

MENTAL AND PHYSICAL WELL-BEING AT WORK QUESTIONNAIRE FOR THE WORKPLACE STRESS (STRESS - MOBBING) **HEALTH EFFECTS OF WELDERS BECAUSE OF OCCUPATIONAL EXPOSURE RISK FACTORS FOR GREEK FISHERMEN'S HEALTH AND SAFETY HEALTH AND SAFETY IN HAEMODIALYSIS UNIT HEALTH AND SAFETY OF WORKERS IN HOTELS BURN OUT SYNDROME CHEMICAL IN DIFFERENT DISCIPLINES WORKING IN GREECE WORKING CONDITIONS OF NURSES IN HYPERBARIC ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL STRESS SCREENING METHODS FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME: QUESTIONNAIRES AND PREDICTORS FOR WORKERS ECOLOGICAL MANAGEMENT OF WASTE IN HAEMODIALYSIS UNIT LEPERS IN CRETE EDITORIAL: OCCUPATIONAL MEDICINE AND HYGIENE**



ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ (STRESS - MOBBING) **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΩΝ ΛΟΓΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΛΙΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΟΔΟΧΟΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΥΠΟΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΑΥΥ): ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΛΕΠΡΟΙ ΕΝ ΚΡΗΤΗ EDITORIAL: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ**



hugēia@εργασια 4(2) ΤΕΥΧΟΣ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

hugēia  **εργασια**

HE SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE
IN ASSOCIATION WITH PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES

VOLUME 4 ISSUE 2

ISSN 1792-4731

MAY - AUGOUST 2013

hugēia  **εργασια**

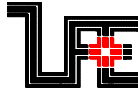
HE ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 4 ΤΕΥΧΟΣ 2

ISSN 1792-4731

ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2013

hygeia ergasia



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 4 ΤΕΥΧΟΣ 2

ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ
(STRESS - MOBBING)

Αλεξόπουλος Γ. Χαράλαμπος

σελ. 9-30

MENTAL AND PHYSICAL WELL-BEING AT WORK
QUESTIONNAIRE FOR THE WORKPLACE STRESS
(STRESS - MOBBING)

Alexopoulos G. Charalambos

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΩΝ
ΛΟΓΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Β. Δρακόπουλος, Π. Ζαρογουλίδης, Δ. Πινότση, Α. Κροκίδης, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης
και **Κ. Χατζησταύρου**

σελ. 31-46

HEALTH EFFECTS OF WELDERS
BECAUSE OF OCCUPATIONAL EXPOSURE

V. Drakopoulos, P. Zarogoulidis, D. Pinotsi, A. Krokidis, T.C. Constantinidis
and **K. Chatzistavrou**

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΛΙΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ελπίδα Φραντζέσκου, Αναστασία Ν. Καστανιά, Ε. Ριζά, Κ. Χατζησταύρου και **Αθηνά Λινού**

σελ. 47-64

RISK FACTORS FOR GREEK FISHERMEN'S
HEALTH AND SAFETY

Elpida Frantzeskou, Anastasia N. Kastania, Elena Riza, K. Chatzistavrou and **Athena Linos**

ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Ευθυμία Μπουτζικά και **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**

σελ. 65-88

HEALTH AND SAFETY
IN HAEMODIALYSIS UNIT

Efthymia Boutzika and **T.C. Constantinidis**

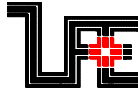
<p>ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΟΔΟΧΟΥΠΆΛΛΗΛΩΝ Ευδοκία - Σπυριδούλα Καββαδία και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης</p>	σελ. 89-120
<p>HEALTH AND SAFETY OF WORKERS IN HOTELS Evdokia - Spyridoula Kavvadia and T.C. Constantinidis</p>	
<p>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ Ευθαλία Καλαντζή, Δ. Πατούχας και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης</p>	σελ. 121-172
<p>BURN OUT SYNDROME CHEMICAL IN DIFFERENT DISCIPLINES WORKING IN GREECE E. Kalantzi, D. Patouchas and T.C. Constantinidis</p>	
<p>ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ Χανδρινού Α., Εξαρχος Κ., Γαϊτάνου Κ., Σαράφης Π. και Μαλλιάρου Μ.</p>	σελ. 173-194
<p>WORKING CONDITIONS OF NURSES IN HYPERBARIC ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL STRESS Chandrinou A., Exarhos K., Gaitanou K., Sarafis P. and Maria Malliarou</p>	
<p>ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΥΠΟΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΑΥΥ): ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ Μαυρίδης Α., Hertegonne K., Weyler J. και Braeckman L.</p>	σελ. 195-208
<p>SCREENING METHODS FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME: QUESTIONNAIRES AND PREDICTORS FOR WORKERS Mavridis A., Hertegonne K., Weyler J. and Braeckman L.</p>	
<p>ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Βαρούτσου Π., Μαλλιάρου Μ., Ζυγά Σ. και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης</p>	σελ. 209-216
<p>ECOLOGICAL MANAGEMENT OF WASTE IN HAEMODIALYSIS UNIT Varoutsou P., Malliarou M., Zyga S. and T.C. Constantinidis</p>	
<p>ΛΕΠΡΟΙ ΕΝ ΚΡΗΤΗ Μ.Γ. Καταπότης</p>	σελ. 217-225
<p>LEPERS IN CRETE M.G. Katapotis</p>	

EDITORIAL: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

σελ. 227-228

EDITORIAL: OCCUPATIONAL MEDICINE AND HYGIENE
T.C. Constantinidis

hυgeία εργασία



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επιστημονική Επιτροπή:

Αθανάσιου Αθανάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Υπουργείο Εργασίας Κύπρου
Αλαμάνος Γιάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Αλεξόπουλος Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Αλεξόπουλος Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Τομέαρχης Ιατρικής της Εργασίας, Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας ΔΕΗ
Αναστασόπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Αρβανιτίδου - Βαγιωνά Μαλαματένια, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
Αργυριάδου Στέλλα, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Κρήτης, ΕΛΕΓΕΙΑ
Βαλογιάννη Κωνσταντίνα, Χειρουργός, Υγειον. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Βελονάκης Μανόλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής Παν. Αθηνών
Γαλανοπούλου Ελισάβετ, Χημικός, Δρ. Βιοχημικός
Γελαστοπούλου Ελένη, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής Παν. Πατρών
Γουσόπουλος Σταύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΙΚΑ, Διδάκτορας Ιατρικής ΔΠΘ
Γρηγορίου Ιωάννα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Υπουργείο Υγείας Κύπρου
Δημητρίου Αναστασία, Επ. Καθηγήτρια ΔΠΘ
Δημοσιάτης Γιάννης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δρίβας Σπύρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, ΕΛΙΝΥΑΕ
Δώση - Σιββά Μαρία, Τεχνική Επιθεωρήτρια ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Ζαφειρόπουλος Παντελής, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζαχαρίας Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζηλίδης Χρήστος, Αν. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ιορδάνου Παναγιώτα, Αν. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Καρτάλη Σοφία, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κογεβίνας Μανόλης, Καθηγητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Παθολογοανατόμος, Υγειον. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής Εργασίας ΙΚΑ
Κουσκούκης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Κουτής Χαρίλαος, Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών, Προϊστάμενος Τμήματος Δημόσιας Υγείας ΤΕΙ Αθηνών
Κυπραίου Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Κυριάπουλος Γιάννης, Καθηγητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κωνσταντίνου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διευθυντής Τμήματος Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας

Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Λιονής Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής, Διευθυντής Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μαλλιάρου Μαρία, Νοσηλεύτρια ΕΚΠΑ, Διδάκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών
Μαλτέζος Ευστράτιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Μαραγκός Νικόλαος, Τεχνικός Επιθ. ΣΕΠΕ, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Μερκούρης Μποδοσάκης - Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ
Μόσιαλος Ηλίας, Καθηγητής, London School of Economics, Professor of Health Policy, Department of Social Policy, Director of LSE Health
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αν. Καθηγήτρια, ΤΕΙ Αθηνών
Μπένος Αλέξης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Μπεχράκης Παναγιώτης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Μπούρος Δημοσθένης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ντουνιάς Γεώργιος, Επιμελητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πανταζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πανταζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής ΕΚΠΑ
Παπαδάκης Νίκος, Αν. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πατενταλάκης Μιχάλης, Διευθυντής ΕΣΥ, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών
Πατούχας Δημήτρης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Πατρών
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Προϊστάμενος Διεύθυνσης ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας Ηπείρου και Ιόνιων Νησιών
Σιχλιτιδής Λάζαρος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελητής Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Στερόπουλος Πασχάλης, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Σωτηριάδης Ελπιδοφόρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Τμήμα Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Ιατρικής, Κυπριακό Ινστιτούτο Βιοϊατρικών Επιστημών, Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγείας, Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Ιατρικής, Public Health School, University of Harvard
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Τούντας Γιάννης, Αν. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Τσαρούχα Αλέκα, Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Φυτιλή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Β, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Φρουδαράκης Μάριος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζάκη Αικατερίνη, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής ΕΚΠΑ
Χατζησταύρου Κωνσταντίνος, Αν. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Χριστοδούλου Αντώνιος, Αν. Γενικός Διευθυντής Συνηκών και Υγιεινής στην Εργασία, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης

Εκδότης: Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας: tconstan@med.duth.gr

Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **hugείa@εργασία** αποτελεί την επιστημονική έκδοση της *Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος (ΕΕΙΕΠ)* και εκδίδεται σε συνεργασία με το *Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (ΠΜΣ ΥΑΕ)*. Το επιστημονικό αυτό περιοδικό δημοσιεύει εργασίες με σκοπό να συμβάλλει στην έρευνα και στην εκπαίδευση των ιατρών και όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο πολυεπιστημονικό πεδίο της Ιατρικής της Εργασίας, της Περιβαλλοντικής Ιατρικής και της Ασφάλειας στην Εργασία. Επίσης έχει σκοπό να υποστηρίξει και να προβάλλει τα επιστημονικά και τα συνδικαλιστικά δικαιώματα της ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας.

Γενικοί κανόνες υποβολής των άρθρων: Μετά από κρίση, δημοσιεύονται στο περιοδικό στα ελληνικά ή στα αγγλικά, άρθρα που δεν έχουν δημοσιευτεί ή θα δημοσιευτούν αλλού, στο σύνολό τους. Όλα τα άρθρα συνοδεύονται από ελληνική και αγγλική περίληψη. Κεφαλαία γράμματα εντός του κειμένου και παρενθέσεις, συνιστάται να αποφεύγονται. Τα ακρωνύμια πρέπει να εξηγούνται ολογράφως στη πρώτη αναφορά τους. Τα υποβαλλόμενα άρθρα δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις δέκα τυπωμένες σελίδες. Το ίδιο άρθρο δεν δημοσιεύεται στο αγγλικό και στο ελληνικό τμήμα ταυτόχρονα παρά μόνο σε περίληψη. Η ακρίβεια των βιβλιογραφικών αναφορών, η ακρίβεια του περιεχομένου, η αυθεντικότητα, η πρωτοτυπία και η τυχόν απαραίτητη λήψη άδειας για την υποβολή και δημοσίευση στο περιοδικό, των πινάκων και σχημάτων όλων των εργασιών, είναι στην απόλυτη υπευθυνότητα των συγγραφέων. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για τυχόν εσφαλμένες θέσεις ή για τη μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεών τους, σύμφωνα με τις παρούσες οδηγίες προς συγγραφείς. Επί τρία χρόνια μετά τη δημοσίευση του άρθρου είναι δυνατόν να ζητηθεί από τους συγγραφείς να του δώσουν τα βασικά δεδομένα της δημοσιευθείσας εργασίας. Τα άρθρα προς δημοσίευση υποβάλλονται στο περιοδικό με ηλεκτρονική μορφή. Τα κείμενα πρέπει να γράφονται με πεζοκεφαλαία, με χαρακτήρες γραμμάτων arial narrow, μέγεθος γραμμάτων 12 στιγμών, μονή απόσταση σειρών και περιθώρια 2,5 εκατοστών. Η επικοινωνία με τους συγγραφείς γίνεται με ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις τους πρέπει να δίδονται σύντομα. Κατηγορίες των άρθρων: *Τα δημοσιευόμενα άρθρα αφορούν:* α) πρωτότυπα άρθρα, που αφορούν θέμα που δεν έχει δημοσιευτεί μέχρι την ημερομηνία υποβολής του άρθρου, β) ερευνητικά άρθρα, που μελετούν γνωστά θέματα προς επιβεβαίωση, απόρριψη ή περαιτέρω επεξεργασία, γ) εκτεταμένα ή βραχεία άρθρα ανασκόπησης, τα οποία θεωρούνται μονογραφίες ειδικών και γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς από διαφορετικές ειδικότητες, δ) άρθρα βραχείας επικοινωνίας, πρωτότυπα συνήθως ή αξιόλογα ερευνητικά, όταν περιλαμβάνονται σε περιγραφές περιπτώσεων, με μικρότερο ενδεχόμενα αριθμό περιπτώσεων, ε) διακεκριμένες διαλέξεις, στ) τεχνικά σημειώματα, ζ) ειδικά άρθρα γενικού ενδιαφέροντος για την Ιατρική της Εργασίας, την Περιβαλλοντική Ιατρική, την Ασφάλεια στην Εργασία, τα Οικονομικά της Εργασίας, την Ιστορία της Ιατρικής της Εργασίας, η) περιγραφές ενδιαφερουσών περιπτώσεων στις οποίες συνιστάται να μην συμπεριλαμβάνονται βραχείες ανασκοπήσεις του θέματος και θ) επιστολές προς το περιοδικό που πρέπει να περιέχουν

αδημοσίευτες απόψεις, να υπογράφονται από όλους τους συγγραφείς, να μην αποτελούνται από περισσότερες από 1000 λέξεις, να μη γράφονται από περισσότερους από πέντε συγγραφείς και να μην περιλαμβάνουν περισσότερες από 15 βιβλιογραφικές αναφορές και δύο πίνακες, εικόνες ή σχήματα. *Επιστολή υποβολής άρθρων ή επιστολών προς το περιοδικό:* Τα άρθρα και οι επιστολές προς το περιοδικό, συνοδεύονται από επιστολή, στην οποία όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: α) συμφωνούν με τις παρούσες οδηγίες προς τους συγγραφείς, β) συμφωνούν να υποβάλλουν το άρθρο αυτό, μόνο στο περιοδικό και παρέχουν στο περιοδικό τα συγγραφικά τους δικαιώματα, γ) όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις της εργασίας αυτής κατά τρόπο ουσιαστικό, δ) το άρθρο ή η επιστολή προς το περιοδικό, δεν δημοσιεύτηκε ούτε θα δημοσιευτεί εν μέρει ή συνολικά σε άλλο έντυπο, μέχρι να ολοκληρωθεί η κρίση του στο περιοδικό, ε) οι συγγραφείς πρέπει να δηλώσουν αν έχουν οικονομικά συμφέροντα ή προσωπική σχέση με άτομα, οργανισμούς, εταιρείες κλπ. και να δηλώσουν αν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, στ) οι συγγραφείς που μελετούν εργαζόμενους ή ασθενείς, πρέπει να δηλώσουν ότι αυτοί έδωσαν την ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή τους για την τέλεση των δοκιμασιών της εργασίας και ότι η ειδική επιστημονική επιτροπή αρμόδια για θέματα Ιατρικής Ηθικής του Ιδρύματος όπου τελέστηκε η εργασία, έλεγχε και ενέκρινε το σχετικό πρωτόκολλο εργασίας και ζ) για πειράματα σε ζώα πρέπει να αναφέρεται η λήψη σχετικής άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες και ότι τηρήθηκαν οι αρχές της φροντίδας των ζώων. *Δομή των άρθρων:* Στα άρθρα που υποβάλλονται πρέπει να διακρίνονται τα εξής τμήματα: α) η σελίδα του τίτλου, που δεν πρέπει να μην υπερβαίνει τις 14 λέξεις, πρέπει να περιλαμβάνει τα πλήρη ονόματα των συγγραφέων και των ιδρυμάτων στα οποία ανήκουν, τη διεύθυνση για αλληλογραφία και 4-5 λέξεις ευρητηρίου, β) η σελίδα της περίληψης στα ελληνικά και γ) η σελίδα της περίληψης στα αγγλικά. Οι περιλήψεις περιλαμβάνουν σύντομα: τις επιστημονικές μέχρι τώρα γνωστές θέσεις πάνω στις οποίες βασίστηκε ο σκοπός της εργασίας, το σκοπό της εργασίας, τους μελετηθέντες, το υλικό και τις μεθόδους, την συζήτηση και τα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, στην *Εισαγωγή* περιλαμβάνεται μόνο ό,τι είναι μέχρι σήμερα γνωστό στο θέμα και με βάση αυτό, αναφέρεται στη συνέχεια από τους συγγραφείς για ποιόν ή για ποιούς λόγους ανέλαβαν τη δική τους μελέτη. Το *Υλικό* του άρθρου, ή τα Άτομα που μελετήθηκαν και οι *Μέθοδοι* που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθούν τα *Αποτελέσματα*. Όσα αναφέρονται στους *Πίνακες* δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται να υπογραμμιστεί απαραίτητα κάποιο αποτέλεσμα. Επεται η *Συζήτηση*. Τα *Συμπεράσματα* αναφέρονται μετά τη συζήτηση και αποτελούν ξεχωριστό κεφάλαιο. Τα συμπεράσματα πρέπει να είναι σύντομα, χωρίς σχόλια και να στηρίζονται μόνο στα ειδικά αποτελέσματα της εργασίας. Ακολουθούν: οι *Ευχαριστίες* και η *Βιβλιογραφία*. Στο κείμενο πρέπει να αναφέρονται οι βιβλιογραφικές αναφορές με αριθμούς σε παρενθέσεις, είτε με τα ονόματα των συγγραφέων. Αν προτιμηθεί να αναφέρονται ονόματα συγγραφέων, τοποθετείται και η χρονολογία της εργασίας και ο αριθμός της εργασίας σε παρένθεση. Η βιβλιογραφία περιέχει διαδοχικά και με αύξοντα αριθμό, μόνο όσες αναφορές αναφέρονται στο κείμενο και έχουν δημοσιευθεί ή πρόκειται να δημοσιευθούν. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μόνο τα τρία πρώτα ονόματα των συγγραφέων και συνεργάτες. Αν τα ονόματα είναι μόνο τέσσερα, αναφέρονται όλα. Τα ονόματα των βιβλίων και των περιοδικών γράφονται με πλάγιους χαρακτήρες. Στο κείμενο οι βιβλιογραφικές αναφορές γράφονται σε αγκύλες με αριθμούς που παραπέμπουν στη Βιβλιογραφία, είτε με το όνομα του πρώτου συγγραφέα και το έτος δημοσίευσης. Οι Κριτές και ο Εκδότης μπορεί να προτείνουν επιπλέον ή νεότερες βιβλιογραφικές αναφορές. Οι Πίνακες και τα Σχήματα αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς και έχουν βραχύ τίτλο. Σύντομώσεις ή ακρωνύμια εντός των Πινάκων θα πρέπει να επεξηγούνται στον τίτλο τους με πλάγιους χαρακτήρες μεγέθους 12 στιγμών.

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ (STRESS - MOBBING)

Αλεξόπουλος Γ. Χαράλαμπος

Ειδικός Ιατρός Εργασίας

Περίληψη: Σκοπός της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι να αποτελέσει εργαλείο ανάλυσης, για να διαπιστωθούν οι λόγοι που επιφέρουν παθήσεις λόγω του εργασιακού άγχους (stress) σε όλους τους εργαζομένους, οποιασδήποτε κατηγορίας απασχόλησης, ειδικότητας και εκπαιδευτικού επιπέδου, σε εφαρμογή της υπογεγραμμένης από τους κοινωνικούς εταίρους Ευρωπαϊκής Συμφωνίας - Πλαίσιο για το εργασιακό άγχος (08.10.2004), σύμφωνα με την Οδηγία - Πλαίσιο 89/391/ΕΕ. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα εργαλείο έρευνας σχετικά με την οργανωτική ευεξία που η Επιχείρηση οφείλει να προσφέρει σε όλους τους εργαζομένους. Τα αποτελέσματα θα μας επιτρέψουν να εντοπίσουμε πιθανά προβλήματα και περιθώρια βελτίωσης, τα οποία θα ληφθούν υπόψη για να συμβάλλουν στην αύξηση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας και ευημερίας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας.

STRESS

Η λέξη *stress* στην αγγλική ορολογία έχει τεχνολογική ρίζα, περιγράφεται σαν η δράση κάποιας δύναμης, που παραμορφώνει ένα σώμα, μια μάζα. Η έννοια του *stress* εισήχθη στην βιολογία σχεδόν ανεξάρτητα από τις σύγχρονες επιστήμες, στην ψυχιατρική ειδικότερα, και στη φυσιολογία. Ακολουθώντας την πρώτη κατεύθυνση οι έρευνες στο *stress* οδήγησαν κυρίως σε μελέτες των απροσάρμοστων επιπτώσεων από ψυχολογικά τραύματα, στη δημιουργία ψυχικών διαταραχών ιδιαίτερα νευρολογικής αιτίας. Στη φυσιολογία, οι έρευνες για το *stress* μελετήθηκαν ιδιαίτερα από τους *C. Bernard* και *W. Cannon* και ειδικότερα από τον *Selye*. Ενώ οι δυο πρώτοι επιστήμονες συγκέντρωσαν και επεσήμαναν τις μελέτες και τα αποτελέσματά τους στην ομοίωση (τάση του οργανισμού για την σταθερότητα των διαφόρων φυσιολογικών στοιχείων ή τάση για αποκατάσταση της σταθερότητας σε περίπτωση μεταβολής) και στο ρόλο της άμεσης συμμετοχής της αδρεναλίνης στην αντίδραση του οργανισμού, ο τρίτος επιστήμονας ανακάλυψε ότι και τα επινεφρίδια συμμετέχουν στο βιολογικό μηχανισμό άμυνας απέναντι σε ένα μεγάλο και ευρύ αριθμό ερεθισμάτων. Η άμεση συμμετοχή του συμπαθητικού συστήματος (νευροφυτικού) και ειδικότερα του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδια επεξηγεί τη βιολογική αντίδραση, που δημιουργείται λόγω του *stress*. Η καινούργια θεωρία σύγκλισης μεταξύ της

ψυχοφυσιολογικής ερμηνείας του φαινομένου του stress και του μέτρου μέτρησής του, δημιούργησε μια καινούργια ορολογία ερμηνείας του stress. Με την ορολογία *coring* εννοούνται όλα εκείνα τα αποθέματα γνώσεων και συμπεριφοράς που τίθενται σε λειτουργία από το άτομο, για να ελέγξουν τις εσωτερικές ή εξωτερικές καταστάσεις, που δημιουργούνται από την ύπαρξη του stress απέναντι στο οποίο το άτομο, όχι απλώς εκδηλώνει «αντίδραση», αλλά «αλληλοεπίδραση». Κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να κατανοηθεί η συμμετοχή της προσωπικότητας και των βιολογικών μηχανισμών στην εκδήλωση του stress.

Υπάρχουν στοιχεία που συντρέχουν να επηρεάσουν και να καθοδηγήσουν τις απόψεις και τη στάση καθενός εργαζόμενου ξεχωριστά – τη λεγόμενη «ηθική» – αποδεικνύοντας την αλληλεξάρτηση μεταξύ παραμέτρων, που σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας, τα χαρακτηριστικά της απασχόλησης και τους ψυχολογικούς, φυσιολογικούς παράγοντες. Ο εργαζόμενος, όταν εκφράζει την άποψή του για τα στοιχεία που συνθέτουν το περιβάλλον και την οργάνωση εργασίας, έχει ήδη επεξεργασθεί στο υποσυνείδητό του και έχει σχηματίσει μια εκτίμηση της ολικής κατάστασης μέσω της ανάλυσης παραγόντων και αιτιών που συνυπάρχουν και επιδρούν μαζί.

Σήμερα σαν stress χαρακτηρίζεται: «Η μη επιλεγμένη - ειδική απάντηση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση - ένταση - εμβολή που του παρουσιάζεται ή του δημιουργείται και η οποία αντιμετωπίζεται από το άτομο με αντιδράσεις, που συμπεριλαμβάνονται εντός ενός ευρέως φάσματος που ξεκινά από την απλή και ομαλή προσαρμογή του ατόμου για την αντιμετώπιση της κατάστασης μέσω κάποιας αντίδρασης, μέχρι την εκδήλωση ακραίων παθολογικών εκδηλώσεων στον οργανισμό του για την αντιμετώπιση της υπάρχουσας κατάστασης».

Ο οργανισμός απαντά στις συνθήκες και καταστάσεις που προκύπτουν, είτε με τη διευθέτηση και προσαρμογή της συμπεριφοράς του, είτε με την συνολική ενεργοποίηση του ψυχικού - νευρικού - ορμονικού - ανοσοποιητικού του συστήματος.

Αυτές οι απαντήσεις αποτελούν ένα σύστημα «άμυνας» για να προστατέψουμε την βιολογική μας οντότητα, ερεθίζοντας τον οργανισμό μας ή να παλέψει ή να αποφύγει ή να ξεφύγει ηθελημένα απέναντι σε μια κατάσταση stress, έτσι ώστε να επωμίζεται μια στάση που:

- Ή θα δώσει λύση στην υπάρχουσα κατάσταση οριστικά ή προσωρινά
- Ή θα προσπαθήσει να αποφύγει τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις και ακολούθως, απέναντι στη δυσκολία, να δώσει λύση στο πρόβλημα
- Ή θα αναπτύξει ανάλογες προσαρμογές, που θα του επιτρέπουν την επιβίωσή του απέναντι στους περιορισμούς και την περιστολή που του επιβάλλονται, τη στιγμή που υπόκειται σε μια καθαρή αδυναμία ή ανικανότητα που είναι δυνατόν να δώσει λύση στην υπάρχουσα κατάσταση.

Στην κατάσταση που μας διέπει κατά το stress εμπλέκονται τρεις μεταβλητές:

- Το διώνυμο ερεθισμός - απάντηση
- Η ανοχή στην προσαρμογή
- Η υψηλή κατανάλωση ενέργειας

Θα πρέπει όμως να ληφθούν υπόψη και άλλες εκτιμήσεις όπως ότι:

Δεν υφίστανται ειδικοί παράγοντες που προκαλούν stress παρόλα αυτά η δυναμική της έντασης ή της επιθετικότητας που παράγει η ενεργός δράση του και παρουσία του για αρκετό πολλές φορές χρόνο ή η συνεχώς μεταβαλλόμενη δράση και επίδραση του καθώς και η ταυτόχρονη συνεργία και άλλων ψυχοφυσικών παραγόντων έχουν σαν αποτέλεσμα να εδραιωθεί μια ψυχοσωματική κατάσταση που δρουν σαν ένας βίαιος διεισδυτικός στρεσογόνος παράγοντας.

Η απάντηση του ατόμου στο stress διέπεται από δυο φάσεις, μια «άμεση» (συναγερμού) και μια «χρόνια» (προσαρμογής). Στην «άμεση», εννοείται η απάντηση του οργανισμού εντός 24 ωρών στον πειραματικό ή δοκιμαστικό ή φυσικό *στρεσογόνο παράγοντα* (stressor). Στη «χρόνια» εννοείται η απάντηση του οργανισμού, που εμπλέκει το άτομο για μακρύ χρονικό διάστημα με συνεχόμενη έκθεση (ημέρες, εβδομάδες ή και μήνες).

Η ψυχοσωματική υποκειμενική αντίδραση του ατόμου έχει σαν αποτέλεσμα «το φιλτράρισμα» του stressor, μέσω των συναισθηματικών και ψυχικών αντιδράσεων, μέσω των φυσιολογικών αντιδράσεων, μέσω των συναισθηματικών αντιδράσεων και τέλος μέσω των υποκειμενικών βιολογικών μεταβολών και αντιδράσεων, στην προσπάθειά του να ισορροπήσει ή να εξουδετερώσει το «status της στιγμής», δηλαδή τον καθαρά στρεσογόνο παράγοντα. Η προαναφερόμενη κατάσταση μας υποδεικνύει την υποκειμενικότητα και την ατομικότητα της αντίδρασης και απάντησής στο stress.

Απέναντι σε καταστάσεις που επιφέρουν stress, το κάθε άτομο θέτει σε λειτουργία στρατηγικές που μεταμορφώνουν και μεταβάλλουν το ιδιαίτερο εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον, καθώς και την οργάνωση εργασίας. Αυτό αποδεικνύεται από την αντίδρασή του να προσπαθεί να μην υποκύπτει σε εξωτερικές πιέσεις. Αυτό βασικά είναι και η ευρύτερη και πιο απλοϊκή ερμηνεία του «coping». Δηλαδή, είναι όλες εκείνες οι υποκειμενικές ενέργειες που θέτει σε ενέργεια το άτομο και οι οποίες εξαρτώνται από την πείρα του και την προσωπικότητά του και το ωθούν ή να βρει διέξοδο σε ένα πρόβλημα, ή να προσπαθήσει να το αποφύγει.

Θεωρούμε αναγκαίο πολλές φορές να υπενθυμίσουμε, ότι ο όρος stress είναι δυνατό να χρησιμοποιείται και εσφαλμένα. Αυτό απορρέει από το ότι μερικές φορές είναι δυνατό να συνδυάζονται συναισθηματικές καταστάσεις, που δημιουργούνται από την ύπαρξη ενός απότομου ή απρόσμενου ερεθίσματος, οι οποίες όμως μπορούν να αντιμετωπισθούν με μια απάντηση προσαρμογής του νευροφυτικού μας συστήματος, χωρίς να υπάρξει η ανάγκη μιας απάντησης που είναι δυνατόν να επιφέρει σημαντική κατανάλωση ενέργειας από το άτομο. Σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για «θετικό stress» (eustress) ερμηνεύοντας αυτή την κατάσταση, που προκαλείται από μια ή πολλές αιτίες, διαφορετικής φύσης, και στην οποία η ψυχοσωματική λειτουργία του ατόμου αναπτύσσεται και εκπαιδεύεται για να αντιδρά, και μιλάμε για «αρνητικό stress» (distress), όταν σε

παρόμοιες περιπτώσεις εγκαθίσταται στο άτομο μια προοδευτική καταπόνηση - φθορά του μέχρι την ολική κατάρρευση και καταστολή των ψυχοφυσικών μηχανισμών άμυνας του.

Μέσω της ανάλυσης των παραγόντων διακρίνονται κατά κατηγορίες εκείνοι οι συντελεστές που συμβάλλουν ώστε να δημιουργηθούν εκείνες οι καταστάσεις που μπορεί μελλοντικά να διαδραματίσουν την αρχή για την εκδήλωση κάποιας παθολογικής κατάστασης.

Γενικοί παράγοντες:

- Η κούραση
- Ο ρυθμός εργασίας
- Το φυσικό περιβάλλον
- Το κύρος που έχει η απασχόληση του εργαζόμενου
- Η εικόνα της επιχείρησης

Παράγων «comfort»:

- Η θέση εργασίας
- Το περιβάλλον εργασίας
- Η ψυχική ισορροπία και η σωματική κόπωση

Παράγων «ενδιαφέρον για την εργασία»:

- Μονότονη και ρυθμική εργασία
- Η γενική εκτίμηση για την καταξίωση μέσω της απασχόλησης

Κυριότερες παθήσεις σε συστήματα και όργανα που μπορεί να εκδηλωθούν λόγω του stress:

- Καρδιοπάθειες
- Στεφανιαία νόσος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Έλκος του δωδεκαδάκτυλου
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα (σε νεαρά ηλικία)
- Προδιάθεση για να νοσήσει από διάφορες παθήσεις ο εργαζόμενος
- Αλλεργίες
- Ψυχιατρικές παθήσεις
- Σχετική αύξηση καλοηθών νεοπλασιών διαφόρων οργάνων

MOBBING

Ο όρος προέρχεται από την αγγλική ορολογία «*to mob*», που σημαίνει επιτίθεμαι, κυκλώνω, περικυκλώνω. Το φαινόμενο mobbing έχει μελετηθεί στις χώρες της Β. Ευρώπης και ιδιαίτερα στη Σουηδία και τη Νορβηγία. Στην Ευρώπη ορίζεται ως «μια συμπεριφορά επαναλαμβανόμενη και αναίτια, εναντίον ενός ατόμου ή ομάδας εργαζόμενων με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας, με σκοπό να δημιουργήσει και να επιφέρει κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια», με ανάλογες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται σαν «ενέργεια με πρόθεση», η οποία δημιουργεί ψυχολογική βία, εσκεμμένη, συστηματική και διαρκή στον εργασιακό χώρο, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, με απώτερο σκοπό την ώθηση της αυτοαποβολής του εργαζόμενου από την παραγωγική διαδικασία και το εργασιακό περιβάλλον γενικότερα. Πολλές φορές έχει αποδειχθεί, ότι είναι μια εσκεμμένη στρατηγική της επιχείρησης για την απομάκρυνση προσωπικού. Μελέτες που πραγματοποίησε η Ε.Ε. αναφέρουν, ότι το 9% των εργαζομένων (12 εκατομμύρια) υπήρξαν θύματα του mobbing. Μελέτη από την Βρετανική *Health and Safety Executive* αναφέρει, ότι το 1998 χάθηκαν 80 εκατομμύρια εργατοώρες και 2 δισ. στερλίνες για το Ηνωμένο Βασίλειο λόγω «της κακής σχέσης μεταξύ εργαζομένου και εργασιακού περιβάλλοντος». Στη Γερμανία ανάλογες μελέτες καταδεικνύουν ότι «λόγω του stress και του φόβου στο γραφείο» χάθηκαν 220 δισ. μάρκα, ενώ στις Η.Π.Α. το κόστος από το stress και τον αυξημένο ανταγωνισμό μεταξύ των επιχειρήσεων υπολογίζεται σε 200 δισ. δολάρια/έτος. Αξίζει να διευκρινισθεί ότι το mobbing δεν είναι μια ασθένεια, αλλά μια δυσμενής και δυσλειτουργική εργασιακή συνθήκη που δημιουργείται και η οποία μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, τις οποίες επιδιώκει είτε ο εργοδότης ή ο διευθυντής και που ασκείται για αρκετό χρονικό διάστημα και σε συνεχή μορφή.

Διακρίνονται δυο ειδών mobbing:

- *Mobbing emotional* (συγκινησιακό ή συναισθηματικό), που ασκείται μεταξύ μεμονωμένων προσώπων, πιο σύνηθες μεταξύ διευθυντή ή εργοδότη και συνεργάτη (bossing), αλλά και μεταξύ συναδέλφων (horizontal).
- *Mobbing strategic* (στρατηγικής), που ασκείται εσκεμμένα από την επιχείρηση μέσω της συνεχούς ψυχολογικής πίεσης, για να μεθοδεύσουν την απομάκρυνση από το εργασιακό περιβάλλον ατόμων, που τους είναι ενοχλητικά για διάφορους λόγους (π.χ. αλλαγή πολιτικής, υψηλοί μισθοί, ασθένειες, άτομα με ειδικές ανάγκες, κ.λπ.).

Τα άτομα που υπόκεινται το φαινόμενο mobbing, παρουσιάζουν άγχος, διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη, φαινόμενα μανίας, παθολογικές καταστάσεις του γαστρεντερικού συστήματος, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, έλλειψη και απώλεια της αυτοεκτίμησης και του libido, κεφαλαλγίες, σωματική κόπωση κ.λπ.

MENTAL AND PHYSICAL WELL-BEING AT WORK QUESTIONNAIRE FOR THE WORKPLACE STRESS (STRESS - MOBBING)

Alexopoulos C.

Occupational Medicine Specialist

Abstract: The completion of the questionnaire serves as a tool analysis, in order to detect the reasons that induce diseases related to work-related stress to every employee, in every different professional sector, speciality and educational level, in application of the signing - from the social partners - European Agreement - Framework on work-related stress (08.10.2004), according to the EU Framework Directive 89/391/EEC.

This questionnaire is a tool research related to the organizational wellbeing that the Company should provide to all its employees. The results will allow us to detect the potential problems and the degree of improvement that should be taken into consideration, so as to contribute in the enhancement of physical and mental welfare and prosperity of all workers in their working environment.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Για τη μεταφορά¹:

Αλεξόπουλος Γ. Χαράλαμπος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας

Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα εργαλείο έρευνας για την οργανωτική ευεξία σε μια Επιχείρηση ή Οργανισμό.

Τα αποτελέσματα θα μας επιτρέψουν να εντοπίσουμε πιθανά προβλήματα και περιθώρια βελτίωσης, τα οποία θα ληφθούν υπόψη για να συμβάλλουν στην προαγωγή της ευεξίας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο* και θα επεξεργασθεί από τους Ιατρούς Εργασίας για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Σας ζητούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις με ένα Χ σε ότι κάθε δήλωση περιγράφει, κατά την άποψή σας, τη σημερινή κατάσταση της Επιχείρησης. Για κάθε ερώτηση, υπάρχει μόνο μία απάντηση εκτός αν υποδεικνύεται διαφορετικά.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις: η καλύτερη είναι αυτή που είναι πιο κοντά στην δική σας εμπειρία.

* Όλες οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της επιστημονικής έρευνας.

Τα δεδομένα που συλλέγονται σε αυτή την έρευνα, επίσης, προστατεύονται από το στατιστικό απόρρητο και ως εκ τούτου δεν μπορούν να κοινοποιηθούν ή να ανατεθούν σε τρίτους, παρά μόνο σε συγκεντρωτική μορφή, έτσι ώστε να μην κάνουν καμία αναφορά σε μεμονωμένα άτομα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστικούς σκοπούς. (Οδηγία 95/46/EK, Οδηγία 2002/58/EK, Νόμος 3418/2005, Νόμος 2472/1997).

1 Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε βασιζόμενο στα πρακτικά του 3ου ICOH International Conference on Psychosocial Factors at Work, και τις μελέτες και ερωτηματολόγια των Health and Safety Executive (Great Britain), Università Di Roma "Sapienza" (Facoltà di Psicologia), Università degli Studi di Verona (Facoltà di Medicina e Chirurgia - Istituto di Medicina del Lavoro), Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione (Italy). INAIL (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, Italy).

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:
Υπηρεσία Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
18 - 30 ετών 31 - 40 ετών
41 - 50 ετών 51 - 60 ετών
Μεγαλύτερη των 60 ετών
3. Εκπαίδευση:
Δημοτικό Λύκειο
Γυμνάσιο ΤΕΙ
Επαγγελματική σχολή ΑΕΙ Μεταπτυχιακό -
Διδακτορικό
4. Σύμβαση εργασίας:
Πλήρης απασχόληση:
Μερική απασχόληση:
5. Κύρια επαγγελματική απασχόληση:
Τεχνική / επιχειρησιακή (π.χ. παραγωγή, εργαστήριο, σχεδιασμός, παρακολούθηση ...):

Υποστηρικτική (π.χ. διοικητικές υπηρεσίες, γραμματειακή εργασία, διαχείριση προσωπικού, προϋπολογισμός, αγορές, προγραμματισμός, οργάνωση, εκπαίδευση, συστήματα επικοινωνίας, πληροφορίες διαδικτύου, τεχνικές υπηρεσίες, ποιότητα, ασφάλεια ...):

6. Οργανωτική υπαγωγή στην Επιχείρηση:

Γενική Διεύθυνση:

Διοικητική Διεύθυνση:

Τεχνική Διεύθυνση:

7. Κατηγορία

Γενικός Διευθυντής:

Διευθυντής:

Προϊστάμενος Α:

Προϊστάμενος Β:

Υπάλληλος:

8. Έτη εργασίας, συνολικά:

0 - 5 έτη

6 - 10 έτη

11 - 20 έτη

21 - 30 έτη

πάνω από 30 έτη

9. Έτη εργασίας στην Επιχείρηση:

0 - 5 έτη

6 - 10 έτη

πάνω από 30 έτη

10. Προηγούμενη

εργασιακή εμπειρία:

στο δημόσιο

στον ιδιωτικό τομέα

στο δημόσιο και ιδιωτικό

καμία

11. Μέσος χρόνος μετακίνησης για την εργασία: _____ λεπτά

(απλή μετάβαση, όχι πήγαινε - έλα)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας

12. Πώς θα αξιολογούσατε την άνεση του περιβάλλοντος στο οποίο εργάζεσθε:

	<i>Ανεπαρκής</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Επαρκής</i>	<i>Καλή</i>
Καθαριότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φωτισμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θερμοκρασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσυχία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατάσταση του κτιρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εργονομική ευεξία περιβάλλοντος και θέσης εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαθέσιμος χώρος ανά άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εγκαταστάσεις υγιεινής (τουαλέτες, αποδυτήρια, κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ;

		<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
13.	Οι στόχοι της Επιχείρησης είναι σαφείς και καλά καθορισμένοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Υπάρχουν τα μέσα και οι πόροι για την ορθή εκτέλεση της εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Οι εργαζόμενοι είναι γενικά διαθέσιμοι για να καλύψουν τις ανάγκες της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.	Σας παρέχονται εύκολα οι πληροφορίες που χρειάζεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Υπάρχουν άτομα που είναι στο περιθώριο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Υπάρχει συνεργασία με τους συναδέλφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Η Επιχείρηση βρίσκει κατάλληλες λύσεις στα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Οι διοικούντες αντιμετωπίζουν τους υπαλλήλους δίκαια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Τα καθήκοντα που πρέπει να εκτελεστούν απαιτούν υπερβολική κόπωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Στο τέλος της ημέρας εργασίας αισθάνεστε ικανοποιημένοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Η συμπεριφορά των διοικούντων είναι συνεπής με τους δεδηλωμένους στόχους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Η εργασία επιτρέπει την ανάδειξη των προσωπικών και επαγγελματικών ικανοτήτων του καθενός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Οι διοικούντες επιθυμούν να ενημερώνονται για τα προβλήματα και τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά την εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Όταν χρειάζεστε πληροφορίες ξέρετε από ποιον να τις ζητήσετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Υπάρχουν άτομα που ασκούν εκφοβισμό, καταπίεση ή συμπεριφέρονται με άδικο τρόπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.	Οι διοικούντες εμπλέκουν - συμβουλευονται τους εργαζόμενους στις αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Οι διοικούντες βοηθούν να εργάζεστε με τον καλύτερο τρόπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Η Επιχείρηση προσφέρει πραγματικές ευκαιρίες σταδιοδρομίας για όλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Τα καθήκοντα που εκτελείτε απαιτούν σχετικές ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες δεν διαθέτετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Το έργο του κάθε εργαζόμενου αποτελεί σημαντική συμβολή στο έργο της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Οι αλλαγές της διοίκησης και οργάνωσης γνωστοποιούνται σαφώς σε όλο το προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ο ζήλος στην εργασία και η ατομική πρωτοβουλία εκτιμούνται (με οικονομικά οφέλη, κοινωνική προβολή, έπαινο, κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Όποιος υποβάλλει αιτήματα ή κάνει προτάσεις και υποδείξεις εισακούγεται από τους διοικούντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Στην ομάδα εργασίας όποιος έχει μια πληροφορία την καθιστά διαθέσιμη σε όλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Υπάρχουν άτομα που βιώνουν ψυχολογική βία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Στην ομάδα εργασίας προσπαθούν όλοι να επιτύχουν τους στόχους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39.	Οι αποφάσεις λαμβάνονται γρήγορα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Τα κριτήρια με τα οποία αξιολογούνται οι εργαζόμενοι είναι αντικειμενικά και διαφανή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Τα καθήκοντα εργασίας απαιτούν ένα υπερβολικό επίπεδο άγχους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Αισθάνεστε ικανοποίηση για το έργο που πραγματοποιεί η Επιχείρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Οι οργανωτικοί ρόλοι και τα καθήκοντα εργασίας είναι σαφή και καλά καθορισμένα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Δίνονται ευκαιρίες για την ενημέρωση-εκπαίδευση και την επαγγελματική εξέλιξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Στους συναδέλφους υπάρχει συνεννόηση, συνεργασία και προσπάθεια μεταξύ τους στην αντιμετώπιση των αναγκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Οι διοικούντες εξασφαλίζουν τη διάδοση των πληροφοριών μεταξύ των εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Υπάρχουν συγκρούσεις με τους διοικούντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Υπάρχουν επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των διαφόρων ομάδων εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Στην ομάδα εργασίας βρίσκονται οι κατάλληλες λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Τα οικονομικά κίνητρα αποδίδονται με βάση την αποτελεσματικότητα και την απόδοση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51.	Η εργασία απαιτεί ολοκληρωτική αφοσίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Η Επιχείρηση παρέχει χρήσιμες υπηρεσίες στην κοινωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: Ασφάλεια

		<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
53.	Ως σύνολο η Επιχείρηση ενδιαφέρεται για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Ειδικότερα, πώς αξιολογείται το επίπεδο των μέτρων ασφάλειας σε κάθε μία από αυτές τις πτυχές:

	<i>Ανεπαρκής</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Επαρκής</i>	<i>Καλή</i>
– Ηλεκτρικές εγκαταστάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Φωτισμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Θόρυβος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Θερμοκρασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Σκόνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Υπολογιστές και οθόνες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Λοιποί φυσικοί, χημικοί, βιολογικοί παράγοντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ: Χαρακτηριστικά της εργασίας σας

55. Σε ποιο βαθμό τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παρακάτω αποτελούν μέρος των εργασιών που εσείς εκτελείτε;

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
Σωματική κόπωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψυχική κόπωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπερβολικός φόρτος εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μονοτονία ή επαναληπτικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συναισθηματική υπερφόρτωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απομόνωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνή επαφή με τους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άμεση υπευθυνότητα για την εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αυστηρότητα κανόνων και διαδικασιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
56.	Σε ποιο βαθμό τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται από εσάς στην προηγούμενη ερώτηση (αρ. 55) σας βαραίνουν και σας δημιουργούν δυσκολίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ: Θετικοί και αρνητικοί δείκτες της οργανωτικής ευεξίας

57. Σε ποιο βαθμό τυχαίνει να παρατηρούνται τα ακόλουθα φαινόμενα στο περιβάλλον εργασίας σας;

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
Ικανοποίηση από το έργο της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιθυμία να καταβάλετε νέες δυνάμεις για την Επιχείρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συναίσθημα του ότι είσαι μέρος μιας ομάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιθυμία να πάτε στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση προσωπικής εκπλήρωσης μέσω της εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εμπιστοσύνη ότι οι σημερινές αρνητικές συνθήκες μπορεί να αλλάξουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση ισορροπίας μεταξύ εργασίας και ελεύθερου χρόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις που έχουν δημιουργηθεί στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναγνωρίζετε & αποδέχεστε το έργο και τις αξίες της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εμπιστοσύνη στη διαχειριστική και επαγγελματική ικανότητα της διοίκησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εκτίμηση των ανθρώπινων και ηθικών αξιών της διοίκησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αντίληψη ότι το έργο της Επιχείρησης εκτιμάται από πελάτες και κοινωνικούς φορείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Σε ποίο βαθμό τυχαίνει να παρατηρούνται τα ακόλουθα φαινόμενα στο περιβάλλον εργασίας σας;

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
Ανυπομονησία να πάω στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιθυμία για αλλαγή εργασίας/εργασιακού περιβάλλοντος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κουτσομπολιό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δυσαρέσκεια έναντι της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιθετικότητα και νευρικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση ότι κάνετε άχρηστα πράγματα στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση ότι «μετράτε» λίγο στην οργάνωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση ότι δεν εκτιμάστε επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αίσθηση ότι εργάζεσθε μηχανικά χωρίς προσωπική συμμετοχή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βραδύτητα στην εκτέλεση των καθηκόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη σαφήνειας σχετικά με το «τί πρέπει να γίνει και ποιός πρέπει να το κάνει»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλλειψη ιδεών, απουσία πρωτοβουλίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, πόσο καιρό απουσιάσατε από την εργασία (εκτός αργιών, αποστολές ή άλλες απουσίες για λόγους εργασίας);

Ποτέ

Λιγότερο από μία εβδομάδα

Πάνω από 2 εβδομάδες

ΜΕΡΟΣ ΕΚΤΟ: Η ψυχοσωματική ευεξία

60. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών αισθανθήκατε:

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
- Πονοκέφαλο και δυσκολία στη συγκέντρωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Στομαχικές διαταραχές, γαστρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Νευρικήτητα, ανησυχία, άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Αίσθημα υπερβολικής κόπωσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Άσθμα, δυσκολία στην αναπνοή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Πόνο στους μυς και τις αρθρώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Δυσκολία να κοιμηθείτε, αϋπνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Αίσθηση κατάθλιψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Σε πόσο εκατοστιαίο ποσοστό συνεισφέρει η εργασία που εκτελείτε, στις διαταραχές που αναφέρατε στην προηγούμενη ερώτηση (αριθ. 60); _____ %

ΜΕΡΟΣ ΕΒΔΟΜΟ: Το «άνοιγμα» στην καινοτομία

62. Η Επιχείρησή ενδιαφέρεται για:

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
- Την απόκτηση νέας τεχνολογίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Τη βελτίωση των διαδικασιών εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να συγκριθεί με τις εμπειρίες άλλων επιχειρήσεων – οργανισμών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα και τα λάθη του παρελθόντος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Την ανταπόκριση στα αιτήματα των πελατών και των χρηστών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Την εισαγωγή νέων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

επαγγελματικών μεθόδων, αντιλήψεων και ικανοτήτων				
- Την ανάπτυξη καινοτόμων δεξιοτήτων απασχόλησης για τους εργαζόμενους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Την καθιέρωση σχέσεων συνεργασίας με άλλους οργανισμούς / οργανώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Τον πειραματισμό σε νέες μορφές οργάνωσης της εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ ΟΓΔΟΟ: Συμβουλές

63. Ποιά είναι, κατά τη γνώμη σας, τα πιο επείγοντα πράγματα για να βελτιωθούν στην Επιχείρηση; (μέχρι 3 απαντήσεις)

- Η άνεση του εργασιακού περιβάλλοντος
- Η ασφάλεια του εργασιακού περιβάλλοντος
- Η «κυκλοφορία» και η σαφήνεια των πληροφοριών
- Οι σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων
- Οι σχέσεις με τους ανωτέρους
- Οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων οργανωτικών μονάδων
- Τα μέσα πληροφόρησης και ο τεχνολογικός εξοπλισμός
- Η ελαστικότητα του χρόνου εργασίας
- Η σαφήνεια των στόχων και των καθηκόντων
- Η αξιοποίηση και αξιολόγηση του προσωπικού
- Η κατάρτιση και η ενημέρωση του προσωπικού
- Το σύστημα απονομής κινήτρων
- Η οργανωτική δομή ή οι μέθοδοι εργασίας
- Τα συστήματα αξιολόγησης του προσωπικού
- Η κατανομή των πόρων

ΜΕΡΟΣ ΕΝΑΤΟ: Ίσες ευκαιρίες

64. Σε ποιο βαθμό η Επιχείρηση δίνει σημασία για να προωθήσει:

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>
- Την ισότητα των ευκαιριών μεταξύ «ανδρών» και «γυναικών» (στη σταδιοδρομία, κατάρτιση, συμμετοχή στην εταιρική ζωή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ίσες ευκαιρίες για τους συνεργάτες/τιδες με ειδικές ανάγκες (στη σταδιοδρομία, κατάρτιση, συμμετοχή στην εταιρική ζωή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ίσες ευκαιρίες για τους "νέους" και "παλαιούς" εργαζόμενους (στη σταδιοδρομία, κατάρτιση, συμμετοχή στην εταιρική ζωή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ίσες ευκαιρίες για τους συνεργάτες/τιδες διαφόρων τομέων και ειδικοτήτων (στη σταδιοδρομία, κατάρτιση, συμμετοχή στην εταιρική ζωή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Στην ένταξη στην εργασία των νέων εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ευέλικτο ωράριο εργασίας υπέρ των συνεργατών/τριών με μικρά παιδιά ή ηλικιωμένους για να φροντίσουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Σε ποιο βαθμό τυχαίνει να παρατηρούνται τα ακόλουθα φαινόμενα μεταξύ των συναδέλφων/συναδελφισσών;

	<i>Ποτέ</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Συχνά</i>
- Χρήση υπαινικτικής και προσβλητικής φρασεολογίας σε σχέση με το φύλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Χρήση υποτιμητικής συμπεριφοράς και διακρίσεων σε σχέση με το φύλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Χρήση προσβλητικής ή υποτιμητικής φρασεολογίας σε άτομα με διαφορετικές καταλληλότητες ή/και ικανότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Χρήση υποτιμητικής, προσβλητικής συμπεριφοράς σε άτομα σε σχέση με περιορισμένη καταλληλότητα ή/και ικανότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Αλληλεγγύη στους συναδέλφους/ισσες με διαφορετικές καταλληλότητες ή/και ικανότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Μέριμνα στην υποδοχή και ενσωμάτωση των νεοπροσληφθέντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Διάθεση για εκτίμηση των απόψεων, προτάσεων που διατυπώνονται από τους νεότερους συναδέλφους/ισσες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ ΔΕΚΑΤΟ: Οργανωτικές αλλαγές

66. Πόσο επηρεάζουν τη βελτίωση της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
- Οι διαδικασίες συγκεντροποίησης ή διαπίστωσης των υποστηρικτικών διοικητικών δραστηριοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Οι διαδικασίες συγκεντροποίησης ή διαπίστωσης των εργασιακών τεχνικών δραστηριοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Η καταγραφή και παρακολούθηση των δραστηριοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Το σύστημα ανταμοιβής για την επίτευξη των στόχων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Το σύστημα ελέγχου σε συμπεριφορά και τρόπους εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Η διαδικασία πιστοποίησης της ποιότητας εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Η προώθηση της «κοινής ταυτότητας» της Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Οι οργανωτικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια, τι αντίκτυπο έχουν στη βελτίωση:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
- Των κινήτρων για εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Των εργασιακών συνθηκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Των επαγγελματικών προοπτικών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Της διασφάλισης της εργασίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Της συμμετοχής στην εργασιακή ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Παρατηρήσεις και πρόσθετες εκτιμήσεις:

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΩΝ ΛΟΓΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

**Βασίλης Δρακόπουλος¹, Π. Ζαρογουλίδης², Δ. Πινότση², Α. Κροκίδης¹,
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης² και Κ. Χατζησταύρου¹**

1. Πνευμονολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, 2. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (Δ.Π.Θ.), σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας.

Περίληψη: Πληθώρα μελετών αναφέρουν την πτώση της αναπνευστικής λειτουργίας στους συγκολλητές. Ωστόσο διάφοροι περιορισμοί του προσδιορισμού της έκθεσης στους βλαπτικούς παράγοντες δυσχεραίνουν την εξαγωγή αιτιωδών πορισμάτων. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της επαγγελματικής έκθεσης στους βλαπτικούς παράγοντες της συγκόλλησης στην υγεία των συγκολλητών. Διενεργήθηκαν σπιρομετρήσεις σε 103 συγκολλητές και 148 μη συγκολλητές που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Διερευνήθηκε η πτώση της βίαιης ζωτικής χωρητικότητας (FVC), της ζωτικής χωρητικότητας (VC), του βίαια εκπνεόμενου όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV1), της βίαιης εκπνευστικής ροής στα 25-75% του FEV (FEF25-75), του δείκτη Tiffeneau και της διαχυτικής ικανότητας του πνεύμονα DLCO και DLVA σε σχέση με την αθροιστική έκθεση στους καπνούς και τα αέρια της συγκόλλησης μεταξύ των συγκολλητών. Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις σπιρομετρικές ενδείξεις FVC ($p=0.001$), FEV1 ($p=0.001$), FEF25-75 ($p=0.001$), VC ($p=0.033$), δείκτη Tiffeneau ($p=0.025$) μεταξύ των συγκολλητών και της ομάδας ελέγχου. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά στον δείκτη Tiffeneau και την ηλικία. Για τους μάρτυρες διαπιστώθηκε ότι για τους δείκτες FEV1%προβλ, FEF25-75%προβλ και Δείκτης Tiffeneau υπάρχει στατιστικά σημαντικά μικρότερη τιμή στους καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Αντιθέτως, στους συγκολλητές δεν διαπιστώθηκε πτώση της αναπνευστικής λειτουργίας λόγω καπνιστικής συνήθειας, αντανακλώντας ενδεχομένως τις βλαπτικές επιπτώσεις των καπνών συγκόλλησης στην αναπνευστική λειτουργία. Συμπερασματικά η μακροχρόνια έκθεση στους καπνούς και τα αέρια της συγκόλλησης μπορεί να προκαλέσει πτώση της αναπνευστικής λειτουργίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συγκόλληση είναι μια διαδικασία ένωσης των μετάλλων μέσω θέρμανσης, πίεσης ή και των δύο. Εκτιμάται ότι περισσότεροι από ένα εκατομμύριο εργαζόμενοι σε όλο τον κόσμο εκτελούν κάποιο είδος της συγκόλλησης ως μέρος των εργασιακών καθηκόντων τους (Antonini et al, 2004). Το εργασιακό

περιβάλλον της συγκόλλησης είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους διάφορης σύστασης παραγόμενους καπνούς.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους η συγκόλληση είναι ένα επικίνδυνο επάγγελμα όπως η ποικιλία των παραγόντων οι οποίοι μπορούν να εκθέσουν σε κίνδυνο την υγεία ενός συγκολλητή, η υψηλή μεταβλητότητα της χημικής σύνθεσης των καπνών της συγκόλλησης και οι οδοί εισόδου μέσω των οποίων αυτοί οι επιβλαβείς παράγοντες εισέρχονται στο σώμα.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της συγκόλλησης στην υγεία οφείλονται στους χημικούς (τα σωματίδια των μετάλλων και τα βλαπτικά αέρια) και τους φυσικούς παράγοντες (ηλεκτρική ενέργεια, θερμότητα, θόρυβος, δονήσεις και ακτινοβολίες). Ωστόσο, τα σωματίδια και τα αέρια που παράγονται κατά τη διάρκεια της συγκόλλησης θεωρούνται ότι είναι η πιο βλαπτική έκθεση σε σύγκριση με τους άλλους παράγοντες της συγκόλλησης. Η μικρής διάρκειας έκθεση στους καπνούς συγκόλλησης μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια, ερεθισμό των ματιών, της μύτης και του λαιμού και να έχει και άλλα μη συγκεκριμένα συμπτώματα όπως ο πονοκέφαλος και η ναυτία. Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα που οφείλονται στην έκθεση αποκλειστικά στο όζον και/ή στο διοξείδιο του αζώτου, σημαντικών συστατικών στοιχείων των καπνών συγκόλλησης, αλλά και τα συστατικά των ατμών μετάλλου επηρεάζουν επίσης δυσμενώς τον πνεύμονα (Antonini et al, 2004). Επιπλέον το βρογχικό άσθμα και ο «πυρετός εκ καπνών μετάλλου» (Χατζησταύρου Κ.Α., Ιορδάνογλου Ι.Β., 1989) αποτελούν τις συχνότερες επιπτώσεις στην υγεία των συγκολλητών. Οι πιο σημαντικές χρόνιες επιπτώσεις περιλαμβάνουν τη χρόνια βρογχίτιδα και τον καρκίνο του πνεύμονα (Χατζησταύρου Κ.Α., Ιορδάνογλου Ι.Β., 1989, Christensen et al, 2008). Η έκθεση στους καπνούς συγκόλλησης επίσης συνδέεται με ευαισθησία στις λοιμώξεις (Palmer et al, 2009), μείωση της ποιότητας του σπέρματος και με άλλες δυσμενείς επιπτώσεις στην αναπαραγωγή (Meeker et al, 2008), καρκίνο ρινικής κοιλότητας (d'Errico et al, 2009), ανοσολογικής αντίδρασης (sarcoid-like) νόσο του πνεύμονα (Kelleher et al, 2000), Περιφερική Αρτηριακή Νόσο, ιδιαίτερα το κάδμιο (Navas-Acien, 2005) και καρδιοτοξικότητα (Fang et al, 2010). Ο πιθανός μηχανισμός για την καρδιοαγγειακή νόσο είναι η οξεία συστηματική φλεγμονώδης αντίδραση, η οποία έχει βρεθεί στους συγκολλητές (Kim et al, 2005).

Η σιδήρωση μια «καλοήθης πνευμονοκονίαση», αποτελεί μια χρόνια επίπτωση στην υγεία των συγκολλητών (Χατζησταύρου Κ.Α., Ιορδάνογλου Ι.Β., 1989), καθώς και η πνευμονική ίνωση (McCormick et al, 2008).

ΜΕΘΟΔΟΙ

Ιστορικό και λειτουργικός έλεγχος αναπνοής

Ο λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής πραγματοποιήθηκε με το όργανο Morgan (Benchmark transfer test) το οποίο περιλαμβάνει ξηρό σπιρόμετρο, αναλυτή

ηλίου, αναλυτή μονοξειδίου του άνθρακα, αναλυτή οξυγόνου και πλήρες σύστημα ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Έγινε πλήρης σπιρομέτρηση προ και μετά βρογχοδιαστολή (Flow - Volume - MVV - SVC), υπολογισμός των στατικών όγκων (FRC - RV - TLC) με τη μέθοδο του ηλίου (He) και υπολογισμός της διαχυτικής ικανότητας με τη μέθοδο της μιας αναπνοής (Single Breath).

Η σπιρομέτρηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες της European Respiratory Society, χρησιμοποιώντας ως φυσιολογικές τιμές τις τιμές αναφοράς της *Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα* (ECCS).

Σπιρομέτρηση

Μετρήθηκαν οι τιμές της ζωτικής χωρητικότητας VC (Vital Capacity), της βίαιης ζωτικής χωρητικότητας FVC (Forced Vital Capacity), του βίαια εκπνεόμενου όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο FEV1 (Forced Expiratory Volume in One Second), του δείκτη Tiffeneau (T) FEV1 / FVC %, της βίαιης εκπνευστικής ροής FEF25-75 (Forced Expiratory Flow between 25% and 75%), και της PEF (Peak Expiratory Flow Rate).

Προς αποφυγή του συγχυτικού παράγοντα του «υγιούς εργαζομένου», έγινε δοκιμασία βρογχοδιαστολής όλων των εργαζομένων (Συγκολλητών) και όχι μόνο όσων είχαν μια σημαντική πτώση του βίαια εκπνεόμενου όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV1), με τη χορήγηση με εισπνοή, δόσης 100 mg σαλβουταμόλης. Αύξηση του FEV1 μεγαλύτερη του 12% (ή των 200 ml) θεωρήθηκε ως κριτήριο ανατρεψιμότητας, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (American College of Occupational and Environmental Medicine [ACOEM], Global Initiative for Asthma [GINA]: Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2008).

Στατικοί όγκοι

Μετρήθηκαν οι τιμές της ζωτικής χωρητικότητας VC (Vital Capacity), της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας FRC (Functional Residual Capacity), της εισπνευστικής χωρητικότητας IC (Inspiratory Capacity), του εκπνευστικού εφεδρικού όγκου ERV (Expiratory Reserve Volume), του εισπνευστικού εφεδρικού όγκου IRV (Inspiratory Reserve Volume), του υπολειπόμενου όγκου RV (Residual Volume) και της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας TLC (Total Lung Capacity).

Διαχυτική ικανότητα

Μετρήθηκε η διαχυτική ικανότητα του πνεύμονα στη μεταφορά μονοξειδίου του άνθρακα DLCO (DLCO Corr-Single Breath corrected for he), του κυψελιδικού

όγκου που συμμετέχει στην ανταλλαγή αερίων VA@BTPS (Alveolar Volume at btps) και του λόγου της διαχυτικής ικανότητας του πνεύμονα προς τον κυψελιδικό όγκο DL/VA (Diffusion divided by VA) που θεωρείται /είναι αντικειμενικός δείκτης για την εκτίμηση της διαχυτικής ικανότητας του πνεύμονα.

Στα άτομα που είχαν πολυκυτταραιμία ή αναιμία γινόταν διόρθωση της μετρηθείσας τιμής DLCO [πραγματική DLCO = μετρηθείσα DLCO x (10.22+Hb)/1,7Hb].

Ακτινογραφίες, γενικές εξετάσεις αίματος και βιοχημικός έλεγχος

Επιπλέον στο σύνολο σχεδόν των εργαζομένων (95) έγιναν ακτινογραφίες θώρακα και σε όλους γενικές εξετάσεις αίματος και βιοχημικός έλεγχος.

Ιατρικό Ιστορικό

Οι ηλεκτροσυγκολλητές και οξυγονοκολλητές ανέφεραν τα περιστατικά πυρετού εκ μετάλλου που είχαν κατά τη συνολική διάρκεια της εργασίας. Συνολικά εντοπίστηκαν 23 περιστατικά που ανέφεραν πυρετό εκ καπνών μετάλλου. Πυρετό εκ καπνών μετάλλου στο δείγμα μας έχουν εμφανίσει και οι ηλεκτροσυγκολλητές και οξυγονοκολλητές γιατί στην Ελλάδα πολλές φορές ενδεχομένως ηλεκτροσυγκολλητές κάνουν εργασίες οξυγονοκολλητή και το αντίστροφο.

Από τους εργαζόμενους που εξετάστηκαν οι 7 παρουσίασαν μια φορά πυρετό μετάλλου, οι 5 δύο φορές. Ωστόσο όπως φαίνεται και στον πίνακα 12 έχουν αναφερθεί μέχρι και 200 φορές περιστατικά πυρετού εκ μετάλλου σε εργαζόμενο. Να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση πυρετού εκ μετάλλου μεταξύ ηλεκτροσυγκολλητών και οξυγονοκολλητών.

Οι συγκολλητές ανέφεραν τα περιστατικά δηλητηρίασης από όζον που είχαν κατά τη συνολική διάρκεια της εργασίας. Συνολικά 7 άτομα ανέφεραν δηλητηρίαση από όζον. Από τους εργαζόμενους που εξετάστηκαν οι 3 παρουσίασαν μία φορά δηλητηρίαση από όζον οι 2 δύο φορές, ένας εργαζόμενος 10 φορές και 1 εργαζόμενος 12 φορές.

Στους 14 από τους 103 συγκολλητές (13,6%) διαγνώστηκε χρόνια βρογχίτιδα. Οι 12 ήταν καπνιστές (19,7% των καπνιστών) και 2 μη καπνιστές (10% των μη καπνιστών).

Ο έλεγχος pearson έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιστατικών χρόνιας βρογχίτιδας και της καπνιστικής συνήθειας. Το ποσοστό των καπνιστών με χρόνια βρογχίτιδα είναι υψηλό συγκρίνοντάς το με το ποσοστό αυτών που έχουν βρογχίτιδα και δεν καπνίζουν καθώς επίσης και με το ποσοστό των μη καπνιστών που δεν έχουν χρόνια βρογχίτιδα. Ο λόγος συμπληρωματικής πιθανότητας (odds ratio) που υπολογίστηκε υποδηλώνει ότι η συμπληρωματική πιθανότητα της χρόνιας βρογχίτιδας ενός καπνιστή συγκολλητή

είναι ίση με 2,20 φορές της αντίστοιχης πιθανότητας ενός μη καπνιστή συγκολλητή.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, βρογχικό άσθμα έχουν 11 συγκολλητές (10,7%). Οι 7 το ανέφεραν κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού (στους 2 επιβεβαιώθηκε με τη σπιρομέτρηση, οι υπόλοιποι 5 ήταν υπό έλεγχο με χρόνια αγωγή) και στους 4 έγινε διάγνωση με τη σπιρομέτρηση (προ και μετά βρογχοδιαστολή). Από αυτούς οι 8 ήταν καπνιστές (το 13,1% των καπνιστών), οι 2 πρώην καπνιστές (το 9% των πρώην καπνιστών) και ο 1 μη καπνιστής (το 5% των μη καπνιστών).

Ο έλεγχος pearson έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιστατικών βρογχικού άσθματος και της καπνιστικής συνήθειας.

Από το λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής διεγνώσθησαν 3 περιστατικά ΧΑΠ (ένα σταδίου I και δύο σταδίου II) και 3 περιστατικά με περιοριστική νόσο. Επιπλέον 6 εργαζόμενοι ήταν θετικοί στην σπιρομέτρηση μετά από βρογχοδιαστολή (αύξηση του FEV1 μεγαλύτερη από 12% ή/και αύξηση του FEF25-75 μεγαλύτερη από 30%), εκ των οποίων οι 4 νεοδιαγνωσθέντες.

Συνολικά εντοπίστηκαν 51 συγκολλητές με αναφορά σε οσφυαλγία. Τα μυοσκελετικά προβλήματα, τα οποία είναι αναμενόμενα, οφείλονται στη μυοσκελετική καταπόνηση των συγκολλητών από τις διάφορες μη εργονομικές στάσεις εργασίας που λαμβάνουν κατά την διαδικασία της συγκόλλησης.

Από τον ακτινολογικό έλεγχο ευρήματα υπήρξαν σε μια ακτινογραφία θώρακα, (περιγεγραμμένη σκίαση στον αριστερό άνω λοβό, όπου μετά διερεύνηση διεπιστώθη καρκίνος του πνεύμονα). Ο εργαζόμενος αυτός ήταν καπνιστής και εργαζόταν σε πλοία στην ναυπηγοεπισκευαστική ζώνη με αποτέλεσμα την έκθεσή του - εκτός από τους καπνούς της συγκόλλησης - και σε ίνες αμιάντου από τις μονώσεις των τοιχωμάτων των σωληνώσεων των πλοίων όπου εκτελούσε εργασίες συγκόλλησης.

Αξιόλογα ευρήματα από τις γενικές εξετάσεις αίματος και το αδρό βιοχημικό έλεγχο δεν υπήρξαν.

Στατιστική ανάλυση

Ανάλογα με το είδος των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές μέθοδοι ανάλυσής τους.

Για συνεχή δεδομένα και προκειμένου για σύγκριση μεταξύ των μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος *student* (t-test). Στην περίπτωση σύγκρισης μεταξύ περισσότερων από δύο υποομάδων ποσοτικών δεδομένων διενεργήθηκε *ανάλυση διακύμανσης* (ANOVA).

Για την επίδραση ποιοτικών μεταβλητών σε ποιοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square).

Στις περιπτώσεις που τα δείγματα είναι μικρά σε μέγεθος εφαρμόζεται ο έλεγχος Kolmogorov - Smirnov με υπό εξέταση κατανομή την κανονική (Armitage, Berry, 2002).

Το δείγμα των εργαζομένων που υποβλήθηκε σε σπιρομέτρηση αποτελούνταν από ηλεκτροσυγκολλητές, οξυγονοκολλητές, και ομάδα ελέγχου. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δύο επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου τομέα, καθώς και σε δύο συνεργεία της Ναυπηγοεπισκευαστικής Ζώνης του Περάματος.

Οι ηλεκτροσυγκολλητές και οι οξυγονοκολλητές αποτελούν τις ομάδες που εκτίθενται στα παράγωγα προϊόντα της διαδικασίας της συγκόλλησης και συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των εργαζομένων στις εξεταζόμενες επιχειρήσεις. Η ομάδα των μαρτύρων είναι εργαζόμενοι σε μία από τις δύο παραπάνω επιχειρήσεις του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα, οι οποίοι δεν ήταν εκτεθειμένοι στους επαγγελματικούς παράγοντες και αποτελείται από υπαλλήλους γραφείου.

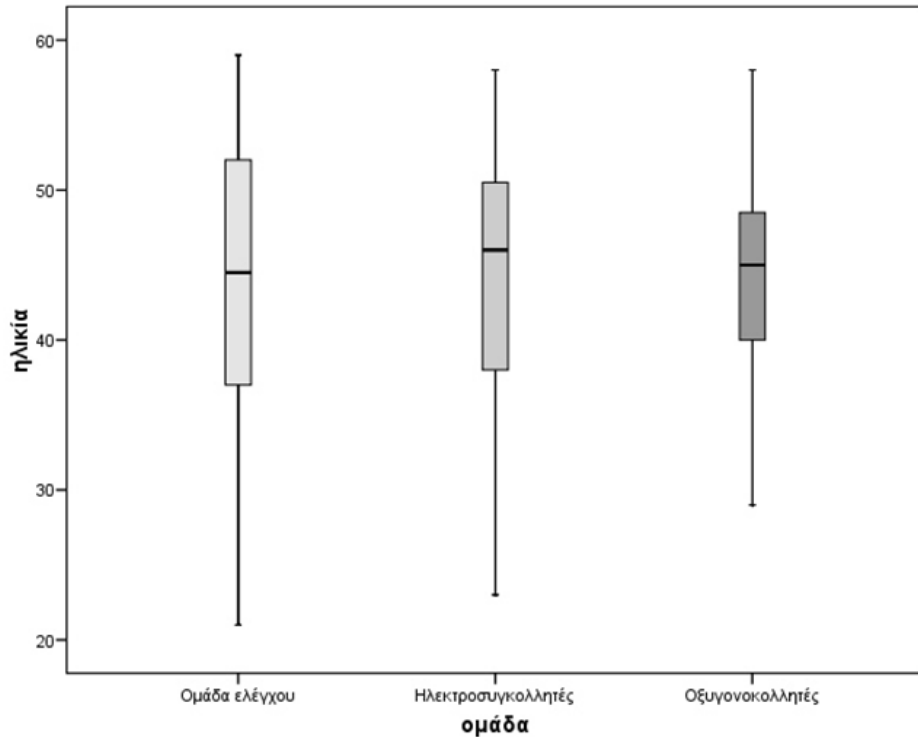
Συγκεντρώθηκαν τα χαρακτηριστικά τους δείγματος για τους συγκολλητές και για την ομάδα ελέγχου (πίνακας 1) από το ιατρικό ιστορικό.

Η μέση ηλικία των ηλεκτροσυγκολλητών ήταν $44,2 \pm 8,2$ των οξυγονοκολλητών $45,3 \pm 6,8$ και της ομάδας ελέγχου $44,0 \pm 9,2$. Ο έλεγχος της μέσης ηλικίας που διενεργήθηκε μεταξύ των ομάδων (ANOVA) δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (γράφημα 1).

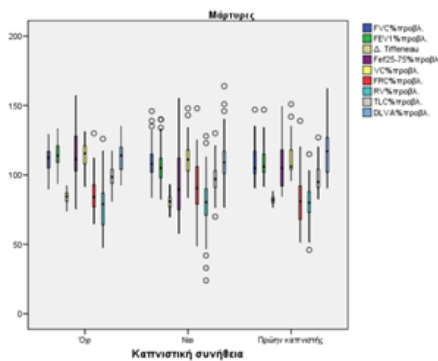
	Συγκολλητές N = 103	Ομάδα Ελέγχου N = 148
Ηλικία	44,4 (23-58)	44,0 (21-59)
Ύψος, cm, μέσος (εύρος)	173 (158-187)	
Βάρος, kg, μέσος (εύρος)	82,0 (54-125)	
Καπνιστική συνήθεια (%)		
Μη καπνιστές	20 (19,4)	39 (26,4)
Πρώην καπνιστές	22 (21,4)	34 (23,0)
Καπνιστές	61 (59,2)	75 (50,7)
Πακέτα έτη, μέσος (εύρος)	30,5 (3-90)	

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του εξεταζόμενου πληθυσμού.

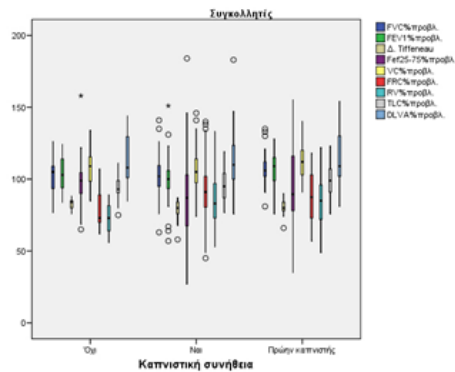
Αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (chi-square test p-value = 0,593 > 0,05).



Γράφημα 1. Ηλικιακές διαφορές.



Γράφημα 2. Καπνιστική συνήθεια μαρτύρων.



Γράφημα 3. Καπνιστική συνήθεια συγκολλητών.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αρχικά ελέγχθηκε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις σπυρομετρικές ενδείξεις μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εργαζομένων.

Συνολικά χωρίς να εξεταστούν άλλες παράμετροι διαπιστώθηκαν τα εξής: Το μέσο ποσοστό της FVC είναι χαμηλότερο στους συγκολλητές στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με τους μάρτυρες. Το μέσο ποσοστό του FEV₁, είναι χαμηλότερο στους συγκολλητές, στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με τους μάρτυρες. Ο δείκτης Tiffeneau είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερος στους συγκολλητές συγκριτικά με τους μάρτυρες. Η βίαιη εκπνευστική ροή στα 25-75% του FEV (FEF₂₅₋₇₅) είναι χαμηλότερη στους συγκολλητές, στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με τους μάρτυρες. Το μέσο ποσοστό της VC είναι χαμηλότερο στους συγκολλητές στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με τους μάρτυρες. Τα παραπάνω παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Σπυρομετρικές παράμετροι	Ομάδα	N	μ	s	p-value
FVC	Μάρτυρες	138	109,6	11,3	<0,001
	Συγκολλητές	103	103,8	13,5	
FEV ₁	Μάρτυρες	138	109,7	11,2	<0,001
	Συγκολλητές	103	102,0	14,1	
Δ. Tiffeneau	Μάρτυρες	138	81,9	4,4	0,025
	Συγκολλητές	103	80,5	5,2	
FEF _{25-75%}	Μάρτυρες	138	103,4	22,3	0,001
	Συγκολλητές	103	93,0	26,7	
VC	Μάρτυρες	123	112,2	11,8	0,033
	Συγκολλητές	103	108,5	13,9	
FRC	Μάρτυρες	123	88,8	18,9	0,991
	Συγκολλητές	102	88,8	19,3	
RV	Μάρτυρες	123	79,0	18,1	0,092
	Συγκολλητές	102	83,1	17,9	
TLC	Μάρτυρες	123	97,9	10,4	0,409
	Συγκολλητές	102	96,7	11,0	
DLVA	Μάρτυρες	127	113,6	14,8	0,801
	Συγκολλητές	101	113,0	18,3	

Πίνακας 2. Η μέση τιμή (μ) η τυπική απόκλιση (s) των σπυρομετρικών ενδείξεων. Το p-value της σύγκρισης των μέσων τιμών από τον έλεγχο ANOVA ($\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,1$).

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για να διερευνηθεί η επίδραση του χρόνου έκθεσης των συγκολλητών στην πνευμονική τους λειτουργία εξετάστηκε η συσχέτιση της ηλικίας και της εργασιακής ηλικίας σε κάθε έναν από τους εξεταζόμενους δείκτες χωριστά σε ομάδες καπνιστών, μη καπνιστών και πρώην καπνιστών. Όπως φαίνεται στο πίνακα 3

διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά στον δείκτη Tiffeneau και την ηλικία. Η συσχέτιση παρουσιάζεται αρνητική. Άρα η αύξηση της ηλικίας στους καπνιστές και στους μη καπνιστές επιφέρει μείωση του δείκτη Tiffeneau. Επιπλέον όπως είναι αναμενόμενο υπάρχει πτώση της FEF_{25-75%} στους καπνιστές με την αύξηση της ηλικίας. Αναφορικά με την εργασιακή ηλικία δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε καμία από τις εξεταζόμενες ομάδες των καπνιστών, μη καπνιστών και πρώην καπνιστών (πίνακας 3).

Σπυρομετρικές παράμετροι	Συσχέτιση		
	Κάπνισμα	Ηλικία	Εργασιακή ηλικία
FVC	Όχι	0,013	-0,229
	Ναι	-0,032	-0,114
	Πρώην	0,123	-0,128
FEV ₁	Όχι	0,050	-0,290
	Ναι	-0,098	-0,118
	Πρώην	0,174	-0,216
Δ. Tiffeneau	Όχι	-0,331(*)	-0,280
	Ναι	-0,384(**)	-0,198
	Πρώην	-0,165	-0,240
FEF _{25-75%}	Όχι	-0,048	-0,359
	Ναι	-0,230(**)	-0,045
	Πρώην	0,069	-0,247
VC	Όχι	0,110	-0,236
	Ναι	0,057	-0,058
	Πρώην	0,193	-0,075
FRC	Όχι	-0,269	-0,348
	Ναι	0,037	-0,020
	Πρώην	0,146	0,092
RV	Όχι	-0,130	-0,107
	Ναι	0,111	0,204
	Πρώην	0,146	0,137
TLC	Όχι	-0,165	-0,361
	Ναι	-0,014	-0,018
	Πρώην	0,115	-0,014
DLVA	Όχι	-0,010	0,199
	Ναι	0,093	0,011
	Πρώην	0,034	0,087

** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε 0.01 επίπεδο σημαντικότητας

* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε 0.05 επίπεδο σημαντικότητας

Πίνακας 3. Δείκτης Pearson's r για τη διερεύνηση της συσχέτισης των σπυρομετρικών ενδείξεων και της ηλικίας και της προϋπηρεσίας ανάλογα με την καπνιστική συνήθεια.

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Οι Thaon et al (2012) διαπίστωσαν τις επιπτώσεις του καπνίσματος και στην έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας. Η επίδραση του καπνίσματος φαίνεται και στην παρούσα διερεύνηση για τους δείκτες FEV1%προβλ, FEF25-75% προβλ και τον δείκτη Tiffeneau.

Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκε αν οι δείκτες της αναπνευστικής λειτουργίας FVC%προβλ, FEV1%προβλ, FEF25-75% προβλ και Δείκτης Tiffeneau των συγκολλητών και των μαρτύρων διαφέρουν ανάλογα με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Για την περίπτωση των μαρτύρων διαπιστώθηκε ότι για τους δείκτες FEV1%προβλ, FEF25-75%προβλ και Δείκτης Tiffeneau υπάρχει στατιστικά σημαντικά μικρότερη τιμή στους καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Αντιθέτως, στους συγκολλητές δεν διαπιστώθηκε πτώση της αναπνευστικής λειτουργία λόγω καπνιστικής συνήθειας. Αυτό πιθανόν να αντανakλά τις βλαπτικές επιπτώσεις των καπνών συγκόλλησης στην αναπνευστική λειτουργία, οι οποίες φαίνεται να είναι παρόμοιες με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τις καπνιστικές συνήθειες. Απεικονιστικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα σχήματα 2 για τους μάρτυρες και 3 για τους συγκολλητές καθώς και στους πίνακες 4 και 5.

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	N	μ	s	p-value
FVC	Όχι	39	111,9	9,4	0,287
	Ναι	75	108,3	11,8	
	Πρώην	34	110,0	13,0	
FEV ₁	Όχι	39	115,0	8,5	0,001
	Ναι	75	106,6	11,8	
	Πρώην	34	110,7	11,7	
Δ. Tiffeneau	Όχι	39	84,4	3,6	<0,001
	Ναι	75	80,6	4,8	
	Πρώην	34	82,0	2,9	
FEF _{25-75%}	Όχι	39	117,4	16,5	<0,001
	Ναι	75	95,5	24,2	
	Πρώην	34	105,4	15,6	

Πίνακας 4. Η μέση τιμή (μ) η τυπική απόκλιση (s) των σπιρομετρικών ενδείξεων των μαρτύρων ανάλογα με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Το p-value της σύγκρισης των μέσων τιμών από τον έλεγχο ANOVA ($\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,1$).

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	N	μ	s	p-value
FVC	Όχι	20	103,1	12,5	0,255
	Ναι	61	102,5	13,7	
	Πρώην	22	108,0	13,5	
FEV1	Όχι	20	103,7	11,6	0,147
	Ναι	61	99,8	14,8	
	Πρώην	22	106,4	13,5	
Δ. Tiffeneau	Όχι	20	82,8	3,5	0,079
	Ναι	61	79,8	5,5	
	Πρώην	22	80,1	5,2	
FEF25-75%	Όχι	20	100,3	19,8	0,238
	Ναι	61	89,4	27,1	
	Πρώην	22	96,1	30,1	

Πίνακας 5. Η μέση τιμή (μ) η τυπική απόκλιση (s) των σπυρομετρικών ενδείξεων των συγκολλητών ανάλογα με τις καπνιστικές τους συνήθειες. Το p-value της σύγκρισης των μέσων τιμών από τον έλεγχο ANOVA ($\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,1$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην μελέτη μας έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης της επίπτωσης των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος της συγκόλλησης στο αναπνευστικό σύστημα των συγκολλητών.

Από τον έλεγχο ισότητας των μέσων τιμών των σπυρομετρικών δεικτών των ομάδων των ηλεκτροσυγκολλητών και των οξυγονοκολλητών, διαπιστώθηκε ότι για κανένα σπυρομετρικό δείκτη δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,01$, $\alpha = 0,05$, $\alpha = 0,1$). Γι αυτό το λόγο οι ομάδες των ηλεκτροσυγκολλητών και των οξυγονοκολλητών αντιμετωπίστηκαν ως μία ομάδα με παρόμοια έκθεση.

Επιδράσεις των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος της συγκόλλησης στο αναπνευστικό σύστημα των συγκολλητών, φαίνεται να υπάρχουν σύμφωνα με τα ευρήματα από τον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής.

Σε διάφορες μελέτες έχει βρεθεί διαφορά στη μείωση της λειτουργικής ικανότητας των πνευμόνων μεταξύ των συγκολλητών και των μαρτύρων. Ειδικά ο Chinn et al, (1990, 1995) βρήκαν μια επιταχυνόμενη ετήσια πτώση του FEV1, PEF, FEF στο 50% της FVC (με ρύθμιση για την ηλικία και το κάπνισμα) σε 487 συγκολλητές ναυπηγείων και ελασματοουργούς/αποτεφρωτές (caulker/burners) σε σύγκριση με μάρτυρες, σε ένα μέσο όρο παρακολούθησης (follow-up) 7,2 ετών.

Σε άλλες μελέτες (Beckett et al, 1996, Erkinjuntti - Pekkanen et al, 1999, Christensen et al, 2008) δεν αναφέρεται καμία διαφορά στη μείωση της

λειτουργικής ικανότητας των πνευμόνων μεταξύ των συγκολλητών και των μαρτύρων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (follow-up).

Στη δική μας μελέτη διαπιστώθηκε ότι το μέσο ποσοστό της FVC, του FEV1, και της VC είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο στους συγκολλητές σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Επιπλέον στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα διαπιστώθηκαν και ο δείκτης Tiffenau και η βίαιη εκπνευστική ροή στα 25-75% του FEV (FEF25-75).

Οι συγκολλητές εργάζονται σε ανοιχτούς, σε κλειστούς χώρους εργασίας ή και στους δύο (μικτοί). Από τη διερεύνηση της επίδρασης του χώρου εργασίας στην αναπνευστική λειτουργία των συγκολλητών δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους χώρους που εργάζονται.

Όσοι στους κλειστούς και στους μικτούς χώρους εργασίας είναι περισσότεροι οι εργαζόμενοι με ακραίες τιμές στις σπιρομετρικές ενδείξεις συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται σε ανοιχτούς χώρους.

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης της ηλικίας στην πνευμονική τους λειτουργία των συγκολλητών σε κάθε έναν από τους εξεταζόμενους δείκτες χωριστά σε ομάδες καπνιστών, μη καπνιστών και πρώην καπνιστών, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά στον δείκτη Tiffeneau και την ηλικία. Η αύξηση της ηλικίας στους καπνιστές και στους μη καπνιστές επιφέρει μείωση του δείκτη Tiffeneau.

Επιπλέον όπως είναι αναμενόμενο διαπιστώθηκε πτώση της FEF25-75% στους καπνιστές με την αύξηση της ηλικίας.

Επιπροσθέτως, αρκετές μελέτες (Gube et al, 2009, Luo et al, 2006, Meo et al, 2003, Sobaszek et al, 2000, Rastogi et al, 1991) έχουν δείξει μια σχέση αιτιο-αποτελέσματος μεταξύ της διάρκειας της συγκόλλησης και της μειωμένης πνευμονικής λειτουργίας.

Σε παλαιότερες εργασίες (Ozdemir et al, 1995, Rossignol et al, 1996), δεν είχε βρεθεί κάποια σχέση μεταξύ της διάρκειας της συγκόλλησης και της πνευμονικής λειτουργίας.

Από τη διερεύνηση της εργασιακής ηλικίας (δηλαδή της διάρκειας της έκθεσης) δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των σπιρομετρικών δεικτών σε καμία από τις εξεταζόμενες ομάδες των καπνιστών, μη καπνιστών και πρώην καπνιστών.

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης της καπνιστικής συνήθειας στην πνευμονική λειτουργία, διαπιστώθηκε στην περίπτωση των μαρτύρων στατιστικά σημαντικά μικρότερη τιμή των δεικτών FEV1%, FEF25-75% και του Δείκτη Tiffeneau, στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Αντίστοιχη πτώση των παραπάνω δεικτών δεν διαπιστώθηκε στους καπνιστές συγκολλητές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές συγκολλητές.

Αυτό πιθανόν να αντανakλά τις βλαπτικές επιπτώσεις των καπνών συγκόλλησης στην αναπνευστική λειτουργία, οι οποίες φαίνεται να είναι παρόμοιες με τις

επιπτώσεις του καπνίσματος και να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τις καπνιστικές συνήθειες.

Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα της μελέτης των Thau et al, (2012) που έδειξαν μια επιταχυνόμενη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας σε μη καπνιστές που εκτίθενται σε καπνούς συγκόλλησης σε σύγκριση με τους μη καπνιστές που δεν εκτίθενται σε καπνούς συγκόλλησης.

Στην μελέτη δεν προέκυψαν διαταραχές στη διαχυτική ικανότητα των συγκολλητών. Ούτε στατιστικά σημαντικές διαφορές με τους μάρτυρες ή σε διάφορες συσχετίσεις με τις καπνιστικές συνήθειες, την ηλικία, τα έτη εργασίας, το ανοικτό ή κλειστό εργασιακό περιβάλλον και τη χρήση των μέσων ατομικής προστασίας.

Στις περισσότερες μελέτες η διαχυτική ικανότητα των μη καπνιστών συγκολλητών ήταν φυσιολογική, αν και ο Lynge et al, (1989) τη βρήκαν μειωμένη. Στους καπνιστές αναφέρθηκε ότι ήταν μειωμένη από τον Mur et al, (1985 και 1989), αλλά φυσιολογική από τον Kilburn et al, (1990). Ο Chinn et al, (1990) διαπίστωσαν ότι οι αλλαγές στη διάχυση μετά από παρακολούθηση (follow-up), δεν είχαν σχέση με το επάγγελμα. Σε μια μελέτη χρονικής στιγμής ο Chinn et al, (1995) ανέφεραν ότι το επάγγελμα του ηλεκτροσυγκολλητή ή του ελασματοουργού/αποτεφρωτή (caulker/burners) συσχετιζόταν με μια μείωση του δείκτη μεταφοράς των αερίων.

Περιστατικά πυρετού εκ καπνών μετάλλου αναφέρονται από 24 συγκολλητές και περιστατικά δηλητηρίασης από όζον αναφέρονται από 7 συγκολλητές.

Βρογχικό άσθμα διαγνώστηκε σε ποσοστό 13,6% των συγκολλητών (καπνιστές ή μη καπνιστές). Ο έλεγχος Pearson έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιστατικών βρογχικού άσθματος και της καπνιστικής συνήθειας. Η συχνότητα του βρογχικού άσθματος στη χώρα μας (Σιχλετίδης, 2009) φαίνεται να πλησιάζει στους ενήλικες το 5%. Η συχνότητα βέβαια είναι μεγαλύτερη στους άνδρες.

Χρόνια βρογχίτιδα διαγνώστηκε σε ποσοστό 13,6% των συγκολλητών (καπνιστές ή μη καπνιστές). Ο έλεγχος Pearson έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιστατικών χρόνιας βρογχίτιδας και της καπνιστικής συνήθειας. Ωστόσο φαίνεται ότι ο δείκτης συμπληρωματικής πιθανότητας που υπολογίστηκε (odds ratio) υποδηλώνει ότι η συμπληρωματική πιθανότητα της χρόνιας βρογχίτιδας ενός καπνιστή συγκολλητή είναι ίση με 2,76 της αντίστοιχης πιθανότητας ενός μη καπνιστή συγκολλητή.

Από τον ακτινολογικό έλεγχο σε ένα συγκολλητή βρέθηκε περιγεγραμμένη σκίαση στον αριστερό πνεύμονα (άνω λοβό) όπου μετά από διερεύνηση διεπιστώθη καρκίνος του πνεύμονα. Ο εργαζόμενος αυτός ήταν καπνιστής και εργαζόταν σε πλοία, στην ναυπηγοεπισκευαστική ζώνη με αποτέλεσμα την έκθεσή του - εκτός από τους καπνούς της συγκόλλησης- και σε ίνες αμιάντου από τις μονώσεις των τοιχωμάτων των σωληνώσεων των πλοίων όπου εκτελούσε τις συγκολλήσεις.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Antonini, J.M.; Taylor, M.D., Zimmer A.T. & Roberts, J.R. (2004). Pulmonary Responses to Welding Fumes: Role of Metal Constituents. *Journal of Toxicological Environmental Health*. Vol.67, No.3. pp. 233-249.

Beckett, W. S., Pace, P. E., Sferlazza, S. J., Perlman, G. D., Chen, A. H., and Xu, X. P. (1996b). Airway reactivity in welders: a controlled prospective cohort study. *J. Occup. Environ. Med.* 38:1229-1238.

Chinn, D., Stevenson, I., and Cotes, J. (1990). Longitudinal respiratory survey of shipyard workers: effects of trade and atopic status. *Br. J. Ind. Med.* 47:83-90.

Chinn D., Cotes J., El Gamal F., Wollaston J. (1995). Respiratory health of young shipyard welders and other tradesmen studied cross sectionally and longitudinally. *Occ. Environ. Med.* 52:33-42.

Christensen, S.W.; Bonde, J.P. & Omland, O. (2008) A prospective study of decline in lung function in relation to welding emissions. *J Occup Med Toxicol*. Vol.26. pp. 3-6.

d'Errico, A.; Pasian, S., Baratti, A., Zanelli, R., Alfonzo, S., Gilardi, L., Beatrice, F., Bena, A. & Costa, G. (2009) A case-control study on occupational risk factors for sino-nasal cancer/ *Occup Environ Med*. Jul;66(7):448-55.

Erkinjuntti-Pekkanen R , Slater T , Cheng S , et al . Two year follow up of pulmonary function values among welders in New Zealand . *Occup Environ Med*. 1999; 56 (5):328 - 333.

Fang, S.C; Eisen, E.A., Cavallari, J.M., Mittleman, M.A., & Christiani, D.C. (2010) Circulating adhesion molecules after short-term exposure to particulate matter among welders. *Occup Environ Med*. Jan; 67(1):11-6.

Gube M , Brand P , Conventz A , et al . Spirometry, impulse oscillometry and capnovolumetry in welders and healthy male subjects . *Respir Med* . 2009; 103 (9): 1350 - 1357.

Kelleher, P.; Pacheco, K. & Newman, LS. (2000) Inorganic Dust Pneumonias: The Metal- Related Parenchymal Disorders. *Environ Health Perspect*. Aug; 108 (Suppl 4):685-96.

Kilburn, K. H., Warshaw, R., Boylen, C. T., Thornton, J. C., Hopfer, S. M., Sunderman, F. W., and Finklea, J. (1990). Cross-shift and chronic effects of stainless steel welding related to internal dosimetry of chromium and nickel. *Am. J. Ind. Med.* 17:607-615.

Kim, J.Y.; Chen, J.C., Boyce, P.D., Christiani, D.C. (2005) Exposure to welding fumes is associated with acute systemic inflammatory responses. *Occup Environ Med*. Mar; 62(3):157-63.

Luo JC, Hsu KH, Shen WS. Pulmonary function abnormalities and airway irritation symptoms of metal fumes exposure on automobile spot welders. *Am J Ind Med* 2006; 49(6):407-16.

Lyngengbo O., Groth S., Groth M., Olsen O., Rossing N. (1989). Occupational lung function impairment in never-smoking Danish welders. *Scand. J. Soc. Med.* 2:157-164.

McCormick, L.M.; Goddard, M.& Mahadeva, R. (2008) Pulmonary fibrosis secondary to siderosis causing symptomatic respiratory disease: a case report. *J Med Case Reports*. Aug 5;2:257.

Meeker, J.D; Rossano, M.G., Protas, B., Diamond, M.P., Puscheck, E., Daly, D., Paneth, N. & Wirth, J.J. (2008) Cadmium, lead, and other metals in relation to semen quality: human evidence for molybdenum as a male reproductive toxicant. *Environ Health Perspect*. Nov. Vol. 116. No.11. pp. 1473-9.

Meo SA, Azeem MA, Subhan MM. Lung function in Pakistani welding workers. *J Occup Environ Med* 2003;45(10):1068-73.

Mur J. , M., Teculescu, D., Pham, Q. T., Gaertner, M., Massin, N., Meyer-Bisch, C., Moulin, J. J., Diebold, F., and Pierre, F. (1985). Lung function and clinical findings in a cross-sectional study of arc welders: An epidemiological study. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 57:1–18.

Mur J., Pham Q., Teculescu D., Massin N., Meyer-Bisch C., Moulin J., Wild P., Leonard M., Henquel J., Baudin V., et al. (1989). Arc welders' respiratory health evolution over five years. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 61:321-327.

Navas - Acien, A. (2005) Metals in Urine and Peripheral Arterial Disease. *Environ Health Perspect.* 113:164–169.

Ozdemir O, Numanoglu N, Gönüllü U, Savaş I, Alper D, Gürses H. Chronic effects of welding exposure on pulmonary function tests and respiratory symptoms. *Occup Environ Med* 1995;52(12):800-3.

Palmer, K.T.; Cullinan, P., Rice, S., Brown, T. & Coggon, D. (2009). Mortality from infectious pneumonia in metal workers: a comparison with deaths from asthma in occupations exposed to respiratory sensitizers. *Thorax.* Nov. Vol.64. No.11. pp. 983-6.

Rastogi SK, Gupta BN, Husain T, Mathur N, Srivastava S. Spirometric abnormalities among welders. *Environ Res* 1991;56(1):15-24.

Rossignol M, Seguin P, DeGuire L. Evaluation of the utility of spirometry in a regional public health screening program for workers exposed to welding fumes. *J Occup Environ Med* 1996;38(12):1259-63.

Sobaszek A, Boulenguez C, Frimat P, Robin H, Haguenoer JM, Edme JL. Acute respiratory effects of exposure to stainless steel and mild steel welding fumes. *J Occup Environ Med* 2000;42(9):923-31.

Thaon I, Demange V, Herin F, Touranchet A, Paris C. Increased lung function decline in blue-collar workers exposed to welding fumes. *Chest.* 2012 Jan 26.

Χατζησταύρου Κ.Α., Ιορδάνογλου Ι.Β. Επαγγελματικά Νοσήματα Πνευμόνων. *Παρισιάνος*, Αθήνα, 1989, ISBN 960-394-360-6.

Σιχλιτιδης Λ., Πνευμονολογία, Εκδόσεις *University Studio Press*, Θεσσαλονίκη 2009.

HEALTH EFFECTS OF WELDERS BECAUSE OF OCCUPATIONAL EXPOSURE

**V. Drakopoulos¹, P. Zarogoulidis², D. Pinotsi², A. Krokidis¹, T.C. Constantinidis²
and K. Chatzistavrou¹**

1. Pulmonary Department of Medical School, University of Athens, 2. Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace, in cooperation with Departments of Public Health and Nursing, Athens Technological Educational Institute.

Abstract: A cross sectional study of respiratory symptom and lung function was performed in welders at four companies of the private and public sector. The sample consisted of 103 welders and 148 non-welders. Current welding exposures were recorded to estimate the effect of the welding fumes to the respiratory system. Vital capacity (VC), forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in one second (FEV1), Tiffeneau index, forced expiratory flow 25-75% (FEF25-75), peak expiratory flow rate (PEFR) were measured before and after bronchodilation. Furthermore, FRC, ERV, RV, TLC, DLCO and DLVA were recorded. Demographic data, smoking habit, current respiratory symptoms were collected with the use of a medical history. Additionally, chest x-rays, routine and biochemical blood tests were performed.

The average age of arc welders was $44,2\pm 8,2$, of oxyacetylene welders was $45,3\pm 6,8$ and control group was $44,0\pm 9,2$. Statistically significantly lower were the measures of FVC, FEV1, FEF25-75, VC and Tiffeneau index of the welders comparatively to non-welders.

Smoking was not found to influence the spirometric measures of the welders as it was found to the non-welders. This is probably due to the negative consequences of the welding fumes to the respiratory.

According to the outcomes of this study the occupational exposure to the welding fumes causes drop of the values of specific spirometric parameters.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΛΙΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ελπίδα Φραντζέσκου¹, Αναστασία Ν. Καστανιά¹, Ε. Ριζά¹, Κ. Χατζησταύρου²
και **Αθηνά Λινού¹**

1. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 2. Πνευμονολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

Περίληψη: Η εργασία επιχειρεί να διερευνήσει τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζόμενων στην αλιεία στην Ελλάδα. Κάνει μια σύντομη συλλογή της ισχύουσας αλιευτικής νομοθεσίας και στατιστικών στοιχείων που δίνουν το στίγμα της επικινδυνότητας του κλάδου της αλιείας. Γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με παράγοντες που έχουν καταγραφεί διεθνώς ως επιβαρυντικοί, τόσο για πρόκληση εργατικού ατυχήματος κατά την αλιευτική δραστηριότητα, όσο και για προδιάθεση εκδήλωσης νοσημάτων επαγγελματικής παθολογίας. Προτείνονται μέτρα προστασίας. Περιλαμβάνεται οπτικοακουστικό υλικό καταγραφής αλιευτικής δραστηριότητας, υλικό πάνω στο οποίο επιχειρείται χαρτογράφηση κινδύνων. Συγκροτείται πρωτότυπο ερωτηματολόγιο ως ερευνητικό εργαλείο προσέγγισης δείγματος του εργατικού δυναμικού της αλιείας στην Ελλάδα που περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, επαγγελματικό ιστορικό, διατροφικό ερωτηματολόγιο, χαρακτηριστικά αλιευτικής δραστηριότητας, ιατρικό προφίλ καθώς και κλίμακα άγχους. Συγκεντρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια (100 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ενώ 7 άτομα αρνήθηκαν να μετάσχουν είτε εξ' αρχής είτε κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου), από διάφορες περιοχές της χώρας, αστικές, ημιαστικές, αγροτικές, νησιωτικές περιοχές και περιοχές της ηπειρωτικής Ελλάδας. Έγινε κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου, περιγραφή του δείγματος, και στατιστική ανάλυσή των στοιχείων με τη μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης. Η λογιστική παλινδρόμηση έγινε για 3 ξεχωριστά μοντέλα με εξαρτημένες μεταβλητές α) Καρδιαγγειακά νοσήματα (Ενιαία μεταβλητή καρδιαγγειακών νοσημάτων "Total Cardiovascular" που περιλαμβάνει αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, υπερλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη), β) Καρκίνος (Ενιαία μεταβλητή διαφορετικών ειδών καρκίνου "ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ"), γ) Εργατικό ατύχημα ("ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ"). Το πρώτο και το τρίτο μοντέλο που προέκυψαν μετά από τη στατιστική ανάλυση είναι στατιστικά σημαντικά, ενώ για το μοντέλο του καρκίνου δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, ούτε με forward ούτε με backward μέθοδο εισαγωγής των παραμέτρων στην ανάλυση. Αυτό, βεβαίως, εξηγείται από το μικρό μέγεθος του δείγματος σε σχέση με τις συχνότητες των καρκίνων στον πληθυσμό. Συγκεκριμένα τα μοντέλα που βρέθηκαν να είναι

στατιστικά σημαντικά είναι: $\text{LOG (ODDS TOTAL CARDIOVASCULAR)} = -5,35 + 0,08 \cdot \text{ΗΛΙΚΙΑ} + 1,36 \cdot \text{ΑΛΙΕΙΑ_ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ}$ και $\text{LOG (ODDS ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ)} = 3,334 - 0,06 \cdot \text{ΗΛΙΚΙΑ} - 1,61 \cdot \text{ΜΕΣΗ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ} - 1,63 \cdot \text{ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ} + 0,07 \cdot \text{ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤΙΑΣ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ}$, όπου: ΑΛΙΕΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ: Η αλιεία είναι αποκλειστική απασχόληση για τον αλιέα, ΗΛΙΚΙΑ: Η ηλικία του αλιέα, ΜΕΣΗ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ: Η ύπαρξη προϋπηρεσίας στη μέση αλιεία, ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ: Η ύπαρξη προϋπηρεσίας στην υπερπόντια αλιεία, ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤΙΑΣ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: Η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας του αλιέα σε έτη. *Ερμηνεία στατιστικών ευρημάτων:* 1. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων στους αλιείς που έχουν την αλιεία ως αποκλειστική απασχόληση είναι 3.9 φορές (=Exp του 1.36) μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν ασχολούνται αποκλειστικά με την αλιεία, δεδομένου ότι έχουν την ίδια ηλικία. 2. Εάν η ηλικία ενός αλιέα αυξηθεί κατά 1 έτος, η σχετική πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξάνεται κατά 8% (Exp του 1.08), δεδομένου ότι το άτομο αυτό δεν είχε αλλαγή στο καθεστώς της απασχόλησης του με την αλιεία δηλαδή εξακολουθεί και είναι είτε μερικά είτε αποκλειστικά απασχολούμενος με την αλιεία. 3. Αν κάποιος αλιέας έχει κατά ένα έτος μεγαλύτερη προϋπηρεσία στην παράκτια αλιεία από κάποιον άλλο, τότε η σχετική πιθανότητα εργατικού ατυχήματος αυξάνεται κατά 7% (Exp του 0.07 = 1.07) δεδομένου ότι η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία και η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία δεν αλλάζουν. 4. Εάν η ηλικία αυξηθεί κατά ένα έτος τότε η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος μειώνεται κατά 5.8% (Exp του 0.06 = 0.058) δεδομένου ότι η διάρκεια της προϋπηρεσίας στην παράκτια αλιεία, η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία και η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία δεν αλλάζουν. 5. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος στους αλιείς που έχουν προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία είναι 0.2 φορές (Exp του 1.63) μικρότερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν έχουν υπερπόντια προϋπηρεσία δεδομένου ότι η ηλικία, η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία και η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας δεν αλλάζουν. 6. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος στους αλιείς που έχουν προϋπηρεσία στη μέση αλιεία είναι 0.2 φορές (Exp του 1.61) μικρότερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν έχουν προϋπηρεσία στη μέση αλιεία δεδομένου ότι η ηλικία, η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία και η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας δεν αλλάζουν. *Σχόλια:* Το υπερβολικό βάρος, η συχνή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και λιπαρών γευμάτων, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, και η έλλειψη άσκησης φαίνεται να ευνοούνται από τις συνθήκες εργασίας και την κουλτούρα των εργαζομένων στην αλιεία μικρής κλίμακας (small scale fishing) και συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των εργαζομένων στην αλιεία. Σε επίπεδο ασφάλειας η παράκτια αλιεία με τα κατ' εξοχήν μικρά αλιευτικά σκάφη και την χειρωνακτική αλιεία αποδεικνύεται με σαφώς μεγαλύτερη επικινδυνότητα ως προς

την πρόκληση ατυχήματος συγκριτικά με πιο βιομηχανοποιημένες μορφές αλιείας όπως είναι η μέση αλιεία. Η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη μελέτη για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια στην ελληνική αλιεία και παρά το μικρό μέγεθος του δείγματός της καταγράφει αδρά τα κυριότερα προβλήματα και δίνει μια πρώτη εκτίμηση τεκμηρίωσης της ανάγκης για καλύτερη υγεία και συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στην αλιεία στην Ελλάδα, καθώς και την ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων πρόληψης.

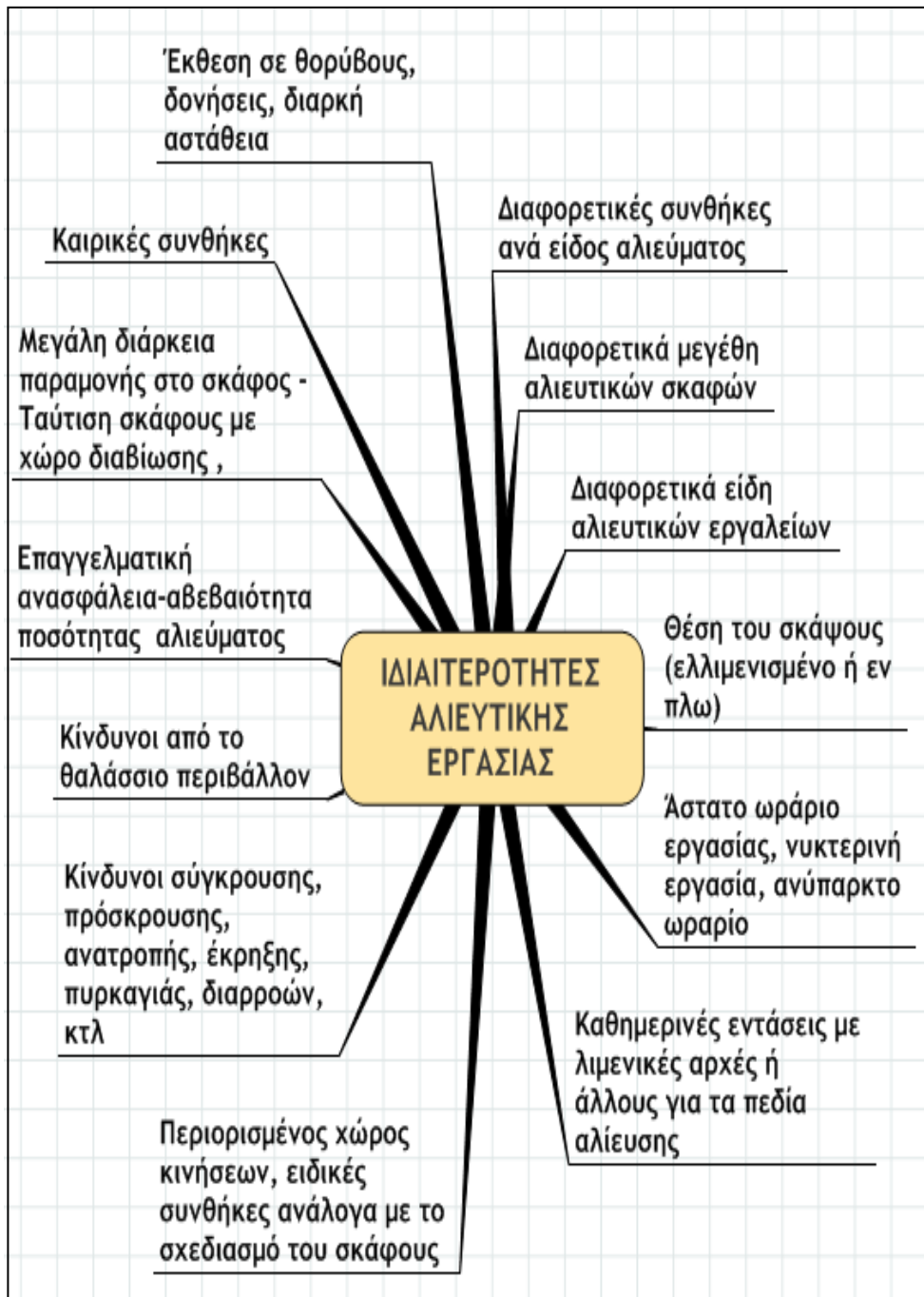
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αλιεία είναι μια ιδιαίτερος επικίνδυνη επαγγελματική δραστηριότητα, με υψηλό κίνδυνο τόσο για ατυχήματα όσο και για επαγγελματικά και ενδημικά νοσήματα [1]. Η Ελλάδα μια χώρα μικρή που όμως χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη μορφολογία και θέση στην νοτιοανατολική Μεσόγειο, διαθέτει 16,000 χλμ ακτογραμμής γεγονός που αρκεί για να πείσει για την παράδοσή της στην αλιεία. Διερευνώντας το προφίλ της χώρας ως προς τους τομείς της υγείας και της ασφάλειας σε επίπεδο επαγγελματικής αλιευτικής δραστηριότητας διαπιστώνουμε ένα σημαντικό έλλειμμα καταγραφής στοιχείων από τους επίσημους αρμόδιους φορείς, όπως είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι ίδιοι οι αλιείς, με δεδομένη την ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους, δεν αποζητούν υπηρεσίες υγείας παρά μόνον όταν προκύψουν ιδιαίτερος σοβαρά προβλήματα υγείας πχ μείζονα καρδιαγγειακά συμβάματα ή σοβαρά εργατικά ατυχήματα, με αποτέλεσμα να υπάρχει υποκαταγραφή τόσο των ατυχημάτων όσο και των νοσημάτων των αλιέων. Επίσης, ενώ τα στοιχεία που αφορούν στα εργατικά ατυχήματα στον κλάδο της αλιείας αποτυπώνουν μια τάση μείωσης κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα [2] είναι σημαντικό η μείωση αυτή να συνεκτιμηθεί με την σημαντική μείωση του εργατικού δυναμικού που απασχολείται στην ελληνική αλιεία τις τελευταίες δεκαετίες [3].

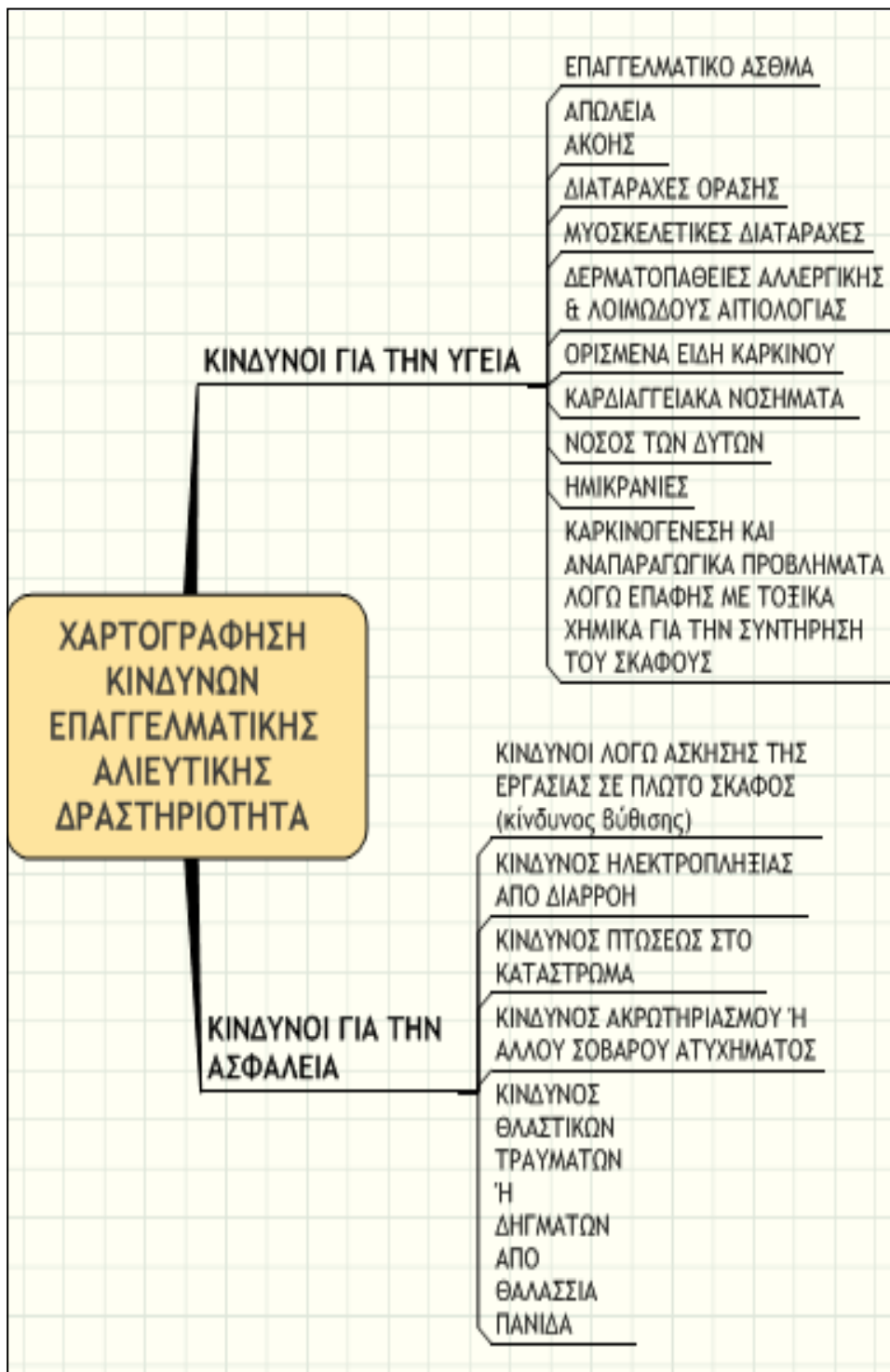
ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ

Η αλιεία δεσμεύει τον εργαζόμενο σε μια πολύωρη σύζευξη με το περιβάλλον εργασίας του. Είναι φανερό ότι οι εργαζόμενοι στην αλιεία εκτίθενται σε κινδύνους διαφορετικών μορφών, ανάλογα με την θέση εργασίας τους, το αλιευτικό εργαλείο με το οποίο αλιεύουν και το είδος του αλιεύματος, με την επικινδυνότητα να ποικίλει σημαντικά σε κάθε περίπτωση. Επομένως η ιδιαιτερότητα της αλιευτικής εργασίας είναι εξαιρετικά σημαντική παράμετρος που πρέπει να εκτιμηθεί για την καταγραφή τόσο των παραγόντων κινδύνου για την υγεία όσο και για εκείνων που αφορούν στην ασφάλεια των εργαζομένων. Στα σχήματα που ακολουθούν συνοψίζονται οι κυριότεροι παράγοντες που συνθέτουν την ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής αλιευτικής δραστηριότητας, καθώς και οι

κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην αλιεία σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία [4-15].



Σχήμα 1. Ιδιαιτερότητες αλιευτικής εργασίας.



Σχήμα 2. Χαρτογράφηση κινδύνων επαγγελματικής αλιευτικής δραστηριότητας.

Έχοντας ως στόχο α) την διερεύνηση των κύριων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στον τομέα της αλιείας στην Ελλάδα και β) την δημιουργία μιας τρέχουσας βάσης αναφοράς του επιπολασμού των νοσημάτων που εντοπίζονται στον ελληνικό πληθυσμό των εργαζομένων στην αλιεία που θα χρησιμεύσει πιθανότατα στην τεκμηρίωση της αναγκαιότητας για πρόληψη στον τομέα αυτό, εκπονήθηκε cross-sectional μελέτη σε τυχαίο δείγμα εργαζομένων στον τομέα της αλιείας στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το δείγμα των εργαζομένων προήλθε από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές της ηπειρωτικής και νησιωτικής Ελλάδας και η μελέτη στηρίχθηκε σε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο ως ερευνητικό εργαλείο. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε α) σε δείκτες του προγράμματος DIRERAF [16] για τον τομέα της αλιείας, β) σε ερωτηματολόγια επιδημιολογικών μελετών του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, γ) σε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με παράγοντες κινδύνου για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων στην αλιεία και δ) στην κατά Zung Κλίμακα Μέτρησης Άγχους (Zung Anxiety Scale) [17]. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων ήταν φυσική ή τηλεφωνική συνέντευξη. Το μοντέλο της ανάλυσης που επιλέχθηκε είναι η λογιστική παλινδρόμηση. Η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που αφορούν στην υγεία και στην ασφάλεια των αλιέων γίνεται μέσω της στατιστικής ανάλυσης με την μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης.

Για τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου που αφορούν στην υγεία των αλιέων, ορίζουμε δύο εξαρτημένες μεταβλητές:

α) Εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (ονομάζουμε τη μεταβλητή ως TOTAL CARDIOVASCULAR και σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται τα εξής νοσήματα: αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, υπερχοληστερόλαια, σακχαρώδης διαβήτης) και

β) Ανάπτυξη κακοήθους νεοπλασίας (ονομάζουμε τη μεταβλητή ως NEOPLASIA). Η μελέτη έχει ακολουθήσει τους κανόνες δεοντολογίας και ιατρικής ηθικής προστατεύοντας τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως ορίζει η καλή πρακτική στην ιατρική έρευνα.

Το δείγμα αποτελείται από εργαζόμενους στην αλιεία (αλιείς και αλιεργάτες), άνδρες και γυναίκες, όλων των ηλικιών, ενεργοί αλιείς ή συνταξιούχοι.

Συμπληρώθηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια ενώ 7 αλιείς αρνήθηκαν να συμμετάσχουν είτε εξ αρχής είτε κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Έγινε κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιώντας το spss 18.0 πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης με την μέθοδο όχι λογιστικής παλινδρόμησης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ακολουθούν περιγραφικοί πίνακες με τα χαρακτηριστικά του δείγματος των εργαζομένων (δημογραφικά, εργασιακά, και χαρακτηριστικά της υγείας του δείγματος) και την ύπαρξη εμπειρίας εργατικού ατυχήματος.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ				
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ 87 (87%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ 13 (13%)		
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ	55 ΕΤΗ (24 - 86 ΕΤΗ)			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	87% ΕΓΓΑΜΟΙ	13% ΑΛΛΟ		
ΤΕΚΝΑ	83% ΤΩΝ ΕΓΓΑΜΩΝ			
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (Ετη Σχολικής Φοίτησης)	62% 0 - 6 ΕΤΗ	23% 7 - 9 ΕΤΗ	12% 10 - 12 ΕΤΗ	3% 12+ ΕΤΗ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		
ΤΙΤΛΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	79% ΑΛΙΕΙΣ	21% ΑΛΙΕΡΓΑΤΕΣ
ΑΛΙΕΙΑ ΩΣ ΚΥΡΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	76%	
ΑΛΙΕΙΑ ΩΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	69%	
ΕΙΔΟΣ ΑΛΙΕΙΑΣ		
79% ΠΑΡΑΚΤΙΑ ΑΛΙΕΙΑ	19% ΜΕΣΗ ΑΛΙΕΙΑ	2% ΥΠΕΡΠΙΟΝΤΙΑ ΑΛΙΕΙΑ
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΩΡΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	10.18 ΩΡΕΣ	
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΛΙΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	13.9 ΕΤΗ	
ΜΕΣΟ ΜΗΚΟΣ ΑΛΙΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΑΦΩΝ (Σε ποσοστό 73% τα σκάφη έχουν μήκος <12μέτρα)	10.58 ΜΕΤΡΑ	
ΜΕΣΗ ΙΣΧΥΣ ΜΗΧΑΝΩΝ ΑΛΙΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΑΦΩΝ (Σε ποσοστό 42% τα σκάφη έχουν ισχύ <20 ίππους)	110 ΙΠΠΟΙ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΛΙΕΥΤΙΚΟΥ ΣΚΑΦΟΥΣ ΟΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ	81% ΝΑΙ	19% ΟΧΙ

Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος.

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ				
ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ				28%
ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ				3%
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ 7.14 %	ΜΕΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ 35.7%	ΜΙΑ ΜΕΡΑ 3.5%	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΕΡΕΣ 50%

Πίνακας 3. Εμπειρία εργατικού ατυχήματος.

Είδη των ατυχημάτων που καταγράφηκαν από το δείγμα: 1. Δήγματα (σκορπιοί, δράκαινες κ.ά.), 2. Θλαστικά τραύματα (είσφρηση αγκιστριού ή κοκκάλου ψαριού κατά τη διαλογή), 3. Πτώσεις με ή χωρίς συνοδά κατάγματα, κακώσεις και τραυματισμοί μαλακών μορίων (διαστρέμματα, ρήξη μηνίσκου, κόψιμο τένοντα), 4. Ρήξη τυμπανικής μεμβράνης, 5. Ακρωτηριασμοί (δακτύλων άκρας χειρός), 6. Τροχαίο ατύχημα (κατά τη διαδρομή προς το μηχανουργείο κάτω από συνθήκες έντονης κόπωσης, ύστερα από ελλιμενισμό που έγινε εξαιτίας βλάβης του σκάφους, 7. Επεισόδιο παρ' ολίγον πνιγμού.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ >=49	50+	ΣΥΝΟΛΟ	OR	P - VALUE
ΒΜΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ					
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ >30	27%	79%	33%	1.78	0.35
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ 25-30	40%	60%	45%	0.86	0.98
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ 18.5-25	36%	64%	22%		
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ *					
ΝΑΙ	12%	88%	42%	7.93	0.001
ΟΧΙ	52%	48%	58%		

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ >=49	50+	ΣΥΝΟΛΟ	OR	P - VALUE
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ					
ΝΑΙ	43%	57%	23%	0.63	0.46
ΟΧΙ	32%	68%	77%		
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ					
ΝΑΙ	38%	62%	71%	0.62	0.04
ΟΧΙ	28%	72%	29%		
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ					
ΝΑΙ	33%	67%	18%	1.09	
ΟΧΙ	35%	65%	82%		
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ					
ΝΑΙ	19%	81%	16%	2.67	0.22
ΟΧΙ	38%	62%	84%		
ΣΚΟΡ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ ZUNG					
20 - 29	30%	70%	33%	1.37	0.64
30 - 47	37%	63%	67%		
ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΟΤΙ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ					
ΝΑΙ	35%	65%	69%	1.03	
ΟΧΙ	35%	65%	31%		

Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά υγείας δείγματος (OR = Odds ratios, p-values 2 sides).

* Η μεταβλητή Total Cardiovascular αποτελεί μια κοινή μεταβλητή που εκφράζει την αρτηριακή υπέρταση και/ή στεφανιαία νόσο και/ή υπερλιπιδαιμία και/ή σακχαρώδη διαβήτη και δημιουργήθηκε προκειμένου να εκτιμήσει τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή τους. Τα ποσοστά των επιμέρους αυτών νοσημάτων αποδίδονται στον πίνακα 5 που ακολουθεί.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ TOTAL CARDIOVASCULAR	
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	26%
ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ	20%
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	13%
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	9%

Πίνακας 5. Νοσήματα που συναποτελούν τη μεταβλητή TOTAL CARDIOVASCULAR.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στο μοντέλο εισάχθηκε μια σειρά από περισσότερες από 30 μεταβλητές που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία, επαγγελματικό ιστορικό, διατροφικό ερωτηματολόγιο, χαρακτηριστικά αλιευτικής δραστηριότητας, ιατρικό προφίλ των εργαζομένων, εμπειρία εργατικού ατυχήματος, διατροφικό ερωτηματολόγιο και κλίμακα μέτρησης άγχους. Παρακάτω αποδίδεται σε πίνακες η στατιστική ανάλυση σχολιασμένη.

Μεταβλητή απόκρισης	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ				
Μέθοδος επιλογής υποδείγματος	Forward (Wald)				
Αριθμός παρατηρήσεων (N)	83				
Βήματα για το τελικό υπόδειγμα	3				
Επεξηγηματικές μεταβλητές	Συντελ. (B)	S.E.	Wald	p-value	OR
ΗΛΙΚΙΑ	,083	,023	12,909	,000	1,087
ΑΛΕΙΑ_ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ(1)	1,363	,546	6,231	,013	3,906
Constant	-5,350	1,433	13,938	,000	,005
Προσαρμογή υποδείγματος					
Hosmer and Lemeshow Goodness of fit test	Chi-square	df	p-value		
	11298	8	,185		
Pseudo R-squared	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square			
	,269	,358			
Omnibus test for model coefficients	Chi-square	df	p-value		
	25989	2	,000		
Classification Table					
		Predicted			
Observed	OXI	30	12	71,4	
	NAI	10	31	75,6	
Overall Percentage				73,5	

Επεξηγήσεις:

- Χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο επιλογής υποδειγμάτων forward όπου ξεκινώντας από το σταθερό μοντέλο προστίθενται σε κάθε βήμα μία- μία οι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.
- Το Hosmer and Lemeshow test είναι έλεγχος καλής προσαρμογής του υποδείγματος. Παρατηρούμε ότι δεν απορρίπτεται η υπόθεση ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά μεταξύ των παρατηρηθέντων και των προβλεπόμενων τιμών.
- Το Omnibus test for model coefficients ελέγχει το κατά πόσο το μοντέλο που τελικά προσαρμόστηκε διαφέρει από το σταθερό (αυτό δηλαδή που περιέχει μόνο τη σταθερά). Παρατηρούμε ότι απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι η Deviance των 2 υποδειγμάτων είναι η ίδια.
- Οι συντελεστές pseudo R-squared παίρνουν τιμές στο 0-1. Παρατηρούμε ότι είναι αρκετά μικρότεροι από τη μονάδα, επομένως το υπόδειγμα δεν φαίνεται να προσαρμόζεται τόσο καλά στα στοιχεία.
- Εντούτοις το classification table είναι ικανοποιητικό (sensitivity-specificity).
- Το υπόδειγμα λογιστικής παλινδρόμησης έχει τη μορφή:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2$$

Ένα άτομο που η ηλικία του είναι μεγαλύτερη κατά 1 έτος έχει OR για καρδιαγγειακά νοσήματα 1,087 σε σχέση με το μικρότερο άτομο.

Ένα άτομο που έχει την αλιεία σαν αποκλειστική απασχόληση έχει OR 3,906 σε σχέση με ένα άτομο που δεν έχει την αλιεία σαν αποκλειστική απασχόληση. Με άλλα λόγια η συμπληρωματική πιθανότητα (η πιθανότητα εμφάνισης ως προς τη πιθανότητα μη εμφάνισης) εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων για ένα άτομο που ασκεί την αλιεία σαν αποκλειστική απασχόληση ισούται με 3,906 φορές την αντίστοιχη πιθανότητα για ένα άτομο που δεν την ασκεί.

Αναφορικά με το μοντέλο της νεοπλασίας η μέθοδος forward αλλά και η backward που δοκιμάσαμε δεν μπόρεσαν να οδηγήσουν σε ένα καλά ορισμένο υπόδειγμα. Επίσης και στην περίπτωση του εργατικού ατυχήματος δεν μπόρεσε το SPSS να δώσει λογικά αποτελέσματα.

Μεταβλητή απόκρισης		ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ			
Μέθοδος επιλογής υποδείγματος	Backward stepwise (Wald)				
Αριθμός παρατηρήσεων (N)	83				
Βήματα για το τελικό υπόδειγμα	31				
Επεξηγηματικές μεταβλητές	Συντελεστής (B)	S.E.	Wald	p-value	OR
ΗΛΙΚΙΑ	-,096	,047	4,151	,042	,909
ΠΑΤΕΡΑΣ_ΑΛΙΕΑΣ(1)	1,802	,953	3,573	,059	6,063
ΜΗΤΕΡΑ_ΑΛΙΕΑΣ(1)	-2,916	1534	3,616	,057	,054
ΜΕΣΗ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ(1)	-3,905	1618	5,826	,016	,020
ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ(1)	-3,940	1477	7,113	,008	,019
ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤ_ΠΡΟΥΠΗΡ_ΕΤΗ	,119	,040	8,690	,003	1,126
ΣΩΜΑΤΙΚΗ_ΑΣΚΗΣΗ_ΕΚΤΟΣ_ΕΡΓΑΣΙΑΣ(1)	-21,173	40192,935	,000	1,000	,000
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ_ΣΩΜΑΤ_ΑΣΚΗΣΗΣ(1)	43,075	41322,150	,000	,999	5,09E18
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ_ΣΩΜΑΤ_ΑΣΚΗΣΗΣ(2)	19,086	9594,170	,000	,998	1,946E8
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ_ΣΩΜΑΤ_ΑΣΚΗΣΗΣ(3)	1,996	14654,429	,000	1,000	7,357
ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ(1)	-1,361	,895	2,316	,128	,256
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ_ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ(1)	-1,907	1,201	2,521	,112	,149
Constant	-10,527	9594,170	,000	,999	,000
Προσαρμογή υποδείγματος					
Hosmer and Lemeshow Goodness of fit test	Chi-square		df		p-value
	11,440		8		,178
Pseudo R-squared	Cox & Snell R Square		Nagelkerke R Square		
	,439		,640		
Omnibus test for model coefficients	Chi-square		df		p-value
	47,933		12		,000
Classification Table					
		Predicted			
					Percentage Correct
Overall Percentage	ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	OXI	NAI		
	Observed	OXI	NAI	59	2
		OXI	NAI	5	17
					96,7
					77,3
					91,6

Με τη μέθοδο backward παρατηρούμε εντούτοις ότι κάποιες από τις μεταβλητές που επιλέχθηκαν είναι στατιστικά σημαντικές. Και πάλι ο αλγόριθμος stepwise δεν έχει συγκλίνει καθώς υπάρχουν και στατιστικά ασήμαντες μεταβλητές, ενώ είναι δυνατόν να υπάρχουν και άλλες μεταβλητές σημαντικές που δεν επιλέχθηκαν. Εντούτοις, με βάση τη διαθέσιμη πληροφορία που διαθέταμε προσαρμόσαμε και πάλι το υπόδειγμα χρησιμοποιώντας τις μεταβλητές που ήταν στατιστικά σημαντικές από τη backward stepwise μέθοδο. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Μεταβλητή απόκρισης	ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ				
Μέθοδος επιλογής υποδείγματος	Backward stepwise (Wald) (using 4 preselected variables)				
Αριθμός παρατηρήσεων (N)	100				
Βήματα για το τελικό υπόδειγμα	1				
Επεξηγηματικές μεταβλητές	Συντελ. (B)	S.E.	Wald	p-value	OR
ΗΛΙΚΙΑ	-,060	,025	5,810	,016	,942
ΜΕΣΗ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ(1)	-1,609	,665	5,857	,016	,200
ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ(1)	-1,630	,798	4,169	,041	,196
ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤ_ΠΡΟΥΠΗΡ_ΕΤΗ	,069	,023	9,256	,002	1,071
Constant	3,334	1,602	4,333	,037	28,06
Προσαρμογή υποδείγματος					
Hosmer and Lemeshow Goodness of fit test	Chi-square		df		p-value
	8,068		8		,427
Pseudo R-squared	Cox & Snell R Square		Nagelkerke R Square		
	,138		,199		
Omnibus test for model coefficients	Chi-square		df		p-value
	14,867		4		,005
Classification Table					
		Predicted			
	ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	OXI	NAI		Percentage Correct
Observed	OXI	68	4		94,4
	NAI	21	7		25,0
Overall Percentage					75,0

Συνοψίζοντας τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ερμηνεύουμε τα εξής:

A. Το μοντέλο της υγείας με εφαρμογή της forward method καταλήγει ως εξής ως προς την μεταβλητή Total Cardiovascular των καρδιαγγειακών νοσημάτων ή παραγόντων κινδύνου:

$$\text{LOG (ODDS TOTAL CARDIOVASCULAR)} = -5,35 + 0,08 * \text{ΗΛΙΚΙΑ} + 1,36 * \text{ΑΛΙΕΙΑ_ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ}$$

(η οποία εξηγεί το μοντέλο στο 73,5%)

Όπου: ΗΛΙΚΙΑ = Η ηλικία του αλιέα και ΑΛΙΕΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ = Η αλιεία είναι αποκλειστική απασχόληση για τον αλιέα. Το μοντέλο αυτό ερμηνεύεται ως εξής :

1. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων στους αλιείς που έχουν την αλιεία ως αποκλειστική απασχόληση είναι 3.9 φορές (=Exp του 1.36) μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν ασχολούνται αποκλειστικά με την αλιεία, δεδομένου ότι έχουν την ίδια ηλικία. Αυτό μπορεί να μας δώσει την πληροφορία ότι ο τρόπος ζωής που αποκτά ένας αλιέας που ασχολείται αποκλειστικά με την αλιεία ίσως να προδιαθέτει σε καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως αυτά ομαδοποιήθηκαν για τις ανάγκες αυτής της ανάλυσης. Η κατανάλωση αλκοόλ, τα λιπαρά γεύματα, η κατανάλωση γλυκών στο καϊϊκι , η υπερκόπωση, η ορθοστασία αλλά και η παραμονή σε περιορισμένο χώρο σε συνδυασμό με την αδυναμία των αλιέων για συστηματική άσκηση ίσως είναι τα αίτια για αυτό το εύρημα.

2. Εάν η ηλικία ενός αλιέα αυξηθεί κατά 1 έτος, η σχετική πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξάνεται κατά 8% (Exp του 1.08), δεδομένου ότι το άτομο αυτό δεν είχε αλλαγή στο καθεστώς της απασχόλησης του με την αλιεία δηλαδή εξακολουθεί και είναι είτε μερικά είτε αποκλειστικά απασχολούμενος με την αλιεία.

B. Ως προς την εξαρτημένη μεταβλητή "ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ" προέκυψε το εξής μοντέλο:

$$\text{LOG (ODDS ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ)} = 3,334 - 0,06 * \text{ΗΛΙΚΙΑ} - 1,61 * \text{ΜΕΣΗ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ} - 1,63 * \text{ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ} + 0,07 * \text{ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤΙΑΣ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ}$$

Όπου:

ΑΛΙΕΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ = Η αλιεία είναι αποκλειστική απασχόληση για τον αλιέα

ΜΕΣΗ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ = Η ύπαρξη προϋπηρεσίας στη μέση αλιεία,

ΥΠΕΡΠΟΝΤΙΑ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ = Η ύπαρξη προϋπηρεσίας στην υπερπόντια αλιεία,

ΔΙΑΡΚΕΙΑ_ΠΑΡΑΚΤΙΑΣ_ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ = Η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας του αλιέα σε έτη.

Η ερμηνεία αυτού του μοντέλου είναι η εξής:

1. Αν κάποιος αλιέας έχει κατά ένα έτος μεγαλύτερη προϋπηρεσία στην παράκτια αλιεία από κάποιον άλλο, τότε η σχετική πιθανότητα εργατικού ατυχήματος αυξάνεται κατά 7% (Exp του 0.07= 1.07) δεδομένου ότι η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία και η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία δεν αλλάζουν.
2. Εάν η ηλικία αυξηθεί κατά ένα έτος τότε η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος μειώνεται κατά 5.8% (Exp του 0.06= 0.058) δεδομένου ότι η διάρκεια της προϋπηρεσίας στην παράκτια αλιεία, η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία και η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία δεν αλλάζουν.
3. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος στους αλιείς που έχουν προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία είναι 0.2 φορές (Exp του 1.63) μικρότερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν έχουν υπερπόντια προϋπηρεσία δεδομένου ότι η ηλικία, η προϋπηρεσία στη μέση αλιεία και η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας δεν αλλάζουν.
4. Η σχετική πιθανότητα εμφάνισης εργατικού ατυχήματος στους αλιείς που έχουν προϋπηρεσία στη μέση αλιεία είναι 0.2 φορές (Exp του 1.61) μικρότερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα αυτών που δεν έχουν προϋπηρεσία στη μέση αλιεία δεδομένου ότι η ηλικία, η προϋπηρεσία στην υπερπόντια αλιεία και η διάρκεια της παράκτιας προϋπηρεσίας δεν αλλάζουν.

Σχόλια:

Το υπερβολικό βάρος, η συχνή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και λιπαρών γευμάτων, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, και η έλλειψη άσκησης φαίνεται να ευνοούνται από τις συνθήκες εργασίας και την κουλτούρα των εργαζομένων στην *αλιεία μικρής κλίμακας* (small scale fishing) και συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των εργαζομένων στην αλιεία.

Σε επίπεδο ασφάλειας, η παράκτια αλιεία με τα κατ' εξοχήν μικρά αλιευτικά σκάφη και την χειρωνακτική αλιεία αποδεικνύεται με σαφώς μεγαλύτερη επικινδυνότητα ως προς την πρόκληση ατυχήματος συγκριτικά με πιο βιομηχανοποιημένες μορφές αλιείας όπως είναι η μέση αλιεία.

Η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη μελέτη για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια στην ελληνική αλιεία. Το μικρό μέγεθος του δείγματος συνιστά σαφώς αδυναμία της μελέτης, ωστόσο είναι επαρκές αφενός για να καταγράψει αδρά τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίζονται κατά την άσκηση της επαγγελματικής

αλιευτικής δραστηριότητας και αφετέρου για να δώσει μια πρώτη εκτίμηση τεκμηρίωσης της ανάγκης για καλύτερη υγεία και συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στην αλιεία στην Ελλάδα, καθώς και για να καταδείξει την ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων πρόληψης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Centers for Disease Control and Prevention**, www.cdc.gov/niosh/topics/fishing
2. **Σπύρος Μπρανής**, "Στατιστικές Εργατικών Ατυχημάτων στην Ελλάδα." 3η Έκδοση, 1998, Βιβλιοθήκη ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε
3. **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**, "Περιγραφική επιδημιολογία των εργατικών ατυχημάτων στον ελληνικό πληθυσμό κατά την περίοδο 1956 – 94" Έκδοση ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε 2003
4. **International Labour Office** , "Safety and Health in the Fishing Sector" Sectoral Activities Programme, Geneva, σελ. 19, 32, 25, 26 (box 2.2), 26 (table 2.6), 45, 31-32
5. **Πανελλήνιος Σύλλογος Τεχνολόγων Ιχθυολόγων** "Οδηγός Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας στις Υδατοκαλλιέργειες",
6. **Timothy K. Thomas, MD, Jennifer M. Lincoln, MS, Bradley J. Husberg, MSPH, George A. Conway, MD, MPH**, "Is it safe on deck? Fatal and Non-Fatal Workplace Injuries Among Alaskan Commercial Fishermen", *American Journal of Industrial Medicine* 40:693-702 (2001)
7. **Marianne Törnera, Roger Karlssona, Harald Sæthreb and Roland Kadeforsa** , "Analysis of serious occupational accidents in Swedish fishery". *Safety Science* 21, 1995, pp.93-111
8. **I.L.O.**, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, 4th Edition, Vol. 3, Fishing (66)
9. **M. S. Pearce, Y. E. Buttery and R. N. Brueton**, "Knee pathology among seafarers : A review of 299 patients", *Occupational Medicine*, Vol. 46, No 2, pp. 137-140, 1996
10. **M. F. Jeebhay, A. L. Lopata, and T. G. Robins**, " Seafood processing in South Africa: a study of working practices, occupational health services and allergic health problems in the industry", *Occupational Medicine*, Vol. 50, No 6, pp. 406-413, 2000
11. **R. L. Rietschel, J. F. Fowler**, "Fisher's Contact Dermatitis", 5th Edition, *Lippincott Williams & Wilkins*, page 709-710
12. **Linda Kaerlev, S ren Dahl, Per Sabro Nielsen, J rn Olsen , Harald Hannerz , Anker Jensen , Finn T chsen** , Hospital contacts for chronic diseases among Danish seafarers and fishermen: A population based cohort study" , *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007; 35: 481-489
13. **Mariko Nishimura, Takeshi Terao, Shuji Soeda, Jun Nakamura, Noboru Iwata, Kaoru Sakamoto**. "Suicide and occupation: further supportive evidence for their relevance", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2004, Volume 28, Issue 1, abstract.
14. **José Novalbos, Pedro Nogueroles, Mila Soriguer and Francisco Piniella**, "Occupational Health in the Andalusian Fisheries Sector", *Occupational Medicine* 2008; 58:141-143
15. **A.H. Mounstephen, and R.K. Harrison**, "A study of migraine and its effects in a working population", *Occupational Medicine*, Vol. 45, No 6, pp. 311-317
16. **European Commission**: Public Health Programme 2004, "Development Of Public Health Indicators For Reporting Environmental/Occupational Risks Related To Agriculture And Fishery" - DIRERAF
17. **Zung W.W.K**, A rating instrument for anxiety disorders", *Psychosomatics* 1971; 12:371-379

RISK FACTORS FOR GREEK FISHERMEN'S HEALTH AND SAFETY

Elpida Frantzeskou¹, Anastasia N. Kastania¹, Elena Riza¹, K. Chatzistavrou² and Athena Linos¹

1. Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, 2. Pulmonary Department of Medical School, University of Athens,.

Abstract: This paper attempts to explore risk factors for the health and safety of workers of the fisheries in Greece. It presents a brief collection of the existing fisheries law as well as statistics about hazards of the fishing industry. A literature review is included on factors that have been registered internationally as a hazard, both for causing accidents during fishing, and predisposition to pathological expressions of occupational diseases. Protection measures are proposed. A sample of audio-visual material is included, recording fishing activities, on which risk mapping is attempted. An original questionnaire is formed as a research tool approaching a sample of the workforce of fisheries in Greece, including demographics, occupational history, a dietary questionnaire, fishing features, medical profiles and levels of stress. 100 questionnaires were collected (100 fully completed questionnaires plus 7 individuals who refused to participate either outset or during the course of completing the questionnaire) in different parts of the country, urban, suburban, rural, island regions and regions of mainland Greece. Coding of the questionnaire, a description of the sample, and statistical analysis of data were done, the latter by using the logistic regression method. The logistic regression was done for 3 different models with a dependent variable a) Cardiovascular Diseases (Single Variable "Total cardiovascular" including arterial hypertension, coronary heart disease, hyperlipidemia, and diabetes mellitus), b) Cancer (Single Variable NEOPLASIA for different types of cancer), c) Accident (ACCIDENT). The first and third model that emerged after the statistical analysis is statistically significant, while the model of cancer showed no statistically significant effect, neither with forward or backward input parameters in the analysis. That certainly can be explained by the small sample size in relation to the frequency of cancers in the population.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Μπουτζικά Ευθυμία και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας. Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Περίληψη: Ένας χώρος εργασίας για να είναι λειτουργικός πρέπει να πληροί κάποιες προδιαγραφές που υπαγορεύει ο αντικειμενικός του στόχος. Η ανάγκη αυτή γίνεται πιο επιτακτική σε χώρους υγείας, καθώς ο στόχος στην προκειμένη περίπτωση είναι το ίδιο το αγαθό της ζωής μας. Η λειτουργία ενός χώρου υγείας είναι αναγκαίο από τη μία πλευρά να εξασφαλίζει το καλύτερο δυνατό υπόβαθρο για την νοσηλεία των ασθενών και από την άλλη πλευρά να διασφαλίζει ένα περιβάλλον ασφάλειας και υγιεινής για τους εργαζόμενους σε αυτό. Ειδικότερα, σε μια Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) οποιοσδήποτε νοσοκομείου ή κλινικής για να διασφαλιστούν όλα τα ανωτέρω, θα πρέπει να ακολουθούνται συγκεκριμένες προδιαγραφές ως προς την χωροταξική οργάνωση, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, την εργονομία και την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού. Όσον αφορά την χωροταξική οργάνωση μιας MTN είναι απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για το σωστό σχεδιασμό όλων των αναγκαίων αιθουσών, συμπεριλαμβανομένου του χώρου αναμονής, του εξεταστηρίου, του χώρου υγιεινής του προσωπικού, του χώρου προετοιμασίας της νοσηλείας, του γραφείου της προϊσταμένης και του χώρου στάσης αδερφής. Επίσης, μέριμνα πρέπει να γίνει και για την αποθήκη του υλικού, το γραφείο των ιατρών, το χώρο εργαστηριακής ανάλυσης, το χώρο αποθήκευσης και επεξεργασίας του νερού, την ίδια την αίθουσα αιμοκάθαρσης, τους διαδρόμους και τους χώρους εφεδρικών μηχανημάτων. Επιπλέον, η ορθή λειτουργία μιας MTN εξασφαλίζεται και από την ρύθμιση των παραγόντων που επικρατούν στον περιβάλλοντα χώρο εργασίας, όπως είναι το μικροκλίμα, η ποιότητα του εσωτερικού αέρα, ο κλιματισμός, ο φωτισμός, η παροχή ηλεκτρικού ρεύματος και η κατάλληλη προστασία από αυτό και η διαχείριση των μολυσματικών υλικών. Ως προς την εργονομία καλό είναι να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την μετακίνηση των ασθενών και την χειρονακτική διακίνηση φορτίων προς αποφυγή πρόκλησης μυοσκελετικών παθήσεων στο προσωπικό. Τέλος, σημαντικός παράγοντας ομαλότητας μιας MTN είναι η ψυχολογική στήριξη των ίδιων των εργαζομένων για την μετρίαση του εργασιακού στρες και η εκπαίδευσή τους όχι μόνο σε πρακτικές τεχνικές αλλά στον Ανθρώπινο τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών τους. Η MTN του Νοσοκομείου Διδυμοτείχου πληροί τις απαραίτητες προδιαγραφές χωροταξικής οργάνωσης, δυνατότητες βελτίωσης θα μπορούσαν να υπάρξουν ως προς τον παράγοντα μετρίασης του εργασιακού στρες. Εν κατακλείδι, η επίτευξη της ορθότητας και ομαλότητας μιας MTN και οποιασδήποτε κλινικής μονάδας απαιτεί

την λεπτομερή μελέτη, σχεδιασμό και τήρηση όλων εκείνων των προδιαγραφών που σχετίζονται με τους ασθενείς, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη και τα άτομα που εργάζονται σε αυτό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να μπορεί ένας εργασιακός χώρος να εξυπηρετεί τους αντικειμενικούς σκοπούς για τους οποίους έχει φτιαχτεί θα πρέπει να πληροί κάποιες προδιαγραφές οι οποίες υπαγορεύονται από την συγκεκριμένη εργασία και τις ανάγκες που καλείται να εξυπηρετήσει. Μια Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) καλείται να εξυπηρετήσει την ανάγκη για τεχνητή αιμοκάθαρση τόσο των εξωτερικών ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και προσέρχονται στην MTN για τακτικές συνεδρίες, όσο και των εσωτερικών ασθενών, για έκτακτη συνεδρία. Η σύντομη περιγραφή της διαδικασίας αιμοκάθαρσης των ασθενών θα βοηθήσει κατ' αρχάς να σχηματίσουμε μια γενική εικόνα για τη λειτουργία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN) και ταυτόχρονα θα καταδείξει τις ανάγκες σε χώρους, υλικά και μέσα αλλά και ανθρώπινο δυναμικό που πρέπει να διαθέτει μια MTN ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στο διπλό της ρόλο που είναι, να παρέχει την απαραίτητη και υψηλών προδιαγραφών νοσηλεία των ασθενών, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα ένα υγιές και ασφαλές για τον εργαζόμενο περιβάλλον.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια μιας θεωρητικής προσέγγισης της οργάνωσης και λειτουργίας μιας MTN ως προς τους άξονες: 1. χωροταξία, 2. περιβάλλον, 3. εργονομία, 4. ανθρώπινος παράγοντας σύμφωνα με τις θεωρητικές προδιαγραφές που πρέπει να πληρούνται. Ταυτόχρονα γίνεται μελέτη περίπτωσης της MTN του Νοσοκομείου Διδυμοτείχου κατά πόσο εφαρμόζονται οι προδιαγραφές ή υπάρχουν αποκλίσεις απ' αυτές τέτοιες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (MTN)

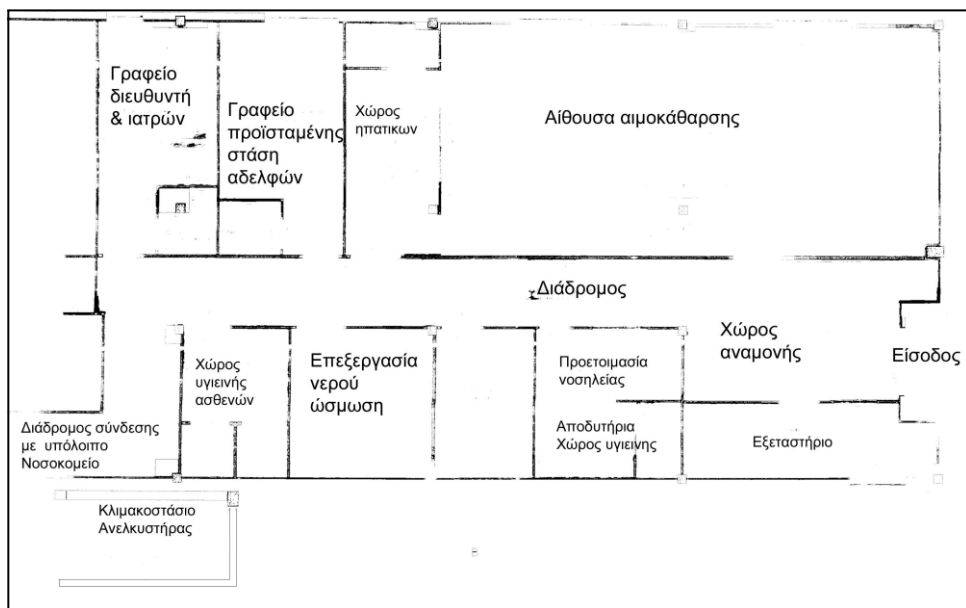
Ο εξωτερικός ασθενής προσέρχεται στη MTN με ΙΧ ή TAXI και περνά από τον προθάλαμο της εξωτερικής εισόδου, ενώ κάποιος εσωτερικός ασθενής προσέρχεται από το διάδρομο εσωτερικής κυκλοφορίας του νοσοκομείου που βρίσκεται κοντά στον ανελκυστήρα, ο ασθενής κατόπιν οδηγείται στον χώρο αναμονής όπου θα ζυγιστεί, θα εξεταστεί, θα προετοιμαστεί και θα περιμένει, για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί, μέχρι να έρθει η σειρά του για να μπει στο πρώτο διαθέσιμο μηχάνημα αιμοκάθαρσης, αυτό βρίσκεται στην αίθουσα αιμοκάθαρσης, εκεί θα παραμείνει για 3-4 ώρες όσο διαρκεί η συνεδρία

αιμοκάθαρσης και θα δεχθεί την απαραίτητη φροντίδα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ

Οργάνωση Μονάδας Τεχνητού Νεφρού

Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (MTN) είναι ο χώρος όπου γίνεται τεχνητά η αιμοκάθαρση και μπορεί να είναι οργανική μονάδα, είτε ενός γενικού νοσοκομείου, είτε μιας γενικής κλινικής. Πρέπει να είναι μεν ανεξάρτητη από το τμήμα τεχνητού νεφρού ή την παθολογική κλινική και ταυτόχρονα να είναι εύκολα προσπελάσιμη από και προς αυτά. Στη MTN προσέρχονται κυρίως εξωτερικοί ασθενείς και εσωτερικοί σε πολύ μικρότερο ποσοστό για έκτακτη συνεδρία, γι' αυτό θα πρέπει να στεγάζεται σε χώρο προσιτό από τους εξωτερικούς ασθενείς και παράλληλα κοντά στους ανελκυστήρες ούτως ώστε η σύνδεσή του με τους υπόλοιπους ορόφους και τμήματα του νοσοκομείου να είναι άμεση και η κυκλοφορία των ασθενών ομαλή. Τα τμήματα-χώροι της MTN όπως φαίνονται στην εικόνα 1 είναι: Εξωτερική Είσοδος, Χώρος αναμονής, Εξεταστήριο, Χώρος υγιεινής προσωπικού (αποδυτήρια), Χώρος προετοιμασίας νοσηλείας, Χώρος γραφείου προϊσταμένης - χώρος στάσης αδελφών, Αποθήκη υλικού, Γραφείο ιατρών, Χώρος για εργαστήριο τεχνικών, Χώρος επεξεργασίας νερού (ώσμωση) - ημερήσια αποθήκη νερού, Αίθουσα αιμοκάθαρσης, Διάδρομος, Χώρος μηχανημάτων εφεδρείας.



Εικόνα 1. Κάτοψη MTN νοσοκομείου Διδυμοτείχου.

Χώρος αναμονής

Είναι ο χώρος που εξυπηρετεί την ομαλή ροή των ασθενών από και προς τις θέσεις νοσηλείας και παροχής της αιμοκάθαρσης, ο χώρος αυτός θα λέγαμε ότι λειτουργεί ως δοχείο αδράνειας, αν παραλληλισθεί (σε αναλογία) με το μηχανικό του ισοδύναμο από τη ρευστομηχανική, με σκοπό να εξομαλύνει τις εξάρσεις που τυχόν θα προκύψουν στην κυκλοφορία των ασθενών, ως τέτοιο πρέπει να έχει τις αναγκαίες και ικανές διαστάσεις (χωρητικότητα) και εφόσον έχουμε να κάνουμε με ροή προσώπων θα πρέπει να δημιουργεί ένα φιλικό προς τον φιλοξενούμενο περιβάλλον και να διασφαλίζει μια (φειδωλή) άνεση και χαλαρωτική παραμονή, αλλά ταυτόχρονα να μην δίνει την άνεση και την αίσθηση ότι εκεί μπορώ να αράξω και δεν θέλω να σηκωθώ γιατί με περιμένουν χειρότερα. (γεγονός που θα δημιουργούσε από μόνο του δυσaráεσκεια). Εδώ η αίθουσα αυτή είναι λιτή αλλά άνετη με καθίσματα αναμονής, τηλεόραση και ντουλάπια ερμάρια για τα προσωπικά αντικείμενα των ασθενών, εδώ υπάρχει και ένας ζυγός ακριβείας για τον έλεγχο του βάρους των ασθενών πριν και μετά την αιμοκάθαρση. Στο χώρο αυτό οι ασθενείς, αρκετές φορές, περιμένουν για λίγη ώρα, πριν από την έναρξη ή μετά το τέλος της συνεδρίας.

Εξεταστήριο

Στο χώρο αυτό γίνεται η κλινική εξέταση των ασθενών όταν παραστεί ανάγκη, συνήθως πρόκειται για ένα μικρό δωμάτιο με ένα εξεταστικό κρεβάτι που διαθέτει καλό φωτισμό. Ο χώρος αυτός προσφέρεται ακόμη και για να παραμείνει ξαπλωμένος λίγη ώρα κάποιος ασθενής που το έχει ανάγκη (πρώτες βοήθειες, λιποθυμία κ.ά.). Στο χώρο αυτό υπάρχουν: ηλεκτροκαρδιογράφος, μόνιτορ με απινιδωτή για τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς, φορητό πιεσόμετρο, καρότσι νοσηλείας με τα απαραίτητα υλικά, δίσκοι αλλαγής, καθετήρες και άλλα υλικά απαραίτητα για την παροχή ιατρικής φροντίδας και πρώτων βοηθειών.

Χώρος υγιεινής προσωπικού (αποδυτήρια)

Είναι ο χώρος όπου το νοσηλευτικό προσωπικό, έχει την δυνατότητα να αλλάζει ενδυμασία κατά την προσέλευση και αποχώρηση του από την εργασία, διαθέτει ατομικό ερμάριο για κάθε νοσηλεύτη/τρια, όπου εναποθέτει τα προσωπικά του αντικείμενα και ρούχα. Στον ίδιο χώρο μπορεί να βρίσκεται και ο χώρος υγιεινής για το προσωπικό που είναι ανεξάρτητος απ' αυτόν των ασθενών.

Χώρος προετοιμασίας νοσηλείας

Στο χώρο αυτό προετοιμάζεται η νοσηλεία των ασθενών, διαθέτει ένα πάγκο με συρτάρια που περιέχουν τα απαραίτητα για τη νοσηλεία υλικά (σύριγγες,

νεφροειδές, γάντια, κυτίο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων κ.λ.π.) στο χώρο αυτό υπάρχουν επίσης ντουλάπια και ψυγείο όπου διατηρούνται τα φάρμακα των ασθενών.

Χώρος γραφείου προϊσταμένης - χώρος στάσης αδελφών

Στο χώρο αυτό φυλάσσονται έγγραφα που αφορούν τους ασθενείς, παραγγελίες υλικών και ότι άλλο αφορά τη διοικητική υποστήριξη και λειτουργία της μονάδας. Ο χώρος αυτός πρέπει να έχει έπιπλο γραφείου, ντουλάπια αρχειοθέτησης, τηλέφωνο και ηλεκτρονικό υπολογιστή. Όταν δεν υπάρχει ξεχωριστός χώρος υποδοχής και γραμματειακής υποστήριξης, το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το γραφείο προϊσταμένης, δηλαδή η προϊσταμένη υποδέχεται και κατευθύνει ασθενείς και συνοδούς, συμπληρώνει τα απαραίτητα έντυπα, προγραμματίζει τις διάφορες ειδικές εξετάσεις των ασθενών, φροντίζει για την αποστολή των δειγμάτων αιμοληψίας στα αντίστοιχα εργαστήρια, επικοινωνεί με τους ασφαλιστικούς φορείς των ασθενών, διεκπεραιώνει υπηρεσιακά έγγραφα, την αλληλογραφία και την τηλεφωνική επικοινωνία του τμήματος και ότι άλλο κριθεί απαραίτητο.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει ξεχωριστός χώρος «στάσης αδελφής», για το διάλλειμα του προσωπικού, τότε στο χώρο του γραφείου προϊσταμένης μπορεί να υπάρχει και μια μικρή κουζίνα για να εξυπηρετεί το σκοπό αυτό.

Αποθήκη υλικού

Πρέπει να είναι ευρύχωρη, σκιερή και εφοδιασμένη με πολλά ράφια για τη συλλογή, τακτοποίηση και φύλαξη των καθαρών υλικών που χρησιμοποιούνται στη αιμοκάθαρση (φύσιγγες, γραμμές αίματος, διαλύματα ηλεκτρολυτών, οροί, κ.ά.) τα υλικά αυτά προμηθεύει τακτικά η μεγάλη κεντρική αποθήκη του νοσοκομείου που καλό θα ήταν να βρίσκεται κοντά στη μονάδα.

Γραφείο ιατρών

Είναι ο χώρος των ιατρών της MTN, πρέπει να βρίσκεται κοντά στην κεντρική αίθουσα νοσηλείας ώστε όταν παραστεί άμεση ανάγκη, οι ιατροί να φτάνουν εγκαίρως σ' αυτήν. Στο χώρο αυτό υπάρχει ή απαραίτητη επίπλωση για να δεχθούν οι γιατροί συνοδούς ασθενείς ή άλλους επισκέπτες και συνεργάτες, φυλάγονται οι φάκελοι των ασθενών και τα εργαστηριακά αποτελέσματά τους όπου μελετούνται συζητούνται και λαμβάνονται οι αποφάσεις για τις ιατρικές πράξεις και τυχόν αλλαγές που θα εφαρμοσθούν στην περαιτέρω αιμοκάθαρση και νοσηλεία των ασθενών.

Την ευθύνη της Μονάδας φέρει Ειδικός Νεφρολόγος (ΦΕΚ107/09.03.1987) σε θέση Διευθυντή που πλαισιώνεται από βοηθούς ιατρούς των οποίων ο αριθμός

εξαρτάται από το μέγεθος του τμήματος. Η συνεχής παρουσία ιατρού επιβάλλεται καθ' όλη τη διάρκεια συνεδρίας των ασθενών.

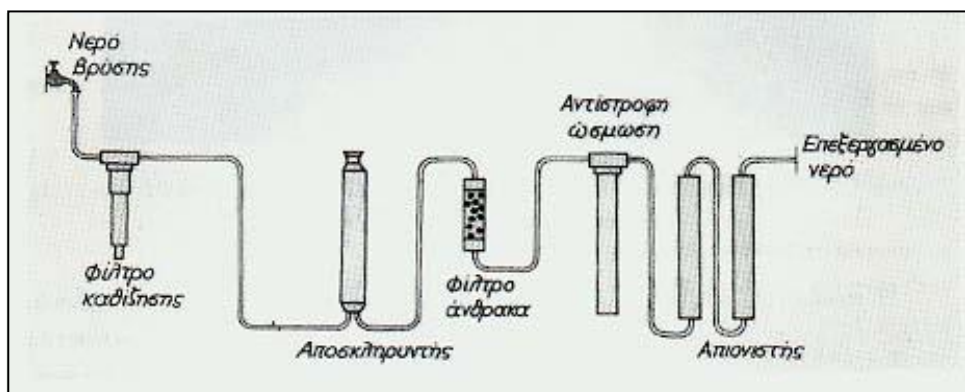
Χώρος για εργαστήριο τεχνικών

Μια μικρή μονάδα, όπως εδώ, μπορεί να μη διαθέτει τέτοιο χώρο, στην περίπτωση αυτή, η ανάγκη, για την παρακολούθηση της καλής λειτουργίας, για τη συντήρηση και επιδιόρθωση των μηχανημάτων, καλύπτετε από εξωτερικό συνεργάτη συμβεβλημένο με το νοσοκομείο.

Χώρος επεξεργασίας νερού (ώσμωση) - ημερήσια αποθήκη νερού

Στο χώρο αυτό βρίσκονται οι αποθήκες νερού, με δυνατότητα αποθήκευσης της ημερήσιας απαιτούμενης ποσότητας καθώς και η εγκατάσταση επεξεργασίας του νερού του δικτύου της πόλης.

Το νερό που χρησιμοποιείται στην αιμοκάθαρση περνά από διάφορα στάδια και μεθόδους επεξεργασίας εικόνα 2 όπως η αποσκλήρυνση, το φιλτράρισμα, η αντίστροφη ώσμωση και ο απιονισμός. Οι αιμοκαθαρούμενοι άρρωστοι που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση εκτίθενται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας σε 30 περίπου λίτρα νερού την ώρα ή 20000 λίτρα το χρόνο εκ των οποίων τα 19500 λίτρα είναι νερό της πόλης, αυτό περιέχει ουσίες που ενώ σ' ένα υγιές άτομο δεν προκαλούν το παραμικρό σ' ένα αιμοκαθαρούμενο μπορούν να προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες. Η χημική σύσταση του νερού των πόλεων και η περιεκτικότητά του σε διάφορες ουσίες ποικίλει από περιοχή σε περιοχή και επηρεάζεται από τη θερμοκρασία, το pH, τις βροχοπτώσεις κ.ά. επίσης περιέχει ουσίες προερχόμενες από τους αγωγούς μεταφοράς του νερού.



Εικόνα 2. Σύστημα επεξεργασίας νερού πόλης.

Πριν το νερό του δικτύου της πόλης χρησιμοποιηθεί ως μέσο στην διαδικασία αιμοκάθαρσης, πρέπει να υποστεί την κατάλληλη επεξεργασία, μια πολύ καλή

μέθοδος θεωρείται αυτή της αντίστροφης ώσμωσης όπου το νερό μετακινείται περνώντας από ειδική μεμβράνη (φίλτρο) από περιοχή υψηλότερης ωσμωτικής πίεσης (μη επεξεργασμένο νερό) σε περιοχή χαμηλότερης ωσμωτικής πίεσης (επεξεργασμένο νερό,) για την καλλίτερη απόδοση της μεθόδου συνιστάται η αποσκλήρυνση του νερού πριν και ο απιονισμός μετά την αντίστροφη ώσμωση.

Αίθουσα αιμοκάθαρσης

Εδώ γίνονται οι συνεδρίες των ασθενών, είναι μια μεγάλη αίθουσα στο κέντρο της οποίας βρίσκεται ο «σταθμός» των νοσηλευτών και οι πολυθρόνες των ασθενών που είναι διατεταγμένες ημικυκλικά ή σε σχήμα Π, έτσι ώστε η παρακολούθηση όλων των ασθενών να γίνεται εύκολα.

Ασθενείς με θετικό αντιγόνο ηπατίτιδας (HbsAg+) υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση σε ξεχωριστή μικρότερη αίθουσα, η οποία διαθέτει δικές της πολυθρόνες και μηχανήματα αιμοκάθαρσης και δικό της καρότσι νοσηλείας, οι δύο αίθουσες χωρίζονται με μεγάλο συρόμενο παράθυρο έτσι ώστε να υπάρχει οπτική επαφή από το σταθμό των νοσηλευτών. Αν και απαιτείται ξεχωριστός νοσηλευτής και «σταθμός νοσηλεύτη», στην περίπτωσή μας δεν υπάρχει.

Η πολυθρόνα νοσηλείας μαζί με το μηχάνημα αιμοκάθαρσης απαιτεί χώρο εμβαδού 8-9 τμ, ανάμεσα στις πολυθρόνες πρέπει να υπάρχει απόσταση δύο τουλάχιστον μέτρων για την τοποθέτηση παραβάν και την άμεση και απρόσκοπτη προσέγγιση διαφόρων συσκευών (ηλεκτροκαρδιογράφος, απινιδωτής κ.ά.), καθώς επίσης και για να διασφαλίζεται η άνετη κυκλοφορία των νοσηλευτών γύρω από τον ασθενή ώστε να μπορεί να διενεργεί άνετα τους απαραίτητους χειρισμούς και με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια χωρίς να περιορίζεται η κίνηση του από τη χωρητικότητα.

Οι πολυθρόνες μπορούν να διαθέτουν δικό τους φωτισμό (όχι απαραίτητα) και μηχανισμό για την άμεση μεταβολή της θέσης τους οριζόντια ή Trendemburg (υποτασικά άτομα), κάποιες από τις πολυθρόνες διαθέτουν ζυγό για τους ασθενείς που δεν είναι περιπατητικοί και δεν μπορούν να ζυγιστούν σε όρθια θέση, σε κάθε θέση προβλέπεται παροχή οξυγόνου και προχέτευσης.

Η αίθουσα αιμοκάθαρσης πρέπει να φωτίζεται και να αερίζεται καλά τόσο με φυσικό όσο και τεχνητό τρόπο και να διαθέτει σύστημα κλιματισμού, απαραίτητοι είναι οι νιπτήρες τύπου χειρουργείου σε κατάλληλες θέσεις, εδώ στις δυο άκρες της αίθουσας.

Οι τοίχοι, η οροφή, και το πάτωμα είναι καλυμμένα με κατάλληλο υλικό (π.χ. εδώ δάπεδο λινόλεουμ), ώστε να καθαρίζονται και να απολυμαίνονται εύκολα. Προβλέπεται σύστημα ψυχαγωγίας ασθενών, με τηλεόραση ανά δύο πολυθρόνες και ατομικά ακουστικά για λόγους αποφυγής ηχορύπανσης, εδώ χωρίς ακουστικά μόνο εικόνα από την τηλεόραση, κάθε ασθενής έχει μπροστά του το ατομικό του τραπέζακι για να μπορεί να γευματίζει. Μέσα στην αίθουσα υπάρχει ένα ειδικό καρότσι τρίλερ εκτάκτων αναγκών με τα απαραίτητα υλικά και φάρμακα για

πρώτες βοήθειες και για έκτακτες περιπτώσεις όπως αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής.

Όταν η μονάδα δεν διαθέτει ξεχωριστή ιματιοθήκη, όπως εδώ, το ρόλο αυτό αναλαμβάνει μια μεγάλη ντουλάπα με ράφια που βρίσκεται μέσα στην αίθουσα.

Μια ντουλάπα άμεσης πρόσβασης υπάρχει για την παροδική αποθήκευση διαφόρων υλικών όπως φίλτρα και φίστουλες (πάντως καλό είναι να βρίσκονται αυτές οι ντουλάπες μέσα στην αποθήκη υλικού), γεγονός που δε συμβαίνει στην περίπτωση μας.

Τα χρησιμοποιημένα σεντόνια συλλέγονται σε ένα μεγάλο τροχήλατο κάδο μετά τις συνεδρίες των ασθενών και απομακρύνονται αμέσως από την αίθουσα.

Τέλος οι αποχετεύσεις στις οποίες καταλήγει το υγρό αιμοκάθαρσης θα πρέπει να είναι από τέτοιο υλικό που να μη διαβρώνονται.

Διάδρομος

Ο διάδρομος της MTN θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες διαστάσεις και να είναι πάντα ελεύθερος από εμπόδια (όπως φορεία ή καρότσια ασθενών) έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η εύκολη και απρόσκοπτη μετακίνηση και διέλευση των ασθενών, της ομάδας υγείας και των απαιτούμενων υλικών του τμήματος.

1.12 Χώρος μηχανημάτων εφεδρείας

Θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα για χώρο όπου θα τοποθετηθούν εφεδρικά μηχανήματα τα οποία θα είναι έτοιμα προς λειτουργία ανά πάσα στιγμή, πρέπει να είναι ένα για κάθε πέντε μηχανήματα που λειτουργούν, ένα για την ηπατική μονάδα και ένα φορητό μηχάνημα για να μεταφερθεί σε άλλα τμήματα όταν η μετακίνηση του αρρώστου είναι αδύνατη [6].

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (ΜΙΚΡΟΚΛΙΜΑ, ΦΩΤΙΣΜΟΣ, ΑΕΡΙΣΜΟΣ) Κ.Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Την ασφάλεια και υγιεινή των εργαζομένων όπως και την παραγωγικότητα τους επηρεάζουν ορισμένες συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας και άλλοι παράγοντες, όπως:

- ▣ η θερμοκρασία αέρα,
- ▣ η σχετική υγρασία του αέρα
- ▣ η ταχύτητα του αέρα
- ▣ η ποσότητα και η ποιότητα του φωτός,
- ▣ ο θόρυβος
- ▣ το ηλεκτρικό ρεύμα
- ▣ ο χειρισμός επικινδύνων υλικών και μέσων

Μικροκλίμα

Με τον όρο μικροκλίμα εννοούμε την κατάσταση της ατμόσφαιρας σ' ένα ορισμένο (μικρό) χώρο εργασίας, δηλαδή τις κλιματολογικές συνθήκες στο χώρο όπου κινούμαστε και εργαζόμαστε. Οι παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν το μικροκλίμα είναι η θερμοκρασία αέρα, η σχετική υγρασία, η ακτινοβολούμενη θερμότητα, και η ταχύτητα του αέρα.

Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος του χώρου εργασίας έχει άμεση σχέση και αλληλεξάρτηση με τη θερμοκρασία του σώματος του εργαζομένου, με αποτέλεσμα η θερμική καταπόνηση (κρύο ή ζέστη) του εργαζομένου να έχει κατ' επέκταση αντίκτυπο στην απόδοση του αλλά και στη διατήρηση της καλής του υγείας.

Η θερμοκρασία του σώματός μας ανεβαίνει, τόσο από τη μυϊκή προσπάθεια που καταβάλουμε για μια εργασία, όσο και από τη υψηλή θερμοκρασία και σχετική υγρασία αέρα του περιβάλλοντος, αντίθετα η θερμοκρασία του σώματος κατεβαίνει τόσο με την αποβολή θερμότητας κατά την εφίδρωση, όσο και όταν η θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι μικρότερη απ' αυτή του σώματος. Για να έχουμε μια καλή φυσική κατάσταση, να νοιώθουμε υγιείς και να μην πέσει η απόδοσή μας πρέπει να διατηρείται η θερμική ισορροπία του σώματος. Η θερμοκρασία που οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άνετα και που είθισται να ικανοποιείται στους χώρους του νοσοκομείου κυμαίνεται στους 20-24°C κατά τη διάρκεια του χειμώνα και 22-26°C κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.

Οι ενδεικνυόμενες τιμές σχετικής υγρασίας κυμαίνονται μεταξύ 35-70%.

Η ταχύτητα αέρα πρέπει να είναι μεταξύ 0,2 - 0,3 m/s ώστε στο χώρο εργασίας να κυκλοφορεί και να ανανεώνεται ο αέρας διώχνοντας την αποπνικτική ατμόσφαιρα και προσφέροντας συνθήκες ευφορίας.

Τη θερμοκρασία του χώρου και του σώματος επηρεάζουν οι μηχανές και τα αντικείμενα που βρίσκονται στο χώρο εργασίας αν αυτά εκπέμπουν θερμότητα τότε ανεβαίνει η θερμοκρασία του χώρου και αντανακλούν θερμότητα και στους παρευρισκομένους

Οι παραπάνω παράγοντες του μικροκλίματος μπορούν να μετρηθούν με όργανα όπως το υγρόμετρο, το σφαιρικό θερμόμετρο και να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις ώστε να ικανοποιούνται τα κριτήρια που τέθηκαν.

Ο κάθε χώρος πρέπει να διαθέτει παράθυρα τόσο για φυσικό φωτισμό όσο και για εξαερισμό και την ανανέωση του αέρα [7].

Εξαερισμός, ποιότητα εσωτερικού αέρα

Πολλοί χημικοί ρυπογόνοι παράγοντες μπορούν να είναι παρόντες ως μίγματα στον εσωτερικό αέρα. Μερικοί από αυτούς δημιουργούνται σχεδόν αποκλειστικά στο εσωτερικό, ενώ άλλοι μπορούν να εισέλθουν με τον αέρα ειδικά εάν οι περιβαλλοντική ρύπανση είναι υψηλή. Οι κύριοι χημικοί ρυπογόνοι παράγοντες περιλαμβάνουν τα αέρια που παράγονται από τις καύσεις. (NO₂, SO₂, CO). Οι

οργανικές πτητικές ουσίες (VOC) είναι μια κατηγορία που περιλαμβάνει πολυάριθμες ενώσεις όπως αλειφατικούς αρωματικούς και χλωριωμένους υδρογονάνθρακες, αλδεΐδες, αλκοόλες, εστέρες και κετόνες. Οι κύριες πηγές των ουσιών αυτών είναι οι άνθρωποι και οι δραστηριότητές τους, η επίπλωση, τα καθαριστικά υλικά, και μερικές φορές το εξωτερικό περιβάλλον. Η έκθεση του ανθρώπου σ' αυτές τις ουσίες μπορεί να προκαλέσει ποικιλία επιπτώσεων που κυμαίνονται από μια απλή αισθητηριακή διαταραχή μέχρι σοβαρές διαταραχές της υγείας. Η μέριμνα για σχεδιασμό και εφαρμογή ενός σωστού εξαερισμού είναι πολύ σημαντική.

Κλιματισμός

Οι χώροι του νοσοκομείου διαθέτουν σύγχρονο κλιματισμό ο οποίος σχεδιάζεται για να ρυθμίζει τη θερμοκρασία, του αέρα την υγρασία, την ανανέωση του αέρα και την κατακράτηση (φιλτράρισμα) της σκόνης σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε χώρου. Μια μονάδα κλιματισμού που δεν ικανοποιεί τις σχεδιαστικές του λειτουργίες και προδιαγραφές μπορεί να δονείται, να δημιουργεί θόρυβο ή/και να μη συγκρατεί τη σκόνη και τα σωματίδια που αιωρούνται, με αποτέλεσμα μικροβιακή ρύπανση. Τα μικρόβια συγκεντρώνονται μέσα στο κλιματιστικό προκαλώντας επιδημίες, αλλεργίες, τη νόσο των λεγεωνάριων ή τον αποκαλούμενο πυρετό της Δευτέρας, αυτός χαρακτηρίζεται από ένα κοινό κρουστικό που εμφανίζεται τη Δευτέρα και υποχωρεί σταδιακά με το πέρας της εβδομάδας. Η πιο χαρακτηριστική παθολογική κατάσταση που συνδέεται με την ποιότητα του αέρα είναι το σύνδρομο του άρρωστου κτιρίου, χαρακτηρίζεται από διαταραχές των οφθαλμών, της ανώτερης αναπνευστικής οδού (ξηρότητα οφθαλμών και φάρυγγα, ρινική απόφραξη ή ρινορραγία), του δέρματος (ξηρότητα ερεθισμός), νευρικές και αισθητηριακές διαταραχές (υπνηλία πονοκέφαλος διαταραχές στην όσφρηση και γεύση). Τα συμπτώματα είναι ελαφρά και διαρκούν τις περισσότερες φορές λίγο, όμως γίνονται αιτία απουσίας του εργαζόμενου από την εργασία του.

Συμπερασματικά ένα κλιματιστικό πρέπει να είναι κατάλληλου τύπου και μεγέθους για το χώρο στον οποίο θα τοποθετηθεί να έχει μελετηθεί έτσι ώστε να λαμβάνεται υπόψη η συγκέντρωση αερίων ατμών και σκόνης μέσα στο χώρο, να δημιουργεί άνετες εργασιακές συνθήκες. Επίσης θα πρέπει να συντηρείται τακτικά και να διατηρεί τον εξοπλισμό του σε καλή κατάσταση συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημάτων του που ρυθμίζουν την υγρασία.

Φωτισμός

Ο καλός φωτισμός στον εργασιακό χώρο είναι σημαντικός τόσο για την αποφυγή ατυχημάτων όσο και για την υγιεινή των οφθαλμών και την αποφυγή εκνευρισμού. Ο φυσικός φωτισμός συνήθως δεν επαρκεί και η κύρια λειτουργία του

παραθύρου είναι ψυχολογικής φύσεως και για φυσικό εξαερισμό, ο τεχνητός φωτισμός επομένως αποτελεί την κύρια πηγή φωτεινότητας ενός χώρου για αυτό θα πρέπει να είναι προσεκτικά σχεδιασμένος. Στη MTN καλός φωτισμός, θεωρείται ο γενικός φωτισμός που προέρχεται από την οροφή, για να είναι αποτελεσματικός ο φωτισμός θα πρέπει τα μηχανήματα να έχουν τέτοια τοποθέτηση στην αίθουσα έτσι ώστε:

- ▣ Η πηγή φωτισμού να είναι πίσω από την πλάτη του νοσηλευτή που βρίσκεται για πολλές ώρες μπροστά στο μηχάνημα
- ▣ Να υπάρχει μια ομοιόμορφη κατανομή του φωτισμού
- ▣ Να μην εκπέμπουν θερμότητα
- ▣ Να μην αντανακλάται το φως στις λείες επιφάνειες των μηχανημάτων και κυρίως στην οθόνη ενδείξεων
- ▣ Το χρώμα του φωτός να πλησιάζει όσο το δυνατό σ' αυτό του φυσικού

Η ένταση φωτισμού στη μονάδα τεχνητού νεφρού όπως και στους περισσότερους εργασιακούς χώρους είναι 500-1000 Lux, και μπορεί να επιτευχθεί βάση της σημερινής τεχνικής μέσα σε λογικά όρια ποιότητας και κόστους. Ο φωτισμός μπορεί να διατηρηθεί ευκολότερα στο απαιτούμενο επίπεδο εάν οι λαμπτήρες καθαρίζονται τακτικά, επίσης θα πρέπει να αλλάζονται όλοι οι λαμπτήρες σε τακτά χρονικά διαστήματα που καθορίζονται από το είδος και την ποιότητα των λαμπτήρων και όχι μόνο αυτοί που έχουν καεί, γιατί με την πάροδο του χρόνου, ακόμη κι αν δεν έχουν καεί, παράγουν λιγότερο φως από το αρχικό [5].

Ηλεκτρικό ρεύμα

Η ηλεκτρική ενέργεια είναι η μορφή ενέργειας που κατά κόρον χρησιμοποιείται στις μονάδες υγείας. Τα ηλεκτρικά δίκτυα και η αλόγιστη χρήση τους μπορεί να προκαλέσει ατύχημα ή ακόμα και πυρκαγιά. Αν το άτομο έρθει σε άμεση επαφή με το ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να πάθει ηλεκτροπληξία, αν αυτό δεν διακοπεί άμεσα. Σε περίπτωση ελαττωματικής μόνωσης και βραχυκυκλώματος είναι δυνατόν να αναπτυχθεί έντονη θερμότητα με αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρής πυρκαγιάς, τα ατυχήματα αυτά οφείλονται συνήθως στην κακή συντήρηση ή παράλειψη ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος ασφάλειας ή στην κακή χρήση του και μη συμμόρφωση στους ισχύοντες κανόνες ασφαλείας.

Τα μηχανήματα όπως και οι πολυθρόνες της MTN λειτουργούν με ηλεκτρισμό και για την αποφυγή ατυχήματος από χρήση ηλεκτρικού ρεύματος θα πρέπει [7]:

- ▣ Τα ηλεκτροφόρα καλώδια να είναι καλυμμένα από μονωτικό υλικό το οποίο να ελέγχεται συχνά από την τεχνική υπηρεσία για τυχόν φθορές
- ▣ Να είναι στερεωμένα στον τοίχο και να μη σέρνονται στο δάπεδο
- ▣ Σε περίπτωση μετακίνησης μηχανήματος ή πολυθρόνας να μη πατιούνται τα καλώδια
- ▣ Το κουλούριασμα και το τράβηγμα των καλωδίων μπορεί επίσης να προκαλέσει φθορές στο μονωτικό υλικό με το οποίο καλύπτονται

▣ Να μη χρησιμοποιούνται πρίζες που δεν είναι ασφαλείς και να αποφεύγεται η σύνδεση γυμνών καλωδίων ή άλλη παρόμοια επικίνδυνη ενέργεια.

Διαχείριση επικίνδυνων υλικών και μέσων, λοιμώδεις νόσοι

Για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των επαγγελματιών υγείας και να κρατηθεί όσο το δυνατό σε χαμηλότερο επίπεδο ο κίνδυνος των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων, θα πρέπει να τηρούνται συνεχώς οι διεθνείς κανόνες πρόληψης [1].

Αυτό σημαίνει ότι,

Τα σωματικά υγρά όλων των ασθενών θα πρέπει να θεωρούνται φορείς μικροοργανισμών (Υπουργείο Υγείας, 1998).

- Πρέπει να χρησιμοποιούνται γάντια μιας χρήσης (καθώς και ποδιές και γυαλιά σε μερικές περιπτώσεις) και
- Πρέπει να γίνεται προσεκτικό πλύσιμο των χεριών, πριν και μετά από κάθε νοσηλευτική διαδικασία.
- Πρέπει για τη συλλογή δειγμάτων αίματος, να προτιμούνται κλειστά συστήματα που υπάρχουν στο εμπόριο, όπως για παράδειγμα το Sarstedt «Monovette» και το Becton Dickinson «Vacutainer».

Με αυτά τα συστήματα δεν είναι ανάγκη να τοποθετηθεί το αίμα από τη σύριγγα στο δοκιμαστικό σωληνάριο με κίνδυνο τυχαίου τρυπήματος και πιθανής μόλυνσης, επειδή το σύστημα συλλογής αίματος καλύπτει και τις δύο λειτουργίες.

Η χρήση συριγγών και βελόνων για τη μεταφορά του αίματος στο δοκιμαστικό σωληνάριο θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητη.

Οι οδηγίες απαιτούν τα δείγματα ασθενών, που είναι γνωστό ότι είναι μολυσμένα με HIV, ηπατίτιδα Β ή C ή άλλους μικροοργανισμούς, να τοποθετούνται μέσα σε ειδικές συσκευασίες, που έχουν τις χαρακτηριστικές κίτρινες επιγραφές «μολυσμένο» και να ελέγχονται στο τέλος των δειγμάτων.

Στην ολοκλήρωση της διαδικασίας δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια να επανατοποθετηθεί το καπάκι της βελόνας. Είναι σκόπιμο αμέσως μετά τη χρήση να απορρίπτεται στο ειδικό κουτί αιχμηρών αντικειμένων. Ο τραυματισμός από βελόνα είναι μια περιττή μορφή ατυχήματος.

ΕΡΓΟΝΟΜΙΑ

Εργονομία είναι ο τρόπος μελέτης και σχεδιασμού της εργασίας με σκοπό να οργανωθεί αυτή με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται στις ικανότητες και ανάγκες των ανθρώπων που την εκτελούν [7].

Σήμερα παρότι η χειρονακτική εργασία σε πολλές περιπτώσεις έχει αντικατασταθεί από μηχανές, σε ορισμένους χώρους όπως αυτόν του νοσοκομείου δεν είναι δυνατόν η αντικατάσταση του ανθρώπινου δυναμικού.

Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας επιβαρύνονται με μεγάλο φορτίο, κατά την μετατόπιση του ασθενούς από το κρεβάτι σε μια αναπηρική καρέκλα ή στο φορείο

ή κατά την ανύψωση του ασθενούς στο κρεβάτι και κατά την ανύψωση της πλάτης αυτού ειδικά όταν ο ασθενής δε συνεργάζεται.

Σε ορισμένα τμήματα όπως της MTN και για ορισμένες εργασίες ο νοσηλευτής επιβαρύνεται με χειρονακτική διακίνηση φορτίων.

Στα πλαίσια του εφοδιασμού της αίθουσας με υλικό, μετακινούν στην αποθήκη κιβώτια ορού 12 κιλών προκειμένου να τακτοποιήσουν το ογκώδες υλικό που απαιτείται για τη συνεδρία των ασθενών, στη συνέχεια τοποθετούν το υλικό αυτό στο τροχήλατο τραπέζι, και το μεταφέρουν στην αίθουσα της μονάδας.

Για ορισμένες μεθόδους αιμοκάθαρσης απαιτείται να κρεμαστούν στα στατό των μηχανημάτων ύψους δυο μέτρων τα διαλύματα διανθρακικού νατρίου που το καθένα ζυγίζει πάνω από πέντε κιλά.

Ο νοσηλευτής της MTN κάθε φορά που ένας ασθενής τελειώνει τη συνεδρία του πρέπει να βοηθά τον άρρωστο να σηκωθεί από την πολυθρόνα, αυτό γιατί ο αιμοκαθαρούμενος άρρωστος ακόμα και αυτός που βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση ή έχει μικρή ηλικία μετά από 3-4 ώρες αιμοκάθαρσης αισθάνεται μουδιασμένος και καταβεβλημένος.

Επίσης την ώρα που προετοιμάζει τον άρρωστο για να συνδεθεί με το μηχάνημα ή να αποσυνδεθεί από αυτό η θέση του σώματος του νοσηλευτή είναι άβολη (αναγκάζεται να κάνει κάμψη) λόγω κακής θέσης ύψους της πολυθρόνας (αργεί να ανεβοκατέβει) σ' όλη τη διάρκεια της βάρδιας αναγκάζεται να σκύψει επανειλημμένα είτε για να πλύνει το μηχάνημα αιμοκάθαρσης είτε για να μαζέψει τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου (παπούτσια και μπαστούνια) προκειμένου να τον διευκολύνει.

Οι παραπάνω εργασίες που απαιτούν χειρονακτική διακίνηση φορτίων, αποτελούν κινδύνους για τραυματισμό της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και για πρόκληση μυοσκελετικών παθήσεων. Η οσφυαλγία είναι η πρώτη αιτία αναπηρίας στον πληθυσμό κάτω των 45 ετών, το 20% των εργατικών ατυχημάτων περιλαμβάνουν την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ως αποτέλεσμα της ανύψωσης βαρέων φορτίων που πραγματοποιείται με κακή τεχνική [2].

Το NIOSHI (National Institute of Occupational Safety and Health) των Η.Π.Α. τοποθετεί τις μυοσκελετικές παθήσεις σε δεύτερη θέση μεταξύ των δέκα σημαντικότερων προβλημάτων υγείας στους χώρους εργασίας. Αυτό σημαίνει κακή ποιότητα ζωής για το άτομο που υποφέρει από τέτοιου είδους προβλήματα υγείας. Ως εργαζόμενος πάλι, χαρακτηρίζεται από χαμηλή παραγωγικότητα συχνή αποχή από την εργασία και αλλαγή θέσης εργασίας είτε προσωρινή είτε μόνιμη. Αυτό συνεπάγεται ένα τεράστιο οικονομικό κόστος τόσο για τον ασφαλιστικό φορέα του εργαζόμενου όσο και για την επιχείρηση ή οργανισμό που εργάζεται. Η ευρωπαϊκή ένωση έχει εκδώσει συγκεκριμένη οδηγία (90/269 ΕΟΚ) για τον περιορισμό σε αποδεκτά όρια της χειρονακτικής εργασίας στις παραγωγικές διαδικασίες διακίνησης φορτίων. Στη χώρα μας η οδηγία αυτή έχει εφαρμοσθεί με το Π.Δ. 397/94.

Οι μυοσκελετικές παθήσεις αν και έχουν επισημανθεί σχετικά πρόσφατα, δεν είναι καινούργια νοσολογική οντότητα [3]. Ο πρώτος που κατέγραψε την ύπαρξη τους στο εργασιακό περιβάλλον είναι ο Bernadino Ramazzini, που θεωρείται σήμερα ο θεμελιωτής της Ιατρικής της εργασίας. Στο κλασικό έργο του “Οι ασθένειες των εργατών” ο Ramazzini παρατηρώντας τους εργασιακούς χώρους, συζητώντας με τους εργάτες και συσχετίζοντας τη συμπτωματολογία που παρουσίαζαν με την έκθεση τους σε διάφορους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος, προσδιόρισε με σαφήνεια τη σχέση μεταξύ του τρόπου που οι ασθενείς του χρησιμοποιούσαν το σώμα τους κατά την εργασία και των συμπτωμάτων που παρουσίαζαν.

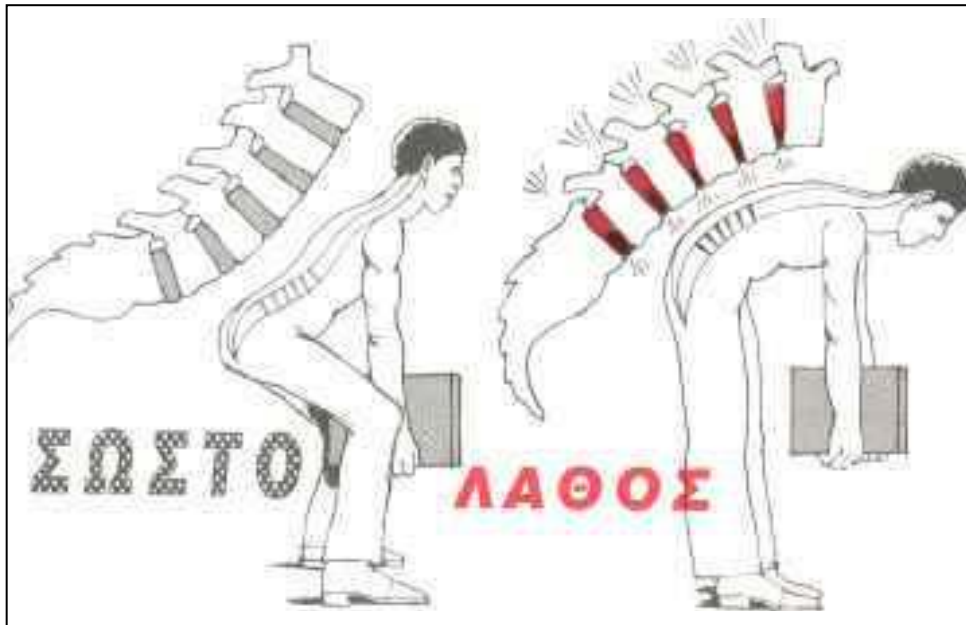
“Κατά τη γνώμη μου” γράφει ο Ramazzini το 1713, “δύο είναι οι αιτίες που προκαλούν τις ποικίλες και σοβαρές ασθένειες των εργατών...Η πρώτη και σοβαρότερη αιτία αφορά τις ιδιότητες των χρησιμοποιούμενων ουσιών...Η δεύτερη αφορά εκείνες τις βίαιες κινήσεις και τις αφύσικες ενέργειες που προκαλούν ανωμαλίες στη δομή του σώματος, τέτοιες που με τον καιρό επέρχονται σοβαρές ασθένειες.” Ο Ramazzini κατέγραψε με ακρίβεια τις πιθανές αιτίες και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες από την έκθεση σε χημικές ουσίες, τοξίνες, στρεσογόνα καθήκοντα ή επίπονες στάσεις εργασίας. Ήδη στις αρχές του 18ου αι. προσδιόρισε ότι “παρατεταμένη καθιστική εργασία”, “ακατάπαυστη κίνηση του χεριού”, “ένταση/κούραση του μυαλού”, καθώς και “βίαιες και άτακτες κινήσεις” ήταν παράγοντες καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη μυοσκελετικών παθήσεων.

Στα νοσοκομεία σημαντικό ρόλο για την αποφυγή, όσο είναι δυνατόν, τέτοιου είδους παθήσεων παίζει τόσο η δομή και η οργάνωσή της εργασίας, όσο και η κατάρτιση του εργαζόμενου. Θα πρέπει κοντά στην κεντρική αποθήκη του νοσοκομείου να βρίσκεται ανελκυστήρας μεγάλης χωρητικότητας και να είναι προσιτός σ’ όλους τους χώρους του νοσοκομείου, η αποθήκη να είναι ευρύχωρη με το διάδρομο ελεύθερο από εμπόδια και όχι να είναι στοιβαγμένα τα υλικά με τέτοιο τρόπο που να εμποδίζουν τη διακίνηση τους ή να κινδυνεύουν να πέσουν. Να υπάρχουν κατάλληλοι ελεύθεροι χώροι για τη μετακίνηση των ασθενών. Το δάπεδο να είναι επίπεδο χωρίς ανωμαλίες για την εύκολη διέλευση φορείων, τροχήλατων, καροτσιών κλπ. Τα κρεβάτια (όπως και οι πολυθρόνες στη MTN) να μπορούν να ρυθμίζονται κατά ύψος με μηχανισμούς, αποφεύγοντας έτσι τα χαμηλά κρεβάτια τα οποία αναγκάζουν τους εργαζόμενους σε κάμψη του σώματος.

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται [2, 7] για:

- ▣ το σωστό τρόπο ανύψωσης και μετακίνησης ασθενών,
- ▣ τη χρήση υποδημάτων με σταθερό πάτημα στο δάπεδο (να είναι αντιολισθητικά και ανατομικά για την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση της ορθοστασίας), κατά τη μετακίνηση βαρέων αντικειμένων είναι καλύτερα να ωθούν από το να τραβούν, κατά την ανύψωση φορτίων από το δάπεδο, εικόνα 3, πρέπει οι πατούσες να βρίσκονται σε απόσταση μεταξύ τους και το σώμα σε σωστή

ισοροπία, για την ανύψωση φορτίου. Ο κανόνας λέει: «ρίξτε τους ώμους προς τα πίσω, κάμψτε την πλάτη σας και λυγίστε τα γόνατά σας κρατήστε το φορτίο όσο πιο κοντά στο στήθος και μετά ισιώστε τα πόδια σας για να σηκώσετε το βάρος ενώ διατηρείτε ίσια την πλάτη σας», όπου είναι δυνατόν το φορτίο να κρατιέται με τα δυο χέρια και κοντά στο σώμα κατά την ανύψωση του φορτίου πρέπει να αποφεύγεται η περιστροφή του σώματος και η κάμψη της σπονδυλικής στήλης.



Εικόνα 3. Τρόπος άρσης βάρους.

Οι εργαζόμενοι πρέπει να ενημερώνονται για τους πιθανούς κινδύνους του μυοσκελετικού συστήματος, για την πρόληψη αυτών πρέπει να εντοπίζονται οι αιτίες που τις προκαλούν και να γίνονται διορθωτικές παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τους γενικούς κανόνες σχεδιασμού αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εργαζομένων (φυσικά και ψυχολογικά) και του αντικειμένου με το οποίο απασχολούνται.

Προληπτικά τα αποδεκτά από τους εργαζόμενους βάρη και η επιβάρυνση που προκαλούν μπορούν να μετρηθούν υπό ελεγχόμενες συνθήκες και με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνονται από τους εργαζόμενους, να κατασκευαστούν κλίμακες, εργαλεία μέτρησης της ψυχοφυσικής επιβάρυνσης του εργαζόμενου. Οι κλίμακες Borg είναι τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα «εργαλεία» [5], επιπλέον πρέπει να πραγματοποιείται λεπτομερής έλεγχος της σπονδυλικής στήλης με κλινική εξέταση και όπου κρίνεται απαραίτητο με ακτινολογική για την εκτίμηση της καταλληλότητας του εργαζόμενου για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να εξετάζονται περιοδικά για την πρώιμη διάγνωση των βλαβών της υγείας τους που συνδέονται με την εργασία για την αποτροπή

περαιτέρω επιδείνωσης της υγείας τους καθώς και για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής για την κινητική τους αποκατάσταση.

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ (ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ)

Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να λαμβάνουν φροντίδα από νοσηλευτές ικανούς και γνώστες όλων των πλευρών της θεραπείας με αιμοκάθαρση [1]. Ο νοσηλευτής είναι ο πιο στενός παρατηρητής του ασθενή. Με τις γνώσεις του, τη εμπειρία του και την επαγγελματική του κατάρτιση αξιολογεί τον ασθενή. Αυτή η αξιολόγηση περιλαμβάνει συζήτηση ανησυχιών πριν τη συνεδρία του ασθενή γενικά ή γύρω από την τελευταία συνεδρία, ανάγνωση του διαγράμματος της προηγούμενης ΑΚ και ερώτηση για οποιαδήποτε προβλήματα που υπήρξαν στο μεσοδιάστημα. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, των υγρών και η κλινική αξιολόγηση συμβάλλουν στη σωστή αξιολόγηση του ξηρού (ιδανικού) βάρους του ασθενή. Πριν από κάθε φλεβοκέντηση γίνεται λεπτομερής φυσική εξέταση της φίστουλας (αρτηριοφλεβικής) για να εντοπιστούν πιθανά σημεία οιδήματος ή λοίμωξης. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη αιματικής ροής στη φίστουλα με την παρουσία «ρίζου». Ευθύνη του νοσηλευτή είναι: η διατήρηση της διαβατότητας του καθετήρα, η εκπαίδευση του ασθενή, η πρόληψη λοίμωξης και η πρώιμη παρέμβαση όταν υπάρξει λοίμωξη. Οι δεξιότητες επομένως που απαιτούνται για την παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με ΑΚ δεν μπορούν να μετρηθούν μόνο από την ικανότητα του νοσηλευτή να στήσει και να χρησιμοποιήσει το μηχάνημα αιμοκάθαρσης ή με την ικανότητα να τρυπήσει τον ασθενή για πρώτη φορά. Ο νοσηλευτής της MTN θα πρέπει συνεχώς να αυξάνει τις γνώσεις του για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματός του. Στόχος του είναι να πετύχει ένα συνδυασμό δεξιοτήτων, γνώσεων και συμπεριφορών που οδηγούν σε εφαρμογή εξειδικευμένης και υψηλής ποιότητας φροντίδας.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗ MTN

Το νοσοκομείο μπορεί να χαρακτηριστεί «βαριά βιομηχανία» με τους εργαζόμενους στον υγειονομικό τομέα να είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Οι κίνδυνοι αυτοί αποτελούν απειλή για την υγεία και ασφάλεια τους στην εργασία, αφού οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας θέτουν ως πρωταρχικό μέλημά τους τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών τους πολλές φορές σε βάρος της δικής τους υγείας. Το εργασιακό στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου δεν είναι μόνο ένας από τους πιο συχνούς και αυξανόμενους στις μέρες μας κινδύνους αλλά συγχρόνως ένας από τους πιο δύσκολα αναγνωρίσιμους. Και αυτό γιατί οι αιτιολογικοί παράγοντες του στρες είναι συνάρτηση της κοινωνικοπολιτισμικής κουλτούρας της κάθε χώρας, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε

επαγγέλματος, των ιδιαίτερων εργασιακών συνθηκών του κάθε επαγγελματικού χώρου και των ιδιοσυγκρασιών του κάθε ατόμου [4].

Με τον όρο στρες εννοούμε μια κατάσταση που δημιουργεί ψυχοσωματική αντίδραση του οργανισμού. Το στρες βέβαια μπορεί ως ένα βαθμό να είναι θετικό εάν είναι μικρό σε ένταση και διάρκεια. Έτσι ωθεί το άτομο να είναι ενεργητικό δημιουργικό και παραγωγικό απαντώντας στις προκλήσεις και τα νέα δεδομένα της ζωής. Το αρνητικό όμως στρες μπλοκάρει τον οργανισμό και διαταράσσει την αρμονία και ισορροπία του πνεύματος και του σώματος.

Το περιβάλλον εργασίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές χρόνιου στρες. Το εργασιακό στρες έχει οριστεί ως το στρες που οφείλεται στην εργασία και παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης και έχει υποκειμενική μορφή καθώς τα ίδια δεδομένα για άλλους αποτελούν πηγή στρες ενώ για άλλους όχι.

Το στρες αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που αφορά στο εργασιακό περιβάλλον. Υπολογίζεται ότι το 20% (ένας στους πέντε περίπου) των εργαζομένων στην ΕΕ βιώνει εργασιακό στρες. Το στρες οδηγεί το άτομο σε μειωμένη παραγωγικότητα είτε λόγω απουσιασμού από την εργασία είτε λόγω συναισθηματικής δυσφορίας. Ακόμα μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η κατανάλωση αλκοόλ ή καπνίσματος, ανεπαρκούς ύπνου, παράληψης γευμάτων, απουσία άσκησης κ.ά. Εκτός αυτού μία χρόνια στρεσογόνα κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση ασθένειας ή στην επιδείνωση ήδη υπάρχουσας (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα) ή ακόμα και σε εργατικό ατύχημα [4]. Οι επτά κύριες πηγές στρες που έχουν αναγνωριστεί στο επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι:

- ▣ επαφή με το θάνατο,
- ▣ διαμάχες με τους γιατρούς,
- ▣ έλλειψη υποστήριξης,
- ▣ ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς,
- ▣ διαμάχες με τους συναδέλφους,
- ▣ αυξημένος φόρτος εργασίας,
- ▣ αβεβαιότητα σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών.

Το στρες έχει επιπτώσεις και στη σωματική υγεία λόγω αύξησης των ορμονών του στρες και της αλλαγής συμπεριφοράς υγείας. Χωρίζονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες περιπτώσεις περιλαμβάνονται προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, μυϊκοί σπασμοί, ταχυπαλμίες, πονοκέφαλος, δερματικά εξανθήματα, αύξηση των διαταραχών του ύπνου, δύσπνοια, εφιδρώσεις, μια γενική μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και κόπωση. Η έκθεση του ατόμου σε συνεχές έντονο στρες μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση και έλκη γαστρεντερικού

συστήματος, ενώ κάποιοι ψυχολόγοι που έχουν δείξει αυξημένο ενδιαφέρον στο ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στη δημιουργία ασθένειας, υποστηρίζουν τη συσχέτιση του εργασιακού στρες με τον καρκίνο και τη στεφανιαία νόσο.

Αξίζει να κάνουμε ιδιαίτερη αναφορά στο εργασιακό στρες των νοσηλευτών στη MTN γιατί η φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νεφρολογική ανεπάρκεια, είναι ένας ιδιαίτερα εξειδικευμένος τομέας της νοσηλευτικής, με ιδιαίτερες απαιτήσεις, ικανοποιήσεις, αλλά και μοναδικό άγχος, δεν υπάρχει άλλος χώρος στην νοσοκομειακή νοσηλευτική που να περιλαμβάνει τόσο άμεση σχέση με τους ασθενείς για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα. Η υψηλή τεχνολογία ίσως φαίνεται ότι υπερισχύει αλλά παρά την εξάρτηση του ασθενή από ένα πολύπλοκο τεχνικό σύστημα διατήρησης της ζωής, δημιουργείται μια ποιότητα στις σχέσεις του ασθενή με την επαγγελματική ομάδα που καθορίζει την επιτυχία της όλης διαδικασίας. Οι κλινικές δεξιότητες δεν αρκούν για να δώσουν στον αιμοκαθαιρόμενο ασθενή την ευκαιρία να ζήσει όσο το δυνατόν καλύτερα. Η δέσμευση τόσο του ασθενή όσο και της ομάδας υγείας όπως είναι φυσικό είναι ισόβια. Ως αποτέλεσμα, είναι μια ασυνήθιστα στενή σχέση με ότι αυτό συνεπάγεται. Με όλα τα θετικά και αρνητικά της σχέσης αυτής. Οι νοσηλευτές σε νεφρολογικές μονάδες έχουν κοινή την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια διευρυμένη οικογένεια, χωρίς βέβαια να λείπουν διαφωνίες, αγχογόνες καταστάσεις και προβληματισμοί.

Το προσωπικό όσο και οι ασθενείς χρειάζονται στήριξη και πολλές μονάδες του εξωτερικού το αναγνωρίζουν και έχουν καλά συστήματα ψυχολογικής στήριξης επίσημα και μη. Είναι αδύνατον για τους νοσηλευτές της MTN να αποφύγουν ένα βαθμό προσωπικής ανάμειξης, είναι αδύνατη η τέλεια αποστασιοποίηση από τους ασθενείς με τους οποίους μοιράζονται για μήνες χρόνια ή και δεκαετίες τη μάχη για τη διατήρηση στη ζωή. Το προσωπικό της MTN δεν μπορεί παρά να θαυμάσει το κουράγιο των ασθενών και των συντρόφων / συζύγων, να τους συμμερίζεται και να αγχώνεται για αυτούς, να νοιώθει οργή και την υπομονή του να τελειώνει, να νοιώθει λύπη όταν χάνονται μάχες και μεγάλη χαρά όταν κερδίζονται. Για να κατανοήσουμε όμως όλα τα παραπάνω θα πρέπει να αναλύσουμε λίγο την ποιότητα ζωής αλλά και την ψυχολογική κατάσταση αυτών των ανθρώπων.

Οι νεφροπαθείς που γνωρίζουν την ασθένεια τους και την παρακολουθούν για πολύ καιρό ή και για χρόνια προετοιμάζονται όλο αυτό το διάστημα για την τελικού σταδίου νόσο και για το γεγονός της αιμοκάθαρσης, γι' αυτούς είναι πιο εύκολο να προσαρμοστούν σ' αυτή την ιδέα παρά αυτοί οι ασθενείς που παρουσίασαν *αδιάγνωστη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ)*. Οι νεότεροι δε ασθενείς αποδέχονται δυσκολότερα τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης απ' ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς γιατί αυτοί πρέπει να κάνουν διακοπή του σχεδίου ζωής, των προοπτικών καριέρας, γάμου και απόκτησης παιδιών. Μαζί βέβαια με τους ασθενείς αλλάζει και η ζωή ολόκληρης της οικογένειας. Γι' αυτόν το λόγο το κομμάτι της προετοιμασίας τόσο

του ασθενούς όσο και της οικογένειας είναι πολύ σημαντικό. Καλό θα ήταν να υπάρχει καταρτισμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας που μέσα από συνεδρίες - συζητήσεις θα τους ενημέρωναν για:

- τη σημασία και το σκοπό των φαρμάκων και της δίαιτας
- τον τύπο προσπέλασης (επιλογή θεραπείας)
- τα επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα που θα προκύψουν λόγω κόστους της θεραπείας αλλά και της χρονοβόρου διαδικασίας
- τα προβλήματα που προκύπτουν στο σπίτι λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες θεραπείας
- την αλλαγή ρόλων μέσα στη σχέση και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- τις δυσκολίες στις σεξουαλικές σχέσεις
- τις επιδράσεις της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου στις διακοπές τους και γενικότερα στην κοινωνική τους ζωή.

Οι ασθενείς μετά τη διάγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας περνούν από μια σειρά ψυχολογικών φάσεων όπως, αρχικά του σοκ και του μουδιάσματος, ακολουθούμενη από την άρνηση, τη στέρση, τη θλίψη και το θυμό, πριν φτάσουν τέλος στο επίπεδο της αποδοχής.

Η *αιμοκάθαρση* (ΑΚ) δεν είναι δυνατόν να κάνει τον πάσχοντα να νιώσει εντελώς καλά. Κόπωση, έλλειψη ενέργειας και ενθουσιασμού για τη ζωή, ευερεθιστότητα, έλλειψη ύπνου και ελαφρά κατάθλιψη κάνουν τη ζωή με ΑΚ δύσκολη κυρίως για αυτούς που περίμεναν να νιώσουν «απίστευτα καλύτερα». Ένας τέτοιος άρρωστος και την ώρα της συνεδρίας μπορεί να είναι κακόκεφος, ευέξαπτος ή ακόμα και μη συνεργάσιμος. Ειδικά αν υπάρξει κάποια καθυστέρηση στην προετοιμασία του μηχανήματος ή δυσκολία κατά την προσπέλαση της φίστουλας.

Η αδυναμία αποβολής των υγρών από τον οργανισμό των νεφροπαθών, τους φέρνει την ημέρα της συνεδρίας ΑΚ με κάποια περίσσεια στο βάρος τους, η οποία θα πρέπει να αφαιρεθεί κατά τη διαδικασία της ΑΚ. Η δυνατότητα της αφαίρεσης βάρους (μέσω των υγρών κατά την ΑΚ) δεν είναι απεριόριστη και έτσι θα πρέπει να αφαιρείται κάθε φορά και λίγο από το επιπλέον βάρος, ούτως ώστε να μην παθαίνουν κράμπες κατά τη συνεδρία. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημείο τριβής και ψυχολογικής έντασης μεταξύ αρρώστου και νοσηλεύτη. Εάν πάλι το επιπλέον βάρος ανάμεσα στις συνεδρίες (με υπαιτιότητα του ασθενή) είναι πολύ περισσότερο από αυτό που μπορεί να αφαιρεθεί σε κάθε συνεδρία, τότε μένει κάποιο βάρος υγρών που δεν αφαιρείται και έτσι από συνεδρία σε συνεδρία σωρεύεται το βάρος και είναι αδύνατον να απομακρυνθεί. Η προσπάθεια του ασθενή να κρατήσει σε ισορροπία το βάρος του έχει πολύ μεγάλη σημασία, και θα το καταφέρει προσέχοντας τη διατροφή του (στερεά και περισσότερο υγρά). Στην προσπάθεια αυτή προσπαθεί να σταθεί αρωγός ο νοσηλεύτης, με την καθημερινή νουθεσία και υπενθύμιση για την προσεκτικότερη πρόσληψη υγρών γεγονός που τους φέρνει αντιμέτωπους με μια αρνητική στάση από τη μεριά του ασθενούς να υπακούσει και να συμμορφωθεί προς την παραίνεση του νοσηλεύτη για τη διατήρηση του βάρους του (κυρίως όσο αφορά την πρόσληψη υγρών). Οι

κράμπες και οι διαμάχες για το προσλαμβανόμενο βάρος ανάμεσα στις συνεδρίες είναι συχνές.

Οι αλλαγές στο πρόγραμμα των συνεδριών λόγω εκτάκτων περιστατικών ή ακόμα και η χρήση άλλου μηχανήματος απ' αυτό που είχαν συνηθίσει τους προκαλεί εκνευρισμό και γίνεται αιτία για ένταση και φασαρία.

Η διαδικασία της ΑΚ πρέπει να γίνεται με έναν καθιερωμένο «ιεροτελεστικό» τρόπο. Ακόμα και η αυτοκόλλητη ταινία που χρησιμοποιείται για τη στερέωση της φίστουλας και των γραμμών πρέπει να γίνεται πάντα με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να γνωρίζει πως προτιμά ο ασθενής το σεντόνι (μονό ή διπλό, λεπτό ή χοντρό) με το οποίο θα τον σκεπάσει.

Η παρουσία στη μονάδα ενός καινούργιου εκπαιδευόμενου νοσηλευτή αντιμετωπίζεται με καχυποψία και παίρνει πολύ καιρό στους ασθενείς, για να εξοικειωθούν μαζί του και να τον εμπιστευτούν.

Για οτιδήποτε συμβεί στη διαδικασία της ΑΚ ο ασθενής θεωρεί υπεύθυνο και κατηγορεί το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το βάρος των αρνητικών συναισθημάτων του κάθε ασθενούς επωμίζεται και η οικογένεια του η οποία δίνει τη δική της μάχη. Οι άνθρωποι του στενού οικογενειακού του περιβάλλοντος, πολλές φορές φορτισμένοι και κουρασμένοι ψυχολογικά εκτονώνουν όλη την ένταση της κατάστασης ξεσπώντας στους νοσηλευτές. Πολλές φορές με την παρεμβατική τους στάση και τις απαιτήσεις τους δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο το έργο του νοσηλευτή.

Ιδιαίτερα σε μια μικρή επαρχιακή μονάδα, όπως εδώ με μικρό αριθμό νοσηλευτών και ασθενών οι σχέσεις ξεπερνούν τα όρια επαγγελματισμού. Οι άνθρωποι αυτοί συναντιούνται τρεις φορές την εβδομάδα επί τρεις με τέσσερις συνήθως ώρες για ένα πολύ μεγάλο διάστημα από λίγους μήνες μέχρι και χρόνια. Όλοι γνωρίζουν το οικογενειακό περιβάλλον όλων, τα προβλήματα τους, τις ανησυχίες τους, την καθημερινότητα τους. Ο ένας συμπάσχει με τον πόνο του άλλου και συμμετέχει στις χαρές του. Νοσηλευτές και ασθενείς γίνονται μια μεγάλη παρέα μέσα στην αίθουσα τεχνητού νεφρού όπου σχολιάζουν, καλαμπουρίζουν, σατιρίζουν πρόσωπα και καταστάσεις αλλά και διαφωνούν και διαπληκτίζονται έντονα πολλές φορές.

Δε λείπουν όμως και τα δυσάρεστα, κάποια στιγμή έρχεται το μοιραίο στον διπλανό ή στον απέναντι ασθενή και όλοι παγώνουν από θλίψη. Όλοι αναρωτιούνται αν θα είναι αυτοί τα επόμενα θύματα.

Τα άτομα που έχουν μια θανατηφόρα νόσο όπως η νεφρική ανεπάρκεια ζουν στην κόψη του ξυραφιού, με τη δαμόκλεια σπάθη πάνω από το κεφάλι τους και διατηρούνται στη ζωή από ένα μηχάνημα. Αυτοί οι άρρωστοι έχουν την τύχη και την ατυχία να γνωρίζουν περισσότερο από όλους πόσο εύθραυστη είναι η ζωή και πόσο πρόωρα μπορεί να πεθάνουν. Η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη και δυσάρεστη.

Οι νοσηλευτές τεχνητού νεφρού βρίσκονται σ' έναν εργασιακό χώρο με μεγάλο στρες, με μεγάλη χρήση μηχανημάτων και μακροχρόνια επαφή με τους ίδιους

αρρώστους. Δεν είναι σε θέση «να θεραπεύσουν» τους ασθενείς και για αυτό το λόγο έχουν συγκεκριμένους στόχους παίρνοντας ικανοποίηση από την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας αιμοκάθαρσης. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν έναν ή αρκετούς ασθενείς μη συνεργάσιμους που εν γνώσει τους αρνούνται να τους προσφέρουν αυτή την ικανοποίηση, βρίσκονται σε κίνδυνο να εμπλακούν σε μια προσωπική μάχη που μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, θυμό, κόπωση και απογοήτευση, αρνητικά μεν συναισθήματα, δικαιολογημένα δε, αφού κάθε ασθενής θεωρείται προσωπική σταυροφορία του νοσηλευτή, ο οποίος κοπιάζει πάντα για το καλό του ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για τη μονάδα τεχνητού νεφρού του νοσοκομείου Διδυμοτείχου και υπό το βλέμμα της υποκειμενικής εμπειρική παρατήρησης, μπορούμε να πούμε ότι, σε γενικές γραμμές, πληρούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την υγιεινή και ασφάλεια του προσωπικού.

Ειδικότερα, ως προς τη χωροταξία υπάρχουν οι χώροι που προβλέπονται χωρίς ιδιαίτερες παραχωρήσεις ή ελλείψεις, θα μπορούσε ίσως να βελτιωθεί η διαχείριση και αποθήκευση ορών και άλλων ογκωδών υλικών και να υπάρξει μέριμνα για ξεχωριστό χώρο φύλαξης εφεδρικών μηχανημάτων,

Ως προς το μικροκλίμα και άλλους παράγοντες, κρίνονται ικανοποιητικοί, με δυνατότητα βελτίωσης τη δημιουργία μια υπηρεσίας - διαδικασίας τακτικού ελέγχου και μετρήσεων των συνθηκών της ατμόσφαιρας και της καλής λειτουργίας του κλιματιστικού συστήματος

Ως προς την εργονομία, ο σχεδιασμός γενικά των εργαλείων και μέσων που απαιτούνται για την αιμοκάθαρση είναι σωστός και διευκολύνει την εκτέλεση των εργασιών από το προσωπικό, βελτιώσεις θα μπορούσαν να γίνουν στην αργή μετακίνηση θέσης ως προς το ύψος της πολυθρόνας, που αναγκάζουν σε κάμψη το προσωπικό που φροντίζει τον ασθενή

Ως προς τον άξονα ανθρώπινος παράγοντας, αποτελεί έναν άξονα που έχει μεγάλη σημασία και επιβαρύνει πάρα πολύ την ψυχολογία του προσωπικού, η δυσκολία όμως να μετρηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν αλλά και η μη δέουσα προσοχή και σημασία καθιστούν υποδεέστερο τον παράγοντα ψυχολογία ενώ θα έπρεπε να δοθεί η απαραίτητη προσοχή και προς αυτή τη κατεύθυνση να αναπτυχθούν κριτήρια και μεγέθη που θα μπορούσαν να μετρήσουν την ψυχολογική φόρτιση και τις επιδράσεις της και στη συνέχεια θα μπορούσαν να βοηθήσουν να μειωθεί, με την κατάλληλη «εκπαίδευση» προσωπικού και ασθενών.

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία και η προσεκτική υποκειμενική εμπειρική παρατήρηση καταδεικνύουν τους άξονες και τους παράγοντες εκείνους που θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε ένα ερωτηματολόγιο μιας πιο επισταμένης έρευνας που θα πρέπει να γίνει για την τεκμηρίωση των παραπάνω ή και την ανάδειξη άλλων πτυχών επί του θέματος.

Να υιοθετηθεί και να λειτουργήσει ένα δυναμικό Σύστημα πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντί της Κλινικής διαχείρισης MTN, που ορίζεται ως το πλαίσιο εργασίας με βάση το οποίο οι οργανισμοί του *Εθνικού Συστήματος Υγείας* (ΕΣΥ) λογοδοτούν για τη συνεχώς βελτιωμένη ποιότητα των υπηρεσιών τους και για την τήρηση υψηλών προτύπων φροντίδας με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ανθεί η κλινική φροντίδα. Κεντρικό ρόλο σ' αυτή την πρωτοβουλία παίζουν η κατανόηση ότι όλοι στην κλινική φροντίδα είναι υπεύθυνοι για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Να αναπτυχθούν κριτήρια και μεγέθη που θα μπορούσαν να μετρήσουν την ψυχολογική φόρτιση και τις επιδράσεις της και στη συνέχεια θα μπορούσαν να βοηθήσουν να μειωθεί η ελλιπής κατάρτιση και να αναπτυχθούν οι δεξιότητες των νοσηλευτών για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων της MTN.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Nicola Thomas**, Νεφρολογική Νοσηλευτική, μετάφραση **Θεοδώρα Καυκιά**, *University Studio Press*, Θεσσαλονίκη 2003
2. **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**, Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του Νοσοκομείου, πρακτικά 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα Οικονομικά και τις πολιτικές Υγείας, 14-15 Δεκεμβρίου 2005
3. **Λώμη Κωνσταντίνα**, Εργονομία, μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία. Κέντρο ασφάλειας της εργασίας ΕΛΙΝΥΑΕ
4. **Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι. και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης**, «Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική και σωματική υγεία» (έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό) Διπλωματική, Αλεξανδρούπολη 2010.
5. **Σιχλιτίδης Λάζαρος**, Ιατρική της εργασίας (αναθεωρημένη έκδοση), *University Studio Press*, Θεσσαλονίκη 2002
6. **Σόμπολος Ι. Κώστας**, Χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *University Studio Press*, Θεσσαλονίκη 1984.
7. **Υπουργείο Εργασίας**, Υγιεινή και Ασφάλεια στους χώρους εργασίας Ευρωπαϊκό έτος 1992, από μετάφραση του *Safety and Health Work*

HEALTH AND SAFETY IN HAEMODIALYSIS UNIT

Efthymia Boutzika and T.C. Constantinidis

Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace.

Abstract: Any one workplace in order to be functional, should meet some conditions/requirements determined by the specific target, which is set by the management and the employees. This need, becomes more necessary in places related with health, because in this case the goal is the commodity of life itself. The function of a place related to health, should ensure the best treatment for the patients and at the same time should ensure a healthy and safety environment for the employees. More specifically, in an Haemodialysis Unit (HU) of any hospital or clinic, specific standards for the spatial organization, the environmental factors, the ergonomics and the training of employees should be followed every time. Regarding the spatial organization of HU is necessary measures to be taken for the design of all the rooms, including the lobby, the changing room, the preparation room, the chief's office and the nurse's room. Also, it is required specific planning for the storage of material, the doctor's office, the laboratory analysis workplace, the place in which the filtered water is stored, the dialysis unit room, the aisles and the room with auxiliary stand-by machines. Furthermore, the proper function of an HU assured by the regulation of the environmental factors, such as microclimate, the air quality, the air conditioning machines, the lighting, the electrical supply and the protection from this and the correct management of infectious materials. Also, regarding the ergonomics, it is recommended that suitable measures for the movement of patients and for the manual handling of heavy objects should be taken, in order musculoskeletal disorders in the staff members not to be developed. Finally, two important factors for the correct function of an HU is first, the psychological support of the employees, avoiding the stress of work and second, the education about practical techniques and about the emotional support to their patients. In our study case about HU of Didymoteicho's Hospital we find that, it meets the standards necessary spatial organization, potential for improvement might exist as to the mitigating factor of work stress. In conclusion, the achievement of the proper function of an HU in any clinic requires, the detailed study, the design and the preservation of all those, that are associated with patients and taking into the account the employees as well.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΟΔΟΧΟΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

Ευδοκία - Σπυριδούλα Καββαδία και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.

Περίληψη: Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει την μελέτη της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας εργαζομένων σε ξενοδοχειακές επιχειρήσεις. Αρχικά, γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια της εργασίας καθώς και στην συμβολή της στην ζωή του ανθρώπου. Αναφέρονται οι βλαπτικές επιδράσεις των συνθηκών εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος στη σωματική και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και οι δυσκολίες που απαντώνται στην προσπάθεια μείωσης των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Στη συνέχεια, αναλύεται η έννοια του ξενοδοχείου και η κατάσταση των ξενοδοχειακών επιχειρήσεων σε διάφορες κατηγορίες σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία. Αναλύεται, επίσης, η οργάνωση και λειτουργία των ξενοδοχείων βάση των τμημάτων τους και του προσωπικού που απασχολούν. Παρουσιάζονται οι εργασιακές σχέσεις των ξενοδοχοϋπαλλήλων και οι θέσεις εργασίας στα ξενοδοχεία. Ακολουθεί, η ανάλυση των εννοιών του ιατρού εργασίας και του τεχνικού ασφαλείας, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις αυτών και η σημαντικότητα της ύπαρξής τους στις ξενοδοχειακές επιχειρήσεις. Αναφέρεται, επίσης, η έννοια, η χρήση και η σημαντικότητα ύπαρξης του βιβλίου καταγραφής εργατικών ατυχημάτων. Εν συνεχεία, αναλύεται η έννοια και η σημασία της εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου του εργασιακού περιβάλλοντος και ειδικότερα του εργασιακού περιβάλλοντος των ξενοδοχείων. Στο σημείο αυτό, αναφέρεται η ταξινόμηση των επαγγελματικών κινδύνων και οι διαδικαστικές φάσεις που πρέπει να ακολουθούνται προκειμένου να γίνει σωστή εκτίμηση αυτών. Τέλος, αναφέρονται τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας και παθήσεις που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι ως ξενοδοχοϋπάλληλοι, καθώς και οι συνθήκες εργασίας και οι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που οδηγούν στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων υγείας στους εργαζομένους στις ξενοδοχειακές επιχειρήσεις. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία και στοιχεία από το διαδίκτυο. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην εύρεση υλικού είναι: ξενοδοχείο, εργασιακές σχέσεις ξενοδοχοϋπαλλήλων, Ελληνική Νομοθεσία ξενοδοχειακών επιχειρήσεων, ιατρός εργασίας, τεχνικός ασφαλείας, εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου, παθήσεις ξενοδοχοϋπαλλήλων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι βλαπτικές επιδράσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στη σωματική και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι γνωστές και διαπιστωμένες πριν ακόμα από τη βιομηχανική επανάσταση. Οι αλλαγές που η τελευταία επέφερε, η εισαγωγή στην παραγωγική διαδικασία νέων παραγόντων κινδύνου αλλά και οι αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας επιβάρυναν το εργασιακό περιβάλλον. Συνέπεια των παραπάνω είναι η πρόωρη φθορά της υγείας των εργαζομένων, οι επαγγελματικές ασθένειες και τα εργατικά ατυχήματα (Σουπιώνης Σπύρος, 2003). Η εργασία επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία, άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε μεγαλύτερο βαθμό, ανάλογα με το είδος της. Η σχέση της υγείας με την εργασία γίνεται αντικείμενο μελέτης από πολύ παλιά. Σήμερα, παρά την εξάλειψη των εφιαλτικών συνθηκών εργασίας των περασμένων αιώνων, τουλάχιστον της ανεπτυγμένες χώρες, η εργασία συνεχίζει να επιδρά στην υγεία των εργαζομένων με πολλούς τρόπους. Μπορεί να επιβαρύνει φυσιολογικές λειτουργίες, να επιδεινώσει υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις ή να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στον οργανισμό της (<http://osha.europa.eu/>).

Δεδομένου ότι πολλά εργατικά ατυχήματα συμβαίνουν σε ξενοδοχειακές επιχειρήσεις καθίστανται αναγκαίες οι παρεμβάσεις για μείωση των ατυχημάτων και των ασθενειών που συνδέονται με την εργασία. Ωστόσο, η μείωση των ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών συναντά πολλές δυσκολίες όπως:

- Δρώντας σε ένα πολύ ανταγωνιστικό περιβάλλον οι εργοδότες απασχολούνται καθημερινά με τα άμεσα πιεστικά προβλήματα χωρίς να έχουν τον χρόνο να ασχοληθούν με προβλήματα των οποίων οι συνέπειες είναι έμμεσες και μακροπρόθεσμες, όπως αυτά της βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και της μείωσης των εργατικών ατυχημάτων.

- Μην απασχολώντας εξειδικευμένα στελέχη οι εργοδότες δεν έχουν την αναγκαία υποστήριξη για την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως αυτά των επαγγελματικών κινδύνων.

- Οι συνεχείς εξελίξεις στη τεχνολογία δημιουργεί νέους κινδύνους για οποίους δεν υπάρχει η αναγκαία εμπειρία για την μείωση ή την αντιμετώπιση τους (χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών).

- Συχνά απουσιάζει η κατάλληλη πληροφόρηση, ενημέρωση ή εκπαίδευση η οποία να πείθει τους εργοδότες ότι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας προσφέρει θετικά στην πορεία της επιχείρησής τους (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2002).

Σήμερα εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 40-50% του παγκόσμιου πληθυσμού εκτίθεται σε επαγγελματικούς κινδύνους φυσικού, χημικού, βιολογικού και ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα. Όταν η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται μια ασθένεια σε μια ομάδα πληθυσμού με την ίδια επαγγελματική - εργασιακή δραστηριότητα είναι μεγάλη, τότε η συγκεκριμένη ασθένεια καταγράφεται ως επαγγελματική. Οι

επαγγελματικές ασθένειες εκδηλώνονται λόγω της συστηματικής έκθεσης των εργαζομένων σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες που σχετίζονται με το αντικείμενο, της συνθήκης και τον τόπο εργασίας. Τα πιο συχνά επαγγελματικά νοσήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις, το άσθμα, οι αλλεργίες και οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις του λεγόμενου mobbing (η ηθική παρενόχληση της χώρους εργασίας). Όλο και πιο συχνά, νέες έρευνες χαρακτηρίζουν διάφορες μορφές καρκίνου ως επαγγελματικά νοσήματα, επειδή αποδίδονται σε αιτίες που συνδέονται έμμεσα ή άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον. Οι πιο συνήθεις επαγγελματικοί καρκίνοι εκτιμάται ότι είναι ο καρκίνος των πνευμόνων, της ουροδόχου κύστης, του δέρματος και των οστών (http://osha.europa.eu/el/topics/accident_prevention/risks).

Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια τα αυξημένα ψυχολογικά προβλήματα και το στρες της εργασιακού χώρους, εκτός των άμεσων συνεπειών, ενοχοποιούνται και για μελλοντικές σημαντικές βλάβες στην υγεία, όπως εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA), περίπου 142.000 ευρωπαίοι εργαζόμενοι πεθαίνουν κάθε χρόνο από αιτίες που σχετίζονται με επαγγελματικές ασθένειες (http://osha.europa.eu/el/topics/accident_prevention/risks).

Ωστόσο, στη χώρα μας δεν υπάρχει ουσιαστικά η διαδικασία διάγνωσης, αναγνώρισης και καταγραφής των επαγγελματικών νόσων από τους ασφαλιστικούς φορείς. Πολλοί εργαζόμενοι, εξαιτίας της δουλειάς τους υποφέρουν από μυοσκελετικά προβλήματα, αλλεργίες, δερματοπάθειες, προβλήματα στην όραση, εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, πνευμονοπάθειες, εκδήλωση νεοπλασιών. Η έλλειψη ενός κατάλληλου μηχανισμού αναγνώρισης, διερεύνησης και καταγραφής των προβλημάτων αυτών ως επαγγελματικές ασθένειες οδηγεί τελικά στο να χαρακτηρίζονται ως κοινές ασθένειες. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι είναι άκρως απαραίτητο να υπάρξει και στην Ελλάδα μέριμνα σε ότι αφορά της επαγγελματικές ασθένειες, να διαμορφωθεί ένα αποτελεσματικό σύστημα ασφάλισης από τον επαγγελματικό κίνδυνο, που να εστιάζει στην πρόληψη, στην αποκατάσταση, αν αυτή είναι δυνατή, καθώς και στη δίκαιη αποζημίωση των παθόντων σε περίπτωση που η πρόληψη δεν ήταν αποτελεσματική (Σουπιώνης Σπύρος, 2003).

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ

Ορισμός

Ξενοδοχεία είναι οι τουριστικές εγκαταστάσεις που περιλαμβάνουν υποδοχή (reception), διοίκηση, κοινοχρήστους χώρους υποδοχής, παραμονής, εστίασης, αναψυχής πελατών και χώρους διανυκτέρευσης. Επιπλέον παρέχουν και διάφορες εξυπηρετήσεις (service). Ελέγχονται από τον Ε.Ο.Τ. σε δύο στάδια

(σκοπιμότητα - καταλληλότητα οικοπέδου - έγκριση αρχιτεκτονικών σχεδίων) και η άδεια λειτουργίας τους χορηγείται από τον Ε.Ο.Τ.

Τα ξενοδοχεία διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Ξενοδοχεία τυπικά {πολυτελείας, Α, Β, Γ, Δ και Ε τάξης}
- Ξενοδοχεία τύπου μοτέλ {Α, Β τάξης}
- Ξενοδοχεία τύπου ξενώνα {πολυτελείας, Α, Β, ξενώνες νεότητας}
- Ξενοδοχεία επιπλωμένων διαμερισμάτων {Α, Β, Γ, Δ, τάξης}

(Υπουργική Απόφαση 530992/28.09.1987)

Τα ξενοδοχεία αντιμετωπίζουν τους πελάτες τους ως φιλοξενούμενους και προσπαθούν να προσφέρουν υπηρεσίες και φιλοξενία η οποία να ξεπερνά τις προσδοκίες τους. Η αρχιτεκτονική και το στυλ της επιχείρησης μπορεί να είναι σημαντικά για τον σχηματισμό της εξωτερικής εικόνας, αλλά το προσωπικό του ξενοδοχείου και κυρίως της υποδοχής είναι απαραίτητο για τη δημιουργία της καλής φήμης του (Καπίκη - Πιβεροπούλου Τάνια, 1998).

Ο τύπος και τα ειδικά χαρακτηριστικά της ξενοδοχείου εξαρτώνται από τον τύπο του πελάτη που φιλοξενούν. Για παράδειγμα, μερικά ξενοδοχεία είναι οικογενειακού τύπου, ενώ άλλα είναι εμπορικά και εξυπηρετούν της εμπόρους ταξιδιώτες που μετακινούνται συνεχώς. Η κατάταξη των ξενοδοχείων, ανάλογα με της ανέσεις και τις υπηρεσίες που προσφέρουν γίνεται με αστέρια αρχίζοντας από τα ξενοδοχεία πολυτελείας 5 αστέρων, τα οποία έχουν τις υψηλότερες προδιαγραφές και φτάνοντας στο 1 αστέρι, το οποίο αντιπροσωπεύει ξενοδοχεία μικρών βαθμίδων με λιτή επίπλωση και περιορισμένες ανέσεις (Καπίκη - Πιβεροπούλου Τάνια, 1998).

Για να λειτουργεί ομαλά και αποτελεσματικά ένα ξενοδοχείο, πρέπει όλοι οι υπάλληλοι να κατανοήσουν και να προσπαθούν να επιτύχουν τους σκοπούς της επιχείρησης. Το κλειδί για την επιτυχία είναι η ομαδική εργασία. Όλοι οι υπάλληλοι πρέπει να διακατέχονται από πνεύμα συνεργασίας τόσο μέσα στο ίδιο το τμήμα, όσο και μεταξύ των διαφόρων τμημάτων. Κάθε τμήμα οφείλει να προσφέρει και να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του στους πελάτες. Η διεύθυνση του ξενοδοχείου είναι λογικό να επωμίζεται τον συντονισμό και την οργάνωση όλης αυτής της προσπάθειας (Σουπιώνης Σπύρος, 2003).

Οργάνωση και Λειτουργία Ξενοδοχείου

Όλα τα τμήματα του ξενοδοχείου χαρακτηρίζονται βάση λειτουργίας. Έτσι, το ξενοδοχείο χωρίζεται βάση λειτουργίας σε πέντε διοικητικά τμήματα:

1. Τα δωμάτια
2. Τρόφιμα και ποτά
3. Οι πωλήσεις και το marketing
4. Προσωπικό
5. Λογιστήριο

Η οργάνωση και η λειτουργία κάθε τμήματος αποτελεί ευθύνη του υπεύθυνου τμήματος. Οι υπεύθυνοι των πέντε τμημάτων αναφέρονται στον γενικό διευθυντή. Κάθε τμήμα διαχωρίζεται σε μικρότερα υπο-τμήματα τα οποία αντιπροσωπεύουν επιπρόσθετες λεπτομέρειες της εργασίας. Οι υπεύθυνοι των τμημάτων αυτών αναφέρονται στον γενικό διευθυντή (Rutherford D. J., 1999).

Επικεφαλής του ξενοδοχείου είναι ο ιδιοκτήτης αυτού, ο οποίος έχει σαν υφιστάμενο του τον γενικό διευθυντή. Αυτός έχει δύο άμεσους συνεργάτες: έναν λογιστή και έναν ιδιαίτερο γραμματέα. Ο τελευταίος, έχει έναν βοηθό ο οποίος είναι υπεύθυνος για τα διάφορα τμήματα του ξενοδοχείου και συνεργάζεται με τους υπεύθυνους αυτών, όπως είναι ο διευθυντής αθλητικών δραστηριοτήτων, ψυχαγωγίας, τροφοδοσίας και ποτών, χώρων στάθμευσης, ανθρώπινου δυναμικού, marketing και πωλήσεων, διαφήμισης, υποδοχής, ασφαλείας, καταστήματος δώρων προϊστάμενος ορόφων και ο μηχανικός του συγκροτήματος. Αυτοί με την σειρά τους είναι υπεύθυνοι για την ορθή λειτουργία και οργάνωση του τμήματος που έχουν αναλάβει καθώς και για τους εργαζόμενους στον καθένα από αυτά. Οι υπάλληλοι στα διάφορα τμήματα του ξενοδοχείου είναι οι εξής:

Διεύθυνση Αθλητικών Δραστηριοτήτων: γυμναστής, ναυαγοσώστης.

Διεύθυνση τροφοδοσίας και ποτών: επιτηρητής τραπεζαρίας, ταμίας, σερβιτόρος, βοηθός σερβιτόρου, σεφ, βοηθός σεφ, προσωπικό καθαρισμού, προσωπικό μπάρ.

Διεύθυνση Χώρων στάθμευσης: υπεύθυνος χώρων στάθμευσης.

Διεύθυνση ανθρώπινου δυναμικού: διοικητικός βοηθός.

Διεύθυνση marketing και πωλήσεων: υπεύθυνος πωλήσεων, βοηθός υπεύθυνου πωλήσεων, υπεύθυνος εταιρικών πωλήσεων, υπεύθυνος πωλήσεων συνεδριακών εκδηλώσεων.

Διεύθυνση διαφήμισης: υπεύθυνος διαφήμισης.

Διεύθυνση υποδοχής: υπεύθυνος κρατήσεων, θυρωρός, υπεύθυνος γκρουμ, ρεσεψιονίστες, τηλεφωνητές.

Διεύθυνση ασφαλείας: φρουροί.

Διεύθυνση καταστήματος δώρων: πωλητές.

Προϊστάμενος ορόφων: βοηθός προϊσταμένου ορόφων, επιτηρητής πλυντηρίων, επιτηρητής δωματίων, καμαριέρες, καμαρότοι.

Μηχανικός συγκροτήματος: υπεύθυνος συνεργείου (Rutherford D. J., 1999).

Ο αριθμός των απασχολούμενων ατόμων σε κάθε ξενοδοχειακή επιχείρηση εξαρτάται από την δυναμικότητα και της ανάγκες της.

Οι υπάλληλοι ανάλογα με το τμήμα στο οποίο εργάζονται παρουσιάζουν μεγαλύτερη ή μικρότερη επαφή με της πελάτες του ξενοδοχείου.

Έτσι διακρίνονται σε υπαλλήλους γραμμής όπως εκείνοι στα μπαρ, στο room service, στο εστιατόριο, και σε υπαλλήλους με υποστηρικτικές λειτουργίες των πρώτων όπως οι εργαζόμενοι στην κουζίνα στο τμήμα συντήρησης, στα πλυντήρια κ.λ.π. (Bardi J.A., 2000).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ

Εργασιακές Σχέσεις Ξενοδοχοϋπαλλήλων

Οι προσλήψεις των εργαζομένων στα ξενοδοχεία έχουν διαφορετικό χαρακτήρα ανάλογα εάν τα ξενοδοχεία λειτουργούν σε μόνιμη ή εποχιακή βάση. Στην περίπτωση της μόνιμης λειτουργίας οι προσλήψεις και οι συμβάσεις εργασίας των εργαζομένων γίνονται όπως και στις υπόλοιπες επιχειρήσεις. Η σύμβαση εργασίας επιβάλλεται να είναι γραπτή και ο εργοδότης υποχρεούται να ενημερώσει, μέσα σε 2 μήνες από την στιγμή της σύμβασης, τον εργαζόμενο για τους σπουδαιότερους όρους της, όπως για παράδειγμα τον τόπο και το είδος της εργασίας, την έναρξη και τη λήξη της απασχόλησης, την διάρκεια της άδειας κ.λπ. Ανάλογα με την χρονική διάρκεια οι συμβάσεις εργασίας διακρίνονται σε:

- Σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου: πρόκειται για σύμβαση στην οποία συμφωνείται η χρονική της διάρκεια και η λήξη της.
- Σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου: πρόκειται για σύμβαση στην οποία δεν έχει καθοριστεί πότε τελειώνει ο χρόνος της.

Για να είναι έγκυρη μια σύμβαση εργασίας απαιτούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως: ο εργαζόμενος και ο εργοδότης να βρίσκονται σε σωματική και πνευματική κατάσταση ώστε να έχουν πλήρη συνείδηση των πράξεων τους, να μην έχουν καταδικαστεί για κακουργηματικές πράξεις των οποίων η ποινή διαρκεί ακόμα και να μην τους επιβάλλεται κανένας καταναγκασμός (Πιντέλογλου Γρηγόρης, 2001).

Στην περίπτωση της εποχιακής λειτουργίας (λειτουργία μέχρι 9 μήνες ανά χρόνο), τα ξενοδοχεία υποχρεούνται να επαναπροσλάβουν το ίδιο προσωπικό που απασχόλησαν κατά την προηγούμενη περίοδο. Για να έχουν το δικαίωμα της επαναπρόσληψης οι εργαζόμενοι πρέπει να ειδοποιήσουν γραπτά τον εργοδότη ότι επιθυμούν να απασχοληθούν και την προσεχή περίοδο. Η ειδοποίηση αυτή γίνεται μέσω της αρμόδιας συνδικαλιστικής οργάνωσης. Στην περίπτωση που ο εργαζόμενος ειδοποιηθεί για πρόσληψη και δεν εμφανιστεί αδικαιολόγητα εντός πέντε ημερών χάνει το δικαίωμα της επαναπρόσληψης και της αποζημίωσης. Η διαδικασία της επαναπρόσληψης γίνεται σταδιακά ανάλογα με την πληρότητα των ξενοδοχείων που λειτουργούν εποχιακά (Πιντέλογλου Γρηγόρης, 2001).

Πληρότητα	Ποσοστό Εργαζομένων
20%	1/3 των εργαζομένων
50%	2/3 των εργαζομένων
80%	Το σύνολο των εργαζομένων προηγούμενης περιόδου λειτουργίας

Πίνακας 1. Διαδικασία Επαναπρόσληψης Ξενοδοχοϋπαλλήλων σε Ξενοδοχειακές Μονάδες που Λειτουργούν Εποχιακά [Πηγή: Πιντέλογλου, 2001].

Συλλογική Σύμβαση Εργασίας στα Ξενοδοχεία

Συλλογική σύμβαση εργασίας είναι η σύμβαση η οποία καταρτίζεται μεταξύ μιας ή περισσότερων επαγγελματικών οργανώσεων ή μιας ή περισσότερων εργοδοτικών. Οι συλλογικές συμβάσεις εργασίας διακρίνονται σε:

- Εθνικές γενικές
- Εθνικές ομοιο-επαγγελματικές
- Τοπικές ομοιο-επαγγελματικές
- Επιχειρησιακές
- Κλαδικές
- Τοπικά σύμφωνα απασχόλησης

Η ανώτερη μορφή συλλογικής σύμβασης εργασίας είναι η Εθνική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας με αρμόδια συνδικαλιστική οργάνωση από πλευράς εργαζομένων την ΓΣΕΕ και με κύριο αντικείμενο τον καθορισμό των μισθών των εργαζομένων (Πιντέλογλου Γρηγόρης, 2001).

Η συλλογική σύμβαση εργασίας των ξενοδοχοϋπαλλήλων περιλαμβάνει 3 κυρίως θέματα:

- Κατηγορίες Εργαζομένων: Κατηγορία Α' (υπάλληλοι υποδοχής, μαιτρ, θυρωροί, μάγειροι, προϊστάμενοι δωματίων και κοινόχρηστων χώρων), Κατηγορία Β' (προϊστάμενος λινοθήκης και πλυντηρίων, βοηθός υποδοχής, σερβιτόροι, μπάρμαν), Κατηγορία Γ' (βοηθοί σερβιτόρων, βοηθοί θυρωρείου, μπουφέ, εστιατορίου, μπαρ, ορόφων, λινοθήκης, γκρουμ, καμαριέρες), Κατηγορία Δ' (πλύντες, σιδερωτές, καθαριστές κοινόχρηστων χώρων, λαντζιέρηδες, λουτρονόμοι, προϊστάμενος και βοηθός ιατρών, μοδίστρες).
- Αμοιβές: οι αμοιβές των εργαζομένων είναι ανάλογες με την κατηγορία στην οποία ανήκει ο καθένας από της.
- Επιδόματα: οι εργαζόμενοι δικαιούνται κάποια επιδόματα όπως προϋπηρεσίας, οικογενειακών βαρών, τουριστικής εκπαίδευσης, εποχιακής απασχόλησης, ανθυγιεινής εργασίας, στολής, τροφής κ.λπ. Επίσης, δικαιούνται και τις προσαυξήσεις σε περίπτωση εργασίας την Κυριακή και τις αργίες καθώς και τις νυχτερινές ώρες. (Πιντέλογλου Γρηγόρης, 2001)

Θέσεις Εργασίας σε Ξενοδοχεία

Το προσωπικό που εργάζεται σε ένα ξενοδοχείο μπορεί να διακριθεί σε:

1. Προσωπικό διεύθυνσης, διαχείρισης, γραφείου: περιλαμβάνονται οι διευθυντές, οι γραμματείς, οι ταμίες, οι διερμηνείς, οι λογιστές το τμήμα προσωπικού και οι διαχειριστές.

Οι διευθυντές των ξενοδοχείων βρίσκονται στην κορυφή της οργάνωσης αυτών και είναι άνθρωποι οι οποίοι θεωρείται ότι έχουν φτάσει στην ακμή της καριέρας

τους στις ξενοδοχειακές επιχειρήσεις. Η εργασία στα ξενοδοχεία για τους διευθυντές παρουσιάζει μια σειρά από απαιτήσεις και προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά και χαρακτηρίζεται ως πολύωρη εργασία, νυχτερινή εργασία, εργασία σε διακοπές και αργίες. Έχει αποδειχθεί, σε διάφορες έρευνες, ότι υψηλό ποσοστό εργαζομένων ως διευθυντές ξενοδοχειακών επιχειρήσεων (περίπου 44%) εργάζονται 61 - 70 ώρες την εβδομάδα, χαρακτηρίζοντας την εργασία τους ως ιδιαίτερα αγχώδη. Επίσης, ποσοστό που φτάνει το 56% των διευθυντών είναι διαζευγμένοι και μη ικανοποιημένοι από τις ώρες εργασίας και τις οικονομικές απολαβές (Rutherford D. J., 1999).

Το τμήμα λογιστηρίου αποτελεί σημαντικό τμήμα στην οργάνωση και λειτουργία του ξενοδοχείου. Κύριες αρμοδιότητες του τμήματος αυτού είναι η καταχώριση των οικονομικών συναλλαγών, η μισθοδοσία των εργαζομένων, η εξόφληση και η είσπραξη λογαριασμών και η προετοιμασία καθημερινών αναφορών κόστους για τα διάφορα υλικά, εργαλεία, τρόφιμα, ποτά που καταναλώνονται. Το προσωπικό του τμήματος αυτού συνεργάζεται άμεσα με το προσωπικό υποδοχής, τους ταμίες και τον οικονομικό διευθυντή. (Rutherford D. J., 1999).

Η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζει το τμήμα προσωπικού είναι η προσπάθεια επιλογής, πρόσληψης, εκπαίδευσης, εξέτασης, παρακολούθησης και επιβράβευση των εργαζομένων καθώς και η διατήρηση της καλής ποιότητας του προσωπικού. Το τμήμα αυτό παίζει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση θεμάτων όπως η εργασιακή ικανοποίηση, οι διατμηματικές συγκρούσεις, το άγχος και η εξάντληση των εργαζομένων (Umbreit W.T. et al, 1999).

2. Κυρίως ξενοδοχειακό προσωπικό: περιλαμβάνονται οι θυρωροί, οι ρεσεψιονίστες, οι διάφορες ειδικότητες των τμημάτων ορόφων όπως: οι αποθηκάριοι, οι μπάρμαν, οι μάγειροι, οι ζαχαροπλάστες, οι γκρουμ, οι τραπεζοκόμοι, οι σερβιτόροι, οι καμαριέρες, οι καθαρίστριες κ.λ.π.

Το τμήμα υποδοχής χαρακτηρίζει τη φιλοξενία στα ξενοδοχεία. Μερικές από τις βασικές λειτουργίες του τμήματος αυτού είναι: οι κρατήσεις, το καλωσόρισμα, η ενημέρωση και η εξυπηρέτηση των πελατών. Το τμήμα υποδοχής χαρακτηρίζεται από πολλούς ως το κέντρο του ξενοδοχείου το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση των εντυπώσεων των πελατών. Η κύρια δουλειά του τμήματος αυτού περιστρέφεται γύρω από την επικοινωνία και τις διάφορες μορφές της (γραπτή - προφορική), καθιστώντας τις θέσεις εργασίας αρκετά υπεύθυνες και αγχώδης. Οι ειδικότητες που περιλαμβάνονται στο τμήμα υποδοχής είναι οι εξής: οι υπάλληλοι υποδοχής, οι οποίοι βρίσκονται στη ρεσεψιόν και είναι υπεύθυνοι για τις κρατήσεις, την ανάθεση δωματίων, την διανομή κλειδιών, την επικοινωνία με τους πελάτες, το προσωπικό του ξενοδοχείου και τον γενικό διευθυντή αυτού, την γενικότερη πληροφόρηση και εξυπηρέτηση των πελατών. Οι ταμίες, οι οποίοι επεξεργάζονται τις αναχωρήσεις και τις οικονομικές υποχρεώσεις των πελατών. Οι γκρουμ, όπου μεταφέρουν τις αποσκευές των πελατών, εξοικειώνουν τους

επισκέπτες με το περιβάλλον του ξενοδοχείου και βρίσκονται ανά πάσα στιγμή στην διάθεση των πελατών. Οι θυρωροί υποδοχής, οι οποίοι οφείλουν να γνωρίζουν πολύ καλά την περιοχή καθώς παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στους πελάτες σχετικά με τα αξιοθέατα, τους χώρους αναψυχής και την διασκέδαση τους (Bardi J.A., 2000).

Το προσωπικό υποδοχής αντιμετωπίζει ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων κυρίως επειδή βρίσκεται στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων. Δέχεται όλα τα παράπονα και τις απαιτήσεις των πελατών ενώ ταυτόχρονα η διοίκηση απαιτεί την άριστη εκτέλεση της εργασίας. Επίσης, το τμήμα ορόφων αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες εργασιακά λειτουργίες και είναι το μεγαλύτερο κέντρο δαπανών στα ξενοδοχεία δεδομένου ότι χρησιμοποιεί μεγάλο αριθμό εργαλείων, υλικών και εξοπλισμού (υλικά καθαρισμού, εξοπλισμός καθαριότητας). Παρ' ότι συνήθως το τμήμα αυτό είναι ανεξάρτητο σε πολλά ξενοδοχεία η διοίκηση του τμήματος αυτού μπορεί να συνδυάζεται με εκείνη του τεχνικού τμήματος και του τμήματος συντήρησης (Barsky, J.D. et al, 1992).

3. Τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό: περιλαμβάνονται όλα τα άτομα που εργάζονται στο Τεχνικό τμήμα και στο τμήμα συντήρησης του ξενοδοχείου όπως: ηλεκτρολόγοι, τεχνίτες, υδραυλικοί, κηπουροί, ελαιοχρωματιστές κ.λ.π.

Οι υπηρεσίες του προσωπικού αυτού έχουν ιδιαίτερη σημασία για μια ασφαλή, υγιής, άνετη και ευχάριστη διαμονή των πελατών σε ένα ξενοδοχείο. Οι βασικότερες εργασίες του τμήματος αυτού είναι η συντήρηση του μηχανικού εξοπλισμού, των ηλεκτρικών εγκαταστάσεων, των μηχανημάτων, της θέρμανσης, του κλιματισμού, του εξαερισμού, των υδραυλικών εγκαταστάσεων, οι μικροεπισκευές και οι ανακαινίσεις. Ανάλογα με το μέγεθος και τον εκσυγχρονισμό του ξενοδοχείου μπορεί να υπάρχει βοηθός διευθυντή και βοηθητικοί υπάλληλοι γραμματειακής υποστήριξης στο τμήμα αυτό. Γενικά, το τεχνικό τμήμα και το τμήμα συντήρησης της ξενοδοχείου απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό, υπεύθυνους και έμπειρους εργαζομένους (Σουπιώνης Σπύρος, 2003).

ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΑ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ

Νομοθετικές προβλέψεις

Η υποχρέωση του εργοδότη για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού κινδύνου, την πρόληψη της επαγγελματικής νοσηρότητας και τη λειτουργία υπηρεσίας Ιατρικής της Εργασίας - Ασφάλειας της Εργασίας, υπαγορεύεται τόσο από το γεγονός ότι αυτός που δημιουργεί τον κίνδυνο έχει και την ευθύνη για τις συνέπειες του κινδύνου αυτού, αλλά και την υποχρέωση για την αποτελεσματική πρόληψή του, όσο και από το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας μας, αλλά και άλλων

χωρών, που αφορά στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (Health and Safety Comition, 2002).

Στις επιχειρήσεις που απασχολούν 50 και άνω εργαζόμενους ο εργοδότης έχει υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας. Στις επιχειρήσεις που απασχολούν από 1 έως 50 εργαζόμενους ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας. Σε περίπτωση που ο αριθμός των εργαζόμενων της επιχείρησης είναι μικρότερος των 50 και η επιχείρηση χαρακτηρίζεται ως χαμηλής επικινδυνότητας, τότε καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας μπορεί να αναλάβει ο ίδιος ο εργοδότης, εφόσον επιμορφωθεί κατάλληλα. Επίσης, ως τεχνικός ασφαλείας μπορεί να οριστεί εργαζόμενος, ο οποίος έχει απολυτήριο Τεχνικού λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής ή ισότιμης ή άδεια άσκησης επαγγέλματος εμπειροτέχνη με τουλάχιστον οχτώ (8) έτη προϋπηρεσία, εφόσον απασχολείται με πλήρες ωράριο στην επιχείρηση και έχει επιμορφωθεί κατάλληλα (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010).

Ο τεχνικός ασφαλείας και ο ιατρός εργασίας υποχρεούνται κατά την εκτέλεση του έργου τους να συνεργάζονται, πραγματοποιώντας κοινούς ελέγχους των χώρων εργασίας, οφείλουν, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, να συνεργάζονται με την Ε.Υ.Α.Ε. (Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας Εργαζομένων) ή τον αντιπρόσωπο των εργαζομένων, οφείλουν να παρέχουν συμβουλές σε θέματα υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων στα μέλη της Ε.Υ.Α.Ε. ή τον εκπρόσωπο των εργαζομένων και να τους ενημερώνουν για κάθε σημαντικό σχετικό ζήτημα. Αν ο εργοδότης διαφωνεί με τις γραπτές υποδείξεις και συμβουλές του τεχνικού ασφαλείας ή του ιατρού εργασίας, οφείλει να αιτιολογεί τις απόψεις του και να τις κοινοποιεί και στην Ε.Υ.Α.Ε. ή στον εκπρόσωπο. Σε περίπτωση διαφωνίας η διαφορά επιλύεται από τον επιθεωρητή εργασίας και μόνο (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 20: Συνεργασία τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας, παρ. 1, 2, 3, 4).

Σε κάθε περίπτωση απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας ο ελάχιστος πραγματικός χρόνος ετήσιας απασχόλησης για τον καθένα χωριστά δεν μπορεί να είναι μικρότερος των:

- α) 25 ωρών ετησίως για επιχειρήσεις, που απασχολούν μέχρι 20 άτομα,
- β) 50 ωρών ετησίως για επιχειρήσεις, που απασχολούν από 21-50 άτομα και
- γ) 75 ωρών ετησίως για επιχειρήσεις, που απασχολούν περισσότερα από 50 άτομα.

Ο συνολικός μέγιστος (ετήσιος) πραγματικός χρόνος απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας σε μία ή περισσότερες επιχειρήσεις, δεν μπορεί να υπερβαίνει τον προβλεπόμενο χρόνο απασχόλησης μισθωτού. Ο συνολικός ετήσιος χρόνος απασχόλησης του τεχνικού ασφαλείας και του ιατρού εργασίας ανεξάρτητα από τη σχέση εργασίας τους, η κατανομή του χρόνου αυτού κατά μήνα, καθώς και το ωράριο απασχόλησης τους αναγράφονται υποχρεωτικά στους πίνακες καταστάσεων εργασίας σύμφωνα με το Π.Δ. της 27/06/1932, του Ν. 515/1970. Τα στοιχεία αυτά αναγράφονται και στις καταστάσεις που αναρτώνται στους χώρους

εργασίας ώστε όλοι οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν τις ώρες παρουσίας του τεχνικού ασφάλειας και του ιατρού εργασίας στην επιχείρηση. Κάθε αλλαγή των παραπάνω στοιχείων πρέπει να ανακοινώνεται έγκαιρα στην αρμόδια Επιθεώρηση Εργασίας. Επίσης, Ο χρόνος απασχόλησης του τεχνικού ασφάλειας και του ιατρού εργασίας μπορεί να αυξομειώνεται κατά συγκεκριμένη επιχείρηση ανάλογα με τη συχνότητα και τη βαρύτητα των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που εμφανίζονται στην επιχείρηση (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 21: Χρόνος απασχόλησης τεχνικού ασφάλειας και ιατρού εργασίας, παρ. 2, 3, 4, 5, 6)

Αν ο χρόνος απασχόλησης του τεχνικού ασφάλειας ή του ιατρού εργασίας υπερβαίνει το ανώτατο νόμιμο όριο, η επιχείρηση πρέπει να διαθέτει και άλλους τεχνικούς ασφάλειας ή ιατρούς εργασίας. Επιτρέπεται ο ίδιος τεχνικός ασφάλειας ή ιατρός εργασίας να χρησιμοποιείται από ομάδα ομοειδών επιχειρήσεων ή από επιχειρήσεις κατά περιοχή (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 21: Χρόνος απασχόλησης τεχνικού ασφάλειας και ιατρού εργασίας, παρ. 7, 8).

Επιπλέον, ο ιατρός εργασίας και ο τεχνικός ασφάλειας υποχρεούνται στην παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης αυτών καθώς και των μελών των Ε.Υ.Α.Ε. και των εκπροσώπων από τα αρμόδια Υπουργεία ή εκπαιδευτικούς ή από δημόσιους οργανισμούς. Η επιμόρφωση των τεχνικών ασφάλειας, των ιατρών εργασίας και των εκπροσώπων των εργαζομένων, που παρέχεται από της φορείς που ορίζονται κατά περίπτωση, διενεργείται και από το *Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας* (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), (άρθρο 6 της *Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας 1991-1992*), καθώς και από τα διαπιστευμένα *Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης*, βάσει του άρθρου 17 του Ν. 2224/1994 (ΦΕΚ 112 Α'). Οι δαπάνες εκτέλεσης των επιμορφωτικών προγραμμάτων, δεν βαρύνουν τους εργαζομένους και ο χρόνος αποχής των εργαζομένων από την εργασία, για την παρακολούθηση των προγραμμάτων αυτών, θεωρείται χρόνος εργασίας για κάθε συνέπεια από τη σχέση εργασίας και για την αμοιβή της και δεν μπορεί να συμψηφιστεί με την κανονική ετήσια άδειά της (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 22: Επιμόρφωση τεχνικών ασφάλειας, ιατρών εργασίας και εκπροσώπων των εργαζομένων, παρ. 1, 2, 6).

Ο τεχνικός ασφάλειας και ο ιατρός εργασίας μετέχουν στις κοινές συνεδριάσεις της επιχείρησης. Πριν από την ημέρα της κοινής συνεδρίασης, η Ε.Υ.Α.Ε. ή ο εκπρόσωπος των εργαζομένων καθορίζει τα θέματα τα οποία θα συζητήσει και τα γνωστοποιεί στον εργοδότη τρεις (3) τουλάχιστον εργάσιμες ημέρες νωρίτερα. Ο εργοδότης γνωστοποιεί στην Ε.Υ.Α.Ε. ή στον εκπρόσωπο τα θέματα που επιθυμεί να συζητηθούν στην κοινή συνεδρίαση τρεις (3) τουλάχιστον εργάσιμες ημέρες πριν από την ημέρα πραγματοποίησής της. Οι παραπάνω γνωστοποιήσεις απευθύνονται μέσα στις ίδιες προθεσμίες και στον τεχνικό ασφάλειας και τον ιατρό εργασίας της επιχείρησης. Στις συνεδριάσεις αυτές συντάσσονται πρακτικά εις διπλούν και τηρούνται το ένα αντίτυπο από τον εργοδότη και το άλλο από την

επιτροπή ή τον εκπρόσωπο (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 5: Αρμοδιότητες Ε.Υ.Α.Ε. και εκπροσώπου εργαζομένων, παρ. 2).

Καθήκοντα Ιατρού Εργασίας

Ο ρόλος του Ιατρού Εργασίας στα θέματα Υγείας και Ασφάλειας των εργαζομένων δεν περιορίζεται στη διάγνωση και στη θεραπεία των επαγγελματικών ασθενειών. Άλλωστε συχνά οι επαγγελματικές ασθένειες όταν διαπιστώνονται είναι μη αναστρέψιμες. Αντίθετα η πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου δίνει τη δυνατότητα για ουσιαστική αντιμετώπιση της επαγγελματικής νοσηρότητας, αφού είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η συντριπτική πλειοψηφία των επαγγελματικών ασθενειών είναι δυνατό να προληφθούν αποτελεσματικά (World Health Organization, 2005).

Ο ιατρός εργασίας πρέπει να κατέχει και να ασκεί την ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας και να πιστοποιείται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο. Κατ' εξαίρεση, τα καθήκοντα του ιατρού εργασίας, έχουν δικαίωμα να ασκούν:

α) Οι ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι μέχρι 15.05.2009 είχαν συμβάσεις παροχής υπηρεσιών ιατρού εργασίας με επιχειρήσεις και αποδεικνύουν την άσκηση των καθηκόντων αυτών συνεχώς επί επτά τουλάχιστον έτη

β) Οι ιατροί οι οποίοι μέχρι 15.05.2009 εκτελούσαν καθήκοντα ιατρού εργασίας χωρίς να κατέχουν ή να ασκούν τον τίτλο της ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας, αλλά τίτλο της ειδικότητας.

Ως βοηθητικό προσωπικό του ιατρού εργασίας, μπορούν να προσλαμβάνονται επισκέπτριες αδελφές και επισκέπτες αδελφοί, πτυχιούχοι σχολών τετραετούς φοίτησης της ημεδαπής ή ισότιμων της αλλοδαπής ή αδελφές νοσοκόμες και αδελφοί νοσοκόμοι, πτυχιούχοι σχολών μονοετούς φοίτησης της ημεδαπής ή ισότιμων της αλλοδαπής (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 16: Προσόντα ιατρού εργασίας και βοηθητικού προσωπικού, παρ. 1, 2, 3, 4, 5, 6).

Ο ιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζομένους και στους εκπροσώπους αυτών, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Τις γραπτές υποδείξεις ο ιατρός εργασίας καταχωρεί σε ειδικό βιβλίο. Ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο. Ειδικότερα, ο ιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα:

α) Σχεδιασμού, προγραμματισμού, τροποποίησης της παραγωγικής διαδικασίας, κατασκευής και συντήρησης εγκαταστάσεων, σύμφωνα με τις κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων

β) Λήψης μέτρων προστασίας κατά την εισαγωγή και χρήση υλών και προμήθειας μέσων εξοπλισμού

γ) Φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας

δ) Οργάνωσης υπηρεσιών παροχής πρώτων βοηθειών

ε) Αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμη και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας. Επίσης, ο ιατρός εργασίας δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας εργαζομένου (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 17: Συμβουλευτικές αρμοδιότητες του ιατρού εργασίας, παρ. 1, 2).

Επιπλέον, ο ιατρός εργασίας προβαίνει σε ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων σχετικό με τη θέση εργασίας τους, μετά την πρόσληψη τους ή την αλλαγή θέσης εργασίας, καθώς και σε περιοδικό ιατρικό έλεγχο κατά την κρίση του επιθεωρητή εργασίας ύστερα από αίτημα της Ε.Υ.Α.Ε., όταν τούτο δεν ορίζεται από το νόμο. Μεριμνά για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων και μετρήσεων παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος σε εφαρμογή των διατάξεων που ισχύουν κάθε φορά. Εκτιμά την καταλληλότητα των εργαζομένων για τη συγκεκριμένη εργασία, αξιολογεί και καταχωρεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων, εκδίδει βεβαίωση των παραπάνω εκτιμήσεων και την κοινοποιεί στον εργοδότη. Το περιεχόμενο της βεβαίωσης πρέπει να εξασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο υπέρ του εργαζομένου και μπορεί να ελεγχθεί από τους υγειονομικούς επιθεωρητές του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, για την κατοχύρωση του εργαζομένου και του εργοδότη. Ο ιατρός εργασίας επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων προστασίας της υγείας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων. Για το σκοπό αυτό επιθεωρεί τακτικά τις θέσεις εργασίας και αναφέρει οποιαδήποτε παράλειψη, προτείνει μέτρα αντιμετώπισης των παραλείψεων και επιβλέπει την εφαρμογή τους, επεξηγεί την αναγκαιότητα της σωστής χρήσης των ατομικών μέτρων προστασίας, ερευνά τις αιτίες των ασθενειών που οφείλονται στην εργασία, αναλύει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών και προτείνει μέτρα για την πρόληψη των ασθενειών αυτών, επιβλέπει τη συμμόρφωση των εργαζομένων στους κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ενημερώνει τους εργαζομένους για τους κινδύνους που προέρχονται από την εργασία τους, καθώς και για τους τρόπους πρόληψής τους, παρέχει επείγουσα θεραπεία σε περίπτωση ατυχήματος ή αιφνίδιας νόσου. Εκτελεί προγράμματα εμβολιασμού των εργαζομένων με εντολή της αρμόδιας διεύθυνσης υγιεινής της νομαρχίας, όπου εδρεύει η επιχείρηση (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 18: Επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων, παρ. 1, 2).

Ο ιατρός εργασίας έχει υποχρέωση να τηρεί το ιατρικό και επιχειρησιακό απόρρητο, αναγγέλλει μέσω της επιχείρησης στην Επιθεώρηση Εργασίας ασθένειες των εργαζομένων που οφείλονται στην εργασία, πρέπει να ενημερώνεται από τον εργοδότη και τους εργαζομένους για οποιοδήποτε

παράγοντα στο χώρο εργασίας που έχει επίπτωση στην υγεία. Η επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων στον τόπο εργασίας δεν μπορεί να συνεπάγεται οικονομική επιβάρυνση γι' αυτούς και πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας τους (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 18: Επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων, παρ. 3, 4, 5, 6).

Στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του και των υποχρεώσεων του εργοδότη, ο ιατρός εργασίας, εφόσον η επιχείρηση δεν διαθέτει την κατάλληλη υποδομή, έχει υποχρέωση να παραπέμπει τους εργαζομένους για συγκεκριμένες συμπληρωματικές ιατρικές εξετάσεις των οποίων λαμβάνει γνώση και αξιολογεί τα αποτελέσματα. Οι δαπάνες που προκύπτουν από την πραγματοποίηση τέτοιων εξετάσεων βαρύνουν τον εργοδότη. Για κάθε εργαζόμενο ο ιατρός εργασίας της επιχείρησης τηρεί σχετικό ιατρικό φάκελο. Επιπλέον καθιερώνεται και περιλαμβάνεται στον ιατρικό φάκελο ατομικό βιβλιάριο επαγγελματικού κινδύνου, όπου αναγράφονται τα αποτελέσματα των ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων, κάθε φορά που εργαζόμενος υποβάλλεται σε αντίστοιχες εξετάσεις. Δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση του φακέλου και του ατομικού βιβλιαρίου του εργαζομένου οι υγειονομικοί επιθεωρητές της αρμόδιας Επιθεώρησης Εργασίας και οι ιατροί του ασφαλιστικού οργανισμού, στον οποίο ανήκει ο εργαζόμενος, καθώς και ο ίδιος ο εργαζόμενος. Σε κάθε περίπτωση παύσης της σχέσης εργασίας, το βιβλιάριο παραδίδεται στον εργαζόμενο που αφορά (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 18: Επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων, παρ. 8, 9).

Σημαντικά μεθοδολογικά εργαλεία που ο Ιατρός Εργασίας έχει στη διάθεσή του, για να επιτελέσει αυτό το έργο, είναι:

- α) ο έλεγχος του περιβάλλοντος εργασίας, για την εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου,
- β) η κλινική εξέταση και
- γ) ο έλεγχος βιολογικών δεικτών του εργαζομένου (Occupational Safety and Health in Finland, 2004).

Καθήκοντα Τεχνικού Ασφαλείας

Ο τεχνικός ασφαλείας πρέπει να έχει τα παρακάτω προσόντα, ανάλογα με το είδος της επιχείρησης και τον αριθμό των εργαζομένων σε αυτή:

α) πτυχίο πολυτεχνείου ή πολυτεχνικής σχολής Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.) του εσωτερικού ή ισότιμων σχολών του εξωτερικού, που το αντικείμενο σπουδών έχει σχέση με τις εγκαταστάσεις και την παραγωγική διαδικασία και άδεια άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από το *Τεχνικό Επιμελητήριο της Ελλάδας* (Τ.Ε.Ε.), με διετή προϋπηρεσία

β) πτυχίο πανεπιστημιακής σχολής εσωτερικού ή ισότιμων σχολών του εξωτερικού, που το αντικείμενο σπουδών έχει σχέση με τις εγκαταστάσεις και την παραγωγική διαδικασία και άδεια άσκησης επαγγέλματος, όταν αυτή προβλέπεται από την νομοθεσία, με διετή προϋπηρεσία

γ) πτυχίο *Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος* (Τ.Ε.Ι.) ή ισότιμων σχολών του εξωτερικού ή πτυχίο των πρώην σχολών υπομηχανικών και των *Κέντρων Ανωτέρας Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης* (Κ.Α.Τ.Ε.Ε.), με πενταετή προϋπηρεσία

δ) απολυτήριο *Τεχνικού Λυκείου* ή *Μέσης Τεχνικής Σχολής* ή της αναγνωρισμένης *Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής* του εσωτερικού ή ισότιμων σχολών του εξωτερικού ή άδεια άσκησης επαγγέλματος εμπειροτέχνη, με οκταετή προϋπηρεσία.

Για τους τεχνικούς ασφάλειας που έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα επιμόρφωσης σε θέματα ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων, διάρκειας τουλάχιστον 100 ωρών η προϋπηρεσία μειώνεται ως εξής:

α) για τους τεχνικούς των περιπτώσεων α' και β' κατά ένα έτος

β) για τους τεχνικούς των περιπτώσεων γ' και δ' κατά τρία έτη.

Ο τεχνικός ασφάλειας υπάγεται απευθείας στη διοίκηση της επιχείρησης (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 11: Προσόντα τεχνικού ασφάλειας, παρ. 1, 2, 3, 5). Γενικά, ο τεχνικός ασφάλειας παρέχει στον εργοδότη υποδείξεις και συμβουλές, γραπτά ή προφορικά, σε θέματα σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων. Τις γραπτές υποδείξεις ο τεχνικός ασφάλειας καταχωρεί σε ειδικό βιβλίο της επιχείρησης, το οποίο σελιδομετρείται και θεωρείται από την Επιθεώρηση Εργασίας. Ο εργοδότης έχει υποχρέωση να λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σε αυτό το βιβλίο. Ειδικότερα ο τεχνικός ασφάλειας:

α) συμβουλεύει σε θέματα σχεδιασμού, προγραμματισμού, κατασκευής και συντήρησης των εγκαταστάσεων, εισαγωγής νέων παραγωγικών διαδικασιών, προμήθειας μέσων και εξοπλισμού, επιλογής και ελέγχου της αποτελεσματικότητας των ατομικών μέσων προστασίας, καθώς και διαμόρφωσης και διευθέτησης των θέσεων και του περιβάλλοντος εργασίας και γενικά οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας

β) ελέγχει την ασφάλεια των εγκαταστάσεων και των τεχνικών μέσων, πριν από τη λειτουργία τους, καθώς και των παραγωγικών διαδικασιών και μεθόδων εργασίας πριν από την εφαρμογή τους και επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και πρόληψης των ατυχημάτων, ενημερώνοντας σχετικά τους αρμόδιους προϊσταμένους των τμημάτων ή τη διεύθυνση της επιχείρησης (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 14: Συμβουλευτικές αρμοδιότητες του τεχνικού ασφάλειας, παρ. 1, 2).

Για την επίβλεψη των συνθηκών εργασίας ο τεχνικός ασφάλειας έχει υποχρέωση:

α) να επιθεωρεί τακτικά τις θέσεις εργασίας από πλευράς υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, να αναφέρει στον εργοδότη οποιαδήποτε παράλειψη των μέτρων υγείας και ασφάλειας, να προτείνει μέτρα αντιμετώπισής τους και να επιβλέπει την εφαρμογή τους

β) να επιβλέπει την ορθή χρήση των ατομικών μέσων προστασίας

γ) να ερευνά τα αίτια των εργατικών ατυχημάτων, να αναλύει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών του και να προτείνει μέτρα για την αποτροπή παρόμοιων ατυχημάτων

δ) να εποπτεύει την εκτέλεση ασκήσεων πυρασφάλειας και συναγερμού για τη διαπίστωση ετοιμότητας της αντιμετώπισης ατυχημάτων.

Για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση ο τεχνικός ασφάλειας έχει υποχρέωση:

α) να μεριμνά ώστε οι εργαζόμενοι στην επιχείρηση να τηρούν τις κανόνες υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και να τους ενημερώνει και καθοδηγεί για την αποτροπή του επαγγελματικού κινδύνου που συνεπάγεται η εργασία τους

β) να συμμετέχει στην κατάρτιση και εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα υγείας και ασφάλειας.

Ο τεχνικός ασφάλειας έχει, κατά την άσκηση του έργου του, ηθική ανεξαρτησία απέναντι στον εργοδότη και τους εργαζομένους. Τυχόν διαφωνία του με τον εργοδότη, για θέματα της αρμοδιότητάς του, δεν μπορεί να αποτελέσει λόγο καταγγελίας της σύμβασής του. Σε κάθε περίπτωση η απόλυση του τεχνικού ασφάλειας πρέπει να είναι αιτιολογημένη. Επίσης, έχει υποχρέωση να τηρεί το επιχειρησιακό απόρρητο (Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, άρθρο 15: Επίβλεψη συνθηκών εργασίας, παρ. 1, 2, 4, 5).

Βιβλίο Εργατικών Ατυχημάτων

Ο εργοδότης της επιχείρησης έχει την υποχρέωση να τηρεί ειδικό βιβλίο ατυχημάτων στο οποίο να αναγράφονται τα αίτια και η περιγραφή του ατυχήματος και να το θέτει στη διάθεση των αρμόδιων αρχών. Σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ο εργοδότης υποχρεούται να το αναγγείλει μέσα σε 24 ώρες (για ατυχήματα της οικοδομής και τεχνικά έργα) ή 48 ώρες για τα υπόλοιπα, της αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας (Τοπική Επιθεώρηση Εργασίας), στο Ι.Κ.Α. και στο Αστυνομικό Τμήμα της περιοχής. Επίσης, υποχρεούται να τηρεί κατάλογο των εργατικών ατυχημάτων που είχαν ως συνέπεια για τον εργαζόμενο ανικανότητα εργασίας μεγαλύτερη των τριών εργάσιμων ημερών (Ν. με αριθ. 1568/18.10.85, άρθρο 32: Γενικές υποχρεώσεις εργοδοτών - εργαζομένων, παράγραφος 9).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΑ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ

Εκτίμηση Επαγγελματικού Κινδύνου

Στην καθομιλουμένη, η έννοια του κινδύνου εκφράζει το «επικείμενο κακό» καθώς επίσης και την «πιθανή δυσάρεστη έκβαση» της συμβάντος. Όταν όμως αναφερόμαστε στον «επαγγελματικό κίνδυνο», εννοούμε τον κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ο οποίος προέρχεται από την επαγγελματική

έκθεση τους σε βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο επαγγελματικός κίνδυνος εκφράζεται συνήθως ως συνώνυμο της επαγγελματικής «έκθεσης», μπορεί επίσης να εκφρασθεί και ως συνώνυμο της «βλάβης» που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι ο «επαγγελματικός κίνδυνος» σχετίζεται με την πιθανότητα ή συχνότητα έκθεσης των εργαζομένων σε κάποια πηγή κινδύνου που βρίσκεται στον εργασιακό χώρο (π.χ. θόρυβος, χημικές ουσίες, χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, μονότονη ή επαναληπτική εργασία, απροστάτευτα κινούμενα μέρη μηχανών κ.λπ.), καθώς και με τη σοβαρότητα των συνεπειών, δηλαδή τη βιολογική βλάβη που προκλήθηκε από την έκθεση αυτή. Η συνθετική προσέγγιση της πιθανότητας έκθεσης και της σοβαρότητας των συνεπειών, εκφράζεται από την έννοια της επικινδυνότητας που προσδιορίζει το βαθμό του επαγγελματικού κινδύνου (http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/_Ektimisi.1113226784021.pdf).

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου του εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί μια σύνθετη, διαχρονική και δυναμική διαδικασία που μέσω της αποδόμησης και της ανάλυσης συντελεί στη συγκρότηση του υγιούς και ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, προσαρμοσμένου στις ανθρώπινες ικανότητες και δυνατότητες. Δεν πρέπει να κυριαρχεί η άποψη ότι η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου λειτουργεί σαν μέσο αποθήκευσης τεχνικών πληροφοριών που χρησιμεύουν αποκλειστικά για ποσοτικές μεθόδους εκτίμησης, με τη χρήση δεικτών επικινδυνότητας. Τα πληροφοριακά στοιχεία που προέρχονται από την ανάλυση του εργασιακού περιβάλλοντος και των επιπτώσεών του στην υγεία και ασφάλεια, με την κατάλληλη επεξεργασία, συντελούν στη συγκρότηση των παρεμβάσεων πρόληψης που οδηγούν στην προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος στις διαστάσεις του εργαζόμενου ανθρώπου (Δρίβας Σ. και συν. 2004).

Τα ξενοδοχεία, όπως και κάθε άλλη μεγάλη επιχείρηση, υποχρεώνονται σύμφωνα με το Π.Δ. 17/96, το οποίο συμπληρώνεται με το Π.Δ. 199, 1999, για τη γραπτή εκτίμηση επαγγελματικού κινδύνου. Η υποχρέωση αυτή έχει στόχο την προαγωγή της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων στο εργασιακό περιβάλλον. Η προσέγγιση και η διερεύνηση του πολύπλοκου εργασιακού περιβάλλοντος των ξενοδοχειακών επιχειρήσεων για την εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου απαιτεί την παρουσία ενός μεθοδολογικού οδηγού. Με αυτόν τον τρόπο ο ιατρός εργασίας διαθέτει ένα εύχρηστο εργαλείο στην εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου σε ένα ξενοδοχείο. Στην εφαρμογή αυτού του μεθοδολογικού οδηγού είναι απαραίτητη η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων. Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου είναι μια συλλογική διαδικασία που απαιτεί συγκεκριμένη ακολουθία βασικών ενεργειών, για να είναι πλήρης και αποτελεσματική (Δρίβας Σ. και συν. 2001).

Οι βασικές ενέργειες περιλαμβάνουν:

- εντοπισμό των πηγών κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων που χαρακτηρίζουν κάθε παραγωγική διαδικασία
- εξακρίβωση των δυνητικών κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, προερχομένων από τις παραγωγικές διαδικασίες
- εκτίμηση του μεγέθους του κινδύνου και των επιπτώσεών του στην υγεία και ασφάλεια
- προγραμματισμό και διαχείριση των διαδικασιών πρόληψης.

Αυτό το σχέδιο εκτίμησης οδηγεί στις εξής πιθανές υποθέσεις «κινδύνου» για κάθε εργασιακό χώρο ή θέση εργασίας:

- στην απουσία κινδύνων έκθεσης στον εργασιακό χώρο
- στην παρουσία κινδύνων «ελεγχόμενης» έκθεσης αναφορικά με τα επίπεδα που ορίζει κάθε φορά η εθνική νομοθεσία
- στην παρουσία κινδύνων μη ελεγχόμενης έκθεσης.

Στην πρώτη περίπτωση δεν αναδεικνύονται κίνδυνοι οι οποίοι συνδέονται άμεσα με την παραγωγική διαδικασία. Στη δεύτερη περίπτωση οι κίνδυνοι που προκύπτουν από την παραγωγική διαδικασία, μπορούν να τεθούν υπό «έλεγχο» με την εφαρμογή των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας και σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία και πρακτική σχετικά με την προστασία και πρόληψη της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων. Στην τρίτη περίπτωση πρέπει να εφαρμοστούν άμεσα οι επεμβάσεις πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου της αυτές καθορίζονται στα άρθρα 4, 6 και 7 του Π.Δ. 17/96 και την εκάστοτε νομοθεσία για την εργασιακή υγεία και ασφάλεια (Δρίβας Σ. και συν. 2001).

Οι κίνδυνοι που πηγάζουν από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα, αν και συνήθως δρουν σε συνέργια (π.χ. η εντατικοποίηση της εργασίας σε ένα εργασιακό περιβάλλον με υψηλά επίπεδα θορύβου δημιουργεί της προϋποθέσεις ώστε να εκδηλωθεί τόσο μια επαγγελματική ασθένεια όσο και ένα εργατικό ατύχημα), για λόγους τακτοποίησης και καταγραφής, ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες ομάδες:

1η ομάδα: Κίνδυνοι για την ασφάλεια ή κίνδυνοι εργατικού ατυχήματος που περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί τραυματισμός ή βιολογική βλάβη στους εργαζόμενους, ως συνέπεια της έκθεσης στην πηγή κινδύνου.

Η φύση της πηγής κινδύνου καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού ή της βιολογικής βλάβης, που μπορεί να είναι μηχανική, ηλεκτρική, χημική, θερμική κ.λ.π. Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να οφείλονται (ενδεικτικά):

- στις κτιριακές δομές (π.χ. μη τήρηση των πολεοδομικών και υγειονομικών κανονισμών, ανεπάρκεια εξόδων κινδύνου, ολισθηρά δάπεδα, ελλιπής συντήρηση κατασκευών, απουσία προστατευτικών έναντι πτώσης κλπ)

- στον εξοπλισμό εργασίας (π.χ. απουσία προστατευτικών διατάξεων επικίνδυνων ζωνών στις μηχανές, ελλιπής συντήρηση, χρήση από μη εκπαιδευμένο προσωπικό κ.λ.π.)
- στις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις (π.χ. μη τήρηση κανονισμού ηλεκτρικών εγκαταστάσεων, ελλιπής συντήρηση κ.λ.π.)
- σε χρήση εύφλεκτων ή και εκρηκτικών ουσιών (π.χ. μη τήρηση προδιαγραφών ασφαλούς χρήσης και αποθήκευσης των ουσιών, έλλειψη μέτρων ελέγχου πηγών έναυσης, ελλιπής εξαερισμός, ανεπαρκής εξοπλισμός πυρανίχνευσης - συναγερμού - κατάσβεσης, απουσία διατάξεων ασφαλείας του εξοπλισμού υπό πίεση κ.λ.π.)
- σε χρήση άλλων επικίνδυνων ουσιών όπως τοξικές, διαβρωτικές κ.λπ. (π.χ. μη τήρηση προδιαγραφών ασφαλούς χρήσης και αποθήκευσης των ουσιών με βάση το δελτίο δεδομένων ασφάλειας προϊόντων)
- σε φυσικούς παράγοντες (π.χ. απόσπαση προσοχής εργαζόμενου λόγω υψηλού θορύβου)

2η ομάδα: Κίνδυνοι για την υγεία που περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί αλλοίωση στη βιολογική ισορροπία των εργαζομένων (ασθένεια), συνέπεια της επαγγελματικής έκθεσης σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος.

Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να οφείλονται σε:

- χημικούς παράγοντες (π.χ. υπέρβαση Οριακών Τιμών Έκθεσης)
- φυσικούς παράγοντες (π.χ. υπέρβαση Οριακών Τιμών Έκθεσης)
- βιολογικούς παράγοντες (π.χ. παρουσία βιολογικών ρύπων)

3η ομάδα: Κίνδυνοι εργονομικοί ή εγκάρσιοι (για την υγεία και την ασφάλεια) οι οποίοι χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδραση της σχέσης εργαζόμενου και οργάνωσης εργασίας στην οποία είναι ενταγμένος

Οι αιτίες αυτών των κινδύνων εντοπίζονται στην ίδια τη δομή της παραγωγικής διαδικασίας, που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της εργασίας. Ο σχεδιασμός των επεμβάσεων για την πρόληψη ή και την προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους πρέπει να στοχεύει σε μία δυναμική ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και του εργασιακού περιβάλλοντος, με βασική συντεταγμένη την προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο, προσαρμογή που προϋποθέτει τη γνώση των φυσιολογικών αλλά και παθολογικών μηχανισμών του ανθρώπινου οργανισμού. Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να που οφείλονται (Δρίβας Σ. και συν. 2004):

- στην οργάνωση εργασίας (π.χ. εντατικοποίηση, μονοτονία, βάρδιες κ.λ.π.)
- σε ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. άτυπες μορφές εργασίας, ηθική παρενόχληση)

- σε εργονομικούς παράγοντες (π.χ. μη εργονομικός σχεδιασμός της θέσης εργασίας)
- σε αντίξοες συνθήκες εργασίας (π.χ. εργασίες με ακατάλληλο εξοπλισμό, εργασίες σε αντίξοες κλιματολογικές συνθήκες κ.λ.π.).

Διαδικαστικές Φάσεις Εκτίμησης του Επαγγελματικού Κινδύνου

Η διαδικασία εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου ακολουθεί βασικές ενέργειες που οδηγούν στον εντοπισμό των πηγών κινδύνου, την εξακρίβωση, καθώς και τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος.

1. Εντοπισμός των πηγών κινδύνου (πρώτη φάση)

Αυτή η φάση περιλαμβάνει μια επιμελημένη και πλήρη καταγραφή της παραγωγικής διαδικασίας των υπό εξέταση χώρων ή θέσεων εργασίας. Η καταγραφή αφορά:

α. Την καταγραφή της παραγωγικής διαδικασίας και ροής, την περιγραφή της παραγωγικής τεχνολογίας, των μηχανών, των εγκαταστάσεων, των χρησιμοποιούμενων υλών και ουσιών, των διαδικασιών συντήρησης των μηχανών και των εγκαταστάσεων, την επεξεργασία και διάθεση των αποβλήτων καθώς και την εσωτερική και εξωτερική διακίνηση των φορτίων και των προϊόντων

β. Τον προσδιορισμό χρήσης των χώρων εργασίας (π.χ. εργαστήρια, γραφεία, αποθήκες κ.λ.π.)

γ. Τα κτιριακά χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου (αντισεισμική προστασία, επιφάνεια, χωρητικότητα, ανοίγματα κ.λ.π.)

δ. Τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων στα υπό εξέταση τμήματα της παραγωγικής διαδικασίας (αριθμός εργαζομένων, φύλο, βάρδιες εργασίας, εργασιακή ηλικία κ.λ.π.)

ε. Τις πληροφορίες που προέρχονται από την ιατρική παρακολούθηση, εάν και εφόσον παρέχεται, καθώς και αυτές που σχετίζονται με τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες.

Αυτή η καταγραφή της παραγωγικής διαδικασίας και του τεχνολογικού κύκλου παρέχοντας μια ολοκληρωμένη γνώση των παραγωγικών δραστηριοτήτων, επιτρέπει τον εντοπισμό των πηγών κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων. Για να επιτευχθεί μια ουσιαστική και όχι τυπική καταγραφή των παραγωγικών διαδικασιών είναι απαραίτητη η άντληση πληροφοριών από τους εργαζόμενους σχετικά με τις πραγματικές συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο.

2. Εξακρίβωση των κινδύνων έκθεσης (δεύτερη φάση)

Η εξακρίβωση των κινδύνων έκθεσης αποτελεί εκείνη τη διαδικασία η οποία μας επιτρέπει να προσδιορίσουμε ποιοτικά τους βλαπτικούς παράγοντες στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι. Ως εκ τούτου εξετάζουμε και καταγράφουμε:

α. Τον τρόπο λειτουργίας (π.χ. χειροκίνητη, αυτοματοποιημένη, μηχανική, μικτή κ.λ.π.), καθώς και τη μορφή της παραγωγικής δραστηριότητας

β. Την οργάνωση της παραγωγικής δραστηριότητας στο υπό εξέταση εργασιακό περιβάλλον (π.χ. χρόνος παραμονής στον εργασιακό χώρο, ταυτόχρονη ύπαρξη άλλων δραστηριοτήτων κ.λ.π.)

γ. Τη λήψη ή μη μέτρων προστασίας και πρόληψης για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων.

δ. Την άποψη των εργαζομένων για τις συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο στον οποίο εργάζονται καθώς και τις αναφορές τους για τις επιπτώσεις των βλαπτικών παραγόντων στην κατάσταση της υγείας τους (μέσω της εργατικής υποκειμενικότητας).

Στην υλοποίηση της συγκεκριμένης κατεύθυνσης ο ρόλος της Ε.Υ.Α.Ε. είναι αναντικατάστατος. Η Ε.Υ.Α.Ε. μπορεί αντικειμενικά να εξελιχθεί σε πόλο συγκέντρωσης της εμπειρίας των εργαζομένων. Ταυτόχρονα μπορεί να αναδείξει επικίνδυνες πρακτικές που υπάρχουν στη ζωή της επιχείρησης και τις οποίες αποκρύπτει ο εργοδότης για ευνόητους λόγους.

3. Εκτίμηση των κινδύνων έκθεσης (Τρίτη φάση)

Η εκτίμηση των κινδύνων έκθεσης που καταγράφηκαν και εξακριβώθηκαν της δύο προηγούμενες φάσεις ανάλυσης του εργασιακού περιβάλλοντος (φάση 1η και φάση 2η) υλοποιείται δια μέσου:

α. Του ελέγχου της εφαρμογής των κανόνων ασφάλειας (π.χ. των μηχανών).

β. Του ελέγχου των «αποδεκτών» για την υγεία και ασφάλεια συνθηκών εργασίας (σχετικά με τη φύση των κινδύνων, τη χρονική διάρκεια, τον τρόπο υλοποίησης και τη μορφή των παραγωγικών δραστηριοτήτων), αναφορικά με την κείμενη νομοθεσία.

γ. Του ποσοτικού προσδιορισμού των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος και των επιπτώσεών του στην υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, με τη διεξαγωγή τόσο στοχευμένων μετρήσεων όσο και στοχευμένων ιατρικών εξετάσεων.

Ο ποσοτικός προσδιορισμός αποτελεί το πιο κρίσιμο στάδιο κάθε διαδικασίας εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου. Η αποτίμηση μιας βασικής παραμέτρου του ποσοτικού προσδιορισμού, η οποία είναι η σοβαρότητα των συνεπειών από κάθε πηγή κινδύνου δεν αποτελεί μια απλή, ουδέτερη, τεχνοκρατική διαδικασία. Ο ταξικός προσανατολισμός της εκτίμησης επιδρά στο αποτέλεσμά της. Σοβαρές συνέπειες για ποιόν; Για τον εργοδότη ή για τον εργαζόμενο; Το αποτέλεσμα της

εκτίμησης εξαρτάται στην πράξη από ένα πλήθος παραγόντων που καθορίζουν την εργασία του Τεχνικού Ασφάλειας και του Ιατρού Εργασίας (χρόνος απασχόλησης, εκπαίδευση, εργασιακές σχέσεις και βαθμός ανεξαρτησίας απ' τον εργοδότη κ.λ.π.).

Η παρέμβαση επομένως του συνδικαλιστικού κινήματος στη συγκεκριμένη θεματολογία δεν εξαντλείται στην απαίτηση για τυπική ύπαρξη γραπτής εκτίμησης, αλλά στους όρους διαμόρφωσης του περιεχομένου της. Ανάλογος πρέπει να είναι και ο προσανατολισμός του κρατικού έλεγχου (Δρίβας Σ. και συν, 2003).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΞΕΝΟΔΟΧΟΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

Προβλήματα Υγείας Ξενοδοχοϋπαλλήλων

Είναι λίγες οι μελέτες στη βιβλιογραφία που αναφέρονται στα προβλήματα υγείας των εργαζομένων στα ξενοδοχεία. Η μεγάλη "ανακύκλωση" των εργαζομένων αυτών καθιστά δυσχερή την μακροχρόνια παρακολούθηση τους και την εξαγωγή συμπερασμάτων για τις επιπτώσεις των παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος στην υγεία τους. Παρ' όλα αυτά σε χώρες όπως οι Η.Π.Α., οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ιταλία έχουν γίνει μελέτες που αποκαλύπτουν προβλήματα υγείας τα οποία έχουν σχέση με τους παράγοντες κινδύνου στο χώρο του ξενοδοχείου.

Μυοσκελετικές Παθήσεις

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα οι μυοσκελετικές διαταραχές σε πολλά επαγγέλματα έχουν μελετηθεί ικανοποιητικά από πολλούς ερευνητές και έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά μυοσκελετικών διαταραχών στους εργαζόμενους. Οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν σήμερα τις πιο συνηθισμένες ασθένειες που προσβάλλουν τους εργαζόμενους σε όλους τους τομείς και σε όλες τις μορφές απασχόλησης τους. Σε όλους τους χώρους εργασίας οι χειρονακτικές εργασίες καθώς και οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις αποτελούν κινδύνους στους οποίους πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή (Encyclopaedia of Occupational health and Safety).

Οι περισσότερες ΜΣΠ που σχετίζονται με την εργασία είναι σωρευτικές παθήσεις και προκαλούνται από την ίδια την εργασία ή από το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται ο εργαζόμενος. Μπορεί, επίσης, να προκληθούν από ατυχήματα, π.χ. κατάγματα και εξάρθρωσεις. Συνήθως, οι ΜΣΠ προσβάλλουν τη ράχη, τον αυχένα, τους ώμους, τα άνω άκρα και τα κάτω άκρα. Ευρωπαϊκές έρευνες εκτιμούν ότι οι ΜΣΠ της ράχης, του αυχένα και των άνω άκρων αυξάνονται συνεχώς και συνιστούν σοβαρές ασθένειες με μεγάλο κόστος. (<http://www.aneuropa.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>).

Τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με αυτές είναι πολλά και ποικίλα: από δυσφορία και μικρούς ή μεγάλους πόνους έως σοβαρότερες ιατρικές παθήσεις οι οποίες απαιτούν απουσία του ατόμου από την εργασία του, ακόμη και ιατρική περίθαλψη. Στις χρόνιες περιπτώσεις, η θεραπεία και η ανάρρωση δεν είναι συχνά ικανοποιητικές και το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μόνιμη αναπηρία και απώλεια της εργασίας (<http://osha.europa.eu/publications>).

Μυοσκελετικές παθήσεις όπως το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, παθήσεις των αρθρώσεων ισχίου και γόνατος και παθήσεις της οσφυϊκής και αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης απειλούν τους εργαζόμενους στα ξενοδοχεία. Η μεγάλη ποικιλία εργασιών που πραγματοποιούνται με ταχύτητα και ένταση για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πελατών επιβαρύνουν συγκεκριμένα σημεία του σώματος των εργαζομένων. Σύμφωνα με έρευνες περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση κάποιας μυοσκελετικής πάθησης από τους ξενοδοχοϋπαλλήλους είναι οι σερβιτόροι, οι μπάρμαν, οι καμαριέρες, οι καθαρίστριες και οι μάγειροι (Hannerz H. et al 2002).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια έρευνα που δημοσιεύτηκε στο *European Journal of Public Health* το 2002, για τα προβλήματα υγείας εργαζομένων στα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια της Δανίας που χρήζουν ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με αυτήν, οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μυοσκελετικών παθήσεων στα άνω και κάτω άκρα καθώς και στην περιοχή του κεφαλιού ενώ οι άντρες εμφανίζουν συχνά ρήξεις συνδέσμων και μυών (Hannerz H. et al 2002).

Καρδιακές Ασθένειες

Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως οι εργασιακές συνθήκες, μπορούν να επηρεάζουν την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες καριέρας που αντιμετωπίζουν καθημερινές συνθήκες στρες στην εργασία τους, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, προειδοποιούν οι ερευνητές (*Journal of the American College of Cardiology*, 2005).

Υπάρχει συσχετισμός μεταξύ υπερωριακής εργασίας και αυξημένου κινδύνου για καρδιακές παθήσεις όπως η στηθάγχη, το έμφραγμα μυοκαρδίου και ο θάνατος λόγω καρδιακής νόσου όπως διαπιστώθηκε σε μια μεγάλη έρευνα διάρκειας περίπου 11 ετών που διεξήχθη στο Λονδίνο. Σύμφωνα με αυτήν, οι άνθρωποι που εργάζονται 10 με 11 ώρες την ημέρα έχουν 60% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σοβαρές καρδιακές ασθένειες, ακόμα και να υποστούν καρδιακή προσβολή, απ' αυτούς που εργάζονται 7 ώρες την ημέρα. Η καρδιακή προσβολή και η υπέρταση παρατηρούνται αρκετά συχνά σε εργαζόμενους σε ξενοδοχεία. Επίσης, η εργασία σε βάρδιες, το στρες και η ένταση έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων στο καρδιαγγειακό σύστημα (*International Journal of Obesity*, 2005).

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της υπερωριακής εργασίας. Τα άτομα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας τύπου A (επιθετικά και ανταγωνιστικά άτομα, χαρακτηρίζονται από περισσότερη ένταση, μεγαλύτερη ευσυνειδησία και τυπικότητα στην τήρηση ωραρίων και χρονοδιαγραμμάτων) με ψυχολογική καταπόνηση όπως κατάθλιψη ή άγχος και πιθανόν με έλλειψη ύπνου δουλεύουν συχνότερα υπερωρίες από άλλα άτομα (European Heart Journal, 2010).

Εκτός από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συναντώνται συχνότερα στους ανθρώπους που εργάζονται συνήθως υπερωρίες και τα οποία συμβάλλουν στη γένεση καρδιακών παθήσεων, άλλη πιθανή εξήγηση για το συσχετισμό καρδιακών νόσων και υπερωριών είναι η ψηλή πίεση που σχετίζεται με το εργασιακό στρες (European Heart Journal, 2010).

Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Αδιαμφισβήτητα, η υπερβολική κούραση μαστίζει την πλειονότητα των εργαζομένων. Οι αιτίες είναι πολλές και οι κίνδυνοι μεγάλοι. Οι αυξανόμενες απαιτήσεις του σύγχρονου εξαιρετικά ανταγωνιστικού επαγγελματικού περιβάλλοντος, ο κίνδυνος της απώλειας απασχόλησης και ανεργίας οδηγούν τους εργαζόμενους να εργάζονται πιο πολλές ώρες. Ταυτόχρονα, τα σύγχρονα μέσα πληροφόρησης, επικοινωνίας και ψυχαγωγίας κλέβουν όλο και περισσότερες ώρες από τον πολύτιμο μας ύπνο. Περισσότερη δουλειά και λιγότερος ύπνος οδηγούν αναπόφευκτα σε χρόνια βασιανιστική κούραση. Εάν δεν ληφθούν διορθωτικά μέτρα επέρχεται η υπερκόπωση και μετά ένα πολύ χειρότερο στάδιο που είναι το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης. Ορισμένοι επαγγελματίες όπως μεταξύ άλλων οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι δάσκαλοι, οι καθηγητές, οι αστυνομικοί, οι οδηγοί φορτηγών, άτομα που εργάζονται με το σύστημα βάρδιας, οι εποχιακοί εργαζόμενοι κινδυνεύουν περισσότερο από την εργασιακή εξουθένωση. Επιπλέον, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις, υποχρεώνει όλο και περισσότερους ανθρώπους να εργάζονται πιο πολλές ώρες και να κοιμούνται λιγότερο. Το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης. Προκαλείται λόγω μακροχρόνιας εργασίας κάτω από ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες. Εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, που είναι ευσυνείδητοι και δυσκολεύονται να διαχωρίζουν την επαγγελματική τους ενασχόληση από την προσωπική τους ζωή, είναι πιο εύκολο να προσβληθούν από το εν λόγω σύνδρομο. Επίσης, πρέπει να προσθέσουμε ότι, μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων προκαλούν κούραση. Τέτοια φάρμακα είναι τα αντιισταμινικά (που χρησιμοποιούνται εναντίον της αλλεργίας), τα ηρεμιστικά, ορισμένα αναλγητικά, τα αντιυπερτασικά, τα διουρητικά και άλλα (<http://www.iatronet.gr/article.1>).

Η χρόνια κούραση είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι εργαζόμενοι σήμερα. Χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα εξάντλησης, κόπωσης και απουσίας ενεργητικότητας. Μπορεί να συνοδεύεται από ένα αίσθημα ανάγκης για ύπνο και από απάθεια για οτιδήποτε. Οι ασθένειες που συνοδεύονται από χρόνια κούραση είναι πολλές και επηρεάζουν πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικές από αυτές είναι οι πιο κάτω:

- Οι διάφορες μορφές αναιμίας ακόμη και οι πολύ συχνές αναιμίες λόγω έλλειψης σιδήρου μπορεί να συνοδεύονται από χρόνια κούραση
- Οι ενδοκρινολογικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο διαβήτης, η νόσος του Addison και η ακρομεγαλία
- Οι καρδιακές παθήσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια
- Οι διάφορες μορφές αρθρίτιδας, η χρόνια νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ερυθηματώδης λύκος
- Οι κακοήθεις νόσοι
- Οι μολυσματικές ασθένειες, οι ιώσεις, οι βακτηριακές λοιμώξεις, το AIDS, η φυματίωση, η μαλάρια, η γρίπη, η λοιμώδης μονοπυρήνωση
- Η κακή διατροφή, η υπερβολική σωματική εξάσκηση, οι διάφορες μορφές αλλεργίας, οι αϋπνίες, το στρες, η κατάθλιψη, η θλίψη (<http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>).

Εργασιακό Άγχος

Κάτω από ορισμένες συνθήκες το εργασιακό άγχος μπορεί να ξεφύγει από τα αναμενόμενα όρια και να έχει νοσηρές επιδράσεις στην υγεία του εργαζόμενου. Η καρδιά, τα αγγεία, το ανοσοποιητικό σύστημα βάλονται από το εργασιακό στρες. Πρόσφατα, 12ετής έρευνα στη Βρετανία αποκάλυψε ότι το εργασιακό στρες σκοτώνει. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, όσοι βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο έντονο και χρόνιο άγχος αντιμετωπίζουν έως και κατά 68% μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν καρδιακή προσβολή ή να εμφανίσουν στηθάγχη, μιας και το άγχος επηρεάζει την ίδια τη χημεία του σώματος. Διαπιστώθηκε πως το άγχος διαταράσσει το τμήμα εκείνο του νευρικού συστήματος που ελέγχει την καρδιά, καθοδηγώντας τη λειτουργία της και ελέγχοντας τις διακυμάνσεις του καρδιακού παλμού. Παράλληλα φάνηκε ότι το άγχος διαταράσσει ένα σημαντικό κομμάτι του νευροενδοκρινικού συστήματος. Οι αγχώδεις εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα εμφάνιζαν τα πρωινά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα τους. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ο συσχετισμός άγχους και καρδιακών παθήσεων είναι ισχυρότερος στους άνδρες και τις γυναίκες κάτω των 50 ετών. Μεταξύ των ανθρώπων που βρίσκονται σε ηλικία συνταξιοδότησης, και άρα είναι λιγότερο πιθανό να εκτίθενται σε εργασιακό στρες, ο συσχετισμός είναι πιο αδύναμος (Occupational and Environmental Medicine, 2003).

Άλλες ευρωπαϊκές έρευνες για τις συνθήκες εργασίας δείχνουν ότι 9-12% των ανδρών και 9-11% των γυναικών στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι εκτεθειμένοι σε εργασιακή πίεση κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας (υψηλό ποσοστό βρέθηκε ιδιαίτερα στη Γερμανία, την Ελλάδα και την Ολλανδία). Η έκταση του φαινομένου οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας που επικρατούν:

- Περισσότεροι από το 1/3 δεν μπορούν να κάνουν διάλειμμα όταν το χρειάζονται
- 4 στους 10 δεν έχουν τη δυνατότητα να αποφασίσουν μόνοι τους το διάστημα των διακοπών τους ή τις ημέρες της άδειάς τους
- Περίπου οι μισοί από τους εργαζόμενους στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης απασχολούνται σε μονότονες εργασίες, πράγμα που εντείνει το στρες. Η μονοτονία και η επανάληψη στην εργασία είναι φαινόμενα που παρατηρούνται περισσότερο στη Γαλλία, την Ελλάδα και την Ισπανία (Journal of Epidemiology and Community Health, 2003).

Εργατικά Ατυχήματα και Τραυματισμοί

Οι πολλές ώρες εργασίας και η υπερκόπωση των εργαζομένων δεν έχει μόνο αρνητικές επιπτώσεις για τα ίδια τα άτομα και για την οικογένειά τους αλλά και για την ίδια τη δουλειά τους. Η κούραση στο χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε τραγικές καταστάσεις λόγω του αυξημένου κινδύνου για ατυχήματα, τραυματισμούς και προβλήματα υγείας. Παράγοντες όπως το στρες και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αυξάνουν την κούραση και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που μειώνει την αποδοτικότητα του εργαζομένου και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ατυχήματα και τραγικά λάθη (American Journal of Preventive Medicine, 2007).

Σύμφωνα με έρευνες το 18% όλων των ατυχημάτων και τραυματισμών στους χώρους εργασίας προκαλείται λόγω κούρασης. Η κούραση στην εργασία είναι μια κοινή και πολύ σοβαρή απειλή. Η μάστιγα αυτή χρειάζεται μια συνεχή αντιμετώπιση με συλλογική δράση από το σύνολο της κοινωνίας, εργαζόμενους, εργοδότες και Πολιτεία (http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=18191).

Μολυσματικές και Παρασιτικές Ασθένειες

Μολυσματικές και Παρασιτικές Ασθένειες παρουσιάζονται συχνά σε εργαζόμενους στον κλάδο των ξενοδοχείων, σύμφωνα με έρευνες. Στο περιοδικό "Epidemiological Infections" αναφέρεται ότι σε ένα ξενοδοχείο των Η.Π.Α. οι ξενοδοχοϋπάλληλοι προσβλήθηκαν, μέσα σε δύο εβδομάδες, από επιδημία οξείας γαστρεντερίτιδας (Love S.S. et al 2002).

Σε δημοσιευμένες έρευνες στο περιοδικό Journal Public Health, αναφέρεται η πιθανότητα μόλυνσης των ξενοδοχοϋπαλλήλων από τον ιό της ηπατίτιδας Β και C

καθώς και από τον ιό του HIV. Το συγκεκριμένο άρθρο του περιοδικού δίνει το συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης συχνότητας επικίνδυνων για μόλυνση από τους ιούς αυτούς συμπεριφορών των εργαζομένων με συγκεκριμένους εργασιακούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Journal of Public Health Policy, 2002).

Επίσης, σε δημοσιευμένη έρευνα στο "Ceylon Medicine Journal", από το Τμήμα Μικροβιολογίας του *Ινστιτούτου Ιατρικής Έρευνας* της Κολομβίας, η Legionella αφορά το περιβάλλον του ξενοδοχείου με πιο συχνό είδος την Legionella Pneumophila. Επομένως, ο κίνδυνος για παρουσία επιδημιών από μικρόβια και ιούς σε ξενοδοχειακό εργασιακό περιβάλλον είναι υπαρκτός, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (El Sayed N.M. et al 1996).

Γονιμότητα

Οι πολλές ώρες εργασίας μπορούν να βλάπτουν την ποιότητα ζωής και την πνευματική υγεία. Ακόμη περισσότερο, η φυσική εξάντληση επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική ζωή αυτών που εργάζονται υπερβολικά. Από σχετικές έρευνες προέκυψε ότι άτομα που εργάζονται περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα, επηρεάζονται από υπερκόπωση με αποτέλεσμα να υποφέρει η σεξουαλική τους ζωή. Η υπερένταση και η κούραση επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική ζωή σε περισσότερο από 50% των εργαζομένων που εργάζονται περισσότερες από 48 ώρες την εβδομάδα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επηρεάσει και την πνευματική υγεία του εργαζομένου. Λόγω του ότι στερείται δραστηριοτήτων που τον αναζωογονούν πνευματικά και σωματικά, καθίσταται περισσότερο ευάλωτος σε περιόδους δύσκολες ή περιόδους κρίσης που αναπόφευκτα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής του καθενός (<http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>). Δεν είναι λίγα τα επαγγέλματα που έχουν συσχετιστεί με διαταραχές της γονιμότητας. Η ποιότητα του σπέρματος ενδέχεται να επηρεάζεται από την επαγγελματική έκθεση σε παράγοντες όπως: υψηλές θερμοκρασίες, χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα. Σε αυτά προστίθενται συνθήκες εργασίας όπως η πολύωρη κοπιαστική εργασία και οι στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (American Psychological Association, 2008).

Σημαντικά προβλήματα γονιμότητας δημιουργεί επίσης η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Η πολύωρη εργασία καθημερινά μπορεί να τριπλασιάσει τον κίνδυνο αλκοολισμού στους νεαρής ηλικίας ενήλικες. Ο χώρος εργασίας όπου ο εργαζόμενος περνά πολλές ώρες καθημερινά γίνεται οικείος και συχνά επικρατεί κλίμα κοινωνικότητας που μπορεί να συνοδεύεται από την κατανάλωση αλκοόλ (<http://www.cdc.gov/niosh/>).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο μεγάλος αριθμός ξενοδοχειακών επιχειρήσεων σε όλη την Ελλάδα, που λειτουργούν για την κάλυψη τουριστικών και μη αναγκών, απασχολούν ένα μεγάλο αριθμό εργαζομένων. Στο χώρο αυτό δεν έχουν γίνει έως τώρα έρευνες ή οποιαδήποτε προσέγγιση διερεύνησης των προβλημάτων υγείας και γενικότερα των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας εργασίας των ξενοδοχοϋπαλλήλων.

Η σχέση μεταξύ εργασίας και υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα και καθιστά απαραίτητη την διερεύνηση και τον προσδιορισμό ασθενειών που σχετίζονται με τις διάφορες επαγγελματικές εκθέσεις και συνθήκες εργασίας. Ο προσδιορισμός των επαγγελματικών ασθενειών μπορεί με την βοήθεια της ιατρικής της εργασίας, της φυσικοθεραπείας και του εκάστοτε εργασιακού τομέα να οδηγήσουν αρχικά σε ανεύρεση των παθόντων εργαζομένων και θεραπεία τους και κατά δεύτερον να αποτελέσουν μία αρχή για την πρόληψη τέτοιων καταστάσεων.

Είναι γνωστό ότι οι πολλοί εργαζόμενοι στην Ελλάδα απασχολούνται σε ξενοδοχειακές επιχειρήσεις, με μεγάλο ποσοστό απασχόλησης τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω της αύξησης του τουρισμού στην Χώρα μας τους μήνες αυτούς. Οι συνθήκες εργασίας καθώς και οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος στο χώρο του ξενοδοχείου, ενέχουν κινδύνους και δύνανται να προκαλέσουν σοβαρές και χρόνιες παθήσεις στην υγεία των εργαζομένων.

Είναι γεγονός, επίσης, ότι στις επιχειρήσεις αυτές συμβαίνουν πολλά από τα καταγεγραμμένα εργατικά ατυχήματα. Τα δεδομένα αυτά καθιστούν πειστική την ανάγκη για παρεμβάσεις που θα βελτιώσουν τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, επιτυγχάνοντας μείωση των ατυχημάτων και των ασθενειών που συνδέονται με την εργασία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **American Journal of Preventive Medicine**, (2007), Ladder-Related Injuries Treated in Emergency Departments in the United States, 32(5):413 – 418
2. **American Psychological Association**, (2008), Comparing the Outcomes of Sexual Harassment and Workplace Aggression, Seventh International Conference on Work, Stress and Health
3. **Bardi J.A.**, (2000), Διοίκηση Υποδοχής Ξενοδοχείου, Δεύτερη Έκδοση, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λάμπρος Ι. Καταράχιας, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»)
4. **Barsky, J.D. and Labagh R.**, (1992), A Strategy for Customer Satisfaction, The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 33 (5): 32 – 40
5. **Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ., Κουκουλάκη Θ.**, (2001), Μεθοδολογικός Οδηγός για την Εκτίμηση και Πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου, Δεύτερη Έκδοση, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας
6. **Δρίβας Σ., Παπαδόπουλος Μ.**, (2003), Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου, από Το βιβλίο του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.: Θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας για επιχειρήσεις γ' κατηγορίας" (άρθρο 2 ΠΔ 294/88), εκδ. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., Αθήνα
7. **Δρίβας Σ., Παπαδόπουλος Μ.**, 2004, Η Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου, από το βιβλίο του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.: Εγχειρίδιο υγείας και ασφάλειας της εργασίας, Α' Έκδοση, ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. – ΕΚΑ, Μάιος 2004, Αθήνα
8. **El Sayed N.M, Gomatos P.J., Rodier G.R., Wierzba T.F., Darwish A., Khashaba S. and Arthur R.R.**, (1996), Seroprevalence Survey of Egyptian Tourism Workers for Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, Human Immunodeficiency Virus and Treponema Pallidum Infections, The American Journal of Tropical Medical Hygiene, August 1996, 55 (2): 179 – 184
9. **Encyclopaedia of Occupational health and Safety** (Fourth Edition), International Labour Office
10. **European Heart Journal**, (2010), Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study
11. **Hannerz H. Tuchsén F. And Kristensen T.S.**, (2002), Hospitalizations Among Employees in the Danish Hotel and Restaurant Industry, 12: 192 – 197
12. **Health and Safety Comition**, (2002), The health and safety system in Great Britain, 3rd edition, available at: <http://www.hse.gov.uk/pubns/ohsingb.pdf>
13. <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>
14. http://osha.europa.eu/el/topics/accident_prevention/risks
15. <http://osha.europa.eu/publications>
16. <http://www.aneuropa.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>

17. <http://www.cdc.gov/niosh/>
18. http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/_Ektimisi.1113226784021.pdf
19. <http://www.iatronet.gr/article.1>
20. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=18191
21. <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>
22. **International Journal of Obesity**, (2005), Psychosocial working conditions and weight gain among employees, doi:10.1038/sj.ijo.0802962
23. **Journal of Epidemiology and Community Health**, (2003), Work and health in a contemporary society: demands, control and insecurity, σελ. 849 – 854
24. **Lee P.T. and Kraus N.**, (2002), *Journal of Public Health Policy*, The Impact of a Worker Health Study on Working Conditions, 23 (3): 268 – 285
25. **Journal of the American College of Cardiology**, (2005), The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice, 45(5): 637 – 651, 1 Μαρτίου 2005., R132005
26. **Κατίκη - Πιβροπούλου Τάνια**, (1998), "Υπηρεσία υποδοχής", Εκδ. Interbooks, Αθήνα
27. **Love S.S., Jinag X., Barrett E., Farkas T. And Kelly S.**, (2002), "A Large Hotel Outbreak of Norwalk-like Virus Gastroenteritis Among Three Groups of Guest And Hotel Employees in Virginia", *Epidemiological Infections*, August 2002, 129 (1): 37 – 43
28. Ν. με αριθ. 1568/18.10.85 Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων. ΦΕΚ 177, Τεύχος Α', άρθρο 32 Γενικές υποχρεώσεις εργοδοτών – εργαζομένων, παρ. 9
29. Ν. με αριθ. 3850/02.06.2010, ΦΕΚ 84, Τεύχος Α', Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. Άρθρα: 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 32
30. **Occupational and Environmental Medicine**, (2003), The effect on ambulatory blood pressure of working under favourably and unfavourably perceived supervisors, σελ. 468 – 474
31. **Occupational Safety and Health in Finland**, (2004), Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health, 5
32. **Rutherford D. J.** (1999), "Ξενοδοχείο Διοίκηση και Λειτουργίες", Δεύτερη Έκδοση, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Αλέξανδρος Παρασκευάς, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»
33. **Πιντέλογλου Γρηγόρης**, (2001), Στοιχεία Τουριστικής - Ξενοδοχειακής Εργατικής Νομοθεσίας", Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»
34. **Σουπιώνης Σπύρος**, (2003), Προβλήματα Υγείας Ξενοδοχοϋπαλλήλων στην Κέρκυρα, Διπλωματική Εργασία Ε.Σ.Δ.Υ., Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Ακαδημαϊκό Έτος 2002 - 2003

35. **Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων**, Γενική Διεύθυνση Συνθηκών Εργασίας, Καλές Πρακτικές για Ασφαλή Εργασία της Μικρές και Μεσαίες Επιχειρήσεις, Αθήνα 2002 σελ. 1

36. Υπουργική Απόφαση 530992/28.09.87, ΦΕΚ 557 Τεύχος Β' Τεχνικές Προδιαγραφές Τουριστικών Εγκαταστάσεων

37. **Umbreit W.T. Sweeney S.**, (1999), Οι προκλήσεις, η δομή και η διοίκηση του τμήματος ανθρώπινου δυναμικού, Δεύτερη Έκδοση, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Αλέξανδρος Παρασκευάς, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»

38. **World Health Organization.** (2005), Number of work-related accidents and illnesses continues to increase. WHO and ILO join in call for prevention strategies. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr18/en/index.html>

HEALTH AND SAFETY OF WORKERS IN HOTELS

Evdokia - Spyridoula Kavvadia and T.C. Constantinidis

Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace, in cooperation with Departments of Public Health and Nursing Athens Technological Educational Institute.

Abstract: The present work includes the study of hygiene and safety of work of workers in hotels. In the beginning, is analyzed the significance of work and its contribution in human's life. Are reported the harmful effects of working conditions and working environment to physical and mental health of workers, as well as the difficulties encountered in trying to reduce accidents at work and occupational diseases. Then, is analyzed the concept and classification of hotels in various categories according to the Greek Law. Is analyzed, also, the organization and operation of hotels based on their departments and the employing staff. Are presented the labour relations of hotel employees and jobs in hotels. Follows, the analysis of the concepts of occupational physician and safety technician, their duties and obligations and the significance of their existence in hotels. It is also referred the concept, the use and the importance of the existence of the book recording accidents of work. Afterwards, it is analyzed the meaning and the importance of occupational risk assessment of the work environment and in particular of the hotels working environment. At this point, it is referred the classification of occupational risk and the procedural steps that must be followed in order to assess them properly. Finally, are reported the most commonly health problems and diseases faced by workers as hotel employees, as well as, the working conditions and the working environment factors which lead to the appearance of these health problems among workers in hotels. The material of this study was Greek and international literature and data from the Internet. The keywords that were used to find material are: hotel, labour relations of hotel employees, Greek Legislation of hotel enterprises, occupational physician, safety technician, occupational risk assessment, diseases of hotel employees.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ

Ευθαλία Καλαντζή, Δ. Πατούχας και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.

Περίληψη: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορους κλάδους εργασίας στον ελλαδικό χώρο και την συσχέτιση του με παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, ατομικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας του εργαζομένου. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε την αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν στην Ελλάδα και σε διεθνές επίπεδο από έλληνες συγγραφείς και αφορούσαν εργαζόμενους που απασχολούνταν σε ελληνικές επιχειρήσεις του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Για τον λόγο αυτό ερευνήθηκαν ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL, Mednet, IATROTEK) και άρθρα ελληνικών και ξένων περιοδικών. Για την αντικειμενικότερη εκτίμηση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στους διάφορους κλάδους εργασίας επιλέχθηκαν μελέτες που οι συγγραφείς είχαν χρησιμοποιήσει ως εργαλείο προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις τρεις διαστάσεις συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων) το ερωτηματολόγιο καταγραφής των Maslach και Jackson (M.B.I). Οι περισσότερες μελέτες αφορούσαν εργαζόμενους στον χώρο της εκπαίδευσης (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας) και της υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Ωστόσο βρέθηκαν και μελέτες προσδιορισμού της επαγγελματικής εξουθένωσης των ελλήνων εργαζομένων και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους όπως ιδρύματα κράτησης (π.χ. σωφρονιστικοί υπάλληλοι), κλειστά ιδρύματα νοσηλείας (π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί), εργαζόμενοι σε σώματα ασφάλειας και στις ένοπλες δυνάμεις, εργαζόμενοι στον αθλητισμό (πχ προπονητές ποδοσφαίρου και καλαθοσφαίρισης), δικηγόρους κ.τ.λ. Το αποτέλεσμα των περισσότερων μελετών υποδείκνυε ότι οι έλληνες εργαζόμενοι βιώνουν μέτρια ως υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με το εργασιακό περιβάλλον να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα ανάπτυξης του συνδρόμου. Μέτρα πρόληψης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο πρέπει να ληφθούν για την αντιμετώπιση του συνδρόμου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ζωή των περισσότερων εργαζόμενων αφού εκεί

δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου ζωής τους. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και τον βαθμό ικανοποίησης του από την εργασία καθόλα την διάρκεια της ζωής του (Κουτελέκος 2007).

Δυστυχώς στις περισσότερες βιομηχανικές περιοχές ο αριθμός των παραληπτών κοινωνικού επιδόματος αναπηρίας και ακαταλληλότητας προς εργασία έχει αυξηθεί απότομα τις τελευταίες δεκαετίες, με τις ψυχικές διαταραχές να αποτελούν την δεύτερη μεγαλύτερη διαγνωστική ομάδα παθήσεων μετά τις μυοσκελετικές ασθένειες (Ορφανίδης 2010). Σύμφωνα με τον Αντωνίου (ΕΛΙΝΥΑΕ 2002) ένας στους τρεις εργαζόμενους (28%) στην Ευρωπαϊκή ένωση πάσχουν από stress που οφείλονται στην εργασία, μια κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια, απώλεια προσωπικού και μειωμένη αποδοτικότητα (Sutherland V and Cooper C.L 1990). Επιπρόσθετα το ελληνικό ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (2002) αναφέρει ότι με βάση στοιχεία του 1998 οι ευρωπαϊκές χώρες διέθεσαν για ασθένειες που πηγάζουν από το εργασιακό stress περίπου 265 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί ως παρατεταμένο εργασιακό stress στις απαιτήσεις της εργασίας, οι οποίες υπερβαίνουν τις δυνατότητες των ατόμων (Maslach C and Schaufeli 1993). Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιείται για την περιγραφή της ψυχοσωματικής κατάστασης και εργασιακής απόδοσης ενός προσώπου (ή ομάδας προσώπων) ενταγμένου στην παραγωγική διαδικασία. Δηλώνει την σχεδόν ολοκληρωτική εκμηδένιση της επαγγελματικής και προσωπικής υπόστασης του ατόμου (Βασιλόπουλος Σ 2012).

Η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης έγινε το 1974 από τον Freudenberger ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες, οι οποίοι κατά την άσκηση της εργασίας τους ανέπτυσσαν διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα (Freudenberger 1974).

Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson η *συναισθηματική εξάντληση* (emotional exhaustion), η *αποπροσωποποίηση* (depersonalization) και η *έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων* (reduced feeling of personal accomplishment) αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύνδρομο που σχετίζεται με παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας, ατομικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας του ατόμου (Maslach C and Jackson 1981).

Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα στην διεθνή βιβλιογραφία και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση έχουν ως πληθυσμό μελέτης εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλεύτες). Ειδικότερα σημαντικό ποσοστό των ιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10-56%), αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13-47%) και μειωμένα προσωπικά

επιτεύγματα (4-59%), με τα ποσοστά για τις ίδιες παραμέτρους για το νοσηλευτικό προσωπικό να κυμαίνεται στο (15-50%), (7-37%) και (25-76%) αντίστοιχα. (Παππά Ε.Α. 2008).

Στην χώρα μας η εικόνα στο κλάδο της υγείας δεν φαίνεται να διαφοροποιείται αφού επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζει το 25% των ειδικών ιατρών, το 33% των ειδικευομένων ιατρών, το 28% των φοιτητών ιατρικής, το 37% των νοσηλευτών και το 35% των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ, σύμφωνα με πενταετή έρευνα που πραγματοποίησε το εργαστήριο υγιεινής της Ιατρικής σχολής του Α.Π.Θ. (Σιμιτσής Α 2011). Οι έρευνες επίσης δείχνουν ότι οι καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα stress σε σχέση με άλλους υπαλλήλους (Dorman J 2003) και στην Ελλάδα συγκεκριμένα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους καθηγητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Καντάς Α. 1996).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξεταστεί το ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι Έλληνες εργαζόμενοι σε διάφορους τομείς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (υγεία, εκπαίδευση, αθλητισμός, δημόσια διοίκηση, ασφάλεια) και πώς σχετίζονται διάφοροι παράγοντες (περιβαλλοντικοί-εργασιακοί, ατομικοί και παράγοντες της προσωπικότητας) με τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Στο πρώτο μέρος γίνεται μια ιστορική αναδρομή του συνδρόμου και δίνεται ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναλύοντας τις τρεις συνιστώσες που την απαρτίζουν. Επίσης αναφέρονται οι τρόποι μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο διαδεδομένο όργανο μέτρησης, το *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Στο δεύτερο μέρος αναλύονται οι παράγοντες που θεωρούνται σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου και οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στον οργανισμό, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στο άτομο. Στο τρίτο μέρος καταγράφονται οι μελέτες από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία οι οποίες έχουν μελετήσει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε Έλληνες εργαζόμενους με την χρήση του ερωτηματολογίου MBI, οι μέσες τιμές των παραμέτρων του συνδρόμου που παρουσιάζουν οι Έλληνες εργαζόμενοι όπως προκύπτουν από τις παραπάνω μελέτες και οι συσχετίσεις των παραμέτρων αυτών με παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση κ.τ.λ. Στο τέταρτο και τελευταίο μέρος της μελέτης αναφέρεται η αντιμετώπιση και η πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.

Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης

Στην άτυπη καθημερινή γλώσσα οι ειδικοί χρησιμοποίησαν τον όρο burn out για πρώτη φορά το 1960 για να περιγράψουν τα αποτελέσματα της χρόνιας χρήσης

εξαρτησιογόνων ουσιών (Pedersen 1998). Η ετυμολογία του συνδρόμου burn out στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι το σημείο της απανθράκωσης (Arnold J 1995, Bakker AB 2000). Ο συγγραφέας Graham Greene έκανε χρήση του όρου στο μυθιστόρημα A burnout Case, όπου αφηγείται την ιστορία του Querry, ενός αρχιτέκτονα, ο οποίος παράτησε την εργασία του για να πάει στην ζούγκλα της Αφρικής (Παναγιωτόπουλος 2008).

Αυτός όμως που ανέδειξε το σύνδρομο είναι ο κλινικός ψυχολόγος Herbert Freudenberger το 1974, όταν εργαζόταν σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών, για να περιγράψει ένα σύνδρομο που θεώρησε αρκετά σύνηθες κατά την εργασιακή εμπειρία του ίδιου και των συναδέλφων του. Συγκεκριμένα παρατήρησε ότι πολλοί από αυτούς κατά την επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους βίωναν μειωμένη ενεργητικότητα, υποκίνηση και δέσμευση, με αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία τους και τους πελάτες, οι οποίες συχνά εξελίσσονταν σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Αργότερα το 1980, ο Freudenberger την περιέγραψε ως μια κατάσταση κόπωσης και απογοήτευσης που επέρχεται με την αφοσίωση σε ένα σκοπό, στον τρόπο ζωής ή με την αποτυχία να αποκτηθεί η αναμενόμενη ανταμοιβή.

Σύμφωνα με την Cherniss (1980a, 1980b) η ψυχολογική απομάκρυνση του ατόμου από την εργασία του και οι αρνητικές προσωπικές αλλαγές που βιώνει με την πάροδο του χρόνου λόγω των μαιώσεων που βιώνει ή λόγω των υπερβολικών απαιτήσεων αποτελούν ένα γενικό ορισμό του συνδρόμου burn out (Σάλμαν 2011).

Ο πλέον διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της Maslach (1993) που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, η οποία προκαλείται από μακροχρόνια έκθεση και εμπλοκή σε καταστάσεις που έχουν συναισθηματικές απαιτήσεις και στα πλαίσια της οποίας χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς/πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού. Ο όρος *επαγγελματική εξουθένωση* δεν είναι συνώνυμος του όρου *εργασιακή πίεση* (job stress), *κόπωση* (fatigue), *αποξένωση* (alienation) ή *κατάθλιψη* (depression), παρόλο που η κατάχρηση του όρου τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησε σε σύγχυση όρων και ορισμών.

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι προκαλείται από δυσανάλογα υψηλή προσπάθεια (με επένδυση σε χρόνο και συναισθηματική εμπλοκή), και χαμηλή ικανοποίηση (αρνητικά αποτελέσματα), σε συνδυασμό με πιεστικές εργασιακές συνθήκες (υψηλές απαιτήσεις). Εμφανίζεται ιδιαίτερα σε άτομα που έχουν ως αντικείμενο εργασίας τον άνθρωπο (π.χ. νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί).

Προσεγγίσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μελετηθεί ανάλογα με το μοντέλο που θα αποφασίσει να ακολουθήσει ο κάθε μελετητής. Έχουν προταθεί τέσσερα μοντέλα τα οποία είναι τα ακόλουθα:

A) το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982) με τις τρεις συνιστώσες της συναισθηματικής εξάντλησης, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

B) το μοντέλο των Edelmich and Brodsky (1980) το οποίο χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Το πρώτο στάδιο διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα που επέλεξε και θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες οι οποίες όταν διαψεύδονται σηματοδοτούν την έναρξη του δεύτερου σταδίου της αμφιβολίας και της αδράνειας, κατά το οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται. Η μη ικανοποίηση από την εργασία τον ωθεί στο στάδιο της απογοήτευσης και της ματαίωσης (Κουτελέκος Ι 2007)

Γ) το μοντέλο του C. Cherniss (1980) το οποίο περιλαμβάνει τρία στάδια. Το *στάδιο του εργασιακού στρες*, το οποίο δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων. Ακολουθεί το *στάδιο της εξάντλησης* κατά το οποίο ο εργαζόμενος είναι υπό συνεχές στρες και έλλειψη ενδιαφέροντος και σταδιακά οδηγείται στο *στάδιο της αμυντικής κατάληξης*, όπου ο κυνισμός και η απάθεια αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα.

Δ) Το μοντέλο του Pines (1988), σύμφωνα με το οποίο η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται ύστερα από μακροχρόνια έκθεση του εργαζομένου σε εξαντλητικές εργασιακές απαιτήσεις και επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης προσωπικότητας (συναισθηματική, ψυχική και σωματική).

Συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης

Σύμφωνα με τους ερευνητές οι οποίοι πρώτοι περιέγραψαν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach and Jackson 1986) προκύπτουν τρεις κύριες διαστάσεις αυτής που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων.

α. Συναισθηματική εξάντληση

Εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του εργαζομένου, ο οποίος δεν διαθέτει πια την απαραίτητη ενέργεια για να επενδύσει στην δουλειά του και καθίσταται ανίκανος για να συγκεντρωθεί στα καθήκοντα της εργασίας του. Ένα κοινό σύμπτωμα της συναισθηματικής εξάντλησης είναι το άτομο να μην θέλει να ξαναπάει στην εργασία του (Καντάς Α 1995).

β. Αποπροσωποποίηση

Αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμη και αρνητικών αισθημάτων και την απομάκρυνση του επαγγελματία από τους αποδέκτες των υπηρεσιών του, οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζονται υποτιμητικά (Maslach and Jackson 1986). Αυτή η αρνητική διάθεση ίσως μεταφράζεται σε αγένεια, έλλειψη ευαισθησίας ή και ακατάλληλη συμπεριφορά (Maslach 1989, Maslach and Leiter 1997). Αναφέρεται ότι η αποπροσωποποίηση αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και ένα μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής (Καντάς 1995).

γ. Μειωμένη προσωπική επίτευξη

Είναι η τάση αρνητικής αποτίμησης του εαυτού σε σχέση με την εργασία του, όπου τα άτομα αισθάνονται δυστυχισμένα και απογοητευμένα για τα επιτεύγματα τους (Καντάς Α 1995) με αποτέλεσμα να επιβάλλουν στον εαυτό τους την άποψη ότι είναι αποτυχημένοι. Έτσι καθώς μειώνεται η αυτοεκτίμηση αρχίζει βαθμιαία η κατάθλιψη που οδηγεί σε βοήθεια από ειδικό ή/και εγκατάλειψη της εργασίας τους (Maslach 1982).

Οι τρεις αυτές διαστάσεις μπορούν να συνυπάρχουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, αλλά κατά βάση θεωρείται ότι το σύνδρομο ακολουθεί μια εξελικτική πορεία κατά την οποία σύμφωνα με τους Maslach and Jackson (1984) η συναισθηματική εξάντληση είναι το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης που οδηγεί σε αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής επίτευξης, σε αντίθεση με την άποψη των Golembiewski και Munzenrider et al (1986), οι οποίοι θεωρούν ότι η αποπροσωποποίηση προηγείται των άλλων δύο χαρακτηριστικών.

Όργανα αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση στις περισσότερες έρευνες αξιολογείται με την α) *Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης για το προσωπικό υγείας* (Staff Burnout Scale for Health Professionals - SBS-HP) ή β) με το *Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης* της Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI) (Παππά και συν. 2008).

Α. Η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης για το Προσωπικό Υγείας

Κατασκευάστηκε από την Jones (1980) και μετρά τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές και οργανικές παραμέτρους του συνδρόμου (Μάρκου 2005). Η κλίμακα περιλαμβάνει 30 θέματα, η βαθμολογία των οποίων κυμαίνεται από το 20 (απουσία επαγγελματικής εξουθένωσης) ως το 140 (εντονότατος βαθμός

επαγγελματικής εξουθένωσης). Είκοσι από τα 30 θέματα συνιστούν την κύρια κλίμακα, ενώ 10 θέματα αποτελούν την υποκλίμακα ψεύδους.

B. ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach

Το πλέον αξιόπιστο και διαδεδομένο όργανο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach and Jackson 1986, Maslach, Jackson and Schwab 1996), για εφαρμογή σε ανθρώπους που εργάζονται σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας και φροντίδας υγείας, δηλαδή σε επαγγέλματα που οι εργαζόμενοι αλληλεπιδρούν με άλλους ανθρώπους. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 22 θέματα και μετρά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων).

Η πιο πρόσφατη έκδοση του *Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης* της Maslach, είναι το Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey - MBI-HSS (Maslach και συν. 1996), είναι κατάλληλη για τους εργαζόμενους σε υπηρεσίες για άτομα με διανοητικές αναπηρίες (Hastings και συν 2004). Άλλες παραλλαγές αυτού του εργαλείου αποτίμησης προτάθηκαν για εκπαιδευτικούς (MBI - Educators Survey) και για εργαζόμενους χωρίς ανθρωποκεντρικό επαγγελματικό προσανατολισμό (MBI - General Survey, ή MBI-GS). Το MBI-GS αποτελείται από 16 θέματα από τα οποία προκύπτουν σκορ για την εξάντληση, τον κυνισμό και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και αξιολογεί την επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με τον πελάτη που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών σε ανθρώπους, αλλά και σε αυτούς που δεν έχουν τέτοια άμεση επαφή (Leiter and Schaufeli 1996). Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατηγοριοποίηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης του ερωτηματολογίου MBI-ES (Maslach et al 1996). Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) που δίνονται από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου για κάθε επιμέρους κλίμακα είναι για την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη, 0,90, 0,79 και 0,71 αντίστοιχα (Maslach and Jackson 1986).

	<i>υψηλή</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>χαμηλή</i>
Συναισθηματική εξάντληση	≤27	17-26	0-16
Αποπροσωποποίηση	≤14	9-13	0-8
Προσωπική επίτευξη *	0-30	31-36	≥37

Πίνακας 1. Κατηγοριοποίηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης του ερωτηματολογίου MBI-ES.

2.1 Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση

Οι παράγοντες της εργασιακής εξουθένωσης θεωρείται ότι είναι πολύπλευροι (Maslach et al 2001). Ο Chang (2009) τους είχε κατατάξει σε τρεις κύριες κατηγορίες: α) τους *ατομικούς* παράγοντες, β) τους *οργανωτικούς* παράγοντες και γ) τους *παράγοντες συναλλαγής*. Η Micklevitz (2001) χώρισε τους προκλητικούς παράγοντες σε δύο μεγάλες κατηγορίες: α) στους *εργασιακούς* και β) στους *προσωπικούς*.

Οι ατομικοί/προσωπικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. ηλικία, φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, έτη εργασίας, τον τύπο της προσωπικότητας), ενώ οι εργασιακοί/οργανωτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα θεσμικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά (π.χ. το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εργασίας, την υποστήριξη από τον εργοδότη, τον υπερβολικό φόρτο εργασίας). Οι παράγοντες συναλλαγής περιλαμβάνουν τις αλληλεπιδράσεις των ατομικών/προσωπικών παραγόντων με τους οργανωτικούς ή/και τους κοινωνικούς παράγοντες όπως π.χ. η αντίληψη των εργαζομένων για τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης της εργασίας, την εσωτερική ανταμοιβή και την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων.

Η άποψη που έχει επικρατήσει είναι ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλείται από την δυναμική αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι το εργασιακό περιβάλλον, η προσωπικότητα του ατόμου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθούν οι συσχετισμοί των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ηλικία: Σε σχέση με άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτό που φαίνεται να έχει την υψηλότερη συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ηλικία (Maslach 1982). Σύμφωνα με την Maslach 2001 ιδιαίτερα επιρρεπής είναι τα άτομα ηλικίας 30 με 40 ετών, το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο ότι τα νεαρότερα άτομα όταν αντιληφθούν ότι η εργασία, τους επηρεάζει έντονα, αλλάζουν ευκολότερα επαγγελματική κατεύθυνση, καθώς βρίσκονται στα πρώτα στάδια της σταδιοδρομίας τους.

Φύλο: Όσον αφορά το φύλο, τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι συγκεχυμένα. Ανάμεσα στις μελέτες στις οποίες βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, ευρήματα έδειξαν ότι οι άνδρες εργαζόμενοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Gold 1985, Barke and Greenglass 1993, Schaufeli and Enzmann 1998). Η Maslach (1982) αναφέρει ότι οι όποιες διαφορές μπορεί να οφείλονται σε στερεότυπα σχετικά με τον ρόλο των δύο φύλων.

Άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά: Σε αυτά περιλαμβάνονται η οικογενειακή κατάσταση, με τους άγαμους να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach and Jackson 1982, Gold 1985), από τους έγγαμους ή και τους χωρισμένους, πιθανόν επειδή το επάγγελμα να αποτελεί βασική προτεραιότητα τους. Επίσης το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων (Maslach and Jackson 1981) μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης με πιθανή αιτία τις περισσότερες προσδοκίες που έχουν αυτά τα άτομα από την εργασία. Επίσης τα έτη εργασίας επηρεάζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης: λιγότερο από 5 έτη ή περισσότερα από 15 (Capel 1991, Friedman 1991).

β. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία μπορούν να προβλέψουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι η χαμηλή εμπλοκή στις δραστηριότητες, η λιγότερη διάθεση για αλλαγές (Maslach et al 2001), η προσωπικότητα τύπου A (Glazer, Sterz and Izso 2003), η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Poulin and Walter 1993) και οι υψηλές προσδοκίες (Maslach et al 2001).

Επιπλέον η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι υψηλότερη σε άτομα με εξωτερικό κέντρο ελέγχου, δηλαδή τα άτομα που αποδίδουν τα γεγονότα ή τις επιτυχίες τους σε τρίτα πρόσωπα ή στην τύχη (Elazar, Stetz and Izso 2003).

γ. Εργασιακό περιβάλλον

Η Maslach έχει προσδιορίσει έξι βασικούς τομείς του εργασιακού περιβάλλοντος που συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου (Leiter and Maslach 2008).

Φόρτος εργασίας: Οι εργαζόμενοι συχνά καλούνται να διεκπεραιώσουν μια ποσότητα ή ποιότητα εργασίας που είναι αδύνατον να φέρουν εις πέρας μέσα στο προβλεπόμενο ωράριο (Arnold et al 1991). Αυτό αναγκάζει τους εργαζομένους να αφιερώνουν πολλές ώρες και ενέργεια για την εκπλήρωση των εργασιακών υποχρεώσεων τους. Σύμφωνα με τον Enzmann (2008), η συναισθηματική εξάντληση συνδέεται περισσότερο με τον ποσοτικό φόρτο εργασίας παρά με άλλες ποιοτικές απαιτήσεις, όπως είναι η σχέση αλληλεπίδρασης του επαγγελματία με δύσκολους πελάτες.

Έλλειψη ελέγχου: Οι εργαζόμενοι που έχουν χαμηλό βαθμό ελέγχου του ρυθμού και των μέσων που είναι απαραίτητα για να εργαστούν αποτελεσματικά παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εξουθένωσης από εκείνους που έχουν υψηλό έλεγχο. Όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν ότι έχουν την δυνατότητα επιλογών στην εργασία τους αντιμετωπίζουν την δουλειά που έχουν επιλέξει με θετικότερο τρόπο σε αντίθεση με την δουλειά που τους έχει επιβληθεί (Leiter and Maslach 2008).

Ανεπαρκής ανταμοιβή - ενθάρρυνση: Όταν οι ανταμοιβή του εργαζομένου δεν συμπίπτει με τις προσδοκίες του, τότε η εργασία γίνεται λιγότερο προκλητική για

αυτόν. Ερευνες δείχνουν την χαμηλή συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και των επαγγελματιών που έχουν αυτονομία, ποικιλία αρμοδιοτήτων και ικανοποιητικό μισθό (Antoniou 1999).

Απουσία αίσθησης κοινότητας: Οι κακές σχέσεις με συναδέλφους, προϊσταμένους και υφιστάμενους δημιουργούν αγχογόνες καταστάσεις που οδηγούν σε ανταγωνισμό, απομόνωση και δυσαρέσκεια για την δουλειά (Καντάς 1995). Παράλληλα, προβλήματα όπως ασάφεια και σύγκρουση ρόλου προκαλούν εξάντληση στους εργαζομένους, γεγονός που οφείλεται στο ότι ο εργαζόμενος δεν έχει ξεκάθαρη εικόνα για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του, για τους στόχους που πρέπει να επιτύχει και για τις αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις των συναδέλφων του στις οποίες οφείλει να ανταποκριθεί.

Απουσία δικαιοσύνης: Η αντίληψη μιας μη δίκαιης μεταχείρισης στην εργασία και η μη εκδήλωση σεβασμού προς τους υπαλλήλους, μειώνει τον σεβασμό των εργαζομένων προς την διοίκηση του οργανισμού και μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση (Πολυχρόνη 2010).

Σύγκρουση αξιών: Όταν οι αξίες και οι φιλοδοξίες του εργαζόμενου συμφωνούν με τις αξίες του οργανισμού στον οποίο απασχολείται, τότε αντιλαμβάνεται και υπηρετεί την αποστολή της επιχείρησης ως προσωπική του υπόθεση (Leiter and Maslach 2008).

Επιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: α. επιπτώσεις για την επιχείρηση, β. επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και γ. επιπτώσεις στο άτομο (σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές).

Επιπτώσεις στην επιχείρηση: Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετισθεί με διάφορες μορφές αρνητικών στάσεων της εργασίας, όπως είναι η εθελούσια αποχώρηση από την εργασία, η καταγραφή πολλαπλών απουσιών, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, η μειωμένη αφοσίωση προς το επάγγελμα, η χαμηλή εργασιακή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα (Hogan and McKnight 2007), το υψηλό κόστος για την υγεία και η χαμηλή δημιουργικότητα (Χαραλάμπους Ε 2012).

Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις: Συνέπεια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι προσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων και η απόσπαση τους από τα επαγγελματικά καθήκοντα (Pines and Maslach 1978). Ο εργαζόμενος μεταφέρει τα προβλήματα της εργασίας του στην οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές (Griffith et al 1999). Επίσης αυξάνεται η τάση να ρίχνει τις ευθύνες στους άλλους, η ανάπτυξη κυνικής στάσης (Χαραλάμπους Ε 2012) και η αποχώρηση από τα κοινά (Maslach and Jackson 1985).

Επιπτώσεις στο άτομο: Στον πίνακα 2 αναπτύσσονται οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο άτομο όπως προσαρμόστηκαν από τον Don Ungert (1980).

Σωματικά	ψυχολογικά	Συμπεριφορικά
Σωματική εξάντληση/κούραση	Δυσκαμψία στις αλλαγές/ Έλλειψη ελαστικότητας	Χαμηλή εργασιακή απόδοση/χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
Κατάθλιψη	Έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων/ απάθεια	Μειωμένη επικοινωνία/παραίτηση
Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος	Κυνισμός/αρνητική διάθεση	Υψηλά επίπεδα παραίτησης
Πονοκέφαλοι	Συναισθηματική εξάντληση/έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου	Αυξημένα επίπεδα απουσιών
Γαστρεντερικά προβλήματα/έλκος	Χαμηλό ηθικό/αίσθηση ματαιότητας	Έλλειψη ενθουσιασμού για την εργασία
Παρατεταμένη ασθένεια/συχνές ασθένειες/ κρυολογήματα	Έλλειψη υπομονής/ευερεθιστότητα	Αυξημένη χρήση φαρμάκων
Αύξηση ή μείωση βάρους	Αδυναμία αντιμετώπισης ανεπιθύμητων καταστάσεων	Αυξημένες οικογενειακές συγκρούσεις
Αναπνευστικά προβλήματα	στρες	Υπερβολική χρήση αλκοόλ
υπερένταση	ανία	Αδυναμία συγκέντρωσης/αδυναμία καθορισμού στόχων και προτεραιοτήτων
Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης	Μειωμένη αυτοπεποίθηση	Ροπή σε ατυχήματα
Στεφανιαία νόσος	Αποπροσωποποίηση ασθενών	Αυξημένα παράπονα για την εργασία
Διαταραχές ομιλίας	εκνευρισμός	Εργασιομανία
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Αδυναμία λήψης αποφάσεων	
	Καχυποψία, αποξένωση, αυξημένη ανησυχία, υπερβολική αυτοπεποίθηση/λήψη ασυνήθιστα υψηλών ρίσκων, αποτελέμωση	

Πίνακας 2. Συμπτώματα της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Υγεία

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε ιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο (Κουτελέκος 2007). Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας (Jimmieson et al 2000, Demir et al 2003). Από τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας προέκυψαν ότι οι ιατροί εμφανίζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε ποσοστό 10-56%, αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13-47%) και μειωμένα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων σε ποσοστό 4-59%. Τα ποσοστά για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι 15-50%, 7-37% και 25-76%, για την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων αντίστοιχα. (Παππά 2008). Στην Ελλάδα με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποίησε το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ το 2010, συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει το 25% των ειδικών ιατρών και το 33% των ειδικευομένων στα νοσοκομεία, το 28% των φοιτητών ιατρικής, το 37% των νοσηλευτών καθώς και το 35% των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ. (Εργαστήριο Υγιεινής Ιατρικής ΑΠΘ 2010).

Στους πίνακες Α και Β αναφέρονται οι μελέτες και τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι έλληνες ιατροί και νοσηλευτές την τελευταία δεκαετία.

Μια αρχική διαπίστωση συγκρίνοντας του δύο πίνακες, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων από τους έλληνες ιατρούς. (μέτρια ως υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζουν οι νοσηλευτές, έναντι μέτριων επιπέδων των ιατρών.) Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι οι εργαζόμενοι στην νοσηλευτική υπηρεσία έχουν περιορισμένη εξουσία, η οποία συνθλίβεται μεταξύ διοικητικής και ιατρικής υπηρεσίας, και οι οποίοι εργαζόμενοι συνήθως εκτελούν τις εντολές των ιατρών της κλινικής και πολλές φορές καλούνται να ισορροπήσουν με συγκρουόμενες διαδικασίες και εντολές που ζητούνται από άλλους ιατρούς (Τσάκωνας 2005). Η μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση που παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό, αποδεικνύεται και από όλες τις μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας που συνέκριναν δείγματα νοσηλευτών και ιατρών (Τσάκωνας 2005, Καρανιάδου 2006, Παπαγιάννη 2007, Γιακομίδου 2007, Πανουργιά 2008, Παναγιωτόπουλος 2008, Μαυρίδου 2012), και κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα, οι έλληνες νοσηλευτές είναι περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι από τους ιατρούς.

Όσον αφορά τους παράγοντες οι οποίοι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο ελληνικό σύστημα υγείας διαπιστώθηκαν τα εξής:

α. Δημογραφικοί - Κοινωνικοί παράγοντες

Τμήμα Εργασίας: Οι μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας εξετάζοντας την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των διάφορων νοσηλευτικών και ιατρικών ειδικοτήτων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι απασχολούνται στον χειρουργικό τομέα έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν το σύνδρομο σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες (Urton et al 2012). Σε δύο μελέτες που αφορούσαν Έλληνες νοσηλευτές και ιατρούς (Αδαλή 2000, Μαυρίδου 2012), αποδείχθηκε ότι οι εργαζόμενοι που απασχολούνται στην παθολογική ειδικότητα παρουσιάζουν μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους συναδέλφους τους που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στον χειρουργικό τομέα., γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι τα συγκεκριμένα τμήματα παρουσιάζουν υψηλό φόρτο εργασίας, γρήγορους ρυθμούς και έλλειψη αυτοφροντίδας των ασθενών (Κουτελέκος 2007). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2008 μεταξύ 93 νοσηλευτών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι στο παιδιατρικό τμήμα εμφανίζουν μικρότερη αποπροσωποποίηση από τους συναδέλφους νοσηλευτές, οι οποίοι ασχολούνταν με την περίθαλψη ενηλίκων (Πανταζή 2008). Μάλλον κάτι τέτοιο οφείλεται στην αυξημένη ευαισθησία και ευθύνη των εργαζομένων προς τους ανήλικους ασθενείς.

Είδος νοσοκομείου: Σε τρεις (3) μελέτες που συνέκριναν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι στον δημόσιο τομέα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, από τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Οι μελέτες αφορούσαν 70 ψυχιάτρους στον Νομό Αττικής (Μαστρογιαννόπουλος 2008), 64 ιατρούς στον νομό Καβάλας (Δεσίρης 2006) και 295 οδοντιάτρους στον Νομό Αχαΐας και στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών (Καλαντζή 2008). Πιθανή δικαιολογία του αποτελέσματος μπορεί να είναι ο φόρτος εργασίας στον δημόσιο τομέα, δεδομένου ότι το ΕΣΥ στην Ελλάδα δεν λειτουργεί αρκούντως αποτελεσματικά. Αποτέλεσμα είναι η συσσώρευση περιστατικών, τα προβλήματα στην στελέχωση των επιμέρους τμημάτων αλλά και τα προβλήματα υποδομής, σε αντίθεση με την λειτουργία μιας ιδιωτικής κλινικής - ιατρείου, η οποία χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη ομάδα πελατών - ασθενών, συγκεκριμένο ωράριο εργασίας και περιορισμένη ποικιλία περιστατικών. Ο ιδιώτης επαγγελματίας υγείας απευθύνεται σε συγκεκριμένη

πελατειακή ομάδα, με την οποία μπορεί με τον καιρό να αναπτυχθεί μια διαπροσωπική - φιλική σχέση.

Φύλο: Η πλειοψηφία των μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας έδειξε ότι το φύλο δεν επιδρά σημαντικά στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης (Sharma et al 2008, Castelo - Branco et al 2006, Sundin et al 2007), και όπου επιδρά έχει διπλά αποτελέσματα. Κάτι τέτοιο αποδείχθηκε και στην ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας, όπου υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένες από τους αρένες συναδέλφους τους (Καραίσκος 2012, Καρατζόγλου 2008, Μαυριάδου 2012, Τσάκωνας 2005, Γουργουλιώνη 2008, Παναγιωτόπουλος 2008, Πολίτη 2005), ενώ κάποιες άλλες υποδεικνύουν τους άρρενες περισσότερο επαγγελματικά εξαντλημένους (Γουρίδου 2005, Γεωργανάς 2010, Μαρκοπούλου 2008, Σπυριδάκου 2005).

Ηλικία: Στην αντίθετη περίπτωση με το φύλο, η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Castelo - Branco et al 2006, Sharma et al 2008). Οι συγγραφείς που ασχοληθήκαν με την συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ηλικίας σε έλληνες επαγγελματίες υγείας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσο πιο νέος είναι ο εργαζόμενος τόσο πιο υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων παρουσιάζει (Αλεξιάς 2010, Καραίσκος 2012, Panagoroulou 2006, Ανδρεαδάκη 2006, Καρατζόγλου 2008, Καλαντζή 2008, Μαυρίδου 2012, Galanakis 2009, Τσάκωνας 2005, Σταντζούρη 2006, Μπαμπίλης 2007, Πανταζή 2008, Πανουργιά 2008, Παναγοπούλου και Στεφοπούλου 2005, Πολίτη 2005), με τις ηλικίες μεταξύ 31-50 ετών να κινδυνεύουν περισσότερο. Οι νεότεροι εργαζόμενοι έχουν λιγότερη εμπειρία, σταθερότητα και ωριμότητα, γεγονός που τους καθιστά περισσότερο ευάλωτους σε στρεσογόνες καταστάσεις και κατά συνέπεια πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση σε σύγκριση με τους μεγαλύτερης ηλικίας και πλέον έμπειρους εργαζόμενους.

Οικογενειακή κατάσταση: Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση και την σχέση της με την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι διφορούμενα, ορισμένες από αυτές θεωρούν την έγγαμη ζωή σαν προστατευτικό παράγοντα έναντι του συνδρόμου (Alacacioglu et al 2009), ενώ ορισμένες άλλες δεν υποδηλώνουν την άποψη αυτή (Panagoroulou 2006). Από τις μελέτες που εξέτασαν Έλληνες ιατρούς και νοσηλευτές, και την σχέση της οικογενειακής κατάστασης τους με την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης, προέκυψε ότι οι έγγαμοι εργαζόμενοι παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και υψηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, συγκρινόμενοι με τους άγαμους, διαζευγμένους και χήρους συνάδερφους τους χωρίς παιδιά (Καρανιάδου 2012, Liakoroulou 2008, Ανδρεαδάκη 2006, Καρατζόγλου 2008, Καλαντζή 2008, Μπελάλη 2007, Πανουργιά 2008,

Μαρκοπούλου 2008, Γουργαλίωνη 2008, Χαχούδη 2005, Σπυριδάκου 2005, Λίτσα 2007). Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άγαμοι εργαζόμενοι επενδύουν πολλά στο χώρο εργασίας τους, όπου και αφοσιώνονται με πρωταρχικό σκοπό την επαγγελματική τους καταξίωση και αναγνώριση, και σε συνδυασμό με την έλλειψη της στήριξης της οικογένειας, καθίστανται περισσότερο ευάλωτοι σε στρεσογόνες καταστάσεις (Μπαμπίλης 2007).

Επίπεδο εκπαίδευσης: Όσον αφορά το επίπεδο της εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, και πως αυτή σχετίζεται με τις συνιστώσες επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν έχει ξεκαθαριστεί πλήρως. Ορισμένες μελέτες που χρησιμοποίησαν σαν δείγμα Έλληνες ιατρούς και νοσηλευτές διαπίστωσαν μια αρνητική συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με την επαγγελματική εξουθένωση (Καλαντζή 2008, Σακελλαρόπουλος 2006, Τσάκωνας 2005, Γουργαλιώνη 2008, Χαχούδη 2005), ενώ κάποιες άλλες διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων, με τους κατέχοντες πανεπιστημιακή εκπαίδευση, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών να είναι πιο επαγγελματικά εξουθενωμένοι (Σταντζούρη 2006, Μαρκόπουλος 2008, Παναγοπούλου και Στεφοπούλου 2005, Μπαμπίλης 2007). Πιθανόν η υψηλή εκπαίδευση να δημιουργεί άλλες προσδοκίες και στόχους για τους εργαζόμενους που να μην βρίσκουν ανταπόκριση στην τωρινή εργασία και να τους δημιουργεί επιπλέον άγχος και διάθεση απομάκρυνσης (Σταντζούρη 2006).

Προϋπηρεσία και έτη εργασίας: Οι μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας έδειξαν ότι υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (Καραίσκος 2012, Λιακορούλου 2008, Χαχούδη 2005, Καπλάνη 2007, Γιακομίδου 2007), με τους εργαζόμενους που απασχολούνται περισσότερο από 15 έτη ως ιατροί ή ως νοσηλευτές να παρουσιάζουν μικρότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, συγκρινόμενοι με αυτούς που εργάζονται στον χώρο της υγείας λιγότερα από 10 έτη (Καρατζογλου 2008, Μπελάλη 2007, Παναγοπούλου και Στεφοπούλου 2005). Η πολυετής ενασχόληση (περισσότερο από 15 έτη) προκαλεί αίσθημα ασφάλειας, γιατί οι βετεράνοι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν καλά το αντικείμενο της δουλειάς τους και είναι σε θέση να προφυλάσσονται από στρεσογόνες καταστάσεις. Πολλές φορές αυτοί οι εργαζόμενοι έχουν προαχθεί σε άλλη θέση ή μετατεθεί σε τμήμα με λιγότερες απαιτήσεις ή έχουν απαλλαγεί από σημαντικές υποχρεώσεις, π.χ. κυκλικό ωράριο ή εφημερίες (Διλιντάς 2010).

β. Εργασιακοί - ψυχολογικοί παράγοντες

Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζόμενων που απασχολούνται στον χώρο της υγείας βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση (Αλεξιάς 2010, Καρανιάδου 2006, Ανδρεαδάκη 2006, Γουρίδου 2005, Σακελλαρόπουλος 2006, Νταβασίλης 2006), η οποία οδηγεί σε μικρότερη

ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή και περιορισμός των διαπροσωπικών σχέσεων (Γουρίδου 2005, Ρούπα 2008, Καραίσος 2012) και καταλήγει σε διαταραχή της ψυχικής και σωματικής υγείας των εργαζομένων (Πανουργιά 2008, Μπαιρακτάρη 2008, Δεσίρης 2006, Ζής 2012, Γεωργανάς 2010, Καραγκιούζη 2009, Παναγοπούλου και Στεφοπούλου 2005). Επίσης η έλλειψη συναδερφικής αλληλεγγύης (Λίτσα 2007, Αδάλη 2000, Πανταζή 2008), η έλλειψη αυτονομίας και σαφήνειας ρόλου (Αδάλη 2000, Πανταζή 2008, Νταβασίλης 2006) σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (Νταβασίλης 2006, Χαχούδη 2005, Λίτσα 2007, Ραπαγοπούλου 2006, Μπαιρακτάρη 2008, Γουρίδου 2005, Δεσίρης 2006), αποτελούν παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα κίνητρα με τα οποία έγινε η επιλογή του επαγγέλματος από τους εργαζόμενους μπορεί να συσχετισθεί με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους απασχολούμενους που επέλεξαν το επάγγελμα συνειδητά, με βασική επιθυμία να προσφέρουν στον συνάνθρωπο παρουσιάζονται λιγότερα εξουθενωμένοι, συγκρινόμενοι με αυτούς που επέλεξαν το επάγγελμα του νοσηλευτή ή του ιατρού τυχαία, ή κατόπιν προτροπής των συγγενών ή μόνο για βιοποριστικούς σκοπούς (Μαρκόπουλος 2008, Χαχούδη 2005, Μπαμπίλης 2007, Καπλάνη 2007, Σπυριδάκου 2005, Λίτσα 2007, Καραγκιούζη 2009).

Πίνακας Α. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε Έλληνες Ιατρούς.

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗ- ΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟ- ΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Γουρίδου 2005	90 ιατροί στο νοσοκομείο του ΙΚΑ Αγίος Παύλος στη Θεσσαλονίκη	Χαμηλή - μέτρια	Χαμηλή - μέτρια	Χαμηλή - μέτρια
Τσάκωνας 2005	31 ιατροί στα Νοσοκομεία Φλώρινας Πτολεμαΐδας	16,68 (χαμηλή)	5,45 (χαμηλή)	38,55 (χαμηλή)
Δεσίρης 2006	64 ιατροί στον νομό Καβάλας (δημόσιο-ιδιωτικό τομέα)	14,1(χαμηλή)	9,80 (μέτρια)	36,6 (χαμηλή)
Ραπαγοπούλου 2006	244 ιατροί σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης	24,85 (μέτρια)	8,7 (μέτρια)	Δεν αναφέρει

Σταντζούρη 2006	12 ψυχίατροι σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην Αττική	13,95 (χαμηλή)	10,55 (μέτρια)	36,48 (χαμηλή)
Ανδρεαδάκη Σ 2006	31 Αγγειοχειρουργοί από όλη την Ελλάδα	15,13 (χαμηλή)	4,83(χαμηλή)	40,17(χαμηλή)
Λιόλιος 2006	30 ιατροί σε τρία κέντρα υγείας του Νομού Αχαΐας	21,33 (μέτρια)	13,15(μέτρια)	Δεν αναφέρει
Καρανιάδου 2006	102 ιατροί στο 1ο ΙΚΑ Μελισσιών Αθήνα	18,70(μέτρια)	7,31 (χαμηλή)	Δεν αναφέρει
Γιακομίδου Δ 2007	54 ιατροί στο Γ.Ν Χαλκίδας	18,70 (μέτρια)	8,45 (χαμηλή)	36,17 (χαμηλή)
Πανουργιά 2008	76 ιατροί στο Γ.Ν Χαλκίδας	18,47 (μέτρια)	7,32 (χαμηλή)	35,83 (μέτρια)
Λιακορούλου 2008	16 ιατροί ογκολόγοι	22,90 (μέτρια)	5,6 (μέτρια)	37,2 (χαμηλή)
Καρατζόγλου 2008	184 ιατροί στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη	21,13 (μέτρια)	8,05 (μέτρια)	31,64 (μέτρια)
Καλαντζη 2008	295 οδοντίατροι (Αχαΐα και Αθήνα)	19,99 (μέτρια)	6,5 (χαμηλή)	37,92 (χαμηλή)
Μπαιρακτάρη 2008	135 ιατροί (αναισθησιολόγοι-οικολόγοι)	20,3 (χαμηλή)	5,2 (χαμηλή)	38,5 (μέτρια)
Παναγιωτόπουλος 2008	27 ιατροί στο Γ.Ν Χαλκίδας (διευθυντές)	67% (χαμηλή)	62% (χαμηλή)	44% (χαμηλή)
Μαστρογιαννόπουλος 2008	70 ψυχίατροι του νομού Αττικής (Δημόσιο και Ιδιωτικό)	29,44 (υψηλή)	14,9 (υψηλή)	33,52 (μέτρια)
Πετρόπουλος 2009	171 ιατροί στο ΙΚΑ και στο Νοσοκομείο Λαμίας	22,80 (μέτρια)	7,25 (χαμηλή)	37 (χαμηλή)
Διλιντάς 2010	62 ιατροί στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου	21,9 (μέτρια)	8,3 (μέτρια)	34,8 (μέτρια)

Msaouel 2010	311 ιατροί σε 8 νοσοκομεία (Αθήνα, Ηράκλειο, Βόλος)	27,9 (μέτρια-υψηλή)	12,2 (μέτρια)	31,6 (μέτρια-υψηλή)
Γεωργανάς 2010	72 ιατροί στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ρόδου	21,73 (μέτρια)	10,74 (μέτρια)	33,64 (μέτρια)
Παπάκη 2010	47 ιατροί σε ανθρωπιστικές αποστολές	14,38 (χαμηλή)	6,44 (χαμηλή)	40,93 (χαμηλή)
Αλεξιάς 2010	392 ιατροί στο Γενικό Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς Αθήνα	22,5 (μέτρια)	9,9 (μέτρια)	36,9 (χαμηλή-μέτρια)
Λαγουμιντζής 2010	28 ιατροί στο μικροβιολογικό εργαστήριο του ΠΓΝ Πατρών	24,63 (μέτρια)	8,43 (χαμηλή)	31,97 (μέτρια)
Λιόλιου 2010	38 ιατροί στο ΙΚΑ Κατερίνης	17,21 (μέτρια)	4,00 (χαμηλή)	40,26 (χαμηλή)
Αντωνόπουλος 2011	16 ιατροί σε μονάδες τεχνητού νεφρού των κρατικών νοσοκομείων Κρήτης	23,06 (μέτρια)	8,43 (χαμηλή)	36,06 (χαμηλή)
Τσελέπης 2011	181 οδοντίατροι στην Ρόδο	18,84(μέτρια)	4,59(χαμηλή)	40,99(χαμηλή)
Μαυρίδου 2012	72 ιατροί σε τρία γενικά νοσοκομεία Θεσσαλονίκης	19,72 (μέτρια)	7,88(χαμηλή)	35,95 (μέτρια)
Καραίσκος 2012	86 ιατροί στο ΓΝΑ Σισμανόγλειο Αθήνα	20,74 (μέτρια)	11,39 (μέτρια)	33,78(μέτρια)
Ζης 2012	264 ειδικευόμενοι ιατροί στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός Αθήνα	25,05(μέτρια)	8,61(μέτρια)	34,21(μέτρια)

Πίνακας Β. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε έλληνες νοσηλευτές

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗ- ΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩ- ΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Αδάλη 2000	233 νοσηλευτές σε 5 δημοσιά νοσοκομεία Αθήνας	24(μέτρια)	7,85(χαμηλή)	35,05(μέτρια)
Κεραμιδά 2004	164 νοσηλευτές σε δύο νοσοκομεία Πατρας	20,43(μέτρια)	6,66(χαμηλή)	25,35(υψηλή)
Σπυριδάκου 2005	120 νοσηλευτές στο παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο	16,92(χαμηλή)	5,85(χαμηλή)	34,48(μέτρια)
Πολίτη 2005	93 νοσηλευτές σε τμήματα επείγουσας ιατρικής στην Λάρισα	22,82(μέτρια)	12,6(μέτρια)	34,91(μέτρια)
Χαχουδη 2005	130 νοσηλευτές σε 5 νοσοκομεία της Θεσσαλίας	22,12(μέτρια)	7,07(χαμηλή)	37,22(χαμηλή)
Παναγοπού- λου 2005	300 νοσηλευτές σε δύο νοσοκομεία Πάτρας	26,91(μέτρια)	9,97(μέτρια)	34,13(μέτρια)
Τσάκωνας 2005	36 νοσηλευτές σε νοσοκομείο Φλώρινας Πτολεμαΐδας (προϊστάμενοι)	25,42(μέτρια)	6,56(χαμηλή)	35,33(μέτρια)
Καρανιά- δου 2006	93 νοσηλευτές στο 1ο ΙΚΑ Μελισσίων Αθηνών	28,13(υψηλή)	9,91(μέτρια)	Δεν αναφέρει
Αγγελοπού- λου 2006	140 νοσηλευτές στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Τρίπολης	21,10(μέτρια)	6,36(χαμηλή)	35,85(μέτρια)
Τσιγαρα 2006	198 νοσηλευτές σε 2 νοσοκομεία Λάρισας	27,9(υψηλή)	9,5(μέτρια)	36,4(μέτρια)

Νταβασίλης 2006	99 νοσηλευτές σε 11 μονάδες τεχνητού νεφρού	28,44(μέτρια)	8,01 (μέτρια)	34,56(υψηλή)
Σακελλαρόπουλος 2006	186 νοσηλευτές σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Πάτρας	28.0(υψηλή)	12(μέτρια)	32(μέτρια)
Σταντζουρη 2006	63 νοσηλευτές σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	16,74(μέτρια)	13,2(μέτρια)	35,44(μέτρια)
Μπελαλή 2007	347 νοσηλευτές σε 10 νοσοκομεία του ΕΣΥ στην Αθήνα	14,63 (μέτρια)	13.53(υψηλή)	Δεν αναφέρει
Αστυρακάκη 2007	102 νοσηλευτές στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	31,42(υψηλή)	9,20(μέτρια)	32,20(μέτρια)
Παπαγιάννη Φ 2007	130 ιατροί και νοσηλευτές στο 251 ΓΝΑ Αεροπορίας	23,7(μέτρια)	9,24(μέτρια)	34,4(μέτρια)
Καπλάνη 2007	187 νοσηλευτές στο ΓΝ Μπενάκειο Αθηνών	28,19(υψηλή)	8,72(μέτρια)	36,94(μέτρια)
Γιακομίδου 2007	102 νοσηλευτές στο Γ.Ν Χαλκίδας	23,46(μέτρια)	9,9(μέτρια)	32,08(μέτρια)
Μπαμπίλης 2007	205 νοσηλευτές στο Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο	30,31(υψηλή)	10,55(μέτρια)	29.28(υψηλή)
Λίτσα 2007	127 νοσηλευτές στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης	36,51(υψηλή)	12,39(μέτρια)	31,32(μέτρια)
Καλαντζή 2007	30 νοσηλευτές σε τρία ελληνικά νοσοκομεία (Απτική, Αχαΐα, Ηλεία)	22,25(μέτρια)	10,05(μέτρια)	35,43(μέτρια)
Πανουργιά 2008	53 νοσηλευτές στο Γ.Ν Χαλκίδας	22,15(μέτρια)	7,40(χαμηλή)	33,11(μέτρια)
Γαργαλιώνη 2008	183 νοσηλευτές στο Γ.Ν Τρίπολης	18,38(μέτρια)	15,14(υψηλή)	29,06(υψηλή)

Παναγιωτόπουλος 2008	57 νοσηλευτές στο Γ. Ν Αμαλιάδος	67% χαμηλή	62% χαμηλή	44% χαμηλή
Πανταζή 2008	93 νοσηλευτές στο Ιπποκράτειο	32,26(υψηλή)	10,37(μέτρια)	33,40(μέτρια)
Μαλλιαρού 2008	64 νοσηλεύτριες σε περιφερειακό νοσοκομείο	26,77(μέτρια)	10.09(μέτρια)	37,98(χαμηλή)
Λιακορούλου 2008	37 νοσηλεύτριες ογκολογικού	27,5(υψηλή)	5,2(χαμηλή)	37,8(χαμηλή)
Μαρκοπούλου 2008	261 νοσηλευτές σε 4 δημόσια νοσοκομεία Αχαΐας	27,89(υψηλή)	10,36(μέτρια)	33.30(μέτρια)
Ρούπα 2008	316 νοσηλευτές σε 22 ογκολογικά τμήματα στην Ελλάδα	27,42(υψηλή)	9,65(μέτρια)	35,19(μέτρια)
Ρουβά 2009	111 νοσηλευτές στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	17,50(μέτρια)	9,61(μέτρια)	34,33(μέτρια)
Bratis 2009	95 νοσηλευτές στο νοσοκομείο Σωτηρία	26,33(μέτρια)	10,83(μέτρια)	33,77(μέτρια)
Καραγκιούζη Ε 2009	209 νοσηλευτές στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθήνας (Ν.Ν.Α.) του Πολεμικού Ναυτικού	26,8(μέτρια)	9,5(μέτρια)	34,8(μέτρια)
Galanakis 2009	536 μαίες από όλη την Ελλάδα	30,84(υψηλή)	9,64(μέτρια)	41,43(χαμηλή)
Διλιντάς 2010	78 νοσηλευτές στο ΠΓΝ Ηρακλείου	25,4 (μέτρια)	9,8(μέτρια)	34.8(μέτρια)
Νούλα 2010	448 νοσηλευτές σε νοσοκομεία Αθήνας και επαρχίας	25,97(μέτρια)	10.0(μέτρια)	32.35(μέτρια)
Ροκκα 2010	109 νοσηλευτές στον ΟΚΑΝΑ	19,9(μέτρια)	7,8(χαμηλή)	32,9(μέτρια)
Λιόλιου 2010	24 νοσηλευτές στο ΙΚΑ Κατερίνης	18,92(μέτρια)	5,08(χαμηλή)	40,42(χαμηλή)

Τσατσά 2010	200 εργαζόμενοι σε νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές στο Δήμο Φλώρινας	31,73(υψηλή)	10,38(μέτρια)	33,18(μέτρια)
Αντωνόπουλος 2011	83 νοσηλευτές σε μονάδες τεχνητού νεφρού στην Κρήτη	28,53(υψηλή)	10,43(μέτρια)	32,00(μέτρια)
Χαρίτος 2011	82 εργαζόμενοι σε δύο νοσοκομεία (Μεταξά και ΓΝ Φλώρινας)	24,55(μέτρια)	8,74(μέτρια)	31,63(μέτρια)
Ντουσάκης 2011	99 νοσηλευτές στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων	22,81(μέτρια)	7,35(χαμηλή)	36,98(χαμηλή)
Μαυρίδου 2012	101 νοσηλευτές σε τρία γενικά νοσοκομεία Θεσσαλονίκης	26,07 (μέτρια)	9,55 (μέτρια)	34,10 (μέτρια)
Σταυράτη 2012	88 νοσηλευτές σε τρία στρατιωτικά νοσοκομεία Αθήνας	21,1 (μέτρια)	7,0 (χαμηλή)	36,0 (μέτρια)

γ. Ειδικευόμενοι ιατροί και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Όσον αφορά τους έλληνες ειδικευόμενους ιατρούς και τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που αυτοί βιώνουν, βρέθηκαν έξι (6) μελέτες, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι βιώνουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Panagoroulou 2006, Msaouei 2010, Μαυριάδου 2012, Καρατζόγλου 2008, Γουρίδου 2005, Ζής 2012). Συνολικά εξετάστηκαν 933 ειδικευόμενοι σε συνολικά 16 νοσοκομεία της Ελλάδας, σε σύνολο περίπου 10.300 ειδικευομένων (Msaouei 2010). Στις μισές από αυτές μελέτες έγινε σύγκριση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ειδικευομένων και των ειδικών ιατρών. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους ειδικούς ιατρούς (Καρατζόγλου 2008, Panagoroulou 2006, Μαυριάδου 2012). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι με βάση την σημερινή δομή και λειτουργία του νοσοκομείου, ο ειδικευόμενος ιατρός αναγκάζεται να ασχοληθεί με δευτερεύουσες και γραφειοκρατικές εργασίες και όχι αμιγώς με την άσκηση της ιατρικής πράξης. Αν ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί είμαι μικρότερης ηλικίας από τους ειδικούς και ότι υπάρχει

αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση με βάση την βιβλιογραφία, κατανοούμε γιατί είναι περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι. Στην μελέτη που πραγματοποίησε η Παναγοπούλου και οι συν. το 2006 και εξέτασε την επαγγελματική εξουθένωση σε 141 ειδικευόμενους ιατρούς σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης διαπίστωσε ότι οι νεαρότεροι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερη αποπροσωποποίηση, γεγονός που συμφωνεί με την διεθνή βιβλιογραφία όπου διαπιστώνεται μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και αποπροσωποποίησης (Woodside et al 2008). Το 2012 η Μαυριάδου εξέτασε τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ 56 ειδικευόμενων ιατρών σε τρία (3) γενικά νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και διαπίστωσε ότι οι ειδικευόμενοι στον παθολογικό τομέα παρουσιάζουν μικρότερη συναισθηματική εξάντληση από τους ειδικευόμενους που απασχολούνται στις χειρουργικές ειδικότητες και στην Μ.Ε.Θ, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης του Martini et al 2004, στην οποία οι ειδικευόμενοι στη Μαιευτική - Γυναικολογία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη μελέτη του Msaouel και των συνεργατών το 2010, όπου εξετάστηκαν 311 ειδικευόμενοι που προέρχονταν από 8 ελληνικά νοσοκομεία, σε τρεις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα, Ηράκλειο, Βόλος), βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής εξάντλησης και των ωρών που απασχολείται ο ειδικευόμενος με την φροντίδα του ασθενούς. Σε αντίστοιχο συμπέρασμα κατέληξε και η Παναγοπούλου και οι συνεργάτες το 2006 (θετική συσχέτιση της αποπροσωποποίησης των ειδικευόμενων ιατρών και του αριθμού των ωρών την εβδομάδα που απασχολούνται). Τα παραπάνω συμπεράσματα συμφωνούν με την διαπίστωση ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί οι οποίοι εργάζονται περισσότερες από 80 ώρες την εβδομάδα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Martini et al 2006). Τέλος οι ειδικευόμενοι ιατροί που θεωρούν δυσσώνο το επαγγελματικό τους μέλλον μετά το τέλος της ειδικότητας τους παρουσιάζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση (Msaouel et al 2010), ενώ αντίθετα η ύπαρξη δυνατότητας επαγγελματικής ανάπτυξης μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό τείχος απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση.

δ. Άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας

Εκτός από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχουν και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που είναι δυνατόν να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία. Στον πίνακα Γ αναφέρονται οι μελέτες που εξέτασαν την επαγγελματική εξουθένωση σε εργαζόμενους του τομέα υγείας εκτός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Εξετάστηκαν 176 φυσικοθεραπευτές σε κέντρα αποκατάστασης στον νομό Αττικής (Τραγέα 2012) που παρουσίασαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, 67 εργαζόμενοι σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων - χωρίς διάκριση

ειδικοτήτων (Καλαντζή, Καραζιώτου, Καρυώτη 2008), 80 γυναίκες κοινωνικοί λειτουργοί στον Νομό Ηρακλείου (Ψαλτάκη 2009) με την οργανωσιακή κουλτούρα (περιβάλλον και συνθήκες εργασίας) να σχετίζεται σημαντικά με την εργασιακή τους κόπωση, και 87 εργαζόμενοι στο πρόγραμμα *Βοήθεια στο Σπίτι* από 36 δήμους του Νομού Αττικής (Iordanou 2009) με την αποπροσωποποίηση αυτών να σχετίζεται θετικά με τα συνολικά έτη εργασίας.

Πίνακας Γ. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας εκτός ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Καλαντζη 2008	67 εργαζόμενοι σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων στο νομό Λασιθίου	27,95(μέτρια)	7,66(χαμηλή)	36,93(χαμηλή)
Ψαλτάκη 2009	80 κοινωνικοί λειτουργοί στον νομό Ηρακλείου	19,7% υψηλή	7.8% υψηλή	15,9% υψηλή
Iordanou 2009	87 εργαζόμενοι στο βοήθεια στο σπίτι σε 36 δήμους Αττικής	19,05(μέτρια)	8,30(χαμηλή)	36,48(χαμηλή)
Τραγέα 2012	176 φυσικοθεραπευτές στην Αττική	20,9 (μέτρια)	6,7 (χαμηλή)	37,4 (χαμηλή)

Ξεχωριστό, αλλά εξίσου σημαντικό κομμάτι των επαγγελματιών υγείας αποτελούν και οι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) με τις μελέτες να παρουσιάζονται τον πίνακα Δ, που ακολουθεί.

Πίνακας Δ. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (εκτός ψυχιάτρων).

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Αμοιρίδου 2011	188 εργαζόμενοι από μονάδες απεξάρτησης στη Θεσσαλονίκη	31% μέτρια ή υψηλή	48,9% μέτρια ή υψηλή	55,9% μέτρια ή χαμηλή
Παπαδημητρίου 2010	100 επαγγελματίες ψυχικής υγείας	16,13 (χαμηλή)	3,90 (χαμηλή)	37,18 (χαμηλή)
Παπαθανασίου 2007	157 εργαζόμενοι στο ψυχιατρικό νοσοκομείο και κέντρα ψυχικής υγείας στη Θεσσαλονίκη	24,48 (μέτρια)	4,20 (χαμηλή)	30,16 (μέτρια)
Σταντζούρη 2006	27 ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και εργοθεραπευτές	14,5 (χαμηλή)	11,7 (μέτρια)	37,0 (χαμηλή)

Εκπαίδευση

Οι μελέτες που ασχολήθηκαν με την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι εκπαιδευτικοί περιγράφονται στους πίνακες Ε και ΣΤ. Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος έγινε διαχωρισμός των μελετών σε αυτές που ασχολήθηκαν με τους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (πίνακας Ε) και σε αυτές που ασχολήθηκαν με τους εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (πίνακας ΣΤ). Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση περιλαμβάνει το νηπιαγωγείο και το δημοτικό σχολείο και η δευτεροβάθμια το Γυμνάσιο, το Λύκειο και τις Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές.

Πίνακας Ε. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Κολιάδης Ε 2000	320 εκπαιδευτικοί σε 27 σχολικές μονάδες του Νομού Αττικής	16,54 (μέτρια)	4,41 (χαμηλή)	39,2 (χαμηλή)
Koustelios A 2001	56 εκπαιδευτικοί σε 10 σχολεία της Θεσσαλονίκης	14,99 (χαμηλή)	3,86 (χαμηλή)	39,71 (χαμηλή)
Παγοροπούλου Α 2002	411 εκπαιδευτικοί στο Νομό Αττικής	18,71 (μέτρια)	4,79(χαμηλή)	40,42(χαμηλή)
Κόκκινος ΚΜ 2003	745 εκπαιδευτικοί σε Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	19,15 (μέτρια)	3,76 (χαμηλή)	36,21 (χαμηλή)
Tsigillis Ν 2006	175 εκπαιδευτικοί στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα	21,88 (μέτρια)	Μη αναφορά	Μη αναφορά
Παπαστυλιανού Α 2007	562 εκπαιδευτικοί σε όλη την ελληνική επικράτεια	18 (μέτρια)	4 (χαμηλή)	38,4 (χαμηλή)

Παπα- γιάννη Α 2007	82 εκπαιδευτικοί στο Νομό Αττικής	17,54 (μέτρια)	4,98 (χαμηλή)	37,37 (χαμηλή)
Λεβέντης Χ 2008	166 διευθυντές σχολείων στην περιφέρεια της Θεσσαλίας	13,81 (χαμηλή)	3,36 (χαμηλή)	40,27 (υψηλή)
Πασιά- λης Χ 2010	160 εκπαιδευτικοί στο Νομό Αττικής	18,26 (μέτρια)	6,4 (χαμηλή)	38,4 (χαμηλή)
Νταρής Ν 2010	39 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής στο νομό Ρεθύμνου Κρήτης	16,21 (χαμηλή)	5,59 (χαμηλή)	41,1 (χαμηλή)
Μικέλης Δ 2010	29 σχολικοί σύμβουλοι στην Περιφεριακή Διεύθυνση Δυτικής Ελλάδας	17,59 (μέτρια)	3,91 (χαμηλή)	35,3 (μέτρια)
Σαιπή Ε 2011	91 εκπαιδευτικοί στο νομό Φθιώτιδας	17,33 (μέτρια)	5,17 (χαμηλή)	37,37 (χαμηλή)
Tsigillis Ν 2011	207 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής	17,2 (μέτρια)	3,85 (χαμηλή)	38,8 (χαμηλή)
Βασιλό- πουλος Σ 2012	427 εκπαιδευτικοί σε 54 δημοτικά σχολεία	17,64 (μέτρια)	6,0 (χαμηλή)	33,52 (μέτρια)

Πίνακας ΣΤ. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗ- ΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟ- ΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Koustelios 2001	44 εκπαιδευτικοί σε 10 σχολεία της Θεσσαλονίκης	14,99** (χαμηλή)	3,86** (χαμηλή)	39,71** (χαμηλή)
Μούζου- ρα 2005	363 εκπαιδευτικοί από όλη την Ελλάδα	17,22 (μέτρια)	4,55 (χαμηλή)	34,24 (μέτρια)
Μικέλης Δ 2010	17 σχολικοί σύμβουλοι στην περφ Δυτ Ελλάδος	17,59** (μέτρια)	3,91** (χαμηλή)	35,3** (μέτρια)
Νταρής N 2010	22 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής στο Νομό Ρεθύμνου	16,21** (χαμηλή)	5,59** (χαμηλή)	41,1** (χαμηλή)
Αμα- ραντίδου Σ 2010	112 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής σε Δράμα και Καβάλα	14,1 (χαμηλή)	3,2 (χαμηλή)	52,32 (χαμηλή)
Σαιπή E 2011	87 εκπαιδευτικοί στο Νομό Φθιώτιδας	16,60 (χαμηλή)	4,82 (χαμηλή)	37,29 (χαμηλή)
Tsigilis N 2011	230 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής	13,8 (χαμηλή)	3,3 (χαμηλή)	39,8 (χαμηλή)
Χαραλά- μπους E 2012	420 εκπαιδευτικοί σε δημόσια και ιδιωτικά σχολεία της Αττικής	17,77 (μέτρια)	4,91 (χαμηλή)	35,39 (μέτρια)

** δεν υπήρχαν οι μέσοι όροι ξεχωριστά των συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης για τους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Η πρώτη προσέγγιση των δύο παραπάνω πινάκων υποδεικνύει ότι οι εκπαιδευτικοί που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση εμφανίζουν υψηλότερους μέσους όρους των συνιστωσών επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι βιώνουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση, υψηλότερη αποπροσωποποίηση και σε μεγαλύτερο βαθμό απόκτηση

προσωπικών επιτευγμάτων, συγκρινόμενοι με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Κάτι τέτοιο υποδηλώνουν και οι τρεις μελέτες (Νταρής 2010, Tsigilis 2011, Σαιτή 2011), στις οποίες έγινε σύγκριση δείγματος εκπαιδευτικών και από τις δύο βαθμίδες εκπαίδευσης, με τους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να παρουσιάζουν στατιστικά υψηλότερες τιμές συναισθηματικής εξάντλησης, γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί με το μεγαλύτερο ωράριο, τα περισσότερα τμήματα και σχολεία που διδάσκουν και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την επαφή με τους μικρούς μαθητές. Η μεγαλύτερη αποπροσωποποίηση στους καθηγητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συγκεκριμένοι εκπαιδευτικοί εργάζονται με μεγάλο αριθμό μαθητών, σε πολλά σχολεία και τμήματα και δεν έχουν πολλές δυνατότητες να αποκτήσουν ουσιαστικές σχέσεις με τους μαθητές, αλλά και τους συναδέλφους, και έτσι λειτουργούν μηχανικά και απρόσωπα. Τα υψηλότερα επίπεδα προσωπικής επίτευξης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση οφείλονται στην αίσθηση επιτυχίας που βιώνουν οι δάσκαλοι, αφού εισπράττουν την ευχαρίστηση των μικρών μαθητών (Νταρής 2010).

Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση επαγγελματικής εξουθένωσης των εκπαιδευτικών, σύμφωνα με τις μελέτες στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα είναι οι ακόλουθοι:

α. Δημογραφικοί παράγοντες

Φύλο: Όσον αφορά το φύλο, η σχέση του με την επαγγελματική εξουθένωση στους έλληνες εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να απουσιάζει και να θεωρείται περιστασιακή. Γενικά οι Έλληνες άνδρες εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση, χαμηλότερη αποπροσωποποίηση και μεγαλύτερη προσωπική επίτευξη από τις γυναίκες συναδέλφους τους (Κολιάδης 2000, Μούζουρα 2005, Λεβέντης 2008, Νταρής 2010), γεγονός που συμφωνεί με την διεθνή βιβλιογραφία, και μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι οι γυναίκες είναι πιο συναισθηματικές από τους άνδρες, ότι επιτελούν πολλαπλούς ρόλους (καριέρα, σπίτι, μητέρα, σύζυγος), συνδέονται περισσότερο με τους μαθητές τους και αναλαμβάνουν λιγότερες διευθυντικές θέσεις απ' ότι οι άνδρες, με αποτέλεσμα να μην έχουν προνόμια, όπως οικονομικά κίνητρα, αυτονομία και κοινωνική καταξίωση (Πολυχρόνη 2010).

Ηλικία: Όσον αφορά την ηλικία βρέθηκε σε τέσσερις μελέτες συσχέτιση της με τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μούζουρα 2005, Παπαστυλιανού 2007, Νταρής 2010, Χαραλάμπους 2012). Πιο συγκεκριμένα όσο μεγαλώνει η ηλικία, μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση και αυξάνεται η προσωπική επίτευξη των Ελλήνων εκπαιδευτικών., γεγονός που συμφωνεί με τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι οποίες αναφέρουν ότι οι

εκπαιδευτικοί ηλικίας 30-40 ετών πλήττονται περισσότερο. Οι νεότεροι επαγγελματίες εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, με κύριο αίτιο την διάψευση των προσδοκιών τους (Καντάς 1995).

Οικογενειακή κατάσταση: Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, σύμφωνα με τις μελέτες, οι άγαμοι Έλληνες εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση (Νταρής 2010), υψηλότερη αποπροσωποποίηση (Παγοροπούλου 2002, Λεβέντης 2008, Νταρής 2010, Βασιλόπουλος 2012) και χαμηλότερο επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων (Νταρής 2010, Παγοροπούλου 2002), σε σύγκριση με τους έγγαμους συναδέλφους με παιδιά, στους οποίους η οικογένεια παίζει σημαντικό υποστηρικτικό ρόλο στην ζωή τους, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν με αισιοδοξία τα προβλήματα και να μετριάσουν την εργασιακή τους ένταση (Antoniou 1999, Bakker 2000).

Εκπαιδευτικά προσόντα: Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης, οι μελέτες έδειξαν ότι οι έλληνες εκπαιδευτικοί με επιπλέον προσόντα (μεταπτυχιακό, μετεκπαίδευση) παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης από εκείνους τους εκπαιδευτικούς που είναι λιγότερο μορφωμένοι (Παγοροπούλου 2002, Μούζουρα 2005, Νταρής 2010). Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες αναλαμβάνουν υπεύθυνες θέσεις και έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες από την δουλειά τους, και όταν αυτές δεν ικανοποιούνται νιώθουν ιδιαίτερα απογοητευμένοι (Maslach 1982, Pines 1993). Εξάιρεση αποτελεί μία μελέτη (Μικέλης 2010), η οποία μελέτησε 46 σχολικούς συμβούλους της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και έδειξε ότι η επιπλέον επιμόρφωση των σχολικών συμβούλων στην εκπαίδευση ενηλίκων είχε αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση και θετική συσχέτιση με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

β. Εργασιακοί παράγοντες

Οι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση τους εκπαιδευτικούς στην χώρα μας σύμφωνα με τις ελληνικές μελέτες είναι για την συναισθηματική εξάντληση η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης του εργαζομένου (Κουστέλιος 2001, Νταρής 2010, Γιαννιά 2011), οι συνθήκες εργασίας (Σαρμαδοπούλου 2010), η μη υποστηρικτική συμπεριφορά του Διευθυντή (Σαιτή 2011), η μη συνεργασία με τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς, η έλλειψη χρόνου και οι χαμηλές οικονομικές απολαβές (Λεβέντης 2008), καθώς και ο μη έλεγχος της εργασίας (Νταρής 2010).

Όσον αφορά την αποπροσωποποίηση των ελλήνων εκπαιδευτικών σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον αυτή σχετίζεται με την τάξη (με υψηλότερη αποπροσωποποίηση σε αυτούς που διδάσκουν σε μικρότερες τάξεις) (Παγοροπούλου 2002), την επαγγελματική ικανοποίηση του εργαζομένου (αρνητική συσχέτιση με την ίδια τη δουλειά, τον προϊστάμενο και τον οργανισμό ως ολότητα) (Koustelios 2001), τις συνθήκες εργασίας (ωράριο, αριθμός

μαθημάτων) (Μούζουρα 2005, Χαραλάμπους 2012), την έλλειψη υποστηρικτικής συμπεριφοράς του διευθυντή και την μη συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων (Σαιτή 2011) και τον μη έλεγχο της εργασίας από τον εκπαιδευτικό (Νταρής 2010). Τέλος η προσωπική επίτευξη σχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση του έλληνα εκπαιδευτικού (η ίδια η εργασία και ο οργανισμός ως ολότητα) (Koustelios 2001), με τον βαθμό σαφήνειας του ρόλου του εκπαιδευτικού (Παπαστυλιανού 2007), την υποστηρικτική συνεργασία και την συνεργατικότητα μεταξύ των συναδέλφων (Σαιτή 2011).

γ. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συμβάλλουν στην ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης στους έλληνες εκπαιδευτικούς, οι μελέτες έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται θετικά με το κοινωνικό άγχος και την αρνητική υποστήριξη (Βασιλόπουλος 2012), με το καταθλιπτικό συναίσθημα και την επιβραδυντική σωματική δραστηριότητα και αρνητικά με το θετικό συναίσθημα και τον βαθμό σαφήνεια ρόλων (Παπαστυλιανού 2007).

Η αποπροσωποποίηση σχετίζεται θετικά με το κοινωνικό άγχος, την αρνητική υποστήριξη και την ενσυναισθηματική υποστήριξη (Βασιλόπουλος 2012), όπως επίσης και με το διαπροσωπικό συναίσθημα και τον βαθμό σύγκρουσης ρόλων. (Παπαστυλιανού 2007). Στην μελέτη της Μούζουρα 2005 φάνηκε ότι οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι παρουσιάζουν μέτρια ή σοβαρά προβλήματα υγείας, παρουσιάζουν και υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση, γεγονός που συμφωνεί με την διαπίστωση ότι οι εργαζόμενοι που έχουν πολλούς προσωπικούς ενεργειακούς πόρους, έχουν καλή υγεία, είναι ικανοί και αισιόδοξοι, και λιγότερο επιρρεπείς στο στρες και την επαγγελματική εξουθένωση (Greenglass 2008).

Σύγκριση μεταξύ των δύο τύπων αγωγής (εκπαιδευτικοί γενικής και ειδικής αγωγής) πραγματοποιήθηκε σε τρεις μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας (Κόκκινος 2003, Κολιάδης 2000, Πατσάλης 2010), όπου εξετάστηκαν εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στις δύο μελέτες βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί γενικής αγωγής παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους συναδέλφους τους της ειδικής αγωγής (Κολιάδης 2000, Πατσάλης 2010), γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι οι εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής έχουν καλύτερη επίγνωση του έργου που έχουν να επιτελέσουν, καθώς και των αποδεκτών της εργασίας τους, με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συναισθηματική εξάντληση από την εργασία τους και αρνητικά κινικά αισθήματα για τους μαθητές τους. Ωστόσο οι μελέτες για το συγκεκριμένο θέμα στην διεθνή βιβλιογραφία δίστανται, άλλες δεν αναφέρουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες εκπαιδευτικών: ειδικής και γενικής αγωγής (Olson J et al 1982), και άλλες υποδεικνύουν ότι η συνεχής επαφή με ειδικά παιδιά προκαλεί περισσότερη κόπωση (Beck CL et al 1983), αποτέλεσμα που αναδείχθηκε και στην μελέτη του Κόκκινου το 2003, ο οποίος

απέδειξε ότι μεταξύ 745 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικής και ειδικής αγωγής, αυτοί που ασχολούνται με την ειδική αγωγή παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αθλητισμός

Κατά την έρευνα μας στον χώρο του αθλητισμού ανευρέθηκαν πέντε (5) μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε έλληνες εργαζόμενους. Από αυτές οι τέσσερις (4) αφορούσαν προπονητές ποδοσφαίρου, καλαθοσφαίρισης, πετοσφαίρισης και κλασσικού αθλητισμού, η μία (1) μελέτη εργαζομένους σε αθλητικά στάδια. (πίνακας Ζ).

Πίνακας Ζ. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους στον αθλητικό χώρο.

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Καραμπάτσος 2004	164 προπονητές κλασσικού αθλητισμού	18,14 (μέτρια)	5,25 (χαμηλή)	40,12 (χαμηλή)
Αποστολίδης Ν 2004	170 προπονητές καλαθοσφαίρισης, 118 προπονητές πετοσφαίρισης 164 προπονητές κλασσικού αθλητισμού	18,51 (μέτρια) (για τους προπονητές πετοσφαίρισης)	6,36 (χαμηλή)	37,65 (χαμηλή)
Αποστολίδης 2007	170 προπονητές καλαθοσφαίρισης	20,12 (μέτρια)	9,68 (μέτρια)	39,78 (χαμηλή)
Koustelios 2009	163 εργαζόμενοι σε δημόσια αθλητικά κέντρα	10,90 (χαμηλή)	4,36 (χαμηλή)	29,17 (υψηλή)
Koustelios 2010	132 προπονητές ποδοσφαίρου	14,76 (χαμηλή)	5,96 (χαμηλή)	39,7 (χαμηλή)

Παρατηρείται ότι οι Έλληνες προπονητές καλαθοσφαίρισης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση) συγκρινόμενοι με τις άλλες κατηγορίες προπονητών (ποδοσφαίρου, πετοσφαίρισης και κλασσικού αθλητισμού) και τους εργαζόμενους σε αθλητικά κέντρα. Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι προπονητές καλαθοσφαίρισης που μελετήθηκαν εργάζονταν σε κατηγορία εθνικού επιπέδου και είναι η κύρια εργασία τους (Αποστολίδης 2007), σε αντίθεση με τους προπονητές ποδοσφαίρου που η προπονητική δεν ήταν το κύριο επάγγελμα τους και προπονούσαν ομάδες ερασιτεχνικού επιπέδου (Koustelios 2010), τους προπονητές πετοσφαίρισης και κλασσικού αθλητισμού που επίσης το επάγγελμα του προπονητή δεν αποτελούσε την κύρια εργασία τους (Καραμπάτσος 2004, Αποστολίδης 2004), και τους εργαζόμενους στα αθλητικά κέντρα, οι οποίοι ήταν κυρίως εποχιακοί εργαζόμενοι. Το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνει με το υψηλότερο αγωνιστικό επίπεδο και τον αυξημένο φόρτο εργασίας συμφωνεί με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Πιο συγκεκριμένα για τους προπονητές καλαθοσφαίρισης (Αποστολίδης 2010), ανευρέθηκε ότι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης όταν εργάζονται σε ομάδες υψηλότερου αγωνιστικού επιπέδου, με πιθανότερα αίτια την σύγκρουση των ρόλων, το πιεσμένο αγωνιστικό πρόγραμμα και τα υψηλότερα οικονομικά οφέλη που τους αποφέρει το επάγγελμα (Goodger K 2007), όπως επίσης και υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης σε αυτούς που εργάζονται για πρώτη φορά, σε σύγκριση με τους προπονητές καλαθοσφαίρισης που εργάζονταν περισσότερα με 5 έτη. Παρόμοια διαπίστωση και για τους προπονητές κλασσικού αθλητισμού με τους μικρότερους σε ηλικία (41-45 ετών) να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και προσωπικής επίτευξης σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία, οι οποίοι πιθανόν να έχουν αποδεχθεί πως δεν υπάρχουν πλέον ουσιαστικές ευκαιρίες ανοδικής εξέλιξης τους και η αποκτηθείς εμπειρία τους οδηγεί σε πιο ασφαλή αντιμετώπιση του άγχους που βιώνουν κατά την διάρκεια των αγώνων (Καραμπάτσος 2004). Το γεγονός ότι οι νεότεροι προπονητές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης συμφωνεί με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας (Goodger 2007).

Όσον αφορά τους Έλληνες εργαζόμενους στα αθλητικά κέντρα ο Koustelios et al 2009 έδειξε ότι το μέγεθος του αθλητικού κέντρου επηρεάζει τις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, με αυτούς που απασχολούνται σε μεγάλα αθλητικά κέντρα να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής επίτευξης, γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από την πολυπλοκότερη δομή του μεγαλύτερου αθλητικού κέντρου που μπορεί να οδηγήσει σε κακή επικοινωνία με τους συναδέλφους, αλληλοεπικάλυψη των ρόλων και μικρή εργασιακή υποστήριξη.

Ασφάλεια - Δικαιοσύνη

Στον τομέα της ασφάλειας και της δικαιοσύνης βρέθηκαν έξι μελέτες που αφορούσαν έλληνες εργαζόμενους, οι τρεις από τις οποίες αφορούσαν εργαζόμενους σε σωφρονιστικά ιδρύματα, δύο μελέτες ασχολήθηκαν με την επαγγελματική εξουθένωση των ελλήνων αστυνομικών και μία μελέτη με τον δικηγορικό κλάδο της Θεσσαλονίκης (πίνακας Η)

Πίνακας Η. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους στον τομέα της ασφάλειας - δικαιοσύνης.

ΜΕΛΕΤΗ	ΔΕΙΓΜΑ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)	ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)
Μαγγιώρου 2007	136 αστυνομικός	Δεν αναφέρει	Δεν αναφέρει	Δεν αναφέρει
Χλωμού Μ 2010	59 σωφρονιστικοί υπάλληλοι στις φυλακές Αλικαρνασσού και Νεαπολέως	25,2 (μέτρια)	14,39 (υψηλή)	21,96 (υψηλή)
Κουλιεράκης Γ 2010	232 εργαζόμενοι σε 13 καταστήματα κράτησης	26,3% (υψηλή)	51,5% (υψηλή)	13,4% (υψηλή)
Ταμπάκη Π 2010	124 αστυνομικοί στην Κέρκυρα	19% (υψηλή)	46% (υψηλή)	63% (υψηλή)
Σάλμαν 2010	92 δικηγόροι της Θεσσαλονίκης	20,8 (μέτρια)	8,73 (μέτρια)	22,0 (υψηλή)
Καραίσκος 2011	94 σωφρονιστικοί υπάλληλοι στο κατάστημα κράτησης Κορυδαλλού	23,56 (μέτρια)	13,15 (μέτρια-υψηλή)	33,43 (μέτρια)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων τον Ιανουάριο του 2009 κρατούνταν 11.736 άτομα σε φυλακές, ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία της Ομοσπονδίας των σωφρονιστικών υπαλλήλων τον Απρίλιο του 2006 υπηρετούσαν 2028 εργαζόμενοι ως προσωπικό φύλαξης (Κουλιεράκης 2010). Στις μελέτες που αφορούσαν τους έλληνες σωφρονιστικούς υπαλλήλους (πίνακας Ε) διαπιστώθηκε ότι οι συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμαίνονται από μέτρια ως υψηλά επίπεδα, με την ηλικία να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα συσχέτισης (όσο αυξάνει η ηλικία, μεγαλώνει και η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων), αποτέλεσμα που συμφωνεί με ορισμένες διεθνείς μελέτες (Black 2001, Morgan et al 2002, Keinan et al 2007). Ωστόσο κάποιες άλλες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας που μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση των σωφρονιστικών υπαλλήλων θεωρούν ότι κάτι τέτοιο δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο (Schaufeli et al 2000). Αυτή η μη ξεκάθαρη σχέση φαίνεται και στην μελέτη του Κουλιεράκη ο οποίος εξέτασε 232 εργαζόμενους σε 13 καταστήματα κράτησης της Ελλάδας και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι σε αυτά τα καταστήματα κράτησης έχουν ισχυρότερο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων και μικρότερη αποπροσωποποίηση, εύρημα που μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι η συσσωρευμένη εμπειρία και το ότι πλησιάζουν στο τέλος της επαγγελματικής τους καριέρας, αφενός τους διευκολύνει να εκτιμήσουν θετικά την θητεία τους και αφετέρου να αντιμετωπίσουν με διαφορετικό τρόπο τους κρατούμενους.

Όσον αφορά των χώρο της Ελληνικής Αστυνομίας και το ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης που αυτός βιώνει οι μελέτες έδειξαν ότι κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, σημαντικούς παράγοντες το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη υπηρεσίας, τον βαθμό, το τομέα υπηρεσίας και την γενική δυσaráσκεια από το επάγγελμα (Μαγγιώρου 2007, Ταμπάκη 2008).

Πιο συγκεκριμένα υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση βιώνουν οι γυναίκες ελληνίδες αστυνομικοί (πιθανόν λόγω επιπρόσθετων υπευθυνοτήτων στο σπίτι), οι άγαμοι αστυνομικοί (πιθανόν λόγω μικρότερου υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος), οι αστυνομικοί υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (πιθανόν λόγω των υψηλότερων προσδοκιών που δεν εκπληρώνονται), οι νεότεροι αστυνομικοί (πιθανόν λόγω έλλειψης επαγγελματικής πείρας) και οι αστυνομικοί που εργάζονται σε γραφεία σαν εσωτερικούς χώρους (πιθανόν λόγω της έλλειψης ανατροφοδότησης και κοινωνικής στήριξης από προϊσταμένους και του φτωχού κοινωνικού κλίματος).

Στον τομέα των δικηγόρων βρέθηκε μια μελέτη που αφορούσε 92 δικηγόρους στην Θεσσαλονίκη (Σάλμαν 2010), τα αποτελέσματα της οποίας ήταν ότι οι δικηγόροι του δείγματος παρουσιάζουν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει ότι ο τομέας τους χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Jackson et al 1987). Η διαφορά

αυτή πιθανόν να μπορεί να εξηγηθεί από το ότι το περιβάλλον στην χώρα μας δεν είναι τόσο ανταγωνιστικό.

Επίσης οι άγαμοι δικηγόροι του δείγματος παρουσιάζουν υψηλότερη αποπροσωποποίηση και λιγότερα προσωπικά επιτεύγματα από τους έγγαμους συναδέλφους τους, εύρημα που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Innstrand et al 2008), κάτι το οποίο ισχύει και για τους νεότερους σε ηλικία δικηγόρους του δείγματος (Meltzer 1982).

Ωστόσο για πιο ασφαλή συμπεράσματα μεταξύ των ελλήνων εργαζομένων στον τομέα της ασφάλειας και της δικαιοσύνης, όσον αφορά τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν, απαιτούνται επιπλέον μελέτες.

Άλλες Κατηγορίες Εργαζομένων

Πίνακας Θ. Μελέτες επαγγελματικής εξουθένωσης σε έλληνες εργαζομένους σε διάφορες ειδικότητες

<i>ΜΕΛΕΤΗ</i>	<i>ΔΕΙΓΜΑ</i>	<i>ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ (Μ.Ο)</i>	<i>ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ (Μ.Ο)</i>	<i>ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ (Μ.Ο)</i>
Kondylis 2004	126 εργαζόμενοι σε τράπεζες, ασφαλιστικές και ναυτιλιακές εταιρείες	25,8 (μέτρια)	Δεν αναφέρει	Δεν αναφέρει
Τζήμα 2005	60 εργαζόμενοι σε ΟΤΕ Σερρών και Αιγίου, Eurobank Ρεθύμνου και Επιμελητήριο Ρεθύμνου	24,21 (μέτρια)	9,45 (μέτρια)	17,92 (μέτρια)
Togia 2005	136 βιβλιοθηκονόμοι	χαμηλή	χαμηλή	χαμηλή
Τσάκωνας 2005	32 εργαζόμενοι (διοικητικό προσωπικό) στα Νοσοκομεία Φλώρινας και Πτολεμαΐδας	16,38 (μέτρια)	5,28 (μέτρια)	35,63 (χαμηλή)
Κωστάκης 2008	180 εργαζόμενοι σε ιδιωτική τράπεζα στην Αττική	32,70 (υψηλή)	18,16 (υψηλή)	35,67 (μέτρια-υψηλή)
Πολυχρόνη 2010	118 εργαζόμενοι σε αλυσίδα καταστημάτων λιανικής πώλησης	15,03 (μέτρια)	4,62 (χαμηλή)	37,20 (χαμηλή)

Mantelou 2010	Εργαζόμενοι σε τράπεζα	Δεν αναφέρει	Δεν αναφέρει	Δεν αναφέρει
Γιαννιά 2011	35 εργαζόμενοι ως συνοδοί κατασκηνώσεων	60,00%	77,10%	74,30%
Κιπενής 2011	144 πιλότοι στην 111 Πτέρυγα Μάχης	Μέτρια	Μέτρια	μέτρια

Στον πίνακα Θ έχουν καταγραφεί οι μελέτες που αφορούν έλληνες εργαζόμενους σε διάφορους άλλους τομείς (εκτός του τομέα τη Υγείας, της Εκπαίδευσης, του Αθλητισμού και της Ασφάλειας). Δεν είναι εύκολο να γίνει σύγκριση μεταξύ των παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης που παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι των παραπάνω μελετών, λόγω της διαφορετικής φύσης της εργασίας τους, απλά γίνεται παράθεση των μελετών για να φανεί ότι κάθε κλάδος είναι δυνατόν να παρουσιάσει σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση, η οποία είναι αναστρέψιμη και ιάσιμη και κάτω από τις κατάλληλες παρεμβάσεις μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης οι ερευνητές έχουν προτείνει κατά καιρούς μια σειρά παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο οργάνωσης των οργανισμών - επιχειρήσεων (Ψυχαργός 2005).

Σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο περιγράφουν τις κινήσεις που έχει να κάνει ο εργαζόμενος, την ευθύνη των οποίων φέρει ο ίδιος και οι οποίες είναι οι εξής:

Εγκυρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αναζήτηση υποστήριξης: Το πρώτο και το σημαντικότερο βήμα για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώριση της ύπαρξης της (Κουλιεράκης και συν 2000). Πολλοί εργαζόμενοι δεν καταφέρνουν να αναγνωρίσουν το πρόβλημα, παρά μόνο όταν έχουν ήδη εκδηλώσει σημαντικά συμπτώματα και διαταραχές στην ψυχοσωματική τους υγεία.

Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών: Ο εργαζόμενος οφείλει να επανεκτιμήσει τους στόχους και τις προσδοκίες που έχει σε σχέση με τον εαυτό του, τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους του και να συμβάλλει στον προσδιορισμό και την αναθεώρηση μερικών από αυτών (Παπαδάτου και Αναγνωστοπούλος 1999).

Αναγνώριση στρατηγικών αντιμετώπισης: Η εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης από τους εργαζόμενους, τους επιτρέπει να αξιολογήσουν ποιες έχουν αποτελεσματικό αντίκτυπο στην ρύθμιση των συναισθημάτων και στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας, και ποιες δυσχεραίνουν την προσαρμογή τους, αυξάνοντας το στρες που βιώνουν (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 2008).

Κοινωνική Υποστήριξη: Η κοινωνική υποστήριξη, σύμφωνα με τους Sutherland και Cooper (2003), αποτελεί το σημαντικότερο μηχανισμό αντιμετώπισης των προβλημάτων της εργασιακής ζωής και μπορεί να αναπτυχθεί ή να βελτιωθεί. Έχει υποστηριχθεί ότι η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει την σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης, βοηθώντας το άτομο να διατηρεί την σωματική και ψυχική του ευεξία, παρά τις αντίξοες εργασιακές συνθήκες που ενδεχομένως βιώνει καθημερινά.

Σωματική άσκηση, ξεκούραση και σωστή διατροφή: Όλο και περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η άσκηση έχει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 2008, Plante and Robin 1990). Το τζόκιν, το γρήγορο περπάτημα, ο χορός, η ποδηλασία και κάποια ψυχαγωγικά αθλήματα (τένις), μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να μειώσει την συναισθηματική του ένταση και παράλληλα να βρεθεί σε επαφή με ένα κοινωνικό δίκτυο, ιδιαίτερα ευεργετικό για την αντιμετώπιση των πιέσεων που προκαλεί η εργασία του (Horwitz and Groves, 1985).

Σωστή διαχείριση του χρόνου: Οι παρεμβάσεις για την διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αύξηση της ψυχοσωματικής ευεξίας και την πρόληψη της έντασης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι εργαζόμενοι που επενδύουν στην διαχείριση του εργασιακού τους χρόνου συχνά αναφέρουν ότι έχουν περισσότερο έλεγχο της ζωής τους, ενώ αισθάνονται ότι πετυχαίνουν περισσότερα γιατί ξοδεύουν λιγότερο χρόνο σε ανούσια πράγματα, ελάχιστα αποτελεσματικά και συχνά άσχετα με την επαγγελματική τους απόδοση (Sutherland and Cooper 2003).

Τεχνικές Χαλάρωσης: Τεχνικές, όπως η γιόγκα, η προοδευτική χαλάρωση, ο διαλογισμός μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να μειώσουν την ένταση που αισθάνονται στην εργασία τους και να τους ανακουφίσουν από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η επαγγελματική εξουθένωση (Ψυχαργός 2005).

Σε οργανωτικό - διοικητικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οργανισμού - επιχείρησης έχουν σημαντικά προτερήματα σε σχέση με τις παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στο άτομο, καθώς προάγουν την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας για μεγάλο αριθμό ατόμων και αποσκοπούν στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας του περιβάλλοντος εργασίας. Αυτές οι παρεμβάσεις προσεγγίζουν την επαγγελματική εξουθένωση σαν ένα πρόβλημα διοίκησης/διαχείρισης και όχι ως ένα ατομικό

έλλειμμα ή αδυναμία, μετατοπίζοντας την ευθύνη για δράση σε έναν ισχυρότερο τομέα, με μεγαλύτερους πόρους για αποτελεσματική αλλαγή των συνθηκών εργασίας του οργανισμού (Καραγκιούζη 2009).

Δημοκρατική διοίκηση: Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο διαφορετικός ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων. Σημαντικό ρόλο πρέπει να κατέχει σε κάθε επιχείρηση ο προϊστάμενος, ο οποίος θα είναι σε θέση εκτός του ηγετικού του ρόλου να παρέχει υποστήριξη και στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων των εργαζομένων (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση: Η θέσπιση σαφών κριτηρίων για την πρόσληψη προσωπικού που θεωρεί ως κατάλληλο να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε θέσης, είναι ένα σημαντικό βήμα, το οποίο αυξάνει και την εργασιακή απόδοση (Καπλάνη 2007).

Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του εργαζομένου και η συμμετοχή του επαγγελματία στην λήψη αποφάσεων: Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται ο αυτοέλεγχος, η υπευθυνότητα και η ανθεκτικότητα του εργαζομένου στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας. Ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους που απασχολούνται σε νοσοκομειακές μονάδες κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη καθηκοντολογίου για τον προσδιορισμό των ρόλων και η προώθηση της συνεργασίας στα μέλη του προσωπικού.

Θετική ενίσχυση - υποκίνηση: Μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή υλικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ανταμοιβών, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με οικονομικές απολαβές (επιδόματα, αύξηση μισθού), διευκολύνσεις στην εργασία (άδειες, ρεπό) και κυρίως με την αναγνώριση της προσφοράς με προφορικούς ή γραπτούς επαίνους (Καραγκιούζη 2009).

Βελτίωση των συνθηκών εργασίας: Ο σωστός εργονομικός σχεδιασμός των χώρων εργασίας (με την συνεργασία του ιατρού εργασίας και του τεχνικού ασφαλείας της επιχείρησης), η διαμόρφωση αξιοπρεπών και ευχάριστων χώρων διαλλειμάτων συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ξεκούραση και χαλάρωση που προσφέρουν στο προσωπικό.

Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης: Στόχος των ομάδων είναι η εκπαίδευση του προσωπικού στο έλεγχο του στρες, η ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης του προσωπικού, οι οποίοι με την υποστήριξη ειδικού συμβούλου αναγνωρίζουν και αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητες τους για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγαθοκλέους Μ (2010) Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς εξωτερικών ιατρείων. *Υγεία και Εργασία*, τόμος 1, τεύχος 3, 37-44

Αγγελοπούλου Μ (2006) Ο ρόλος των συνθηκών εργασίας και της αφοσίωσης στον οργανισμό στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χρ., Πριάμη Μ, Πλατή Χρ. (2000) Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Ελληνική Ιατρική*, 66, 5-6:398-406

Αλεξιάς Γ, Αναγνωστόπουλος Φ, Πιλάτης Ι (2010) Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131, Α', 109-136

Αμαραντίδου Σ, Κουσελίος Α (2010) Διαφορές στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ασάφειας ρόλων και σύγκρουσης ρόλων, σε εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής*, 6(2), 20-33

Αμοιρίδου Κ (2011) Η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους των μονάδων απεξάρτησης (στεγνών ουσιών) για τα άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και στους εργαζόμενους των προγραμμάτων υποκατάστασης (ΟΚΑΝΑ) της Θεσσαλονίκης. Συγκριτική μελέτη Μεταπτυχιακή Διατριβή

Ανδρεαδάκη Σ (2006) Επαγγελματική εξουθένωση και αγγειοχειρουργική. Βιβλιογραφική επισκόπηση του συνδρόμου και μελέτη στους έλληνες αγγειοχειρουργούς. Πτυχιακή Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, τμήμα Ψυχολογίας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

Αντωνόπουλος Β (2011) Μελέτη της ποιότητας ζωής και του φαινομένου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό των μονάδων τεχνητού νεφρού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ της περιφέρειας Κρήτης με χρήση ερωτηματολογίων MBI και SF12. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Αποστολίδης Ν, Καρτερολιώτης Κ, Αναστασιάδης Μ (2007). Αξιολόγηση επαγγελματικής εξουθένωσης προπονητών καλαθοσφαίρισης. *Κινησιολογία* (4), 1: 40-51

Αποστολίδης Ν, Καραμπάτσος Γ, Μαλουσάρης Γ (2004). Αξιολόγηση και σύγκριση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ προπονητών καλαθοσφαίρισης, πετοσφαίρισης και κλασσικού αθλητισμού. Ανακοίνωση 3ο Διεθνές συνέδριο *Αθλητικής Ψυχολογίας* 26-28 Νοεμβρίου Τρίκαλα

Αστυρακάκη Ε (2007) Μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους σε δείγμα νοσηλευτών κλειστών τμημάτων (χειρουργεία, μονάδες) και ανοικτών τμημάτων (κλινικές) στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Ε.Α.Π

Βασιλόπουλος Σ (2012). Η επαγγελματική εξουθένωση και η σχέση της με το κοινωνικό άγχος στους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Hellenic Journal of Psychology*, (9), 18-44

Γαργαλιώνη Π (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσοκομείο της Τρίπολης. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Γεωργανός Μ (2011) Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στον χειρουργικό και εργαστηριακό τομέα. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. ΕΑΠ

Γιακομίδου Δ (2007) Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού νοσοκομείων στην Ελλάδα: Η περίπτωση των ιατρονοσηλευτών στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Γιαννιά Ν, Κοκαρίδας Δ, Αμπατζίδου Α, Πασλαμούσκα Μ, Πατσιαούρας Α, Λατίνη Ε, Κυπαρίση Γ (2011) Η επαγγελματική εξουθένωση σε συνοδούς κατασκηνώσεων ατόμων με αναπηρία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, τόμος 3, (4) 158-164

Γουρίδου Ε (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Η περίπτωση των ιατρών του Α Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Άγιος Παύλος. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ.

Δεσίρης Π (2006) Επαγγελματική εξουθένωση: Σύγκριση ιατρών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα του νομού Καβάλας. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Δημητρόπουλος Χ, Φιλίππου Ν (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5):642-647

Διλιντάς Α (2010) Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3):498-508

Διομήδους Μ, Ζήκος Δ, Λιάσκος Ι, Ρουμελιώτου Ι, Φωκά Α, Πιστόλης Ι. (2009) Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(2):190-199

Δουβανάς Α, Μπάλιου Μ, Παντελάκη Α, Πουσδέρηκ Π (2011) Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 10ος τόμος, 3ο τεύχος, 373-381

Εργαστήριο Υγιεινής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. (2010) Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (<http://health.in.gr.news/article.asp?lngArticleID=161843>)

Ζής Π (2012) Μελέτη της ψυχικής υγείας και του φαινομένου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς του Νοσοκομείου Ο Ευαγγελισμός με βάση το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων και πόρων. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Καλαντζή Φ (2007) Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία ελληνικά νοσοκομεία. Διπλωματική Εργασία, *Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία*. Πάντειο Πανεπιστήμιο

Καλαντζή Κ, Καραζιώτου Ι, Καρυώτη Β (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης της. Πτυχιακή Εργασία. *Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας*. ΑΤΕΙ Κρήτης

Καλαντζής Χ, Λουκόπουλος Α (2008) Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των οδοντιάτρων του νομού Αχαΐας και της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ.

Καντάς Α. (1995) Οργανωτική βιομηχανική Ψυχολογία. Μέρος 3ο. Διεργασίες ομάδας, Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή Κουλτούρας, Επαγγελματικό άγχος. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα* 105-108

Καντάς Α. (1996) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας, *Ψυχολογία*, 3 (2), 71-85

Καπλάνη Ε (2007) Επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Γ.Ν Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο - Μπενάκειο ΕΕΣ, ποιότητα ζωής και απουσίες από την εργασία τους. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, ΕΑΠ

Καραγκιούζη Ε (2009). Μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό σε στρατιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Καραίσκος Χ, Κουλιεράκης Γ, Κικεμένη - Ξυδέα Α. (2011).Εργασιακό περιβάλλον και επαγγελματική εξουθένωση των σωφρονιστικών υπαλλήλων καταστήματος κράτησης. *Υγεία και Εργασία*, 2 (2), 47-60

Καραίσκος Χ, Τσικρικά Μ, Πολυχρονόπουλος Β (2012) Διερεύνηση της εργασιακής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό δυναμικό δημόσιου νοσοκομείου, *Υγεία και Εργασία*, 3(3):9-16

Καραμπάτσος Γ. (2004) Σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και επαγγελματικής εξουθένωσης προπονητών κλασσικού αθλητισμού Ανακοίνωση 3ο Διεθνές συνέδριο *Αθλητικής Ψυχολογίας* 26-28 Νοεμβρίου Τρίκαλα

Καρανιάδου Α, Αναγνωστόπουλος Φ, Τελειώνη Μ (2006) *Νοσηλευτική*, 45(3):391-403

Καρατζόγλου Ι (2008).Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Καρτέρη Μ (2009) Μελέτη της στάσης απέναντι στον ψυχικά ασθενή και των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Κιπενής Ν (2011) Συναισθήματα, ενδυνάμωση και επαγγελματική εξουθένωση των ιπτάμενων στην Ελληνική Πολεμική Αεροπορία. Μεταπτυχιακή Εργασία. *Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Κεραμιδά Π (2004) Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον καθορισμό του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Κόκκινος ΚΜ, Δαβάζογλου Α (2003) Επαγγελματική εξουθένωση σε εκπαιδευτικούς ειδικής και γενικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 9ο Συνέδριο *Παιδαγωγικής Εταιρείας* Κύπρου, 1065-1074

Κολιάδης Ε, Μυλωνάς Κ.Λ, Κουμπιάς Ε, Τσιναρέλλης Γ, Βαλσάμη Ν, Βάρφη Β (2000) Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας γενικής και ειδικής αγωγής.

Κουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο, Πάντζου Π (2000) Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Β, ΕΑΠ, Πατρα

Κουλιεράκης Γ, Αγραφιώτης Δ (2010) Stress, επαγγελματική εξουθένωση, ψυχική υγεία και στρατηγικές αντιμετώπισης στο προσωπικό των ελληνικών καταστημάτων κράτησης *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(6):944-952

Κουστέλιος Α, Κουστέλιου Ι (2001).Επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση. *Ψυχολογία* 2001, 8 (1), 30-39

Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών . *Το βήμα του Ασκληπιού* 1:1-7,

Κωστάκης Κ (2008). Η διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της υγείας της σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής σε εργαζόμενους σε μια ιδιωτική τράπεζα. Διπλωματική εργασία. *Σχολή Διοίκηση μονάδων υγείας*. ΕΑΠ

Λαγουμιντζής Γ (2010) Μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαστηριακούς ιατρούς και το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Λανάρα Β.Α (2001) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο, Ή, Έκδοση, Αθήνα

Λεβέντης Χ (2008). Το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των διευθυντών σχολικών μονάδων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή της Θεσσαλίας. Διπλωματική Εργασία, *Σπουδές στην Εκπαίδευση*. ΕΑΠ

Λιόλιος Ε, Περσεφόνης Γ (2006) Ο αντίκτυπος της επαγγελματικής εξουθένωσης του ιατρικού προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών σε τρία κέντρα υγείας του Νομού Αχαΐας Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Λιολιου Μ, (2010) Μελέτη επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ Κατερίνης και ικανοποίησης των ασθενών. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Λίτσα Κ (2007) Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Συσχέτιση των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων με τα επίπεδα ψυχικής υγείας. Διπλωματική Εργασία. ΕΑΠ

Μαγγιώρου Β (2007), Η επαγγελματική εξουθένωση του Έλληνα αστυνομικού. Αξιωματική Αστυνομία, 24-27

Μαρκοπούλου Γ (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση των Νοσηλευτών των Νοσοκομείων του Ν. Αχαΐας (Π.Γ.Ν. Πατρών, Γ.Ν. Πατρών Άγιος Ανδρέας, Γ.Ν. Παίδων Καραμανδάνειο και Γ.Ν. Αιγίου) από την δέσμευση τους στο έργο. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών* ΕΑΠ

Μάρκου Π (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 16(95), 21-25

Μαστρογιαννόπουλος Ι (2008) Επαγγελματική εξουθένωση. Σύγκριση ιατρών του δημοσίου και του ιδιωτικού ψυχιατρικού τομέα του νομού Αττικής. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Μαυρίδου Α (2012) Διερεύνηση Συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό γενικών νοσοκομείων. Διδακτορική Διατριβή. *Σχολή Ιατρικής* Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Μικέλης Δ (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση, η περίπτωση των σχολικών συμβούλων. Διπλωματική εργασία, *Σπουδές στην Εκπαίδευση*, ΕΑΠ

Μούζουρα Ε (2005) Πηγές και αντιμετώπιση επαγγελματικού - συναισθηματικού φόρτου εκπαιδευτικών: σύνδεση ατομικών και κοινωνικών συνθηκών έντασης. Διδακτορική Διατριβή. *Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*.

Μπαιρακάρη Α. (2008) Επαγγελματική εξουθένωση και ποιότητα ζωής των ιατρών που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του πόνου και την παρηγορητική και συμπτωματική φροντίδα καρκινοπαθών και μη ασθενών. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών* . ΕΑΠ

Μπαμπίλης Κ (2007) Διερεύνηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Σισμανόγλειου Γενικού Νοσοκομείου. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Μπελλάλη Θ, Κοντοδημόπουλος Ν, Καλαφάτη Μ, Νιάκας Δ (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (σύμπλ. 1):75-84

Νούλα Μ, Μουχάκη Σ, Αργυροπούλου Δ, Υφαντή Ε, Κυριακίδου Β, Τσιριγκά Σ, Γκεσούλη Ε (2010) Η επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών σε νοσοκομεία των Αθηνών και της επαρχίας. *Interscientific Health Care*, τόμος 2, 99-103

Νταβασίλης Ι (2006) Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές - νοσηλεύτριες των μονάδων τεχνητού νεφρού. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ.

Νταρής Ν (2010). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής που εργάζονται σε σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Διπλωματική Εργασία *Σπουδές στην εκπαίδευση*. ΕΑΠ

Ντουσάκης Ε (2011) Διερεύνηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Ορφανίδης Μ (2010). Σύνδρομο εξάντλησης στον χώρο της υγείας. *Υγεία και Εργασία* 1(1):55-58

Παγοροπούλου - Αβεντισιάν Α, Κουμπιάς Ε, Γιαβρίμης Π (2000) Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης: το χρόνιο άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξη του σε επαγγελματική εξουθένωση. *Μέντορας* 103-127

Παναγιωτόπουλος Γ (2008) Η επαγγελματική ικανοποίηση, οι προσδοκίες και η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ.

Παναγοπούλου Γ, Στεφοπούλου Μ (2005) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού, συσχέτιση της με την φυσική και ψυχική ευεξία του, και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας* ΕΑΠ.

Πανουργιά Κ. (2008) Επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Γ.Ν. Χαλκίδας. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ.

Πανταζή Θ (2008) Συγκριτική μελέτη επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών παιδιατρικής και μονάδων περίθαλψης ενηλίκων. Διερεύνηση βαθμού κάλυψης βασικών ψυχολογικών αναγκών. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ.

Παναζοπούλου Α. (2003) Εργασιακό Περιβάλλον και Ψυχικές Επιπτώσεις. Προσέγγιση από το χώρο της Ιατρικής της Εργασίας, Αθήνα: *Ελληνικό Ινστιτούτο για την Υγιεινή και Ασφάλεια στην Εργασία* (ΕΛΙΝΥΑΕ)

Παπαγιάννη Αικ, Ρέππα Γ (2007) Επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών που διδάσκουν σε τάξεις όπου φοιτούν μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς ή μαθησιακές δυσκολίες., 10ο Συνέδριο *Παιδαγωγικής Εταιρείας* Κύπρου, 57-81

Παπαγιάννη Φ (2007) Επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας(ιατρών και νοσηλευτών) στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Παπαδάτου Δ και Αναγνωστόπουλος Φ (1995) Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Αθήνα, *Ελληνικά Γράμματα*

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (2008) Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Αθήνα, *Ελληνικά Γράμματα*

Παπαδημητρίου Χρ, Κουστέλιος Α, Κρητικός Α, Πολλάτου Ε (2010) Επαγγελματική εξουθένωση και φυσική δραστηριότητα εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας. *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής*, 5(1), 17-28

Παπαθανασίου Μ (2007) Η επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η σχέση της με δημογραφικές μεταβλητές και την ψυχική υγεία. *Ψυχολογία*, 2007, 14(1), 14-26

Παπάκη Ζ (2010) Επαγγελματική εξουθένωση προσωπικού ανθρωπιστικών αποστολών Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Παπαστυλιανού Α, Πολυχρονόπουλος Μ (2007) Επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, σύγκρουση και ασάφεια ρόλου σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, *Ψυχολογία*, 14(4), 367-391

Παππά Ε.Α, Αναγνωστόπουλος Φ, Νιάκας Δ (2008) Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):94-1

Πατσάλης Χ, Παπουτσάκη Κ (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Επιστημονικό Βήμα*, τ. 14, 251-257

Πετρόπουλος Κ (2009) Σύνδρομο Επαγγελματικής εξουθένωσης στο Ιατρικό προσωπικό του Γεν. Νοσοκομείου Λαμίας και στο Ιατρικό προσωπικό του Ι.Κ.Α Λαμίας (Συγκριτική μελέτη). Διπλωματική Εργασία, *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Πολίτη Β (2005) Επαγγελματική εξουθένωση στα τμήματα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης. Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Πολυχρόνη Δ (2010) Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών πώλησης μιας ελληνικής αλυσίδας καταστημάτων. Διπλωματική Εργασία *Διοίκηση Μονάδων Υγείας* ΕΑΠ.

Ρόκκα Χ (2010) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων του οργανισμού κατά των ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) και η αντιμετώπιση του. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Ρουβά Α (2009) Διερεύνηση επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης και ποιότητας ζωής νοσηλευτικού προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Ρούπα Ζ, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Σαπουντζη - Κρέπια Δ, Κοτρώτσιου Ε (2008) Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47(2):247-255

Σαϊτή Ε (2011), Το σχολικό κλίμα και η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών ειδικοτήτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Διπλωματική Εργασία. *Σπουδές στην Εκπαίδευση* ΕΑΠ.

Σακελλαρόπουλος Γ (2006) Εργασιακό στρες και ικανοποίηση εργαζομένων νοσηλευτικής υπηρεσίας δημόσιων νοσοκομείων περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ.

Σάλμαν Λ, Πλατσιδίου Μ (2011) Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση δικηγόρων Θεσσαλονίκης. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τόμος ΙΕ, τεύχος 60.

Σιμισής Α, Μουστάκα Ε, Κωνσταντινίδης Θ.Κ. (2011) Επαγγελματική εξουθένωση επαγγελματιών υγείας. *Υγεία και Εργασία* 2(3):143-154

Σπυριδάκου Α (2005) Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ.

Σταντζούρη Σ (2006). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στον επαγγελματία ψυχικής υγείας που εργάζεται σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Ταμπάκη Π, Κουλιεράκης Γ (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση των αστυνομικών που υπηρετούν στον νομό Κέρκυρας. 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο *Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας*.

Σταυράτη Ε (2012) Συγκριτική μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων τριών μεγάλων στρατιωτικών νοσοκομείων της Αθήνας Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ.

Τζήμα Γ (2005) Η επίδραση των πηγών της κοινωνικής στήριξης στην επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τραγέα Π, Δαμίγος Δ, Μαυρέας Β, Γκούβα Μ (2012) Η επαγγελματική εξουθένωση σε δείγμα ελλήνων φυσικοθεραπευτών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, τόμος 4, τεύχος 2, 77-82

Τσάκωνας Α (2005) Επαγγελματική εξουθένωση στελεχών Γενικού Νοσοκομείου και η αντιμετώπιση της. Διπλωματική Εργασία. *Σχολή Κοινωνικών Επιστημών*. ΕΑΠ

Τσαμπάκης Ν (2011) Ικανοποίηση ασθενών και επαγγελματιών υγείας καθώς και επαγγελματική εξουθένωση των δεύτερων στα ακτινοθεραπευτικά τμήματα των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Τσατσά Ο (2010) Επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων σε νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές δομές στον Δήμο Φλώρινας Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ.

Τσελέπης Λ (2011) Η επαγγελματική εξουθένωση και ποιότητα ζωής των οδοντιάτρων του νησιώτικου συμπλέγματος του νομού Δωδεκανήσου Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. ΕΑΠ

Τσιγαρά Σ (2006) Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών: η περίπτωση των νοσοκομείων του νομού Λάρισας Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Χαραλάμπους Ε (2012) Επαγγελματικές πηγές στρες και επαγγελματική εξουθένωση εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο νομό Αττικής, Διπλωματική μελέτη, *Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας*, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Χαρίτος Γ (2011) Επαγγελματική εξουθένωση επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς κλπ) σε κλειστούς χώρους (χειρουργείο, μονάδα ανάνηψης, μονάδα εντατικής θεραπείας, μονάδα τεχνητού νεφρού) σε δείγμα ενός νοσοκομείου των Αθηνών, και ενός περιφερειακού νοσοκομείου. Διπλωματική Εργασία. *Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Χαχουδή Α (2005) Επαγγελματική εξουθένωση στα επαγγέλματα υγείας: Η περίπτωση δείγματος νοσηλευτών των νοσοκομείων Θεσσαλίας. Διπλωματική Εργασία. *Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. ΕΑΠ

Χλωμού Μ, Μπεθάνης Σ (2010). Σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης των σωφρονιστικών υπαλλήλων στις φυλακές Νεάπολης και Αλικαρνασσού. Πτυχιακή Εργασία. *Τμήμα Νοσηλευτικής*. ΑΤΕΙ Κρήτης

Ψαλτάκη Ε (2009) Η εργασιακή κόπωση - σύνδρομο burnout των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με την οργανωσιακή κουλτούρα. Πτυχιακή Εργασία. *Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας*. ΑΤΕΙ Κρήτης

Ψυχαργός Β φάση: Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης φορέων υλοποίησης (2005) Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης - Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία - Πρόνοια 2000-2006

Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M ,Oztop I, and Yilmaz U (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department, *Psycho-Oncology*, 18, 543-548

Antoniou AS (1999) Personal traits and professional burnout in health professionals. *Archives of Hellenic Medicine*, 16(1):20-28

Arnold J, Cooper C.L and Robertson I.T. Work Psychology:Understanding human behaviour in the work place. 2nd ed, *Pitman*, London 1995

Arnold J, Cooper C.L and Robertson I.T (1991) Work Psychology:Understanding human behavior in the work place. Στο **Καντάς Α** (1995) Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία, Μέρος 3ο, Αθήνα *Ελληνικά Γράμματα*

Bakker A.B, Killmer CH, Siergriest J and Schaufeli W.B. Effort-reward imbalance and burn-out among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31:884-891

Beck CL, Cargiulo RM (1983) Burnout in teachers of retarded and nonretarded children. *Journal of Educational Research*, 76, 169-173

Black S (2001) Correctional employee stress and strain. *Corrections Today*, 63:82-85, 118-119

Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, Moulou A, Giotakis K, Zoumakis E, Ilias I (2009) Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 7:72

Burk RJ and Greenglass E (1993) Work stress, role conflict, social support and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports*, 73, 371-380

Capel SA (1991) A longitudinal study of burnout in teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 61:36-45

Castelo - Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo M, Gonzalez S and Balasch J (2006) Stress symptoms and burnout in obstetric and gynecology residents. *BJOG An. International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 94-98

Chang ML (2009) An appraisal Perspective of Teacher burnout: Examining the emotional work of teachers. *Educational Psychology Review* 21:193-218

Cherniss C (1980a) Professional Burnout in the Human Services. Beverly Hills, CA: *Sage Publications*

Cherniss C (1980b) Staff burn out. Job stress in the Human Services. Beverly Hills, CA: *Sage Publications*

Demir A, Ulosoy M and Ulosoy M.F (2003) Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing studies*, 40:807-827.

Don E Unger (1980). Superintendent Burnout: Myth or Reality (Ph.D dissertation), *The Ohio State University*, Columbus

Dorman J. Testing a model for Teacher burnout *Australian Journal of Educational and Development Psychology*, 3, 35-47

- Edelwich J and Brodsky A** (1980). Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions . New York: *Human Services Press*.
- Enzmann D** (2008) Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθήματα. Στο Αντωνίου ΑΣ (2008) Burnout Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, Θεσσαλονίκη: *University Studio Press*.
- Freudenberger H.J.** Staff Burnout. *Journal of Social issues*, 1974, 30:159-165
- Jimmieson N.L** (2000) Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Work and stress*, 14(3), 262-280
- Jones JW** (1980) Preliminary test manual for the staff burnout scale for health professionals. London: *House Press, Park Ridge*
- Galanakis M, Moraitou M, Garivaldis F, Stalikas A** (2009) Factorial Structure and Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory in Greek Midwives. *Europe's Journal of Psychology*, 52-70
- Gold Y** (1985). Burnout: Causes and solutions. *Clearinghouse*, 58, 210-212
- Golembiewski RT, Munzenrider RF, Stevenson JG** (1986) Stress in Organizations. Toward a phase model burnout, New York: *Praeger*
- Goodger K, Gorely T, Lavalley D, Harwood C.** Burnout in sport. A systematic review. *The sport Psychologist*, 21:127-151
- Grassi L, Magnani K** (2000) Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334
- Griffith J, Steptoe A and Cropley M** (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 6(4), 517-531
- Hastings R.P, Horne S, Mitchell G** (2004) Burnout in direct staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory" *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 268-273
- Hogan RL and McKnight MA** (2007). Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation. *Internet and Higher Education* 10, 117-124
- Horwitz L.D, Groves B.M** (1985) Signs and symptoms in cardiology, New York: *Lippincott*
- Innstrand ST, Langballe E, Espness G, Falkum E, Aasland G** (2008). Positive and negative work family interaction and burnout: A longitudinal study of reciprocal relations. *Work and Stress*, 22 (1)1-15
- Jackson SE, Turner JA, Brief AP** (1987) Correlates of burn out among public service lawyers, *Journal of Occupational Behaviour*, 8(4), 339-349
- Iordanou P, Koutavas S, Koulierakis G, Babatsikou F, Kroustalli E, Tarpatzis K** (2009) Syndrome of professional burnout in home service for elderly. *Health Science Journal*, volume 3, (4), 232-241
- Keian G, Malach-Pines A** (2007) Stress and burnout among prison personnel: Sources, outcomes, and intervention strategies. *Crim Justice Beav*, 34:380-398
- Kiekkas P, Spyrtatos F, Lampa E, Aretha D, Sakellaropoulos GC** (2010) Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopaedic Nursing* volume 29, (3):204-209

- Kondylis EK, Pandelis S, Sfakianakis M.E, Prokopiou D** (2004) Human Perspectives in the Internet Society: *Culture, Psychology and Gender* 442-448
- Koustelios A** (2009).The effect of organizational size on sport center's employees burnout. *Sport Management International Journal* vol 5 (2):65-70
- Koustelios A** (2010). Burnout among football coaches in Greece. *Biology of Exercise*. 6 (1):6-11
- Lang D** (1992) Preventive short-term strain through time management coping" *Work and Stress*, 6, 169-176
- Leiter M and Maslach C** (2008) Ένα μοντέλο διαμεσολάβησης για την επαγγελματική εξουθένωση. Στο **Αντωνίου ΑΣ** (2008) Burnout Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, Θεσσαλονίκη: *University Studio Press*.
- Liakopoulou M** et al (2008) Burnout, staff support and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer*, 16:143-150
- Malliarou M, Moustaka E, Constantinidis TC** (2008) Burnout of nursing personnel in a regional university hospital . *Health Science Journal*, volume 2 (3):140-151
- Mantelou E, Tzioti M.C, Degleris N, Solias A, Karamberi M** (2010) Job burnout, self-efficacy theory and job satisfaction in a sample of greek bank clerks. *Annals of General Psychiatry*, 9(suppl):191
- Martini S, Arfken CL, Churchill A** et al (2004) Burnout comparison among residents in different medical specialties, *Acad. Psych*, 28(3):240-242
- Martini S, Arfken CL, Balon R** (2006) Comparison of burn out among medical residents before and after the implementation of work hour limits. *Acad. Psych*, 30(4):352-355
- Maslach C.** (1982), Burnout: the cost of caring:New York: *Prentice Hall Inc*.
- Maslach C** (1989), Stress, Burnout and Workaholism, R Kilburg, Professional in Distress, Washington, *American Psychological Association*, 53-75
- Maslach C, Jackson SE** (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behavior*, 2. 99-113.
- Maslach C and Jackson SE** (1984) Burn out in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153
- Maslach C and Jackson SE** (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual Research Edition. Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*
- Maslach C. and Schaufeli W.** (1993). Historical and conceptual development of Burnout. Chap in: **W. Schaufeli, C Maslach and T. Marek** (Eds). Professional burnout: Recent development in theory and research (p.p 309-330). Washington: *Taylor and Frances*
- Maslach C, Jackson SE, Schwab RL** (1996) Maslach Burnout Inventory Educators Survey (MBI-ES). Στο: **C. Maslach, SE Jackson and M.P Leiter** (eds) MBI manual (3ed), Palo Alto, CA: *Consulting Psychologists Press*
- Maslach C and Leiter M** (1997), The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it, New York. *Jossey Bass*
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP** (2001) Job burn out *Annual review of psychology*, 52(1). 397
- Meltzer M** (1982) The reduction of occupational stress among elderly lawyers: The creation of a functional niche, *International Journal of Aging and Human Development*, 13(3):209-219

- Morgan RD, Van Haveren RA, Pearson CA** (2002) Correctional officer burnout. Further analyses. *Crim Justice Behav*, 29:144-160
- Msaouel P, Keramaris NC, Tasoulis A, Kolokythas D, Symros N, Pararas N, Thireos E, Lionis C** (2010) Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference. *Human Resources for Health*, 8:16
- Olson J, Matsnskey PY** (1982) Causes of burnout in SLD teachers. *Journal of learning disabilities* 15, 97-99
- Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A** (2006) Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine* 17, 195-200
- Papathanasiou I, Damigos D, Mavreas V** (2011) Burnout in Greek Medical and Mental Health Care Workers. *Global Journal of Health Science*, vol 3, (2), 206-211
- Pedersen S.** (1998) Teacher burn out in America: A study of one public and two private schools in Iowa. A thesis presented to the Department of English. *The Norwegian University of Science and Technology*
- Pines A.M and Aronson E** (1988). Career burnout: Causes and cures. *Free Press*, New York
- Pines AM, Aronson E, Kafry D** (1981) Burnout: from tedium to personal growth. New York: *Free Press*
- Pines AM and Maslach C** (1978). Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hospital Community psychiatry*, 29, 233-237
- Plante T.G, Robin J** (1990) Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: research and reviews*, 9, 3-24
- Poulin J and Walter C** (1997) Social worker burnout: A longitudinal study. *Social work research and Abstracts*, 29, 5-11
- Sharma A, Sharp D.M, Walker L.G and Monson J.R.T** (2007) Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the U.K National Health Service, *Psycho- Oncology*, 17, 570-576
- Schaufeli BW, Enzmann D, Girault N** (1993) Measurement of Burnout. A review. In: **Schaufeli B.W, Maslach C and Marek T** (eds), Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research 199-215, Washington: *Taylor and Francis Publishers*
- Schaufeli BW and Enzmann D** (1998) The burnout companion to study and practice: A critical analysis London: *Taylor and Francis*
- Schaufeli WB, Peeters MCW.** (2000) Job stress and burn out among correctional officers: A literature review. *International Journal of stress Management* vol 7 (1):19-48
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL** (2002) Burn out and self reported patient care of Internal medicine, *Internal medicine*, 136:358-367
- Slack K.** (1997) Understanding sport Organization, Human Kinetics
- Spickard A, Gabbe S, Christensen J** (2002) Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians” *Journal of American Medical Association*, 288(12), 1447-1450.
- Sundin L, Hochwalder J, Bildt C, and Lisspers J** (2007) The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 758-769

Sutherland V, Cooper C.L. (2003) Understanding stress a psychological perspective for health professionals. London: *Chapman and Hall Publishing*

Sutherland V, Cooper C.L. (2003) Distressing doctors: A self management guide, *Butterworth-Heinemann*: London

Togia A (2005) Measurement of burnout and the influence of background characteristics in Greek Academic librarians. *Library Management*, vol 26, 3:130-138

Tsigilis N, Zachopoulou E, Grammatikopoulos V. (2006) Job satisfaction and burnout among Greek early educators: A comparison between public and private sector employees. *Educational Research and Review* Vol 1 (8), 256-261

Tsigilis N, Zournatzi E, Koustelios A (2011) Burnout among psychical education teachers in primary and secondary schools. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1 (7)

Upton D, Mason V, Doran B, Solowiej K, Shiralkar U, and Shiralkar S (2012) The experience of burnout across different surgical specialties in the United Kingdom: A cross-sectional survey. *Surgery*, 151(4), 453-501

Woodside JR, Miller M.N, Floyd M.R (2008) Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psych.* 32(1):13-19

BURN OUT SYNDROME CHEMICAL IN DIFFERENT DISCIPLINES WORKING IN GREECE

E. Kalantzi, D. Patouchas and T.C. Constantinidis

Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace, in cooperation with Departments of Public Health and Nursing A' Athens Technological Educational Institute.

Abstract: The purpose of this study was to investigate the syndrome of burnout in different disciplines working in Greece and correlation with environmental factors, working individual factors and factors of personality of the employee. The methodology followed included searching review and research studies conducted in Greece and internationally by Greek writers and related workers employed in Greek enterprises in the public and private sectors. For this reason, searched electronic databases (PubMed, CINAHL, Mednet, IATROTEK) and Greek and foreign magazines. For a more objective assessment of the degree of burnout in the various disciplines work selected studies that the authors had used as an identification tool of burnout (the three dimensions of emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal achievement) questionnaire recording Maslach and Jackson (MBI). Most studies involving workers in education (primary and secondary) and health (medical and nursing staff). However found and assays of burnout Greek workers and other professional areas such as detention institutions (eg prison staff), closed institutions hospitalization (eg social workers), working in law enforcement agencies and the armed forces, employees in sport (eg, football coaches and basketball), lawyers etc. The results of most studies suggest that Greek workers are experiencing moderate to high levels of burnout, the working environment to be the main factor in the development of the syndrome. Preventive measures at individual and organizational level have to be taken to deal with the syndrome

ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ

Χανδρινού Α.¹, Εξαρχος Κ.², Γαϊτάνου Κ.³, Σαράφης Π.⁴ και Μαλλιάρου Μ.⁵

1. Πλωτάρχης (ΥΝ) ΠΝ, MSc, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, 2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc (c), 251 ΓΝΑ, 3. Αντιπλοίαρχος (ΥΝ) ΠΝ, MSc, 4. Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Λαμίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 5. Τχης (ΥΝ), Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, 404 ΓΣΝ Λάρισας

Περίληψη: Η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας στον υπερβαρικό θάλαμο δεν έχει απασχολήσει ακόμα την υπερβαρική διεθνή κοινότητα. Σκοπός: Η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας και της ύπαρξης αγχογόνων καταστάσεων σε υπερβαρικό περιβάλλον στις Μονάδες Υπερβαρικής Ιατρικής στην Ελληνική επικράτεια. Υλικό της έρευνας αποτέλεσαν σαράντα οκτώ νοσηλεύτριες που εργάζονται υπό υπερβαρικές συνθήκες με την εξειδίκευση της καταδυτικής και υπερβαρικής νοσηλευτικής συμπλήρωσαν κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο που αφορούσε το άγχος των νοσηλευτών καθώς και η συσχέτιση του με παράγοντες όπως υπερφόρτωση ρόλου και ασάφεια ρόλου με την κλίμακα των Mohtman et al. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα της IBM, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19.0. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (54,2%) ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 35,4 έτη με τυπική απόκλιση 5,8 έτη και με ελάχιστη ηλικία τα 25 και μέγιστη τα 47 έτη. Η ασάφεια ρόλου κυμάνθηκε κατά μέσο όρο στην τιμή 10,5 με μέγιστη τιμή της κλίμακας Likert το 25 και ελάχιστη το 5, ενώ η υπερφόρτωση ρόλου στο 6,5 με μέγιστη τιμή της κλίμακας Likert το 15 και ελάχιστη το 3. Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών (93,8 %), έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και την εκπαίδευσή τους ενώ σε περίπτωση άσχημης έκβασης της πορείας της υγείας του νοσηλευομένου, σε υπερβαρικές συνθήκες, το 37,5% παραδέχονται ότι νιώθουν αγχωμένοι. Σε ποσοστό 31,3%, οι νοσηλεύτριες δεν αισθάνονται έτοιμοι να καταδυθούν αλλά αποφεύγουν να το πουν. Το ίδιο ακριβώς ποσοστό εκφράζει την έλλειψη εμπιστοσύνης στον χειριστή του Θ.Α. Επίσης, ενώ δεν φαίνεται να δημιουργείται στρεσογόνος παράγον με τον «εγκλεισμό» του προσωπικού σε έναν θάλαμο αποπίεσης, το 35,4% αυτών, αναφέρουν ότι τους προκαλείται «άγχος κατά τη διάρκεια θεραπευτικού σχήματος» όταν ένα μέλος της οικογένειάς τους χρειάζεται τη φροντίδα τους (π.χ. άρρωστο παιδί). Το 47,9% των νοσηλευτών, ενοχλούνται όταν είναι ανακλήσεως, γιατί προκειμένου να είναι έτοιμοι για βαθιά κατάδυση, δεν μπορούν να πιούν, να ξενυχτήσουν, να αθληθούν με ένταση ή να απολαύσουν τον προσωπικό τους χρόνο. Εν τέλει και παρά τις αντίξοες συνθήκες, το 70,8% του δείγματος αισθάνεται ότι ανήκει σε μια ισχυρή ομάδα. Συμπερασματικά, το άγχος των

νοσηλευτών που εργάζονται σε υπερβαρικές συνθήκες κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος των νοσηλευτών σε υπερβαρικό περιβάλλον είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, η κλινική εμπειρία και η ύπαρξη ή μη εξειδικευμένου προσωπικού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αρκετοί ερευνητές επιχείρησαν να μελετήσουν το άγχος που οι νοσηλευτές βιώνουν κατά την εργασία τους στα δημόσια νοσοκομεία και την πιθανή σχέση της έντασης της εργασίας με την ψυχολογική τους ευημερία γενικότερα. Ανεπαρκές προσωπικό, εξαντλητική εργασία, καθημερινή περίθαλψη αρρώστων με ιδιαιτερότητες, διαπροσωπικές συγκρούσεις, επίγνωση της ιατρονοσηλευτικής ευθύνης απέναντι στους ασθενείς και άλλα οργανωτικά εμπόδια που εμπειρέχονται στα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν παράγοντες εργασιακού άγχους που οι νοσηλευτές συχνά αντιμετωπίζουν. Οι παραπάνω παράγοντες δημιουργούν συνθήκες έντασης της εργασίας στα νοσοκομεία και ενοχοποιούνται ότι επιδρούν στην πνευματική υγεία των νοσηλευτών και δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Η επαγγελματική εμπειρία αναφέρει πως, εκείνος που τελικά χάνει από την πίεση των νοσηλευτών είναι ο ασθενής. Ο νοσηλευτής με αυξημένα επίπεδα άγχους, καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση. Ακόμη, είναι πιθανό να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ' ό,τι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει (Παπαγεωργίου και συν, 2007).

Επαγγελματικά άγχος στο χώρο της υγείας

Ορίζοντας το άγχος θα λέγαμε ότι είναι η συναισθηματική και φυσική αντίδραση που βιώνει κάποιος, όταν εκλαμβάνει μια ανισορροπία μεταξύ των αιτημάτων που διατίθενται σε αυτόν και των πόρων του, σε μια περίοδο όπου η αντιμετώπιση είναι σημαντική (Brunero et al, 2006). Με άλλα λόγια, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο, όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε εργασιακούς παράγοντες ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης και έχει υποκειμενική μορφή, καθώς τα ίδια δεδομένα, για άλλους αποτελούν πηγή έντασης ενώ για άλλους όχι (Μουστάκα και συν, 2010). Αυτό σημαίνει ότι βιώνεται η εμπειρία της έντασης κάθε φορά που αντιμετωπίζεται ένα γεγονός ή μια κατάσταση που αντιλαμβάνεται ως πρόκληση για την ικανότητά του ατόμου να αντιμετωπίσει την κατάσταση.

Εάν αντιμετωπιστεί το γεγονός ή η κατάσταση, ως μόνο ήπια πρόκληση, θα υπάρξει πιθανώς περιορισμένης έκτασης ένταση. Ωστόσο, εάν αντιμετωπιστεί η κατάσταση ή το γεγονός ως απειλή ή συντριβή των δυνατοτήτων του ατόμου, η

αίσθηση της έντασης, θα είναι μεγαλύτερη. Ουσιαστικά, η αντίληψη του ατόμου για το πόσο αρνητική έκβαση θα μπορούσε να έχει μια κατάσταση, θα καθορίσει σημαντικά τον βαθμό της έντασης που θα βιώσει. Για παράδειγμα, αν χρειάζεται να περιμένουμε για ένα λεωφορείο όταν έχουμε πολύ ώρα στη διάθεση μας, θα ενεργοποιήσει μόνο λίγη ένταση. Η αναμονή για το ίδιο λεωφορείο, όταν έχουμε αργήσει σε μια συνάντηση, προκαλεί πολύ περισσότερη ένταση (Brunero et al, 2006).

Στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, από άποψη λειτουργικότητας, στις διαδικασίες ανάλυσης και διαχείρισης της έντασης, ο ορισμός της επαγγελματικής πίεσης βασίζεται σε μια δυναμική αντίληψή του, στην οποία ενσωματώνονται τα βασικά στοιχεία των σημαντικότερων μοντέλων ανάλυσης της επικινδυνότητας των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Σύμφωνα με αυτή, η επαγγελματική πίεση σκιαγραφείται ως μια κατάσταση που προκύπτει από τη συνεχή αλληλεπίδραση τεσσάρων μεταβλητών: Τις εξωτερικές απαιτήσεις (πίεση προερχόμενη από το περιβάλλον εργασίας), τις εσωτερικές απαιτήσεις (ατομικές προσδοκίες), το εσωτερικό υπόβαθρο του εργαζόμενου (ικανότητα να αντιδρά και να προσαρμόζεται στις εξωτερικές και τις εσωτερικές απαιτήσεις) και την εξωτερική υποστήριξη. Οι εν λόγω μεταβλητές αποτελούν τους πυλώνες πάνω στους οποίους αναπτύσσονται οι διάφορες στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της έντασης.

Το επαγγελματικό άγχος είναι μια καλά τεκμηριωμένη κατάσταση, που προκύπτει από την αλληλεπίδραση των συνθηκών εργασίας και των ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων, η οποία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία τους, καθώς και στην απόδοση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητάς τους (Τούκας Δ και Τούκα Α, 2010).

Το άγχος των εργαζομένων και η εξάντληση, συνήθως οδηγούν σε μυριάδες προβλημάτων υγείας που οδηγούν σε σημαντικές οργανωτικές συνέπειες. Οι σωματικές ασθένειες που συνδέονται με την ένταση, περιλαμβάνουν καρδιακές παθήσεις, ημικρανίες, υπέρταση, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, πόνο στους μύες, τις αρθρώσεις και την πλάτη, δωδεκαδακτυλικό έλκος και προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία και αίσθημα ανεπάρκειας, τα οποία μπορούν να συμβάλουν άμεσα στις απουσίες, τη μειωμένη απόδοση στην εργασία και τελικά, την επαγγελματική εξουθένωση (Τούκας Δ και Τούκα Α, 2010).

Θεωρίες σχετικές με το άγχος των νοσηλευτών

Η εργασία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης ανθρώπινης κοινωνικής δραστηριότητας, όχι μόνο γιατί εξασφαλίζει τα απαραίτητα προς το ζην, αλλά και γιατί συνδέεται με το αίσθημα της δημιουργικότητας και της παραγωγικότητας. Μάλιστα, η ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται να συνδέεται σε μεγάλο βαθμό τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική υγεία του ατόμου.

Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι όλο και περισσότεροι εργαζόμενοι υποφέρουν από εργασιακό στρες, ενώ δισεκατομμύρια ευρώ δαπανώνται ετησίως για την κάλυψη ιατρικών εξόδων λόγω στρες, καθώς και εξαιτίας χαμένων εργατωρών, άμεσης απόρροιας της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παναγιωτουνάκου, 2010).

Και ενώ δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για το ότι η καριέρα της νοσηλευτικής είναι μια θαυμάσια επιλογή, με πολλές προκλήσεις και έντονες εμπειρίες που ανταμείβουν τον επαγγελματία αυτής της κατεύθυνσης, στην καθημερινή εργασία τους, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν συναισθηματικές και επαγγελματικές απαιτήσεις, που είναι αδιανόητες στην ευρύτερη κοινότητα. Η ανάλυση του επαγγελματικού βίου στην ανάληψη ευθυνών που αφορούν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων και το θάνατό τους είναι βαρύ φορτίο, ακόμη και για τους πιο δυνατούς (Turley, 2005).

Ένας από τους πιο σημαντικούς κινδύνους στον οποίο εκτίθενται οι νοσηλευτές στην εργασία τους είναι το άγχος. Αναπόφευκτα οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περιπτώσεις όπου η πηγή της έντασης τους είναι δύσκολο να εξαλειφθεί, όπως η εύρεση επιπλέον νοσηλευτή για να καλύψει τις βάρδιες, η παρεμπόδιση της εισαγωγής επιπλέον ασθενών στο τμήμα ή η ύπαρξη μη έμπειρου προσωπικού στη βάρδια. Ματαίως, υπάρχουν ορισμένες πηγές έντασης με περιορισμένη δυνατότητα αλλαγής και αυτό μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους στο άγχος, την ένταση, το θυμό και την κατάθλιψη (Brunero et al, 2006).

Η Νοσηλευτική είναι ένα απαιτητικό επάγγελμα. Η φύση του επαγγέλματος ενέχει την πιθανότητα σοβαρής σωματικής βλάβης αν ο νοσηλευτής είναι απρόσεκτος έστω και για μια στιγμή, ειδικά στις ιδιαίτερες συνθήκες του θαλάμου αποσυμπίεσης. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά από την (Turley, 2005), «Οι νοσηλευτές είναι περιορισμένοι σε αριθμό, υπάρχει έλλειψη προσωπικού και το ήδη υπάρχον είναι καταπονημένο. Είμαστε μόνο ένα τυχαίο τρύπημα από βελόνα ή μια μόλυνση από βιολογικά υγρά μακριά από την έκθεση σε θανατηφόρες ασθένειες. Αποκτούμε πόνους από την έγερση των ασθενών και μετακινούμε ανθρώπους μεγαλύτερους από ό,τι είμαστε εμείς. Βλέπουμε ανθρώπους να πεθαίνουν. Βλέπουμε οικογένειες να θλίβονται. Συχνά δουλεύουμε διπλές βάρδιες για να καλυφθούν οι ανάγκες και το προσωπικό επιβαρύνεται υπερβολικά. Είμαστε κουρασμένοι. Ωστόσο, αγαπάμε τη νοσηλευτική τις περισσότερες ημέρες. Αλλά χρειαζόμαστε υποστήριξη και βοήθεια για να αντιμετωπίσουμε την κατάσταση».

Οι νοσηλευτές, που αντιμετωπίζουν συνεχή πίεση, είναι επίσης πιο πιθανό να τρώνε περισσότερο, να καπνίζουν τσιγάρα και να κάνουν κατάχρηση οιοπνευματωδών και ναρκωτικών, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικές συνθήκες υγιεινής, που με τη σειρά τους επηρεάζουν την προσωπική ευημερία και την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της περίθαλψης των ασθενών (Milliken et al, 2007).

Οι νοσηλευτές έχουν τη συνήθεια να θέτουν τις ανάγκες των ασθενών τους, πάνω από τις δικές τους. Πολλοί γι' αυτό το λόγο τους θεωρούν σκληρούς, έτοιμους να ανταπεξέλθουν σε όλες τις καταστάσεις, ελαστικούς, πάντα περιπαιρητικούς, πιστούς στους ασθενείς τους και αφιερωμένους. Οι προσδοκίες αυτές τίθενται από την κοινωνία, τους διαχειριστές, τις οργανώσεις και μερικές φορές τους ίδιους τους νοσηλευτές. Το ερώτημα όμως είναι το πώς γίνεται αυτοί να αντιδρούν σε αυτές τις απαιτήσεις, τι επιλογές έχουν και πώς θα θέσουν τους εαυτούς τους σε πρώτη προτεραιότητα.

Με τον ίδιο τρόπο που έχει γίνει προσπάθεια να γίνει αυτό στην ευρύτερη κοινωνία, έχει γίνει αγώνας για να γίνει και στο χώρο της εργασίας. Οι επαγγελματίες, έχουν σημειώσει μεγάλη πρόοδο στη διαχείριση πολλών από τους σωματικούς κινδύνους που συνδέονται με την εργασία: χρησιμοποιούν ασφαλείς τεχνικές ανύψωσης, έχουν υιοθετήσει καθολικές τεχνικές προφύλαξης και πολλές άλλες πρακτικές, για να εξασφαλίσουν τη σωματική ακεραιότητά τους στην εργασία. Δυστυχώς, δεν υπάρχει το ίδιο επίπεδο προόδου, όταν πρόκειται για κινδύνους της ψυχικής υγείας τους.

Είναι λοιπόν, ζωτικής σημασίας να αναγνωρίσουμε όλοι ότι, η ατομική διαχείριση του άγχους, αποτελεί μόνο μέρος της απάντησης για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Αν λάβουμε υπόψη την ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας, πρέπει να υιοθετήσουμε την ίδια προσέγγιση που έχουμε υιοθετήσει για τη διαχείριση άλλων υποθέσεων επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Δηλαδή, την προσέγγιση διαχείρισης κίνδυνου, που εστιάζεται στην πρόληψη (Brunero et al, 2006). Άλλωστε, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα υπερβολικά υψηλά επίπεδα άγχους στην εργασία, μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας, καθώς και να αυξήσουν τον κίνδυνο ατυχημάτων. Υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους, τα θετικά αποτελέσματα των οποίων έχουν αποδειχθεί διεθνώς. Κοινό γνώρισμα όλων των κατευθυντήριων γραμμών είναι η παραδοχή ότι η ανάλυση της επικινδυνότητας και η διαχείριση του άγχους πρέπει να είναι διαδικασίες αλληλένδετες και να συμπεριλαμβάνουν δράσεις σε επίπεδο οργάνωσης της εργασίας (τυπολογία και περιβάλλον εργασίας), καθώς και σε συλλογικό ή και σε ατομικό επίπεδο, δίνοντας έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του εργαζόμενου αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες του φαινομένου.

Στην ανάλυση της επικινδυνότητας είναι σημαντικό, λοιπόν, να λαμβάνεται υπ' όψη η προσωπική αντίληψη των εργαζομένων αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας και τους αγχογόνους παράγοντες, αφού η ικανότητα αντίστασης στο άγχος διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Η καταγραφή της υποκειμενικής αντίληψης των εργαζομένων για τους παράγοντες που προκαλούν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό άγχος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείρισή του και κυρίως στις περιπτώσεις των δευτερογενών παρεμβάσεων (Malliarou et al, 2008).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση και αξιολόγηση του άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές που ασκούν το επάγγελμά τους σε υπερβαρικό περιβάλλον.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα αυτή είναι πρωτότυπη καθώς δεν βρέθηκε παρόμοια δημοσιευμένη ή μη έρευνα στον Ελλαδικό χώρο.

Πληθυσμός μελέτης

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε συνολικά στους 50 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτές που κατέχουν την εξειδίκευση της Καταδυτικής και Υπερβαρικής Νοσηλευτικής και εργάζονται ή εργάστηκαν στο παρελθόν σε Μονάδες Υπερβαρικής Ιατρικής της περιφέρειας Αττικής, Θεσσαλονίκης, Δωδεκανήσων και Κρήτης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο σύνολο του πληθυσμού των νοσηλευτών με τη συγκεκριμένη εξειδίκευση στην ελληνική επικράτεια.

Συνολικά επιστράφηκαν συμπληρωμένα 48 ερωτηματολόγια διαμορφώνοντας 96% ποσοστό απαντητικότητας.

Συλλογή δεδομένων - Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά τη χρονική περίοδο, Ιανουάριος 2011 έως Μάρτιος 2011, μετά προσωπική ενημέρωση των ενδιαφερομένων νοσηλευτών. Η παράδοση του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου γινόταν σε κλειστό ανώνυμο φάκελο από ομάδα συμμετεχόντων ή μέσω ανώνυμης αποστολής με κλασικό ταχυδρομείο όπως τους είχε υποδειχθεί εκ των προτέρων.

Μετά από πιλοτική μελέτη και ύστερα από διανομή σε όλους τους υπερβαρικούς νοσηλευτές που εργάζονταν στη *Μονάδα Καταδυτικής και Υπερβαρικής Ιατρικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (Ν.Ν.Α.)*, λήφθηκε η απόφαση χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου που ήταν ένα προσχέδιο με ερωτήσεις που αφορούσαν κυρίως τα συναισθήματα που τους διακατείχαν κατά τη διάρκεια εργασίας τους σε υπερβαρικό περιβάλλον ενώ συνόδευαν ασθενή που ελάμβανε υπερβαρική οξυγονοθεραπεία.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονταν από όλους τους υπερβαρικούς νοσηλευτές, ασχέτως αν το είχαν συμπληρώσει σε προηγούμενη υπερβαρική συνεδρία, με σκοπό τη διερεύνηση των πιθανών ψυχολογικών μεταβολών σε περιπτώσεις νοσηλείας διαφορετικής βαρύτητας ασθενών σε κάθε συνεδρία.

Διανεμήθηκε για χρονικό διάστημα έξι μηνών περί το 2008, ήταν ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο και επίσης περιείχε δημογραφικά στοιχεία καθώς και στοιχεία περί του εκπαιδευτικού τους επιπέδου.

Εν συνεχεία, έγινε ανάλυση από δύο ιδιώτες κλινικούς ψυχολόγους, οι οποίοι ζήτησαν την διανομή ενός νέου ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση του ψυχολογικού τους υποβάθρου που σχετιζόταν με το περιβάλλον εργασίας τους, το οποίο διανεμήθηκε για επίσης έξι μήνες περί το 2009. Η τελική μορφή του είναι αυτή που περιγράφεται παρακάτω.

Το πρώτο μέρος, περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, τίτλο πτυχίου, ύπαρξη επιπλέον εκπαίδευσης καθώς και χαρακτηριστικά της εργασίας που αφορούσαν άμεσα την ΜΥΠΙ όπως χρόνια προϋπηρεσίας, χρόνια εργασίας σε ΜΕΘ, χρόνια υπηρεσίας σε ΜΥΠΙ, χρόνια απομάκρυνσης από ΜΥΠΙ.

Στο δεύτερο μέρος, ενσωματώθηκε το ερωτηματολόγιο που αφορά τις διαστάσεις συμμετοχής - αποδοχής ρόλων, σε σχέση με συναισθηματικές καταστάσεις, όπως έχει αναπτυχθεί από τον Moirman A και συνεργάτες (1978).

Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο πρότυπο γιατί απαιτείτο ένα εργαλείο, εύκολο στη χρήση, σύντομο, κατανοητό από το ευρύ κοινό των ερωτηθέντων και με δυνατότητα σχηματισμού υποκλίμακων (πρώτη υποκλίμακα που αφορά την ένταση που σχετίζεται με την ασάφεια ρόλου, με δείκτη Cronbach's alpha = 0,81 και δεύτερη υποκλίμακα που αφορά την ένταση που σχετίζεται με την υπερφόρτωση ρόλου, με δείκτη Cronbach's alpha = 0,82). Το μεταφρασμένο στα ελληνικά ερωτηματολόγιο, ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του και ευρέθη ο δείκτης Cronbach's alpha = 0,86. Πρόκειται δηλαδή για ένα αρκετά αξιόπιστο εργαλείο έρευνας.

Η ένταση που σχετίζεται με την απονομή του ρόλου, μετρήθηκε με οκτώ στοιχεία που συνυπολογίζονται σε δύο κλίμακες και που αντιστοιχούν στις έννοιες "Ασάφεια Ρόλου" και "Υπερφόρτωση Ρόλου".

Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αναφέρουν, σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, πόσο συχνά ένιωθαν να ενοχλούνται από μια σειρά συναισθημάτων που αφορούν τη δουλειά τους.

Οι δυνατές απαντήσεις ήταν «σχεδόν ποτέ», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά», και «σχεδόν πάντα» οι οποίες πήραν τις τιμές 1, 2, 3, 4 και 5 αντίστοιχα.

Αναλυτικά, σύμφωνα με τον Moirman A και συνεργάτες (1978), η κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε σε συγκεκριμένο συμπέρασμα αλλά και κάθε ομάδα ερωτήσεων, αφορούσε επιμέρους στοιχεία για τη μέτρηση της ασάφειας ρόλου και την υπερφόρτωση ρόλων.

Στον πίνακα που ακολουθεί, φαίνονται οι δύο υποκλίμακες με τα αντικείμενα - ερωτήσεις που τις απαρτίζουν.

Πίνακας 1. Στοιχεία που αφορούν την κλίμακα μέτρησης της έντασης που σχετίζεται με την ανάθεση ρόλων.

Ασάφεια ρόλου

1. Αίσθημα μη επαρκούς δικαιοδοσίας για τη διενέργεια των εργασιών που σας έχουν ανατεθεί.
2. Έλλειψη σαφήνειας της περιγραφής καθηκόντων και αρμοδιοτήτων.
3. Έλλειψη πληροφοριών που απαιτούνται για την εκτέλεση της εργασίας σας.
4. Σκέψη ότι η ποσότητα της εργασίας που σας έχει ανατεθεί ίσως επηρεάσει την ποιότητα αυτής.
5. Άγνοια για το τι περιμένουν από εσάς οι συνεργάτες σας.

Υπερφόρτωση Ρόλου

6. Αίσθημα ανεπάρκειας χρόνου για πραγματοποίηση των αιτημάτων των άλλων.
7. Αίσθημα ανεπάρκειας χρόνου για πραγματοποίηση της εργασίας σας.
8. Αίσθημα αδυναμίας επιρροής στις αποφάσεις και ενέργειες του άμεσα προϊστάμενου σας που σας επηρεάζουν.

Η συνολική βαθμολογία αντιστοιχεί στο επίπεδο της έντασης που σχετίζεται με την απονομή του ρόλου, για κάθε άτομο.

Μεγάλη βαθμολογία σημαίνει υψηλό επίπεδο έντασης και επομένως οι δυνατές τιμές της έντασης κυμαίνονται στο διάστημα 8 έως 40.

Όσον αφορά δε, την ασάφεια ρόλων, οι τιμές κυμαίνονται από 5 έως 25, ενώ για την υπερφόρτωση ρόλου από 3 έως 15.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος, αποτελείται από γενικές ερωτήσεις που αφορούν την εκπαίδευση των νοσηλευτών σε σχέση με την εργασία τους σε υπερβαρικό περιβάλλον, καθώς και την επικοινωνία με το λοιπό προσωπικό, είτε κατώτερο, είτε προϊστάμενο.

Οι δυνατές επιλογές απάντησης από τον ερωτώμενο, συνοψίζονται σε τρεις (ναι, όχι, δεν ξέρω) σε σύνολο 15 ερωτήσεων, ενώ η τελευταία δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να περιγράψει οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα βίωσε κατά τη διάρκεια εργασίας του σε υπερβαρικές συνθήκες.

Ηθική και δεοντολογία

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η συλλογή των δεδομένων ήταν εξαιρετικά ικανοποιητικές και αυτό οφείλεται στην απόλυτη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού. Μέσω της μεθόδου που περιγράφεται ανωτέρω, τηρήθηκε η ανωνυμία, πράγμα πολύ σημαντικό για την επίτευξη της όσο το δυνατό ελεύθερης από κάθε περιορισμό, αναγραφής των προβληματισμών του ερωτώμενου. Δεδομένου της ήδη άριστης σχέσης της ερευνήτριας με τους ερωτώμενους, θεωρείται ότι δεν τίθετο θέμα εμπιστευτικότητας και διακριτικότητας. Η συμπλήρωση δε του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική.

Στατιστική Ανάλυση

Για την επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών της IBM, Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS, version 19).

Η στατιστική ανάλυση, όπως εφαρμόσθηκε, περιελάμβανε τα ακόλουθα:

Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ).

Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και εκατοστιαία ποσοστά.

Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν πχ οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test και One Way ANOVA, καθώς και οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test.

Ο έλεγχος των διχότομων και κατηγορικών μεταβλητών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test.

Ο έλεγχος των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας alpha του Cronbach για κάθε μια από τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Το επίπεδο αξιοπιστίας σταθμίστηκε στο 0,7 ($\alpha > 0,7$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 54,2% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 45,8 % άντρες ενώ ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος (mean) ήταν 35,4 έτη με ΤΑ 5,8 έτη και με ελάχιστη ηλικία τα 25 και μέγιστη τα 47 έτη.

Η επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών ήταν 31-40 ετών (50,0%), ακολουθούμενη από άτομα ηλικίας 21-30 ετών (29,2%), ενώ το 20,8% ήταν άτομα ηλικίας μεταξύ 41 και 50 ετών.

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.

ΦΥΛΟ	n	%
ΓΥΝΑΙΚΑ	26	54.2
ΑΝΔΡΑΣ	22	45.8
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
ΕΓΓΑΜΟΣ	30	62.5
ΑΓΑΜΟΣ	13	27.1
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	5	10.4
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΠΑΙΔΙΑ		
ΟΧΙ	18	37.5
ΝΑΙ	30	62.5
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ ΣΕ ΜΥΠΙ:		
ΟΧΙ	28	58.3
ΝΑΙ	20	41.7
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ		
ΟΧΙ	42	87.5
ΝΑΙ	6	12.5
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ		
ΔΕ	29	60.4
ΤΕ	8	16.7
ΠΕ	8	16.7
MSc	3	6.3
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)		
21-30	14	29.2
31-40	24	50.0
41-50	10	20.8
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΚΗ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)		
0-60	7	14.6
61-120	12	25.0
121 ΚΑΙ ΑΝΩ	29	60.4
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΕ ΜΥΠΙ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)		
0-60	31	64.6
61-120	7	14.6
121 ΚΑΙ ΑΝΩ	10	20.8
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΠΟ ΜΥΠΙ (ΣΕ ΜΗΝΕΣ)		
0-12	24	50.0
13-60	14	29.2
61 ΚΑΙ ΑΝΩ	10	20.8
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΜΕΘ (ΜΗΝΕΣ)		
0-3	24	50.0
4-12	10	20.8
13 ΚΑΙ ΑΝΩ	14	29.2
ΣΥΝΟΛΟ	48	100.0

Από απόψεως εκπαιδευτικού επιπέδου, το 60% του προσωπικού είχε Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ το προσωπικό με Τεχνολογική και Πανεπιστημιακή εκπαίδευση κατανέμεται εξίσου με ποσοστό 16,7% έκαστη κατηγορία. Οι νοσηλεύτες με εμπειρία στην νοσηλευτική από 1 έως 5 έτη, αγγίζουν το 14,6%, ενώ αυτοί με εμπειρία από 5 έως 10 έτη ανέρχονται στο 25,0%. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (60,4%) των εξειδικευμένων νοσηλευτών στην Καταδυτική και Υπερβαρική Νοσηλευτική, έχουν εμπειρία στη νοσηλευτική πλέον των 10 ετών. Οι νοσηλεύτες που δεν εργάζονται πλέον σε ΜΥΠΙ αποτελούν το 58,3% του δείγματος. Οι νοσηλεύτες με εμπειρία στη ΜΕΘ από 0 έως 3 μήνες φτάνουν στο 50,0% και αποτελούν ουσιαστικά εκείνα τα άτομα που έλαβαν τη βασική εκπαίδευση στη ΜΕΘ στη διάρκεια εκπαίδευσής τους στην Καταδυτική και Υπερβαρική Νοσηλευτική. Οι πλέον έμπειροι νοσηλεύτες, με τίτλο νοσηλεύτη ΜΕΘ αποτελούν το 29,2% των ερωτηθέντων.

Πίνακας 3. Αγχος των νοσηλευτών που σχετίζεται με την απνομή του ρόλου.

Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι υπάρχει έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά την περιγραφή της εργασίας και των αρμοδιοτήτων σας;			
ΦΥΛΟ	N	Mean	p
ΓΥΝΑΙΚΑ	26	2,23	0,029
ΑΝΔΡΑΣ	22	1,82	
Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι δεν σας δίνονται οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την διεξαγωγή της εργασίας σας;			
ΦΥΛΟ	N	Mean	p
ΓΥΝΑΙΚΑ	26	2,42	0,019
ΓΥΝΑΙΚΑ	26	2,42	

Ασάφεια ρόλου

Οι νοσηλεύτες δεν βιώνουν ιδιαίτερο πρόβλημα που αφορά την επαρκή δικαιοδοσία για τη διενέργεια εργασιών που τους έχουν ανατεθεί (το 50,0% απάντησαν «σπάνια», το 33,3% «σχεδόν ποτέ» και μόνο το 2,1% «σχεδόν πάντα»), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών σχεδόν ποτέ δεν διαπίστωσε έλλειψη σαφήνειας της περιγραφής καθηκόντων και αρμοδιοτήτων (39,6%) αλλά και των πληροφοριών που απαιτούνται για την εκτέλεση της εργασίας τους (35,4%). Αναλύοντας περαιτέρω τα αποτελέσματα, με απλή παρακολούθηση της συχνότητας των απαντήσεων, φαίνεται ότι το συγκεκριμένο προσωπικό σπάνια

σκεπτόταν ότι η ποσότητα της εργασίας που του είχε ανατεθεί ίσως επηρέαζε την ποιότητα αυτής (35,4%) και επίσης σπάνια παρατήρησε ότι είχε άγνοια για το τι περιμένουν από αυτό οι συνεργάτες του (37,5%).

Αναφορικά με το φύλο, φάνηκε ότι οι γυναίκες αισθάνονταν πιο συχνά ότι υπάρχει έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά την περιγραφή της εργασίας και των αρμοδιοτήτων τους, καθώς και ότι δεν τους δίνονται οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την διεξαγωγή της εργασίας τους.

Υπερφόρτωση ρόλου

Στις τρεις ερωτήσεις που αφορούσαν την περιγραφή πιθανής υπερφόρτωσης ρόλου από τους νοσηλευτές, τα αποτελέσματα ήταν σαφή. Το 35,4% αυτών περιέγραψαν ότι σπάνια βίωσαν το αίσθημα ανεπάρκειας χρόνου για πραγματοποίηση των αιτημάτων των άλλων, με μια αναφορά του 22,9% ότι το ίδιο αίσθημα το βίωσαν «μερικές φορές».

Η ανεπάρκεια χρόνου για πραγματοποίηση της εργασίας τους, ήταν κάτι που φαίνεται πως προβλημάτισε τους ερωτηθέντες αφού μοιράστηκαν μεταξύ των απαντήσεων «σχεδόν ποτέ» (39,6%), «συχνά» (31,3%) και «μερικές φορές» (22,9%).

Το ίδιο συνέβη και για την περίπτωση περιγραφής αίσθησης αδυναμίας επιρροής στις αποφάσεις και ενέργειες του άμεσα προϊστάμενου τους που τους επηρεάζουν.

Το 25% απάντησε «σχεδόν ποτέ», το 29,2% «σπάνια» και το 25% «μερικές φορές».

Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες υπερέχουν όσον αφορά το συναίσθημα της ανεπάρκειας χρόνου για να ολοκληρώσουν την εργασία τους καθώς και θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό, ότι δεν είναι δυνατό να επηρεάσουν αποφάσεις και ενέργειες του/της προϊστάμενου/ης τους οι οποίες τις αφορούν.

Από τη σύγκριση του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών με την ασάφεια ρόλου, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ανέφεραν ότι βίωναν περισσότερη ασάφεια ρόλων.

Στις επιμέρους συγκρίσεις δε, φάνηκε σαφής σχέση μεταξύ των ΔΕ νοσηλευτών με τους ΠΕ και άνω, των ΤΕ με τους ΠΕ και άνω και τέλος των ΠΕ και άνω με τους ΔΕ και ΤΕ, όσον αφορά τη διαφορά στην ένταση που βιώνουν στην ασάφεια ρόλου.

Κάνοντας το ίδιο για την υπερφόρτωση ρόλου, έχουμε όμοια αποτελέσματα όσον αφορά την πολλαπλή σύγκριση και τους νοσηλευτές ΤΕ να είναι αυτοί που βιώνουν το λιγότερο άγχος.

Τέλος, όσον αφορά την απονομή ρόλου γενικά, φαίνεται πως οι νοσηλευτές με εκπαιδευτικό επίπεδο ΠΕ και άνω, ήταν αυτοί που βρίσκονταν σε δυσμενέστερη θέση μιας και βίωναν αρνητικά τις επιλογές των προϊσταμένων τους.

Πίνακας 4. Συσχέτιση (one way ANOVA) Απονομής ρόλου με εκπαιδευτικό επίπεδο νοσηλευτών.

<i>ΑΣΑΦΕΙΑ ΡΟΛΟΥ</i>			
<i>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>p</i>
ΔΕ	29	9,14	0,000
ΤΕ	8	10,00	
ΠΕ και άνω	11	14,55	
ΣΥΝΟΛΟ	48	10,52	
<i>ΥΠΕΡΦΟΡΤΩΣΗ ΡΟΛΟΥ</i>			
ΔΕ	29	5,93	0,001
ΤΕ	8	5,50	
ΠΕ και άνω	11	8,73	
ΣΥΝΟΛΟ	48	6,50	
<i>ΓΕΝΙΚΑ ΑΠΟΝΟΜΗ ΡΟΛΟΥ</i>			
ΔΕ	29	15,07	0,000
ΤΕ	8	15,50	
ΠΕ και άνω	11	23,27	
ΣΥΝΟΛΟ	48	17,02	

Ένταση των νοσηλευτών που αφορά την εργασία του σε υπερβαρικό περιβάλλον. Εκπαίδευση νοσηλευτών σε σχέση με την εργασία τους σε υπερβαρικό περιβάλλον. Το μέγεθος της εμπιστοσύνης που έχουν οι Υπερβαρικοί Νοσηλευτές στις γνώσεις τους, φαίνεται από την πιο κάτω καταγραφή των απαντήσεών τους:

Πίνακας 5. Κατανομή που αφορά την εργασία του σε υπερβαρικό περιβάλλον.

Νοιώθω ικανός να ανταπεξέλθω στις νοσηλευτικές διαδικασίες εντός του Θ.Α.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	4,2
ΝΑΙ	93,8
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	2,1

Με φοβίζει το γεγονός ότι θα παραμείνω τόσες ώρες μέσα στο Θ.Α. σε περίπτωση καταδυτικού ατυχήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	83,3
ΝΑΙ	12,5
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	2,1

Νοιώθω ότι διαθέτω νοσηλευτικές ικανότητες / προσόντα για να προσφέρω σ' ένα βαρέως πάσχοντα ασθενή εντός του Θ.Α.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	16,7
ΝΑΙ	77,71
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	6,3

Θεωρώ βαρετή τη διαδικασία τοποθέτησης – αφαίρεσης της μάσκας οξυγόνου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	79,2
ΝΑΙ	20,8

Είμαι υπερήφανος και νοιώθω διαφορετικός που δουλεύω στο συγκεκριμένο χώρο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	12,5
ΝΑΙ	79,2
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	8,3

Νοιώθω αγχωμένος στη περίπτωση άσχημης εξέλιξης της πορείας του ασθενή μέσα στο Θ.Α.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	%
OXI	37,5
ΝΑΙ	58,3
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	4,2

Η αίσθηση ότι «περιμένουν πολλά από αυτόν» κυριαρχεί στη συνείδησή του 43,8% του δείγματος, ενώ το 31,3% δηλώνει ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στον χειριστή του Θ.Α. Επίσης, ένα ικανό ποσοστό (31,3%) δεν αισθάνονταν έτοιμοι να μπουν μέσα στον Θάλαμο Αποπίεσης (να κάνουν δηλαδή κατάδυση) και δεν είχαν τον τρόπο να το αναφέρουν σε κάποιον ώστε να αποφευχθεί τυχόν καταδυτικό ατύχημα.

Πίνακας 6. Κατανομή απαντήσεων σε ερωτήματα που αφορούν σκέψεις και συναισθήματα που αναδύονται στους νοσηλευτές Θ.Α.

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
Αισθάνομαι ότι ανήκω σε μια ισχυρή ομάδα.	70,8	20,8	6,3
Δεν θέλω να μπω στο Θ.Α.	75,0	25,0	-
Αισθάνομαι ότι περιμένουν πολλά από μένα.	43,8	52,1	2,1
Δεν αισθάνομαι έτοιμος/η σήμερα να μπω μέσα στο Θ.Α. και δεν ξέρω πώς θα το πω.	31,3	64,6	4,2
Δεν έχω εμπιστοσύνη σ' αυτόν που χειρίζεται το Θ.Α.	31,3	62,5	6,3
Συχνά σκέφτομαι αν θα βγω υγιής μέσα από το Θ.Α.	25	75	-
Το παιδί μου είναι άρρωστο, αυτό με γεμίζει άγχος κατά τη διάρκεια θεραπευτικού σχήματος.	35,4	43,8	20,8
Δεν μπορώ να πιώ, να ξενυχτήσω, να αθληθώ με ένταση ή να απολαύσω τον προσωπικό μου χρόνο γιατί είμαι ανακλήσεως. Αυτό με ενοχλεί.	47,9	47,9	2,1
Τώρα που είμαι μέσα στο Θ.Α., νοιώθω απομονωμένος από την οικογένειά μου.	18,8	77,1	2,9

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών (93,8 %), έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και την εκπαίδευσή. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό αυτών (37,5%), παραδέχονται ότι νιώθουν αγχωμένοι στη περίπτωση άσχημης εξέλιξης της πορείας του ασθενή μέσα στον υπερβαρικό θάλαμο.

Ο σημαντικός παράγοντας της επικοινωνίας των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια εργασίας στους σε υπερβαρικό θάλαμο, φαίνεται να διαφοροποιεί την προηγούμενη άκρως ενθαρρυντική κατάσταση. Σε ποσοστό 31,3%, οι νοσηλευτές δεν αισθάνονται έτοιμοι να καταδυθούν ώστε να νοσηλεύσουν ασθενή σε υπερβαρικές συνθήκες αλλά δεν ξέρουν πώς να το πουν. Το ίδιο ακριβώς ποσοστό εκφράζει την έλλειψη εμπιστοσύνης στον χειριστή του υπερβαρικό θάλαμο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών, έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και την εκπαίδευσή τους και ίσως αυτό είναι ένας βασικός παράγοντας που συμβάλει καθοριστικά στη δημιουργία καλής ψυχολογίας του κατά την εργασία του σε υπερβαρικό περιβάλλον. Φαίνεται καθαρά ότι το προσωπικό εμπιστεύεται τις γνώσεις και ικανότητές του, σε ότι αφορά την εργασία του σε υπερβαρικό περιβάλλον. Στην περίπτωση όμως μιας πιθανής άσχημης έκβασης της πορείας της υγείας του νοσηλευομένου, σε υπερβαρικές συνθήκες, οι νοσηλευτές φαίνεται δικαίως να προβληματίζονται.

Ένα ικανό ποσοστό νοσηλευτών, έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και μάλιστα, όλοι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, εργάζονται στις ΜΥΠΙ ως Υπερβαρικοί Νοσηλευτές ΜΕΘ. Το γεγονός αυτό έχει επιτευχθεί μετά από μακροχρόνια προσπάθεια των διοικούντων των ΜΥΠΙ, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη αντιμετώπιση και νοσηλεία ασθενών που προέρχονται από τις ΜΕΘ και λαμβάνουν Υπερβαρική Οξυγονοθεραπεία στον Θάλαμο Αποπίεσης.

Η απλή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας του νοσηλευτή – συνοδού ο οποίος βρίσκεται μέσα στον *Θάλαμο Αποπίεσης*, έχει βρεθεί ότι μειώνει το άγχος στο ελάχιστο με αποτέλεσμα την αποδοτικότερη και ουσιαστικότερη παροχή φροντίδας στον ασθενή. Η μέριμνα του προσωπικού είναι ένας από τους βασικούς λόγους λειτουργίας της διοίκησης.

Η καταγραφή και προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων του προσωπικού, δεν είναι πολυτέλεια αλλά ανάγκη και απώτερο σκοπό δεν έχει την εξυπηρέτηση του εργαζόμενου αλλά, μέσα από αυτό, την εξυπηρέτηση του πάσχοντα, που αυτό αποτελεί και κύριο σκοπό λειτουργίας και όλων των νοσηλευτικών μονάδων. Σε πολλές ΜΥΠΙ του εξωτερικού, κάθε πρόβλημα ή προβληματισμός που καταγράφεται, επιλύεται (όπως π.χ. η τοποθέτηση ειδικής τηλεφωνικής συσκευής μέσα στον υπερβαρικό θάλαμο), σε μια προσπάθεια αύξησης του ηθικού των νοσηλευτών και προσέλκυσής τους σε έναν αφιλόξενο κατά τα άλλα, χώρο εργασίας.

Όσον αφορά το δείγμα των Ελλήνων καταδυτικών και υπερβαρικών νοσηλευτών, ικανός αριθμός δεν αντιμετώπισαν πρόβλημα στον προσδιορισμό αρμοδιοτήτων και τον σαφή καθορισμό τους. Σπάνια δε, θεώρησαν ότι η ποσότητα της εργασίας που τους είχε ανατεθεί ίσως επηρέαζε την ποιότητά της. Είναι γνωστό ότι μόνο οι σαφείς οδηγίες και η κατανόηση αυτών, συμβάλουν στην άρτια διαχείριση της εργασίας που έχει ανατεθεί. Έτσι, αρκετά υψηλό ποσοστό νοσηλευτών, σπάνια βίωσαν το αίσθημα ανεπάρκειας χρόνου για πραγματοποίηση των αιτημάτων των άλλων, ενώ λίγο μικρότερο, είχε αυτό το αίσθημα μερικές φορές.

Από τα αποτελέσματα διαφαίνεται επίσης, πως όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο μεγαλύτερη ένταση νιώθει ο νοσηλευτής όσον αφορά την ασάφεια ρόλου. Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται ότι επηρεάζει την ασάφεια ρόλου ίσως γιατί οι αρμοδιότητες των ΔΕ νοσηλευτών είναι σαφώς καθορισμένες νομικά αλλά και διοικητικά. Από την άλλη, οι αρμοδιότητες και οι υποχρεώσεις του προϊστάμενου, έχουν καταλήξει να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα νοσηλευτικών, διοικητικών και άλλων ικανοτήτων και ίσως αυτό τον κάνει πιο ευάλωτο στη διεκπεραίωση των εργασιών του.

Όμως, η ανεπάρκεια χρόνου για πραγματοποίηση της εργασίας τους, ήταν κάτι που φαίνεται πως απασχόλησε τους ερωτηθέντες αφού σχεδόν οι μισοί, δήλωσαν υπαρκτό αυτό το πρόβλημα.

Οι γυναίκες ήταν πιο ευάλωτες σε αυτό ίσως λόγω της ιδιοσυγκρασίας τους. Από την πλευρά της διοίκησης των ΜΥΠΙ, φαίνεται ότι η διαχείριση του προσωπικού οδεύει καλώς, όμως, η έλλειψη χρόνου εκτέλεσης των ανατιθέμενων εργασιών, υποδηλώνει την έλλειψη προσωπικού όπως άλλωστε συμβαίνει και στον ευρύτερο νοσηλευτικό χώρο. Αυτό διαφαίνεται και από την ενόχληση των νοσηλευτών να εκτελούν «ανακλήσεις», γιατί αυτό υποδηλώνει συγκεκριμένο τρόπο ζωής και συμπεριφοράς για αυτό το χρονικό διάστημα. Η έλλειψη προσωπικού, έχει σαν αποτέλεσμα την εκτέλεση πολλών βαρδιών ανακλήσεως χωρίς βεβαίως την ανάλογη ανταμοιβή. Στο χώρο του δημοσίου, η «ανάκληση» λογίζεται σαν ημέρα αργίας και δεν ανταμείβεται παρόλο που δημιουργεί συγκεκριμένες υποχρεώσεις στον εργαζόμενο.

Ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών, δεν επιθυμούν για διάφορους λόγους να καταδυθούν, ώστε να νοσηλεύσουν ασθενή σε υπερβαρικές συνθήκες αλλά δεν ξέρουν πώς να το πουν.

Όπως δείχνει δε η πολυετής εμπειρία, συνήθως αποφασίζουν να μην το αναφέρουν, με αποτέλεσμα να εργάζονται σε υπερβαρικές συνθήκες παρά τη θέλησή τους, αυξάνοντας το βαθμό έντασης σε υψηλότερα επίπεδα.

Φαίνεται επίσης ότι είναι το ίδιο ακριβώς ποσοστό με αυτό που εκφράζει την έλλειψη εμπιστοσύνης στον χειριστή του υπερβαρικό θάλαμο και αυτό ίσως θα πρέπει να μας προβληματίσει για το αν οι νοσηλευτές έχουν τελικά τη δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους και αν αυτό θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στην δημιουργία ενός επιπλέον στρεσογόνου παράγοντα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ο βασικός περιορισμός της ερευνητικής μελέτης θεωρείται η έλλειψη βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με την ένταση που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε *Μονάδες Καταδυτικής και Υπερβαρικής Ιατρικής* τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα περιορισμένα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα και η ελλιπής παρουσία ελληνικών αντίστοιχων μελετών, έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα την αδυναμία συγκρίσεων με άλλες έρευνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σαν γενικό συμπέρασμα, θα μπορούσε να παρατηρήσει κανείς ότι οι νοσηλευτές βιώνουν ήπιο αίσθημα ασάφειας και υπερφόρτωσης ρόλου και επομένως μικρή πιθανότητα εκδήλωσης άγχους και έντασης στο χώρο εργασίας. Διαφαίνεται λοιπόν, η ύπαρξη βασικών αρχών διοίκησης και κατανομής ρόλων που διέπουν τις ΜΥΠΙ και αυτό είναι σαφώς αξιόπαινο. Στο παρελθόν, η διαχείριση του εργασιακού άγχους βασιζόταν σε παρεμβάσεις οι οποίες συνδέονταν με την επίτευξη στόχων που αφορούσαν σε μεμονωμένες προβληματικές καταστάσεις (π.χ. οργανωτικό κλίμα, burnout, mobbing). Σήμερα, η διαχείριση του βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των συνθηκών εργασίας, υιοθετώντας στρατηγικές περισσότερο ευρείες και συνεργιστικές, που είναι σε θέση να αξιολογούν εξειδικευμένα φαινόμενα και παράλληλα να εξετάζουν τις κοινές πλευρές και τις διασυνδέσεις προβλημάτων που αναφέρονται σε προσωπικό, διαπροσωπικό και οργανωτικό επίπεδο. Οι στρατηγικές αυτές, εκτός από την ιατρική επίβλεψη, αφορούν στην οργάνωση της εργασίας, στην τυπολογία των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών και στους τρόπους συμπεριφοράς των εργαζομένων. Η επιλογή της στρατηγικής, καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αναπτυχθούν οι παρεμβατικές ενέργειες, καθορίζονται από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της επικινδυνότητας της εργασιακής έντασης. Είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν πολλαπλές ή και διαφοροποιημένες στρατηγικές παρέμβασης σε οργανωτικό, συλλογικό και ατομικό επίπεδο:

- Σε *οργανωτικό επίπεδο* (πρωτογενείς παρεμβάσεις): Στοχεύουν στη λήψη μέτρων στο επίπεδο της οργάνωσης της εργασίας, δίνοντας έμφαση κυρίως στον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων.
- Σε *επίπεδο μικρής ομάδας* (δευτερογενείς παρεμβάσεις): Στοχεύουν στην ενημέρωση - εκπαίδευση των εργαζομένων σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο αναφορικά με τις ορθές πρακτικές εργασίας και τον κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους.
- Σε *ατομικό επίπεδο* (τριτογενείς παρεμβάσεις): Αφορούν στη λήψη μέτρων επανορθωτικού - θεραπευτικού χαρακτήρα και στοχεύουν στην εξάλειψη - μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της έντασης σε ατομικό επίπεδο (Τούκας Δ και Τούκα Α, 2010, Γαϊτάνου, 2010).

Μετά την επιτυχή παρέμβαση, καταλήγουμε σε δημιουργία παραγόντων μείζονος σημασίας (που ονομάστηκαν «κίνητρα»), για τη μεταστροφή της επαγγελματικής έντασης σε ικανοποίηση από την εργασία, όπως έχει προσεγγιστεί από μερικούς ερευνητές με βάση την θεωρία του Maslow (Malliarou et al, 2010).

Η άρνηση κατάδυσης ή καλύτερα, η αδυναμία κατάδυσης σε κάποια μεμονωμένη χρονική στιγμή ή για κάποιο χρονικό διάστημα, δημιουργεί τριγμούς στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των συναδέλφων αλλά και έναντι του άμεσα προϊστάμενου. Οι πιθανοί αρνητικοί σχολιασμοί αλλά και η υπόνοια έλλειψης θέλησης για εργασία υπό πίεση, οδηγούν τον νοσηλευτή στην απόκρυψη της επιθυμίας του για αποχή από την κατάδυση. Στο χώρο της καταδυτικής κοινότητας και τη συνείδηση των νοσηλευτών, η δυσχέρεια εξίσωσης ή κάποιος άλλος εμφανής λόγος αποχής από κατάδυση για χρονικό διάστημα λίγων ημερών, είναι λογικοί ισχυρισμοί. Όμως, για μη εμφανή αίτια, η σχέση μεταξύ των συναδέλφων κλονίζεται, ειδικά όταν η κατάσταση αυτή πρόκειται να έχει μεγάλη διάρκεια. Από την άλλη, μια σοβαρή, για τη διενέργεια καταδύσεων, κατάσταση της υγείας του νοσηλευτή, θα τον οδηγήσει στην απόρριψη από τις καταδύσεις αλλά και την αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος (εργασία σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου), μέχρι να ελεγχθεί από υγειονομική επιτροπή και να κριθεί και πάλι κατάλληλος. Όλα τα ανωτέρω, οδηγούν λανθασμένα τον νοσηλευτή στην απόκρυψη πιθανού προβλήματος υγείας και διενέργεια καταδύσεων εν μέσω πίεσης. Η απενοχοποίηση της πιθανής αδυναμίας εργασίας σε υπερβαρικό περιβάλλον με κατάλληλους χειρισμούς, θα βοηθήσει στην αποφυγή κατάδυσης υψηλού κινδύνου και εν μέσω αυξημένης ψυχολογικής έντασης.

Η έλλειψη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού καταγράφεται εμμέσως και στην παρούσα μελέτη, χωρίς όμως να υπάρχει εμφανής δυνατότητα αναπλήρωσης του κενού, μιας και η ανάγκη για νοσηλευτικό προσωπικό είναι διεθνής. Στην περίπτωση αυτή, αυτός που τελικά χάνει από το άγχος που εμφανίζεται μαζί με την έλλειψη χρόνου διεκπεραίωσης των εργασιών, είναι ο ασθενής. Από την άλλη, ο νοσηλευτής καταλήγει να είναι ψυχρός, αδιάφορος, απαθής, απογοητευμένος και απρόσωπος. Στη συνέχεια, εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, αποσύρεται, απουσιάζει συχνά από την εργασία του ή την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά και εν τέλει την εγκαταλείπει. Το πρόβλημα εντοπίζεται στο ευρύτερο Σύστημα Υγείας και οι λύσεις που θα καθοριστούν θα ανακουφίσουν και τον χώρο της καταδυτικής και υπερβαρικής νοσηλευτικής. Σκοπός είναι, μέχρι τότε να ευρεθούν τρόποι μείωσης της επικινδυνότητας κατά την εργασία σε υπερβαρικό περιβάλλον καθώς και ηθικής κυρίως ανταμοιβής του προσωπικού μιας και η οικονομική ανταμοιβή είναι ουτοπία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adali E, Priami M, Plati C. 2000. Influence of nurses' demographic and occupational characteristics in the appearance of work burnout. *Nursing Economics* 4: 313-324.

Baumann A, Giovanetti P, O'Brien-Pallas L, Mallette C, Deber R, Blythe J, Hibberd J, and DiCenso A. 2001. Health care restructuring: the impact of job change. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 14 (1): 14-20.

Brunero S, Grochulski A, Garvey A. 2006. "Nurses Stress Management Booklet." *New South Wales Nurses' Association*. Camperdown.

Davis J. 1982. Treatment of decompression disorders, in the Physiology and Medicine of Diving. *Best Publisher*. San Pedro.

Edelwich J, Brodsky A. 1980. Burn Out Stages of Disillusionment in the Helping Professions. *Human Sciences Press*.

Chang E, Hancock K. 2003. "Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia." In: *Nursing and Health Sciences*.

Lazarus RS, Folkman S. 1984. Stress, appraisal and coping. New York: *Springer Publishing Company, Inc.*

Malliarou M, Moustaka E, Constantinidis T. 2008. Burnout of Nursing Personnel in a Regional University Hospital. *Health Science Journal* 2 (3): 12.

Malliarou M, Sarafis P, Moustaka E, Kouvela T, Constantinidis TC. 2010. Greek Registered Nurses' Job Satisfaction in Relation to Work-Related Stress. A Study on Army and Civilian Rns. *Global Journal of Health Science* 2 (1).

Milliken T, Clements P, Tillman H. 2007. The Impact of Stress Management on Nurse Productivity and Retention. *Nursing Economics* 25 (4): 203-210.

Turley I. 2005. A stressful occupation? *Nursing Economics* 23 (2): 101-110.

Γαϊτάνου, Κ. 2010. "Αποτίμηση Λειτουργίας Μονάδων Καταδυτικής-Υπερβαρικής Ιατρικής." *Πρακτικά 3ου Πανελληνίου και 2ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου ENE*, Ιωάννινα.

Μαρνέρας Χ, Θεοδωρακοπούλου Γ, Αλμπάνη Ε, Γκούβα Μ, Δημοπούλου Ε, Κοτρώτσιου Ε. 2010. Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Έντασης σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. *Νοσηλευτική* 49 (1): 3-90

Μουστάκα Ε, Μαλλιαρού Μ, Αντωνιάδου Φ, Ζάντζος Ε. Ι, Κυριάκη Κ, Κωνσταντινίδης Θ. Κ. 2010. Εργασιακό στρες νοσηλευτών: σύγκριση νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Υγεία στην Εργασία* 1 (1): 10.

Παναγιωτουνάκου, ΕΜ. 2010. "Όταν η δουλειά αρχίζει να μοιάζει με δουλειά." Τετάρτη, 8 Δεκεμβρίου 2010. <http://www.radionefeli.com/ViewArticle.aspx?aid=697> (17/3/2011 2011).

Παπαγεωργίου Δ Ε, Καραμπέτσου Μ, Νικολακάκου ΧΒ, Παυλάτου ΝΔ. 2007. Επίπεδα έντασης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική* 2007 46 (2): 237-245.

Τούκας Δ και Τούκα Α. 2010. Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού έντασης στο νοσοκομειακό περιβάλλον. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.*

WORKING CONDITIONS OF NURSES IN HYPERBARIC ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL STRESS

Chandrinou A., Exarhos K., Gaitanou K., Sarafis P. and Maria Malliarou

Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace, in cooperation with Departments of Public Health and Nursing Athens Technological Educational Institute.

Abstract: The discovery of the working conditions in hyperbaric environment has not been addressed yet by the hyperbaric international community. The purpose of the study was to investigate and evaluate the working and stressful working conditions in hyperbaric environment on Hyperbaric Medicine Unit (HMU) of the country. Forty-eight nurses with specialization in diving and hyperbaric nursing, completed closed-ended questionnaire on the intensity of nurses working under hyperbaric conditions and rated the intensity of the role overload and role ambiguity, with the scale of Mohrman et al. Statistical analysis was done with the program of IBM, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 19.0. The majority of participants were women (54.2%) while the average age of the sample was 35.4 years with a standard deviation of 5.8 years and a minimum age of 25 and maximum of 47 years. The role ambiguity averaged 10.5 in the rate, with a maximum value of the Likert scale of 25, and a minimum of 5, while the role overload of 6.5, with a maximum value of the Likert scale 15 and the minimum 3. A large percentage of nurses (93.8%) have confidence in knowledge and education, while in case of poor outcome of the state of health of hospitalized in hyperbaric conditions, 37.5% admit that they feel anxious. At a rate of 31.3%, nurses do not feel ready to dive but avoid to say. The same rate is the lack of confidence in the chamber operator. Also, while it doesn't seem to be stress factor to the "internment" of personnel in a hyperbaric chamber, the 35.4% of these, say that "fill anxiety during treatment session", when a family member needs care (e.g. sick child). The 47.9% of nurses, annoyed when on call, because in order to be ready for deep diving, they don't drink alcohol, don't stay up, workout intensity or enjoy their own time. Ultimately, despite the adverse conditions, 70.8% of the sample feels that they belong to a strong team while younger nurses in the field feel more pride in their work. In conclusion stress of nurses working in hyperbaric conditions ranged to moderate levels. Conditions found to correlate with nurses' stress were level of education, clinical experience and existence or not of qualified staff.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΥΠΟΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΑΥΥ): ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ

Μαυρίδης Α.¹, Hertegonne Κ.², Weyler J.³ και Braeckman L.⁴

Διαπανεπιστημιακό Μεταπτυχιακό Ιατρικής της Εργασίας Πανεπιστημίου Γάνδης, Πανεπιστημίου Αμβέρσας και Ελεύθερου Πανεπιστημίου Βρυξελλών. 1. Ειδικός Ιατρός Εργασίας, MSc Ιατρικής Εργασίας Πανεπιστημίου Γάνδης, 2. Πνευμονολόγος MD, PhD, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Γάνδης, 3. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αμβέρσας, Τμήμα Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, 4. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Γάνδης, Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Ιατρικής της Εργασίας.

Περίληψη: Πολλοί εργαζόμενοι με Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας Υπόπνοιας στον Ύπνο (ΣΑΑΥΥ) παραμένουν αδιάγνωστοι. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει ερωτηματολόγια και σχετιζόμενους με την εργασία προδιαθεσικούς παράγοντες για τη διαλογή εργαζόμενων με ΣΑΑΥΥ. Το υλικό αποτέλεσαν οι ασθενείς που παρουσιάστηκαν στο *Εργαστήριο Ύπνου* του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Γάνδης με την υποψία ΣΑΑΥΥ. Όλοι οι περιληφθέντες ασθενείς εξετάστηκαν με *πολυυπνογραφία* (ΠΥΓ), αφού συμπλήρωσαν τα τρία τυποποιημένα ερωτηματολόγια *Berlin Questionnaire* (BQ), *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) και *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), και πληροφορίες σχετικές με τον τρόπο ζωής και εργασίας. Από τους 113 εργαζόμενους ασθενείς, 85 είχαν ΣΑΑΥΥ σύμφωνα με την ΠΥΓ (με δείκτη άπνοιας - υπόπνοιας - AHI ≥ 5). Η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC - area under curve) για τα BQ, ESS and PSQI ήταν 0.58, 0.42 και 0.36 αντίστοιχα σε έναν AHI ≥ 5 . Η διωνυμική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ηλικία έχει OR 1.13 (95% CI 1.06-1.21) καθώς και ότι η εργασία 40-49 ώρες σε αντίθεση με < 40 ώρες την εβδομάδα έχει OR 5.38 (1.55-18.69). Κανένα από τα προαναφερόμενα ερωτηματολόγια δεν είχε επαρκή ακρίβεια για τη διαλογή εργαζόμενων με ΣΑΑΥΥ. Όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον, μπορούν οι πολλές ώρες εργασίας να είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για σοβαρό ΣΑΑΥΥ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαταραχές του ύπνου είναι πολύ συχνές (52,1% στους ενήλικες), αλλά όχι σπάνια παραμένουν αδιάγνωστες στο γενικό πληθυσμό [1]. Το *Σύνδρομο Απνοιών Υπόπνοιών στον Ύπνο* (ΣΑΥΥ) κατέχει εξέχουσα θέση ανάμεσα στις διαταραχές του ύπνου. Το *Σύνδρομο της Αποφρακτικής Άπνοιας Υπόπνοιας στον Ύπνο* (ΣΑΑΥΥ) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια μερικούς ή

πλήρους απόφραξης του άνω αεραγωγού κατά τη διάρκεια του ύπνου με συχνές αφυπνίσεις κατά τη λήξη της άπνοιας-υπόπνοιας με αποτέλεσμα την εμφάνιση ροχαλητού και υπερβολικής ημερήσιας υπνηλίας [2].

Η διάγνωση τίθεται εφόσον οι ασθενείς πληρούν το κριτήριο Α ή Β, καθώς και το κριτήριο Γ της τεκμηρίωσης με ΣΑΑΥΥ.

(Α) υπερβολική ημερήσια υπνηλία που δεν μπορεί να εξηγηθεί από άλλους παράγοντες.

(Β) δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα τα οποία δεν μπορεί να εξηγηθούν από άλλους παράγοντες:

- αίσθημα πνιγμού ή λαχάνιασμα κατά τη διάρκεια του ύπνου
- επαναλαμβανόμενη αφύπνιση
- αίσθημα μη ξεκούρασης μετά τον ύπνο
- κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας
- μειωμένη συγκέντρωση

(Γ) πέντε ή περισσότερα επεισόδια αποφρακτικής άπνοιας ανά ώρα ύπνου ή 30 «αναπνευστικά συμβάντα» ανά 6 πραγματικές ώρες ύπνου στην πολυυπνογραφία.

Άρα, ορίζεται ο δείκτης άπνοιας - υπόπνοιας (AHI - apneic-hipopneic index) ≥ 5 . (AHI είναι ο μέσος αριθμός απνοιών και υποπνοιών ανά ώρα ύπνου για διάρκεια τουλάχιστον 5 ώρες ύπνου).

Ένα «αναπνευστικό συμβάν» χαρακτηρίζεται από παροδική μείωση ή πλήρη διακοπή της αναπνοής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα:

- μια σαφή μείωση (περισσότερο από 50%) της ροής του αέρα (άπνοια), ή
- μία μικρή μείωση (μικρότερη από 50%) της ροής του αέρα με μείωση $> 3\%$ του κορεσμού του οξυγόνου (υπόπνοια).

Ένα «αναπνευστικό συμβάν» διαρκεί 10 δευτερόλεπτα ή περισσότερο [2].

Ο επιπολασμός ποικίλει ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Το ροχαλητό και οι παύσεις της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου συναντιούνται στο 40-55% και 3,8% των ενηλίκων αντίστοιχα. Ο συνδυασμός ροχαλητού και παύσεων της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου συμβαίνει σε 2,5% των ενηλίκων [3]. Όταν ο άπνο-υπόπνοϊκός δείκτης (apneic-hipopneic index) AHI ≥ 5 /ώρα χρησιμοποιείται, το ΣΑΑΥΥ είναι παρών στο 24% των ανδρών και 9% των γυναικών. Ωστόσο, ο επιπολασμός μειώνεται στο 9% και 4% σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, όταν χρησιμοποιείται ως όριο ο δείκτης AHI ≥ 15 /ώρα. Ο συνδυασμός AHI ≥ 5 /ώρα και υπνηλία εμφανίζεται στο 4% των ανδρών και στο 2% των γυναικών [2, 4].

Τα πιο συνηθισμένα παράπονα των ασθενών είναι κόπωση, ημερήσια υπνηλία, ροχαλητό και κακή ποιότητα ύπνου. Η κόπωση είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που μπορεί να οριστεί ως η μειωμένη ικανότητα για σωματική ή πνευματική εργασία, ή η υποκειμενική κατάσταση στην οποία μια εργασία δεν μπορεί πλέον να πραγματοποιηθεί [5]. Τόσο η σωματική όσο και η πνευματική κόπωση μπορεί να διαταράξουν την επαγρύπνηση και την εκτέλεση της εργασίας [6]. Η ημερήσια

υπνηλία μπορεί να οριστεί ως μειωμένη εγρήγορση, αποτέλεσμα της αυξημένης ανάγκης για ύπνο. Δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε πάντα την έλλειψη του ύπνου καθώς και τις βλαβερές συνέπειες της υπνηλίας [7]. Η αυξημένη υπνηλία συνδέεται με μείωση της εγρήγορσης, του χρόνου αντίδρασης, της μνήμης, του ψυχοκινητικού συντονισμού, της επεξεργασίας πληροφοριών και της λήψης αποφάσεων [7, 8].

Διάφορες συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν το ΣΑΑΥΥ. Η εργασία σε βάρδιες διαταράσσει την βιολογική διαδικασία της εγρήγορσης την ημέρα και του ύπνου τη νύχτα και μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο ύπνο και κακή ποιότητα ύπνου. Οι εργαζόμενοι με στέρση ύπνου είναι ευάλωτοι στο να κάνουν κρίσιμα λάθη στην εργασία ή κατά την οδήγηση, ειδικά τις βραδινές ή τις πρώτες πρωινές ώρες. Τα αποτελέσματα αυτών των λαθών μπορεί να είναι σημαντικά για τη δημόσια υγεία [9], τη δημόσια ασφάλεια, το στρατιωτικό προσωπικό, τους χειριστές σε πυρηνικούς σταθμούς και τους εργαζόμενους στον τομέα των μεταφορών και της βιομηχανίας [8, 10, 11]. Οι υπερωρίες συσχετίζονται επίσης με την κούραση και τις διαταραχές ύπνου [12].

Οι Víaene και συν (2009), αναφέρουν ότι οι διαταραχές του ύπνου στους εκτιθέμενους σε διαλύτες εργαζόμενους μπορεί να είναι ένα από τα πολλά συμπτώματα της χρόνιας μη αναστρέψιμης εγκεφαλοπάθειας, ή η πραγματική αιτία να είναι το σύνδρομο άπνοιας ύπνου, το οποίο μπορεί να επιδεινωθεί σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω της ίδιας της έκθεσης σε διαλύτες [13].

Η έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να αποτρέψει ασθένειες και επιπλοκές. Ασθενείς με ΣΑΑΥΥ έχουν αυξημένο κίνδυνο για υψηλή αρτηριακή πίεση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτη, κατάθλιψη καθώς και αυξημένο κίνδυνο για ατυχήματα [14]. Μια άλλη πτυχή είναι το οικονομικό κόστος εξαιτίας των ατυχημάτων και της μείωσης της παραγωγικότητας που προκαλείται από την κούραση και την υπνηλία των οδηγών ή γενικά των εργαζομένων με ΣΑΑΥΥ.

Η *εξέταση εκλογής* (gold standard) για τη διάγνωση του ΣΑΑΥΥ είναι η *πολυυπνογραφία* (ΠΥΓ), η οποία διενεργείται σε εξειδικευμένα εργαστήρια ύπνου [2]. Η ΠΥΓ είναι απαιτητική, χρονοβόρα εξέταση, καθώς προϋποθέτει ο ασθενής να παραμείνει και να κοιμηθεί για μια ολόκληρη νύχτα στο χώρο του εργαστηρίου. Επίσης είναι δαπανηρή και απαιτεί τεχνογνωσία για την ερμηνεία της. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το 93% των γυναικών και το 82% των ανδρών με μέτρια ή σοβαρή ΣΑΑΥΥ να παραμένουν αδιάγνωστοι [15] καθιστώντας σημαντική τη χρήση μοντέλων πρόβλεψης, ερωτηματολογίων, και απλών δοκιμασιών προληπτικού ελέγχου για το ΣΑΑΥΥ [16].

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ακρίβεια τριών ερωτηματολογίων, *Berlin Questionnaire* (BQ), *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) και *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), καθώς και τη διερεύνηση σημαντικών προδιαθεσικών παραγόντων σε ένα πληθυσμό εργαζομένων.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η *Επιτροπή Δεοντολογίας* του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Γάνδης Βελγίου ενέκρινε την παρούσα διαγνωστική μελέτη, και δόθηκε συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες πριν λάβουν μέρος στην έρευνα.

Η μελέτη περιορίζεται σε ενήλικες εργαζόμενους ασθενείς (ηλικίας ≥ 20 ετών), οι οποίοι παρουσιάστηκαν στο *Εργαστήριο Υπνου* του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Γάνδης με την υποψία ΣΑΑΥΥ. Ασθενείς που έχουν ήδη διαγνωστεί, ή βρίσκονταν ήδη υπό θεραπεία για ΣΑΑΥΥ αποκλείστηκαν. Όλοι οι περιληφθέντες ασθενείς εξετάστηκαν με *πολυυπνογραφία* (ΠΥΓ).

Ο πληθυσμός της μελέτης, 113 εργαζόμενοι ασθενείς, συμπλήρωσε τα τρία τυποποιημένα ερωτηματολόγια BQ, ESS και PSQI, μεταφρασμένα στα ολλανδικά. Συλλέξαμε επίσης πληροφορίες σχετικές με τον τρόπο ζωής και εργασίας. Ο τύπος εργασίας ομαδοποιήθηκε σε αυτοαπασχολούμενους, διοικητικούς και εργάτες. Ρωτήθηκε η διάρκεια της εργασίας, το αν η απασχόληση ήταν πλήρης ή μερική, το αν η εργασία ήταν κατά τη διάρκεια της ημέρας ή νύχτας, οι ώρες εργασίας την εβδομάδα καθώς και η εργασία σε βάρδιες. Επίσης καταγράφηκαν η επαφή με διαλύτες και η χρήση μέσω ατομικής προστασίας. Η έρευνα ολοκληρώθηκε με πληροφορίες για τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά).

Το *Berlin Questionnaire* (BQ) αποτελείται από 10 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, συγκεκριμένα ροχαλητό, ημερήσια υπνηλία ή κόπωση και παρουσία παχυσαρκίας ή υπέρτασης. Θετική απάντηση σε δύο από αυτές τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων κατατάσσει τον ασθενή ως άτομο υψηλού κινδύνου για άπνοια ύπνου [17].

Η *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) εξήχθη από τις παρατηρήσεις σχετικά με τη φύση και την εμφάνιση του ύπνου καθώς και της ημερήσιας υπνηλίας. Οι ασθενείς βαθμολογούν σε μια κλίμακα από 0 έως 3 την πιθανότητα να αποκοιμηθούν κατά τη διάρκεια οκτώ καθημερινών καταστάσεων. Δεν στηρίζεται στη συχνότητα, αλλά στην προσωπική αξιολόγηση. Με αυτό τον τρόπο, η ημερήσια υπνηλία μπορεί να μετρηθεί σε μια κλίμακα από 0 έως και 24. Υψηλές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε υψηλό επίπεδο των συμπτωμάτων [18].

Ο *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) αξιολογεί την ποιότητα του ύπνου κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα, διακρίνοντας τους ασθενείς που κοιμούνται «άσχημα». Αποτελείται από α) 19 ερωτήσεις οι οποίες απαντούνται από τον ασθενή και β) 5 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται από τον συγγάτοικο. Οι ερωτήσεις είναι ομαδοποιημένες σε επτά κατηγορίες. Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν χειρότερη ποιότητα ύπνου. Οι επτά συνιστώσες του PSQI είναι τυποποιημένες εκδοχές των ερωτήσεων που συνήθως αξιολογούνται σε κλινικές συνεντεύξεις των ασθενών με προβλήματα ύπνου: υποκειμενική ποιότητα του ύπνου, λανθάνουσα κατάσταση ύπνου, διάρκεια του ύπνου, αποτελεσματικότητα του ύπνου, διαταραχές του ύπνου, χρήση υπνωτικών φαρμάκων και ημερήσια δυσλειτουργία [19].

Όλα τα άτομα υποβλήθηκαν σε πολυυπνογραφία επιπέδου 1. Χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά σημεία διαχωρισμού (cut-offs) για τον άπνο-υποπνοϊκό δείκτη (AHI). Για τη διάγνωση, σύμφωνα με τον ορισμό του ΣΑΑΥΥ, χρησιμοποιήθηκε δείκτης $AHI \geq 5/\acute{\omega}ρα$. Για την έναρξη της θεραπείας, ανάλογα με την κρίση του κλινικού ιατρού, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες $AHI 5.0-9.9/\acute{\omega}ρα$ (ελαφρύ ΣΑΑΥΥ), $10.0-14.9$ και $15.0-19.9$ (μέτριο ΣΑΑΥΥ) και συχνότερα $\geq 20/\acute{\omega}ρα$ (σοβαρό ΣΑΑΥΥ).

Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το SPSS (έκδοση 16, SPSS Inc, USA). Τα δεδομένα της μελέτης περιγράφονται με τη μέση τιμή, τη σταθερή απόκλιση (SD) και το 95% διάστημα αξιοπιστίας. Για τη σύγκριση των κλινικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών μεταξύ των ομάδων, χρησιμοποιούνται η δοκιμασία χ^2 ή Kruskal Wallis και ANOVA, ανάλογα με την περίπτωση. Η εσωτερική συνοχή του BQ, ESS και PSQI αξιολογείται με τον υπολογισμό του Cronbach alpha. Η απόδοση του BQ, ESS και PSQI στην ιεράρχηση των ασθενών με αποφρακτική άπνοια στον ύπνο αξιολογείται με την καμπύλη ROC (receiver operating characteristics). Η επίδραση της ηλικίας, του φύλου, του δείκτη μάζας σώματος ($\Delta M\Sigma$), των ωρών εργασίας ανά εβδομάδα, η παρουσία συντρόφου, το είδος της εργασίας (διοικητικός ή εργάτης) και η ένδειξη (με την οποία στάλθηκαν στο εργαστήριο ύπνου) στον άπνο-υποπνοϊκό δείκτη (AHI) αξιολογείται από διωνυμική και πολυωνυμική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο εργαζόμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 113 άτομα, από τους οποίους 36 γυναίκες και 77 άνδρες. Στην πολυυπνογραφία, 85 άτομα βρέθηκαν με ΣΑΑΥΥ ($AHI \geq 5$). Από αυτούς, οι 28 ήταν εργάτες, εκ των οποίων 9 εργάζονταν <40 ώρες την εβδομάδα και οι υπόλοιποι 19, περισσότερες από 40 ώρες την εβδομάδα. Οι εργαζόμενοι σε διοικητικές θέσεις ήταν 61, εκ των οποίων 22 εργάζονταν <40 ώρες την εβδομάδα. Από τους αυτοαπασχολούμενους μόνο ένας εργαζόταν <40 ώρες την εβδομάδα.

Ο πίνακας 1 δείχνει τον αριθμό και τη μέση τιμή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και των αποτελεσμάτων των τριών ερωτηματολογίων σε διαφορετικά σημεία διαχωρισμού (cut-offs) του δείκτη AHI. Υπήρξε μια σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε όλες τις κατηγορίες AHI ($p < 0.001$). Η ηλικία και ο $\Delta M\Sigma$ συσχετίζεται θετικά με το δείκτη AHI (Pearson's $R=0.39$, $p < 0.001$ και $R=0.47$, $p < 0.001$ αντίστοιχα). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ πλήρους ή μερικής απασχόλησης και μεταξύ των διοικητικών ή εργατών ή αυτοαπασχολούμενων σε όλες τις κατηγορίες AHI ($p > 0.05$). Η ένδειξη με την οποία οι εργαζόμενοι στέλνονταν στο εργαστήριο ύπνου, δηλαδή το ροχαλητό ή η υπνηλία είχε μια σημαντική στατιστική διαφορά σε όλες τις κατηγορίες AHI ($p < 0.001$).

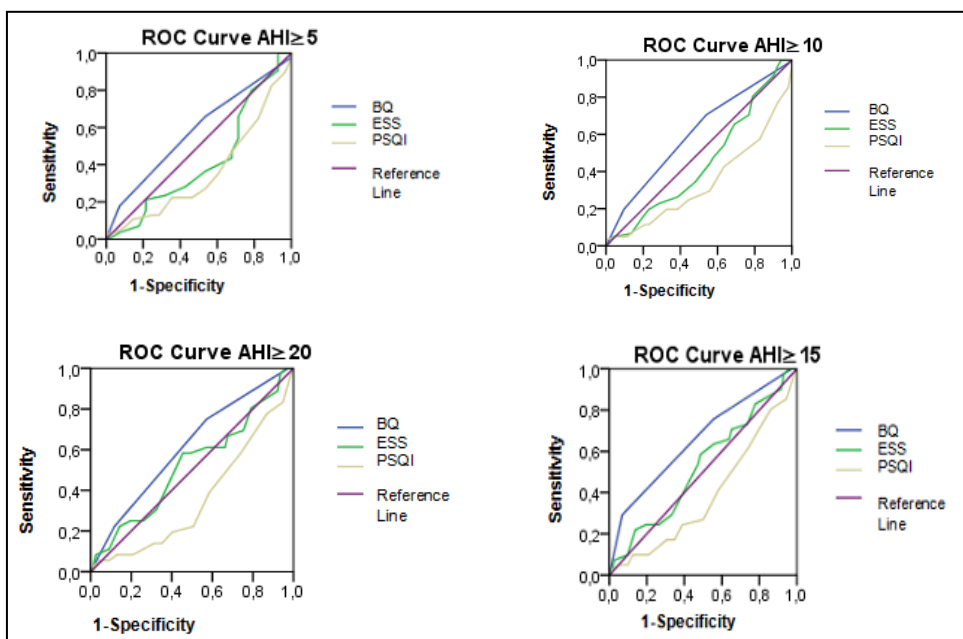
Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, BQ, ESS και PSQI των εργαζομένων σε διάφορες κατηγορίες AHI.

	χωρίς ΣΑΑΥΥ <5.0 (ώρα ⁻¹) (n=28)	ελαφρύ ΣΑΑΥΥ 5.0-9.9 (ώρα ⁻¹) (n=24)	μέτριο ΣΑΑΥΥ		σοβαρό ΣΑΑΥΥ ≥20.0 (ώρα ⁻¹) (n=36)	Σύνολο
			10.0-14.9 (ώρα ⁻¹) (n=20)	15.0-19.9 (ώρα ⁻¹) (n=5)		
Ηλικία (έτη) **	38.39±9.34 (34.93- 41.85)	43.83±8.27 (40.52- 47.10)	47.05±7.82 (43.62- 50.48)	45.00±8.66 (37.41- 52.59)	45.89±7.41 (43.47- 48.31)	43.76±8.71 (42.15- 45.37)
Φύλο (Γ/Α) ***	16/12	6/18	6/14	2/3	6/30	36/77
ΔΜΣ (Kg/m ²) **	25.13±4.49 (23.47- 26.79)	27.17±3.71 (25.68- 28.65)	27.16±3.18 (25.76- 28.56)	30.98±5.66 (26.01- 35.94)	29.69±5.60 (27.87- 31.52)	27.63±4.89 (26.73- 28.54)
BQ (χαμηλή/υψηλή ομάδα κινδύνου)	13/15	11/13	8/12	1/4	9/27	42/71
ESS *	10.86±5.58 (8.79- 12.93)	9.54±5.00 (7.54- 11.54)	7.95±4.02 (6.19- 9.71)	10.60±3.13 (7.86- 13.34)	10.22±5.34 (8.48- 11.96)	9.85±5.06 (8.92- 10.78)
PSQI *	8.18±3.80 (6.77- 9.59)	7.46±3.55 (6.04- 8.88)	6.20±4.44 (4.25- 8.15)	8.00±3.67 (4.78- 11.22)	5.67±3.57 (4.50- 6.84)	6.87±3.87 (6.16- 7.58)
Ένδειξη (ροχαλητό/ υπνηλία/ και τα δύο) ***	9/9/0	14/4/0	17/1/0	4/1/0	32/2/1	76/17/1
Πλήρης/μερική απασχόληση	22/6	22/2	16/4	4/1	30/6	94/19
Εργάτες/ Διοικητικοί/ Αυτοαπασχο- λούμενοι	5/18/4	5/15/4	7/9/3	2/2/0	9/17/10	28/61/21
Μέση τιμή ± SD (95% CI), * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001						

Το *Berlin Questionnaire* (BQ) εντόπισε 71 εργαζόμενους ασθενείς στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Δεν διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της ομάδας υψηλού και χαμηλού κινδύνου σε όλες τις κατηγορίες AHI. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) και του δείκτη *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα στις μεγαλύτερες κατηγορίες του δείκτη AHI (p < 0.05).

Η επιλογή του καλύτερου ερωτηματολογίου γίνεται μέσω της σύγκρισης των καμπύλων ROC (receiver operator curve), οι οποίες είναι διαγράμματα της ευαισθησίας και της ειδικότητας. Χρησιμοποιήσαμε διαφορετικές διχοτόμους του δείκτη AHI, όπως φαίνεται στο σχήμα 1.



Σχήμα 1. Καμπύλες ROC των BQ, ESS και PSQI για σημεία διαχωρισμού του AHI, AHI \geq 5 (ορισμός ΣΑΑΥΥ), AHI \geq 10 και AHI \geq 15 (μέτριο ΣΑΑΥΥ), AHI \geq 20 (έναρξη θεραπείας CPAP).

		AHI \geq 5 (ώρα ⁻¹) (n=85)	AHI \geq 10 (ώρα ⁻¹) (n=61)	AHI \geq 15 (ώρα ⁻¹) (n=41)	AHI \geq 20 (ώρα ⁻¹) (n=36)
BQ	AUC	0.58	0.60	0.66	0.61
	(95% CI)	(0.46-0.70)	(0.50-0.71)	(0.55-0.77)	(0.50-0.72)
ESS	AUC	0.42	0.45	0.53	0.52
	(95% CI)	(0.29-0.55)	(0.34-0.56)	(0.42-0.64)	(0.41-0.64)
PSQI	AUC	0.36	0.34	0.39	0.36
	(95% CI)	(0.24-0.46)	(0.24-0.44)	(0.28-0.50)	(0.25-0.47)

Πίνακας 2. Περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) για BQ, ESS και PSQI σε διάφορα σημεία διαχωρισμού (cut-offs) του δείκτη AHI.

Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC - area under curve) ήταν <0.70 και για τα τρία ερωτηματολόγια στις διάφορες κατηγορίες AHI, το οποίο δεν επιτρέπει να εξαχθούν ασφαλή σημεία διαχωρισμού ώστε να μεγιστοποιηθεί η καμπύλη ROC. Σε αυτά τα σημεία διαχωρισμού (cut-offs), το BQ είχε ευαισθησία 0.66 και ειδικότητα 0.46, η κλίμακα ESS 0.44 και 0.32 αντίστοιχα και ο δείκτης PSQI 0.47 και 0.32 αντίστοιχα. Σε AHI \geq 5/ώρα, το BQ είχε AUC 0.58 (95% CI 0.46 - 0.70), η κλίμακα ESS 0.42 (95% CI 0.29 - 0.55) και ο δείκτης PSQI 0.36 (95% CI 0.24 - 0.46). Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, η AUC δεν βελτιώθηκε με οποιονδήποτε συνδυασμό αυτών των τριών ερωτηματολογίων.

		AHI ≥ 5 (uur ⁻¹) (n=85)
BQ+ESS	AUC (95% CI)	0.52 (0.40-0.64)
BQ+PSQI	AUC (95% CI)	0.47 (0.35-0.59)
ESS+PSQI	AUC (95% CI)	0.39 (0.27-0.50)
BQ+ESS+ PSQI	AUC (95% CI)	0.45 (0.34-0.57)

AUC: περιοχή κάτω από την καμπύλη

Πίνακας 3. AUC για συνδυασμό των BQ, ESS και PSQI σε AHI ≥ 5 .

Στη διωνυμική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε ότι υπάρχει επίδραση της ηλικίας και του χρόνου εργασίας στο δείκτη AHI, χωρίς όμως σημαντική επίδραση του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του ΔΜΣ. Στο μοντέλο μας με τις πιο σημαντικές μεταβλητές (πίνακας 4), η εργασία 40-49 ώρες την εβδομάδα είχε ένα OR 5.38 (95% CI: 1.55 - 18.69) έναντι της εργασίας <40 ώρες την εβδομάδα. Το OR ήταν 4.74 (95% CI: 1.00 - 22.47) και 5.30 (95% CI: 1.31 - 21.38) για την εργασία 50-59 και > 60 ώρες την εβδομάδα αντίστοιχα. Το R² ήταν 0.20, το οποίο υποδεικνύει ότι το μόνο το 20% της διακύμανσης του δείκτη AHI εξηγείται από αυτό το μοντέλο.

AHI ^a (ώρα ⁻¹)		β (SE)	OR (95% CI)
	Σταθερά	-5.18 *** (1.50)	
	Ηλικία	0.125*** (0.03)	1.13 (1.06-1.21)
AHI ≥ 5 (n=85)	<40	ref	
	40-49	1.68 * (0.64)	5.38 (1.55-18.69)
	50-59	1.56 * (0.79)	4.74 (1.00-22.47)
	≥ 60	1.67 * (0.71)	5.30 (1.31-21.38)

a: η κατηγορία αναφοράς είναι AHI<5 (n=28),
SE: standard error, OR: Odds ratio;
ref: ομάδα αναφοράς
* p < 0.05, *** p < 0.001

Omnibus test
 $\chi^2(4)=25.41$, p<0.001
R²(Cox and Snell)=0.201

Πίνακας 4. Προδιαθεσικοί παράγοντες για ΣΑΑΥΥ.

Μετά τη πολυωνυμική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει εμφανής γραμμική επίδραση των ωρών εργασίας με τη σοβαρότητα του ΣΑΑΥΥ (πίνακας 5). Το OR των ωρών εργασίας μειώνεται με τη σοβαρότητα του ΣΑΑΥΥ. Επιπλέον, το OR για ≥ 40 ώρες εργασίας έναντι της ομάδας αναφοράς < 40 ώρες εργασίας την εβδομάδα μειώνεται με την αύξηση των ωρών εργασίας ανά εβδομάδα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη μας διαπίστωσε ότι η ηλικία και οι πολλές ώρες εργασίας σε έναν πληθυσμό εργαζομένων αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για σοβαρό ΣΑΑΥΥ. Οι άνδρες εμφανίζουν πιο συχνά ΣΑΑΥΥ. Όμως το φύλο, η εργασιακή και η οικογενειακή κατάσταση, ο ΔΜΣ και η ένδειξη αναφοράς στο εργαστήριο ύπνου δεν είχαν σημαντική επίδραση στην πρόβλεψη της σοβαρότητας του ΣΑΑΥΥ. Το *Berlin Questionnaire*, το *Epworth Sleepiness Scale* και το *Pittsburgh Sleep Quality Index* και οι συνδυασμοί τους έχουν φτωχή ακρίβεια στην πρόγνωση της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου. Ωστόσο, το *Berlin Questionnaire* έχει ελαφρώς καλύτερη ευαισθησία. Η κύρια δύναμη της μελέτης μας είναι ότι παρέχει μια πολύτιμη γνώση για το πρόβλημα του ελέγχου της αποφρακτικής άπνοιας του ύπνου, βασιζόμενη σε ερωτηματολόγια και προγνωστικούς παράγοντες για τη σοβαρότητα του συνδρόμου. Ερευνώντας το συγκεκριμένο πληθυσμό, εξετάσαμε παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία καθώς επίσης και ερωτηματολόγια στα οποία μπορούμε να βασιστούμε για τον εντοπισμό των εργαζομένων με συμπτώματα άπνοιας ύπνου.

Παρόλα αυτά η μελέτη μας παρουσίασε τις παρακάτω αδυναμίες. Διάφορες μορφές συστηματικού σφάλματος επιλογής μπορούν να είναι παρούσες. Οι πιο σημαντικές από αυτές είναι το *συστηματικό σφάλμα παραπομπής* (referral bias) με συγκέντρωση των σοβαρών περιπτώσεων από τον πρωτογενή στον τριτογενή τομέα και το σφάλμα του Berkson ή *ποσοστό εισόδου* (admission rate bias) με τους ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες κλινικές. Λόγω της φύσης της πολυυπνογραφίας (απαιτεί παρουσία σχεδόν μιας ημέρας και νύχτας), υπάρχει επίσης η πιθανότητα *σφάλματος μη κάλυψης* (non coverage bias) για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων, όπως για παράδειγμα στους οδηγούς του μεταφορικού τομέα, όπου η πίεση της εργασίας είναι τεράστια. Επίσης, ο μικρός αριθμός ατόμων περιορίζει την ανάλυση, ιδιαίτερα την γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης όπου παρατηρείται ευρύ διάστημα αξιοπιστίας (CI). Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η ηλικία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη βαρύτητα του ΣΑΑΥΥ [20, 21, 22]. Οι πολλές ώρες εργασίας μπορούν επίσης να προδιαθέτουν σε σοβαρό ΣΑΑΥΥ. Σε μια μελέτη με μεγάλο δείγμα φάνηκε ότι η εργασία > 50 ώρες ανά εβδομάδα έχει προγνωστική ισχύ για τις διαταραχές του ύπνου (OR = 1.05) και για την κόπωση (OR = 1.35) [12].

AHI ^a (ώρα ⁻¹)		β (SE)	OR (95% CI)	
AHI= 5-9.99 (n=18)	Σταθερά	-8.70*** (2.57)		
	Ηλικία	0.16 * (0.06)	1.18 (1.06-1.31)	
	Ωρες εργασίας/ εβδομάδα	≥60	3.14 * (1.26)	23.03 (1.96-270.69)
		50-59	2.61 * (1.30)	13.64 (1.07-173.87)
		40-49	3.74 ** (1.21)	41.90 (3.95-444.36)
		<40	ref	
AHI= 10-19.99 (n=23)	Σταθερά	-10.1*** (2.59)		
	Ηλικία	0.21 *** (0.06)	1.24 (1.11-1.38)	
	Ωρες εργασίας/ εβδομάδα	≥60	2.96 * (1.13)	19.26 (2.09-177.98)
		50-59	1.85 (1.22)	6.34 (0.58-69.68)
		40-49	2.97 * (1.11)	19.54 (2.22-171.80)
		<40	ref	
AHI= ≥20 (n=34)	Σταθερά	-8.44*** (2.33)		
	Ηλικία	0.19 *** (0.05)	1.21 (1.09-1.34)	
	Ωρες εργασίας/ εβδομάδα	≥60	2.36 * (1.05)	10.62 (1.36-83.04)
		50-59	1.88 (1.09)	6.56 (0.78-55.33)
		40-49	2.61 * (1.03)	13.53 (1.79-102.07)
		<40	ref	

a: η κατηγορία αναφοράς είναι AHI<5; ref: ομάδα αναφοράς
* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Πίνακας 5. Παράγοντες της πολυωνυμικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης.

Η μη γραμμική επίδραση των ωρών εργασίας μπορεί να εξηγηθεί από το φαινόμενο του υγιούς εργαζόμενου, όπου οι ασθενείς με ΣΑΑΥΥ δεν μπορούν να εργαστούν πολλές ώρες λόγω των συμπτωμάτων τους.

Η ευαισθησία και η ειδικότητα του *Berlin Questionnaire* στην εργασία μας φάνηκαν να είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τα αποτελέσματα του Netzer NC και συν [17] όπου το ροχαλητό ήταν επικρατέστερο και αντίθετα υψηλότερες από τα αποτελέσματα του Ahmadi N και συν [23] όπου η υπνηλία ήταν επικρατέστερη. Η κλίμακα ESS είχε φτωχή ακρίβεια, σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών [24], όπου δείχνουν ότι η κλίμακα ESS είναι καλός δείκτης για το ΣΑΑΥΥ, με περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) 0.91. Σε αυτή τη μελέτη, ο πληθυσμός ήταν βαρύτερος, με μέσο όρο του ΔΜΣ 32 και μέσο όρο του δείκτη AHI 57, δηλαδή σε πολύ σοβαρό ΣΑΑΥΥ. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι ο δείκτης PSQI δεν έχει καμία συσχέτιση με το ΣΑΑΥΥ [19].

Το σχήμα των καμπύλων ROC φανερώνει ότι κανένα από τα 3 ερωτηματολόγια μπορεί να αναγνωρίσει το ΣΑΑΥΥ. Ωστόσο, τα σημεία διαχωρισμού όπου παρατηρήθηκε μεγιστοποίηση της καμπύλης ROC είναι σύμφωνα με τα όρια που χρησιμοποιούνται συνήθως, ≥ 2 θετικές κατηγορίες για το BQ [17], σκορ ≥ 11 για την κλίμακα ESS και σκορ ≥ 6 για το δείκτη PSQI [19].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά της έρευνας δείχνουν ότι το πρόβλημα της διαλογής για το ΣΑΑΥΥ είναι υπαρκτό. Η αντίληψη της κόπωσης, της υπνηλίας και της ποιότητας του ύπνου δεν είναι σίγουροι προγνωστικοί παράγοντες για την υπνική άπνοια, το οποίο σημαίνει ότι τα παρόντα ερωτηματολόγια πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ. Η χρήση χαμηλότερων σημείων διαχωρισμού στα ερωτηματολόγια προσφέρει μεγαλύτερη ευαισθησία, το οποίο μπορεί να είναι χρήσιμο στην αναγνώριση εργαζομένων με ΣΑΑΥΥ, ιδιαίτερα σε θέσεις εργασίας που απαιτούν εγρήγορση ή ασφάλεια, όπως οι οδηγοί, οι χειριστές στους πυρηνικούς σταθμούς κλπ. Ωστόσο, η επιλογή ενός χαμηλότερου σημείου διαχωρισμού με σκοπό την ελαχιστοποίηση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των εργαζομένων που παραπέμπονται σε έναν ειδικό για τον ύπνο, αύξηση των δαπανών για την ασφάλεια υγείας και, τελικά, για τους εργοδότες.

Ένα άλλο πρόβλημα, είναι όχι τόσο με την ανίχνευση, αλλά περισσότερο η επιλογή του ασθενούς για την έναρξη της θεραπείας του ΣΑΑΥΥ. Δηλαδή, βλέπουμε εργαζόμενους, οι οποίοι είναι διαγνωσμένοι με ΣΑΑΥΥ (έχουν ένα AHI μεγαλύτερο από 5), αλλά βρίσκονται κάτω από το όριο για έναρξη της θεραπείας (AHI κάτω από 20). Εδώ ο ρόλος του ιατρού εργασίας είναι εμφανής. Στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε μια θέση που γίνεται χρήση μηχανημάτων έργου ή το πόστο τους απαιτεί υψηλή επαγρύπνηση, θα πρέπει να

συζητήσουμε με τον θεράποντα ειδικό ιατρό του ύπνου και τον ασθενή-εργαζόμενο για την ένταξή του στην ομάδα υψηλού κινδύνου και την άμεση έναρξη της θεραπείας. Έρχεται, επίσης στο προσκήνιο, η εκτίμηση των κινδύνων στην εργασία, αφού η άπνοια ύπνου επηρεάζεται από αυτούς. Θα πρέπει να επανεκτιμηθούν η οργάνωση της εργασίας (όπως βάρδιες, ωράριο, ώρες εργασίας), οι ιδιότητες του παραγόμενου προϊόντος και της παραγωγικής διαδικασίας, το εργασιακό περιβάλλον, φυσικοί κίνδυνοι (όπως η θερμική καταπόνηση), χημικοί κίνδυνοι (όπως οι διαλύτες), βιολογικοί κίνδυνοι, ο εξοπλισμός εργασίας και τα μέσα ατομικής προστασίας, καθώς και η ιδιοσυγκρασία και οι ατομικές συνήθειες. Έτσι γίνεται πιθανή η προσωρινή ή η οριστική απομάκρυνση του εργαζόμενου από τη τρέχουσα θέση εργασίας. Αν και παρατηρήσαμε την επίδραση των ωρών εργασίας στην άπνοια κατά τον ύπνο, δεν μπορούμε να συμπεράνουμε μια αιτιολογική σχέση, δεδομένου του χαρακτήρα (cross-sectional) της μελέτης μας. Περισσότερη έρευνα χρειάζεται για τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των ωρών εργασίας με την αποφρακτική άπνοια στον ύπνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S.** Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1257-62.
2. **American Academy of Sleep Medicine Task Force:** Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep* 1999, 22(05):667-609.
3. **Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG, Caulet M.** Snoring and breathing pauses during sleep: telephone interview survey of a United Kingdom population sample. *BMJ* 1997; 314:860-3.
4. **Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S.** The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-5.
5. **Brown ID.** Driver fatigue. *Hum Factors* 1994; 36:298-314.
6. **Lal SKL, Craig A.** A critical review of the psychophysiology of driver fatigue. *Biol Psychol* 2001;55:173-94.
7. **Rosekind MR, Gander PH, Gregory KB, et al.** Managing fatigue in operational settings, I. *Behav Med.* 1996;21:157-165.
8. **Dinges DF.** An overview of sleepiness and accidents. *J Sleep Res* 1995;4(s2):4-14.
9. **Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE, et al.** Rotating shift work, sleep and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health* 1992 82(7):1011-4.
10. **Paim SL, Pires ML, Bittencourt LR, Silva RS, Santos RF, Esteves AM et al.** Sleep complaints and polysomnographic findings: a study of nuclear power plant shiftworkers. *Chronobiol Int* 2008;25(2&3):321-31.
11. **Mitler MM, Carskadon MA, Czeisler CA, Dement WC, Dinges DF, Graeber RC.** Catastrophes, sleep, and public policy. *Sleep* 1988;14:100-9.
12. **Akerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B.** Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosom Res* 2002;53:585-8.
13. **Viaene M, Vermeir G, Godderis L.** Sleep disturbances and occupational exposure to solvents. *Sleep Med Rev* 2009;13:235-43.
14. **Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT.** Epidemiology, risk factors, and consequences of obstructive sleep apnea and short sleep duration. *Prog Cardiovasc Dis* 2009;51(4):285-93.
15. **Young T, Evans L, Finn L, Palta M.** Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep* 1997;20(9):705-6.
16. **Pang KP, Terris DJ.** Screening for obstructive sleep apnea: an evidence-based analysis. *Am J Otolaryngol* 2006;27(2):112-8.
17. **Netzer NC, Stoohs RA, Netzer MC, Clark K, Strohl KP.** Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med* 1999;131:485-91.
18. **Johns MW.** A new method for measuring day-time sleepiness. *Sleep* 1991; 14(6):540-5.
19. **Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213.
20. **Crocker BD, Olson LG, Saunders NA, Hensley MJ, et al.** Estimation of the probability of disturbed breathing during sleep before a sleep study. *Am Rev Respir Dis* 1990;142(1):14-8.
21. **Maislin G, Pack AI, Kribbs NB, Smith PL, Schwartz AR, Kline LR, et al.** A survey screen for prediction of apnea. *Sleep* 1995;18(3):158-66.
22. **Viner S, Szalai JP, Hoffstein V.** Are history and physical examination a good screening test for sleep apnea? *Ann Intern Med* 1991; 115(1):356-9.
23. **Ahmadi N, Chung SA, Gibbs A, Shapiro CM.** The Berlin questionnaire for sleep apnea in a sleep clinic population: relationship to poly-somnographic measurement of respiratory disturbance. *Sleep Breath* 2008;12:39-45.
24. **Bloch KE, Schoch OD, Zhang ZN, Russi EW.** German version of the Epworth Sleepiness Scale. *Respiration* 1999;66:440-7.

SCREENING METHODS FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME: QUESTIONNAIRES AND PREDICTORS FOR WORKERS

Mavridis A.¹, Hertegonne K.², Weyler J.³ and Braeckman L.⁴

Interuniversity Postgraduate Programme in Occupational Medicine, Ghent University, University of Antwerp, Vrije Universiteit Brussel. 1. Occupational Physician, 2. Pneumologist at Centre for Sleep disorders, Pneumology Department, University Hospital Ghent, 3. Professor, University of Antwerpen, Department of Epidemiology and Medical Statistics, 4. Professor, University Ghent, Department of Public Health, Occupational Medicine.

Abstract: The modern age requires the middle woman to obey to a hectic life with more and more stressors to invade her life. The working environment is an integral part of everyday life but also a source of frequent problems in her family. The stress of work, the work exhaustion, the possible sexual harassment but also the role of woman as mother and housewife often lead her to seek workarounds for her problems. Alcohol is an alternative way of avoiding these problems and today women's dependence on it tends to become a scourge. The effects are reflected directly in the family environment, disrupting the relationship between mother and child and as a woman with her husband, with a final outcome the increase in cases of household violence. The complaints about outbreaks of household violence on working women are today a significant proportion of all reported incidents of violence.

ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Βαρούτσου Π.¹, Μαλλιάρου Μ.², Ζυγά Σ.³ και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης⁴

1. Νοσηλεύτρια MSc ΓΝ Σπάρτης, 2. Τχης (ΥΝ), Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Λάρισας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 3. Επ. Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής, 4. Αν. Καθηγητής, Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (Δ.Π.Θ.), σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας.

Περίληψη: Η προστασία και η βελτίωση του περιβάλλοντος είναι εξαιρετικά σημαντική για την υγεία, την ευεξία και την ίδια τη ζωή κάθε οργανισμού. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών η πολυπλοκότητα και η αναγκαιότητα της προστασίας του περιβάλλοντος και των πηγών ενέργειας αναγκάζει κάθε επαγγελματική ομάδα να συμμετέχει ενεργά σε κάθε προσπάθεια που διαφυλάσσει το περιβάλλον, στοχεύει στην εξοικονόμηση των πηγών και μελετά την επίδραση στον άνθρωπο και την αποφυγή κάθε ανεπιθύμητης ενέργειας. Ενώ η προσοχή και η ευαισθητοποίηση για τα νοσοκομειακά απόβλητα είναι πλέον πραγματικότητα, το πρόβλημα παραμένει σοβαρό, όσον αφορά τα απόβλητα των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή κατ' οίκον αιμοκάθαρση. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της οικολογικής διαχείρισης των απορριμμάτων της αιμοκάθαρσης μονάδων τεχνητού νεφρού. Για το σκοπό αυτόν έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με λέξεις κλειδιά οικολογική, αιμοκάθαρση, τεχνητός νεφρός, απορρίμματα, απόβλητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σχετικής βιβλιογραφικής διερεύνησης, περισσότεροι από 1 εκατομμύριο ασθενείς λαμβάνουν αιμοκάθαρση σε όλο τον κόσμο. Η αιμοκάθαρση χρησιμοποιεί ως εκ τούτου μεγάλες ποσότητες ενέργειας, νερού και ρεύματος, και παράγει μεγάλες ποσότητες από πλαστικές ύλες και απορρίμματα. Οι μονάδες τεχνητού νεφρού χρησιμοποιούν πλήθος προϊόντων, προσφέρουν υπηρεσίες ενώ παράγουν και μεγάλο αριθμό απορριμμάτων που η μη σωστή διαχείρισή τους επιδρά βλαπτικά τόσο στην υγεία όσο και στο περιβάλλον. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να προασπίσουν την δημόσια υγεία σε καταστάσεις όπου η λειψυδρία, η μόλυνση της ατμόσφαιρας και τα τοξικά προϊόντα κατακλύζουν το περιβάλλον και απειλούν τους πολίτες. Συμπερασματικά, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, και οι νεφρικές υπηρεσίες ειδικότερα, πρέπει να δράσουν για τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων των δικών τους πρακτικών κάνοντας τις υπηρεσίες τους πιο ασφαλείς, πιο υγιεινές και πιο φιλικές προς το περιβάλλον.

ΑΠΟΒΛΗΤΑ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Τα απόβλητα της αιμοκάθαρσης μπορούν να διαχωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Υλικά υψηλού κινδύνου μετάδοσης λοιμώξεων: όπως γραμμές, φίλτρα κ.ά., που περιέχουν αίμα, υγρά περιτοναϊκής κάθαρσης, διάφορα υλικά όπως γάντια, βελόνες, σύριγγες, γάζες κ.ά.
- Επικίνδυνα αλλά χωρίς κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων: Χημικές ουσίες αποστείρωσης, διαλύματα κ.ά που δεν έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένα βιολογικά υγρά.
- Πλαστικά υλικά συσκευασίας, δηλαδή πλαστικά στα οποία περιέχονται τα αναλώσιμα υλικά της αιμοκάθαρσης (δοχεία διαλυμάτων, αποστειρωτικών υγρών, φύσιγγες διαλυμάτων κ.ά.) τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι ανακυκλώσιμα και επομένως περαιτέρω επιβάρυνση για το περιβάλλον [1].

Ο διαχωρισμός των αποβλήτων παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή. Έτσι τα μολυσματικά απόβλητα συλλέγονται σε ειδικούς σάκους πλαστικούς μιας χρήσεως από PE με πάχος 0,05 mm διαφορετικού χρώματος (κίτρινους) από τους κοινούς (μαύρους), στους οποίους συλλέγονται αντικείμενα που δεν έχουν αιχμηρές άκρες και είναι στέρεα και η χωρητικότητά τους δεν υπερβαίνει τα 45 lt. Το γέμισμα της συσκευασίας δεν υπερβαίνει το 70% το πολύ, για τη δε μεταφορά τους χρησιμοποιούνται ειδικοί τροχήλατοι περιέκτες, οι οποίοι απολυμαίνονται καθημερινά [1].

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στην συλλογή κάθε είδους αιχμηρών αντικειμένων (σύριγγες μιας χρήσεως, βελόνες, ταινίες σακχάρου, νυστέρια, καθετήρες κ.ά.) για τα οποία χρησιμοποιούνται δοχεία που κλείνουν αεροστεγώς, είναι αδιάτρητα, αδιαφανή, με ειδική οπή υποδοχής και τα δοχεία αυτά προορίζονται για καύση [2]. Ενώ η προσοχή και η ευαισθητοποίηση για τα νοσοκομειακά απόβλητα είναι πλέον πραγματικότητα, το πρόβλημα παραμένει σοβαρό, όσον αφορά τα απόβλητα των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή κατ' οίκον αιμοκάθαρση.

Σχεδόν ανύπαρκτη είναι η ευαισθητοποίηση αυτών των ασθενών που είναι φορείς ή νοσούν από ηπατίτιδα Β, C ή HIV. Οι γιατροί προτείνουν να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη και να πλένουν τα ρούχα τους, τα οποία μπορεί να είναι λερωμένα με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά, χωριστά. Για τους ασθενείς στην κατ' οίκον αιμοκάθαρση προτείνεται να απορρίπτουν στη μαύρη κοινή σακούλα απορριμμάτων όλα τα υλικά τα οποία δεν έχουν έλθει σε επαφή με αίμα ή βιολογικά υγρά. Για βελόνες ή οποιοδήποτε υλικό, που μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό πρέπει να χρησιμοποιούνται τα ειδικά κουτιά απορριμμάτων.

Οι σάκοι της περιτοναϊκής κάθαρσης είναι στείροι μικροβίων και επομένως δεν υφίσταται κίνδυνος μόλυνσης, όταν δεν υπάρχει περιτονίτιδα ή άλλη μολυσματική νόσος. Επίσης το υγρό των σάκων και τα φίλτρα, μπορούν να θεωρηθούν μη μολυσμένα και επομένως ακίνδυνα, εάν δεν έλθουν σε επαφή με μικρόβια από το

περιβάλλον. Διαθέτουν την ικανότητα μόλυνσης, εάν προέρχονται από ασθενείς που πάσχουν από περιτονίτιδα ή κάποιον ιό [1].

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ: ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΣΙΝΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΝΟΜΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΧΑΜΗΛΩΝ ΕΚΠΟΜΠΩΝ ΑΝΘΡΑΚΑ

Η ένταξη των μέτρων βιωσιμότητας για την αξιολόγηση των ιατρικών τεχνολογιών θα επιτρέψει στους ιατρούς και στους ασθενείς να επιλέγουν κλινικά αποτελεσματικές θεραπείες με βέλτιστα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Οι κλινικοί γιατροί δεν θα πρέπει να αναμένουν να λάβουν αποφάσεις για ένα συγκεκριμένο ασθενή αναζητώντας τη βάση. Αντίθετα, αυτοί οι προβληματισμοί πρέπει να ενσωματωθούν σε προσδιορισμό των πολιτικών με την παροχή περίθαλψης, των νεφρών αναζητώντας την Εθνική Υπηρεσία Πλαίσιο για νεφρικές υπηρεσίες στο Ηνωμένο Βασίλειο, και θα πρέπει να υποστηρίζεται από τη διεύρυνση του φάσματος των μελλοντικών ερευνών [3, 4].

Μείωση Διοξειδίου του Άνθρακα ως μέρος της Περιβαλλοντικής Βιωσιμότητας
Μολονότι η κλιματική μεταβολή παρουσιάζει την πλέον επείγουσα και καταστροφική περιβαλλοντική απειλή για την παγκόσμια υγεία, είναι απλώς μία συνέπεια της ανθρώπινης δραστηριότητας της γης, φυσικών και βιολογικών συστημάτων, και χρησιμεύει ως ιδιαίτερα ανησυχητική υπενθύμιση ότι οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις των δραστηριοτήτων μας (συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης) έχουν άμεση σχέση με την ανθρώπινη υγεία και ευεξία. Ως εκ τούτου, σε συνδυασμό με τη μείωση των εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα, όλες οι πτυχές των περιβαλλοντικών επιπτώσεων της υγειονομικής περίθαλψης για τα νεφρά θα πρέπει επομένως να αντιμετωπιστούν. Αυτά περιλαμβάνουν την κατανάλωση του νερού και των μη ανανεώσιμων πόρων, την περιβαλλοντική ρύπανση και τις επιπτώσεις σχετικά με τη βιοποικιλότητα [3, 4, 5].

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Περισσότεροι από 1 εκατομμύριο ασθενείς λαμβάνουν αιμοκάθαρση σε όλο τον κόσμο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, 41,1% του συνόλου των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης, αντιμετωπίζονται από το κέντρο αιμοκάθαρσης, που καθιστά αναγκαία τη δια βίου, τρεις φορές την εβδομάδα επιστροφή διαδρομών (συνήθως με το αυτοκίνητο). Η αιμοκάθαρση χρησιμοποιεί ως εκ τούτου μεγάλες ποσότητες ενέργειας, νερού και ρεύματος, και παράγει μεγάλες ποσότητες από πλαστικές ύλες και απορρίμματα συσκευασίας [3, 6, 7].

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΥΔΑΤΩΝ - ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΕΡΟΥ

Περισσότερο από το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού ζουν σήμερα σε χώρες με έλλειψη ύδατος. Σημαντική συμβολή στην κατανάλωση νερού έχουν οι

κλίβανοι ατμού, τα αυτόκαυστα, η θέρμανση και ο κλιματισμός, τα ακτινολογικά εργαστήρια, οι μονάδες τεχνητού νεφρού, τα πλυντήρια και τα μαγειρεία. Κατά την αιμοκάθαρση χρησιμοποιείται νερό, ένας πεπερασμένος φυσικός πόρος, σε σημαντικές ποσότητες. Ένας ασθενής που κάνει αιμοκάθαρση για 4 ώρες, με στόχο του διαλύματος της αιμοκάθαρσης τη ταχύτητα ροής 500 ml / λεπτό, θα χρειαστεί 120 λίτρα νερό. Στις περισσότερες εγκαταστάσεις, αυτό προέρχεται από το δίκτυο παροχής νερού και η διαδικασία καθαρισμού απασχολεί συνήθως την αντίστροφη όσμωση για την απομάκρυνση υπολειμμάτων αλάτων. Τα συστήματα αντίστροφης όσμωσης απορρίπτουν τα δύο τρίτα περίπου του νερού που τους παρουσιάζονται. Η μέτρηση των υδάτων πρέπει να είναι προνομαϊκή και να καθαρίζεται το μηχάνημα αιμοκάθαρσης, ο συνολικός όγκος των 500 λίτρων νερού από το δίκτυο ύδρευσης είναι απαραίτητος για κάθε ασθενή ανά 4ωρο συνεδρία.

Η παραγωγή νερού από το σύστημα αντίστροφης όσμωσης είναι υψηλής ποιότητας νερό γκριζο που συνδυάζει συνήθως τα βιοχημικά κριτήρια και για πόσιμο νερό (αν και εξακολουθεί να θεωρείται νομικώς ακατάλληλο για κατανάλωση). Δεν αποτελεί κίνδυνο μόλυνσης καθώς δεν έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Ωστόσο, στις περισσότερες αιμοκαθάρσεις σε παγκόσμιο επίπεδο των υπηρεσιών, και σε όλες εκτός από μία στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεγάλες ποσότητες νερού που απορρίπτονται έχουν απλώς χαθεί από τη διαρροή. Η μείωση του χρησιμοποιούμενου νερού μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση φωτοκυττάρων στις βρύσες, τη μείωση του κύκλου τρεχούμενου νερού για πλύσιμο χεριών (μείωση του χρόνου από 3 min σε 1 min εξασφαλίζει 16L νερού ανά πλύσιμο χεριών), μείωση της ροής του νερού στο μπάνιο (εξασφαλίζει έως 50L νερό ανά περίπτωση), καζανάκια για τις τουαλέτες με μικρότερο όγκο νερού, δεξαμενές για τη συλλογή νερού της βροχής, επαναχρησιμοποίηση του νερού που αποβάλλεται από την επεξεργασία του νερού για την αιμοκάθαρση (αντίστροφη ώσμωση). Οι απλές στρατηγικές, που εφαρμόζονται από τη μειοψηφία των επιμέρους μονάδων σε παγκόσμιο επίπεδο, ανακυκλώνουν το νερό που απορρίπτεται για εναλλακτικές χρήσεις (όπως πλύσιμο ρούχων, υγιεινή και χαμηλής πίεσης τροφοδοσία του λέβητα) έχουν αποδειχθεί ότι είναι οικονομικά αποδοτικές, και πρέπει πλέον να είναι ευρέως εγκεκριμένες [3, 8, 9, 10, 11, 12].

ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Προκαταρκτικές εργασίες δείχνουν ότι η αιμοκάθαρση στο σπίτι είναι λιγότερο επιβλαβής για το περιβάλλον από ό,τι στο κέντρο αιμοκάθαρσης. Η αιμοκάθαρση στο σπίτι είναι επίσης πιο αποδοτική και προσφέρει μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Αν και ισχυρά τα στοιχεία βελτίωσης των αποτελεσμάτων των ασθενών μέσω των τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών είναι όμως ανύπαρκτα (κυρίως ως αποτέλεσμα από τις δυσκολίες που παρουσιάζονται εξαιτίας της εγγενούς επιλογής προκατάληψης), πολλοί κλινικοί όλο και περισσότερο πεπεισμένοι για

την υπεροχή της κατ'οίκον αιμοκάθαρσης και πολύ λίγοι υποστηρίζουν ότι είναι πραγματικά καλύτερη. Ωστόσο, η υιοθέτηση της κατ'οίκον αιμοκάθαρσης διαφέρει δραματικά μεταξύ και εντός των χωρών, και έχει μειωθεί σημαντικά σε πολλές περιφέρειες. Σημαντική επέκταση της κατ'οίκον αιμοκάθαρσης ενδέχεται να είναι δυνατή σε πολλές χώρες, εν μέρει αγκαλιάζοντας τις εξελισσόμενες τεχνολογίες. Η καλύτερη κατανόηση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων που έχουν οι θεραπείες στο κέντρο και το σπίτι, είναι σημαντική.

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, και οι νεφρικές υπηρεσίες ειδικότερα, πρέπει να δράσουν για τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων των δικών τους πρακτικών. Πολλές από τις απαραίτητες παρεμβάσεις υποστηρίζονται από ισχυρά επιχειρηματικά σχέδια, όπως η μείωση των οικονομικών δαπανών (ιδίως οι τιμές των καυσίμων προβλέπεται ότι θα συνεχίσουν να αυξάνονται), σε συμμόρφωση με τη νομοθεσία, η βελτίωση του ηθικού του προσωπικού, και η διαφήμιση των διαπιστευτηρίων της κοινωνικής ευθύνης. Η επιμερισμένη μάθηση και ο προσδιορισμός των βέλτιστων πρακτικών είναι και ουσιαστική και σε εξέλιξη [3, 22].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε χώρες, όπως οι Η.Π.Α., η τεχνογνωσία στην κατασκευή οικολογικών κτιρίων στο χώρο της υγείας έχει αναπτυχθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο. Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα όπως ο *Πράσινος Κώδικας για την Υγεία και τα Νοσοκομεία για ένα Υγιές Περιβάλλον* που παρέχουν οδηγίες και χρήσιμα εργαλεία για τη δημιουργία πράσινων γραφείων-υπηρεσιών, που θα έχουν την εποπτεία των κατασκευών στα νοσοκομεία. Η πράσινη υπηρεσία δε φροντίζει μόνο την υγεία των κτιρίων αλλά συμβάλει και στην υγεία της τοπικής και παγκόσμιας κοινότητας. Ο βασικός άξονας, στον οποίο κινείται κάθε πράσινη υπηρεσία, ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, είναι ο έλεγχος και η σωστή λειτουργία των συστημάτων ψύξης και θέρμανσης και η εξοικονόμηση ενέργειας.

Πολλά νοσοκομεία αναθεωρούν τη χρήση ιατρικών προϊόντων από PVC ή βινύλιο λόγω των πιθανών βλαβών στους ασθενείς και των πιθανών επιπτώσεων στην περιβαλλοντική υγεία. Η χρήση εύκαμπτων ιατρικών συσκευών από PVC εκθέτει τους ασθενείς στην τοξική ουσία (DEHP) κατά τη μετάγγιση αίματος, τη χορήγηση υγρών ή τη παρεντερική διατροφή με ειδικούς σάκους, γραμμές αιμοκάθαρσης ή περιτοναϊκής κάθαρσης, ουροσυλλέκτες, παροχετεύσεις, μάσκες οξυγόνου, τραχειοσωλήνες,ambu, καθετήρες αναρρόφησης ή Ivin. Όταν απομακρύνεται ως απόβλητο το PVC προκαλεί έκθεση σε διοξίνες, μια γνωστή καρκινογόνο για τον άνθρωπο ουσία που προκαλεί επίσης ανωμαλίες στο αναπαραγωγικό σύστημα και στην ανάπτυξη του εμβρύου. Προτείνεται η χρήση συσκευών από σιλικόνη, πολυαιθυλένιο, πολυουρεθάνη κατά τη διάρκεια παρεμβάσεων σε άρρενα νεογνά, εγκυμονούσες με άρρενα έμβρυα ή σε αγόρια εφηβικής ηλικίας.

Τη κύρια πηγή διοξίνης από τους χώρους παροχής υγείας αποτελεί η «παραδοσιακή» καύση των νοσοκομειακών αποβλήτων. Τα προϊόντα που περιέχουν χλωρίνη και καίγονται στις υφικαμίους, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών συσκευών και παραγώγων, παρέχουν τις διοξίνες.

Οι νοσηλευτές οφείλουν και μπορούν να υιοθετήσουν οικολογική στάση και συμπεριφορά, τόσο στο χώρο εργασίας, όσο και στην κοινότητα. Αυτό γίνεται με τους ακόλουθους προτεινόμενους τρόπους:

- αποφυγή οποιασδήποτε άμεσης επαφής με υδράργυρο,
- ενημέρωση για τα επίπεδα υδραργύρου και εφαρμογή διεθνών οδηγιών,
- λιγότερα θερμομέτρα και σφυγμομανόμετρα, σωστή απομάκρυνση αυτών που περιέχουν υδράργυρο σύμφωνα με τους διεθνείς κανονισμούς,
- οδοντιατρική χρήση ουσιών που δεν περιέχουν υδράργυρο,
- χρησιμοποίηση υλικών χωρίς latex και PVC (πάτωμα, βαφές τοίχου, μοκέτες, επένδυση οροφής, σωληνώσεις),
- χρήση προϊόντων ξύλου χωρίς φορμαλδεΐδη, χρώμιο ή αρσενικό,
- χρήση υλικών που κατασκευάζονται χωρίς καταστροφή του όζοντος,
- ανακυκλώσιμο μέταλλο και τσιμέντο,
- εκπαίδευση του προσωπικού,
- μέτρηση κατανάλωσης ενέργειας και νερού, εκπομπής αερίων θερμοκηπίου, αποβλήτων,
- υιοθέτηση προγραμμάτων ανακύκλωσης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Γεωργαρά, Δ.** (2011) Η διαχείριση των απορριμμάτων της αιμοκάθαρσης στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Κυπαρισσίας. *Dialysis Living*, 2:19-20.
2. **National Toxicology Program**, (2000) Center For The Evaluation Of Risks To Human Reproduction, *Expert Panel Review Of Phthalates*.
3. **Connor, A., Mortimer, F. and Charles, T.** (2010) Clinical Transformation: The Key to Green Nephrology. *Nephron Clinical Practice*, 116:c200–c206.
4. **Birnbaum, L. and Farland, W.** (2003) “Health Risk Characterization of Dioxins and Related Compounds.” in *Dioxins and Health*, Second Edition, Edited by **Arnold Schecter and Thomas Gasiewicz**, *John Wiley and Sons*, Hoboken, NJ.
5. **U.S. Food and Drug Administration** (2002) Available at: www.fda.gov/cdrh/safety.html
6. **Davis, S.** (2002) 10 ways to reduce regulated medical waste in “Health Care Without Harm”. Available at: http://www.deq.state.id.us/multimedia_assistance/hospitals/hwh_medical_waste_reduction.pdf. Accessed: 07-06-2012.
7. **Sutherland, L., Kent, C., Galligan, C., Washburn, T., Deller, K., Eagan, P., Hood, T., Macri, G., Nelson, L., Sylvester, R., Mateka, J., Pittman, S. and Warren, W.** (2002) Environmentally preferable purchasing how to guide. *Healthcare without harm*. Available at: www.noharm.org. Accessed: 07-06-2012.
8. **Agar, J.** (2008) Reusing Dialysis Wastewater: the elephant in the room. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1): 10-12.

9. **Tarrass, F., Benjelloun, M. and Benjelloun, O.** (2008) Recycling wastewater after hemodialysis: an environmental analysis for alternative water sources in arid regions. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1): 154-158.
10. **Drinking Water Regulations:** Drinking Water Contaminants. Available at: <http://www.epa.gov/safewater/contaminants/index.html>. Accessed March 2012.
11. **Shaner, H.** (1993) An Ounce of Prevention: Waste Reduction Strategies for Health Care Facilities. American Society for Healthcare Environmental Services. Chicago, IL.
12. **Bertin Technologies,** (2000) The influence of PVC on quantity and hazardousness of flue gas residues from incineration, Study for DG XI.
13. Alternatives to Polyvinyl Chloride (PVC) and Di (2-Ethylhexyl) Phthalate Medical Devices on the European Market. Available at: www.noharm.org/europe/issues/toxins/pvc_phthalates/alternatives.php. Accessed: 07/06/2010.
14. <http://www.noharm.org/us/pvcDehp/resources>
15. **Commission of European Community,** (2006) Proposal for a directive of the european parliament and of the council amending council directive 76/769/eec relating to restrictions on the marketing of certain measuring devices containing mercury (presented by the commission), Brussels.
16. **Zdenek, V.** (2004) Medical Mercury Thermometers - Neglected hazardous waste. *Odpadove Forum (Waste Forum)*, p.13. Available at : http://www.nea-acropolis-athens.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=252:i-oikologiki-sinidisi-stin-arxaia-elliniki-filosofia&catid=45:2008-03-11-08-24-19&Itemid=76.
17. **Commission of European Community,** Analysis 01 Priority Waste Streams HealthCare Waste, (1994). http://www.healthcare2z.org/stdPage.aspx/home/Wastemanagement/CoreContent/Wastestreams#sec_805. Accessed: 07-06-2012.
18. <http://www.noharm.org/us/mercury/resources>
19. www.breeamcanada.ca
20. **Διάφορμος, Β.** (2011), Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS, Ζήτη, Θεσσαλονίκη.
21. **Ζαΐρης, Π.Ε.** (2010), Στατιστική Μεθοδολογία, Κριτική, Αθήνα.
22. **Μερκούρης, Α.** (2008), Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, Ίων, Αθήνα.

ECOLOGICAL MANAGEMENT OF WASTE IN HAEMODIALYSIS UNIT

Varoutsou P.¹, Malliarou M.², Zyga S.³ and T.C. Constantinidis⁴

1. Nurse, MSc General Hospital of Sparti, 2, Major RN, MSc PhD, Research Associate TEI Nursing Department, 3. Assistant Professor, University of Peloponnese, Department of Nursing, 4. Associate Professor, Department of Hygiene and Environmental Protection, Department of Medicine, Democritus University of Thrace, Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Organized by Medical School of Democritus University of Thrace, in cooperation with Departments of Public Health and Nursing A' Athens Technological Educational Institute.

Abstract: The protection and improvement of the environment is extremely important for health, wellness and life itself in each organization. According to the International Council of Nurses, the complexity and the need for environmental protection and energy sources causes each professional group to actively participate in every effort to preserve the environment, aims at saving resources and examines the impact on humans and tries to avoid any unwanted energy. While the attention and awareness of hospital waste is now a reality, the problem remains serious for patients undergoing peritoneal dialysis or home dialysis. The purpose of the study was the presentation of ecological waste management of dialysis in dialysis units. More than 1 million patients receive dialysis worldwide. Hemodialysis uses therefore large amounts of energy, water and electricity, and produces large quantities of plastics and garbage. The dialysis units use a variety of products, offer services while generating a large number of waste that are not properly managed, something that deleteriously affects both health the environment. Health professionals are invited to defend public health in situations where water scarcity, air pollution and toxic products are flooding the environment and threaten public. In conclusion, healthcare organizations and renal services in particular, must act to reduce the environmental impact of their practices by making their services safer, healthier and more environmentally friendly.

ΛΕΠΡΟΙ ΕΝ ΚΡΗΤΗ

Μ.Γ. Καταπότης

Γερουσιαστής Λασηθίου Κρήτης

Εὐχαρίστως ἀπαντῶντες εἰς τὰ τεθέντα ἡμῖν ἐρωτήματα διὰ τὸ λεπροκομείον Σπιναλόγκας ἔχομεν τὴν τιμὴν νὰ γνωρίσωμεν ὑμῖν, ὅτι

1ον) Τὸ σύνολον τῶν εἰσαχθέντων λεπρῶν ἐν τῷ Λεπροκομείῳ Σπιναλόγκας ἀπὸ τοῦ 1904, ἔτους ἰδρύσεως, μέχρι τῆς 30ης Ἀπριλίου 1933 ἀνέρχεται εἰς 954 λεπρούς.

2ον) Ἀπεβίωσαν ἐκ τῶν 954 οἱ 538.

3ον) Ἐγεννήθησαν ἀπὸ τῆς συστάσεως τοῦ λεπροκομείου ἐν Σπιναλόγκα τέκνα ἐκ λεπρῶν γονέων μέχρι σήμερον 72. Ἐκ τούτων ἀπεβίωσαν 38. Ζῶσι δέ, 34, ἔξ ὧν ὀκτὼ εὐρίσκονται εἰς ὄρφανοτροφεῖα τοῦ Κράτους, ἑννέα παρουσίασαν συμπτώματα λέπρας, τὰ δὲ λοιπὰ εἶναι ὑγιᾶ, εὐρισκόμενα πλησίον ὑγιῶν συγγενῶν των.

4ον) Δὲν ὑπάρχουν βεβαιωμένοι συφιλιδικοὶ μεταξὺ τῶν λεπρῶν Σπιναλόγκας.

5ον) Ἐπισυνάπτομεν τῇ παρουσίᾳ τὸν ζητηθέντα ὀνομαστικὸν κατάλογον τῶν ἐν τῷ λεπροκομείῳ λεπρῶν, ἀναφέροντες συγχρόνως καὶ τὸν τόπον τῆς καταγωγῆς αὐτῶν.

Λεπροκομεῖον Σπιναλόγκας

Κατάστασις⁽¹⁾ ὀνομαστικῆ ἐμφαίνουσα τοὺς ἐν τῷ Λεπροκομείῳ νοσηλευομένους λεπρούς κατὰ τὴν 30 Ἀπριλίου 1933

- 1) Ἀγγέλου Παναγιώτης, Σωτήρας, Θάσου, Καβάλλας
- 2) Ἀδαμοπούλου Κανέλλα, Σαμαρᾶ, Τριπόλεως, Ἀρκαδίας

(1) Σ. Μ. Μετὰ τὸ ὀνοματεπώνυμον ἐκάστου λεπροῦ ἀναγράφονται κατὰ σειρὰν τὸ χωρίον, ἢ ἐπαρχία καὶ ὁ Νομὸς ἐξ οὗ προέρχεται.

- 3) Ἀϊλαμάκη Μυρία, Κλησίδι, Σητείας, Λασηθίου
- 4) Ἀληφιέρης Ἰωάννης, Καλαμίτσι, Χανίων, Χανίων
- 5) Ἀληφιέρη Φωτεινή, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
- 6) Ἀλεβίζος Ἰωάννης, Κανδύλα, Καπνουρίου, Ἡρακλείου
- 7) Ἀλεξανδράκις Γεώργιος, Καμηλάρι, Πυργιωτίσσης, Ἡρακλείου
- 8) Ἀναστασόπουλος Γεώργιος, Ἀμβρακία, Τριχωνίας, Αἰτωλοακαρνανίας
- 9) » Δημήτριος, Σερμιόκ, Ἐρζερούμ
- 10) Ἀνδριανοπούλου Φρόσω, Ἀκονάκι, Μεσσηνίας
- 11) » Εὐγενία, » »
- 12) Ἀνδρεαδάκις Πολυχρόνης, Σελιά, Ἀγ. Βασιλ., Ρεθύμνης
- 13) Ἀνδρουλάκις Ἡλίας, Ἀγοίγι, Σελίνου, Χανίων
- 14) » Ἰωάννης, Σκουίζο, » »
- 15) » Ἀντώνιος, Τεμένια, » »
- 16) Ἀντίκις Ἰωάννης, Χαϊδάρι, Ναυπλίου
- 17) Ἀντωνάκις Ζαχαρίας, Μουρνέ, Ἀγ. Βασιλ. Ρεθύμνης
- 18) Ἀντονακάκις Ἐμμανουήλ, Μάλλες, Ἱεραπέτρας, Λασηθίου
- 19) Ἀνέφαλος Ἰωάννης, Κάλυμνος
- 20) Ἀρετάκη Ἀθηνᾶ, Καλὸ Χωριό, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
- 21) Ἀρβανιτάκις Γεώργιος, Στρατόπολις, Εὐβοίας
- 22) Αὐγουστάκη Θεοδοσία, Μέλαμπες, Ρεθύμνης
- 23) Ἀναγνωστοπούλου Γιαννούλα, Μουσταφάτι, Λαμίας, Φθιωτ)κίδος
- 24) Αὐγουλά Μαρία, Χουσμάτσι, Κισσάμου, Χανίων
- 25) Βαρδάκης Μιχαήλ, Παράνυμφοι, Μονοφατισίου,
- 26) Βάρδα Μαρία, Κρητσᾶ, Μ)λλον Λασηθίου
- 27) » Καλλιόπη, » » »
- 28) Βαρθαλίτης Ἰωάννης, Βάρι, Σύρου, Κυκλάδων
- 29) » Εἰρήνη, » » »
- 30) Βασιλάκις Μιχαήλ, Ἀστυράκι, Μαλεβυζίου, Ἡρακλείου
- 31) » Μαρία, Ἀγ. Κων)νος, Λασηθίου
- 32) Βλασσάκις Ἰωάννης Πιτσιδί »
- 33) Βλαχογιάννης Ἰωάννης, Ναζήριον, Μεσσηνίας
- 34) Βιολιδάκη Χαρίκλεια, Σίτανος, Σητείας, Λασηθίου
- 35) Βογιατζῆς Σταῦρος, Ἀβδωρι, Κομοτινῆς, Θράκης
- 36) Βόλακας Γεώργιος, Ἀγ. Ἰωάννης, Καινουρίου
- 37) Βοριζανάκις Φραγκῆσκος, Πιτσιδία, Πυρ)τίσσης Ἡρακλείου
- 38) Βαθουλάκις Θεόδωρος, Προδρομοί, Ἀποκορώνου, Χανίων
- 39) Γαῖτανᾶς Ἰωάννης, Πιτσιδία, Πυρ)τίσσης, Ἡρακλείου
- 40) Γιωργόπουλος Δημήτριος, Πάτριαι, Ἀχαϊοήλιδος
- 41) Γιαννιοῦ Μαρία, Κακὴ Ράχη, Θάσου Καβάλλα
- 42) Γιαννίου » Βουρλά, Σμύρνης
- 43) Γιαννούλης Φώτιος, Ἐπισκοπιανά, Κερκύρας
- 44) Γιακουμάκης Γεώργιος, Λαφνές, Μαλεβιζίου, Ἡρακλείου
- 45) » Αἰκατερίνη, Ἀπίδι, Σητείας Λασηθίου
- 46) » Μαρία » » »

- 47) Γιατράς Γρηγόριος, Ζάκυνθος
48) » Παναγιώτα, »
49) Γιολλάσης Σταῦρος, Φανερωμένη, Ἄρτης
50) » Ἡλίας, Νισίστα, »
51) » Ἰωάννης » »
52) Γκιούλης Βασίλειος, Χλεποτσάρι, Ἄττικοβοιωτίας
53) Γρεντάκις Ἐμμανουήλ, Χρωμοναστήρι, Ρεθύμνης
54) Δονόπουλος Ἀνδρέας, Πόρος, Τροιζηνίας, Ἄργυθίας
55) Δογιάκος Εὐάγγελος, Κέα, Κυκλάδων
56) Δαρεμάς Ἀντώνιος, Βρωμολίνη, Τροιζηνίας, Ἀργολιδοκορινθία
57) » Μαρία » » »
58) Διαλυνᾶς Μιχαήλ, Κρητσᾶ, Μ)λλου Λασηθίου
59) » Ἐμμανουήλ » » »
60) » Ἰωάννης ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
61) Δατσέρη Εὐδοξία, Φινοκαλιά, Μ)λλου, Λασηθίου
62) Δρακάκη Εἰρήνη, Σφάκα, Σητείας, Λασηθίου
63) Δρακουλάκη Ἀριστέα, Λάκκοι, Κυδωνίας, Χανίων
64) Δρίβας Ἰωάννης, Μέθανα, Τροιζηνίας, Ἄργυθίας
65) Ἐλενητοπούλα Εὐλαμπία, Σπανιακό, Κυδωνίας, Χανίων
66) Ἐμμανουήλ Μαρία, Ἀνδρονιάνοι Κύμης, Εὐβοίας
67) » Ἐλενη » » »
68) » Αἰκατερίνη » » »
69) Ἐπιτροπάκις Ἀθανάσιος, Μουρνιές, Μονοφατισίου, Ἡρακλείου
70) Ζαφειράκις Ἐμμανουήλ, Ἄγ. Τριάς, Σητείας, Λασηθίου
71) Ζουλινακίς Μιχαήλ, Χουμεριᾶκος, Μεραμβέλλου »
72) » Μαρία » » »
73) Θεοδωρόκις Νικόλαος, Μέρωνας, Ἀμαρίου, Ρεθύμνης
74) » Μαρία, Μάζα, Σελίνου, Χανίων
75) » Ἐλένη, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
76) Ἰωαννίδης Διονύσιος, Πάτραι, Ἀχαϊοῦλιδος
77) Καββουσάνου Μαρία, Σφάκα, Σητείας, Λασηθίου
78) Κακλαμάνου » Μουρνέ, ἁγ. Βασιλ., Ρεθύμνης
79) Καηλιδάκις Γεώργιος, Πόρος, » »
80) Κακουλάκη Ἀργυρή, Ἀρχάναι, Τεμένους, Ἡρακλείου
81) Καλογεράκη Γενοβέφα, Κανδήλα, Καινουρίου »
82) Καλομοιράκη Ἐλένη, Χοχλακίες, Σητείας, Λασηθίου
83) Καλούπης Πέτρος, Σχίζαλη, Καρυστίας, Εὐβοίας
84) Καμαριανός Ἰωάννης, Καμάρες, Πυργιωτίσης, Ἡρακλείου
85) Καμαριανού Μαρία, Χοχλακίες, Σητείας, Λασηθίου
86) Κανάκις Νικόλαος, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
87) » Ἐμμανουήλ, » »
88) » Πελαγία, Καλὸ χωριό, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
89) » Ἐλπινίκη » » »
90) Κανουπάκις Γεώργιος, Πεοβολάκια, Σητείας, Λασηθίου

- 91) Κανουπάκις Αϊκατερίνη, Περβολάκια, Σητείας, Λασηθίου
- 92) Καραβελάκης Νικόλαος, Πλάτη-Λασηθίου, Λασηθίου
- 93) » Αγγελική, Σφάκα, Σητείας, »
- 94) Καραχάλιος Ίωάννης, Άργος
- 95) Καρεκλᾶς Νικόλαος, Ποταμιά, Θάσου, Καβάλλας
- 96) Καραβούζης Παράσχος, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
- 97) Καραμπίνης Κωνστ., Πέρι, Καινουρίου, Ήρακλείου
- 98) Καπενταρίτσα Μαρία, άγ. Παρασκευή, Σμύρνης
- 99) Καπαϊδώνης Ίωάννης, Μέζωρμα, άγ. Βασιλ. Ρεθύμνης
- 100) Κατσαρός Άγγελος, Σινιές, Κερκύρας
- 101) Κατσαρού Έλένη, » »
- 102) Κατσικανδαράκη Αϊκατερ. Καστέλλι, Κισσάμου, Χανίων
- 103) Καφτάνης Σουρίδων Βασιλικά, Μυτιλήνης
- 104) Κεφαλογιάννη Μαρία, Άνώγεια, Μυλοποτάμου, Ρεθύμνης
- 105) » Ζουμπουλιά, » » »
- 106) Κλάδης Αὐγέρης. Αγαλά, Ζακύνθου
- 107) » Γεώργιος » »
- 108) » Εὐάγγελος » »
- 109) » Δημήτριος » »
- 110) Κλαδᾶ Σταματέλλα, Καρουσάδες, Κερκύρας
- 111) Κρήταινα Έλένη, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
- 112) Κορμαρῆ Άρετή, Περίφια, Κερκύρας
- 113) Κλαμπάνη Διονυσία, Μαχαιράδες, Ζακύνθου
- 114) Κληματιανός Μιχαήλ, Κουροῦνες, Άμαρίου, Ρεθύμνης
- 115) Κλώντζας Μιχαήλ, Κρητσᾶ, Μ]λλου, Λασηθίου
- 116) Κοκοβίλης Κωνστ. Έρμιόνη, Άργολθίας
- 117) Κολυβάκις Έμμαν. Άρμένιοι, Σητείας, Λασηθίου
- 118) Κολυβάς Γεώργιος, Αὐγενική, Μαλεβυζίου, Ήρακλείου
- 119) Κοντεκᾶς » Ζυμβροῦ, Σελίνου, Χανίων
- 120) Κότσαλος Παρθένιος, Κόρτοβο, Τροχωνίας, Αἰτωλίας
- 121) Κομπιτσάκις Έμμανουήλ, Έπανοχωῶρι, Σελίνου, Χανίων
- 122) Κονδυλόπουλος Άθανάσιος, Φιλιατρά, Τριφυλλίας, Μεσσηνίας
- 123) Κόνσολας Γεώργιος, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
- 124) » Αϊκατερίνη. Άμυρᾶ, Βιάνου Λασηθίου
- 125) Κοτσανάκη Χαρίκλεια, Βασιλική, Καινουρίου, Ήρακλείου
- 126) Κουκουριτάκις Έμμανουήλ, » » »
- 127) Κοιτσερῆς Σταμάτιος, Προμήριου, Βόλου, Λαρίσης
- 128) » Εὐγενία » » »
- 129) Κουντάκη Παγώνα, Δαφνές, Μαλιβυζίου, Ήρακλείου
- 130) Κρητσωτάκις Ίωάννης, Σφεντιῆλι, Πεδιάδος, »
- 131) » Εὐαγγελία, » » »
- 132) Κριτσιλάς Άπόστολος, Άργαλαστή, Βόλου, Λαρίσης
- 133) » Γεώργιος » » »
- 134) Κροκίδης Σπυρίδων, Μαχαιράδες Κερκύρας

- 135) Κυριακάκης Μιχαήλ, Σφάκα, Σητείας, Λασηθίου
136) » Μελανθία, Βόροι, Πυργιωτίσσης, Ἡρακλείου
137) Κυριακαντωνάκη Δημ. Συρικήρι, Κισσάμου, Χανίων
138) Κωστάκου Βασιλική, Πάληρος, Λακωνίας, Μεσσηνίας
139) Λαϊνάκη Ἀργυρή, Βισταγή, Ἀγ. Βασιλείου, Ρεθύμνης
140) Λετζάκη Ἐλισσάβητ, Κεραμί, » »
141) Λιᾶκος Γεώργιος, Γάδος, Ραιδεστός, Θράκης
142) Λιανάκη Σοφία, Μητρόπολις, Ἡρακλείου
143) Λιαπάκη Γεώργιος, Χόνδρος, Βιάννου, Λασηθίου
144) » Δημήτριος, Χουδέτσι, Πεδιάδος Ἡρακλείου
145) Λιαπάκη Μαρία, Καλαμαύκα, Ἱεραπέτρας Λασηθίου
146) Λιονουράκη Ἐμμανουήλ, Σγουροκεφάλι, Ἡρακλείου
147) Λουκάκις Ἀριστείδης, Ἐλούνδα, Μίλλον, Λασηθίου
148) » Ἐλένη » » »
149) » Πελαγία, » » »
150) Μάλλιος Ἰωάννης, Ἀλιβέριον, Εὐβοίας
151) Μακράκη Κωνστ. Ἐπισκοπή, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
152) » Χρυσή, Βλάτος, Κισσάμου, Χανίων
153) » Δέσποινα, Τάπες, Μίλλου, Λασηθίου
154) Μακρῆς Φώτιος, Πειραιεύς, Ἀττικοβοιωτίας
155) Μανειάκις Ζαχαρίας, Χόνδρος, Βιάννου, Λασηθίου
156) Μανουσάκις Μιχαήλ, Ἐξω Μουλιανά, Σητείας, »
157) Μαμαντάκη Ἐλένη Ἀπίδι » » »
158) Μαραγκάκη Αἰκατερίνη, Ἀσίτες, Μαλεβυζίου, Ἡρακλείου
159) Μαρογιάννης Γεώργιος, Ἐλούνδα, Μίλλον, Λασηθίου
160) Μανιαδιάκις Χαρ. Ἡράκλειον, Ἡρακλείου
161) » Γεώργιος, » »
162) Μαρκάκις Ἀνδρέας, Ἀστρικά, Κισσάμου, Χανίων
163) » Βασιλική, Γαράζο, Ρεθύμνης
164) Μαρκετιάκις Γεώργιος, Τεμένια, Σελίνου Χανίων
165) » Μαρία, » » »
166) Μάστορας Παναγιώτης, Βλάσι, Πηλείας Μεσσηνίας
167) » Κωστούλα » » »
168) Μαυρέα Γιαννούλα, Σταματινοῦ, »
169) Μελᾶς Γεώργιος, Ἀργαστῆρι, Σελίνου, Χανίων
170) » Μιχαήλ, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
171) Μενεγάκις Μαρία, Βαγιονιά, Μονοφατίου, Ἡρακλείου
172) Μερακῆ Ξενία, Ποταμιά, Θάσου, Κάβαλλας
173) Μηλιοῦ Στεφανιά, ἐν Σπιναλόγκα, ἐγεννήθη
174) Μηναδάκη Πηνελόπη, Ἀμπελάκια, Ρεθύμνης
175) Μπαρούτη Ἐλένη, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
176) Ματθιουδάκη Καλλιόπη, Λάγκος, Κυδωνίας, Χανίων
177) Μπατζακάκης Γεώργιος, Φουρνοφάραγκο, Μονοφατίου, Ἡρακλείου
178) Μπαρμπαρέκου Σαράκτη, Γιαννούλα, Σμύρνης

- 179) Μουστάκις Δημήτριος, Βορλά, Σμύρνης
180) Μαλατάκις Βλάσσιος, Καλοπίτσι, Ἀποκορώνου, Χανίων
181) Μπρανίκα Ἐλένη, Σινιές, Κερκύρας
182) » Ἀλεξάνδρα, » »
183) Μοσχολιδάκη Μαρία, Σφάκα, Σητείας, Λασηθίου
184) Μυλωνάκη Χρηστίνη, Λούκια, Μονοφαττίου, Ἡρακλείου
185) Μητυληνοῦ Μαρία, Σάμος, Κυκλάδων
186) » Δήμητρα, » »
187) Μουρτζινὸς Νικόλαος, Καλανταρέ, Ρεθύμνης
188) Μουζάκη Δήμητρα, Πάτρας, Ἀχαιοῦλιδος
189) Νικολιάς Θεοδόσιος, ἀνδρονιάνοι, Κύμης, Εὐβοίας
190) Ντιραδάκις Νικόλαος, Χανιά, Χανίων
191) » Μαρία, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
192) Ξαγοραράκη Ἀργυρή, Μητρόπολις, Ἡρακλείου
193) Ξαράχης Βασίλειος, Μουλιανά, Φιλιπιάδος Ἄρτης
194) Ξενάκη Μαρία, Κρούστα, Μήλου, Λασηθίου
195) Οἰκονομάκις Νικόλαος, Μουλιανά, Σητείας, Λασηθίου
196) Πάγκαλος Ἰωάννης, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
197) Παπανδρέου Αἰκατερ. Σχηματάρι, Θηβῶν, Ἀττικοβοιωτίας
198) Πιτσιλαδῆς Παναγιώτης, Πλωμάριον, Μιτυλήνης
189) Παγωμένος Νικόλαος, Γωνιές, Μαλαβυζίου, Ἡρακλείου
200) Παπαδημητρίου Νικόλαος, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
201) Παπαποστόλου Ἀθανάσιος, Δράμεσι, Θηβῶν, Ἀττικίας
202) Παγώνης Μηνᾶς, Ἐρμιόνη, Ἀργυθίας
203) Παναγιώτου Χρυσάνθη, Σωτήρα, Θάσου Καβάλλας
204) Παπαδάκης Νικόλαος, Βορί, Σωτείας, Λασηθίου
205) Μαπαδάκη Μιχ. Κεφάλι, Μυλοποτάμου, Ρεθύμνης
206) Παπαδάκη Αἰκατερ. Βασιλική, Καινουρίου, Ἡρακλείου
207) Παπαθεοδώρου Παναγ. Σταυροκλήσια, Γορτυνίας, Ἀρκαδίας
208) Παπαχαραλάμπους Δημ. Σαμψοῦς
209) Παπαφανουράκις Εὐθύμιος, Μέλαμπες, Ἀγ. Βασιλ. Ρεθύμνης
210) Παπουτσῆς Παῦλος, Κανδύλια, Μαντινείας Ἀρκαδίας
211) Παυλάκης Ἰωσήφ, Κάνδανος, Σελίνου, Χανίων
212) » Γεώργιος Εὐνοχώριον, Αἰτολοακαρνανίας
213) Παυλόπουλος Παῦλος, Βαλτενσίνικον, Ἀρκαδίας
214) Πεξεβέγκης Γεώργιος, Σερακοῦμ
215) Περιφεράκις Ἐμμαν. Καρούδι, Σητείας, Λασηθίου
216) » Ἰωάννης, » » »
217) Πετράκις Χ. Ἐμμαν. Ἐλούνδα, Μεραμβέλλου Λασηθίου
218) » » » » »
219) » Δέσποινα, » » » »
220) » Χ. Ἰωάννης Ἐλούνδα, » »
221) Πίστης Νικόλαος, Ἐρμιόνη
222) Πλακαντωνάκη Σοφία, Καββοῦσι, Ἱεραπέτρας Λασηθίου

- 223) Πουλῆς Ἰωάννης, Καββούσι, Ἱεραπέτρας, Λασηθίου
224) Πουλᾶκις Γεώργιος, Καστέλλι, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
225) Προϊμάκη Πολυξένη, Ζυμβράκιον, Σελίνου Χανίων
226) » » Φουρνέ, Κυδωνίων
227) Πρωτογεράκις Μύρων, Καμάρες, Πυρ)σσης Ἡρακλείου
228) Ρεράκη Μαρία, Ἐπισκοπή, Ρεθύμνης
229) Ρουσάκη » Μ. Λασηθί, Λασηθίου
230) Ροϊδάκις Ζαχαρίας Βασιλική, Καινουρίου Ἡρακλείου
231) Σανδαλάκη Μαρία, Κομιτάδες, Σφακίων, Χανίων
232) Σιγαδάς Νεόφυτος, Κάλυμνος
233) Σεργούδης Παναγιώτης, Θεολόγος, Θάσου, Καββάλλας
234) Σκαρμαλιωράκις Ἀντώνιος, Παλαίκαστρον, Σητείας, Λασηθίου
235) Σαρακινού Μαγδαληνή, Κασσιόπη, Κερκύρας
236) Σταυρακάκη Εἰρήνη, Ἀγ. Τριάς, Σητείας, Λασηθίου
237) » Σοφία, » » »
238) » Μαρία, ἐν Σπιναλόγκα ἐγεννήθη
239) Σταυρωτάκη Εὐδοξία, Ζάκρο, Σητείας, Λασηθίου
240) Σαρρῆς Ἰωάννης, Ἀργαλαστή, Βόλου, Λαρίσης
241) Σαριδάκις Παντελῆς, Ὀμαλά, Κυδωνίας, Χανίων
242) Σταματάκις Ἰωάννης, Μεσόγεια, Κισσάμου »
243) Στρατάκη Γεώργιος, Πρίνα, Μεραμβέλλου, Λασηθίου
244) Στρατῆς » Τέργιες, Κύμης, Εὐβοίας
245) Σφακιανάκις Ἰωάννης, Νεὺς Ἀμαρίου, Ρεθύμνης
246) Σφενδουράκις Ἰωσήφ, Κλησίδι, Σητείας, Λασηθίου
247) » Νικόλαος » » »
248) Σφυράκις Ἐμμαν. Ἐλούνδα, Μ]λλον, »
249) Συργιώτου Μαρία, Λούτσια, Κερκύρας
250) Συμεωνίδης Ἀντώνιος, Τόσια, Μ. Ἀσίας
251) Σμυρνωτάκις » Χρυσοπηγή, Ἡρακλείου
252) Τσάκας » Φούρκα, Θεσσαλονίκης
253) Τζανάκις » Δεμάτι, Μονοφατισίου, Ἡρακλείου
254) » Ἀθηνᾶ, Καββούσι, Ἱεραπέτρας, Λασηθίου
255) Τζαβολάκις Ἐμμανουήλ, Πιτσίδα, Πυργιωτίσσης, Ἡρακλείου
256) Τζιριτάκις Ἀγγελικῆς, Κούμια, Ἀγ. Βασιλ. Ρεθύμνης
257) Τουλιάτου Σοφία, Πάτραι, Πλαϊοήλιδος
258) Τουλουπάκις Γεώργιος, Χοχλακίς, Σητείας, Λασηθίου
259) Τριανταφύλλου Κωνστ. Μέθανα, Ἀργολιδοκορινθίας
260) Τρώφωνας Νικόλαος, Σινιές, Κερκύρας
261) Τσαγρῆ Μαρία, Βισταγή, Ρεθύμνης
262) Τσαρουκιέν Χορέκ, Σεβάστεια
263) Τσακλάνης Νικόλαος, Καλάμας, Μεσσηνίας
264) Τσαλούμας Εὐάγγελος, Ἀνδρονιάνοι, Κύμης, Εὐβοίας
265) Τσαλούμα Εἰρήνη, Ἀνδρονιάνοι, Κύμης, Εὐβοίας
266) Τσεκούρα Μαρία, Ἀσχύφου, Σφακίων, Χανίων

- 267) Τσιτσιρκλίου Ἀσπασία, Θεολόγος, Θάσου, Καβάλλας
 268) Τσομπανᾶς Δημ. Μακρυνό, Μεσσολογίου
 269) Τσουρῆς Νικόλαος, Ἀγ. Φωτιά, Σητείας, Λασηθίου
 270) Τσίκας Νικόλαος Ποταμιά, Θάσου, Καβάλλας
 271) » Μαρία, » » »
 272) Τιμπούκη Μαρία, Κάδι, Εὐβοίας
 273) Φαφουτάκις Κωνστ. Χουδέτσι, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
 274) Φασουλᾶ Ἑλένη, Ἀπόστολοι, Ἀμαρίου, Ρεθύμνης
 275) » Μαρία, » » »
 276) Φίλλιος Σταμάτιος, Ἴμβρος,
 277) Φουρτούνης Εὐάγγελος, Βλάσι, Μεσσηνίας
 278) Φονιαδάκις Νικόλαος, Ἀγ. Τριάς, Σητείας, Λασηθίου
 279) Φραγκιαδάκις Διαμόντα, Ἀπίδι, » »
 280) » Ἑλένη, » » »
 281) Καλλιόπη, Ἀσίτες, Μαλεβυζίου, Ἡρακλείου
 282) Φραγκούλης Λάζαρος, Ἑρμιόνη
 283) Φωτεινάκη Μαρία, Καρύδι, Σητείας, Λασηθίου
 284) Χαλαμπαλάκη Χρηστ. Ἀστροίτσι, Πεδιάδος, Ἡρακλείου
 285) » Αἰκατερ. » » »
 296) Χαμηλὸς Ἐμμανουήλ, Πεῦκος, Βιάννου Λασηθίου
 287) Χανιώτου Ἐλισσάβετ Φινοκαλιά, Μεραμβέλλου, »
 388) Χατζημιχάλης Ἀντώνιος, Τήλος, Δωδεκανήσων
 289) Χρονάκις Γεώργιος, Ἀλιτζανή, Μονοφατισίου, Ἡρακλείου
 290) Χαρδαβέλης » Μέρακας, Ἀχαιοήλιδος
 291) Χαραλαμπᾶκη Γεώργ. Πρόδρομοι, Χανίων
 292) » Ἐμμαν. Λουλουμᾶ, Μαλεβυζίου, Ἡρακλείου
 293) Χριστοφοράκη Μαρία, Παναγιά, Μονοφατισίου »
 294) Χαρκιαδάκις Στυλιανός, Μέρωνας, Ἀμαρίου, Ρεθύμνης
 295) Χαρκιολάκης Ἰωάννης, Ἀγ. Τριάς, Σητείας, Λασηθίου
 296) Χρυσάκις Μιχαήλ, Χρυσοπηγή, Ἡρακλείου
 297) » Ἰωάννης, » »
 298) » Καλλιόπη, » »
 299) Χριστοδουλάκης Ἐμμαν., Τουρλωτή, Σητείας, Λασηθίου
 300) Ψυχογιὸς Ἀναστάσιος, Μέθανα, Ἀργολιδοκορινθίας
 301) » Γεώργιος, Κάδι, Εὐβοίας

Ἐκ τῶν 301 λεπτῶν 182 προέρχονται ἐκ Κρήτης, οἱ δὲ λοιποὶ ἐκ τῆς ἄλλης Ἑλλάδος, πλὴν τῶν νήσων Χίου καὶ Σάμου. Οἱ δὲ λεπτοὶ τῆς Κρήτης κατανέμονται κατὰ Νομοὺς ὡς ἑξῆς: Λασηθίου 68, Ἡρακλείου 49, Χανίων 41, Ρεθύμνης 24. Ἡ δὲ ἐπαρχία Σητείας ἐκ τῶν 68 τοῦ Νομοῦ ἔχει 32, ἧτοι σχεδὸν τὸ ἥμισυ τῶν λεπτῶν τοῦ Νομοῦ Λασηθίου.

Ἐν Πλάκᾳ, τῇ 1 Μαΐου 1933.

(Ἵπ.) Ὁ Διευθυντὴς τοῦ Λεπροκομείου Σπιναλόγκας

Ἐ. Γραμματικιάκης

LEPERS IN CRETE

M.G. Katapotis

Member of Cretan Parliament, Lssithi, Crete

ΜΥΣΩΝ

ΙΣΤΟΡΙΚΟΝ ΚΑΙ ΛΟΓΓΡΑΦΙΚΟΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ
ΕΚΔΙΔΟΜΕΝΟΝ ΚΑΤΑ ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΑΙ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
Μ. Γ. ΚΑΤΑΠΟΤΗΣ
ΓΕΡΟΥΣΙΑΣΤΗΣ ΛΑΣΗΘΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΟΜΟΣ Β΄.

*«Ἥκεια τῆς Κρήτης πόλις, ὅθεν
ἦν Μύσων εἰς τῶν ἑπτὰ σοφῶν».
[Στέφανος Βυζάντιος]*

ΕΚ ΤΟΥ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ "ΠΟΛΥΒΙΟΤΕΧΝΙΚΗΣ" Α. Ε.
ΑΧΑΡΝΩΝ 244 - ΑΘΗΝΑΙ
1933

hugείa@εργασία



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 4 ΤΕΥΧΟΣ 2

ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2013

EDITORIAL **hugείa@εργασία** Ιατρική Εργασίας και Υγιεινή

Η συζήτηση δεν έκλεισε – ακριβώς αντίθετα μάλλον τώρα ανοίγει ο διάλογος με διατυπώσεις επιχειρημάτων. Αυτή είναι ίσως η διαφορά της έκφρασης απόψεων με *δημοσκοπική μέθοδο* διαδικτυακού ή τηλεοπτικού τύπου, όπου μοιάζει να ενδιαφέρει η πληθική διάσταση και όχι η ποιότητα και η τεκμηρίωση των προτάσεων με επιστημονική έποψη, όπως αντιστοιχεί στον κάθε επιστήμονα, πολύ περισσότερο στους ενασχολούμενους με την υγεία στα χρόνια της *Τεκμηριωτικής Ιατρικής*. Εδώ και μια δεκαπενταετία τουλάχιστο απασχόλησαν οι διαφοροποιήσεις μεταξύ *Ιατρικής της Εργασίας* και *Υγιεινής της Εργασίας*, με ποικίλες διατυπώσεις: *Ιατρική των Εργαζομένων*, *Υγιεινή των Εργατών*, *Βιομηχανική Υγιεινή* κ.λ.π. Η όλη συζήτηση, που μάλλον δεν έχει ολοκληρωθεί, ενέπλεξε επιχειρήματα που διερευνούσαν τη σχέση του αντικειμένου με μεθοδολογικά εργαλεία όπως της *κλινικής διάστασης* (με εφαρμογή στους εργαζόμενους, συνήθως μη ασθενείς), της *εργαστηριακής διερεύνησης* (τόσο των εργαζομένων, όσο και του περιβάλλοντος εργασίας), της *επιδημιολογικής προσέγγισης* (ως εργαλείου ανάγνωσης πληθικών μεγεθών αναφοράς σε εγγραφές που αφορούν απαριθμήσεις είτε μετρήσεις, τόσο σε εργαζόμενους εκτιθέμενους ή μη σε παράγοντες επικινδυνότητας, εκτεθέντες ή μη συνταξιούχους, πολίτες γενικού πληθυσμού, ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως ακόμα και παιδιά, όσο και σε μετρήσεις ποσοτικών μεταβλητών σε βιολογικά υλικά, είτε σε παράγοντες επικινδυνότητας στο εργασιακό περιβάλλον), των *προληπτικών δράσεων* (που δεν ανήκουν κτητικά στην Ιατρική, αλλά στα πλαίσια της *Πρωτογενούς Πρόληψης* έχουν διττή διάσταση: τεχνική και ιατρική) κ.ά. Η πολυεπιστημονικότητα του αντικειμένου ήδη τεκμηριώνεται λόγω των πολλαπλών προσεγγίσεων που προαναφέρθηκαν, αφού άλλωστε πλειάδα επιστημόνων εκτός των Ιατρών εμπλέκεται σε όλα τα παραπάνω. Ποιός είναι ο στόχος της πολλαπλής αυτής διακονίας; Η εφαρμογή των προτεραιοτήτων της

Πρόληψης (όχι μόνο ιατρικής, αλλά και τεχνικής). Η *Περιβαλλοντική Ιατρική* περιλαμβάνει αντικείμενα με τα οποία η πάλαι ποτέ ονομαζόμενη *Υγιεινή* ασχολείται παραπάνω από δύομισι αιώνες. Από την άλλη πλευρά, αν όντως η *Ιατρική της Εργασίας* περιοριζόταν στη *διάγνωση και αντιμετώπιση των επαγγελματικών νοσημάτων*, τότε πολύ εύκολα ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας θα μπορούσε να μετατραπεί σε *τροχονόμο - διακινητή* εργαζόμενων επί *υποψίας σχέτισης της ασθένειας με την εργασία*. Τότε το ενδιαφέρον εστιάζεται στις γνωματεύσεις των επιμέρους κλινικών ειδικοτήτων και ο ρόλος της *Ιατρικής της Εργασίας* περιορίζεται στη διαχείριση των γνωματεύσεων, ώστε τελικά μόνο η επιβεβαίωση της σύνδεσης του νοσήματος με την εργασία παραμένει ως αυθεντικό αντικείμενο της *Ιατρικής της Εργασίας*. Τότε η *Ιατρική της Εργασίας* περιορίζεται στα όρια μιάς ειδικής έκφρασης *Ασφαλιστικής Ιατρικής* και εύκολα αντικαθίσταται από τις επιμέρους κλινικές ειδικότητες: Τα πνευμονολογικά περιστατικά τα διαχειρίζεται η *Πνευμονολογία*, τα νευρολογικά η *Νευρολογία*, τα οφθαλμολογικά η *Οφθαλμολογία* κ.λ.π. Στην αντίπερα (μη κλινική) όχθη, μιά ανάστροφη θεώρηση, περιορίζει το ρόλο του Ειδικού Ιατρού Εργασίας στα πλαίσια της διερεύνησης της σχέτισης των *εργατικών ατυχημάτων* και των *επαγγελματικών νοσημάτων* με τις ειδικές συνθήκες του *περιβάλλοντος τεχνόσφαιρας* (των χώρων εργασίας), με κυρίαρχο μεθοδολογικό εργαλείο την *επιδημιολογική προσέγγιση*, οριοθετώντας την *Ιατρική της Εργασίας* ως ειδική έκφραση της *Κοινωνικής Ιατρικής* (σχέτιση νοσηρότητας με κοινωνικά αίτια νοσημάτων), είτε ως ειδική έκφραση της *Δημόσιας Υγείας* (διερεύνηση παραγόντων επικινδυνότητας για την εμφάνιση νοσηρότητας). Τί έχει να κάνει τελικά ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας; Να διακονήσει ολιστικά την *Επαγγελματική Υγεία* (είναι άραγε ο πλέον δόκιμος όρος;) με σαφή πρόθεση τη διατήρησή της στα πλαίσια της λεγόμενης *Πληθυσμιακής Ιατρικής*. Δηλαδή, με χρήση κλινικών, παρακλινικών και επιδημιολογικών μεθόδων (μετά τη διερεύνηση, τεκμηρίωση και καταγραφή της νοσηρότητας) να ασκήσει εντέλει *Αγωγή και Προαγωγή Υγείας*, οριοθετώντας τις προτεραιότητες της *Πρωτογενούς και Δευτερογενούς Πρόληψης*, που μάλλον είναι εστιασμένο κομμάτι της πάλαι ποτέ ονομαζόμενης *Υγιεινής* – η οποία συμπεριλαμβάνει τη *Δημόσια Υγεία* και την *Κοινωνική Ιατρική* – σε εργαζόμενους και σε χώρους εργασίας. Καλό θα ήταν η λέξη *Ιατρική* να γράφεται με *ύψιλον*, αλλά ετυμολογικά προέρχεται από τον όρο *ίαση*, όπως επίσης χρήσιμο θα ήταν η *Υγιεινή* να γράφεται με *γιώτα*, αλλά ετυμολογικά σχετίζεται με τη λέξη *υγεία*.


Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ο κ. Θ.Κ. Κωνσταντινίδης είναι Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής στην Ιατρική Δ.Π.Θ. και Πρόεδρος του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

MENTAL AND PHYSICAL WELL-BEING AT WORK QUESTIONNAIRE FOR THE WORKPLACE STRESS (STRESS - MOBBING) **HEALTH EFFECTS OF WELDERS BECAUSE OF OCCUPATIONAL EXPOSURE RISK FACTORS FOR GREEK FISHERMEN'S HEALTH AND SAFETY HEALTH AND SAFETY IN HAEMODIALYSIS UNIT HEALTH AND SAFETY OF WORKERS IN HOTELS BURN OUT SYNDROME CHEMICAL IN DIFFERENT DISCIPLINES WORKING IN GREECE** WORKING CONDITIONS OF NURSES IN HYPERBARIC ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL STRESS **SCREENING METHODS FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME: QUESTIONNAIRES AND PREDICTORS FOR WORKERS** ECOLOGICAL MANAGEMENT OF WASTE IN HAEMODIALYSIS UNIT **LEPERS IN CRETE** EDITORIAL: OCCUPATIONAL MEDICINE AND HYGIENE



hugείa  **εργασια**

 SCIENTIFIC EDITION OF HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE
IN ASSOCIATION WITH PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES

VOLUME 4 ISSUE 2


ISSN 1792-4731

MAY - AUGUST 2013

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ (STRESS - MOBBING) **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΟΛΛΗΤΩΝ ΛΟΓΩ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ** ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΛΙΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ **ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ** ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΞΕΝΟΔΟΧΟΥΠΑΛΛΗΛΩΝ **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ** ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΘΑΛΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ **ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ - ΥΠΟΠΝΟΙΑΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ (ΣΑΑΥΥ): ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ** ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ **ΛΕΠΡΟΙ ΕΝ ΚΡΗΤΗ** EDITORIAL: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗ



hugείa  **εργασια**

 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ 4 ΤΕΥΧΟΣ 2

ISSN 1792-4731

ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2013

hugείa@εργασια 4(2) ΤΕΥΧΟΣ ΕΝΔΕΚΑΤΟ