

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΟΓΟΔΩΝΗ ΕΙΡΗΝΗ

Επισκέπτρια Υγείας

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΒΟΖΝΙΑΚ ΓΚΡΕΤΑ

ΛΑΡΙΣΑ, 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
Εισαγωγή στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας: Έννοιες– Ορισμοί	6
Κεφάλαιο 1 (Γενικό μέρος)	
Νομοθετικό πλαίσιο και αρμόδιοι φορείς για την Υγιεινή και την Ασφάλεια της Εργασίας.....	8
Κεφάλαιο 2	
Φυσικοί παράγοντες Κινδύνου.....	10
2.1 Ακτινοβολία.....	10
2.2 Θόρυβος.....	11
2.3 Μικροκλίμα και ποιότητα αέρα.....	14
Κεφάλαιο 3	
Χημικοί παράγοντες κινδύνου.....	18
3.1 Απολυμαντικές – Αντισηπτικές ουσίες.....	18
3.2 Latex.....	18
3.3 Υδράργυρος.....	20
3.4 Διαλύτες.....	20
3.5 Φορμαλδεΐδη.....	21
3.6 Εισπνεόμενοι αναισθητικοί παράγοντες.....	21
3.7 Αντινεοπλασματικά – Κυτταροστατικά φάρμακα.....	22
Κεφάλαιο 4	
Εργονομικοί παράγοντες κινδύνου.....	24
Κεφάλαιο 5	
Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	27
5.1 Ιός της Ηπατίτιδας Β (HBV).....	27
5.2 Ιός της Ηπατίτιδας C (HBC).....	28

5.3	Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV).....	2
5.4	Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.....	30
5.5	Ιός της γρίπης.....	30
5.6	Άλλοι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	31
Κεφάλαιο 6		
	Οργανωτικοί παράγοντες κινδύνου.....	33
6.1	Κυλιόμενο ωράριο εργασίας.....	33
6.2	Οργάνωση της εργασίας.....	35
Κεφάλαιο 7		
	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου.....	37
7.1	Συναισθηματική και ψυχολογική καταπόνηση.....	37
7.2	Έκθεση σε βία.....	37
Κεφάλαιο 8		
	Επιπτώσεις των επαγγελματικών κινδύνων.....	41
8.1	Επαγγελματικά ατυχήματα.....	41
8.2	Επαγγελματικές ασθένειες.....	44
8.2.1	Μυοσκελετικές παθήσεις.....	44
8.2.2	Αναπνευστικές παθήσεις.....	46
8.2.3	Επαγγελματικές δερματοπάθειες.....	46
8.2.4	Επαγγελματικές λοιμώξεις.....	47
8.2.5	Επαγγελματικός καρκίνος.....	50
8.2.6	Επαγγελματικό άγχος και ψυχικές διαταραχές.....	51
8.3	Νοσηρότητα, απουσίες και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις.....	53
Κεφάλαιο 9		
	Τα χαρακτηριστικά των Κέντρων Υγείας στις Κυκλάδες.....	55
Κεφάλαιο 10 (Ειδικό μέρος)		
	Μεθοδολογία της έρευνας.....	58

10.1 Σκοπός της έρευνας.....	58
10.2 Υλικό και μέθοδος.....	58
10.3 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	59
10.4 Στατιστική επεξεργασία.....	60
10.5 Περιορισμοί της μελέτης.....	60
Κεφάλαιο 11	
Αποτελέσματα της έρευνας.....	62
Κεφάλαιο 12	
Συζήτηση.....	85
12.1 Περιβάλλον εργασίας.....	85
12.2 Επαγγελματικοί κίνδυνοι.....	86
12.3 Συνθήκες εργασίας.....	87
12.4 Πρόληψη.....	88
12.5 Άλλα ευρήματα.....	89
Κεφάλαιο 13	
Συμπεράσματα.....	91
Κεφάλαιο 14	
Προτάσεις βελτίωσης συνθηκών Υγιεινής και Ασφάλειας.....	92
Περίληψη.....	94
Abstract.....	95
Βιβλιογραφία.....	96
Παράρτημα.....	122

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το εργασιακό περιβάλλον των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας εγκυμονεί αναρίθμητους κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων. Πολλές έρευνες, τόσο στον ελλαδικό χώρο αλλά και διεθνώς, επιχείρησαν να διερευνήσουν τους κινδύνους αυτούς. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη των προβλημάτων και των βλαπτικών εκείνων παραγόντων που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι των Κ.Υ. των Κυκλάδων, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Η μελέτη, άλλωστε, των συνθηκών εργασίας και η διερεύνηση των επαγγελματικών κινδύνων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης και παρέμβασης.

Στην προσπάθεια μου αυτή συνέβαλαν πολλοί άνθρωποι τους οποίους επιθυμώ να ευχαριστήσω. Εκφράζω λοιπόν τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Βόσνιακ Γκρέτα, για την πολύτιμη αρωγή της. Ομοίως και στα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής, την καθηγήτρια του τμήματος της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. Λάρισας Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία και τον καθηγητή της Ψυχιατρικής του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Δρ. Μουζά Οδυσσέα. Επιθυμώ επίσης να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους συναδέλφους του Κ.Υ. Θήρας και των υπολοίπων Κ.Υ. που δέχτηκαν να μετέχουν, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο καθοριστικά, στη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Τέλος όλους τους ανθρώπους του οικείου περιβάλλοντος μου, για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια, κατανόηση και εμπύχωση.

Η εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη. Στο γενικό μέρος επιχειρείται αρχικώς μια σύντομη εισαγωγή στην Υγιεινή και την Ασφάλεια της Εργασίας. Περιγράφεται επιγραμματικά το ισχύων νομοθετικό πλαίσιο και πραγματοποιείται διεξοδική αναφορά των παραγόντων κινδύνου. Καταγράφονται επίσης οι επιπτώσεις των κινδύνων αυτών στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα, σύμφωνα πάντα με στοιχεία που αντλήθηκαν από την ανασκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Γίνεται τέλος μια αναφορά στους σκοπούς και τη διάρθρωση των Κ.Υ. και επισημαίνονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των Κ.Υ.

της περιοχής των Κυκλάδων. Στο ειδικό μέρος περιγράφεται μεταξύ άλλων ο σκοπός της μελέτης, η μεθοδολογία, η στατιστική επεξεργασία και οι περιορισμοί της μελέτης. Παρατίθενται τα αποτελέσματα αυτής και τα συμπεράσματα που προκύπτουν. Γίνονται τέλος προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας προκειμένου οι εργαζόμενοι να διαβιούν σε ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας το οποίο θα προάγει την ευημερία, την ανάπτυξη και την εξέλιξη τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΕΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο όρος **υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας** αναφέρεται σε όλες εκείνες τις διαδικασίες που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί και να προαχθεί η φυσική, νοητική και κοινωνική ευεξία των εργαζομένων. Διαδικασίες που προϋποθέτουν την εξάλειψη των επαγγελματικών κινδύνων, τη λήψη μέτρων πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων και αποφυγής των επαγγελματικών ασθενειών, τη δημιουργία ενός ικανοποιητικού περιβάλλοντος εργασίας το οποίο θα προάγει την προσωπική ανάπτυξη των εργαζομένων και φυσικά την κατάλληλη εκπαίδευση αυτών, ώστε να δρουν με ασφάλεια κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.⁽¹⁾

Ο όρος **εργασιακό περιβάλλον** δεν αναφέρεται μόνο στο χώρο, στα πλαίσια του οποίου εκτελείται μία εργασία. Δεν περιορίζεται δηλαδή αποκλειστικά στην περιγραφή και στον προσδιορισμό της θέσης εργασίας. Η συγκεκριμένη έννοια περιλαμβάνει το σύνολο των καταστάσεων και των παραγόντων, με τους οποίους ο εργαζόμενος έρχεται καθημερινά σε επαφή. Παράγοντες οι οποίοι είναι σε θέση να επηρεάσουν τόσο τη φυσική όσο και την ψυχική ισορροπία του εργαζομένου, κατά τη διάρκεια της εργασίας του ή ως αποτέλεσμα αυτής.⁽²⁾

Ως **επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας** ορίζεται οποιοσδήποτε φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας ο οποίος εντοπίζεται στο χώρο εργασίας σε βαθμό ικανό να επιφέρει βλάβη στην υγεία του εργαζομένου.⁽²⁾ Κάθε κίνδυνος που ελλοχεύει για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, προερχόμενος από την έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, χαρακτηρίζεται ως **επαγγελματικός κίνδυνος**. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος όρος παρουσιάζει πολλές φορές διπτό περιεχόμενο και νόημα. Χρησιμοποιείται εννίοτε για να περιγράψει την επαγγελματική έκθεση ή άλλοτε τη βλάβη που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή.⁽³⁾

Αναλυτικότερα, οι επαγγελματικοί κίνδυνοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες. Συγκεκριμένα, οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν κινδύνους για την ασφάλεια, κινδύνους για την υγεία και τέλος εγκάρσιους κινδύνους. Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι ατυχήματος οφείλονται στις κτιριακές δομές, στις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις, σε επικίνδυνες ουσίες, σε πυρκαγιές ή εκρήξεις και στη χρήση μηχανών. Περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βλάβη στους εργαζομένους, ως συνέπεια της έκθεσης τους σε επικίνδυνες καταστάσεις.⁽⁴⁾

Οι κίνδυνοι για την υγεία αποδίδονται σε χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες. Περικλείουν την πιθανότητα πρόκλησης αλλοίωσης στη βιολογική ισορροπία των εργαζομένων (ασθένεια), ως συνέπεια της συμμετοχής τους σε παραγωγικές διαδικασίες που επιτρέπουν την έκθεση στους προαναφερθέντες βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος. Οι εγκάρσιοι κίνδυνοι οφείλονται σε ψυχολογικούς και εργονομικούς παράγοντες ή στην οργάνωση της εργασίας και στις αντίξοες συνθήκες αυτής. Αποδίδονται ουσιαστικά στη δομή της παραγωγικής διαδικασίας που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του εργαζομένου στις επιταγές της εργασίας του.⁽⁴⁾

Λίγοι εργασιακοί χώροι είναι τόσο πολυσύνθετοι και περίπλοκοι όσο οι χώροι παροχής υπηρεσιών, κάθε βαθμού, φροντίδας υγείας. Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας ανήκουν σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες με μεγάλη ποικιλία καθηκόντων, εργασιακών δραστηριοτήτων και ευθυνών αλλά με πρωταρχικό μέλημα τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν επικίνδυνες "βιομηχανίες". Η εργασία στους χώρους αυτούς καθίσταται περίπλοκη από πλευράς οργάνωσης ή λειτουργίας και παρουσιάζει πολυάριθμους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Κίνδυνοι που θα αναδειχτούν και θα παρατεθούν διεξοδικά στα επόμενα κεφάλαια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην Ελλάδα, το θεσμικό πλαίσιο για την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας περιλαμβάνει πολυάριθμες σχετικές οδηγίες που καθιερώθηκαν με νόμους, προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις. Οι οδηγίες αυτές προσδιορίζουν τις υποχρεώσεις εργοδοτών και εργαζομένων και καθορίζουν τα αναγκαία μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνονται προκειμένου να επιτευχθεί η προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων. Μέτρα τα οποία προϋποθέτουν μεταξύ άλλων την εκτίμηση των επαγγελματικών κινδύνων, την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, την κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση των εργαζομένων.

Συνοπτικά, στις υποχρεώσεις των εργοδοτών –των διοικήσεων, ουσιαστικά, των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας– συγκαταλέγονται η ύπαρξη τεχνικού ασφαλείας, ιατρού εργασίας ή εξωτερικών υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) και η γραπτή εκτίμηση των υφισταμένων επαγγελματικών κινδύνων. Υποχρέωση των διοικήσεων αποτελεί η συνεχής ενημέρωση και κατάρτιση των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας και η αναγγελία των εργατικών ατυχημάτων, εντός 24ώρου, στις αρμόδιες υπηρεσίες. Ο εργοδότης υποχρεούται επίσης να μεριμνεί για την παροχή πρώτων βοηθειών και να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα σε θέματα πυρασφάλειας και εκκένωσης των χώρων εργασίας.⁽⁵⁾

Από την πλευρά τους οι εργαζόμενοι υποχρεούνται να εφαρμόζουν τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και να μεριμνούν για την προσωπική τους ασφάλεια και υγεία καθώς για αυτήν των υπολοίπων ατόμων που επηρεάζονται από πράξεις ή παραλείψεις τους κατά την εργασία. Συγκεκριμένα οφείλουν να χρησιμοποιούν σωστά τα μηχανήματα, τις συσκευές, τα εργαλεία, τις επικίνδυνες ουσίες, τα μεταφορικά και άλλα μέσα. Οφείλουν επίσης να χρησιμοποιούν ορθώς τα ατομικά μέσα προστασίας, να παρακολουθούν τα σχετικά σεμινάρια ή άλλα επιμορφωτικά προγράμματα και να συμβάλουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.⁽⁵⁾

Πέρα από τις προαναφερθείσες υποχρεώσεις εργοδοτών και εργαζομένων, το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας (προεδρικά διατάγματα,

υπουργικές αποφάσεις κ.ά.) προβλέπει οδηγίες για τις καρκινογόνες ουσίες, τους βιολογικούς παράγοντες, τη χρήση οθονών οπτικής απεικόνισης, τη χειρονακτική διακίνηση φορτίων, τον ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό, την ακτινοπροστασία, τους φυσικούς παράγοντες, τις χημικές ουσίες και τις οριακές τιμές.⁽²⁾

Για τη διαρκή ενημέρωση εργαζομένων και εργοδοτών περί υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων έχουν συσταθεί διάφοροι αρμόδιοι φορείς. Μεταξύ αυτών το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), με πολύπλευρη δραστηριότητα (ερευνητική, συμβουλευτική, επιμορφωτική κ.λπ.), ο Εθνικός Εστιακός Πόλος του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία και η Τριμερής Επιτροπή Συνεργασίας.

Σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο για θέματα ΥΑΕ δραστηριοποιούνται φορείς όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (European Agency for Safety and Health at Work), το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound), το Δίκτυο για την Προαγωγή Υγείας στους Χώρους Εργασίας στην Ευρώπη (ENWHP), το Ευρωπαϊκό παρατηρητήριο συνθηκών εργασίας (EWCO), η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ILO) και φυσικά η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO).

Η δράση της ΠΟΥ περιλαμβάνει τη χάραξη στρατηγικών για την εξασφάλιση της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας. Σκοπός των στρατηγικών αυτών δεν είναι μόνο η μείωση της έκθεσης των εργαζομένων σε επαγγελματικούς κινδύνους. Αποβλέπουν γενικότερα στην αύξηση της συμμετοχής των εργοδοτών και των εργαζομένων στην προαγωγή ασφαλέστερων και πιο υγιεινών χώρων εργασίας. Στόχος της ΠΟΥ είναι η ύπαρξη ασφαλών πρακτικών, ο έλεγχος και η πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων, η προσφορά συμβουλευτικής και η δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου στους χώρους εργασίας.^(6,7)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΥΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 Ακτινοβολία.

Η ακτινοβολία είναι μια μορφή ενέργειας η οποία εκπέμπεται από κάποια πηγή, που διαδίδεται στη συνέχεια στο χώρο με μεγάλη ταχύτητα. Ο άνθρωπος δέχεται συνεχώς τέτοιου είδους ενέργεια, τόσο από φυσικές όσο και από τεχνητές πηγές. Η ακτινοβολία δύναται να επιδράσει κατά τρόπο πολύπλοκο, ανάλογα με το είδος, την έντασή και την ενέργεια που μεταφέρει. Οι ακτινοβολίες διακρίνονται γενικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την ιοντίζουσα και τη μη ιοντίζουσα ακτινοβολία. Αναλυτικότερα, η ιοντίζουσα ακτινοβολία που μεταφέρει πολύ υψηλή ενέργεια, εισχωρεί στον οργανισμό και είναι ικανή να προκαλέσει ιοντισμό. Είναι σε θέση δηλαδή να διασπάσει χημικούς δεσμούς και να επιφέρει βιολογικές βλάβες. Οι γνωστότερες ιοντίζουσες ακτινοβολίες είναι οι ακτίνες Χ που παράγονται στις λυχνίες των ακτινολογικών μηχανημάτων και χρησιμοποιούνται ευρέως στην ιατρική. Η μη ιοντίζουσα ακτινοβολία μεταφέρει πολύ μικρότερη ενέργεια, ανίκανη να προκαλέσει ιοντισμό, ικανή ωστόσο να προκαλέσει ηλεκτρικές, χημικές και θερμικές επιδράσεις στα κύτταρα, άλλοτε επικίνδυνες και άλλοτε όχι.⁽⁸⁾

Η ιοντίζουσα ακτινοβολία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κινδύνους στον τομέα της υγείας, καθώς παρατηρείται ευρεία χρήση αυτής τόσο στις θεραπευτικές όσο και στις διαγνωστικές διαδικασίες. Δυνητικά όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι εκτεθειμένοι στον κίνδυνο αυτό. Ωστόσο, οι ομάδες εργαζομένων που πλήττονται ιδιαίτερα θεωρούνται οι ακτινολόγοι, οι οδοντίατροι, οι καρδιολόγοι, οι εργαζόμενοι σε εργαστήρια και χώρους όπου χρησιμοποιούνται πηγές της συγκεκριμένης ακτινοβολίας (λ.χ. τεχνολόγοι ακτινολόγοι – ραδιολόγοι και χειριστές), οι νοσηλεύτες, οι φυσικοθεραπευτές, οι τραυματιοφορείς και οι τεχνικοί.^(9,10)

Η έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία ενδέχεται να επιφέρει άμεσες ή και μακροπρόθεσμες βλαβερές συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό. Στις μακροχρόνιες επιπτώσεις αυτής περιλαμβάνονται οι δερματικές αλλοιώσεις και η ακτινοδερματίτιδα, η απλαστική αναιμία, τα μυελοδυσπλαστικά νοσήματα, η πρόωρη γήρανση, οι διαταραχές της αναπαραγωγής, η μεταβίβαση κληρονομικών ανωμαλιών, οι νευρολογικές διαταραχές, οι βλάβες

στο ενδοκρινικό σύστημα και φυσικά η καρκινογένεση (με συνηθέστερες μορφές τις λευχαιμίες και τον καρκίνο του δέρματος).^(9,11) Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι ακόμη και οι χαμηλές δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας (ως χαμηλές ορίζονται οι δόσεις εκείνες που κυμαίνονται από 0 έως και 100mSv) εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων, λόγω της συσσωρευτικής δράσης της.⁽¹²⁾ Έρευνες και μετρήσεις σε υγειονομικό προσωπικό της χώρας έχουν προσδιορίσει δόσεις μικρότερες του ορίου ανίχνευσης,⁽¹³⁻¹⁵⁾ ή μέγιστες προσλαμβανόμενες δόσεις ανά έτος τα 1,9-2,8 mSv.⁽¹⁶⁾

Στην Ελλάδα, η αρμόδια αρχή που ασχολείται με όλα τα ζητήματα γύρω από τις ακτινοβολίες είναι η Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ). Η συγκεκριμένη αρχή είναι υπεύθυνη, μεταξύ άλλων, για θέματα ακτινοπροστασίας του προσωπικού των υγειονομικών υπηρεσιών και για την εφαρμογή της ατομικής δοσιμέτρησης στους επαγγελματίες που εκτίθενται σε ιοντίζουσες ακτινοβολίες (με τη χρήση, συγκεκριμένα, του ατομικού δοσίμετρου), τηρώντας παράλληλα αρχείο καταγραφής των δόσεων αυτών.

2.2 Θόρυβος.

Θόρυβος καλείται κάθε ανεπιθύμητος και ενοχλητικός ήχος. Τα χαρακτηριστικά αυτού είναι η συχνότητα (μετριέται σε Hertz) και η ένταση (μετρούμενη σε Decibel). Έκθεση σε επίπεδα άνω των 85 db έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με στατιστικές που συλλέγονται και δημοσιοποιούνται από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία, υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των εργαζομένων της Ευρώπης – περισσότερα δηλαδή από έξι εκατομμύρια ανθρώπων – βρίσκεται εκτεθειμένο σε υψηλή στάθμη θορύβου για διάστημα μεγαλύτερο του ενός τετάρτου του χρόνου εργασίας του.⁽¹⁷⁾

Οι υγειονομικοί χώροι θεωρούνται αρκετά θορυβώδεις. Πιο συγκεκριμένα, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), τα χειρουργεία, τα παιδιατρικά και μαιευτικά τμήματα, οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), οι διάδρομοι και οι χώροι αναμονής.^(18,19) Υψηλά επίπεδα θορύβου παρατηρούνται και σε χώρους με μεγάλα θορυβώδη μηχανήματα, όπως τα λεβητοστάσια, τα τμήματα συντήρησης, οι κουζίνες και οι χώροι με πλυντήρια

ή γεννήτριες.⁽⁹⁾ Διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας κατέγραψαν υψηλά επίπεδα θορύβου.⁽²⁰⁻²³⁾ Για την πρόκληση των υψηλών αυτών επιπέδων ενοχοποιούνται και συμβάλουν καθοριστικά πληθώρα παραγόντων, όπως λόγω χάρη οι οδοντιατρικοί τροχοί, τα ειδικά ιατρικά τρυπάνια υψηλών ταχυτήτων και ο αέρας υπό πίεση που χρησιμοποιούνται στα ορθοπαιδικά χειρουργεία, τα μηχανήματα παρακολούθησης, οι αναπνευστήρες ή οι αντλίες χορήγησης φαρμάκων και τα alarm στις μονάδες εντατικής θεραπείας.^(9,20-23)

Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες που έχουν καταγραφεί σε έρευνες είναι τα συστήματα συναγερμού των αναισθησιολογικών μηχανημάτων, τα μηχανήματα των μικροβιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων, του τεχνητού νεφρού και του μαγνητικού τομογράφου (στις συγκεκριμένες περιπτώσεις η παλαιότητα και η απουσία συντήρησης αυτών συνδέονται άρρηκτα με την αύξηση των επιπέδων του θορύβου).^(24,25) Επιπρόσθετα, η συγκέντρωση και ο συγχρωτισμός πολλών ατόμων (προσωπικού και ασθενών), η σχετική στενότητα χώρου, η υπερένταση και οι έντονοι ρυθμοί που επικρατούν στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών καθιστούν τους χώρους αυτούς ιδιαίτερος θορυβώδεις.⁽²⁶⁾ Όπως προκύπτει λοιπόν από τα προαναφερθέντα, σπάνια καταγράφονται επίπεδα θορύβου συμβατά με τις οδηγίες και τα όρια που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ).^(9,27)

Οι οδηγίες αυτές προβλέπουν επιθυμητά επίπεδα θορύβου στους θαλάμους των ασθενών και στα ιατρεία της τάξης των 30dB(A), ενώ στο εργασιακό περιβάλλον του τομέα των υπηρεσιών επίπεδα θορύβου της τάξης των 55dB(A).^(9,27) Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα καταγράφονται επίπεδα θορύβου (μέσες τιμές κατά τη διάρκεια ενός 8ώρου) που υπερβαίνουν τα 50dB(A) σε θαλάμους ασθενών⁽²⁸⁾ και τα 60dB(A) σε μονάδες νεογνών,^(22,30) σε ΤΕΠ και σε μονάδες ανάνηψης,⁽³¹⁾ με τις μέγιστες τιμές στις περιπτώσεις αυτές να υπερβαίνουν τα 100dB(A). Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων στο χώρο μικροεπεμβάσεων, τα επίπεδα θορύβου μπορεί να αγγίξουν ακόμη και τα 103dB(A).⁽³²⁾

Εκτιμάται ότι τα επίπεδα του θορύβου στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν αυξηθεί δραματικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, με αποτέλεσμα να αποτελεί ο θόρυβος ένα από τα συχνότερα παράπονα και συνάμα προβλήματα των εργαζομένων στους χώρους αυτούς.^(2,33-35) Υπολογίζεται συγκεκριμένα μια μέση αύξηση του θορύβου της τάξης των 15dB(A), σημειώνοντας βέβαια ότι αύξηση κατά 3dB(A) ισοδυναμεί με διπλασιασμό της έντασης του θορύβου.⁽⁹⁾ Αξίζει, ωστόσο, να αναφερθεί ότι το 55-60% της έντασης του θορύβου στα νοσοκομεία οφείλεται στις ομιλίες του προσωπικού.⁽³⁶⁾ Συνομιλίες, συζητήσεις, επισκεπτήριο, τηλεοράσεις, τηλέφωνα, συστήματα παροχής αερίων, εξαιρισμού αλλά και συναγερμών, η κακή συντήρηση του εξοπλισμού (π.χ. των τροχήλατων) και η παλαιότητα των κτιρίων δύναται να αποτελέσουν επιβαρυντικούς, συνάμα όμως και αναστρέψιμους παράγοντες.^(9,25)

Οι δε συνέπειες των υψηλών επιπέδων του θορύβου στην υγεία των εργαζομένων περιλαμβάνουν τη βαρηκοΐα μετά από χρόνιο ή οξύ ακουστικό τραύμα, τις εμβοές, την ευερεθιστότητα, την αύξηση των ατυχημάτων, την εύκολη κόπωση, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, το άγχος, την κεφαλαλγία, την κώφωση και φυσικά τη μείωση της προσοχής και της εξεταστικής ικανότητας των ιατρών αλλά και την αύξηση του κινδύνου ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών.^(2,9,37-40) Αναλυτικότερα, η έκθεση στο θόρυβο επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα συντελώντας στην έκκριση κατεχολαμινών και στην αύξηση της πίεσης του αίματος. Τα επίπεδα των κατεχολαμινών – συμπεριλαμβανομένης της αδρεναλίνης– στο αίμα συνδέονται με την εμφάνιση άγχους, την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού.^(37,38,41)

Τα υψηλά επίπεδα θορύβου δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ των μελών του προσωπικού, αυξάνοντας την πιθανότητα ατυχημάτων. Όπως προαναφέρθηκε, συμβάλουν καθοριστικά στην πρόκληση άγχους, γεγονός που συντελεί ουσιαστικά στην αύξηση της εργασιακής φόρτισης και τελικώς στην αύξηση της πιθανότητας σφαλμάτων.^(37,38,41) Συμπερασματικά, ο θόρυβος κάτω από τα επίπεδα πρόκλησης ακουστικής βλάβης (όπως ο ακουστικός κλονισμός, οι εμβοές ή ακόμη και η απώλεια της ακοής), είναι δυνατόν να επιφέρει μη ακουστικές επιπτώσεις στην υγεία. Ιδιαίτερα όταν

παρεμβαίνει μακροχρόνια στον ύπνο και στη χαλάρωση, όταν παρεμποδίζει την επικοινωνία και την ευκρίνεια του λόγου ή όταν επηρεάζει την πνευματική εργασία, η οποία απαιτεί υψηλό βαθμό προσοχής και συγκέντρωσης.⁽³⁹⁾

2.3 Μικροκλίμα και ποιότητα αέρα.

Ο όρος "μικροκλίμα" αναφέρεται στους περιβαλλοντικούς εκείνους παράγοντες που είναι σε θέση να επηρεάσουν την ανταλλαγή θερμότητας μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος δημιουργώντας έτσι τη "θερμική ευεξία". Μια κατάσταση δηλαδή, που προϋποθέτει τη διατήρηση μιας ισορροπίας μεταξύ του ποσού θερμότητας που παράγεται από το ανθρώπινο σώμα και του ποσού θερμότητας που αποβάλλεται στο περιβάλλον με τη βοήθεια ορισμένων μηχανισμών.^(2,35)

Οι μηχανισμοί εκείνοι που επηρεάζουν τη θερμική ευεξία είναι η θερμοκρασία και η ταχύτητα του αέρα, η σχετική υγρασία, η θερμική ακτινοβολία, οι ενεργειακές δαπάνες που απαιτούνται από τους εργαζόμενους και η θερμική αντίσταση της ενδυμασίας. Στις περιπτώσεις όπου δεν υφίσταται θερμική ευεξία –όταν δηλαδή η θερμική ισορροπία γίνεται θετική ή αρνητική– αναλαμβάνουν οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί να διατηρήσουν τη θερμοκρασία του σώματος εντός των αποδεκτών ορίων. Η έκθεση σε εργασιακά περιβάλλοντα με παρουσία σημαντικών πηγών θερμότητας έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική καταπόνηση των παραπάνω μηχανισμών, γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει θερμικό stress.^(2,35) Πιο συγκεκριμένα, οι μικροκλιματικές συνθήκες που επικρατούν στους χώρους εργασίας επηρεάζουν άμεσα τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Επιδρούν επίσης καθοριστικά στην προσωπική του ευεξία και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες. Η έκθεση ειδικότερα σε υψηλές θερμοκρασίες δύναται να επιφέρει ατονία, ευερεθιστότητα, χαμηλές επιδόσεις, αδυναμία συγκέντρωσης, εξάντληση έως και θερμοπληξία.⁽⁹⁾

Ενδεικτικά, κάποιες από τις πηγές θερμότητας στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι κλίβανοι, οι λέβητες, οι μονάδες αποστείρωσης και ο έντονος φωτισμός ορισμένων τμημάτων. Στις μονάδες επειγόντων περιστατικών η κατάσταση δυσχεραίνεται λόγω του ανεπαρκούς αερισμού, του έντονου συγχρωτισμού (του προσωπικού, των ασθενών και των

συνοδών) και της ύπαρξης υψηλών επιπέδων θορύβου.⁽⁹⁾ Μετρήσεις και έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε νοσοκομειακούς χώρους αναδεικνύουν επίπεδα θερμοκρασίας του εσωτερικού αέρα (τη μέση τιμή συγκεκριμένα) από 27.4°C έως και 29.5°C⁽³²⁾ ή από 23.8°C έως και 29°C σε άλλη περίπτωση.⁽³³⁾ Σε ότι αφορά τη μέση σχετική υγρασία τα ποσοστά κυμαίνονταν από 41% έως και 55%.^(32,33)

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα ευχάριστο και ικανοποιητικό μικροκλιματικό περιβάλλον περιλαμβάνει θερμοκρασίες που κυμαίνονται από τους 20-22°C κατά τη χειμερινή περίοδο και τους 23-25°C κατά τη διάρκεια της θερινής περιόδου.⁽⁹⁾ Η δε σχετική υγρασία θα πρέπει, στην περίπτωση αυτή, να κυμαίνεται σε ποσοστά της τάξης του 40-60% και να μειώνεται φυσικά ανάλογα με την αύξηση της θερμοκρασίας. Η ανανέωση του αέρα θα πρέπει να επιτυγχάνεται τουλάχιστον δύο φορές την ώρα. Σε χώρους, ωστόσο, με αυξημένες απαιτήσεις εξαερισμού (λ.χ. τα δωμάτια εμφάνισης των ακτινογραφιών ή τα χειρουργεία) οι ανανεώσεις του αέρα θα πρέπει να φτάνουν ή και να υπερβαίνουν, σε πολλές περιπτώσεις, τις δέκα φορές την ώρα.⁽⁹⁾

Το μικροκλίμα των διαφόρων τμημάτων επηρεάζεται, πέρα από τους προαναφερθέντες παράγοντες, και από τους αέριους ρυπαντές. Τους χημικούς εκείνους, δηλαδή, παράγοντες όπως η σκόνη, οι διαλύτες, το διοξείδιο του άνθρακα και τα αέρια που παράγονται από τις καύσεις και την ατμοσφαιρική ρύπανση γενικότερα (σε αστικά κέντρα), καθώς και από πληθώρα άλλων που σχετίζονται με τις επιμέρους δραστηριότητες του εκάστοτε τμήματος.^(9,37) Κατά τη διάρκεια εργασιών συντήρησης και καθαριότητας, κατά τη διάρκεια των οδοντοτεχνικών εργασιών και της τοποθέτησης γύψων, η σκόνη ενδέχεται να φτάσει σε πολύ υψηλές συγκεντρώσεις. Γεγονός που μπορεί να προκαλέσει πληθώρα αναπνευστικών προβλημάτων και αλλεργιών στους εκτεθειμένους εργαζόμενους. Επιπτώσεις, όμως, στην υγεία των εργαζομένων δύναται να υπάρξουν και από τη χρήση των συστημάτων κλιματισμού.^(9,37)

Τα συστήματα κλιματισμού χρησιμοποιούνται προκειμένου να ρυθμίζουν τη θερμοκρασία και την ανανέωση του αέρα, την υγρασία και την

κατακράτηση, το φιλτράρισμα δηλαδή, της σκόνης και των αιωρούμενων σωματιδίων. Σε πολλές, όμως, περιπτώσεις καταλήγουν να αποτελούν αποκλειστικά και μόνο πηγές θορύβου, δονήσεων, σκόνης, αερίων και μικροβιακής ρύπανσης αφού διάφοροι μικροοργανισμοί μπορούν να αναπτυχθούν και να πολλαπλασιαστούν στο εσωτερικό τους.^(2,37) Οι συγκεκριμένοι μικροοργανισμοί ενοχοποιούνται για την πρόκληση επιδημιών ή μεμονωμένων περιπτώσεων εξωγενούς αλλεργικής κυψελίτιδας, τη νόσο των λεγεωνάριων και τον αποκαλούμενο "πυρετό της Δευτέρας", ο οποίος χαρακτηρίζεται από συμπτωματολογία κοινού κρυολογήματος που εμφανίζεται την πρώτη εργάσιμη ημέρα της εβδομάδος έχοντας ωστόσο σταδιακή υποχώρηση.^(2,37)

Η πιο χαρακτηριστική, βέβαια, παθολογική κατάσταση που έχει άμεση σχέση με την ποιότητα του αέρα είναι το σύνδρομο του "νοσογόνου κτιρίου". Χαρακτηρίζεται από ξηρότητα των οφθαλμών και του φάρυγγα, ρινική απόφραξη ή ρινόρροια, ξηρότητα ή ερεθισμό του δέρματος, υπνηλία, πονοκέφαλο και αισθητηριακές διαταραχές της όσφρησης και της γεύσης. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως είναι ελαφρά και διαρκούν τουλάχιστον μια εβδομάδα. Έρευνες επισημαίνουν ότι το συγκεκριμένο σύνδρομο απαντάται κυρίως σε γραφεία σύγχρονων κτιρίων που διαθέτουν συστήματα κλιματισμού και όχι τόσο σε παλαιά που διαθέτουν φυσικό εξαερισμό.^(2,37,42)

Στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας που διαθέτουν μια παλαιότητα, ελλοχεύει ένας άλλος κίνδυνος που αφορά τα μονωτικά υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί. Τα κτίρια αυτά πολλές φορές διαθέτουν επενδύσεις αμιάντου ή αντίστοιχων συνθετικών υλικών, ως πυρίμαχο συστατικό ή ως ηχομονωτικό τοίχων, στοιχείο που καθιστά όλους τους εργαζόμενους δυνητικά εκτεθειμένους. Η έκθεση σε ίνες αμιάντου –που ενδέχεται να απελευθερωθούν στο περιβάλλον μετά από φθορά ή κατά τη διάρκεια επεμβάσεων συντήρησης– είναι δυνατόν να προκαλέσει διάμεσο πνευμονική ίνωση (αμιάντωση) αλλά και κακοήθειες στο αναπνευστικό σύστημα (π.χ. μεσοθηλίωμα και καρκίνο του πνεύμονα).^(2,9,37)

Στους βλαπτικούς παράγοντες που παρατέθηκαν και αναπτύχθηκαν παραπάνω, μπορεί να προστεθεί πληθώρα άλλων όπως λόγω χάρη οι

υπεριώδεις ακτινοβολίες που παράγονται κατά τη διάρκεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ή από τα φωτοτυπικά μηχανήματα και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Ο φωτισμός, το ηλεκτρικό ρεύμα, το νερό που αποτελεί σε ορισμένες περιπτώσεις εστία ανάπτυξης λεγεωνέλας και ψευδομονάδας, τα laser, οι ραδιοσυχνότητες, οι ακτινοβολίες μικροκυμάτων και οι υπέρηχοι συγκαταλέγονται σε αυτούς διότι μπορούν να επιφέρουν προβλήματα στη σωματική υγεία των εργαζομένων, επηρεάζοντας ταυτόχρονα και την ποιότητα της εργασίας τους.^(2,37,43-45)

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι πολλοί από τους παράγοντες αυτούς αναγνωρίζονται και αναφέρονται ως επιβαρυντικοί και από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Πέρα, δηλαδή, από την αντικειμενική εκτίμηση των προαναφερθέντων βλαπτικών παραγόντων, οι ίδιοι οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν –σε σχετικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί– το φωτισμό, τον αερισμό, τις ακτινοβολίες, τα συστήματα κλιματισμού και τις υψηλές θερμοκρασίες του εσωτερικού περιβάλλοντος, την υγρασία και τις σκόνες ως ιδιαίτερα επιβαρυντικούς για την υγεία τους παράγοντες.^(2,33,34,46,47)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.1 Απολυμαντικές – Αντισηπτικές Ουσίες.

Υλικά καθαρισμού και απολύμανσης χρησιμοποιούνται ευρύτατα στους χώρους υγείας. Συνεπώς όλοι οι εργαζόμενοι βρίσκονται εκτεθειμένοι στη δράση των συγκεκριμένων υλικών. Ωστόσο, παρουσιάζεται μεγαλύτερος κίνδυνος για το προσωπικό καθαριότητας αφού έρχεται σε καθημερινή και άμεση επαφή με τέτοιου είδους ουσίες και με τις αναθυμιάσεις αυτών.⁽⁹⁾ Με τη χρήση ενεργών χημικών παραγόντων εξασφαλίζεται μεν, η αποστείρωση και η απολύμανση των επιφανειών, των αντικειμένων, του εξοπλισμού, του δέρματος και των χεριών –διαδικασία που αποτελεί εργασία ρουτίνας για τις υπηρεσίες υγείας– ωστόσο δύναται να προκληθούν οξείες ή συστηματικές αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό.⁽⁹⁾

Οι αντιδράσεις αυτές περιλαμβάνουν τον ερεθισμό των βλεννογόνων και την ευαισθητοποίηση του αναπνευστικού συστήματος ή του δέρματος, με συνηθέστερες επιπτώσεις τα χημικά εγκαύματα και τις δερματίτιδες εξ' ερεθισμού. Δύναται επίσης να υπάρξουν αλλεργικές αντιδράσεις σε χέρια, καρπούς και αντιβράχια. Συχνά προβλήματα προκύπτουν ωστόσο στους οφθαλμούς, με τη χρήση αμμωνίας ή χλωρίνης συγκεκριμένα, από τα σταγονίδια που εκτοξεύονται κατά τη διάρκεια των εργασιών καθαριότητας.^(9,11,37,48,49)

3.2 Latex.

Η ευρεία χρήση των γαντιών από latex ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 εξαιτίας της θεσμικής εφαρμογής προφυλάξεων σε παγκόσμιο επίπεδο, με σκοπό την παρεμπόδιση της μετάδοσης μολύνσεων όπως ο ιός HIV.⁽⁵⁰⁾ Το φυσικό πλαστικό (natural rubber latex) που χρησιμοποιείται για την κατασκευή των γαντιών προέρχεται από το δέντρο *Hevea Branziliensis* (καουτσουκόδεντρο) και αποτελείται από πρωτεΐνες (πάνω από 60 συγκεκριμένα), λιπίδια και φωσφολιπίδια που ευθύνονται για την πρόκληση ερεθισμού του δέρματος και για την εκδήλωση αλλεργιών.⁽⁵¹⁾

Ειδικότερα, η χρήση γαντιών από φυσικό πλαστικό έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση αλλεργικής δερματίτιδας εξ'επαφής ή εκζέματος που

αποτελεί ουσιαστικά μια υπερευαισθησία τύπου IV. Οφείλεται σε καταλύτες και σε χημικά που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή των γαντιών ή στη χρήση χημικών ουσιών κατά τη διάρκεια εκτέλεσης διαφόρων πράξεων. Στην περίπτωση του εκζέματος το δέρμα εμφανίζεται ξηρό, με ραγάδες και κνησμό, ενώ σε οξείες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και φυσαλίδες. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 6 με 48 ώρες μετά την έκθεση στον ερεθιστικό παράγοντα και εντοπίζονται στη ράχη των χεριών και των δακτύλων αλλά και στο πρόσωπο.⁽⁵²⁾

Πέρα από τη δερματίτιδα εξ' επαφής, η χρήση γαντιών από latex μπορεί να προκαλέσει και αλλεργική αντίδραση εξαρτώμενη από τον εκλυτικό παράγοντα IgE. Πρόκειται ουσιαστικά για υπερευαισθησία τύπου I που προκαλείται από τα συστατικά του latex και συγκεκριμένα από τις υδατοδιαλυτές πρωτεΐνες αυτού (π.χ. Hev b1, Hev b3, Hev b5, Hev b6, Hev b7).^(53,54) Η βαρύτητα των συμπτωμάτων της αλλεργικής αυτής αντίδρασης και ο χρόνος εκδήλωσης τους ποικίλουν. Συνήθως ο κνησμός στο δέρμα παρουσιάζεται εντός ολίγων λεπτών. Το σύμπτωμα της κνίδωσης μπορεί να περιοριστεί μόνο στην επιφάνεια που έχει έρθει σε επαφή με το φυσικό πλαστικό ή και να επεκταθεί σε μάτια και μύτη.

Τα γάντια από φυσικό πλαστικό που περιέχουν πούδρα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις επειδή οι αλλεργιογόνες πρωτεΐνες του latex προσκολλώνται στα κοκκία της πούδρας.⁽⁵⁵⁾ Η πούδρα (σκόνη από άμυλο καλαμποκιού) που τοποθετείται στα γάντια για να διευκολύνει την ευκολότερη τοποθέτηση τους έχει την τάση να απορροφά τις πρωτεΐνες του latex και να διαχέεται στη συνέχεια στον περιβάλλοντα χώρο κατά την αφαίρεση τους. Λόγω της εισπνοής της ή λόγω της επαφής της με τους βλεννογόνους των ματιών, επεκτείνεται ο ερεθισμός και προκαλούνται πλέον γενικευμένες αντιδράσεις από το δέρμα, τα μάτια και το αναπνευστικό σύστημα.⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

Οι αλλεργικές αντιδράσεις στο latex εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Οι αντιδράσεις στα προϊόντα από το συγκεκριμένο υλικό διακρίνονται σε τοπικές ή συστηματικές και περιλαμβάνουν πληθώρα εκδηλώσεων όπως δερματίτιδα,

επιπεφυκίτιδα, ρινίτιδα, οίδημα των αγγείων, βρογχόσπασμο, βήχα, άσθμα, αναφυλαξία ή και θάνατο σε σπάνιες, βέβαια, περιπτώσεις. Μια γενικευμένη αντίδραση στο latex περιλαμβάνει κράμπες, ναυτία, δύσπνοια, διάρροιες, ταχυκαρδία, απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, εξάνθημα και ζάλη.^(50-53,56-60)

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο επιπολασμός της αλλεργίας στο latex, που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας, ποικίλει από 3-18% περίπου σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών.^(53,54,61,62) Η διαφοροποίηση του ποσοστού ευαισθησίας, που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων στο φυσικό πλαστικό, οφείλεται στο διαφορετικό σχεδιασμό της κάθε μελέτης. Οφείλεται δηλαδή στα διαφορετικά κριτήρια, στην ποικιλομορφία του εξεταζόμενου πληθυσμού και στις διαφορετικές διαγνωστικές διαδικασίες που επιλέγονται από την εκάστοτε πραγματοποιηθείσα μελέτη.

3.3 Υδράργυρος.

Ο υδράργυρος είναι ένα βαρύ υγρό μέταλλο που χρησιμοποιείται κυρίως στα οδοντιατρεία αλλά και στα ιστολογικά εργαστήρια. Δύναται να απορροφηθεί από τον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του αναπνευστικού συστήματος, του δέρματος και των βλεννογόνων. Μακροχρόνια έκθεση σε αυτόν μπορεί να επιφέρει ποικίλες εκδηλώσεις όπως κεφαλαλγία, ευερεθιστότητα, κόπωση, απώλεια βάρους και συγγενείς διαμαρτυρίες. Τα όργανα που πλήττονται κυρίως, κατά την έκθεση του οργανισμού σε υδράργυρο, είναι το ΚΝΣ και οι νεφροί. Η απόρριψη του υδραργύρου από τα αμαλγάματα και από τα σπασμένα θερμόμετρα αποτελεί μια πιθανή πηγή κινδύνου.^(9,63)

3.4 Διαλύτες.

Πρόκειται για αρωματικές αλειφατικές ενώσεις που δύναται να προκαλέσουν μεταξύ άλλων υπνηλία, σύγχυση, ελλιπή συγκέντρωση και δερματίτιδα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί τοξική εγκεφαλοπάθεια και διαταραχές στην αναπνευστική, ηπατική και νεφρική λειτουργία. Η απορρόφηση των οργανικών αυτών ενώσεων

(υδρογονάνθρακες, κετόνες, αιθέρες και πολλές άλλες) από τον ανθρώπινο οργανισμό γίνεται μέσω του δέρματος ή της εισπνοής. Εκτεθειμένοι είναι κυρίως όσοι εργάζονται στα εργαστήρια και σε τεχνικές υπηρεσίες.⁽⁹⁾

3.5 Φορμαλδεΐδη.

Η φορμαλδεΐδη αποτελεί ένα άχρωμο και εύφλεκτο αέριο με έντονη και ερεθιστική οσμή. Χρησιμοποιείται ως συντηρητικό ιστών και ως απολυμαντικό. Αξιόλογες ποσότητες φορμαλδεΐδης μπορεί να απελευθερωθούν ακόμη και από τις ρητίνες που περιέχουν τα συνθετικά έπιπλα γραφείου.⁽³⁷⁾ Η συγκεκριμένη ουσία δύναται να απορροφηθεί από τον ανθρώπινο οργανισμό μέσω της εισπνοής, της κατάποσης αλλά και διαδερμικά. Επιφέρει κυτταρογενετικές αλλαγές στα επιθηλιακά κύτταρα του στόματος και στα λεμφοκύτταρα.⁽⁹⁾

Η χρήση αυτής δύναται, επίσης, να προκαλέσει υπερπλαστικές και δυσπλαστικές αλλοιώσεις στο ρινικό βλεννογόνο και ερεθισμό του αναπνευστικού συστήματος. Αποτελεί δε, σημαντικό αίτιο επαγγελματικού άσθματος. Προκαλεί αλλεργική ή ερεθιστική δερματίτιδα και ανάλογα με το βαθμό έκθεσης του εργαζομένου επιφέρει πληθώρα αντιδράσεων, από έκζεμα έως και κακοήθειες του ρινοφάρυγγα και του αναπνευστικού συστήματος. Σύμφωνα με κριτήρια που θέτει ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer- IARC) η φορμαλδεΐδη ταξινομείται στην κατηγορία 1, η οποία περιλαμβάνει ουσίες με πιστοποιημένη καρκινογόνο δράση.^(9,64)

3.6 Εισπνεόμενοι αναισθητικοί παράγοντες.

Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων ειδικότερα, κινδυνεύουν και από άλλους επιβαρυντικούς χημικούς παράγοντες πέρα από τους προαναφερθέντες. Συγκεκριμένα η επαγγελματική έκθεση του προσωπικού των χειρουργείων σε εισπνεόμενους αναισθητικούς παράγοντες έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας.⁽⁶⁵⁾ Υπολογίζεται μάλιστα ότι το 10% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας εκτίθεται σε αναισθητικούς παράγοντες (αέρια και πτητικά αναισθητικά) που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια διαφόρων επεμβάσεων.⁽³⁷⁾

Η έκθεση στους παραπάνω παράγοντες μπορεί να προκαλέσει συγγενείς ανωμαλίες στα έμβρυα των εγκύων, διαταραχές στην ηπατική και νεφρική λειτουργία αλλά και νευρολογικές διαταραχές.⁽⁶⁶⁻⁶⁹⁾ Σε ότι αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα δύναται να προκληθούν κόπωση, ευερεθιστότητα, πονοκέφαλος, ζάλη, ναυτία, ερεθισμός των οφθαλμών, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές ισορροπίας και συμπεριφοράς. Βλάβες ωστόσο, μπορεί να προκληθούν και στο αιμοποιητικό σύστημα που περιλαμβάνουν την καταστολή του μυελού των οστών, τη μεγαλοβλαστική αναιμία, τη λευκοπενία και τη θρομβοκυτταροπενία. Σε ότι αφορά το αναπαραγωγικό σύστημα, έχουν αναφερθεί αυτόματες αποβολές, στειρότητα και διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου.^(65,69-71)

3.7 Αντινεοπλασματικά – Κυτταροστατικά φάρμακα.

Για το προσωπικό των νοσοκομείων ελλοχεύει και ένας επιπρόσθετος κίνδυνος. Η χρήση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων. Η χρήση της συγκεκριμένης κατηγορίας φαρμάκων επεκτείνεται και σε μη κακοήθεις ρευματολογικές και ανοσολογικές παθήσεις, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι εργαζόμενοι να βρίσκονται πλέον εκτεθειμένοι στον συγκεκριμένο κίνδυνο (π.χ. γιατροί, νοσηλευτές ογκολογικών και ρευματολογικών κλινικών, φαρμακοποιοί, βοηθητικό προσωπικό και προσωπικό καθαριότητας).^(9,72,73)

Σε όλες τις φάσεις προετοιμασίας και χορήγησης των φαρμάκων αυτών ενδέχεται να υπάρξει έκθεση των επαγγελματιών υγείας, μέσω της αναπνευστικής οδού φυσικά ή και διαδερμικά.⁽⁷⁴⁾ Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι για τα αντινεοπλασματικά δεν έχουν θεσμοθετηθεί επιτρεπτά όρια έκθεσης ή δείκτες βιολογικής έκθεσης. Μελέτες, ωστόσο, ανέδειξαν την παρουσία κυτταροστατικών ουσιών στα ούρα ιατρών, νοσηλευτών και φαρμακοποιών. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι συγκεκριμένες ουσίες ανιχνεύθηκαν ακόμη και στα ούρα εργαζομένων που δεν χειρίζονταν άμεσα τα φάρμακα αυτά.⁽⁹⁾

Ο μηχανισμός δράσης των συγκεκριμένων φαρμάκων είναι γνωστός όπως επίσης και οι επιπτώσεις που επιφέρουν στον ανθρώπινο οργανισμό. Ωστόσο καθοριστικής σημασίας είναι η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των θεραπευτικών δόσεων και των δόσεων ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής

έκθεσης.⁽³⁷⁾ Η επιβλαβής, δηλαδή, δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σχετίζεται άμεσα με το βαθμό έκθεσης και περιλαμβάνει γενικά διαταραχές της αναπαραγωγικής λειτουργίας, δερματίτιδες, αλλεργικές αντιδράσεις, χρωμοσωματικές ανωμαλίες, τοξικές επιδράσεις στο μυελό, τους νεφρούς, το ήπαρ και στο νευρικό σύστημα και φυσικά την καρκινογένεση.^(9,73)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.

Στους υγειονομικούς χώρους η μετακίνηση και η μεταφορά των ασθενών πραγματοποιείται πολλές φορές χωρίς να γίνεται χρήση ειδικών συσκευών ή κατάλληλων μηχανημάτων. Η χειρωνακτική μετακίνηση των ασθενών αποτελεί μια καθημερινή και συνηθέστατη πρακτική για τους επαγγελματίες υγείας. Συνάμα όμως, αποτελεί και τη βασικότερη αιτία πρόκλησης μυοσκελετικών παθήσεων^(75,76) οι οποίες –με βάση τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών– εμφανίζονται ως μία από τις κυριότερες επαγγελματικές ασθένειες στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά υποβάλλονται στο χειρισμό βαρέων φορτίων κατά τη μετακίνηση των ασθενών (μετακίνηση του ασθενούς από και προς το κρεβάτι, έγερση και υποστήριξη αυτού κατά τη βάρδιση, μεταφορά αυτού από και προς το φορείο, την καρέκλα ή το καρότσι). Η άρση βαρέων κιβωτίων με φαρμακευτικό ή υγειονομικό υλικό αποτελεί έναν ακόμη επιβαρυντικό παράγοντα. Η άρση βάρους γενικότερα –είτε πρόκειται για ασθενείς, είτε για νοσοκομειακό υλικό– και η χειρωνακτική διακίνηση φορτίων αναφέρονται άλλωστε από τους ίδιους τους εργαζόμενους, ως οι πιο κουραστικές και επίπονες εργασίες.^(2,37,80)

Πέρα από την άρση φορτίων πολύ συχνά επίσης απαιτείται το σπρώξιμο και το τράβηγμα αντικείμενων όπως για παράδειγμα τα τροχήλατα των φαρμάκων ή των χειρουργικών αλλαγών. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, το προσωπικό καλείται να μεταφέρει νοσοκομειακά κρεβάτια από θάλαμο σε θάλαμο αλλά και στατήρες ενδοφλέβιων ορών, οι τροχοί των οποίων συχνά δεν ολισθαίνουν.^(81,82) Οι άβολες, κουραστικές και επίπονες συνάμα στάσεις σώματος, οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις, η παρατεταμένη και πολύωρη ορθοστασία και η διάνυση μεγάλων αποστάσεων αποτελούν μια αναγκαιότητα, μια καθημερινή πρακτική για το προσωπικό του τομέα υγειονομικής περίθαλψης.^(83,84)

Η πρόκυψη και η επίκυψη μεγάλης διάρκειας αποτελούν επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες. Παρατηρούνται κατά το στρώσιμο των κρεβατιών, την καθαριότητα των κατακεκλιμένων ασθενών, την αλλαγή τραυμάτων, την αιμοληψία ή την τοποθέτηση ενδοφλέβιων

καθετήρων.⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾ Γενικότερα η στατική εργασία που επιβάλλει την παρατεταμένη λήψη ακατάλληλων στάσεων του σώματος (π.χ. τοποθέτηση γύψου) επιφέρει μυϊκή κόπωση, κακώσεις και τραυματισμούς.⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾

Οι επιπτώσεις όλων αυτών των προαναφερθέντων επιβαρυντικών παραγόντων στο μυοσκελετικό σύστημα των εργαζομένων είναι δραματικές. Ιδιαίτερα όταν οι εργασίες και οι χειρισμοί εκτελούνται από ένα άτομο μόνο, χωρίς παράλληλα να έχουν εκτιμηθεί τα φυσικά αποθέματα δύναμης και οι αντοχές του. Η επιβάρυνση, η καταπόνηση και οι τραυματισμοί που επέρχονται αφορούν διάφορα μέρη του σώματος όπως τον αυχένα, την οσφυϊκή περιοχή, τους ώμους, τους αγκώνες και τα γόνατα. Η συχνότητα δε, των οσφυαλγιών και των ισχιαλγιών στο νοσηλευτικό προσωπικό ειδικότερα, παρουσιάζεται αυξημένη.^(80,91,92)

Εκδηλώσεις μυοσκελετικής καταπόνησης δύναται, ωστόσο, να προκαλέσει η εργασία σε γραφεία –που επιτάσσει μια στατική θέση του σώματος– και η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών. Αναλυτικότερα, η χρήση οθονών οπτικής απεικόνισης και πληκτρολογίου θεωρήθηκε άμεσος αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση μυοσκελετικών προβλημάτων κυρίως στο άνω άκρο, εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων κινήσεων των δακτύλων και του αμείωτου μυϊκού φόρτου στο αντιβράχιο και στον καρπό. Δεδομένη θα πρέπει να θεωρείται στις περιπτώσεις αυτές η πίεση και η φόρτιση που ασκείται στους μεσοσπονδύλιους δίσκους και στους μύες της πλάτης.⁽⁹³⁾

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δυνητικά όλοι οι εργαζόμενοι στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, τραυματιοφορείς, τεχνικοί, αποθηκάριοι, προσωπικό καθαριότητας, φυσικοθεραπευτές, οδοντίατροι, οδηγοί, βοηθητικό προσωπικό κ.ά.) βρίσκονται εκτεθειμένοι σε εργονομικούς παράγοντες κινδύνου. Θέματα εργονομίας, οργάνωσης, δομής και σωστού σχεδιασμού του εργασιακού περιβάλλοντος διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση, επομένως και στην εξάλειψη, των βλαπτικών παραγόντων που έχουν προαναφερθεί.

Ο ανεπαρκής ή ακατάλληλος εξοπλισμός, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη χώρου, τα ακατάλληλα δάπεδα και οι ανισοϋφείς επιφάνειες, ο

λανθασμένος προγραμματισμός των θαλάμων και των γραφείων, ο λανθασμένος σχεδιασμός των επίπλων, τα ακατάλληλα κρεβάτια των ασθενών, η ακατάλληλη ένδυση και υπόδηση και η ανεπαρκής ενημέρωση και κατάρτιση του προσωπικού σχετικά με το χειρισμό του εξοπλισμού και των μηχανημάτων αποτελούν παράγοντες που θα πρέπει να συνεκτιμηθούν και να συνυπολογιστούν.^(2,80,90) Ο εργονομικός σχεδιασμός που αφορά ουσιαστικά την προσαρμογή της εργασίας στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και στις ικανότητες του εκάστοτε εργαζομένου, θα πρέπει να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε εργασιακό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται τα βακτήρια, οι ιοί, οι μύκητες, τα παράσιτα και οι διάφοροι φυτικοί μικροοργανισμοί οι οποίοι είναι σε θέση να προκαλέσουν μολύνσεις, λοιμώξεις, ερεθισμούς, δηλητηριάσεις ή αλλεργικές αντιδράσεις όταν έρθουν σε επαφή με τον ανθρώπινο οργανισμό. Η μετάδοση ενός λοιμογόνου παράγοντα επιτυγχάνεται μέσω της άμεσης ή έμμεσης επαφής με το μολυσματικό υλικό (π.χ. αίμα και βιολογικά υγρά), αερογενώς με σταγονίδια ή αερολύματα και φυσικά μέσω της τροφής, του μηχανισμού ύδρευσης, των επιμολυσμένων συσκευών και των ξενιστών (π.χ. μύγες, κουνούπια, ποντίκια).^(9,94)

Η έκθεση των υγειονομικών εργαζομένων (π.χ. των ιατρών, οδοντιάτρων, νοσηλευτών, μαιών, επισκεπτριών υγείας, του προσωπικού εργαστηρίων, των τραυματιοφορέων και του προσωπικό του ΕΚΑΒ, του βοηθητικού προσωπικού και των εργαζομένων στην καθαριότητα) σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά αποτελεί μια δυσάρεστη πραγματικότητα που οφείλεται κυρίως στους διαδερματικούς τραυματισμούς με μολυσμένα αιχμηρά αντικείμενα, όπως οι βελόνες και τα χειρουργικά νυστέρια. Σε άλλες περιπτώσεις η έκθεση σε μολυσματικά υγρά μπορεί να προκληθεί όταν αυτά έρθουν σε επαφή με τους βλεννογόνους των ματιών, της μύτης και του στόματος ή μέσω δερματικών λύσεων, εκδορών και σπανιότερα μέσω ανθρώπινων δηγμάτων.⁽⁹⁵⁾

Πληθώρα μολυσματικών παραγόντων απειλούν σε καθημερινή βάση το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας. Οι ιοί της ηπατίτιδας Β και C και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) θεωρούνται οι πιο σοβαροί αιματογενώς μεταδιδόμενοι βλαπτικοί παράγοντες. Σε αυτούς μπορούν να προστεθούν και πολλοί άλλοι, μη αιματογενώς μεταδιδόμενοι. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι μόνο από αυτούς όπως για παράδειγμα το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, ο ιός της γρίπης, της ερυθράς και ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV). Παράγοντες που θα παρατεθούν εκτενέστερα παρακάτω.

5.1 Ιός της Ηπατίτιδας Β (HBV).

Η μετάδοση του συγκεκριμένου ιού μπορεί να καταστεί δυνατή μέσω τυχαίου διαδερματικού τρυπήματος με τις βελόνες των συριγγών ή με άλλα αιχμηρά αντικείμενα, τα οποία θα πρέπει προηγουμένως να έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένο αίμα. Ο ιός HBV μπορεί επίσης να μεταδοθεί μέσω των λύσεων της συνοχής του δέρματος ή μέσω των βλεννογόνων. Βρίσκεται σε όλα τα σωματικά υγρά και τις εκκρίσεις και είναι ιδιαίτερα μολυσματικός (υπολογίζεται μάλιστα ότι είναι 100 φορές πιο μολυσματικός από τον ιό HIV).^(37,51,95) Συγκεκριμένα, το αίμα περιέχει τους υψηλότερους τίτλους δεικτών HBV σε σχέση με τα υπόλοιπα βιολογικά υγρά, αποτελώντας έτσι το σημαντικότερο μέσο μετάδοσης του ιού στο προσωπικό του υγειονομικού τομέα. Ωστόσο το αντιγόνο HBsAg εντοπίζεται και στα υπόλοιπα βιολογικά υγρά όπως για παράδειγμα στο μητρικό γάλα, στη χολή, στα ούρα και στα περιττώματα, στο σάλιο, στις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις, στον ιδρώτα, στο σπέρμα και στο αρθρικό υγρό.⁽⁹⁵⁾

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το ποσοστό της επαγγελματικής έκθεσης των υγειονομικών εργαζομένων στον ιό HBV –μετά από νυγμούς με μολυσμένα αιχμηρά αντικείμενα– αγγίζει το 37%.^(96,97) Η πιθανότητα μετάδοσης δε του συγκεκριμένου ιού, μετά από επαγγελματική έκθεση, κυμαίνεται σε ποσοστά της τάξης του 6-30%.^(51,98) Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι η πρόληψη της μετάδοσης του ιού HBV επιτυγχάνεται σε ποσοστό 95% με την ανοσοποίηση.⁽⁹⁷⁾ Ωστόσο, σε ορισμένες περιοχές μόλις το 20% των επαγγελματιών υγείας έχουν εμβολιασθεί επαρκώς (έχουν λάβει δηλαδή και τις τρεις απαιτούμενες δόσεις του εμβολίου).⁽⁹⁷⁾ Η ανάγκη πλήρους εμβολιαστικής κάλυψης του υγειονομικού προσωπικού κρίνεται ακόμη πιο επιτακτική αν συνεκτιμηθεί η υψηλή παθογόνος δράση του ιού και η ανθεκτικότητα του στο περιβάλλον (επιζεί έως και 8 ημέρες στους χώρους εργασίας και παρουσιάζει αντοχή σε συνθήκες συνήθους θερμοκρασίας και σε συνήθη αντισηπτικά).^(11,37,94)

5.2 Ιός της ηπατίτιδας C (HCV).

Πρόκειται για έναν λιγότερο μολυσματικό ιό, για τον οποίο όμως δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί κάποιο εμβόλιο. Ο ιός HCV μεταδίδεται αιματογενώς.

Στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί συνέπεια τραυματισμού με μολυσμένη βελόνα. Η μετάδοση του ιού στους επαγγελματίες υγείας, σπάνια καθίσταται εφικτή μέσω της επαφής μολυσματικού υλικού με τους βλεννογόνους.⁽⁹⁹⁾ Ο κίνδυνος μετάδοσης του συγκεκριμένου ιού μέσω επαγγελματικής έκθεσης υπολογίζεται γύρω στο 1.8%. Ωστόσο στο 85% των περιπτώσεων ή λοίμωξη παραμένει ασυμπτωματική.^(51,94,95) Μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια πάθηση η οποία προοδευτικά ενδέχεται να οδηγήσει σε κίρρωση και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.⁽¹⁰⁰⁾

5.3 Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV).

Ο ιός HIV παρουσιάζει υψηλή λοιμογόνο ιδιότητα. Ευθύνεται για την ανάπτυξη του Συνδρόμου Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο μέσος κίνδυνος μετάδοσης του συγκεκριμένου ιού μετά από διαδερματική έκθεση σε μολυσμένο αίμα υπολογίζεται γύρω στο 0.3%. Αν υπάρξει έκθεση των βλεννογόνων τότε ο κίνδυνος αυτός υπολογίζεται περίπου στο 0.09%. Στην Ελλάδα, ο επαγγελματικός κίνδυνος θεωρείται γενικά περιορισμένος λόγω του σχετικά χαμηλού επιπολασμού της λοίμωξης μεταξύ των φορέων.^(11,94)

Ωστόσο έχουν καταγραφεί περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης, στα οποία χορηγήθηκε προφυλακτική αντιρετροϊκή αγωγή. Συγκεκριμένα, για το χρονικό διάστημα 1996-2005 καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων που τηρεί το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ), 188 περιστατικά επαγγελματικής έκθεσης (37.5% σε γιατρούς, 18.6% σε νοσηλευτικό προσωπικό και 3.7% σε οδοντιάτρους). Ο τρόπος έκθεσης αφορούσε στο μεγαλύτερο ποσοστό (74.5%) την επαφή με μολυσμένο αίμα. Σε κανένα όμως από τα περιστατικά αυτά δεν υπήρξε ορομετατροπή, επομένως και επαγγελματική μετάδοση του HIV.^(51,101)

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Οι παράγοντες εκείνοι, που με βάση τα αποτελέσματα μελετών, θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV είναι το είδος της βελόνας (κοίλη, με μεγάλη διάμετρο) που προκάλεσε την έκθεση και η ποσότητα του αίματος στο οποίο εκτέθηκε ο επαγγελματίας υγείας. Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι το βάθος του τραύματος, η χρήση

της βελόνας (αν έχει χρησιμοποιηθεί δηλαδή σε αρτηρία ή φλέβα του ατόμου πηγή), η χρήση συσκευής εμφανώς μολυσμένης με αίμα ασθενή και τέλος το επίπεδο ιοφορίας του HIV οροθετικού ατόμου (π.χ. ασθενής με νόσο τελικού σταδίου παρουσιάζει υψηλότερο τίτλο του ιού στο αίμα).^(51,95,102,103)

5.4 Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.

Το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης είναι ένας αερόβιος Gram θετικός μικροοργανισμός που μεταδίδεται αερογενώς μέσω των εκκρίσεων του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. πτύελα ή σταγονίδια). Συγκεκριμένα, τα σταγονίδια που δημιουργούνται κατά το φτάρνισμα, το βήχα ή την ομιλία ατόμων που πάσχουν από φυματίωση μεταφέρουν βάκιλους που ευθύνονται για τη μετάδοση της νόσου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα σταγονίδια των βρογχικών εκκρίσεων έχουν πολύ μικρό μέγεθος (1-5μm) και μπορούν να παραμείνουν αιωρούμενα στο χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα.^(37,51)

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η μετάδοση μπορεί να προκληθεί μέσω επαφής μολυσμένου υλικού με δερματικά τραύματα ή με τους βλεννογόνους.⁽³⁷⁾ Αξιοσημείωτο είναι ότι η μετάδοση του μυκοβακτηριδίου παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τον ανεπαρκή αερισμό των θαλάμων, όπου οι ανανεώσεις του αέρα δεν ξεπερνούν τις δύο ανά ώρα. Το αντίθετο έχει παρατηρηθεί στα δωμάτια απομόνωσης των ασθενών, λόγω της σύντομης παραμονής του προσωπικού και της χρήσης των απαιτούμενων μέσων προστασίας.⁽⁹⁾

Ανεξάρτητα από τον τρόπο μετάδοσης, το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης αποτελεί έναν σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο για τους εργαζομένους του τομέα υγειονομικής περίθαλψης, αφού η νόσος βρίσκεται σε παγκόσμια έξαρση λόγω της εξάπλωσης του AIDS, της μετακίνησης των πληθυσμών και της αύξησης των πολυανθεκτικών στη θεραπεία περιπτώσεων.^(9,104) Ο βαθμός ανοσίας στο μυκοβακτηρίδιο εκφράζεται με τη φυματινοαντίδραση. Πέρα όμως από τον προσυμπτωματικό έλεγχο (Mantoux) συστήνεται στους επαγγελματίες υγείας και ο εμβολιασμός που αποτελεί αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης της νόσου.

5.5 Ιός της γρίπης.

Ο ιός της γρίπης διαθέτει τρεις αντιγονικούς τύπους (Α, Β και C). Ωστόσο, οι τύποι Α και Β είναι αυτοί που προκαλούν επιδημίες. Ο τύπος Α ειδικότερα υπόκειται σε αντιγονικές αλλαγές. Ο ιός της γρίπης τύπου Α χωρίζεται σε υπότυπους και τα στελέχη που απαντώνται συνήθως είναι το Α(Η1Ν1) και το Α(Η3Ν2). Οι ιοί της γρίπης τύπου Α προκαλούν επιδημίες ή πανδημίες, που μοιάζουν σχεδόν αναπόφευκτες λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών. Συνδέονται επίσης με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁽⁵¹⁾

Οι συνηθισμένες επιδημικές εξάρσεις της εποχικής γρίπης παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια του χειμώνα ή στην αρχή της άνοιξης. Το 2005 το στέλεχος Η5Ν1 προκάλεσε τη γρίπη των πτηνών που έλαβε επιδημικές διαστάσεις. Το 2009 παρουσιάστηκε ένα νέο στέλεχος του ιού. Η απομόνωση του συγκεκριμένου στελέχους Α(Η1Ν1) αποκάλυψε ότι πρόκειται για έναν νέο υπότυπο που περιέχει ανασυνδυασμένα διαφορετικά τμήματα γονιδιακού υλικού από τον ιό της γρίπης των χοίρων, τον ιό της γρίπης των πτηνών και τον ιό της ανθρώπινης γρίπης.⁽⁵¹⁾

Ο ιός μεταδίδεται μέσω των σταγονιδίων που διαχέονται στο περιβάλλον από το βήχα ή το φτάρνισμα. Τα σταγονίδια αυτά έχουν σχετικά μεγάλο μέγεθος και δεν μπορούν να εξαπλωθούν σε μεγάλη απόσταση. Για το λόγο αυτό, η μετάδοση του ιού προϋποθέτει στενή επαφή μεταξύ των ανθρώπων. Επειδή όμως ο ιός επιζεί στο περιβάλλον για μερικές ώρες είναι εξίσου δυνατή η μετάδοση του μέσω των μολυσμένων επιφανειών.^(42,105) Στις περιπτώσεις αυτές το συχνό πλύσιμο των χεριών με νερό και σαπουνί ή με αλκοολούχα διαλύματα και ο καθαρισμός του περιβάλλοντος, αδρανοποιεί τον ιό συντελώντας παράλληλα στον έλεγχο της μετάδοσης του. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί η ανάγκη εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας.

5.6 Άλλοι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου.

Πέρα από τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχει πληθώρα άλλων που μπορεί να αποτελέσουν απειλή για την υγεία και την ασφάλεια του υγειονομικού προσωπικού. Παράγοντες όπως ο ιός της ηπατίτιδας Α (μεταδίδεται μέσω της εντεροστοματικής οδού και απειλεί κυρίως το προσωπικό συντήρησης και καθαριότητας), ο κυτταρομεγαλοϊός (ανήκει

στην ομάδα των ερπητοϊών και κινδυνεύουν από αυτόν κυρίως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των παιδιατρικών και μαιευτικών τμημάτων) και ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι μόνο ορισμένοι από αυτούς.⁽⁹⁾

Το 2003 ξέσπασε μια άλλη ιογενής επιδημία. Αυτή του Σοβαρού Οξέως Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS). Σε διάστημα τεσσάρων μηνών διαγνώστηκαν 8.500 περιπτώσεις, 800 από τις οποίες κατέληξαν σε θάνατο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 60% των περιπτώσεων αυτών ήταν ενδονοσοκομειακές και πολλές από αυτές αφορούσαν το προσωπικό των νοσοκομείων.⁽⁹⁾ Στην πόλη του Τορόντο για παράδειγμα παρουσιάστηκαν 128 περιπτώσεις SARS, οι περισσότερες από τις οποίες εκδηλώθηκαν στο προσωπικό του νοσοκομείου όπου είχε θεραπευτεί το αρχικό κρούσμα, προερχόμενο από την Κίνα.⁽¹⁰⁶⁾ Διάφορα δε νοσοκομεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελβετία βρέθηκαν σε ετοιμότητα ή χρειάστηκε να αντιμετωπίσουν περιστατικά αιμορραγικού πυρετού, προερχόμενα από άλλες χώρες.⁽¹⁰⁶⁾ Περιστατικά βρουκέλλωσης, διφθερίτιδας, σύφιλης, σαλμονέλλωσης, τετάνου, ερπητοϊώσεων, ψώρας, ερυθράς, ιλαράς και πολιομυελίτιδας μπορεί υπό συνθήκες να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου για το υγειονομικό προσωπικό.^(2,11,37)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

6.1 Κυλιόμενο ωράριο εργασίας.

Η παροχή φροντίδας προϋποθέτει τη συνεχή παρουσία επαγγελματιών υγείας στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Η εργασία λοιπόν σε εναλλασσόμενα κυκλικά ωράρια (βάρδιες) αποτελεί μια αναπόφευκτη πραγματικότητα για τις υπηρεσίες υγείας. Οι γιατροί, το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό καλούνται να καλύψουν σε 24ωρη βάση τις ανάγκες των πολιτών, υιοθετώντας ωράρια εργασίας που επιφέρουν διαταραχές στο βιολογικό τους ρυθμό και προκαλούν αναρίθμητες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία τους.

Οι επιπτώσεις από την εφαρμογή κυκλικού ωραρίου εργασίας δεν εντοπίζονται μόνο σε σωματικό επίπεδο. Επηρεάζει άμεσα την ψυχική υγεία των εργαζομένων και επιδρά καταλυτικά στην οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Αναλυτικότερα, τα εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας -που επεμβαίνουν στο φυσιολογικό κύκλο των κιρκάδιων ρυθμών- έχουν συσχετιστεί με τις διαταραχές του ύπνου.⁽¹⁰⁷⁾ Η ποιότητα και η διάρκεια του ύπνου αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την απόδοση του εργαζομένου. Συντελούν επίσης καθοριστικά στην εκδήλωση εργασιακού άγχους, στην αύξηση της συχνότητας απουσιών από την εργασία και στην πρόκληση επαγγελματικών ή προσωπικών ατυχημάτων.⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾

Συγκεκριμένα, η εφαρμογή κυκλικού ωραρίου εργασίας, η νυχτερινή βάρδια, οι εφημερίες και η υπερωριακή απασχόληση έχουν σχετιστεί με την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων ή παρ' ολίγων ατυχημάτων, σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.⁽¹¹⁰⁾ Αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά διαφόρων μελετών που αναδεικνύουν την ανησυχία του ιατρικού προσωπικού σχετικά με την απόδοση, την αποτελεσματικότητα του, την αποφυγή σφαλμάτων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁽¹¹¹⁾ Σε άλλες έρευνες αναδεικνύεται η αυξημένη πιθανότητα ατυχημάτων που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών ή την προσωπική ασφάλεια των ίδιων των νοσηλευτών.⁽¹¹⁰⁾

Το συχνά εναλλασσόμενο σύστημα βαρδιών προκαλεί αϋπνίες ή υπνηλία, κόπωση, αδιαθεσία και συναισθηματικές διαταραχές. Έχει παρατηρηθεί ότι όσοι επαγγελματίες υγείας απασχολούνται σε βάρδιες οι οποίες απέχουν μεταξύ τους μόνο οκτώ ώρες ή βρίσκονται σε κατάσταση ετοιμότητας (on call), κοιμούνται πολύ λιγότερο σε σχέση με εκείνους που διαθέτουν ένα σταθερό ωράριο εργασίας.^(111,112) Η έλλειψη ύπνου και η διατάραξη γενικότερα των κιρκάδιων κύκλων συνδέονται με την εμφάνιση εκδηλώσεων άγχους, ευερεθιστότητας, νευρικότητας, θυμού, συναισθηματικής εξουθένωσης, χρόνιας κόπωσης ή κατάθλιψης.^(109,1113-115) Ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ημερών ανάπαυσης αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων.^(116,117)

Εκδηλώσεις παρατηρούνται ωστόσο και σε σωματικό επίπεδο. Υποστηρίζεται δηλαδή, ότι η εργασία σε εναλλασσόμενα ωράρια σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, που στις περιπτώσεις αυτές παρουσιάζεται αυξημένος.^(118,119) Στην εκδήλωση συμπτωμάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα συντελούν παράγοντες όπως το στρες, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, οι ακαθόριστες ώρες ύπνου, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η αυξημένη κατανάλωση καφεΐνης, καπνού ή οινοπνεύματος. Καταστάσεις που φαίνεται να αποτελούν απόρροια των εναλλασσόμενων και συνεχών βαρδιών.^(9,107,119)

Διαταραχές όμως δύναται να υπάρξουν και στο γαστρεντερικό σύστημα. Η εργασία σε βάρδιες επηρεάζει σημαντικά το χρόνο λήψης, τη σύνθεση και την ποιότητα των γευμάτων. Η παράλειψη του πρωινού γεύματος και η λήψη των γευμάτων σε διαφορετικές και ακαθόριστες ώρες επιδρούν άμεσα στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος, προκαλώντας διάφορα προβλήματα (λ.χ. δυσκοιλιότητα, δυσπεψία, αίσθημα καύσου, επίμονα κοιλιακά άλγη, μετεωρισμό ή διαταραχές της όρεξης).^(107,109) Επιπρόσθετα, η κατανάλωση προπαρασκευασμένων γευμάτων, τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λιπαρά, αλκοολούχων ποτών, καφεΐνης και ροφημάτων με υψηλή περιεκτικότητα ζάχαρης σε συνδυασμό με το κάπνισμα, συντελούν καθοριστικά στην όξυνση των προαναφερθέντων προβλημάτων.^(107,120)

Υπάρχει όμως και μία άλλη παράμετρος εξίσου σημαντική. Οι επιπτώσεις που επέρχονται στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή του εργαζομένου. Η εφαρμογή του εναλλασσόμενου ωραρίου εργασίας επηρεάζει και καθορίζει ουσιαστικά τις κοινωνικές συναναστροφές του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και την εκπλήρωση των οικογενειακών του υποχρεώσεων. Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και η κόπωση επιφέρουν συχνά την κοινωνική απομόνωση. Λόγω του ακανόνιστου ρυθμού εργασίας και των αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων μπορεί να υπάρξει διάρρηξη στις σχέσεις με την οικογένεια. Τα ενδοοικογενειακά και συζυγικά προβλήματα μοιάζουν αναπόφευκτα και η πιθανότητας λύσης του γάμου παρουσιάζεται, στις περιπτώσεις αυτές, αυξημένη.^(109,111,118,121)

6.2 Οργάνωση της εργασίας.

Θέματα οργάνωσης της εργασίας προκύπτουν σε καθημερινή βάση στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Έχει παρατηρηθεί ότι ο χρόνος και το πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού χαρακτηρίζεται από συνεχή αναδιοργάνωση και συχνές διακοπές. Οι εργαζόμενοι καλούνται να επιτελέσουν πολλά και διαφορετικά συνάμα καθήκοντα –συχνά σε διαφορετικούς χώρους– κατά τη διάρκεια των οποίων δέχονται παρεμβάσεις από ασθενείς, συγγενείς αυτών, συναδέλφους ή ανωτέρους. Η έλλειψη συντονισμού και η ύπαρξη πολλών και αντικρουόμενων ταυτόχρονα απαιτήσεων καθιστά, αναμφίβολα, δύσκολη την οργάνωση και την ολοκλήρωση του έργου τους.^(2,9)

Η συνύπαρξη πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων στον ίδιο χώρο εργασίας καθιστά προβληματική –σε ορισμένες περιπτώσεις– την οργάνωση της εργασίας, λόγω της έλλειψης συνεργασίας ή της ύπαρξης συγκρούσεων.⁽¹²²⁾ Η ύπαρξη μιας απρόσιτης διοίκησης που δεν ενσκήπτει και δεν αφουγκράζεται τα προβλήματα των εργαζομένων, που δεν προσφέρει υποστήριξη και ενθάρρυνση, που αποτελεί τροχοπέδη στην εξέλιξη και την επιμόρφωση του προσωπικού, δεν μπορεί να αποτελεί μέσο διασφάλισης μιας ορθής οργάνωσης.⁽¹²³⁾ Διότι η οργάνωση της εργασίας έχει ως πρωταρχικό στόχο τη διαμόρφωση των συνθηκών εργασίας με τέτοιο τρόπο, ώστε να μη λειτουργούν στρεσογόνα για τον εργαζόμενο.

Άλλοι παράγοντες που συντελούν καθοριστικά στην ύπαρξη οργανωτικής δυσλειτουργίας είναι ο βαθμός επάρκειας του προσωπικού ή του εξοπλισμού, η επαναληψιμότητα, η μονοτονία, η απώλεια του ελέγχου, η αυστηρή και άκαμπτη επίβλεψη, η ασάφεια των ρόλων και των αρμοδιοτήτων, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η έλλειψη ανατροφοδότησης, οι περιορισμένες δυνατότητες προαγωγής και οι μη ικανοποιητικές αποδοχές.^(9,122-124)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

7.1 Συναισθηματική και ψυχολογική καταπόνηση.

Το επίκεντρο της απασχόλησης και ο τελικός αποδέκτης του έργου ενός επαγγελματία υγείας είναι πάντα ο άνθρωπος. Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι, σε καθημερινή βάση, με προβλήματα που ταλανίζουν τους ανθρώπους. Έρχονται αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο και ενίοτε το θάνατο. Καλούνται λοιπόν να διαχειριστούν θέματα που ενέχουν συναισθηματική ένταση (π.χ. γέννηση και θάνατος, ασθένεια και ίαση), αντιμετωπίζοντας παράλληλα τις ανασφάλειες, τους φόβους και τις αγωνίες των ανθρώπων. Καλούνται επίσης συχνά, να πάρουν αποφάσεις που θα επηρεάσουν ή θα καθορίσουν τις ζωές άλλων ανθρώπων. Οι ιδιαίτερες σχέσεις φροντίδας και ευθύνης που αναπτύσσονται και το άγχος που αυτές προκαλούν, η συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία υγείας, η εξάντληση κατά συνέπεια των ψυχικών του δυνάμεων και αποθεμάτων αποτελούν παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά στην ψυχοσύνθεση και στο θυμικό των επαγγελματιών υγείας.

Το συναισθηματικό περιεχόμενο της εργασίας και η αδυναμία χειρισμού καταστάσεων οι οποίες προκαλούν ψυχολογική και συναισθηματική καταπόνηση επιτείνουν τον κίνδυνο πρόκλησης προβλημάτων. Η επαγγελματική εξουθένωση (burn-out syndrome), η κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, η κατάθλιψη και η αυτοκτονία αποτελούν κάποια από τα προβλήματα αυτά. Σύμφωνα πάντα με αποτελέσματα ερευνών, η συχνότητα των αυτοκτονιών στους νοσηλευτές και στους γιατρούς παρουσιάζεται υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.^(111,119,125-128)

7.2 Έκθεση σε βία.

Το φαινόμενο της παρενόχλησης στους χώρους εργασίας αποτελεί δυστυχώς μια καθημερινή πραγματικότητα. Η παρενόχληση –γνωστή επίσης και ως εκφοβισμός, ηθική παρενόχληση ή ψυχολογική βία– αναφέρεται στην επαναλαμβανόμενη και αδικαιολόγητη συνάμα συμπεριφορά προς έναν εργαζόμενο (ή μια ομάδα εργαζομένων), που αποσκοπεί στην άνιση και δυσμενή μεταχείριση, στην ταπείνωση, στην υπονόμευση ή στην απειλή του

παρενοχλούμενου ατόμου. Ως εκ τούτου, παρενόχληση μπορεί να αποτελεί μια επιθετική συμπεριφορά (λεκτική ή σωματική), αλλά και λιγότερο εμφανείς ενέργειες όπως για παράδειγμα η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός ενός εργαζομένου.⁽¹²⁹⁾

Στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης συγκεκριμένα, η παρενόχληση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Μπορεί λοιπόν να έχει τη μορφή προσβλητικών και δυσάρεστων παρατηρήσεων, αρνητικής κριτικής, απαξίωσης και υποτίμησης του προσφερόμενου έργου, αυστηρών και μη αναγκαίων κυρώσεων, αποθάρρυνσης των πρωτοβουλιών, μετάθεσης των ευθυνών, εχθρικής επικοινωνίας, δυσφήμισης, αυθαίρετης άσκησης εξουσίας και περιθωριοποίησης. Ενδέχεται επίσης να έχει σεξουαλικό προσανατολισμό ή να εκφραστεί ακόμη και με επεισόδια βίας.^(130,131) Επεισόδια βίας καταγράφονται καθημερινά στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.⁽¹³²⁾ Τα επεισόδια αυτά ποικίλουν. Από την αντικοινωνική συμπεριφορά και τις απειλές εναντίον του προσωπικού έως την άσκηση σωματικής βίας. Γενικότερα, έκθεση σε επεισόδια βίας συντελείται κάθε φορά που ο εργαζόμενος απειλείται ή προσβάλλεται (σωματικά ή λεκτικά) κατά τη διάρκεια της εργασίας του ή εξαιτίας αυτής.⁽¹³³⁾ Συνήθη θύματα ανάλογων επεισοδίων αποτελούν οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι τραυματιοφορείς και το προσωπικό ασφάλειας, χωρίς βέβαια να εξαιρείται το υπόλοιπο προσωπικό.⁽⁹⁾

Αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα που έχουν εκτεθεί σε κάποια μορφή βίας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.⁽¹³⁴⁻¹³⁶⁾ Υπολογίζεται μάλιστα ότι υφίστανται ανάλογα επεισόδια σε τέτοιο βαθμό, γεγονός που τους καθιστά ως πρώτη επαγγελματική ομάδα –μαζί με τα σώματα ασφαλείας– σε συχνότητα βίαιων συμβάντων.^(133,137) Βία ασκείται από τους ασθενείς⁽¹³⁸⁻¹⁴¹⁾ (π.χ. ψυχιατρικοί ασθενείς, ασθενείς με οργανικά ψυχοσύνδρομα ή ασθενείς που εισέρχονται ως επείγοντα περιστατικά κ.ά.), από τους συγγενείς αυτών, από συναδέλφους όλων των βαθμίδων, εργαζομένους άλλων κλάδων των υπηρεσιών υγείας, ανώτερους ιεραρχικά υπαλλήλους και φυσικά από τη διοίκηση.^(130,141-144)

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση φαινομένων παρενόχλησης και εκφοβισμού. Ένας από τους σημαντικότερους είναι η ίδια η

προσωπικότητα και τα βιώματα του ατόμου που εκδηλώνει βίαιες συμπεριφορές. Άλλοι παράγοντες είναι η έλλειψη προσωπικού, οι συνθήκες εργασίας (λ.χ. νυχτερινά ωράρια εργασίας, απαιτητικός φόρτος εργασίας, ελλιπή μέτρα ασφάλειας κ.ά.), η έλλειψη εξοπλισμού, η αγωνία και ο φόβος που προκαλείται από την ασθένεια ή τον τραυματισμό, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, η αδιαφορία της διοίκησης και η ανεπάρκεια της, η δημιουργία κλειστών ομάδων μέσα στον εργασιακό χώρο και οι ιδεολογικές συγκρούσεις μεταξύ των νεοδιόριστων και των αρχαιότερων υπαλλήλων.^(130,131,133,145)

Ανεξάρτητα από τη γενεσιουργό αιτία που προκαλεί την εκδήλωση τέτοιων φαινομένων, οι επιπτώσεις που επέρχονται στην σωματική και ψυχική υγεία του εργαζομένου, στην οικογενειακή και την κοινωνική του ζωή, είναι ολέθριες. Ένα εχθρικό περιβάλλον εργασίας μπορεί να επιφέρει στον εργαζόμενο ανασφάλεια, έντονο άγχος, διαταραχές μετατραυματικής καταπόνησης, απώλεια αυτοεκτίμησης και επαγγελματικής ικανοποίησης, αισθήματα ενοχής, απομόνωση, απάθεια, οξυθυμία και ευερεθιστότητα, διαταραχές μνήμης, διαταραχές ύπνου και κατάθλιψη, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην αυτοκτονία.^(129,143,146-148)

Η εκδήλωση επεισοδίων βίας συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (λ.χ. κεφαλαλγίες, ναυτίες, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ανορεξία κ.ά.) και φυσικά με τη μειωμένη απόδοση του εργαζομένου.^(147,149-151) Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί μειωμένη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης (με συνέπεια την εκδήλωση λαθών) και αυξημένη συχνότητα αναρρωτικών αδειών ή απουσιών από την εργασία.^(129,149,152,153) Το κόστος δε από τις χαμένες εργασιακές ημέρες, την αποχώρηση του προσωπικού, τη μειωμένη παραγωγικότητα και τη χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, είναι ανυπολόγιστο για τις υπηρεσίες υγείας.^(154,155,156)

Η ύπαρξη πολλών εννοιών στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία (π.χ. ηθική παρενόχληση, εκφοβισμός, οριζόντια βία, κακοποίηση ή σύνδρομο mobbing, bullying, harassment κ.λπ.) για την περιγραφή του κοινωνικού αυτού φαινομένου αναδεικνύει την αναγκαιότητα αναγνώρισης του. Η προσπάθεια πολλών φορέων (π.χ. WHO, NIOSH, OSHA, RNC, ICN) να ορίσουν και να

περιγράψουν το φαινόμενο αυτό αναδεικνύει τη σπουδαιότητα και τη σοβαρότητα του. Η βία στον εργασιακό χώρο της υγείας αποτελεί ένα πρόβλημα υπαρκτό και ιδιαίτερα σημαντικό, οι διαστάσεις του οποίου δεν θα πρέπει να υποτιμηθούν. Αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα με παγκόσμιες διαστάσεις και επιβλαβείς επιδράσεις, το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ανάλογα.^(157,158)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ

Οι εργαζόμενοι του τομέα υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται καθημερινά σε αναρίθμητους επαγγελματικούς κινδύνους. Το γεγονός αυτό επιφέρει πληθώρα επιπτώσεων στη σωματική και ψυχική τους υγεία, επηρεάζοντας κατ' επέκταση την κοινωνική και οικογενειακή τους ζωή. Οι επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν την εκδήλωση συμπτωμάτων, επαγγελματικών παθήσεων, εργατικών ατυχημάτων, πρόωρων συνταξιοδοτήσεων και αυξημένων απουσιών από την εργασία. Καταστάσεις που οδηγούν, αναπόφευκτα, στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων.

8.1 Επαγγελματικά ατυχήματα.

Ως εργατικό ορίζεται το ατύχημα που συμβαίνει στον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εργασίας του ή με αφορμή αυτήν. Αποδίδεται σε κάποιο απότομο, βίαιο, εξωτερικό γεγονός (συμβάν), το οποίο είναι σε θέση να προκαλέσει πρόσκαιρη ή διαρκή ανικανότητα εργασίας. Ο χρόνος εκδήλωσης των δυσμενών συνεπειών στην υγεία του εργαζομένου είναι αδιάφορος στην περίπτωση του εργατικού ατυχήματος. Επαγγελματικό ατύχημα, επίσης, θεωρείται και αυτό που συντελείται κατά τη διάρκεια προσέλευσης του εργαζομένου ή απομάκρυνσης του από το χώρο εργασίας.⁽²⁾

Τα συνηθέστερα επαγγελματικά ατυχήματα στους χώρους των υπηρεσιών υγείας είναι οι πτώσεις (λόγω της ολισθηρότητας δαπέδων και κλιμάκων) και οι μικροτραυματισμοί που προκαλούνται από νύσσοντα ή τέμνοντα όργανα (π.χ. βελόνες και εργαλεία κοπής). Στους χώρους αυτούς καταγράφονται επίσης θερμικά και χημικά εγκαύματα, ηλεκτροπληξίες αλλά και δηλητηριάσεις από χημικές ουσίες (π.χ. αντισηπτικά, απολυμαντικά, τοξικές ουσίες κ.ά.).⁽⁹⁾ Στην Ελλάδα κατά τη χρονική περίοδο 1998 έως και 2001 καταγράφηκαν 847 εργατικά ατυχήματα στον τομέα "υγεία και κοινωνική μέριμνα." Καταγραφή ωστόσο που απέχει πολύ από την πραγματικότητα.⁽²⁾

Τα ατυχήματα αυτά αποτέλεσαν το 1.2% των συνολικών εργατικών ατυχημάτων που σημειώθηκαν στη χώρα, κατά τη διάρκεια της εν λόγω τετραετίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (32%) αφορούσε πτώσεις στο ίδιο

επίπεδο, ενώ τα υπόλοιπα σημειώθηκαν μετά από πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα, κτυπήματα, ολισθήσεις κ.ά.⁽²⁾ Οι επαγγελματίες με τα περισσότερα δηλωθέντα εργατικά ατυχήματα είναι οι νοσηλευτές, το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, οι εργαζόμενοι στη συντήρηση και το προσωπικό καθαριότητας.⁽⁹⁾

Οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα αναφέρονται στην πρόκληση διαπεραστικού τραύματος από εργαλείο που έχει έρθει σε επαφή με βιολογικό υλικό κάποιου άλλου προσώπου.⁽¹⁵⁹⁾ Ο τραυματισμός από βελόνα συγκεκριμένα, ιεραρχείται ως ο συχνότερος και σημαντικότερος συνάμα κίνδυνος ατυχήματος για το προσωπικό του υγειονομικού τομέα.^(9,51,95) Συντελείται συνήθως κατά την προσπάθεια επανατοποθέτησης του πλαστικού καλύμματος της χρησιμοποιημένης βελόνας, κατά τη διαδικασία αιμοληψίας ή φλεβοκέντησης, κατά τη λήψη του τριχοειδικού σακχάρου ή κατά την απόρριψη της συσκευής.⁽¹⁶⁰⁻¹⁶³⁾

Τραυματισμοί ωστόσο, δύναται να προκληθούν και από χρησιμοποιημένες βελόνες που βρίσκονται σε τροχήλατα, στο δάπεδο ή σε σάκους απορριμμάτων⁽¹⁶²⁻¹⁶⁴⁾ Η μειωμένη άνεση κινήσεων, η έλλειψη χώρου, τα ακανόνιστα ωράρια εργασίας, οι έντονοι ρυθμοί εργασίας, η κόπωση και το άγχος αποτελούν ορισμένους μόνο από τους παράγοντες που συμβάλουν καθοριστικά στην πρόκληση των συγκεκριμένων ατυχημάτων.^(164,165) Τον κίνδυνο πρόκλησης τραυματισμού από αιχμηρά αντικείμενα διατρέχουν κυρίως οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι οδοντίατροι, το προσωπικό των εργαστηρίων και το προσωπικό καθαριότητας.^(9,163,166-169)

Οι αριθμοί που αποτυπώνουν το μέγεθος και την έκταση του προβλήματος αυτού παρουσιάζονται ιδιαίτερα ανησυχητικοί.^(101,160,161) Υπολογίζεται ότι 600.000 με 1.000.000 επεισόδια διαδερμικής έκθεσης σε αίμα και άλλα βιολογικά υγρά και περίπου 200.000 επεισόδια έκθεσης των βλεννογόνων συντελούνται κάθε χρόνο, μεταξύ των υγειονομικών εργαζομένων, στις Η.Π.Α.^(170,171) Στο Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφονται ετησίως περίπου 100.000 περιστατικά τραυματισμών με αιχμηρά αντικείμενα, ενώ σε υπηρεσίες υγείας της Γερμανίας 500.000 περιστατικά.^(159,172,173) Στην Ιταλία το χρονικό διάστημα 1986-2002 σημειώθηκαν 50.000 ατυχήματα, εκ

των οποίων τα περισσότερα αφορούσαν τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα.⁽⁵¹⁾

Το συγκεκριμένο πρόβλημα λαμβάνει ανησυχητικότερες διαστάσεις αν συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι πολλές φορές δεν αναφέρονται και δεν καταγράφονται τα συμβάντα αυτά (συνήθως λόγω αμέλειας, απροθυμίας, φόρτου εργασίας, φόβου ή υποτίμησης του επικείμενου κινδύνου λοίμωξης).^(161,162,174-176) Ωστόσο, οι τραυματισμοί από βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών παραγόντων στο υγειονομικό προσωπικό.⁽¹⁶⁸⁾

Η αναγκαιότητα ύπαρξης προγραμμάτων παρέμβασης κρίνεται επομένως άκρως επιτακτική. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση του προσωπικού, στην ενημέρωση και εκπαίδευση του σχετικά με την υιοθέτηση ασφαλέστερων εργασιακών πρακτικών και την πιστή εφαρμογή των πρωτοκόλλων ασφαλείας. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί η αναγκαιότητα της χρήσης των ατομικών μέσων προστασίας και η σπουδαιότητα της καταγραφής κάθε ατυχήματος.^(162,163,166,177,178) Αξίζει να αναφερθεί ότι με την εφαρμογή ενός προγράμματος εκπαίδευσης μπορεί να σημειωθεί μείωση των τραυματισμών από αιχμηρά αντικείμενα σε σημαντικό βαθμό.⁽¹⁷⁹⁾ Ωστόσο μια επιτυχής στρατηγική για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ατυχημάτων στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να συνεκτιμά και άλλες παραμέτρους. Παραμέτρους όπως η σωματική και ψυχική κόπωση των εργαζομένων και το εργασιακό άγχος, που φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη επίπτωση των ατυχημάτων από αιχμηρά αντικείμενα.^(165,180)

Η ανάγκη ύπαρξης προγραμμάτων παρέμβασης κρίνεται ακόμη πιο απαραίτητη αν συνυπολογιστούν σε όσα προαναφέρθηκαν η ψυχολογική καταπόνηση των εκτεθειμένων, σε κάποιο ατύχημα, προσώπων (όπως και του περιβάλλοντος τους) και η οικονομική επιβάρυνση (από τις χαμένες εργάσιμες ημέρες, τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, το κόστος περίθαλψης κ.λπ.)⁽¹⁸¹⁾ της εκάστοτε υπηρεσίας υγείας. Εξάλλου η εφαρμογή μέτρων πρόληψης (π.χ. εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού, ύπαρξη των απαιτούμενων μέσων ατομικής προστασίας, ύπαρξη ασφαλέστερων υλικών

και μεθόδων κ.ά.) έχει πολύ χαμηλότερο οικονομικό κόστος από την πρόκληση ατυχημάτων στο προσωπικό.^(181,182)

8.2 Επαγγελματικές ασθένειες.

Οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση προκαλείται στην υγεία του εργαζομένου λόγω της έκθεσης του σε βλαπτικούς παράγοντες κίνδυνου, που προέρχονται από το εργασιακό του περιβάλλον, αποτελεί επαγγελματική ασθένεια.⁽¹⁸³⁾ Οι επαγγελματικές παθήσεις που απαντώνται συνηθέστερα στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ), οι δερματοπάθειες, οι ψυχικές διαταραχές (π.χ. άγχος, επαγγελματική εξουθένωση), οι παθήσεις του αναπνευστικού (π.χ. άσθμα) και φυσικά οι λοιμώξεις.

8.2.1 Μυοσκελετικές Παθήσεις.

Οι ΜΣΠ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, περιλαμβάνοντας παθήσεις των οστών, των αρθρώσεων, των τενόντων, των μυών και φυσικά των νεύρων, που ελέγχουν το μυϊκό σύστημα.⁽¹⁸⁴⁾ Αποτελούν τη συχνότερη αιτία περιορισμού της ικανότητας για εργασία. Ως εκ τούτου αναγνωρίζονται ως η σημαντικότερη αιτία οικονομικής επιβάρυνσης των φορέων απασχόλησης και των ασφαλιστικών ταμείων (εξαιτίας της αύξησης των απουσιών από την εργασία και των δαπανών για αποζημιώσεις, ιατρικά έξοδα και απώλεια παραγωγικότητας).^(80,185)

Ο επιπολασμός των ΜΣΠ στο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζεται ιδιαίτερα υψηλός. Ειδικότερα, για τους νοσηλευτές και το προσωπικό καθαριότητας κυμαίνεται από 50-80%.^(9,185) Από έρευνες που διεξάγονται κατά διαστήματα σε διάφορα νοσοκομεία και σε επαγγελματίες υγείας της χώρας προκύπτουν άκρως ανησυχητικά αποτελέσματα.^(85,91,186-189) Συγκεκριμένα, σε έρευνα που πραγματοποίησε το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. σε 835 εργαζομένους τεσσάρων νοσοκομείων της χώρας, αξιοσημείωτα ποσοστά αυτών παρουσίαζαν ενοχλήματα σε διάφορες περιοχές του σώματος.⁽²⁾

Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι το 52.8% των νοσηλευτών και μαϊών, το 60.7% των γιατρών, το 25.8% των τεχνικών, το 32.7% των διοικητικών, το 47.1% του παραϊατρικού και το 35.6% του βοηθητικού νοσηλευτικού

προσωπικού ανέφεραν ενοχλήσεις στο κάτω μέρος της ράχης, τους τελευταίους δώδεκα μήνες.⁽²⁾ Η οσφυαλγία αποτελεί γενικότερα τη συνηθέστερη μυοσκελετική διαταραχή,^(80,85,91,186,187) χωρίς βέβαια να αποκλείονται και διάφορες άλλες (π.χ. σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, ισχιαλγία, αυχενάλγία, δισκοπάθειες, επικονδυλίτιδες κ.λπ.).⁽¹⁹⁰⁻¹⁹⁴⁾

Πολλοί είναι οι παράγοντες εκείνοι που έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση των μυοσκελετικών παθήσεων. Πέρα, δηλαδή, από τα ατομικά χαρακτηριστικά, τους γενετικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής του εκάστοτε εργαζομένου, διάφοροι άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες που αφορούν αμιγώς τις συνθήκες εργασίας συντελούν καταλυτικά στην εκδήλωση των συγκεκριμένων παθήσεων. Φυσικοί, οργανωτικοί, εργονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου έχουν σχετιστεί με τις μυοσκελετικές διαταραχές.⁽¹⁹⁵⁾ Η χειρωνακτική διακίνηση ασθενών και βαρέων φορτίων, οι επίπονες στάσεις εργασίας, ο μη εργονομικός σχεδιασμός του χώρου εργασίας, οι ακατάλληλες θερμοκρασιακές συνθήκες, η έλλειψη προσωπικού και κατάλληλου εξοπλισμού, το κυκλικό ωράριο εργασίας, το εργασιακό άγχος, ο έντονος ρυθμός και ο φόρτος εργασίας, η μονοτονία, η επαναληψιμότητα και η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία αποτελούν ορισμένους από τους παράγοντες αυτούς.^(184,192,193,196-200)

Οι ΜΣΠ υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Επιφέρουν αναρίθμητες συνέπειες τόσο στους ίδιους, όσο και στους φορείς απασχόλησης (π.χ. οικονομικό κόστος, αλλαγές θέσεων εργασίας, αποχή από την εργασία ή και εγκατάλειψη της θέσης εργασίας).^(196,199) Για την πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα που αναφέρονται σε τεχνικές χειρισμού των ασθενών με τη βοήθεια κατάλληλου εξοπλισμού και με τη χρήση μηχανημάτων άρσης βάρους.⁽²⁰¹⁻²⁰³⁾ Καθιερώθηκαν επίσης τεχνικές για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, την πρόληψη των συμπτωμάτων και την εκτίμηση της επικινδυνότητας.^(204,205) Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν διάφορα προγράμματα ασκήσεων και εργονομικής εκπαίδευσης του προσωπικού για την αποφυγή της υιοθέτησης λανθασμένων προτύπων στάσης κατά την εργασία, με απώτερο σκοπό την πρόληψη των ΜΣΠ.^(190,196,206,207) Τεχνικές, προγράμματα και παρεμβάσεις η αξία των οποίων συχνά αμφισβητείται.^(202,203,208)

8.2.2 Αναπνευστικές παθήσεις.

Στο προσωπικό των μονάδων υγείας ενδέχεται να εκδηλωθούν και αναπνευστικές παθήσεις. Το άσθμα αποτελεί λοιπόν τη συνηθέστερη εξ' αυτών. Υπολογίζεται μάλιστα ότι οι εργαζόμενοι του τομέα υγειονομικής περίθαλψης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης άσθματος έναντι άλλων εργαζομένων. Οι νοσηλευτές, οι τεχνικοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών και διαγνωστικών εργαστηρίων και οι οδοντίατροι παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επίπτωση άσθματος. Εκτιμάται λοιπόν ότι το 16% του συνόλου των περιπτώσεων επαγγελματικού άσθματος σημειώνεται στους χώρους των νοσοκομείων.⁽²⁰⁹⁾

Το άσθμα και τα συμπτώματά υπεραντιδραστικότητας από τους βρόγχους έχουν συσχετιστεί με τη διαχείριση εισπνεόμενων φαρμάκων, τη χρήση γαντιών από φυσικό πλαστικό (latex) με πούδρα, τη χρήση υλικών καθαριότητας και την αποστείρωση των ιατρικών εργαλείων. Στους σημαντικότερους ενοχοποιητικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η φορμαλδεΐδη, η γλουταραλδεΐδη, οι αντισηπτικές και απολυμαντικές ουσίες (π.χ. η χλωρίνη), τα καθαριστικά, οι διαλύτες, η σκόνη, οι ρυπαντές εσωτερικού χώρου και φυσικά το latex.^(62,209-215)

8.2.3 Επαγγελματικές δερματοπάθειες.

Ορισμένοι βέβαια από τους προαναφερθέντες παράγοντες εμπλέκονται και στην πρόκληση δερματοπαθειών. Συνήθως, οι επαγγελματικές δερματίτιδες εντοπίζονται στην περιοχή των χεριών και είναι ατοπικής, ερεθιστικής ή αλλεργικής αιτιολογίας. Σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Γενικό Νοσοκομείο της χώρας έδειξε ότι σε μεγάλα ποσοστά το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό εμφάνιζε πολλαπλές ενοχλήσεις από το δέρμα, όπως κνησμό, ερυθρότητα, φυσαλίδες και απολέπιση. Σε ποσοστό 70% οι βλάβες αυτές εντοπίζονταν στην περιοχή των χεριών.⁽²¹⁶⁾

Ουσίες με ερεθιστική (π.χ. απολυμαντικές, αντισηπτικές και απορρυπαντικές ουσίες) ή αλλεργιογόνο δράση (π.χ. γάντια από latex τα οποία περιέχουν πούδρα) ευθύνονται για την πρόκληση χρόνιων και

ανθεκτικών στη θεραπεία δερματοπαθειών, στους επαγγελματίες υγείας.^(213,217,218) Δερματοπάθειες οι οποίες απειλούν την υγεία, την ποιότητα ζωής των εργαζομένων αλλά και την ικανότητα για εργασία.⁽²¹⁹⁾ Θα πρέπει να σημειωθεί δε, ότι πέρα από τους επαγγελματίες υγείας ανάλογα προβλήματα παρουσιάζονται στους εργαζομένους της καθαριότητας και στο προσωπικό της κουζίνας των νοσοκομείων.⁽²²⁰⁾

8.2.4 Επαγγελματικές λοιμώξεις.

Όπως προαναφέρθηκε, στις επαγγελματικές παθήσεις συγκαταλέγονται και οι λοιμώξεις. Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται συνεχώς εκτεθειμένοι στον κίνδυνο λοιμώξεων, εξαιτίας της άμεσης και αναπόφευκτης επαφής τους με ανθρώπους που νοσούν. Ενδεικτικά θα πρέπει να σημειωθεί, ότι μόνο στη Γερμανία οι επαγγελματικές λοιμώξεις οδηγούν σε πρόωρη συνταξιοδότηση κάθε χρόνο 160 περίπου εργαζόμενους των μονάδων υγείας.⁽¹⁶³⁾ Ο τρόπος μετάδοσης τους ποικίλει, όπως και ο βαθμός επικινδυνότητας τους επίσης.

Στις αιματογενώς μεταδιδόμενες ασθένειες συγκαταλέγονται πολύ σοβαρές λοιμώξεις, όπως η ηπατίτιδα Β (HBV) και C (HCV) και το σύνδρομο ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Στις περισσότερες περιπτώσεις η μετάδοση των συγκεκριμένων λοιμώξεων αποδίδεται σε τραυματισμούς από αιχμηρό αντικείμενο.^(95,101,160,221) Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι παγκοσμίως το 37,6% των περιπτώσεων ηπατίτιδας Β, το 39% των περιπτώσεων ηπατίτιδας C και το 4,4% των περιπτώσεων HIV/AIDS που εντοπίζονται σε επαγγελματίες υγείας, αποδίδεται σε τραυματισμούς από βελόνες.⁽²²²⁾ Στην παγκόσμια έκθεση του 2003 αναφέρει συγκεκριμένα ότι κάθε χρόνο 3.000.000 εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα έχουν εμπειρία διαδερμικής έκθεσης σε μολυσματικές ασθένειες.⁽²²²⁾ Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι μόνο σε νοσοκομεία των Η.Π.Α. και σύμφωνα πάντα με στοιχεία που παραθέτει το CDC (Center of Disease Control and Prevention), περισσότεροι από 380.000 τραυματισμοί από βελόνες συντελούνται ετησίως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.⁽²²³⁾

Υπολογίζεται μάλιστα ότι σε παγκόσμια κλίμακα οι τραυματισμοί αυτοί προκαλούν ετησίως 66.000 HBV, 16.000 HCV και 200-5.000 HIV λοιμώξεις

στους εργαζομένους του υγειονομικού τομέα.⁽²²⁴⁻²²⁵⁾ Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια, ότι η μετάδοση τους καθίσταται εφικτή και από την έκθεση των βλεννογόνων σε μολυσματικό υλικό ή μέσω της λύσης της συνέχειας του δέρματος.^(226,227) Σε κίνδυνο βρίσκονται δυνητικά όλοι οι εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με ασθενείς ή με μολυσμένο αίμα και τα παράγωγά του.

Υπάρχουν ωστόσο λοιμώξεις που μεταδίδονται αερογενώς ή με άμεση επαφή. Η φυματίωση, η ερυθρά, ο ιός της γρίπης, η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος, η ιλαρά, η παρωτίτιδα, οι ερπητοϊώσεις και η ψώρα αποτελούν ορισμένες από αυτές. Η φυματίωση συνιστά, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μια παγκόσμια επείγουσα κατάσταση.⁽²²⁸⁾ Συνάμα όμως αποτελεί έναν υπαρκτό και σοβαρό κίνδυνο για τους επαγγελματίες υγείας. Έρευνες αναδεικνύουν μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου στους εργαζομένους των νοσοκομείων από ότι στο γενικό πληθυσμό.⁽⁹⁾

Η μετάδοση της ερυθράς συνδέεται με τη νοσηρότητα των εργαζομένων, την απώλεια εργασίμων ημερών και την αύξηση του κόστους για τις υπηρεσίες υγείας.⁽¹¹⁹⁾ Για τις γυναίκες εργαζόμενες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης (ειδικότερα όταν διανύουν το πρώτο τρίμηνο της κύησης) μπορεί να εξελιχθεί σε άκρως επικίνδυνη ασθένεια, λόγω του αυξημένου κινδύνου πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών στο έμβryo (σύνδρομο συγγενούς ερυθράς) ή αποβολής του κυήματος. Η ύπαρξη κρουσμάτων ψώρας στους χώρους των νοσοκομείων δεν είναι ασυνήθιστη και απαντάται στη διεθνή βιβλιογραφία.⁽²²⁹⁾ Μετάδοση του ιού του έρπητα ζωστήρα σε υγειονομικούς εργαζομένους έχει επίσης αναφερθεί. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης σε χρονικό διάστημα 96 ωρών μετά την έκθεση. Θα πρέπει να σημειωθεί δε, ότι οι εργαζόμενοι που έχουν ενεργό λοίμωξη μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε ασθενείς ή στο υπόλοιπο προσωπικό μέχρι και 5 ή 6 μέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.⁽¹¹⁹⁾

Η πιθανότητα εκδήλωσης νόσου από τον ιό της γρίπης είναι μεγάλη για το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας. Η μετάδοση του ιού της γρίπης μπορεί να εξελιχθεί σε επιδημία ή πανδημία. Αφενός ο εύκολος τρόπος μετάδοσης του, αφετέρου η ύπαρξη νέων και επικίνδυνων στελεχών καθιστά πιο

επιτακτική την ανάγκη ύπαρξης μέτρων περιορισμού και ελέγχου της μετάδοσης του ιού. Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης συστήνεται σε όλους του εργαζομένους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία τους και η υγεία των συνανθρώπων τους. Άλλωστε το κόστος των απουσιών από την εργασία υπερβαίνει κατά πολύ το κόστος του εμβολιασμού.

Υπάρχουν βέβαια λοιμώξεις που δύναται να μεταδοθούν δια της εντεροστοματικής οδού (π.χ. ηπατίτιδα Α, σαλμονέλλωση και λεγεωνέλλωση). Η ηπατίτιδα Α μπορεί να αποτελέσει απειλή κυρίως για το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, το προσωπικό καθαριότητας, τους τεχνικούς συντήρησης και φυσικά για το προσωπικό νοσοκομείων που περιθάλπουν χρονίως πάσχοντες ή άτομα με ειδικές ανάγκες.⁽⁹⁾ Η νόσος των Λεγεωνάριων αποτελεί μια συχνή μορφή νοσοκομειακής πνευμονίας. Η πηγή των περισσότερων κρουσμάτων στις υπηρεσίες υγείας είναι το δίκτυο ύδρευσης.⁽⁴³⁾

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των νοσοκομειακών περιστατικών λεγεωνέλλωσης οφείλονται σε επιμολυσμένο νερό των πύργων ψύξεως ή των συστημάτων ύδρευσης.^(43,44) Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι και στο νερό των οδοντιατρικών μηχανημάτων έχουν ανευρεθεί και απομονωθεί βακτηρίδια λεγιονέλλας, σαλμονέλλας καθώς και άλλοι παθογόνοι μικροοργανισμοί.⁽²³⁰⁾ Μελέτες ανέδειξαν υψηλότερους τίτλους αντισωμάτων του βακτηριδίου της πνευμονοφιλικής λεγιονέλλας σε οδοντιάτρους, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα αυτά ενδεχομένως αποδίδονται στον σχηματισμό νεφελοποίησης (αεροζόλ) κατά την παροχή περίθαλψης.⁽²³⁰⁾

Γενικότερα, η μετάδοση του βακτηριδίου της πνευμονοφιλικής λεγιονέλλας επιτυγχάνεται μέσω της εισπνοής φουσαλίδων νερού ή κατάποσης επιμολυσμένου νερού.⁽⁴³⁾ Το χρονικό διάστημα 2007-2009 πραγματοποιήθηκε δειγματοληπτικός έλεγχος και μικροβιολογικές αναλύσεις στο νερό του δικτύου πέντε νοσοκομείων της περιφέρειας Α.Μ.Θ. (Ανατ. Μακεδονίας-Θράκης). Σε τρία από τα πέντε νοσοκομεία εντοπίστηκαν θετικά δείγματα μεγάλου αποικισμού πνευμονοφιλικής λεγιονέλλας, χωρίς ωστόσο να έχει εκδηλωθεί κάποιο κρούσμα.⁽⁴⁴⁾ Στο Κ.Υ Θήρας το 2007 σημειώθηκε κρούσμα

πνευμονοφιλικής λεγιονέλλας μεταξύ του προσωπικού, που οφείλονταν στο επιμολυσμένο νερό του οδοντιατρικού μηχανήματος. Δειγματοληπτικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε επίσης στο σύστημα ύδρευσης του Κ.Υ. της Μήλου, όπου και εκεί βρέθηκαν απαγορευτικές συγκεντρώσεις του συγκεκριμένου βακτηριδίου.⁽⁴⁷⁾

Σε όλες τις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, εφαρμόστηκαν μέτρα μείωσης και εξάλειψης του παθογόνου μικροοργανισμού τα οποία περιελάμβαναν, μεταξύ άλλων, υπερχλωριώσεις του δικτύου ύδρευσης και θερμικό σοκ.^(44,47) Ωστόσο η ανάπτυξη και η μετάδοση των συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών, δεν παύει να αποτελεί μια αδιόρατη απειλή για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την υγεία των εργαζομένων τους. Άλλωστε, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο Κ.Υ. της Μήλου, η "καθαριότητα και η υγιεινή του νερού" αποτελεί για το προσωπικό τον πρώτο σε σημαντικότητα παράγοντα κινδύνου.⁽⁴⁷⁾

8.2.5 Επαγγελματικός καρκίνος.

Μια άλλη πολύ σοβαρή νοσηρή κατάσταση, πιθανότατα επαγγελματικής αιτιολογίας είναι ο καρκίνος. Η αναγνώριση βέβαια του καρκίνου ως επαγγελματικής αιτιολογίας ενέχει δυσκολίες, διότι υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τον καθορισμό εκείνων των περιπτώσεων καρκίνου που μπορούν να αποδοθούν σε επαγγελματικές εκθέσεις. Γενικότερα, καθίσταται δύσκολο το να υπάρξει επαρκώς τεκμηριωμένη και ποσοτικοποιημένη αιτιολογική σχέση μεταξύ των περιπτώσεων καρκίνου και των επαγγελματικών εκθέσεων.

Ωστόσο, στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται επαγγελματικά καρκινογόνα (π.χ. φορμαλδεΐδη, ιοντίζουσα ακτινοβολία, αμίαντος, οξειδίο του αιθυλενίου κ.ά.), για τα οποία υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι συντελούν στην ανάπτυξη ποικίλων μορφών καρκίνου.⁽²³¹⁾ Από έρευνα ευρείας κλίμακας που διενεργήθηκε σε πέντε σκανδιναβικές χώρες προέκυψε επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασίας και ορισμένων περιπτώσεων καρκίνου. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η συσχέτιση της εργασίας σε βάρδιες (συμπεριλαμβανομένης και της

νυχτερινής βάρδιας) με τον καρκίνο του μαστού σε γυναίκες και η συσχέτιση της καθιστικής εργασίας με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.⁽²³²⁾

8.2.6 Επαγγελματικό άγχος και ψυχικές διαταραχές.

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, το επαγγελματικό άγχος αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα αναφερόμενο πρόβλημα υγείας. Αφορά ένα σημαντικό ποσοστό εργαζομένων και ευθύνεται για το 50-60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών. Επιφέρει αναρίθμητες συνέπειες στη σωματική και ψυχική ευεξία των εργαζομένων και συντελεί καθοριστικά στη μείωση της παραγωγικότητας. Όπως υπολογίζεται, στην Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο, το οικονομικό κόστος του εργασιακού άγχους ανέρχεται στα 20 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.⁽²³³⁾

Κατά τους Lazarus και Folkman, το στρες αποτελεί απόρροια των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος τους. Σύμφωνα πάντα με την προσέγγισή τους, λογίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ένα άτομο όταν οι προσωπικές του δυνάμεις και οι ικανότητες του δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση των προερχόμενων από το περιβάλλον του απαιτήσεων.^(156,234) Σε ότι αφορά το επαγγελματικό άγχος, στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται αρκετοί ορισμοί εξαιτίας της ύπαρξης διαφορετικών προσεγγίσεων από τον εκάστοτε επιστημονικό κλάδο.

Είναι ωστόσο κοινά αποδεκτό ότι το επαγγελματικό άγχος αναφέρεται στο σύνολο των επιβλαβών σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών επιπτώσεων που εκδηλώνονται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν συμβαδίζουν με τις ικανότητες, τους πόρους και τις ανάγκες του εργαζομένου. Οι εξωτερικές απαιτήσεις (πίεση προερχόμενη από την εργασία), οι εσωτερικές απαιτήσεις (ατομικές προσδοκίες), το εσωτερικό υπόβαθρο του εκάστοτε εργαζομένου (δηλαδή η ικανότητα του να αντιδρά και να διαχειρίζεται τις απαιτήσεις αυτές) και η υποστήριξη που λαμβάνει από το περιβάλλον του, αποτελούν τις κύριες παραμέτρους που συντελούν καθοριστικά στην εκδήλωσή του εργασιακού άγχους.⁽²³⁵⁾

Ειδικότερα για τους εργαζομένους του υγειονομικού τομέα, πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με την εμφάνιση του επαγγελματικού άγχους. Τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων όπως για παράδειγμα η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η δομή της προσωπικότητας, τα κίνητρα, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα εκπαιδευτικά και επαγγελματικά εφόδια και η μειωμένη αντοχή στις στρεσογόνες καταστάσεις αποτελούν παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους.^(235,236) Ωστόσο φυσικοί, βιολογικοί, οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν έναν εξίσου καθοριστικό ρόλο.

Αναλυτικότερα, οι αντίξοες συνθήκες εργασίας (π.χ. έντονος θόρυβος, κακός αερισμός, κακός φωτισμός, ύπαρξη ακαταστασίας στο χώρο εργασίας κ.λπ.) και το αίσθημα του κινδύνου από την πιθανή μετάδοση κάποιου μολυσματικού παράγοντα αποτελούν ορισμένους μόνο από αυτούς.^(9,236,237) Άλλοι παράγοντες –που συνδέονται με την οργάνωση της εργασίας και το συναισθηματικό περιεχόμενο αυτής– είναι η ασάφεια ρόλων και καθηκόντων, η εντατικοποίηση της εργασίας, το ωράριο εργασίας, η επαναληψιμότητα και η έλλειψη υποστήριξης ή ανατροφοδότησης. Στους προαναφερθέντες θα πρέπει επίσης να συμπεριληφθούν η έλλειψη αναγνώρισης και η κακή κοινωνική αποδοχή του επαγγέλματος, η ύπαρξη συγκρούσεων με συναδέλφους και προϊσταμένους, η επαγγελματική ανασφάλεια, οι συγκρούσεις οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων και η συχνή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο.^(156,234-241)

Το εργασιακό άγχος επιφέρει πληθώρα επιπτώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των υγειονομικών εργαζομένων, αποτελώντας κατά συνέπεια μία από τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας. Σε οργανικό επίπεδο, το επαγγελματικό άγχος έχει συνδεθεί με την εκδήλωση ή την επιδείνωση πολλών ασθενειών. Ορισμένες από αυτές είναι η αρτηριακή υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, οι κεφαλαλγίες, το πεπτικό έλκος, οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι διαταραχές του θυρεοειδούς, οι δερματικές παθήσεις, το άσθμα, οι γαστρεντερικές διαταραχές και ο σακχαρώδης διαβήτης.⁽¹⁵⁶⁾

Σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο εκδηλώνονται μεταξύ άλλων μεταπτώσεις του θυμικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, αδιαφορία, θυμός, απελπισία, φόβος, ενοχή και απογοήτευση. Παρατηρούνται επίσης διαταραχές πανικού, αγοραφοβία και διάφορες άλλες ψυχικές διαταραχές, μεταξύ αυτών και κατάθλιψη, που ενδέχεται να οδηγήσουν ακόμη και σε αυτοκτονία.^(156,242) Αρκετές μελέτες άλλωστε έρχονται να πιστοποιήσουν την ύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού σε ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.^(125-128,240,243)

Σε επίπεδο συμπεριφοράς μπορεί να εκδηλωθεί ευερεθιστότητα, μερική ή ολική απώλεια ελέγχου, επιρρέπεια σε λάθη και ατυχήματα, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, διαρκής εκνευρισμός, κυνισμός, εθισμός σε φαρμακευτικές ουσίες, έλλειψη ενδιαφερόντων, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και αυξημένη κατανάλωση καπνού, καφεΐνης, αλκοόλ και άλλων ουσιών.^(156,242,244) Σε γνωστικό επίπεδο τέλος, σημειώνεται αδυναμία συγκέντρωσης, σύγχυση, αδυναμία ολοκλήρωσης έργου, μειωμένη απόδοση, σκέψεις αποτυχίας και αδυναμία λήψης αποφάσεων.^(156,235)

Μία άλλη απόρροια του χρόνιου εργασιακού άγχους, αποτελεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome).^(156,245) Το σύνδρομο αυτό εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση των προσωπικών του ψυχικών και συναισθηματικών αποθεμάτων. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και σωματική εξάντληση, κυνισμό και μειωμένη αποτελεσματικότητα.⁽¹⁵⁶⁾ Πολυάριθμες μελέτες και βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν την εκδήλωση του συγκεκριμένου συνδρόμου στους επαγγελματίες υγείας.⁽²⁴⁶⁻²⁵⁰⁾

8.3 Νοσηρότητα, απουσίες και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις.

Πολλοί είναι οι παράγοντες εκείνοι που ευθύνονται για την αύξηση της νοσηρότητας, των απουσιών και των πρόωρων αποχωρήσεων από την εργασία. Όπως προαναφέρθηκε άλλωστε, το επαγγελματικό άγχος αποτελεί έναν από αυτούς. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι μόνο στη Γερμανία, οι επαγγελματικές λοιμώξεις οδηγούν σε συνταξιοδότηση κάθε χρόνο 160 περίπου εργαζομένους του υγειονομικού τομέα.⁽¹⁵⁸⁾ Τα ψυχικά νοσήματα δε,

αποτελούν μία από τις συχνότερες αιτίες πρόωρης συνταξιοδότησης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, όπως προκύπτει από σχετική μελέτη.⁽²⁵¹⁾

Σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης υψηλά ποσοστά αποχωρήσεων σημειώνονται σε οδηγούς ασθενοφόρων, τραυματιοφορείς και βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό.⁽²⁵¹⁾ Η μελέτη NEXT (European Nurses Exit Study) επιχείρησε να διερευνήσει και να αξιολογήσει, σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες, την αυξημένη πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού για πρόωρη αποχώρηση από τη θέση εργασίας του. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα αυτής, ψυχοκοινωνικοί και οργανωτικοί παράγοντες διαδραματίζουν έναν καθοριστικό ρόλο.⁽²⁵²⁾

Στους παραπάνω παράγοντες συγκαταλέγονται συγκεκριμένα η αναντιστοιχία προσπάθειας-ανταμοιβής, η σύγκρουση οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων, η οργάνωση και το ωράριο της εργασίας, το περιεχόμενο αυτής, οι ποσοτικές απαιτήσεις, η ικανότητα για εργασία, η ποιότητα της ηγεσίας, η επαγγελματική εξουθένωση, η κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους και τα επεισόδια βίας.⁽²⁵³⁻²⁶³⁾ Ωστόσο μυοσκελετικές παθήσεις, καρδιαγγειακά νοσήματα, εργατικά ατυχήματα έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για αποχή, αλλαγή ή και εγκατάλειψη της θέσης εργασίας.^(251,264,265)

Η άσκηση βίας, η κακή μεταχείριση και η άδικη επιβολή κυρώσεων στο χώρο εργασίας επιφέρουν ολέθριες συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη ικανοποίηση, άγχος, αύξηση της κατανάλωσης ουσιών και κατάθλιψη αποτελούν ορισμένες μόνο από αυτές. Αξιοσημείωτα είναι δε τα ποσοστά των υγειονομικών εργαζομένων που έχουν γίνει αποδέκτες κάποιας μορφής παρενόχλησης ή βίας.^(266,267) Η κακή συνεργασία, η απουσία της ομαδικής εργασίας και το σύνδρομο mobbing, η άσκηση δηλαδή ηθικής παρενόχλησης, οδηγεί σε αύξηση της νοσηρότητας των υγειονομικών εργαζομένων, ωθώντας τους σε συνεχείς απουσίες και τελικώς σε απομόνωση, αποκλεισμό, τάσεις φυγής ή εκδίωξη και απομάκρυνση από τη θέση εργασίας και τα καθήκοντα τους.^(156,268)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΚΥΚΛΑΔΕΣ

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αποσκοπούν συγκεκριμένα στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προληπτικής ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας. Μεριμνούν για την αντιμετώπιση και τη νοσηλεία έκτακτων περιστατικών, τη μετανοδοκομειακή φροντίδα, την παροχή φαρμάκων, τη διακομιδή ασθενών, την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής και οδοντιατρικής περίθαλψης. Αποβλέπουν επίσης στην άσκηση ιατρικής της εργασίας, στη διενέργεια ιατροκοινωνικών και επιδημιολογικών ερευνών, στην εκπαίδευση του προσωπικού και την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.⁽²⁶⁹⁾

Λειτουργούν ως αποκεντρωμένες υγειονομικές μονάδες του εκάστοτε Νοσοκομείου με το οποίο συνδέονται διοικητικά και λειτουργικά. Η χωροταξική διάρθρωση των Κ.Υ. προβλέπει αίθουσα ή θάλαμο βραχείας νοσηλείας, τμήμα πρώτων βοηθειών, ιατρεία (π.χ. καρδιολογικό, γυναικολογικό, παιδιατρικό κ.ά.), χειρουργείο ή αίθουσα μικροεπεμβάσεων, οδοντιατρείο, μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, γραφεία διοίκησης και κοινωνικών υπηρεσιών, χώρους αναμονής, κουζίνα και λοιπούς βοηθητικούς χώρους.⁽²⁷⁰⁾ Οι εν λόγω κτιριακές υποδομές προϋποθέτουν την ύπαρξη αντίστοιχου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Ενδεικτικά παρατίθεται μέρος αυτού όπως για παράδειγμα ακτινολογικά μηχανήματα, υπερηχογράφος, μονάδες αποστείρωσης, μικροβιολογικοί αναλυτές, υδραργυρικά πιεσόμετρα, συσκευές παρακολούθησης, προβολείς χειρουργείου, εξεταστικές κλίνες, τροχήλατα φαρμάκων ή αλλαγών, φωτοτυπικά μηχανήματα, ηλεκτρονικοί υπολογιστές, γεννήτρια, τηλεφωνικό κέντρο κ.ά.⁽²⁷⁰⁾

Προκειμένου τα Κ.Υ. να επιδεικνύουν έναν πολυδύναμο χαρακτήρα και μία αυτόνομη-αυτοδύναμη δράση, έχουν καταρτιστεί οργανογράμματα που προβλέπουν την πρόσληψη προσωπικού διαφόρων επαγγελματικών κατηγοριών. Συγκεκριμένα, η ιατρική υπηρεσία στελεχώνεται από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, παθολογίας, ακτινοδιαγνωστικής, βιοπαθολογίας, καρδιολογίας κ.ά.) και υπόχρεους

υπηρεσίας υπαίθρου. Η νοσηλευτική υπηρεσία αντιστοιχώς από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, μαίες-μαιευτές, επισκέπτες-τριες υγείας και βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό. Στο ανθρώπινο δυναμικό των Κ.Υ. συγκαταλέγονται επίσης επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων (π.χ. φυσικοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων και παρασκευαστές, τεχνολόγοι ραδιολογίας – ακτινολογίας και χειριστές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.), τεχνικό και λοιπό βοηθητικό προσωπικό (π.χ. τραυματιοφορείς, τηλεφωνητές, κλητήρες, οδηγοί, πληρώματα ασθενοφόρου κ.ά.) και φυσικά διοικητικοί υπάλληλοι.

Ειδικότερα για το νομό των Κυκλάδων, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Γενικό Νοσοκομείο Σύρου “Βαρδάκειο και Πρώιο” και το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νάξου. Με το Γ.Ν. Σύρου συνδέονται οργανικά – πέρα από Π.Π.Ι και Π.Ι. των Δυτικών Κυκλάδων– τα 7 Κ.Υ. του νομού. Με το Γ.Ν.-Κ.Υ Νάξου συνδέονται το Κ.Υ. Αμοργού, 4 Π.Π.Ι (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία) και τα 3 Π.Ι. (Περιφερειακά Ιατρεία) των Μικρών Κυκλάδων. Στα Κ.Υ (Άνδρου, Τήνου, Μυκόνου, Πάρου, Ίου, Μήλου και Θήρας) υπάγονται αντιστοιχώς Π.Π.Ι ή Π.Ι.

Πέρα από τη γεωγραφική διασπορά, τα Κ.Υ. των Κυκλάδων παρουσιάζουν πληθώρα άλλων ιδιαιτεροτήτων. Η σύνδεση τους με το Γ.Ν. Σύρου αλλά και η μεταξύ τους σύνδεση καθίσταται προβληματική εξαιτίας της φυσικής απόστασης και της έλλειψης τακτικών ακτοπλοϊκών δρομολογίων ή της ανυπαρξίας, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτών. Η ασυνέχεια του γεωγραφικού χώρου και η φυσική απομόνωση των νησιών υποχρεώνουν συχνά τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να εξυπηρετούν περιστατικά επείγουσας ιατρικής φροντίδας ή ασθενείς που χρήζουν δευτεροβάθμιας περίθαλψης.⁽²⁷¹⁾

Εξαιτίας των όσων προαναφέρθηκαν αλλά και λόγω των καιρικών φαινομένων, τα όποια διαδραματίζουν πολλές φορές καθοριστικό ρόλο, δυσχέρειες παρουσιάζονται συχνά στο σύστημα προμηθειών και στην παράδοση υλικών. Η υποστελέχωση αποτελεί ένα ακόμη μείζον θέμα για την εύρυθμη λειτουργία των Κ.Υ. Επιπρόσθετα, η εποχικότητα που καταγράφεται στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στα νησιά διαφοροποιεί ή δυσχεραίνει σε

πολλές περιπτώσεις τη λειτουργία των μονάδων υγείας, επιβαρύνοντας κατ'επέκταση τους εργαζομένους των φορέων αυτών.⁽²⁷¹⁾

Υπό αυτές τις ιδιαιτερότητες λοιπόν, καλείται να εργαστεί το προσωπικό που στελεχώνει τα Κ.Υ της περιοχής των Κυκλάδων. Ιδιομορφίες και ιδιαιτερότητες που δημιούργησαν την ανάγκη διερεύνησης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας που επικρατούν στους χώρους αυτούς. Αν συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι οι περισσότερες αντίστοιχες έρευνες, τόσο στον ελλαδικό χώρο αλλά και διεθνώς, επικεντρώνονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, τότε η ανάγκη αυτή γίνεται εντονότερη και πιο επιτακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

10.1 Σκοπός της έρευνας.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Π.Μ.Σ. "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας". Σκοπός της μελέτης ήταν ο εντοπισμός των προβλημάτων του εργασιακού περιβάλλοντος των Κ.Υ. στην περιοχή των Κυκλάδων, η ανάδειξη των επαγγελματικών κινδύνων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι, η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας τους και τέλος η αναζήτηση της ύπαρξης στοιχειωδών μέτρων πρόληψης στους συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους.

10.2 Υλικό και μέθοδος.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Κ.Υ. των Κυκλάδων που ανήκουν στην περιοχή ευθύνης του Γ.Ν. Σύρου "Βαρδάκειο και Πρώιο". Το δείγμα αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι 7 Κ.Υ. του νομού (Άνδρου, Τήνου, Μυκόνου, Πάρου, Μήλου, Ίου και Θήρας συγκεκριμένα). Για τη διανομή των ερωτηματολογίων χορηγήθηκε άδεια από τη Διοίκηση του Γ. Ν. Σύρου, κατόπιν υποβολής σχετικού αιτήματος. Για τη συλλογή του ερευνητικού υλικού χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο ειδικά διαμορφωμένο για την εξυπηρέτηση των αναγκών της παρούσας μελέτης.

Η τελική διαμόρφωση του εργαλείου μέτρησης προέκυψε μετά από εκτεταμένη βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση από την οποία και ελήφθησαν χρήσιμα στοιχεία. Επιπρόσθετα, ζητήθηκε από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εργαζομένων η αναφορά των σημαντικότερων προβλημάτων και κινδύνων στους οποίους εκτίθενται κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Τέλος ζητήθηκε από ειδικούς και από εργαζόμενους φυσικά, ο σχολιασμός και η υποβολή προτάσεων για το ύφος, το περιεχόμενο και τη μορφή των ερωτήσεων, προκειμένου να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να γίνουν οι δέουσες αλλαγές και τροποποιήσεις.

Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε πέντε ενότητες, περιλαμβάνοντας συνολικά 40 ερωτήσεις κατά πλειοψηφία κλειστού τύπου. Η πρώτη ενότητα (1^η-7^η ερώτηση) αναφέρονταν σε γενικά στοιχεία και συγκεκριμένα στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την

εργασιακή εμπειρία, την ειδικότητα και τέλος στο ωράριο εργασίας. Η δεύτερη ενότητα (8^η-13^η ερώτηση) αναφέρονταν στα πιθανά προβλήματα του εργασιακού περιβάλλοντος. Στην τρίτη ενότητα (14^η-27^η ερώτηση) τέθηκαν ερωτήματα που αφορούσαν τους επαγγελματικούς κινδύνους. Η τέταρτη ενότητα (28^η-34^η ερώτηση) περιελάμβανε ερωτήματα που αφορούσαν τη διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών. Η πέμπτη και τελευταία ενότητα (35^η-40^η ερώτηση) αναφέρονταν σε θέματα πρόληψης και σε προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στους συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αυτοσυμπληρούμενα. Διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν σε χρονικό διάστημα δύο μηνών (Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2011). Προκειμένου να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επιβάλλονταν η στάθμιση του. Για το λόγο αυτό μοιράστηκαν αρχικώς τα ερωτηματολόγια σε 61 εργαζόμενους, οι οποίοι κλήθηκαν σε διάστημα δέκα ημερών να επαναλάβουν τη διαδικασία ακολουθώντας πάντα την ίδια μεθοδολογία. Όπως προέκυψε από την επεξεργασία των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων ο δείκτης αξιοπιστίας Kappa του Cohen κυμαίνεται από 0.41 έως 1 ("μέτρια" έως "σχεδόν απόλυτη συμφωνία"). Στις δε ερωτήσεις που περιελάμβαναν μεταβλητές διάταξης, η αξιοπιστία κυμαίνονταν σε αποδεκτά πλαίσια, με το συντελεστή Cronbach's alpha να λαμβάνει την τιμή 0.713.

Από τα 180 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα 150 (ποσοστό ανταπόκρισης 83.3%), τα οποία αποτέλεσαν και το τελικό δείγμα. Το 42% του δείγματος ήταν άνδρες και το 58% αντιστοίχως γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εντάσσεται στην ηλικιακή ομάδα των 20-35 ετών. Η ελάχιστη τιμή της εργασιακής εμπειρίας ήταν ο 1 χρόνος και η μέγιστη τα 33 χρόνια, με μέση τιμή τα 13 χρόνια και τυπική απόκλιση τα 9 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτέλεσαν απόφοιτοι Δ.Ε.

10.3 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εργαζόμενους αφού είχε προηγηθεί σχετική ενημέρωση από την ερευνήτρια, που αφορούσε

συγκεκριμένα το σκοπό της μελέτης, την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν κάθε έρευνα (ανωνυμία – τήρηση της αρχής της εμπιστευτικότητας) και φυσικά το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής στην μελέτη. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν, μετά την συμπλήρωση τους από τους συμμετέχοντες, σε φάκελο που τους είχε διανεμηθεί μαζί με τα ερωτηματολόγια και παραδόθηκαν κλειστοί στην ερευνήτρια.

10.4 Στατιστική επεξεργασία.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS- Στατιστικό Πακέτο των Κοινωνικών Επιστημών) v. 18.0. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική των δεδομένων, όπως κατασκευή συνεχών μεταβλητών και ανάλυση τους με τη χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα και της δοκιμασίας ANOVA. Για τον έλεγχο της συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής r του Pearson. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p < 0.05$). Πραγματοποιήθηκε επίσης γραμμική παλινδρόμηση. Για την οργάνωση, τη συνοπτική απεικόνιση και τη βέλτιστη, ταυτόχρονα, αποτύπωση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν γραφικές παραστάσεις κατανομής των μεταβλητών.

10.5 Περιορισμοί της μελέτης.

Δεδομένου ότι οι περισσότερες έρευνες, τόσο στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς, αφορούν συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες (π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό κ.ά.) ή γενικότερα τους εργαζομένους των μονάδων παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης και δη εστιασμένα προβλήματα και μεμονωμένους επαγγελματικούς κινδύνους (π.χ. ΜΣΠ, εργασιακό άγχος, επαγγελματική εξουθένωση ή έκθεση σε ακτινοβολία, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες κ.λπ.) δε καθίσταται δυνατή η σύγκριση και η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Δεν υπάρχουν δηλαδή "αναμενόμενα και "φυσιολογικά" ποσοστά στην παρούσα μελέτη.

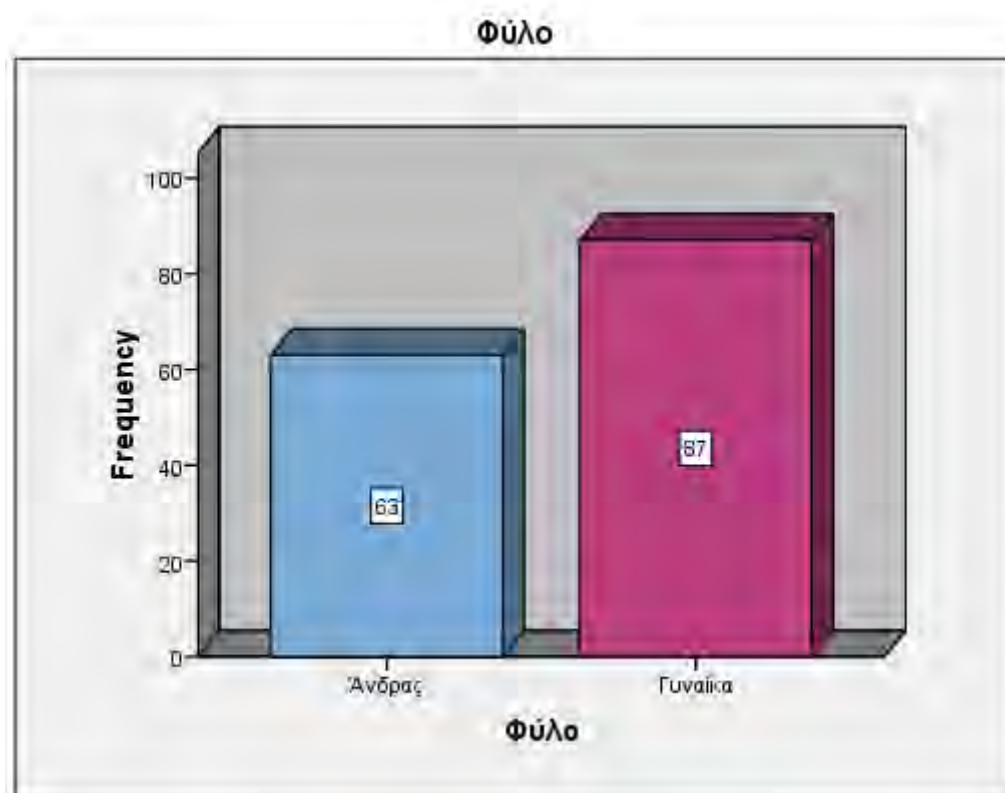
Επιπρόσθετα, θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα προβλήματα υγείας που αναφέρουν οι εργαζόμενοι δεν συνοδεύονται και δεν επιβεβαιώνονται από αντίστοιχο εργαστηριακό ή ιατρικό έλεγχο. Αποτυπώνεται ουσιαστικά η

υποκειμενική εκτίμηση των εργαζομένων και επιχειρείτε μια πρώτη προσέγγιση του θέματος (δεδομένου ότι αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο ζήτημα), μια σκιαγράφιση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας που επικρατούν στους συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

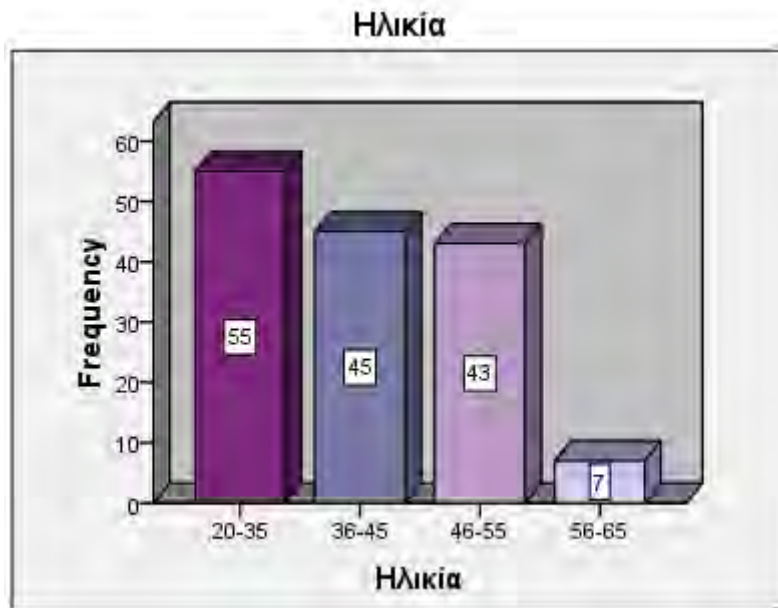
11.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος.

Το δείγμα αποτέλεσαν 150 εργαζόμενοι 7 Κ.Υ. της περιοχής των Κυκλάδων (Ανδρου, Τήνου, Μυκόνου, Πάρου, Ίου, Μήλου και Θήρας). Συγκεκριμένα, 63 άνδρες (42%) και 87 γυναίκες (58%) . Η κατανομή του φύλου αποτυπώνεται στο σχετικό γράφημα.



Γράφημα 1: Κατανομή συχνοτήτων φύλου.

Για την διευκόλυνση της επεξεργασίας των δεδομένων δημιουργήθηκαν τέσσερις ηλικιακές ομάδες, οι οποίες διαμορφώθηκαν ως εξής: 20-35 ετών, 36-45 ετών, 46-55 ετών και 56-65 ετών αντίστοιχα. Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι 55 εργαζόμενοι (36.7%) ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή ομάδα, 45 εργαζόμενοι (30%) στη δεύτερη, 43 εργαζόμενοι (28,7%) στην τρίτη και τέλος 7 εργαζόμενοι (4,7%) στην τέταρτη ηλικιακή ομάδα. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος φαίνεται παραστατικά στο γράφημα που ακολουθεί.



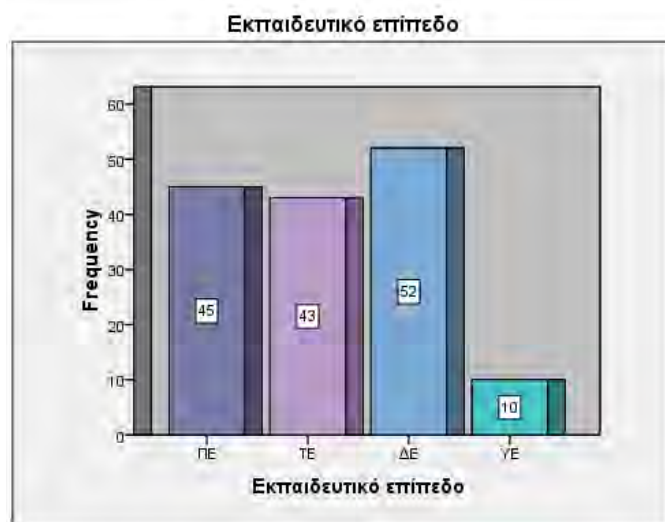
Γράφημα 2: Κατανομή συχνοτήτων ηλικιακών ομάδων.

Οι 76 εργαζόμενοι (50.7%) του δείγματος είναι έγγαμοι. Οι υπόλοιποι 56 εργαζόμενοι (37.3%) δήλωσαν άγαμοι και 18 εργαζόμενοι (12%) δήλωσαν άλλη οικογενειακή κατάσταση. Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων αποτυπώνεται παραστατικά στο ακόλουθο γράφημα.



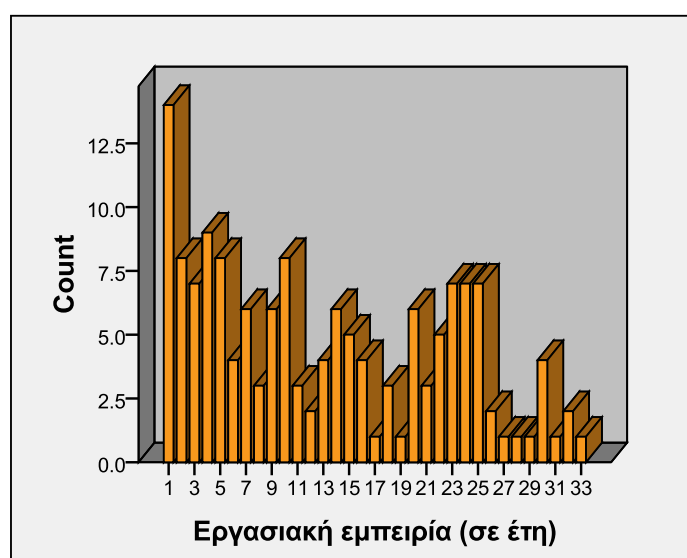
Γράφημα 3: Κατανομή συχνοτήτων οικογενειακής κατάστασης.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων διαμορφώνεται ως εξής: σε ποσοστό 30% (45 άτομα) είναι απόφοιτοι Π.Ε., σε ποσοστό 28.7% (43 άτομα) είναι απόφοιτοι Τ.Ε., σε ποσοστό 34.7% (52 άτομα) είναι Δ.Ε. και σε ποσοστό 6.7% (10 άτομα) είναι Υ.Ε.



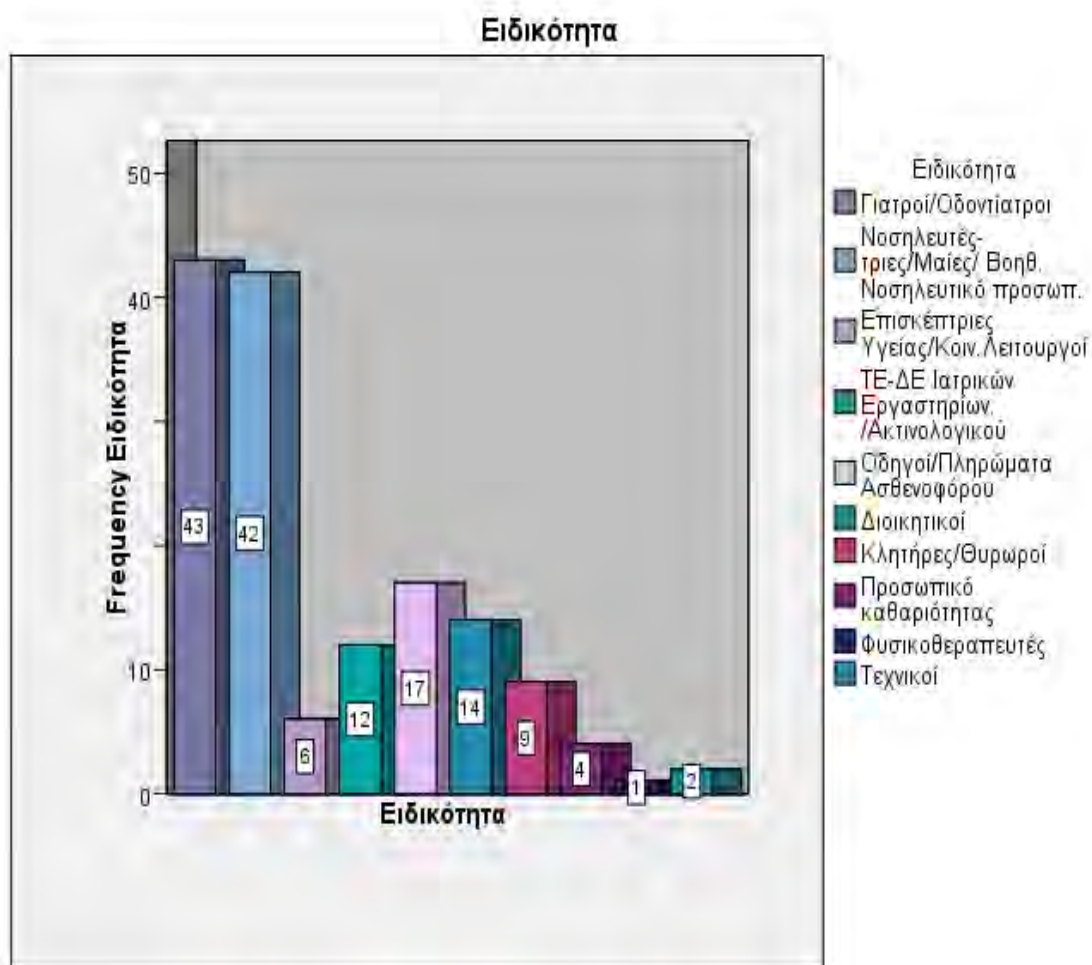
Γράφημα 4: Κατανομή συχνοτήτων εκπαιδευτικού επιπέδου.

Η εργασιακή εμπειρία αποτελεί μια συνεχή μεταβλητή με ελάχιστη τιμή τον 1 χρόνο και μέγιστη τα 33 χρόνια. Η μέση τιμή αυτής υπολογίζεται στα 13 χρόνια, με τυπική απόκλιση τα 9 χρόνια. Ακολουθεί το σχετικό γράφημα.



Γράφημα 5: Κατανομή εργασιακής εμπειρίας σε έτη.

Σε ότι αφορά την ειδικότητα των ερωτηθέντων υπήρξε ομαδοποίηση των επαγγελματικών κατηγοριών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτέλεσαν οι γιατροί – οδοντίατροι (28.7%). Ακολουθεί το νοσηλευτικό προσωπικό (Τ.Ε. και Δ.Ε.) και οι μαίες-τες με ποσοστό 28%. Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται ο ακριβής αριθμός των εργαζομένων ανά επαγγελματική ομάδα.

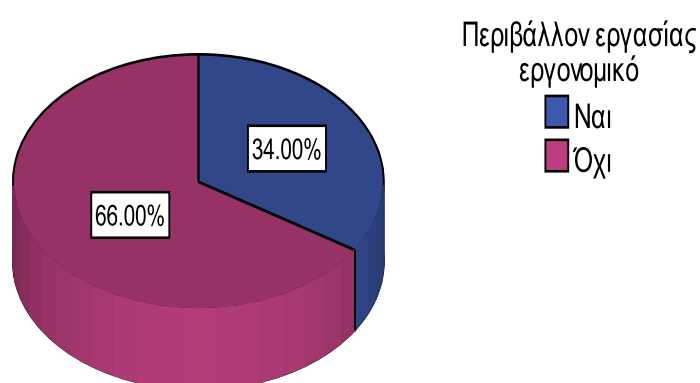


Γράφημα 6: Κατανομή συχνοτήτων ειδικότητας.

Σε σταθερό ωράριο εργασίας απασχολείται το 43.8% του δείγματος. Ωστόσο το 33.7% του δείγματος ακολουθεί κυκλικό ωράριο εργασίας, ενώ το 22.5% έχει εφημερίες. Ο σχετικός πίνακας (Πίν. 1) διατίθεται στο *Παράρτημα*.

Στην 8^η ερώτηση (Πιστεύετε ότι το περιβάλλον εργασίας σας είναι εργονομικό;), 51 εργαζόμενοι έδωσαν θετική απάντηση ενώ 99 έδωσαν αρνητική, αναγνωρίζοντας το ουσιαστικά ως μη εργονομικό. Ακολουθεί το σχετικό γράφημα.

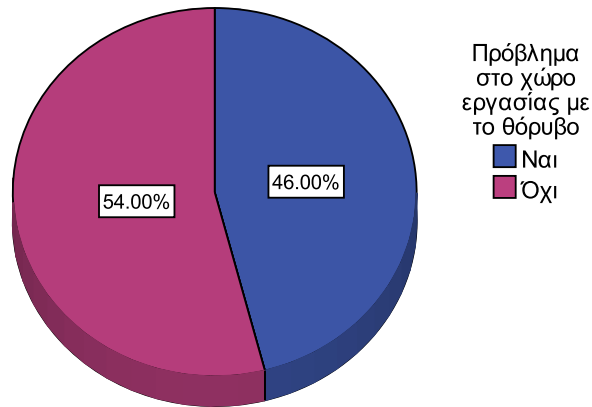
Περιβάλλον εργασίας εργονομικό



Γράφημα 7: *Εργονομικό περιβάλλον εργασίας.*

Στην 9^η ερώτηση (Έχετε πρόβλημα στο χώρο εργασίας σας με το θόρυβο;) 69 εργαζόμενοι έδωσαν θετική απάντηση σε αντιδιαστολή με τους υπόλοιπους 81 εργαζομένους που απάντησαν αρνητικά. Τα ποσοστά των θετικών και αρνητικών απαντήσεων στο συγκεκριμένο ερώτημα φαίνονται στο ακόλουθο γράφημα.

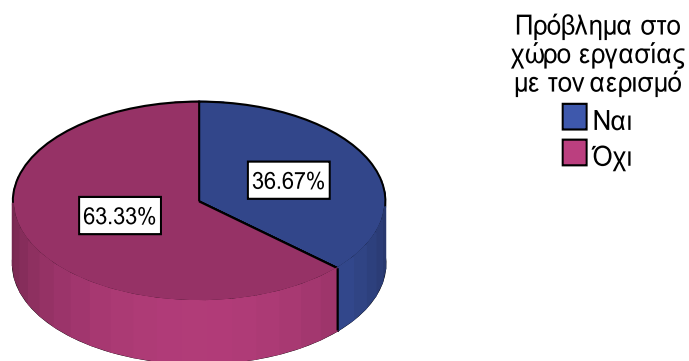
Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με το θόρυβο



Γράφημα 8: Ύπαρξη προβλήματος στον εργασιακό χώρο με το θόρυβο.

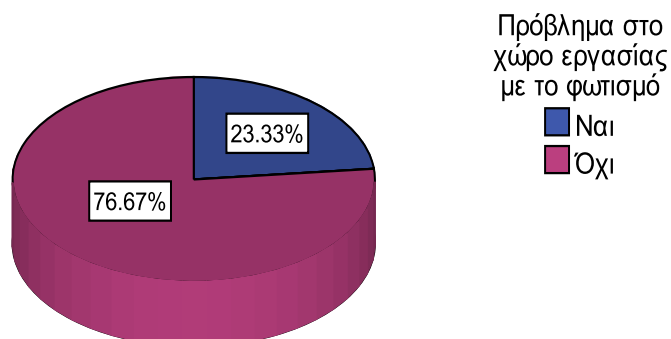
Ακολουθούν γραφήματα που επισημαίνουν τα ποσοστά του δείγματος που απάντησαν θετικά ή αρνητικά στα ερωτήματα για την ύπαρξη προβλημάτων στο χώρο εργασίας με τον αερισμό, τον φωτισμό, τον κλιματισμό και τις σκόνες ή τις ρυπογόνες ουσίες αντιστοίχως.

Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον αερισμό



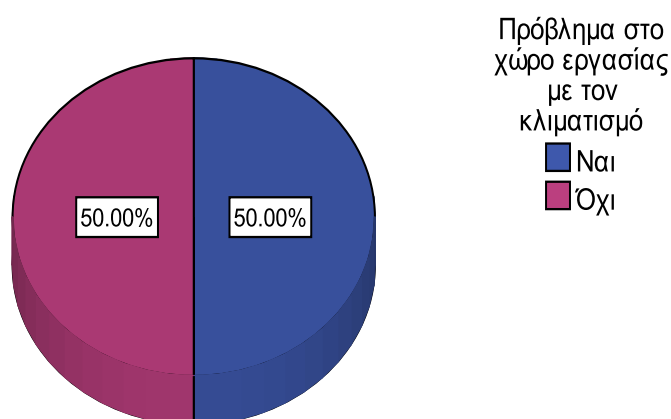
Γράφημα 9: Ύπαρξη προβλήματος στον εργασιακό χώρο με τον αερισμό.

Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με το φωτισμό



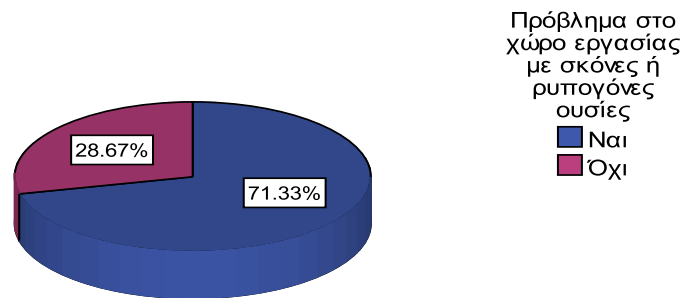
Γράφημα 10: Ύπαρξη προβλήματος στον εργασιακό χώρο με το φωτισμό.

Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό



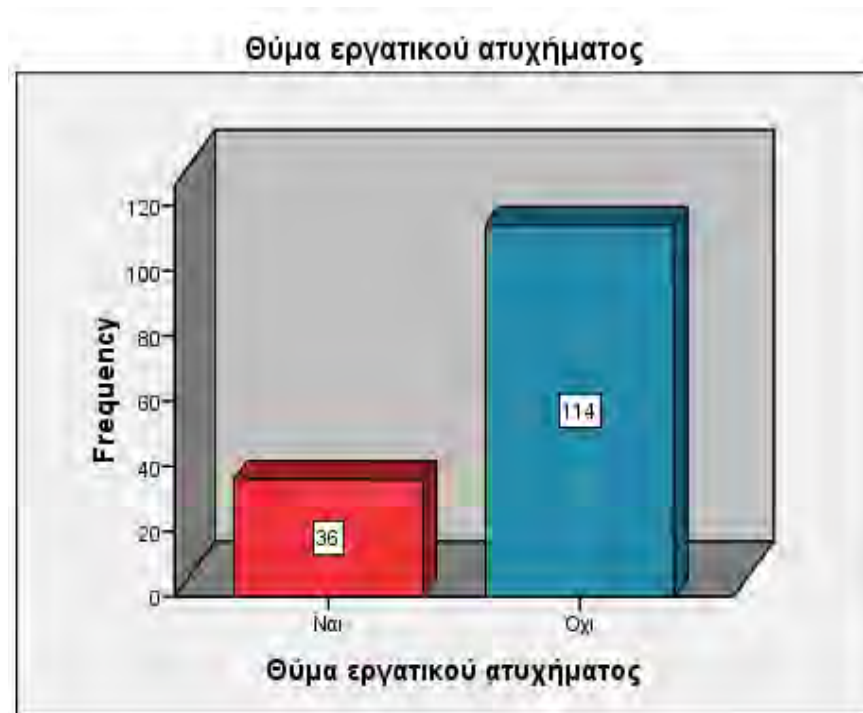
Γράφημα 11: Ύπαρξη προβλήματος στον εργασιακό χώρο με τον κλιματισμό.

Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με σκόνης ή ρυπογόνες ουσίες



Γράφημα 12: Ύπαρξη προβλήματος στον εργασιακό χώρο με τις σκόνης ή τις ρυπογόνες ουσίες.

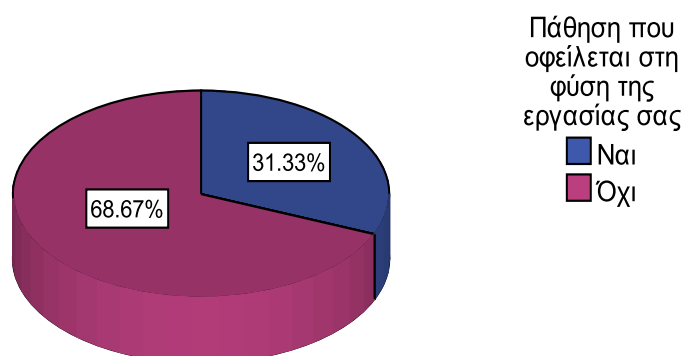
Στην 14^η ερώτηση (Υπήρξατε ποτέ θύμα εργατικού ατυχήματος;) η πλειοψηφία των εργαζομένων (114 άτομα συγκεκριμένα) έδωσε αρνητική απάντηση. Ο αριθμός των εργαζομένων που απάντησαν είτε θετικά, είτε αρνητικά στο προαναφερθέν ερώτημα παρουσιάζεται παρακάτω.



Γράφημα 13: Αριθμός εργαζομένων που υπήρξε θύμα εργατικού ατυχήματος.

Στην ερώτηση "Είχατε στο παρελθόν ή έχετε κάποια πάθηση που να οφείλεται στη φύση της εργασίας σας," το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δίνει αρνητική απάντηση.

Πάθηση που οφείλεται στη φύση της εργασίας σας

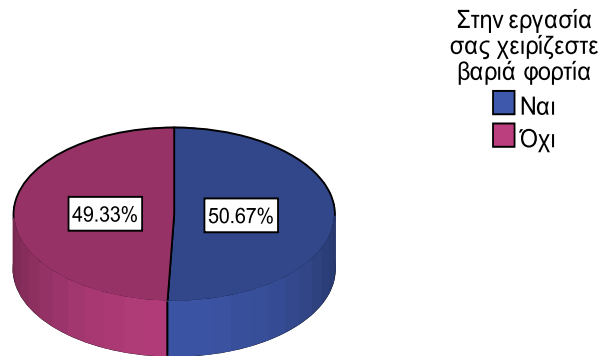


Γράφημα 14: Πάθηση που αποδίδεται στην εργασία.

Η συγκεκριμένη ερώτηση περιελάμβανε και ένα δεύτερο σκέλος, στο οποίο ζητούνταν από τους εργαζόμενους να γίνει αναφορά της παθήσεως εκείνης η οποία, κατά τη γνώμη τους, αποδιδόταν στη φύση της εργασίας τους. Η πλειοψηφία των εργαζομένων, που έδωσαν απάντηση στο συγκεκριμένο υποερώτημα, υπέδειξε τις μυοσκελετικές παθήσεις. Ένα μικρότερο ποσοστό αυτών ανέφερε τις λοιμώξεις, ως σχετιζόμενη με την εργασία τους πάθηση. Αναλυτικότερα στοιχεία (Πίν. 2) παρατίθενται στο *Παράρτημα*.

Στην 16^η ερώτηση (Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας χειρίζεστε βαρέα φορτία;) οι απαντήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής: το 50.67% του δείγματος έδωσε θετική απάντηση σε αντιδιαστολή με το 49.33% του δείγματος που απάντησε αρνητικά. Τα ποσοστά αυτά αποτυπώνονται στο αμέσως επόμενο γράφημα.

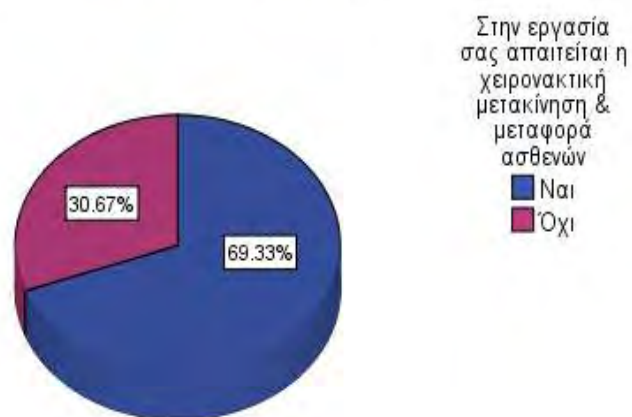
Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία



Γράφημα 15: Χειρισμός βαρέων φορτίων.

Στην 17^η ερώτηση (Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας απαιτείται η χειρονακτική μετακίνηση και μεταφορά ασθενών;) προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

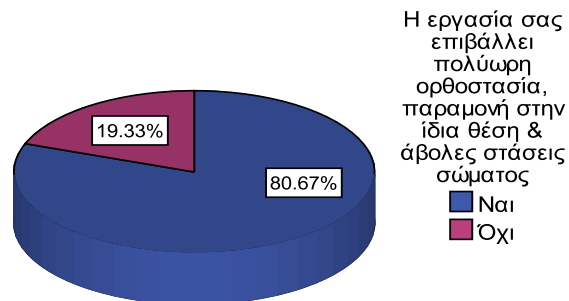
Στην εργασία σας απαιτείται η χειρονακτική μετακίνηση των ασθενών



Γράφημα 16: Χειρονακτική μετακίνηση και μεταφορά ασθενών.

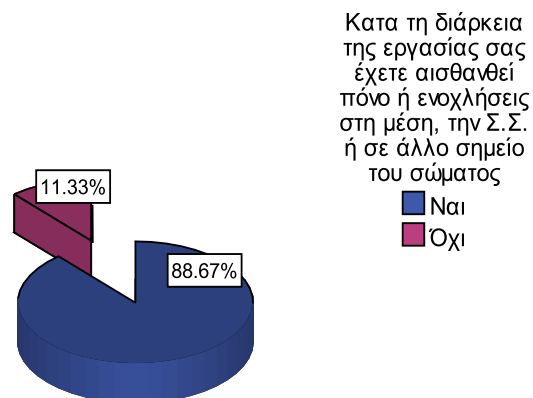
Οι απαντήσεις στην 18^η, 19^η και 20^η ερώτηση καταγράφονται στα επόμενα γραφήματα.

Η εργασία σας επιβάλλει πολύωρη ορθοστασία



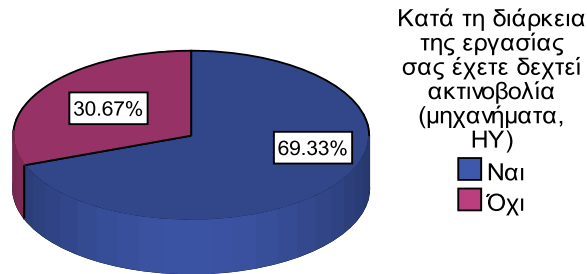
Γράφημα 17: Πολύωρη ορθοστασία, παραμονή στην ίδια θέση & άβολες στάσεις σώματος.

Κατα τη διάρκεια της εργασίας σας έχετε αισθανθεί πόνο στη μέση ή σε άλλο σημείο



Γράφημα 18: Πόνος ή ενοχλήσεις στη μέση, την Σπονδυλική Στήλη ή σε άλλο σημείο του σώματος.

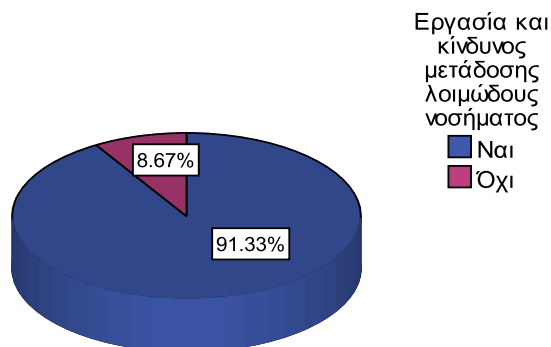
Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας έχετε δεχτεί ακτινοβολία



Γράφημα 19: Έκθεση σε ακτινοβολία μηχανημάτων και Ηλεκτρονικών Υπολογιστών.

Στην 21^η ερώτηση οι εργαζόμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά στο αν διατρέχουν τον κίνδυνο μετάδοσης κάποιου λοιμογόνου παράγοντα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων στο παραπάνω ερώτημα είναι αξιοσημείωτο.

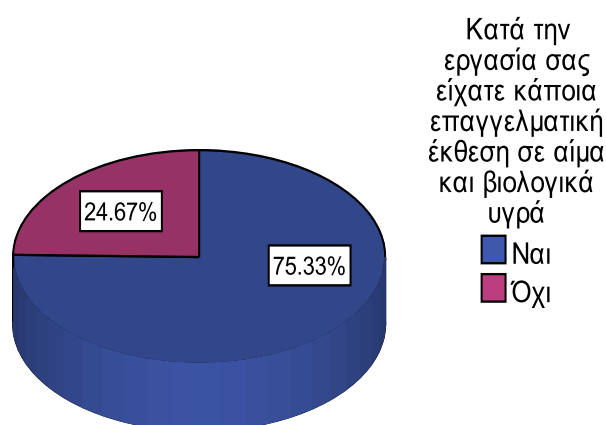
Εργασία και κίνδυνος μετάδοσης λοιμώδους νοσήματος



Γράφημα 20: Εργασία και κίνδυνος μετάδοσης λοιμώδους νοσήματος.

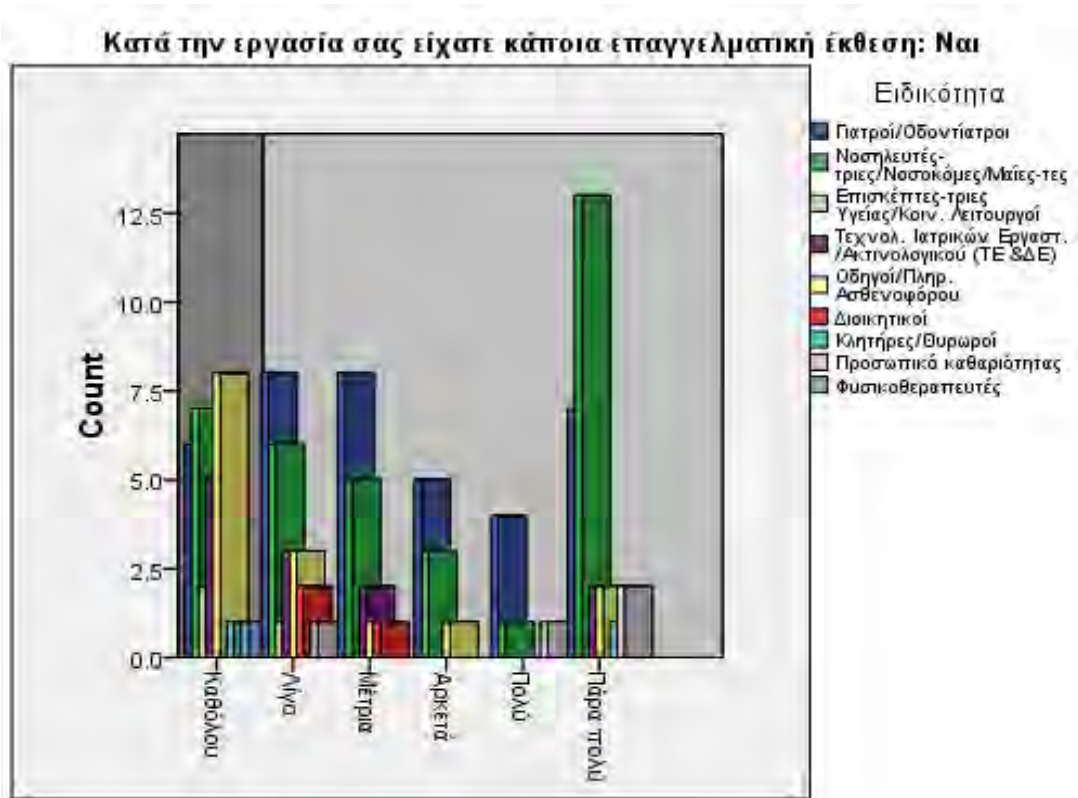
Στην 22^η ερώτηση ζητήθηκε από το δείγμα να απαντήσει εάν κατά τη διάρκεια της εργασίας του είχε κάποια επαγγελματική έκθεση, όπως διαδερμικό τραυματισμό ή έκθεση του δέρματος και των βλεννογόνων σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά. Οι απαντήσεις αποτυπώνονται παραστατικά στο ακόλουθο γράφημα.

Κατά την εργασία σας είχατε κάποια επαγγελματική έκθεση



Γράφημα 21: Επαγγελματική έκθεση σε αίμα και άλλα βιολογικά υγρά.

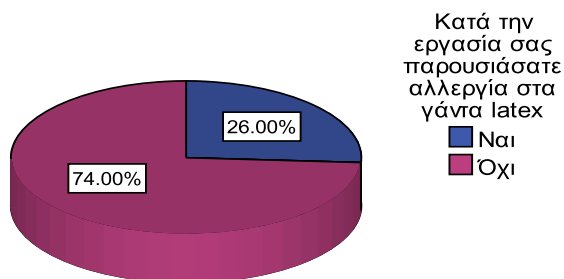
Όσοι απάντησαν αρνητικά στο παραπάνω ερώτημα καλούνταν να παραλείψουν την 23^η ερώτηση και να μεταβούν απευθείας στην 24^η. Από τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην προαναφερθείσα ερώτηση, ζητήθηκε να καταγραφεί η συχνότητα (καθόλου, λίγο, μέτρια, αρκετά, πολύ και πάρα πολύ) και το είδος της επαγγελματικής έκθεσης (ερώτηση 23^η). Η επαγγελματική έκθεση αφορούσε τη διαδερμική επαφή με αίμα, τη δερματική επαφή με άλλα βιολογικά υγρά, την επαφή των βλεννογόνων, το τρύπημα με βελόνα και τέλος το κόψιμο με ψαλίδι ή χειρουργικό νυστέρι. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποια από τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Τα υπόλοιπα παρατίθενται αναλυτικά στο *Παράρτημα* (Γραφ.2-5).



Γράφημα 22: Συχνότητα επαγγελματικής έκθεσης σε τρυπήματα από βελόνα ανά επαγγελματική ομάδα.

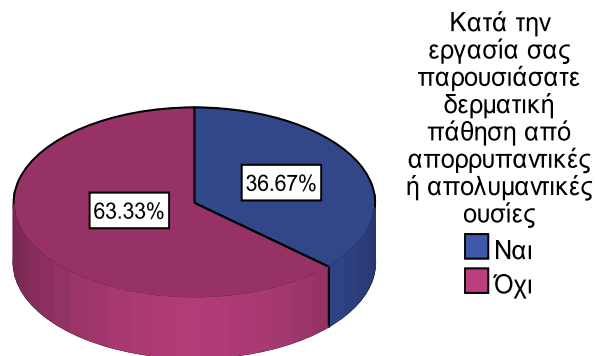
Οι απαντήσεις στην 24^η, 25^η, 26^η και 27^η ερώτηση αποτυπώνονται στα αμέσως επόμενα γραφήματα.

Κατά την εργασία σας παρουσιάσατε αλλεργία στα γάντια latex



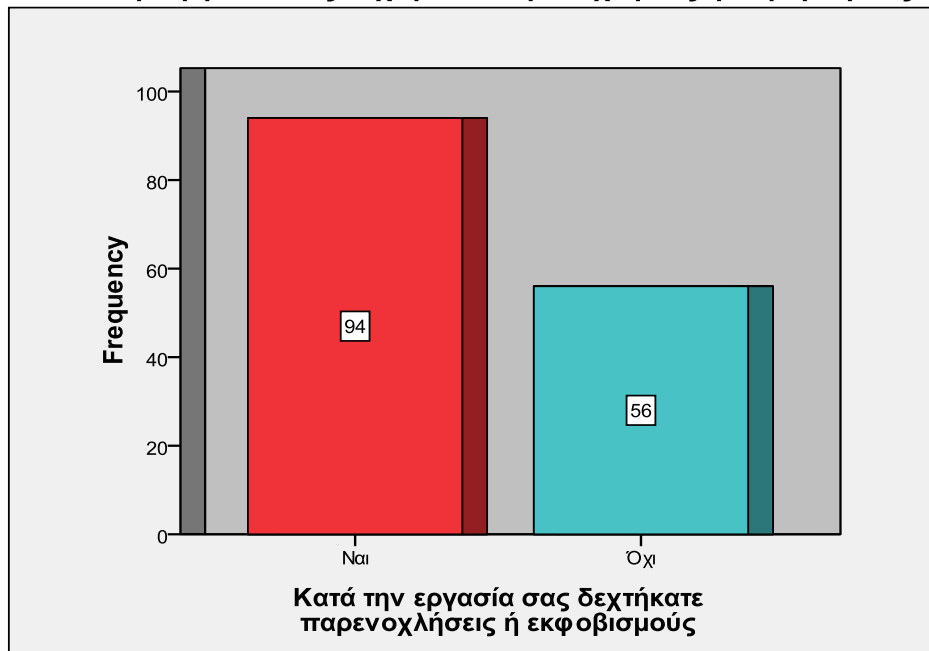
Γράφημα 23: Εκδήλωση αλλεργίας στα γάντια latex.

Κατά την εργασία σας παρουσιάσατε δερματική πάθηση



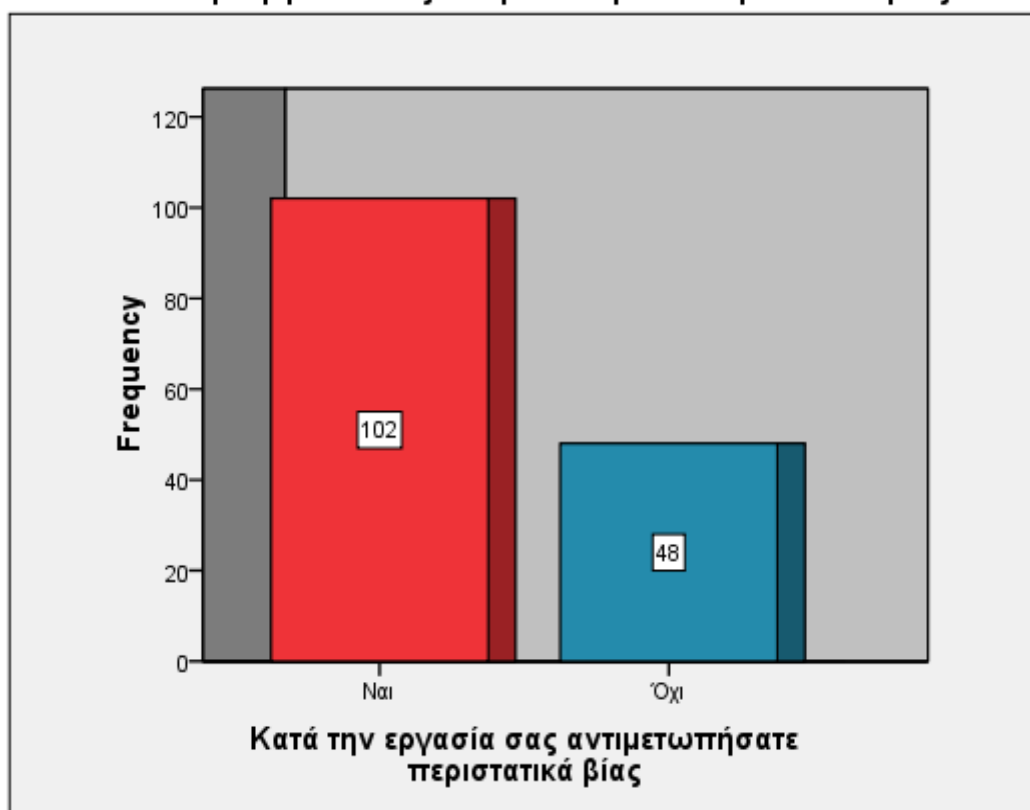
Γράφημα 24: Εκδήλωση δερματικής πάθησης από τη χρήση απολυμαντικών ή απορρυπαντικών ουσιών.

Κατά την εργασία σας δεχθήκατε παρενοχλήσεις ή εκφοβισμούς



Γράφημα 25: Κατανομή συχνότητας παρενοχλήσεων ή εκφοβισμών στο χώρο εργασίας.

Κατά την εργασία σας αντιμετωπήσατε περιστατικά βίας



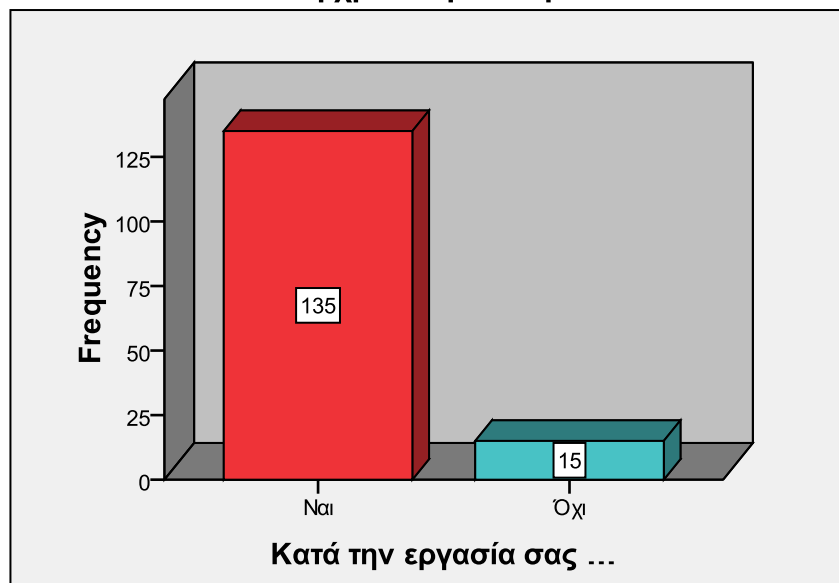
Γράφημα 26: Κατανομή συχνοτήτων περιστατικών ή απειλών βίας στο χώρο εργασίας.

Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνήθηκαν οι συνθήκες εργασίας. Τέθηκαν λοιπόν ερωτήματα που ζητούσαν να διευκρινιστεί η ύπαρξη συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον (ερώτηση 28^η), φόρτου εργασίας και χρονικών πιέσεων (ερώτηση 29^η), πνευματικής και ψυχικής εξάντλησης (ερώτηση 30^η), μεγάλου βαθμού ευθύνης (ερώτηση 31^η), μονοτονίας και επαναληψιμότητας (ερώτηση 32^η), έντονου ρυθμού εργασίας (33^η ερώτηση), νευρικότητας και άγχους (ερώτηση 34^η). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα γραφήματα που έπονται.



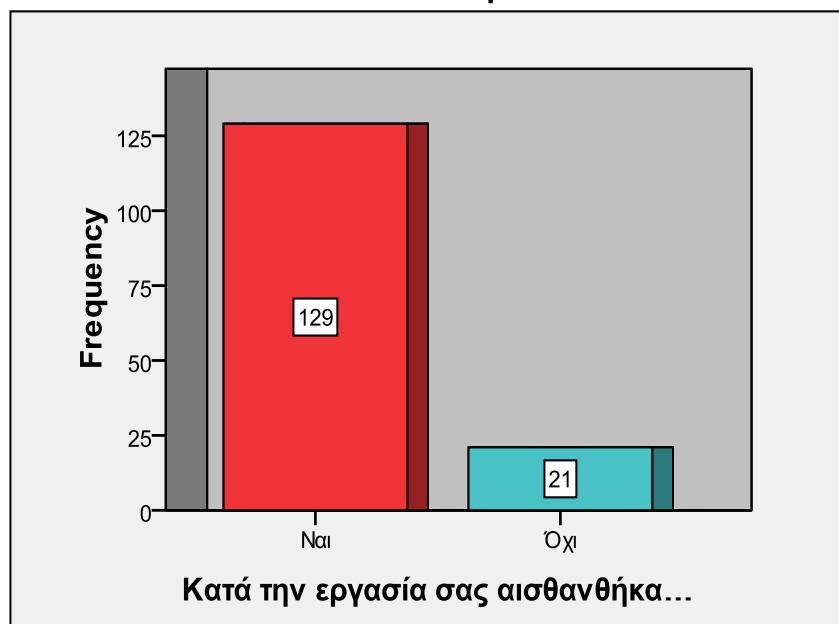
Γράφημα 27: Καταγραφή συχνότητας επαγγελματικών συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Κατά την εργασία σας αντιμετωπήσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση



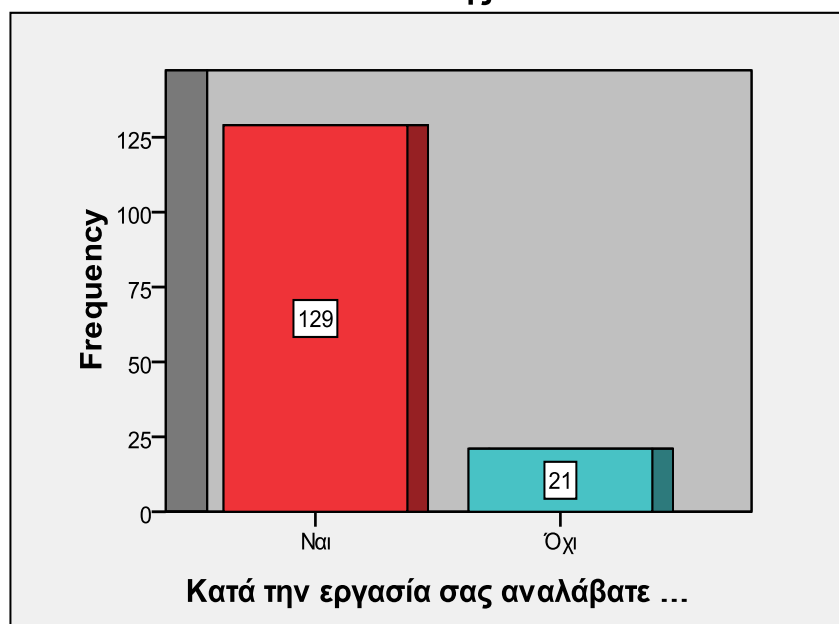
Γράφημα 28: Ύπαρξη φόρτου εργασίας ή χρονικής πίεσης στο εργασιακό περιβάλλον.

Κατά την εργασία σας αισθανθήκατε πνευματική κόπωση



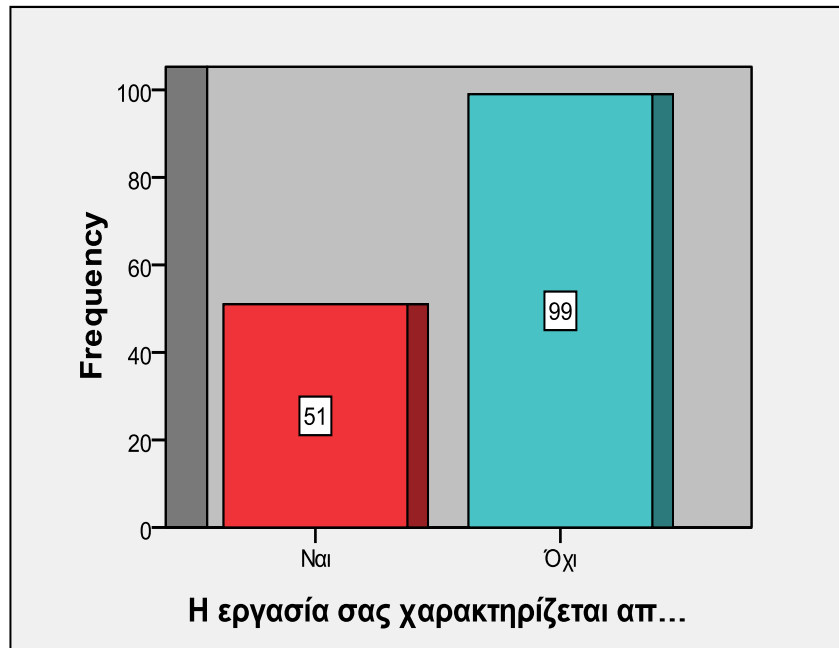
Γράφημα 29: Ύπαρξη πνευματικής κόπωση και ψυχικής εξάντλησης στους εργαζομένους των Κ.Υ.

Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης



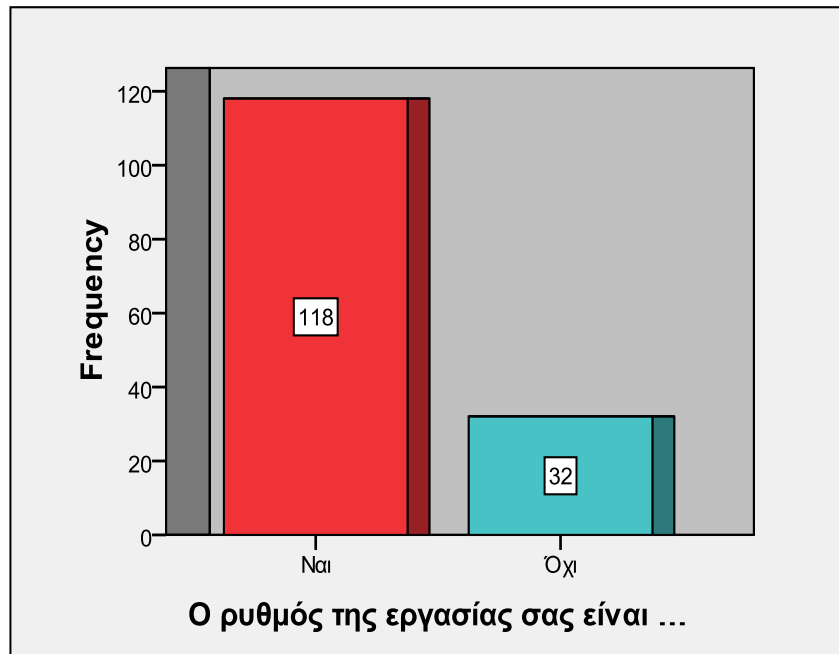
Γράφημα 30: Ανάληψη μεγάλου βαθμού ευθύνης στα πλαίσια της εργασίας.

Η εργασία σας χαρακτηρίζεται απο μονοτονία και επαναληψιμότητα



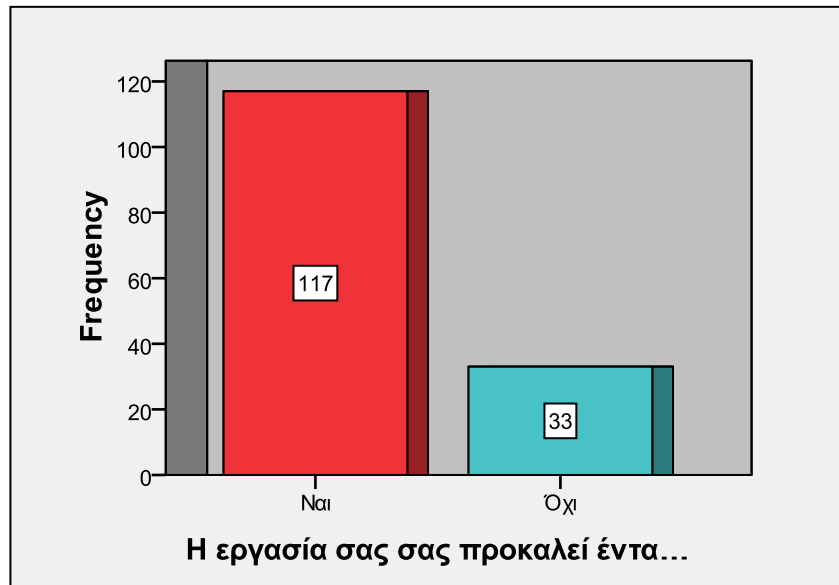
Γράφημα 31: Χαρακτηρισμός της εργασίας από μονοτονία και επαναληψιμότητα.

Ο ρυθμός της εργασίας σας είναι έντονος



Γράφημα 32: Ύπαρξη έντονου ρυθμού εργασίας.

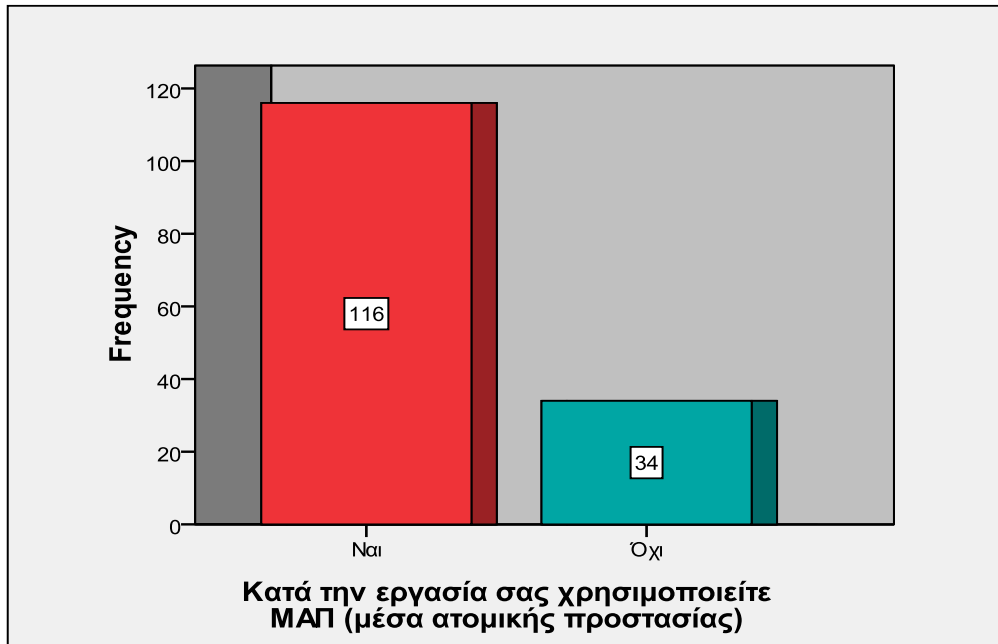
Η εργασία σας σας προκαλεί ένταση, νευρικότητα και άγχος



Γράφημα 33: Ύπαρξη έντασης, νευρικότητας και άγχους στους εργαζομένους των Κ.Υ.

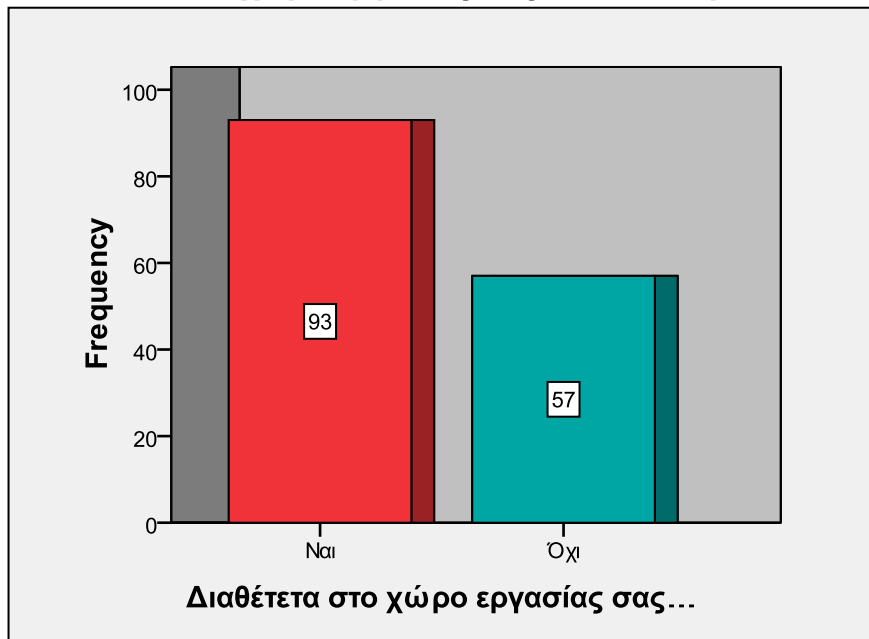
Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος επιχειρήθηκε να διευκρινιστεί η ύπαρξη στοιχειωδών μέτρων πρόληψης στους χώρους των υπό μελέτη Κ.Υ. Τέθηκαν λοιπόν ερωτήματα τα οποία αφορούσαν τη χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας (35^η ερώτηση), την διάθεση των απαιτούμενων ΜΑΠ στους συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους (36^η ερώτηση), την ύπαρξη γραπτής εκτίμησης επαγγελματικών κινδύνων (37^η ερώτηση), πρωτοκόλλου επαγγελματικής έκθεσης (38^η ερώτηση) και ανάλογης εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (39^η ερώτηση). Ζητήθηκε τέλος από τους εργαζομένους των συγκεκριμένων Κ.Υ. να γίνουν προτάσεις που θα συντελούσαν, κατά την εκτίμηση τους, στη βελτίωση των συνθηκών Υ.Α.Ε. του χώρου εργασίας τους (40^η ερώτηση). Ακολουθούν τα σχετικά γραφήματα.

Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)



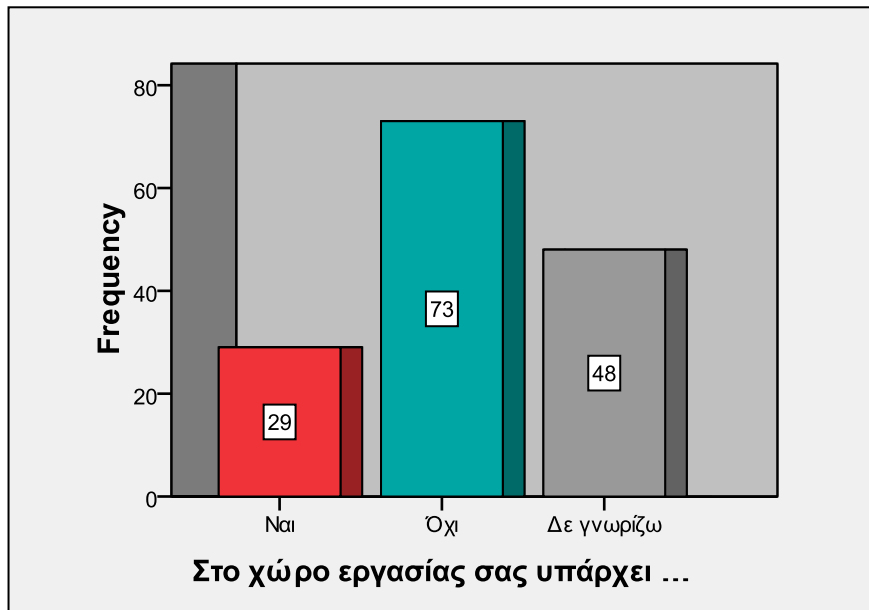
Γράφημα 34: Χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας από τους εργαζόμενους των Κ.Υ.

Διαθέτητα στο χώρο εργασίας σας τα απαιτούμενα ΜΑΠ



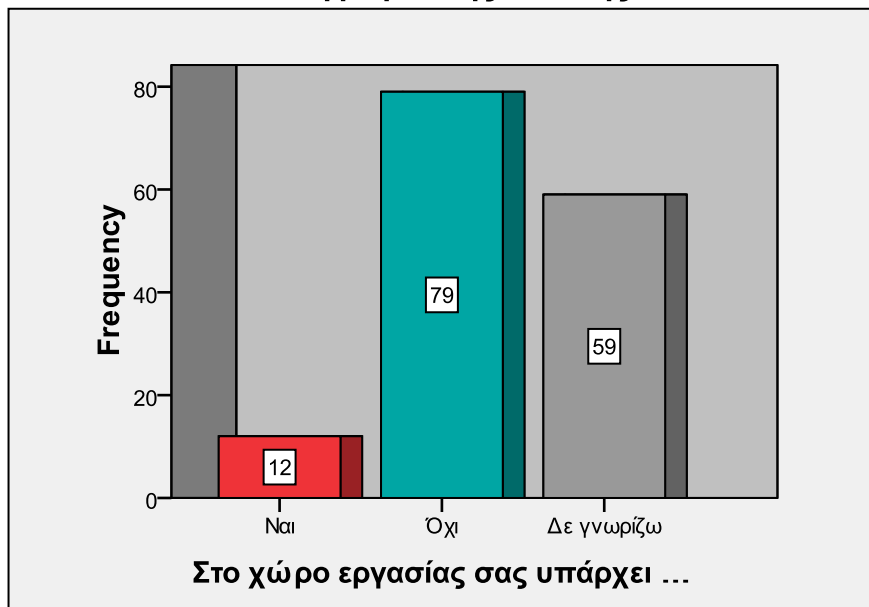
Γράφημα 35: Ύπαρξη Μέσων Ατομικής Προστασίας στους χώρους εργασίας των Κ.Υ.

Στο χώρο εργασίας σας υπάρχει γραπτή εκτίμηση επαγγελματικών κινδύνων



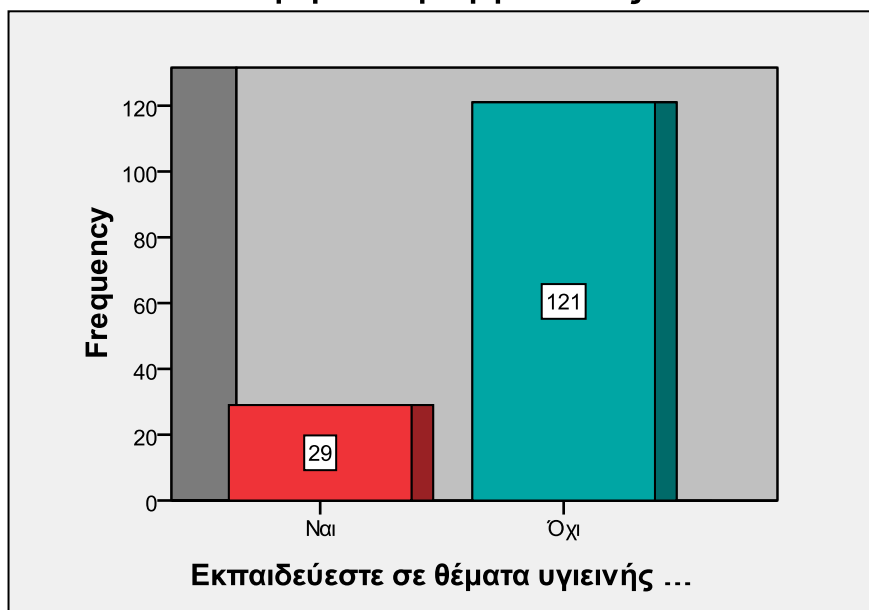
Γράφημα 36: Ύπαρξη γραπτής εκτίμησης επαγγελματικών κινδύνων στους χώρους εργασίας των Κ.Υ.

Στο χώρο εργασίας σας υπάρχει πρωτόκολλο επαγγελματικής έκθεσης



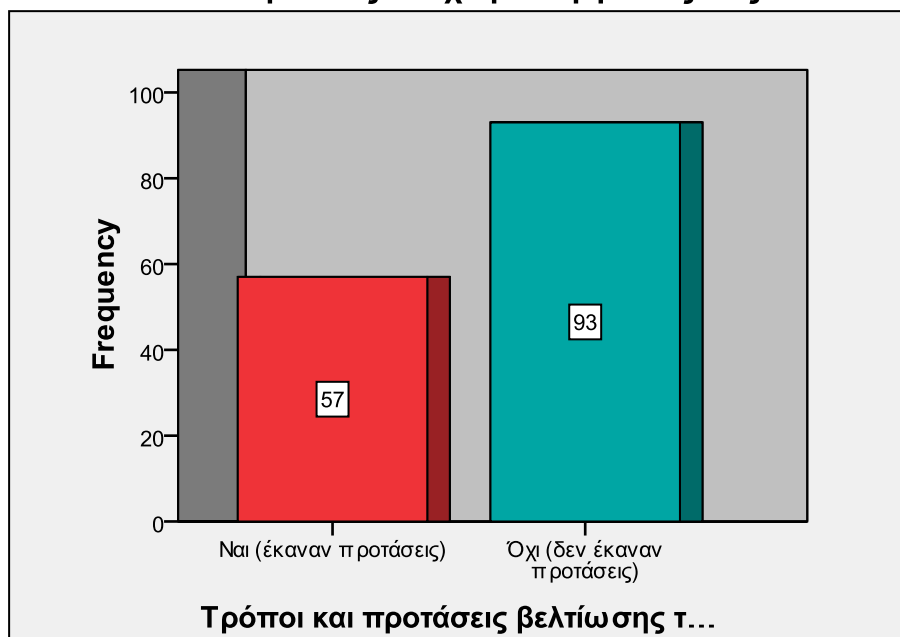
Γράφημα 37: Ύπαρξη πρωτοκόλλου επαγγελματικής έκθεσης στους χώρους εργασίας των Κ.Υ.

Εκπαιδεύεστε σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας που αφορούν την εργασία σας



Γράφημα 38: Ύπαρξη εκπαίδευσης του προσωπικού, σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

Τρόποι και προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας του χώρου εργασίας σας



Γράφημα 39: Διενέργεια προτάσεων από τους εργαζομένους των Κ.Υ., σε θέματα βελτίωσης των συνθηκών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά γενική ομολογία, οι μονάδες παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν εργασιακούς χώρους που εγκυμονούν πολυάριθμους και σοβαρότατους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια του προσωπικού τους. Οι εργαζόμενοι των Κ.Υ. της περιοχής των Κυκλάδων έρχονται να επικυρώσουν το γεγονός αυτό. Πιστοποιούν την ύπαρξη προβλημάτων στον εργασιακό τους χώρο και επιβεβαιώνουν την έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες κινδύνου. Αναγνωρίζουν επίσης τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας και καταδεικνύουν την απουσία στοιχειωδών μέτρων πρόληψης.

12.1 Περιβάλλον εργασίας.

Το περιβάλλον εργασίας των Κ.Υ. χαρακτηρίζεται από την πλειοψηφία των εργαζομένων (66%) ως μη εργονομικό. Διάφορα προβλήματα αυτού, αναδύονται από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Το μεγαλύτερο ποσοστό (71.33%) των εργαζομένων, που μετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα, επισημαίνει την ύπαρξη προβλήματος στο χώρο εργασίας με τις σκόνης ή τις ρυπογόνες ουσίες. Ένα μικρότερο, αλλά όχι αμελητέο, ποσοστό (50%) αυτών αναφέρει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με τον κλιματισμό. Την ύπαρξη αντίστοιχων προβλημάτων επιβεβαιώνει μελέτη που διεξήγαγε το ΕΛ.ΙΝ.Α.Ε. σε Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία της χώρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής το 71.2% του ιατρικού προσωπικού, το 68.4% του παραϊατρικού και το 66.2% του νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρει ότι έχει πρόβλημα στον εργασιακό του χώρο με τις σκόνης. Ομοίως το 50% του τεχνικού προσωπικού και το 48.3% των διοικητικών υπαλλήλων αναφέρουν πρόβλημα με τον κλιματισμό.⁽²⁾

Από την περαιτέρω επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψαν και κάποια άλλα χρήσιμα στοιχεία. Υπήρξε, συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ύπαρξης ή όχι προβλήματος στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό ($p=0.04$). Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι Π.Ε. (στην πλειοψηφία τους γιατροί) είναι πιθανότερο να μην αντιμετωπίσουν πρόβλημα με τον κλιματισμό (σχετικός πίνακας διατίθεται στο *Παράρτημα-Πίν.3*). Γεγονός που ενδεχομένως να ερμηνεύεται από την πιθανή

ύπαρξη ευνοϊκότερων συνθηκών (ύπαρξη κλιματισμού ή σωστή λειτουργία αυτού) στο χώρο εργασίας τους.

12.2 Επαγγελματικοί κίνδυνοι.

Το 69.33% του δείγματος επισήμανε ότι κατά την άσκηση των καθηκόντων του απαιτείται η χειρονακτική μετακίνηση και μεταφορά ασθενών. Γεγονός άκρως ανησυχητικό αφού η συγκεκριμένη πρακτική αποτελεί τη βασικότερη αιτία πρόκλησης μυοσκελετικών παθήσεων.^(75,76,184) Άλλωστε, η άρση και η χειρωνακτική διακίνηση των ασθενών αναγνωρίζονται, από τους εργαζομένους των μονάδων υγείας, ως οι πιο κουραστικές και επίπονες εργασίες.^(37,80) Επιπρόσθετα, η φύση της απασχόλησης των υπό μελέτη εργαζομένων επιβάλλει (σε ποσοστό 80.67%) την πολύωρη ορθοστασία, τις άβολες στάσεις σώματος και την στατική εργασία. Πρακτικές που ενώ αποτελούν μια αναγκαιότητα^(83,93) από την άλλη πλευρά δύναται να επιφέρουν μυϊκή κόπωση, κακώσεις και τραυματισμούς.⁽⁹⁰⁾

Εύλογα λοιπόν το 88.67% του δείγματος παρατηρεί ενοχλήσεις ή πόνους στη μέση, στην σπονδυλική στήλη ή σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος. Ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (91.33%) πιστεύει ότι διατρέχει τον κίνδυνο μετάδοσης κάποιου λοιμογόνου παράγοντα. Πεποίθηση άκρως δικαιολογήσιμη εφόσον μόνο η πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β, στους υγειονομικούς εργαζομένους, κυμαίνεται σε ποσοστά της τάξης του 6-30%.^(51,98) Πεποίθηση που δικαιολογείται ταυτόχρονα και από το υψηλό ποσοστό (75.33%) επαγγελματικής έκθεσης του πληθυσμού της μελέτης σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά. Περισσότερο εκτεθειμένες εμφανίζονται οι επαγγελματικές ομάδες των ιατρών - οδοντιάτρων και των νοσηλευτών/τριών νοσοκόμων και μαιών. Γεγονός που επιβεβαιώνεται άλλωστε και από σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές^(9,167,169) ή από αποτελέσματα μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας.^(163,166)

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι μόλις το 24% του δείγματος δήλωσε ότι έχει υποστεί κάποιο επαγγελματικό ατύχημα. Ενώ οι τραυματισμοί από βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα αποτελούν τα συχνότερα ατυχήματα για το προσωπικό του υγειονομικού τομέα,^(9,51,95) εντούτοις πολλές φορές δεν αναφέρονται και δεν καταγράφονται (συνήθως λόγω αμέλειας, απροθυμίας,

φόρτου εργασίας, φόβου ή υποτίμησης του επικείμενου κινδύνου λοίμωξης).^(162,161,174-176) Γεγονός που μπορεί να ερμηνεύει ή να εξηγεί την αναντιστοιχία του ποσοστού επαγγελματικής έκθεσης με το ποσοστό παραδοχής ατυχήματος.

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό του δείγματος (62.7%) έχει δεχτεί παρενοχλήσεις ή εκφοβισμό στην εργασία του. Τα αποτελέσματα σχετικής μελέτης, που αφορούσε 304 εργαζομένους Κ.Υ. και νοσοκομείων της χώρας, αποκαλύπτουν ότι το 45.7% του δείγματος είχε υποστεί ηθική παρενόχληση.⁽²⁶⁶⁾ Τέλος το 68% του πληθυσμού της μελέτης αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της εργασίας του χρειάστηκε να αντιμετωπίσει περιστατικά ή απειλές βίας, με τις γυναίκες να αποτελούν τα πιθανότερα θύματα ($p=0.01$) των συμβάντων αυτών (ο σχετικός πίνακας διατίθεται στο *Παράρτημα-Πίν.4*). Η βία στον εργασιακό χώρο των μονάδων παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί δυστυχώς μια αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα.^(130,133,137) Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας αποτελούν την πρώτη επαγγελματική ομάδα σε συχνότητα βίαιων συμβάντων.⁽¹³⁷⁾

12.3 Συνθήκες εργασίας.

Το 68% του πληθυσμού της μελέτης παραδέχεται ότι έχει αντιμετωπίσει συγκρούσεις με συναδέλφους ή προϊσταμένους. Αφενός η συνύπαρξη πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων στον ίδιο χώρο εργασίας και αφετέρου η ύπαρξη δυσμενών συνθηκών εργασίας, ίσως να δικαιολογεί το γεγονός αυτό. Σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των εργαζομένων η ύπαρξη φόρτου εργασίας ή χρονικής πίεσης στα πλαίσια της εργασίας αποτελεί ένα ζήτημα με καθολική σχεδόν παραδοχή (90%). Μάλιστα, ο έλεγχος χ^2 δείχνει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και της αντιμετώπισης φόρτου εργασίας ή χρονικής πίεσης ($\chi^2=8.4, df=3, n=150, p=0.04 < 0.05$), με αποτέλεσμα η ηλικιακή ομάδα των 20-35 ετών να κληθεί, πιθανότερα, να αντιμετωπίσει το γεγονός αυτό (ο σχετικός πίνακας παρατίθεται στο *Παράρτημα-Πίν.5*). Εξίσου εντυπωσιακά ποσοστά προκύπτουν όμως και για άλλες παραμέτρους.

Αναλυτικότερα, το 86% του δείγματος αναφέρει ότι έχει αισθανθεί πνευματική κόπωση, ψυχική εξάντληση και εξουθένωση. Στοιχεία τα οποία χαρακτηρίζουν το σύνδρομο burnout. Πολυάριθμες μελέτες και βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνουν την εκδήλωση των συγκεκριμένων φαινομένων στους επαγγελματίες υγείας.⁽²⁴⁶⁻²⁵⁰⁾ Το 86% και πάλι των εργαζομένων επισημαίνει ότι στα πλαίσια της εργασίας του καλείται να αναλάβει μεγάλο βαθμό ευθύνης. Ο έλεγχος χ^2 δείχνει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ανάληψης μεγάλου βαθμού ευθύνης ($\chi^2=14.7, df=3, n=150, p=0.002 < 0.05$). Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι Π.Ε. είναι πιο πιθανό να χρειαστεί να αναλάβουν μεγάλο βαθμό ευθύνης σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους (Πίνακας 6 στο *Παράρτημα*). Οι εργαζόμενοι Π.Ε. είναι στην πλειοψηφία τους γιατροί, οι οποίοι καλούνται σε καθημερινή βάση να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για τις ζωές των ασθενών τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονα την ευθύνη των αποφάσεων αυτών.

Το 78% του δείγματος παραδέχτηκε ότι η εργασία στους χώρους των Κ.Υ. επιφέρει ένταση, άγχος και νευρική κατάσταση. Η ύπαρξη συγκρούσεων στο χώρο εργασίας, το αίσθημα του κινδύνου από την πιθανή μετάδοση κάποιου μολυσματικού παράγοντα, η εντατικοποίηση της εργασίας, ο φόρτος εργασίας και η ανάληψη μεγάλου βαθμού ευθύνης αποτελούν παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση του εργασιακού άγχους.^(9,156,235,240) Επομένως τα αποτελέσματα των σχετικών ερωτήσεων μπορεί να έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους.

12.4 Πρόληψη.

Αν και το 77.3% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι χρησιμοποιεί Μέσα Ατομικής Προστασίας, μόλις το 62% αυτών αναγνωρίζει ότι ο χώρος εργασίας του διαθέτει τα απαιτούμενα ΜΑΠ. Ίσως οι δυσχέρειες που παρουσιάζονται στην προμήθεια των υλικών και οι ελλείψεις που παρατηρούνται κατά διαστήματα να δικαιολογούν τη διαφοροποίηση αυτή. Ο έλεγχος χ^2 δείχνει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της χρήσης ή όχι ΜΑΠ ($\chi^2=9, df=3, n=150, p=0.03 < 0.05$). Οι εργαζόμενοι ΔΕ είναι πιο πιθανό να μην χρησιμοποιήσουν ΜΑΠ κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, σε ποσοστό 35.3% (Πίνακας 7 στο *Παράρτημα*). Ενδεχομένως η

ελλιπής ενημέρωση ή η άγνοια των επικείμενων κινδύνων να δικαιολογεί το αποτέλεσμα αυτό.

Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων αγνοεί την ύπαρξη της γραπτής εκτίμησης επαγγελματικών κινδύνων. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι είτε δεν γνωρίζουν ότι στο χώρο εργασίας τους διατίθεται η συγκεκριμένη (48.7%), είτε πιστεύουν σε ποσοστό 32% ότι δεν υπάρχει. Αντιστοίχως και για το πρωτόκολλο επαγγελματικής έκθεσης, το 52.7% των εργαζομένων πιστεύει ότι δεν υπάρχει σε αντιδιαστολή με το 39.3% που δηλώνει ότι δεν γνωρίζει κάτι σχετικό. Η απουσία εκπαίδευσης σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας είναι αισθητή, αφού το 80.7% του δείγματος μαρτυρεί ότι δεν έχει λάβει σχετική εκπαίδευση.

12.5 Άλλα ευρήματα.

Το 46% των εργαζομένων αντιμετωπίζει πρόβλημα στο χώρο εργασίας του με το θόρυβο ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (23.33%) με το φωτισμό. Το 31.33% αναφέρει ότι έχει εκδηλώσει κάποια σχετιζόμενη με την εργασία του πάθηση. Πρώτες σε συχνότητα αναφερόμενες παθήσεις είναι οι μυοσκελετικές και ακολουθούν οι λοιμώξεις. Οι ΜΣΠ αποτελούν μία από τις κυριότερες και τις συνηθέστερες επαγγελματικές ασθένειες στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾ Το 50.67% των εργαζομένων υποχρεούται να χειριστεί βαρέα φορτία κατά την άσκηση των καθηκόντων του. Ο έλεγχος χ^2 δείχνει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του χειρισμού βαρέων φορτίων ($\chi^2=16.3, df=3, n=150, p=0.001 < 0.05$). Ως εκ τούτου οι εργαζόμενοι Δ.Ε. (βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, πληρώματα ασθενοφόρου κ.ά.) είναι πιο πιθανό να χρειαστεί να υποβληθούν σε τέτοιου είδους διαδικασίες (Πίνακας 8 στο *Παράρτημα*).

Ένα σημαντικό ποσοστό (69.33%) πιστεύει ότι είναι εκτεθειμένο σε ακτινοβολίες. Ίσως τα μέτρα ακτινοπροστασίας να μη κρίνονται ικανοποιητικά από το προσωπικό, με αποτέλεσμα να δημιουργείται το αίσθημα αυτό. Δυνητικά όλοι οι εργαζόμενοι είναι εκτεθειμένοι στον κίνδυνο αυτό.⁽⁹⁾ Ωστόσο έρευνες και μετρήσεις σε υγειονομικό προσωπικό της χώρας έχουν προσδιορίσει δόσεις μικρότερες του ορίου ανίχνευσης,⁽¹³⁻¹⁵⁾ ή μέγιστες προσλαμβανόμενες δόσεις ανά έτος τα 1,9-2,8 mSv.⁽¹⁶⁾ Τέλος το 26% του

δείγματος παρουσίασε αλλεργία στα γάντια από latex και το 36.67% παρουσίασε κάποια δερματοπάθεια από τη χρήση απορρυπαντικών ή απολυμαντικών ουσιών. Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι οι παραπάνω ουσίες έχουν ερεθιστική ή αλλεργιογόνο δράση και ενοχοποιούνται για την πρόκληση χρόνιων και ανθεκτικών στη θεραπεία δερματοπαθειών, στους επαγγελματίες υγείας.^(213,217,218) Τέλος μόλις το 34% των εργαζομένων διαπιστώνει ότι η εργασία του χαρακτηρίζεται από μονοτονία και επαναληψιμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα Κ.Υ. των Κυκλάδων αποτελούν φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες αποσκοπούν στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. Αποτελούν όμως και εργασιακούς χώρους, οι οποίοι υποχρεούνται να διασφαλίζουν την προστασία και την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων τους. Τα ευρήματα, ωστόσο, της παρούσας μελέτης αποκαλύπτουν χώρους εργασίας που εγκυμονούν πολυάριθμους κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία του έμψυχου δυναμικού. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι:

- Η πλειοψηφία των εργαζομένων αντιλαμβάνεται το περιβάλλον εργασίας του ως μη εργονομικό, επισημαίνοντας επιμέρους προβλήματα αυτού.
- Η φύση της εργασίας επιβάλλει τη χειρονακτική διακίνηση ασθενών και βαρέων φορτίων, την πολύωρη ορθοστασία και τις άβολες στάσεις σώματος. Γεγονός που δρα επιβαρυντικά στην υγεία των εργαζομένων.
- Η επαγγελματική έκθεση σε αίμα και άλλα βιολογικά υγρά αποτελεί μια δυσάρεστη πραγματικότητα για τους εργαζομένους, με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό να διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Οι περισσότεροι εργαζόμενοι έχουν γίνει αποδέκτες παρενοχλήσεων, εκφοβισμών και εκδηλώσεων βίας.
- Οι συνθήκες εργασίας είναι δυσμενείς αφού επιτάσσουν έντονους ρυθμούς, χρονική πίεση και φόρτο εργασίας.
- Οι εργαζόμενοι βιώνουν σε μεγάλο βαθμό πνευματική κόπωση, ψυχική εξάντληση, ένταση και άγχος.
- Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων δεν εκπαιδεύεται σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας που αφορούν την εργασία του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζεται μεγάλος αριθμός δημοσιευμένων άρθρων και μελετών για τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας, στις μονάδες παροχής φροντίδας υγείας. Προτείνονται λοιπόν προληπτικά μέτρα τα οποία συστήνουν ποικίλες παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας. Από απλές διαδικασίες παρέμβασης (π.χ. εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού, χρήση γαντιών ή άλλων μέσων προστασίας κ.λπ.) μέχρι εξειδικευμένες στρατηγικές (π.χ. εργονομική εκπαίδευση, εφαρμογή προγράμματος ασκήσεων στο υγειονομικό προσωπικό για την πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων, οργάνωση ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης των εργαζομένων κ.λπ.). Εύλογα λοιπόν γεννάται το ερώτημα ποια από τα μέτρα αυτά θα έβρισκαν εφαρμογή στους συγκεκριμένους χώρους εργασίας ή ποια θα ήταν εφικτό και ρεαλιστικό να πραγματοποιηθούν.

Αν συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι στην χώρα μας η ιατρικής της εργασίας δεν έτυχε ιδιαίτερης ανάπτυξης και εξέλιξης καθώς και το ότι ελάχιστοι χώροι εργασίας διαθέτουν τεχνικό ασφαλείας ή γιατρό εργασίας και οργανωμένες υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής, τότε δικαιολογείται απόλυτα το παραπάνω ερώτημα. Επιπρόσθετα, τα νέα οικονομικά δεδομένα και η αισθητή μείωση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας δημιουργούν νέες παραμέτρους. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ζητήματα, θα επιχειρηθεί να προταθούν εφικτοί, ρεαλιστικοί και υλοποιήσιμοι τρόποι παρέμβασης.

Με την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού επιτυγχάνεται σε σημαντικό βαθμό η διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων έναντι σοβαρών και απειλητικών ασθενειών, όπως η ηπατίτιδα Β. Το οικονομικό κόστος του μέτρου αυτού είναι μηδαμινό μπροστά στα οφέλη που θα αποκομισθούν. Η απουσία ιατρού εργασίας ή τεχνικού ασφαλείας μπορεί να αναπληρωθεί από έναν επαγγελματία υγείας του εκάστοτε Κ.Υ., ο οποίος μετά από σχετική εκπαίδευση θα είναι σε θέση να αναλάβει την περιοδική παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων. Ο τακτικός ιατρικός και εργαστηριακός έλεγχος των εργαζομένων μπορεί να οργανωθεί και να πραγματοποιηθεί στους χώρους των Κ.Υ.

Η οργάνωση και η διενέργεια ομιλιών ή σεμιναρίων για θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας θα συντελούσε στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του προσωπικού. Θα συνέβαλε καθοριστικά στην αλλαγή στάσεων και στην υιοθέτηση ασφαλέστερων πρακτικών. Την οργάνωση σχετικών ομιλιών μπορούν να αναλάβουν και να διεκπεραιώσουν εργαζόμενοι των Κ.Υ (π.χ. Γενικοί γιατροί, Επισκέπτες-τριες Υγείας κ.ά.). Άλλωστε η ιατρική της εργασίας περιλαμβάνεται στους θεμελιώδεις σκοπούς των Κ.Υ. Η σωστή συντήρηση των κτιριακών εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των μηχανημάτων θα ελαχιστοποιούσε πολλούς από τους επαγγελματικούς κινδύνους. Η καλύτερη οργάνωση της εργασίας από τις Διοικήσεις των Κ.Υ. θα διευκόλυνε το έργο του προσωπικού και θα βελτίωνε τις συνθήκες εργασίας του.

Θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνεται, από τις Διοικήσεις των Κ.Υ. και του Νοσοκομείου, η ουσιαστική συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και στη σχεδίαση των προγραμμάτων παρέμβασης. Η ομαδική εργασία δημιουργεί ένα κλίμα σύμπνοιας, αλληλοκατανόησης και αλληλοϋποστήριξης, εξαλείφοντας τις επαγγελματικές συγκρούσεις. Ομάδες εργαζομένων θα μπορούσαν να συσταθούν προκειμένου να αντιμετωπιστούν κοινά προβλήματα, όπως για παράδειγμα το εργασιακό άγχος. Η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των Κ.Υ., η ενίσχυση της συνεργασίας των Κ.Υ. με το Γ.Ν. Σύρου και με άλλες υπηρεσίες (π.χ. τμήματα υγιεινής, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας κ.λπ.) θα συντελούσε ενδεχομένως στην επίλυση ορισμένων προβλημάτων.

Η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας προϋποθέτει αρχικώς τον εντοπισμό, την αναγνώριση και την καταγραφή των επαγγελματικών κινδύνων. Με την παρούσα μελέτη αναδεικνύονται κάποιοι από τους κινδύνους αυτούς. Εντοπίζονται προβλήματα και επισημαίνονται ελλείψεις. Συνεπώς, τα ευρήματα αυτής θα μπορούσαν να αποτελέσουν το έναυσμα για την ανάπτυξη στοχευμένων δράσεων από την πλευρά της Διοίκησης του εκάστοτε Κ.Υ. και του Νοσοκομείου φυσικά. Θα μπορούσαν, όμως, να αποτελέσουν και το εφαλτήριο για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι μονάδες παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν εργασιακούς χώρους που εγκυμονούν πολυάριθμους και σοβαρότατους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη των επαγγελματικών κινδύνων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι των Κ.Υ. των Κυκλάδων.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι 7 Κ.Υ. του νομού. Από τα 180 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα 150. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο ειδικά διαμορφωμένο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 18.0

Αποτελέσματα: Το 80.67% του δείγματος επισήμανε ότι η φύση της εργασίας του επιβάλλει πολύωρη ορθοστασία και άβολες στάσεις σώματος. Στο 88.67% του πληθυσμού μελέτης έχουν παρατηρηθεί πόνος ή ενοχλήσεις στη μέση ή σε άλλο σημείο του σώματος. Το 75.33% είχε εμπειρία επαγγελματικής έκθεσης σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά. Το 68% των εργαζομένων ήρθε αντιμέτωπο με εκδηλώσεις βίας, με πιθανότερα θύματα τις γυναίκες ($p=0.01$).

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενοι των Κ.Υ. των Κυκλάδων πιστοποιούν την ύπαρξη προβλημάτων στον εργασιακό τους χώρο και επιβεβαιώνουν την έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες κινδύνου. Αναγνωρίζουν επίσης τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας και καταδεικνύουν την απουσία στοιχειωδών μέτρων πρόληψης.

ABSTRACT

Introduction: The health care units are workplaces that present numerous and serious risks to health and safety of their employees. The purpose of this study is the exploration and identification of the occupational risks among the workers of the National Health Service Centers in the Cyclades.

Material and Methods: The sample consisted of employees from 7 Health Centers in the Prefecture of the Cyclades. Of the 180 questionnaires distributed, 150 were returned completed. To collect the data we used anonymous self-completed questionnaire designed specifically for the purpose of this study. The statistical analysis of the results was conducted with the statistical program SPSS v. 18.0

Results: 80.67% of the sample indicated that the nature of their work requires prolonged standing and awkward postures. In 88.67% of the study population have seen pain or discomfort in the lumbar or elsewhere in the body. The 75.33% had experienced occupational exposure to blood or other biological fluids. 68% of workers was confronted with violence, with women more likely to be the victims ($p = 0.01$).

Conclusions: The Workers of the Cycladic Health Centers certify the existence of problems in the workplace and confirm exposure to harmful risk factors. They also recognize the adverse working conditions and demonstrate the lack of basic preventive measures.

ΒΙΒΛΙΟΦΡΑΦΙΑ

1. Κουκουλάκη Θ. Η τυποποίηση σε θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2003.
2. Δρακόπουλος Β, Δοντάς Σ, Δρίβας Σ, Κατσίρης Ν, Κομηνός Ξ. και συν. Υγεία και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2007.
3. Δρίβας Σ, Παπαδόπουλος Μ. Εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου. Οδηγός για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2004.
4. Δρίβας Σ, Ζορμπά Κ, Κουκουλάκη Θ. Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2000.
5. Κουκουλάκη Θ, Αδαμάκης Γ. Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων – Βασικές προβλέψεις. Οδηγός για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2004.
6. WHO. Occupational health – Activities. Geneva 2007.
7. WHO. Workers' health: global plan of action. Sixtieth World Health Assembly. Geneva 2007.
8. Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ). Ιοντίζουσες και μη Ιοντίζουσες Ακτινοβολίες. Αθήνα 2005.
9. Αλεξόπουλος Ε. Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2007.
10. Τριαντοπούλου Χ, Τσαπάκη Β. Κίνδυνοι από την έκθεση σε ακτινοβολία κατά την άσκηση του επαγγέλματος. Το βήμα του Ασκληπιού 2008,7(2):120-134.
11. Δασκάλου Τ. Υγιεινή και ασφάλεια στο εργαστήριο. Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του νοσοκομείου. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα 2005.
12. Παντελιάς Γ.Ε. Ακτινοπροστασία στο εργασιακό περιβάλλον: Είναι δυνατή η χρήση προγνωστικών μεθόδων για την ανίχνευση

υπερευαίσθησίας στις ιοντίζουσες ακτινοβολίες και προδιάθεσης στην καρκινογένεση; Διεθνές Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.

13. Kottou S, Neofotistou V, Tsaraki V, Lobotessi H, Manetou A, Molfetas MG. Personnel doses in haemodynamic units in Greece. *Radiat Prot Dosimetry* 2001;94:121-124.

14. Efsthathopoulos EP, Makrygiannis S, Kottou S, Karvouni E, Gianitzoglou E, Korovesis S, et al. Medical personnel and patient dosimetry during coronary angiography and intervention. *Phys Med Biol* 2003;43:3069-3068.

15. Kamenopoulou V, Drikos G, Dimitriou P. Dose constraints to the individual annual doses of exposed workers in the medical sector. *European Journal of Radiology* 2001;37(3):204-208.

16. Delichas M, Psarrakos K, Molyvda-Athanassopoulou E, Giannoglou E, Sioundas A, Hatziiioannou K, et al. Radiation exposure to cardiologists performing interventional cardiology procedures. *Eur J Radiol* 2003;48:268-273.

17. European Agency for Safety and Health at Work. Noise in figures. Belgium 2005.

18. Christensen M. Noise levels in a general surgical ward: a descriptive study. *J Clin Nurs* 2005;14(2):156-164.

19. Νένα Ε, Στερόπουλος Π, Τσάρα Β, Ματάμης ΒΔ, Βασιλειάδης Β, Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Έκθεση εργαζομένων της ΜΕΘ σε υψηλά επίπεδα θορύβου. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

20. Τσίου Χ. Η ηχορρύπανση στο νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 2000,2:179-188.

21. Tsiou C, Efthymiatos G, Katostaras T. Noise in the operating rooms of Greek Hospitals. *J Acoust Soc Am* 2008;132(2):757-765.

22. Tsara V, Nena E, Serasli E, Vasileiadis V, Matamis D, Christaki P. Noise levels in Greek Hospitals. *Noise Health* 2008;10(41):110-112.

23. Drouot X, Cabello B, D' Ortho M, Brochard L. Sleep in the intensive care unit. *Sleep Med Rev.*2008;12(5):391-403.

24. Kam P, Kam A, Thompson J. Noise pollution in the anesthetic and intensive care environment. *Anesthesia* 2007;49(11):982-986.
25. Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ. Παράγοντες κινδύνου στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. *Interscientific Health Care* 2010;2(2):64-72.
26. Edworthy J, Hellier E. Fewer but better auditory alarms will improve patient safety. *Qual Saf Health Care* 2005;14(3):212-215.
27. Who. Guidelines for Community Noise. Guideline values. Geneva 2000.
28. Busch-Vishniac IJ, West JE, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R. Noise levels in Johns Hopkins Hospital. *J Acoust Soc Am* 2005;118(6):3629-3645.
29. Kent WD, Tan AK, Clarke MC, Bardell T. Excessive noise levels in the neonatal ICU: potential effects on auditory system development. *J Otolaryngol* 2002;31(6):355-360.
30. Morrison WE, Haas EC, Shaffner DH, Garrett ES, Fackler JC. Noise, stress, and annoyance in a pediatric ICU. *Crit Care Med* 2003;31(1):113-119.
31. Allaouchiche B, Dufflo F, Depon R, Bergeret A, Chassard D. Noise in the postanaesthesia care unit. *Br J Anaesth* 2002;88(3):369-373.
32. Λακάκη Γ, Κωνσταντινίδης ΘΚ, Δημητρίου Α, Χατζάκη Κ. Συνθήκες Υγιεινής και Ασφάλειας στον εργασιακό χώρο παιδιατρικών κλινικών. Αντικειμενική εκτίμηση των περιβαλλοντικών βλαπτικών παραγόντων. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
33. Καραχάλιος Ν, Μπαμπάτσικου Φ, Κωνσταντινίδης ΘΚ, Κουτής Χ. Υποκειμενική και αντικειμενική διερεύνηση των συνθηκών εργασίας και των επιπτώσεων στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου (Σύνδρομο νοσογόνου κτηρίου). 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
34. Παγωνίδης Α, Κωνσταντινίδης ΘΚ, Μαρτίνης Γ, Αδαμάκης Ι, Κουτής Χ. Υποκειμενική εκτίμηση εργαζομένων στα τμήματα αιμοδοσίας για τους φυσικούς και χημικούς κινδύνους. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και

Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

35. Δρακόπουλος Β. Μεθοδολογία και αποτελέσματα της μελέτης για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Παρουσίαση αποτελεσμάτων μελέτης για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στα νοσοκομεία. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2006.

36. Philbin MK, Gray L. Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *J Perinatol* 2002;22(6):455-460.

37. Δρακόπουλος Β. Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων. Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του νοσοκομείου. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα 2005.

38. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. Facts 56. Εισαγωγή στο θέμα του θορύβου στην εργασία. Βέλγιο 2005.

39. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. Facts 57. Ο αντίκτυπος του θορύβου στην εργασία. Βέλγιο 2005.

40. European Agency for Safety and Health at Work. Noise in figures. Belgium 2005.

41. Goeltzer B, Hansen CH, Sehrndt G.A. Occupational exposure to noise: evaluation, prevention and control. WHO. Germany 2001.

42. Γανδάς Χ, Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Ποιότητα εσωτερικού αέρα και σύνδρομο αρρώστου κτιρίου. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

43. Αλεξανδροπούλου Ι, Θεοδωροπούλου – Ροδίου Γ, Κωνσταντινίδης ΘΓ, Παρασίδης Θ, Νικολαΐδης Χ, Μάνδαλος Π, Τσελεμπόνης Α, Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Μέτρα πρόληψης για την αποφυγή λεγεωνέλλωσης στο χώρο του νοσοκομείου. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

44. Αλεξανδροπούλου Ι, Θεοδωροπούλου – Ροδίου Γ, Τσελεμπόνης Α, Καπετανίδου Ε, Κωνσταντινίδης ΘΓ, Κωνσταντινίδης Θ.Κ. Το νερό του

νοσοκομείου ως παράγοντας επικινδυνότητας για το προσωπικό και ως πηγή νοσοκομειακών λοιμώξεων από Λεγεωνέλα και Ψευδομονάδα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

45. Παυλίδης Π, Φίσκα Α, Κούβαρης Κ, Γιατρομανωλάκη Α, Σιβρίδης Ε. Διέλευση ηλεκτρικού ρεύματος στον άνθρωπο και θανατηφόρες επιπτώσεις. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

46. Φυτιλή Δ, Στάμου Ι, Κυπραίου Ε, Κωστόπουλος Σ. Καταγραφή παραγόντων κινδύνου σε εργαζομένους Γενικού Νοσοκομείου. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

47. Βαλλά Ε. Αξιολόγηση όρων Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας των εργαζομένων στο Κ.Υ. Μήλου. Διπλωματική Εργασία. Ε.Α.Π. 2009.

48. Eickmann U, Ahrens R, Beaudouin L, Falcy M, Jost M, Ruegger M. Ασφαλής χρήση απολυμαντικών ουσιών. Διεθνές Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.

49. Μουστάκα Ε, Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Ζάντζος Ι. Χημικές ουσίες στο χώρο της εργασίας. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

50. Power S, Gallagher J, Meaney S. Quality of life in health care workers with latex allergy. *Occupational Medicine* 2010;60:62-65.

51. Ραφτόπουλος Β. Εγχειρίδιο διαχείρισης βιολογικών κινδύνων για τους επαγγελματίες υγείας. Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Τμήμα Νοσηλευτικής. Λευκωσία 2010.

52. Τοπίτσογλου Β. Μέσα ατομικής προστασίας εργαζομένων. Υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του οδοντιατρείου. Εισηγήσεις. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ξάνθη 2005.

- 53.** Kong-Sang Wan, Hung-Chi Lue. Latex allergy in health care workers in Taiwan: prevalence, clinical features. *Int Arch Occup Environ Health* 2007;80:455-457.
- 54.** Yagami A, Suzuki K, Saito H, Matsunaga K. Hev b 6.02 is the most important allergen in health care workers sensitized occupationally by natural rubber latex gloves. *Allergology International* 2009;58(3):347-355.
- 55.** Merget R, Van Kampen V, Sucker K, Heinze E, Taeger D, Goldscheid N, et al. The German experience 10 years after the latex allergy epidemic: need for further preventive measures in healthcare employees with latex allergy. *Int Arch Occup Environ Health* 2010;83:895-903.
- 56.** Rossi MA, Copello F, Voltolini S. Αντιμετώπιση αλλεργιών από τη χρήση latex στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας: επανεξέταση μιας στρατηγικής ασφάλειας. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 57.** Apostolopoulou E, Minetou E, Lambrianidou E, Vovolis V. Immediate allergy to latex gloves: A clinically important problem in operating room nurses. *ICUS Nurs Web Journal* 2003;6:1-7.
- 58.** Power S, Gallagher J, Meaney S. Quality of life in the health care workers with latex allergy. *Occup Med* 2010;60(1):62-65.
- 59.** Vandenplas O, Jamart J, Delwiche JP, Evrard G, Larbanois A. Occupational asthma caused by natural rubber latex: outcome according to cessation or reduction of exposure. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:125-130.
- 60.** Peixinho C, Tavares-Ratado P, Tomas M, Taborda-Barata L, Tomaz C. Latex allergy: New insights to explain different sensitization profiles in different risk groups. *British Journal of Dermatology* 2008;159:132-136.
- 61.** Mattei O, Di Martino T, Ferraro P. Esperienza di dermatiti da guanti in lattice nel personale sanitario di un poloclinico universitario. *G Ital Med Lav Erg* 2007;29(3):845-846.
- 62.** Galindo MJ, Quirce S, Garcia Olmos L. Latex allergy in primary care providers. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011;21(6):459-465.

- 63.** Joshi A, Douglass CW, Kim HD, Joshipura KJ, Park MC, et al. The relationship between amalgam restorations and mercury levels in male dentists and nondental health professionals. *J Public Health Dent* 2003;63(1):52-60.
- 64.** Papaleo B, Caporossi L, Coscia M, Malfatti AP, Serva M. Il rischio chimico in ambiente sanitario: contributo per la valutazione e la gestione del rischio per la salute. *G Ital Lav Erg* 2007;29(4):873-882.
- 65.** Καλεμάκη Σ, Κωνσταντίνου Ε. Η επαγγελματική έκθεση στους εισπνεόμενους αναισθητικούς παράγοντες. *Νοσηλευτική* 2008,47(1):65-72.
- 66.** Accorsi A, Barbieri A, Raffi GB, Violante FS. Biomonitoring of exposure to nitrous oxide, sevoflurane, isoflurane and halothane by automated GC/MS headspace urinalysis. *International Archives of Occupational and Environment Health* 2001;74(8):541-548.
- 67.** Henderson KA, Matthews IP. Staff exposure to anaesthetic gases in theatre and non theatre areas. *European J of Anaesthesiology* 2000;17(3):149-151.
- 68.** Matsuoka H, Kurosawa S, Horinouchi T, Kato M, Hashimoto Y. Inhalation anesthetics induce apoptosis in normal peripheral lymphocytes in vitro. *Anesthesiology* 2001;95:1467-1472.
- 69.** Γκαλογιάννη Θ, Αθαναηλίδου Α. Επαγγελματικοί κίνδυνοι από τη μόλυνση του περιβάλλοντος εργασίας στο χώρο του χειρουργείου. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 70.** Pasguini R, Scassellati-Sforzolini G, Fatigoni C, Marcarelli M, Monarca S, Donato F, et al. Sister chromatid exchanges and micronuclei in lymphocytes of operating room personnel occupationally exposed to enflurane and nitrous oxide. *J Environ Pathol Toxicol Oncol.* 2001;20(2):119-126.
- 71.** Wiesner G, Hoerauf K, Schroegendorfer K, Sobczynski P, Harth M, Ruediger HW. High- level, but not low- level, occupational exposure to inhaled anesthetics is associated with genotoxicity in the micronucleus assay. *Anesthesia and Analgesia* 2001;92(1):118-122.

- 72.** Martin S, Larsen E. Chemotherapy-handling practices of outpatient and office-based oncology nurses. *Oncology Nursing Forum* 2003;30(4):575-581.
- 73.** Χανιά Μ. Επαγγελματική έκθεση των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου σε τοξικούς παράγοντες φαρμακευτικών ουσιών. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 74.** Favier B, Gilles L, Ardiet C, Latour J. External contamination of vilas containing cytotoxic agents supplied by pharmaceutical manufacturers. *J Oncol Pharm Pract* 2003;9:15-20.
- 75.** Huil NG, Yenng SSM, Chan H. Evaluation of physiological work demands and low back neuromuscular fatigue on nurses working in geriatric wards. *Applied Ergonomics* 2001;39:479-483.
- 76.** Owen BD, Keene K, Olson S. Patient handling tasks perceived to be most stressful by hospital nursing personnel. *Journal of Healthcare Safety. Compliance and Infection Control* 2000;5(1):19-25.
- 77.** Wicker P. Manual handling in the perioperative environment. *British Journal of Perioperative Nursing* 2000;10(5):255-259.
- 78.** Hignett S, Wilson JR, Maris N. Finding ergonomic solutions-participatory approaches. *Occup Med* 2005;55(3):200-207.
- 79.** Smedley J, Inskip H, Trevelyan F, Buckle P, Cooper C, Coggon D. Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environment Medicine* 2003;60(11):864-869.
- 80.** Παγγού Δ, Μαυροειδή Α, Αντωνίου-Καραγιάννη Ε, Κουλούρη Α. Μυοσκελετικά προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Καταγραφή των συμπτωμάτων και αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη στάση του σώματος. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 81.** Ando S, Ono Y, Shimaoka M, Hiruta S, Hattori Y, Hori F, Takeuchi Y. Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup Environ Med* 2000;57(3):211-216.
- 82.** Hignett S. Work-related back pain in nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2008;32(6):1238-1246.
- 83.** Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, et al. Hospital safety climate and its relationship

with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control* 2000;28(3):211-221.

84. Smedley J, Trevelyan F, Inskip H, Buckle P, Cooper C, Coggon D. Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2003;29(2):117-123.

85. Alexopoulos E, Burdorf A, Kalokerinou A. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76(4):289-294.

86. Lipscomb J, Trinkoff A, Brady B, Geiger- Brown J. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *American Journal of Public Health* 2004;98(8):1431-1435.

87. Roupa Z, Vassilopoulos A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Noula M, Faros E, Marvaki C. The problem of lower back pain in nursing staff and its effect on human activity. *Health Science Journal* 2008;2(4):219-225.

88. Hignett S, Crumpton E. Competency-based training for patient handling. *Appl Ergon* 2007;38(1):7-17.

89. Smith J. Prevention and management of back pain in nurses. *Nursing Times* 2004;100(41):28-29.

90. Τσακλής Π. Γενικές αρχές εργονομίας και προληπτική φυσικοθεραπεία. University studio press. Θεσσαλονίκη 2005.

91. Alexopoulos E, Burdorf A, Kalokerinou A. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;79(1):82-88.

92. Eriksen W. The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2003;76(8):625-630.

93. Κουκουλάκη Θ, Κωνσταντοπούλου Σ, Λιούλιου Π, Λώμη Κ, Μουρελάτου Ε, και συν. Εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου στις διοικητικές υπηρεσίες. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2008.

94. Ντόγκα Β.Ε. Στρατηγικές προφύλαξης των εργαζομένων. Συμβάματα-Εμβόλια. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 2006,68:301-309.

95. Δρακόπουλος Β. Ιοί της ηπατίτιδας Β, C και HIV και υγειονομικοί εργαζόμενοι. *Ιατρικό Βήμα* 2007,107:22-34.

- 96.** Pruss-Ustun A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injures. Global burden of disease from sharps injures to health-care workers. Environmental Burden of Disease. Series No 3. WHO. Geneva 2003.
- 97.** WHO. Occupational Health. Health worker occupational health. Geneva 2010.
- 98.** Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. Clin Microbiol Rev 2000;13:385-407.
- 99.** Roy K, Kennedy C, Bagg J, Cameron S, Hunter I, Taylor M. Hepatitis C infection among dental personnel in the West of Scotland, UK. Journal of Hospital Infection 2003;55:73-76.
- 100.** Almojaidel R. Occupational Hazards in Dentistry: an E-Survey. Qassim Dental Students Journal 2011;2:24-30.
- 101.** Κοντέ Β, Οικονόμου Ε, Νικολόπουλος Γ, Τσιάρα Χ, Μπότση Χ. Επαγγελματική έκθεση στην HIV λοίμωξη. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 102.** Δρακόπουλος Β. Ο βιολογικός κίνδυνος στο νοσοκομειακό περιβάλλον. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2007.
- 103.** Panlilio A, Cardo D, Grohskopf L, Heneine W, Ross C. Updated U.S. Public Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. CDC – Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54(9):1-11.
- 104.** Nienbaus A. Φυματίωση: ανάλυση των κινδύνων και πρόληψη στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 105.** Maltezou H. Nosocomial influenza: new concepts and practice. Curr Opin Infect Dis 2008;21:337-343.
- 106.** Le Bacle C. Παγκοσμιοποίηση λοιμωδών νοσημάτων: τι είδους κίνδυνοι, τι είδους πρόληψη για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.

- 107.** Κορομπέλη Α, Σουρτζή Π. Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεων του σε εργαζομένους. *Νοσηλευτική* 2010,49(2):131-140.
- 108.** Brooks I. Nurse retention: Moderating the ill effects of shift work. *Hum Resource Manage* 2000;10:16-31.
- 109.** Μπάκα Α, Μπάκας Α. Έλλειψη ύπνου και εργαζόμενοι σε βάρδιες. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας 2007,31:13-21.
- 110.** Γκριζιώτη Μ, Μαστροκώστας Α, Χάιδης ΑΜ, Παναγοπούλου Ε, Μπένος Α. Κυκλικό ωράριο εργασίας και τροχαία ατυχήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική* 2010,49(3):305-314.
- 111.** Παϊκοπούλου Δ, Γέραλη Μ. Βιολογικοί ρυθμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα: Η ενδογενής επίδραση της μελατονίνης. *Νοσηλευτική* 2001, 4:38-42.
- 112.** Λώμη Κ. Εργονομία στον τομέα της υγείας. Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του νοσοκομείου. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας. Αθήνα 2005.
- 113.** Parthasarathy S. Sleep and medical profession. *Curr Opin Pulm Med* 2005;11:501-512.
- 114.** Muecke S. Effects of rotating night shifts: Literature review. *J Adv Nurs* 2005;50:433-439.
- 115.** Munakata M, Ichi S, Nunokawa T, Saito Y, Ito N, Fukudo S, et al. Influence of night shift work on psychologic state and cardiovascular and neuroendocrine responses in healthy nurses. *Hypertens Res* 2001;24:25-31.
- 116.** Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 2001;35:533-542.
- 117.** Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686-692.
- 118.** Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο. Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2006,45(1):98-106.

- 119.** Δράμπα Φ. Επαγγελματικοί κίνδυνοι στην καθημερινή αναισθησιολογική πράξη. Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής 2002,25(12):120-146.
- 120.** Παπαδημητρίου Μ, Γιαννοπούλου Β, Καραγιαννοπούλου Α. Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 2002, 3:329-336.
- 121.** Presser HB. Nonstandard work schedules and marital instability. J Marriage Fam 2000;62:93-110.
- 122.** Σταθοπούλου Χ. Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Νοσηλευτική 2006,45(1):50-58.
- 123.** Ντάτσης Α, Τραγούδα Ε, Χανιά Μ, Ρογδάκης Α, Γερόλυμος Μ, Σπηλιώτης Ι. Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. Νοσηλευτική 2007,46(2)268-281.
- 124.** Δρακόπουλος Β, Βροντάκης ΚΓ, Πατούχας ΔΚ, Πανταζή Ε, Πινότση ΔΚ, Κωνσταντινίδης ΘΚ, Μακρόπουλος Β. Οργανωτικοί κίνδυνοι για το προσωπικό του νοσοκομείου. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 125.** Hem E, Gronvold NT, Aasland OG Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of nation-wide sample. Eur Psychiatry 2000;15:183-189.
- 126.** Tyssen R, Hem E, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The process of suicidal planning among medical doctors: Predictors in a longitudinal Norwegian sample. J Affect Disord 2004;80:191-198.
- 127.** Puschel K, Schalinski S. Not enough help for themselves – the risk of physicians to commit suicide. Arch Kriminol 2006;218:89-99.
- 128.** Petersen MR, Burnett CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. J Soc Occup Med 2008;58:25-29.
- 129.** OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. Παρενόχληση. Βέλγιο 2005.
- 130.** Θεοφάνης Φ, Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. Η ύπαρξη του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Φαινόμενο-πρόκληση

για τους διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Νοσηλευτική 2010, 49(2):141-147

131. Μισουρίδου Ε. Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική: Αίτια και αντιμετώπιση. Νοσηλευτική 2011,50(2):123-131.

132. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? Journal of Advanced Nursing 2002;39(3):230-240.

133. Παπαδοπούλου Δ. Βία στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 2009,48(4):379-387.

134. Edwards SL, O' Connell CF. Exploring bullying: Implications for nurse educators. Nurse Education in Practice 2007;7:26-35.

135. Royal College of Nursing. Working well survey. RCN. London 2000.

136. Ραφτόπουλος Β, Σώλου Ε. Η βία προς το νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρείων. Νοσηλευτική 2003,42:219-227.

137. WHO – ILO. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva 2002.

138. Stathopoulou H. Violence and aggression towards health care professionals. ICUS NURS WEB Journal 2003;29-30:1-7.

139. Whelan T. The escalating trend of violence toward nurses. J of Emergency Nursing 2008;34(2):130-133.

140. Kalboussi H, El Maadel O, Chiatti S, Debbabi F, Bsila M, Mrizak N. Βία και επιθετικότητα του προσωπικού στις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Sousse (Τυνησία). Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.

141. Cantineau A, Broessel N, Kroll M, Gonzalez M. Η βία στα νοσοκομεία. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.

142. Rowell P. Lateral violence: Nurse against nurse. American Nurses Association (ANA) 2008.

143. International Council of Nurses (ICN). Nursing matters. Violence: A worldwide epidemic. Geneva, Switzerland 2006.

- 144.** Kwok RPW, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VKP, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006;12:6-9.
- 145.** Cowie H, Naylor P, Rivers I, Smith PK, Pereira B. Measuring workplace bullying. *Aggression and Violent Behavior* 2002;7:33-51.
- 146.** Henry J, Glinn GO. Violence prevention in healthcare organizations within a total quality management framework. *J Nurs Adm* 2002;32:479-486.
- 147.** Normandanle S, Davies J. Bullying at work. *Community Practitioner* 2002;75:474-477.
- 148.** Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs* 2003;43:395-401.
- 149.** Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses. A review. *Int Nurs Rev* 2009;56:34-40.
- 150.** Hallberg LRM, Strandmark MK. Health consequences of workplace bullying: Experiences from the perspective of employees in the public service sector. *Int Qual Studies* 2006;1:109-119.
- 151.** Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57:656-660.
- 152.** Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007;59:29-37.
- 153.** Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *J Adv Nurs* 2006;55:778-787.
- 154.** Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) Position Statement. Violence against nurses."Zero" tolerance for violence against nurses and nursing students. Toronto 2009.
- 155.** American Association of Critical Care Nurses (AACCN). Position statement: Workplace violence prevention. 2004.
- 156.** Αντωνίου Α.Σ. Πηγές εργασιακού στρες. Το σύνδρομο "Mobbing". Το σύνδρομο "Burn-out". ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2007.
- 157.** Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: Nurse on front line. *Accid Emerg Nurs* 2006;14:245-249.

- 158.** Κωνσταντινίδης Μ. Εργασιακή παρενόχληση: Μια πρόταση έρευνας & παρέμβασης. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 159.** Atenstaedt RL, Payne S, Roberts RJ, Russell IT, Russell D, Edwards RT. Needle-stick injuries in primary care in Wales. *Journal of Public Health* 2007;29(4):434-440.
- 160.** Τυφακίδη Μ. Επαγγελματική έκθεση σε αίμα και βιολογικά υγρά: 11ετής καταγραφή στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας. Διεύθυνση νοσηλευτικού τομέα. Επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων. Νοσηλευτικό συμπόσιο πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων 2008.
- 161.** Κοπανισάνου Π, Σουρτζή Π. Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο. Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών. *Νοσηλευτική* 2007, 46(1):65-76.
- 162.** Μπαλατζίδου Μ, Μπεζιργιαννίδου Ζ, Καλαϊτζή Ι, Πουταχίδου Α, Κυργιαννάκη Β, Καπετανίδου Ε, Αρχοντίδου Ε, Μαρτίνης Γ, Μαλτέζος Ε. Καταγραφή επαγγελματικής έκθεσης σε αιματογενώς μεταδιδόμενους παθογόνους παράγοντες σε Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη, 2009.
- 163.** Πατούχας Δ, Κάργα Μ, Μπίχτας Α, Νικηφοράκη Β. Μελέτη επαγγελματικών ατυχημάτων με αιχμηρά αντικείμενα ή έκθεση σε βιολογικά υγρά στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών 2003-2009. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 164.** Drexler H, Schmid K, Schwager C. Needle-stick injuries and other occupations exposures to body fluids amongst employees and medical students of a German university: Incidence and follow-up. *J of Hospital Infection* 2007;67:124-130.
- 165.** Μουστάκα Ε, Κουτής Χ, Αλεξόπουλος Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Ατυχήματα νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 166.** Φαΐπατζίδου Α, Ιστίκογλου Ι, Μαρτινοπούλου Θ. Καταγραφή της επαγγελματικής έκθεσης σε αίμα και βιολογικά υγρά του προσωπικού χειρουργείου στο Π.Γ.Ν.Θ. Αχέπτα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη, 2009.

- 167.** Κολοκοτρώνης Α. Μεταδιδόμενα λοιμώδη νοσήματα στην οδοντιατρική πράξη και η πρόληψη τους με εμβολιασμό. Υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του οδοντιατρείου. Εισηγήσεις. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ξάνθη 2005.
- 168.** Kermod M, Jolley D, Langkham B, Santhosh-Thomas M, Crofts N. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural north Indian health care settings. *Am J Infect Control* 2005;33:34-41.
- 169.** Τούκας Δ, Λογοθετίδη Μ. Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων σε διαγνωστικά-ερευνητικά μικροβιολογικά εργαστήρια (Μέρος Α΄). Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας 2007, 32:16,25-27.
- 170.** Moloughney BW. Transmission and postexposure management of blood borne virus infections in the health care setting: Where are we now? *Can Med Assoc J* 2001;165:445-451.
- 171.** Gillen MR, Davis M, McNary JC, Boyd A, Lewis J, Curran C, Young CA, Schuller M, Cone J. Sharps injury recordkeeping activities and safety product use in California health care facilities: pilot study results from the sharps injury control program. *Am J Infect Control* 2002;30(5):269-276.
- 172.** Godfrey K. Sharp practice. *Nurs Times* 2001;97(2):22-24.
- 173.** Hofmann F, Kralj N, Beie M. Needle stick injuries in health care – frequency, causes and preventive strategies. *Gesundheitswesen* 2002;64(5):259-266.
- 174.** WHO, UNAIDS, ILO. The joint WHO-ILO-UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services. A guidance note. Geneva 2010.
- 175.** Nash G. Exposure of healthcare workers to bloodborne viruses. Only the tip of the iceberg has been measured. *BMJ* 2001;323(7305):169.
- 176.** Doebbeling BN, Vaughn TE, McCoy KD, Beekmann SE, Woolson RF, et al. Percutaneous injury, blood exposure and adherence to standard precautions: are hospital-based health care providers still at risk? *Clin Infect Dis* 2003;37(8):1006-1013.
- 177.** Μπινοπούλου Σ, Πανταζή Χ, Μπεζιργιαννίδου Ζ, Καλαϊτζή Ι, Αδαμάκης Ι. και συν. Εργατικά ατυχήματα (τραυματισμοί από βελόνες) σε προσωπικό παθολογικών κλινικών. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και

Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

178. Trim JC, Elliott TSJ. A review of sharps injuries and preventative strategies. *J of Hosp Infect* 2003;53(4):237-242.

179. Yang YH, Liou SH, Chen CJ, Yang CY, Wang CL, Chen CY, Wu TN. The effectiveness of a training program on reducing needlestick injuries, sharp object injuries among soon graduate vocational nursing school students in Southern Taiwan. *J Occup Health* 2007;49(5):424-429.

180. Μουστάκα Ε, Κουτής Χ, Αλεξόπουλος Ε, Καραδήμας Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Συχνότητα ατυχημάτων νοσηλευτικού προσωπικού και σχέση του με το εργασιακό στρες. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

181. Μακρόπουλος Β, Ορφανίδης Μ, Μπόρα Ι. Μελέτη υπολογισμού του οικονομικού κόστους των εργατικών ατυχημάτων στην ελληνική επικράτεια. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.

182. Azar A, Ergonul O, Memikoglu KO, Yesilkaya A, Altunsoy A, et al. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *Am J Infect Control* 2005;33(1):48-52.

183. Ταγουρτίδης Α. Οικονομία της υγείας και της ασφάλειας της εργασίας. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2008.

184. European Working Conditions Observatory (EWCO). Προσδιορισμός Μυοσκελετικών Παθήσεων από την εργασία. Βέλγιο 2009.

185. Μέλλου Κ, Σουρτζή Π. Πρόληψη των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων στο χώρο του νοσοκομείου. *Νοσηλευτική* 2003, 42(3):299-307.

186. Κακαβελάκης ΚΝ, Βαρδάκη Χ, Αλυφαντή Κ. Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική* 2001, 4:97-105.

187. Καγιαλάρης Γ, Ξυδέα-Κικεμενη Α. Μυοσκελετική καταπόνηση νοσηλευτών. Πρακτικά νοσηλευτικής ημερίδας για την Υγιεινή και Ασφάλεια των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας: 25-29. Αθήνα 2005.

188. Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC Musculoskelet Disord* 2004;9(5):16.

- 189.** Alexopoulos EC, Tanagra D, Detorakis I, Gatsi P, Goroyia A, et al. Knee and low back complaints in professional hospital nurses: occurrence, chronicity, care seeking and absenteeism. *Work* 2011;38(4):329-335.
- 190.** Παγγού Δ, Κιούση ΙΜ, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ. Μυοσκελετικές παθήσεις σπονδυλικής στήλης κατά την άσκηση της οδοντιατρικής: πρόγραμμα ασκήσεων και εργονομικής εκπαίδευσης για την πρόληψη και τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 191.** Καρούτσου Ι, Λαμπρούσης Θ, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας για τους εργαζόμενους στον τομέα της επείγουσας διακομιδής ασθενών (Εκτίμηση επικινδυνότητας εργασίας στη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β. Αθήνας). Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. ΠΜΣ – Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας. Αλεξανδρούπολη 2007.
- 192.** Μουστάκα Ε, Κουτής Χ, Αλεξόπουλος Ε, Καραδήμας Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Εργασιακό στρες νοσηλευτικού προσωπικού και μυοσκελετικά προβλήματα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
- 193.** Μαλλιάρου Μ, Μουστάκα Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Εργονομικά πρότυπα στη νοσηλευτική. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 194.** Λώμη Κ. Μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία στο οδοντιατρικό προσωπικό. Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας στο χώρο του οδοντιατρείου. Εισηγήσεις. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ξάνθη 2005.
- 195.** Simon M, Tackenberg P, Nienhaus A, Estryng-Behar M, Conway PM, Hasselhorn HM. Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries – results from the European NEXT-Study. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:24-34.
- 196.** Μάτης Γ, Χρυσού Ο, Φιλιππίδου Ε, Μπιρμπιλής Θ. Οσφυαλγία και εργαζόμενοι νοσοκομείων. Παράγοντες κινδύνου και στρατηγικές πρόληψης. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
- 197.** Μάτης Γ, Χρυσού Ο, Φιλιππίδου Ε, Μπιρμπιλής Θ. Αυχέναλγία και προσωπικό νοσοκομείων. Παράγοντες κινδύνου και στρατηγικές

πρόληψης. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

198. Campo M, Weiser S, Koenig KL, Nordin M. Work – related musculoskeletal disorders in physical therapists: a prospective cohort study with 1-year follow up. *Physical Therapy* 2008;88(5):608-619.

199. Αντωνίου Κ, Βασιλοπούλου Γ. Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2009,8(1):15-24.

200. Αντωνίου Κ, Βασιλοπούλου Γ. Νοσηλευτικό προσωπικό και χειρονακτική μετακίνηση. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2008,7(4):279-289.

201. OSHA. Guidelines for Nursing Homes – Ergonomics for the prevention of musculoskeletal disorders. Belgium 2003.

202. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, D Furlan A, Takala EP, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ* 2008,336:429-431.

203. Clemes SA, Haslam CO, Haslam RA. What constitutes effective manual handling training? A systematic review. *Occupational Medicine* 2010;60:101-107.

204. Παγγού Δ, Ντέκοβα Α, Τασιοπούλου Ε, Χατζημανώλη Ο. Μυοσκελετικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης των νοσηλευτών: εφαρμογή της τεχνικής Tape-McConnell ως εργαλείο ελέγχου και πρόληψης των συμπτωμάτων και των λανθασμένων προτύπων στάσης κατά την εργασία. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.

205. Χατζοπούλου Μ, Δοναδίκη Ε, Τσίντζου Ε, Μπένος Ι, Σουρτζή Π. Εκτίμηση επικινδυνότητας για μυοσκελετική επιβάρυνση σε κλινικά τμήματα Γενικού Νοσοκομείου με τη μέθοδο MAPO. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.

206. Scorpiniti A, Lorusso A, L' Abbate N. La consapevolezza come obiettivo formativo del personale sanitario addetto alla movimentazione di pazienti: esperienza di un nuovo metodo educativo. *G Ital Med Lav Erg* 2007; 29(3):857-858.

207. Λώμη Κ. Πρόληψη Μυοσκελετικών Παθήσεων. Γενικές αρχές εργονομικού σχεδιασμού. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2008.

208. Retsas A, Pinikahana J. Manual handling injuries among nurses: an Australian hospital study. *J Adv Nurs* 2000;31(4):875-883.

- 209.** Delclos GL, Gimeno D, Arif AA, BurauKD, Carson A, et al. Occupational risk factors and asthma among health care professionals. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175(7):667-675.
- 210.** Delclos GL, Gimeno D, Arif AA, Benavides FG, Zock JP. Occupational exposures and asthma in health-care workers: comparison of self-reports with a workplace-specific job exposure matrix. *Am J Epidemiol* 2009;169(5):581-587.
- 211.** Proietti L, Longo B, Duscio S, Sandona PB, Duscio D. Monitoraggio ambientale dell' esposizione professionale ad aldeide glutarica in una azienda ospedaliera. *G Ital Med Lav Erg* 2003;25(2):165-167.
- 212.** Vandenplas O, Larbanois A, Vanassche F, Francois S, Jamart J, et al. Latex-induced occupational asthma: time trend in incidence and relationship with hospital glove policies. *Allergy* 2009;64:415-420.
- 213.** Buss ZS, Frode TS. Latex allergen sensitization and risk factors due to glove use by health care workers at public health units in Florianopolis, Brazil. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007;17(1):27-33.
- 214.** Arif AA, Delclos GL. Association between cleaning-related chemicals and work-related asthma and asthma symptoms among healthcare professionals. *Occup Environ Med* 2012;69(1):35-40.
- 215.** Arif AA, Delclos GL, Serra C. Occupational exposures and asthma among nursing professionals. *Occup Environ Med* 2009;66(4):274-278.
- 216.** Φυτιλή Δ, Μιχελάκη Ε, Στάμου Γ, Κυπραίου Ε, Πανταζοπούλου Α, Σουπιώνης Σ, Κωστόπουλος Σ. Δερματικές παθήσεις σε εργαζόμενους Γενικού Νοσοκομείου. Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 217.** Buss ZS, Kupek E, Frode TS. Screening for latex sensitization by questionnaire: diagnostic performance in health care workers. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008;18(1):12-16
- 218.** Pouryaghoub GH, Mehrdad R, Mazhari MM. Adverse reaction to latex containing materials in health care workers. *Acta Medica Iranica* 2008;46(1):47-50.
- 219.** Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. *Br J Dermatol* 2003;149(3):452-456.

- 220.** Weisshaar E, Radulescu M, Solder S, Apfelbacher CJ, Bock M, et al. Secondary individual prevention of occupational skin diseases in health care workers, cleaners and kitchen employees: aims, experiences and descriptive results. *Int Arch Occup Environ Health* 2007;80(6):477-484.
- 221.** Μασγάλα Α, Τσαντές Α, Νικολόπουλος Γ, Παπαδημόπουλος Δ, Πρασκευά Δ. Έκθεση στον ιό HIV κατά την οδοντιατρική πράξη και χορήγηση προφυλακτικής αγωγής. Επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα (1996-2003). *Στοματολογία* 2005, 62(1):16-20.
- 222.** WHO. Health care worker safety. Aide memoire. Geneva 2003.
- 223.** Μασγάλα Α, Νικολόπουλος Γ, Παρασκευά Δ. Προφύλαξη υγειονομικού προσωπικού έναντι του ιού HIV μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά. Κ.Ε.Ε.Λ. Αθήνα 2004.
- 224.** Pruss-Ustun A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injures. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injures among health-care workers. *Am J Ind Med* 2005;48(6):482-490.
- 225.** Rapiti E, Pruss-Ustun A, Hutin Y. Sharps injures. Assessing the burden on disease from sharp injuries to health-care workers at national and local levels. *Environmental Burden of Disease. Series No 11.* WHO. Geneva 2005.
- 226.** Ελληνική ένωση για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τη διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης. Ηπατίτιδα Β, C και HIV – Επαγγελματικοί κίνδυνοι εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα 2008.
- 227.** Καβαλιώτης Ι. Θέματα λοιμώξεων. Εκδόσεις Γιαχούδη. Θεσσαλονίκη 2003.
- 228.** Τσέλου Θ, Αδαλή Ε. Μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της φυματίωσης στο νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 2006, 45(4):470-475.
- 229.** Vorou R, Remoudaki HD, Maltezu HC. Nosocomial scabies. *J Hosp Infect* 2007;65:9-14.
- 230.** Κάλφας Σ. Ποιότητα νερού οδοντιατρικού μηχανήματος. Υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του οδοντιατρείου. Εισηγήσεις. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ξάνθη 2005.
- 231.** Χατζή Λ, Σολιδάκη Ε, Κογεβίνας Μ. Ο επαγγελματικός καρκίνος στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(5):622-630.

- 232.** Κουκουλάκη Θ, Πινότση Δ, Ταργουτζίδης Α, Δρακόπουλος Β, Δρίβας Σ. Επισκόπηση ευρωπαϊκών και διεθνών μελετών εκτίμησης της επιβάρυνσης από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα 2010.
- 233.** OSHA – European Agency for Safety and Health at Work. Άγχος. Βέλγιο 2005.
- 234.** Μουστάκα Ε, Αντωνιάδου Φ, Μαλλιαρού Μ, Ζάντζος ΕΙ, Κυριακή Κ, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού – συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2010, 3(3):90-96.
- 235.** Τούκας Δ, Τούκα Α. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011,28(1):20-26.
- 236.** Μάτης Γ, Χρυσού Ο, Μπιρμπιλής Θ. Σύνδρομο εξουθένωσης στις μονάδες εντατικής θεραπείας – οι εργαζόμενοι στην “εντατική”; 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
- 237.** Τριανταφύλλου Δ, Τζαβάρα Χ, Τούντας Γ. Στρες, δυσμενείς συνθήκες εργασίας και ικανοποίηση από την εργασία εργαζομένων σε νοσοκομεία. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
- 238.** Μουστάκα Ε, Κουτής Χ, Αλεξόπουλος Ε, Καραδήμας Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Εργασιακό στρες Ελλήνων νοσηλευτών και σχέση του με τα χαρακτηριστικά του δείγματος. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.
- 239.** Φακή Μ, Γκούβα Μ, Παπαθανασίου Ι, Πράπα Π, Πάσχου Δ, Πράπα Ε, Κοτρώτσιου Ε. Το άγχος σε εργαζόμενους σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Interscientific Health Care 2009,1:9-15.
- 240.** Μουστάκα Ε, Ζάντζος Ι, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική και τη σωματική υγεία (έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό). Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. ΠΜΣ – Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας. Αλεξανδρούπολη 2010.

- 241.** Παπαγεωργίου Δ, Καραμπέτσου Μ, Νικολακάκου Χ, Παυλάτου Ν. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική* 2007,46(2):237-245.
- 242.** Παρασχάκης Α. Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009, 26(1):36-41.
- 243.** Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Stress and suicide in the nurses' health study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:95-98.
- 244.** Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal* 2010;4(4):210-214.
- 245.** Fountouki A, Pediaditaki O, Theofanidis D. Nursing staff under stress: focus on Greece. A critical review. *International Journal of Caring Sciences* 2011;4(1):11-19.
- 246.** Μπελλάλη Θ, Κοντοδημόπουλος Ν, Καλαφάτη Μ, Νιάκας Δ. Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007,24(1):75-84.
- 247.** Peterson U, Demerouti E, Bergstrom G, Asberg M, Nygren A. Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: a study of Swedish health care workers. *Int J of Stress Management* 2008;15(2):153-172.
- 248.** Καρανιάδου Α, Αναγνωστόπουλος Φ, Τελειώνη ΜΚ. Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2006,45(3):391-403.
- 249.** Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987-1993.
- 250.** Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B. Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *G Ital Med Lav Erg* 2009;31(1):36-44.
- 251.** Pattani A, Constantinovici N, Williams S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross-sectional study. *BMJ* 2001;322:208-209.

- 252.** Hasselhorn HM. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην Εργασία και στην Υγεία μεταξύ των νοσηλευτών στις ευρωπαϊκές χώρες – τι είναι αυτό που κάνει τη διαφορά; Συνέδριο ELINYAE & ISSA HEALTH SERVICES SECTION. Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη. Τεύχος περιλήψεων. Αθήνα 2007.
- 253.** Hasselhorn HM, Tackenberg P, Peter R. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health* 2004;10:401-408.
- 254.** Simon M, Kummerling A, Hasselhorn HM, NEXT-Study group. Work-home conflict in the European nursing profession. *Int J Occup Environ Health* 2004;10:384-391.
- 255.** Van der Heijden B, Demerouti E, Bakker AB, NEXT-Study Group. Work-home interference among nurses: reciprocal relationships with job demands and health. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(5):572-584.
- 256.** Meibner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nezet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing* 2007;57(5):535-542.
- 257.** Camerino D, Conway PM, Van der Heijden B, Estryng-Behar M, Consonni D, et al. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(5):542-552.
- 258.** Camerino D, Conway PM, Van der Heijden B, Estryng-Behar M, Costa G, Hasselhorn HM. Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(11):1645-1659.
- 259.** Estryng-Behar M, Van der Heijden B, Oginska H, Camerino D, Le Nezet O, et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care* 2007;45(10):939-950.
- 260.** Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, Van der Heijden B, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in

the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(1):35-50.

261. Estryng-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, et al. Violence risks in nursing – results from European NEXT Study. *Occup Med* 2008;58:107-114.

262. Hasselhorn HM, Conway PM, Widerszal-Bazyl M, Simon M, Tackenberg P, et al. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession – results from the longitudinal European NEXT study. *SJWEH Suppl.* 2008;(6):75-82.

263. Flinkamn M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn HM, Salanterä S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:727-739.

264. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. Facts 10. Παθήσεις της οσφυϊκής χώρας σχετιζόμενες με την εργασία. Περίληψη της έκθεσης του οργανισμού. Βέλγιο 2000.

265. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία - Eurostat. Facts 19. Εργατικά ατυχήματα στην ΕΕ – Η στατιστική εικόνα (1998-1999). Βέλγιο 2001.

266. Τσαγκάρη Χ, Βάγκα Ε, Κωνσταντινίδης ΘΚ. Σύνδρομο mobbing σε νοσηλευτικά ιδρύματα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

267. Μπάτρα Π. Συνθήκες εργασίας γυναικών σε νοσοκομεία. Το φαινόμενο της σεξουαλικής παρενόχλησης, της βίας και της ψυχολογικής πίεσης. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στους τομείς της Υγείας. Τεύχος Περιλήψεων. Αλεξανδρούπολη 2009.

268. Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Rasanen K, et al. Sick leave absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58:361-366.

269. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2001.

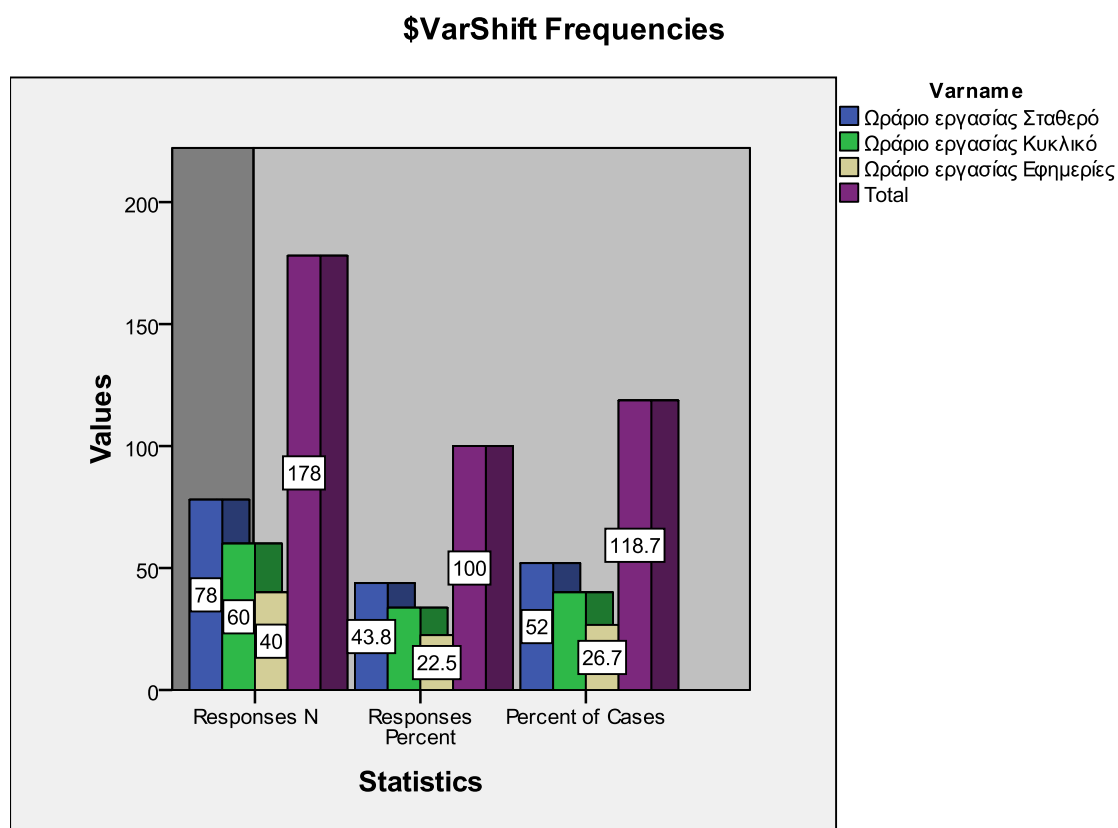
270. Α' Πε.Σ.Υ. Ν. Αιγαίου. Κτηματολόγιο ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού & επενδυτικός σχεδιασμός ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού υγειονομικών μονάδων Α' Πε.Σ.Υ. Ν. Αιγαίου. Ιούλιος 2002.

271. Μωραϊτάκη – Τσάμη Α, Βασιλάκης Π. Νησιά: πρόταση για την υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

\$VarShift Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Ωράριο εργασίας ^a	Σταθερό	78	43.8%	52.0%
	Κυκλικό	60	33.7%	40.0%
	Εφημερίες	40	22.5%	26.7%
Total		178	100.0%	118.7%
a. Group				

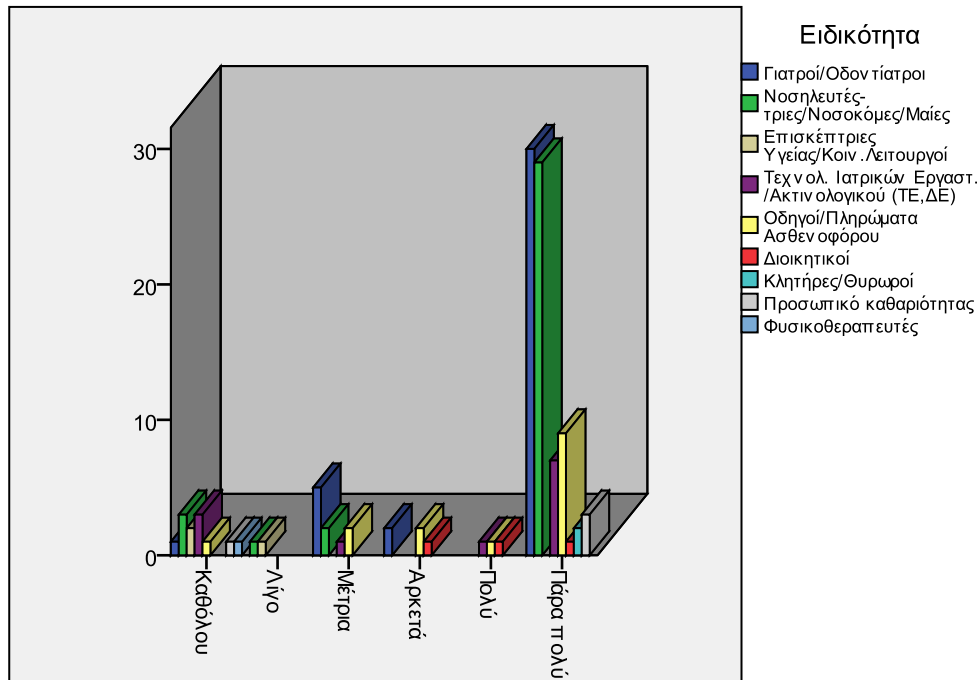
Πίνακας 1. Κατανομή ωραρίου εργασίας των εργαζομένων στα Κ.Υ. των Κυκλάδων.



Γράφημα 1: Κατανομή ωραρίου εργασίας των εργαζομένων στα Κ.Υ. των Κυκλάδων.

\$VarDisease Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Παθήσεις που οφείλονται στην εργασία	Μυοσκελετικές παθήσεις	29	52.7%	60.4%
	Ψωρίαση	1	1.8%	2.1%
	Βαρηκοΐα	1	1.8%	2.1%
	Λοιμώξεις	11	20.0%	22.9%
	Επαγγελματικό άσθμα	1	1.8%	2.1%
	Φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων	3	5.5%	6.3%
	Εργασιακό άγχος	2	3.6%	4.2%
	Καρδιαγγειακά προβλήματα	2	3.6%	4.2%
	Θυρεοειδοπάθεια	2	3.6%	4.2%
	Αλλεργικές αντιδράσεις	2	3.6%	4.2%
	Μελάνωμα από έκθεση σε ακτινοβολία μηχανήματος αποστείρωσης	1	1.8%	2.1%
	Total		55	100.0%
a. Group				

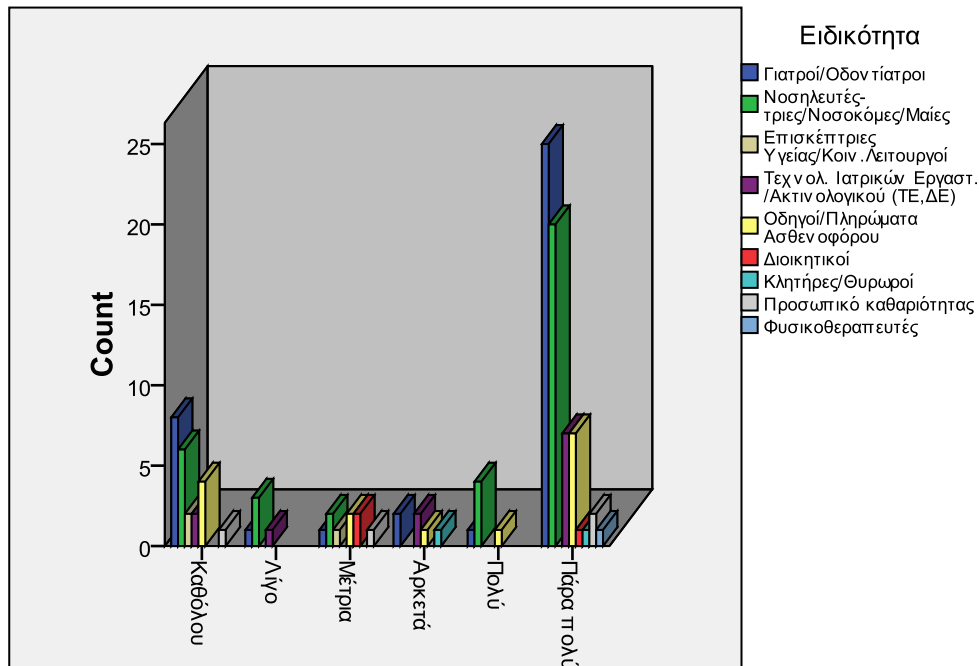
Πίνακας 2: Κατανομή συχνοτήτων αναφερόμενων επαγγελματικών παθήσεων.



Γράφημα 2: Κατανομή συχνοτήτων διαδερμικής επαφής με αίμα.

Bar Chart

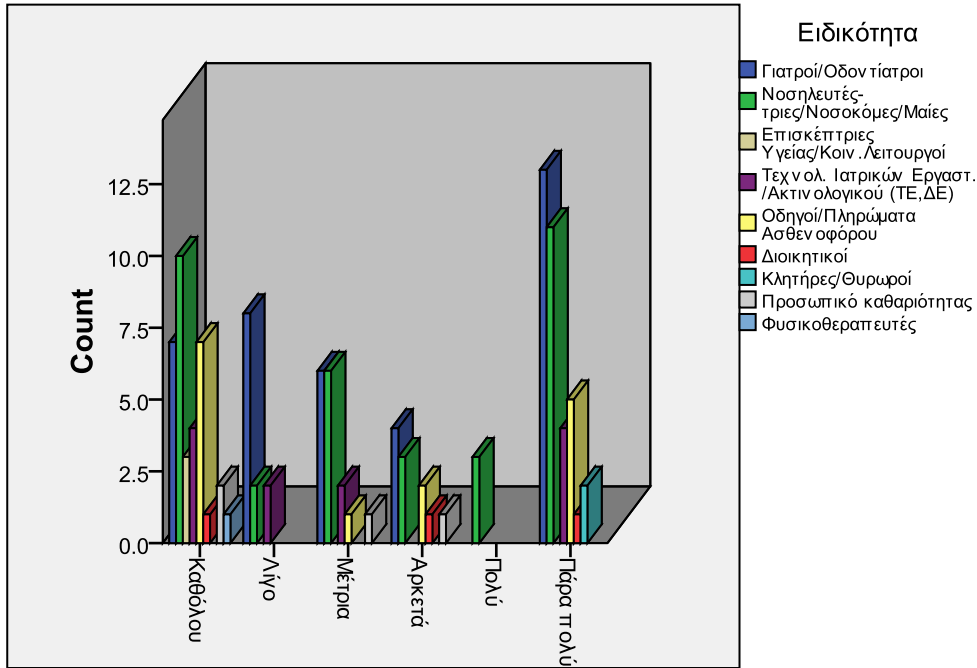
Κατά την εργασία σας είχατε κάποια επαγγελματική έκθεση: **Ναι**



Γράφημα 3: Καταγραφή συχνοτήτων δερματικής επαφής με άλλα βιολογικά υγρά.

Bar Chart

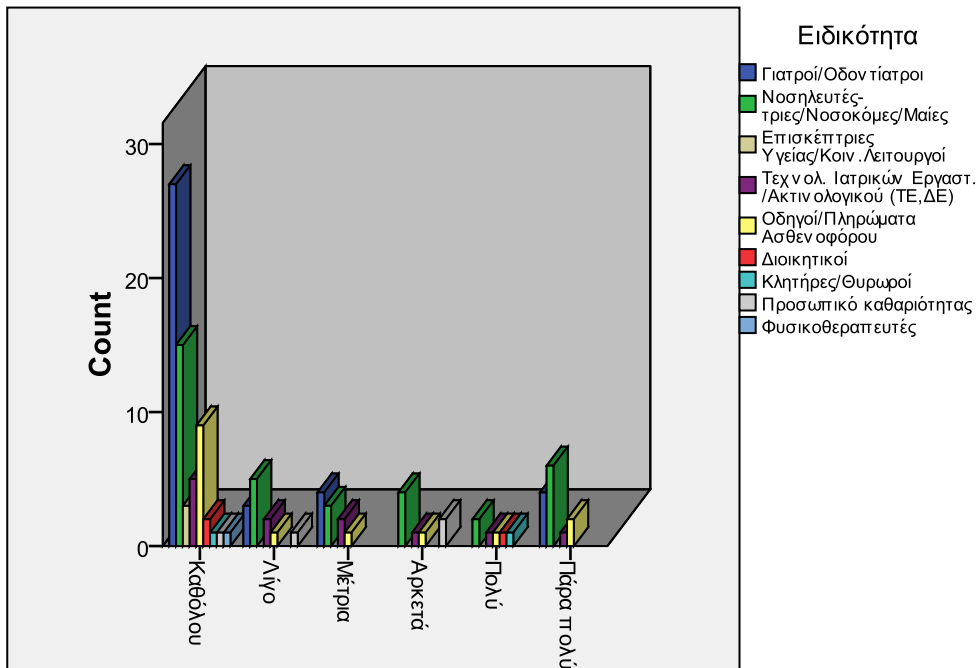
Κατά την εργασία σας είχατε κάποια επαγγελματική έκθεση: **Ναι**



Γράφημα 4: Κατανομή συχνοτήτων έκθεσης των βλεννογόνων σε αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά.

Bar Chart

Κατά την εργασία σας είχατε κάποια επαγγελματική έκθεση: **Ναι**



Γράφημα 5: Κατανομή συχνοτήτων επαγγελματικής έκθεσης σε αίμα από κοψίματα με νυστέρι και ψαλίδι.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό					
Crosstabulation					
			Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό		Total
			Ναι	Όχι	
Εκπαιδ/κό επίπεδο	ΠΕ	Count	16	29	45
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	35.6%	64.4%	100.0%
		% within Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό	21.3%	38.7%	30.0%
	ΤΕ	Count	20	23	43
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	46.5%	53.5%	100.0%
		% within Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό	26.7%	30.7%	28.7%
	ΔΕ	Count	33	19	52
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	63.5%	36.5%	100.0%
		% within Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό	44.0%	25.3%	34.7%
	ΥΕ	Count	6	4	10
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	60.0%	40.0%	100.0%
		% within Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό	8.0%	5.3%	6.7%
Total		Count	75	75	150
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Πρόβλημα στο χώρο εργασίας με τον κλιματισμό	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 3: Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου εργαζομένων με την ύπαρξη ή όχι προβλήματος με τον κλιματισμό.

Φύλο * Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε περιστατικά βίας				
Crosstabulation				
		Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε περιστατικά βίας		Total
		Ναι	Όχι	
Φύλο Άνδρας	Count	50	13	63
	% within Φύλο	79.4%	20.6%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε περιστατικά βίας	49.0%	27.1%	42.0%
Γυναίκα	Count	52	35	87
	% within Φύλο	59.8%	40.2%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε περιστατικά βίας	51.0%	72.9%	58.0%
Total	Count	102	48	150
	% within Φύλο	68.0%	32.0%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε περιστατικά βίας	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 4: Συσχέτιση του φύλου με την εκδήλωση περιστατικών βίας στο χώρο εργασίας.

Ηλικία * Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση Crosstabulation				
		Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση		Total
		Ναι	Όχι	
Ηλικία 20-35	Count	47	8	55
	% within Ηλικία	85.5%	14.5%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση	34.8%	53.3%	36.7%
36-45	Count	38	7	45
	% within Ηλικία	84.4%	15.6%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση	28.1%	46.7%	30.0%
46-55	Count	43	0	43
	% within Ηλικία	100.0%	.0%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση	31.9%	.0%	28.7%
56-65	Count	7	0	7
	% within Ηλικία	100.0%	.0%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση	5.2%	.0%	4.7%
Total	Count	135	15	150
	% within Ηλικία	90.0%	10.0%	100.0%
	% within Κατά την εργασία σας αντιμετωπίσατε φόρτο εργασίας ή χρονική πίεση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 5: Συσχέτιση ηλικιακών ομάδων εργαζομένων με την ύπαρξη φόρτου εργασίας ή χρονικών πιέσεων στην εργασία.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης					
Crosstabulation					
			Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης		Total
			Ναι	Όχι	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΠΕ	Count	45	0	45
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	100.0%	.0%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης	34.9%	.0%	30.0%
TE		Count	34	9	43
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	79.1%	20.9%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης	26.4%	42.9%	28.7%
ΔΕ		Count	44	8	52
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	84.6%	15.4%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης	34.1%	38.1%	34.7%
ΥΕ		Count	6	4	10
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	60.0%	40.0%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης	4.7%	19.0%	6.7%
Total		Count	129	21	150
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	86.0%	14.0%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας αναλάβατε μεγάλο βαθμό ευθύνης	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 6: Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου εργαζομένων με την ανάληψη μεγάλου βαθμού ευθύνης στην εργασία.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας) Crosstabulation					
			Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)		Total
			Ναι	Όχι	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΠΕ	Count	37	8	45
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	82.2%	17.8%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)	31.9%	23.5%	30.0%
	ΤΕ	Count	35	8	43
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	81.4%	18.6%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)	30.2%	23.5%	28.7%
	ΔΕ	Count	40	12	52
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	76.9%	23.1%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)	34.5%	35.3%	34.7%
	ΥΕ	Count	4	6	10
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	40.0%	60.0%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)	3.4%	17.6%	6.7%
Total		Count	116	34	150
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	77.3%	22.7%	100.0%
		% within Κατά την εργασία σας χρησιμοποιείτε ΜΑΠ (μέσα ατομικής προστασίας)	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 7: Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου εργαζομένων με τη χρήση μέσων ατομικής προστασίας.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία					
Crosstabulation					
		Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία		Total	
		Ναι	Όχι		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΠΕ	Count	13	32	45
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	28.9%	71.1%	100.0%
		% within Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία	17.1%	43.2%	30.0%
ΤΕ		Count	23	20	43
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	53.5%	46.5%	100.0%
		% within Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία	30.3%	27.0%	28.7%
ΔΕ		Count	36	16	52
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	69.2%	30.8%	100.0%
		% within Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία	47.4%	21.6%	34.7%
ΥΕ		Count	4	6	10
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	40.0%	60.0%	100.0%
		% within Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία	5.3%	8.1%	6.7%
Total		Count	76	74	150
		% within Εκπαιδευτικό επίπεδο	50.7%	49.3%	100.0%
		% within Στην εργασία σας χειρίζεστε βαριά φορτία	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 8: Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου εργαζομένων με τον χειρισμό βαρέων φορτίων στην εργασία.