφώσεις αφορούν το οβελιαίο και μετωπιαίο επίπεδο του κορμού. Η παραμόρφωση αφορά επομένως ολόκληρο το σπονδυλικό σώμα με τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τα συνδεσμικά στοιχεία και τις πλευρές ανάλογα με το ύψος της εντόπισης του πρωτοπαθούς κυρτώματος. (Παπαβασιλείου, 2003)

Όμοιες παραμορφώσεις μπορεί να προκύψουν δευτεροπαθώς από παθήσεις των μαλακών μορίων, όπως σε παραλύσεις μυών, π.χ. στην πολιομυελίτιδα, καθώς και σε άλλες παθήσεις όπως στη νευρινωμάτωση, στην εγκεφαλική παράλυση, τη μυϊκή δυστροφία, τη μυοπάθεια την αρθρογρύπνωση και σε άλλες ανάλογες παθολογικές καταστάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, ενώ αρχικά πάσχουν ιστός δεν είναι τα οστά και οι αρθρώσεις οι τελικές βλάβες οδηγούν στην εμφάνιση μιας οργανικής σκολίωσης με ανάλογες σκελετικές και συνδεσμικές βλάβες (David Lp, 2007).

2.2 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Ο στόχος της φυσικοθεραπείας είναι να μετριάσει την οξύτητα ή και να εξαλείψει την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων προκειμένου, να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του ασθενή και να τον καταστήσει ικανό να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες αυξάνοντας την ποιότητα της ζωής του.

Θεραπεία-Αποκατάσταση Οσφυαλγίας.

Στόχος της φυσικοθεραπείας σε άτομα με οσφυαλγία είναι η λειτουργική αποκατάσταση και η ανακούφιση από τα συμπτώματα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με διάφορες φυσιοθεραπευτικές μεθόδους όπως η εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, τα tens, τον θεραπευτικό υπέρηχο, διαθερμίες μικροκυμάτων, έλξεις μαλάξεις, ειδικές τεχνικές κινητοποίησης και ασκήσεις ενδυνάμωσης και σταθεροποίησης (Strauss et al, 2007).

Η θεραπεία της οσφυαλγίας είναι καταρχήν συντηρητική και περιλαμβάνει κατάκλιση, θερμοφόρα στη μέση, φάρμακα, παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά, και ίσως βιταμίνες του συμπλέγματος Β και τοπικές εγχύσεις γλυκοκορτικοειδούς φαρμάκου (κορτιζόνης) και τοπικού αναισθητικού (επισκληρίδιες και παρασπονδυλικές). Η κατάκλιση γίνεται σε θέση που να βολεύει τον άρρωστο, φαίνεται όμως πως η ύπτια θέση με μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα και ανασηκωμένη την πλάτη και το κεφάλι ανακουφίζει τους περισσότερους ασθενείς. Στην οξεία φάση δεν ενδείκνυνται ασκήσεις, η χρήση όμως ήπιων μαλάξεων στην οσφυϊκή χώρα οδηγεί συχνά σε ανακούφιση έστω και παροδική(ΕΛ.Ι.Ρ.Ε., 2007).

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας είναι πολύ σημαντικός μετά την υποχώρηση του πόνου, οπότε επιβάλλεται η τόνωση των οσφυϊκών και γενικότερα των μυών του κορμού, δηλ. ασκήσεις ενδυνάμωσης των ορθών κοιλιακών μυών, και των μυών έκτασης της μέσης, των ραχιαίων μυών. Η τόνωση των μυών αυτών οδηγεί στη δημιουργία ενός φυσικού κορσέ που προφυλάσσει από μελλοντικές υποτροπές της οσφυαλγίας. Η εφαρμογή ορθοπεδικής ζώνης οσφύος κατά την έγερση με σύγχρονη έναρξη ήπιων ασκήσεων, βοηθά στην αποκατάσταση μιας οξείας οσφυαλγίας. Όταν οι μυς ενισχυθούν σε ικανοποιητικό βαθμό, συνήθως σε ένα μήνα περίπου, η ζώνη εγκαταλείπεται.

Εάν η οσφυαλγία οφείλεται σε δισκοκήλη ή σπονδυλολίση και δεν υποχωρεί στη συντηρητική αγωγή για 2-3 μήνες, ή εμφανίζει νευρολογική συμπτωματολογία-μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων, ή ο ασθενής έχει συχνές υποτροπές, τότε συνιστάται χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης.

Θεραπεία - Αποκατάσταση αυχεναλγίας

Η θεραπεία του αυχενικού πόνου μηχανικής αιτιολογίας (που αφορά στο 90-95% σχεδόν των περιπτώσεων) έχει ορισμένες κοινές συνιστώσες ανεξαρτήτως αίτιου. Η θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση, τοπική εφαρμογή ψυχρών και θερμών

επιθεμάτων, τοπικές μαλάξεις, αυχενικό περιλαίμιο (κολάρο), αντιφλεγμονώδη φάρμακα και σπανιότερα έλξεις ενώ οι χειρισμοί υπό νάρκωση που άλλοτε χρησιμοποιούντο, είναι επικίνδυνοι και πρέπει να αποφεύγονται. (Συμεωνίδης,1997)



Εικόνα 2.6.: Αυχενικό περιλαίμιο (τροποποιημένο από www.xmed.gr)

Σύμφωνα με το ΕΛ.Ι.Ρ.Ε. (2007), για τον οξύ πόνο μπορούν να χρησιμοποιηθούν απλά παυσίπονα (deron ή panadol) σε δόσεις μέχρι 4 gr ημερησίως δηλαδή 2 δισκία των 500 κάθε 6 ώρες για λίγες ημέρες. Ασθενείς που δεν έχουν αντένδειξη (όπως πεπτικό έλκος, νεφρολογικά προβλήματα, αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση) μπορούν να λάβουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ασπιρίνη ή άλλα νεότερα συγγενή σκευάσματα). Τα μυοχαλαρωτικά από του στόματος καθώς και οι αλοιφές τοπικά μάλλον δεν προσφέρουν ιδιαίτερα.. Αντίθετα, ψυχρά επιθέματα στην περιοχή (παγοκύστη για 15-20 λεπτά) προσφέρουν σημαντική βοήθεια στον οξύ πόνο. Στους ασθενείς με δυσανεξία στο κρύο (ή με επιδείνωση των ενοχλημάτων μετά την παγοθεραπεία) μπορούν να χρησιμοποιηθούν θερμά επιθέματα. Το θερμό επίθεμα είναι καλή πρώτη επιλογή σε πόνους διάρκειας μεγαλύτερης του 48ώρου για να προκαλέσει μυοχάλαση. Η χειρομάλαξη (μασάζ) μπορεί επίσης να βοηθήσει στη λύση του μυϊκού σπασμού και του συνοδού πόνου .

Η χρήση μαλακού κολάρου καλό είναι να αποφεύγεται. Επιτρέπεται σε οξείς μυϊκούς σπασμούς και για λίγες ημέρες. Αρκετή βοήθεια προσφέρει η χρήση ειδικού μαξιλαριού αυχένα για τον ύπνο.

Το πιο σημαντικό συστατικό της θεραπείας είναι η διατήρηση του εύρους κίνησης της αυχενικής μοίρας. Όσο πιο κοντά στο φυσιολογικό είναι το εύρος κίνησης τόσο η πιθανότητα υποτροπών ή/και χρονιότητας περιορίζεται. Ο ασθενής μετά την αναλγησία ή μετά την ύφεση των ενοχλημάτων πρέπει να μάθει να εκτελεί ένα πρόγραμμα ασκήσεων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης που θα περιλαμβάνει κάμψεις, εκτάσεις, πλάγιες κάμψεις, στροφές και περιαγωγές της αυχενικής μοίρας. Συχνά το πρόγραμμα εμπλουτίζεται με ασκήσεις ενδυνάμωσης των αυχενικών παρασπονδυλικών μυών. Η αποκατάσταση ολοκληρώνεται με ένα πρόγραμμα επανεκπαίδευσης σωστής στάσης ούτως ώστε να περιορίζονται οι πιθανότητες υποτροπής.

Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών που η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει χρησιμοποιούνται άλλα προσεγγίσεις όπως τοπικές εγχύσεις στεροειδών και χειρουργική αντιμετώπιση.

Η εκμάθηση του σωστού προγράμματος αποκατάστασης καλό είναι να γίνεται μετά συνεννόηση-συνεργασία του θεράποντος ιατρού με το φυσιοθεραπευτή. Στόχος είναι η τροποποίηση του προγράμματος ανάλογα με την περίπτωση για την εξασφάλιση του μέγιστου της συμμόρφωσης από τον ασθενή.

Θεραπεία – Αποκατάσταση αρθρίτιδας

Σύμφωνα με το ΕΛ.Ι.Ρ.Ε. (2007) και την Garrison (2003) η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας έχει σαν στόχους :α) την πλήρη ύφεση, δηλ. σταμάτημα, της νόσου η οποία είναι και ο κύριος στόχος β) την ανακούφιση από τον πόνο και γενικά έλεγχο όλων των συμπτωμάτων της νόσου και της φλεγμονής γ) την πρόληψη των βλαβών των αρθρώσεων και, επομένως, πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων, των λειτουργικών κινητικών διαταραχών και της αναπηρίας δ) τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω της διατήρησης της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και ε) διατήρηση αν όχι βελτίωση των ήδη εγκατεστημένων παραμορφώσεων και λειτουργικών κινητικών διαταραχών

Την θεραπεία της αρθρίτιδας απαρτίζουν ο κλινοστατισμός, η φαρμακευτική αγωγή, η φυσικοθεραπεία και η χειρουργική αποκατάσταση. Η άσκηση και η ανάπαυση βοηθούν σημαντικά. Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα χρειάζονται ισορροπία ανάμεσα στην άσκηση και την ανάπαυση, με περιόδους μεγαλύτερης

ανάπαυσης, όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση και με περισσότερη άσκηση, όταν αυτή βρίσκεται σε ύφεση. Η ανάπαυση αποτρέπει την καταπόνηση των αρθρώσεων, βοηθάει να μειώνεται η φλεγμονή και ο πόνος. Η διάρκεια του χρόνου που απαιτείται για ανάπαυση διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά σε γενικές γραμμές, μικρά διαστήματα ξεκούρασης είναι πιο ωφέλιμα από ότι η μακρόχρονη κατάκλιση. Η άσκηση είναι σημαντική για την ενδυνάμωση των μυών, διατηρώντας την ευκινησία και ευλυγισία των αρθρώσεων. Επίσης συμβάλλει στη μείωση του πόνου και στη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους, εξασφαλίζει καλύτερο ύπνο και προάγει τη θετική διάθεση. Το πρόγραμμα ασκήσεων θα πρέπει να σχεδιάζεται και να εκτελείται σε συνάρτηση με τις φυσικές ικανότητες του ατόμου, τα όρια και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του(Γαλανόπουλος, 1995).

Γενικά ο κλινοστατισμός είναι δυνατόν να διαρκέσει 2 εβδομάδες. Σε ήπια μορφή προσβολής δεν ξεπερνά τις δύο ώρες ημερησίως, εκτός του νυκτερινού ύπνου, ενώ σε βαριά μορφή συνιστάται κλινοστατισμός 24 ωρών (Αδαμόπουλος, 1998)

Η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιεί πλήθος φαρμάκων όπως τα αντιφλεγμονώδη τα οποία ταξινομούνται σε στερινοειδή και μη στερινοειδή, φάρμακα θεραπείας βάσεως, κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά και κυκλοσπορίνη, των οποίων η επιλογή, η δοσολογία και ο χρόνος χορήγησης εξαρτάται από παράγοντες όπως: η έκταση και η βαρύτητα της φλεγμονής, η προσβολή ζωτικών οργάνων, τα τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας των ασθενών κ. α. (Γαλανόπουλος, 1995)

Σημαντική είναι η προσφορά των φυσικοθεραπειών από την έναρξη της νόσου και σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Πριν την επιλογή του κατάλληλου προγράμματος φυσικοθεραπείας είναι αναγκαία η προσεκτική αξιολόγηση του ασθενή καθώς και των αναγκών της καθημερινής του ζωής(Garrison, 2003).

Το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας κατά τον Γαλανόπουλο (1995) έχει ως εξής:

Κατά το οξύ στάδιο με την κατάλληλη τοποθέτηση ή με νάρθηκες, προφυλάσσουμε τις αρθρώσεις, από συγκάμψεις και εφαρμόζουμε κρυοθεραπεία και ασκήσεις διατάσεις.

Στο υποξύ εφαρμόζονται ασκήσεις ενεργητικές, υποβοηθούμενες και ιδιοδεκτικής νευρομυϊκής διευκόλυνσης, θερμότητα μέσω διάφορων φυσικών μέσων όπως είναι τα παραφινόλουτρα, οι υπέρηχοι κ.α., και προφυλάσσουμε τις αρθρώσεις με νάρθηκες, περίδεση, ή κηδεμόνες όπως γίνεται και στο οξύ στάδιο.

Στο χρόνιο στάδιο χρησιμοποιούνται ενεργητικές ασκήσεις με η χωρίς αντίσταση ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή και λειτουργικές ασκήσεις

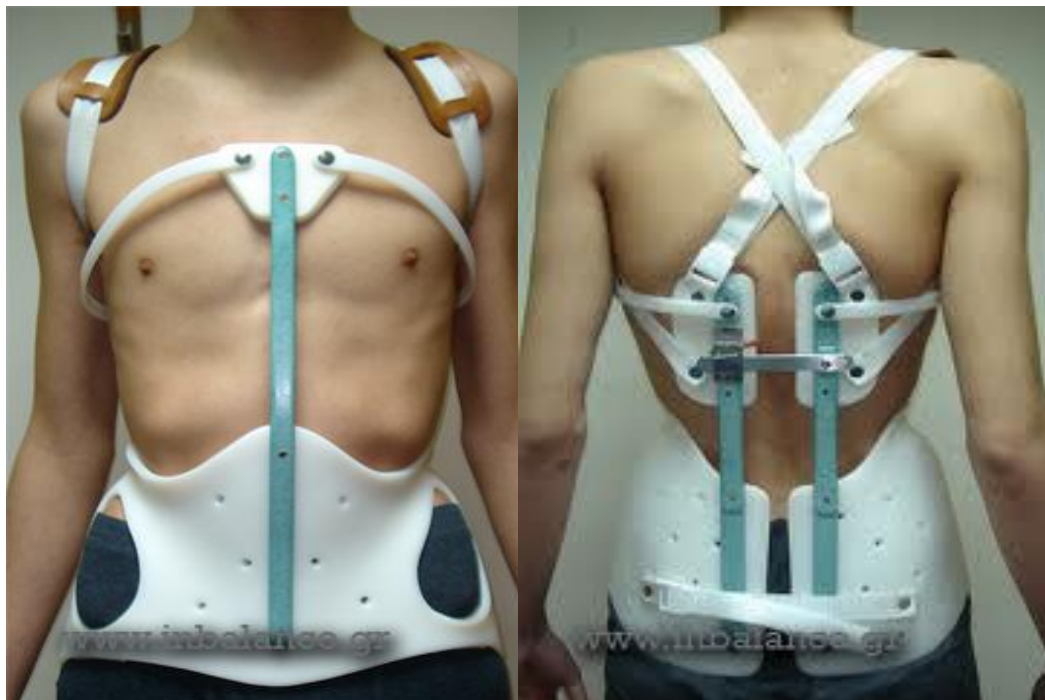
στηριζόμενα σε πρότυπα των καθημερινών τους κινήσεων, ενώ προγράμματα αερόβιων ασκήσεων και η υδροκινησιοθεραπεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα.

Ο Αδαμόπουλος (1998) αναφέρει ότι χειρουργική θεραπεία πιθανόν να χρειαστεί τόσο στους τένοντες όταν αυτοί φλεγμαίνουν έντονα ή έχουν υποστεί ρήξη όσο και στις αρθρώσεις όταν έχουν υποστεί σημαντική βλάβη (οστεοτομία, ολική ή μερική αρθροπλαστική). Η χειρουργική αγωγή περιλαμβάνει υμενεκτομή, αρθροπλαστική, αρθρόδεση και αντικατάσταση της άρθρωσης.

Θεραπεία – Αποκατάσταση κύφωσης

Σε ελαφρές περιπτώσεις η θεραπεία συνιστάται στην καθοδήγηση για τη διατήρηση σωστής στάσης, ασκήσεις ραχιαίων μυών και κατάκλιση σε επίπεδο σκληρό στρώμα χωρίς μαξιλάρι, σε θέση ύπτια ή πρηνή. (Λαμπίρης 2003)

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία, όταν η κύφωση περνάει τις 40°, είναι η εφαρμογή ειδικά κατασκευασμένου ορθοπεδικού κηδεμόνα κύφωσης για 12 μήνες περίπου, μετά τους οποίους η Σ.Σ. που ελέγχεται ακτινολογικά, συνήθως σταθεροποιείται. Στη συνέχεια το μηχανήμα εφαρμόζεται για άλλους 12 μήνες μόνο τη νύκτα. (Συμεωνίδης, 1997)



Εικόνα 2.7.: Κηδεμόνας κύφωσης. (τροποποιημένο από <http://www.inbalance.gr/dbkyphosis.html>)

Αν η κύφωση δεν ξεπερνά τις 45°-50°, η σωστή όρθια στάση, η έναρξη συστηματικών αθλητικών δραστηριοτήτων (όπως γυμναστική και κολύμβηση) καθώς και ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων που θα δοθεί από το φυσικοθεραπευτή και θα αφορά σε ασκήσεις κοιλιακών, ραχιαίων και γλουτιαίων μυών από ύπτια ή πρηνή θέση σε σκληρό στρώμα χωρίς μαξιλάρι και ασκήσεις σε μονόζυγο για την έκπτυξη του θώρακα είναι η καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Φυσικά όλα αυτά θα πρέπει να δοθούν στον ασθενή εφόσον δεν υπάρχει μυϊκός σπασμός στη σπονδυλική στήλη γιατί διαφορετικά θα έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που περιμένουμε. Έτσι σκόπιμο θα ήταν να εφαρμοστούν προηγούμενα κάποιες συνεδρίες φυσικοθεραπείας με σκοπό την εξάλειψη του πόνου και του μυϊκού σπασμού. Σημαντική επίσης είναι η βοήθεια της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας αφού με την εκμάθηση αναπνοής αλλά και την αναπνευστική γυμναστική βοηθάει στην έκπτυξη του θώρακα και συνεπώς στη βελτίωση της ποιότητας της αναπνοής(ΕΛ.Ι.Ρ.Ε. 2007).

Η χειρουργική επέμβαση απευθύνεται κυρίως σε ενήλικες ασθενείς, που έχουν παρουσιάσει σοβαρότατη κύφωση, εμφανίζουν ισχυρούς πόνους στη ράχη και τη μέση και έχουν υποβληθεί ανεπιτυχώς σε συντηρητική θεραπεία. Η οπίσθια σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης στις περιπτώσεις, που η κύφωση ξεπερνά τις 70° και συνήθως συνοδεύεται από σημαντικές επιπλοκές είναι το προτεινόμενο μοντέλο της χειρουργικής επέμβασης(Συμεωνίδης, 1997)

Θεραπεία - Αποκατάσταση Σκολίωσης

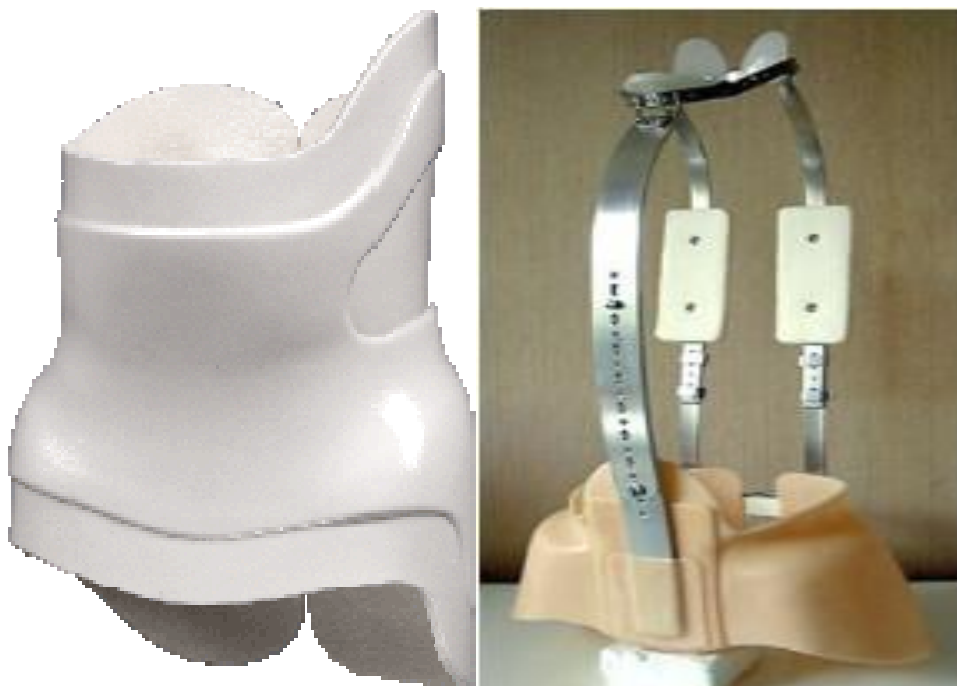
Σύμφωνα με τη Χαρτοφυλακίδη- Γαροφαλίδη (1981), η θεραπεία της σκολίωσης είναι γενικά προληπτική, συντηρητική και χειρουργική.

Η προληπτική περιλαμβάνει το test επικύψεως που πρέπει να γίνεται μία φορά το χρόνο στο σχολείο και να υποβάλλονται σε αυτό αγόρια και κορίτσια ηλικίας 8-14 ετών. Αν το test της επικύψεως αποβεί θετικό, υπάρξει δηλαδή έστω και μικρού βαθμού παραμόρφωση το παιδί θα πρέπει να κατευθύνεται σε ειδικό Ορθοπεδικό Κέντρο όπου υπάρχει μονάδα σκολιώσεως και εφόσον δεν υπερβαίνει τις 20° η θεραπεία συνίσταται σε περιοδική παρακολούθηση ανά 4-6 μήνες(Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη 1981).

Κατά τον Συμεωνίδη (1997), η συντηρητική θεραπεία εφαρμόζεται, όταν η γωνία σκολίωσης είναι κάτω από 40° και περιλαμβάνει την εφαρμογή κηδεμόνων και ασκήσεων, ενώ χειρουργική πάνω από 40° ή 50° .

Ειδικότερα, όταν η γωνία σκολίωσης είναι μικρότερη από 20° , η αντιμετώπιση περιορίζεται σε κινησιοθεραπεία και παρακολούθηση κάθε τρεις μήνες. Οι ασκήσεις δεν αναστέλλουν την εξέλιξη μιας σκολίωσης. Η σταθεροποίηση περιπτώσεων στο παρελθόν αποδόθηκε στις ασκήσεις, ξέρουμε σήμερα ότι οφείλεται στη φύση της πάθησης, που σε σημαντικό ποσοστό σταματά για άγνωστους λόγους να εξελίσσεται. Παρόλα αυτά οι ασκήσεις είναι σωστό να γίνονται, ακόμη και όταν το παιδί φοράει μηχανήμα, διότι βελτιώνει την κινητικότητα της Σ.Σ., βελτιώνουν τη στάση και ενισχύουν το μυϊκό σύστημα. (Συμεωνίδης1997)

Η βασική συντηρητική μέθοδος για σκολιώσεις με γωνία $20^\circ -40^\circ$, είναι οι κηδεμόνες οι οποίοι ασκούν πλάγιο –πλάγιες διορθωτικές πιέσεις πάνω στη σπονδυλική στήλη και στηρίζονται στην αρχή της διόρθωσης κυρτής ράβδου με την εφαρμογή πιέσεων σε τρία σημεία, οδηγώντας έτσι στην ευθυγράμμιση της Σ.Σ. Για θωρακικές ή υψηλές θωρακοσφυϊκές σκολιώσεις (με κορυφαίο σπόνδυλο πάνω από τον Θ8 ή Θ6) χρησιμοποιείται ο νάρθηκας Milwaukee. Ο νάρθηκας αυτός δεν γίνεται ευχάριστα αποδεκτός από τα παιδιά γι' αυτό και έχει αντικατασταθεί πλήρως από τον τύπου Boston. (Συμεωνίδης1997)



Εικόνα 2.8.: Κηδεμόνες Boston (αριστερά) και Milwaukee (δεξιά).
(τροποποιημένο από <http://www.spondylos.eu/Contents.aspx?CatId=56>)

Οι κηδεμόνες αποσκοπούν στην αναχαίτιση της περαιτέρω επιδείνωσης και ενδεχομένως στην ελάττωση της αρχικής παραμόρφωσης. Πρέπει να φοριούνται 23 ώρες το 24ωρο και μέχρι πέρας της σκελετικής ανάπτυξης (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται όταν η γωνία σκολίωσης είναι μεγαλύτερη από 40° ή 50° και ιδιαίτερα αν η Σ.Σ.. είναι δύσκαμπτη ή η σκολίωση εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό(Συμεωνίδης, 1997). Η χειρουργική επέμβαση αποσκοπεί στη διόρθωση του κυρτώματος είτε από την πλευρά του κοίλου, είτε από την πλευρά του κυρτού και συνδυάζεται πάντοτε με σπονδυλοδεσία (Χαρτοφυλακίδη- Γαροφαλίδη, 1981).

2.3 ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΑ – ΧΩΡΟΙ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΚΓΥΜΝΑΣΗΣ

Ως γυμναστήριο νοείται κάθε μονάδα άθλησης σε κλειστό ή ανοιχτό χώρο που έχει σκοπό την παροχή υπηρεσιών σωματικής άσκησης και άθλησης, ιδίως μέσω της παροχής υπηρεσιών ελεύθερης γυμναστικής, αεροβικής γυμναστικής, αερόβιας προπόνησης με χρήση ηλεκτρονικών μηχανημάτων, προπόνησης με αντιστάσεις, προγραμμάτων ευλυγισίας διατάσεων, γυμναστικής για παιδιά, υδρογυμναστικής, , παθητικής γυμναστικής με χρήση μηχανημάτων, παραδοσιακών χορών, αυτοάμυνας, κολύμβησης (ΦΕΚ).

Το Γυμναστήριο είναι ένας χώρος κατάλληλα διαμορφωμένος για την εκτέλεση ασκήσεων.



Εικόνα 2.9.: Αίθουσες και χώροι γυμναστηρίου(τροποποιημένο από www.goldendeals.gr)

Υπό την ευρεία έννοια , τα περισσότερα γυμναστήρια αποτελούνται από αίθουσες με βάρη, αίθουσες ομαδικών μαθημάτων, ομαδικά προγράμματα, αποδυτήρια, εξοπλισμό, γυμναστές, προπονητές και ρεσεψιόν.



Εικόνα2.10.: Επιπλέον υπηρεσίες γυμναστηρίου (τροποποιημένο από www.gymnasium.gr).

Η διαφορά μεταξύ των γυμναστηρίων βρίσκεται στο μέγεθος του γυμναστηρίου, την πολυτέλεια που παρέχει, στο υψηλό επίπεδο εξοπλισμού, την ποικιλία του εξοπλισμού, τον αριθμό των ομαδικών προγραμμάτων, τις ώρες λειτουργίας, το επίπεδο της πελατείας, το κόστος και τις επιπλέον παροχές όπως σάουνα, σολάριουμ, χαμάμ, μασάζ, πισίνα, αισθητική, κομμωτήριο, και μπάρ. Έτσι όσο πιο πολλές υπηρεσίες παρέχει ένα γυμναστήριο, τόσο πιο ελκυστικό γίνεται.

2.4 ΣΚΟΠΟΙ – ΣΤΟΧΟΙ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΩΝ

Τα Γυμναστήρια κατά τις διατάξεις του παρόντος έχουν ως σκοπό να παρέχουν:

1. Υπηρεσίες ομαδικής και ατομικής σωματικής άσκησης με σκοπό την σωματική ευρωστία, ευεξία και σωματική και ψυχική υγεία δια των μέσων της επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού στον τομέα αυτό. Επίσης παρέχονται υπηρεσίες

ατομικής και ομαδικής σωματικής άσκησης προς βελτίωση ειδικών ικανοτήτων και συντήρηση της ατομικής φυσιολογίας ή μεγιστοποίηση λειτουργιών ζωτικών οργάνων. Προς επίτευξη των ανωτέρω σκοπών παρέχονται υπηρεσίες: ελεύθερης γυμναστικής, αεροβικής γυμναστικής, αερόβιας προπόνησης με χρήση ηλεκτρονικών μηχανημάτων, προπόνησης με αντιστάσεις, προγραμμάτων ευλυγισίας, μυϊκών διατάσεων, κολύμβησης και συναφών σωματικών κινητικών δραστηριοτήτων, προγραμμάτων ανάπτυξης και προαγωγής της αντοχής, δύναμης, ταχύτητας, ευλυγισίας και νευρο – μυο– κινητικών δραστηριοτήτων.

2. Υπηρεσίες σωματικής ψυχαγωγίας παιδιών και εκμάθησης παραδοσιακών και μοντέρνων χορών.

3. Υπηρεσίες ειδικής προπονητικής προς επίτευξη αθλητικών επιδόσεων και μεγιστοποίησης της σωματικής απόδοσης αθλητών με ειδικά προγράμματα.

4. Για τον καθένα από τους παραπάνω τομείς παρεχομένων γυμναστικών υπηρεσιών χρησιμοποιείται ειδικό επιστημονικό προσωπικό.

2.5 ΚΙΝΗΤΡΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Κίνητρο είναι ό,τι κινεί, ωθεί ή παρασύρει το άτομο σε δράση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Τα κίνητρα ωθούν το άτομο είτε ενεργώντας από μέσα είτε απ' έξω. Μπορεί να έχουν εσωτερικές αιτίες συμπεριφοράς (ένστικτα, ορμές, σκοποί, επιθυμίες ή προθέσεις, συναισθήματα, διάφορες συγκινησιακές καταστάσεις), όσο και εξωτερικές (αμοιβές, θέλητρα ή φόβητρα ή απωθητικοί ερεθισμοί). Μπορεί να είναι εγγενή (κληρονομική βάση, δηλ. ένστικτα) ή επίκτητα (αποκτιούνται μέσα από διαδικασίες μάθησης και αλληλεπίδρασης). Μπορεί να είναι φυσιολογικά (εξυπηρετούν τη λειτουργία του οργανισμού και τη σωματική ομοίωση), βιολογικά (εξυπηρετούν την επιβίωση, τη συντήρηση και την αναπαραγωγή του ατόμου και του είδους), ψυχολογικά (θυμικό, προσωπικότητα, συναλλαγές του ατόμου με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον) (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Είναι όμως αναγκαίο να γίνει μια διάκριση ανάμεσα στους λόγους για τους οποίους ξεκινάει γυμναστική, είτε μιλάμε για νέους είτε για μεγαλύτερους, και των αιτιών της επίμονης συμμετοχής σε κάποια συγκεκριμένη περίπτωση, στο πλαίσιο μιας μακροπρόθεσμης συμμετοχής. Όπως αναφέρει ο Crossley (2006), ένας από τους βασικούς λόγους που τα άτομα ξεκινούν γυμναστήριο, υποθέτοντας ότι δεν θα μεταπηδήσουν από κάποιο άλλο γυμναστήριο ή επιδιώκοντας να βελτιώσουν τα

σωματική τους κατάσταση, είναι η επιθυμία να ανακτήσουν την προηγούμενη δόξα τους, χάνοντας βάρος, τονώνοντας τον οργανισμό τους και αποκτώντας καλύτερη φυσική κατάσταση. Η επιθυμία δεν θα μπορούσε να είναι κάτι πιο συγκεκριμένο από αυτό, αλλά όπου είναι, μπορεί να αναφέρεται στην ηθική της χαλάρωσης, της αισθητικής εμφάνισης του σώματος, καθώς και σε θέματα υγείας, τόνωσης και καλής φυσικής κατάστασης. Διαφορετικοί συνδυασμοί αυτών των παραγόντων εξετάζουν το διαφορετικό βαθμό και τα διαφορετικά άτομα ενώ είναι δύσκολο να γενικεύσουμε καταστάσεις, όπως έχουν την τάση να κάνουν οι μεγάλες θεωρίες.

Ωστόσο, δεδομένης της κατάστασης της αύξησης του σωματικού βάρους στα πλαίσια του δυτικού κόσμου που προκλήθηκε από τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που συνδέονται με τη σύγχρονη κοινωνία, μπορούμε να συνδέσουμε υποκειμενικά νοήματα με αντικειμενικές κοινωνικές διαδικασίες και πιστεύουμε πως έτσι μπορεί να εξηγηθεί η αύξηση της κουλτούρας των γυμναστηρίων. Η συμμετοχή στο γυμναστήριο αυξάνεται καθώς τα άτομα πλέον ακούσια παίρνουν βάρος, χάνοντας έτσι την άνεση με τον εαυτό τους, κι ένας από τους τρόπους που ανταποκρίνονται στην έλλειψη αυτής της άνεσης είναι αυξάνοντας τα επίπεδα και αρχίζοντας γυμναστήριο. Η ακούσια αύξηση του σωματικού βάρους δεν αποτελεί επαρκή λόγο για την ένταξη ενός ατόμου στο γυμναστήριο. Πολλοί είναι οι άνθρωποι που παίρνουν βάρος χωρίς να είναι χαρούμενοι γι αυτό αλλά δεν ξεκινούν γυμναστήριο. Ομοίως, δεν είναι απαραίτητη αιτία με την έννοια ότι οι άνθρωποι μπορεί να ξεκινήσουν γυμναστική χωρίς να είναι ή να σκέφτονται πως είναι υπέρβαροι. Πολλοί αρχάριοι εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή (Crossley, 2006).

Επιπλέον, αν και κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί την ύπαρξη αυστηρών κανόνων για το σώμα και τη σιλουέτα αλλά ούτε και τα πλεονεκτήματα που αποδίδουν οι συγκεκριμένες μορφές φυσικού κεφαλαίου, εξηγήσεις οι οποίες εστιάζουν σε αυτούς τους παράγοντες δεν εξισώσουν με ισορροπία την εγωκεντρική φύση των σωματικών ασκήσεων, για παράδειγμα τα επιμέρους κριτήρια χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της αύξησης του βάρους. Ο Giddens (1991) είναι πιο κοντά στη σύλληψη αυτή, με την εστίασή του στην ατομική ταυτότητα αλλά το έργο του αδυνατεί να συλλάβει την έννοια στην οποία η ένταξη σε ένα γυμναστήριο έχει συχνά να κάνει με επισκευή του σώματος και επαναφορά αυτού σε κάποιο προηγούμενο στάδιο, ενώ έχει την τάση αφελώς να συνδέει το σώμα με την αντικειμενική του καλλιέργεια. Αυτός και οι υπόλοιποι μεγάλοι θεωρητικοί αποτυγχάνουν να εξετάσουν τις απολαύσεις και τους σκοπούς της σωματικής

άσκησης στους ζωντανούς οργανισμούς, τον κοινωνικό χαρακτήρα ορισμένων ασκήσεων και την αίσθηση του εαυτού που συνδέεται με ορισμένες μορφές άσκησης σε αντίθεση με την αισθητική του σώματος. Για παράδειγμα το γεγονός ότι τρέχει για μια ώρα ή το ότι σηκώνει βάρη μπορεί να αποκαταστήσει την αίσθηση ενός ατόμου για τον εαυτό του παρόλες τις επιπτώσεις. Επιπλέον αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν ότι οι σωματικές ασκήσεις μπορεί να προκύπτουν από σωματικές αλλαγές και εμπειρίες. Για εκείνους «το σώμα μου» είναι το μόνο που σκέφτομαι και οτιδήποτε έχει να κάνει με αυτό, όχι το σώμα στο οποίο βρίσκομαι. Το σώμα που νιώθει πόνο και ευχαρίστηση, που πράττει και εξαφανίζεται. Είναι φανερό ότι παραμένουν πολλές πτυχές της εργασίας και της ζωής του γυμναστηρίου στο άρθρο αυτό. Συγκεκριμένα, θα ήταν ενδιαφέρον να μάθουμε: γιατί πολλοί άνθρωποι εγκαταλείπουν το γυμναστήριο μετά από μερικές εβδομάδες και τι είναι αυτό που τους ξεχωρίζει από τους κοινούς αθλητές, ποιο είναι το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων στα γυμναστήρια, και ποιος ο ρόλος της γυμναστικής βιομηχανίας στην σωματική άσκηση και την ιδεολογία της (Crossley, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 130 άτομα εκ των οποίων οι 70 ήταν άνδρες και οι 60 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 29,8 έτη και ο μέσος όρος του σωματικού τους βάρους ήταν στα 74.6 κιλά ενώ ο μέσος όρος του σωματικού τους ύψους στο 1.72 εκ. Η επιλογή τους ήταν τυχαία.

Πίνακας 3.1.: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των σωματομετρικών χαρακτηριστικών της ομάδας του δείγματος.

	Ηλικία	Βάρος	Ύψος
Μέση Τιμή	29,86	74,69	1,72

SD	9,23	15,08	9,23
----	------	-------	------

3.2 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 29 ερωτήσεις. Οι πρώτες έξι ήταν δημογραφικού χαρακτήρα και περιελάμβαναν ερωτήσεις όπως το φύλο, η ηλικία, το σωματικό βάρος και ύψος κ.α. Οι έντεκα επόμενες αφορούσαν ερωτήσεις σχετικά με το είδος του προγράμματος που ακολουθούν ανεξάρτητα από το κίνητρο. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις απευθυνόντουσαν μόνο στα άτομα που είχαν ως κίνητρο συμμετοχής την αποκατάσταση και σκοπό είχαν να μάθουμε περισσότερα πράγματα για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών σε κάθε περίπτωση.

3.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τρία γυμναστήρια του Αιγίου και ένα της Πάτρας. Χρησιμοποιήθηκε δευτερογενής έρευνα με συλλογή, καταγραφή και ανάλυση των στοιχείων που δόθηκαν από τους ερωτηθέντες. Μετά από λήψη σχετικής άδειας από τον υπεύθυνο του κάθε γυμναστηρίου, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε ανθρώπους που βρισκόντουσαν στο γυμναστήριο τη συγκεκριμένη στιγμή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από εμάς έτσι ώστε να αποφευχθούν σφάλματα από τη μη κατανόηση των ερωτήσεων. Καταγράφηκαν: το φύλο, η ηλικία, το βάρος, το ύψος, το επάγγελμα και το αν είναι αθλητής ή όχι. Ακολούθησαν 22 απόλυτα κατανοητές ερωτήσεις κλειστού τύπου και μία ανοιχτού η οποία συμπληρώθηκε από τους ερευνητές (Παράρτημα1) .

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας αποκωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική ανάλυση. Στη συνέχεια γραφικές παραστάσεις με τις ομαδοποιημένες τιμές ή τις τιμές κάθε μεταβλητής δημιουργήθηκαν με τη χρήση στατιστικών προγραμμάτων ή απλών προγραμμάτων γραφικών, με στόχο την άμεση και εύκολη κατανόηση των διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκεκριμένων παραμέτρων.

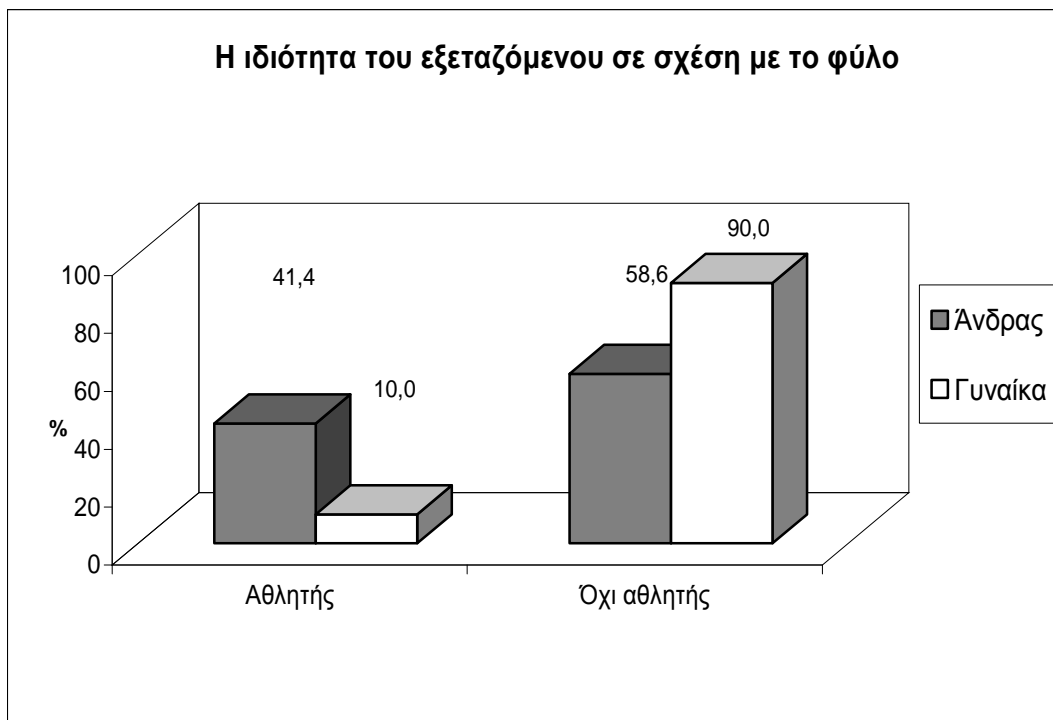
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με το συσχετισμό των πεδίων. Έτσι δημιουργήθηκε α) η κατηγοριοποίηση με βάση το φύλο, β) η κατηγοριοποίηση με βάση το κίνητρο συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης και τέλος, γ) η κατηγοριοποίηση με βάση την αποκατάσταση.

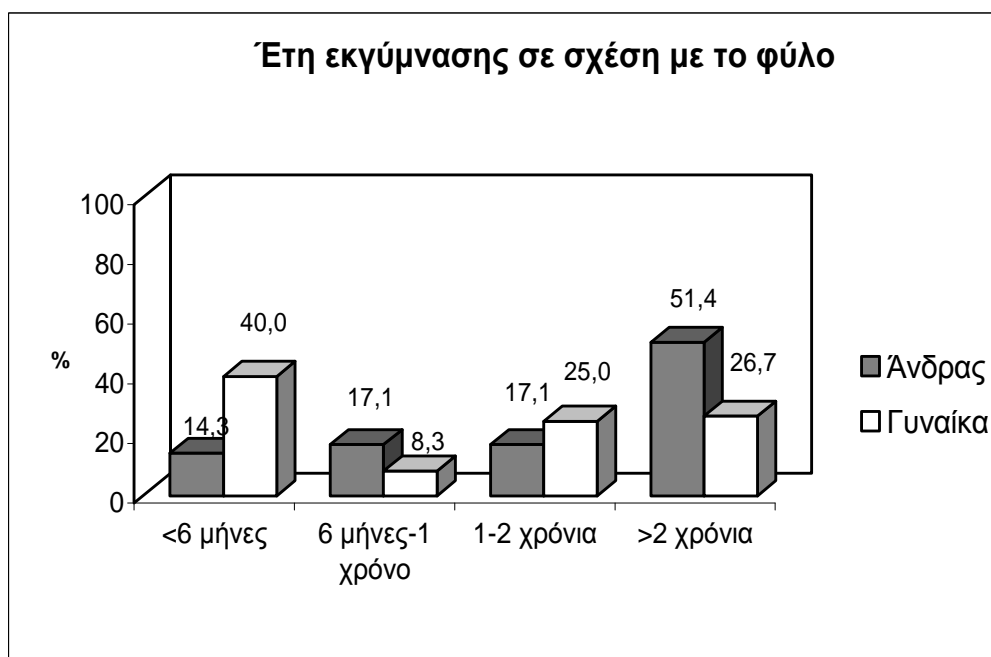
Αποτελέσματα ερωτηματολογίου βάσει φύλου.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του ερωτηματολογίου έδειξαν ότι ανεξαρτήτως του φύλου οι περισσότεροι ήταν μη αθλητές. Αξιοσημείωτη είναι η μεγάλη διαφορά που υπάρχει στις γυναίκες αφού, το ποσοστό των μη αθλητών υπερέχει κατά 80% των αθλητών (Σχήμα 4.1.)



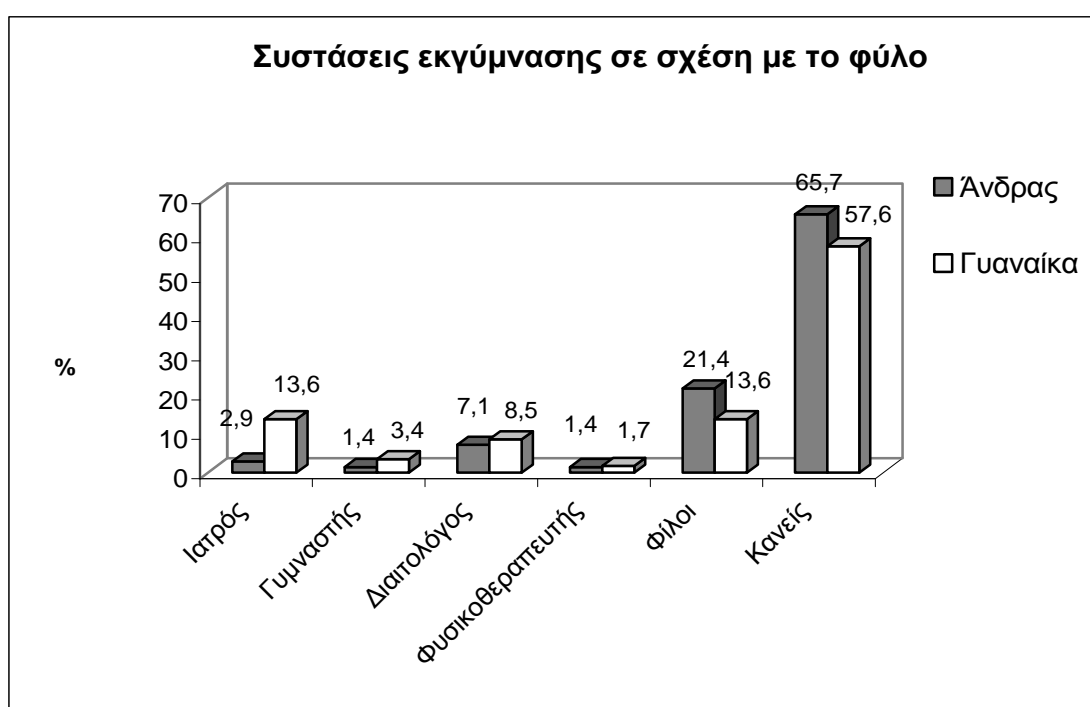
Σχήμα 4.1.: Ανάλυση της σχέσης φύλου-ιδιότητας.

Σχετικά με τα έτη εκγύμνασης βρέθηκε ότι οι περισσότεροι άνδρες γυμνάζονται πάνω από 2 χρόνια ενώ οι περισσότερες γυναίκες τους τελευταίους 6 μήνες. Ενώ για όσους γυμνάζονται μεταξύ 6 μηνών και 2 χρόνων δεν υπήρξε μεγάλη διαφορά στο δείγμα ανδρών και γυναικών (Σχήμα 4.2.).

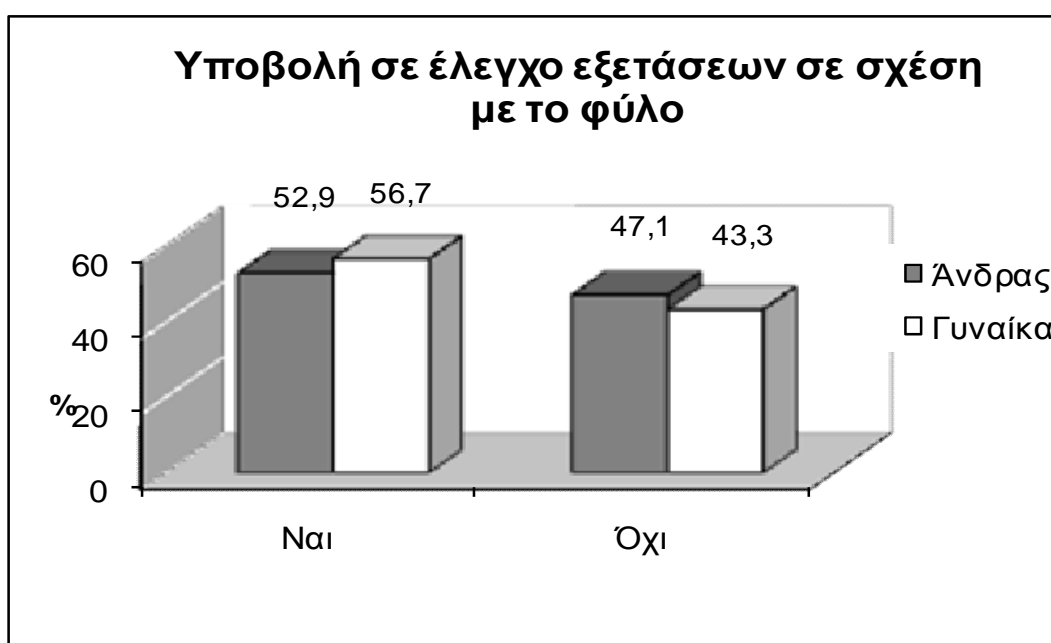


Σχήμα 4.2.: Ανάλυση σχέσης φύλου – έτη εκγύμνασης.

Η αξιολόγηση της ερώτησης για το ποιος σύστησε το γυμναστήριο έδειξε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επέλεξε να ξεκινήσει κάποιο πρόγραμμα σε γυμναστήριο ύστερα από δική του πρωτοβουλία πάλι ανεξαρτήτως φύλλου, αφού η διαφορά ανέρχεται μόλις στο 1.9 %. Δεύτερη σε επιλογή έρχεται η κατηγορία των φίλων που από ότι φαίνεται παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση των ανδρών αφού ξεπερνάει των γυναικών κατά 7.8%. ακολουθούν οι κατηγορίες του ιατρού του διαιτολόγου και του γυμναστή στις οποίες πάλι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Και τέλος έρχονται οι φυσικοθεραπευτές με μόλις 1.4% και 1.7% για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα (Σχήμα 4.3).



Σχήμα 4.3.: Ανάλυση της σχέσης φύλλου – συστάσεις εκγύμνασης.



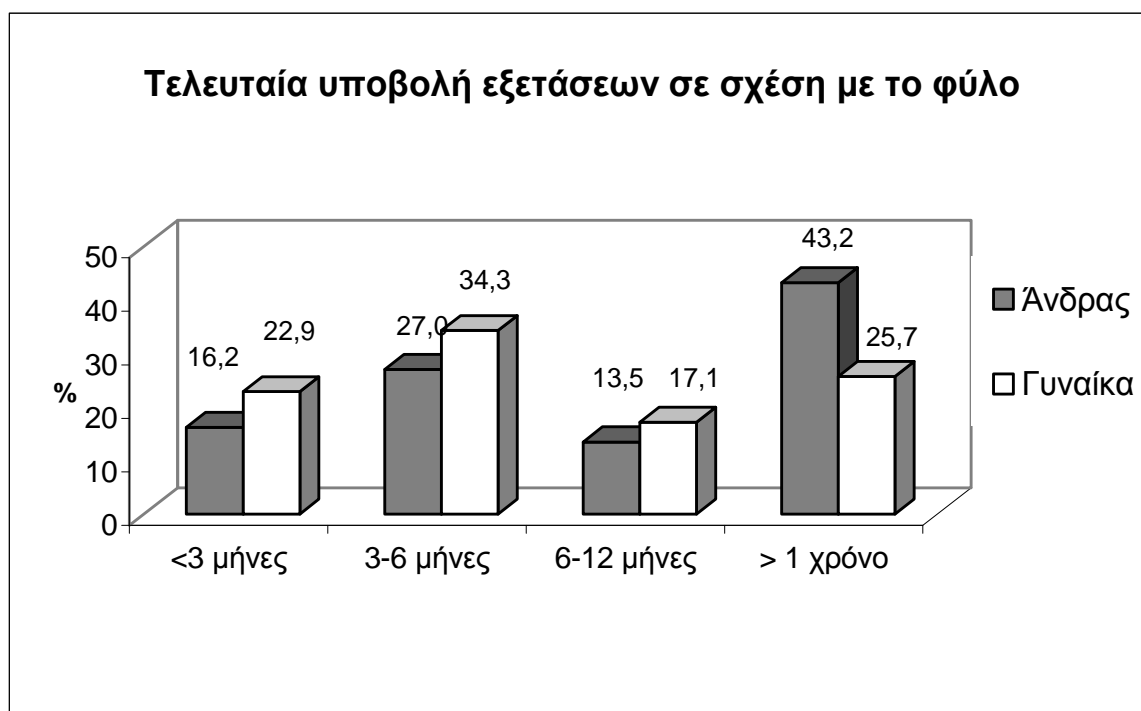
Κ

ατά
την
ανά
λυσ
η
της
υπο
βολ
ής

σε ιατρικό έλεγχο σε σχέση με το φύλο δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, αφού για όσους είχαν υποβληθεί η διαφορά ήταν 3.8% υπέρ των γυναικών, ενώ για αυτούς που δεν είχαν υποβληθεί 3.8% υπέρ των ανδρών (Σχήμα 4.4).

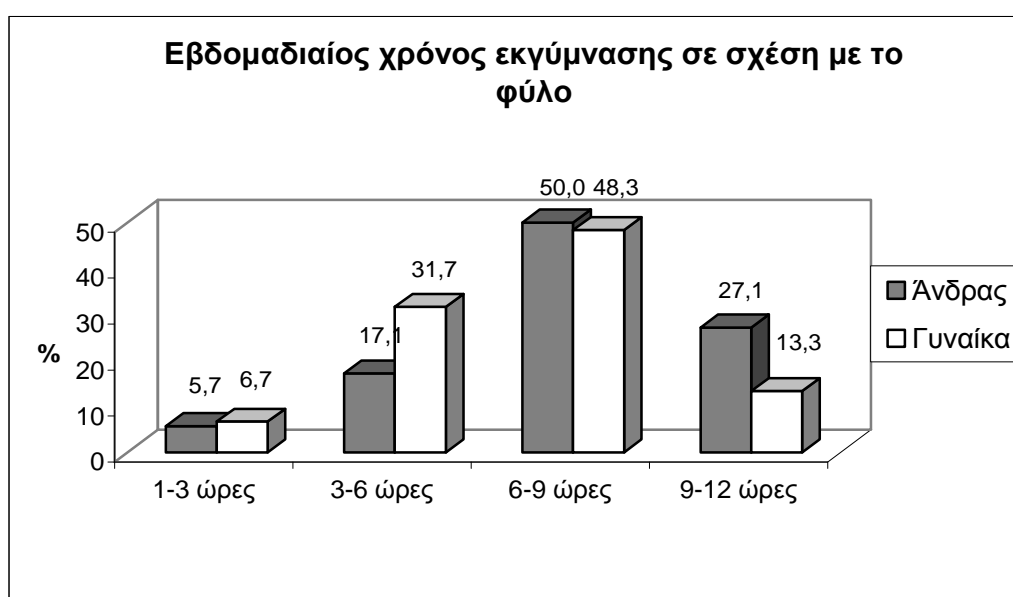
Σχήμα 4.4.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - υποβολή ελέγχου ιατρικών εξετάσεων.

Από τους ερωτηθέντες που είχαν υποβληθεί σε ιατρικό έλεγχο, το 42% των ανδρών είχε πάνω από ένα χρόνο να υποβληθεί ξανά σε εξετάσεις, ενώ για τις περισσότερες γυναίκες είχε γίνει κάποιος έλεγχος τον τελευταίο ένα χρόνο με επικρατούσα τελευταία υποβολή σε εξετάσεις 3- 6 μήνες πριν (Σχήμα4.5).



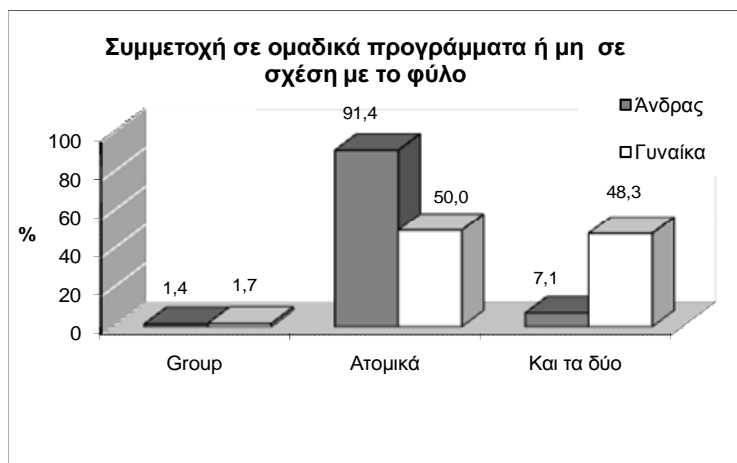
Σχήμα 4.5.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - τελευταία υποβολή σε ιατρικές εξετάσεις.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της σχέσης του φύλου με τον εβδομαδιαίο χρόνο εκγύμνασης έδειξαν ότι οι μισοί από το δείγμα γυμναζόντουσαν για 6- 9 ώρες εβδομαδιαίως. Ενώ η διαφορά στην κατηγορία αυτή μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχεδόν αμελητέα, μόλις 1.7% υπέρ των ανδρών. Αμέσως μετά έρχονται οι 3-6 ώρες εβδομαδιαίως όπου έχουμε μία μεγάλη διαφορά μεταξύ του φύλου, καθώς έχουμε το 31 % των γυναικών και το 17.1% των ανδρών. Ακολουθεί η κατηγορία των 9- 12 ωρών εβδομαδιαίως στην οποία βρίσκεται το 27% των ανδρών έναντι του 13% των γυναικών. Και τέλος η κατηγορία των 1-3 ωρών όπου και πάλι οι διαφορές είναι αμελητέες(Σχήμα4.6).



Σχήμα 4.6.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - εβδομαδιαίο χρόνο εκγύμνασης.

Όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε ατομικά ή ομαδικά προγράμματα αποκατάστασης, η ανάλυση έδειξε ότι οι περισσότεροι άνδρες επέλεξαν να γυμναστούν ατομικά ενώ οι γυναίκες και ομαδικά και ατομικά. Για όσους απάντησαν ότι επέλεξαν να γυμνάζονται κατά ομάδες δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά σε σχέση με το φύλο (Σχήμα4.7).



Σχήμα 4.7.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμμετοχή σε ομαδικά ή μη προγράμματα.

Ο υπεύθυνος διαμόρφωσης του προγράμματος εκγύμνασης στις γυναίκες παρατηρήθηκε ότι ήταν κατά κύριο λόγο ο γυμναστής, οι ίδιες και ο ιατρός που τις παρακολουθούσε. Στους άνδρες φαίνεται ότι και για αυτούς διαμορφώνει το πρόγραμμα ο γυμναστής, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό διαμορφώνει μόνο του το πρόγραμμα. Τη μικρότερη συμμετοχή στη διαμόρφωση φαίνεται να έχουν οι φυσικοθεραπευτές χωρίς να διακρίνονται μεγάλες διαφορές σε σχέση με το φύλο (Σχήμα 4.8) .

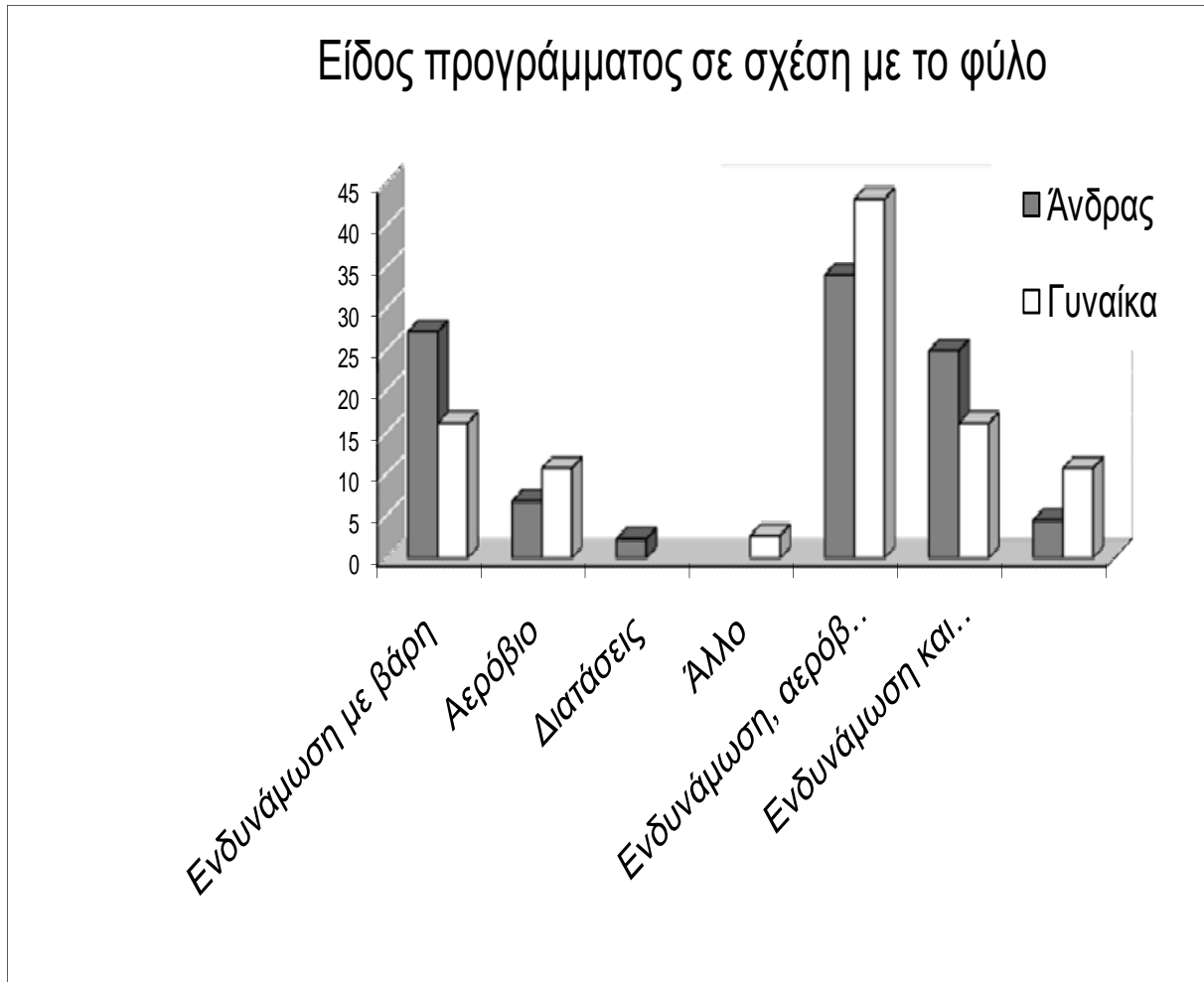


Σχήμα 4.8.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - υπεύθυνου διαμόρφωσης του προγράμματος.

Οι περισσότεροι άνδρες και γυναίκες ακολουθούσαν πρόγραμμα που περιείχε ενδυνάμωση με βάρη, σε συνδυασμό με αερόβιο και διατάσεις. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό(βλ. πίνακα 4.1.) δήλωσε ότι κάνει μόνο ενδυνάμωση με βάρη από τους οποίους οι περισσότεροι ήταν άνδρες όπως και σ' αυτό όπου περιείχε μόνο βάρη και ενδυνάμωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι ελάχιστοι ήταν αυτοί οι οποίοι έκαναν μόνο διατάσεις. Ενώ το αερόβιο φαίνεται να αρέσει ιδιαίτερα στις γυναίκες (Σχήμα 4.9).

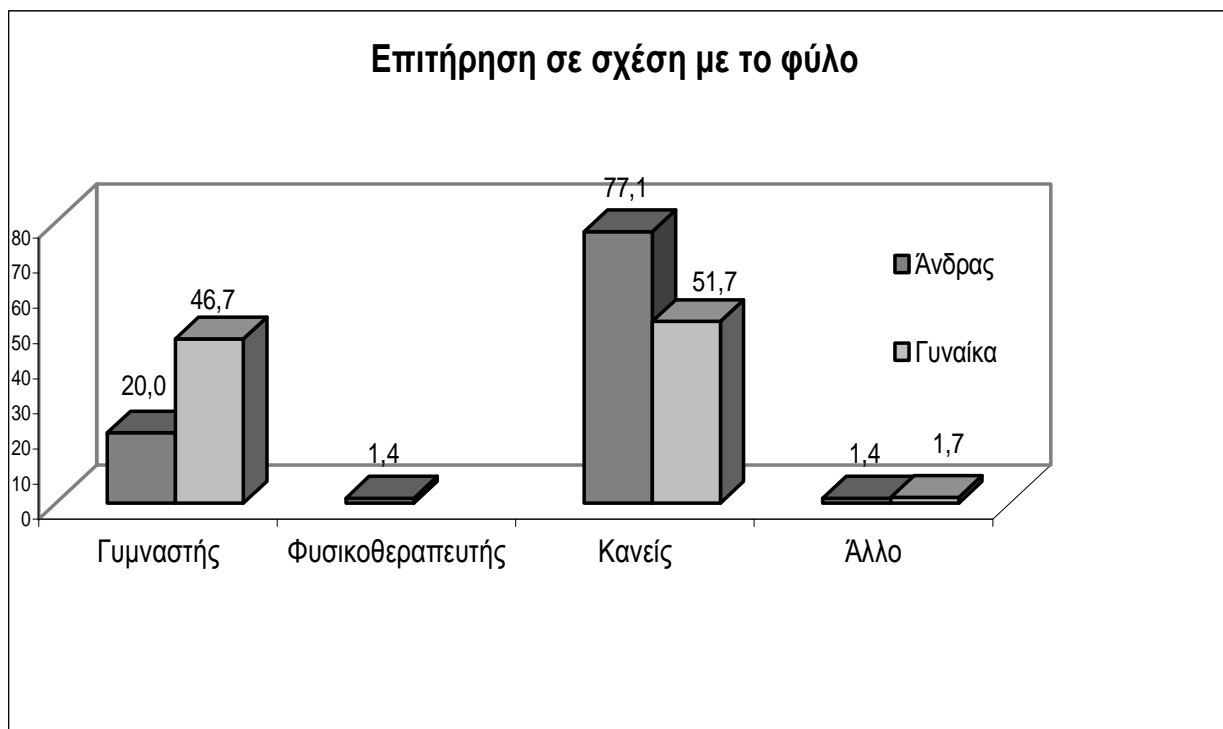
Πίνακας 4.1.: Επί τοις εκατό ανάλυση σχέσης φύλου είδους προγράμματος

	Ενδυνάμωση με βάρη	Αερόβιο	Διατάσεις	Άλλο	Ενδυνάμωση, αερόβιο και διατάσεις	Ενδυνάμωση και διατάσεις
Άνδρας	27,27	6,81	2,27		34,09	25
Γυναίκα	16,21	10,81		2,70	43,24	16,21



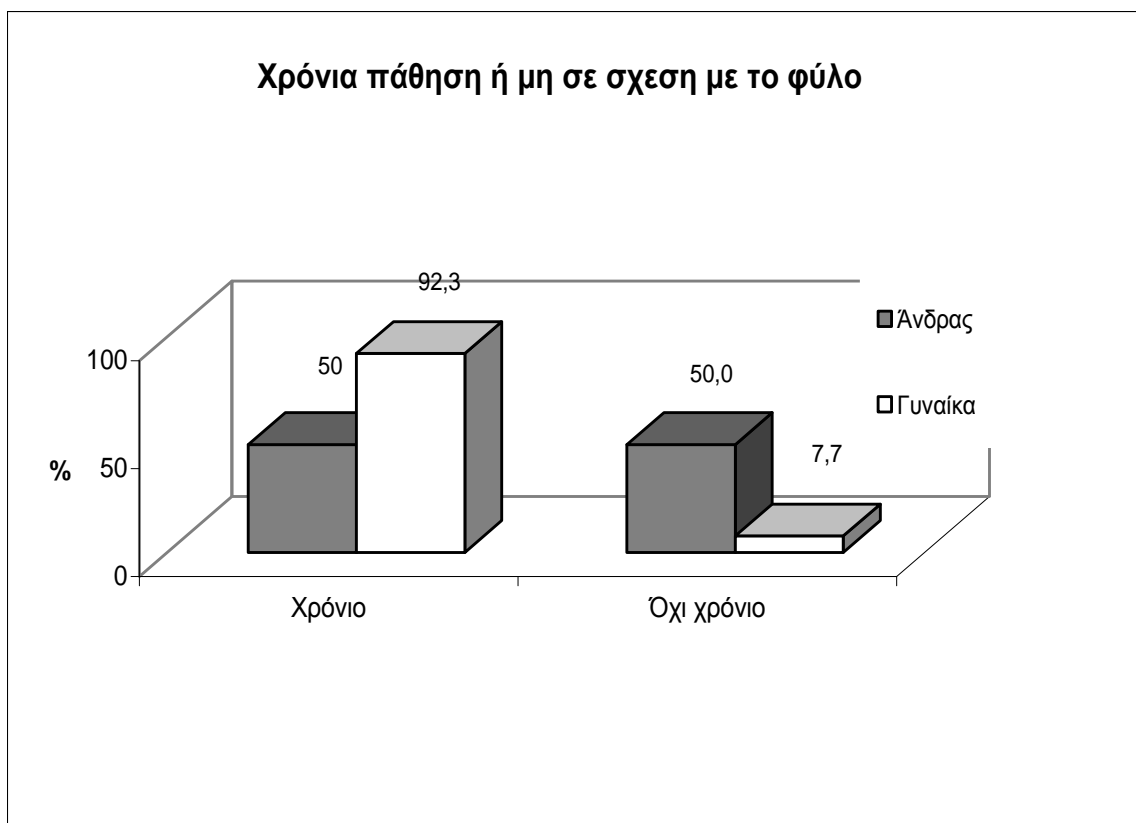
Σχήμα 4.9.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - είδος του προγράμματος.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την επιτήρηση που έπρεπε να έχουν οι συμμετέχοντες ήταν αρνητικά αφού η πλειοψηφία δήλωσε ότι κανείς δεν τους παρακολουθούσε. Ιδιαίτερα φανερό ήταν στους άνδρες. Λίγοι ήταν αυτοί τους οποίους παρακολουθούσε ο γυμναστής ώστε να τους υποδεικνύει αν γίνεται σωστά η κάθε άσκηση και τι πρέπει να προσέχουν κάθε φορά. Αντίθετα μεγαλύτερα ποσοστά επιτήρησης (46,7%) φαίνεται ότι είχαν εξασφαλίσει οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Σχήμα 4.10).



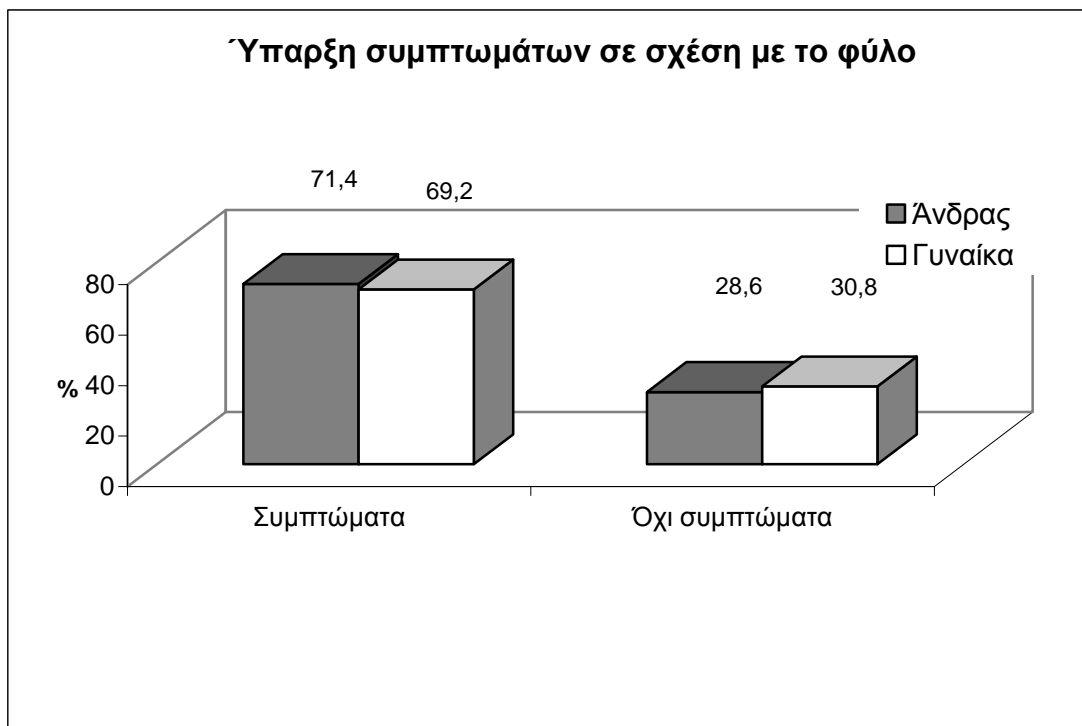
Σχήμα 4.10.: Ανάλυση της σχέση φύλου – επιτήρηση.

Όσον αφορά τη χρονιότητα των παθήσεων, αυτή βρέθηκε αυξημένη αφού οι περισσότεροι υπέφεραν από κάποια χρόνια πάθηση και ιδιαίτερα οι γυναίκες. Ενώ πολύ λίγοι ήταν αυτοί που είχαν μη χρόνια (Σχήμα 4.11).



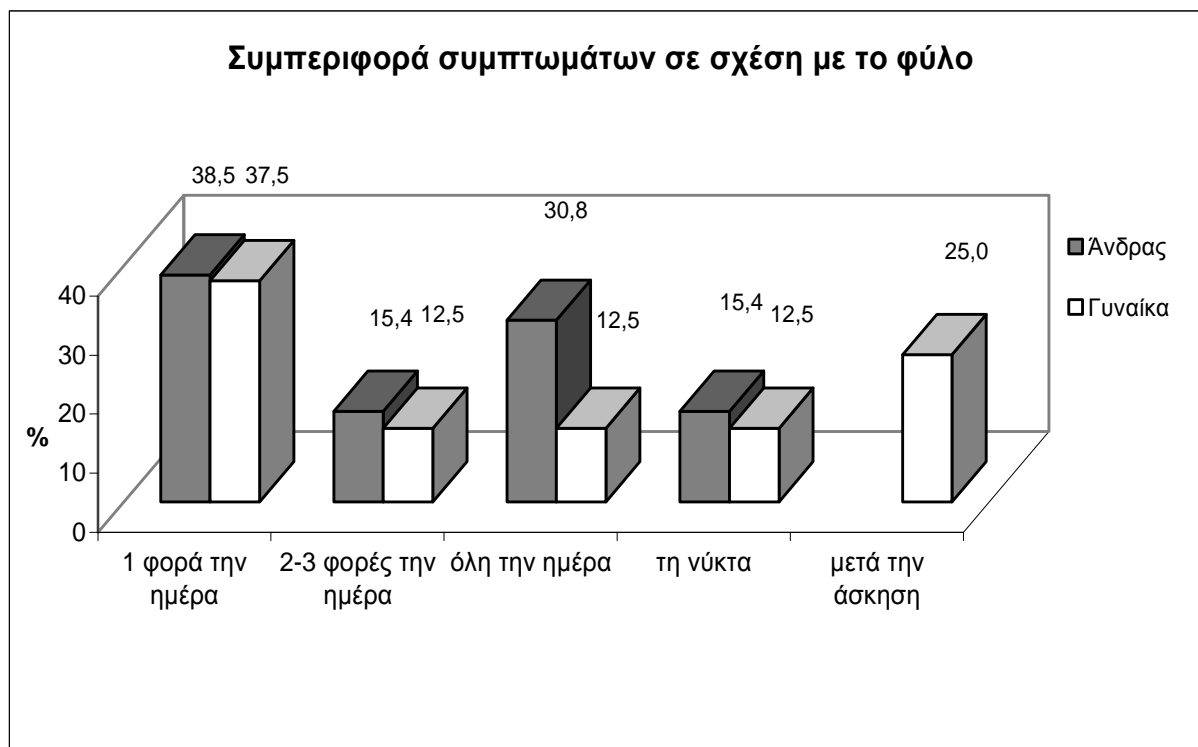
Σχήμα 4.11.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - χρονιότητα της πάθησης.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων φαίνεται να μην επηρεάζεται από το φύλο αφού είτε στην κατηγορία της ύπαρξης συμπτωμάτων είτε σε αυτή της μη ύπαρξης, η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι αμελητέα. Πιο συγκεκριμένα ύπαρξη συμπτωμάτων είχαν το % των ανδρών και το % των γυναικών. Ενώ μη ύπαρξη είχε το % των ανδρών και το % των γυναικών (Σχήμα 4.12.).



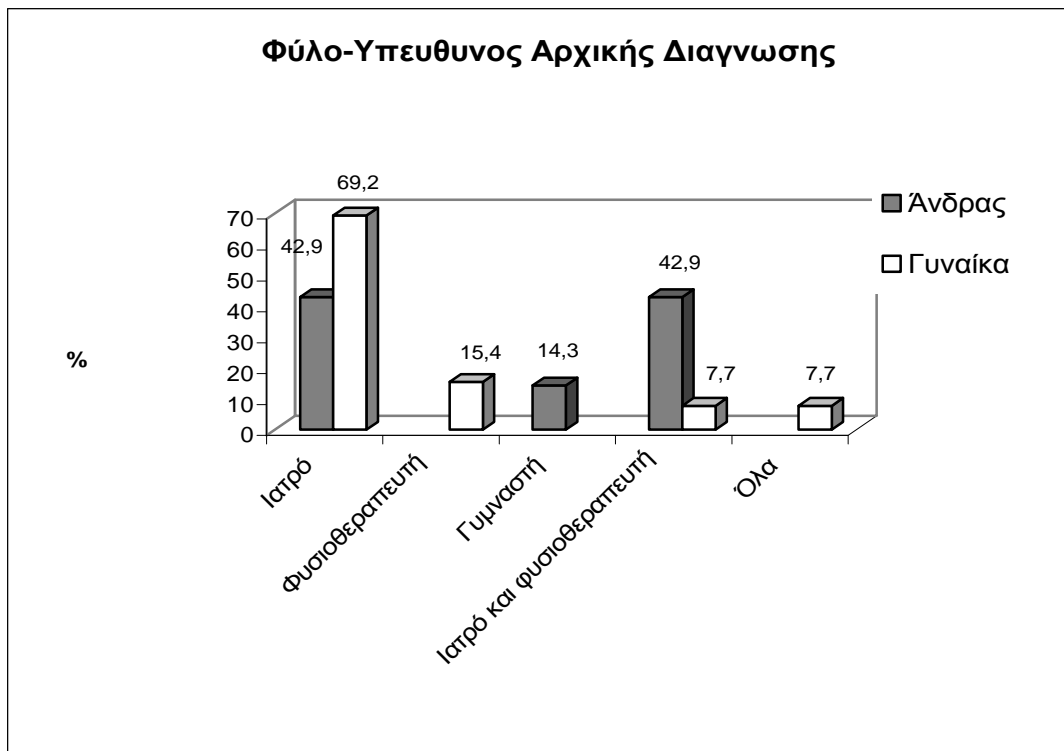
Σχήμα 4.12.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - ύπαρξη των συμπτωμάτων.

Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι εμφάνιζαν συμπτώματα της πάθησης τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, χωρίς αξιοσημείωτες διαφορές που να σχετίζονται με το φύλο. Πολλοί ήταν αυτοί που πονούσαν κατά όλη τη διάρκεια της ημέρας ενώ πολύ σημαντικό είναι να προσέξουμε ότι το 25% των γυναικών πονούσε μετά την άσκηση. Σε χαμηλά ποσοστά κυμαίνονται όσοι πονούσαν 2-3 φορές την ημέρα και κατά τη διάρκεια της νύκτας (Σχήμα 4.13.).



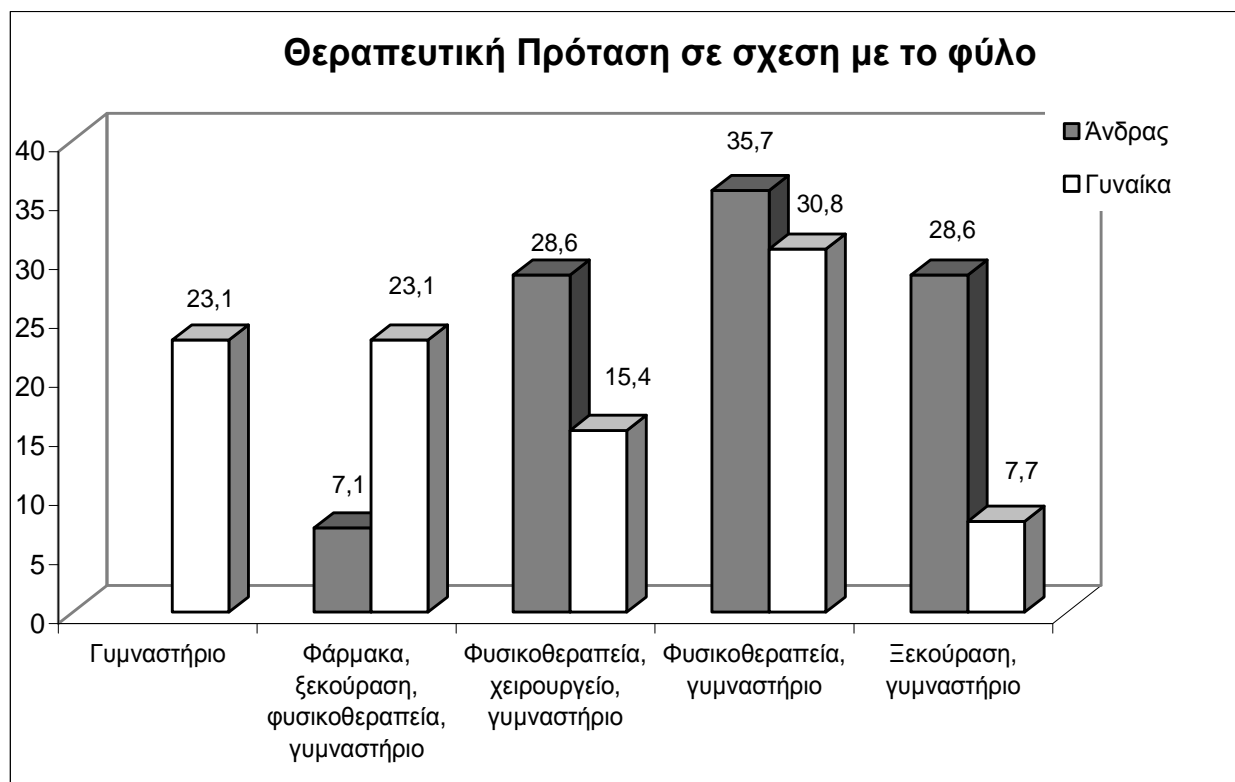
Σχήμα 4.13.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμπεριφορά των συμπτωμάτων.

Το 70% σχεδόν των γυναικών είχαν απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό για την παρακολούθηση του προβλήματος που έχουν. Ενώ οι άνδρες σε γιατρό και φυσικοθεραπευτή μαζί. Φαίνεται όμως τους φυσικοθεραπευτές και τους γυμναστές να τους κατατάσσουν στην ίδια κατηγορία, αφού το 15.4% απευθύνθηκε σε κάποιον φυσικοθεραπευτή, ενώ το 14.5% σε γυμναστή (Σχήμα 4.14.).



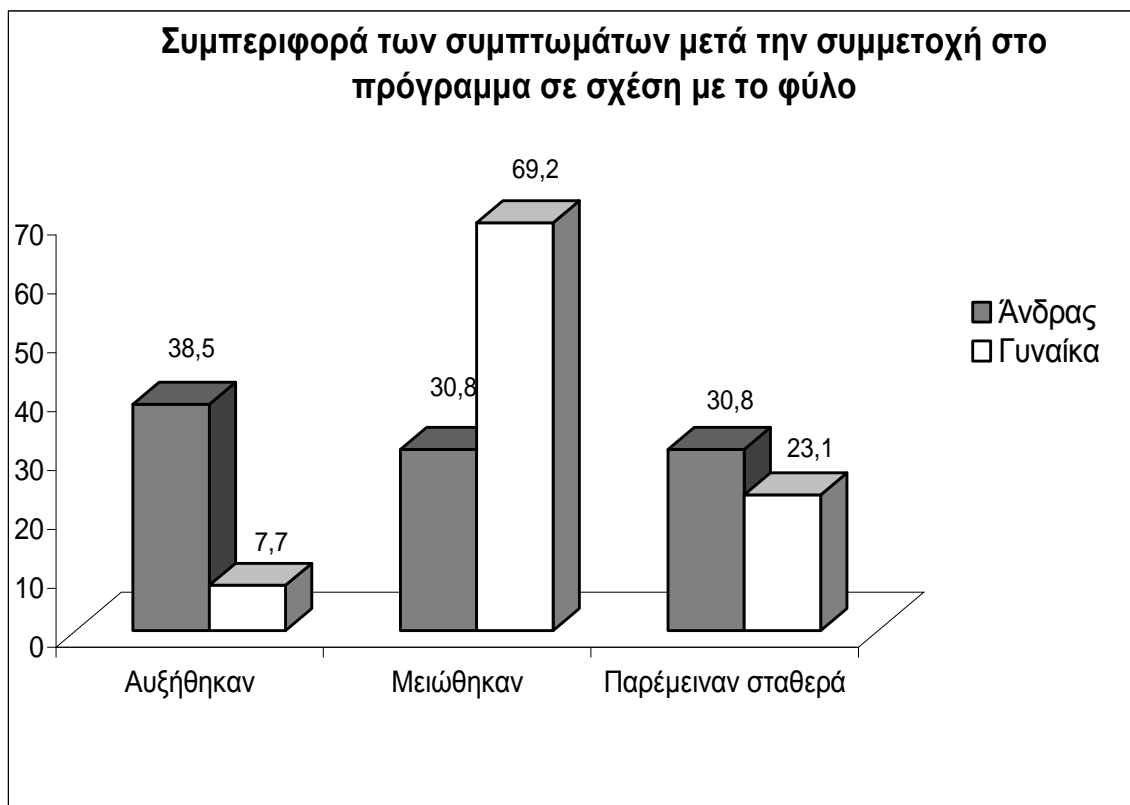
Σχήμα 4.14.: Ανάλυσης της σχέσης φύλου – υπεύθυνος αρχικής διάγνωσης.

Σχετικά με το τι πρότειναν στους ασθενείς αυτοί στους οποίους απευθύνθηκαν τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν ότι τους συστήθηκαν φυσικοθεραπείες και αποκατάσταση σε γυμναστήριο. Σε ένα μεγάλο ποσοστό (28,6%) των ανδρών συστήθηκε χειρουργική αντιμετώπιση, φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση σε γυμναστήριο ενώ σε πολλές γυναίκες σύστησαν μόνο γυμναστήριο, ή φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με γυμναστήριο ξεκούραση και φυσικοθεραπείες (Σχήμα 4.15.).



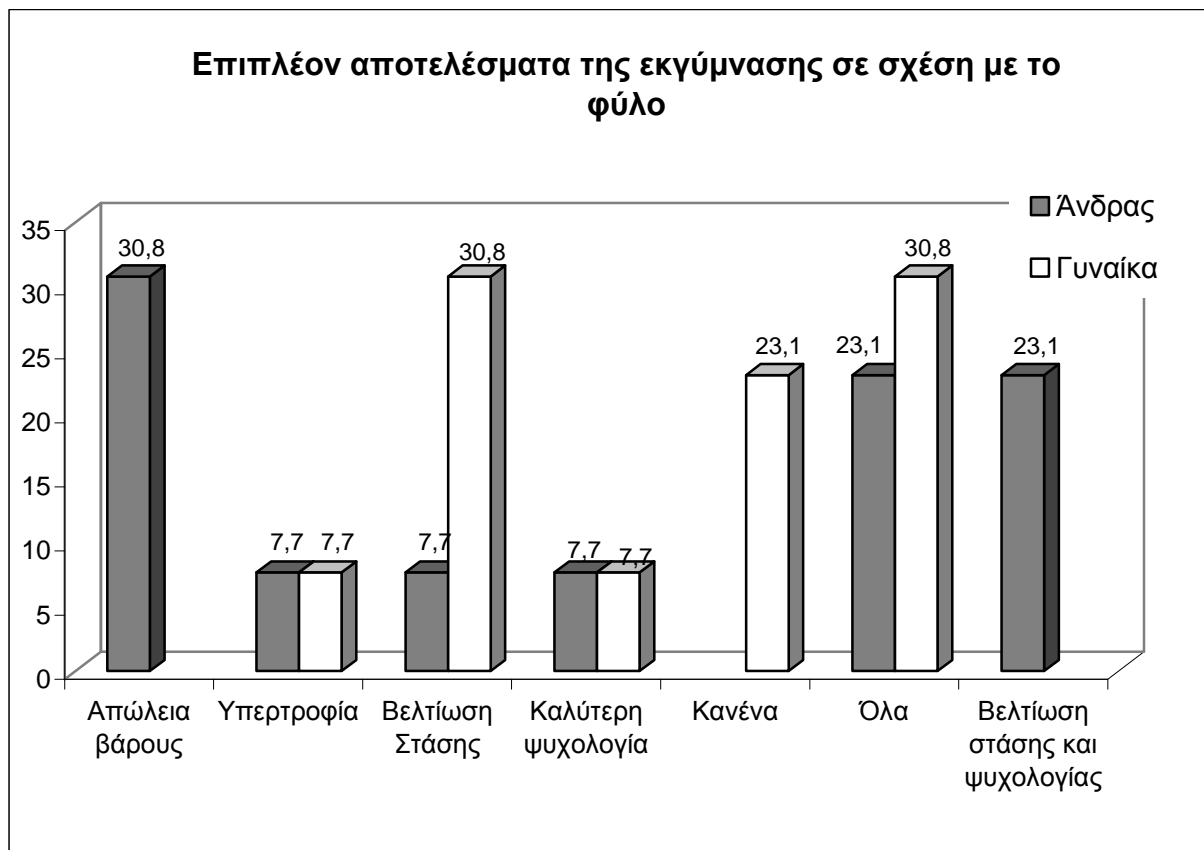
Σχήμα 4.15.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - προτάσεις αντιμετώπισης

Παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων μετά την έναρξη του προγράμματος αποκατάστασης για τις περισσότερες γυναίκες. Ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δηλώνει ότι αυξήθηκαν από τη συμμετοχή τους και έπειτα. Δεν είναι λίγοι αυτοί οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν παρατήρησαν καμία αλλαγή στη συμπεριφορά των συμπτωμάτων (Σχήμα 4.16.).



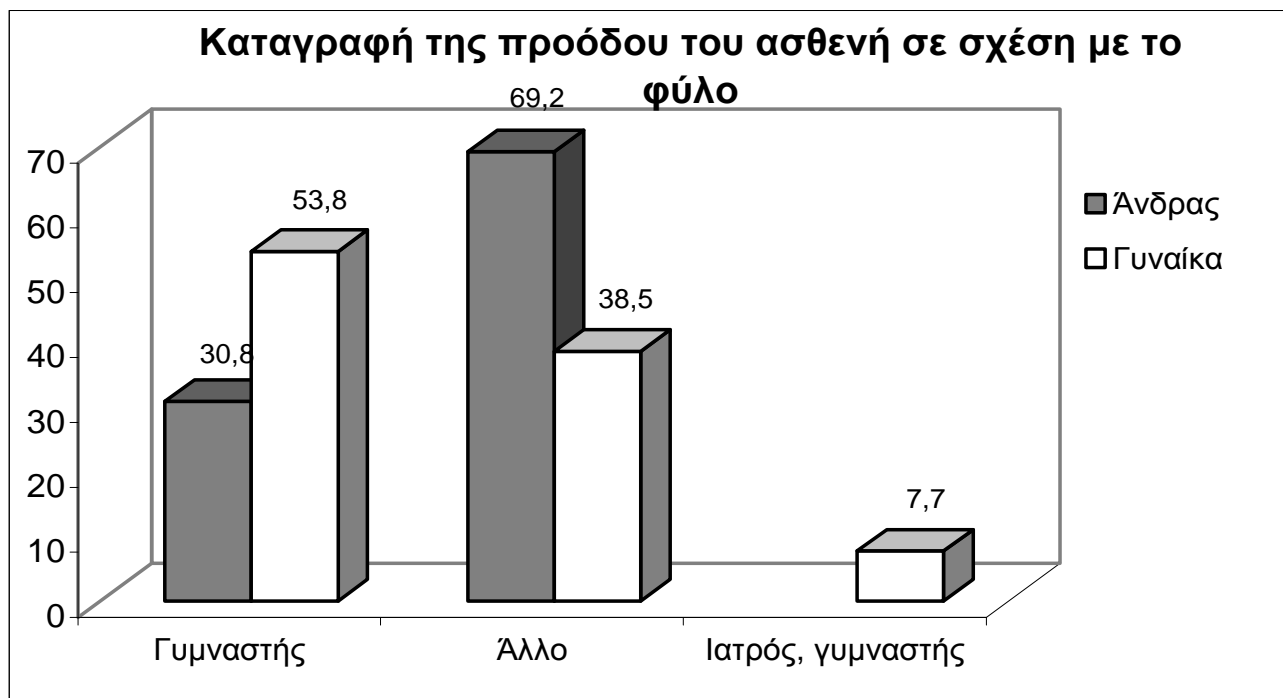
Σχήμα 4.16.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - συμπεριφορά των συμπτωμάτων μετά την συμμετοχή στο πρόγραμμα.

Κυρίαρχο επιπλέον θετικό αποτέλεσμα της εκγύμνασης αναφέρθηκε η βελτίωση στάσης ειδικότερα στις γυναίκες, ενώ ακολουθεί η απώλεια βάρους η οποία είναι εμφανέστερη στους άνδρες. Σε χαμηλότερα ποσοστά παρατήρησης βρίσκονται η μυϊκή υπερτροφία και η καλύτερη ψυχολογία ανεξαρτήτως φύλου (Σχήμα 4.17.).



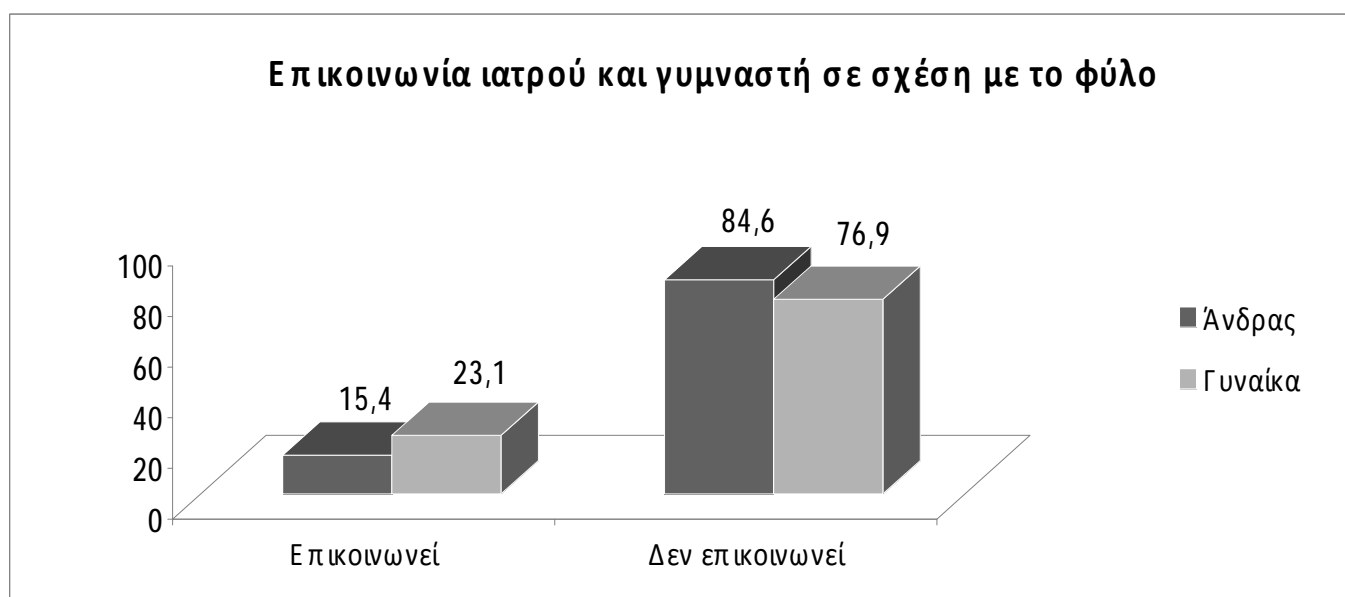
Σχήμα 4.17.: Ανάλυση της σχέσης φύλου - επιπλέον αποτελέσματα της εκγύμνασης.

Κανένας ήταν η απάντηση των περισσότερων στην ερώτηση ποιος σημειώνει την πρόοδο και την εξέλιξη του, ιδιαίτερα των ανδρών. Ενώ υπήρξαν και άλλοι των οποίων την πρόοδο σημείωνε ο γυμναστής, συχνότερα παρατηρούμενο στις γυναίκες (Σχήμα 4.18.).



Σχήμα 4.18.: Ανάλυση σχέσης φύλου – καταγραφή προόδου.

Σχετικά με την ύπαρξη επικοινωνίας ή όχι μεταξύ ιατρού και γυμναστή η απάντηση ότι δεν έρχονται σε επικοινωνία ήταν σχεδόν ομόφωνη με μικρές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (Σχήμα 4.19.).

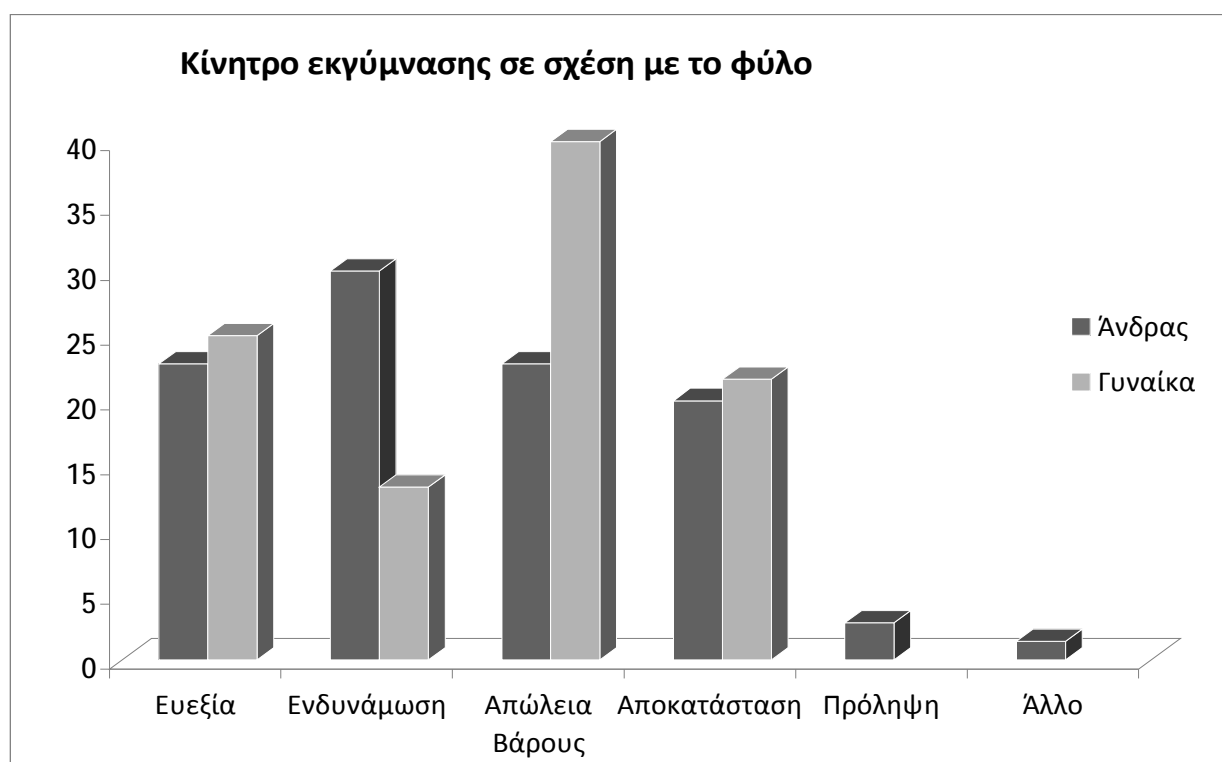


Σχήμα 4.19.: Ανάλυση της σχέσης φύλου – Επικοινωνία ιατρού με γυμναστή.

Σαν κίνητρο εκγύμνασης οι περισσότεροι είχαν την απώλεια βάρους(βλ. πίνακα 4.2). Ακολουθεί η ενδυνάμωση, και η ευεξία. Τέταρτη έρχεται η αποκατάσταση που δε φαίνεται να προτιμάται πιο πολύ από άνδρες ή γυναίκες και τελευταία έρχεται η πρόληψη (Σχήμα 4.20.).

Πίνακας 4.2.: Επί τοις εκατό ανάλυση σχέσης φύλου – κινήτρου.

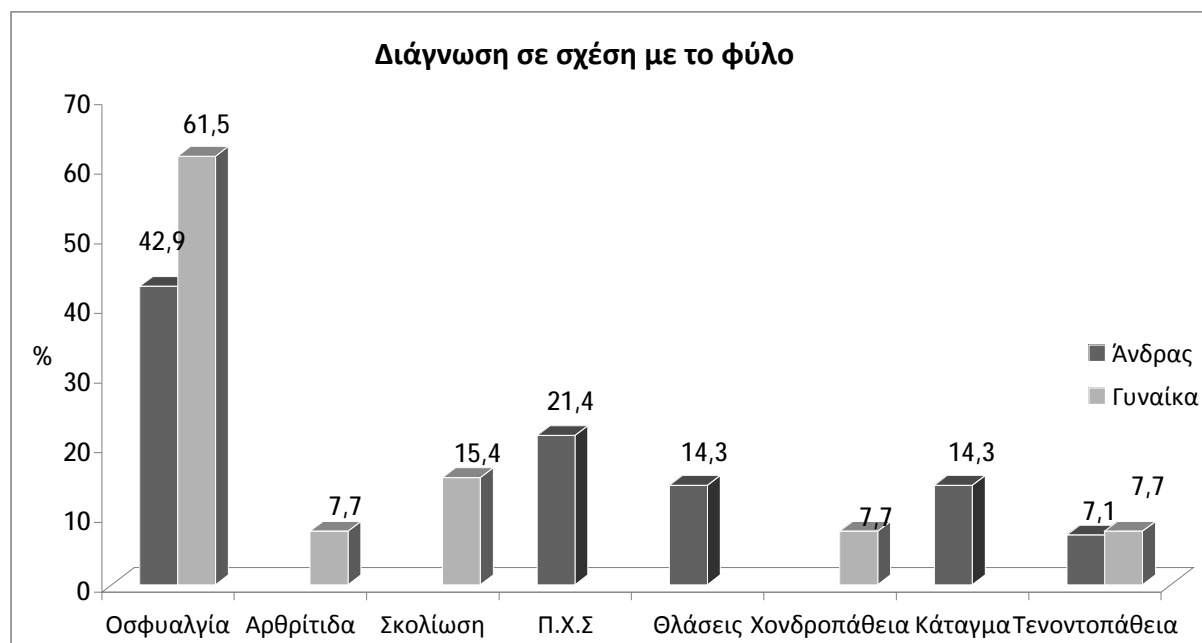
	Ευεξία	Ενδυνάμωση	Απώλεια Βάρους	Αποκατάσταση	Πρόληψη	Άλλο
Άνδρας	22,85	30	22,85	20	2,85	1,42
Γυναίκα	25	13,33	40	21,66		



Σχήμα 4.20.: Ανάλυση της σχέσης φύλου – κινήτρου εκγύμνασης.

Ανεξάρτητα από το φύλο φαίνεται μία μεγάλη κλίση προς την οσφυαλγία. η διαφορά μεταξύ άνδρα γυναίκα αγγίζει το 19% αφού φαίνεται ότι συναντάται περισσότερο σε γυναίκες. Πιο συχνά εμφανίζονται σε γυναίκες και η αρθρίτιδα, η σκολίωση και η χονδροπάθεια. Ενώ ο Π.Χ.Σ. οι θλάσεις και τα κατάγματα

εμφανίζονται πιο συχνά στους άνδρες με ποσοστά 21,4%, 14,3%, και 14,3% αντίστοιχα. Στην περίπτωση της χονδροπάθειας δεν φαίνεται να υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά όσον αφορά το φύλο (Σχήμα 4.21.).



Σχήμα 4.21.: Ανάλυση της σχέσης φύλου – διάγνωσης

Τα αποτελέσματα βάση κινήτρου

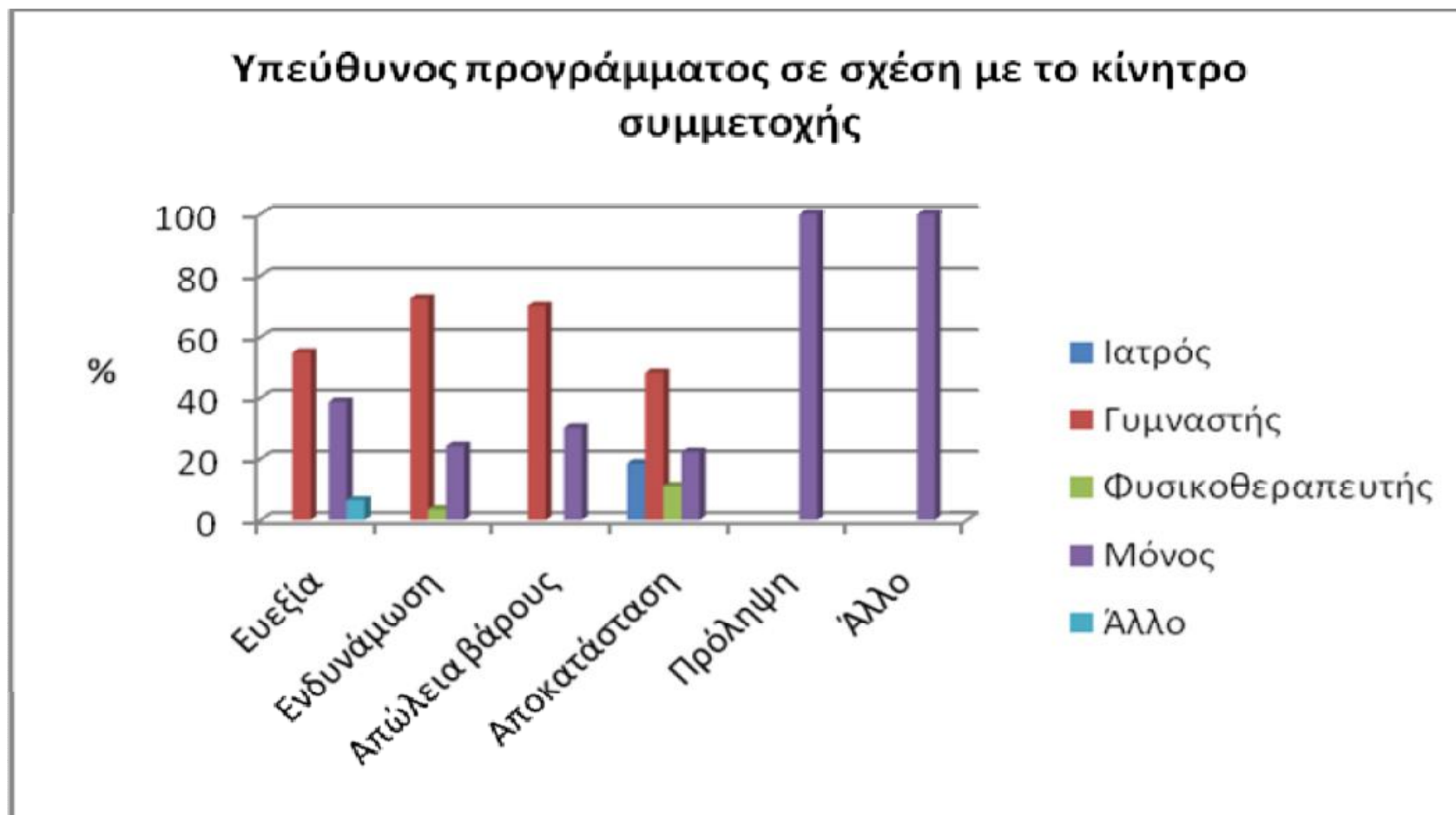
Τα αποτελέσματα (βλ. πίνακα 4.3.) έδειξαν μεγαλύτερη συμμετοχή των γυμναστών στη διαμόρφωση των προγραμμάτων στις περισσότερες κατηγορίες. Σημαντική είναι επίσης, η συμμετοχή των ίδιων των ατόμων σε όλες τις κατηγορίες, ενώ στην κατηγορία του κινήτρου της πρόληψης είναι οι μόνοι διαμορφωτές. Αξιοσημείωτο βέβαια είναι, ότι στην κατηγορία με κίνητρο την αποκατάσταση η συμμετοχή των φυσικοθεραπευτών ήταν η χαμηλότερη από όλες.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα αποκατάστασης με κίνητρο την ευεξία φαίνεται ότι για το 54,8% υπεύθυνος για το πρόγραμμά τους ήταν ο γυμναστής, το 38,7% διαμορφώνει μόνο του το πρόγραμμα ενώ το 6,5% ακολουθεί το πρόγραμμα άλλων. Το 72,4% που συμμετείχαν με σκοπό

την αποκατάσταση ακολουθούσαν πρόγραμμα διαμορφωμένο από το γυμναστή, το 24,1% διαμόρφωνε δικό του πρόγραμμα και μόνο το 3,5% ακολουθούσε πρόγραμμα που είχε διαμορφώσει φυσικοθεραπευτής. Για τους εξεταζόμενους που συμμετείχαν με κίνητρο την απώλεια βάρους πάλι για το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) το πρόγραμμα διαμορφωνόταν από το γυμναστή ενώ το υπόλοιπο 30 % διαμόρφωνε μόνο του το πρόγραμμα. Όσον αφορά τα άτομα που συμμετείχαν με κίνητρο την αποκατάσταση φαίνεται ξανά οι γυμναστές να διαμορφώνουν το πρόγραμμα για τους περισσότερους από αυτούς (48,2%), ακολουθούν οι ίδιοι με ποσοστό 22,2%, για το 18,5% το διαμορφώνουν οι ιατροί και τελευταίοι έρχονται οι φυσικοθεραπευτές με μόλις 11,1%. Για τους συμμετέχοντες με σκοπό την πρόληψη ή κάτι άλλο βρέθηκε ότι όλοι(100%) διαμόρφωναν μόνοι τους το πρόγραμμα (Σχήμα 4.22.).

Πίνακας 4.3.: Ποσοστιαία ανάλυση της σχέσης κινήτρου συμμετοχής υπεύθυνου προγράμματος.

	Ιατρός	Γυμναστής	Φυσικοθεραπευτής	Μόνος	Άλλο
Ευεξία		54,83		38,70	6,45
Ενδυνάμωση		72,41	3,44	24,13	
Απώλεια βάρους		70		30	
Αποκατάσταση	18,51	48,14	11,11	22,22	
Πρόληψη				100	
Άλλο				100	

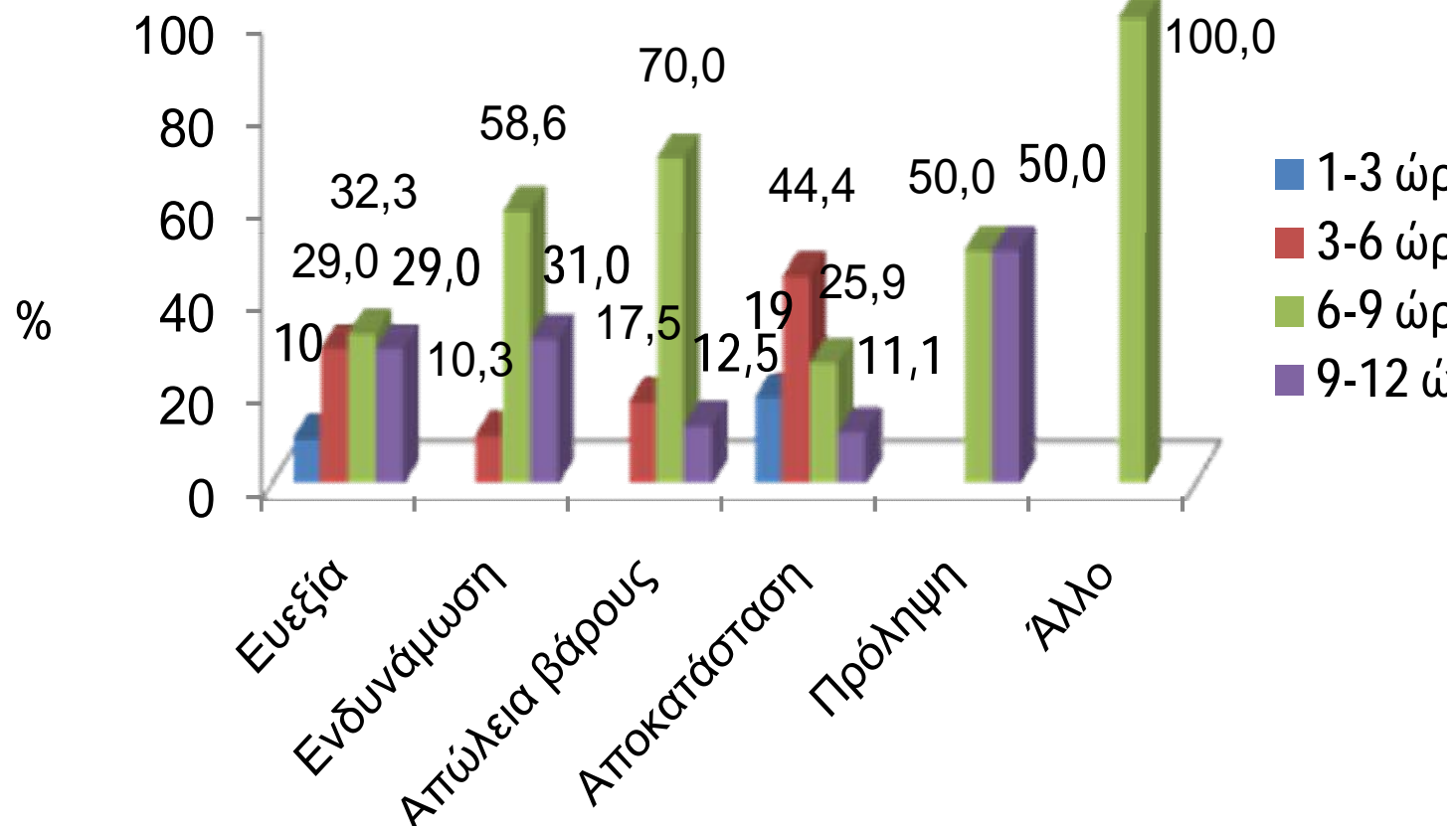


Σχήμα 4.22.: Ανάλυση της σχέσης κινήτρου συμμετοχής – υπεύθυνου προγράμματος.

Από την ανάλυση της σχέσης του κινήτρου συμμετοχής και χρόνου εκγύμνασης εβδομαδιαίως προέκυψε ότι στις περισσότερες κατηγορίες γυμνάζονται 6-9 ώρες εβδομαδιαίως. Μόνο στην κατηγορία της αποκατάστασης έχουμε μεγαλύτερο ποσοστό στις 3 -6 ώρες.

Για την κατηγορία της ευεξίας λοιπόν βρέθηκε ότι το 32,3% γυμναζόταν για 6-9 ώρες, το 29% για 3-6 ώρες, 29% για 9-12 ώρες και 9,7% 1-3 ώρες εβδομαδιαίως. Όσον αφορά την ενδυνάμωση ο εβδομαδιαίος χρόνος εκγύμνασης είχε ως εξής: για το 58,6% 6-9 ώρες, για το 31,1% 9-12 ώρες και για το υπόλοιπο 10,3 % 3-6 ώρες. Τα αποτελέσματα για την κατηγορία της απώλειας βάρους έδειξαν ότι πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) γυμναζόταν για 6-9 ώρες, ακολουθούν οι 3-6 ώρες με ποσοστό 17,5% και τέλος οι 9-12 ώρες με 12,5%. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην κατηγορία της αποκατάστασης για την ποικιλία των διακυμάνσεων του χρόνου αφού, το 44,5% δείγματος γυμναζόταν για 3-6 ώρες, το 25,9% για 6-9, το 18,5% για 1-3 ώρες και τέλος το 11,1% για 9-12 ώρες εβδομαδιαίως. Για την κατηγορία της πρόληψης βρέθηκε ότι το 50% του δείγματος γυμναζόντουσαν για 3-6 ώρες εβδομαδιαίως και το άλλο 50 % για 6-9 ενώ για την κατηγορία άλλο οι 9-12 ώρες φτάνουν το 100% του δείγματος (Σχήμα 4.23.).

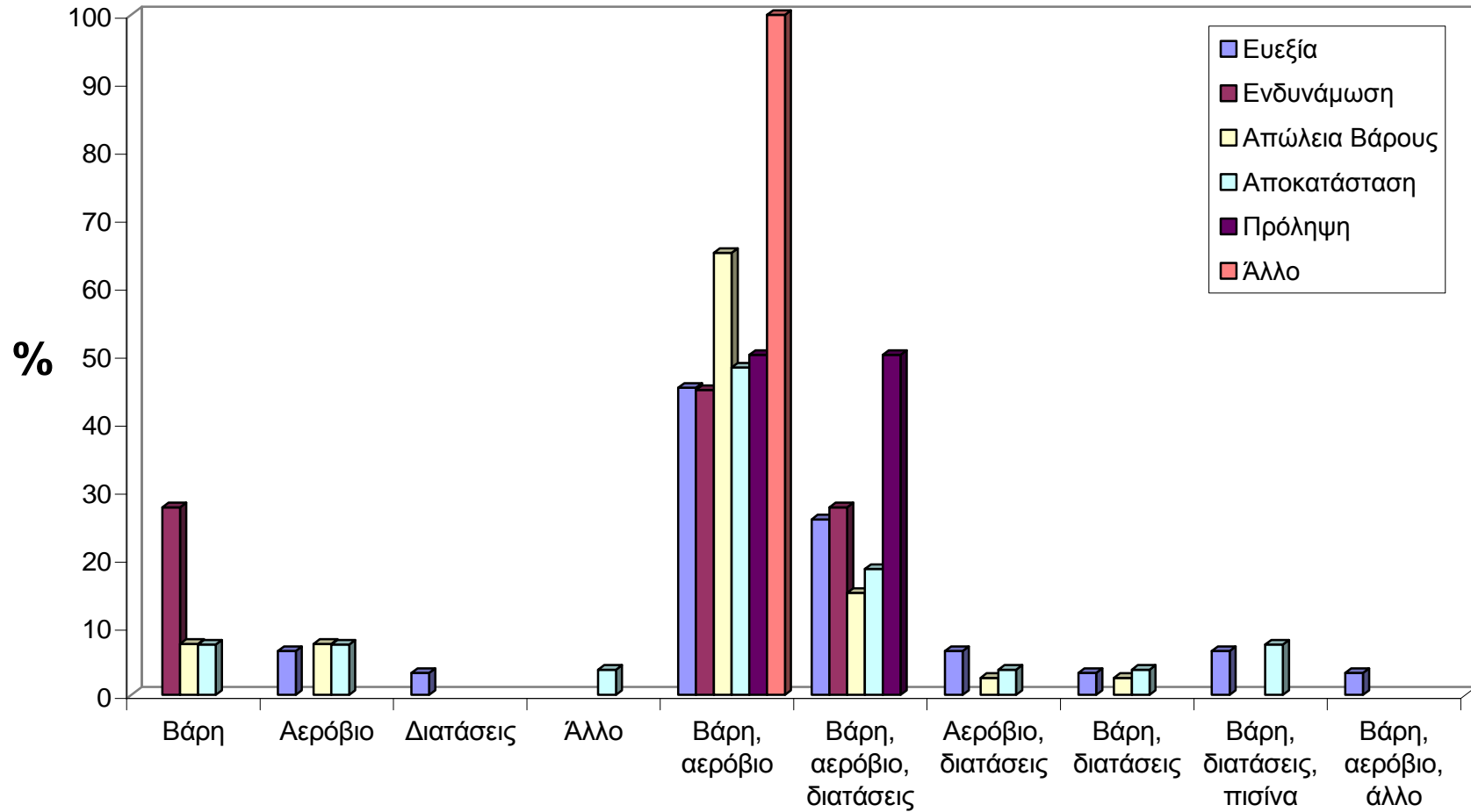
Εβδομαδιαίος χρόνος εκγύμνασης σε σχέση με το κίνητρο συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης



Σχήμα 4.23.: Ανάλυση της σχέσης του κινήτρου συμμετοχής – εβδομαδιαίο χρόνο εκγύμνασης

Οι πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε ότι το πρόγραμμά τους περιλαμβάνει συνδυασμό κάποιων ειδών προγράμματος. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει μία ιδιαίτερη προτίμηση σε προγράμματα που περιλαμβάνουν βάρη και ενδυνάμωση αφού τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεξάρτητα από το κίνητρο συμμετοχής, παρατηρήθηκαν σε αυτή την κατηγορία. Δεύτερη σε ποσοστά έρχονται τα προγράμματα που περιλαμβάνουν ενδυνάμωση με βάρη σε συνδυασμό με διατάσεις και αερόβια προπόνηση. Ενώ προγράμματα όπως μόνο διατάσεις, μόνο αερόβιο ή ασκήσεις σε πισίνα κ.τ.λ. παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά (Σχήμα 4.24.).

Είδος προγράμματος σε σχέση με το κίνητρο συμμετοχής



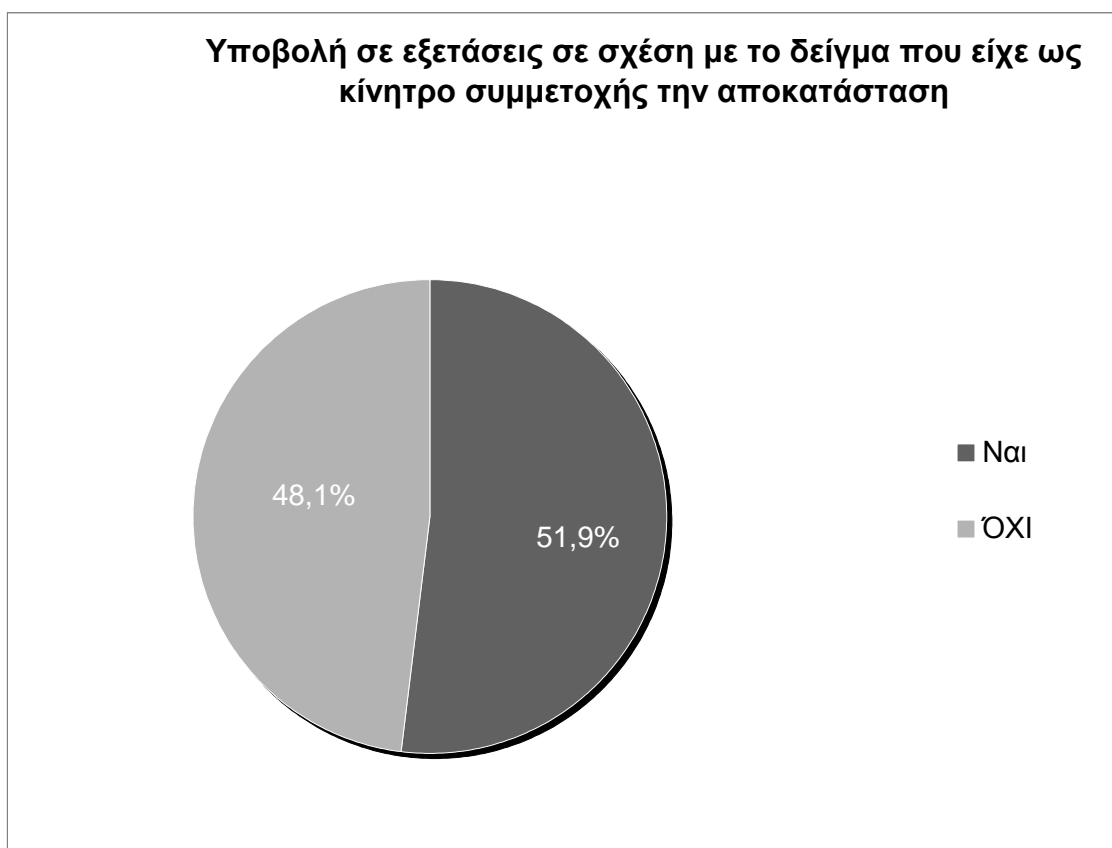
Σχήμα 4.24.: Ανάλυση της σχέσης του κινήτρου συμμετοχής – είδος προγράμματος

Πίνακας 4.4.: Επί τοις εκατό ανάλυση σχέσης κίνητρο συμμετοχής-είδος προγράμματος.

	Βάρη	Αερόβιο	Διατάσεις	Άλλο	Βάρη, αερόβιο	Βάρη, αερόβιο, διατάσεις	Αερόβιο, διατάσεις	Βάρη, διατάσεις	Βάρη, διατάσεις, πισίνα	Βάρη, αερόβιο, άλλο
Ευεξία		6,45	3,22		45,16	25,80	6,45	3,22	6,45	3,22
Ενδυνάμωση	27,58				44,82	27,58				
Απώλεια Βάρους	7,5	7,5			65	15	2,5	2,5		
Αποκατάσταση	7,40	7,40		3,70	48,14	18,51	3,70	3,70	7,40	
Πρόληψη					50	50				
Άλλο					100					

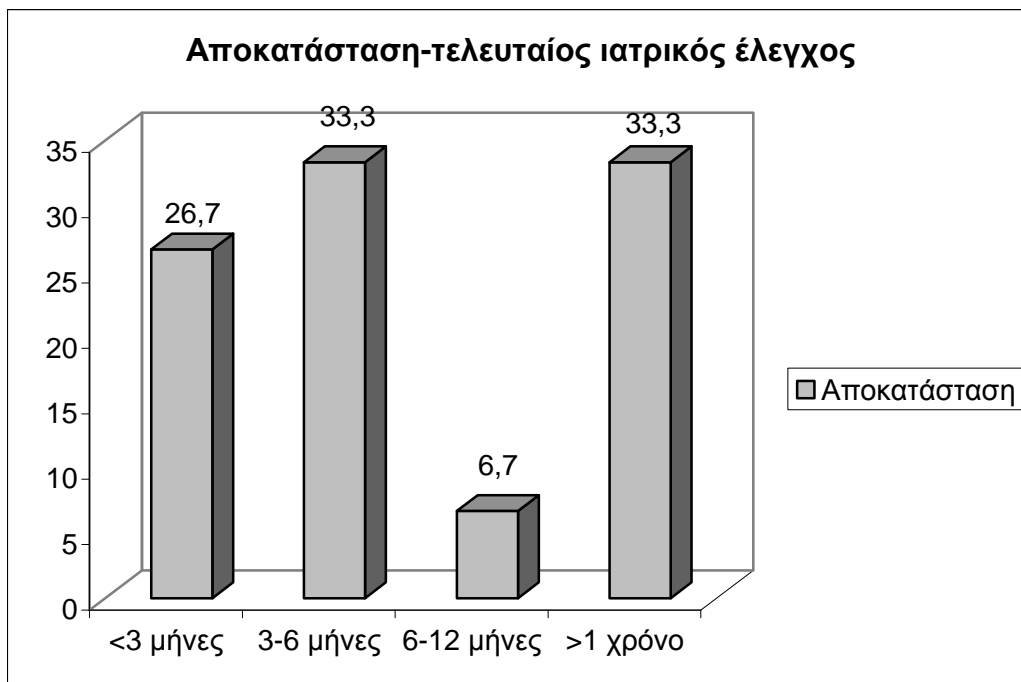
Τα αποτελέσματα σε σχέση με όσους συμμετείχαν για αποκατάσταση

Σημαντικό είναι επίσης ότι, μόνο οι μισοί οι οποίοι ξεκίνησαν να γυμνάζονται με στόχο την αποκατάσταση είχαν υποβληθεί σε ιατρικό έλεγχο, όπως αιματολογικές και καρδιαγγειακές εξετάσεις για να κριθεί αν ήταν ιατρικώς επαρκείς να γυμνάζονται ή όχι. Το ποσοστό αυτών που δεν υποβλήθηκαν σε ιατρικές εξετάσεις άγγιζε το 48.1% (Σχήμα 4.25.).



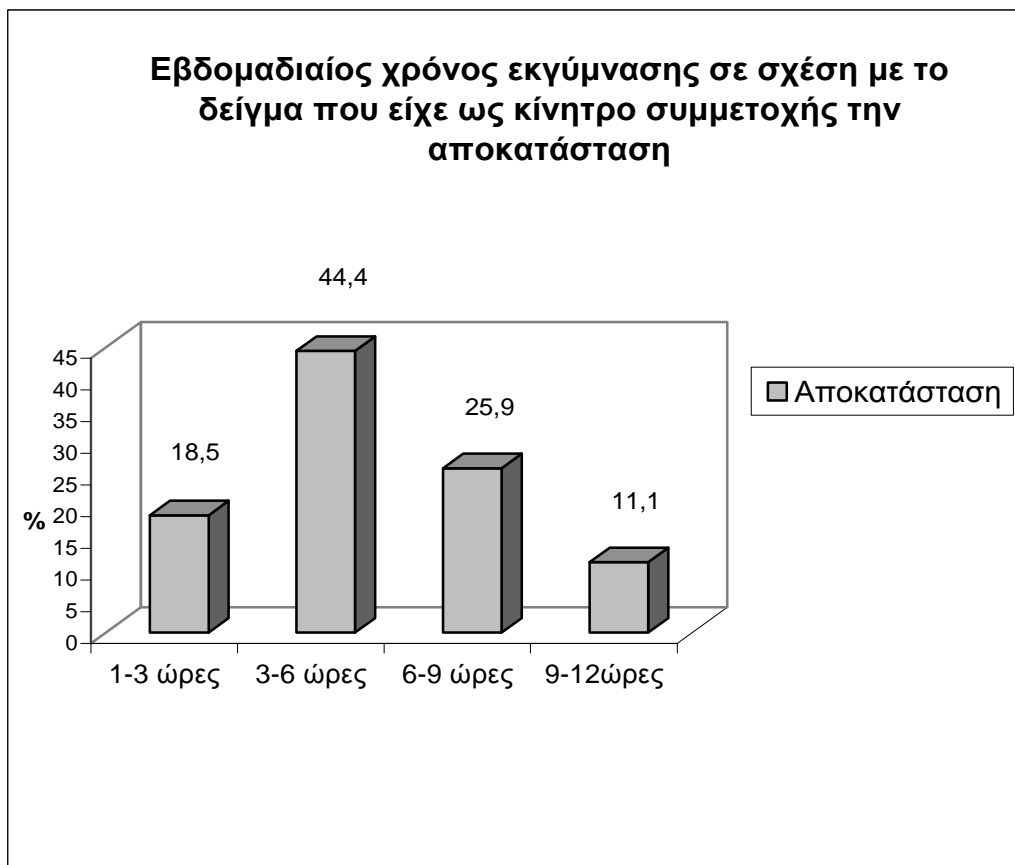
Σχήμα 4.25.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- υποβολή σε ιατρικές εξετάσεις.

Τα αποτελέσματα σε σχέση με τον τελευταίο ιατρικό έλεγχο έδειξαν ότι το 33,3% όσων συμμετείχαν με κίνητρο την αποκατάσταση είχαν πάνω από ένα χρόνο να υποβληθούν σε ιατρικές εξετάσεις. Ενώ μόνο το 60 % των ασθενών είχε υποβληθεί σε εξετάσεις το τελευταίο εξάμηνο(Σχήμα 4.26.).



Σχήμα 4.26.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση-τελευταίος ιατρικός έλεγχος.

Σύμφωνα με το γράφημα του σχήματος (Σχήμα 4.27.) φαίνεται ότι όσοι συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα με στόχο την αποκατάσταση, συνήθως γυμναζόντουσαν 3-6 ώρες εβδομαδιαίως και σπάνια 9-12 ώρες. Δεύτερη σε σειρά έρχεται η εκγύμναση μεταξύ 6-9 ωρών εβδομαδιαίως την οποία ακολουθεί η εκγύμναση για 1-3 ώρες.



Σχήμα 4.27.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εβδομαδιαίος χρόνος εκγύμνασης.

Οι περισσότεροι από το δείγμα συμμετείχαν σε ατομικά προγράμματα αποκατάστασης. Που είναι και το φυσιολογικό αφού κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται ως κάτι το διαφορετικό και μοναδικό και το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο σύμφωνα με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Μόνο το 4% συμμετείχε σε ομαδικά προγράμματα αποκατάστασης (Σχήμα 4.28.).



Σχήμα 4.28.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- ομαδική ή μη συμμετοχή.

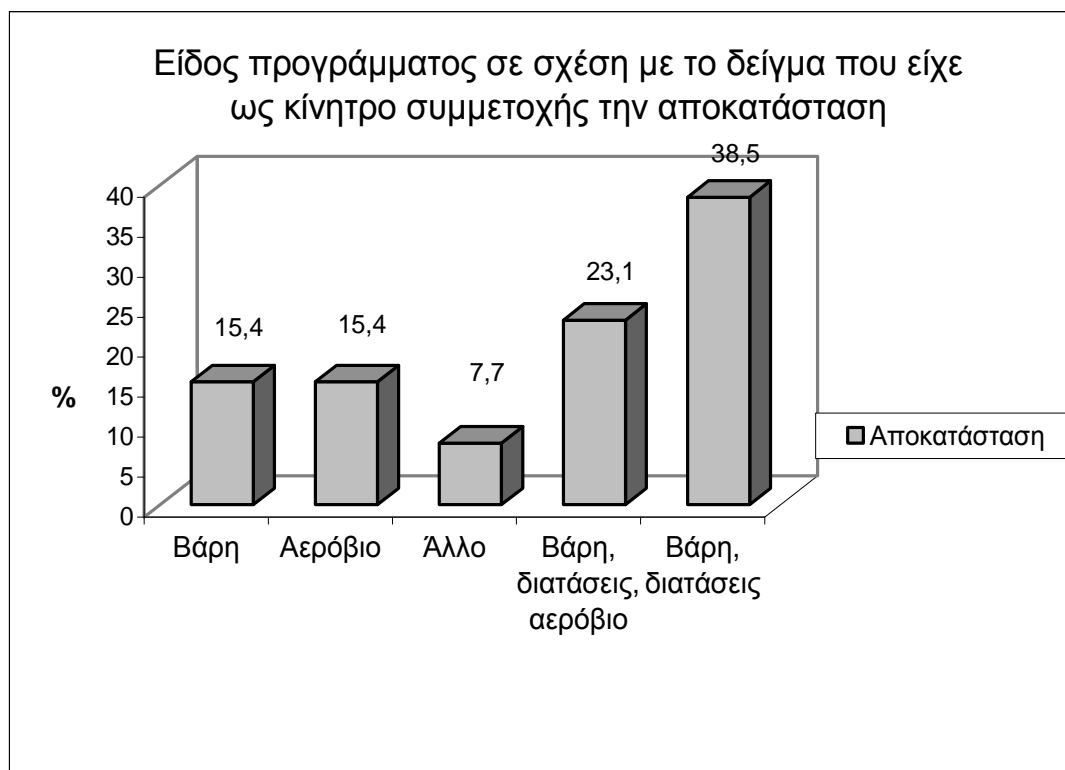
Παρόλο που πρόκειται για ασθενείς το πρόγραμμα διαμορφωνόταν στο μεγαλύτερο ποσοστό από τον γυμναστή. Ενώ δεν ήταν λίγοι αυτοί που διαμόρφωναν μόνοι τους το πρόγραμμα που θα ακολουθήσουν. Ένα μικρό ποσοστό είχε διαμορφωθεί από τον ιατρό και ένα ακόμη μικρότερο από τον φυσικοθεραπευτή (Σχήμα 4.29.).



Σχήμα 4.29.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- υπεύθυνος του προγράμματος

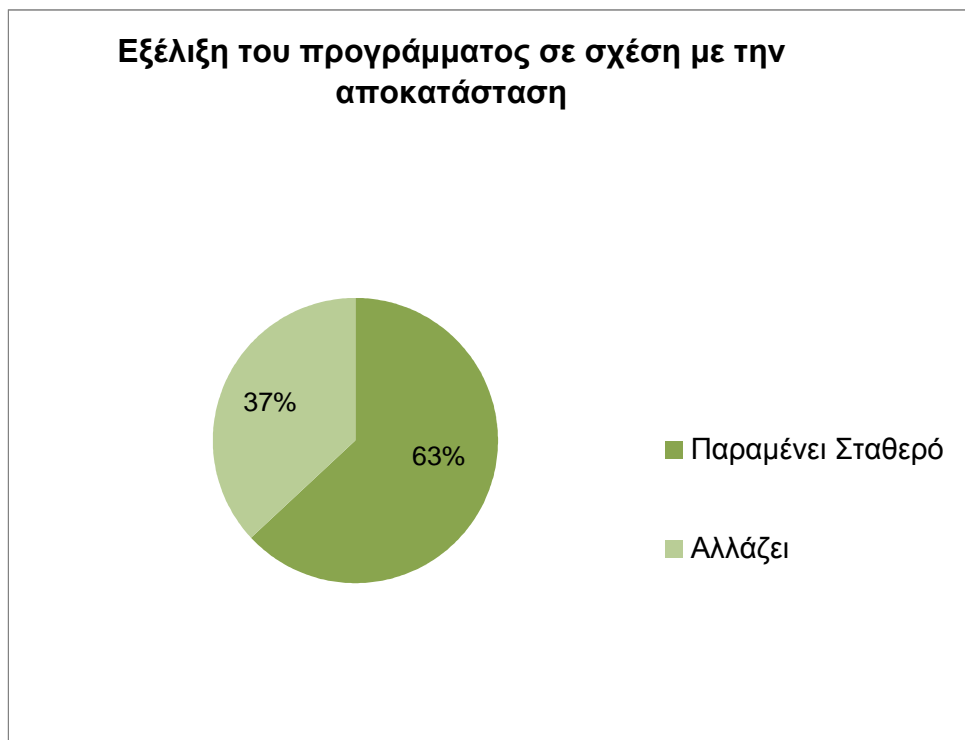
Για το 38.5% το συνώνυμο της αποκατάστασης φαίνεται ότι είναι η ενδυνάμωση με βάρη σε συνδυασμό με τις διατάσεις, αφού το πρόγραμμά τους περιελάμβανε αυτά τα δύο. Ο συνδυασμός ενδυνάμωση με βάρη –διατάσεις -αερόβιο

απαντήθηκε στο 23.1% του δείγματος, ενώ υπήρξαν και κάποιοι που έκαναν μόνο ενδυνάμωση με βάρη ή ακολουθούσαν μόνο αερόβιο πρόγραμμα (Σχήμα 4.30.).



Σχήμα 4.30.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- είδος του προγράμματος.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση της εξέλιξης του προγράμματος σε σχέση με την αποκατάσταση, το 63% των προγραμμάτων παρέμεναν σταθερά. Πράγμα που σημαίνει ότι δεν είχαμε καταγραφή της εξέλιξης προκειμένου να αλλάζει σύμφωνα με την πρόοδο (Σχήμα 4.31.).



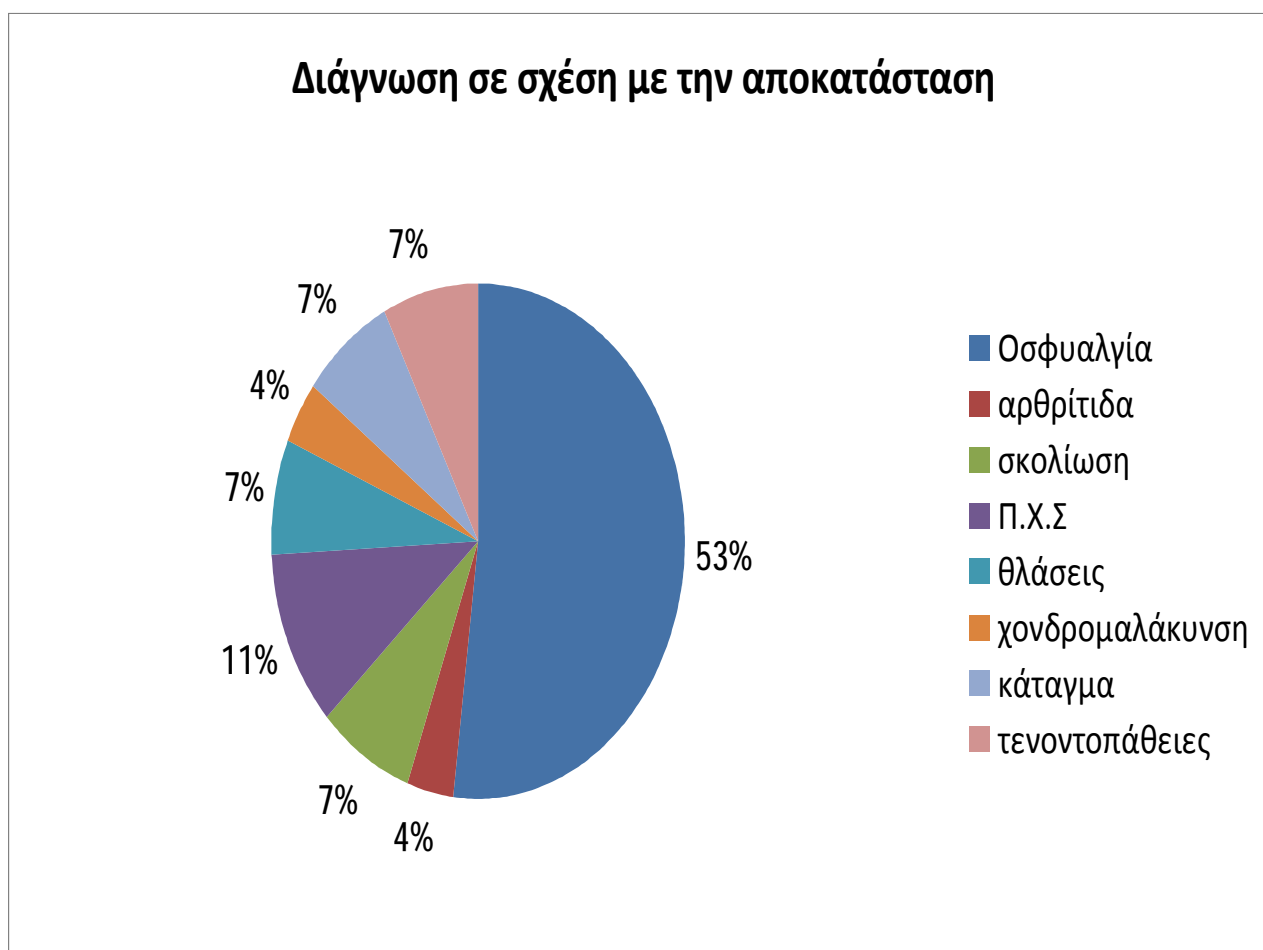
Σχήμα 4.31.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εξέλιξη του προγράμματος.

Για την πλειοψηφία των ασθενών κανείς δεν κατέγραφε την πρόοδο και την εξέλιξη τους κατά την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Μόνο στο 41% είχαμε καταγραφή της προόδου και από αυτό στο 37% η καταγραφή γινόταν από τους γυμναστές (Σχήμα 4.32.).



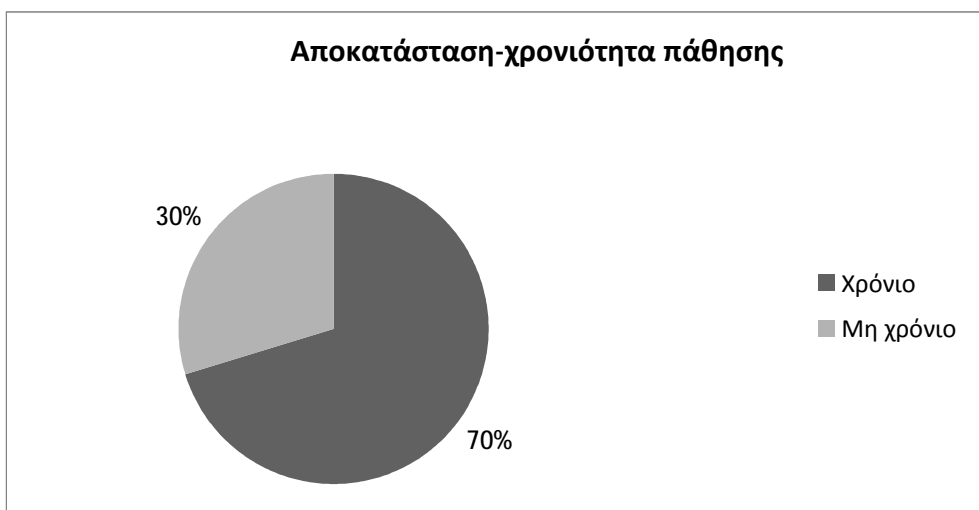
Σχήμα 4.32.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- καταγραφή της προόδου.

Φαίνεται ότι η οσφυαλγία κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των παθήσεων που διαγνώστηκαν με ποσοστό 53%. Ακολουθεί ο Π.Χ.Σ. με 11%, ενώ οι θλάσεις, οι τενοντοπάθειες, τα κατάγματα και η σκολίωση δεν παρουσιάζουν καμία διαφορά. Ενώ η χονδρομαλάκυνση επιγονατίδας και η αρθρίτιδα έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης (Σχήμα 4.33.).



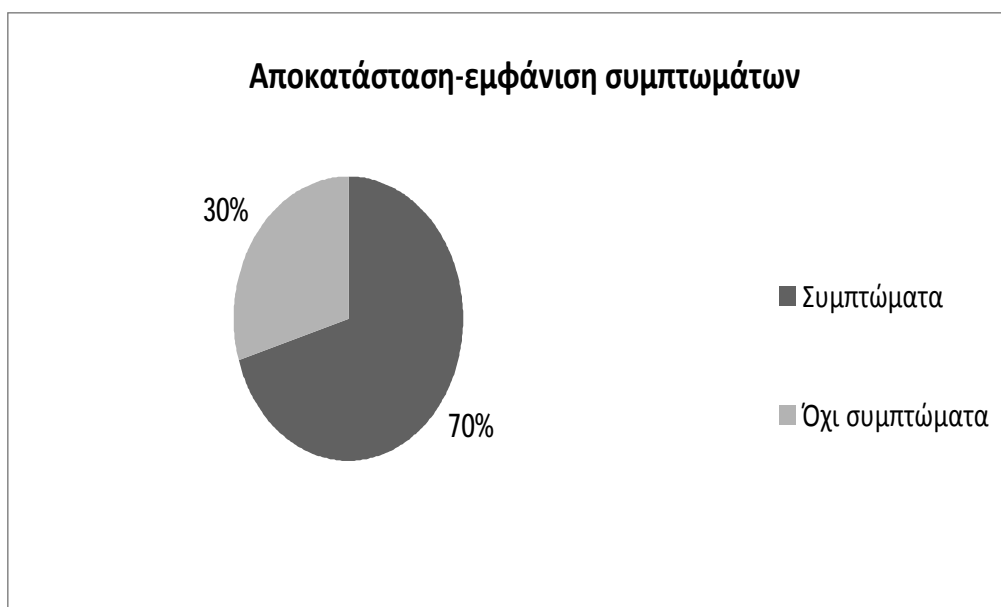
Σχήμα 4.33.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- διάγνωση

Η πλειονότητα των παθήσεων που τέθηκαν υπό αποκατάσταση μέσω προγραμμάτων γυμναστηρίου είχαν χρόνια χαρακτήρα (Σχήμα 4.34.).



Σχήμα 4.34.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- χρονιότητα της πάθησης.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η αναφορά ότι το 30% που συμμετείχαν με στόχο την αποκατάσταση εμφάνιζαν συμπτώματα την παρούσα περίοδο. Παρόλα αυτά συνέχιζαν κανονικά την άσκηση χωρίς κανένα περιορισμό ή αλλαγή του προγράμματος (Σχήμα 4.35.).



Σχήμα 4.35.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- εμφάνιση συμπτωμάτων.

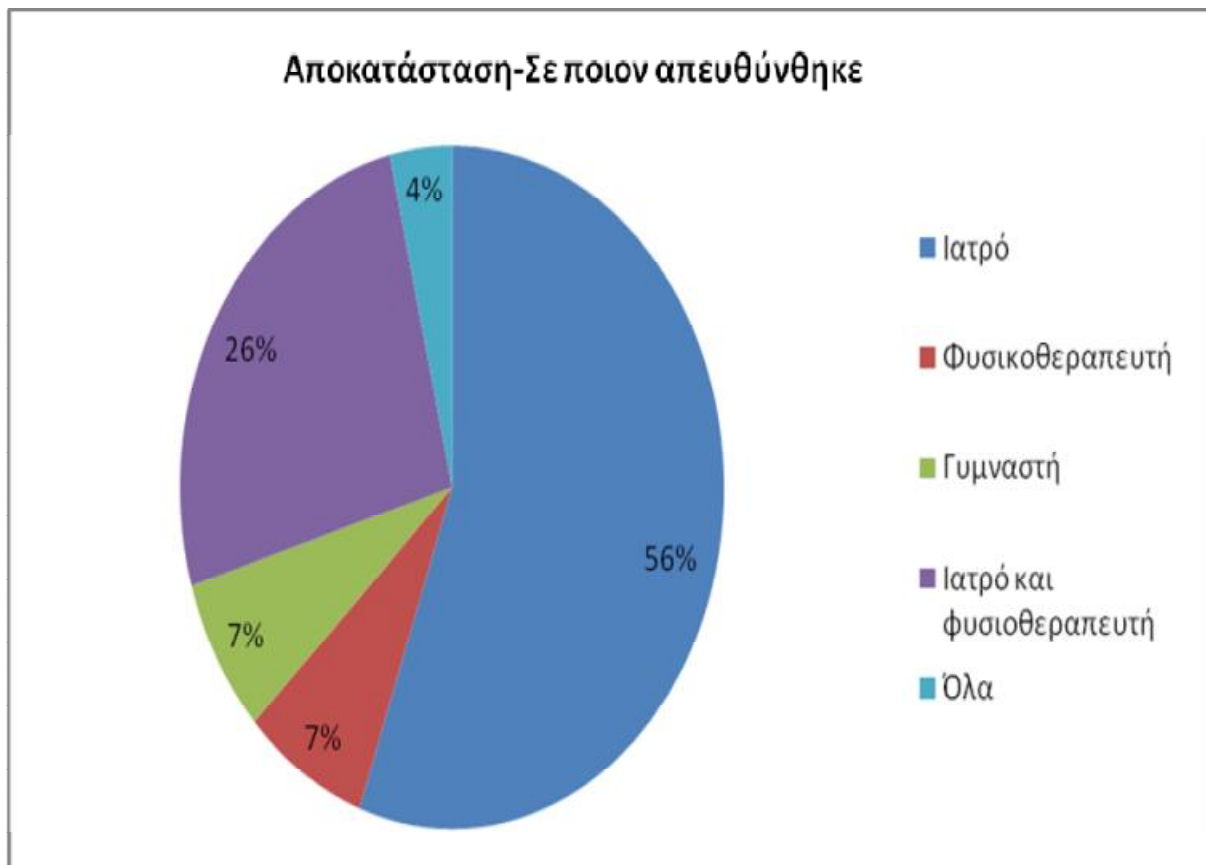
Όσον αφορά τη συμπεριφορά των συμπτωμάτων τα αποτελέσματα της ανάλυσης έχουν ως εξής: το 45% των ασθενών εμφάνιζε τα συμπτώματα 1 φορά την ημέρα, το 22 % τα εμφάνιζε 2-3 φορές την ημέρα, το ίδιο ποσοστό κατά τη διάρκεια

της νύκτας. Ενώ ένας στους 10 ασθενείς περίπου πονούσε όλη την ημέρα (Σχήμα 4.36.).



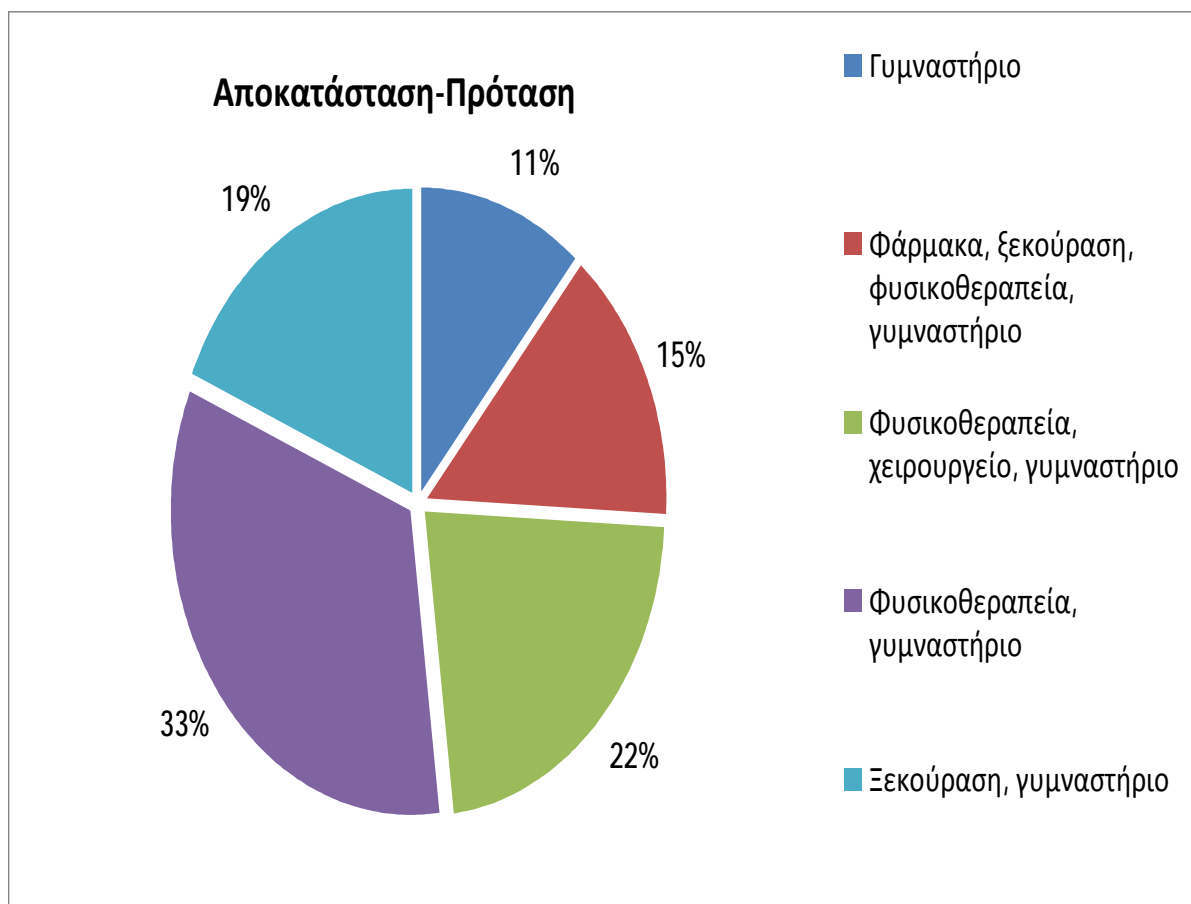
Σχήμα 4.36.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- συμπεριφορά των συμπτωμάτων.

Σε ιατρό απευθύνθηκαν οι περισσότεροι οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα με ποσοστό 56%. Ενώ το 26% συμβουλευτήκε ιατρό και φυσικοθεραπευτή. Σημαντικό είναι ότι το ποσοστό των ατόμων που απευθύνθηκαν σε φυσικοθεραπευτή είναι ίδιο με αυτό των οποίων απευθύνθηκαν σε γυμναστή (Σχήμα 4.37.).



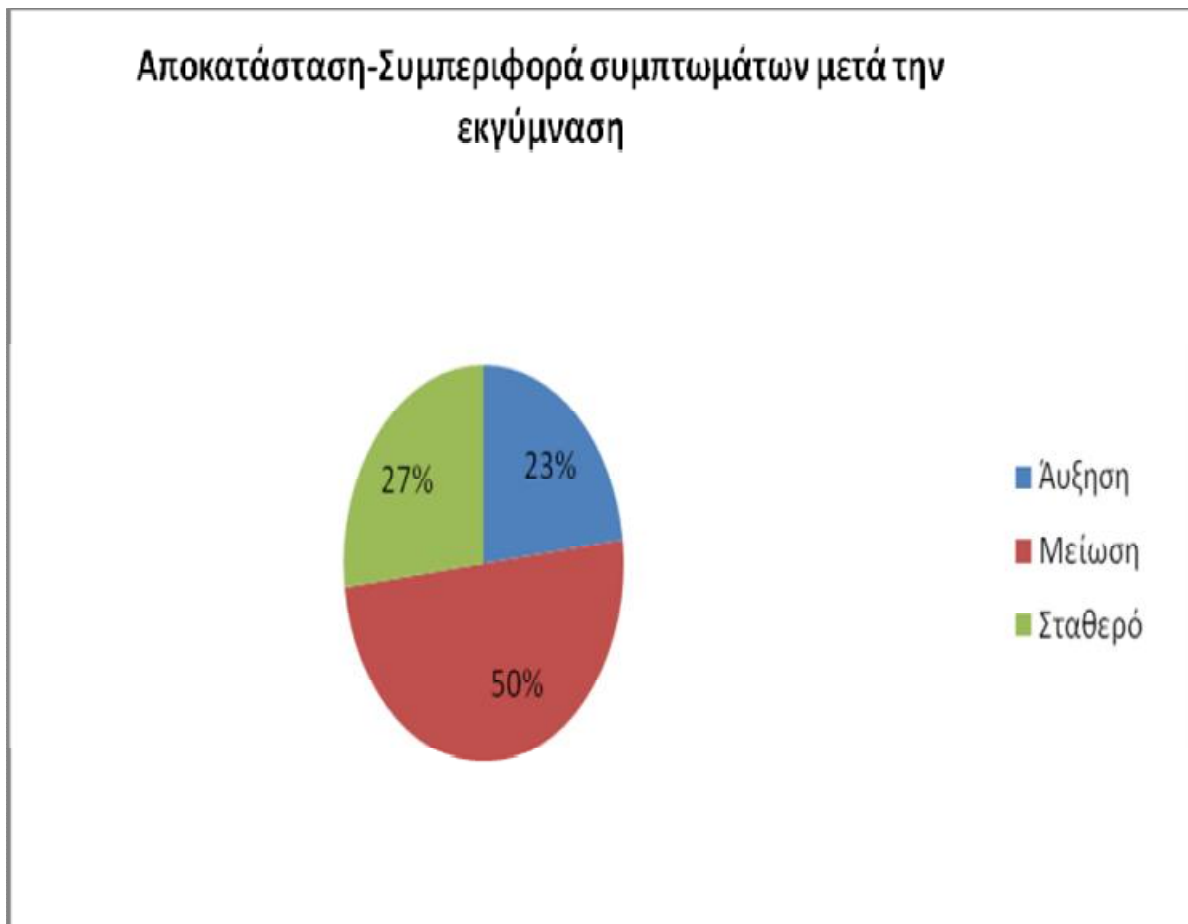
Σχήμα 4.37.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση -σε ποιον απευθύνθηκαν.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό προτάθηκε μόνο φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση σε γυμναστήριο. Μόνο για το 15% προτάθηκε να ακολουθήσουν με τη σειρά φαρμακευτική αγωγή, κατάκλιση, φυσικοθεραπεία και γυμναστήριο. Στο 22% σύστησαν φυσικοθεραπεία, χειρουργική αποκατάσταση και αποκατάσταση σε γυμναστήριο. Ενώ σε μικρό ποσοστό συστήθηκε μόνο η αποκατάσταση σε γυμναστήριο (Σχήμα 4.38.).



Σχήμα 4.38.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- πρόταση των ειδικών.

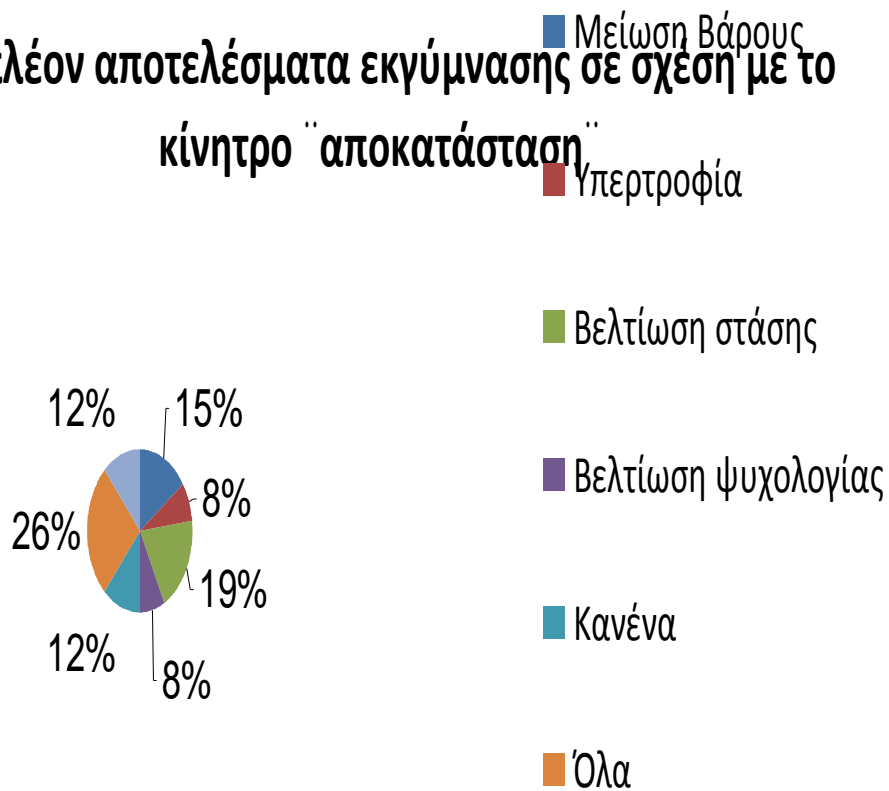
40Αξιοσημείωτο είναι ότι από αυτούς που συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα αποκατάστασης και είχαν ως σκοπό την αποκατάσταση, μόνο οι μισοί είχαν τα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού τα συμπτώματά τους μειώθηκαν. Το 27% δήλωσε ότι τα συμπτώματά παρέμειναν σταθερά ενώ το τραγικό είναι ότι για το 23% η συμπεριφορά των συμπτωμάτων σημείωσε αύξηση (Σχήμα 4.39.).



Σχήμα 4.39.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- συμπεριφορά των συμπτωμάτων μετά το πρόγραμμα.

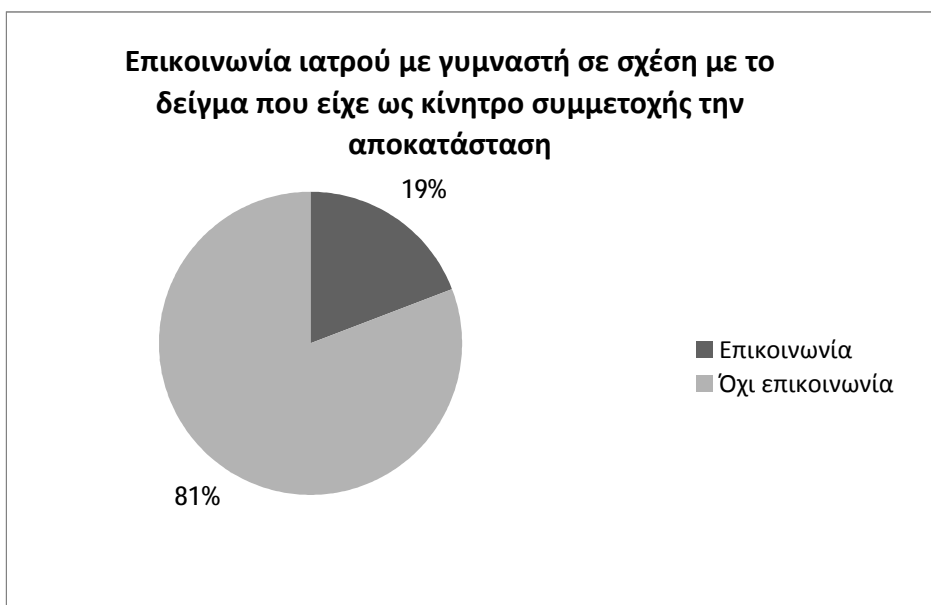
Γενικά το 1/4 περίπου των ασθενών(26%) παρατήρησαν όλα τα επιπλέον θεραπευτικά αποτελέσματα της εκγύμνασης ενώ το 12% δεν παρατήρησε κανένα. Φαίνεται βέβαια ότι αυτό της βελτίωσης της στάσης είναι το κυρίαρχο αφού παρατηρήθηκε από το 19% των ερωτηθέντων. Ακολουθεί η απώλεια βάρους και τελευταίες μένουν η μυϊκή υπερτροφία και η βελτίωση της ψυχολογίας με μόλις 8% (Σχήμα 4.40.).

Επιπλέον αποτελέσματα εκγύμνασης σε σχέση με το κίνητρο "αποκατάσταση"



Σχήμα 4.40.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- επιπλέον αποτελέσματα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων με σκοπό την αποκατάσταση δήλωσαν ότι ο γυμναστής δεν ερχόταν σε επικοινωνία με τον ιατρό που τους παρακολουθούσε. Το ποσοστό είναι τεράστιο αφού φτάνει το 81% του δευτερογενούς δείγματος, ενώ μόνο στο 19% υπήρχε η επικοινωνία (Σχήμα 4.41.).



Σχήμα 4.41.: Ανάλυση της σχέσης αποκατάσταση- επικοινωνία ιατρού με τον γυμναστή.

Για τους συμμετέχοντες με σκοπό την αποκατάσταση έγινε και μία ανοιχτού τύπου ερώτηση όσον αφορά το πρόγραμμα. Η ερώτηση περιελάμβανε την προθέρμανση, το κύριο μέρος του προγράμματος και την αποθεραπεία. Η πλειοψηφία για προθέρμανση έκανε 20 λεπτά διάδρομο, στο κυρίως μέρος διάφορες ασκήσεις σε όλες τις μυϊκές ομάδες για ενδυνάμωση και για αποθεραπεία κοιλιακούς και ραχιαίους. Σε λίγες περιπτώσεις παρατηρήθηκε διάδρομος ξανά ή και step για 10 λεπτά στο μέρος της αποθεραπείας. Η αντίσταση που χρησιμοποιούνταν ήταν ανάλογη με τα κιλά που μπορούσε να σηκώσει ο κάθε ασθενής. Τέλος τα σετ κυμαινόταν από 3-4 και οι επαναλήψεις 12-15.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία είχε σαν στόχο τη διερεύνηση του κινήτρου συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης. Για το σκοπό αυτό αναλύθηκαν τα αποτελέσματα σχετικά με τη διερεύνηση κινήτρου και την συμμετοχή σε προγράμματα με κίνητρο την αποκατάσταση.

5.1 ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν ως κίνητρο συμμετοχής σε πρόγραμμα αποκατάστασης την απώλεια βάρους, την ευεξία ή την ενδυνάμωση, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων που άγγιζε το 20% επέλεξε να κάνει την αποκατάστασή του σε γυμναστήριο και όχι σε κάποιο εργαστήριο φυσικοθεραπείας. Το ποσοστό αυτό μάλιστα φαίνεται πως ήταν αυξημένο κατά 1.6% στις γυναίκες. Όπως επίσης ήταν αναμενόμενο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν μη αθλητές(80%) καθώς οι τελευταίοι επιλέγουν συνήθως επαγγελματικές ομάδες και συλλόγους για την εκγύμναση τους .

Η οσφυαλγία κατείχε την πρώτη θέση μεταξύ των χρόνιων παθήσεων που διαγνώστηκαν, με ποσοστό 53%. Σε ιατρό απευθύνθηκαν οι περισσότεροι οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα με ποσοστό 56%, ενώ το 26% συμβουλευτήκε ιατρό και φυσικοθεραπευτή. Σημαντικό είναι ότι το ποσοστό των ατόμων που απευθύνθηκαν σε φυσικοθεραπευτή (7%) είναι ίδιο με αυτό των οποίων απευθύνθηκαν σε γυμναστή.

Μάλιστα στο 11% των ανθρώπων συστήθηκε μόνο η αποκατάσταση σε γυμναστήριο, ενώ μόλις στο 15% των ερωτηθέντων συστήθηκε η ιδανική ακολουθία που περιλαμβάνει μετά την ιατρική διάγνωση, την ξεκούραση, την φαρμακευτική αγωγή, τις φυσικοθεραπείες και ύστερα σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή την ενδυνάμωση και όχι αποκατάσταση σε γυμναστήριο. Επιπλέον σε σημαντικό ποσοστό 22% των ασθενών που επρόκειτο να χειρουργηθεί συστήθηκε φυσικοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση και πάλι αποκατάσταση σε γυμναστήριο αντί για μετεγχειρητική φυσικοθεραπεία.

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η αναφορά ότι μόνο το 51.9% των ασθενών είχε υποβληθεί σε ιατρικό έλεγχο. Επιπρόσθετα, για το 43% των ανδρών και το 25% των γυναικών ο τελευταίος έλεγχος έγινε πάνω από 1 χρόνο πριν. Αυτό προφανώς οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση και στο ότι δεν θεωρήθηκε σημαντικό.

Το πρόγραμμα που ακολουθούσαν περιελάμβανε μόνο βάρη και ενδυνάμωση για το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (40%) και ενώ επρόκειτο για ασθενείς ήταν σχεδόν πάντα διαμορφωμένο από τους γυμναστές(70%) και πολλές φορές από τους ίδιους (25%). Γίνεται λοιπόν κατανοητό η προβληματική λειτουργία της πρωτοβάθμιας παροχής υγείας καθώς σε πάρα πολλές περιπτώσεις επαγγελματίες που δεν έχουν σχέση με το χώρο της υγείας (γυμναστές) και πολύ περισσότερο δεν επιτρέπεται να κάνουν διάγνωση και να παρέχουν προγράμματα αποθεραπείας και

αποκατάστασης σε ασθενείς να δημιουργούν προγράμματα αποκατάστασης για περιπτώσεις που χρειάζεται εξειδικευμένη επιστημονική προσέγγιση. Επιπλέον οι ίδιοι επαγγελματίες (γυμναστές ή μη) δεν συμβουλευόνταν ούτε ιατρό ούτε φυσικοθεραπευτή για τη διαμόρφωση του προγράμματος και το τι αυτό θα έπρεπε να περιελάμβανε και από την άλλη πολλές φορές άφηναν στην κρίση των ασθενών τη διαχείριση της πάθησης τους. Ένα άλλο κρίσιμο σημείο που αναδείχτηκε από την μελέτη ήταν το γεγονός ότι οι διατάσεις που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση εκλείπουν από το πρόγραμμα, και το πρόγραμμα ανεξάρτητα από την πάθηση είχε σαν προθέρμανση διάδρομο για περίπου 20 λεπτά, στο κύριο μέρος του προγράμματος ενδυνάμωση σε όλες τις μυϊκές ομάδες με αντίσταση και για αποθεραπεία κοιλιακούς και ραχιαίους και σε λίγες περιπτώσεις πάλι διάδρομο.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο ελλειμματικής αποκατάστασης είναι ότι πέρα από το γεγονός ότι ο γυμναστής δεν ερχόταν σε επικοινωνία με τον ιατρό που παρακολουθούσε τον ασθενή στο 81% των περιπτώσεων, δεν σημείωνε την πρόοδο του ασθενή. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώθηκε από το γεγονός ότι στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών το πρόγραμμα παρέμενε σταθερό (63%). Δεν υπήρχε λοιπόν, κανένας που να ενημερώνει τον ασθενή για την πορεία της αποκατάστασης του κάτι απόλυτα δικαιολογημένο και φυσικό, γιατί η αποκατάσταση περιλαμβάνει και την αξιολόγηση, κάτι που δεν είναι εφικτό να γίνει από επαγγελματίες που δεν έχουν γνώσεις φυσιοθεραπευτικής αξιολόγησης ασθενών και πολύ περισσότερο δεν επιτρέπεται νομικά να προβαίνουν σε αξιολόγηση ασθενών, όπως οι γιατροί.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό θέμα που προκύπτει είναι ότι από αυτούς που συμμετείχαν με στόχο την αποκατάσταση οι περισσότεροι είχαν συμπτώματα την παρούσα περίοδο και μάλιστα το 43% τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Παρόλα αυτά συνέχιζαν να προπονούνται κανονικά χωρίς κανένα περιορισμό και μάλιστα να κάνουν και ενδυνάμωση με βάρη της συγκεκριμένης περιοχής. Ο εβδομαδιαίος χρόνος προπόνησης ήταν 3-6 ώρες και το 33,3% συμμετείχε για αποκατάσταση πάνω από ένα χρόνο. Σαν επακόλουθο όλων των παραπάνω ήταν μόνο οι μισοί να παρατηρούν κάποια μείωση των συμπτωμάτων τους, ενώ το 25% δήλωσε ότι παρατηρήθηκε αύξηση αυτών. Είχαμε συμμετοχή λοιπόν σε προγράμματα με στόχο την αποκατάσταση αλλά μόνο το 50% είχε πιθανότητες για πρόοδο.

Οι περισσότεροι όμως από το δείγμα συμμετείχαν σε ατομικά προγράμματα αποκατάστασης. Που είναι και το φυσιολογικό αφού κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι το διαφορετικό και μοναδικό και το πρόγραμμα θα πρέπει να

είναι προσαρμοσμένο σύμφωνα με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Όμως με εκλιπούσα επιτήρηση αφού μόνο για το 46% των γυναικών και για το 20% των ανδρών υπήρξε επιτήρηση από γυμναστή και αυτή όχι σε κάθε άσκηση.

Η βελτίωση της στάσης ήταν το κυρίαρχο αποτέλεσμα της εκγύμνασης αφού παρατηρήθηκε από το 40% σχεδόν των ερωτηθέντων. Ενώ πολύ χαμηλό ήταν το ποσοστό στο οποίο βελτιώθηκε η ψυχολογία(8%). Ανεξάρτητα όμως από το κίνητρο συμμετοχής το περιεχόμενο των προγραμμάτων δεν φάνηκε να διαφοροποιείται. Έτσι παρατηρήθηκε το φαινόμενο να προτείνεται το ίδιο πρόγραμμα σε έναν υγιή άνδρα που γυμνάζεται χρόνια και το ίδιο σε έναν που ξεκίνησε για αποκατάσταση πριν 1 μήνα, χωρίς διαφοροποίηση ή κάποιον σημαντικό περιορισμό.

Μόνο στην αποκατάσταση φαίνεται να υπήρξε διαφορά στον χρόνο προπόνησης στις 3-6 ώρες εβδομαδιαίως αφού για όλα τα άλλα κίνητρα συμμετοχής ο χρόνος κυμαινόταν στις 6-9 ώρες. Αλλά και ούτε για το ποιος διαμόρφωνε το πρόγραμμα σημειώθηκαν μεγάλες διαφορές. Πρόκειται για δουλειά του γυμναστή ανεξαρτήτως κινήτρου και επιτήρηση από τον συμμετέχοντα.

Δεν μπορούν να συγκριθούν τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, με αποτελέσματα άλλων ερευνών αφού δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα, παρά μόνο το κίνητρο συμμετοχής, που όπως και στην έρευνα του Crossley (2006) βρέθηκε ως κύριο κίνητρο η απώλεια βάρους. Μπορούμε όμως να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής. Φαίνεται ότι η συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης γυμναστηρίων ολοένα και αυξάνει, αφήνοντας πίσω τους φυσικοθεραπευτές. Το γεγονός μάλιστα της ελλιπούς επιτήρησης, της μη καταγραφής προόδου, του λάθους σχεδιασμού κατάλληλου προγράμματος, της μη επικοινωνίας ιατρού με γυμναστή και πολλές φορές η αύξηση αντί για τη μείωση συμπτωμάτων, εγκυμονεί κινδύνους για την δημόσια υγεία.

5.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται στην οποία είναι αναγκαίο να αξιολογηθούν περισσότερα άτομα και σε άλλες πόλεις ώστε να εξαχθούν καλύτερα και έγκυρα αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο επίσης να βελτιωθεί , να αξιολογηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του για να μπορέσει να αποτελέσει ουσιαστικό εργαλείο επιστημονικής έρευνας. Θα μπορούσε να γίνει πιο εξειδικευμένη έρευνα η οποία να επικεντρώνεται στα άτομα που συμμετέχουν για αποκατάσταση με πιο πολλές

ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα. Και το γιατί επέλεξαν την αποκατάσταση σε γυμναστήριο και όχι σε φυσικοθεραπευτήριο. Φυσικά ο οικονομικός παράγων είναι ένα πολύ βασικό στοιχείο, αλλά όταν πρόκειται για την υγεία θα έπρεπε να εξαλείφεται.

Με αφορμή λοιπόν τα παραπάνω και αν επιβεβαιωθούν και από άλλες μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να γίνει μία εκστρατεία ενημέρωσης σχετικά με την ορθή εφαρμογή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Θα πρέπει λοιπόν να υπενθυμίσουμε τον ρόλο του ιατρού, του φυσικοθεραπευτή και του γυμναστή και πως αυτοί θα έπρεπε να συνεργάζονται μεταξύ τους προς το συμφέρον του ασθενή. Ο ιατρός λοιπόν είναι αυτός στον οποίο θα πρέπει να απευθύνεται αρχικά ο ασθενής και αυτός ο οποίος θα τον αξιολογήσει πρώτος και θα του προτείνει λύσεις για την αποκατάστασή του. Στην περίπτωση που προταθεί συντηρητική αποκατάσταση μέσω φυσικοθεραπειών είναι αυτός που θα ορίσει το τι θα πρέπει να πραγματοποιήσει ο φυσικοθεραπευτής. Από τη μεριά του ο φυσικοθεραπευτής οφείλει να έρθει σε επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό και να φέρει εις πέρας τα όσα του έχουν συστηθεί. Δεν έχει δικαίωμα αξιολόγησης αλλά μπορεί να καταγράφει την πρόοδο του ασθενή για δική του διευκόλυνση. Είναι αυτός που θα κρίνει αν και πότε είναι έτοιμος ο ασθενής να σταματήσει τις φυσικοθεραπείες και αν είναι σημαντικό να τον παραπέμψει σε κάποιο γυμναστήριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. [Arioli G](#), [Maddali Bongi S](#), [Pappone N](#) (2008). [The rehabilitative approach in rheumatoid arthritis]. [Reumatismo](#). [Article in Italian] Oct-Dec;60(4):242-8.
2. **Bourdieu P (1984)**. Distinction. London: RKP.
3. **Bourdieu P (1978)**. 'Sport and Social Class', Social Science Information 17: 819–40
4. **Bourdieu P, Darbel A, and Schnapper D (1990)**. The Love of Art. Cambridge: Polity.
5. **Bristol-myers Squibb. (2009)**. <http://www.epipsi.gr/dipoliki/the.php>
6. **Brown D, Neumann R (2004)**. Orthopedic secrets, 3rd edition. U.S.A.: Elsevier
7. **Canguilhem G (1998)**. The Normal and the Pathological. New York: Zone.
8. **Crossley N (2006)**. In the gym: Motives, Meaning and moral careers, Body and society 12(3) 23-50
9. **Evans R (2008)**. Illustrated orthopedic physical assessment. Mosby Elsevier Missouri
10. **Garrison S (2003)**. Handbook of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia, USA. Lippincott Williams &Wilkins
11. **Gastaldo D (1997)**. 'Is Health Education Good for You?' pp. 113–33 in A. Petersen and R. Bunton (eds) Foucault, Health and Medicine. London: Routledge
12. **Giddens A (1991)**. Modernity and Self-Identity. Cambridge: Polity

13. **Grant R (2002)**. Physical therapy of the cervical and thoracic spine(3d edition).
Australia: Churchill Livingstone
14. **Kissner C, Colby L. (2003)**. Θεραπευτικές ασκήσεις: βασικές αρχές και τεχνικές. Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης
15. **Leder D (1990)**. The Absent Body. Chicago, IL: University of Chicago Press.
16. **Lloyd M (1996)**. 'Feminism, Aerobics and the Politics of the Body', Body & Society
17. **Lp D (2005)**. Orthopedic principles – a resident's guide. Berlin: springer
18. **Lp D (2007)**. Orthopedic rehabilitation, assessment and enablement. Berlin: springer
19. **Lupton D (1997)**. 'Foucault and the Medicalisation Critique', pp. 94–112 in A. Petersen and R. Bunton (eds) Foucault, Health and Medicine. London: Routledge. 2(2): 79–98.
20. **Magee D (2006)**. Ortopedic Physical Assessment(4th edition). USA. Elsevier Sciences
21. **McGill St (2002)**. Low Back Disorders Evidence- Based Prevention and Rehabilitation. Canada. Human kinetics.
22. **Norris C (2001)**. Acupuncture: Treatment of Musculoskeletal Conditions combines. Elsevier limited
23. **Reid J, Rubin P, Whiting B (1999)**. Κλινική φαρμακολογία. Αθήνα: εκδόσεις Παρισιάνου
24. **Ullman D (1991)**. Discovering homeopathy: medicine for the 21st century. north atlantic books

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

25. **Αδαμόπουλος Π (1998)**. Η παθολογία στην ιατρική πράξη. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
26. **Γαλανόπουλος Ν (1995)**. Βασικές Γνώσεις Ρευματολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
27. **Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών (2007)**. ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑ. Πρόσβαση από: <http://www.elire.gr/>
28. **Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών (2007)**. ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ. Πρόσβαση από: <http://www.elire.gr/>

29. **Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α (1999)**. Ψυχολογία κινήτρων. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
30. **Λαμπίρης Η (2003)**. Ορθοπαιδική και τραυματολογία. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης
31. **Μιχαελίας Θ (2005)**. Εφαρμοσμένη φυσικοθεραπεία στις ιατρικές ειδικότητες. Θεσσαλονίκη: University studio press
32. **Παπαβασιλείου Β (2003)**. Ορθοπαιδική: Συγγενείς ανωμαλίες, παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
33. **Πετρίδης Α (2004)**. Εγχειρίδιο Χειρουργικής(5^η έκδοση). Εκδόσεις “Ελλην”
34. **Συμεωνίδης Π (1997)**. Ορθοπαιδική: Κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
35. **Χαροκόπος Ν (2005)**. Στοιχεία Νοσολογίας, εκδόσεις “Φιλομάθεια”
36. **Χαρτοφυλακίδη - Γαροφαλίδη Γ (1981)**. Θέματα ορθοπεδικής και τραυματολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
37. **Χατζηπαύλου Α, Κοντάκης Γ (2006)**. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Κινήτρων Συμμετοχής σε Προγράμματα Γυμναστηρίου

- Νο=
- Φύλο:
 - Άνδρας Γυναίκα
- Ηλικία:
- Βάρος:
- Ύψος:

- Επάγγελμα:.....
- Αθλητής:
 - ναι όχι

- **Πόσο καιρό γυμνάζεστε;**
 - Λιγότερο από 6 μήνες 6 μήνες – 1 χρόνο 1-2 χρόνια πάνω από 2 χρόνια άλλο.....

- **Ποιος σας το σύστησε;**
 - Γιατρός Γυμναστής Διαιτολόγος Φυσικοθεραπευτής φίλοι κανείς

- **Έχετε υποβληθεί σε εξετάσεις (αίματος, καρδιογράφημα, αναπνευστικού) προκειμένου να κριθεί αν ιατρικώς επιτρέπεται να γυμνάζεστε ή όχι;**
 - Ναι Όχι

- **Αν ναι, πριν πόσο καιρό έγινε η τελευταία εξέταση;**
 - Λιγότερο από 3 μήνες 3-6 μήνες πάνω από 6 μήνες πάνω από 1 χρόνο

- **Πόσες ώρες γυμνάζεστε εβδομαδιαίως;**

- 1-3 3-6 6-9 9-12

• **Γυμνάζεστε:**

- σε γκρουπ ατομικά και τα 2

• **Ποιος διαμόρφωσε το πρόγραμμα;**

- Γιατρός Γυμναστής Φυσικοθεραπευτής μόνος μου άλλο.....

• **Το πρόγραμμα σας περιλαμβάνει:**

- Ενδυνάμωση με βάρη αερόβια (Διάδρομο, aerobic, pillates) διατάσεις ασκήσεις σε πισίνα άλλο.....

• **Το πρόγραμμα:**

- Παραμένει σταθερό αλλάζει

• **Ασχολείται αποκλειστικά μαζί σας κατά τη διάρκεια που είστε στο γυμναστήριο, ώστε να σας υποδεικνύει πως γίνεται σωστά η κάθε άσκηση:**

- γυμναστής φυσιοθεραπευτής κανένας άλλο.....

• **Γιατί γυμνάζεστε;**

- Ευεξία ενδυνάμωση απώλεια βάρους αποκατάσταση Πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων άλλο.....

• **Αν συμμετέχετε με στόχο την αποκατάσταση κάποιου μυοσκελετικού προβλήματος αναφέρατε την διάγνωση:**

- Οσφυαλγία– ισχιαλγία αυχενικό σύνδρομο αρθρίτιδα Σκολίωση–κύφωση άλλο.....

• **Το πρόβλημα σας είναι χρόνιο;**

- Ναι Όχι

• **Την παρούσα περίοδο έχετε συμπτώματα πόνου;**

- Ναι Όχι

• **Αν ναι σε ποια περιοχή :**

οσφύ αυχένα καρπό-δάκτυλα αγκώνα ώμο
ποδοκνημική γόνατο ισχίο τίποτα από τα παραπάνω άλλο.....

• **Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων πόνου;**

Μία φορά την ημέρα 2 – 3 φορές την ημέρα Σε όλη την διάρκεια της ημέρας
Την νύχτα πάνω από 2 χρόνια άλλο.....

• **Έχετε απευθυνθεί για το συγκεκριμένο πρόβλημα σε:**

γιατρό φυσιοθεραπευτή τον γυμναστή σας κανέναν άλλο.....

• **Αν ναι, σας πρότειναν:**

φαρμακευτική αγωγή ξεκούραση φυσιοθεραπείες χειρουργική
επέμβαση αποκατάσταση σε γυμναστήριο τίποτα από τα παραπάνω
άλλο.....

• **Αν σας πρότειναν ενδυνάμωση στο γυμναστήριο τι πρόγραμμα ακολουθείτε;**

• α) για την προθέρμανση σας

άσκηση
διάρκεια
επαναλήψεις

• β) στο κύριο μέρος του προγράμματος

άσκηση
διάρκεια
επαναλήψεις

• γ) στην αποθεραπεία

άσκηση
διάρκεια

επαναλήψεις

- Τα συμπτώματα που έχετε από τότε που ξεκινήσατε το πρόγραμμα στο γυμναστήριο:

έχουν αυξηθεί έχουν μειωθεί παρέμειναν σταθερά άλλο.....

Ποια άλλα θεραπευτικά αποτελέσματα της εκγύμνασης παρατηρείτε στο σώμα σας

μείωση βάρους μυϊκή υπερτροφία βελτίωση στάσης καλύτερη ψυχολογική κατάσταση άλλο.....

- Στο γυμναστήριο σημειώνει την πρόοδο κ εξέλιξή σας:

Γιατρός φυσιοθεραπευτής γυμναστής άλλο.....

- Ο γυμναστής σας έρχεται σε επικοινωνία με τον γιατρό που σας παρακολουθεί;

Ναι όχι

**Όροι και προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικών
Γυμναστηρίων ή Ιδιωτικών Σχολών εκμάθησης αθλημάτων και
επαγγελματικά δικαιώματα γυμναστών**

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 219

Περί καθορισμού των όρων και των προϋποθέσεων ίδρυ-
σης και λειτουργίας Ιδιωτικών Γυμναστηρίων ή ιδιω-
τικών σχολών εκμάθησης αθλημάτων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α. Της παρ. 2 του άρθρου 32 του ν. 2725/1999 (ΦΕΚ 121

Α) «Ερασιτεχνικός και επαγγελματικός αθλητισμός και
άλλες διατάξεις».

β. Του άρθρου 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την
Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα που κυρώθηκε
με άρθρο πρώτο του π.δ. 63/2005 «Κωδικοποίηση της
Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όρ-
γανα» (ΦΕΚ Α' 98)

2. Την υπ' αριθμ. 509/8.3.2006 (ΦΕΚ 282Β') κοινή απόφα-
ση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Πολιτισμού «περί
ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Πολιτισμού
Γεώργιο Ορφανό».

3. Την υπ' αριθμ. 30356/14.3.2006 (ΦΕΚ 311 Β') κοινή
απόφαση των Πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων
στους Υφυπουργούς Αθανάσιο Γιαννόπουλο και Γεώργιο
Κωνσταντόπουλο.»

4. Το γεγονός ότι από την έκδοση του παρόντος Προ-
εδρικού Διατάγματος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος

του κρατικού προϋπολογισμού.

5. Την υπ' αριθμ. 178/2006 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, ύστερα από πρόταση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υφυπουργού, του Υπουργού Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων και του Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποφασίζουμε:

Καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης άδειας για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Γυμναστηρίων και Σχολών εκμάθησης αθλημάτων ως εξής:

ΑΡΘΡΟ 1

Άδεια λειτουργίας

1. Κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο, μπορεί να ιδρύει και να λειτουργεί γυμναστήριο ή αθλητική σχολή, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σωματικής άσκησης και άθλησης, την εκμάθηση ή καλλιέργεια αναγνωρισμένου ή μη αθλήματος, με καταβολή ή μη αμοιβής, διδάκτρων ή οποιασδήποτε άλλης μορφής οικονομικής απολαβής ύστερα από προηγούμενη άδεια λειτουργίας, που χορηγείται με απόφαση του Νομάρχη.
2. Ως γυμναστήριο νοείται κάθε μονάδα άθλησης σε κλειστό ή ανοιχτό χώρο που έχει σκοπό την παροχή υπηρεσιών σωματικής άσκησης και άθλησης, ιδίως μέσω της παροχής υπηρεσιών ελεύθερης γυμναστικής, αεροβικής γυμναστικής, αερόβιας προπόνησης με χρήση ηλεκτρονικών μηχανημάτων, προπόνησης με αντιστάσεις, προγραμμάτων ευλυγισίας διατάσεων, γυμναστικής για παιδιά, υδρογυμναστικής, θεραπευτικής γυμναστικής, παθητικής γυμναστικής με χρήση μηχανημάτων, παραδοσιακών χορών, αυτοάμυνας, κολύμβησης.
3. Ως αθλητική σχολή νοείται κάθε εκπαιδευτική μονάδα που έχει σκοπό την εκμάθηση ή καλλιέργεια αναγνωρισμένου ή μη αθλήματος. Στις διατάξεις του

παρόντος εμπíπτουν και οι προσφερόμενες από τα αθλητικά σωματεία υπηρεσίες εκμάθησης αθλημάτων (αθλητικές ακαδημίες) του άρθρου 7 παρ. 2 ν. 2725/1999.

4. Η άδεια λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής χορηγείται, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις των άρθρων 2 και 3 και υποβάλλονται τα δικαιολογητικά, που προβλέπονται στο άρθρο 7 του παρόντος.

5. Η άδεια ανανεώνεται κάθε πέντε χρόνια, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερόμενου στην οικεία νομαρχία, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 12.

6. Η άδεια αναρτάται σε εμφανές σημείο του χώρου λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

ΑΡΘΡΟ 2

Παρεχόμενες υπηρεσίες

Τα Γυμναστήρια κατά τις διατάξεις του παρόντος έχουν ως σκοπό να παρέχουν:

1. Υπηρεσίες ομαδικής και ατομικής σωματικής άσκησης με σκοπό την σωματική ευρωστία, ευεξία και σωματική και ψυχική υγεία δια των μέσων της επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού στον τομέα αυτό. Επίσης παρέχονται υπηρεσίες ατομικής και ομαδικής σωματικής άσκησης προς βελτίωση ειδικών ικανοτήτων και συντήρηση της ατομικής φυσιολογίας ή μεγιστοποίηση λειτουργιών ζωτικών οργάνων μετά από παθολογικές καταστάσεις και ιατρικές υποδείξεις από ειδικό προς τούτο επιστημονικό προσωπικό. Προς επίτευξη των ανωτέρω σκοπών παρέχονται υπηρεσίες: ελεύθερης γυμναστικής, αεροβικής γυμναστικής, αερόβιας προπόνησης με χρήση ηλεκτρονικών μηχανημάτων, προπόνησης με αντιστάσεις, προγραμμάτων ευλυγισίας, μυϊκών διατάσεων, κολύμβησης και συναφών σωματικών

κινητικών δραστηριοτήτων, προγραμμάτων ανάπτυξης και προαγωγής της αντοχής, δύναμης, ταχύτητας, ευλυγισίας και νευρο – μυο– κινητικών δραστηριοτήτων. Επίσης για το πλήρες και ολοκληρωμένο έργο των γυμναστηρίων παρέχονται υπηρεσίες υδρογυμναστικής, παθητικής γυμναστικής με χρήση μηχανημάτων για την τόνωση των μυών του προσώπου και του σώματος, καθώς και υπηρεσίες σάουνα, υδρομασάζ, μασάζ, σολάριουμ και ατμόλουτρου».

2. Υπηρεσίες αποκατάστασης της σωματικής υγείας από ειδικούς επιστήμονες της αθλητικής επιστήμης, η ειδίκευση των οποίων προκύπτει από ειδικό τίτλο ή βεβαίωση. Η εκτέλεση τέτοιων προγραμμάτων γίνεται μετά από ιατρική γνωμάτευση για την πρόληψη, βελτίωση κινητικών δυσλειτουργιών και παθήσεων συγγενών και επίκτητων, και ειδικότερα με την αποκατάσταση καρδιαγγειακών, αναπνευστικών, νευρολογικών, μυϊκών–σκελετικών ή ερειστικο– κινητικών, μεταβολικών και άλλων παθολογικών και τραυματικών διαταραχών, καθώς και για την προαγωγή της υγείας και ευρωστίας των κινητικώς πασχόντων γενικώς. Οι ως άνω κινητικές ενέργειες εκτελούνται με τις πράξεις ασκησιοθεραπείας και των κλινικών, εργαστηριακών – εργοφυσιολογικών μετρήσεων κινητικής αγωγής και κινητικής αποκατάστασης μετά από διάγνωση ή γνωμάτευση ιατρού και σύμφωνα με τις οδηγίες του. Ως πράξεις προσαρμοσμένης φυσικής αγωγής (ασκησιοθεραπείας) νοούνται τα μέσα, οι μέθοδοι και οι τεχνικές που διδάσκονται στα προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού της αντίστοιχης ειδίκευσης, και κατέχουν σχετική βεβαίωση στην: κινησιοθεραπεία μόνο με γυμναστικές ασκήσεις (παθητικές, ενεργητικές, διατάσεις,

ισομετρικές, ισοτονικές, ασκήσεις πλειομετρικής και μειομετρικής γυμναστικής), κινησιομάλαξη, προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης και άλλων παθήσεων και προγράμματα ειδικής αγωγής στα άτομα με ειδικές ανάγκες κατά το αναλυτικό περιεχόμενο της ύλης μαθημάτων της κύριας ειδικότητας “προσαρμοσμένη φυσική αγωγή”.

3. Υπηρεσίες σωματικής ψυχαγωγίας παιδιών και εκμάθησης παραδοσιακών και μοντέρνων χορών.
4. Υπηρεσίες ειδικής προπονητικής προς επίτευξη αθλητικών επιδόσεων και μεγιστοποίησης της σωματικής απόδοσης αθλητών με ειδικά προγράμματα.
5. Για τον καθένα από τους παραπάνω τομείς παρεχομένων γυμναστικών υπηρεσιών χρησιμοποιείται ειδικό επιστημονικό προσωπικό.
6. Τα Γυμναστήρια λειτουργούν καθημερινά από 6.00 έως 24.00 και το Σάββατο από 6.00 έως 20.00, ενώ την Κυριακή παραμένουν κλειστά.

ΑΡΘΡΟ 3

Προϋποθέσεις λειτουργίας

1. Απαγορεύεται, κατά τους όρους της παραγράφου 5 του άρθρου 7 του νόμου 2725/1999, η συστέγαση ιδιωτικού γυμναστηρίου ή ιδιωτικής αθλητικής σχολής και αθλητικού σωματείου, αθλητικής ένωσης ή ομοσπονδίας.
2. Επιτρέπεται η συστέγαση γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής με ξενοδοχειακή επιχείρηση, σχολή χορού, επιχείρηση παροχής υπηρεσιών σάουνας, ατμόλουτρου, σολάριουμ, μασάζ, υδρομασάζ, ινστιτούτο αισθητικής, κέντρο διαίτης, εφόσον αυτή διαθέτει την απαιτούμενη από τις οικείες διατάξεις άδεια λειτουργίας.
3. Με την επιφύλαξη των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου 2, στο καταστατικό του νομικού προσώπου

ιδιωτικού δικαίου το οποίο υποβάλλει αίτηση για άδεια λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής πρέπει να καθορίζεται ως αποκλειστικός σκοπός το έργο της παροχής υπηρεσιών σωματικής άσκησης και άθλησης ή της εκμάθησης ή καλλιέργειας αναγνωρισμένου ή μη αθλήματος.

4. Κάθε γυμναστήριο ή αθλητική σχολή στεγάζεται υποχρεωτικώς σε ενιαίο χώρο. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία παραρτημάτων, το κάθε ένα από τα οποία πρέπει να πληροί αυτοτελώς τις προϋποθέσεις του παρόντος προεδρικού διατάγματος και να διαθέτει τη δική του αυτοτελή άδεια λειτουργίας.

5. Το εκπαιδευτικό προσωπικό γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής πρέπει να διαθέτει κατ' ελάχιστο τα παρακάτω προσόντα:

α) Ο δ/ντής να είναι πτυχιούχος Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (ΤΕΦΑΑ) ελληνικού ή ισότιμου αλλοδαπού ΑΕΙ, με τριετή τουλάχιστον εμπειρία στην διαχείριση προγραμμάτων μαζικής ή ατομικής άθλησης ή εκγύμνασης.

β) Οι διδάσκοντες, εκπαιδευτές, γυμναστές, προπονητές, να είναι πτυχιούχοι ΤΕΦΑΑ, ελληνικού ή ισότιμου αλλοδαπού ΑΕΙ ή να έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος που έχει χορηγηθεί από τον αρμόδιο κρατικό φορέα. Εάν οι υπηρεσίες που παρέχει το γυμναστήριο ή η αθλητική σχολή απαιτούν ιδιαίτερη εξειδίκευση, το προσωπικό απαιτείται να διαθέτει σχετική βεβαίωση, πιστοποίηση ή δίπλωμα του αρμόδιου κρατικού φορέα. Για τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν σύνταξη και παρακολούθηση διατροφικών προγραμμάτων απαιτείται η πρόσληψη πτυχιούχου διαιτολόγου ή ειδικού διατροφολόγου ή ειδικού αθλητικού επιστήμονα με ειδίκευση στην αθλητική διατροφή.

6. Ο διευθυντής του γυμναστηρίου ή της αθλητικής

σχολής είναι αρμόδιος για την εκπόνηση του εσωτερικού τους κανονισμού, καθώς και για τον έλεγχο της τήρησης όλων των προδιαγραφών που αναφέρονται σε αυτόν και στις κείμενες διατάξεις. Ο διευθυντής απασχολείται κατά πλήρες ωράριο στο γυμναστήριο ή την αθλητική σχολή. Δεν επιτρέπεται το ίδιο φυσικό πρόσωπο να εργάζεται ως διευθυντής σε περισσότερα από ένα (1) γυμναστήρια ή αθλητικές σχολές. Δεν απαιτείται πρόσληψη διευθυντή από τα σωματεία που λειτουργούν αθλητικές σχολές κατά την παράγραφο 3 του άρθρου 1.

7. Το διοικητικό και το πάσης φύσεως βοηθητικό προσωπικό πρέπει να είναι ανάλογο της έκτασης των παρεχόμενων υπηρεσιών και του αριθμού των εκγυμναζόμενων.

8. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται (όργανα, μηχανήματα, κλπ) πρέπει να είναι τα αναγκαία, κατάλληλα και ασφαλή για τους εκγυμναζόμενους.

9. Για την εγγραφή εκγυμναζόμενου απαιτείται η τήρηση ειδικής κάρτας, στην οποία βεβαιώνεται από ιατρό ότι ο ενδιαφερόμενος μπορεί να εκγυμνάζεται ή να ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ) 2465 αθλείται στο διδασκόμενο άθλημα. Η ίδια προϋπόθεση απαιτείται και για την κατ' έτος ανανέωση της εγγραφής. Οι υπεύθυνοι του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής οφείλουν να επιδεικνύουν τις κάρτες εκγυμναζόμενων κατά τον έλεγχο που διενεργεί η επιτροπή του άρθρου 9 του παρόντος.

10. Εάν οι εκγυμναζόμενοι είναι κάτω των δέκα οκτώ (18) ετών, για την εγγραφή τους απαιτείται επιπλέον η έγγραφη συγκατάθεση των προσώπων που ασκούν τη γόνιμη μέριμνα σ' αυτούς.

11. Για την πραγματοποίηση πωλήσεων αγαθών κυλικείου στο χώρο λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της

αθλητικής σχολής, απαιτείται η προβλεπόμενη από τις οικείες διατάξεις αντίστοιχη άδεια. Απαγορεύεται η πώληση βιταμινών και συμπληρωμάτων διατροφής από το γυμναστήριο ή την αθλητική σχολή. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί καθ' οιονδήποτε τρόπο, από τις υπηρεσίες της Νομαρχίας ή τις Αστυνομικές Αρχές, παράβαση της ανωτέρω απαγόρευσης επιβάλλεται από τον Νομάρχη πρόστιμο 20.000 ευρώ και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας μέχρι αποκατάστασης της νομιμότητας. Σε περίπτωση υποτροπής επιβάλλεται η οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας.

ΑΡΘΡΟ 4

Κτιριολογικά στοιχεία γυμναστηρίου

ή αθλητικής σχολής

Προϋποθέσεις εγκαταστάσεων αθλητικών σχολών

1. Οι χώροι και εν γένει οι εγκαταστάσεις άσκησης, άθλησης και διδασκαλίας πρέπει να είναι ανάλογοι του είδους των παρεχομένων υπηρεσιών και των αθλημάτων που διδάσκονται ή διενεργούνται σε αυτούς, σε κάθε δε περίπτωση πρέπει να πληρούνται οι κάτωθι προϋποθέσεις:

A. Γενικές προδιαγραφές:

α) Το κτίριο ή τα κτίρια του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για την εκπλήρωση των σκοπών του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

β) Ο συνολικός χώρος του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής είναι τουλάχιστον εκατό (100) τετραγωνικά μέτρα, στα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται οι τυχόν υπαίθριοι και ημιυπαίθριοι χώροι, καθώς και οι βοηθητικοί χώροι (όπως οι αποθηκευτικοί χώροι, χώρος του λεβητοστασίου και ο χώρος του ανελκυστήρα). Ο συνολικός ωφέλιμος χώρος του γυμναστηρίου ή της

αθλητικής σχολής που χρησιμοποιείται από τους εκγυμναζόμενους προς εκγύμναση ή εκμάθηση του αθλήματος είναι τουλάχιστον εβδομήντα (70) τετραγωνικά μέτρα. Το ελάχιστο ύψος κάθε χώρου ορίζεται σε δύο μέτρα και εξήντα εκατοστά (2,60).

γ) Η ελάχιστη επιφάνεια ωφέλιμου χώρου άθλησης ανά εκγυμναζόμενο είναι πέντε (5) τετραγωνικά μέτρα.

δ) Το κτίριο και οι χώροι κυρίας χρήσης του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής διαθέτουν επαρκή και ομοιόμορφο φυσικό και τεχνητό φωτισμό, καθώς και επαρκή αερισμό με φεγγίτες (που ανοίγουν με εύχρηστα μηχανικά μέσα) και με αθόρυβους εξαεριστήρες. Η χρήση κλιματιστικού δεν αντικαθιστά τη χρήση εξαεριστήρα. Ο φωτισμός και αερισμός των ως άνω χώρων γίνεται σύμφωνα με το άρθρο 11 του κτιριοδομικού κανονισμού.

ε) Το κτίριο ή τα κτίρια του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής διαθέτουν τουλάχιστον δύο (2) χώρους αποδυτηρίων (ανδρών – γυναικών), με πρόβλεψη για την ασφάλεια των προσωπικών αντικειμένων. Η ελάχιστη επιφάνεια των αποδυτηρίων ορίζεται σε πενήντα εκατοστά του τετραγωνικού μέτρου (0,50μ.) ανά εκγυμναζόμενο.

στ) Η άθληση ή άσκηση των εκγυμναζόμενων δεν επιτρέπεται να πραγματοποιείται σε υπόγειους χώρους, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως βοηθητικοί (αποδυτήρια, αποθήκες οργάνων κλπ), κατά τις διατάξεις του ΓΟΚ.

ζ) Η λειτουργία του γυμναστηρίου δεν πρέπει να συνεπάγεται ηχητικές εκπομπές ή οχλήσεις των περιόικων, αλλιώς επιβάλλεται η ηχητική μόνωση. Η ανάγκη ηχομόνωσης διαπιστώνεται από την Επιτροπή του άρθρου 9 του παρόντος, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της υπ' αριθμ. Α5/3010/85 (ΦΕΚ 593/Β/1985) απόφασης του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Β. Χώροι υγιεινής. Σε κάθε γυμναστήριο ή αθλητική σχολή υπάρχουν οι παρακάτω χώροι υγιεινής:

α) Λουτρό με δύο (2) τουλάχιστον καταιωνιστήρες, ζεστού και κρύου νερού, για κάθε αποδυτήριο.

β) Τουλάχιστον δύο (2) αποχωρητήρια (ένα ανδρών και ένα γυναικών) για τους εκγυμναζόμενους, όταν η δυναμικότητα του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής είναι μέχρι και ογδόντα (80) εκγυμναζόμενοι, αυξανόμενα κατά ένα (1) αποχωρητήριο για κάθε επιπλέον σαράντα (40) εκγυμναζόμενους.

γ) Στους χώρους υγιεινής πρέπει να υπάρχουν

1) Πλήρης υδραυλική εγκατάσταση καθαρισμού και αποχέτευσης των αποχωρητηρίων, καθώς και λεκάνες υγιεινής.

2) Φυσικός ή τεχνητός εξαερισμός.

3) Επένδυση με ανθεκτικά πλακάκια σε όλη την επιφάνεια των τοίχων τουλάχιστον μέχρι ύψους ενός μέτρου και εβδομήντα εκατοστών (1,70μ.)

4) Ανθεκτική και αντιολισθηρή επίστρωση σε όλη την επιφάνεια των δαπέδων.

5) Πόρτες που ανοίγουν από έξω προ στα μέσα.

6) Ένας τουλάχιστον νιπτήρας ανά δύο (2) αποχωρητήρια.

Γ. Μέτρα ασφάλειας και μέσα πρώτων βοηθειών.

α) Σε κεντρικό σημείο κάθε γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής υπάρχει επαρκής πυρασφάλεια, πιστοποιούμενη από την αρμόδια πυροσβεστική υπηρεσία.

β) Στους πίνακες παροχής ηλεκτρικού ρεύματος υπάρχουν ηλεκτρονόμοι διαφυγής ρεύματος.

γ) Σε κάθε γυμναστήριο ή αθλητική σχολή υπάρχει φαρμακείο πρώτων βοηθειών, καθώς και κάθε άλλο αναγκαίο βοήθημα για την αντιμετώπιση τραυματισμών.

Δ. Ειδικές προϋποθέσεις εγκαταστάσεων αθλητικών σχολών

α) Για την πιστοποίηση αθλητικών σχολών που καλλιεργούν αναγνωρισμένα ή μη αθλήματα πρέπει να πληρούνται οι ειδικές προϋποθέσεις που τάσσουν οι κανονισμοί της οικείας αθλητικής ομοσπονδίας. Όπου από τις κείμενες διατάξεις προβλέπεται η υποχρέωση κατοχής ειδικής άδειας λειτουργίας καταλληλότητας του χώρου, η άδεια αυτή πρέπει να συνυποβάλλεται με τα υπόλοιπα δικαιολογητικά που προβλέπονται στο άρθρο 8 του παρόντος.

β) Όπου στο παρόν άρθρο αναφέρονται διαστάσεις σε σχέση με αριθμό εκγυμναζόμενων, νοείται ο αριθμός των ταυτοχρόνως εκγυμναζόμενων.

ΑΡΘΡΟ 5

Κωλύματα και ασυμβίβαστα για την κτήση ιδιότητας εκπροσώπου ή διευθυντή ιδιωτικού γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής.

1. Δεν συμβιβάζεται η ιδιότητα του νόμιμου εκπροσώπου νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, το οποίο ιδρύει γυμναστήριο ή αθλητική σχολή, καθώς και οι ιδιότητες του ιδιοκτήτη ιδιωτικού γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής και του διευθυντή του, προς την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου, ή υπαλλήλου Ο.Τ.Α. ή υπαλλήλου ΝΠΔΔ.

2. Ο νόμιμος εκπρόσωπος νομικού προσώπου το οποίο ιδρύει γυμναστήριο ή αθλητική σχολή ή ο ιδιοκτήτης γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής, καθώς και ο διευθυντής του γυμναστηρίου ή της σχολής δεν επιτρέπεται:

α) να έχει καταδικαστεί ή παραπεμφθεί σε δίκη με αμετάκλητο βούλευμα για κακούργημα, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία σχετική με τη υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσι-

ας ζωής, εμπορία, κατοχή και χρήση ναρκωτικών, ακόμα και αν το παράπτωμα έχει παραγραφεί,
β) να έχει, λόγω καταδίκης, στερηθεί των πολιτικών δικαιωμάτων,
γ) να τελεί υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων, λόγω πνευματικής ή ψυχικής διαταραχής.
δ) να έχει καταδικαστεί για τα ποινικά και πειθαρχικά αδικήματα περί φαρμακοδιέργειας σύμφωνα με τα άρθρα 128 Ζ, 128 Η και 128 Θ και 130 ν. 2725/1999, όπως τα τρία πρώτα άρθρα προστέθηκαν αντιστοίχως, με τα άρθρα 58, 59 και 60 του ν. 3057/2002 (Α' 239).

ΑΡΘΡΟ 6

Παράβολο λειτουργίας

1. Για την χορήγηση άδειας λειτουργίας απαιτείται καταβολή παραβόλου ύψους τετρακοσίων (400) ευρώ.
2. Για την ανανέωση ή επέκταση της αδειάς απαιτείται καταβολή παραβόλου ύψους διακοσίων (200) ευρώ.
3. Τα ανωτέρω ποσά κατατίθενται σε ειδικό λογαριασμό που τηρείται στην Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος για την περίθαλψη και την ενίσχυση ανασφαλιστών αθλητών, κατά τους όρους του άρθρου 36 του ν. 2725/1999.

ΑΡΘΡΟ 7

Διαδικασία χορήγησης άδειας λειτουργίας

1. Οι αιτήσεις και τα προβλεπόμενα δικαιολογητικά υποβάλλονται στην αρμοδία Νομαρχία.
2. Ο αιτών δικαιούται να ζητήσει από την αρμόδια επιτροπή πιστοποίησης και ελέγχου, που προβλέπεται στο άρθρο 9 του παρόντος, να προβεί σε προέλεγχο των κτιριολογικών, προϋποθέσεων του χώρου, στον οποίο πρόκειται να εγκατασταθεί το γυμναστήριο ή

η αθλητική σχολή. Ο έλεγχος πραγματοποιείται εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την υποβολή του σχετικού αιτήματος και η σχετική έκθεση που συντάσσεται από την επιτροπή κοινοποιείται στον αιτούντα εντός τριών (3) ημερών από την πραγματοποίηση του ελέγχου.

3. Εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την επόμενη της υποβολής στο οικείο Γραφείο των απαιτούμενων δικαιολογητικών, το αρμόδιο Τμήμα πραγματοποιεί τον έλεγχο της πληρότητας των υποβληθέντων δικαιολογητικών και, αν υπάρχουν ελλείψεις, ενημερώνει τον ενδιαφερόμενο εγγράφως με συστημένη επιστολή. Ο ενδιαφερόμενος οφείλει να συμπληρώσει τις επισημασθείσες ελλείψεις εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την κοινοποίηση της επιστολής. Αν ο ενδιαφερόμενος δεν ανταποκριθεί, ο φάκελος με το σύνολο των υποβληθέντων δικαιολογητικών επιστρέφεται με απόδειξη στον ενδιαφερόμενο.

4. Εάν ο φάκελος είναι πλήρης, παραδίδεται στην αρμόδια επιτροπή πιστοποίησης και ελέγχου, η οποία μέσα σε διάστημα δεκαπέντε (15) ημερών ενημερώνεται επί των δικαιολογητικών και, ύστερα από συνεννόηση με τους ενδιαφερόμενους, προσέρχεται για έλεγχο στους χώρους του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

Μετά τη διενέργεια του ελέγχου, η επιτροπή συντάσσει την ίδια ημέρα τεκμηριωμένη έκθεση καταλληλότητας ή μη του κτιρίου και του αθλητικού εξοπλισμού και εισηγείται της χορήγησης ή μη της άδειας λειτουργίας.

Η εισήγηση της επιτροπής υποβάλλεται στο Νομάρχη εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από την σύνταξή της. Μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την υποβολή της εισήγησης ο αρμόδιος Νομάρχης αποφασίζει για την χορήγηση ή μη της άδειας λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

5. Μέσα σε αποκλειστική προθεσμία δύο (2) μηνών

από την χορήγηση της αδείας λειτουργίας, το φυσικό ή νομικό πρόσωπο, στο οποίο χορηγήθηκε η άδεια, υποχρεούται να υποβάλλει στην οικεία Νομαρχία κατάσταση του πάσης φύσεως προσωπικού της, θεωρημένη από την οικεία Επιθεώρηση Εργασίας, άλλως η άδεια λειτουργίας λογίζεται ως μηδέποτε χορηγηθείσα.

ΑΡΘΡΟ 8

Απαιτούμενα δικαιολογητικά για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας.

1. Φυσικά πρόσωπα που προτίθενται να λειτουργήσουν γυμναστήριο ή αθλητική σχολή υποβάλλουν στην οικεία Νομαρχία αίτηση χορήγησης αδείας λειτουργίας, στην οποία αναφέρεται συγκεκριμένα ποιες υπηρεσίες προτίθεται να προσφέρει το γυμναστήριο ή αθλητική σχολή. Η αίτηση συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Επικυρωμένη φωτοτυπία του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου.

β. Πρόσφατο αντίγραφο ποινικού μητρώου του φυσικού προσώπου, από το οποίο να προκύπτει ότι ο αιτών τη λειτουργία γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής δεν καταδικάστηκε αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για τέλεση κακουργήματος, για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία σχετική με τη υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, καθώς και για εμπορία, κατοχή και χρήση ναρκωτικών, καθώς και για τα αδικήματα του άρθρου 128Θ ν. 2725/1999, όπως τούτο προστέθηκε σ' αυτόν με το άρθρο 60 ν. 3057/2002.

γ. Πιστοποιητικό της Εισαγγελίας Πλημμελειοδικών και Εφετών της κατοικίας του αιτούντος, από το οποίο

να προκύπτει ότι αυτός δεν έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για αδικήματα της προηγούμενης περίπτωσης.

δ. Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.

ε. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986, ότι ο αιτών τη λειτουργία γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής δεν τελεί υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) η υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων λόγω πνευματικής ή ψυχικής διαταραχής και δεν συντρέχουν στο πρόσωπό του τα λοιπά κωλύματα ή ασυμβίβαστα που αναφέρονται στο άρθρο 5 του παρόντος.

στ. Απόδειξη καταβολής του παραβόλου, το οποίο αναφέρεται στο άρθρο 6 του παρόντος.

2. Νομικά πρόσωπα που προτίθενται να ιδρύσουν γυμναστήριο ή αθλητική σχολή υποβάλλουν στην Νομαρχία αίτηση, η οποία συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Επικυρωμένο αντίγραφο του καταστατικού του νομικού προσώπου με τις τυχόν τροποποιήσεις του.

β. Προκειμένου περί νομικού προσώπου, του οποίου προβλέπεται η δημοσίευση του καταστατικού του στο Πρωτοδικείο, βεβαίωση του Πρωτοδικείου περί μη τροποποίησής του.

γ. Πράξη του οργάνου διοίκησης του νομικού προσώπου, με την οποία ορίζεται εκπρόσωπός της έναντι του Νομάρχη, εάν δεν προβλέπεται από το καταστατικό.

δ. Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα του νομικού προσώπου.

ε. Επικυρωμένη φωτοτυπία του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου του οριζόμενου ως εκπρόσωπου έναντι του Νομάρχη.

στ. Πρόσφατο αντίγραφο ποινικού μητρώου του νόμιμου εκπροσώπου, από το οποίο να προκύπτει ότι αυτός δεν καταδικάστηκε αμετάκλητα σε οποιαδήποτε

ποινή για αδικήματα της παρ. 1 περ. β του παρόντος άρθρου.

ζ. Πιστοποιητικό της Εισαγγελίας Πλημμελειοδικών και Εφετών της κατοικίας του εκπροσώπου, από το οποίο να προκύπτει ότι αυτός δεν έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για αδικήματα της προηγούμενης περίπτωσης.

η. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 ότι ο αιτών εκπρόσωπος δεν τελεί υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων λόγω πνευματικής ή ψυχικής διαταραχής και δεν συντρέχουν στο πρόσωπο του τα λοιπά κωλύματα ή ασυμβίβαστα που αναφέρονται στο άρθρο 5 του παρόντος.

θ. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 από τον αιτούμενο εκπρόσωπο του νομικού προσώπου, με τη οποία να δηλώνεται η υπηκοότητα των μελών του οργάνου διοίκησης του νομικού προσώπου.

ι. Απόδειξη καταβολής του παραβόλου το οποίο αναφέρεται στο άρθρο 6 του παρόντος.

3. Εάν την αίτηση καταθέτει αλλοδαπός ή στα μέλη της διοίκησης του νομικού προσώπου συγκαταλέγονται αλλοδαποί, απαιτείται επιπλέον η προσκόμιση σχετικής άδειας νόμιμης παραμονής στην Ελλάδα.

4. Σε κάθε περίπτωση η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από:

α. Αρχιτεκτονικά σχέδια κατόψεων και τομών του κτιρίου ή των κτιρίων σε κλίμακα ένα προς πενήντα (1:50), σε δύο (2) αντίγραφα, θεωρημένα από μηχανικό και επικυρωμένα από το Οικείο Πολεοδομικό Γραφείο. Στα σχέδια χαρακτηρίζονται όλοι οι χώροι του κτιρίου (γραφεία, αίθουσες εκγύμνασης κλπ) και αναγράφονται οι πλήρεις διαστάσεις και το εμβαδόν των χώρων, κα-

θώς και η συνολική επιφάνεια κάτοψης.

β. Δήλωση στατικής επάρκειας του κτιρίου για τη χρήση του ως γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής, υπογεγραμμένη από πολιτικό μηχανικό και επικυρωμένο από το οικείο Πολεοδομικό Γραφείο.

γ. Βεβαίωση πυρασφάλειας του κτιρίου ή των κτιρίων του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής από την πυροσβεστική υπηρεσία, η οποία πρέπει να ανανεώνεται κάθε πενταετία, καθώς και πιστοποιητικό της Διεύθυνσης Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης για την καταλληλότητα των χώρων υγιεινής, του χρησιμοποιούμενου πόσιμου νερού, του συστήματος αποχέτευσης και της τυχόν ηχορύπανσης.

δ. Ακριβές αντίγραφο της άδειας οικοδομής που περιέχει το χώρο του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

ε. Επικυρωμένα αντίγραφα των τίτλων σπουδών του διευθυντή του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής, καθώς και του εκπαιδευτικού προσωπικού.

στ. Πρόσφατο αντίγραφο ποινικού μητρώου του διευθυντή και των γυμναστών του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής, από το οποίο να προκύπτει ότι αυτός δεν καταδικάστηκε αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για αδίκημα της παρ. 1 περ. β. του παρόντος άρθρου.

ζ. Πιστοποιητικό της Εισαγγελίας Πλημμελειοδικών και Εφετών της κατοικίας του διευθυντή του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής, από το οποίο να προκύπτει ότι αυτός δεν έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για αδικήματα της προηγούμενης περίπτωσης.

η. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 του διευθυντή του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής ότι δεν τελεί υπό στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων και δεν συντρέχουν στο πρόσωπο του τα λοιπά

κωλύματα ή ασυμβίβαστα που αναφέρονται στο άρθρο 5 του παρόντος.

θ. Έγγραφο σύμβαση από την οποία να αποδεικνύεται η κυριότητα ή η μίσθωση του ακινήτου στο οποίο θα λειτουργήσει το γυμναστήριο ή η αθλητική σχολή από τον αιτούντα.

ι. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 διπλωματούχου ηλεκτρολόγου για την ασφαλή και ακίνδυνη ηλεκτρολογική εγκατάσταση, καθώς και για τον πλήρη εξερισμό του χώρου του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.

ια. Πιστοποιητικά από τα οποία προκύπτει ότι ο χώρος του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής έχει υποβληθεί στις απαιτούμενες υγειονομικές απολυμάνσεις.

5. Για την χορήγηση άδειας λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής σε ΟΤΑ α' και β' βαθμού και δημοτικές επιχειρήσεις, απαιτείται η κατάθεση των δικαιολογητικών που αναφέρονται στα υπό στοιχεία γ και ι της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου, καθώς και των υπό στοιχεία α-ια της παραγράφου 4 του παρόντος άρθρου.

6. Σε περίπτωση για τη οποία ζητείται η πιστοποίηση αθλητικής σχολής για τη λειτουργία της οποίας απαιτούνται ειδικές κτιριολογικές προϋποθέσεις σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 1 περ. Δ του παρόντος, η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από τα αναγκαία δικαιολογητικά 2468 ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ) (μελέτες εγκαταστάσεων και πιστοποιητικά καταλληλότητας εξοπλισμού) που αποδεικνύουν ότι η αθλητική σχολή πληροί τις προϋποθέσεις που τάσσει η οικεία αθλητική ομοσπονδία.

7. Σε περίπτωση που το φυσικό ή νομικό πρόσωπο υποβάλλει αίτηση για χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής, χωρίς

να συνυποβάλλει όλα τα δικαιολογητικά και στοιχεία τα οποία ορίζονται στις παραπάνω παραγράφους, καθώς και εάν από τα προσαγόμενα δικαιολογητικά προκύπτει ότι δεν πληρούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής, όπως ορίζονται στα άρθρα 3,4,5 και 6 του παρόντος, η αίτηση απορρίπτεται ως απαράδεκτη. Η σχετική απόφαση κοινοποιείται στον αιτούντα.

ΑΡΘΡΟ 9

Ειδική επιτροπή πιστοποίησης και ελέγχου

1. Για την προστασία της υγείας των εκγυμναζόμενων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κατ' έτος με απόφαση του οικείου Νομάρχη ορίζεται επιτροπή πιστοποίησης και ελέγχου, η οποία απαρτίζεται από:

α) Τον Προϊστάμενο του Γραφείου Φυσικής Αγωγής της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του οικείου νομού ή Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, ή Ανώτερο υπάλληλο της Νομαρχίας με αρμοδιότητα σε θέματα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ως Πρόεδρος.

β) Έναν καθηγητή Φυσικής Αγωγής που υπηρετεί σε σχολείο της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της αντίστοιχης Νομαρχίας ή είναι αποσπασμένος σε υπηρεσία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

γ) Τον Διευθυντή Υγειονομικής Υπηρεσίας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης ή τον αναπληρωτή του.

δ) Τον Διευθυντή Τεχνικών Υπηρεσιών της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης ή τον αναπληρωτή του.

ε) Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Συνδέσμου Γυμναστηρίων.

Με την ίδια απόφαση καθορίζεται η αμοιβή των μελών της επιτροπής, η καταβολή οδοιπορικών εξόδων και κάθε σχετικό με την αποζημίωσή τους ζήτημα.

2. Η ειδική επιτροπή ελέγχει τακτικά μία (1) φορά κατ' έτος τα γυμναστήρια και τις αθλητικές σχολές που ανήκουν στο τομέα ευθύνης της. Η ειδική επιτροπή μπορεί να πραγματοποιεί έκτακτους ελέγχους στα παραπάνω γυμναστήρια και αθλητικές σχολές αυτεπάγγελα ή ύστερα από καταγγελία οποιουδήποτε έχει έννομο συμφέρον.

3. Με απόφαση του οικείου Νομάρχη συγκροτούνται, εφόσον παρίσταται σχετική ανάγκη, τριμελείς υποεπιτροπές αποτελούμενες από έναν (1) υπάλληλο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με αρμοδιότητα σε θέματα Φυσικής Αγωγής Αθλητισμού, κατά προτίμηση πτυχιούχο ΤΕΦΑΑ, έναν (1) υπάλληλο των Τεχνικών Υπηρεσιών της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Συνδέσμου Γυμναστηρίων, οι οποίες υποβοηθούν την ειδική επιτροπή πιστοποίησης και ελέγχου, διενεργώντας κατ' εντολή της ελέγχους και υποβάλλοντας προς αυτήν σχετικές εισηγήσεις. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται η αποζημίωση των μελών της επιτροπής.

4. Η ειδική επιτροπή, ύστερα από έλεγχο, υποβάλλει έκθεση στον οικείο Νομάρχη, ο οποίος, σε περίπτωση που η επιτροπή αυτή διαπιστώσει παράβαση των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας που ορίζονται στο παρόν, επιβάλλει την κύρωση της προσωρινής ή οριστικής ανάκλησης της άδειας λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής. Σε κάθε περίπτωση διαπίστωσης παράβασης των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας που ορίζονται στο παρόν, ο οικείος Νομάρχης μπορεί να ανακαλεί την άδεια λειτουργίας μέχρι ένα (1) έτος, ή να προβαίνει στην οριστική ανάκληση της άδειας. Οι ποινές αυτές επιβάλλονται ύστερα από ακρόαση του ενδιαφερόμενου.

5. Σε περίπτωση που γυμναστήριο ή αθλητική σχολή λειτουργεί χωρίς άδεια, ο Νομάρχης ή το εξουσιοδοτη-

μένο από αυτόν όργανο επιβάλλει την άμεση διακοπή των εργασιών του με τη σφράγιση του καταστήματος, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Προς το σκοπό αυτό, ενημερώνεται η αρμόδια Δ.Ο.Υ., η οικεία Αστυνομική Αρχή και η Επιθεώρηση Εργασίας.

ΑΡΘΡΟ 10

Επέκταση ή μεταφορά γυμναστηρίου

ή αθλητικής σχολής σε νέο κτίριο.

1. Για την επέκταση ή μεταφορά γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής σε νέο κτίριο απαιτείται η προσκόμιση των δικαιολογητικών τα οποία ορίζονται στις περιπτώσεις α' έως δ' και θ' έως ια' της παραγράφου 4 του άρθρου 8 του παρόντος.

2. Σε περίπτωση ανωτέρας βίας, η μεταφορά γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής μπορεί να εγκριθεί από τον Νομάρχη, κατά παρέκκλιση των προθεσμιών που αναφέρονται στο άρθρο 7 του παρόντος.

ΑΡΘΡΟ 11

Μεταβίβαση αδειας

1. Επιτρέπεται η μεταβίβαση της άδειας και λειτουργίας ιδιωτικού γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής σε όσους συγκεντρώνουν τα οριζόμενα με το παρόν προεδρικό διάταγμα προσόντα, ύστερα από υποβολή σχετικής αίτησης, στην οποία επισυνάπτονται τα δικαιολογητικά του άρθρου 8 του παρόντος, καθώς και η έγγραφη σύμβαση για τη μεταβίβαση αυτή.

2. Σε περίπτωση θανάτου του ιδρυτή ιδιωτικού γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής, η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας μεταβιβάζεται στους νόμιμους κληρονόμους, εφόσον οι τελευταίοι ή ένας τουλάχιστο απ' αυτούς πληρούν τα νόμιμα προσόντα. Η μεταβίβαση πραγματοποιείται με απόφαση του Νομάρχη, εφόσον προηγουμέ-

νως και μέσα σε διάστημα έξι (6) μηνών από το θάνατο του κληρονομούμενου υποβληθεί σχετική αίτηση των κληρονόμων, που συνοδεύεται από τα δικαιολογητικά τα οποία προβλέπονται στο άρθρο 8 του παρόντος.

3. Σε περίπτωση κατά την οποία οι κληρονόμοι δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα, είναι δυνατή η εκμίσθωση ή μεταβίβαση του γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής σε φυσικό πρόσωπο που συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα, σύμφωνα με τα αναφερόμενα στο παρόν και τις λοιπές κείμενες διατάξεις.

ΑΡΘΡΟ 12

Ανανέωση και επέκταση άδειας λειτουργίας

1. Για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής ή την επέκτασή της για παροχή νέων υπηρεσιών, απαιτείται σχετική αίτηση, που υποβάλλεται σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 8 του παρόντος.

2. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται από:

α) Πρόσφατο πλήρες αντίγραφο ποινικού μητρώου του φυσικού προσώπου ή, κατά περίπτωση, του εκπροσώπου του νομικού προσώπου, από το οποίο να προκύπτει ότι ο αιτών την ανανέωση της άδειας λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής δεν καταδικάστηκε αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για αδικήματα της παρ.1 περ. β. του άρθρου 8 του παρόντος.

β) Πιστοποιητικό της Εισαγγελίας Πλημμελειοδικών και Εφετών της κατοικίας του αιτούντος, από το οποίο να προκύπτει ότι αυτός δεν έχει παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για αδικήματα της προηγούμενης περίπτωσης.

γ) Φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.

δ) Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 ότι ο αιτών την ανανέωση της άδειας λειτουργίας γυμναστηρίου ή

αθλητικής σχολής δεν τελεί υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) η υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων και δεν συντρέχουν στο πρόσωπο του τα λοιπά κωλύματα ή ασυμβίβαστα που αναφέρονται στο άρθρο 5.

ε) Απόδειξη καταβολής παραβόλου, το οποίο αναφέρεται στο άρθρο 6.

στ) Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 του διευθυντή και των γυμναστών του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής ότι δεν τελεί υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) ή υπό συνδυασμό των δύο προηγούμενων, λόγω πνευματικής ή ψυχικής διαταραχής.

ζ. Πρόσφατο ποινικό μητρώο του διευθυντή και των γυμναστών, απ' όπου να εμφανίζεται ότι δεν συντρέχουν στο πρόσωπό τους τα λοιπά κωλύματα ή ασυμβίβαστα που αναφέρονται στο άρθρο 5, παρ. 2 του παρόντος, ότι δεν καταδικάστηκαν αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για τα αδικήματα της παρ. 1 περ. β του άρθρου 8.

η. Πιστοποιητικό της αρμόδιας Εισαγγελικής Αρχής, από το οποίο προκύπτει η μη παραπομπή του Διευθυντή και των γυμναστών με αμετάκλητο βούλευμα για αδικήματα της παρ. 1, περ. β' του άρθρου 8 του παρόντος.

θ. Βεβαίωση Μέλους του άρθρου 8, παρ. 8 του παρόντος.

3. Σε περίπτωση μεταβολών στο προσωπικό του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής, εκτός από τα δικαιολογητικά της προηγούμενης παραγράφου, απαιτείται να κατατεθούν επίσης τα δικαιολογητικά που προβλέπονται στις περιπτώσεις ε έως θ της παραγράφου 4 του άρθρου 8 του παρόντος.

4. Εάν η αίτηση κατατίθεται από νομικό πρόσωπο,

απαιτείται η συνυποβολή:

α) Βεβαίωσης Πρωτοδικείου, σε όσες περιπτώσεις προβλέπεται η δημοσίευση του καταστατικού, περί μη τροποποίησής του.

β) Πιστοποιητικού του Πρωτοδικείου της έδρας του νομικού προσώπου περί μη πτώχευσης.

γ) Καταλόγου των μελών της διοικήσεως του νομικού προσώπου.

5. Για την ανανέωση ή επέκταση άδειας λειτουργίας γυμναστηρίου ή αθλητικής σχολής από ΟΤΑ α' και β' βαθμού και δημοτικές επιχειρήσεις, απαιτείται η κατάθεση δικαιολογητικών που αναφέρονται στα υπό στοιχεία ε έως ια της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου.

6. Για τη διαδικασία ανανέωσης και επέκτασης της άδειας λειτουργίας εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 7 του παρόντος.

7. Στην περίπτωση που δεν υποβληθεί αίτηση ανανέωσης της άδειας λειτουργίας με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά εντός εξήντα (60) ημερών από την λήξη της ισχύος της, η άδεια αφαιρείται οριστικώς και επιβάλλεται άμεση διακοπή των εργασιών με τη σφράγιση του καταστήματος, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Προς το σκοπό αυτό ενημερώνεται η αρμόδια Δ.Ο.Υ., η οικεία Αστυνομική Αρχή και η Επιθεώρηση Εργασίας.

8. Σε περίπτωση που η επιτροπή διαπιστώσει αλλαγή χρήσης και επέκταση του γυμναστηρίου σε σχέση με την αρχικώς χορηγηθείσα άδεια αυτή προβαίνει σε πρόταση προς τον οικείο νομάρχη για την υποβολή εκ μέρους του αιτούντος αίτησης επεκτάσεως του γυμναστηρίου, κατά την οποία απαιτείται εξ αρχής υποβολή των δικαιολογητικών για τη χορήγησή της, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος. Στην περίπτωση αυτή διατάσσεται η διακοπή της λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής μέχρι την χορήγηση της

σχετικής άδειας επεκτάσεως. Το αυτό απαιτείται και για την μεταφορά γυμναστηρίου σε νέο κτίριο.

ΑΡΘΡΟ 13

Μεταβατικές διατάξεις

1. Οι ιδιοκτήτες των γυμναστηρίων και σχολών εκμάθησης αθλημάτων που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος, υποχρεούνται να συμμορφωθούν με τις διατάξεις του μέσα σε προθεσμία δέκα (10) μηνών από την δημοσίευσή του. Παρερχομένης απράκτου της προθεσμίας αυτής διατάσσεται η διακοπή της λειτουργίας του γυμναστηρίου ή της αθλητικής σχολής.
2. Ειδικά για την προσαρμογή των ιδιοκτητών της προηγούμενης παραγράφου στις διατάξεις του άρθρου 4, η προθεσμία ορίζεται σε τρία (3) έτη από την δημοσίευση του παρόντος, με εξαίρεση την περίπτωση Αζ της πρώτης παραγράφου αυτού, για την οποία η προθεσμία ορίζεται στους έξι (6) μήνες.

ΑΡΘΡΟ 14

Το Διάταγμα αυτό ισχύει από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον αρμόδιο για τον Αθλητισμό Υφυπουργό Πολιτισμού, αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του διατάγματος αυτού.

Αθήνα, 6 Οκτωβρίου 2006

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΥΦΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜ. ΕΡΓΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΟΥΦΛΙΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΟΡΦΑΝΟΣ

ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΧΟΛΩΝ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ
ΑΘΛΗΜΑΤΩΝ

Έχουν γίνει κάποιες τροποποιήσεις του Π.Δ.219 αφού, την 1 Αυγούστου 2007 εκδόθηκε ο Νόμος 3599 "Σύσταση Συλλόγου Φυσιοθεραπευτών & άλλες Διατάξεις" στον οποίο το άρθρο 20 αναφέρει:

1. Η παράγραφος 2 του άρθρου 1 του Π.Δ. 219/2006 αντικαθίσταται ως εξής:
"Ως γυμναστήριο νοείται κάθε μονάδα άθλησης σε κλειστό ή ανοικτό χώρο που έχει ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών σωματικής άσκησης και άθλησης , ιδίως μέσω της παροχής υπηρεσιών ελεύθερης γυμναστικής, αεροβικής γυμναστικής, αερόβιας προπόνησης με χρήση ηλεκτρονικών μηχανημάτων, προπόνησης με αντιστάσεις, προγραμμάτων ευλυγισίας διαστάσεων, γυμναστικής για παιδιά, υδρογυμναστικής, παθητικής γυμναστικής με χρήση μηχανημάτων, παραδοσιακών χορών, αυτοάμυνας , κολύμβησης."

2. Το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 2 του Π.Δ. 219/2006 αντικαθίσταται ως εξής: **"Επίσης παρέχονται υπηρεσίες ατομικής και ομαδικής σωματικής άσκησης προς βελτίωση ειδικών ικανοτήτων και τη συντήρηση της ατομικής φυσιολογίας ή τη μεγιστοποίηση των λειτουργικών οργάνων"**

3. Το τέταρτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 2 του Π.Δ. 219/2006 καταργείται

4. Η Δεύτερη παράγραφος του άρθρου 2 του Π.Δ. 219/2006 καταργείται.