VACCINATION BEHAVIOR OF HEALTHCARE PROFESSIONALS FOR THE PREVENTION OF INFLUENZA **PREVALENCE OF BURNOUT AMONG MEDICAL RESIDENTS IN THE REGION OF THRACE (GREECE) DURING ECONOMIC CRISIS** OCCUPATIONAL EXPOSURES CAUSING ULCER AND GASTRITIS **REFERENCES ON OCCUPATIONAL MEDICINE IN HIPPOCRATIC CORPUS** FIRST AID EDUCATIONAL MATERIAL BY P.P.C. **EDITORIAL: OiRA TOOLS FOR HEALTH AND SAFETY IN LIVE PERFORMANCE** EDITORIAL: HEALTH AND SAFETY IN GREECE

Foto: Ekaterini Alexiou - Chatzaki

hygeiaεργασια

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

VOLUME 7 ISSUE 2 ISSN 1792-4731 MAY - AUGUST 2016

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ** ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ **ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ** ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ Δ.Ε.Η. **EDITORIAL: ΕΡΓΑΛΕΙΑ OiRA ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΘΕΑΜΑΤΟΣ** EDITORIAL: ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Φωτογραφία: Αικατερίνη Αλεξίου - Χατζάκη

hygeiaεργασια

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

ΤΟΜΟΣ 7 ΤΕΥΧΟΣ 2 ISSN 1792-4731 ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2016

hygeia εργασια

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

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

ΤΟΜΟΣ 7 ΤΕΥΧΟΣ 2 ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ
Π. Τοπαλίδου, Ε. Νένα, Α. Ζησιμόπουλος, Ε. Μαλτέζος και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης***
σελ. 11-88

VACCINATION BEHAVIOR OF HEALTHCARE PROFESSIONALS
FOR THE PREVENTION OF INFLUENZA
P. Topalidou, E. Nena, A. Zissimopoulos, E. Maltezos and ***T.C. Constantinidis***

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN-OUT)
ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
Ι. Νάκου, Ε. Νένα, Α. Ζησιμόπουλος και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης***
σελ. 89-129

PREVALENCE OF BURNOUT AMONG MEDICAL RESIDENTS
IN THE REGION OF THRACE (GREECE)
DURING ECONOMIC CRISIS
I. Nakou, E. Nena, A. Zissimopoulos and ***T.C. Constantinidis***

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ
Δ. Χαδόλιας, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Ε. Νένα, Γ. Κουκλάκης και ***Α. Μπένος***
σελ. 129-206

OCCUPATIONAL EXPOSURES
CAUSING ULCER AND GASTRITIS
D. Hadolias, T.C. Constantinidis, E. Nena, G. Kouklakis and ***A. Benos***

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ
Μερόπη Κ. Κωνσταντινίδου
σελ. 207-212

REFERENCES ON OCCUPATIONAL MEDICINE
IN HIPPOCRATIC CORPUS
Meropi K. Konstantinidou

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ Δ.Ε.Η.
Α. Αγγελής

σελ. 213-276

FIRST AID EDUCATIONAL MATERIAL FROM P.P.C.
A. Angelis

EDITORIAL: ΕΡΓΑΛΕΙΑ OiRA ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΟΥ ΘΕΑΜΑΤΟΣ
Μ. Μάγκου

σελ. 277-278

EDITORIAL: OiRA TOOLS FOR HEALTH AND SAFETY IN LIVE PERFORMANCE
M. Magou

EDITORIAL: ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Ε. Νένα και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης***

σελ. 279-280

EDITORIAL: HEALTH AND SAFETY IN GREECE
E. Nena and ***T.C. Constantinidis***

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΕΞΩΦΥΛΛΟΥ: ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΗΣ ACTION EAT TIME EUROPE
ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΘΕΑΤΡΟ ΘΡΑΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΚΗΝΟΘΕΤΗ ΓΙΩΡΓΟ ΖΑΜΠΟΥΛΑΚΗ
Φωτογραφία: ***Αικατερίνη Αλεξίου - Χατζάκη***

FRONT COVER: DURING FILMING OF ACTION EAT TIME EUROPE
FROM RESEARCH THEATRE OF THRACE AND DIRECTOR GEORGE ZAMBOULAKIS
Foto: ***Ekaterini Alexiou - Chatzaki***

hygeia εργασια

SCIENTIFIC EDITION OF **HELLENIC SOCIETY OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE**

IN ASSOCIATION WITH PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES **HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACES**

International Board:

Theodore Bazas, M.D., Ph.D., M.Sc. (London), D.I.H. (Conj. Engl.), Specialist in Occupational Medicine (J.C.H.M.T., U.K.), Fellow (and Dissetrtation Assessor) of the Faculty of Occupational Medicine of the Royal College of Physicians of London, Member of the International Commission on Occupational Health (I.C.O.H.), President of the Committee of Process Protocols of the Hellenic Society of Occupational and Environmental Medicine, Former W.H.O. (F.T.) Regional Adviser (on Noncommunicable Diseases)

Stefanos N. Kales, M.D., M.P.H., F.A.C.P., F.A.C.O.E.M., Associate Professor of Medicine, Harvard Medical School, Associate Professor, Director of the Occupational and Environmental Medicine Residency, Harvard School of Public Health (H.S.P.H.)

Manolis Kogevinas, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor, co-Director of Centre for Research in Environmental Epidemiology (C.R.E.A.L.), President of International Society of Environmental Epidemiology (I.S.E.E.), Director of the European Educational Programme in Epidemiology (E.E.P.E. - Florence course)

Georgios Lyratzopoulos, M.D., F.F.P.H., F.R.C.P., M.P.H., D.T.M.H., Clinical Senior Research Associate, H.R. Post-Doctoral Fellow, National Institute for Health Research (N.I.H.R.), Reader in Cancer Epidemiology, Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public Health, University College London

Elias Mosialos, M.D., Ph.D., M.Sc., Professor of Health Policy, London School of Economics (L.S.E.), Department of Social Policy, Director of L.S.E. Health

Elpidoforos S. Soteriades, M.D., S.M., Sc.D., Occupational Medicine Physician, Epidemiologist, Visiting Scientist, Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health (H.S.P.H.)

Editor-in-Chief: Prof. *T.C. Constantinidis,* M.D., Ph.D., Medical School, Democritus University of Thrace
Post Address: 14, Perifereiaki Odos, Alexandroupolis, 68100 Greece, e-mail: tconstan@med.duth.gr

hygeia εργασια

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

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

Επιστημονική Επιτροπή:

Αθανασίου 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, Τομεάρχης Ιατρικής Εργασίας, ΔΕΗ
Αναστασόπουλος Αναστάσιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Αρβανιτίδου Μαλαματένια, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Ιατρική Σχολή 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, Αν. Καθηγήτρια ΔΠΘ
Δημολιάτης Γιάννης, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων
Δρακόπουλος Βασίλης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών, 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, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕΙ Λάρισας
Ζημάλης Ευάγγελος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Ζησιμόπουλος Αθανάσιος, Αν. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Θανασιάς Ευθύμιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Καρελή Αργυρώ, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Καρτάλη Σοφία, Ομ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κοντογιώργης Χρήστος, Λέκτορας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κουκουλιάτα Αλεξάνδρα, Παθολογοανατόμος, Υγειον. Επιθ. ΣΕΠΕ, ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Κουρούκλης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Κουρούσης Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Κουσκούκης Κωνσταντίνος, Σ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, τ. Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Κουτής Χαρίλαος, Καθηγητής, Προϊστάμενος Τμήματος Δημόσιας Υγείας ΤΕΙ Αθηνών
Κυπραίου Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διευθύντρια Τμήματος Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Κυριόπουλος Γιάννης, Ομ. Καθηγητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Κωνσταντινίδης Θεόδωρος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Κωνσταντίνου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Κωστόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, τ. Διευθυντής ΕΣΥ

Λινού Αθηνά, Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Λιονής Χρήστος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Μακρόπουλος Βασίλειος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Ομ. Καθηγητής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μαλλιαρού Μαρία, Νοσηλεύτρια ΕΚΠΑ, Διδάκτορας Νοσηλευτικής Παν. Αθηνών
Μαλτέζος Ευστράτιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Μαραγκός Νικόλαος, Τεχνικός Επιθ. ΣΕΠΕ, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Μακεδονίας - Θράκης
Μερκούρης Μποδοσάκης - Πρόδρομος, Ειδικός Γενικής Ιατρικής, Πρόεδρος ΕΛΕΓΕΙΑ
Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αν. Καθηγήτρια, ΤΕΙ Αθηνών
Μπένος Αλέξης, Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Ερευνας Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Μπεχράκης Παναγιώτης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Μπούρος Δημοσθένης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Νένα Ευαγγελία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επ. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ντουνιάς Γεώργιος, Επιμελητής, Διευθυντής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Οικονόμου Ελένη, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πανταζή Ευγενία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πανταζοπούλου Αναστασία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Παπαδάκης Νίκος, Αν. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Παπαδόπουλος Στέλιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Παπαναγιώτου Γεώργιος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Πατενταλάκης Μιχάλης, τ. Διευθυντής ΕΣΥ
Πατούχας Δημήτρης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Πατρών
Πιπερίδου Χαριτωμένη, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, Αντιπρύτανης ΔΠΘ
Πρασόπουλος Παναγιώτης, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Ραχιώτης Γιώργος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Σαμπάνη Κωνσταντίνα, Ιατρός, Postdoctoral Research Fellow, Harvard School of Public Health
Σαραφόπουλος Νικόλαος, Δρ Μηχανολόγος Μηχανικός, Διευθυντής ΚΕΠΕΚ Δυτικής Ελλάδας Ηπείρου και Ιόνιων Νησιών
Σιχλετίδης Λάζαρος, Ομ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Σκούφη Γεωργία, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Στάμου Ιωάννης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελητής Α, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Στειρόπουλος Πασχάλης, Επ. Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Τζίμας Αλέξης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Τούντας Γιάννης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Τσαρούχα Αλέκα, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Κρήτης
Φυτιλή Δέσποινα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Επιμελήτρια Α, Τμήμα Ιατρικής της Εργασίας και Προστασίας Περιβάλλοντος, Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας
Φραντζέσκου Ελπίδα, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
*Φρουδαράκης Μάριος,*Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζάκη - Αλεξίου Αικατερίνη, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Χατζής Χρήστος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Διδάκτορας Ιατρικής Παν. Αθηνών
Χατζησταύρου Κωνσταντίνος, Αν. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή Παν. Αθηνών
Χριστοδούλου Αντώνιος, Ηλεκτρολόγος Μηχανολόγος Μηχανικός

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

hygeia εργασια

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

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

Οδηγίες προς τους συγγραφείς:

Το περιοδικό **hygeia**@εργασια αποτελεί την επιστημονική έκδοση της *Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος* (Ε.Ε.Ι.Ε.Π.) και εκδίδεται σε συνεργασία με το *Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας (Π.Μ.Σ. Υ.Α.Ε.).* 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 δημοσιευθεί ή θα δημοσιευθούν αλλού, στο σύνολό τους. Ολα 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 δημοσιευθείσης 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 βραχέα 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 άν 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, έλεγξε 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 ευρετηρίου, 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.* Οσα αναφέρονται στους *Πίνακες* δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο, εκτός άν 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. Συντομεύσεις ή ακρωνύμια εντός των Πινάκων θα πρέπει να επεξηγούνται στον τίτλο τους με πλάγιους χαρακτήρες μεγέθους 12 στιγμών.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ

Π. Τοπαλίδου[1], Ε. Νένα[1,2], Α. Ζησιμόπουλος[1], Ε. Μαλτέζος[1,3] και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης[1,2]***

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Δ.Π.Θ.), 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ. Αλεξανδρούπολη, 3. Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Εβρου (Π.Γ.Ν.Ε.), Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Περίληψη: Οι επαγγελματίες υγείας (ΕΥ) αποτελούν μια ομάδα ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για λοιμώξεις από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Η γρίπη αποτελεί τη συχνότερη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Κατά τη διάρκεια της ετήσιας εμφάνισης της επιδημικής έξαρσης παρατηρείται κατακόρυφη αύξηση των επισκέψεων ασθενών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνιστάται ο ετήσιος εμβολιασμός των ΕΥ έναντι της εποχικής γρίπης διότι προσφέρει προστασία όχι μόνο στους ίδιους, αλλά στις οικογένειες τους και τους ασθενείς τους. Η εμβολιαστική κάλυψη των ΕΥ στην Ελλάδα παραμένει χαμηλή όπως φαίνεται από μελέτη κατά το 2008-2009, όπου διαπιστώθηκε σημαντική διακύμανση της εμβολιαστικής κάλυψης μεταξύ των Γεωγραφικών Διαμερισμάτων της χώρας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της εμβολιαστικής συμπεριφοράς, των γνώσεων και της ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη της γρίπης και τον αντιγριπικό εμβολιασμό, ώστε να εντοπισθούν πιθανά προβλήματα και περιθώρια βελτίωσης που θα συμβάλλουν στη διαφύλαξη της υγείας των εργαζόμενων και των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, το οποίο διανεμήθηκε στο Π.Γ.Ν. Εβρου (Αλεξανδρούπολη). Μοιράσθηκαν διακόσια πενήντα (250) ερωτηματολόγια σε εργαζομένους του Π.Γ.Ν.Ε. (Αλεξανδρούπολη), απαντήθηκαν και επιστράφηκαν τα διακόσια (210) ερωτηματολόγια (ποσοστό συμμετοχής 84%). Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν ενότητες ερωτήσεων που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία, την ενημέρωση, τις γνώσεις κινδύνων, την εκπαίδευση, την ασφάλεια, την έκθεση/χρήση Μέτρων Ατομικής Προστασίας, την Υγιεινή και Ασφάλεια στον χώρο εργασίας, τις γνώσεις για το εμβόλιο και την εμβολιαστική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την γρίπη και τον αντιγριπικό εμβολιασμό. Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Οι 210 συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι σε διάφορα τμήματα του Π.Γ.Ν.Ε. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (87,1%) ήταν γυναίκες. Το 98,6% (n=207) ανέφερε ότι έχει γνώσεις σχετικά με τη γρίπη, αν και ένα 57,1% (n=120) δηλωσε ότι η γρίπη δεν μεταδίδεται αερογενώς.

Η κυριότερη πηγή ενημέρωσης ήταν τα Μ.Μ.Ε. (50,7%) και στη συνέχεια: ενημερωτικά φυλλάδια (45,4%), το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (44,4%). Το 70,9% απάντησαν σωστά ως προς τα συμπτώματα της γρίπης, ενώ το 78,6% ανέφερε ως μέσο πρόληψης τον εμβολιασμό, το 76,7% την υγιεινή χεριών και το 64,8% τη χρήση ΜΑΠ. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του 2009, ωστόσο μόνο το 33,1% εμβολιάστηκε έναντι της γρίπης. Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την γρίπη φαίνεται να είναι επαρκής. Έχουν καλό γνωστικό επίπεδο σε ότι αφορά την πρόληψη της γρίπης. Η πλειοψηφία μάλιστα θεωρεί τον εμβολιασμό ως κύριο μέσο πρόληψης της γρίπης. Ωστόσο αν και το γνωστικό επίπεδο των ΕΥ σχετικά με τον αντιγριπικό εμβολιασμό είναι καλό, τα ποσοστά του ετήσιου αντιγριπικού εμβολιασμού των ΕΥ είναι ανησυχητικά χαμηλά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γρίπη αποτελεί την πλέον διαδεδομένη ασθένεια όλων των εποχών. Αν και γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη, μέχρι και σήμερα δεν θεραπεύεται. Αντιθέτως μεταλλάσσεται συνεχώς.

Η ιστορία της γρίπης χρονολογείται από το 412 π.Χ. όταν ο *Ιπποκράτης* περιέγραψε επιδημία γριπώδους συνδρομής. Στον προηγούμενο αιώνα παρατηρήθηκαν 3 μεγάλες πανδημίες γρίπης: το 1918 (ιός τύπου Α, H1N1 Ισπανική γρίπη), το 1957 (ιός τύπου Α, H2N2 Ασιατική γρίπη) και το 1968 (ιός τύπου Α, H3N2, Hong - Kong).

Η δραστηριότητα των ιών της γρίπης τα τελευταία χρόνια απασχολεί την ιατρική κοινότητα με τις εποχικές επιδημίες που αποτελούν απειλή για τον πληθυσμό. Η υψηλή μεταλλακτικότητα του ιού της γρίπης οδηγεί στην ανάδυση νέων στελεχών με πιθανώς υψηλή λοιμογόνο δύναμη έναντι των άνοσων πληθυσμών, γεγονός που καθιστά αδύνατη την πρόβλεψη εμφάνισης μιας πανδημίας.

Ο ιός της γρίπης έχει όλο το γενετικό οπλισμό να δημιουργεί συνεχείς ποικιλίες, ικανές να δημιουργήσουν πανδημίες.

Ο ιός της γρίπης προσβάλει ετησίως, περισσότερα από εκατό εκατομμύρια ανθρώπους στην Ιαπωνία, την Ευρώπη και την Β. Αμερική και αποτελεί αιτία χιλιάδων θανάτων κάθε χρόνο.

Η επιστημονική κοινότητα έχει σημειώσει σημαντικές προόδους σε ότι αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση της γρίπης. Το αντιγριπικό εμβόλιο και τα αντιικά φάρμακα, έχουν μειώσει σημαντικά τη νοσηρότητα, τις επιπλοκές της γρίπης και κατά συνέπεια τη θνησιμότητα την οφειλόμενη στη γρίπη.

Σε όλο τον κόσμο, εκατομμύρια επαγγελματιών απασχολούνται στον τομέα της υγείας. Σημαντική αναλογία αυτών απασχολείται στην υγειονομική περίθαλψη. Η αύξηση της συχνότητας εισαγωγών στο νοσοκομείο, σε περιόδους επιδημίας γρίπης καθιστά αναγκαία την ενημέρωση, εκπαίδευση και την ανοσοποίηση των επαγγελματιών υγείας έναντι του ιού της γρίπης. Οι *Εθνικές Επιτροπές*

Εμβολιασμών συμπεριλαμβάνουν τους επαγγελματίες υγείας στα άτομα υψηλής προτεραιότητας εμβολιασμού για τη γρίπη. Ωστόσο τα επίπεδα ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας στην χώρα μας παραμένουν χαμηλά.
Στην διάρκεια μια επιδημίας γρίπης η διασπορά της νόσου σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ασθενών, υγειονομικού προσωπικού και επισκεπτών μπορεί να αυξήσει την νοσηρότητα/θνητότητα, την εμφάνιση επιπλοκών και κατά επέκταση την παράταση νοσηλείας και αύξηση του κόστους νοσηλείας. Η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η συμπεριφορά και η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των παραπάνω.
Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της εμβολιαστικής συμπεριφοράς, των γνώσεων και της ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας, για την πρόληψη της γρίπης και τον αντιγριπικό εμβολιασμό, ώστε να εντοπισθούν πιθανά προβλήματα και περιθώρια βελτίωσης που θα συμβάλλουν στη διαφύλαξη της υγείας των εργαζομένων και των ασθενών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΓΡΙΠΗΣ

Ορισμοί: Σύμφωνα με τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (WHO), μια *επιδημία γρίπης* συμβαίνει όταν υπάρχουν περισσότερα κρούσματα της νόσου από το κανονικό. Επιδημίες της γρίπης συνήθως συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του χειμώνα στις εύκρατες περιοχές και των δύο ημισφαιρίων. Επιδημίες της γρίπης μερικές φορές να εξελιχθεί σε πανδημία γρίπης. Με τον όρο *"πανδημία γρίπης"* χαρακτηρίζεται μία επιδημία με παγκόσμια εξάπλωση που προκαλείται από ένα νέο ιό της γρίπης που προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που δεν έχει ανοσία στον ιό. Κατά τον εικοστό αιώνα, υπήρξαν 3 πανδημίες: η ισπανική γρίπη το 1918 με 20-50 εκατομμύρια θύματα, η ασιατική γρίπη το 1957 με 2 εκατομμύρια θύματα, και η γρίπη του Hong Kong το 1968 με 1 εκατομμύριο θύματα.
Επιδημίες γρίπης: Συμβαίνουν κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια της άνοιξης και του χειμώνα στις εύκρατες περιοχές. Ο ιός μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλεία ή θάνατο κυρίως των ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Το αποτέλεσμα των ετήσιων επιδημιών είναι 3 με 5 εκατομμύρια σοβαρών περιπτώσεων και περίπου 250.000 με 500.000 θάνατοι, παγκοσμίως. Η θνησιμότητα αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Σε κάποιες τροπικές χώρες, οι ιοί της γρίπης κυκλοφορούν όλο τον χρόνο, ενώ υπάρχουν μια με δύο εξάρσεις στη διάρκεια των περιόδων βροχόπτωσης.
Οι πανδημίες του 20ου αιώνα: Η πιο γνωστή πανδημία ήταν η Ισπανική γρίπη (1918-1919), η οποία ήταν η αιτία 20 - 50 εκατομμύρια θανάτων παγκοσμίως και άλλαξε την ροή της ιστορίας της ανθρωπότητας. Μάλιστα λέγεται ότι κατά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο η πανδημία της γρίπης ευθύνεται για το 80% των

απωλειών του αμερικανικού στρατού. Το 50% των θανάτων αφορούσε υγιείς και νέους. Κάποιοι κατέληξαν μερικές ημέρες μετά την λοίμωξη και άλλοι από επιπλοκές αργότερα. Ο ιός που ενοχοποιήθηκε ήταν ο Α (H1N1), ο οποίος συνέχισε έως το 1957 να προκαλεί ετήσιες εξάρσεις μέχρι το 1957.
Ακολούθησε η *ασιατική γρίπη* το 1957-1958 από τον υπότυπο Α (H2N2), ο οποίος αντικατέστησε τον υπότυπο Α(H1N1). Ο Α(H2N2), πρωτοεμφανίσθηκε στην Κίνα τον Φεβρουάριο του 1957 και μέχρι τον Ιούνιο είχε μεταδοθεί και στην Αμερική.
Το 1968 οπότε αντικαταστάθηκε από τον υπότυπο Α(H3N2) ο οποίος που πρωτοεμφανίστηκε την ίδια χρονιά στο Hong Kong. Ο υπότυπος αυτός κυκλοφορεί μέχρι και σήμερα προκαλώντας τις περισσότερες ετήσιες επιδημίες παγκοσμίως. Το 1976-1977 επανεμφανίστηκε ο υπότυπος Α(H1N1) που είχε εξαφανιστεί το 1957 και έκτοτε μέχρι σήμερα κυκλοφορεί παγκόσμια, παράλληλα με τον Α(H3N2) ή και εναλλάξ. Το 1997-1998 ένας νέος τύπος ιού, ο Α (H5N1), που προερχόταν από τα πτηνά προκάλεσε επιδημία στο Hong Kong, η οποία όμως δεν εξελίχθηκε σε πανδημία.

Πανδημικά στελέχη

Η υψηλή μεταλλακτικότητα του ιού της γρίπης οδηγεί στην ανάδυση νέων στελεχών με πιθανώς υψηλή λοιμογόνο δύναμη έναντι των άνοσων πληθυσμών, γεγονός που καθιστά αδύνατη την πρόβλεψη εμφάνισης μιας πανδημίας.
Τα άγρια πτηνά αποτελούν δεξαμενές των ιών της γρίπης και των πιο γνωστών υποτύπων της. Οι ιοί των πτηνών σπάνια προσβάλλουν τους ανθρώπους αν και έχουν υπάρξει αναφορές άμεσης μετάδοσης. Πιο συνηθισμένο είναι να προσβάλλουν χοίρους, οι οποίοι προσβάλλονται παράλληλα από ιούς ανθρώπων με αποτέλεσμα να αποτελούν ένα όχημα ανακατανομής ιών γρίπης. Έτσι ο πολλαπλασιασμός των διαφόρων στελεχών στο ίδιο κύτταρο, έχει σαν αποτέλεσμα τον ανασυνδυασμό τους και την δημιουργία νέου στελέχους, το οποίο αποτελεί ιό ανθρώπου με στοιχεία ιού πτηνών, ικανό να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Διαφορές Εποχικής γρίπης και πανδημίας γρίπης

Η διαφορά της εποχικής γρίπης από την πανδημική έγκειται στην φύση των ιών που τις προκαλούν:

• Η εποχική γρίπη οφείλεται σε ιούς που ήδη κυκλοφορούν στον πληθυσμό., οπότε το σώμα μας διαθέτει μια σχετική ανοσία σε αντίθεση με την πανδημική γρίπη στην οποία εμφανίζεται ένα νέο στέλεχος έναντι ενός άνοσου πληθυσμού.

• Η εποχική γρίπη εμφανίζεται κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια του χειμώνα (Οκτώβριος - Απρίλιος), η πανδημία γρίπης εμφανίζεται περίπου τρεις φορές κάθε αιώνα – οποιαδήποτε εποχή του χρόνου.
• Η εποχική γρίπη επηρεάζει κατά μέσο όρο περίπου το 10% του πληθυσμού, ενώ η πανδημική είναι δυνατό να επηρεάσει περίπου μέχρι το 25% του πληθυσμού.
• Για τους περισσότερους ανθρώπους η εποχική γρίπη αποτελεί μια δυσάρεστη αλλά όχι απειλητική για τη ζωή λοίμωξη αντίθετα η πανδημική γρίπη αποτελεί σοβαρή λοίμωξη για όλους.
• Στην εποχική γρίπη βρέφη, ηλικιωμένοι και άτομα με χρόνιες ασθένειες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για βαριά νόσο. Στην πανδημική γρίπη άτομα κάθε ηλικίας μπορεί να νοσήσουν βαριά.
• Στην εποχική γρίπη συστήνεται ο αντιγριπικός εμβολιασμός σε άτομα που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε πανδημία γρίπης από νέο στέλεχος δεν θα υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο μόλις εμφανιστεί και όταν το εμβόλιο θα είναι διαθέσιμο πρωταρχικός σκοπός θα είναι ο εμβολιασμός του πληθυσμού σύμφωνα με τις διαθέσιμες ποσότητες.
• Αντιιικά φάρμακα κατά της εποχικής γρίπης μπορεί να χορηγηθούν σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για επιπλοκές. Σε πανδημία γρίπης οι διαθέσιμες ποσότητες αντιιικών φαρμάκων θα είναι περιορισμένες και μπορεί να χρησιμοποιηθούν έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα καθώς η ασθένεια θα εξαπλώνεται.
Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση πανδημίας είναι η εμφάνιση ενός νέου στελέχους του ιού της γρίπης το οποίο μπορεί να προσβάλλει τον άνθρωπο προκαλώντας σοβαρή λοίμωξη και επίσης μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο.

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΑΣΕΙΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΓΡΙΠΗΣ

Περίοδος μεταξύ των πανδημιών

Είναι η περίοδος μέσα στην οποία μπορεί να εμφανιστούν νέα στελέχη του ιού Α της γρίπης, δυνητικά πανδημικά. Η έγκαιρη διάγνωση του νέου στελέχους είναι ζωτικής σημασίας.

Φάση 1: Δεν υπάρχουν αναφορές για ανίχνευση νέου υπότυπου ανθρωπίνου ιού γρίπης. Μπορεί να υπάρχει επιζωοτία χωρίς ή με μικρό κίνδυνο μετάδοσης του στον άνθρωπο.

Φάση 2: Δεν υπάρχουν αναφορές για ανίχνευση νέου υπότυπου ιού γρίπης σε ανθρώπους. Μπορεί να υπάρχει επιζωοτία με σημαντικό κίνδυνο μετάδοσης του στον άνθρωπο.

Περίοδος Εγρήγορσης για Πανδημία

Είναι η περίοδος στην οποία υπάρχουν κρούσματα από το νέο στέλεχος.

Φάση 3: Υπάρχουν κρούσματα στους ανθρώπους αλλά ο κίνδυνος πανδημίας είναι μικρός. Τα περιστατικά έχουν ιστορικό έκθεσης σε ζώα, δεν υπάρχει μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Σε σπάνιες περιπτώσεις αφορά πολύ στενή επαφή.

Φάση 4: Υπάρχουν συρροές κρουσμάτων γρίπης με μικρό ωστόσο κίνδυνο για πανδημία και περιορισμένη πιθανότητα μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο, ένδειξη ότι ο ιός δεν έχει δεν έχει προσαρμοστεί καλά στον άνθρωπο.

Φάση 5: Υπάρχουν συρροές κρουσμάτων γρίπης. Ο κίνδυνος πανδημίας είναι σημαντικός. Έχουμε εντοπίσεις μετάδοσης από άνθρωπο σε άνθρωπο, ένδειξη ότι ο ιός αρχίζει να προσαρμόζεται καλά στον άνθρωπο.

Περίοδος Πανδημίας

Στην περίοδο αυτή εξελίσσεται η πανδημία γρίπης στο γενικό πληθυσμό.

Φάση 6: Αυξημένη και συνεχιζόμενη μετάδοση του νέου ιού στον γενικό πληθυσμό.

Περίοδος μετά την Πανδημία

Σε αυτήν την περίοδο η δραστηριότητα της γρίπης επιστρέφει στα επίπεδα που ήταν κατά τη περίοδο μεταξύ των πανδημιών, ο γενικός πληθυσμός είναι άνοσος έναντι του νέου στελέχους που προκάλεσε την πανδημία (αυτό μπορεί να συμβεί σε 2-3 έτη από την έναρξη της πανδημίας). Το τέλος της πανδημίας ανακοινώνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 - ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ

Παγκόσμιες συνθήκες

Στις 11 Ιουνίου 2009, ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (Π.Ο.Υ.) ανακοίνωσε πως μια παγκόσμια πανδημία με τον νέο ιό γρίπης Α(Η1Ν1) είναι σε εξέλιξη. Έτσι το επίπεδο ετοιμότητας ανέβηκε στη Φάση 6, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη και συνεχιζόμενη μετάδοση του νέου ιού στον γενικό πληθυσμό. Η ανακοίνωση αυτή αφορά την αυξημένη εξάπλωση του νέου ιού και όχι την σοβαρότητα των συμπτωμάτων του.

Από την ημέρα της ανακοίνωσης της πανδημίας, η εξάπλωση του νέου ιού συνεχίσθηκε και ο αριθμός των χωρών που ανέφεραν κρούσματα διπλασιάσθηκε.
Ταυτόχρονα στο νότιο ημισφαίριο παρουσιάσθηκε η έναρξη της συνηθισμένης εποχιακής γρίπης. Αρκετές χώρες ανέφεραν την εξάπλωση του νέου ιού και την εμφάνιση κρουσμάτων παράλληλα με τους εποχιακούς ιούς.
Ο πανδημικός ιός της γρίπης έχει εμφανιστεί σε 177 χώρες σε όλο ον κόσμο ενώ οι αναφορές των περιπτώσεων ξεπερνούν τις 250.000 παγκοσμίως. Ο αριθμός αυτός και η τάση εξάπλωσης του ιού οδηγεί στο να μην αναφέρονται πλέον μεμονωμένα κρούσματα ειδικά ηπιότερων περιπτώσεων.
Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να έχουμε αριθμό χαμηλότερο σημαντικά του πραγματικού.
Στις περισσότερες χώρες η εικόνα ήταν παρόμοια. Στις οι ΗΠΑ, υπολογίζεται πως μολύνθηκε περίπου το 19.6% του πληθυσμού με εύρος 13.0-28.5%. Έως και τις 18 Ιουλίου 2010 τουλάχιστον 18366 θανατηφόρα περιστατικά καταγράφηκαν παγκοσμίως. Ο συνολικός δείκτης θνητότητας εκτιμάται λίγο πιο κάτω από 0.5%, με κάποιες διαφορές ανά χώρα. Ο αριθμός των θανάτων παγκοσμίως αφορούσε νέα άτομα ενώ στις πανδημίες του 1957 και 1968 ήταν 64.6 και 62.2 έτη αντίστοιχα. Το 50% περίπου των θανάτων από γρίπη αφορούσε άτομα με υποκείμενα νοσήματα επίσης υπήρξε συσχέτιση σοβαρών περιπτώσεων με την παχυσαρκία και την εγκυμοσύνη.
Τα καταγεγραμμένα κρούσματα, καθιστούν κυρίαρχο στέλεχος του ιού γρίπης σε σε περισσότερες από 119 χώρες τον πανδημικό (H1N1)v. Το 60% περίπου των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων γρίπης ανήκουν σε αυτόν.
Η γρίπη από το νέο στέλεχος AH1N1, πέρασε στην μετα-πανδημική φάση στις 10 Αυγούστου του 2010 (σύμφωνα με ανακοίνωση του Π.Ο.Υ.). Ωστόσο στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες και την περίοδο 2010-2011 το στέλεχος που επικράτησε ήταν το νέο στέλεχος A H1N1. Η νοσηρότητα ήταν αυξημένη και αφορούσε πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με την περίοδο 2009-2010.
Οι έως τώρα έρευνες δεν έχουν ανιχνεύσει μεταλλάξεις του ιού επιθετικές ή θανατηφόρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει ήπια συμπτωματολογία και οι σοβαρές περιπτώσεις αντιπροσωπεύουν μικρό αριθμό.

Η ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την επιδημιολογική έκθεση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. στις 26 Μαΐου 2010 (την τελευταία για την πανδημία), ο αριθμός των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων κατά την περίοδο 2009-2010 είναι 18.230 με διάμεση ηλικία τα 21 έτη. Οι αριθμοί αυτοί βέβαια δεν αντιπροσωπεύουν το σύνολο των ασθενών με νέα γρίπη στην Ελλάδα, αλλά το σύνολο των

εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων. Την 48η - 49η εβδομάδα του 2009, η επιδημία οδηγήθηκε στο ανώτατο σημείο με περίπου 750-1500 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού κατά εβδομάδα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ο κλινικός δείκτης προσβολής στις ηλικίες 5-19 ετών ήταν μεγαλύτερος, ενώ ήταν μικρότερος στις ηλικίες άνω των 64 ετών με εύρος 27-54% και 0.65-2.20% αντίστοιχα. Το 19.7% περίπου του Ελληνικού πληθυσμού εκτιμάται πως μολύνθηκε, ανά 1000 κρούσματα με συμπτωματολογία τα 15 χρειάστηκαν νοσηλεία και ο δείκτης θνητότητας ήταν 6,3/100.000 λοιμώξεις.
Ο επιπολασμός των αντισωμάτων ήταν λίγο υψηλότερος και της τάξεως του 28.5%, σύμφωνα με μελέτη του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην Ελλάδα παρόλο που η νέα γρίπη είχε στις περισσότερες περιπτώσεις ήπια συμπτωματολογία καταγράφηκαν 149 θάνατοι με μέση ηλικία τα 53 έτη. Κατά την πανδημία οι περισσότεροι θάνατοι αφορούσαν μεγαλύτερες ηλικίες.
Το Μάιο του 2011, 24 επιστήμονες από 25 χώρες συγκρότησαν επιτροπή (ειδική επιτροπή εξωτερικών επιστημόνων του Π.Ο.Υ.), η οποία κοινοποίησε ότι η πανδημία γρίπης ήταν πραγματική πανδημία λόγω της εμφάνισης του νέου στελέχους αλλά και της υψηλής μεταδοτικότητάς του. Η αδυναμία εφαρμογής του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού ήταν αισθητή. Το πιο σημαντικό πόρισμα όμως της ομάδας ήταν ότι ο κόσμος δεν είναι ακόμη σε θέση να ανταποκριθεί σε ένα σοβαρό συμβάν Δημόσιας Υγείας όπως σε αυτήν την περίπτωση σε μια πανδημία γρίπης. Οι προτάσεις της επιτροπής αφορούσαν την προαγωγή της έρευνας, την ενίσχυση συστήματος υγείας καθώς και την προώθηση της γενικότερης κατάστασης υγείας των πληθυσμών.
Επιδημιολογική επιτήρηση της γρίπης
Σκοπός της επιδημιολογικής επιτήρησης της γρίπης είναι η παρακολούθηση του γεγονότος μέσω της δημιουργίας δικτύου παρατηρητών και συστήματος εργαστηριακής διερεύνησης.
• Οι στόχοι της είναι η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξής της δραστηριότητας της γρίπης συνολικά και ειδικά(γεωγραφικά διαμερίσματα).
• Η αναγνώριση εποχιακών εξάρσεων και επιδημιών ώστε να ενημερώνετε και να κατευθύνετε ο πληθυσμός.
• Η ανίχνευση ομάδων υψηλού κινδύνου για λήψη μέτρων πρόληψης όπως ο εμβολιασμός.
• Ανίχνευση των στελεχών που επικρατούν για την δημιουργία εμβολίων επόμενης περιόδου.
• Έγκαιρη ανίχνευση νέου υποτύπου και της διασποράς του
• Έγκαιρη αναγνώριση της έναρξης πανδημίας.

Επιτήρηση σε παγκόσμιο επίπεδο

Το 1948 ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (Π.Ο.Υ.) ανέλαβε τη δημιουργία και υποστήριξη ενός διεθνούς δικτύου επιτήρησης της γρίπης.

Τα δίκτυο αυτό σήμερα αποτελείται από 122 *Εθνικά Κέντρα Αναφοράς* σε 94 χώρες που συμμετέχουν στο *Influenza Surveillence System* του W.H.O. Σκοπός του είναι η ανίχνευση νέων στελεχών των γνωστών τύπων και υποτύπων της γρίπης καθώς και των νέων υποτύπων που κυκλοφορούν στον πληθυσμό, ώστε να παραχθούν τα κατάλληλα εμβόλια αλλά και να ελεγχθεί η ανθεκτικότητα του ιού στα αντιικά φάρμακα.
Τα τέσσερα συνεργαζόμενα *Κέντρα Αναφοράς και Έρευνας* του Π.Ο.Υ., στη Αυστραλία (Μελβούρνη), Ιαπωνία (Τόκιο), Ηνωμένο Βασίλειο (Λονδίνο) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (Ατλάντα), σε όλη τη διάρκεια του έτους, διεξάγουν αναλύσεις στελεχών που αποστέλλονται από τα υπόλοιπα *Κέντρα Αναφοράς Γρίπης*.
Τα *Κέντρα Αναφοράς Γρίπης* προμηθεύονται από το *Centre for Disease Control and Prevetion* (C.D.C.) αντιγόνα και αντιορούς (τα οποία παράγει το C.D.C.), προκειμένου να εκτελέσουν την τυποποίηση των στελεχών του ιού που κυκλοφορούν στην χώρα τους, ούτως ώστε να ανιχνευτούν έγκαιρα τα νέα στελέχη του ιού. Ακολούθως στέλνουν τα απομονωθέντα στελέχη σε ένα από τα *Διεθνή Εργαστήρια Αναφοράς* για περαιτέρω ανάλυση και παραγωγή εμβολίων. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό τότε ένα από τα *Διεθνή Εργαστήρια Αναφοράς* αναλαμβάνει και ολοκληρώνει την ανάλυση ώστε να γίνει η τυποποίηση.
Ετησίως οργανώνονται πολυάριθμα σεμινάρια και συνέδρια γύρω από την διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία της γρίπης καθώς και την έρευνα πάνω στους ιούς της γρίπης. Σημαντικό ρόλο στην οργάνωση οικονομική ενίσχυση αυτών παίζει το *Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Επιτήρησης Γρίπης* (European Influenza Surveillance Scheme - EISS).

Επιτήρηση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (Π.Ο.Υ.) για παρακολούθηση των ιών της γρίπης μέσα από ένα οργανωμένο δίκτυο. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει αναλάβει το ενημερωτικό και οργανωτικό μέρος και τα δύο *Εθνικά Κέντρα Γρίπης,* Βόρειας και Νότιας Ελλάδας το διαγνωστικό και ερευνητικό μέρος.
Το δίκτυο συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης της γρίπης στην Ελλάδα περιλαμβάνει:

- *Σύστημα Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Δίκτυο Ιδιωτών ιατρών,* στο οποίο συμμετέχουν εθελοντικά ιδιώτες γιατροί παθολόγοι και παιδίατροι, οποίοι δηλώνουν κάθε εβδομάδα τον αριθμό των κρουσμάτων που σχετίζονται με τον κλινικό ορισμό της γριπώδους συνδρομής. Ο ορισμός αυτός έχει αναγνωριστεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση και συνιστάται στα κράτη μέλη. Το 2004 καθιερώθηκε ειδικό έντυπο καταγραφής αυτών των κρουσμάτων ως προς τον αριθμό των επισκέψεων. Τα στοιχεία που συλλέγονται, επεξεργάζονται και αποστέλλονται στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

• *Σύστημα Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Δίκτυο Ιατρών Ι.Κ.Α.* Ξεκίνησε το 2003 με την συμμετοχή παθολόγων και παιδιάτρων από 24 υποκαταστήματα στην Βόρεια και Νότια Ελλάδα. Σε ειδικό δελτίο καταγράφονται οι ημερήσιες επισκέψεις, το σύνολο των ασθενών με γριπώδη συνδρομή(σύμφωνα πάντα με τον ορισμό), καθώς και επιπρόσθετες πληροφορίες για κάθε ασθενή με γριπώδη συνδρομή. Τα δελτία αποστέλλονται στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ κάθε εβδομάδα.
• *Σύστημα Παρατηρητών Νοσηρότητας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Δίκτυο Κέντρων Υγείας.* Ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2004, σε συνεργασία με το Εργαστήριο Υγιεινής του Τμήματος Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με επιστημονικά υπεύθυνος τον Καθηγητή κ. *Α. Μπένο* και συμμετοχή 72 Κέντρων Υγείας, και συνολικά 78 γενικού ιατρούς και παιδιάτρους. Πρόκειται για επιτήρηση της γριπώδους συνδρομής στις αγροτικές περιοχές της χώρας, ώστε να υπάρχει δυνατότητα ανίχνευσης επιδημιών και έγκαιρης παρέμβασης.
• *Σύστημα Υποχρεωτικώς Δηλουμένων Νοσημάτων.* Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η γρίπη εφόσον πρόκειται εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα ή σύνδεση με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά.
• *Σύστημα Εργαστηριακής Δήλωσης* - ορολογική επιτήρηση με συμμετοχή πάνω απο 15 νοσοκομείων των οποίων τα εργαστήρια καταθέτουν ειδικό δελτίο ανοσολογικών εξετάσεων και ανίχνευσης αντισωμάτων κατά του ιού της γρίπης, κάθε εβδομάδα.
• *Εργαστηριακή Επιτήρηση* μέσω των *Κέντρων Αναφοράς Γρίπης*. Στην Ελλάδα λειτουργούν δύο Κέντρα Αναφοράς, το Β΄ Εργαστήριο Μικροβιολογίας ττης Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης για τη Βόρεια Ελλάδα και το *Ινστιτούτο Παστέρ* για τη Νότια Ελλάδα. Τα Κέντρα αυτά αποστέλλουν κάθε εβδομάδα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, αποτελέσματα ιολογικού ελέγχου κλινικών δειγμάτων από ιατρούς του δικτύου του Ι.Κ.Α. καθώς και από άλλες πηγές όπως Νοσοκομεία, ιδιωτικά θεραπευτήρια κ.λ.π.
• *Επέκταση της εργαστηριακής επιτήρησης της γρίπης.* Η εργαστηριακή επιτήρηση γρίπης επεκτείνεται συνεχώς και σε άλλα εξειδικευμένα και συνεργαζόμενα Εργαστήρια και αφορά ταχείες μεθόδους ανίχνευσης του ιού της γρίπης, με σκοπό την να εξετάζεται μεγαλύτερος αριθμός δειγμάτων ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη ανίχνευση των στελεχών της γρίπης που κυκλοφορούν.
Εκτός από τα προναναφερθέντα συστήματα, εφαρμόσθηκε επίσης το σύστημα καταγραφής απουσιών μαθητών από τα σχολεία και το σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης της θνησιμότητας, το οποίο εφαρμόσθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος *European Mortality Monitoring* (EuroMoMo), στο οποίο μετείχαν και άλλες 19 Ευρωπαϊκές χώρες
Στην Ελλάδα το 2009 υπήρξε σημαντική κινητοποίηση για την αντιμετώπιση της πανδημίας γρίπης. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλους συναρμόδιους φορείς τόσο στην αρχή όσο

και στην φάση περιορισμού της νόσου πραγματοποίησε πληθώρα δράσεων. Υπήρξαν συνεχείς συναντήσεις με το *Εθνικό Επιστημονικό και Επιχειρησιακό Συμβούλιο* με στόχο την εκτίμηση του κινδύνου, τον καθορισμό εθνικού στρατηγικού σχεδίου και την έκδοση οδηγιών. Επίσης το Κ.ΕΠΙΧ. (Κέντρο Επιχειρήσεων) του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. βρισκόταν σε συνεχή λειτουργία όπως και ειδική τηλεφωνική γραμμή (1135).

ΠΡΟΛΗΨΗ

Γενικές οδηγίες πρόληψης

Η γρίπη μεταδίδεται από μολυσμένα σταγονίδια που απελευθερώνονται όταν ένας ασθενής βήχει, φταρνίζεται ή μιλά. Επίσης μεταδίδεται μέσω των χεριών με την επαφή με αντικείμενα και επιφάνειες που έχουν μολυνθεί και ακολουθεί επαφή των χεριών με τα μάτια, την μύτη ή το στόμα του. Παράγοντες όπως ο ψυχρός καιρός και ο συγχρωτισμός αυξάνουν τη μετάδοση της γρίπης. Η πρόληψη περιλαμβάνει:

- Αποφυγή έκθεσης σε μολυσμένο από τον ιό περιβάλλον (ειδικά των ευπαθών ομάδων).
- Τήρηση κανόνων υγιεινής όπως πλύσιμο χεριών πριν και μετά την επαφή με ασθενή ή μετά από επαφή με αντικείμενα του ιδίου.
- Χρήση προστατευτικών μέτρων όπως μάσκα και γάντια, όταν υπάρχει επαφή με ασθενή που νοσηλεύεται.

Αντιγριπικός Εμβολιασμός

Στην Ελλάδα η δραστηριότητα της εποχικής γρίπης αυξάνεται κατά τον Ιανουάριο και κορυφώνεται τους μήνες Φεβρουάριο - Μάρτιο. Οι εξάρσεις της γρίπης εισβάλλουν γρήγορα, ώστε δεν μπορεί να εντοπισθεί ο χρόνος και ο τόπος έναρξης. Αποτέλεσμα είναι η διατάραξη της επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής, η αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων ακόμα και η αύξηση της θνητότητας. Το ψύχος και ο συγχρωτισμός ευνοούν την μετάδοση τους όπως προ είπαμε, αλλά δεδομένου ότι η γρίπη δραστηριοποιείται τους χειμερινούς μήνες, γίνεται κατανοητό ότι οι κλασικοί τρόποι πρόληψης είναι ανεπαρκείς και αναποτελεσματικοί.

Η μόλυνση από γρίπη μια χρονιά προσφέρει κάποιου βαθμού ανοσία σε παρόμοια στελέχη για ένα ή περισσότερα έτη. Αυτό εξαρτάται πάντα και από την γενική υγεία του ατόμου. Άτομα υγιή προστατεύονται περισσότερο συγκριτικά με άτομα με συνοδά νοσήματα. Δεδομένου ότι ο ιός της γρίπης μεταλλάσσεται, τα αντισώματα έναντι ενός στελέχους την μια χρονιά μπορεί να μην μπορούν να προστατεύσουν το άτομο σε περίπτωση εμφάνισης ενός νέου στελέχους την επόμενη.

Ο πιο αποτελεσματικός όμως τρόπος για να προστατευθεί κανείς από τη γρίπη είναι ο έγκαιρος εμβολιασμός με το αντιγριπικό εμβόλιο, η έγκαιρη εφαρμογή του οποίου μπορεί να καλύψει σε ποσοστό 80% περίπου και αποτρέψει την μετάδοση του ιού της γρίπης, τις επιπλοκές σε άτομα με συνοδά νοσήματα, καθώς και τις νοσηλείες και τους θανάτους.
Η χορήγηση του αντιγριπικού εμβολίου πρέπει να γίνεται έγκαιρα και πριν την έναρξη της περιόδου εξάρσεων του ιού εφόσον χρειάζονται 2 εβδομάδες για την επίτευξη ανοσολογικής απάντησης.
Όπως προαναφέρθηκε ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (Π.Ο.Υ.) μέσω του ειδικού δικτύου που έχει δημιουργήσει για την επιτήρηση της γρίπης, συγκεντρώνει πληροφορίες για τα στελέχη που κυκλοφορούν κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο βάση των οποίων, το Φεβρουάριο κάθε χρόνου καλούνται οι φαρμακοβιομηχανίες για την παραγωγή του εμβολίου της επόμενης χρονιάς.
Σε κάθε περίοδο γρίπης είναι δυνατόν να κυκλοφορούν νέα στελέχη, οπότε και η σύνθεση του εμβολίου μπορεί να είναι διαφορετική κάθε χρόνο. Επίσης ακόμα και αν τα στελέχη είναι τα ίδια η ανοσία που προσφέρει το εμβόλιο διαρκεί περίπου 6 μήνες. Για τους παραπάνω λόγους ο εμβολιασμός με το αντιγριπικό εμβόλιο πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο.

Ομάδες υψηλού κινδύνου για αντιγριπικό εμβολιασμό

Ανάλογα με τα επιδημιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας, καθώς και τις συστάσεις του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (Π.Ο.Υ.) ορίζονται οι «ομάδες υψηλού κινδύνου», που επιβάλλεται να εμβολιάζονται κάθε χρόνο.
Οι ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι εξής:
1. Άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω,
2. Παιδιά και ενήλικες με χρόνια νοσήματα όπως:
    - άσθμα ή άλλες χρόνιες πνευμονοπάθειες,
    - καρδιακή νόσο με σοβαρές αιμοδυναμικές διαταραχές,
    - ανοσοκαταστολή, κληρονομική ή επίκτητη,
    - μεταμοσχευμένα άτομα,
    - δρεπανοκυτταρική ανοσία και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες,
    - σακχαρώδη διαβήτη και άλλα μεταβολικά νοσήματ,α
    - χρόνια νεφροπάθεια.
3. Ασθενείς με νευρομυϊκά νοσήματα,
4. Εγκυες γυναίκες,
5. Παιδιά που λαμβάνουν ασπιρίνη,
6. Ατομα που έρχονται σε επαφή με παιδιά μικρότερα των 6 μηνών ή φροντίζουν άτομα με συνοδά νοσήματα (και οι δύο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από την γρίπη),

7. Κλειστοί πληθυσμοί (προσωπικό και σπουδαστές γυμνασίων και λυκείων, στρατιωτικών και αστυνομικών σχολών, ειδικών σχολείων, τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων κ.ά.),
8. Εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας.

Ομάδες προτεραιότητας για εμβολιασμό κατά το CDC αποτελούν:

- Άτομα ηλικίας 25 έως 64 ετών με χρόνια νοσήματα(άτομα άνω των 65 ετών φαίνεται να έχουν μικρότερο κίνδυνο προσβολής από τον ιό της νέας γρίπης H1N1)
- Άτομα ηλικίας μεταξύ 6 μηνών και 24 ετών
- Επαγγελματίες στον χώρο της υγείας
- Έγκυες γυναίκες
- Τα άτομα που φροντίζουν παιδιά μικρότερα των 6 μηνών 57.

Εμβόλιο γρίπης

Τον Ιούλιο του 2009 ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (Π.Ο.Υ.) ενέκρινε την παραγωγή του νέου εμβολίου από 8 φαρμακευτικές εταιρείες: *Sanofi-Aventis, Baxter, Novartis, Nobilon, GlaxoSmithKline, Solvay, CSL* και *AstraZeneca.* Έτσι κυκλοφορούν δύο κατηγορίες εμβολίων:
- Εμβόλια που περιέχουν αδρανοποιημένους ιούς,
- Εμβόλια που περιέχουν ζώντες εξασθενημένους ιούς.

Το εμβόλιο που κυκλοφορεί στην Ελλάδα είναι τριπλό (trivalent) και αποτελείται από έναν εκπρόσωπο ιού γρίπης Α(Η1Ν1), έναν Α(Η3Ν2) και ένα Β. Πρόκειται για εμβόλιο που περιέχει αδρανοποιημένους ιούς με νεότερο ανοσοενισχυντικό. και συγκεκριμένα κυκλοφορούν δύο είδη: το *Focetria (Novartis)* και *Pandremix (GlaxoSmithKline).*
Τα εμβόλια λοιπόν που κυκλοφορούν μπορεί να περιέχουν αδρανοποιημένους ιούς ή υπομονάδες ιών. Ανοσολογική απάντηση έχουμε μέσα σε 2 εβδομάδες από τη χορήγηση του εμβολίου.
Το εμβόλιο χορηγείται σε μια δόση με εξαίρεση ανοσοκατασταλμένα άτομα στα οποία το σχήμα περιλαμβάνει δύο δόσεις.
Ωστόσο η προσπάθεια το 2009 για εμβολιαστική κάλυψη σε παγκόσμιο επίπεδο δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ αυτά διαφέρουν ανά χώρα. Μέχρι το τέλος του 2009 στις Η.Π.Α. εμβολιάσθηκε περίπου το 20% του πληθυσμού, ενώ στην Ελλάδα περίπου το 3% του πληθυσμού. Πρόκειται για ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά σε όλη την Ευρώπη.
Σε παγκόσμιο επίπεδο ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίσθηκαν. Στην Σκανδιναβία υπήρξε συσχέτιση με εμφάνιση ναρκοληψίας η οποία βρίσκεται υπό μελέτη.

Αντενδείξεις εμβολίου

Οι αντενδείξεις αφορούν τις εξής κατηγορίες: άτομα με ιστορικό σοβαρής αλλεργίας σε αυγά ή σε κάποιο από τα συστατικά του εμβολίου (για άτομα υψηλού κινδύνου πρέπει να προηγείται επικοινωνία με αλλεργιολογικό τμήμα), άτομα με ιστορικό αλλεργικής αντίδρασης στο εμβόλιο της εποχικής γρίπης, άτομα με ιστορικό συνδρόμου *Guillain - Barre,* άτομα με πυρετό πρέπει να περιμένουν να υποχωρήσει ο πυρετός πριν κάνουν εμβόλιο.

Μελέτη εμβολίων

Μεγάλη προσπάθεια γίνεται για την παρασκευή αποτελεσματικότερων, βελτιωμένων και ασφαλέστερων εμβολίων με σταθερή σύνθεση ώστε να μην αντικαθίστανται κάθε χρόνο. Εμβόλια που περιέχουν τμήματα HA και NA που περιβάλλονται από λεκιθίνη έχουν καλύτερη ανοσολογική απάντηση.
Τα εισπνεόμενα εμβόλια λύνουν το πρόβλημα της ετήσιας αλλαγής αλλά ενοχοποιούνται για παρενέργειες. Η διαδερμική έγχυση φαίνεται να προκαλεί υψηλή παραγωγή IgA αντισωμάτων.
Εξίσου σημαντική είναι και η έρευνα για τη βελτίωση των συστατικών του εμβολίου. Η χρήση τμημάτων NA φαίνεται να κάνει το εμβόλιο πιο αποτελεσματικό, ενώ με τη χρήση συντηρημένων HA τμημάτων επιτυγχάνεται ανοσία κατά των διαφόρων υποτύπων του ιού ανεξάρτητα διότι είναι κοινά σε όλους τους ιούς. Η M2 πρωτεΐνη αν και συγκριτικά με την NA και HA προκαλεί μικρότερη παραγωγή αντισωμάτων φαίνεται να προκαλεί κάποια προστασία έναντι όλων των υποτύπων των ιών γρίπης Α.
Εμβόλια DNA φαίνεται να αποτελούν μελλοντική λύση. Υπήρξαν δοκιμές με χρήση ανασυνδυασμένου πλασμιδιακού DNA που εκπροσωπεί το γονίδιο της NP πρωτεΐνης, το οποίο είναι κοινό για όλους τους τύπους του ιού της γρίπης που δεν είναι όμως τόσο αποτελεσματικό όσο το DNA εμβόλιο με γονίδιο της HA ή της NA πρωτεΐνης.
Τέλος σε ότι αφορά εμβόλια που περιέχουν ζωντανούς εξασθενημένους ιούς με την εξέλιξη της γενετικής μπορεί να η δημιουργία ανασυνδυασμένων ιών γρίπης Α και Β από τα cDNA. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τη σύνθεση εμβολίου με δυνατότητα επιλογής συνδυασμού και των 8 γονιδίων του ιού. Πρόκειται για εμβόλια που σύμφωνα με τα πρώτα στοιχεία που προκαλούν υψηλή παραγωγή IgG αντισωμάτων στον ορό, υψηλή παραγωγή IgA αντισωμάτων από το βλεννογόνο αλλά και προστασία από όλους τους τύπους των ιών γρίπης.

Ασφάλεια των εμβολίων

Υπάρχουν πολλές απορίες και ανησυχίες για την ασφάλεια των εμβολίων, με κυριότερη τον φόβο ότι τα εμβόλια μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές

παρενέργειες, ή ακόμα και νόσο. Οι γονείς ανησυχούν ακούγοντας για αναφορές σοβαρών αντιδράσεων, οι οποίες εμφανίζονται σύντομα μετά τον εμβολιασμό ενός παιδιού και αποδίδονται σε παρενέργεια ή επιπλοκή του εμβολίου. Τέτοιες ιστορίες, που αφορούν στο φόβο του εμβολιασμού, συχνά συναντώνται στο διαδίκτυο.
Στην πραγματικότητα τα εμβόλια είναι εξαιρετικά ασφαλή. Προτού χρησιμοποιηθούν, θα πρέπει να πληρούν αυστηρές προϋποθέσεις, τις οποίες ορίζει η *Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων* (F.D.A.). Για να πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις, απαιτείται μία μακρά παραγωγική διαδικασία διάρκειας έως και δέκα ετών, που ακολουθείται από τρεις φάσεις κλινικών δοκιμών.
Μόλις τα εμβόλια πάρουν άδεια και διατεθούν στο κοινό, το F.D.A. και τα *Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων* (C.D.C.) συνεχίζουν να παρακολουθούν την ασφάλειά τους, όπως επίσης συνεχίζουν και τον αυστηρό και προσεκτικό έλεγχο σε περίπτωση αναφοράς παρενεργειών. Οι περισσότερες παρενέργειες είναι ήπιες και δεν έχουν χρονική διάρκεια, όπως το πρήξιμο του χεριού στο σημείο που έγινε το εμβόλιο ή ένας ελαφρύς πυρετός. Σοβαρές αντιδράσεις όπως μια επιληπτική κρίση ή πολύ υψηλός πυρετός, είναι εξαιρετικά σπάνιες. Σύμφωνα με τα *Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων* σοβαρές παρενέργειες εμφανίζονται σε ποσοστά 1 προς 1.000 έως 1 προς 1.000.000 των δόσεων.
Ο κίνδυνος θανάτου από εμβόλιο είναι τόσο απίθανος, ώστε δεν μπορεί να υπολογισθεί με ακρίβεια.
Επιπλέον, τα εμβόλια είναι αντικείμενα συνεχούς έρευνας, αξιολόγησης και βελτίωσης από γιατρούς, επιστήμονες και στελέχη δημόσιας υγείας.
Οι πιθανότητες να νοσήσει κανείς από μία ασθένεια είναι σαφώς μεγαλύτερες απ' ότι να νοσήσει από ένα εμβόλιο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη μίας ασθένειας.

Ασφάλεια εμβολίου γρίπης

Το εποχικό εμβόλιο είναι καλά ανεκτό και ασφαλές. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν είναι: τοπικός ερεθισμός στο σημείο της ένεσης, κεφαλαλγία, αίσθημα κόπωσης και κακουχίας, μυαλγίες, αρθραλγίες και πυρετός. Μετά τον εμβολιασμό ενδέχεται να εμφανιστεί αλλεργική αντίδραση, η οποία σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Από τα μέχρι τώρα δεδομένα των διεθνών συστημάτων φαρμακοεπαγρύπνησης δεν προκύπτει συσχέτιση με την εμφάνιση του συνδρόμου *Guillain - Barre.*

ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η γρίπη αποτελεί τη συχνότερη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Κατά τη διάρκεια της ετήσιας εμφάνισης της επιδημικής έξαρσης παρατηρείται

κατακόρυφη αύξηση των επισκέψεων ασθενών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.
Ορισμένες κατηγορίες ατόμων, με υποκείμενα νοσήματα ή καταστάσεις, ονομάζονται «ομάδες υψηλού κινδύνου». Η ονομασία αυτή έγκειται στο ότι όταν νοσήσουν από γρίπη μπορεί να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές. Μια ξεχωριστή κατηγορία ατόμων αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και όλοι όσοι εργάζονται σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.
Η νοσοκομειακή γρίπη αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα, ηλικιωμένους και νεογνά. Επιδημίες έχουν εμφανισθεί και καταγραφεί σε διάφορους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και μάλιστα με ποσοστά προσβολής που φτάνουν το 54,8%, θνητότητα έως 25%, κλεισίματος της μονάδας μέχρι 38,5% και επιπλέον υψηλό κόστος εξαιτίας συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπείας καθώς και παράτασης νοσηλείας.
Ο ιός της γρίπης έχει την δυνατότητα να εξαπλωθεί πολύ γρήγορα μέσα σε κλειστούς χώρους και να προκαλέσει επιδημίες με απότομη έναρξη. Μη διαγνωσμένοι ασθενείς και επισκέπτες με γρίπη μπορεί να μεταδώσουν τη γρίπη σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Την κύρια πηγή νοσοκομειακής γρίπης όμως αποτελούν οι ανεμβολίαστοι επαγγελματίες υγείας εφόσον συχνά εξακολουθούν να εργάζονται παρότι υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού
Η σχολαστική εφαρμογή των μέτρων προφύλαξης για την γρίπη σε συνδυασμό με τον ετήσιο εμβολιασμό των εργαζομένων αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για τον περιορισμό της μετάδοσης της γρίπης στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αντιγριπικός εμβολιασμός ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Το κύριο προληπτικό μέσο κατά της νοσοκομειακής μετάδοσης της γρίπης σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο εμβολιασμός των εργαζομένων αποτελεί. Ο εμβολιασμός των Ε.Υ. συστήνεται παγκοσμίως από τους φορείς δημόσιας υγείας. Στόχο αποτελεί η προστασία ευπαθών ομάδων ασθενών από τη μετάδοση γρίπης μέσα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό είναι σημαντικό αφού άτομα σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση επιπλοκών και θάνατο λόγω γρίπης όπως άτομα με υποκείμενα νοσήματα και ηλικιωμένοι, χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες παροχής υγείας και ο εμβολιασμός τους έχει περιορισμένο αποτέλεσμα.
Ο εμβολιασμός των Ε.Υ. είναι εξίσου σημαντικός όχι μόνο για την προστασία των ασθενών αλλά και για την προστασία των ίδιων από την επαγγελματική μετάδοση της γρίπης και πιθανόν και της οικογένειάς τους. Επίσης συμβάλει στην πρόληψη των απουσιών του προσωπικού που έχει σαν αποτέλεσμα την διαταραχή των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της εποχής της γρίπης. Τέλος η απότομη αύξηση της αντοχής της αμανταδίνης και η ανάδυση στελεχών

με αντοχή στην οσελταμιβίρη, υπενθυμίζουν ότι τα μέσα που διαθέτουμε για τον περιορισμό της διασποράς της γρίπης σε κλειστούς χώρους είναι περιορισμένα.
Σε υγιείς ενήλικες κάτω των 65 ετών, το εμβόλιο της γρίπης είναι 70-90% αποτελεσματικό. Πρόκειται για μια κατηγορία που καλύπτει ηλικιακά σχεδόν όλους τους επαγγελματίες υγείας, και έχει μακροχρόνια αποδεδειγμένη ασφάλεια. Ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με λιγότερα επεισόδια γρίπης και γριπώδους συνδρομής, και απουσίας από την εργασία. Η αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετίζεται με μείωση των περιστατικών νοσοκομειακής γρίπης, ενώ επιδημίες συμβαίνουν στα πλαίσια χαμηλής εμβολιαστικής κάλυψης. Σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων ο αντιγριπικός εμβολιασμός του προσωπικού ελαπτώνει τη θνητότητα, τα επεισόδια γριπώδους συνδρομής, και τις εισαγωγές των ασθενών αυτών σε νοσοκομεία
Η σύσταση για τον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό αφορά όλους τους εργαζόμενους που μπορεί να έρθουν σε επαφή με ασθενείς, μόνιμο και μη προσωπικό, των εκπαιδευτές και φοιτητές. Ο εμβολιασμός των εργαζομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ογκολογικά, πνευμονολογικά και καρδιολογικά τμήματα, καθώς και σε τμήματα με μεταμοσχευμένους ασθενείς, και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, όπως είναι λογικό έχει προτεραιότητα.
Στόχος εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας τίθεται το 90%. Παρ' όλες όμως τις συστάσεις εδώ και σχεδόν τρεις δεκαετίες τα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων στην Ελλάδα κυμαίνονται από 2% μέχρι 16,36%. Κύριες αιτίες που δεν επιτρέπουν την αύξηση του ποσοστού αυτού αποτελούν οι λανθασμένες αντιλήψεις του προσωπικού για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, η πεποίθηση τους ότι δεν κινδυνεύουν να κολλήσουν γρίπη, η άγνοια των συστάσεων για εμβολιασμό και η μη διάθεση του εμβολίου.
Ενώ οι κύριοι λόγοι που σχετίζονται με την αποδοχή του εμβολίου αφορούν κυρίως την προστασία των ιδίων και της οικογένειάς τους, καθώς και την προστασία των ασθενών.

ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Λόγοι αποδοχής του εμβολίου

Η ανάγκη για προστασία του εαυτού τους: Τον σημαντικότερο λόγο αποδοχής του εμβολίου από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί η ανάγκη προστασίας του εαυτού τους. Στην έρευνα των *Chalmers* et al (2005) και στην έρευνα των *Livni* et al (2008), βρίσκεται στην πρώτη θέση, ενώ στην έρευνα των *Tawfiq* et al (2009) ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας

αποδεικνύει πως η ανάγκη για προστασία του εαυτού τους, υπερέχει. Ως ο κυριότερος λόγος και στην έρευνα των *Willis* et al (2007). Στην Ελλάδα στις έρευνες των *Dedoukou* et al (2010) και *Maltezou* et al (2008) φαίνεται ότι η αυτοπροστασία είναι ο κύριος λόγος αποδοχής του εμβολίου.
Η ανάγκη προστασίας της οικογένειας: Η ανάγκη προστασίας της οικογένειας αποτελεί σημαντικό λόγο αποδοχής του εμβολίου. Στην Ελλάδα στην έρευνα των *Maltezou* et al (2008) που διεξήχθησαν περισσότεροι από τους μισούς εμβολιασμένους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρουν τον λόγο αυτό. Έρευνες που έλαβαν χώρα στις Η.Π.Α παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά όπως στην έρευνα των *Clark* et al (2009). Χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται και στην έρευνα των *Rodolfo* et al (1998).
Η ανάγκη προστασίας των ασθενών: Σημαντικό λόγο αποδοχής του εμβολίου, στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί και η ανάγκη προστασίας των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να προστατέψουν τους ασθενείς και να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες μετάδοσης του ιού. Σε έρευνα που έλαβε χώρα στις Η.Π.Α, η ανάγκη προστασίας των ασθενών αποτελεί πολύ σημαντικός παράγοντας αποδοχής του εμβολίου, όπως επισημαίνεται από τους *Dedoukou* et al (2010). Στην Ελλάδα στην έρευνα των *Maltezou* et al (2088), τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που δηλώνουν ως λόγο αποδοχής του εμβολίου την ανάγκη προστασίας των ασθενών είναι σημαντικά. Στην έρευνα των *Loulergue* et al (2009) φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας εμβολιάζονται για την προστασία των ασθενών τους.
Το επίπεδο γνώσεων: Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την αποδοχή του εμβολίου της γρίπης από τους επαγγελματίες υγείας είναι η επάρκεια γνώσεων. Η σωστή γνώση για τον εμβολιασμό τα κίνητρα για την υγεία και οι σωστοί τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας είναι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τα υψηλά επίπεδα εμβολιασμού.

Λόγοι απόρριψης του εμβολίου

Απουσία γνώσεων/λανθασμένες γνώσεις για το εμβόλιο: Η απουσία γνώσεων ή οι λανθασμένες γνώσεις για το εμβόλιο αποτελούν ένα καθοριστικό παράγοντα για την απόρριψη του εμβολίου κατά του ιού της γρίπης στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με πολλές έρευνες αποτελεί έναν από τους κυριότερους λόγους που δεν εμβολιάζονται. Στις Η.Π.Α. σε έρευνα που διεξήχθη από τους Sharon et al το 2008 αναφέρεται ότι η έλλειψη γνώσεων είναι ο πρώτος λόγος άρνησης εμβολιασμού. Η έρευνα από τους *Dedoukou* et al (2010) περιγράφει τα αποτελέσματα μιας εθνικής εκστρατείας για την προώθηση του εμβολιασμού κατά της γρίπης επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Σε αυτήν την έρευνα αποδείχτηκε ότι ένας από τους έξι σημαντικότερους λόγους απάρνησης του

εμβολιασμού από τους επαγγελματίες υγείας ήταν η ανεπαρκής πληροφόρηση για το εμβόλιο και συνεπώς η έλλειψη γνώσεων σχετικά με το πρόγραμμα εμβολιασμού. Τα ίδια αποτελέσματα είχαμε και στην έρευνα των *Maltezou* et al (2008) σε 132 δημόσια νοσοκομεία. Η έλλειψη γνώσεων αποτελεί ένα από τους έξι λόγους μη εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας. Άλλες έρευνες που φέρουν τα ίδια αποτελέσματα και αποδεικνύουν η έλλειψη γνώσεων επηρεάζει και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο αύξησης των επιπέδων εμβολιασμού είναι η έρευνα που διεξήχθη από τους *Martinello* et al (2001), *Loulergue* et al (2009). Στην έρευνα των *Willis* et al (2007), είναι εμφανές ότι οι εμβολιασμένοι επαγγελματίες υγείας είναι πιο ενημερωμένοι για τον εμβολιασμό και τους παράγοντες κινδύνου. Στην έρευνα που διεξήχθη στο Ισραήλ από τους *Shahrabani* et al (2008) φάνηκε ότι οι εμβολιασμένοι επαγγελματίες υγείας είχαν περισσότερες γνώσεις όσον αφορά τον εμβολιασμό και αυτό συνέβαλε στο να αποδεχτούν το εμβόλιο.

Αμφιβολία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου: Ένα από τους κύριους λόγους απόρριψης του εμβολίου είναι η αμφιβολία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά του. Στην έρευνα των *Dedoukou* et al (2010) ένα σημαντικό ποσοστό το επαγγελματιών υγείας αμφιβάλει για την αποτελεσματικότητά του. Στην έρευνα των *Loulergue* et al (2009) περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα αμφισβήτησαν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, ένα σημαντικό ποσοστό κατείχαν ιατροί και βοηθητικό προσωπικό. Σε μικρότερα ποσοστά στις έρευνες των *Maltezou* et al (2008) και *Martinello* et al (2003) ο παράγοντας ασφάλεια και αποτελεσματικότητα οδηγεί σε απόρριψη του εμβολίου. Άλλες έρευνες που αποδεικνύουν ότι η αμφισβήτηση της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του εμβολίου αποτελούν αιτία απόρριψης του εμβολίου είναι οι έρευνες των *Rodolfo* et al (1998), *Clark* et al (2009).

Φόβος παρενεργειών: Πολλές έρευνες αναφέρουν τις παρενέργειες του εμβολίου ως λόγο απόρριψης του εμβολίου. Σε έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α από τους *Clark. S.* et al 2009, ο φόβος των παρενεργειών αποτελεί τον πρώτο λόγο άρνησης εμβολιασμού. Την πρωτιά επίσης κατέχει και στην έρευνα των *Heimberger* et al (1995). Στην έρευνα από τους *Rodolfo* et al (1998) ο φόβος για το εμβόλιο ενάντια στον ιό, ενώ συνολικά αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία άρνησης του εμβολιασμού. επικρατεί ως δεύτερος λόγος μη αποδοχής του εμβολίου. Επίσης στην έρευνα που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία από τους *Norton* et al (2008) οι μη εμβολιασμένοι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν ότι ανησυχούν για τυχόν παρενέργειες που θα ήταν πιθανόν να τους έβλαπταν. Στην Ελλάδα στην έρευνα από τους *Dedoukou* et al (2010) σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων αναφέρουν ότι ένας από τους λόγους απόρριψης του εμβολίου είναι ο φόβος των παρενεργειών μετά το εμβόλιο. Ο λόγος αυτός αποτελεί ένας από τους σημαντικότερους λόγους απόρριψης του εμβολίου σε αυτή την έρευνα. Επίσης στην έρευνα των *Maltezou*

et al (2008) ο δεύτερος σημαντικότερος λόγος απόρριψης του εμβολίου είναι ο φόβος των παρενεργειών.
Μη αναγνώριση του κινδύνου προσβολής από την νόσο: Η μη αναγνώριση του κινδύνου προσβολής από την νόσο αποτελεί αιτία μη αποδοχής του εμβολιασμού. Σε τρεις έρευνες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα φαίνεται ο παράγοντας αυτός να διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην μη αποδοχή του εμβολίου ενάντια στον ιό. Στην έρευνα των *Maltezou* et al (2008) σχεδόν οι μισοί από τους μη εμβολιασμένους επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι δεν κινδυνεύουν να προσβληθούν από τον ιό. Στην έρευνα των *Martinello* et al (2001) στο Σικάγο αρκετοί από τους μη εμβολιασμένους επαγγελματίες υγείας αποδίδουν την άρνησή στην πεποίθηση ότι δεν κινδυνεύουν από τον ιό. Συχνή αιτία άρνησης του εμβολίου αποτελεί και σε έρευνες που έλαβαν χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στρατηγικές αύξησης ποσοστών εμβολιασμού

Στρατηγικές που σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης είναι ο δωρεάν εμβολιασμός στο χώρο εργασίας, η οργάνωση διαλέξεων για τα οφέλη, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, η χρήση κινητού συνεργείου εμβολιασμού και η εφαρμογή προγραμμάτων υποχρεωτικού εμβολιασμού. Πρόσφατα εφαρμόσθηκαν προγράμματα υποχρεωτικού αντιγριπικού εμβολιασμού σε νοσοκομεία των Η.Π.Α., με σχεδόν 100% κάλυψη. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι η εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών συμβάλλει στην αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας.

Συστάσεις

Στην έρευνα των *Loulergue* et al (2009) παρατηρείται ότι το 49% των ιατρών (από δείγμα 43), το 32% των επαγγελματιών υγείας(από δείγμα 28) και το 43% των βοηθών επαγγελματιών υγείας (από δείγμα 14), εμβολιάζονται μετά από συστάσεις. Στην έρευνα των *Clark* et al (2007) ένα πολύ μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει τον εμβολιασμό ως σύσταση από το χώρο εργασίας τους. Στην έρευνα των *Livni* et al (2008) ένα σημαντικό ποσοστό ιατρών και επαγγελματιών υγείας συμμορφώνονται με τις συστάσεις που τους δίνονται για εμβολιασμό. Τέλος ελάχιστες έρευνες και πολύ μικρά ποσοστά αναδεικνύουν τις συστάσεις από προσωπικούς ιατρούς ως λόγο αποδοχής του εμβολίου από τους επαγγελματίες υγείας

Μέλη ομάδας υψηλού κινδύνου

Η αναγνώριση από τους επαγγελματίες υγείας ότι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού, όπως αναφέρεται από τους *Dedoukou* et al (2010).

Διευκόλυνση χορήγησης του εμβολίου / δωρεάν διάθεση

Η εύκολη πρόσβαση στις κλινικές εμβολιασμού φαίνεται να συμβάλει στην αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης των επαγγελματιών υγείας.
Στην έρευνα των *Rodolfo* et al (1998), η εύκολη πρόσβαση αποτελεί λόγο σε ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας.
Η δωρεάν διάθεση του εμβολίου σε όλους τους επαγγελματίες υγείας βοηθά επίσης στην αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού.

Αποφυγή των απουσιών από τη δουλειά

Οι συστάσεις των εργοδότες προς τους ΕΥ σε ότι αφορά των περιορισμό απουσιών από την εργασία φαίνεται να αποτελεί ακόμα έναν λόγο αύξησης του εμβολιασμού.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Σύμφωνα με την εργατική νομοθεσία, βασική υποχρέωση των εργοδοτών (Ν. 3850/2010 - Κύρωση του Κώδικα Νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων) αποτελεί η λήψη κάθε μέτρου που απαιτείται ώστε να εξασφαλίζονται οι εργαζόμενοι και οι τρίτοι, που τυχόν παρευρίσκονται στους χώρους εργασίας, από κάθε κίνδυνο που μπορεί να απειλήσει την υγεία τους. Στο πλαίσιο αυτό, υποχρέωση των εργοδοτών αποτελεί και η λήψη των κατάλληλων μέτρων πρόληψης της διάδοσης της εποχικής γρίπης στους χώρους εργασίας και η εφαρμογή των διατάξεων της ισχύουσας νομοθεσίας που αφορούν ιδίως την προστασία της υγείας των εργαζομένων (ενημέρωση των εργαζομένων, λήψη των κατάλληλων μέτρων πρόληψης των κινδύνων και διάθεση των απαραίτητων υλικών και μέσων για το σκοπό αυτό, μέριμνα για εμβολιασμό των εργαζομένων όταν απαιτείται, μέριμνα για καλό αερισμό των χώρων εργασίας κ.ά.).

Υποχρεώσεις εργοδοτών για την πρόληψη μετάδοσης του ιού της γρίπης και την προστασία των εργαζομένων

• Να παρέχουν στους εργαζόμενους κατάλληλη ενημέρωση και γραπτές οδηγίες σχετικά με τα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της εποχικής γρίπης. Για το σκοπό αυτό να αναρτούν σε περίοπτη θέση στους χώρους εργασίας σχετικές οδηγίες.
• Να μεριμνούν για την εξασφάλιση και διατήρηση επαρκούς αερισμού των χώρων εργασίας με φυσική ή τεχνητή κυκλοφορία καθαρού αέρα.
• Να παρέχουν τα απαραίτητα υλικά για το πλύσιμο των χεριών, όπως σαπούνι και χειροπετσέτες μιας χρήσης, όπου είναι διαθέσιμοι νιπτήρες, ή

αλκοολούχο αντισηπτικό σε κοινόχρηστους χώρους, όπως είναι οι αίθουσες αναμονής, οι διάδρομοι και οι χώροι ανάπαυσης.

• Να μεριμνούν για την τακτική απολύμανση των επιφανειών στο χώρο εργασίας με τις οποίες έρχονται συχνά σε επαφή οι εργαζόμενοι ή το κοινό, όπως είναι τα γραφεία, οι πάγκοι πωλήσεων, τα πόμολα και οι επιφάνειες των λουτρών, με ένα οικιακό απολυμαντικό σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης του.

• Να μεριμνούν για τον εμβολιασμό των εργαζομένων, όποτε κρίνεται απαραίτητο να εμβολιασθούν, ειδικά αυτών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, σε συνεργασία με τον Ιατρό Εργασίας (εφόσον υπάρχει υποχρέωση της επιχείρησης να απασχολεί Ιατρό Εργασίας) ή τις κατά τόπους υγειονομικές υπηρεσίες.

Υποχρεώσεις εργαζομένων για την προστασία τους και την πρόληψη μετάδοσης της εποχικής γρίπης

• Η τήρηση μέτρων ατομικής υγιεινής: π.χ. να πλένουν συχνά τα χέρια τους με σαπούνι και νερό, ειδικά μετά από βήχα ή φτάρνισμα, ή να χρησιμοποιούν αλκοολούχο αντισηπτικό και να αποφεύγουν να αγγίζουν τα μάτια, τη μύτη ή το στόμα τους, καθώς με αυτόν τον τρόπο μπορεί να μεταδοθεί ο ιός.

• Η τήρηση των μέτρων αναπνευστικής υγιεινής: π.χ. να καλύπτουν τη μύτη και το στόμα με ένα χαρτομάντιλο όταν βήχουν ή φταρνίζονται.

• Η αποφυγή στενής επαφής με ασθενείς ή, εάν αυτό δεν είναι εφικτό, η λήψη κατάλληλων μέτρων προφύλαξης.

• Οι ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσο και επιπλοκές από τη γρίπη, όπως άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, εργαζόμενοι που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακές παθήσεις, άσθμα ή άλλες χρόνιες πνευμονοπάθειες, χρόνια νεφροπάθεια, ανοσοκαταστολή, νευρομυϊκά νοσήματα, μεταμόσχευση οργάνων), εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, λοιποί εργαζόμενοι νοσηλευτικών και άλλων ιδρυμάτων (κλειστοί πληθυσμοί), γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, πρέπει να συμβουλεύονται το θεράποντα ιατρό τους ή τον Ιατρό Εργασίας της επιχείρησης για οδηγίες.

Υποχρεώσεις Διοικήσεων Νοσοκομείων

Ειδικότερα, οι Διοικήσεις των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων οφείλουν να ενημερώσουν τις Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, προκειμένου αυτές να οργανώσουν τον εμβολιασμό στο ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που εργάζεται στους χώρους ευθύνης τους (συμπεριλαμβανομένων και των Κέντρων Υγείας). Στο πνεύμα της επίτευξης του υψηλότερου δυνατού ποσοστού ανοσοποίησης των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, καλούνται οι Διοικητές των νοσοκομείων να παροτρύνουν σθεναρά όλους τους

εργαζόμενους (συμπεριλαμβανομένων και των κέντρων υγείας) να εμβολιασθούν, αφού προμηθευτούν το αντιγριπικό εμβόλιο μέσω του ασφαλιστικού τους φορέα.
Επισημαίνεται ότι τα εμβολιαστικά ποσοστά των εργαζομένων κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα και συγκεκριμένα για την περίοδο 2012-2013 δε ξεπέρασε το 11.5% στα νοσοκομεία (13.5% στους ιατρούς και 10% στους νοσηλευτές) και το 19% στα κέντρα υγείας όλης της χώρας (26% στους ιατρούς και 25% στους νοσηλευτές). Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ χαμηλότερα από το στόχο που θέτει το E.C.D.C. για την περίοδο 2014-2015 για τις ομάδες υψηλού κινδύνου και τους εργαζόμενους υγείας (75%) και ο *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* (75%). Σύμφωνα με μελέτη του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (πριν την πανδημία της γρίπης 2009-2010), δύο παράγοντες ευνοούν την επίτευξη των υψηλών στόχων:
Ι) Ο εμβολιασμός από κινητό συνεργείο εμβολιασμού μέσα στο νοσοκομείο (το οποίο πρέπει να περνά από όλα τα τμήματα και τις κλινικές 2 φορές την εβδομάδα για 3-4 εβδομάδες μέσα στο Νοέμβριο).
ΙΙ) Η διοργάνωση διαλέξεων για τα οφέλη του εμβολιασμού, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (οι διαλέξεις μπορεί να γίνουν σε επίπεδο νοσοκομείου από κάποιο σημαίνον πρόσωπο, π.χ. Πρόεδρος Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Καθηγητής Λοιμωξιολογίας κ.ά.). Είναι ιδιαιτέρως σημαντικό να προβλεφθεί διαδικασία, ώστε να διευκολυνθούν οι εργαζόμενοι ως προς τη συνταγογράφηση των σκευασμάτων.

Υποχρεώσεις Επιτροπών Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

Οι *Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων* κάθε Νοσοκομείου οφείλουν να αποστείλουν στο Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συμπληρωμένο έντυπο με τα στοιχεία του αριθμού των εμβολιασθέντων, ούτως ώστε να γίνει επεξεργασία των δεδομένων και αποτύπωση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης για την εποχική γρίπη μεταξύ των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλη τη χώρα. (Υπόδειγμα του εντύπου θα σας αποστείλει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). Οι *Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων* κάθε Νοσοκομείου θα συνεργαστούν με το *Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων* του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., προκειμένου να διευκολυνθεί και να ολοκληρωθεί ο απρόσκοπτος εμβολιασμός του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.
Ιδιαίτερα παρακαλούνται οι Διοικητές των ΥΠΕ της χώρας για την ενεργοποίηση όλων των υγειονομικών σχηματισμών αρμοδιότητάς τους προκειμένου να συνδράμουν ενημερώνοντας το κοινό για τα μέτρα πρόληψης από τη γρίπη (πχ. διανέμοντας έντυπο υλικό), καθώς και για τη συνεργασία τους με τους Διευθυντές Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων, τους Δημάρχους των Καλλικρατικών Δήμων της χώρας και το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για την οργάνωση από κοινού δράσεων ενημέρωσης του γενικού

πληθυσμού καθώς και ειδικών πληθυσμών (π.χ. σχολεία κ.λ.π.) τόσο για τη γρίπη όσο και για τη χρησιμότητα του αντιγριπικού εμβολιασμού.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ

Γενικά μέτρα πρόληψης λοιμωδών νοσημάτων εργαζομένων

Οργάνωση: Θα πρέπει να υπάρχει ένα συντονιστικό όργανο στο οποίο θα συμμετέχει υποχρεωτικά η *Ομάδα Εργασίας και Επέμβασης* (Ο.Ε.Ε.) της *Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων* (Ε.Ν.Λ.), ο ιατρός εργασίας, οι επισκέπτριες υγείας που ασχολούνται με τους εμβολιασμούς, ο επόπτης υγείας, ένας ιατρός υγιεινολόγος, ένας διοικητικός υπάλληλος για γραμματειακή υποστήριξη. Έργο του οργάνου αυτού θα είναι ο συντονισμός και η παρακολούθηση των λοιμώξεων του προσωπικού. Το όργανο αυτό θα παρακολουθεί την τήρηση των κανόνων πρόληψης έκθεσης του προσωπικού, θα καταγράφει τις εκθέσεις και τα λαμβανόμενα μετά την έκθεση προληπτικά μέτρα. Θα πρέπει να φροντίζει για την άμεση διαθεσιμότητα των απαραιτήτων εμβολίων και άλλων προληπτικών μετά έκθεση θεραπευτικών μέσων. Θα καταγράφει ακόμα λοιμώδη νοσήματα μελών του προσωπικού που απαιτούν αποκλεισμό από την εργασία και θα ορίζει τον (τους) αρμόδιο(-ους) για να αποφασίζουν τον αποκλεισμό και την επάνοδο του ασθενούς στα καθήκοντά του. Για τη σωστή λειτουργία του όλου συστήματος θα πρέπει να συντάσσει πρωτόκολλα (με τη βοήθεια της *Επιστημονικής Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων* του *Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων* - ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), την εφαρμογή των οποίων και θα επιβλέπει. Τέλος θα συντονίζει τυχόν απαιτούμενες επιδημιολογικές έρευνες.
Στην έννοια του προσωπικού περιλαμβάνεται όχι μόνο το μόνιμο αλλά και το περιστασιακά ασχολούμενο.
Υγειονομική αξιολόγηση προσωπικού: Αμέσως με την πρόσληψή του το προσωπικό θα πρέπει να ελέγχεται για την κατάσταση εμβολιασμού του, να γίνεται φυματινοαντίδραση και επί πλέον έλεγχος για το κατά πόσον υπάρχει πάθηση που προδιαθέτει σε απόκτηση ή μετάδοση λοίμωξης. Θα πρέπει ακόμα να τηρείται αρχείο εμβολιασμών και παρακολούθησης της φυματινοαντίδρασης.
Εκπαίδευση προσωπικού: Απαιτείται συνεχής και βάσει προγράμματος εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ελέγχου των λοιμώξεων με έμφαση στα ακόλουθα:

- πλύσιμο χεριών,
- τρόπους μετάδοσης των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων και συμμόρφωση με τους βασικούς κανόνες πρόληψης,
- σημασία αναφοράς ορισμένων ιδιαίτερα μολυσματικών νοσημάτων όπως εξανθηματικών,
- έλεγχο μετάδοσης φυματίωσης,

• σημασία συμμόρφωσης με τις καθολικές προφυλάξεις μετάδοσης των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων,
• εμβολιασμούς.

Επί πλέον πρέπει να υπάρχουν σε κάθε τμήμα άμεσα διαθέσιμες πάντοτε γραπτές οδηγίες.

Προετοιμασία του χώρου και του προσωπικού για την αντιμετώπιση κρουσμάτων εποχικής γρίπης

Με ευθύνη της Διοίκησης του χώρου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι απαραίτητο να ενημερωθεί και εκπαιδευτεί όλο το προσωπικό για τους τρόπους μετάδοσης της εποχικής γρίπης, τα μέτρα πρόληψης μετάδοσης της νόσου και τη σωστή χρήση του απαραίτητου υλικοτεχνικού εξοπλισμού για την αντιμετώπιση κρουσμάτων γρίπης. Συνιστάται στην περίθαλψη του ασθενή με πιθανή ή επιβεβαιωμένη γρίπη να εμπλέκεται ο μικρότερος δυνατός αριθμός εργαζομένων συνολικά και ανά ειδικότητα.

Στην υποδοχή του χώρου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σε εμφανή σημεία συνιστάται να υπάρχει ενημερωτικό υλικό με βασικές οδηγίες πρόληψης της μετάδοσης και αναπνευστικής υγιεινής για τους προσερχόμενους ασθενείς. Στο χώρο αναμονής πρέπει να υπάρχει επαρκής ποσότητα χαρτομάνδιλων και ποδοκίνητοι κάδοι απορριμμάτων για την απόρριψη τους. Ανάλογα με τη διαθεσιμότητα του χώρου υποδοχής συνιστάται να υπάρχει ειδικός χώρος αναμονής ασθενών με συμπτώματα από το αναπνευστικό, ιδιαίτερα βήχα και φτάρνισμα, ή τουλάχιστον η δυνατότητα να κάθονται σε απόσταση τουλάχιστον 1 μέτρου και κατά προτίμηση 2 μέτρων όπου αυτό είναι εφικτό, από άλλα άτομα που βρίσκονται στον ίδιο χώρο αναμονής.

Στο χώρο εξέτασης των ασθενών πρέπει να υπάρχουν: εξεταστικό κρεβάτι, ένας ποδοκίνητος κάδος δίπλα στο εξεταστικό κρεβάτι για την απόρριψη των χαρτομάνδιλων του ασθενή, ένα τροχήλατο με τον απαραίτητο εξοπλισμό για την εξέταση του ασθενή (χειρουργικές μάσκες, γάντια μια χρήσης, αλκοολούχο διάλυμα, γλωσσοπίεστρα θερμόμετρα, πιεσόμετρα, περιχειρίδες και στηθοσκόπια) και ένας ποδοκίνητος κάδος για την απόρριψη του εξοπλισμού προστασίας δίπλα στην πόρτα εξόδου. Ο χώρος αυτός συνιστάται να διαθέτει νιπτήρα με τρεχούμενο νερό για πλύσιμο χεριών με σαπούνι και αλκοολούχο αντισηπτικό. Η εξέταση του ασθενή πρέπει να γίνεται με συνθήκες που εξασφαλίζεται η προφύλαξη των υπόλοιπων ασθενών στο χώρο αναμονής και εξέτασης.

Οδηγίες πρόληψης μετάδοσης της εποχικής γρίπης

Σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται σε χώρους παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης με πυρετό και συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα (βήχας,

αναπνευστική δυσχέρεια κ.ά.) πρέπει να χορηγείται χειρουργική μάσκα. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να οδηγούνται σε ειδικό χώρο αναμονής, αν υπάρχει. Αν δεν υπάρχει ειδικός χώρος, συνιστάται να κάθονται σε απόσταση τουλάχιστον 1 μέτρου και κατά προτίμηση 2 μέτρων, όπου αυτό είναι δυνατό, από άλλα άτομα που βρίσκονται στον ίδιο χώρο αναμονής.

Βασικές προφυλάξεις επαγγελματιών υγείας

Κατά τη διάρκεια της φροντίδας κάθε ασθενή, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εφαρμόζουν τους κανόνες των βασικών προφυλάξεων. Ειδικότερα για ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα τα μέτρα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Τη χρήση γαντιών μιας χρήσης εάν είναι πιθανή από την επαφή με τον ασθενή, ή έκθεση των χεριών του προσωπικού στις αναπνευστικές εκκρίσεις του ασθενή ή η άμεση επαφή με επιφάνειες που έχουν μολυνθεί από τις αναπνευστικές εκκρίσεις.
- Τη χρήση προστατευτικής μπλούζας εάν είναι πιθανή η επαφή του ρουχισμού του επαγγελματία υγείας με τις αναπνευστικές εκκρίσεις του ασθενή.
- Αλλαγή των γαντιών και της προστατευτικής μπλούζας μετά από την επαφή με κάθε ασθενή και εφαρμογή υγιεινής των χεριών. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή των χεριών πριν και μετά από όλες τις επαφές με τον ασθενή ή την επαφή με αντικείμενα που πιθανώς έχουν μολυνθεί με εκκρίσεις του ασθενή. Αν δεν υπάρχει δυνατότητα πλυσίματος των χεριών με σαπούνι και νερό, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εφαρμόζει στα χέρια του αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα. Η χρήση γαντιών σε καμιά περίπτωση δεν υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών.

Προφυλάξεις σταγονιδίων

Σε συνδυασμό με τις βασικές προφυλάξεις είναι απαραίτητη και η εφαρμογή των μέτρων για τις προφυλάξεις σταγονιδίων κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών με πιθανή ή επιβεβαιωμένη γρίπη για 7 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων τους ή για 24 ώρες μετά την αποδρομή του πυρετού και των αναπνευστικών συμπτωμάτων.

Τοποθετείστε τον ασθενή σε ιδιαίτερο δωμάτιο. Εάν δεν υπάρχει τέτοια δυνατότητα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα συμβατά με γρίπη μπορούν να τοποθετηθούν σε κοινό θάλαμο, ενώ και οι ασθενείς που πάσχουν από επιβεβαιωμένη γρίπη τοποθετούνται επίσης σε άλλο ξεχωριστό θάλαμο. Είναι απαραίτητη η χρήση απλής χειρουργικής μάσκας αμέσως πριν από την έξοδο από το δωμάτιο του ασθενούς και απορρίπτεται σε κάδο απορριμμάτων. Στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία η μετακίνηση του ασθενή πρέπει να του χορηγείται και να εφαρμόζεται απλή χειρουργική μάσκα.

Σημειώνεται ότι το προσωπικό που εισήλθε στο χώρο εξέτασης του ασθενή δεν πρέπει να πιάνει μάτια, τη μύτη και το στόμα του πριν εξέλθει από αυτόν, απορρίψει τη μάσκα και όποιο άλλο μέρος από τον απαιτούμενο εξοπλισμό προστασίας έχει χρησιμοποιήσει και πλύνει τα χέρια του.
Κατά τη διάρκεια της εξέτασης του ασθενή ο ιατρικός εξοπλισμός (π.χ. στηθοσκόπια, περιχειρίδες, θερμόμετρα) πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Εξοπλισμός προστασίας για την εποχική γρίπη

Ο πλήρης εξοπλισμός προστασίας περιλαμβάνει:
- Απλή χειρουργική μάσκα
- Γάντια μιας χρήσης, τα οποία αλλάζουν κατά την διάρκεια των διαφόρων χειρισμών στον ασθενή (μετά από εκτίμηση κινδύνου έκθεσης στις αναπνευστικές εκκρίσεις)
- Προστατευτική μπλούζα μιας χρήσης (μετά την εκτίμηση κινδύνου έκθεσης στις αναπνευστικές εκκρίσεις)
- Ειδικά προστατευτικά γυαλιά ευρέος οπτικού πεδίου ή ασπίδα προσώπου: χρησιμοποιούνται μόνο σε παρεμβατικές πράξεις που είναι πιθανή η επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή (π.χ. βρογχοσκόπηση, αναρρόφηση).

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να φορά τον εξοπλισμό προστασίας πριν εισέλθει στον ειδικό χώρο εξέτασης του ασθενή, με την ακόλουθη σειρά και διαδικασία:
- Πλύσιμο χεριών
- Χειρουργική μάσκα
- Γυαλιά ή ασπίδα προσώπου (αν χρειάζεται)
- Προστατευτική μπλούζα μιας χρήσης
- Αντισηψία χεριών
- Γάντια μας χρήσεως
- Είσοδος στο χώρο

Ο εξοπλισμός προστασίας αφαιρείται στην πόρτα του δωματίου πριν την έξοδο από το χώρο εξέτασης με την ακόλουθη διαδικασία:
- Αντισηψία χεριών
- Επανατοποθέτηση γαντιών μιας χρήσεως
- Γυαλιά ή ασπίδα προσώπου
- Μπούζα μιας χρήσεως
- Αφαίρεση χειρουργικής μάσκας
- Αφαίρεση γαντιών
- Αντισηψία χεριών με αλκοολούχα αντισηπτικά.

Τα ενδύματα αφαιρούνται με φορά από μέσα προς τα έξω.

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ - ΧΡΗΣΗ ΜΑΠ

Υγιεινή των χεριών

Τα χέρια πρέπει να πλένονται με την κατάλληλη ποσότητα σαπουνιού (3-5 ml) για τουλάχιστον 15 sec, εφαρμόζοντας τη σωστή τεχνική, στις παρακάτω περιπτώσεις:

- πριν και μετά από κάθε επαφή με ασθενή,
- μετά από δραστηριότητες που είναι δυνατό να προκαλέσουν μόλυνση (όταν είναι εμφανώς λερωμένα ή μετά την αφαίρεση των γαντιών).

Προσοχή ιδιαίτερα στον καθαρισμό του αντίχειρα, των καρπών, των ακροδαχτύλων και μεσοδακτύλιων πτυχών καθώς και στο κλείσιμο της βρύσης με χάρτινη χειροπετσέτα μετά την ολοκλήρωση του πλυσίματος των χεριών.

Η επάλειψη των χεριών με αλκοολούχα αντισηπτικά συνιστάται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- μετά από δραστηριότητες όπου τα χέρια δεν είναι εμφανώς λερωμένα,
- μετά την αφαίρεση των γαντιών αφού πρόκειται να συνεχιστούν οι δραστηριότητες στον ίδιο ασθενή,
- μετά το πλύσιμο των χεριών αφού τα χέρια έχουν στεγνώσει,
- Με τον ίδιο τρόπο γίνεται η εφαρμογή του αντισηπτικού.

Ορθή χρήση γαντιών

Η χρήση γαντιών, τύπου latex (όχι αποστειρωμένα), προστατεύει τους ασθενείς από τη μικροβιακή χλωρίδα των χεριών του προσωπικού αλλά και το προσωπικό από την επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά των ασθενών.

Γάντια απαιτούνται:

- Κατά την επαφή με αίμα, βιολογικά υγρά, βλεννογόνους, λοιμώξεις δέρματος.
- Κατά την επαφή με αντικείμενα και επιφάνειες μολυσμένα με αίμα ή βιολογικά υγρά.
- Κατά την εκτέλεση εργασιών που εγκυμονούν κινδύνους επαφής με αίμα (φλεβοκέντηση, αιμοληψία, λήψη δείγματος αίματος από καθετήρες και βιολογικά υγρά).
- Όταν στα χέρια του προσωπικού υπάρχει λύση της συνέχεια του δέρματος ή λοιμώξεις του δέρματος.
- Κατά τη συλλογή βιολογικών δειγμάτων.
- Κατά την απομάκρυνση υγρών που έχουν μολύνει επιφάνειες και τον καθαρισμό χρησιμοποιημένων εργαλείων και οργάνων.

Τα γάντια αλλάζονται:

- Μετά από κάθε επαφή με ασθενή και πριν τη φροντίδα του επόμενου.
- Μετά την επαφή με μολυσμένη περιοχή και πριν την επαφή με καθαρή, κατά τη φροντίδα του ίδιου ασθενή.

• Όταν σχιστούν, όταν συμβεί κάποιο τρύπημα από αιχμηρό αντικείμενο, όταν μολυνθούν ή μετά τη μεταφορά μολυσμένων δειγμάτων.

Γενικές παρατηρήσεις:

• Τα λαστιχένια γάντια οικιακής χρήσης χρησιμοποιούνται για τη γενική καθαριότητα, την πιθανή επαφή με αίμα και κατά τη διαδικασία καθαρισμού και απολύμανσης των εργαλείων. Τα γάντια αυτά μπορούν να πλυθούν με νερό και απορρυπαντικό και να επαναχρησιμοποιηθούν. Όταν υπάρχουν ενδείξεις αλλοίωσης (τρυπήματα, αποχρωματισμός κ.ά.), θα πρέπει να αντικαθίστανται.

• Τα απλά γάντια (τύπου latex) και τα χειρουργικά γάντια, μετά τη χρήση τους, δεν πρέπει να πλένονται αλλά να απορρίπτονται.

• Τα γάντια αφαιρούνται γυρίζοντας την έσω επιφάνεια προς τα έξω και προσέχοντας οι εξωτερικές επιφάνειες να μην αγγίζουν τις εσωτερικές.

• Μετά την αφαίρεση των γαντιών και πριν την τοποθέτηση νέων, μεσολαβεί πάντα πλύσιμο των χεριών (με νερό και σαπούνι).

• Επισημαίνεται η παρουσία αόρατων οπών σε αριθμό γαντιών, ανεξαρτήτως της ποιότητάς τους.

• Τα γάντια δεν παρέχουν προστασία από τραυματισμούς που προκαλούν οι βελόνες ή τα άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

• Τα γάντια θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν απαιτείται και θα πρέπει να μην αγγίζονται με αυτά καθαρές επιφάνειες (τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα κ.ά.).

Η χρήση των γαντιών σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΣΩΝ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ (ΜΑΠ)

• Παιδιά και εργαζόμενοι που εμφανίζουν συμπτώματα γρίπης Α(Η1Ν1) κατά τη διάρκεια παραμονής τους στην εκπαιδευτική μονάδα, θα πρέπει να φορούν απλή χειρουργική μάσκα (που να την στερεώνουν καλά στα αυτιά έτσι ώστε να καλύπτει τη μύτη και το στόμα) και να οδηγηθούν στον προκαθορισμένο χώρο παραμονής (εκτός αιθουσών διδασκαλίας).

• Το προσωπικό που θα εισέρχεται στον προκαθορισμένο χώρο παραμονής, να φοράει μάσκα.

• Το προσωπικό όταν καθαρίζει, θα πρέπει να φοράει γάντια μιας χρήσης.

• Όταν για τον καθαρισμό το προσωπικό χρησιμοποιεί διάλυμα οικιακής χλωρίνης (1:10), θα πρέπει να χρησιμοποιεί και μάσκα μιας χρήσης.

• Τα ανωτέρω μέσα ατομικής προστασίας μετά την χρήση τους, πρέπει να απορρίπτονται αμέσως στις πλαστικές σακούλες των κάδων απορριμμάτων. Δεν πρέπει να γίνονται προσπάθειες καθαρισμού τους, π.χ. πλύσιμο των γαντιών μια χρήσης και επαναχρησιμοποίησή τους.

• Τονίζεται ότι η χρήση γαντιών μιας χρήσης δεν αντικαθιστά σε καμία περίπτωση το σχολαστικό πλύσιμο των χεριών.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ Α/Η1Ν1

Οι εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας που εργάζονται σε υπηρεσίες όπου εξετάζονται ή νοσηλεύονται ασθενείς με συμπτώματα γρίπης ή επιβεβαιωμένη νέα γρίπη, πρέπει να είναι σε εγρήγορση για την πιθανότητα εμφάνισης πυρετού και συμπτωμάτων ή σημείων οξείας λοίμωξης αναπνευστικού συστήματος (βήχας, αναπνευστική δυσχέρεια κ.ά.). Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων συμβατών με γρίπη, Η διοίκηση του χώρου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να ενημερώνεται και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να απέχουν από την εργασία τους και να παραμένουν στο σπίτι τους για 7 ημέρες ή μέχρι την πλήρη αποδρομή των συμπτωμάτων τους, περιορίζοντας τις μετακινήσεις τους στις απολύτως απαραίτητες. Κατά την παραμονή τους στο σπίτι πρέπει να τηρούν σχολαστικά τα μέτρα υγιεινής των χεριών και τα γενικότερα μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων.
Οι επαγγελματίες υγείας που ήρθαν σε στενή επαφή με ασθενή που εμφανίζει συμπτώματα γρίπης χωρίς επαρκή εφαρμογή των μέτρων ατομικής προστασίας μπορεί σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος ιατρού να λαμβάνουν χημειοπροφύλαξη με αντι-ιικά.

Διαχείριση ιατρικού εξοπλισμού και ιματισμού

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στη νοσηλεία ασθενών με γριπώδη συνδρομή ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη από τον ιό Α/Η1Ν1 πρέπει να είναι μίας χρήσης, όσο αυτό είναι δυνατό, και να απορρίπτονται αμέσως μετά τη χρήση τους. Ο ιατρικός εξοπλισμός πολλαπλών χρήσεων (π.χ. αναρρόφηση) πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τη φροντίδα του ασθενή αυτού και όχι και για άλλους ασθενείς. Συσκευές πολλαπλών χρήσεων που πρέπει να χρησιμοποιηθούν και σε άλλους ασθενείς (π.χ. βρογχοσκόπια) καθώς και συσκευές πολλαπλών χρήσεων που χρησιμοποιούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. υγραντήρες οξυγόνου) πρέπει να απολυμαίνονται με απολυμαντικό ευρέως φάσματος και αποδεδειγμένης αντιβακτηριακής και αντι-ιικής δράσης. Για συσκευές και μηχανήματα που δεν μπορούν να απολυμανθούν με εμβάπτιση ακολουθείται η διαδικασία της απολύμανσης επιφανειών. Σημειώνεται ότι ο ιός της νέας γρίπης αδρανοποιείται με διάλυμα αλκοόλης 70% ή με υποχλωριώδες νάτριο (διάλυμα 10%).
Για τον ακάθαρτο ιματισμό πρέπει να ακολουθούνται οι βασικές αρχές που τηρούνται σε όλες τις περιπτώσεις μεταδιδομένων νοσημάτων. Το προσωπικό που χειρίζεται τον ακάθαρτο ιματισμό πρέπει να φορά τον κατάλληλο Ατομικό Εξοπλισμό Προστασίας. Ο ιματισμός πρέπει να απορρίπτεται σε ειδικό σάκο στο WC του θαλάμου νοσηλείας του ασθενή, να μεταφέρεται για πλύσιμο μέσα

σε ειδικό αδιάβροχο σάκο με σήμανση και να πλένεται μαζί με αυτόν στην υψηλότερη δυνατή θερμοκρασία (>71^{o}C) για 25 λεπτά.

Απολύμανση θαλάμου εξέτασης ή βραχείας νοσηλείας

Για την απολύμανση του θαλάμου εξέτασης ή βραχείας νοσηλείας πρέπει να ακολουθούνται οι βασικές αρχές που τηρούνται σε όλες τις περιπτώσεις μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το προσωπικό καθαριότητας θα πρέπει να φορά τον Ατομικό Εξοπλισμό Προστασίας (απλή χειρουργική μάσκα, γάντια μιας χρήσης και προστατευτική ποδιά μιας χρήσης) και να χρησιμοποιεί απολυμαντικό αποδεδειγμένης αντιβακτηριακής και αντι-ιικής δράσης (π.χ. διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 10%). Οι επιφάνειες που αγγίζει ο ασθενής καθαρίζονται και απολυμαίνονται καθημερινά ενώ γίνεται σχολαστική καθαριότητα μετά την έξοδό του από το θάλαμο. Τα υλικά καθαριότητας είναι μίας χρήσεως ενώ ο εξοπλισμός καθαριότητας πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο στο συγκεκριμένο θάλαμο.

Διαχείριση απορριμμάτων

Τα απορρίμματα που προέρχονται από ασθενείς με γρίπη χαρακτηρίζονται ως *Επικίνδυνα Ιατρικά Απόβλητα Μολυσματικού Χαρακτήρα* (Ε.Ι.Α. - Μ.Χ.) και η διαχείριση τους γίνεται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό.
Οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας και οι εργαζόμενοι σε αυτούς έχουν την ηθική υποχρέωση να προστατεύουν τους ευάλωτους ασθενείς και να εξασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η υποχρέωση αυτή αποτελεί τη βάση της κλινικής πράξης από την εποχή του *Ιπποκράτη.*

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της εμβολιαστικής συμπεριφοράς, των γνώσεων και της ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας για την πρόληψη της γρίπης και τον αντιγριπικό εμβολιασμό, ώστε να εντοπισθούν πιθανά προβλήματα και περιθώρια βελτίωσης που θα συμβάλλουν στη διαφύλαξη της υγείας των εργαζομένων και των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου.
Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι τα ακόλουθα:
1. Γνωστικό επίπεδο των ΕΥ για την γρίπη, την μετάδοση της γρίπης και την πρόληψή της,
2. Γνωστικό επίπεδο των ΕΥ σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι της γρίπης,
3. Εμβολιαστική κάλυψη των ΕΥ έναντι του ιού της γρίπης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

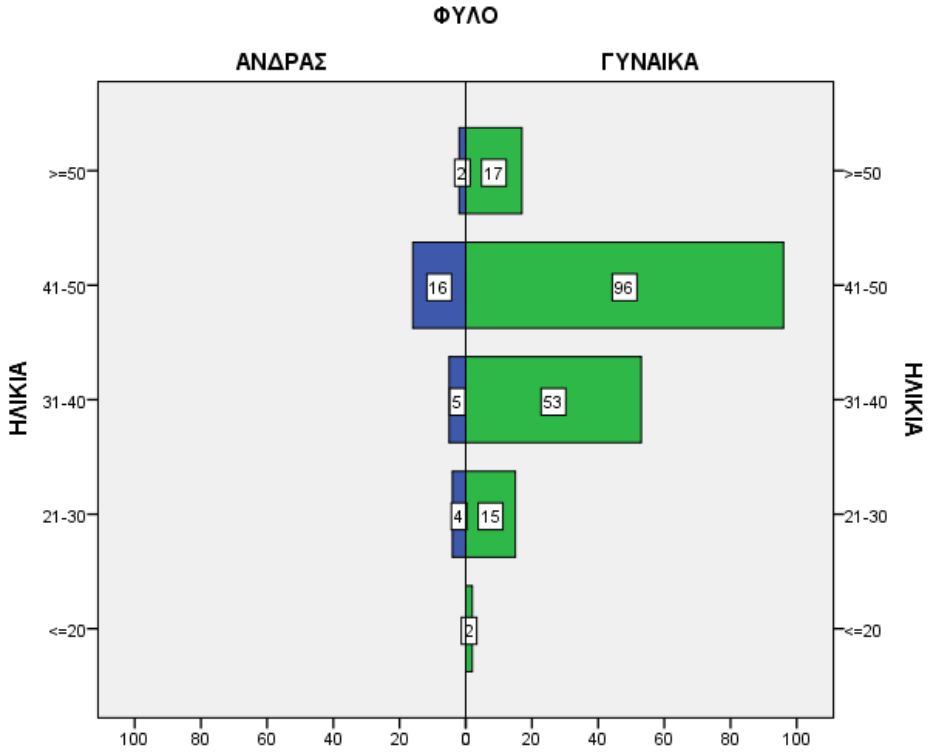
Σχεδιασμός: Διενεργήθηκε ποσοτική δειγματοληπτική έρευνα αντιπροσωπευτικού δείγματος. Με τη χορήγηση πρωτότυπου ερωτηματολογίου διερευνήθηκαν η εμβολιαστική συμπεριφορά, οι γνώσεις και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τη πρόληψη της γρίπης και τον αντιγριπικό εμβολιασμό.
Δείγμα Μελέτης: Το δείγμα αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης. Μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια και ελήφθησαν ορθά συμπληρωμένα τα 210. Η επιστροφή των ερωτηματολογίων από τους επαγγελματίες υγείας ανήλθε σε ποσοστό 84%.
Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων: Το ερωτηματολόγιο συνολικά περιλαμβάνει 46 ερωτήσεις και υποερωτήσεις κλειστού τύπου και αποτελείται από 4 μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1 έως 5 και αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 6 έως 15 και αφορούν την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 16 έως 22α και αφορούν την έκθεση και συμπεριφορά των εργαζομένων έναντι του ιού της γρίπης και το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 23 έως 34 και αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων. Το τελικό ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε σε επαγγελματίες υγείας του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης κατά τους μήνες Απρίλιο έως Μάιο του 2013. Όσοι επαγγελματίες υγείας ήταν διαθέσιμοι κατά τη διάρκεια της εργασίας τους προσεγγίζονταν, ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας και διαβεβαιώνονταν για την ανωνυμία τους. Στη συνέχεια αφιερώνονταν χρόνος, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διευκρινίσεις και να λυθούν οι τυχόν απορίες που θα προέκυπταν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο επαγγελματίας υγείας έπαιρνε το ερωτηματολόγιο και πραγματοποιούσε τη συμπλήρωσή του. Στη συνέχεια τις επόμενες εργάσιμες ημέρες επιστρεφόταν.
Στατιστική Ανάλυση: Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι καθότι το δείγμα (n=210) ήταν βολικό και όχι τυχαίο. Η στατιστική ανάλυση του δείγματος αφορούσε: τη δημιουργία μίας γενικής περιγραφικής εικόνας για τα δεδομένα μας (περιγραφική ανάλυση), τον έλεγχο συσχέτισης / ανεξαρτησίας μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών (επαγωγική ανάλυση). Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 23 και πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή των στατιστικών μέτρων και δοκιμασιών, όπως: chi-square test: δοκιμασία για τον έλεγχο ανεξαρτησίας για ποιοτικές μεταβλητές, Fisher's exact test: δοκιμασία για τον έλεγχο ανεξαρτησίας για ποιοτικές μεταβλητές δύο διαστάσεων - επιπέδων, Monte Carlo exact test: δοκιμασία για τον έλεγχο ανεξαρτησίας για ποιοτικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο διαστάσεις, chi-Square Goodness of Fit Test: δοκιμασία καλής προσαρμογής για τον έλεγχο εάν υπάρχει στατιστική διαφορά στα ποσοστά (πιθανότητες) μεταξύ των

διαφόρων επιπέδων μίας μεταβλητής. Το chi-square test χρησιμοποιήθηκε όταν τα δεδομένα κάλυπταν μία βασική προϋπόθεση εφαρμογής του, ότι τουλάχιστον το 80% των αναμενόμενων τιμών (συχνοτήτων) των κελιών σε ένα πίνακα συνάφειας πρέπει να είναι πάνω από 5. Όπου δεν ίσχυε αυτή η προϋπόθεση χρησιμοποιήθηκε το Fisher's ή το Monte Carlo exact test για την εξαγωγή πιο έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων.
Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας α=0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

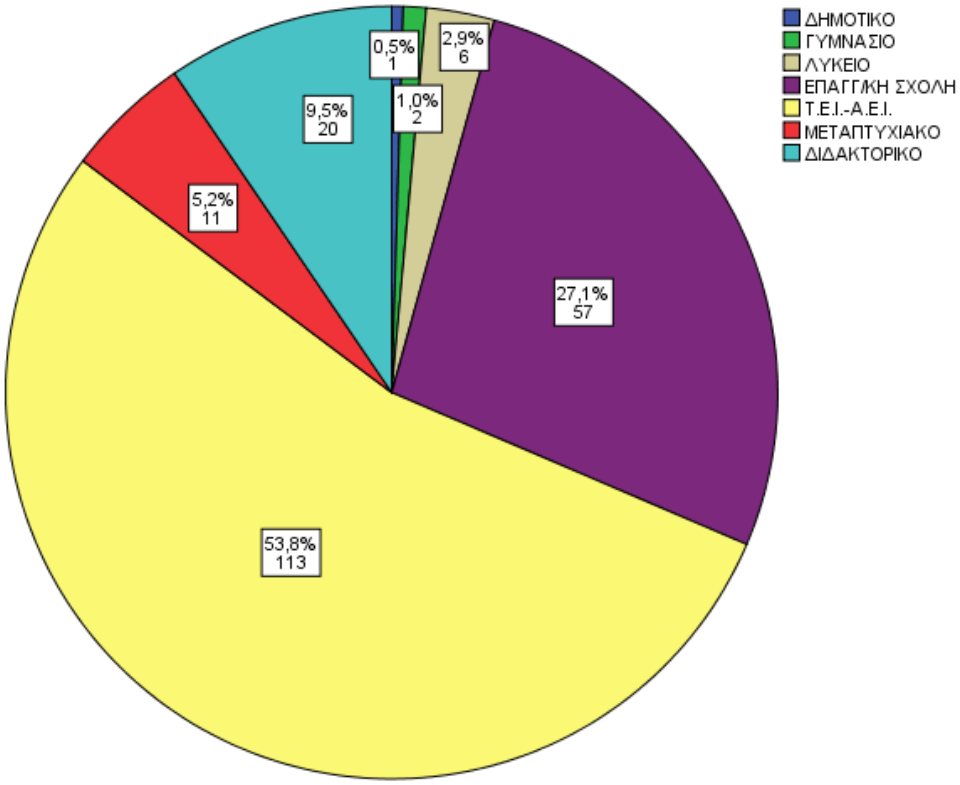
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 210 εργαζόμενοι του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης. Το 87,1% (183) ήταν γυναίκες και το 12,9% (27) ήταν άνδρες, με την πλειοψηφία αυτών να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών (112 άτομα και 53,3%), όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1. Κατανομή του φύλου κατά ηλικιακή ομάδα του Νοσοκομειακού Προσωπικού

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη έρευνας ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. / Α.Ε.Ι. (Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων / Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων) με ποσοστό 53,8% (113 άτομα) ενώ οι απόφοιτοι Δημοτικού και Γυμνασίου ήταν 1 και 2 άτομα αντίστοιχα και είχαν τα μικρότερα ποσοστά.
Σχετικά μεγάλο ήταν και το ποσοστό κατόχων Διδακτορικού τίτλου, που βρέθηκε ότι ήταν 9,5% (20 άτομα), όπως απεικονίζεται παραστιτικά στο Διάγραμμα 2 που ακολουθεί.

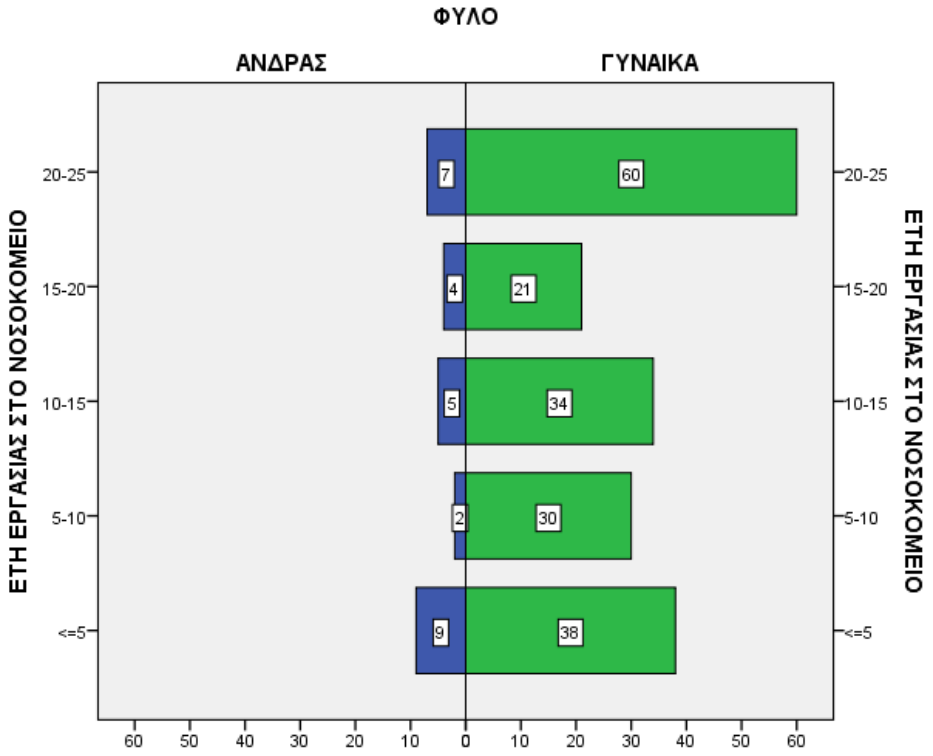


Διάγραμμα 2. Εκπαίδευση του Νοσοκομειακού Προσωπικού

Τα περισσότερα άτομα του δείγματος απασχολούνταν σε κλινικές, οι οποίες δέχονται καθημερινά πολλά περιστατικά, όπως η Παθολογική, η Χειρουργική και η Μαιευτική, καθώς και σε Εργαστήρια.
Αναλυτικά η κατανομή των εργαζομένων του δείγματος φαίνεται στο πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1).
Την μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία, 20-25 έτη εργασίας, την είχαν 67 άτομα με ποσοστό 31,9% ενώ 47 άτομα, ποσοστό 22,4%, είχαν πολύ μικρή εργασιακή εμπειρία λιγότερα από 5 έτη (Διάγραμμα 3).

Τομέας Εργασίας	*Πλήθος*	*%*
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	30	14,3
ΑΛΛΟ	30	14,3
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	25	11,9
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	20	9,5
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	20	9,5
Μ.Ε.Θ.	14	6,7
Τ.Ε.Π.	12	5,7
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	9	4,3
Τ.Ε.Ι.	9	4,3
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	9	4,3
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ	7	3,3
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ	5	2,4
ΑΙΜ/ΚΗ-ΟΓΚ/ΚΗ	5	2,4
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	5	2,4
ΜΟΝΑΔΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	5	2,4
ΒΡΑΧΕΙΑ	3	1,4
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	2	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	**210**	**100,0**

Πίνακας 1. Κατανομή του Νοσοκομειακού Προσωπικού στον Τομέα Εργασίας



Διάγραμμα 3. Κατανομή του φύλου κατά Έτη Εργασίας του Νοσοκομειακού Προσωπικού

Η πλειοψηφία του προσωπικού δήλωσε ότι γνωρίζει για τη γρίπη (207 άτομα ή 98,6%). Επίσης, το 90% (189 άτομα) δήλωσε ότι η γρίπη μεταδίδεται με τα σταγονίδια ενώ το 57,1% (120 άτομα) δήλωσε ότι δεν μεταδίδεται η γρίπη αερογενώς. Θα πρέπει να επισημανθεί η δήλωση γνώσης του προσωπικού για τον τρόπο μετάδοσης της γρίπης καθότι 209 άτομα δήλωσαν ότι γνωρίζουν. Απ' αυτούς που απάντησαν θετικά ότι γνωρίζουν για τη γρίπη, το 50,7% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από τα ΜΜΕ ενώ από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου το 35,7% (Πίνακας 2). Από τα 200 άτομα που απάντησαν θετικά ότι ενημερώθηκαν για την πανδημία γρίπης το 2009, το 55,5% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από τα ΜΜΕ ενώ από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου το 42,5% (Πίνακας 3).

		ΑΠΑΝΤΗΣΗ			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ;	ΑΝ ΝΑΙ, ΜΜΕ	105	50,7%	102	49,3%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ	94	45,4%	113	54,6%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΚΕΕΛΠΝΟ	92	44,4%	115	55,6%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ	74	35,7%	133	64,3%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΑΛΛΟ	47	22,7%	160	77,3%

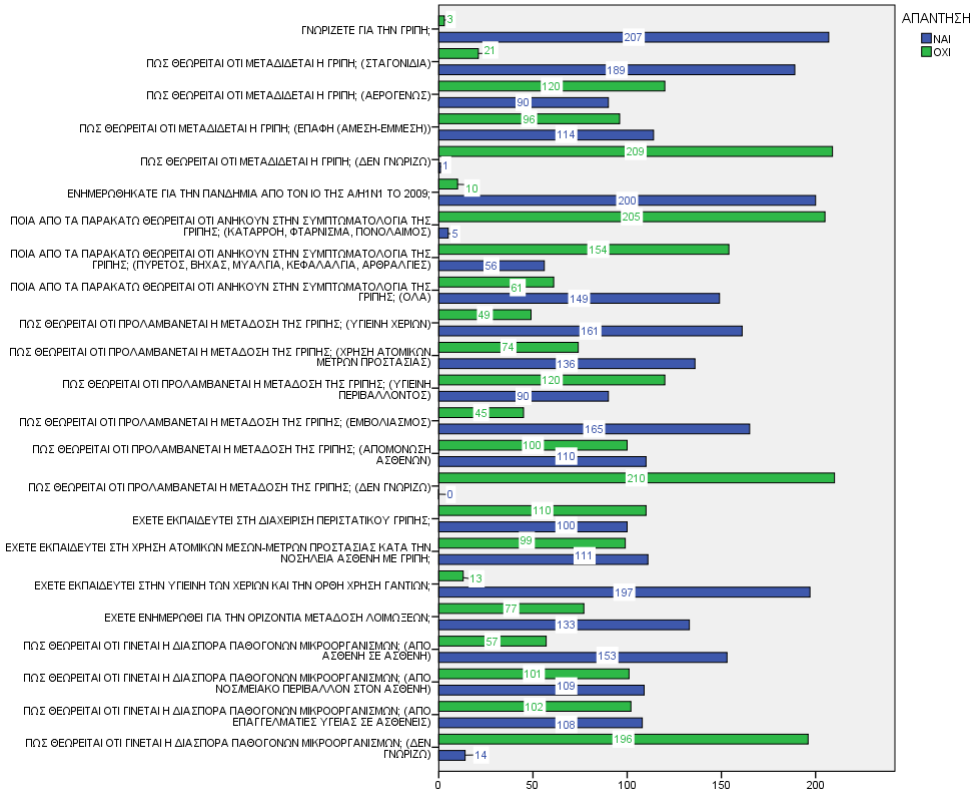
Πίνακας 2. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε από πού γνωρίζει για τη γρίπη

		ΑΠΑΝΤΗΣΗ			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ Α/Η1Ν1 ΤΟ 2009;	ΑΝ ΝΑΙ, ΜΜΕ	111	55,5%	89	44,5%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΚΕΕΛΠΝΟ	86	43,0%	114	57,0%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ	85	42,5%	115	57,5%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ	84	42,0%	116	58,0%
	ΑΝ ΝΑΙ, ΑΛΛΟ	36	18,0%	164	82,0%

Πίνακας 3. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε θετικά στο εάν ενημερώθηκαν για την πανδημία από τον ιό της γρίπης το 2009

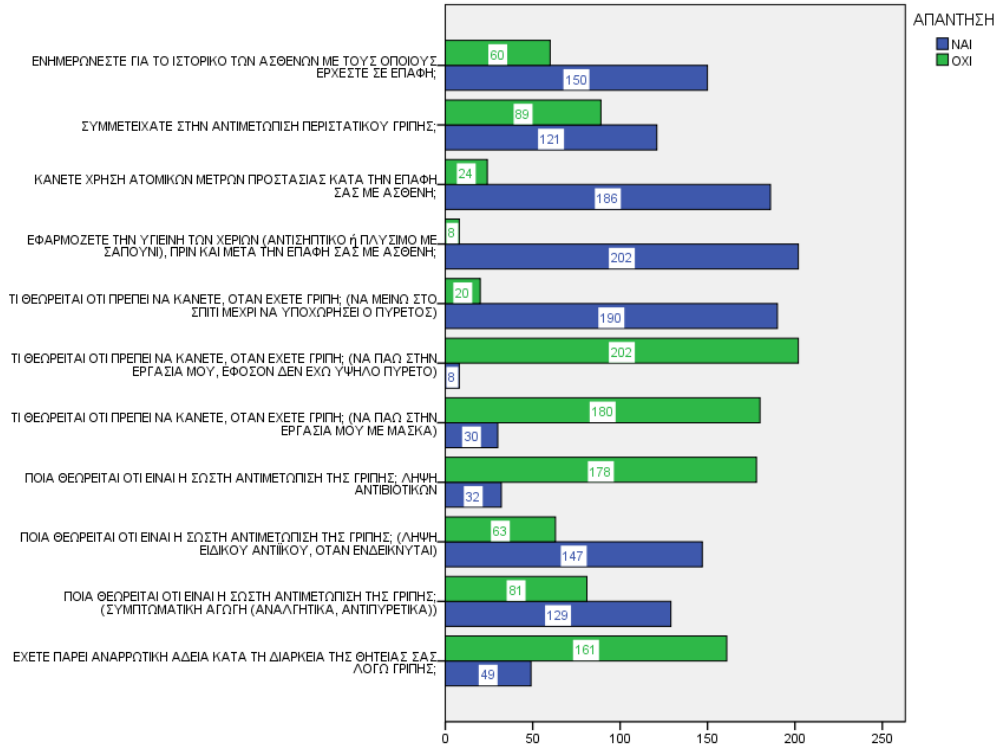
Το 70,9% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η συμπτωματολογία της γρίπης είναι η καταρροή, φτάρνισμα, πονόλαιμος, πυρετός, βήχας, μυαλγία, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, το 2,4% δήλωσε ότι η συμπτωματολογία της γρίπης είναι μόνο η καταρροή, φτάρνισμα, πονόλαιμος, ενώ το 26,7 δήλωσε ότι η συμπτωματολογία της γρίπης είναι μόνο ο πυρετός, βήχας, μυαλγία, κεφαλαλγία και αρθραλγίες.
Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνας, δήλωσαν ότι η πρόληψη της μετάδοσης της γρίπης επιτυγχάνεται με τον εμβολιασμό (78,6%), με την υγιεινή των χεριών (76,7%), με τη χρήση ΜΑΠ (64,8%) και με την απομόνωση των ασθενών (52,4%).

Όλοι δήλωσαν ότι γνωρίζουν πώς επιτυγχάνεται η πρόληψη της μετάδοσης της γρίπης.
Παρόλο που οι μισοί από του ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί στην διαχείριση περιστατικού γρίπης και στη χρήση ΜΑΠ κατά τη νοσηλεία ασθενή με γρίπη το 93,8% δήλωσε ότι έχει εκπαιδευτεί στην υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση των γαντιών.
Το 63,3% δήλωσε ότι έχουν ενημερωθεί για την οριζόντια μετάδοση των λοιμώξεων και το 72,9% θεωρεί πως η διασπορά των παθογόνων μικροοργανισμών πραγματοποιείται από ασθενή σε ασθενή. Μόνο το 6,7% δήλωσε πως δεν γνωρίζει πως πραγματοποιείται η διασπορά των παθογόνων μικροοργανισμών (Διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4. Ενημέρωση του Νοσοκομειακού Προσωπικού σχετικά με τον ιό της γρίπης

Παρόλο που υπάρχουν κίνδυνοι τόσο για την ασφάλεια του προσωπικού όσο και των νοσηλευόμενων με την μεταξύ τους επαφή μόνο το 71,4% (150 άτομα) των ερωτηθέντων ενημερώνονται για το ιστορικό των ασθενών. Το υπόλοιπο 28,6% (60 άτομα), από τους ερωτηθέντες που δεν ενημερώνονται για το ιστορικό των ασθενών, οι 21 από αυτούς απάντησαν θετικά ότι συμμετείχαν σε αντιμετώπιση περιστατικού γρίπης (Διάγραμμα 5, Πίνακας 4).



Διάγραμμα 5. Έκθεση και συμπεριφορά του Νοσοκομειακού Προσωπικού σχετικά με τον ιό της γρίπης

		ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	ΝΑΙ	100	66,7%	50	33,3%
	ΟΧΙ	21	35,0%	39	65,0%

Πίνακας 4. Κατανομή των απαντήσεων ενημέρωσης για το ιστορικό ασθενών και αντιμετώπισης περιστατικού γρίπης

Από τα 121 άτομα που συμμετείχαν στην αντιμετώπιση περιστατικού γρίπης τα 12 (9,9%) δεν εφάρμοσε τις σχετικές οδηγίες εφαρμογής του ατομικού εξοπλισμού προστασίας με αιτίες την έλλειψη εξοπλισμού και χρόνου, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, που ακολουθεί.

		ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	ΝΑΙ	109	90,1%	12	9,9%
	ΟΧΙ	0	0,0%	89	100,0%

Πίνακας 5. Κατανομή των απαντήσεων αντιμετώπισης περιστατικού γρίπης και εφαρμογής οδηγιών ατομικού εξοπλισμού προστασίας

Επίσης, χρήση ΜΑΠ κατά την επαφή με ασθενή έκανε χρήση το 88,6% (186 άτομα). Τα υπόλοιπα 24 άτομα που δεν έκαναν χρήση ανέφεραν σαν κύριες αιτίες την έλλειψη εξοπλισμού και χρόνου (Πίνακας 6).

		ΑΠΑΝΤΗΣΗ			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ; ΔΕΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ	207	98,6%	3	1,4%
	ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ; ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΩ	204	97,1%	6	2,9%
	ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ; ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	197	93,8%	13	6,2%
	ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ; ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	196	93,3%	14	6,7%

Πίνακας 6. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε αρνητικά στη χρήση ΜΑΠ κατά την επαφή με ασθενή

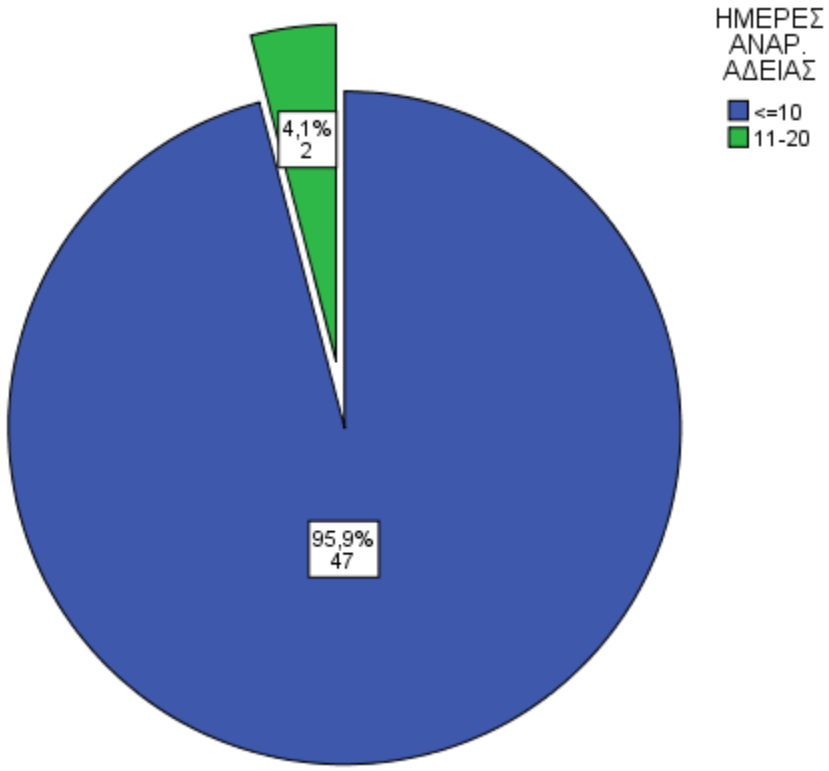
Την υγιεινή των χεριών πριν και μετά την επαφή με ασθενή την εφαρμόζει το 96,2% (202 άτομα). Τα υπόλοιπα 8 άτομα που δεν έκαναν χρήση ανέφεραν σαν κύρια αιτία την έλλειψη χρόνου.

Το 70% των ερωτηθέντων (147 άτομα) πιστεύει ότι η σωστή αντιμετώπιση της γρίπης γίνεται με τη λήψη ειδικού αντιικού και το 61,4% (129 άτομα) πιστεύει ότι γίνεται με συμπτωματική αγωγή. Το 37,1% (78 άτομα) πιστεύει ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη λήψη ειδικού αντιικού και με συμπτωματική αγωγή ενώ 4,3% (9 άτομα) επιπρόσθετα με λήψη αντιβιοτικών (Πίνακας 7).

		ΑΠΑΝΤΗΣΗ			
		ΝΑΙ		ΟΧΙ	
		Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ;	ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ	32	15,2%	178	84,8%
	ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΙΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	147	70,0%	63	30,0%
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	129	61,4%	81	38,6%

Πίνακας 7. Κατανομή των απαντήσεων ποια θεωρεί το Νοσοκομειακό Προσωπικό τη σωστή αντιμετώπιση της γρίπης

Η πλειοψηφία, 90,5%, υποστηρίζει ότι όταν έχουν γρίπη θα πρέπει να μείνουν σπίτι μέχρι να υποχωρήσει ο πυρετός. Το 23,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πήρε αναρρωτική άδεια λόγω γρίπης και το 95,9% απ' αυτούς έλαβε αναρρωτικά άδεια μικρότερη από 10 ημέρες (Διάγραμμα 5).

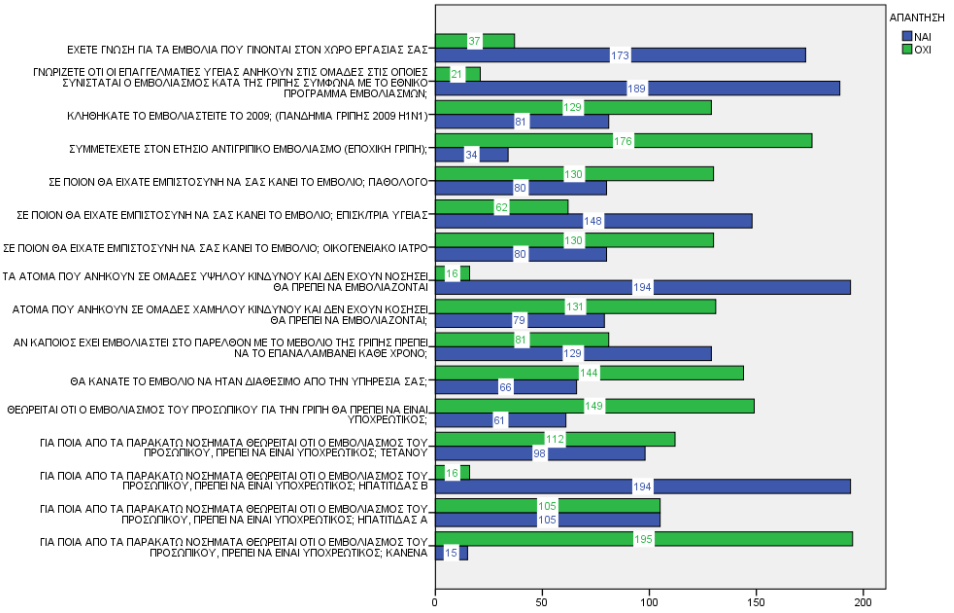


Διάγραμμα 6. Ποσοστό των Ημερών Αναρρωτικής Άδειας του Νοσοκομειακού Προσωπικού λόγω γρίπης

Το 82,4% (173 άτομα) έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας με κύρια πηγή ενημέρωσης την επιτροπή λοιμώξεων του νοσοκομείου σε ποσοστό 57,8% (100 άτομα), όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7 και τον Πίνακα 8.

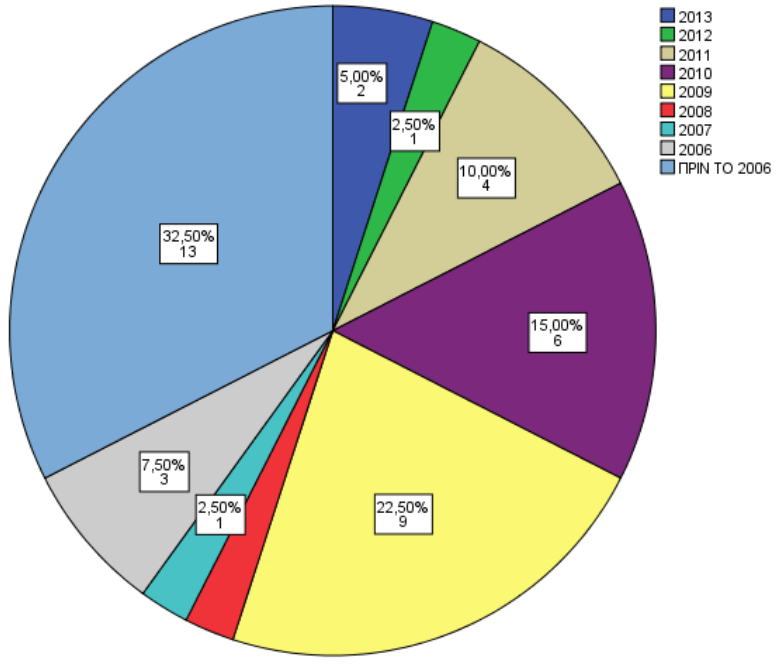
ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ; ΑΝ ΝΑΙ, ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	100	57,8%	73	42,2%
ΑΠΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ	56	32,4%	117	67,6%
ΕΝΤΥΠΟ ΥΛΙΚΟ	49	28,3%	124	71,7%
ΔΙΟΙΚΗΣΗ	29	16,8%	144	83,2%
ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΑ Ο ΙΔΙΟΣ	43	24,9%	130	75,1%

Πίνακας 8. Κατανομή των απαντήσεων του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε θετικά στο εάν έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο



Διάγραμμα 7. Εμβολιαστική κάλυψη του Νοσοκομειακού Προσωπικού

Οι 189 (ποσοστό 90%) από τους ερωτηθέντες ήξεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνίσταται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης αλλά μόνο το 19% (40 άτομα) έχουν εμβολιασθεί κατά αυτής (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8. Κατανομή κατά έτος εμβολιασμού κατά της γρίπης του Νοσοκομειακού Προσωπικού

Σε σύνολο 148 ατόμων που κλήθηκαν να εμβολιασθούν κατά της γρίπης το 2009 οι 49 (33,1%) εμβολιάσθηκαν και ο κύριος λόγος που το έκαναν ήταν η προστασία τους, καθώς και της οικογένειάς τους σε ποσοστό 29,1% (43 άτομα), όπως φαίνεται στον Πίνακα 9. Οι υπόλοιποι 99 (66,9%) που κλήθηκαν να εμβολιασθούν και δεν εμβολιάσθηκαν ο κύριος λόγος που δεν το έπραξαν ήταν ότι δεν το θεωρούν ασφαλές σε ποσοστό 35,8% (53 άτομα), όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΗΚΑΤΕ, ΔΙΟΤΙ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	43	29,1%	105	70,9%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΝΘΕΝΩΝ/ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ	27	18,2%	121	81,8%
ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	4	2,7%	144	97,3%
ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ/ΔΩΡΕΑΝ	9	6,1%	139	93,9%
ΔΙΟΤΙ; ΑΛΛΟ	2	1,4%	146	98,6%

Πίνακας 9. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που κλήθηκε και απάντησε θετικά στο εάν εμβολιάστηκαν το 2009

ΔΕΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΗΚΑΤΕ, ΔΙΟΤΙ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ	53	35,8%	95	64,2%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ	21	14,2%	127	85,8%
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	9	6,1%	139	93,9%
ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	1	0,7%	147	99,3%
ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΩ	3	2,0%	145	98,0%
ΔΕΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ	0	0,0%	148	100,0%
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ/ΑΣΘΕΝΕΙΑ	2	1,4%	146	98,6%
ΑΛΛΟ	33	22,3%	115	77,7%

Πίνακας 10. Κατανομή των απαντήσεων του Νοσοκομειακού Προσωπικού που κλήθηκε και απάντησε αρνητικά στο εάν εμβολιάσθηκαν το 2009

Μόνο οι 34 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 16,2%) συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό με κύρια αιτία συμμετοχής τη δική τους προστασία και της οικογένειάς τους (Πίνακας 11). Οι υπόλοιποι που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό δήλωσαν ότι δεν το κάνουν καθότι δεν το θεωρούν ασφαλές και αποτελεσματικό.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ); ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑΤΙ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	27	79,4%	7	20,6%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΝΘΕΝΩΝ/ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ	19	55,9%	15	44,1%
ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	5	14,7%	29	85,3%
ΑΛΛΟ	2	5,9%	32	94,1%

Πίνακας 11. Κατανομή των απαντήσεων του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε θετικά στη συμμετοχή στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό

ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ); ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ	75	42,6%	101	57,4%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ	72	40,9%	104	59,1%
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	9	5,1%	167	94,9%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	9	5,1%	167	94,9%
ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΩ	23	13,1%	153	86,9%
ΔΥΣΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ/ΚΟΣΤΟΣ	6	3,4%	170	96,6%
ΔΕΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ	19	10,8%	157	89,2%

Πίνακας 12. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε αρνητικά στη συμμετοχή στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 148 άτομα ή 70,5%, έχει πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στο να τους εμβολιάσει επισκέπτρια υγείας (Πίνακας 13).

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΠΑΘΟΛΟΓΟ	80	38,1%	130	61,9%
ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	148	70,5%	62	29,5%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	80	38,1%	130	61,9%

Πίνακας 13. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε σε ποιον θα είχε εμπιστοσύνη να του κάνει το εμβόλιο

Το 92,4% (194 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύει ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει θα πρέπει να εμβολιάζονται και το 62,4% (131 άτομα) πιστεύει ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται.
Το 61,4% (129 άτομα) πιστεύει ότι το εμβόλιο θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο παρόλο που κάποιος το έκανε στο παρελθόν, αλλά μόνον το 31,4% (66 άτομα) θα έκαναν το εμβόλιο εάν ήταν διαθέσιμο από την υπηρεσία τους.
Επίσης, μόνο το 29% (61 άτομα) πιστεύει ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Το 7,1% (15 άτομα) πιστεύει ότι κανένα εμβόλιο για τέτανο, ηπατίτιδα Α και Β δεν πρέπει να είναι υποχρεωτικό αλλά το 32,4% (68 άτομα) πιστεύει ότι ο εμβολιασμός και για τα τρία αυτά νοσήματα θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός. Πάντως η πλειοψηφία 92,4% (194 άτομα) πιστεύει ότι ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός και για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό των υπόλοιπων νοσημάτων πιστεύουν οι μισοί περίπου από τους ερωτώμενους (Πίνακας 14).

ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%
ΤΕΤΑΝΟΥ	98	46,7%	112	53,3%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	194	92,4%	16	7,6%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	105	50,0%	105	50,0%
ΚΑΝΕΝΑ	15	7,1%	195	92,9%

Πίνακας 14. Κατανομή των απαντήσεων (πολλαπλών) του Νοσοκομειακού Προσωπικού που απάντησε σε ποια νοσήματα θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός του Νοσοκομειακό Προσωπικού

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι μεταβλητές του ερωτηματολογίου έρευνας ήταν όλες κατηγορικές (ονομαστικές και διατακτικές), οπότε για την εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων (επαγωγική στατιστική) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Chi-Square Test (έλεγχος ανεξαρτησίας) και όπου αυτό δεν πληρούσε την προϋπόθεση για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε το Fisher's ή το Monte Carlo Exact Test. Αυτά ελέγχουν τις στατισικές υποθέσεις:
H_0: Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. (Δεν υπάρχει σχέση).
H_1: Οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. (Υπάρχει σχέση).
Δηλαδή ελέγχουν εάν επηρεάζεται η μία μεταβλητή από την άλλη. Έτσι, σε επίπεδο σημαντικότητας α=0,05, εάν το p-value<0,05 απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και χρησιμοποιείται η εναλλακτική ενώ εάν p-value>=0,05 τότε επιλέγουμε τη μηδενική υπόθεση. Το Fisher's Exact Test χρησιμοποιείται κυρίως σε πίνακες συνάφειας 2 x 2 (2 γραμμές x 2 στήλες) ενώ το Monte Carlo Exact Test σε πίνακες r x c (r γραμμές x c στήλες).
Για τον έλεγχο εάν υπάρχει στατιστική διαφορά στα ποσοστά (πιθανότητες) μεταξύ των διαφόρων επιπέδων κάθε μεταβλητής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το Chi-Square Goodness of Fit Test (καλής προσαρμογής). Αυτό ελέγχει τις στατισικές υποθέσεις:
H_0: Όλα τα ποσοστά είναι ίσα μεταξύ τους
H_1: Τα ποσοστά δεν είναι ίσα μεταξύ τους (τουλάχιστον ένα διαφέρει)
Δηλαδή ελέγχεται εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ποσοστών των διαφόρων επιπέδων μίας μεταβλητής ή όχι. Έτσι, σε επίπεδο σημαντικότητας α=0,05, εάν p-value<0,05 απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και χρησιμοποιείται η εναλλακτική ενώ εάν p-value>=0,05 τότε επιλέγουμε τη μηδενική υπόθεση ότι τα ποσοστά είναι μεταξύ τους ίσα.
Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, που ακολουθεί.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ; * ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;	-	0,048
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ;	0,000	-
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ;	0,020	-
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;	0,000	-
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ;	0,000	-
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;	0,000	-
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;	-	0,000

Πίνακας 15. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης εργαζομένων για τον ιό της γρίπης

Στον έλεγχο εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της γνώσης για τη γρίπη και της ενημέρωσης για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση οπότε μπορούμε να υποθέσουμε με βεβαιότητα 95% ότι η γνώση για τη γρίπη συνεπάγεται και ενημέρωση για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορούμε να υποθέσουμε δεδομένου ότι γνωρίζουν για τη γρίπη, έχουν ενημέρωση για την οριζόντια μετάδοση των λοιμώξεων.

Δεδομένου ότι έχουν εκπαιδευτεί στη διαχείριση περιστατικού γρίπης έχουν εκπαιδευτεί στη χρήση ατομικών μέσων-μέτρων προστασίας κατά την νοσηλεία ασθενή με γρίπη, στην υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών καθώς και στην ενημέρωση για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων. Αυτά ισχύουν αντίστροφα όταν κάποιος δεν έχει εκπαιδευτεί στη διαχείριση περιστατικού γρίπης.

Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν μεταξύ της εκπαίδευσης στη χρήση ατομικών μέσων - μέτρων προστασίας κατά τη νοσηλεία ασθενή με γρίπη και της εκπαίδευσης στην υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών, καθώς

και της ενημέρωσης για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων. Παρατηρώντας τους αντίστοιχους πίνακες συνάφειας μπορούμε να υποθέσουμε με βεβαιότητα 95% ότι αυτοί που έχουν εκπαιδευθεί στη χρήση ατομικών μέσων-μέτρων προστασίας κατά τη νοσηλεία ασθενή με γρίπη έχουν εκπαιδευτεί στην υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών καθώς και στην ενημέρωση για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων.
Επίσης, μπορούμε να υποθέσουμε με βεβαιότητα 95% ότι αυτοί που έχουν εκπαιδευτεί στην υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών έχουν ενημερωθεί για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων.
Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν και στο μέσο ενημέρωσης εργαζομένων για τον ιό της γρίπης (Πίνακας 16).

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)CI 95%
ΚΕΕΛΠΝΟ * ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ	0,008	-
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ * ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ	0,001	-
ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ * ΜΜΕ	0,000	-

Πίνακας 16. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης εργαζομένων για τον ιό της γρίπης και μέσου ενημέρωσης

Δεδομένου ότι δεν ενημερώθηκαν από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. δεν ενημερώθηκαν και από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Δεδομένου ότι ενημερώθηκαν από τη διοίκηση του νοσοκομείου ενημερώθηκαν και από φυλλάδια - αφίσες και το αντίθετο, ενώ δεδομένου ότι ενημερώθηκαν από αφίσες ενημερώθηκαν και από τα Μ.Μ.Ε. και το αντίθετο.
Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν και στον τρόπο ενημέρωσης των εργαζομένων για την πανδημία γρίπης το 2009 (Πίνακας 17).

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΚΕΕΛΠΝΟ * ΜΜΕ	0,005	-
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ * ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ	0,003	-
ΦΥΛΛΑΔΙΑ ΑΦΙΣΕΣ * ΜΜΕ	0,016	-

Πίνακας 17. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης εργαζομένων για τον ιό της γρίπης το 2009 και τρόπου ενημέρωσης

Συνήθως αυτοί που δεν ενημερώθηκαν από το ΚΕΕΛΠΝΟ ενημερώθηκαν από τα ΜΜΕ, ενώ αυτοί που ενημερώθηκαν από τη διοίκηση του νοσοκομείου ενημερώθηκαν και από φυλλάδια - αφίσες καθώς και το αντίθετο. Δεδομένου ότι ενημερώθηκαν από αφίσες ενημερώθηκαν και από τα ΜΜΕ και το αντίθετο.

Εξάρτηση παρατηρήθηκε μεταξύ του τρόπου μετάδοσης της γρίπης από τον αέρα και από την επαφή (p=0,002). Δεδομένου ότι το προσωπικό πιστεύει ότι η γρίπη μεταδίδεται αερογενώς (90 άτομα), το 66,7% (60 στους 90) θεωρεί πως μεταδίδεται με την επαφή. Επίσης, από αυτούς που απάντησαν ότι δεν μεταδίδεται με την επαφή (96 άτομα) το 68,8% πιστεύει ότι η γρίπη δεν μεταδίδεται αερογενώς (Πίνακας 18).

			ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ)		Total
			NAI	OXI	
ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ	NAI	Count	60	30	90
		% within ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ	66,7%	33,3%	100,0%
		% within ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ)	52,6%	31,3%	42,9%
		% of Total	28,6%	14,3%	42,9%
	OXI	Count	54	66	120
		% within ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ	45,0%	55,0%	100,0%
		% ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ)	47,4%	68,8%	57,1%
		% of Total	25,7%	31,4%	57,1%
Total	Count		114	96	210
	% within ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ		54,3%	45,7%	100,0%
	% within ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ)		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		54,3%	45,7%	100,0%

Πίνακας 18. Πίνακας συνάφειας με τη στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ αερογενούς και με επαφή τρόπων μετάδοσης της γρίπης

Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των απαντήσεων των συμπτωμάτων της γρίπης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως τα συμπτώματα της γρίπης είναι καταρροή, φτάρνισμα, πονόλαιμος, πυρετός, βήχας, μυαλγία, κεφαλαλγία και αρθραλγίες το οποίο είναι στατιστικώς σημαντικό σε σχέση με τα μεμονωμένα συμπτώματα.
Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν και στους τρόπους για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού της γρίπης (Πίνακας 19).

ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	0,000	-
ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	0,000	-
ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	0,000	-
ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ * ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	0,000	-
ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ * ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	0,000	-
ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	0,000	-
ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	0,000	-

Πίνακας 19. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000	-
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,003	-
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ	0,015	-
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,019	-
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ	-	0,007
ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ (ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΟ ή ΠΛΥΣΙΜΟ ΜΕ ΣΑΠΟΥΝΙ), ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ	-	0,032
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,000	-
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,000	-
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ	-	0,003
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ	-	0,000

Πίνακας 20. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις έκθεσης και συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Καθώς οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η γρίπη προλαμβάνεται με την υγιεινή των χεριών παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές θετικές σχέσεις ότι η πρόληψη γίνεται με τη χρήση ατομικών μέτρων προστασίας, με την υγιεινή του

περιβάλλοντος και με την απομόνωση των ασθενών. Επίσης, θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της χρήσης ατομικών μέτρων προστασίας με την υγιεινή περιβάλλοντος κα την απομόνωση ασθενών, καθώς και της απομόνωσης των ασθενών με την υγιεινή περιβάλλοντος και τον εμβολιασμό. Λόγω της γνώσης, όπως δήλωσαν οι ερωτηθέντες, του τρόπου διασποράς των παθογόνων μικροοργανισμών (οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων) όλες οι απαντήσεις ήταν στατιστικώς σημαντικές με την επιλογή «δεν γνωρίζω». Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις, θετικές, βρέθηκαν μεταξύ του «Νοσοκομειακού περιβάλλοντος στον ασθενή» και «από ασθενή σε ασθενή» καθώς μεταξύ του «Νοσοκομειακού περιβάλλοντος στον ασθενή» και «από επαγγελματίες υγείας σε ασθενείς».

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την έκθεση και συμπεριφορά των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 20.

Στον έλεγχο εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της ενημέρωσης για το ιστορικό των ασθενών με τους οποίους έρχονται σε επαφή και της συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση περιστατικού γρίπης παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς θετική σημαντική σχέση. Στατιστικώς σημαντική θετική σχέση βρέθηκε μεταξύ της ενημέρωσης για το ιστορικό των ασθενών με τους οποίους έρχονται σε επαφή και της χρήσης ατομικών μέτρων προστασίας κατά την επαφή σας με ασθενή (αυτοί που ενημερώνονται για το ιστορικό κάνουν και χρήση ΜΑΠ) καθώς και το εάν πάνε στην εργασία με μάσκα, όταν έχουν γρίπη (αυτοί που ενημερώνονται για το ιστορικό δεν πάνε στην εργασία με μάσκα όταν έχουν γρίπη). Στατιστικώς σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ της χρήσης ατομικών μέτρων προστασίας κατά την επαφή με ασθενή και της αντιμετώπισης της γρίπης με συμπωματική αγωγή (αναλγητικά, αντιπυρετικά) (αυτοί που κάνουν χρήση ΜΑΠ θεωρούν ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα της γρίπης με συμπωματική αγωγή) καθώς και το εάν πάνε στην εργασία εφόσον δεν έχουν υψηλό πυρετό, όταν έχουν γρίπη (αυτοί που κάνουν και χρήση ΜΑΠ θεωρούν ότι δεν πρέπει να πάνε στην εργασία, όταν έχουν γρίπη, εφόσον δεν έχουν υψηλό πυρετό).

Επίσης, αυτοί που εφαρμόζουν την υγιεινή των χεριών πριν και μετά την επαφή με ασθενή θεωρούν ότι δεν πρέπει, όταν έχουν γρίπη, να πάνε στην εργασία εφόσον δεν έχουν υψηλό πυρετό.

Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στη θεώρηση της σωστής αντιμετώπισης της γρίπης με συμπτωματική αγωγή και με λήψη αντιβιοτικών καθώς και με τη λήψη ειδικού αντιικού. Το 93% (120 άτομα) απ' αυτούς που θεωρούν ότι η σωστή αντιμετώπιση της γρίπης γίνεται με συμπτωματική αγωγή θεωρούν ότι δεν πρέπει να γίνεται με λήψη αντιβιοτικών. Το 84,1% (53 άτομα) που λένε ότι τη λήψη ειδικού αντιικού δεν την θεωρούν σωστή, θεωρούν σωστή τη συμπτωματική αγωγή και το 87,17% (71 άτομα) που λένε ότι δεν θεωρούν σωστή τη συμπτωματική αγωγή, θεωρούν σωστή τη λήψη ειδικού αντιικού. Συσχέτιση υπάρχει και στις απαντήσεις των ερωτήσεων όταν έχουν γρίπη, εάν θα πρέπει να μείνουν σπίτι μέχρι

να υποχωρήσει ο πυρετός και το να πάνε στην εργασία, εφόσον δεν έχουν υψηλό πυρετό, καθώς και το να πάνε στην εργασίας με μάσκα.
Το 97,9% (186 άτομα) θεωρούν ότι θα πρέπει να μείνουν σπίτι μέχρι να υποχωρήσει ο πυρετός και να μην πάνε στην εργασία τους και το 92,6% (176 άτομα) θεωρούν ότι θα πρέπει να μείνουν σπίτι μέχρι να υποχωρήσει ο πυρετός και να μην πάνε στην εργασία τους με μάσκα. Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 21.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)CI 95%
ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ; * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ;	-	0,000
ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009; (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1) * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,000	-
ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ; * ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	0,044	-
ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ; * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,033	-
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ; * ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009; (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1)	0,001	-
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	-	0,029
ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009; (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1) * ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	0,000	-
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ); * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,000	-

Πίνακας 21. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)CI 95%
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ); * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΑΝ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,000	-
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ); * ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,000	-
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΠΑΘΟΛΟΓΟ * ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	0,009	-
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΠΑΘΟΛΟΓΟ * ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	0,000	-
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ * ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	0,009	-
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,002	-
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ * ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,020	-
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ; * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,000	-
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,000	-
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ; * ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,000	-
ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ; * ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,003	-
ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ; * ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,000	-

Πίνακας 21 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Στη συσχέτιση των ερωτήσεων εάν έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους με το εάν γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών το 96% (166 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών.

Στη συσχέτιση των ερωτήσεων εάν έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους και εάν είχαν εμπιστοσύνη να τους κάνει το εμβόλιο κάποια επισκ/τρια υγειάς το 73,4% (127 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας θα εμπιστεύονταν επισκ/τρια υγειάς.

Στη συσχέτιση των ερωτήσεων εάν έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους και εάν κάποιος έχει εμβολιαστεί στο παρελθόν με το εμβόλιο της γρίπης πρέπει να το επαναλαμβάνει κάθε χρόνο το 64,7% (112 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας συμφώνησαν ότι το εμβόλιο της γρίπης πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο.

Στη συσχέτιση των ερωτήσεων εάν οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες κινδύνου για τις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών και εάν κλήθηκαν κατά το 2009 να εμβολιασθούν έναντι της πανδημίας γρίπης, το 74,17% (140 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών κλήθηκαν το 2009 να εμβολιασθούν κατά της πανδημίας γρίπης.

Το 61,9% (13 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών δεν κλήθηκαν το 2009 να εμβολιασθούν κατά της πανδημίας γρίπης.

Στη συσχέτιση των ερωτήσεων εάν οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών και εάν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό το 82,0% (155 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό και το 100% (21 άτομα) απ' αυτούς που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες στις οποίες συνιστάται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σύμφωνα με το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό.

Το 89,2% (132 άτομα) από αυτούς που κλήθηκαν να συμμετέχουν το 2009 στον εμβολιασμό για την πανδημία γρίπης έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας. Το 76,4% (113 άτομα) από αυτούς που κλήθηκαν να συμμετέχουν το 2009 στον εμβολιασμό για την πανδημία γρίπης θα είχαν εμπιστοσύνη να τους κάνει το εμβόλιο γρίπης επισκ/τρια υγείας.
Το 69,3% (122 άτομα) από αυτούς που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό θεωρούν ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται και το 73,35% (25 άτομα) από αυτούς που συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό θεωρούν ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει θα πρέπει να εμβολιάζονται. Το 79,5% (140 άτομα) από αυτούς που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό δεν θα έκαναν το εμβόλιο εάν ήταν διαθέσιμο από την υπηρεσία τους και το 88,2% (30 άτομα) από αυτούς που συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό θα έκαναν το εμβόλιο εάν ήταν διαθέσιμο από την υπηρεσία τους. Το 77,8% (137 άτομα) από αυτούς που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό θεωρούν ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός και το 64,7% (22 άτομα) από αυτούς που συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό θεωρούν ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Το 76,9% (100 άτομα) από αυτούς που δεν θα είχαν εμπιστοσύνη τον παθολόγο για εμβολιασμό θα είχαν εμπιστοσύνη την επισκ/πτρια υγείας και το 60,0% (48 άτομα) από αυτούς που θα είχαν εμπιστοσύνη τον παθολόγο για εμβολιασμό θα είχαν εμπιστοσύνη και την επισκ/πτρια υγείας. Το 71,5% (93 άτομα) από αυτούς που δεν θα είχαν εμπιστοσύνη τον παθολόγο για εμβολιασμό δεν θα είχαν εμπιστοσύνη και τον οικογενειακό ιατρό. Το 67,6% (100 άτομα) από αυτούς που θα είχαν εμπιστοσύνη την επισκ/πτρια υγείας για εμβολιασμό δεν θα είχαν εμπιστοσύνη τον οικογενειακό ιατρό.
Το 68,2% (101 άτομα) από αυτούς που θα είχαν εμπιστοσύνη την επισκ/πτρια υγείας για εμβολιασμό πιστεύουν ότι εάν κάποιος έχει εμβολιαστεί στο παρελθόν με το εμβόλιο γρίπης πρέπει να το επαναλαμβάνει κάθε χρόνο. Το 66,2% (98 άτομα) από αυτούς που θα είχαν εμπιστοσύνη την επισκ/πτρια υγείας για εμβολιασμό θεωρούν ότι ο εμβολιασμός για τη γρίπη δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Το 78,5% (62 άτομα) από αυτούς που πιστεύουν ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει θα πρέπει να εμβολιάζονται πιστεύουν ότι εάν κάποιος έχει εμβολιαστεί στο παρελθόν με το εμβόλιο γρίπης πρέπει να το επαναλαμβάνει κάθε χρόνο. Το 82,4% (108 άτομα) από αυτούς που πιστεύουν ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και δεν έχουν νοσήσει δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται πιστεύουν ότι δεν θα έκαναν το εμβόλιο εάν ήταν διαθέσιμο από την υπηρεσία τους. Το 85,5% (112 άτομα) από αυτούς που πιστεύουν ότι άτομα που ανήκουν σε ομάδες χαμηλού κινδύνου και

δεν έχουν νοσήσει δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται θεωρούν ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Το 82,7% (67 άτομα) από αυτούς που πιστεύουν ότι εάν κάποιος έχει εμβολιαστεί στο παρελθόν με το εμβόλιο γρίπης δεν πρέπει να το επαναλαμβάνει κάθε χρόνο θεωρούν ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Το 90,3% (130 άτομα) από αυτούς που δεν θα έκαναν το εμβόλιο εάν ήταν διαθέσιμο από την υπηρεσία τους θεωρούν ότι ο εμβολιασμός του προσωπικού για τη γρίπη δεν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικός.
Καθώς οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές σχέσεις για τον τρόπο που έλαβαν γνώση (Πίνακας 22).

ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ * ΑΠΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ	0,000	-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ * ΔΙΟΙΚΗΣΗ	0,000	-
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ * ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΑ Ο ΙΔΙΟΣ	0,000	-
ΑΠΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ * ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΑ Ο ΙΔΙΟΣ	0,009	-
ΕΝΤΥΠΟ ΥΛΙΚΟ * ΔΙΟΙΚΗΣΗ	0,009	-
ΔΙΟΙΚΗΣΗ * ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΑ Ο ΙΔΙΟΣ	0,014	-

Πίνακας 22. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις του τρόπου γνώσης για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας

Το 81,0% (81 άτομα) από αυτούς που έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από την επιτροπή λοιμώξεων δηλώνουν ότι δεν έχουν ενημέρωση από τους συναδέλφους τους. Το 95,9% (70 άτομα) από αυτούς που δεν έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από την επιτροπή λοιμώξεων δηλώνουν ότι δεν έχουν ενημέρωση από τη διοίκηση. Το 88,0% (88 άτομα) από αυτούς που έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από την επιτροπή λοιμώξεων δηλώνουν ότι δεν ενδιαφέρονται να ενημερωθούν οι ίδιοι. Το 87,5% (49 άτομα) από αυτούς που έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από τους συναδέλφους δηλώνουν ότι ενδιαφέρονται να ενημερωθούν οι ίδιοι. Το 87,9% (109 άτομα) από αυτούς που δεν έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από έντυπο υλικό δηλώνουν ότι δεν έχουν ενημέρωση από τη διοίκηση. Το 93,1% (27 άτομα) από αυτούς που έχουν ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από τη διοίκηση δηλώνουν ότι δεν ενδιαφέρονται να ενημερωθούν οι ίδιοι ενώ το 71,5% (103 άτομα) από αυτούς που δεν έχουν

ενημέρωση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους από τη διοίκηση δηλώνουν ότι δεν ενδιαφέρονται να ενημερωθούν οι ίδιοι.
Για να εμβολιασθούν κατά της πανδημίας γρίπης το 2009 κλήθηκαν από τους 210 ερωτηθέντες οι 148 (70,5%). Από αυτούς που κλήθηκαν να εμβολιασθούν μόνο οι 49 εμβολιάσθηκαν (33,1%). Οι στατιστικώς σημαντικές σχέσεις/εξαρτήσεις για τους λόγους που δέχθηκαν ή δεν δέχθηκαν να εμβολιασθούν από τους κληθέντες παρουσιάζονται στους Πίνακες 23 και 24, που ακολουθούν.

ΕΑΝ ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009 (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1) ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΗΚΑΤΕ, ΔΙΟΤΙ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ * ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ/ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ	0,000	-
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ/ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ * ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ/ΔΩΡΕΑΝ	-	0,000
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ * ΕΥΚΟΛΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ/ΔΩΡΕΑΝ	-	0,001

Πίνακας 23. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις αιτιών στο θετικό εμβολιασμό κατά το 2009

ΕΑΝ ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009 (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1) ΔΕΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΤΕ, ΔΙΟΤΙ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ * ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ	0,007	-
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ * ΔΙΟΤΙ; ΑΛΛΟ	0,000	-
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ * ΑΛΛΕΡΓΙΑ	-	0,004
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ * ΑΛΛΟ	-	0,024

Πίνακας 24. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις αιτιών στον αρνητικό εμβολιασμό κατά το 2009

Το 99,0% (104 άτομα) από αυτούς που δεν εμβολιάσθηκαν για την προστασία τη δική τους ή της οικογένειάς τους δηλώνουν ότι δεν εμβολιάσθηκαν για την προστασία των συναδέλφων τους. Το 99,0% (104 άτομα) από αυτούς που δεν εμβολιάστηκαν για την προστασία τη δική τους ή της οικογένειάς τους δηλώνουν ότι δεν εμβολιάσθηκαν γιατί δεν είχαν εύκολη πρόσβαση ή δωρεάν στο εμβόλιο. Το 97,5% (118 άτομα) από αυτούς που δεν εμβολιάσθηκαν για την προστασία των συναδέλφων/ασθενών τους δηλώνουν ότι δεν εμβολιάσθηκαν γιατί δεν είχαν εύκολη πρόσβαση ή δωρεάν στο εμβόλιο.

Παρόλο που το 91,6% (87 άτομα) θεωρεί το εμβόλιο ασφαλές και αποτελεσματικό παρά ταύτα δεν εμβολιάστηκε. Το 96,1% (122 άτομα) από αυτούς που δεν εμβολιάστηκαν το θεωρεί ασφαλές και δεν έχει κάποιο σύμπτωμα αλλεργίας. Το 74,0% (94 άτομα) από αυτούς που δεν εμβολιάστηκαν το θεωρεί αποτελεσματικό και δεν εμβολιάστηκε λόγω της ύπαρξης κάποιου άλλου λόγου.
Από τους ερωτηθέντες, στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό συμμετέχουν 34 άτομα (16,2%). Οι στατιστικώς σημαντικές σχέσεις/εξαρτήσεις για τους λόγους που συμμετέχουν ή όχι παρουσιάζονται στους Πίνακες 25 και 26.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ), ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑΤΙ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ * ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	-	0,048
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΙΚΗ ΜΟΥ/ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ * ΑΛΛΟ	-	0,037

Πίνακας 25. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις αιτιών συμμετοχής στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό

ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ), ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided) CI 95%
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ * ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΩ	0,000	-
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΣΦΑΛΕΣ * ΔΕΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ	0,000	-
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ * ΔΕΝ ΚΙΝΔΥΝΕΥΩ	0,000	-
ΔΕΝ ΤΟ ΘΕΩΡΩ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ * ΔΕΝ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ	0,000	-

Πίνακας 26. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις αιτιών μη συμμετοχής στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό

Οι κυριότεροι λόγοι συμμετοχής στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό είναι η προστασία τους και της οικογένειάς τους καθώς των ασθενών και των συναδέλφων. Λόγος όπως χρόνιο νόσημα ή κάποιος άλλος είναι σχεδόν μηδενικοί. Απ' αυτούς που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό κανένα άτομο δεν θεωρεί ότι δεν είναι ασφαλές το εμβόλιο καθώς και ότι δεν κινδυνεύει. Το 98,7% (74 άτομα) θεωρούν ότι δεν είναι ασφαλές το εμβόλιο και ότι ενημερώθηκαν. Κανένα άτομο δεν θεωρεί ότι είναι αποτελεσματικό το εμβόλιο καθώς και ότι δεν κινδυνεύει ενώ το 77,9% (81 άτομα) θεωρεί ότι είναι αποτελεσματικό το εμβόλιο, καθώς και ότι κινδυνεύει. Το 81,7% (85 άτομα) θεωρούν ότι είναι αποτελεσματικό το εμβόλιο και ότι ενημερώθηκαν.
Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία και της ενημέρωσης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 27.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	0,024	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ		0,035
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΠΥΡΕΤΟΣ, ΒΗΧΑΣ, ΜΥΑΛΓΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ	0,026	
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΚΑΤΑΡΡΟΗ, ΦΤΑΡΝΙΣΜΑ, ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ, ΠΥΡΕΤΟΣ, ΒΗΧΑΣ, ΜΥΑΛΓΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ	0,005	

Πίνακας 27. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις δημογραφικών στοιχείων και ενημέρωσης εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία και της συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 28.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,410	
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,015	

Πίνακας 28. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις δημογραφικών στοιχείων και συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία, καθώς και δεδομένα της εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 29, που ακολουθεί.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β		0,004
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α		0,029
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΚΑΝΕΝΑ		0,002
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,031	
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009; (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1)	0,007	
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,035	

Πίνακας 29. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις δημογραφικών στοιχείων και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την ενημέρωση και της έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 30.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ; * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ;		0,027
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ		0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ		0,004
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,027	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ) * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,000	

Πίνακας 30. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις μεταξύ της ενημέρωσης και της έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΠΥΡΕΤΟΣ, ΒΗΧΑΣ, ΜΥΑΛΓΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,006	
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,031	
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,016	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ		0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,012	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,039	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,001	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,032	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,044	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ		0,045

Πίνακας 30 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ		0,012
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ;		0,004
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,033	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,029	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,001	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,003	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ	0,010	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΓΡΙΠΗΣ;	0,012	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,000	

Πίνακας 30 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,001	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,012	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,007	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,009	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,007	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;		0,047
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,018	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΓΡΙΠΗΣ;		0,042
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,000	

Πίνακας 30 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,005	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,001	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,025	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,030	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ;	0,002	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,001	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ	0,003	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ * ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,023	

Πίνακας 30 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και έκθεσης - συμπεριφοράς των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την ενημέρωση και την εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 31.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,011	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,004	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,000	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ) * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,032	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΕΠΑΦΗ (ΑΜΕΣΗ-ΕΜΜΕΣΗ) * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΚΑΝΕΝΑ	0,038	
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΚΑΤΑΡΡΟΗ, ΦΤΑΡΝΙΣΜΑ, ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ * ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ		0,048
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,023	
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΚΑΝΕΝΑ		0,041
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,027	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,049	

Πίνακας 31. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,014	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,006	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,021	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,029	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,005	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,000	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,002	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,001	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,003	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,003	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,024	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,044	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,001	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,003	

Πίνακας 31 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΘΕΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ-ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΡΙΠΗ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,003	
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ; * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;		0,014
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,002	
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,034	
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ	0,001	
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ; * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,047	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,015	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,004	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,004	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,014	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,048	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,017	
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;		0,021

Πίνακας 31 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ενημέρωσης και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Στον έλεγχο ανεξαρτησίας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν την έκθεση, τη συμπεριφορά και την εμβολιαστική κάλυψη των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις όπως στον Πίνακα 32.

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,001	
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,000	
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ; * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,015	
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,021	
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,040	
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,031	
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,016	
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ; * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,036	
ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ; * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ;	0,024	
ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,017	
ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ; * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,004	
ΕΑΝ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ, ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,004	

Πίνακας 32. Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις έκθεσης - συμπεριφοράς και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

	Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);		0,017
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,010	
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ; * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,034	
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,026	
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ) * ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ	0,026	
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ) * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,007	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,030	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,038	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,001	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΤΕΤΑΝΟΥ	0,012	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ * ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α	0,000	
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ * ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ;		0,004
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ * ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,009	

Πίνακας 32 (συνέχεια). Στατιστικώς σημαντικές σχέσεις έκθεσης - συμπεριφοράς και εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων σχετικά με τον ιό της γρίπης

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος, στις κύριες μεταβλητές του ερωτηματολογίου με το Chi-Square Goodness of Fit Test (καλής προσαρμογής), εάν υπάρχει στατιστική διαφορά στα ποσοστά (πιθανότητες ή συχνότητες) μεταξύ των διαφόρων επιπέδων κάθε μεταβλητής. Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 33).

Ερώτηση/Μεταβλητή	Asymp. Sig. p value
ΗΛΙΚΙΑ	0,000
ΦΥΛΟ	0,000
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0,000
ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	0,000
ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0,000
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ;	0,000
ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ Α/Η1Ν1 ΤΟ 2009;	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΑΕΡΟΓΕΝΩΣ	0,038
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ Η ΓΡΙΠΗ; ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0,000
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΚΑΤΑΡΡΟΗ, ΦΤΑΡΝΙΣΜΑ, ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ	0,000
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΠΥΡΕΤΟΣ, ΒΗΧΑΣ, ΜΥΑΛΓΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ	0,000
ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΥΓΙΕΙΝΗ	0,038
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	0,000
ΕΧΕΤΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΙ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΓΑΝΤΙΩΝ;	0,000
ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ;	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ	0,000
ΠΩΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ; (ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ) ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0,000
ΕΝΗΜΕΡΩΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ;	0,000
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΡΙΠΗΣ;	0,027
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ [illegible]	0,000
ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΕ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ (ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΟ ή ΠΛΥΣΙΜΟ ΜΕ ΣΑΠΟΥΝΙ), ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ;	0,000
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ	0,000
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΑΝΤΙΪΚΟΥ, ΟΤΑΝ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ	0,000

Πίνακας 33. Αποτελέσματα του ελέγχου καλής προσαρμογής (Chi-Square Goodness of Fit Test)

Ερώτηση/Μεταβλητή	Asymp. Sig. p value
ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ; ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΠΥΡΕΤΙΚΑ)	0,001
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΜΕΙΝΩ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕΧΡΙ ΝΑ ΥΠΟΧΩΡΗΣΕΙ Ο ΠΥΡΕΤΟΣ	0,000
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ, ΕΦΟΣΟΝ ΔΕΝ ΕΧΩ ΥΨΗΛΟ ΠΥΡΕΤΟ	0,000
ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ, ΟΤΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΡΙΠΗ; ΝΑ ΠΑΩ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ	0,000
ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΗΤΕΙΑΣ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000
ΕΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	0,000
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ	0,000
ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ;	0,000
ΚΛΗΘΗΚΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙΤΕ ΤΟ 2009; (ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΓΡΙΠΗΣ 2009 H1N1)	0,000
ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ (ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ);	0,000
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΠΑΘΟΛΟΓΟ	0,001
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΕΠΙΣΚ/ΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	0,000
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ; ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	0,001
ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ	0,000
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΝΟΣΗΣΕΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ;	0,000
ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ;	0,001
ΘΑ ΚΑΝΑΤΕ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΝΑ ΗΤΑΝ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΑΣ;	0,000
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΙΠΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ;	0,000
ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β	0,000
ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ; ΚΑΝΕΝΑ	0,000

Πίνακας 33 (συνέχεια). Αποτελέσματα του ελέγχου καλής προσαρμογής (Chi-Square Goodness of Fit Test)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν προσβληθεί μπορεί να μεταδόσουν το ιό στους ασθενείς με τους οποίους έρχονται σε επαφή. Η σοβαρότητα αυτού έγκειται στο μεγάλο ποσοστό ασθενών που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για επιπλοκές και οπότε αύξηση εξαιτίας αυτού, της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι επαγγελματίες υγείας λοιπόν μπορεί να αποτελούν την βασική εστία μετάδοσης του ιού, λόγω της συχνής επαφής τους με ασθενείς. Η

καταπολέμηση αυτού κρίνεται αναγκαία για την προστασία ασθενών υψηλού κινδύνου. Ωστόσο παρά τις συνεχείς συστάσεις και εκστρατείες για την αύξηση του εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας, τα ποσοστά παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα. Ο εμβολιασμός και οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας έχει αποδειχθεί απο πολλές έρευνες ότι μπορεί να προστατεύσει τους ίδιους, τις οικογένειες τους και να μειώσει την θνητότητα και θνησιμότητα των ασθενών. Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι γνώσεις, η ενημέρωση και η εμβολιαστική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον ιό της γρίπης και τον αντιγριπικό εμβολιασμό.

1. Γνωστικό επίπεδο των ΕΥ για τη γρίπη, τη μετάδοση της γρίπης και την πρόληψή της

Η πλειοψηφία του προσωπικού δήλωσε ότι γνωρίζει για τη γρίπη (207 άτομα ή 98,6%). Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για την γρίπη δεν φαίνεται να είναι επαρκής. Μάλιστα μόνο το 35,7% δηλώνει ότι ενημερώθηκε για την γρίπη από την Διοίκηση του Νοσοκομείου, ενώ η πλειοψηφία δηλώνει ότι ενημερώθηκε από τα ΜΜΕ. Έτσι, ενώ η πλειοψηφία δηλώνει ότι γνωρίζει για την γρίπη, στην ερώτηση σχετικά με την μετάδοσή της το 57,1% (120 άτομα) δήλωσε ότι δεν μεταδίδεται η γρίπη αερογενώς. Ωστόσο το προσωπικό γνωρίζει την συμπτωματολογία της γρίπης και μόνο ένα μικρό ποσοστό δείχνει να συγχέει την γρίπη με το απλό κρυολόγημα. Έχουν καλό γνωστικό επίπεδο σε ότι αφορά την πρόληψη της γρίπης. Η πλειοψηφία μάλιστα θεωρεί τον εμβολιασμό έως κύριο μέσο πρόληψης της γρίπης. Η εκπαίδευσή τους σχετικά με την διαχείριση περιστατικού γρίπης και χρήσης Μέτρων Ατομικής Προστασίας κατά την νοσηλεία ασθενή με γρίπη είναι ανεπαρκής. Ανησυχητικό εύρημα αποτελεί το ότι ενώ δηλώνουν ότι ενημερώθηκαν για την οριζόντια μετάδοση λοιμώξεων, ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι η διασπορά παθογόνων μικροοργανισμών πραγματοποιείται από ασθενή σε ασθενή. Επίσης ένα σημαντικό ποσοστό δεν ενημερώνεται για το ιστορικό των ασθενών με τους οποίους έρχεται σε επαφή. Καθησυχαστικό είναι ότι η πλειοψηφία κάνει χρήση ΜΑΠ και έχει εκπαιδευθεί και εφαρμόζει την υγιεινή των χεριών και την ορθή χρήση γαντιών πριν και μετά την επαφή με ασθενή. Ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δηλώνει ότι δεν εφαρμόζει τα παραπάνω λόγω έλλειψης χρόνου και εξοπλισμού. Τέλος σε ότι αφορά την αντιμετώπιση της γρίπης το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι επιτυγχάνεται με τη λήψη αντιικών.

2. Γνωστικό επίπεδο των ΕΥ σχετικά με τον εμβολιασμό έναντι της γρίπης

Το 82,4% (173 άτομα) των Ε.Υ. έχουν γνώση για τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας με κύρια πηγή ενημέρωσης την επιτροπή λοιμώξεων του νοσοκομείου σε ποσοστό 57,8% (100 άτομα). Γνωρίζουν ότι ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό, σύμφωνα με το *Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.* Θεωρούν ότι ο εμβολιασμός έναντι της

γρίπης είναι το κύριο μέσο για την πρόληψή της και γνωρίζουν ότι το εμβόλιο πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο παρόλο που κάποιος το έκανε στο παρελθόν.

3. Εμβολιαστική κάλυψη των Ε.Υ. έναντι του ιού της γρίπης.

Αν και το γνωστικό επίπεδο των Ε.Υ. σχετικά με τον αντιγριπικό εμβολιασμό είναι καλό, τα ποσοστά του ετήσιου αντιγριπικού εμβολιασμού των ΕΥ είναι ανησυχητικά χαμηλά. Τα ίδια ποσοστά επικρατούν σε ότι αφορά τον εμβολιασμό τους το 2009 έναντι του πανδημικού στελέχους. Μόνο οι 34 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 16,2%) συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό με κύρια αιτία συμμετοχής τη δική τους προστασία και της οικογένειάς τους. Οι κύριοι λόγοι αποδοχής του εμβολίου και στις δύο περιπτώσεις είναι η προστασία η δική τους και της οικογένειάς τους. Οι υπόλοιποι που δεν συμμετέχουν στον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό δήλωσαν ότι δεν το κάνουν καθότι δεν το θεωρούν ασφαλές και αποτελεσματικό. Το αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που επίσης αναφέρουν πολύ χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού (19.6% και 20.6%) όπως οι μελέτες των *Gil H,* et al και των *Jimet R,* et al. Αλλες μελέτες αναφέρουν επίσης μικρά ποσοστά εμβολιασμού για τη Γρίπη έως. 28%. Αντίθετα, έρευνες έχουν που πραγματοποιηθεί κυρίως στις ΗΠΑ, όπου ο αντιγριππικος εμβολιασμός έχει γίνει συνείδηση στους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν ποσοστά εμβολιασμού από 35%-62%, με τα υψηλότερα ποσοστά να δίνονται στις μελέτες των *Nichol KL, Hauge M και Ohrt C.K., McKinney W.P.* στις οποίες το ποσοστό εμβολιασμού ήταν 61% και 62%. Στην πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών αναφέρεται ότι η ενεργοποίηση, η εκπαίδευση και η προσβασιμότητα στο εμβόλιο αποτελούν τους κομβικούς παράγοντες στην αύξηση του ποσοστού του εμβολιασμού για τη γρίπη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το επίπεδο ανοσοποίησης των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη μας εμφανίζει, ανησυχητικά, χαμηλό επίπεδο ανοσοποίησης. Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα είναι ίδια με αυτά άλλων χωρών δεν πρέπει να μας καθησυχάζει. Θα πρέπει να παραδειγματιστούμε από το παράδειγμα των επαγγελματιών υγείας τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη που τηρούν με ακρίβεια το εμβολιαστικό πρόγραμμα της χώρας τους. Ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας εξαρτάται από την ατομική θέληση του κάθε εργαζόμενου, από το επίπεδο γνώσεων και την ενημέρωση του καθένα. Στην Μ. Βρετανία και στις Η.Π.Α. ο εμβολιασμός των επαγγελματιών υγείας είναι υποχρεωτικός, ενώ στην Ελλάδα οι οδηγίες δίνονται υπό μορφή συστάσεων από το C.D.C. και το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Παρά τις συστάσεις εμβολιασμού από τις *Επιτροπές*

Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και την ενημέρωση από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., η γνώση των συντεινόμενων εμβολίων και των μέτρων προφύλαξης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

Είναι εμφανές ότι οι Ε.Υ. αγνοούν τον κίνδυνο τόσο σε σχέση με την δική τους ασφάλεια, όσο και σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών. Από ότι φαίνεται η απόρριψη του εμβολίου οφείλεται στην ανεπαρκή και ανακριβή ενημέρωση τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την έλλειψη εμπιστοσύνης προς το εμβόλιο.

Οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψιν τον κίνδυνο που ελλοχεύει η εμβολιαστική αυτή στάση των ΕΥ τόσο για την εποχική γρίπη όσο και στην περίπτωση μιας πανδημίας.

Οι ΕΥ υγείας πρέπει να έχουν ακριβή και πλήρη ενημέρωση τόσο για την γρίπη, την μετάδοση και την πρόληψή της όσο και για τον αντιγριπικό εμβολιασμό. Πρέπει να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν για τους κινδύνους που μπορεί να διατρέχουν από τον ιό της γρίπης, να εκπαιδευθούν στην χρήση Μ.Α.Π., καθώς και στη διαχείριση περιστατικού γρίπης, να ενημερωθούν για την ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και σημαντικότητα του εμβολίου. Ο εμβολιασμός θα πρέπει να αποτελεί συνειδητή επιλογή.

Είναι απαραίτητη λοιπόν μια συνολική και οργανωμένη προσπάθεια από τις διοικήσεις, τους εργοδότες, τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, το διοικητικό προσωπικό, τις ασφαλιστικές εταιρείες και τις άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού.

Οι Διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να θεσμοθετήσουν την ανοσοποίηση στους χώρους εργασίας των επαγγελματιών υγείας, να αποδείξουν την αναγκαιότητα του εμβολιασμού τόσο για την προστασία των επαγγελματιών υγείας όσο και για την προστασία των ασθενών. Να αναπτύξουν πολιτικές που υποστηρίζουν τον εμβολιασμό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί δίνοντας έμφαση στα πλεονεκτήματα και στην ασφάλεια του εμβολιασμού και επισημαίνοντας τις δυνητικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν στους ίδιους, στις οικογένειες και στους ασθενείς από την απόρριψή του. Να προάγουν την εκπαίδευσή τους με την χρήση διαφόρων εκπαιδευτικών μεθόδων που μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά του εμβολιασμού και να μειώσουν την εμφάνιση της ασθένειας. Να διασφαλίσουν εύκολη πρόσβαση στο εμβόλιο. Η εύκολη πρόσβαση στο εμβόλιο είναι επίσης σημαντικός παράγοντας αύξησης του εμβολιασμού. Ιατρεία εμβολιασμού, κινητές μονάδες πρέπει να είναι διαθέσιμα για τους επαγγελματίες υγείας.

Η ύπαρξη υπεύθυνης ομάδας που θα αναλάβει τον σχεδιασμό για την ενημέρωση των Ε.Υ. τόσο για την γρίπη όσο και για τα πλεονεκτήματα του αντιγριπικού εμβολιασμού θα βοηθούσε στην αύξηση της εμβολιαστικής κίνησης των Ε.Υ.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα πρέπει να ενισχύσει την ομάδα αυτή και να προωθήσει προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης του προσωπικού,

χρησιμοποιώντας κάθε μέσο όπως: διανομή φυλλαδίων, αφίσες, ηλεκτρονικά μηνύματα, διαλέξεις. Πρέπει να αποδείξει την αναγκαιότητα του εμβολιασμού.
Η εφαρμογή πρωτοκόλλου εμβολιασμού, η διατήρηση και έλεγχος αρχείου ανοσοποίησης για όλους τους επαγγελματίες υγείας είναι κάποια μέτρα που θα βοηθήσουν στην αύξηση του ποσοστού των εμβολιασμένων επαγγελματιών υγείας και στη μείωση της μετάδοσης νοσημάτων.
Η εφαρμογή υποχρεωτικού εμβολιασμού των Ε.Υ., μέσα στο πλαίσιο των επαγγελματικών τους «υποχρεώσεων», έχει συζητηθεί λόγω της χαμηλής συμμόρφωσης των Ε.Υ. στις συστάσεις. Όμως ο υποχρεωτικός εμβολιασμός δεν είναι αποδεκτός σύμφωνα με τις αρχές της ελευθερίας επιλογής και αυτονομίας Στην Ελλάδα η *Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών* συστήνει τον εμβολιασμό των επίνοσων ΕΥ έναντι ηπατίτιδας Α και Β (Υ1/ΓΠ 158238/23.01.2008) και εποχιακής γρίπης. Είναι πιθανό, ότι η εκπαίδευση των μελλοντικών ΕΥ στις Ιατρικές και Νοσηλευτικές Σχολές της χώρας σε συνδυασμό με την ευαισθητοποίηση των νεοεισερχόμενων Ε.Υ. στους χώρους υπηρεσιών υγείας, θα συντελέσει στη βελτίωση των επιπέδων ανοσίας έναντι των νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό στις μελλοντικές γενιές των Ε.Υ. στη χώρα μας. Πρέπει να επισημανθεί ότι η ενημέρωση, η εκπαίδευση και η στάση των Ε.Υ. διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού.
Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μας δεν μπορούν να γενικευθούν. Το σχετικά μικρό δείγμα σε συνδυασμό με την βολική δειγματοληψία που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί οδηγεί στην επισήμανση ότι ασφαλή συμπεράσματα για το σύνολο του πληθυσμό απαιτούν εκτενέστερες έρευνας. Επίσης, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν ένα αυτοσχέδιο, μη σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που σίγουρα περιορίζει τη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Ωστόσο, η κύρια τάση που βγαίνει από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων είναι σύμφωνη με τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών.
Επιπροσθέτως τα αποτελέσματα φαίνεται ότι αντανακλούν το γενικότερο αντιεμβολιαστικό κίνημα που έχει εμφανισθεί πλέον και στην Ελλάδα και μάλιστα και στο υγειονομικό προσωπικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Carman WF, Elder AG, Wallace LA,** et al (2000), Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:93-7

2. **Chalmers, C.** (2006), Understanding healthcare worker uptake of influenza vaccination: a survey, *British Journal of Infection Control,* 7(2): 12.

3. **Centers for Disease Control and Prevention** (2009), Intensive care patients with severe novel influenza A(H1N1) virus infection - Michigan, June, 2009. *MMWR MorbMortal Wkly Rep.* 2009;58:749-752

4. **Centers for Disease Control and Prevention** (2009), Novel H1N1 Flu Situation Update. http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm (Accessed July 7, 2009).

5. **Clark, S.J., Cowan, A.E. and Wortley, P.M.** (2009), Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses, *American Journal of Infection Control,* 37(7): 551-556

6. **Conde, C.** (2009), Staying well: physicians, staff need flu shots first *Tex Med* 105(10): 16-22

7. **Couch R B** (2000), Prevention and treatment of influenza. *New England Journal of Medicine* 343:1778-1787

8. **Dedoukou, X., Dedoukou X, Nikolopoulos G.** et al (2010), Attitudes towards vaccination against seasonal influenza of health-care workers in primary healthcare settings in Greece, *Vaccine,* Aug 23;28(37):5931

9. **Δρακόπουλος Β.** και **Θ.Κ. Κωνσταντινίδης** (2009), Γενικές Οδηγίες σε επιχειρήσεις και εργασιακούς χώρους γιά την πρόληψη της γρίπης από το νέο ιό Α (Η1Ν1), *Εκδ. Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ), Γραμματεία Υγιεινής και Ασφάλειας, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας (ΠΜΣ ΥΑΕ), Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ.* Αθήνα

10. **Fardon, J.** (2006), Γρίπη των πτηνών, *Εκδ. Anubis,* Αθήνα 2006

11. **Gil H, Bailly P, Meaux-Ruault N, Clement I, Floret N, Guiot A, Manteaux C,**et al (2005), Influenza vaccination among health-care workers. Vaccination rates in universitary hospital of Besançon, winter 2003-2004. *Rev Med Interne.* 2006 Jan;27(1):5-9. Epub 2005 Oct 24

12. **Heimberger T, Chang HG, Shaikh M.** (1995), Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza: why are they not getting vaccinated? *Infection control and hospital epidemiology,* 16(7): 412-415.

13. **Hayward AC, Harling R, Wetten S,** et al (2006), Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health care use among residents: cluster randomized controlled trial. *Br Med J* 2006;333:1241

14. **Jiménez - García R, Hernández - Barrera V, Carrasco - Garrido P, Sierra - Moros MJ, Martinez - Hernandez D, de Miguel AG.** (2006), Influenza vaccination coverages among Spanish children, adults and health care workers. *Infection.* 2006 Jun;34(3):135-41.

15. **ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.** (2009), Τρέχουσες Οδηγίες για την Κλινική Αντιμετώπιση Περιστατικών Νέας Γρίπης H1N1, σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. *Εκδ. ΚΕΕΛΠΝΟ.* Δεκέμβριος 2009.

16. **ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.** (2015), Μέτρα πρόληψης μετάδοσης της εποχικής γρίπης Οδηγίες για χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. *Εκδ. ΚΕΕΛΠΝΟ.* Οκτώβριος 2015.

17. **Livnil G., Chodik, G., Yaari, A.** et al (2008), Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers, *Journal of Pediatric Infectious Diseases,* 3(2): 111-117.

18. **Loulergue P, Moulin F, Vidal - Trecan G,** et al (2009), Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine.* 27(31):4240-4243.

19. **Maltezou HC, Maragos A, Halharapi T,** et al (2007), Factors influencing influenza vaccination rates among healthcare workers in Greek hospitals. *J Hosp Infect* 2007;66:156-159

20. **Maltezou HC.** (2008), Nosocomial influenza: new concepts and practice. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21:337-343

21. **Maltezou HC, Maragos A, Katerelos P.** et al (2008), Influenza vaccination acceptance among health-care workers: a nationwide survey, *Vaccine,* 26(11):1408-1410.

22. **Maltezou HC,** et al (2011), Seroepidemiological study of pandemic influenza H1N1 following the 2009-2010 wave in Greece. *Vaccine.* 2011 Sep 2;29(38):6664-6669

23. **Martinello, R.A., Jones, L.** and **Topal, J.E.** (2003), Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine and vaccine receipt, *Infection control and hospital epidemiology,* 24(11): 845-847

24. **Monto AS, Gravenstein S, Elliott M,** et al (2000), Clinical signs and symptoms predicting influenza infection. *Arch Intern Med* 2000; 160:3243-3247

25. **Murray SB, Skull SA.** (2002), Poor health care vaccination coverage and knowledge of vaccination recommendations in a tertiary Australia hospital. *Aust N Z J Public Health* 2002 Feb; 26(1): 65-8

26. **Nichol KL, Hauge M.** (1997), Influenza vaccination of healthcare workers. *infection Control Hosp. Epidemiol.* 1997 Mar;18(3):189-94

27. **Nicholson K, Wood J, Zampon M.** (2003), Influenza. *The Lancet* 2003; 362:1733-45

28. **Nikolopoulos G, Bagos P, Lytras T, Bonovas S.** (2011), An ecological study of the determinants of differences in 2009 pandemic influenza mortality rates between countries in Europe. *PLoS One.* 2011 May 11;6(5):e19432

29. **Norton, S.P., Norton SP, Scheifele DW.** (2008), Influenza vaccination in paediatric nurses: Cross-sectional study of coverage, refusal, and factors in acceptance, *Vaccine,* 26(23): 2942-2948.

30. **Ohrt CK, McKinney WP.** (1992), Achieving compliance with influenza immunization of medical house staff and students. A randomized controlled trial. *JAMA.* 1992;267:1377-1380.

31. **Qureshi AM, Hughes NJ, Murphy E, Primrose WR.** (2004), Factors influencing uptake of influenza vaccination among hospital-based health care workers. *Occup Med (Lond).* 2004 May;54(3):197-201.

32. **Raftopoulos V.** (2008). Attitudes of nurses in Greece towards influenza vaccination. *Nursing standard,* 23(4): 35-42.

33. **Shahrabani, S., Benzion, U.** and **Yom Din, G.** (2009), Factors affecting nurses' decision to get the flu vaccine, *The European Journal of Health Economics,* 10(2): 227-231.

34. **Sypsa V, Bonovas S,** et al (2011), Estimating the disease burden of 2009 pandemic influenza A(H1N1) from surveillance and household surveys in Greece. *PLoS One.* 2011;6(6):e20593

35. **Tawfiq, J.A., Antony, A.** and **Abed, M.S.** (2009), Attitudes towards influenza vaccination of multi-nationality health-care workers in Saudi Arabia, *Vaccine,* 27(40): 5538-5541.

36. **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** (2009), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας γρίπης στην Ελλάδα 2009.

37. **Υπουργείο Υγείας** (2013), Εγκύκλιος με αρ. πρωτ.Υ1/Γ.Π.οικ.95847/15.10.2013, με θέμα «Αντιγριπικός εμβολιασμός για την εποχική γρίπη 2013-2014».

38. **Υπουργείο Υγείας** (2010), Ν. 3850/2010 «Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων», Π.Δ. 186/1995 - «Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία ...»).

39. **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Επιστημονική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων μικροβιακής αντοχής και στρατηγικής χρήσης αντιβιοτικών** (2007), Κατευθυντήριες οδηγίες για την προφύλαξη του προσωπικού από λοιμώδη νοσήματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, Αθήνα 2007

40. **WHO writing committee of consultation on human influenza A/H5** (2005), Avian Influenza A(H5N1) Infection in humans *N. Engl J Med* 2005;353:1374-85

41. **Willis, B.C.** and **Wortley, P.** (2007), Nurses' attitudes and beliefs about influenza and the influenza vaccine: a summary of focus groups in Alabama and Michigan, *American Journal of Infection Control,* 35(1): 20-24

42. **Zarogoulidis P, Glaros D, Kioumis I, Terzi E, Porpodis K, Tsiotsios A, Kallianos A, Trakada G, Machairiotis N, Stylianaki A, Sakas A, Rapti A, Courcoutsakis N, Constantinidis TC, Maltezos E** and **Zarogoulidis K.** (2012), Clinical differences between influenza A (H1N1) virus and respiratory infection between the two waves in 2009 and 2010. *Int J Gen Med.* 2012;5:675-82.

43. **Zarogoulidis P, Glaros D, Kontakiotis T, Froudarakis M, Kioumis I, Kouroumichakis I, Tsiotsios A, Kallianos A, Steiropoulos P, Porpodis K, Nena E, Papakosta D, Rapti A, Constantinidis TC, Kerenidi T, Panopoulou M, Trakada G, Courcoutsakis N, Fouka E, Zarogoulidis K** and **Maltezos E.** (2012), Health costs from hospitalization with H1N1 infection during the 2009-2010 influenza pandemic compared with non-H1N1 respiratory infections. *Int J Gen Med.* 2012;5:175-82.

44. **Zarogoulidis P, Kouliatsis G, Papanas N, Spyratos D, Constantinidis TC, Kouroumichakis I, Steiropoulos P, Mabroudi M, Matthaios D, Kerenidi T, Courcoutsakis N, Zarogoulidis K** and **Maltezos E.** (2011), Long-term respiratory follow-up of H1N1 infection. *Virol J.* 2011 Jun 25;8:319.

VACCINATION BEHAVIOR OF HEALTHCARE PROFESSIONALS FOR THE PREVENTION OF INFLUENZA

P. Topalidou[1], E. Nena[1,2], A. Zissimopoulos[1], E. Maltezos[1,3] and ***T.C. Constantinidis[1,2]***

1. Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Medical School of Democritus University of Thrace, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, 3. Second Teaching Clinic of Internal Medicine, Regional Teaching Hospital of Evros, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis

Abstract: Influenza (flu) is the most common infection of the upper respiratory tract. Healthcare professionals are at highly risk for flu and other infections. During the annual epidemic outbreak, there is sharp increase in patients visits in the health care facilities. Annual vaccination against seasonal flu is recommended for health professionals because it offers protection not only themselves but also for their families and patients. The vaccination coverage of health professionals remains low according to the study of 2008-2009 where there is highly variance of the immunization cover between geographical departments of the land. Aim of this study was to investigate the knowledge, approach and immunization cover of the healthcare staff against the influenza virus. So we can locate difficulties and ways for improvement that will contribute the health preservation of health professional and patients. Two hundred and fifty questionnaires were handed out to the healthcare personnel of a tertiary hospital (University General Hospital of Alexandroupolis). Two hundred and ten questionnaires were fully answered and returned to the investigator (participation rate 80%). The questionnaire was divided into sections about demographic data, information, risks, training, safety, exposure and use of personal protection measures, health and safety at work, the knowledge about immunization and the extent of the immunization cover of the healthcare professionals regarding the influenza and the vaccination against it For the analysis of the questionnaires the statistical package SPSS was used. Participants (n=210) were employed in different departments of the tertiary hospital. The majority (87.1%) were women. A significant proportion (98.6%, n=207) reported having knowledge about the flu, although 57.1% (n=120) stated that flu is not an airborne transmitted disease. The main source of information was the media (50.7%) followed by brochures (45.4%), the Hellenic Center for Disease Control and Prevention (44.4%). Correct answers regarding flu symptoms were provided by 70.9%. At the same time, 78.6% reported vaccination as the main preventive measure, 76.7% of hand hygiene and 64.8% the use of PPE. During the 2009 influenza pandemic, however, only 33.1% were vaccinated against influenza. Healthcare professionals seem to have good knowledge in terms of influenza prevention. The majority even considers vaccination as the primary measure for influenza prevention. Nevertheless, the rates of annual influenza vaccination is alarmingly low.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN-OUT) ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ι. Νάκου[1], Ε. Νένα[1,2], Α. Ζησιμόπουλος[1] και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης[1,2]***

1. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής Δ.Π.Θ.

Περίληψη: Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει τρεις εκφάνσεις: την συναισθηματικής εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται συχνά στους επαγγελματίες υγείας, καθώς θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου και έχει επιπτώσεις τόσο στους ιδίους, όσο και στο σύστημα Υγείας και στις παρεχόμενες στους ασθενείς υπηρεσίες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς των Νοσοκομείων της Θράκης, και να συσχετιστεί με δημογραφικούς παράγοντες αλλά και με τις συνθήκες εργασίας των ιατρών, όπως αυτές διαμορφώνονται στην εποχή της κρίσης. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε την συμπλήρωση ερωτηματολογίων για τον έλεγχο της ύπαρξης επαγγελματικής εξουθένωσης, συγκεκριμένα το *Maslach Burnout Index,* καθώς και για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων αλλά και στοιχείων που αφορούν τις συνθήκες εργασίας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ειδικευομένων ιατρών (78.3%) πάσχει από σημαντικού βαθμού burnout σε τουλάχιστον μια από τις υποκλίμακές του. Παρατηρήθηκε συσχέτιση της Συναισθηματικής Εξουθένωσης με την ηλικία (>30 ετών), με συνεχόμενες ώρες εργασίας (>32 ώρες), με τον έτος της ειδίκευσης και με την ικανοποίηση από τις οικονομικές απολαβές. Για την Αποπροσωποποίηση βρέθηκε συσχέτιση με το αν ο ιατρός έχει πάθει εργατικό ατύχημα ή όχι. Τέλος, η προσωπική επίτευξη βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την ηλικία και τον αριθμό των τέκνων. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, στα Νοσοκομεία της Θράκης παρατηρείται ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι το πιο συχνά παρατηρούμενο σύμπτωμα (52,5%) και βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση με τις συνεχόμενες ώρες εργασίας και τις μικρές οικονομικές απολαβές, παράγοντες που επιδεινώνονται ακόμα περισσότερο με την οικονομική κρίση που ταλανίζει τη χώρα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος burnout, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία για να χαρακτηρίσει το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, σημαίνει στην κυριολεξία «ανάφλεξη εκ των έσω μέχρις τελικής απανθράκωσης». Χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να χαρακτηρίσει τους αθλητές οι οποίοι κατόπιν έντονης καταπόνησης δεν μπορούσαν να αποδώσουν και είχαν πλέον «καεί». Ωστόσο με την εντατικοποίηση της εργασίας, ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια, όλο κι πιο πολλοί επιστήμονες διαφόρων κλάδων ασχολούνται με το φαινόμενο αυτό, διότι έχουν γίνει αντιληπτές οι σημαντικές επιπτώσεις του τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην κοινωνία, στην οικονομία μιας χώρας και στην ανάπτυξη της.

Από το πλήθος των ερευνών που έχουν κατά καιρούς πραγματοποιηθεί, προέκυψε πως το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κατά πολύ συχνότερο στους επαγγελματίες υγείας, ιατρούς κι νοσηλευτές. Οι εργαζόμενοι του τομέα αυτού, που είναι υποχρεωμένοι να έρχονται σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο σε καθημερινή βάση, εξαντλούνται ψυχικά και σωματικά, αποπροσωποποιούνται, γίνονται κυνικοί και ευερέθιστοι, ενώ το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία τους είναι εξαιρετικά χαμηλό.

Αυτή η συναισθηματική αποξένωση ενέχει κινδύνους τόσο για τους ίδιους τους επαγγελματίες, με αρνητικές συνέπειες στη σωματική κι ψυχική τους υγεία, όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς τους, καθώς δεν τους επιτρέπεται να αναπτύσσουν στενότερες και πιο ουσιώδεις ανθρώπινες σχέσεις με τα άτομα που χρειάζονται την επαγγελματική και συναισθηματική τους υποστήριξη.

Η περίοδος της ειδίκευσης ενός ιατρού είναι η περισσότερο αγχογόνος και απαιτητική περίοδος στην καριέρα του, υπάρχει το μόνιμο άγχος της επαγγελματικής πραγμάτωσης, οι ώρες εργασίας είναι εξαντλητικές, υπάρχει σημαντική στέρηση ύπνου, ενώ συχνά δεν έχει την απαραίτητη υποστήριξη ή επιβράβευση από τους ειδικούς ιατρούς του τμήματος. Επιπλέον συχνά ο ειδικευόμενος ιατρός έρχεται αντιμέτωπος με προσβλητική - απαξιωτική συμπεριφορά από μέρους των ασθενών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους ιατρούς αυτούς.

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, διανύει μια μακρά περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης, η οποία αναμφίβολα επηρεάζει τον τομέα της υγείας. Οι περισσότεροι νέοι ιατροί μεταναστεύουν στο εξωτερικό, οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι λιγότεροι από τους προβλεπόμενους, εργάζονται περισσότερες ώρες με λιγότερα μέσα, οι υποδομές των νοσοκομείων φθίνουν, ενώ οι απολαβές τους μειώνονται συνεχώς.

Στο παραπάνω κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, το οποίο επιτείνει το ήδη αυξημένο άγχος των ειδικευόμενων ιατρών, είναι σημαντικό να μελετηθεί ο επιπολασμός του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης και να εντοπιστούν οι ποικίλοι

παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξή του, καθώς αποτελεί σημαντική απειλή για την υγεία τόσο των εργαζομένων όσο και του κοινωνικού συνόλου.

Ιστορική αναδρομή

Ολοένα κι περισσότερο αυξάνεται το ενδιαφέρον των επιστημόνων από διάφορους κλάδους διεθνώς για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς έχουν γίνει πλέον αντιληπτές οι σοβαρές επιπτώσεις του τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία συνολικά. Στην Ελλάδα έχουν γίνει λίγες μελέτες και ελάχιστες αναφορές και το πρόβλημα αυτό δεν αντιμετωπίζεται προκειμένου να μειωθεί. Αντιθέτως μάλιστα, οι γρήγοροι ρυθμοί, η ανταγωνιστικότητα, η περίοδος της κρίσης που πλήττει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, επιτείνουν το φαινόμενο και βοηθούν την εξάπλωσή του σε ολοένα κι περισσότερα επαγγέλματα.
Οι πρώτες μελέτες που αφορούσαν τη διερεύνηση των συναισθημάτων των εργαζομένων έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στα μέσα της δεκαετίας του 1970 από τον Αμερικανό ψυχαναλυτή Dr. *Freudenberger* (1975) και την Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας Dr. *Maslach* (1976), οι οποίοι περιέγραψαν κι κατέγραψαν το φαινόμενο. *«Οι έρευνες ξεκίνησαν από την παρατήρηση ότι μετά από ένα χρονικό διάστημα οι εργαζόμενοι «άδειαζαν» από συναισθήματα και έχαναν τα κίνητρα και την αφοσίωση τους».*[1]
Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης ως σύνδρομο έγινε πιο συστηματική στη δεκαετία του 1980. Δημιουργήθηκαν κλίμακες μέτρησης, με κυρίαρχη αυτή της *Maslach,* που αξιολογούσαν το βαθμό της εξουθένωσης στους εργαζομένους. Σύμφωνα πάντοτε με αυτήν, ο εργαζόμενος «αναλωνόταν εκ των έσω μέχρι το σημείο της απανθράκωσης» και έχανε το ενδιαφέρον κι τον ενθουσιασμό του για την εργασία του, αρχίζοντας συγχρόνως να αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον ίδιο ως οντότητα[2].
Καθώς οι οικονομίες των χωρών εξελίσσονταν και δημιουργήθηκε η ανάγκη ανάπτυξης της βιομηχανικής ψυχολογίας, εντατικοποιήθηκαν κι οι έρευνες που αφορούσαν τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό συνέβη καθώς θεωρήθηκε πως το σύνδρομο αυτό αντανακλά το εργασιακό στρες που συσχετίζεται με την ευχαρίστηση, την αγάπη για την εργασία, αλλά και τη διάψευση των προσδοκιών που πηγάζει από τις γενικές συνθήκες εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις στο χώρο εργασίας του κάθε ανθρώπου[3].
Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης διευρύνθηκε και σε άλλους επαγγελματικούς τομείς που αφορούσε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αστυνομικούς, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, εργαζόμενους ψυχιατρικών κλινικών κ.ά. Την ίδια περίοδο υπήρξε εξέλιξη στα εργαλεία για τη βαθμονόμηση του συνδρόμου με σκοπό να διερευνηθούν οι συνέπειες του εργασιακού στρες σε βάθος χρόνου και να διαπιστωθεί πόσο αποτελεσματικά ήταν τα μέτρα που υιοθετούνταν για την καταπολέμησή του[4].

Σε έρευνα που έγινε το 1996 σε νοσηλευτικό προσωπικό ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου, διαπιστώθηκε ότι βασικά αίτια εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους ήταν κυρίως οργανωτικά κι διοικητικά θέματα[5]. Μια αντίστοιχη έρευνα που διενεργήθηκε στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον απέδειξε πως οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση συγκριτικά με εργαζόμενους σε άλλους τομείς καθώς φέρουν ευθύνη για ανθρώπινες ζωές και τα τυχόν λάθη τους ή οι παραλείψεις τους έχουν σοβαρό αντίκτυπο στις ζωές των ασθενών τους.[6] Επίσης από την έρευνα που διεξήγαγε η *Αδαλή* το 2002, όπου διερωτήθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό από πέντε μεγάλα δημόσια Νοσοκομεία των Αθηνών, διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό τους που οφειλόταν κυρίως σε διάφορους εργασιακούς παράγοντες[7], ενώ από μια αντίστοιχη μελέτη το 2004 αποδείχθηκε πως η οργανωμένη εργασία, πνεύμα συνεργασίας και σωστή επικοινωνία στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν σημαντικούς παράγοντες μη εξουθένωσης του εργατικού δυναμικού[8].
Σχετικά με τον ελληνικό χώρο, οι *Αντωνίου* και *Αντωνοδημητράκης* διεξήγαγαν μια έρευνα πανελλαδικής κλίμακας για την επαγγελματική εξουθένωση και τις γενικότερες ψυχολογικές πιέσεις που βιώνουν οι Έλληνες επαγγελματίες της υγείας. Βρέθηκε ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος (π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς κ.ά.) αλλά και παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα (π.χ. περιορισμένα μέσα, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης κ.ά.) Συγκρίνοντας τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων γιατρών με τα αντίστοιχα Βρετανών συναδέλφων τους, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι Έλληνες επαγγελματίες της υγείας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, στρες, δυσθυμία, διαταραχές ύπνου κ.ά. Επιπλέον οι Έλληνες γιατροί παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες Συμπεριφοράς Τύπου Α, που έχει συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων[9].

Ορισμός

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια. Λαμβάνοντας υπόψη τις έντονες συναισθηματικές απαιτήσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος, οι ιατροί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν το παραπάνω σύνδρομο πέρα από το τυπικό εργασιακό στρες. Ιδιαίτερα η περίοδος της ειδίκευσης μπορεί να προκαλέσει σημαντικού βαθμού επαγγελματική εξουθένωση, μειώνοντας την ικανότητα των ιατρών να διακατέχονται από αισθήματα σύμπνοιας, να επιλύουν διαγνωστικά προβλήματα και να λαμβάνουν πολύπλοκες θεραπευτικές

αποφάσεις. Γενικά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συνδεδεμένο με μια πληθώρα αρνητικών επιπτώσεων που περιλαμβάνουν κατάθλιψη και κίνδυνο ιατρικών λαθών θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών.

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ψυχολόγο *Herbert Freudenberger*[10] το 1974 σε ένα άρθρο με τίτλο «Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού», στο οποίο ανέλυε την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης ως συνέπεια του επαγγελματικού στρες. Πρόκειται στην πραγματικότητα για μια επαγγελματική παθολογία, η οποία εκδηλώνεται με αυξημένη συχνότητα στα άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με την παροχή υπηρεσιών σε τρίτους ή σε αυτούς που ασκούν κάποιο κοινωνικό λειτούργημα[11,12]. Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός περιγράφει το σύνδρομο αυτό ως «μια κατάσταση ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης σχετιζόμενη με την εργασία ή με την παροχή φροντίδας», ενώ ένας άλλος αποδεκτός ορισμός του συνδρόμου χαρακτηρίζει το σύνδρομο ως «μια τριάδα συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και αισθήματος μειωμένης προσωπικής επίτευξης»[13].

Ο *Potter* συμπλήρωσε πως «πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζομένου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου».[14] Ο Prophit με τη σειρά του το 1982 περιέγραψε το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιώντας τον παραλληλισμό του «σβησμένου σπίρτου», ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε επανειλημμένα κι από τον *Pines* προκειμένου να χαρακτηρίσει τον επαγγελματικά εξουθενωμένο εργαζόμενο, ο οποίος καταβάλλεται από σωματική και συναισθηματική εξάντληση και αδυνατεί να λειτουργήσει με φυσιολογικό τρόπο σε οποιονδήποτε τομέα της ζωής του[3].

Εντούτοις, το όνομα της ψυχολόγου *Maslach* έχει κυρίως συνδεθεί με το σύνδρομο burnout. Αναφέρει χαρακτηριστικά πως*: «Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς του»[15].*

Οι *Maslach* και *Jackson* θεωρούν πως το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συναισθηματική εξάντληση, η οποία με τη σειρά της καταλήγει σε αποπροσωποποίηση ,απαραίτητος αμυντικός μηχανισμός του ανθρώπου και σε μη επαρκές συναίσθημα προσωπικής επίτευξης[2].

«Η αποπροσωποποίηση παρουσιάζεται ως μια κυνική και αρνητική συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της συμπεριφοράς αυτής είναι η τάση να αναφέρονται στους ασθενείς τους όχι με τα ονόματά τους, αλλά με τον αριθμό του δωματίου ή τον τύπο της ασθένειας»[14].

Οπότε, οι *Maslach* και *Jackson* επινόησαν ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory - MBI), υποστηρίζοντας ότι είναι εφικτό, βάση τον Κατάλογο αυτό της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, να αξιολογήσουν σε τι βαθμό οι εργαζόμενοι πάσχουν από το σύνδρομο αυτό. Το MBI είναι μια αποδεκτή και χρησιμοποιούμενη σε ευρεία έκταση κλίμακα, η οποία αξιολογεί τρία βασικά στοιχεία: α) το βαθμό της συναισθηματικής εξουθένωσης, β) το βαθμό αποπροσωποποίησης και γ) το βαθμό έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων[2].

Στην 10η έκδοση της διεθνούς κατηγοριοποίησης των νόσων (ICD 10) του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* (WHO) το σύνδρομο burnout αναφέρεται ως «κατάσταση ζωτικής εξουθένωσης»[16].

Το σύνδρομο αυτό μπορεί να συνδέεται με μειωμένη αποδοτικότητα και αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία. Τα ποσοστά κατάθλιψης[17] και αυτοκτονικού ιδεασμού[18] ήταν υψηλά σε κατάσταση επαγγελματικής εξουθένωσης και μειωνόταν κατά την ανάρρωση από αυτή. Άλλοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν αυξημένους δείκτες φλεγμονής[19] και καρδιαγγειακές νόσους[20]. Η σωματοποίηση των συμπτωμάτων μπορεί να πάρει διάφορες μορφές που περιλαμβάνουν την αϋπνία, διαταραχές της όρεξης, κόπωση, λοιμώξεις, κεφαλαλγίες, και γαστρεντερικές διαταραχές. Τα σωματικά συμπτώματα μπορούν από μόνα τους να επηρεάσουν το αίσθημα ευεξίας και την ικανότητα πλήρους λειτουργικότητας του ατόμου στην εργασία του[21,22]. Ψυχολογικά συμπτώματα, όπως η κακή διάθεση και η ευερεθιστότητα, ο κυνισμός και η μειωμένη συγκέντρωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την παραγωγικότητα και τις διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο[23].

Μια προκαταρκτική έρευνα του 2008, η οποία παρατήρησε 178 ζεύγη ιατρών και ασθενών που νοσηλεύτηκαν τον προηγούμενο χρόνο, αποκάλυψε, αφού σταθμίστηκε για την βαρύτητα της νόσου και τους δημογραφικούς παράγοντες, ότι η αποπροσωποποίηση που παρατηρείται στην επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών συνδέεται με χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών και μεγαλύτερο χρόνο αποθεραπείας[24].

Επιπλέον στοιχεία του συνδρόμου μπορεί να περιλαμβάνουν την ονειροπόληση κατά τη διάρκεια της εξέτασης των ασθενών, υπερβολικές ακυρώσεις, αναβλητικότητα και καθυστέρηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών.[25] Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών με αρνητικές επιπτώσεις στην φροντίδα των ασθενών[26,27].

Εκδηλώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται ως ένα μεμονωμένο γεγονός. Είναι μια σειρά γεγονότων που επαναλαμβάνονται σε βάθος χρόνου και εν τέλει καταλήγουν στην εμφάνιση και εδραίωση του φαινομένου στο άτομο.

Οπότε, τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι:
Α) Δεν έχει αιφνίδια έναρξη.
Β) Γίνεται έναρξη του ήδη από τις πρώτες ήπτες που βιώνει το άτομο.
Γ) Εξελίσσεται με τη συσσώρευση όλο κι περισσοτέρων αποτυχιών κι μη υλοποίησης ατομικών προσδοκιών.
Δ) Εάν δεν υπάρξουν αλλαγές, που θα αποκόψουν αυτήν την αλυσιδωτή αντίδραση, το φαινόμενο συνεχίζει να εξελίσσεται προς τα επόμενα στάδια και γίνεται πλέον λόγος για:

- *Έλλειψη προσωπικών κινήτρων:* Το άτομο πλέον αλλάζει τρόπο λειτουργίας μέσα στον εργασιακό του χώρο. Αδιαφορεί για την απόδοσή του και την πραγμάτωση μιας υποδειγματικής δουλειάς και η μόνη σκέψη του είναι η γρήγορη απομάκρυνσή του από το χώρο εργασίας του μετά την ολοκλήρωση του ωραρίου του.
- *Μη άντληση ευχαρίστησης:* Ο εργαζόμενος πλέον νιώθει έντονη αποστροφή για το αντικείμενο της εργασίας του, χωρίς να του προσφέρει οποιαδήποτε προσωπική πρόκληση. Γίνεται αδιάφορος και με παντελή έλλειψη ενθουσιασμού.
- Αναπτύσσει έντονο το *αίσθημα της απομόνωσης* από τους συναδέλφους του.
- *Αρνητικά συναισθήματα:* Το άτομο αυτό το χαρακτηρίζει η έλλειψη υπομονής, η επιθετικότητα, ο αρνητισμός, η συνεχής κακοδιαθεσία και τα αιφνίδια ξεσπάσματα ως προς τους συναδέλφους τους.
- *Προβλήματα υγείας:* Τα άτομα λοιπόν που βιώνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζουν κάποια μορφή σωματοποίησης του άγχους τους. Χαρακτηριστικοί είναι οι έντονες κι χρόνιες κεφαλαλγίες, η διαταραχή του ύπνου, αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες με συνοδό απώλεια ή προσθήκη βάρους, η κατάχρηση οινοπνεύματος, οι συχνές λοιμώξεις και η απουσία από την εργασία τους κ.ά.[28,29].

Θεωρητικά μοντέλα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Κατά καιρούς πολλοί μελετητές ανέλυσαν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. *« Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος»*[30]*.*
Τα σημαντικότερα μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι:

1. Το μοντέλο τριών διαστάσεων της *Maslach* (1982).
2. Το μοντέλο του *Cherniss* (1980).
3. Το μοντέλο των *Edelwich* και *Brodsky* (1980).
4. Το μοντέλο της *Pines* (1993).

Σύμφωνα με το μοντέλο της *Maslach* (1982), γίνονται αντιληπτές τρεις κύριες διαστάσεις του συνδρόμου. Το άτομο στην πρώτη φάση, «φάση της συναισθηματικής εξάντλησης», βιώνει φυσική κι συναισθηματική εξουθένωση, υποφέρει από κεφαλαλγίες, μειωμένο αίσθημα ενέργειας και άλλα προβλήματα

υγείας. Στη δεύτερη φάση, τη λεγόμενη φάση «αποπροσωποποίησης», ο άνθρωπος γίνεται κυνικός, απρόσωπος κι αποξενώνεται από τους ασθενείς του, ενώ στην τελευταία φάση, τη φάση της «έλλειψης προσωπικής επίτευξης», ο εργαζόμενος τρέφει αρνητικά συναισθήματα για όλον τον κόσμο, νιώθει ανίκανος να προσφέρει οτιδήποτε στο αντικείμενο της εργασίας του με την προσωπική του προσπάθεια και αισθάνεται πως η ζωή του είναι εκτός ελέγχου.[2]

Για τον *Cherniss* (1980), το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο βιώνει ο εργαζόμενος, αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν, που τον αναγκάζει εν τέλει να απομακρυνθεί από την εργασία του , καθώς δε δύναται να προσαρμοστεί. Με αυτόν τον τρόπο βιώνει στο έπακρον την προσωπική του αποτυχία κι ματαίωση. Κι κατά αυτόν τον μελετητή, το σύνδρομο εξελίσσεται σε τρεις φάσεις. Αρχικά, γίνεται λόγος για «τη φάση του εργασιακού στρες»: μια μη επαρκή διαθεσιμότητα των απαιτούμενων πόρων προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι, γεγονός που επιφέρει μια διαταραχή στην ισορροπία χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση. Η δεύτερη φάση ονομάζεται «φάση εξάντλησης». Εδώ γίνεται λόγος για μια διαταραγμένη πλέον ισορροπία, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε συναισθηματική εξάντληση, στρες, έλλειψη ενδιαφέροντος από τη μεριά του εργαζομένου κι τέλος υιοθέτηση μιας στάσης απάθειας και παραίτησης. Τέλος, στην τρίτη φάση, ο εργαζόμενος αλλάζει όλη του τη συμπεριφορά, με πιθανή επικράτηση του κυνισμού και της απάθειας, προκειμένου να αμυνθεί στις ψυχολογικές πιέσεις που δέχεται συνεχώς. Σε αυτό το σημείο ο μελετητής κάνει λόγο για τη «φάση αμυντικής κατάληξης»[31].

Οι *Edelwich* και *Brodsky* (1980) θεωρούν πως η επαγγελματική εξουθένωση έχει τέσσερις φάσεις. Στην πρώτη φάση το μοντέλο κάνει λόγο για τη «φάση του ενθουσιασμού». Ο εργαζόμενος έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους. Επενδύει στην εργασία του το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας του και το χρόνο του. Στην επόμενη φάση, αυτή της «αμφιβολίας και της αδράνειας»,η απογοήτευση αντικαθιστά τους υψηλούς στόχους κι τον ενθουσιασμό του εργαζομένου για την εργασία του, ενώ στη συνέχεια βιώνει έντονα συναισθήματα αδράνειας, αμφιβολίας και απομυθοποίησης, καθώς οι προσδοκίες του διαψεύδονται όλο κι σε μεγαλύτερο βαθμό καθημερινά. Στο τρίτο στάδιο της «ματαίωσης», γίνεται λόγος για πλήρη ματαίωση των προσδοκιών του εργαζομένου και την πλήρη απογοήτευση του. Το άτομο συνειδητοποιεί ότι οι προσπάθειες του ήταν μάταιες και έτσι υποχρεώνεται είτε να τροποποιήσει τον τρόπο λειτουργίας του και τις συνθήκες εργασίας του είτε να αποχωρήσει από το εργασιακό του περιβάλλον. Γίνεται δηλαδή λόγος για ένα καθαρά μεταβατικό στάδιο στην επαγγελματική ζωή του ατόμου. Στην τέταρτη και τελευταία φάση που περιγράφεται ως «φάση της απάθειας», ο εργαζόμενος λειτουργεί πλέον μηχανικά για βιοποριστικούς καθαρά λόγους, με πλήρη αποφυγή οποιασδήποτε ευθύνης, χωρίς προσδοκίες κι όνειρα και επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα εργασιακά του καθήκοντα[32].

Τέλος, το μοντέλο της *Pines* ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια

μονοδιάστατη έννοια και απομακρύνεται από το αρχικό εκείνο μοντέλο που συνεμφανίζεται με αρνητικά για το άτομο συμπτώματα. Τη θεωρεί *«μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά και απαιτητικές συνθήκες»*[3] και τη συνδέει με την ανάγκη του ανθρώπου να αυτοπροσδιορισθεί μέσα από την εργασία του, οδηγώντας τον είτε στην αίσθηση της επιτυχίας είτε σε αυτή της αποτυχίας. Οι *Pines* δεν εφάρμοσαν το μοντέλο τους μόνο στους επαγγελματίες υγείας, όπως αρχικά σκόπευαν, αλλά και σε άλλου είδους σχέσεις, όπως σε οικογενειακές και σε πολιτικές συγκρούσεις[20].

Αίτια εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το μεγαλύτερο μέρος των θεωρητικών ερευνών, που προσπάθησαν να αναλύσουν και να κατανοήσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αναζητούν τα διάφορα αίτια εμφάνισής του. Η έρευνα τους στρέφεται στους διάφορους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη μετατροπή του δημιουργικού εργασιακού άγχους σε μη εποικοδομητικό στρεσογόνο παράγοντα δημιουργίας και επίτασης του συνδρόμου. Παρατηρήθηκε πως διαφορετικοί εργαζόμενοι λειτουργούν κι αντιδρούν διαφορετικά στις ίδιες συνθήκες εργασίας και οργάνωσης. Από τις διάφορες μελέτες, που κατά καιρούς έχουν πραγματοποιηθεί, προκύπτει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα:
α) στην προσωπικότητα του ατόμου: Εδώ γίνεται λόγος για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο μπορεί να χειριστεί το άγχος του, τα κίνητρα που τον οδήγησαν στην επιλογή του επαγγέλματός του, τις προσδοκίες που έχει από την εργασία του. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας δεν εμφανίζει την ίδια ανθεκτικότητα στο στρες κι στο άγχος που απορρέει από την εργασία το, ούτε δύναται να το διαχειριστεί με τον ίδιο αποτελεσματικό τρόπο. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η προσωπικότητα του κάθε εργαζομένου παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση ή όχι της επαγγελματικής εξουθένωσης.
Πιο συγκεκριμένα, κάποια από τα χαρακτηριστικά που μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία συνθηκών για την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι[8]:

- Νευρωτικός, αγχώδης χαρακτήρας
- Υπερβολική φιλοδοξία
- Υπερβάλλον ζήλος για την εργασία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα ακαταλληλότητας
- Τελειομανία, ψυχαναγκασμός
- Κοινωνικό άγχος
- Έντονη ανάγκη προσφοράς και επιθυμία αλλαγής του κόσμου
- Εξιδανίκευση του επαγγέλματος
- Μη ρεαλιστικές προσωπικές προσδοκίες
- Ακατάλληλο σύστημα κινήτρων

- Υπερβολική επαγγελματική αφοσίωση
- Αίσθημα ανεπάρκειας και ανικανότητα διεξαγωγή της εργασίας

και στους

β) περιβαλλοντικούς παράγοντες: Σε αυτό το σημείο γίνεται λόγος για τους παράγοντες που έχουν σχέση με το περιβάλλον της εργασίας του ατόμου.

- Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας,
- Η έλλειψη ελέγχου,
- Η σύγκρουση ρόλων
- Η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης,
- Ο μειωμένος αριθμός του προσωπικού,
- Η ασάφεια των καθηκόντων
- Η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου
- Η έλλειψη ισότητας,
- Το αίσθημα της αδικίας,
- Η σύγκρουση των αξιών όταν καλούνται να ενεργήσουν ενάντια στις ηθικές τους αξίες,
- Η έλλειψη εποικοδομητικής επικοινωνίας μεταξύ των συναδέλφων και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις,
- Οι αυξημένες απαιτήσεις από τη μεριά των ασθενών και των συνοδών τους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου ανάμεσα στους εργαζόμενους.

Επίσης, καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι παράγοντες που σχετίζονται με:

- την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος και
- τον τρόπο διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.[33]

Συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα που αφορούν τη σωματική και τη ψυχική υγεία, αλλά και τον τρόπο αντίδρασης και λειτουργίας του ατόμου μέσα στο περιβάλλον του.

Ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει:

- *Αρνητικά συναισθήματα:* Αγωνία, αίσθημα αδικίας, δυσανασχέτηση, αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας.
- *Προβλήματα υγείας:* Κεφαλαλγίες, αϋπνίες, μυοσκελετικούς πόνους, εύκολη κόπωση, συχνές ασθένειες, γαστρεντερικά προβλήματα, επιρρεπής σε καταχρήσεις, αλλαγή σε διατροφικές συνήθειες.
- *Προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις:* Υπερβολικές αντιδράσεις, ευερεθιστικότητα, απομόνωση, έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές σχέσεις, συχνοί διαπληκτισμοί, διαταραχή οικογενειακών σχέσεων, απάθεια, εκφύλιση συναδελφικών σχέσεων.
- *Μείωση αποδοτικότητας:* Δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωση στόχων στην εργασία του, έλλειψη ενθουσιασμού.

Είναι αντιληπτό πως τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολλά και ποικίλα.
Δεν είναι απαραίτητο να εκδηλωθούν ταυτόχρονα σε όλους τους εργαζομένους. Κάποια από αυτά εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα και κάποια με πολύ μικρότερη.
Συνοπτικά, τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ταξινομούνται ως ακολούθως[2,34,35]:

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	*ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*	*ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ*
• Μυοσκελετικά προβλήματα • Γαστρεντερικές διαταραχές • Αναπνευστικά προβλήματα • Κεφαλαλγίες • Διαταραχές ύπνου • Αυξομειώσεις βάρους • Υπερένταση • Εύκολη κόπωση/ εξάντληση • Σεξουαλική δυσλειτουργία • Συχνές λοιμώξεις • Εμφάνιση αρτηριακής πίεσης, υψηλά επίπεδα σακχάρου και υπερχοληστερολαιμία • Κατάθλιψη • Στεφανιαία Νόσος • Διαταραχές ομιλίας	• Αίσθημα ανησυχίας, εκνευρισμού, ευερεθιστικότητα • Έλλειψη αυτοσεβασμού • Αυξημένο άγχος • Συναίσθημα ανεπάρκειας, αποθάρρυνση • Έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία του • Κατάθλιψη • Αδυναμία λήψη αποφάσεων • Μειωμένη αυτοπεποίθηση/αυτοεκτίμηση • Αίσθημα αποτυχίας • Εναλλαγές διάθεσης • Έλλειψη υπομονής / έντονη ευερεθιστικότητα • Κυνισμός • Συναισθηματική εξάντληση/ έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου • Στρες • Ανία • Καχυποψία • Αποξένωση	• Μειωμένη εργασιακή απόδοση • Συναισθηματικές εκρήξεις • Μειωμένη κριτική ικανότητα • Αυξημένη χρήση /εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες • Έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης • Συχνές απουσίες από την εργασία • Εργασιομανία • Αυξανόμενες οικογενειακές κι εργασιακές συγκρούσεις • Αυξημένη ροπή σε ατυχήματα • Έλλειψη ενθουσιασμού • Χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση • Αυξημένα παράπονα για την εργασία • Μειωμένη επικοινωνία

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια διαταραχή - νόσος, της οποίας η αιτιοπαθογένεια δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως. Για το λόγο αυτόν είναι πολύ δύσκολο να τεθεί και η τελική διάγνωση, αλλά και να εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, όπως είθισται να συμβαίνει σε κάθε νόσο.
Με άλλα λόγια, η διάγνωση του συνδρόμου αυτού μπαίνει εξ αποκλεισμού άλλων οργανικών ή ψυχικών καταστάσεων που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά του burn-out.
Οπότε, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται:
α) ένα λεπτομερέστατο ατομικό ιστορικό
β) μία πλήρη κλινική εξέταση του ατόμου
γ) εργαστηριακός έλεγχος και
δ) απεικονιστικός έλεγχος του κεντρικού νευρικού συστήματος του εργαζομένου

Επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από το σύνδρομο burn-out εμφανίζουν διάφορες διαταραχές τόσο φυσικές, όσο και ψυχικές, με επακόλουθες επιπτώσεις και στη ψυχική και σωματική τους υγεία, αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Αρχικά, τα άτομα αυτά ενδέχεται να αναπτύξουν ευερεθιστικότητα, πονοκεφάλους, αίσθημα εύκολης κόπωσης, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, ακόμη κι κατάθλιψη, γεγονός που μας οδηγεί σε επηρεασμό και της ψυχικής αλλά και της σωματικής τους υγείας. Όσον αφορά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις ούτε αυτές μπορούν να μείνουν ανεπηρέαστες. Αντιθέτως παρουσιάζουν επιδείνωση και οι συναδελφικές αλλά και οι κοινωνικές και οικογενειακές τους σχέσεις. Ο επαγγελματίας που νοσεί δυσκολεύεται να ανταποκριθεί επαρκώς στα οικογενειακά και τα κοινωνικά του καθήκοντα. Η εξουθένωση που νιώθει σε καθημερινή βάση δεν του επιτρέπει να λειτουργεί σε αποδεκτό βαθμό και αδυνατεί να συμμετάσχει σε δραστηριότητες που στο παρελθόν ασκούσε ικανοποιητικά με το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Τέλος το σύνδρομο burn-out προκαλεί επιπτώσεις και στην εργασιακή συμπεριφορά του ατόμου με επίταση της δυσαρέσκειας του, επιδείνωση των εργασιακών του σχέσεων, δημιουργία κλίματος έντασης, αύξηση των απουσιών από την εργασία του και απομάκρυνση από τον εργασιακό χώρο προκειμένου να ξεφύγουν από αυτό, μειωμένη απόδοση και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή θέσης.[2,34] Όλα τα παραπάνω εν τέλει μας δείχνουν πως το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης κοστίζει τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στην ίδια την κοινωνία στο σύνολό της, καθώς επιβαρύνει το σύστημα υγείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες.

Burnout κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης

Για του επαγγελματίες υγείας, η αρχή της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να ξεκινά ήδη από την Ιατρική Σχολή. Η βιβλιογραφία μέχρι σήμερα φαίνεται να

υποστηρίζει την άποψη ότι υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων κατά τη διάρκεια της Ιατρικής Σχολής που συνεισφέρουν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς, και ότι το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται αθροιστικά σε εκτεταμένη χρονική περίοδο[36-43]. Τα ποσοστά burnout στους φοιτητές ιατρικής κυμαίνονται μεταξύ 28% και 45%[36,41]. Υπάρχουν αποδείξεις ότι στην εμφάνιση του συνδρόμου συνεισφέρουν περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως στρες κατά τη διάρκεια της ιατρικής σχολής, καθώς επίσης και εγγενή χαρακτηριστικά των ατόμων όπως εσωστρέφεια και νευρώσεις[38,40].
Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια των ιατρικών σχολών και μπορεί να αναπτυχθεί ή να συνεχίσει να υφίσταται στου ειδικευόμενους και τους ειδικούς κλινικούς ιατρούς. Διάφορες μελέτες έχουν ερευνήσει πιθανούς λόγους για την εμφάνιση του συνδρόμου κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης. Σε αυτές τις μελέτες αναφέρουν ότι οι απαιτήσεις σε χρόνο, η δυνατότητα διαχείρισης του χρόνου, ο σχεδιασμός της εργασίας, η οργάνωση της εργασίας, οι εγγενείς δυσχέρειες της εργασίας και οι απρόσωπες σχέσεις αποτελούν αγχογόνους παράγοντες που μπορεί να συνεισφέρουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης[27,44,45].

Επιπολασμός του burnout κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης

Πολυάριθμες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τα ποσοστά του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των ειδικευόμενων ιατρών. Μια μελέτη του 2006 από *Rosen* et al[46] έδειξε ότι στην αρχή της ειδίκευσης μόνο το 4,3% των ειδικευομένων εσωτερικής παθολογίας ανταποκρίνονται στα κριτήρια του συνδρόμου, όπως αυτά μετρήθηκαν με το MBI. Στο τέλος του πρώτου έτους τα ποσοστά είχαν φτάσει στο 55,3%, με σημαντική αύξηση στις υποκλίμακες που αφορούσαν τόσο την αποπροσωποποίηση όσο και τη συναισθηματική εξάντληση. Σε μια άλλη μελέτη σε ειδικευόμενους εσωτερικής παθολογίας στο πανεπιστήμιο του Ουάσιγκτον, βρέθηκε ότι το 76% ανταποκρίνονταν στα κριτήρια MBI ανεξάρτητα από το έτος της ειδίκευσης[47].
Επιπλέον, μια άλλη αξιοσημείωτη, εθνικής εμβέλειας, μελέτη από τους *Collier* et al[48] ασχολήθηκε με τον κυνισμό και τον ανθρωπισμό στου ειδικευόμενους εσωτερικής παθολογίας σε όλες τις Η.Π.Α. Το 61% των 4128 ειδικευομένων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο παραδέχτηκαν ότι έγιναν περισσότερο κυνικοί κατά τη διάρκεια της ιατρικής τους εκπαίδευσης, ενώ το 23% ανέφερε ότι έγιναν λιγότερο ανθρωπιστές.
Παρόλο που η μελέτη αυτή δεν περιελάμβανε επίσημη κλίμακα μέτρησης του συνδρόμου, μπορεί να υποτεθεί ότι ο κυνισμός και η μείωση της ανθρωπιάς έχουν τη δύναμη να οδηγήσουνε στη συναισθηματική εξουθένωση και την αποπροσωποποίηση, συνεισφέροντας έτσι στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το burnout σε διάφορες ειδικότητες

Το 2004 οι Martini et al [49]έκαναν μια μοναδική μελέτη που σύγκρινε τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων χρησιμοποιώντας το MBI. Το συνολικό ποσοστό εξουθένωσης ήταν 50% και κυμαινόταν από 27% έως 75% μεταξύ τω διαφορετικών ειδικοτήτων. Αυτή η διακύμανση μεταξύ των ειδικοτήτων δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ωστόσο τα ποσοστά ήταν τα ακόλουθα: 75% στους γυναικολόγους - μαιευτήρες , 63% στου παθολόγους και νευρολόγους, 60% στους οφθαλμιάτρους, 50% στους δερματολόγους, 40% στη γενική χειρουργική, 40% στους ψυχιάτρους και στους γενικούς ιατρούς. Το να είναι κάποιος στο πρώτο έτος της ειδίκευσης, οι μεταβολές της διάθεσης, η μη ικανοποίηση από την κλινική, το πρόσφατο οικογενειακό στρες και το να είναι κάποιος άγαμος σχετίστηκαν όλα με αυξημένη πιθανότητα να πληρεί κάποιος τα κριτήρια MBI για την επαγγελματική εξουθένωση[49]. Οι ειδικευόμενοι της Ψυχιατρικής φάνηκε ότι είχαν επιπλέον αγχογόνους παράγοντες, όπως φοβίες και έκθεση στη βία και τις αυτοκτονίες των ασθενών[50–54].

Η επίδραση της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και της κουλτούρας στο σύνδρομο Burnout κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία εγγενών και περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι φαίνεται ότι επηρεάζουν τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς. Η επίδραση του φύλου δείχνει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ συγκριτικά με του άνδρες συναδέλφους τους στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης, της συναισθηματικής εξάντλησης και της προσωπικής επίτευξης, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν το αντίθετο[45,47,55]. Οι *Woodside* et al[52] εκτίμησαν τη σχέση μεταξύ ηλικίας και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και έδειξαν ανάστροφο συσχετισμό μεταξύ ηλικίας και αποπροσωποποίησης. Ωστόσο τρεις άλλες μελέτες δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του συνδρόμου burnout[53,55,56].

Ο γάμος και η ύπαρξη τέκνων έχουν επίσης εξεταστεί σε σχέση με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι *Martini* et al[49] έδειξαν ότι το 65,2% των μη παντρεμένων ή διαζευγμένων ειδικευόμενων πληρούσαν τα κριτήρια του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης, ενώ ανάμεσα στους παντρεμένους το ποσοστό ανερχόταν στο 40% ($p<0.01$). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του γάμου και του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Παρότι μπορεί να υποτεθεί ότι έχοντας την επιπλέον ευθύνη της φροντίδας των τέκνων θα επέτεινε το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, οι έρευνες έδειξαν ότι μπορεί να δράσει ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του συνδρόμου αυτού. Η φροντίδα των τέκνων έχει πιθανώς ως αποτέλεσμα την

αύξηση των ανθρωπιστικών αισθημάτων του ιατρού[47]. Οι *Collier* et al[48] έδειξαν ότι η παρουσία παιδιών κατά τη διάρκεια της ειδικότητας είχε ως αποτέλεσμα μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και κυνισμού και αυξημένα ανθρωπιστικά αισθήματα. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι δεν υπάρχει τέτοια συσχέτιση[35].
Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι οι ειδικευόμενοι, οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικές κουλτούρες και ειδικεύονται στις Η.Π.Α. είχαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης με χαμηλότερα σκορ στις υποκλίμακες της αποπροσωποποίησης και της ψυχολογικής εξάντλησης συγκριτικά με αυτούς που είχαν γεννηθεί στις Η.Π.Α.[47,57].
Το 2004 ο *Thomas*[58] σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι η ένταση της εργασιακής ημέρας και η επίδρασή της στην προσωπική ζωή του ειδικευόμενου παίζει σημαντικότερα ρόλο στην εμφάνιση του Συνδρόμου της Επαγγελματικής Εξουθένωσης συγκριτικά με την έλλειψη ύπνου. Η ίδια ανασκόπηση έδειξε ότι, οι μελέτες που διερευνούσαν τη σχέση του συνδρόμου με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ιατρών, δεν είχαν σαφή αποτελέσματα.

Επίδραση της επίβλεψης - καθοδήγησης από ειδικό ιατρό στην εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι διαταραγμένες σχέσεις με τους επιβλέποντες ειδικούς ιατρούς και οι υπερβολικές απαιτήσεις αυτών, η ανεπαρκής αυτονομία, η έλλειψη καθοδήγησης και η αδιαφορία για τις ανθρώπινες ανάγκες του ειδικευόμενου ιατρού σχετίζονται με αυξημένο επιπολασμό του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης[59–62].
Αντιθέτως, όταν οι επιβλέποντες ιατροί αντιλαμβάνονται την ανάγκη των ειδικευομένων για εκπαίδευση, καθοδήγηση και υποστήριξη, μπορεί να ελαττωθεί το αίσθημα της εξουθένωσης από την πλευρά τους[63]. Επιπρόσθετα, μια Ολλανδική μελέτη έδειξε ότι, οι ειδικευόμενοι οι οποίοι περιγράφουν τη σχέση τους με τους επιβλέποντες ιατρούς ως αμοιβαία υποστηρικτική και ωφέλιμη, εμφάνισαν χαμηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της αποπροσωποποίησης, συγκριτικά με τους συναδέλφους τους που ένιωθαν ότι δε χαίρουν της εκτίμησης των επιβλεπόντων τους[64].
Παρότι υπάρχουν ισχυρά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουνε τη συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς του επιβλέποντος και της εξουθένωσης του ειδικευόμενου ιατρού, δεν αποδεικνύεται η άμεση σχέση αιτίου - αιτιατού.
Είναι πιθανό, οι ειδικευόμενοι, που πάσχουν από εξουθένωση, να αντιλαμβάνονται το εκπαιδευτικό περιβάλλον διαφορετικά και να υποτιμούν τη σημαντικότητά του.
Σε μία προοπτική μελέτη που αφορούσε τριαντάχρονους ειδικευόμενους ιατρούς, η αντίληψη της άσχημης συμπεριφοράς και του κακού παραδείγματος από τους ανωτέρους τους συσχετίστηκαν με υψηλότερα σκορ κατάθλιψης. Αυτό δηλώνει ότι στην πραγματικότητα είναι η συμπεριφορά των ανωτέρων που προκαλεί την Επαγγελματική Εξουθένωση στους υφισταμένους τους[65].

Επίδραση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη φροντίδα των ασθενών

Η επίδραση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη φροντίδα των ασθενών έχει ελεγχθεί σε αρκετές μελέτες. Ορισμένες από αυτές έδειξαν ότι, οι ειδικευόμενοι, οι οποίοι αναφέρουν πως νιώθουν το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, είχαν την τάση να δηλώνουν ότι η φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους δεν είναι η καλύτερη δυνατή και ότι υποπίπτουν σε ιατρικά λάθη συχνότερα συγκριτικά με αυτούς που δεν πάσχουν από το Σύνδρομο αυτό[66,67]. Ωστόσο σε μια μελέτη των *Fahrenkopf* et al[66] δεν βρέθηκε ουσιαστική συσχέτιση μεταξύ του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξάντλησης και του αριθμού των ιατρικών λαθών. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ειδικευόμενοι που αναφέρουν το Σύνδρομο είναι περισσότερο πιθανό να υπερβάλλουν στην εκτίμηση των λαθών τους.

Επίδραση του περιορισμού των ωρών εφημερίας στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επίδραση του περιορισμού των ωρών εργασίας στους ειδικευόμενους ιατρούς έχει ερευνηθεί εκτενώς ως ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας στην εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Στις Η.Π.Α. το 2003 περιορίσθηκαν οι μέγιστες ώρες εργασίας ανά εβδομάδα στις 80 με όχι πάνω από 24 συνεχόμενες ώρες εργασίας. Οι *Gelfald* et al[68] ανέλυσαν την επίδραση αυτής της αλλαγής στην εμφάνιση Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς. Ειδικευόμενοι χειρουργικής συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο *Maslach* μια εβδομάδα πριν και 6 μήνες μετά την εφαρμογή του μέτρου. Παρά την μείωση των ωρών εργασίας κατά 18 ανά εβδομάδα δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά σε κάποια από τις τρεις υποκλίμακες. Ωστόσο η μελέτη αυτή έχει δεχθεί κριτική σχετικά με την μεθοδολογία της[69].
Οι *Martini* et al[57] έδειξαν σε παρόμοια μελέτη σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, ότι πριν την εφαρμογή του μέτρου το ποσοστό ΣΕΕ ήταν 69,2% ενώ μετά ήταν 38,5%. Γενικότερα οι ειδικευόμενοι παθολογίας ανέφεραν ότι οι περιορισμοί στις ώρες λειτουργίας είχαν θετική επίδραση τόσο στη φροντίδα των ασθενών τους, όσο και στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες[70].

Παρεμβάσεις

Τα τρέχοντα δεδομένα, σχετικά με τις παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν και την αποτελεσματικότητά τους εάν εφαρμοσθούν προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους ιατρούς, είναι ανεπαρκή. Παρόλο που ένας αριθμός μέτρων έχει μελετηθεί σε άλλα επαγγέλματα υγείας, οι ίδιες παρεμβάσεις μπορεί να μην είναι στον ίδιο βαθμό

αποτελεσματικές. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την εξέταση της εφαρμοσιμότητας και της χρησιμότητας αυτών των παρεμβάσεων σε ειδικευόμενους ιατρούς. Το πιο σημαντικό ίσως από όλα είναι να αναγνωρίσει κανείς έγκαιρα τα συμπτώματα και να τα αντιμετωπίσει, προτού επέλθει η συναισθηματική νέκρωση και η εμφάνιση του.
Αυτές οι παρεμβάσεις ανήκουν σε δύο κατηγορίες: παρεμβάσεις στο εργασιακό περιβάλλον και παρεμβάσεις που αφορούν το ίδιο το άτομο ως μονάδα (συμπεριφορά, κοινωνική και σωματική δραστηριότητα).

α) Παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο

Προτεινόμενες παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο περιλαμβάνουν:
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων ελάπτωσης και διαχείρισης του στρες,
- την ενημέρωση του προσωπικού για το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης,
- την αυξημένη υποστήριξη στους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ιδιαίτερους πληθυσμούς,
- την εξασφάλιση λογικού φόρτου εργασίας.[71] Ορισμένα προγράμματα έχουν προσπαθήσει να μετριάσουν τον φόρτο εργασίας χρησιμοποιώντας την μέθοδο *κλήσεως από το σπίτι* (home call). Οι θετικές επιπτώσεις είναι αυξημένη δυνατότητα για ανάπαυση, ενώ οι αρνητικές είναι η μείωση της κλινικής ή χειρουργικής εμπειρίας και οι μειωμένες δυνατότητες ανάπτυξης του επαγγελματισμού και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων[72].
- Η αύξηση των εργασιακών ρόλων (δυνατότητα διεξαγωγής έρευνας και διδασκαλίας) σε συνδυασμό με το κλινικό έργο φαίνεται ότι βελτίωσε την εργασιακή ικανοποίηση[73].
- Η καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών
- Ο επανασχεδιασμός του οργανωσιακού περιβάλλοντος
- Ο επανασχεδιασμός της εργασίας με αποσαφήνιση του ρόλου, των καθηκόντων κι των προσδοκιών[74]
- Προγράμματα *προσωπικής επίβλεψης* (mentoring) κατά την περίοδο της ειδίκευσης έχουν επίσης δείξει ότι είναι ωφέλιμα[75]
- Παρότρυνση συμμετοχής σε σεμινάρια, συνέδρια για απόκτηση γνώσεων και ανταλλαγή απόψεων με ειδικούς (συνεχιζόμενη επιμόρφωσης και εκπαίδευσης)
- Παροχή υποστήριξης από τους ανωτέρους σε στρεσογόνες καταστάσεις
- Παροχή διαλειμμάτων κι αδειών
- Συμμετοχή του εργαζομένου στη λήψη αποφάσεων
- Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του εργαζομένου με επαίνους μετά την ολοκλήρωση των καθηκόντων του
- Η εξάσκηση της συναισθηματικής ευφυΐας και η δημιουργία θετικού ομαδικού κλίματος μπορεί να ελαπτώσει τις αψιμαχίες, το στρες και κατά συνέπεια το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης[76]

Σε ορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν συσταθεί:

- ομάδες «ευεξίας» για τους ειδικευόμενους και
- προγράμματα ειδικής βοήθειας αποκλειστικά για αυτούς[77,78].

Αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν μεθόδους διαλογισμού, χαλάρωσης και διαχείρισης χρόνου και χρησιμεύουν κυρίως για τον περιορισμό του άγχους κατά την διάρκεια της εργασιακής ημέρας και όχι μετά από αυτήν.

β) Παρεμβάσεις που αφορούν το άτομο (συμπεριφορά, κοινωνική και σωματική δραστηριότητα)

Υπάρχουν αρκετές παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν να γίνουν από τους ίδιους ειδικευόμενους ιατρούς.

- Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- Η εκπαίδευση στο να αποδεχτούν τα όρια τους και να περιορίσουν την εργασία τους
- Σωστή διαχείριση του χρόνου τους
- Να επανακτιμήσουν τους στόχους τους και τις προσδοκίες τους. Να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους προκειμένου να μην οδηγηθούν στην απογοήτευση και στην ανάπτυξη του συνδρόμου.
- Η υποστήριξη από συναδέλφους και η αναζήτηση βοήθειας σε δύσκολα περιστατικά μπορεί να μειώσει σημαντικά το άγχος. Σε δείγμα 200 επαγγελματιών η Maslach[79] έδειξε ότι με το να ξεσπούν, να γελούν και να συζητούν τα περιστατικά τους με τους συναδέλφους, περιόρισαν σημαντικά το προσωπικό τους άγχος.
- Η συμμετοχή σε επαγγελματικές οργανώσεις και η παρακολούθηση σεμιναρίων ή συνεδρίων μπορεί επίσης να αναπτύξει την κοινωνική δικτύωση.
- Ο διαλογισμός φαίνεται ότι μειώνει το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης[80], καθώς εκπαιδεύει τον επαγγελματία να διαχειρίζεται το άγχος του. Μια άλλη μελέτη για τον διαλογισμό και το άγχος στους επαγγελματίες υγείας έδειξε βελτιωμένη διάθεση σε όσους τον εξασκούν συχνά.[81]
- Η σωματική άσκηση έχει επίσης αποδειχθεί ότι βελτιώνει την κατάθλιψη, το άγχος και την δυσθυμία καθιστώντας την ιδανική παρέμβαση για το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης[82]
- Τα επαρκή διαλείμματα, η σωστή διατροφή και η επαρκής ανάπαυση παίζουν καταλυτικό ρόλο
- Η δημιουργία διακριτών ορίων μεταξύ του εργασιακού χώρου και της οικίας συνιστάται στη βιβλιογραφία[83]
- Η προσωπική επιλογή της θέσης του στον εργασιακό χώρο και δυνατότητα αλλαγής σε περίπτωση αυξημένου άγχους.
- Η προσωπική συμβουλευτική ή ακόμα και η προσωπική ψυχοθεραπεία για τους ειδικευόμενους μπορούν να είναι επίσης ευεργετικά[84].

Άλλες προτεινόμενες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις διακοπές, τη γιόγκα, τη συγγραφή, τη μουσική, μασάζ, πνευματικές δραστηριότητες, περιπάτους στη φύση και διάφορα χόμπυ που προσφέρουν ευχαρίστηση και χαρά στο άτομο και άλλα.
Η *Maslach*[15] συνόψισε την επιτυχημένη καταπολέμηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης ως εξής: «Εάν όλη η γνώση και οι συμβουλές για το πώς να καταπολεμηθεί το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης μπορούσαν να συμπυκνωθούν σε μία λέξη, αυτή η λέξη θα ήταν ισορροπία. Ισορροπία μεταξύ του δούναι και λαβείν, ισορροπία μεταξύ του άγχους και της ηρεμίας, ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής».

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως είναι γνωστό στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια ενέσκηψε μια εξαιρετικά δυσμενής οικονομική συγκυρία, η οποία πλήττει όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Στο τομέα της Δημόσιας Υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των κονδυλίων, η οποία οδήγησε στην ένδεια σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό, τη σημαντική ελάττωση των μισθών των απασχολούμενων στον τομέα αυτό και τη μαζική μετανάστευση των νέων ιατρών στο εξωτερικό, γεγονός που προκάλεσε μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό, ιδιαίτερα σε ειδικευόμενους ιατρούς. Στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχουν πλέον πολύ λιγότεροι ειδικευόμενοι ιατροί σε σύγκριση με το παρελθόν, οι οποίοι εργάζονται περισσότερο και αμείβονται λιγότερο.
Σκοπός της μελέτης αυτής είναι μέσα σε αυτό το δυσμενές πλαίσιο, να διερευνήσει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς και το πώς αυτό συσχετίζεται με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, αλλά και με τις συνθήκες εργασίας. Θα επιχειρηθεί να αποδειχθεί ποιες κοινωνικές ομάδες πάσχουν περισσότερο από επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και πως οι παράγοντες, όπως οι οικονομικές απολαβές, επιδρούν σε υποκλίμακες, π.χ αυτής της προσωπικής επίτευξης.
Απώτερος στόχος της έρευνας είναι να συγκρίνει τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων ιατρών στην Ελλάδα της κρίσης, να τη συσχετίσει με τη διεθνή βιβλιογραφία και να εντοπίσει τους παράγοντες εκείνους που περισσότερο επιδρούν στην εμφάνιση του φαινομένου αυτού

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία αποσκοπούσαν στη συλλογή των δημογραφικών δεδομένων των συμμετεχόντων, στον καθορισμό των συνθηκών κάτω από τις οποίες εργάζονται και στην μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αυτών. Ο σχεδιασμός έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα σε οικογενειακά, οικονομικά δεδομένα, καθώς και στον φόρτο εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών.

Οι υπερβολικές συνεχόμενες ώρες εργασίας (έως και 36 συνεχόμενες ώρες με ελάχιστο ή και καθόλου ύπνο), η υπέρβαση κατά πολύ των προβλεπόμενων από τη νομοθεσία ωρών εργασίας ανά εβδομάδα, καθώς και οι ελαττωμένες απολαβές, αποτελούν τις συχνότερες αιτίες για τις οποίες διαμαρτύρονται οι ειδικευόμενοι ιατροί. Ο σχεδιασμός της έρευνας αποσκοπεί στο να αναδείξει τη σχέση που έχουν οι παράγοντες αυτοί με το σύνδρομο επαγγελματική εξουθένωσης. Επίσης το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα εργατικών ατυχημάτων, αλλά και έξεις τις οποίες έχει αποκτήσεις ο εξεταζόμενος (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ κ.λ.π.). Σκοπός αυτών των ερωτήσεων είναι να διερευνηθεί πιθανή σχέση των φαινομένων αυτών με την επαγγελματική εξουθένωση.

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Διανεμήθηκαν στους ειδικευόμενους ιατρούς των Νοσοκομείων της Θράκης δύο ερωτηματολόγια:
Α) Το μεταφρασμένο στα ελληνικά και σταθμισμένο για επαγγελματίες υγείας ερωτηματολόγιο της *Maslach* για τον προσδιορισμό της ύπαρξης Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Index). Το ερωτηματολόγιο αυτό θεωρείται το πιο αξιόπιστο εργαλείο για την διάγνωση και ποσοτικοποίηση του συνδρόμου[2,58]. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 3 υποκλίμακες του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.
α) Την Συναισθηματική Εξουθένωση (ΣΕ) – 9 ερωτήσεις,
β) την αποπροσωποποίηση (ΑΠ) – 5 ερωτήσεις και
γ) το αίσθημα της προσωπικής επίτευξης (ΠΕ) – 8 ερωτήσεις.
Οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά νιώθουν το συναίσθημα της κάθε ερώτησης σε μια κλίμακα συχνότητας από το 0 έως το 6. Το 0 αντιστοιχεί στο ποτέ, το 1 σε «λίγες φορές το χρόνο», το 2 σε «μία φορά το μήνα ή λιγότερο», το 3 σε «δύο-τρεις φορές το μήνα», το 4 σε «1 φορά την εβδομάδα» το 5 σε «αρκετές φορές την εβδομάδα» και το 6 στο «κάθε ημέρα». Στη συνέχεια οι απαντήσεις που έδωσε ο εξεταζόμενος αθροίζονται και το αποτέλεσμα είναι τρεις βαθμολογίες, μια για κάθε υποκλίμακα (ΣΕ-ΑΠ-ΠΕ). Βαθμολογία για την συναισθηματική εξάντληση≥27 θεωρείται υψηλή, 19-26 μέτρια και ≤18 χαμηλή. Βαθμολογία αποπροσωποποίησης ≥10 θεωρείται υψηλή, 6-9 μέτρια και ≤5 χαμηλή. Βαθμολογία στα προσωπικά επιτεύγματα ≤33 θεωρείται χαμηλή, 34-39 μέτρια και ≥40 υψηλή.
Επομένως στις υποκλίμακες ΣΕ και ΑΠ υψηλότερο σκόρ αντιστοιχεί σε υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση, ενώ στην υποκλίμακα ΠΕ χαμηλότερο σκορ αντιστοιχεί σε υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση (αντιστρόφως ανάλογη σχέση). Η βαθμολόγηση των υποκλιμάκων καθώς και οι κατηγορίες επαγγελματικής εξουθένωσης απεικονίζονται σχηματικά στον Πίνακα 1 που ακολουθεί.

Επαγγελματική Εξουθένωση (MBI)			
Καταστάσεις (22)	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση [**ΣΕ**] (9)	≤13	14-26	≥27
Αποπροσωποποίηση [**ΑΠ**] (5)	≤3	4-8	≥9
Προσωπική επίτευξη [**ΠΕ**] (8)	≥39	38-32	≤31

Πίνακας 1. Μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κλίμακα Maslach.

Β) Το ερωτηματολόγιο το οποίο αφορά τα δημογραφικά στοιχεία τού εξεταζόμενου και τις συνθήκες εργασίας του (φύλο, ηλικία, ειδικότητα, έτος ειδίκευσης, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων, ώρες εφημερίες, ρεπό ανά μήνα, επίβλεψη από ειδικούς ιατρούς, ικανοποίηση από μισθό, εργατικά ατυχήματα, κατανάλωση καπνού καφέ αλκοόλ, αναρρωτικές άδειες).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τυχαίο δείγμα σε όλους τους ειδικευόμενους ιατρούς των Νοσοκομείων της Θράκης που εργάζονται στον Παθολογικό τομέα, στον Χειρουργικό τομέα και στα Εργαστήρια. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς σε ιδιωτικό χώρο ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ειλικρινής η συμπλήρωσή τους. Στη συνέχεια τα ερωτηματολόγια της κλίμακας *Maslach* βαθμολογήθηκαν με βάση το πρότυπο βαθμολόγησης και τα δεδομένα εισήχθησαν σε βάση δεδομένων. Η συλλογή των παραπάνω δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο πρώτο τρίμηνο του 2016.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων παρείχε τη δυνατότητα να συλλεγούν δεδομένα *ονομαστικού τύπου* (nominal) και *ποσοτικού τύπου* (διακριτά - ordinal) μέσω *κλίμακας σπουδαιότητας* και *κλίμακας Likert.* Η επεξεργασία των στοιχείων περιλάμβανε περιγραφική και επαγωγική στατιστική επεξεργασία.
Για την ανάλυση μίας μεταβλητής ονομαστικού τύπου (ποιοτικά στοιχεία), υπολογίσθηκαν η απόλυτη και η σχετική κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων, ενώ για τα δεδομένα που προέκυψαν από τις κλίμακες (ποσοτικές μεταβλητές, βαθμολογίες κλιμάκων), οι στατιστικές παράμετροι θέσης (μέση τιμή, ελάχιστη, μέγιστη) και διασποράς (τυπική απόκλιση και 95% διάστημα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής).

Οι περισσότερες από τις ποσοτικές μεταβλητές που συνελλέχθησαν από τα ερωτηματολόγια ήταν διακριτές (βαθμολογίες σε κλίμακες) και επομένως για την ανεύρεση συσχέτισης μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία του Spearman. Επίσης, ο έλεγχος ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς των μέσων τιμών των κλιμάκων μεταξύ των δυο ομάδων, έγινε με μη παραμετρικό έλεγχο Mann - Whitney U, ενώ για περισσότερες ομάδες με την μέθοδο Kruskal - Wallis H, η οποία είναι επίσης μη παραμετρική.
Η χρήση των μη παραμετρικών μεθόδων προτιμήθηκε καθώς αυτές οι μέθοδοι δεν απαιτούν κανονική κατανομή των τιμών και θεωρούνται ακριβέστερες για διακριτές μεταβλητές. Το μειονέκτημά τους είναι ότι δεν διαθέτουν τόσο μεγάλη στατιστική ισχύ όσο οι παραμετρικές.
Η μέτρηση της αξιοπιστίας της κλίμακας *Maslach* έγινε μέσω της ανάλυσης αξιοπιστίας. Ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας είναι δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή Cronbach's *α* (alpha). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι δείκτης μεγαλύτερος από 0,80 θεωρείται πολύ ικανοποιητικός, ενώ τιμές του δείκτη κάτω από 0,60 επιβάλλουν ή την επινόηση νέων ερωτήσεων για τη μεταβλητή ή ότι το ερωτηματολόγιο δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στον υπό μελέτη πληθυσμό. Οι δείκτες αξιοπιστίας που υπολογίστηκαν για την κλίμακα *Maslach Burnout Index* ήταν a=0,819 (N=120).
Το επίπεδο σημαντικότητας για την αποδοχή ή όχι της μηδενικής υπόθεσης που ελήφθη για όλους τους ελέγχους, ήταν το 5%. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS v.22

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Συνολικά συνελέχθησαν 120 ερωτηματολόγια από τους ειδικευόμενους ιατρούς των Νοσοκομείων της Θράκης τα οποία ήταν όλα σωστά συμπληρωμένα και περιελήφθησαν στη μελέτη. Οι συχνότητες και οι κατανομές για τις μεταβλητές οι οποίες μετρήθηκαν ήταν οι εξής:

Επίπεδο εξουθένωσης / Υποκλίμακα	*ΣΕ*	*ΑΠ*	*ΠΕ*
Χαμηλό	16 (13,3%)	29 (24,2%)	18 (15,0%)
Μέτριο	41 (34,2%)	35 (29,2%)	41 (34,2%)
Υψηλό	63 (52,5%)	56 (46,7%)	61 (50,8%)

Πίνακας 2. ΣΕ: Συναισθηματική Εξάντληση ΑΠ: Αποπροσωποποίηση ΠΕ: Προσωπική Επίτευξη

Όπως είναι φανερό από τον πίνακα ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των συμμετασχόντων στην έρευνα πάσχουν από burnout σε καθεμιά από τις υποκλίμακες του συνδρόμου. 52,5% πάσχει από Συναισθηματική Εξουθένωση (ΣΕ), 46,7% από αποπροσωποποίηση (ΑΠ) και 50,8% από μειωμένο αίσθημα προσωπικής επίτευξης (ΠΕ).
Ως πάσχον από το σύνδρομο ορίζεται κάθε άτομο που έχει υψηλό σκορ σε μία τουλάχιστον από τις 3 κλίμακες.
Το ποσοστό στο δείγμα μας το οποίο πάσχει από burnout σε μια τουλάχιστον από τις κλίμακες είναι 78,3%.

Κατανομή των φύλων: Σε ότι αφορά τα φύλα η κατανομή των ειδικευόμενων ήταν σχεδόν διχότομη: 47% Άρρενες και 52,5% Θήλεις.

Φύλο		
	N	Ποσοστό %
Άρρεν	57	47,5
Θήλυ	63	52,5
Σύνολο	**120**	**100,0**

Κατανομή των ηλικιών: η μέση ηλικία των ειδικευομένων βρέθηκε αρκετά υψηλή, στα 35 περίπου έτη.

Κατανομή σε ειδικότητες: Είναι εμφανές ότι το δείγμα μας διαθέτει επαρκή αριθμό ιατρών από 17 διαφορετικές ειδικότητες καλύπτοντας όλο το εύρος των δραστηριοτήτων των Νοσοκομείων.

Ειδικότητα			
	N	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Εργαστηριακές	17	14,2	14,2
Παθολογικές	70	58,3	72,5
Χειρουργικές	33	27,5	100,0
Συνολο	**120**	**100,0**	

Ειδικότητα			
	N	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Βιοπαθολογία	7	5,8	5,8
Γενική Παθολογία	23	19,2	25,0
Ιατρική Εργασίας	2	1,7	26,7
Ακτινολογία	8	6,7	33,3
Γυναικολογία	3	2,5	35,8
Γενική Ιατρική	11	9,2	45,0
Νεφρολογία	4	3,3	48,3
Καρδιολογία	5	4,2	52,5
Γενική Χειρουργική	16	13,3	65,8
Ψυχιατρική	3	2,5	68,3
Πνευμονολογία	6	5,0	73,3
Νευρολογία	8	6,7	80,0
Παιδιατρική	8	6,7	86,7
Ορθοπεδική	5	4,2	90,8
Οφθαλμολογία	2	1,7	92,5
Ουρολογία	1	,8	93,3
Αναισθησιολογία	6	5,0	98,3
ΩΡΛ	2	1,7	100,0
Σύνολο	120	100,0	

Κατανομή ανά έτος ειδίκευσης: Το δείγμα που ελήφθη είχε την παρακάτω κατανομή ανά έτος ειδίκευσης η οποία είναι αντιπροσωπευτική για όλα τα επίπεδα εμπειρίας.

Έτος Ειδίκευσης					
		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικό %
Έγκυρα	1ο	18	15,0	15,5	15,5
	2ο	25	20,8	21,6	37,1
	3ο	25	20,8	21,6	58,6
	4ο	18	15,0	15,5	74,1
	5ο	22	18,3	19,0	93,1
	6ο	8	6,7	6,9	100,0
	Σύνολο	116	96,7	100,0	
Άκυρα		4	3,3		
Σύνολο		120	100,0		

Κατανομή ανά οικογενειακή κατάσταση: Το 60% των ιατρών είναι άγαμοι, το 39,2% έγγαμοι και το 0,8% διαζευγμένοι.

Οικογενειακή Κατάσταση			
	N	Ποσοστό %	Αθροιστικό %
Άγαμος/η	72	60,0	60,0
Έγγαμος/η	47	39,2	99,2
Διαζευγμένος/η	1	0,8	100,0
Σύνολο	120	100,0	

Κατανομή ανά αριθμό τέκνων: Το 71,7% των ειδικευόμενων ιατρών δεν διαθέτουν τέκνα, ενώ ο μέσος αριθμός τέκνων ανά ιατρό είναι μόλις 0,46.

Αριθμός τέκνων			
	N	Ποσοστό %	Αθροιστικό %
0	86	71,7	71,7
1	17	14,2	85,8
2	14	11,7	97,5
3	2	1,7	99,2
4	1	0,8	100,0
Σύνολο	120	100,0	

Κατανομή ανά ώρες εργασίας / ήμερα: Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων γίνεται κατανοητό ότι η πλειοψηφία των ειδικευόμενων ιατρών εργάζεται 8 και περισσότερες ώρες ανά ημέρα, ενώ το ποσοστό αυτών που εργάζονται λιγότερο είναι 28,3%.

Ώρες εργασίας / ημέρα			
	N	Ποσοστό %	Αθροιστικό %
6	5	4,2	4,2
7	29	24,2	28,3
8	67	55,8	84,2
9	12	10,0	94,2
10	7	5,8	100,0
Σύνολο	120	100,0	

Εφημερίες ανά μήνα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικευόμενων ιατρών εφημερεύει τουλάχιστον 7 φορές το μήνα (64,7%), αριθμός ιδιαίτερα υψηλός.

Συνεχόμενες ώρες εργασίας κατά την εφημερία: Η συντριπτική πλειοψηφία των ειδικευομένων παραμένουν στο Νοσοκομείο τουλάχιστον 32 ώρες κατά την ημέρα που εφημερεύουν και την επόμενη.

Ώρες ύπνου στην εφημερία: Οι ώρες ύπνου κατά την εφημερία είναι κατά μέσον όρο 3,7, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των εφημερευόντων κοιμούνται 4 ή και λιγότερες ώρες (73,7%). Ο ύπνος αυτός είναι ελάχιστοw, ειδικότερα εάν ληφθούν υπόψη οι 32 συνεχόμενες ώρες παραμονής στο Νοσοκομείο.

Ρεπό ανά μήνα: Τα θεσπισμένα σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ρεπό ανά μήνα θα πρέπει να είναι τόσα ώστε να αντισταθμίζουν τις ώρες της εφημερίας. Ωστόσο όπως είναι ορατό στο διάγραμμα το 58% των ειδικευόμενων λαμβάνει 2 ή λιγότερα ρεπό, ενώ πάνω από το 1/3 αυτών (34,2%), δεν λαμβάνει κανένα ρεπό.

Επίβλεψη από ειδικό: Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται η ικανοποίηση και η ασφάλεια που νιώθουν οι ειδικευόμενοι ιατροί σε ότι αφορά την επίβλεψη και την καθοδήγηση από τους ειδικού ιατρούς της κλινικής τους. Η μέση τιμή ικανοποίησης βρίσκεται άνω του μετρίου (2,43 τιμές από 0 έως 4).

Ικανοποίηση από τις απολαβές: Αυτό είναι ένα σημαντικό ερώτημα καθώς η ικανοποίηση που αντλεί κάποιος από το επάγγελμά του είναι σε κάποιο βαθμό απότοκο και της αμοιβής του. Οι ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν στην πλειοψηφία τους λίγο ή καθόλου ευχαριστημένοι από τις απολαβές τους (54,5%).

Ατυχήματα στο χώρο εργασίας: Αυτό το ερώτημα αποσκοπεί στην ανεύρεση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των εργατικών ατυχημάτων και του συνδρόμου της επαγγελματική εξουθένωσης. Οι ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ως επί το πλείστον (62,5%), πολύ σπάνια ατυχήματα (μία φορά την πενταετία έως και ποτέ).

Έξεις: η κατανομή του καπνίσματος, της κατανάλωσης καφέ και αλκοόλ στο εξετασθέν δείγμα ιατρών. Όπως γίνεται φανερό, σε ότι αφορά το κάπνισμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών δεν καπνίζει (65.8%), ενώ και στην κατανάλωση καφέ και αλκοόλ δεν παρατηρούνται υψηλά ποσοστά βαρέων χρηστών.

Αναρρωτικές άδειες: Η μεταβλητή αυτή μελετήθηκε με σκοπό να αποκαλυφθεί κάποια σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την λήψη αναρρωτικών αδειών. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (5,8%) των ιατρών έχει λάβει αναρρωτική άδεια μεγαλύτερη του ενός μηνός.

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk για τις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές (Συναισθηματική Εξουθένωση, Αποπροσωποποίηση και Προσωπική Επίτευξη)

Τεστ Κανονικότητας						
	Kolmogorov - Smirnov[a]			Shapiro - Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Συναισθηματική Εξουθένωση [ΣΕ]	0,078	120	0,073	0,985	120	0,213
Αποπροσωποποίηση [ΑΠ]	0,103	120	0,003	0,951	120	0,000
Προσωπική Επίτευξη [ΠΕ]	0,060	120	0,200*	0,982	120	0,121
a. Διόρθωση Lilliefors						

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η ΣΕ και η ΠΕ είχαν κανονικές κατανομές, ωστόσο η ΑΠ δεν είχε κανονική κατανομή. Επιπλέον οι τιμές που παίρνουν οι κλίμακες αυτές είναι διακριτές και όχι συνεχείς. Για τους λόγους αυτούς προτιμήθηκε η χρήση μη παραμετρικών τεστ (συσχέτιση κατά Spearman, έλεγχος Mann - Whitney U και μέθοδος Kruskal - Wallis H). Ωστόσο για λόγους σύγκρισης πραγματοποιήθηκαν και τα αντίστοιχα παραμετρικά test (Pearson's, t-test και ANOVA) και δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα.
Τα μη παραμετρικά τεστ που πραγματοποιήθηκαν, επέτρεψαν να αποκαλυφθεί πιθανή συσχέτιση της κάθε υποκλίμακας του συνδρόμου burnout με δημογραφικά στοιχεία ή στοιχεία τα οποία αφορούν τις εργασιακές συνθήκες του ιατρού.

Συναισθηματικής Εξουθένωση

Σε ότι αφορά την υποκλίμακα της *συναισθηματικής εξουθένωσης:* παρατηρείται στατιστικώς σημαντική, μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση με το έτος της ειδίκευσης (r_s = 0.263, p=0.004). Μια εξήγηση αυτής της συσχέτισης θα μπορούσε να είναι ότι όσο περνούν τα χρόνια της ειδίκευσης, ο ιατρός υφίσταται εντονότερη εξουθένωση. Επίσης στατιστικώς σημαντική, μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της ΣΕ και ηλικίας >30 ετών (r_s = 0.229, p=0.012), εύρημα το οποίο είναι λογικό καθώς με την πάροδο του χρόνου μειώνονται οι φυσικές αντοχές. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ούτε και με το είδος ειδικότητας. Επίσης ενώ δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των εφημεριών, των ωρών ύπνου στη διάρκεια της εφημερίας ή τη διάρκεια της ημερήσιας εργασίας, ο αριθμός των συνεχόμενων ωρών εργασίας οι οποίες ξεπερνούν πολλές φορές τις 32 ώρες, σχετίζονται θετικά με την συναισθηματική εξουθένωση (r_s = 0.208, p=0.025). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι γιατροί μπορούν να αντιμετωπίσουν την εξάντληση της καθημερινής εργασίας ή ακόμα και τις πολλαπλές εφημερίες, αυτό το οποίο δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν είναι η συνεχής παραμονή εντός του χώρου του Νοσοκομείου για 32 ή παραπάνω ώρες, η οποία φαίνεται να έχει τη μεγαλύτερη συναισθηματική επίδραση στους ειδικευόμενους ιατρούς. Τέλος εντύπωση προκαλεί η στατιστικά πολύ σημαντική σχέση της ΣΕ με την ικανοποίηση από τις απολαβές (r_s = 0.313, p=0.001). Πιθανή εξήγηση του φαινομένου είναι ότι ο ιατρός, αντιλαμβανόμενος ότι ενώ κοπιάζει καθημερινά υπό αντίξοες συνθήκες, οι οικονομικές του απολαβές είναι ιδιαίτερα χαμηλές, εντέλει αποκαρδιώνεται, παραιτείται και δεν έχει πλέον το ψυχικό σθένος να συνεχίζει να εργάζεται. Το φαινόμενο αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η χώρα διέρχεται σοβαρή δημοσιονομική κρίση και οι απολαβές των ειδικευόμενων ιατρών ελαπτώνονται συνεχώς, ενώ ο φόρτος εργασίας αυξάνεται συνεχώς.

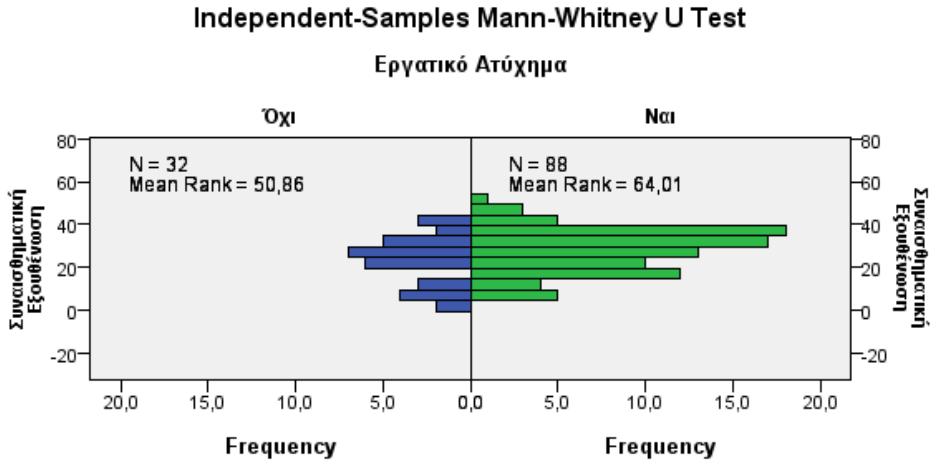
Έτος Ειδίκευσης	Correlation Coefficient	,263**
	Sig. (2-tailed)	p=,004
	N	116
Συνεχόμενες ώρες εργασίας	Correlation Coefficient	,208*
	Sig. (2-tailed)	p=,025
	N	117
Ικανοποίηση από οικ. αποδοχές	Correlation Coefficient	-,313**
	Sig. (2-tailed)	p=,001
	N	120
Μερίδες καφέ/ημέρα	Correlation Coefficient	,181*
	Sig. (2-tailed)	p=,049
	N	120
Ηλικία >30	Correlation Coefficient	,229*
	Sig. (2-tailed)	p=,012
	N	120

Αποπροσωποποίηση

Σε ότι αφορά την υποκλίμακα της *αποπροσωποποίησης* δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με κάποιες από τις μεταβλητές, πλην της κατανάλωσης καφέ (r_s = 0.221, p=0.015) και αλκοόλ (r_s = 0.251, p=0.006). Ωστόσο αυτή η συσχέτιση δεν συνεπάγεται και σχέση αιτίου - αιτιατού και πιθανώς να είναι τυχαία.

Μερίδες καφέ/ημέρα	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,221* **p=,015** 120
Κατανάλωση αλκοόλ	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,251** **p=,006** 120

Ωστόσο εάν επιμερισθούν οι ιατροί σε δύο κατηγορίες, αυτούς που έχουν πάθει κάποιο ατύχημα στον χώρο εργασίας (τρύπημα από βελόνα κτλ.) και στη συνέχεια με εφαρμογή του τεστ Mann - Whitney U (value: 1039,500, Asymp. Sig. 2-tailed:0,028) φαίνεται ότι υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό αποπροσωποποίησης με τους ιατρούς που έχουν υποστεί κάποιο ατύχημα να έχουν μεγαλύτερα σκορ στην υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης.



Η αιτιολόγηση του παραπάνω ευρήματος δεν είναι ευχερής. Θα μπορούσε πιθανώς η έκθεση σε εργατικά ατυχήματα τα οποία συχνά οφείλονται σε διεγερτικούς - μη συνεργάσιμους ασθενείς να αυξάνει τον κυνισμό του ιατρού και να τον οδηγεί στο να αντιμετωπίζει του ασθενείς ως απρόσωπα αντικείμενα.

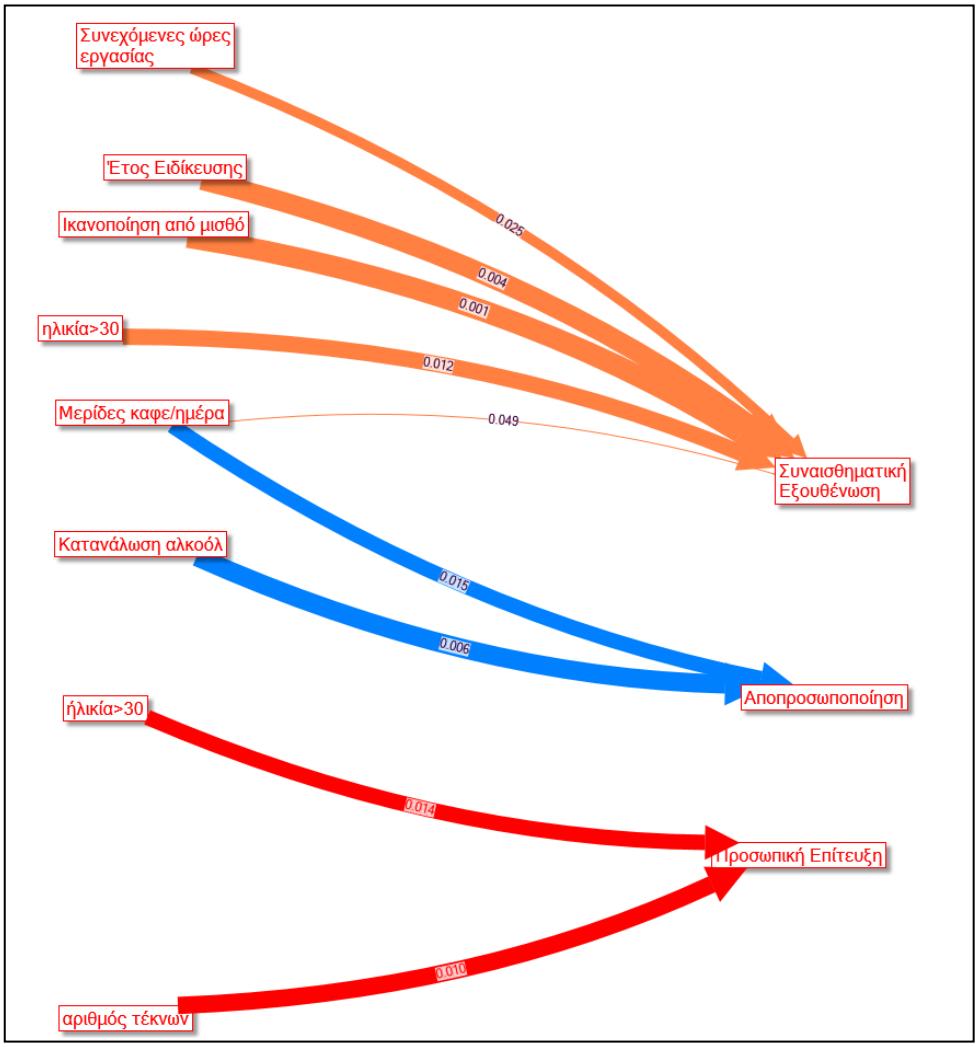
Προσωπική Επίτευξη

Στην υποκλίμακα της *προσωπικής επίτευξης* παρατηρούμε ότι υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική σχέση της ηλικίας (r_s = 0.223, p=0.014) και του αριθμού των τέκνων (r_s = 0.234, p=0.010) με το σκορ στην κλίμακα αυτή. Η υποκλίμακα της

προσωπικής επίτευξης υποδηλώνει burnout όταν η βαθμολογία είναι χαμηλή. Επομένως η ηλικία και ο αριθμός των τέκνων συσχετίζονται με την μη ύπαρξη burnout. Πιθανή εξήγηση του φαινομένου είναι ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο μαθαίνει ο ιατρός να μετριάζει τις προσδοκίες του και να είναι ικανοποιημένος με τα επιτεύγματά του, ενώ η τεκνοποίηση πιθανώς να αποτελεί κι αυτή έναν παράγοντα που βοηθά τον ιατρό να νιώθει ισχυρό το αίσθημα της επίτευξης.

Ηλικία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,223 **p=,014** 120
Αριθμός τέκνων	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,234 **p=,010** 120

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΙΤΙΟΤΗΤΑΣ



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς, οι οποίοι αποτελούν και την κινητήριο δύναμη των Νοσοκομείων και επωμίζονται ένα μεγάλο βάρος της «δύσκολης» δουλειάς. Πραγματικά τα ποσοστά Burnout στους ειδικευόμενους ιατρούς ήταν ιδιαίτερα υψηλά και μάλιστα το συνολικό ποσοστό των ιατρών που πάσχουν από υψηλής έντασης Burnout σε τουλάχιστον μία από τις τρεις υποκλίμακες ήταν 78,3%. Αυτό το ποσοστό είναι από τα υψηλότερα στη βιβλιογραφία[46,48,85]. Το πολύ υψηλό αυτό ποσοστό πιθανώς να οφείλεται στις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν τον τελευταίο καιρό στη χώρα μας όπου υπάρχει έλλειψη προσωπικού, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και μη ικανοποιητικές αμοιβές.

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε η συσχέτιση των τριών υποκλιμάκων ξεχωριστά με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) ή με υποκειμενικούς παράγοντες (ικανοποίηση από την καθοδήγηση των επιβλεπόντων ιατρών ή από τις απολαβές).

Στη μελέτη αυτή δεν βρέθηκε συσχέτιση σε καμία από τις τρεις υποκλίμακες με το φύλο ή την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών. Το εύρημα αυτό έχει παρατηρηθεί και σε πολλές μελέτες από τη βιβλιογραφία[45,53,55,56,85].

Ωστόσο ο αριθμός των τέκνων φαίνεται να σχετίζεται θετικά με το αίσθημα προσωπικής επίτευξης. Ιατροί οι οποίοι έχουν παιδία φαίνεται να έχουν και υψηλότερο σκορ στην κλίμακα της ΠΕ. Το εύρημα πιθανώς να οφείλεται στο αίσθημα αυτοπραγμάτωσης το οποίο αρκετοί άνθρωποι νιώθουν μέσω της τεκνοποιίας.

Σε ότι αφορά την ηλικία, σε ηλικίες >30 ετών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικότερη Συναισθηματική Εξουθένωση αλλά και στατιστικά σημαντικά υψηλότερο αίσθημα Προσωπικής Επίτευξης. Σε πολλές μελέτες δεν έχει αποδειχθεί η σχέση ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο στον δικό μας πληθυσμό φαίνεται μια ξεκάθαρη σχέση μεταξύ ηλικίας και Συναισθηματικής Εξουθένωσης. Χρησιμοποιώντας την ηλικία των 30 ετών ως κατώφλι βλέπουμε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ειδικευόμενοι οδηγούνται συχνότερα στην Επαγγελματική Εξουθένωση. Αντιθέτως οι νέοι ειδικευόμενοι είχαν φυσιολογικά επίπεδα εξουθένωσης.

Εντύπωση προκαλεί και το εύρημα ότι η άνοδος της ηλικίας σχετίζεται με μεγαλύτερο αίσθημα Προσωπικής Επίτευξης. Θα περίμενε κανείς να συμβαίνει το αντίθετοι, καθώς όσο αυξάνει η ηλικία του ιατρού, και αυτός εξακολουθεί να παραμένει στη βαθμίδα του ειδικευόμενου, θα έπρεπε λογικά να νιώθει αποκαρδιωμένος. Εντούτοις φαίνεται τελικά ότι με την πάροδο της ηλικίας ο ειδικευόμενος μετριάζει τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες του, με αποτέλεσμα να νιώθει ικανοποιημένος με τη δουλειά του και επιτυχημένος.

Σε ότι αφορά τις συνθήκες εργασίας, οι ώρες εργασίας ανά ημέρα, ο αριθμός των ρεπό ανά μήνα και οι ώρες του ύπνου στη διάρκεια της εφημερίας δεν φαίνεται να σχετίζονται με burnout. Αντιθέτως ο παράγοντας που περισσότερο επηρεάζει την εμφάνιση Συναισθηματικής Εξουθένωσης είναι οι συνεχόμενες ώρες παραμονής εντός του Νοσοκομείου. Όταν αυτές φτάνουν ή ξεπερνούν τις 32, παρατηρείται μια στατιστικώς σημαντική αύξηση των επιπέδων της Συναισθηματικής Εξουθένωσης. Στη διεθνή βιβλιογραφία πολύ λίγες εργασίες διερευνούν αυτόν τον παράγοντα καθώς σχεδόν παντού είναι θεσπισμένο ο ιατρός μετά από νυχτερινή εφημερία να αναπαύεται. Σε αντίστοιχη μελέτη στον Λίβανο[86] παρατηρήθηκε αυξημένη ΣΕ και ΑΠ σε ειδικευόμενους που εργάζονταν πάνω από 30 συνεχόμενες ώρες.

Τέλος πολύ ενδιαφέρον είναι το εύρημα της πολύ έντονης συσχέτισης της Συναισθηματικής Εξουθένωσης με τις οικονομικές απολαβές των ειδικευόμενων. Στην περίπτωση αυτή αναδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντική συσχέτιση της ΣΕ με το πως κρίνει ο ιατρός το επίπεδο των αποδοχών του. Όταν ο ιατρός δεν είναι ικανοποιημένος, ο παράγοντας αυτός οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος για εργασία, στην απογοήτευση και εν τέλει στην Συναισθηματική Εξουθένωση. Το φαινόμενο αυτό έχει αποδειχθεί σε άλλες μελέτες. Ωστόσο αποκτά μεγάλη σημασία στην Ελλάδα της κρίσης καθώς λόγω της συνεχώς επιδεινούμενης οικονομικής συγκυρίας, ο μισθός θα συμπιεστεί παραπέρα αλλά και ο φόρτος εργασίας θα πολλαπλασιαστεί. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν το γεγονός ότι αυτοί πλέον παρατηρείται το φαινόμενο της παραίτησης ειδικευόμενων στο μέσον της εκπαίδευσής τους, κάτι το οποίο πριν από λίγα χρόνια ήταν αδιανόητο. Μάλιστα κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων τρεις ειδικευόμενοι παραιτήθηκαν από τα Νοσοκομεία της Θράκης.

Τα παραπάνω ευρήματα καθιστούν εμφανή την ύπαρξη σημαντικού προβλήματος επαγγελματικής εξουθένωσης στους ειδικευόμενους ιατρούς της περιοχής. Οι ιδιαίτερες οικονομικές συνθήκες της εποχής επιτείνουν το πρόβλημα και καθιστούν το περιβάλλον των Νοσοκομείων επικίνδυνο τόσο για αυτούς που εργάζονται σε αυτό όσο και για τους ασθενείς. Συνεπώς η περαιτέρω μελέτη του φαινομένου σε εθνική κλίμακα κρίνεται αναγκαία προκειμένου να διαπιστωθεί η έκταση του προβλήματος και να αναδειχθεί τους κατάλληλους κρατικούς μηχανισμούς οι οποίοι θα πρέπει να καταστρώσουν μια εθνική στρατηγική αντιμετώπισης του φαινομένου, προκειμένου να προασπιστεί η ήδη πάσχουσα Δημόσια Υγεία.

Υπάρχουν ωστόσο και πολλές μελέτες οι οποίες έδειξαν ότι παρεμβάσεις και σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο Κλινικής - Νοσοκομείου μπορούν να βελτιώσουν κατά πολύ την επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών[75,76,77,78,87,88,89]. Μέχρι τώρα, οι περισσότεροι διευθυντές κλινικών δεν θα λάμβαναν καθόλου υπόψη τους το φαινόμενο, καθώς ακόμα και κάποιοι από τους ειδικευόμενους να μην άντεχαν την πίεση και να παραιτούνταν, θα βρίσκονταν άλλοι πρόθυμοι να τους αντικαταστήσουν. Ωστόσο η μαζική μετανάστευση των ειδικευομένων ιατρών έχει ήδη αρχίσει να δημιουργεί σημαντικά κενά στις κλινικές ενώ στα Νοσοκομεία

της Θράκης υπάρχουν κλινικές χωρίς κανένα ειδικευόμενο. Επομένως εάν δεν δημιουργηθούν ελκυστικές επαγγελματικές συνθήκες από τις ίδιες τις κλινικές, ώστε να ξεπερασθεί το φαινόμενο της εξουθένωσης, είναι ορατή στο μέλλον η πλήρης ερήμωση των Νοσοκομείων από ειδικευόμενους με σοβαρότατες συνέπειες για τους ασθενείς αλλά και για τους λίγους εναπομείναντες εργαζομένους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

2. **Maslach, C.** and **Jackson, S.** (1986).

3. **Pines, A. M.** Couple burnout. *Routledge,* (1993).

4. **Κάντας, Α.** Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία* 3, 71-85 (1996).

5. **Fagin, L., Brown, D.** and **Bartlett, H.** Stress,coping amd burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *Int. J. Psychiatry* 42, 102-111 (1996).

6. **Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A.** and **Burnard, P.** Burnout in mental health nurses: findings from all-Wales stress study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 7, 127-134 (2002).

7. **Αδαλή, Ε.** Νοσηλευτική 2, 169-173 (2002).

8. **Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ.** και **Μόσχος, Ν.** *Νοσηλευτική* 1, 116-125 (2004).

9. **Αντωνίου, Α.** Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες στις μονάδες ψυχικές υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο. (2005).

10. **Freudenberger, H.J.** Staff Burn-Out. *J. Soc. Issues* 30, 159-165 (1974).

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

12. **Poncet, M.C.** et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 175, 698-704 (2007).

13. **Maslach, C.** Professional burnout: Recent developments in theory and research 19-32 *Taylor and Francis,* (1993).

14. **Δούκα, Μ.** Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout: στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία* 70, 97-108 (2003).

15. **Maslach, C.** and **Cliffs, N.** Burnout: The Cost of Caring. *Englewood PrenticeHall* (1982).

16. **World Health Organization,** ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. *World Health Organization*, (2011).

17. **Martin, N.** et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int. J. Occup. Environ. Health* 3, 204-209 (1997).

18. **Dyrbye, L.N.** et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann. Intern. Med.* 149, 334-341 (2008).

19. **Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S.** and **Melamed, S.** The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J. Occup. Health Psychol.* 10, 344-362 (2005).

20. **Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S.** and **Shapira, I.** Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol. Bull.* 132, 327-353 (2006).

21. **Sherman, M.** Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clin. Psychol. Rev.* 16, 299-315 (1996).

22. **Mahoney, M.J.** Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 28, 14-16 (1997).

23. **Solomon, M.** Couples Therapy. *WW Norton,* (1997).

24. **Halbesleben, J.R.B.** and **Rathert, C.** Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage. Rev.* 33, 29-39 (2008).

25. **Kottler, J.A.** On being a therapist. *Jossey-Bass,* (2010).

26. **Ahola, K.** et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addict. Abingdon Engl.* 101, 1438-1443 (2006).

27. **Cohen, J.S.** and **Patten, S.** Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med. Educ.* 5, 21 (2005).

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

29. **Καδδά, Α.** Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 16, 23-26 (2005).

30. **Θεοφίλου, Π.** Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας* 41-50 (2009).

31. **Cherniss, C.** Professional burnout in human service organizations. (Preager, 1980).

32. **Edelwich, J.** and **Brodsky, A.** Stages of Disillusionment in Helping Professions. *Human Sciences Press,* (1980).

33. **Δημητρόπουλος, Χ.** και **Φιλίππου, Ν.** Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 25, 642-647 (2008).

34. **Maslach, C., Schaufeli, W.** and **Leiter, M.** Job burnout. *Annual Revision of Psycology.* (2001).

35. **Sanders, G.** and **Suls, J.** Social psycology of health and illness. *Erlbaum,* (1982).

36. **Dyrbye, L.N.** et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 81, 374-84 (2006).

37. **Zoccolillo, M., Murphy, G.E.** and **Wetzel, R.D.** Depression among medical students. *J. Affect. Disord.* 11, 91-6 (1986).

38. **Firth, J.** Levels and sources of stress in medical students. *Br. Med. J. Clin. Res. Ed* 292, 1177-80 (1986).

39. **Delva, M.D., Kirby, J.R., Knapper, C.K.** and **Birtwhistle, R.V.** Postal survey of approaches to learning among Ontario physicians: implications for continuing medical education. *BMJ* 325, 1218 (2002).

40. **McManus, I. C., Keeling, A.** and **Paice, E.** Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2, 29 (2004).

41. **Willcock, S.M., Daly, M.G., Tennant, C.C.** and **Allard, B.J.** Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med. J. Aust.* 181, 357-60 (2004).

42. **Dahlin, M.E.** and **Runeson, B.** Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med. Educ.* 7, 6 (2007).

43. **Rosal, M.C.** et al. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 72, 542-6 (1997).

44. **Purdy, R.R., Lemkau, J.P., Rafferty, J.P.** and **Rudisill, J.R.** Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? *Fam. Med.* 19, 203-8 (1987).

45. **Nyssen, A.S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M.** and **De Keyser, V.** Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br. J. Anaesth.* 90, 333-7 (2003).

46. **Rosen, I.M., Gimotty, P.A., Shea, J.A.** and **Bellini, L.M.** Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 81, 82-5 (2006).

47. **Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E.** and **Back, A.L.** Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 136, 358-67 (2002).

48. **Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A.** and **Smith, L.** Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann. Intern. Med.* 136, 384-90 (2002).

49. **Martini, S., Arfken, C.L., Churchill, A.** and **Balon, R.** Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad. Psychiatry J. Am. Assoc. Dir. Psychiatr. Resid. Train. Assoc. Acad. Psychiatry* 28, 240-2 (2004).

50. **Deahl, M.** and **Turner, T.** General psychiatry in no-man's land. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 171, 6-8 (1997).

51. **Hoop, J.G.** Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry resident as dual agent. *Acad. Psychiatry J. Am. Assoc. Dir. Psychiatr. Resid. Train. Assoc. Acad. Psychiatry* 28, 183-9 (2004).

52. **Woodside, J.R., Miller, M.N., Floyd, M.R., McGowen, K.R.** and **Pfortmiller, D.T.** Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad. Psychiatry J. Am. Assoc. Dir. Psychiatr. Resid. Train. Assoc. Acad. Psychiatry* 32, 13-9 (2008).

53. **Prins, J.T.** et al. Burnout among Dutch medical residents. *Int. J. Behav. Med.* 14, 119-25 (2007).

54. **Gopal, R., Glasheen, J.J., Miyoshi, T.J.** and **Prochazka, A.V.** Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch. Intern. Med.* 165, 2595-600 (2005).

55. **Lemkau, J.P., Purdy, R.R., Rafferty, J.P.** and **Rudisill, J.R.** Correlates of burnout among family practice residents. *J. Med. Educ.* 63, 682-91 (1988).

56. **McCranie, E.W.** and **Brandsma, J. M.** Personality antecedents of burnout among middle-aged physicians. *Behav. Med. Wash. DC* 14, 30-6 (1988).

57. **Martini, S., Arfken, C.L.** and **Balon, R.** Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Acad. Psychiatry J. Am. Assoc. Dir. Psychiatr. Resid. Train. Assoc. Acad. Psychiatry* 30, 352-5 (2006).

58. **Thomas, N.K.** Resident burnout. *JAMA* 292, 2880-9 (2004).

59. **Prins, J.T.** et al. Burnout in medical residents: a review. *Med. Educ.* 41, 788-800 (2007).

60. **Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E.** and **Back, A.L.** Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 136, 358-67 (2002).

61. **Shanafelt, T.D.** et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch. Intern. Med.* 172, 1377-1385 (2012).

62. **Ripp, J.** et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 86, 1304-1310 (2011).

63. **Dahlin, M., Fjell, J.** and **Runeson, B.** Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year. *Nord. J. Psychiatry* 64, 402-408 (2010).

64. **Prins, J.T.** et al. The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Med. Educ.* 42, 721-728 (2008).

65. **Haglund, M.E.M.** et al. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 84, 258-268 (2009).

66. **Fahrenkopf, A.M.** et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 336, 488-91 (2008).

67. **West, C.P.** et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 296, 1071-8 (2006).

68. **Gelfand, D.V.** et al. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch. Surg. Chic.* Ill 1960 139, 933-8-40 (2004).

69. **Daly, M.G.** and **Willcock, S.M.** Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates. *Med. J. Aust.* 177 Suppl, S14-5 (2002).

70. **Goitein, L., Shanafelt, T.D., Wipf, J.E., Slatore, C.G.** and **Back, A.L.** The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch. Intern. Med.* 165, 2601-6 (2005).

71. **Dupree, P.** and **Day, H.** Psychotherapists' Job Satisfaction and Job Burnout as a Function of Work Setting and Percentage of Managed Care Clients. *N.Y. Haworth Press* (1995).

72. **Fletcher, K.E.** et al. Effects of work hour reduction on residents' lives: a systematic review. *JAMA* 294, 1088-100 (2005).

73. **Norcross, J.** et al. Psychotherapist self-care: practitioner tested, research informed strategies. *Prof Psychol Res Pr Syst. Grad. Med. Educ. Dec.* 241 31, 710-713 (2009).

74. **Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι.** και **Καρυώτη, Β.** Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η οκανότητα διαχείρισης της. (2008).

75. **Ramanan, R.A., Taylor, W.C., Davis, R.B.** and **Phillips, R.S.** Mentoring matters. Mentoring and career preparation in internal medicine residency training. *J. Gen. Intern. Med.* 21, 340-5 (2006).

76. **Gewertz, B.L.** et al. Pacific Coast Surgical Association. Emotional intelligence: impact on leadership capabilities. *Arch. Surg. Chic.* Ill 1960 141, 812-4 (2006).

77. **Jordan, J.** and **Troth, A.** Managing emotions during team problem solving: emotional intelligence and conflict resolution. Hum. *Perform. Hum. Perform.* 17, 195-218 (2004).

78. **Dabrow, S., Russell, S., Ackley, K., Anderson, E.** and **Fabri, P.J.** Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* 81, 436-9 (2006).

79. **Maslach, C.** Burned out. *Hum Behav* 5, 16-22 (1976).

80. **Shapiro, S.,** et al. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int Manage* 12, 164-176 (2005).

81. **Galantino, M., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P.** and **Farrar, J.** Short communication: in association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program. *Stress Health* 21, 255-261 (2005).

82. **Vuori, I.** Does physical activity enhance health? *Patient Educ. Couns.* 33, S95-103 (1998).

83. **Sherman, M.** and **Thelen, M.** Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Prof Psych Res Pr* 29, 79-85 (1998).

84. **Macaskill, N.,** et al. Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: results of a UK study. *Br* 9, 133-138 (1992).

85. **Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E.** and **Back, A.L.** Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 136, 358-367 (2002).

86. **Ashkar, K., Romani, M., Musharrafieh, U.** and **Chaaya, M.** Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad. Med. J.* 86, 266-271 (2010).

87. **Seligman, L.** Physicians heal thyself. 1, (2009).

88. **Alexandrova - Karamanova A,** et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health.* 2016 Jun 1. [Epub ahead of print]

89. **Pappa E.A., Anagnostopoulos F.** and **Niakas D.** Burnout of physicians and nurses and its effects on the quality of health care. *Archives of Hellenic Medicine* 2008, 25(1):94-101

PREVALENCE OF BURNOUT AMONG MEDICAL RESIDENTS IN THE REGION OF THRACE (GREECE) DURING ECONOMIC CRISIS

I. Nakou[1], E. Nena[1,2], A. Zissimopoulos[1] and ***T.C. Constantinidis[1,2]***

1. Postgraduate Programme Health and Safety in Workplaces, Medical School of Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School of Democritus University of Thrace, Alexandroupolis

Abstract: Burnout syndrome is characterized by three subscales: Emotional Exhaustion (EE), Depersonalization (DP) and low sense of Personal Accomplishment (PA). This syndrome is common among healthcare professionals, who are considered a high risk group, and affects both the professionals and the quality of service of the National Health System. To study the prevalence of burnout syndrome among resident doctors in hospitals of the region of Thrace, Northern Greece and to correlate it with demographic and economic factors in the era of the crisis. The Maslach Burnout Index questionnaire and a questionnaire regarding the demographic and socioeconomic status of the residents were handed out. The prevalence of burnout syndrome was very high. Actually, 78.3% of the residents had scores indicating burnout in at least one of the three subscales (EE, DP and PA). A correlation was found between EE and age>30 years, continuous working >32 hours, the year of specialization and salary satisfaction. DP was found to be higher in doctors involved in occupational accidents. PA was found to be positively correlated with age and number of children. In conclusion the prevalence of burnout among medical residents of the region of Thrace is very high. EE is the most frequent observed subscale type of burnout (52,5%) and it was found to be strongly correlated with the amount of continuous working hours and the salary dissatisfaction, factors which seem to deteriorate due to the economic crisis.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ

Δ. Χαδόλιας[1], Θ.Κ. Κωνσταντινίδης[2], Ε. Νένα[2], Γ. Κουκλάκης[3] και ***Α. Μπένος[4]***

1. Κέντρο Θεωρητικής Εκπαίδευσης Ειδικότητας Ιατρικής Εργασίας Βόρειο Τόξο, 2. Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας Περιβάλλοντος, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, 3. Α΄ Παθολογική Κλινική, Εργαστήριο Γαστρεντερολογίας - Ηπατολογίας, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ, 4. Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Ερευνας Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

Περίληψη: Αρκετοί από τους αποδεδειγμένους γενεσιουργούς παράγοντες του πεπτικού έλκους και της γαστρίτιδας επηρεάζονται από τη φύση των επαγγελματικών εκθέσεων των εργαζομένων. Διερευνήθηκε το επαγγελματικό ιστορικό ασθενών με έλκος και γαστρίτιδα και επιχειρήθηκε η ανάδειξη των ειδικών συνθηκών και των επαγγελματικών πρακτικών, που πιθανώς εξηγούν την εμφάνιση της νοσηρότητας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έλκος ή η γαστρίτιδα δεν αποτελούν επαγγελματικά νοσήματα με τη στενή έννοια του όρου, δεν αποτελούν δηλαδή επαγγελματική ασθένεια, δηλαδή νόσημα που αναγνωρίζεται ως τέτοιο από το ισχύον ασφαλιστικό σύστημα, με τους όρους και τους περιορισμούς που κάθε φορά αυτό θέτει.

Όμως πολλοί από τους αποδεδειγμένους γενεσιουργούς παράγοντες του πεπτικού έλκους και της γαστρίτιδας επηρεάζονται από τη φύση της εργασίας του ατόμου. Μεταβάλλεται δηλαδή ο βαθμός έκθεσης σε αυτούς ανάλογα με τη φύση του επαγγέλματος, την καταπόνηση, τη διαθεσιμότητα χρόνου για προετοιμασία των γευμάτων, την εργασία σε βάρδιες, την εργονομία, την ύπαρξη και το μέγεθος της έκθεσης σε επαγγελματικό στρες.

Συνεπώς η φύση της εργασίας δύναται να επηρεάσει την ένταση και έκταση έκθεσης σε παράγοντες πρόκλησης γαστρίτιδας και έλκους όπως το στρες, η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, το αλκοόλ, η καφεΐνη, το κάπνισμα, η ακανόνιστη συχνότητα των γευμάτων.

Με γνώμονα το ότι το επάγγελμα αποτελεί κομβικό επιδημιολογικό παράγοντα, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας λήφθηκε επαγγελματικό ιστορικό ασθενών με έλκος και γαστρίτιδα και επιχειρήθηκε η ανάδειξη των ειδικών εκείνων συνθηκών αλλά και επαγγελματικών πρακτικών που πιθανώς εξηγούν ή σχετίζονται με την εμφάνιση της νοσηρότητας.

Η συσχέτιση που προκύπτει είναι άλλοτε ισχυρότερη άλλοτε περισσότερο αβληχρή, αυτό σε συνδυασμό με την πολυπαραγοντικότητα πρόκλησης καθιστά σαφές πως από την αρχή της μελέτης στόχος δεν είναι η ανάδειξη κάποιας σχέσης αιτίου αποτελέσματος αλλά η εμπέδωση της συμβολής της ιατρικής της

εργασίας ως μέσου αποτελεσματικής καταγραφής και ανάδειξης σχέσεων νοσηρότητας - έκθεσης.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Το επαγγελματικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο περνά ένα μεγάλο μέροςτης ζωής του, αποτελεί ένα χώρο στον οποίο το εργασιακό στρες και η ψυχολογική πίεση αποτελούν στοιχεία της σύγχρονης επαγγελματικής καθημερινότητας.
Τη σημερινή εποχή στον εργασιακό χώρο το φαινόμενο αυτό είναι συχνό, καθώς η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία, παραμερίζοντας κατά μεγάλο μέρος την προσωπική ζωή.
Οι εργαζόμενοι μη έχοντας αρκετά συχνά τα κατάλληλα εφόδια, τόσο σε επίπεδο γνώσεων (κατάρτισης και εξειδίκευσης), όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες τις οποίες πρέπει να ξεπεράσουν, προκειμένου να επιβιώσουν, να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση και να υποστηρίξουν τον αντίστοιχο επαγγελματικό τους ρόλο. Με λίγα λόγια το στρες πηγάζει απότη σχέση και την αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος.
Το στρες ενεργοποιεί μία πολύπλοκη αλληλουχία χημικών διεργασιών, η οποία επηρεάζει με τρεις τρόπους το στομάχι: διαταράσσει την αιμάτωσή του, προκαλεί υπερπαραγωγή γαστρικών οξέων και μειώνει τους αμυντικούς μηχανισμούς, όπως η παραγωγή προστατευτικής βλέννας.
Όταν κάποιος βρίσκεται υπό συνεχές στρες, οι συνέπειες αυτές αθροίζονται και μπορεί με το πέρασμα του χρόνου να οδηγήσουν στη δημιουργία έλκους.
Επιπροσθέτως μελέτες έχουν δείξει αύξηση της επίπτωσης του πεπτικού έλκους και της γαστρίτιδας σε περιόδους της ζωής των ατόμων που χαρακτηρίζονται από έντονο ψυχολογική πίεση και στρες.
Η διαφορετική συχνότητα όσων έχουν μολυνθεί από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σε σχέση με όσους τελικά αναπτύσσουν πεπτικό έλκος φαίνεται πως σχετίζεται και με τη μεταβαλλόμενη λόγω στρες ενεργότητα και <<επιθετικότητα>> του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει πως υψηλά επίπεδα stress σχετίζονται με αυξημένο βαθμό αποίκισης του βλεννογόνου του στομάχου από *Helicobacter pylori.*
Επιπρόσθετα έχει αποφευχθεί πως το μακροχρόνιο στρες μπορεί να προκαλέσει γαστρική φλεγμονή των βλεννογόνων και διαβρώσεις, και το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να συμβεί ανεξάρτητα από λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
Ως μακροχρόνια αντίδραση στο στρες αναφέρεται η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος και η υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών προτύπων καταφυγή σε γρήγορο φαγητό (πλούσιο σε αλάτι και καρυκεύματα). Είναι σαφές δηλαδή πως το μακροχρόνιο στρες και ειδικότερα το εργασιακό αυξάνει την έκθεση σε αποδεδειγμένους παράγοντες πρόκλησης γαστρίτιδας κι έλκους.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ

Κάθε επιχείρηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη το εργασιακό άγχος και τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία. Κατά μέσο όρο, το 51% των εργαζομένων θεωρούν το εργασιακό άγχος ως σύνηθες φαινόμενο στον χώρο εργασίας τους και το ποσοστό αυτό είναι υψηλό σε όλες τις επιχειρήσεις, ανεξαρτήτως μεγέθους.

Στις πολύ μικρές επιχειρήσεις που απασχολούν έως εννέα εργαζόμενους το 45% όσων εργάζονται εκεί θεωρούν το εργασιακό άγχος σύνηθες φαινόμενο, ενώ στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 54-58% των εργαζομένων.

Η έρευνα ESENER του EU-OSHA έδειξε ότι το ζήτημα του εργασιακού άγχους απασχολεί το 79% των διευθυντικών στελεχών στην Ευρώπη. Ταυτόχρονα, λιγότερο από το 30% των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων διαθέτουν διαδικασίες για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους, καθώς και για την παρενόχληση και τη βία που προέρχεται από τρίτους. Η ESENER έδειξε ότι, ενώ το 40-50% των μεγαλύτερων επιχειρήσεων (>250 εργαζόμενοι) εφαρμόζουν μέτρα για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία, μόλις το 20-30% των μικρότερων επιχειρήσεων (με 10-49 εργαζόμενους) προβλέπουν αντίστοιχα μέτρα. Περιπτώσεις έλλειψης υποστήριξης και καθοδήγησης ή έλλειψης εμπειρογνωμοσύνης αναφέρθηκαν σε πολλές περιπτώσεις μεταξύ των μικρότερων επιχειρήσεων.

Ωστόσο, ακόμη και με περιορισμένους πόρους, οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία μπορούν να αξιολογούνται και να αντιμετωπίζονται και στις μικρές επιχειρήσεις. Τα οφέλη από την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους στις μικρότερες επιχειρήσεις είναι πολύ σημαντικότερα από το κόστος εφαρμογής των σχετικών μέτρων.

Ο καθοριστικός παράγοντας είναι η συμμετοχή όλων στην προαγωγή ενός καλού ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι τόσο τα διευθυντικά στελέχη όσο και οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις δύσκολες καταστάσεις που ενδεχομένως προκύπτουν, ενώ τυχόν εμπειρογνωμοσύνη σε θέματα ψυχολογίας μπορεί να απαιτείται σε ειδικές μόνο περιστάσεις.

Στο χώρο εργασίας υπάρχει πλήθος ψυχοκοινωνικών κινδύνων παραγόντων που ευθύνονται για την πρόκληση εργασιακού στρες.

• υπερβολικά απαιτητική εργασία και/ή ανεπάρκεια χρόνου για την ολοκλήρωσή της,

• αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες όσον αφορά στον ρόλο του εργαζόμενου,

• αναντιστοιχίες μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των ικανοτήτων του εργαζόμενου, καθώς η υποτίμηση όσο και η υπερτίμηση των δεξιοτήτων του εργαζόμενου μπορούν να αποτελούν πηγή άγχους,

• μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τον εργαζόμενο και στον τρόπο με τον οποίο πρέπει να εκτελείται η εργασία,
• περιπτώσεις εργαζομένων που εργάζονται μόνοι τους, ιδίως όταν έρχονται σε επαφή με ιδιώτες και πελάτες και/ή όταν υφίστανται βία από τρίτους, η οποία μπορεί να λαμβάνει τη μορφή λεκτικής επίθεσης, σεξουαλικής παρενόχλησης και απειλής σωματικής βίας ή πραγματικής σωματικής βίας,
• έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση και τους συναδέλφους και κακές διαπροσωπικές σχέσεις,
• ψυχολογική ή σεξουαλική παρενόχληση στον χώρο εργασίας – οποιαδήποτε βλαπτική, ταπεινωτική, υπονομευτική ή απειλητική συμπεριφορά προϊσταμένων ή συναδέλφων προς έναν εργαζόμενο ή ομάδα εργαζομένων,
• μη δίκαιη κατανομή εργασίας, ανταμοιβών, προαγωγών και ευκαιριών σταδιοδρομίας,
• αναποτελεσματική επικοινωνία, κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών και εργασιακή ανασφάλεια,
• δυσκολίες στον συνδυασμό εργασιακών και οικογενειακών υποχρεώσεων.

Σε σχέση με την έκταση του προβλήματος και τη συμβολή των ανωτέρω ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην πρόκληση εργασιακού στρες μελέτες έχουν δείξει ότι το 50-60% του συνόλου των χαμένων ημερών εργασίας μπορεί να αποδοθεί στο εργασιακό άγχος και στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία.

Πρόκειται για το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας που συνδέεται με την εργασία στην Ευρώπη μετά τις μυοσκελετικές διαταραχές.

Σε μια περίοδο εννέα ετών, σχεδόν το 28% των ευρωπαίων εργαζομένων ανέφερε έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που είχαν επηρεάσει την ψυχική τους ευεξία.

Συνεπώς καθίσταται ιδιαιτέρως σημαντική η υιοθέτηση μέτρων διαμόρφωσης υγιούς ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση ενός καλού ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας είναι οι εξής:

• Οι εργαζόμενοι είναι σωστά καταρτισμένοι και διαθέτουν επαρκή χρόνο και αυτονομία προκειμένου να οργανώνουν και να διεκπεραιώνουν τα καθήκοντά τους.
• Οι μονότονες εργασίες ελαχιστοποιούνται ή διαμοιράζονται και οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται με σκοπό την καλύτερη οικειοποίηση της δουλειάς τους.
• Οι εργαζόμενοι κατανοούν ακριβώς αυτό που περιμένουν οι άλλοι από αυτούς και δέχονται σε τακτική βάση εποικοδομητικά σχόλια (είτε θετικά είτε αρνητικά).
• Οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν το αντικείμενό τους και ενθαρρύνονται προκειμένου να συμβάλλουν, π.χ. στην ανάπτυξη μεθόδων και προγραμμάτων εργασίας.
• Η κατανομή της δουλειάς, των ανταμοιβών, των προαγωγών και των ευκαιριών σταδιοδρομίας είναι δίκαιη.

• Το περιβάλλον εργασίας είναι φιλικό και υποστηρικτικό, ενώ σε περιόδους αιχμής καθίστανται διαθέσιμοι πρόσθετοι πόροι.
• Η επικοινωνία είναι ανοιχτή και αμφίδρομη και οι εργαζόμενοι ενημερώνονται σχετικά με τις εξελίξεις, ιδίως σε περιόδους οργανωτικών αλλαγών.
•Υπάρχουν μέτρα για την πρόληψη του εργασιακού άγχους, της παρενόχλησης και της βίας που προέρχεται από τρίτους και οι εργαζόμενοι νοιώθουν ότι οι τυχόν προβληματισμοί τους θα αντιμετωπιστούν με ευαισθησία.
• Οι εργαζόμενοι μπορούν να συνδυάζουν αποτελεσματικά την προσωπική και την εργασιακή τους ζωή.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ορισμένοι από τους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης του πεπτικού έλκους και της γαστρίτιδας σχετίζονται με τη διατροφή και συνεπώς ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος με τον οποίο η εργασία τροποποιεί τις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων.
Έχει αποδεδειχθεί πως στην πρόκληση του έλκους και της γαστρίτιδας συντελούν διατροφικοί παράγοντες όπως ο ζωμός του κρέατος οι σάλτσες, ο καφές, το αλάτι, το δυνατό τσάι, το αλκοόλ, τα πολλά υγρά, τα καρυκεύματα, το καμένο λάδι, τα αναψυκτικά τύπου cola. Ορισμένοι από αυτούς οδηγούν σε αυξημένη γαστρική έκκριση, ενώ άλλοι σε αυξημένη δραστικότητα και ανθεκτικότητα του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού.
Από μια πρώτη παρατήρηση γίνεται εμφανές ότι οι τροφές που οδηγούν σε γαστρίτιδα και έλκος αποτελούν τροφές που σχετίζονται με το λεγόμενο γρήγορο-πρόχειρο φαγητό και απευθύνονται σε ανθρώπους που πιθανότατα δε διαθέτουν χρόνο προετοιμασίας γευμάτων όπως πολλοί από τους σημερινούς σύγχρονους εργαζόμενους.
Είναι προφανές ότι η οκτάωρη καθημερινή εργασία αλλά και ο χρόνος μετάβασης από και προς την εργασία δεσμεύουν ένα μεγάλο χρονικό μέρος του εικοσιτετραώρου κάθε εργαζομένου. Αυτό οδηγεί αρκετούς εργαζομένους να παρακάμπτουν την ορθή χρονική αλληλουχία των γευμάτων με αποτέλεσμα συνήθως το μεσημεριανό γεύμα να μετατίθεται για το βράδυ. Αυτό έχει ως συνέπεια την αυξημένη κατανάλωση κατά τη διάρκεια της ημέρας πρόχειρων τροφών πλούσιων σε λιπαρά αλάτι και μπαχαρικά που όπως προαναφέρθηκε συντελούν στην εμφάνιση έλκους ή γαστρίτιδας.
Σε σχέση με τα δύο φύλα πάντως έρευνες έχουν αναδείξει πως οι γυναίκες εργαζόμενοι συνηθίζουν να υιοθετούν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από τους άνδρες και να καταφεύγουν σε μικρότερη συχνότητα στη λύση του έτοιμου φαγητού.
Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με βάση την μεγαλύτερη εξοικείωση τους στη μαγειρική, στην απασχόλησή τους σε συνήθως σε διαφορετικής φύσης εργασίες σε σχέση με τους άνδρες αλλά και στην αυξημένη ευαισθητοποίηση τους γύρω από θέματα

υγιεινής διατροφής και στην σαφέστερη τάση για εναρμόνιση με κοινωνικά πρότυπα.
Ποικίλες έρευνες έχουν δείξει πως το αυξημένο στρες στο χώρο εργασίας ευνοεί την αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά αλάτι και μπαχαρικά. Ο βαθμός της συσχέτισης είναι τέτοιος που προτάσσεται η ανάγκη υιοθέτησης μεθόδων διαχείρισης και μείωσης των αγχογόνων εργασιακών ερεθισμάτων κάτι που αν επιτευχθεί φαίνεται πως αντανακλά και στην υιοθέτηση ορθότερων διατροφικών συνηθειών από την πλευρά των εργαζομένων.
Σε σχέση με την κατανάλωση του καφέ και το επάγγελμα έρευνα έχει δείξει πως τα επαγγέλματα με την μεγαλύτερη κατανάλωση καφέ είναι κατά σειρά τα ακόλουθα: δημοσιογράφοι και εργαζόμενοι στα μέσα ενημέρωσης, αστυνομικοί, δάσκαλοι, υδραυλικοί και οικοδόμοι, νοσηλευτές και γιατροί, εταιρικά στελέχη, τηλεπωλητές, εργαζόμενοι στην τεχνική υποστήριξη, και επαγγελματίες οδηγοί. Η αυξημένη κατανάλωση καφέ επάγει την παραγωγή αυξημένης ποσότητας γαστρικού οξέως και συντελεί στη δημιουργία γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους.
Σε σχέση με το αλκοόλ που και αυτό αποτελεί παράγοντα πρόκλησης γαστρίτιδας και έλκους έχει παρατηρηθεί πως η ύπαρξη εργασίας είναι αποτρεπτικός παράγοντας για τον αλκοολισμό. Έχει μάλιστα παρατηρηθεί πως η ύπαρξη εργασίας για ένα άτομο, ακόμα κι αν ζει σε κοινωνικό περιβάλλον με γενικευμένη ανεργία, οδηγεί σε χαμηλότερο κίνδυνο εξάρτησης από τη χρήση αλκοόλ.
Αν και έχει υποστηριχθεί πως ο αλκοολισμός έχει αιτία στην ιδιοσυγκρασία, την κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου μια προσεκτικότερη και πιο επισταμένη ανάλυση μπορεί να αναδείξει ορισμένα μοντέλα τα οποία συνδέουν τον αλκοολισμό με την εργασία.
- Σύμφωνα με το μοντέλο του κοινωνικού ελέγχου επιρρεπής στη χρήση αλκοόλ είναι ο εργαζόμενος ο οποίος δεν έχει σαφή θέση στην οργανωτική δομή της εργασίας και η εργασιακή του θέση διέπεται από χαμηλό βαθμό εποπτείας και παρακολούθησης των εργασιακών του δραστηριοτήτων.
- Σύμφωνα με το μοντέλο της διαθεσιμότητας περιβάλλον εργασιακό στο οποίο το αλκοόλ είναι διαθέσιμο ή η φύση της εργασίας το κάνει υπό προϋποθέσεις αποδεκτό μπορεί να αυξήσει τη συχνότητα λήψης αλκοόλ από την πλευρά των εργαζομένων.
- Το μοντέλο της φυσικής διαθεσιμότητας του αλκοόλ στην εργασία ορίζεται ως η πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια διαλειμμάτων ή εκδηλώσεων που σχετίζονται με την εργασία ενώ κοινωνική διαθεσιμότητα ονομάζεται ο βαθμός που οι λοιποί εργαζόμενοι ενισχύουν ή και παροτρύνουν ή στον αντίποδα αποτρέπουν κάποιον συνάδελφο από τη χρήση αλκοόλ.
- Το μοντέλο του στρες – αλλοτρίωσης θεωρεί πως η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα των απαιτήσεων της εργασίας, απαιτήσεων φυσικών αλλά και ψυχοκοινωνικών. Τέτοιες είναι ο αυξημένος φόρτος της εργασίας, η αντικειμενική αδυναμία διεκπεραίωσης της εργασίας με τα υπάρχοντα μέσα στον καθορισμένο χρόνο, η πλήξη, η έλλειψη συμμετοχής στη

λήψη των αποφάσεων αλλά και η ένταση και οι συγκρούσεις στο χώρο της εργασίας.
- Το μοντέλο της υποκειμενικής θεώρησης της εργασίας θεωρεί πως η χρήση αλκοόλ στην εργασία εξαρτάται από το βαθμό ταύτισης του ατόμου με την εργασία του και από το βαθμό της σημαντικότητας που δίνει το κάθε άτομο στην εργασία του σε σχέση με τη ζωή του. Η ψυχολογική σημασία που αποδίδει ο κάθε εργαζόμενος στην εργασία του αποτελεί κυμαινόμενο και υποκειμενικό μέγεθος.

Στο σημείο αυτό αξίζει ιδιαίτερης αναφοράς το επάγγελμα των υγειονομικών, το οποίο εμφανίζει και στη χώρα μας ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ. Αυτό συσχετίζεται και με τα υψηλά ποσοστά στρες μεταξύ των εργαζομένων στην υγεία καθώς αποτελούν ομάδα εκτεθειμένη σε υψηλή επαγγελματική πίεση. Ερευνες έχουν δείξει πως οι νοσηλευτές των τμημάτων επειγόντων περιστατικών αναπτύσσουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες που οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά λήψης αλκοόλ. Πολλές μελέτες έχουν καταγράψει τη χρήση αλκοόλ από επαγγελματίες υγείας και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που να αναφέρονται σε διάγνωση με τίτλο «Διαταραχή από τη χρήση Αλκοόλ». Η χρήση και η κατάχρηση σχετίζονται με το σύνολο σχεδόν των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι οι ιατρό οι νοσηλευτές οι ψυχολόγοι ακόμη και οι φοιτητές των παραπάνω ειδικοτήτων.

Έρευνες υποστηρίζουν πως το 20% των ιατρών και νοσηλευτών κάνει συστηματική χρήση αλκοόλ, στον αντίποδα δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν πως εκεί το πρόβλημα δεν παρουσιάζει αυτή την οξύτητα και τα ποσοστά αλκοολισμού των υγειονομικών είναι μικρότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Στοιχεία από τις Η.Π.Α. δείχνουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ αφορά ποσοστό 8% των νοσηλευτών της χώρας. Πέρα όμως από την όποια επίδραση της εργασίας φαίνεται πως η επιλογή του επαγγέλματος του νοσηλευτή δεν είναι τυχαία καθώς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ από το οικογενειακό τους ιστορικό. Οι ακαθόριστες ώρες εργασίας αλλά και η υπερωριακή απασχόληση φαίνεται ότι δημιουργούν ένταση στο οικογενειακό περιβάλλον και δημιουργούν συνθήκες έλλειψης στήριξης και κατανόηση από το οικογενειακό περιβάλλον με συνέπεια τη ροπή στον αλκοολισμό.

Η πολύωρη απουσία από το σπίτι και η κατανάλωση γρήγορου φαγητού έχει συνδεθεί με την αυξημένη κατανάλωση αναψυκτικών τύπου cola.Τα αναψυκτικά αυτού του τύπου φαίνεται πως οδηγούν στην πρόκληση γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους αλλά και στην επιδείνωση της κλινικής εικόνας των ήδη πασχόντων διότι πειραματικές μελέτες έχουν δείξει πως τα αναψυκτικά προκαλούν αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως από το στόμαχο.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πως οι σύγχρονοι ρυθμοί εργασίας και η αδυναμία των εργαζομένων να ακολουθήσουν ειδικά διατροφικά προγράμματα δυσχεραίνουν την προσαρμογή των ήδη πασχόντων από έλκος και γαστρίτιδα στα ενδεδειγμένα διαιτολόγια που μπορούν να οδηγήσουν σε πρόληψη των κλινικών εκδηλώσεων και ταχύτερη ανάρρωση των πασχόντων.

ΑΛΑΤΙ, ΑΛΚΟΟΛ, ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ, ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΛΚΟΥΣ

Η διατροφή που περιέχει υψηλά επίπεδα άλατος συντελεί στην αύξηση του κινδύνου πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε περιβάλλον αυξημένου άλατος αυξάνει η δραστηριότητα και η ανθεκτικότητα του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και ο βαθμός εποικισμού του βλεννογόνου του στομάχου από το *H.pylori.* Πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως ψηλές συγκεντρώσεις αλατιού στο στομάχι, προάγουν την ενεργοποίηση γονιδίων του ελικοβακτηριδίου που το καθιστούν περισσότερο επιθετικό και επικίνδυνο. Το γεγονός αυτό, αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες του μικροβίου να προκαλέσει σοβαρή πάθηση στο στομάχι ή στο δωδεκαδάκτυλο του ασθενούς που έχει μολύνει.
Σε ψηλές συγκεντρώσεις αλατιού, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, παρουσιάζει αλλοιώσεις του πολλαπλασιασμού, της κυτταρικής διαίρεσης, της μορφολογίας και της μεταγραφής 2 γονιδίων που έχουν σχέση με την αύξηση της παθογόνου δράσης του.
Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει πως διατροφή πλούσια σε αλάτι είναι δυνατό να προκαλέσει ατροφική γαστρίτιδα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εντερική μεταπλασία και σε βάθος χρόνου σε πρόκληση καρκίνου του στομάχου.
Έρευνες έχουν συσχετίσει τη γεωγραφική συχνότητα επικράτησης του γαστρικού έλκους με την ποσότητα αλατιού που περιέχουν τα κατά τόπους διατροφικά πρότυπα. Έτσι φαίνεται πως η επικράτηση του έλκους τους στομάχου αλλά και η θνητότητα από έλκος στομάχου επηρεάζονται από την περιεκτικότητα της διατροφής σε αλάτι.
Δεν είναι τυχαίο πως για την υψηλή νοσηρότητα της Ιαπωνίας σε σχέση με το έλκος του στομάχου κομβικό ρόλο διαδραματίζει το γεγονός ότι η διατροφή των Ιαπώνων χαρακτηρίζεται πληθυσμιακά από υψηλή ημερήσια πρόσληψη άλατος.
Τα αναψυκτικά αποτελούν διατροφικό παράγοντα που σχετίζεται με την πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη κατανάλωση αναψυκτικών σε όσους καταφεύγουν σε τακτική βάση στη λύση του γρήγορου φαγητού όπως για παράδειγμα οι εργαζόμενοι που απουσιάζουν αρκετές ώρες από το σπίτι. Ο μηχανισμός με τον όποιο τα αναψυκτικά προκαλούν έλκος είναι η αύξηση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέως.
Μελέτες που έχουν δείξει πως η κατανάλωση αναψυκτικών ιδίως αυτών που περιέχουν ανθρακούχο νερό και ιδίως τα αναψυκτικά τύπου κόλα ευθύνονται για την πρόκληση έλκους μέσω της αύξησης έκκρισης υδροχλωρικού οξέως.
Η αυξημένη λήψη καφέ στο χώρο εργασίας έχει συσχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα από έλκη του πεπτικού κι αυτό γιατί η λήψη καφέ συσχετίζεται με αυξημένη παραγωγή υδροχλωρικού οξέως ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επιπρόσθετα η λήψη του καφέ συνίσταται να περιορίζεται σε ασθενείς ήδη πάσχοντες από πεπτικό έλκος.

Αξίζει να αναφερθεί και το αποτέλεσμα σύγχρονης Ιαπωνικής μετα-ανάλυσης η οποία διεξήχθη σε 9517 συμμετέχοντες, τους οποίους διαχώρισε σε ομάδα που έκθεσης σε καφέ και σε ομάδα μαρτύρων. Αφού συνυπολογίστηκε η επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η προσβολή από *H.pylori,* το σωματικό βάρος, το κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος, η αναλογία πεψινογόνου I και II η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα πως η κατανάλωση καφέ δεν σχετίζεται με καταστάσεις όπως έλκος στομάχου, έλκος δωδεκαδακτύλου, οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση και μη-διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Βασικό χαρακτηριστικό της διατροφής όσων καταφεύγουν σε λύσεις έτοιμου-πρόχειρου φαγητού αποτελεί η αυξημένη διαιτητική πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων αντί των πολυακόρεστων. Φαίνεται πως η ευεργετική επίδραση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων σε σχέση με το έλκος οφείλεται στην ανασταλτική τους επίδραση επί του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Η παρουσία των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων οδηγεί στην καταστροφή της εξωτερικής λιπώδους μεμβράνης του ελικοβακτηριδίου.

Επιπρόσθετα η παρουσία πολυακόρεστων λιπαρών οξέων όπως το αραχιδονικό οξύ σε αναερόβιο περιβάλλον οδηγεί στην καταστροφή των μικροοργανισμών από τοξικά υπεροξείδια λιπιδίων.

Η αυξημένη διατροφική πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων οδηγεί σε περιορισμό της ελκογένησης μέσω της αύξησης της σύνθεσης της προσταγλανδίνης, Η προσταγλανδίνη Ε μειώνει την γαστρική έκκριση γαστρικού οξέως και δρα προστατευτικά επί του γαστρικού βλεννογόνου και βοηθά στην επούλωση γαστρικών ελκών.

Σε σχέση με το αλκοόλ η αυξημένη επίπτωση του έλκους και της γαστρίτιδας φαίνεται πως οφείλεται στο γεγονός ότι η πρόσληψή του οδηγεί σε αύξηση έκκρισης υδροχλωρικού οξέως από το στόμαχο. Το αλκοόλ ακόμη μπορεί να ερεθίσει και να διαβρώσει το βλεννογόνο του στομάχου, γεγονός που καθιστά το στόμαχο πιο ευάλωτο στα πεπτικά οξέα. Τέλος σε σχέση με το αλκοόλ πρέπει να αναφερθεί πως η χρήση του αλκοόλ ως συμπεριφορά συνδέεται ισχυρά με το κάπνισμα και ως γνωστό αυξημένη έκθεση σε κάπνισμα οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά επικράτησης γαστρίτιδας και έλκους.

Τα μπαχαρικά συνίσταται να αποφεύγονται διότι θεωρείται πως αποτελούν παράγοντα πρόκλησης έλκους αλλά και παράγοντα που δυσχεραίνει την επούλωση ήδη υπάρχοντας έλκους. Η δράση τους αυτή οφείλεται στην αύξηση της οξύτητας του περιβάλλοντος του στομάχου. Τα καυτερά μπαχαρικά αυξάνουν την έκκριση των γαστρικών και υγρών στο στομάχι, τα οποία ερεθίζουν το στομαχικό βλεννογόνο. Επιπρόσθετα τα μπαχαρικά ενισχύουν τα συμπτώματα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Ακόμη καρυκεύματα χαλαρώνουν τον γαστροοισοφαγικό σφιγκτήρα και αυξάνουν τη ροή των τροφών και την παλινδρόμηση γαστρικού οξέος από το στομάχι προς τον οισοφάγο. Αλλη μελέτη πάντως έδειξε πως το κόκκινο τσίλι σε σκόνη δεν έχει επιβλαβή επίδραση στην επούλωση του έλκους του δωδεκαδάκτυλου. Έχει επίσης προταθεί ότι η καθημερινή κατανάλωση του

πιπεριού ενδεχομένως να έχει κυτταροπροστατευτικές ιδιότητες. Μέτρια κατανάλωσή μπαχαρικών έχει υποστηριχθεί πως δεν αυξάνει, όπως πιστεύεται, τον κίνδυνο εμφάνισης πεπτικού έλκους, αλλά τον μειώνει, αδρανοποιώντας τα βακτήρια που είναι υπεύθυνα για την πρόκλησή του όπως το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Παρόλα αυτά, γενική πεποίθηση εξακολουθεί να είναι πως τα μπαχαρικά και ειδικά τα καυτερά οδηγούν στην πρόκληση γαστρικού έλκους και πως σε ασθενείς με έλκος η χρήση τους θα πρέπει να αποφεύγεται.
Σε σχέση με την κατανομή των γευμάτων στο χρόνο φαίνεται πως στο έλκος έχει μεγαλύτερη σημασία η συχνότητα και η κατανομή των γευμάτων παρά το είδος της τροφής. Η παραμονή του στομάχου χωρίς τροφή για πολλές ώρες, εκθέτει το γαστρικό βλεννογόνο στη δράση του όξινου γαστρικού υγρού και δημιουργεί τις προϋποθέσεις εμφάνισης πεπτικού έλκους. Η πολύωρη και ακανόνιστη εργασία φαίνεται πως συντελεί στην αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Φαίνεται πως εργαζόμενοι που παραμένουν πολλές ώρες την ημέρα νηστικοί παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα γαστρίνης στο αίμα. Η γαστρίνη επάγει την έκκριση υδροχλωρικού οξέως και συνεπώς συντελεί στην ελκογένεση.

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η φύση της εργασίας, αλλά και ο χρόνος της εργασίας σε σχέση με τη φυσική και την πνευματική καταπόνηση που αυτή επιφέρει, αποτελούν παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην αυξημένη κατανάλωση παυσίπονων ιδίως μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών φαρμάκων. Όπως προαναφέρθηκε τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αποτελούν παράγοντα πρόκλησης πεπτικού έλκους και γαστρίτιδας. Η ημικρανία αποτελεί κύριο αίτιο λήψης ΜΣΑΦ και η συσχέτισή της με την εργασία όπως θα αναλυθεί πιο κάτω είναι σαφής. Στα εκλυτικά αίτια των ημικρανιών εκτός των άλλων συμπεριλαμβάνονται το ψυχικό στρες, η υπερκόπωση, τα ακατάστατα γεύματα και η λήψη αλκοόλ παράγοντες δηλαδή σχετιζόμενοι με την εργασία.
Από κλινικής άποψης η ημικρανία στη φάση της κεφαλαλγίας χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρο πόνο (που μπορεί να επεκταθεί και στο άλλο πλάγιο) είτε από πόνο εξαρχής αμφοτερόπλευρο μετωπιαίο, ινιακό ή γενικευμένο. Επίκεντρό του είναι συνήθως η περιοχή του κόγχου. Ορισμένες φορές ο πόνος μπορεί να συνδεθεί με ναυτία, έμετο ή φωτοευαισθησία. Η χρονική έκταση του πόνου μπορεί να είναι λίγες ώρες ή όλη την ημέρα, μπορεί να περάσει με το νυχτερινό ύπνο ή να συνεχισθεί και την επομένη. Σε ελάχιστες όμως περιπτώσεις διαρκεί για πάνω από 72 ώρες.
Σε σχέση με τον πονοκέφαλο που αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες λήψης ΜΣΑΦ λίγες είναι οι σχετικές μελέτες που επιχειρούν τη σύνδεσή του με την εργασία. Αυτό επιχείρησε να κάνει μελέτη στη Νορβηγία χρησιμοποιώντας αρχικά δείγμα 6421 εργαζομένων από τους οποίους οι 3574 προσήλθαν και σε έλεγχο

follow up. Η παρατήρηση και ο επανέλεγχος των εργαζομένων γινόταν σε μια περίοδο χρονικού βάθους δύο ετών.
Η μελέτη κατέληξε πως είναι αυξημένη η συχνότητα εμφάνισης κεφαλαλγίας στο χώρο εργασίας για χρονική περίοδο έκθεσης στον παράγοντα εργασία τα δύο έτη όταν στο χώρο εργασίας παρατηρούνται αυξημένες ποσοτικές απαιτήσεις, έλλειψη δυνατότητας λήψης αποφάσεων στην εργασία, έλλειψη ελέγχου της έντασης της εργασίας, ασάφεια εργασιακού ρόλου σαφήνειας αρμοδιοτήτων και σύγκρουση ρόλων αλλά και χαμηλός βαθμός ικανοποίησης από την εργασία.
Οι κεφαλαλγίες αποτελούν εξαιρετικά σύνηθες φαινόμενο στο εργασιακό περιβάλλον. Μελέτη σε αμερικανούς εργαζομένους έδειξε τη σχέση της εργασίας με τις κεφαλαλγίες και το αποτέλεσμά τους στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως το 51.1% των γυναικών εργαζομένων αλλά και το 38,1 των ανδρών παρουσίαζαν τουλάχιστον έξι περιόδους το χρόνο που σχετίζονταν με μειωμένη εργασιακή απόδοση. Φάνηκε πως στο 90% των περιπτώσεων μειωμένης εργασιακής απόδοσης αιτία ήταν ο πονοκέφαλος. Η εμφάνιση του πονοκεφάλου στον εργασιακό χώρο στην έρευνα αυτήν συσχετίσθηκε με αυξημένη ηλικία (άνω των σαράντα ετών), ενώ η συχνότητα εμφάνισής του φάνηκε πως μειώνεται όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και το εισόδημα από την εργασία (ιδίως για τις γυναίκες).
Μία άλλη αμερικανική μελέτη έδειξε πως η επίμονη ημικρανία είναι σύνηθες φαινόμενο στον εργασιακό χώρο και αποτελεί βασικότατο παράγοντα εργασιακής εξάντλησης μειωμένης παραγωγικότητας κατέληξε μάλιστα στο συμπέρασμα πως η υιοθέτηση μέτρων αντιμετώπισής της οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα εργασίας και έχει σαφή οικονομικά οφέλη για τις επιχειρήσεις.
Μελέτη που διεξήχθη στη Δανία μεταξύ εργαζομένων μέσης ηλικίας 41 ετών έδειξε πως υπάρχει σαφής σύνδεση μεταξύ κεφαλαλγίας εργασίας αλλά και λήψης παυσίπονων όπως και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα της μελέτης είχαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς προέκυψε πως:
- Το 80% των ασθενών δήλωσαν ότι ο πονοκέφαλος, μείωνε κατά πολύ την αποτελεσματικότητα στην επαγγελματική τους απασχόληση και 91% δήλωσαν ότι παρεμποδίζονταν καθημερινά στις δραστηριότητες τους εξαιτίας του πονοκέφαλου
- Ο μέσος όρος ημερών απουσίας από την εργασία τους λόγω πονοκεφάλου για τον 1 χρόνο που προηγήθηκε της έρευνας, ήταν κατά μέσο όρο 57 ημέρες, με αριθμό ημερών απουσίας για το σύνολο που κυμαινόταν από 0 έως 365 μέρες και μέση τιμή 12 ημέρες.
- Το 10% των ασθενών απουσίαζαν από τη δουλειά τους για 1 χρόνο λόγω πονοκεφάλων και σχεδόν 20% απουσίαζαν για τον ίδιο λόγο για περισσότερο από 60 μέρες
- Το 29% των ασθενών άλλαξαν την εργασία τους, 46% απέκλεισαν την ενασχόληση τους με ορισμένα επαγγέλματα και 40% δήλωναν ότι περιορίσθηκε η καριέρα τους εξαιτίας των πονοκεφάλων.

Οι κυριότερες αιτίες πρόκλησης πονοκεφάλου στους χώρους εργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- Το εργασιακό στρες που αποτελεί κύριο παράγοντα πρόκλησης πονοκεφάλου στο χώρο εργασίας.
- Αυξημένη μυϊκή τάση ή μυϊκοί σπασμοί στην περιοχή του λαιμού και του αυχένα ενοχοποιούνται για πρόκληση επίμονων κεφαλαλγιών.
- Η παρατεταμένη καθιστική εργασία. Η παραμονή σε καθιστή θέση για αρκετές ώρες κακώς και η κακή θέση της σπονδυλικής στήλης έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά εμφάνισης κεφαλαλγιών.
- Σε σχέση με τη χρήση υπολογιστή η τυπική θέση «λαιμού χήνας» (καμπουριάζοντας με το λαιμό προτεταμένο μπροστά και τους ώμους πίσω και κάτω που υιοθετεί κανείς κοιτώντας για αρκετές ώρες οθόνη αυξάνει την αίσθηση βάρους της κεφαλής καταπονεί τους μυς του αυχένα και οδηγεί σε πρόκληση κεφαλαλγιών. Ακόμη η ξηροφθαλμία που δημιουργείται σε όσους κοιτούν οθόνες οπτικής απεικόνισης αρκετές ώρες την ημέρα έχει συσχετισθεί με πρόκληση κεφαλαλγιών.
- Ο κακός φωτισμός του περιβάλλοντος εργασίας αλλά και το υψηλό επίπεδο θορύβου ευθύνονται για την πρόκληση πονοκεφάλου
- Η έλλειψη ύπνου λόγω πολύωρης εργασίας ή εργασίας σε βάρδιες
- Η έκθεση σε σκόνη, χημικά, σωματιδιακό φορτίο, ο ανεπαρκής αερισμός και η κακή ποιότητα αέρα (ασθενή κτίρια)

Πέραν της κεφαλαλγίας άλλα αίτια αυξημένης λήψης μη στερεοειδών αντιφλεγμονοδών φαρμάκων αποτελούν τα σχετιζόμενα με τη φυσική καταπόνηση, τα μυοσκελετικά άλγη η οσφυαλγία και η αυχεναλγία.

Οσφυαλγία καλείται ο επίμονος πόνος στην οσφύ. Συχνότερο αίτιο εμφάνισής της αποτελεί η δισκοπάθεια (κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου) στις μικρές και μέσες ηλικίες και οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις και εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η εμφάνισή της σχετίζεται με την μυϊκή καταπόνηση την εργονομία και τις συνθήκες εργασίας.

Μεγάλη cohort μελέτη που διενεργήθηκε στην Ολλανδία και συμπεριελάμβανε εργαζομένους από 21 διαφορετικές εταιρείες της χώρας μελέτησε τα επαγγελματικά αίτια της οσφυαλγίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η συχνότατα της οσφυαλγίας αλλά και ο απουσιασμός λόγω οσφυαλγίας συσχετίζονται με αυξημένο βαθμό περιστροφικών κινήσεων κατά τη διάρκεια της εργασίας, άρση βαρών αλλά και χαμηλό βαθμό άντλησης ικανοποίησης από την εργασία. Επιπρόσθετα, εργαζόμενοι με οσφυαλγία συναντώνται συχνότερα σε θέσεις εργασίας και επιχειρήσεις όπου υπάρχει χαμηλός βαθμός κοινωνικής υποστήριξης και εποπτείας των εργαζομένων κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης των εργασιακών καθηκόντων τους.

Σε άλλη μελέτη που σκοπό είχε την ανάδειξη σχέσεων μεταξύ παραγόντων εργασίας και οσφυαλγίας, τα αποτελέσματα έδειξαν πως παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση οσφυαλγίας αποτελούν η θέση εργασίας που απαιτεί

επαναλαμβανόμενη βαριά ανύψωση, η χρήση κομπρεσέρ, η χρήση εργαλειομηχανών και η χρήση μηχανών με κινητήρα.
Επιπρόσθετα η έκθεση σε δονήσεις, οι επαγγελματικές απαιτήσεις για πολύωρη στατική θέση του σώματος, και η ανάγκη άρσης βάρους σε μεγάλη συχνότατα και μάλιστα βάρους που υπερβαίνει την ατομική ικανότητα του εργαζομένου κατά δήλωσή του αποτελούν παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση οσφυαλγίας που μάλιστα μπορούν να οδηγήσουν σε επίμονη οσφυαλγία ακόμη και από την ηλικία των 20 ετών.
Έρευνες σε βιομηχανικούς εργάτες έχουν δείξει πως στη βιομηχανία ιδιαίτερα επικίνδυνες είναι οι θέσεις εργασίας που περιλαμβάνουν ανύψωση κατέβασμα φορτίου, μεταφορά με σπρώξιμο, απότομες κινήσεις του σώματος, κάμψη συστροφή και εργασία με λυγισμένα τα γόνατα. Πιο επικίνδυνος φαίνεται πως είναι ο συνδυασμός ανύψωσης στρέψης και κάμψης.
Η άρση βάρους φαίνεται πως σχετίζεται με την οσφυαλγία στην ίδια ένταση και ανεξάρτητα αν αυτή γίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα ή αν γίνεται συνεχώς καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας αν γίνεται πολλές φορές ή μόνο περιστασιακά και αν γίνεται επαναληπτικά επαναληπτικότητα της άρσης βάρους πέρα από την οσφυαλγία συνδέεται με έντονη μυϊκή καταπόνηση, διαστρέμματα και τραυματισμούς.
Αυξημένα ποσοστά οσφυαλγίας παρατηρούνται ακόμη στα επαγγέλματα που εκθέτουν τον εργαζόμενο σε πολύωρη καθιστική εργασία. Μελέτη σε Έλληνες δημοσίους υπαλλήλους έδειξε αυξημένα ποσοστά οσφυαλγίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα αυτό οδηγούσε σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής, μειωμένη παραγωγικότητα, αυξημένο απουσιασμό. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα πως το κόστος η οσφυαλγία έχει οικονομικές επιπτώσεις για την εθνική οικονομία.
Ο συνδυασμός εργονομικών παραγόντων όπως η πολύωρη καθιστή θέση με ψυχοκοινωνικούς φαίνεται πως αυξάνει τη νοσηρότητα της οσφυαλγίας. Έρευνα σε Ισραηλινούς οδηγούς αστικών λεωφορείων έδειξε αυξημένα ποσοστά οσφυαλγίας (το 45,4% των οδηγών ανέφερε ενοχλήσεις στην οσφύ). Η υιοθέτηση στρατηγικών πρόληψης του εργασιακού άγχους, οργανωτικές αλλαγές που στοχεύουν στη μείωση καταστάσεων στρες, η βελτίωση στην άνεση του καθίσματος, η ενθάρρυνση για τακτική αθλητική δραστηριότητα προτείνονται ως αποτελεσματικές λύσεις για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας στους οδηγούς λεωφορείου).
Ακόμη υψηλότερα βρέθηκαν και τα ποσοστά επιπολασμού της οσφυαλγίας στον κλάδο των επαγγελματιών οδηγών ταξί. Το 51% των οδηγών βρέθηκε να υποφέρει από οσφυαλγία. Ως εκλυτικοί παράγοντες και πάλι ενοχοποιήθηκαν η παρατεταμένη εργασία σε καθιστή θέση αλλά και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το στρες και η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση.
Τέλος, όπως προκύπτει από ανασκοπικές μελέτες, οι ολοσωματικές δονήσεις αποτελούν σημαντικό εργασιακό παράγοντα πρόκλησης οσφυαλγίας.

Σε σχέση με τον πόνο στον αυχένα και το λαιμό ενοχοποιούνται εργασίες που περιέχουν μηχανική καταπόνηση και αυξημένη μυϊκή τάση των μυών του αυχένα. Ακόμη, εργασίες κατά τις οποίες ο εργαζόμενος υιοθετεί λανθασμένη θέση της κεφαλής, όπως π.χ. οι εργαζόμενοι σε οθόνες οπτικής απεικόνισης αλλά και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως το εργασιακό στρες και η εργασιακή ικανοποίηση προκαλούν επίμονα άλγη στην περιοχή του αυχένα. Η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων είναι περισσότερο εμφανής στις γυναίκες γεγονός που αυξάνει τη συχνότητα ενοχλήσεων από τον αυχένα και το λαιμό.
Συνοψίζοντας, είναι προφανές πως στο περιβάλλον εργασίας υπάρχει πλήθος παραγόντων πρόκλησης επίμονου - χρόνιου άλγους που δυνητικά οδηγεί τον εργαζόμενο στην αυξημένη χρήση παυσίπονων όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Στο επόμενο εδάφιο γίνεται εκτενής αναφορά στη σχέση και λήψης ΜΣΑΦ και πρόκλησης πεπτικού έλκους και γαστρίτιδας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΣΑΦ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΛΚΟΥΣ

Όπως αναλύθηκε η εργασία αποτελεί παράγοντα πνευματικής αλλά και σωματικής καταπόνησης που μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις χρόνιου πόνου. Αυτό δύναται να αυξήσει την κατανάλωση παυσίπονων και ΜΣΑΦ.
Η χρήση των ΜΣΑΦ είναι γνωστό ότι προκαλεί τριών τύπων βλάβες στο γαστρεντερικό:
- Επιφανειακές διαβρώσεις του γαστρικού βλεννογόνου και αιμορραγίες.
- Μικρής έκτασης έλκη, που είναι δυνατόν να εντοπισθούν με γαστροσκόπηση.
- Έλκη τα οποία προκαλούν κλινικά συμπτώματα και επιπλέκονται.

Το ακετυλοσαλυκικό οξύ αλλά και τα άλλα ασθενώς όξινα ΜΣΑΦ και η άθροισής τους στα κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου, προκαλούν οξείες επιφανειακές διαβρώσεις μέσω του μηχανισμού της λόγω αναστολής της κυκλο-οξυγενάσης (COX), η οποία είναι υπεύθυνη για τη βιοσύνθεση των προσταγλανδινών (αποτελούν γαστροπροστατευτικό και βλενογοννοπροστατευτικό παράγοντα). Ακόμη τα ασθενώς όξινα ΜΣΑΦ. Επίσης διευκολύνουν την προσκόλληση των λευκοκυττάρων στα επιθηλιακά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου.
Τα εντεροδιαλυτά σκευάσματα των ΜΣΑΦ μπορεί να προφυλάξουν από τις επιφανειακές βλάβες του γαστρικού βλεννογόνου, αλλά δε μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης έλκους.
Η κύρια συστηματική δράση των ΜΣΑΦ, όσον αφορά την ανάπτυξη έλκους, είναι η αναστολή της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών του γαστρικού βλεννογόνου. Όλα τα ΜΣΑΦ έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την κυκλοοξυγενάση (COX). Θα πρέπει να τονισθεί ότι τα επαγόμενα από τα ΜΣΑΦ έλκη δε σχετίζονται με πόνο στην κοιλιακή χώρα και πράγματι τα ίδια τα ΜΣΑΦ συχνά καλύπτουν τον πόνο του έλκους. Η συχνότητα των επιπλοκών των πεπτικών ελκών που σχετίζονται με τα ΜΣΑΦ αυξάνεται στους ηλικιωμένους και ο κίνδυνος για επιπλοκές είναι μεγαλύτερος τον πρώτο μήνα της θεραπείας με ΜΣΑΦ. Ο

κίνδυνος βλάβης του γαστρικού βλεννογόνου υφίσταται ακόμη και με πολύ μικρές δόσεις των ΜΣΑΦ, ιδιαίτερα με την ασπιρίνη.
Περίπου το 20% των ασθενών που λαμβάνουν ΜΣΑΦ παρουσιάζουν συμπτώματα δυσπεψίας, όμως τα συμπτώματα αυτά δε σχετίζονται στενά με την παρουσία βλάβης του βλεννογόνου.
Τα έλκη και οι επιπλοκές τους συμβαίνουν σε περίπου 4% των χρηστών ΜΣΑΦ, σε ετήσια βάση.
Τα γλυκοκορτικοστεροειδή από μόνα τους δεν ευθύνονται σημαντικά για την ανάπτυξη πεπτικού έλκους, όμως αυξάνουν τον κίνδυνο ελκογένεσης όταν χορηγούνται ταυτόχρονα με τα ΜΣΑΦ, ιδιαίτερα σε καθημερινές δόσεις 10 mg πρεδνιζολόνης. Μικρές δόσεις ασπιρίνης επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας του έλκους και ταυτόχρονη χρήση ΜΣΑΦ αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο αυτό.
Δεν υπάρχουν ευρήματα ότι τα αντιπηκτικά αυξάνουν τον κίνδυνο των επαγόμενων από τα ΜΣΑΦ πεπτικών ελκών αλλά σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου για αιμορραγία. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν επίσης προσδιορισθεί ως ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Τα εντεροδιαλυτά σκευάσματα των ΜΣΑΦ δεν μειώνουν τον κίνδυνο ελκογένεσης.
Οι εκλεκτικοί αναστολείς της κυκλο-οξυγενάσης-2 (COX-2) ανήκουν στα νεότερα ΜΣΑΦ που δρουν ως αντιφλεγμονώδη με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η COX-1 διεγείρει τη βιοσύνθεση των ομοιοστατικών προσταγλανδινών, ενώ η COX-2 επάγεται κυρίως σε απόκριση της φλεγμονής. Τα παλαιότερα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ αναστέλλουν τόσο την COX-2 όσο και την COX-1. Τα νεότερα ΜΣΑΦ, οι εκλεκτικοί αναστολείς της COX-2, μειώνουν την παραγωγή των προστατευτικών του βλεννογόνου προσταγλανδινών στον ίδιο βαθμό με τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Θεωρητικά ο βαθμός της εκλεκτικότητας της COX σχετίζεται με το προφίλ ασφαλείας όσον αφορά τις βλάβες του γαστρικού βλεννογόνου. Συγκριτικές μελέτες των διαθέσιμων αναστολέων της COX-2 υποστηρίζουν ότι η ροφεκοξίμπη εμφανίζει μεγαλύτερη εκλεκτική δράση για την COX-2, σε σχέση με τη σελεκοξίμπη. Ο λόγος εκλεκτικότητας για τη ροφεκοξίμπη είναι 36, για τη σελεκοξίμπη 7, για τη δικλοφενάκη 3, για τη μελοξικάμη 2 και για την ινδομεθακίνη 0.4. Ο ρόλος της αναστολής της COX-1 και της COX-2, όσον αφορά τα συμπτώματα της δυσπεψίας είναι άγνωστος. Στην κλινική πράξη τα συμπτώματα δυσπεψίας μειώνουν την ανεκτικότητα του φαρμάκου αλλά δεν υπάρχει συσχέτιση με τη βλάβη του βλεννογόνου. Σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου για τοξικότητα που σχετίζονται με τους αναστολείς της COX-2 σε σχέση με τα μη εκλεκτικά ΜΣΑΦ έδειξαν ότι η σελεκοξίμπη, σε δόσεις μεγαλύτερες από αυτές που ενδείκνυνται κλινικά, σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα συμπτωματικών ελκών και των επιπλοκών τους, σε σύγκριση με την ιβουπροφαίνη και τη δικλοφενάκη, σε τυπικές δόσεις. Η μείωση της τοξικότητας στο ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς που δεν έπαιρναν ταυτόχρονα και ασπιρίνη. Μελέτες σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, κανείς από τους οποίους δεν

έπαιρνε ασπιρίνη, έδειξε ότι η ροφεκοξίμπη σε δόση μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη σχετιζόταν επίσης με μικρότερη συχνότητα. Το οξείδιο του αζώτου (NO) κατέχει αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες, όπως και οι προσταγλανδίνες, και πιστεύεται ότι προστατεύει το γαστρικό βλεννογόνου από βλάβες που προκαλούνται από τη δράση του γαστρικού υγρού.
Σε διάφορες κλινικές μελέτες έχει διερευνηθεί αν τα ΜΣΑΦ οξειδίου του αζώτου προλαμβάνουν το έλκος που προκαλούν τα ΜΣΑΦ, λόγω αναστολής της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών.
Το οξείδιο του αζώτου (NO) συζεύγνυται στο μόριο του ΜΣΑΦ διαμέσου ενός εστερικού δεσμού, με αποτέλεσμα την παρατεταμένη ελευθέρωσή του. Το ίδιο το οξείδιο του αζώτου (NO) κατέχει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες οι οποίες προστίθενται σε αυτές του ΜΣΑΦ.
Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των φαρμάκων αυτών απαιτούνται κλινικές μελέτες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιθανό να στερούνται κάποια από τα θεωρητικά μειονεκτήματα των αναστολέων της COX-2, όπως η αναστολή βιοσύνθεσης της προστακυκλίνης στα αγγεία.
Ο ρόλος του ελικοβακτηριδίου στην πρόκληση έλκους ή αιμορραγίας σε ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Σε μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό, έχει δειχθεί ότι η παρουσία του HP σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης αιμορραγίας από πεπτικό έλκος σε ασθενείς που λαμβάνουν ΜΣΑΦ.
Σε σχέση με την γαστροτοξικότητά τους τα ΜΣΑΦ ταξινομούνται ως εξής: *Σχετικά μικρός κίνδυνος:* Ιμπουπροφαίνη. *Ενδιάμεσος κίνδυνος:* Δικλοφενάκη, Ναπροξένη, Κετοπροφαίνη, Πιροξικάμη, Ινδομεθακίνη. *Μεγάλος κίνδυνος:* Αζαπροπαζόνη.
Οι COX-2i είναι ασφαλέστεροι από τους COX-1i στο ΓΕΣ, αν και αυτοί συνδέονται με σοβαρές και θανατηφόρες ΓΕ επιπλοκές. Ο κίνδυνος της γαστροτοξικότητας ενός ΜΣΑΦ μειώνεται όσο αυξάνεται η εκλεκτικότητά του για την COX-2.
Παράγοντες αυξημένου κινδύνου σοβαρών γαστρεντερικών επιπλοκών από ΜΣΑΦ αποτελούν:
• Ηλικία ασθενούς >65 ετών
• Ιστορικό γαστρο12δακτυλικού έλκους, γαστρεντερικής αιμορραγίας ή διάτρησης
• Συγχορήγηση φαρμάκων συνδεόμενων με αυξημένη συχνότητα ΑΕ από το ανώτερο ΓΕΣ (αντιπηκτικά, ασπιρίνη – ακόμα και σε μικρές δόσεις – και κορτικοειδή)
• Σοβαρά συνυπάρχοντα νοσήματα (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση)
• Μεγάλη διάρκεια θεραπείας με ΜΣΑΦ
• Θεραπεία με τις μέγιστες συνιστώμενες δόσεις ΜΣΑΦ
• Παρουσία ελικοβακτηριδίου πυλωρού - προσπάθεια εκρίζωσης.
• Κατάχρηση οινοπνεύματος
• Βαρείς καπνιστές.

Στα μέτρα πρόληψης τοξικότητας από ΜΣΑΦ περιλαμβάνονται:
1. αποφυγή υψηλών δόσεων ΜΣΑΦ,
2. έλεγχος ελικοβακτηριδίου και θεραπεία πριν από την έναρξη μακροχρόνιας χορήγησης ΜΣΑΦ σε όλους τους ασθενείς,
3. σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συνιστάται έλεγχος ελικοβακτηριδίου και θεραπεία αν έχουν ιστορικό δυσπεψίας, έλκους ή επιπλοκών ή ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ δεν συνιστάται έλεγχος ελικοβακτηριδίου σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν ΜΣΑΦ και ανήκουν σε ομάδα χαμηλού κινδύνου.
4. έλεγχος ελικοβακτηριδίου, θεραπεία εκρίζωσης και μακροχρόνια χορήγηση PPI σε ασθενείς που προσέρχονται με αιμορραγία από ΜΣΑΦ και που θα συνεχίσουν να λαμβάνουν ΜΣΑΦ. Το αποτέλεσμα της θεραπείας εκρίζωσης θα πρέπει να επιβεβαιώνεται.

ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ

Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σήμερα διαδεδομένη εργασιακή πρακτική. Όλο και περισσότεροι εργαζόμενοι απασχολούνται σε εργασίες όπου ο χώρος και η φύση της εργασίας απαιτεί παρουσία εργαζομένων σε χρονικά διαστήματα που υπερβαίνουν το σύνηθες πρωινό ωράριο, που περιλαμβάνουν νυκτερινή εργασία και εργασία σε ακαθόριστες χρονικά περιόδους.
Η εργασία σε βάρδιες συντελεί στη γαστρεντερική νοσηρότητα με μηχανισμούς που σχετίζονται με τη φυσιολογία του γαστρεντερικού συστήματος αλλά και έμμεσα αυξάνοντας την έκθεση του εργαζόμενου σε παράγοντες που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την πρόκληση νόσων όπως η γαστρίτιδα και το πεπτικό έλκος.
Η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος διέπεται από κιρκάδιους ρυθμούς, πιο συγκεκριμένα η γαστρική κινητικότητα, η εντερική κινητικότητα, η έκκριση χολής και η όρεξη έχουν κιρκάδιο χαρακτήρα.
Η γαστρίνη είναι ορμόνη που προκαλεί την διέγερση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος από τους ιδίως γαστρικούς αδένες στο στόμαχο, το πεψινογόνο ένζυμο που ελευθερώνεται από τα κύτταρα του στομάχου και μετατρέπεται σε πεψίνη παρουσία γαστρικού οξέως. Η πεψίνη μεταβολίζει τις πρωτεΐνες πεψίνη μπορεί να δράσει ως προαγωγός ελκογένεσης.
Πειραματικές μελέτες έδειξαν ότι η εργασία σε βάρδιες μπορεί να προκαλέσει μεταβολές στο σύστημα γαστρίνης / οξέως / πεψίνης, πιο συγκεκριμένα φάνηκε πως οι εργαζόμενοι βάρδιας παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα γαστρίνης και πεψινογόνου στο αίμα και συνεπώς αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων όπως το έλκος και η γαστρίτιδα.
Οι εργαζόμενοι οι οποίοι συνδυάζουν εργασία βάρδιας με ακανόνιστο κυλιόμενο χρονικά ωράριο το οποίο περιέχει και νυχτερινή εργασία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης πεπτικού έλκους. Αυτό έδειξε σχετική μελέτη που διενεργήθηκε σε εργαζομένους χυτηρίου. Οι εργαζόμενοι απασχολούνταν σε

εβδομαδιαίο κυλιόμενο πρόγραμμα βαρδιών που περιελάμβανε τα ωράρια: 07:45 - 16:45, 06:00 - 14:00, 14:00 - 22:00, 22:00 - 06:00. Τα δείγματα αίματος των εργαζομένων συγκρινόμενα με αυτά της ομάδας μαρτύρων έδειξαν στατιστικά σημαντικότερα υψηλές τιμές γαστρίνης και πεψινογόνου.
Πέρα από την αύξηση της έκκρισης γαστρίνης η εργασία σε βάρδιες φαίνεται πως επηρεάζει την ενεργότητα και το βαθμό αποίκισης του βλεννογόνου από το *Helicobacter pylori.*
Μελέτη σε εργαζομένους ήδη προσβεβλημένους με *Helicobacter pylori* έδειξε πως όσοι από αυτούς εργάζονται σε ακανόνιστες βάρδιες που περιλαμβάνουν νυχτερινή εργασία αναπτύσσουν συχνότερα πεπτικό έλκος και ιδίως έλκος δωδεκαδακτύλου.
Η μελέτη των *Segawa* et al μελέτησε εργαζομένους σε τράπεζες εργοστάσια και σχολεία σε βάθος τετραετίας. Η αρχική προσέγγιση περιελάμβανε έλεγχο με λήψη βαριούχου γεύματος και στη συνέχεια ακτινογραφικό έλεγχο.
Στις περιπτώσεις που τα αποτελέσματα των αρχικών αυτών εξετάσεων ήταν θετικά οι ασθενείς υποβάλλονταν σε γαστροσκόπηση. Οι υπεύθυνοι ιατροί οι συμμετέχοντες στη μελέτη σαφώς και δε γνώριζαν τις εργασιακές συνθήκες των συμμετεχόντων οι οποίες καταγράφονταν σε εκτενή προσωπικά ερωτηματολόγια επαγγελματικών συνθηκών. Η επίπτωση του γαστρικού έλκους μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες ήταν 2.38% ενώ σε εργαζομένους ημέρας ήταν αντίστοιχα 1.93%. Για το δωδεκαδακτυλικό έλκος η επικράτησή του στους εργαζόμενους βάρδιας και μη ήταν 1.52% και 0.62% αντίστοιχα.
Ο σχετικός κίνδυνος για πεπτικό έλκος μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες βρέθηκε 2.16 φορές μεγαλύτερος των εργαζομένων ημέρας. Παρά ταύτα δυο από τις αδυναμίες της ανωτέρω μελέτης ήταν η μη αναλυτική καταγραφή αναλυτική καταγραφή των προγραμμάτων βάρδιας(έκταση της νυκτερινής εργασίαςα0 αλλά και η μη σαφήνειά της σχετικά με την τυχόν ύπαρξη ηλικιακών διαφορών μεταξύ των δυο ομάδων εργαζομένων.
Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως οι εργαζόμενοι βάρδιας παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά έλκους και γαστρίτιδας. Η σύνδεσή τους και η ανάδειξη της έντασης της σχέσης με άμεσους μηχανισμούς πρόκλησης όπως η έκκριση γαστρίνης ή η αύξηση της δυναμικής προσβολής από *Helicobacter pylori* καθίσταται δύσκολη γιατί παρεμβαίνουν και άλλοι παράγοντες όπως το κάπνισμα, το στρες, η οικονομική κατάσταση, η ηλικία, η διατροφή.
Σε σχέση με τη διατροφή έχει παρατηρηθεί ότι οι εργαζόμενοι δε βάρδιες καταφεύγουν συχνότερα σε λύσεις πρόχειρου φαγητού, αυξημένη κατανάλωση άλατος και καρυκευμάτων που όπως έχει αναλυθεί στο σχετικό εδάφιο της παρούσης μελέτης συμβάλλουν στην πρόκληση πεπτικών ελκών και γαστρίτιδας.
Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την κατανάλωση και την ποιότητα και το είδος της τροφής και οδηγούν πιο κοντά στη λύση των πρόχειρων - γρήγορων γευμάτων, περιλαμβάνουν την αλλαγή της ρουτίνας ως προς τις γευματικές συνήθειες, το εάν τρώει κανείς με την οικογένεια και τους φίλους ή μόνος, την

ποιότητα της τροφής που προσφέρεται και τις εγκαταστάσεις της τραπεζαρίας. Επιπλέον, σπανίως δίνεται προτεραιότητα στο χρόνο του γεύματος, ο οποίος μπορεί να περιοριστεί και από το επίπεδο στελέχωσης και τα ωράρια της βάρδιας.

Η κατανάλωση καφέ και τσαγιού (παραγόντων πρόκλησης γαστρεντερικής νοσηρότητας) αυξάνονται σε εργαζομένους βαρδιών. Καθοριστικός παράγοντας φαίνεται πως είναι η ύπαρξη βαρδιών που εμπεριέχουν νυχτερινή εργασία καθώς φαίνεται πως η κατανάλωση καφέ και τσαγιού παρουσιάζονται στατιστικώς σημαντικά αυξημένες σε όσους απασχολούνται σε πρόγραμμα βαρδιών που περιέχει νυχτερινή εργασία ακόμη και σε σχέση που εργάζονται μεν σε βάρδιες αλλά δεν εκτίθενται στον παράγοντα νυχτερινή εργασία.

Για τον περιορισμό της πρόσληψης καφεΐνης από τους εργαζομένους βάρδιας συνίσταται οι εργαζόμενοι να στοχεύουν στην κατανάλωσή της στην αρχή της βάρδιας, ενώ ακολούθως, καθώς η βάρδια εξελίσσεται, να επιλέγουν μη καφεϊνούχα ποτά.

Επιπρόσθετα σε σχέση με τους διατροφικούς παράγοντες πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας μελέτες δείχνουν πως η έκθεση στον παράγοντα εργασία σε βάρδιες οδηγεί σε στατιστικώς σημαντική αύξηση της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ.

Σε σχέση με το κάπνισμα έχει παρατηρηθεί πως όσοι εργάζονται σε βάρδιες καπνίζουν περισσότερο από όσους απασχολούνται σε εργασίες σταθερού ωραρίου. Επιπρόσθετα σε σχέση με τους καπνιστές η διακοπή του καπνίσματος γίνεται δυσκολότερα και παρατηρείται λιγότερο συχνά σε όσους εργάζονται σε βάρδιες. Στον αντίποδα, ένας εργαζόμενος βάρδιας έχει παρατηρηθεί πως αρχίζει ευκολότερα το κάπνισμα συγκριτικά με έναν εργαζόμενο σταθερού ημερησίου ωραρίου).

Οι *Knutsson* και *Nilsson* πραγματοποίησαν μια μελέτη (cross-sectional) με σκοπό να μετρηθούν η επικράτηση της χρήσης καπνού και το παθητικό κάπνισμα σε διαφορετικά επαγγέλματα. Τα δεδομένα προέρχονταν από την απογραφή του 1990 στη Σουηδία και συμπεριλάμβαναν 2.584 άνδρες και 2.836 γυναίκες που επιλέχθηκαν τυχαία από 63 επαγγέλματα.

Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 42,5 έτη στις γυναίκες και 41,5 έτη στους άνδρες. Δεδομένα σχετικά με προσωπικές συνήθειες και την έκθεση στον καπνό του εργασιακού περιβάλλοντος προέκυψαν από χρήση ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο βαθμός έκθεσης σε κάπνισμα τόσο ενεργητικά όσο και παθητικά παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τον παράγοντα εργασία σε βάρδιες.

Ενας άλλος παράγοντας πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας σχετιζόμενος με την εργασία σε βάρδιες είναι το εργασιακό στρες. Η βάρδια εργασίας μπορεί να αποτελεί έναν δυναμικό ψυχοκοινωνικό παράγοντα άγχους. Το εργασιακό άγχος είναι, ωστόσο, πολύ δύσκολο να καθορισθεί, πόσο μάλλον να μετρηθεί. Πολλές δημοσιευμένες εκθέσεις όσον αφορά το ωράριο αναφέρουν το στρες ως πρόβλημα, αλλά δυστυχώς πολλές παρουσιάζουν έλλειψη επιστημονικής

εγκυρότητας. Η αυξανόμενη χρήση ειδικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων (general health questionnaire - GHQ, the standard shift work index - SSI) έχει βελτιώσει τη δυνατότητα των ερευνητών να χαρακτηρίζουν και να ποσοτικοποιούν τα αποτελέσματα της εργασίας με βάρδιες για την ψυχική υγεία, αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών με πιο χαρακτηριστική την κατάθλιψη. Οι σχετικές μελέτες πάντως παρουσιάζουν την αδυναμία να μη διασαφηνίζουν αν το στρες ή η ψυχική νόσος Η εργασία σε βάρδιες σε μελέτες έχει βρεθεί να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά άγχους προϋπήρχαν της έναρξης της έκθεσης στον παράγοντα κυλιόμενο ωράριο και κατά πόσον άνθρωποι με τέτοια ψυχοσύνθεση επιλέγουν περισσότερο να εργάζονται σε δουλειές βάρδιας. Επιπροσθέτως έχει παρατηρηθεί αύξηση τους στρες παράλληλα με την αύξηση των ετών εργασίας σε βάρδιες.

Έρευνα που έγινε μεταξύ αστυνομικών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο έδειξε αυξημένο βαθμό εργασιακού στρες, σε όσους αστυνομικούς εργάζονται συχνότερα στη βραδινή βάρδια, σε σχέση με όσους εργάζονται στην πρωινή ή την απογευματινή. Εδώ όμως δεν πρέπει να παραβλέπεται πως όσοι εργάζονται νύχτα κάνοντας τη δουλειά του αστυνομικού έρχονται σε επαφή με περισσότερο στρεσογόνα γεγονότα. Επιπροσθέτως, η εφαρμοσθείσα προσαρμογή των αποτελεσμάτων με βάση παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό στρες όπως το φύλο, η φυλή, η ηλικία και ο βαθμός δε φαίνεται να μειώνει τη σημασία της εργασίας σε νυχτερινή βάρδια σε σχέση με την πρόκληση εργασιακού στρες.

Ερευνα σε βέλγους εργαζομένους διαφόρων κλάδων εξέτασε τα επίπεδα άγχους των εργαζομένων σύμφωνα με εννέα ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου. Από τα ευρήματα της, η μελέτη υπογραμμίζει τον υψηλότερο κίνδυνο από την έκθεση στο στρες στην εργασία μεταξύ εργαζομένων που εργάζονται νύχτα και των εργαζομένων σε βάρδιες. Η αποφυγή των υπερωριών και ακανόνιστων ωραρίων εργασίας μπορεί να βοηθήσει στην ελαχιστοποίηση των επιπέδων στρες των εργαζομένων αυτών.

Μελέτη που διενεργήθηκε σε νοσηλεύτριες έθεσε το στόχο να εξετάσει την επίδραση της ώρας εργασίας με το εργασιακό στρες. Έτσι οι συμμετέχουσες ήταν νοσηλεύτριες που εργαζόταν αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο ημέρας, σε απογευματινό, σε νυκτερινό και σε εκ περιτροπής κυλιόμενο ωράριο.

Φάνηκε πως η απόδοση στην εργασία αλλά και το εργασιακό στρες σχετίζονται με το είδος της βάρδιας που εργάστηκαν. Η συνολική απόδοση εργασίας ήταν υψηλότερη για τις νοσοκόμες της πρωινής βάρδιας ημέρας, ακολουθούμενη από τη νύχτερινή, την απογευματινή, και τις εναλλασσόμενες βάρδιες. Σε σχέση με το εργασιακό στρες, υψηλότερα επίπεδα στρες εμφάνισαν οι νοσηλεύτριες που ακολουθούσαν περιστρεφόμενο ωράριο και προοδευτικά λιγότερο όσες εργαζόταν κατά σειρά στην απογευματινή βάρδια, στην πρωινή και τη νυκτερινή.

Από όσα αναφέρθηκαν εξάγεται το συμπέρασμα πως η εργασία σε βάρδιες αποτελεί εργασιακό παράγοντα πρόκλησης νοσημάτων όπως το πεπτικό έλκος και η γαστρίτιδα μέσω περισσότερο άμεσων μηχανισμών όπως η αύξηση της

έκκρισης γαστρίνης και ο βαθμός προσβολής από Helicobacter pylori αλλά και μέσω πρόκλησης αυξημένης έκθεσης σε παράγοντες όπως το εργασιακό στρες, η κακή διατροφή, το κάπνισμα και το αλκοόλ που με τη σειρά τους αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες ελκογένεσης.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΛΚΟΣ

Το κάπνισμα αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας. Η εργασία αποτελεί επιδημιολογική παράμετρο που μπορεί να μεταβάλλει την έκθεση του ατόμου στο κάπνισμα. Ενδεικτικά σε σχέση με το ρόλο της εργασίας αναφέρθηκε ήδη πως η εργασία σε βάρδιες οδηγεί σε αύξηση του καπνίσματος.
Η μελέτη των *Caplan* et al. Μελέτησε την καπνιστική συμπεριφορά ανδρών εργαζομένων σε σχέση με το εργασιακό στρες. Οι εργαζόμενοι ήταν μηχανικοί, διευθυντικά στελέχη και εργαζόμενοι επιστήμονες. Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένο βαθμό καπνίσματος μεταξύ όσων η εργασία χαρακτηριζόταν από υψηλό βαθμό στρες, αυξημένη ευθύνη, χαμηλή υποστήριξη στο περιβάλλον εργασίας και χαμηλή κοινωνική αναγνώριση της εργασίας τους.
Η μελέτη των *Westman* et al διερεύνησε τη σχέση μεταξύ εργασίας και καπνίσματος. Σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος η έλλειψη υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον, ο εθισμός στην εργασία, η έλλειψη λήψης αποφάσεων και ο αυξημένος φόρτος εργασίας σχετίζονται με αυξημένη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος. Σε σχέση με το πόσο καπνίζει και την ύπαρξη υποστηρικτικών δομών, η μελέτη έδειξε πως όσοι εργάζονται πάνω από 8 ώρες ημερησίως και το περιβάλλον εργασίας τους δε διαθέτει υποστηρικτικές δομές καπνίζουν κατά μέσο όρο 17 τσιγάρα την ημέρα σε σχέση με τα 22 όσων εργάζονται λιγότερες από 8 ώρες την ημέρα και νοιώθουν ότι υπάρχουν υποστηρικτικές δομές στην εργασία τους.
Ο *Hassani* et al σε μελέτη εργαζομένων στη βιομηχανία έδειξαν ότι το κάπνισμα συνδέθηκε με την εργασία για περισσότερο από 44 ώρες/εβδομάδα, η οποία αποδίδεται στο συσχετισμό της πίεσης και της έντασης λόγω των πολλών ωρών απασχόλησης με το κάπνισμα τσιγάρων. Οι *Radi* et al και οι *Eriksen* et al κατέδειξαν ότι οι πολλές ώρες απασχόλησης συσχετίστηκαν σημαντικά με το κάπνισμα.
Η σχέση του επαγγελματικού στρες με το κάπνισμα αποτέλεσε αντικείμενο μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης σε φινλανδούς εργαζομένους. Συμμετείχαν 37.309 γυναίκες και 8.881 άνδρες εργαζόμενοι. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως η αυξημένη πίεση που ασκείται κατά την εργασία οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά καπνίσματος.
Οι εργαζόμενοι με την υψηλή δυσαναλογία προσπάθειας - ανταμοιβής ή οι εργαζόμενοι με τις χαμηλότερες ανταμοιβές ήταν πιθανότερο να είναι καπνιστές. Μεταξύ των καπνιστών, μια αυξανόμενη πιθανότητα της υψηλότερης έντασης του καπνίσματος συνδέθηκε με την υψηλότερη πίεση εργασίας και την υψηλότερη

δυσαναλογία προσπάθειας - ανταμοιβής. Επιπρόσθετα ο χαμηλός έλεγχος και αυτενέργεια κατά την εκτέλεση της εργασίας καταγράφηκαν ως παράγοντες που ευθύνονται για υψηλή ένταση καπνίσματος.

Το κάπνισμα οδηγεί στην πρόκληση γαστρικού έλκους και γαστρίτιδας. Το κάπνισμα οδηγεί σε αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέως. Αυτή η αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέος διαμεσολαβείται μέσω της διέγερσης των Η2-υποδοχέων από ισταμίνη που απελευθερώνεται μετά την αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων και λόγω της αύξησης του λειτουργικού όγκου τοιχωματικού κυττάρου ή της εκκριτικής του ικανότητας. Το κάπνισμα και η νικοτίνη διεγείρουν την έκκριση πεψινογόνου.

Ακόμη το κάπνισμςα αυξάνει τον κίνδυνο για επιβλαβείς επιπτώσεις του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, αυξάνει την παραγωγή ελευθέρων ριζών, την έκκριση της ενδοθηλίνης από το γαστρικό βλεννογόνο και την παραγωγή του παράγοντα ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης τους μηχανισμούς προστασίας του βλεννογόνου. Ειδικότερα μειώνει τη ροή αίματος στο βλεννογόνο και αναστέλλει γαστρική έκκριση βλέννας, τη γαστρική παραγωγή προσταγλανδίνης, μειώνει την έκκριση του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα έκκρισης από τους σιελογόνους, στο δωδεκαδάκτυλο μειώνει την έκκριση διττανθρακών από το βλεννογόνου, και την παγκρεατική έκκριση διττανθρακικών. Αυτές οι δυσμενείς υποδεικνύουν ότι το κάπνισμα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση του πεπτικού έλκους.

Επιδημιολογική μετα-ανάλυση, προερχόμενη από τις Η.Π.Α., έδειξε πως το κάπνισμα συμπεριλαμβάνεται στις κυριότερες αιτίες ελκογένεσης, μαζί με τη χρήση ΜΣΑΦ και τη λοίμωξη από *Helicobacter pylori.*

Μελέτη έδειξε πως ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης έλκους για τον παράγοντα κάπνισμα είναι 23%. (Δηλαδή το 23% όσων εκτίθενται στον παράγοντα κάπνισμα θα αναπτύξουν πεπτικό έλκος).

Σε σχέση με το παθητικό κάπνισμα στο οποίο είναι πιθανό να εκτεθεί κάποιος μη καπνιστής κατά τη διάρκεια της εργασίας του έχει αναφερθεί πως αποτελεί παράγοντα που ενισχύει την βλαπτική δράση της αιθυλικής αλκοόλης επί του γαστρικού βλεννογόνου.

Ο *Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγιεινή και την Ασφάλεια στην Εργασία* θεωρεί πως ο καλύτερος τρόπος που έχουν οι εργοδότες για να υποστηρίξουν και να προστατεύουν τους εργαζόμενούς τους είναι να εφαρμόσουν μια πολιτική ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος, που περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος στις εγκαταστάσεις των εταιριών. Ο *Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγιεινή και την Ασφάλεια στην Εργασία* θέτει ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση του καπνίσματος και προτείνει μια στρατηγική δύο βημάτων:

Πρώτο βήμα: ενθάρρυνση και υποστήριξη των καπνιστών να κόψουν το κάπνισμα:

• Πρέπει να επισημανθούν οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και να δοθούν κίνητρα στους καπνιστές να σταματήσουν τονίζοντας τα πλεονεκτήματα μιας ζωής χωρίς κάπνισμα.

• Μια σειρά προγραμμάτων για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν τη δυνατότητα χρηματοδότησης από ασφαλιστικές εταιρίες. Μπορεί να ζητηθεί από τους καπνιστές να συμβάλλουν με ένα μικρό ποσό στο κόστος συμμετοχής, ώστε να αισθανθούν δέσμευση απέναντι στα μαθήματα που προσφέρονται. Μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα αν επιτραπεί στους εργαζόμενους να λάβουν μέρος στα μαθήματα αυτά κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας, ώστε να αυξηθούν τα κίνητρά τους.

Δεύτερο βήμα: εφαρμογή ολικής απαγόρευσης καπνίσματος.

Όταν ακολουθούνται οι συστάσεις, η συμμόρφωση με την απαγόρευση καπνίσματος είναι συνήθως υψηλή και όλοι οι καπνιστές και οι μη καπνιστές ακολουθούν την ίδια πολιτική.

Επιπρόσθετα ο οργανισμός θεωρεί πως υπάρχου ορισμένες βασικές αρχές που συμβάλλουν στην ομαλή εφαρμογή μιας παρόμοιας πολιτικής και διασφαλίζουν την επιτυχία της:

• Πρέπει να επισημαίνονται οι τις επιπτώσεις που προκαλούνται στην υγεία από την έκθεση στο ETS, καθώς και το ατομικό δικαίωμα για εργασία σε ένα περιβάλλον χωρίς καπνό.

• Δημιουργία μιας επιτροπής για την εποπτεία των μέτρων και της ομαλής λειτουργίας τους. (Με τη συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία εφαρμογής και την υποστήριξη των αντιπροσώπων τους, καθώς και με την πλήρη δέσμευση των ανώτατων στελεχών της επιχείρησης, μέσω της συμμετοχής τουςστην επιτροπή).

• Σύνταξη και διανομή εγγράφως της πολιτικής που θα επιβεβαιώνει τους νέους κανόνες. (Θα πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς υποδείξεις σχετικά με τους στόχους της πολιτικής).

• Σχεδιασμός ενός χρονοδιαγράμματος που θα περιγράφει τα διαφορετικά βήματα που πρέπει να γίνουν, τις συνέπειες για όσους δεν συμμορφώνονται, καθώς και τους αρμόδιους επικοινωνίας για ζητήματα που αφορούν την πολιτική.

• Προσφορά δωρεάν προγραμμάτων απαλλαγής από το κάπνισμα και επαναλαμβανόμενες δυνατότητες διαβούλευσης για να ενθαρρύνονται οι επιτυχημένες προσπάθειες διακοπής.

• Προσφορά δυνατότητας εκπαίδευσης και πρόσθετες πληροφορίες για διευθυντές, επιτηρητές και εκπροσώπους εργαζομένων.

• Δεν πρέπει να γίνονται ανεκτές εξαιρέσεις εντός των εγκαταστάσεων της εταιρίας, με την έναρξη της απαγόρευσης.

• Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πιθανές αρνητικές συνέπειες της απαγόρευσης καπνίσματος, π.χ. ο αυξημένος κίνδυνος πυρκαγιάς λόγω κρυφού καπνίσματος.

• Απαιτείται μακροχρόνιος σχεδιασμός και πληροφόρηση σχετικά με την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος που θα επιτρέψει σε όλους τους εργαζόμενους να προετοιμαστούν για τις νέες συνθήκες. Η προετοιμασία θα πρέπει να προγραμματιστεί αρκετούς μήνες πριν.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΣ ΘΟΡΥΒΟΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΛΚΟΣ

Η παρουσία θορύβου στο εργασιακό περιβάλλον αποτελεί πραγματικότητα για πλήθος εργαζομένων. Ως εργασιακός. θόρυβος ορίζεται ως ο δυσάρεστος ανεπιθύμητος ήχος στο περιβάλλον εργασίας. Η μέση τιμή θορύβου στο περιβάλλον εργασίας δεν πρέπει να υπερβαίνει και την οκτάωρη - πενθήμερη έκθεση την τιμή των 80dB. Η κατώτερη στιγμιαία τιμή θορύβου η οποία υποχρεώνει την ανάληψη δράσης από την πλευρά της εργοδοσίας είναι τα 135dB. Ο θόρυβος έχει καταγραφεί ως γενεσιουργός αιτία γαστρεντερικών διαταραχών. Σε μελέτες πειραματόζωων φάνηκε πως υψηλά επίπεδα θορύβου σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα πρόκλησης γαστρικού έλκους. Αρουραίοι οι οποίοι εκτέθηκαν σε καθημερινό δεκάωρο υψηλής έντασης θόρυβο παρουσίασαν αυξημένη πρόκληση γαστρικού έλκους.

Παρατηρήθηκαν έλκη με κύρια χαρακτηριστικά τη λύση της συνέχειας του πεπτικού βλεννογόνου αλλά και την καταστροφή των γαστρικών αδένων. Η έκθεση σε θόρυβο φαίνεται πως επηρεάζει την έκκριση γαστρίνης, ενδοθηλίνης και νιτρικού οξειδίου. Οι μεταβολές αυτές εξηγούν το γιατί ο θόρυβος αποτελεί γενεσιουργό αιτία έλκους και γαστρίτιδας.

Τα επίπεδα γαστρίνης και ενδοθηλίνης στις ομάδες των πειραματόζωων που εκτέθηκαν σε θόρυβο παρουσίασαν αύξηση, ενώ μειώθηκε η τιμή του νιτρικού οξιδίου. Η γαστρίνη αυξάνει την έκκριση οξέος από τα καλυπτήρια κύτταρα του στομάχου. Διεγείρει, επίσης, την έκκριση πεψίνης και προάγει την κινητικότητα του στομάχου. Τέλος, αποτελεί ερέθισμα για την αύξηση του γαστρικού βλεννογόνου. Η έκθεση σε θόρυβο οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή ενδοθηλίνης η οποία έχει έντονη αγγειοσυσπαστική δράση στα αγγεία του βλεννογόνου του στομάχου και στα υποβλεννογόνια τριχοειδή με αποτέλεσμα τη μειωμένη βλεννογόνια αιματική ροή. Η έκθεση σε θόρυβο προκαλεί μείωση των επιπέδων του νιτρικού οξειδίου (ΝΟ). Σε αντίθεση με την ενδοθηλίνη το νιτρικό οξείδιο έχει αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες, αυξάνει την αιματική ροή στο γαστρικό βλεννογόνο γεγονός που αποτελεί γαστροπροστατευτικό παράγοντα.

Ο θόρυβος εξάλλου αποτελεί παράγοντα πρόκλησης γαστρεντερικής νοσηρότητας και μέσου του επαγόμενου από το θόρυβο στρες που όπως αναλύθηκε στο σχετικό εδάφιο αποτελεί παράγοντα ελκογένεσης.

Έχει παρατηρηθεί πως η συνεχής έκθεση σε θόρυβο οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα των ορμονών του στρες αδρεναλίνης νοραδρεναλίνης και κορτιζόλης.

Άλλοι μηχανισμοί μέσω των οποίων ο θόρυβος επάγει το stress είναι η πρόκληση αισθήματος υποκειμενικής δυσφορίας καθώς και η παρεμπόδιση της λεκτικής επικοινωνίας στους χώρους εργασίας.

Το πώς επηρεάζει ο θόρυβος τα επίπεδα άγχους των εργαζομένων εξαρτάται από έναν περίπλοκο συνδυασμό παραγόντων, μεταξύ των οποίων:

- η φύση του θορύβου, συμπεριλαμβανομένης της έντασης, της συχνότητας και της προβλεψιμότητάς του,

- η πολυπλοκότητα της εργασίας που εκτελεί ο εργαζόμενος, για παράδειγμα οι ομιλίες άλλων μπορεί να αποτελούν παράγοντα άγχους όταν κάποιος εκτελεί εργασία που απαιτεί αυτοσυγκέντρωση,
- το επάγγελμα του εργαζομένου (π.χ. στους μουσικούς μπορεί να προκληθεί εργασιακό άγχος ως αποτέλεσμα της ανησυχίας για τον κίνδυνο απώλειας της ακοής τους),
- ο ίδιος ο εργαζόμενος. Επίπεδα θορύβου που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συμβάλλουν στην πρόκληση άγχους, ιδίως όταν ο εργαζόμενος είναι κουρασμένος, άλλες φορές μπορεί να είναι ακίνδυνα.

ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΟΡΥΒΟΥ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Για τη μείωση του θορύβου στους χώρους εργασίας ο *Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγιεινή και την Ασφάλεια Εργασίας* προτείνει τα ακόλουθα μέτρα:

Έλεγχος του θορύβου στην πηγή του

Στα προγράμματα διαχείρισης του θορύβου πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη μείωση του θορύβου, στην πηγή ή στη διαδρομή του, λαμβάνοντας υπόψη το σχεδιασμό και τη συντήρηση τόσο του εξοπλισμού όσο και του χώρου εργασίας. Αυτό επιτυγχάνεται με μια σειρά μηχανολογικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων των εξής:
- απομόνωση της πηγής μέσω του εντοπισμού, της κάλυψης ή της απόσβεσης των κραδασμών, με τη χρήση μεταλλικών ελατηρίων ή ελατηρίων αέρος ή ελαστομερών υποστηριγμάτων,
- μείωση στην πηγή ή στη διαδρομή – μέσω της χρήσης περιφράξεων και πετασμάτων, σιγαστήρων στις εξατμίσεις (σιλανσιέ), ή μέσω της μείωσης της ταχύτητας κοπής, περιστροφής ή κρούσης,
- αντικατάσταση ή μετατροπή μηχανών συμπεριλαμβανομένης της χρήσης μηχανισμών μετάδοσης κίνησης με ιμάντα αντί των πιο θορυβωδών οδοντοκινήσεων ή ηλεκτρικών εργαλείων αντί εργαλείων πεπιεσμένου αέρα,
- τοποθέτηση υλικών που προκαλούν λιγότερο θόρυβο – όπως λαστιχένιες επενδύσεις σε συνδέσεις, διατάξεις μεταφοράς και συσκευές δόνησης,
- ενεργός μείωση του θορύβου («αντιθορυβικό σύστημα»), σε ορισμένες περιπτώσεις διενέργεια προληπτικής συντήρησης: λόγω φθοράς διαφόρων εξαρτημάτων, ενδέχεται να μεταβληθούν τα επίπεδα θορύβου.

Συλλογικά μέτρα ελέγχου

Σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατός ο επαρκής έλεγχος του θορύβου στην πηγή του, πρέπει να λαμβάνονται περαιτέρω μέτρα για τη μείωση της έκθεσης των εργαζομένων στο θόρυβο.

Στα μέτρα αυτά συμπεριλαμβάνονται οι ακόλουθες αλλαγές:
- στο χώρο εργασίας – η ηχοαπορρόφηση σε μία αίθουσα (π.χ. μία ηχοαπορροφητική οροφή) μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη μείωση της έκθεσης των εργαζομένων στο θόρυβο.
- στην οργάνωση της εργασίας (π.χ. μέσω της χρήσης μεθόδων εργασίας που απαιτούν μικρότερη έκθεση στο θόρυβο) και στον εξοπλισμό εργασίας – ο τρόπος εγκατάστασης του εξοπλισμού και η θέση στην οποία τοποθετείται μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκθεση των εργαζομένων στο θόρυβο.
- Πρέπει να εξετάζεται κάθε μέτρο ελέγχου του θορύβου από εργονομική άποψη. Εάν τα μέτρα ελέγχου του θορύβου δυσκολεύουν τους εργαζομένους στην εκτέλεση των εργασιών τους, υφίσταται το ενδεχόμενο να τροποποιηθούν ή να καταργηθούν στην πράξη και επομένως να καταστούν αναποτελεσματικά.

Μέσα ατομικής προστασίας

Τα μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), όπως τα ωτοβύσματα και οι ωτοασπίδες, πρέπει να χρησιμοποιούνται ως ύστατη λύση αφού έχει καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για την εξουδετέρωση ή τη μείωση του θορύβου. Σε περίπτωση που χρησιμοποιούνται ΜΑΠ:
- πρέπει να διασφαλίζεται ότι τα ΜΑΠ που επιλέχθηκαν είναι τα κατάλληλα για το είδος και τη διάρκεια του θορύβου, πρέπει επίσης να είναι συμβατά με τον υπόλοιπο προστατευτικό εξοπλισμό,
- οι εργαζόμενοι πρέπει να διαθέτουν τη δυνατότητα επιλογής των κατάλληλων μέσων προστασίας της ακοής, ούτως ώστε να καταλήγουν στην πιο άνετη λύση,
- πολλοί εργαζόμενοι, όπως οδηγοί, αστυνομικοί, πιλότοι και χειριστές κάμερας χρειάζονται ωτοασπίδες ή ακουστικά επικοινωνίας, συχνά με ενεργό σύστημα εξουδετέρωσης θορύβου, ώστε να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη επικοινωνία και να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος ατυχημάτων,
- τα ΜΑΠ πρέπει να φυλάσσονται και να συντηρούνται κατάλληλα και πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση στους εργαζόμενους σχετικά με τους λόγους για τους οποίους είναι αναγκαία τα ΜΑΠ, καθώς και για τη χρήση, τη φύλαξη και τη συντήρησή τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο σκοπός της διπλωματικής εργασίας ήταν η καταγραφή και η στατιστική ανάλυση της έκθεσης σε παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου για έλκος και γαστρίτιδα σε ασθενείς πάσχοντες από γαστρίτιδα και πεπτικό έλκος. Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς πάσχοντες από έλκος κα γαστρίτιδα.
Η διάγνωση τέθηκε μετά από γαστροσκόπηση με ταυτόχρονη λήψη υλικού βιοψίας. Οι ασθενείς στη συνέχεια κλήθηκαν εθελοντικά να απαντήσουν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο μελέτης του επαγγελματικού τους ιστορικού και

καταγραφής της ύπαρξης και του βαθμού έκθεσης σε βιβλιογραφικά τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας.
Κάθε συμμετέχων στη μελέτη ενημερωνόταν σχετικά με τα κάτωθι:
- Η συμμετοχή του σε αυτήν την μελέτη είναι εντελώς εθελοντική. Η θεραπευτική του αγωγή και η σχέση του με τον γιατρό του δεν θα επηρεαστεί σε περίπτωση που αποφασίσει να μην πάρει μέρος σε αυτήν την μελέτη.
- Αν αποφάσιζε να πάρει μέρος θα χρειασθεί να υπογράψει το έγγραφο ενημερωμένης και συγκατάθεσης για να βεβαιώσει ότι ο σκοπός, η διάρκεια και οι προβλεπόμενες συνέπειες της μελέτης έχουν εξηγηθεί και ότι έχει δώσει την συγκατάθεσή του να συμμετάσχει.
- Παρέχοντας την άδειά του, δίνει την άδεια να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένες πληροφορίες από το ιατρικό του ιστορικό με ανώνυμο και εμπιστευτικό τρόπο και να αναλυθούν για ερευνητικούς σκοπούς.
- Αν συμφωνήσει να λάβει μέρος στη μελέτη αυτά που θα του ζητηθούν να κάνει είναι: να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια που θα δοθούν, τα οποία κατόπιν θα συσχετισθούν με δεδομένα από το ιατρικό του γαστρεντερολογικό ιστορικό.
- Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή δεν αλλάζει σε τίποτα την θεραπευτική αγωγή, η οποία θα ακολουθηθεί.
- Η συμμετοχή στην παρούσα μελέτη δεν θα έχει κανένα αντίκτυπο στις αποφάσεις ως προς την θεραπευτική αγωγή, που έχουν ληφθεί από τον υπεύθυνο θεράποντα ιατρό.
Το ερωτηματολόγιο της μελέτης περιελάμβανε τις ακόλουθες τρεις ευρείες ομάδες ερωτημάτων:
Α. *Δημογραφικά.* (Πληροφορίες σε σχέση με το φύλο, τη φυλή, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή σε αστικό ή ημιαστικό περιβάλλον).
Β. *Ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη αιτιολογικών παραγόντων και το βαθμό έκθεσής του σε αυτούς.*
Κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρήθηκαν:
- Το επαγγελματικό στρες και οι συνθήκες και πρακτικές εργασίας οι οποίες ευθύνονται για την πρόκλησή του.
- Διατροφικοί παράγοντες και η τροποποίηση του διατροφικού προτύπου λόγω της εργασίας κατά τρόπον ώστε αυτό να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας. (Πρόσληψη τροφής πλούσιας σε άλας, συχνή κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, λήψη οινοπνεύματος, καφέ, τσαγιού).
- Η διερεύνηση της παραμέτρου εργασίας σε βάρδιες και ο τρόπος που επιδρά στην πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας αλλά και το ποιά η αντανάκλασή του στην τροποποίηση των λοιπών παραγόντων κινδύνου.
- Η συσχέτιση της κατανάλωσης ΜΣΑΦ (σκευασμάτων με αιτιολογική σχέση όσον αφορά την πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας) με τις συνθήκες πνευματικής και σωματικής καταπόνησης στο χώρο εργασίας.
Γ. *Πληροφορίες σχετικά με την οξύτητα της κλινικής κατάστασης, καθώς και πληροφορίες σχετικές με το γενικό ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων.*

Η αδρή ταξινόμηση των συμμετεχόντων σε επαγγελματικές ομάδες έγινε με βάση το πρότυπο ΣΤΕΠ-92 με βάση τις κάτωθι ομάδες επαγγελμάτων:

Μεγάλη Ομάδα 1: Μέλη των βουλευόμενων σωμάτων ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Περιλαμβάνονται τα πρόσωπα τα οποία νομοθετούν και καθορίζουν την κυβερνητική πολιτική και είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή της σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, π.χ. υπουργοί, βουλευτές, γενικοί γραμματείς, δήμαρχοι κλπ. Περιλαμβάνονται, επίσης, τα διευθυντικά στελέχη δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών, επιχειρήσεων και οργανισμών, με διάκριση σε διευθυντικά στελέχη μεγάλων επιχειρήσεων και οργανισμών με 10 και άνω απασχολουμένους και σε διευθυντές μικρών επιχειρήσεων με απασχόληση μέχρι 9 πρόσωπα. Οι εργαζόμενοι επιχειρηματίες, οι οποίοι απασχολούν προσωπικό, αλλά θεωρούν τα διαχειριστικά καθήκοντά τους ως δευτερεύουσα δραστηριότητα, ταξινομούνται σύμφωνα με το κύριο επάγγελμά τους (π.χ. γεωργοί, αρτοποιοί, επιπλοποιοί), εκτός από τους εμπόρους οι οποίοι, άσχετα με το αν απασχολούν προσωπικό ή όχι, ταξινομούνται στη μεγάλη ομάδα1.

Μεγάλη Ομάδα 2: Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται κατά κανόνα ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης, γνώσεων και εμπειρίας στους τομείς των επιστημών, της διδασκαλίας και της καλλιτεχνικής δημιουργίας, π.χ. φυσικοί, μηχανικοί, ιατροί, νομικοί, καθηγητές, καλλιτέχνες κλπ.

Μεγάλη Ομάδα 3: Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτούνται τεχνικές γνώσεις και εμπειρία σε όλους τους τομείς των επιστημών. Κατά κανόνα είναι απόφοιτοι *Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων* (Τ.Ε.Ι.) ή άλλων ειδικών δημόσιων ή ιδιωτικών σχολών και εργάζονται συνήθως υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη προσώπων, τα επαγγέλματα των οποίων ταξινομούνται στις μεγάλες ομάδες 1 και 2.

Μεγάλη Ομάδα 4: Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται γνώση, εξειδίκευση και εμπειρία για την εκτέλεση διαφόρων εργασιών όπως : γραμματειακή υποστήριξη, εγγραφή υπολογισμός και εισαγωγή αριθμητικών δεδομένων, καθήκοντα εξυπηρέτησης πελατών, ταχυδρομικές και ταμειακές υπηρεσίες κ.λ.π.

Μεγάλη Ομάδα 5: Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται γνώση, εξειδίκευση και εμπειρία για την παροχή υπηρεσιών σε νοικοκυριά και σε πρόσωπα ή απασχολούνται με την τροφοδοσία, την προστασία προσώπων και περιουσίας, καθώς και με την πώληση αγαθών σε καταστήματα ή υπαίθριες αγορές.

Μεγάλη Ομάδα 6: Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται γνώση,

εξειδίκευση και εμπειρία για την καλλιέργεια της γης, την εκτροφή ζώων, την αλιεία ανοικτής θαλάσσης και την ιχθυοκαλλιέργεια, τη δασοκομία και τη θήρα.
Μεγάλη Ομάδα 7: Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται γνώση, εξειδίκευση και εμπειρία, όπως για την εξόρυξη ορυκτών, την κατασκευή κτιρίων και άλλων δομικών έργων, την παραγωγή ή κατασκευή διαφόρων προϊόντων, καθώς και προϊόντων χειροτεχνίας, πράγμα το οποίο προϋποθέτει πλήρη γνώση της παραγωγικής διαδικασίας, των εργαλείων που χρησιμοποιούνται, των πρώτων υλών και του προορισμού των τελικών προϊόντων. Οι ανωτέρω εργασίες εκτελούνται με το χέρι ή με τη χρήση χειροκίνητων ή άλλων απλών εργαλείων και μηχανών.
Μεγάλη Ομάδα 8: Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μονταδόροι). Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται γνώση, εμπειρία και εξειδίκευση για τη ρύθμιση και το χειρισμό σταθερών εγκαταστάσεων και συχνά υψηλού αυτοματισμού μηχανημάτων εξόρυξης, επεξεργασίας και παραγωγής ή συναρμολόγησης προϊόντων. Περιλαμβάνονται, επίσης, οι οδηγοί μεταφορικών μέσων, καθώς και οι χειριστές γεωργικών, χωματουργικών και άλλων κινητών μηχανημάτων.
Μεγάλη Ομάδα 9: Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες. Περιλαμβάνονται όσοι ασκούν επαγγέλματα, για τα οποία απαιτείται ικανότητα για την άσκηση απλών και συνηθισμένων εργασιών, για τις οποίες χρειάζεται κυρίως σωματική προσπάθεια και περιορισμένη ειδίκευση και πρωτοβουλία, π.χ. φύλαξη ή καθάρισμα κτιρίων και κατοικιών, πώληση προϊόντων στο δρόμο, απλές χειρωνακτικές εργασίες στη γεωργία, στις κατασκευές, σε εργοστάσια, σε εμπορικά καταστήματα κλπ.
Μεγάλη Ομάδα 0: Ένοπλες δυνάμεις. Περιλαμβάνονται οι μόνιμοι στρατιωτικοί, οι υπηρετούντες κανονική θητεία, καθώς και όσοι ασκούν πολιτικά επαγγέλματα, αλλά ανήκουν στις ένοπλες δυνάμεις, π.χ. ιατροί, μηχανικοί, νοσηλευτικό προσωπικό, μάγειροι κλπ.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Η ανάλυση ακολούθησε την κάτωθι στρατηγική:
- Καταγραφή και περιγραφική παρουσίαση των δημογραφικών δεδομένων του δείγματος.
- Καταγραφή της παρουσίας των παραγόντων κινδύνου και της έντασης έκθεσης σε καθέναν από αυτούς των συμμετεχόντων πασχόντων από γαστρικό έλκος και γαστρίτιδα.
Μελέτη και στατιστική ανάλυση του καθενός παράγοντα κινδύνου και έλεγχος της συσχέτισής του με άλλους παράγοντες κινδύνου, αλλά και παραμέτρους της

εργασίας, οι οποίες δυνητικά τους επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά, π.χ. η συσχέτιση ωρών εργασίας με εργασιακό στρες, συσχέτιση καθιστικής εργασίας με λήψη ΜΣΑΦ, συσχέτιση καπνίσματος με εργασία σε βάρδιες, συσχέτιση εργασίας σε βάρδιες με διατροφή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

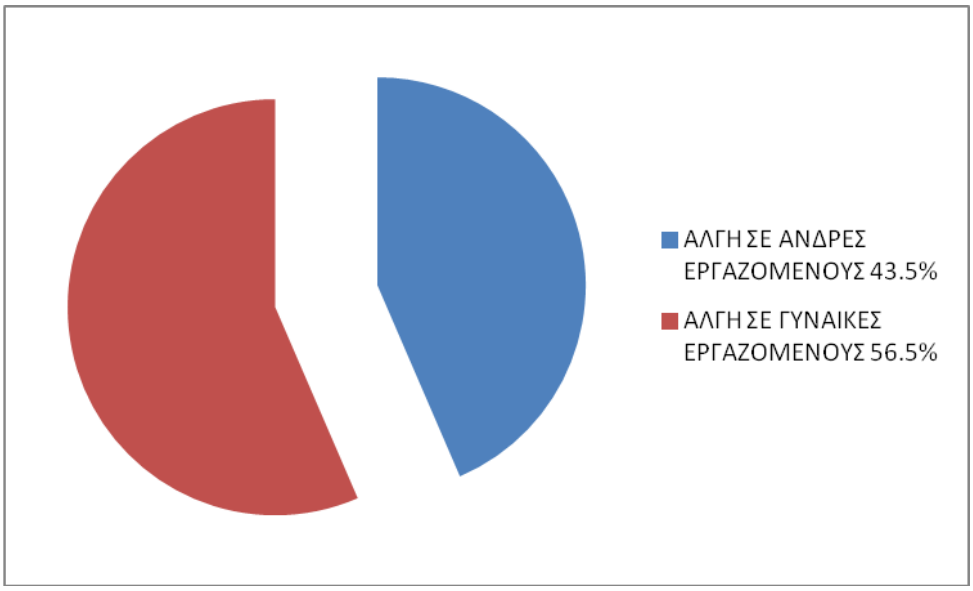
Στη μελέτη συμμετείχαν 178 ασθενείς με έλκος και γαστρίτιδα. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 49.44 έτη. Το 52.8% (94) των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, ενώ το 47.2% (84) ήταν γυναίκες. Από τους συμμετέχοντες ασθενείς το 59.6% (106) έπασχε από πεπτικό έλκος, ενώ το 40,4% (72) από γαστρίτιδα.
Σε σχέση με το επάγγελμα των συμμετεχόντων τα ποσοστά τους ανά επαγγελματική ομάδα φαίνονται στον Πίνακα 1, που ακολουθεί.

Ένοπλες δυνάμεις	10.1%
Μέλη βουλευομένων σωμάτων, ανώτερα στελέχη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα	0.0%
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	13.5%
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	10.1%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα.	7.9%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	10.1%
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	19.1%
Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα	3.4%
Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, εξοπλισμού, συναρμολογητές	10.1%
Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες	16.9%

Πίνακας 1. Εκατοστιαία αναλογία επαγγελματικής ταξινόμησης ασθενών με έλκος και γαστρίτιδα του υπό μελέτη δείγματος.

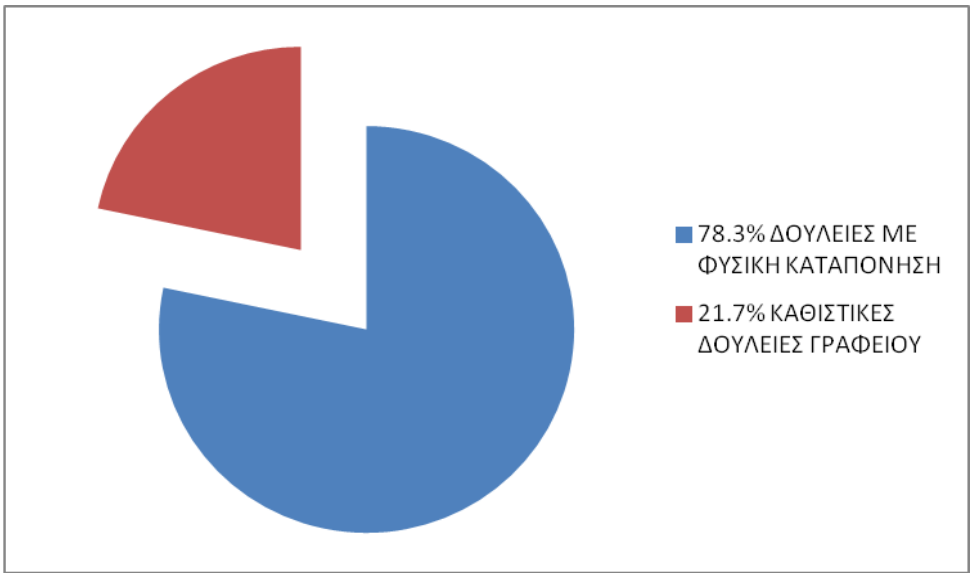
ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από την επαεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι το 51.7% των εργαζομένων συμμετεχόντων κάνει συστηματική λήψη ΜΣΑΦ.
Έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί αν αυτή η αυξημένη χρήση ΜΣΑΦ γενεσιουργός αιτία γαστρίτιδας και έλκους σχετίζεται με τις επαγγελματικές συνθήκες.
Το σύνολο των ασθενών του 51.7% που δήλωσε πως κάνει συχνή χρήση ΜΣΑΦ δήλωσε επιπρόσθετα πως κατά τη διάρκεια της εργασίας του αισθάνεται ενοχλήσεις σχετικές με μυοσκελετικά άλγη ή κεφαλαλγία. Η σχέση μεταξύ τέτοιοιυ τύπου ενοχλήσεων και εργασίας φαίνεται πως είναι στατιστικά σημαντική ($p<0.05$).
Σε σχέση με τα δύο φύλα φαίνεται πως στο χώρο εργασίας τέτοιου τύπου άλγη που οδηγούν στη χρήση ΜΣΑΦ εμφανίζουν συχνότερα οι γυναίκες σε ποσοστό 56.5% έναντι 43.5% των ανδρών.



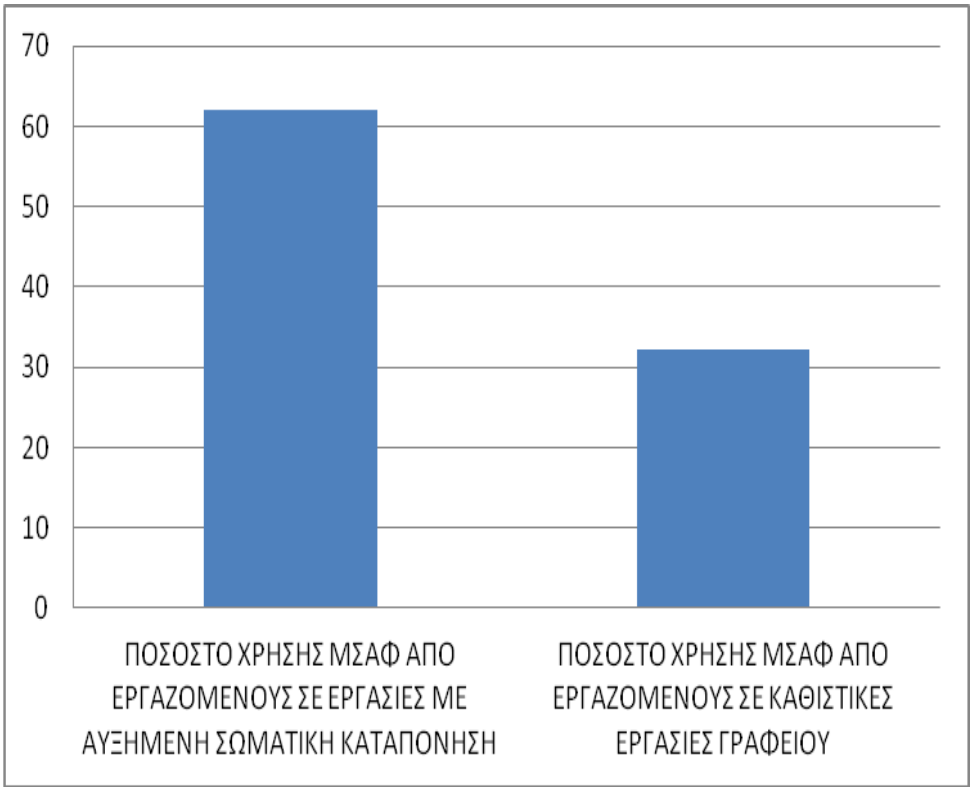
Εικόνα 1. Αλγη στην εργασία και φύλο.

Σε σχέση με τη φύση της εργασίας, δηλαδή σχετικά με το άν η εργασία περιέχει φυσική καταπόνηση ή άν αντιθέτως αποτελεί καθιστική δουλειά γραφείου τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 78.3% των εργαζομένων που κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ εργάζονται σε εργασίες κοπιώδεις που προκαλούν σωματική καταπόνηση. Στον αντίποδα το 21.7% όσων εργαζομένων κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ απασχολούνται σε καθιστικές εργασίες γραφείου.



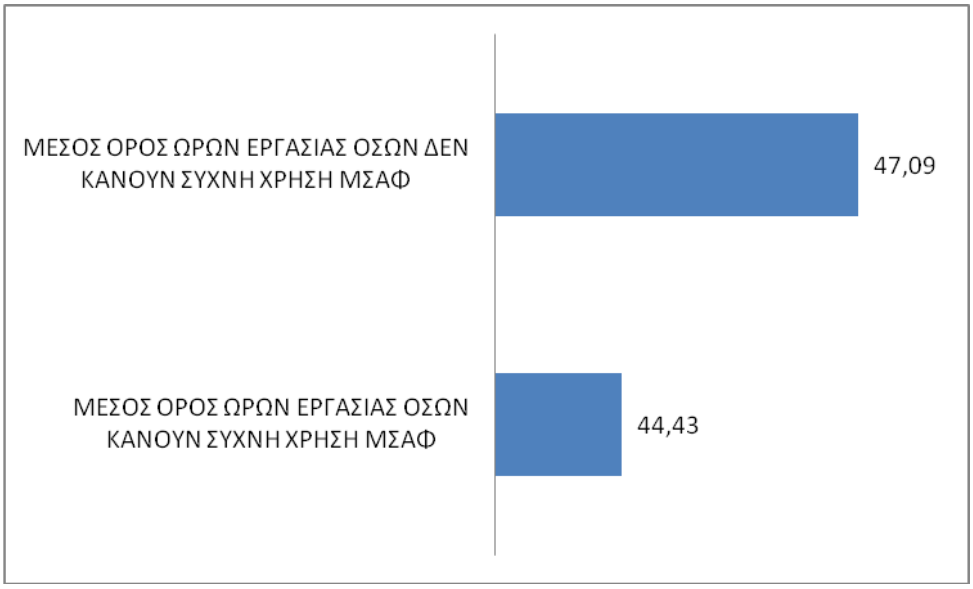
Εικόνα 2. Κατάχρηση ΜΣΑΦ σε σχέση με τη φύση της εργασίας.

Η σχέση κατάχρησης ΜΣΑΦ και απασχόλησης σε εργασία που απαιτεί σχετικά αυξημένη σωματική καταπόνηση, αναδεικνύεται με βάση τη βιοστατιστική ανάλυση στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$).
Αντιστρόφως στην ομάδα των εργαζομένων που απασχολούνται σε εργασίες που οδηγούν σε μυική καταπόνηση παρατηρείται ποσοστό συχνής χρήσης ΜΣΑΦ 62.1%.
Σε όσους απασχολούνται σε καθιστικές εργασίες γραφείου το ποσοστό συχνής χρήσης ΜΣΑΦ ανέρχεται σε 32.3%.

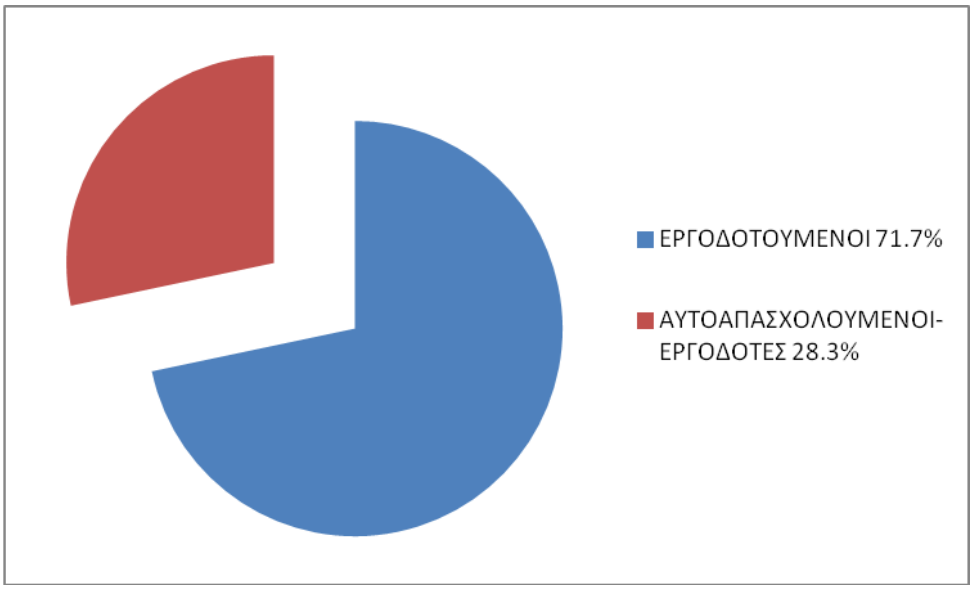


Εικόνα 3. Χρήση ΜΣΑΦ σε σχέση με τη φύση της εργασίας.

Η σχέση μεταξύ εργασίας που περιέχει σωματική καυταπόνηση και χρήση ΜΣΑΦ αναδεικνύεται στατιστικώς σημαντική ($p=0.07<0.05$).
Σε σχέση με τις ώρες εργασίας παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι που κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ εργάζονται κατά μέσο όρο 44.43 ώρες την εβδομάδα, ενώ όσοι δεν κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ 47.09 ώρες την εβδομάδα, γεγονός που δείχνει πως ο χρόνος εργασίας, παρά τη διαφορά των τιμών που εμφανίζεται για τους εργαζόμενους του δείγματος, δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αυξημένη χρήση ΜΣΑΦ.



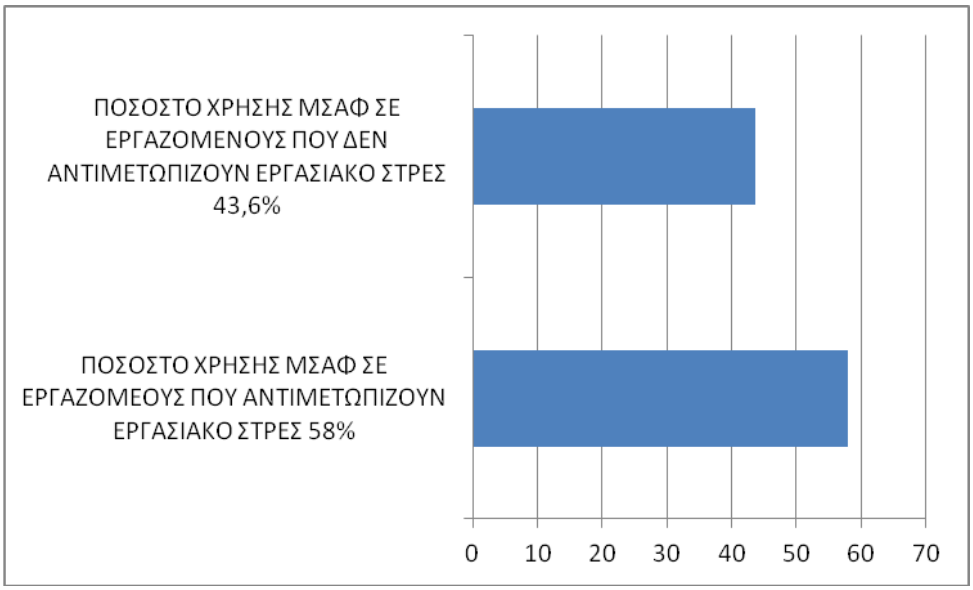
Εικόνα 4. Ωρες εργασίας και χρήση ΜΣΑΦ.



Εικόνα 5. Εργασιακή σχέση και συχνή χρήση ΜΣΑΦ.

Σε ότι έχει να κάνει με την εργασική σχέση του ατόμου δηλαδή με το εαν είναι υπάλληλος εργοδότης ή εργοδοτούμενος τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 71.7% όσων κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ είναι εργοδοτούμενοι υπάλληλοι, ενώ το 28.3% αυτών μόλις είναι αυτοαπασχολούμενοι ή εργοδότες.

Αυτό μπορεί να αποδοθεί στα υψηλότερα επίπεδα στρες που παρατηρούνται μεταξύ των εργαζομένων υπαλλήλων σε σχέση με την ομάδα των εργοδοτών - αυτοαπασχολουμένων (60.3% των υπαλλήλων αναπτύσσουν στρες έναντι 50% της ομάδας των εργοδοτών και 45.5% της ομάδας των αυτοαπασχολουμένων). Ακόμη οι εργοδοτούμενοι συνήθως εκτίθενται σε αυξημένη εργασία που απαιτεί μυική κόπωση σε σχέση με την ομάδα των εργοδοτών (όχι όμως και των αυτοαπασχολούμενων οι οποίοι στην παρούσα έρευνα είναι σε μεγάλο ποσοστό αγρότες).
Σε σχέση με τον παράγοντα εργασία σε βάρδιες και τα έτη επαγγέλματος και τον επαγγελματικό θόρυβο φαίνεται πως δεν παίζουν σημαντικό ρόλο στην αυξημένη πρόκληση ενοχλήσεων που οδηγούν τους εργαζομένους της παρούσης έρευνας σε αυξημένη χρήση ΜΣΑΦ.
Σε σχέση με το εργασιακό στρες φαίνεται πως η ύπαρξή του συνδέεται με ενοχλήματα που οδηγούν σε συχνή λήψη ΜΣΑΦ από πλευράς των εργαζομένων. Ετσι ασθενείς εργαζόμενοι, οι οποίοι δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν αυξημένο εργασιακό στρες στην εργασία τους, κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ σε ποσοστό 58% έναντι 43.6% δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες.



Εικόνα 6. Εργασιακό στρες και χρήση ΜΣΑΦ.

Σε σχέση με την εργασία στο δημόσιο ήστον ιδιωτικό τομέα (παράμετρο που όσον αφορά την Ελλάδα σχετίζεται με την εργασιακά σταθερότητα και ασφάλεια) δεν φάνηκε να επηρεάζει το βαθμό λήψης ΜΣΑΦ από τους ασθενείς εργαζομένους της μελέτης. Το 52,2% των πασχόντων από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένων του δημοσίου τομέα έκανε συχνή χρήση ΜΣΑΦ έναντι του 51,5% των πασχόντων από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα.

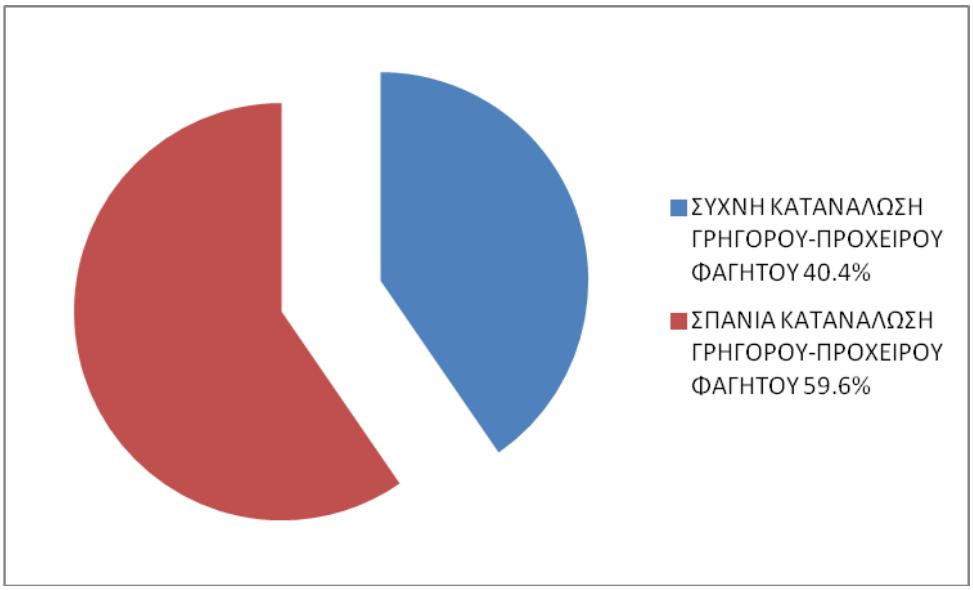
Σε σχέση με την ανά επαγγελματική ομάδα συχνότητα αυξημένης λήψης ΜΣΑΦ τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 2, που ακολουθεί.

Ένοπλες δυνάμεις	55.6%
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	41.7%
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	33.3%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα.	42.9%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	33.3%
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	58.8%
Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα.	33.3%
Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, εξοπλισμού, συναρμολογητές	87.5%
Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες	60.0%

Πίνακας 2. Ποσοστά συχνής λήψης ΜΣΑΦ ανά επαγγελματική ομάδα.

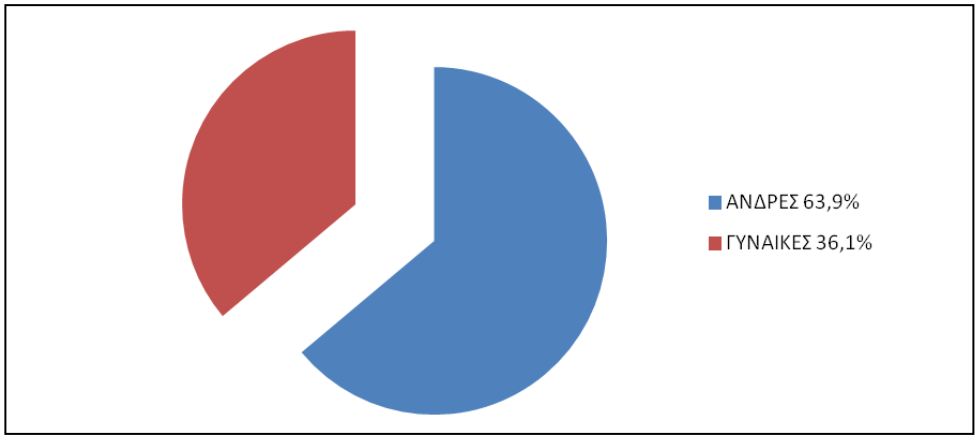
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σε σχέση με τη διατροφή από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως η κατανάλωση γρήγορου - πρόχειρου φαγητού πλουσιο σε αλάτι και καρυκεύματα αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα έλκους και γαστρίτιδας.
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 40,4% των πασχόντων από έλκος ή γαστίτιδα εργαζομένων του δείγματος της μελέτης προέκυψε πως κάνει συχνή κατανάλωση (άνω των τριών φορών την εβδομάδα) πρόχειρου - γρήγορου φαγητού τύπου fast food.



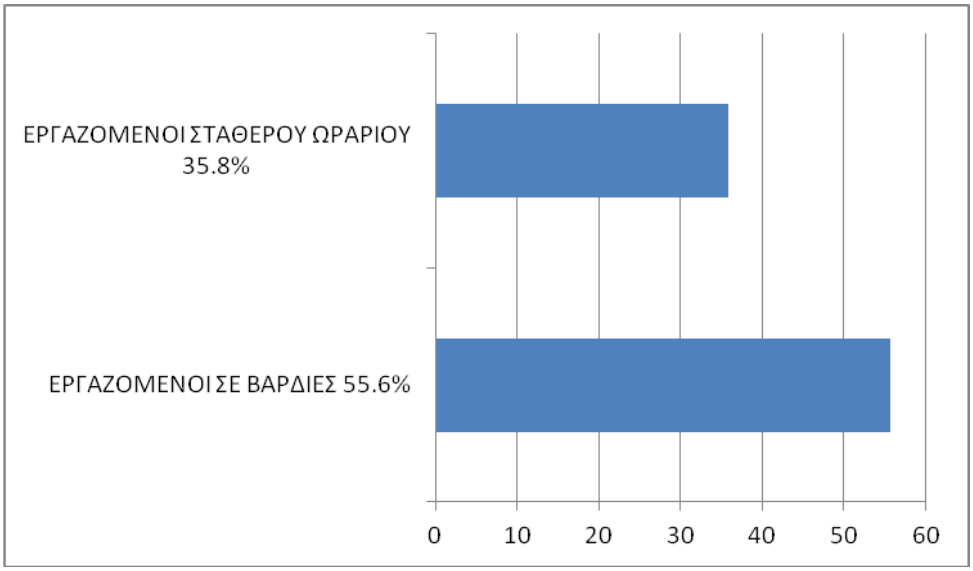
Εικόνα 7. Κατανάλωση γρήγορου - προχειρου φαγητού.

Σε σχέση με τον παράγοντα φύλο είναι ενδιαφέρον πως οι άνδρες εργαζόμενοι προσφεύγουν πολύ συχνότερα στη λύση του γρήγορου φαγητού σε ποσοστό 63.9% σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες την επιλέγουν σε ποσοστό 36.1%.



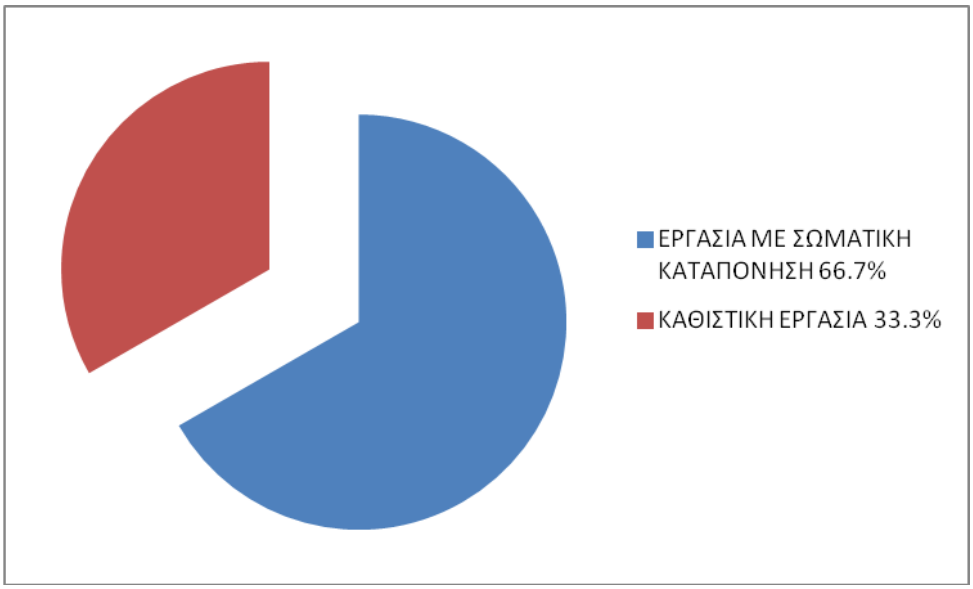
Εικόνα 8. Κατανάλωση γρήγορου - προχειρου φαγητού ανά φύλο.

Σε σχέση με το γάμο που αποτελεί σημαντική παράμετρο προκύπτει πως οι άνδρες εργαζόμενοι του δείγματος καταφεύγουν εξίσου συχνά σε κατανάλωση πρόχειρου φαγητού ανεξαρτήτως του άν είναι έγγαμοι ή άγαμοι.
Σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες φαίνεται πως το 55,6% όσων εργάζονται σε βάρδιες καταναλώνουν συχνά πρόχειρο φαγητό πλούσιο σε άλας το ποσοστό αυτό σε εργαζομένους που δεν εργάζονται σε εργασία βάρδιας ανέρχεται σε 35,8%.



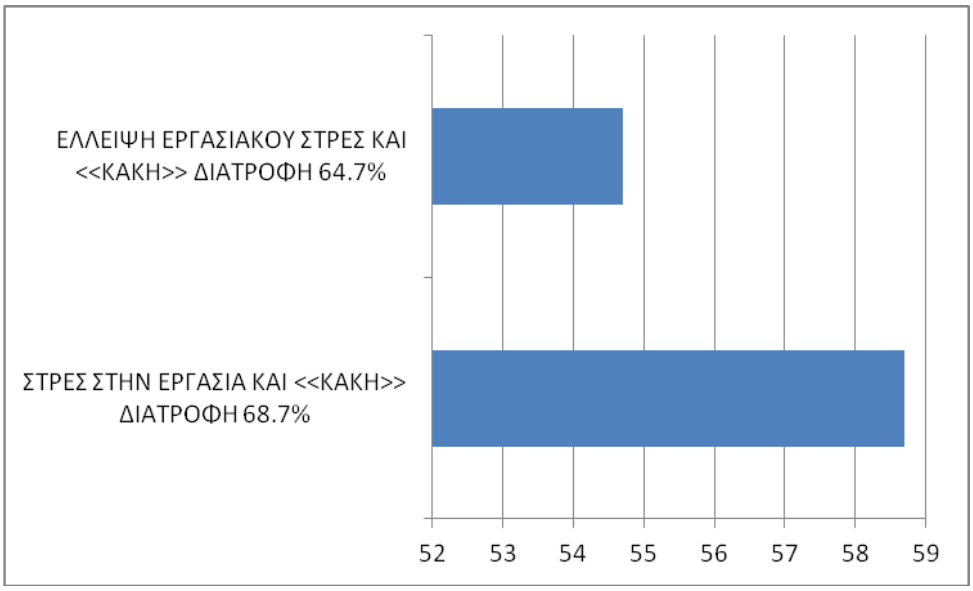
Εικόνα 9. Ποσοστό συχνής χρήσης γρήγορου - προχειρου φαγητού σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες.

Ο παράγοντας ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να επηρρεάζει ιδιαίτερα τη συχνή κατανάλωση γρήγορου - πρόχειρου φαγητού.
Φαίνεται πως το ακαθόριστο χρονικά ωράριο είναι αυτό που δηνιουργεί τις συνθήκες, οι οποίες οδηγούν στη λύση του πρόχειρου πλούσιου σε άλας και καρικεύματα φαγητού.
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η σχέτιση της διατροφής με τη φύση της εργασίας, δηλαδή σχετικά με το άν αυτή περιέχει φυσική δραστηριότητα και σωματική καταπόνηση ή αντιθέτως άν αποτελεί καθιστική εργασία ή εργασία γραφείου, παρατηρήθηκε ότι το 66,7% αυτών που καταναλώνουν συχνά πρόχειρο - γρήγορο φαγητό εργάζονται σε εργασίες με αυξημένη φυσική καταπόνηση και το 33.3% απασχολείται σε καθιστικές εργασίες, καθώς και σε εργασίες γραφείου.



Εικόνα 10. Συχνή κατανάλωση γρήγορου - πρόχειρου φαγητού σε σχέση με τη φύση εργασίας.

Το 58,7% των εργαζομένων που βιώνουν εργασιακό στρες οδηγείται στη λύση της πρόχειρης - γρήγορης διατροφής.
Σχετικά όμως με το άν ο παράγοντας στρες οδηγεί στην υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών προτύπων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα παρούσας έρευνας, το ποσοστό αυτό θα πρέπει να αντιπαραβληθεί με το 54,7% όσων παρότι δεν αντιμετωπίζουν αυξημένο βαθμό εργασιακού στρες καταφεύγουν στη λύση της πρόχειρης - γρήγορης διατροφής.



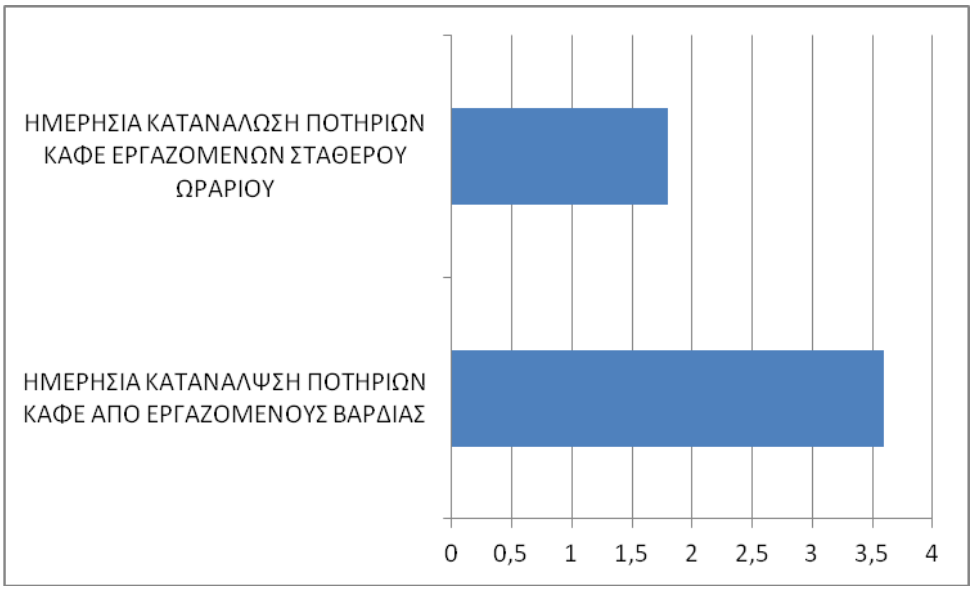
Εικόνα 11. Γρήγορο - πρόχειρο φαγητό μεταξύ όσων έχουν ή δεν έχουν εργασιακό στρες.

Σε σχέση με την υιοθέτηση λανθοσμένων διατροφικών προτύπων και τη συχνή (άνω των τριών φορών εβδομαδιαίως) ανά επαγγελματική ομάδα όπως αυτές προκύπτουν από την ταξινόμηση ΣΤΕΠ-2 τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 3, που ακολουθεί.

Ένοπλες δυνάμεις	44.4%
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	25.0%
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	55.6%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα.	28.6%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	33.3%
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	29.4%
Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα.	33.3%
Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, εξοπλισμού, συναρμολογητές	50.0%
Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες	60.0%

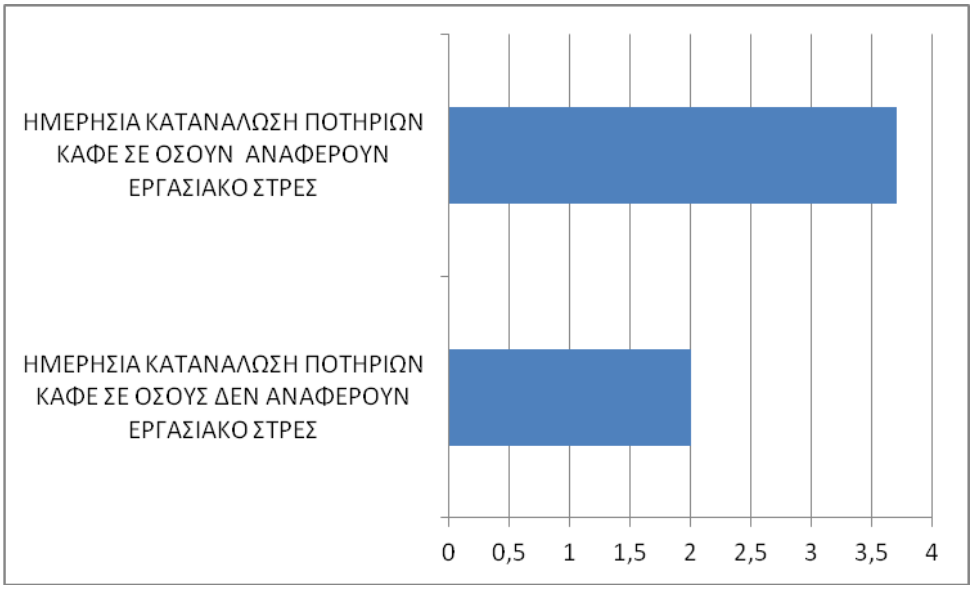
Πίνακας 3. Συχνότητα υιοθέτησης κατανάλωσης πρόχειρων - γρήγορων γευμάτων ανά επαγγελματική ομάδα.

Σε σχέση με την κατανάλωση καφέ παράγοντα που συντελεί στην πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας, προέκυψε πως η μέση κατανάλωση καφέ σε νοσούντες εργαζομένους οι οποίοι εργάζονται σε βέρδιες λαμβάνουν μεγαλύτερη ποσότητα καφέ ημερησίως. Οι εργαζόμενοι σε βάρδια φαίνεται πως καταναλώνουν κατά μέσο όρο 3,6 ποτήρια καφέ ημερησίως, ενώ οι εργαζόμενοι σταθερού ωραρίου 1,8 ποτήρια καφέ ημερησίως.



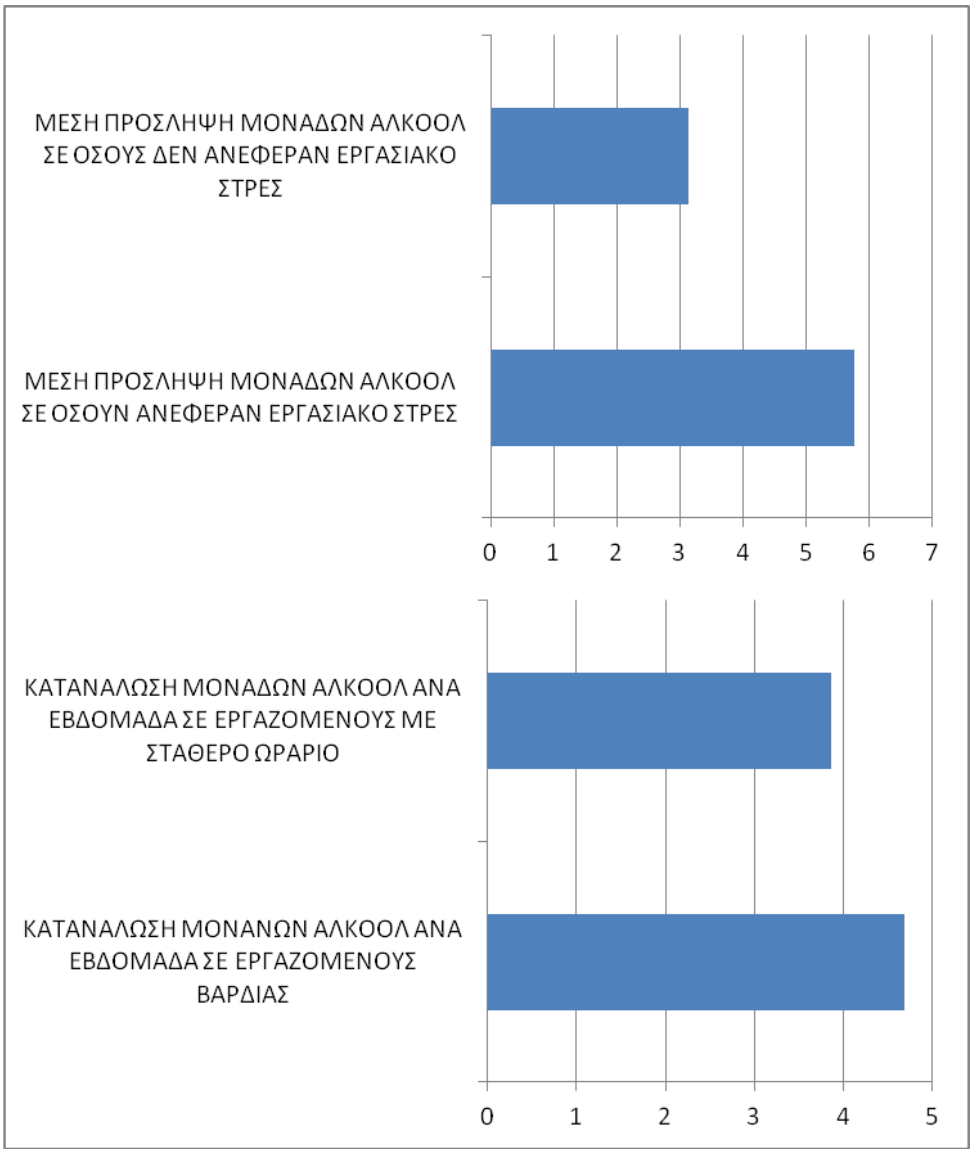
Εικόνα 12. Ημερήσια ποσότητα πρόσληψης καφέ σε σχέση με εργασία βάρδιας και εργασία σταθερού ωραρίου.

Επιπρόσθετα η λήψη καφέ σχετίζεται με αυξημένο στρες, καθώς όσοι δήλωσαν πως υφίστανται έντονα εργασιακό στρες λαμβάνουν κατά μέσο όρο 3,7 ποτήρια καφέ την ημέρα, ενώ αντιθέτως όσοι δεν ανέφερας την παρουσία έντονου στρες στο χώρο εργασίας είχαν μέσο όρο κατανάλωση καφέ 2 ποτήρια ανά ημέρα.



Εικόνα 13. Ημερήσια πρόσληψη καφέ και εργασιακό στρες.

Σε σχέση με την μέση ημερήσια κατανάλωση τσαγιού, τα αποτελέσματα της έρευνας επισημαίνουν ότι η ποσότητά της είναι ισχνή, ούτως ή άλλως, και δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τις επαγγελματικές συνθήκες.
Σε σχέση με το αλκοόλ τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι ο μέσος όρος πρόσληψης αλκοόλ όσων νιώθουν ότι εκτίθενται σε εργασιακό στρες είναι 5.77 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα ενώ σε όσους δήλωσαν πως δεν βιώνουν υψηλού βαθμού εργασιακό στρες ημέση ποσότητα ήψης αλκοόλ ήταν 3.14 μονάδες εβδομαδιαίως.

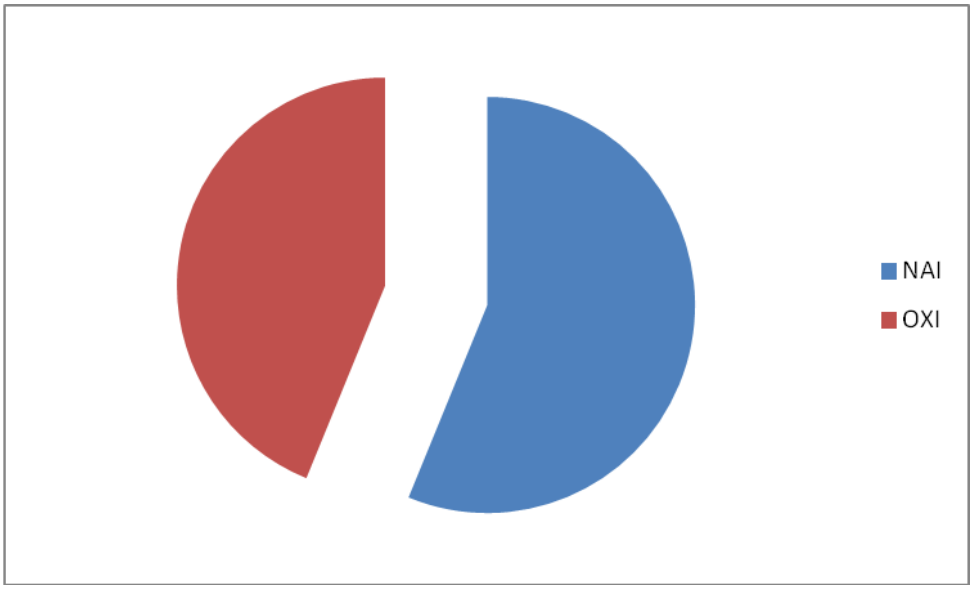


Εικόνα 14. Αλκοόλ και εργασιακό στρες, αλκοόλ και εργασία σε βάρδιες.

Σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ και την εργασία σε βάρδιες τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ στους εργαζομένους βάρδιας. Η μέση πρόσληψη αλκοόλ σε εργαζόμενους βάρδιας ήταν 4,69 μονάδες αλκοοόλ ανά εβδομάδα, ενώ σε όσους εργάζονται σε εργασία σταθερού ωραρίου ήταν 3,98 μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα.

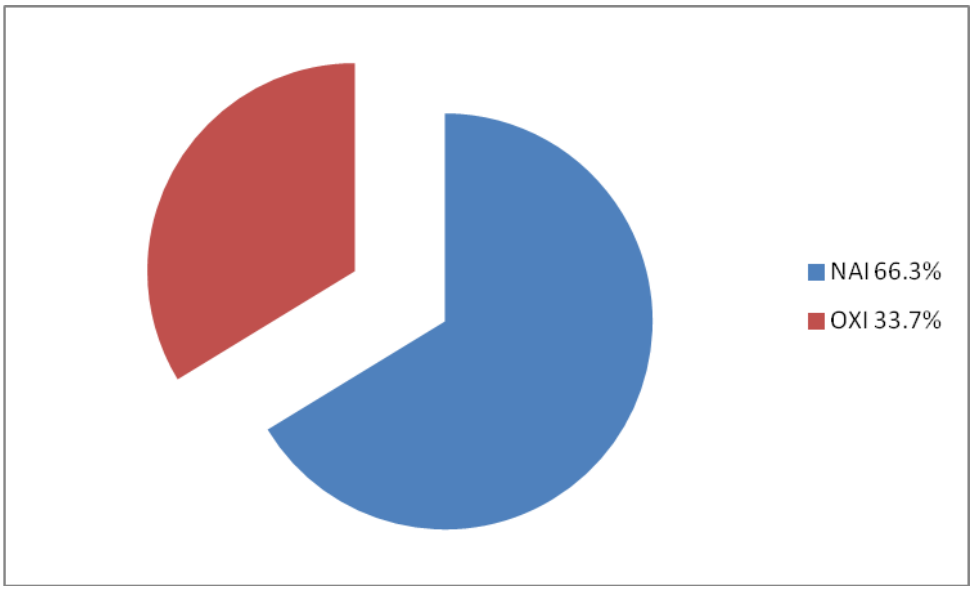
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που παρατίθεται στο γενικό μέρος διαπιστώθηκε πως αυτό αποτελεί παράγοντα πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας, τόσο άμεσα, όσο και με την επίδρασή του στην έκταση έκθεσης στους άλλους επιβεβαιωμένους παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες.
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, επισημαίνεται ότι το 56.2% των συμμετεχόντων εργαζομένων, οι οποίοι πάσχουν από έλκος ή γαστρίτιδα, δήλωσε ότι στο χώρο εργασίας του αντιμετωπίζει εργασιακό στρες (υποκειμενική εκτίμηση).



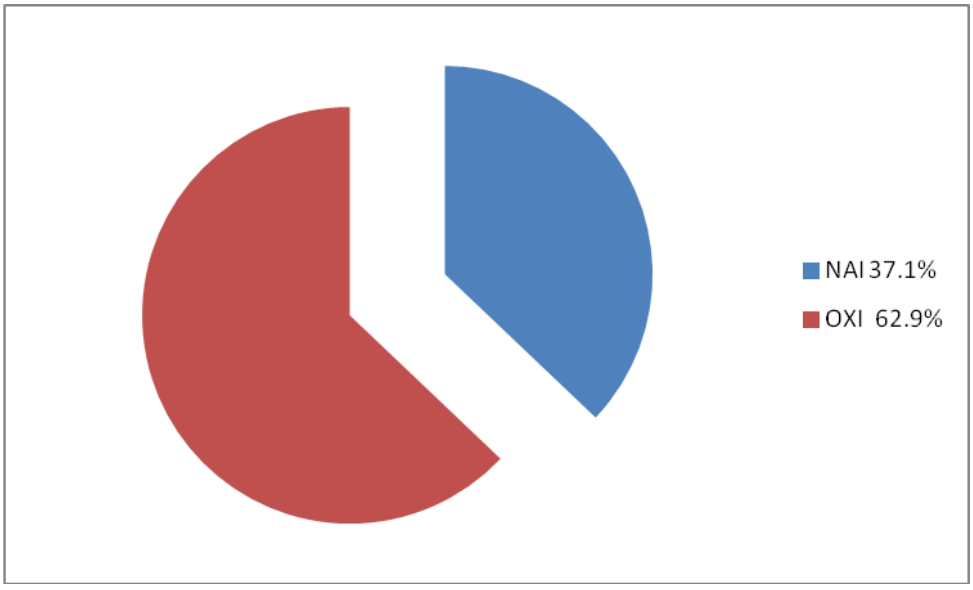
Εικόνα 15. Υποκειμενική εκτίμηση εργασιακού στρες στο χώρο εργασίας.

Σχετικά με το άν κατά την εργασία, ανατίθενται τους εργαζόμενους αυξημένες αρμοδιότητες και τους παρέχονται ελλιπή μέσα, ώστε να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους (παράμετρος που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση στρες) το 66.3% απάντησε θετικά, ενώ το 33.7% δήλωσε πως δεν αντιμετωπίζει προβλήματα τέτοιας υφής.



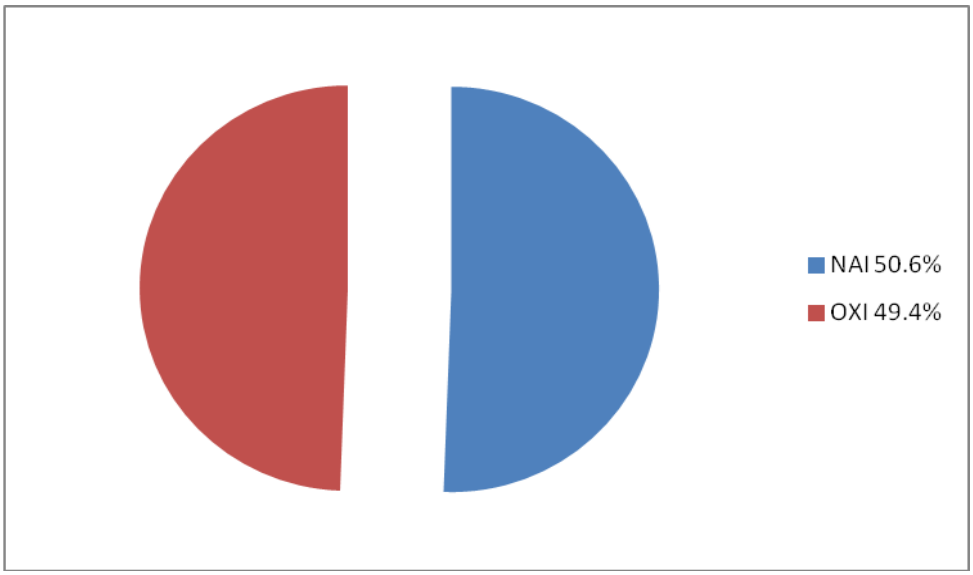
Εικόνα 16. Αυξημένες αρμοδιότητες και ελλιπής παροχή μέσων.

Σε σχέση με την ύπαρξη συγκρούσεων στο χώρο εργασίας, που αποτελεί παράγοντα πρόκλησης εργασιακού στρες, το 37.1% των ασθενών από έλκος ή γαστρίτιδα συμμετεχόντων στη μελέτη απάντησε πως αντιμετωπίζει συχνά συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, ενώ το 62.9% απάντησε αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση.

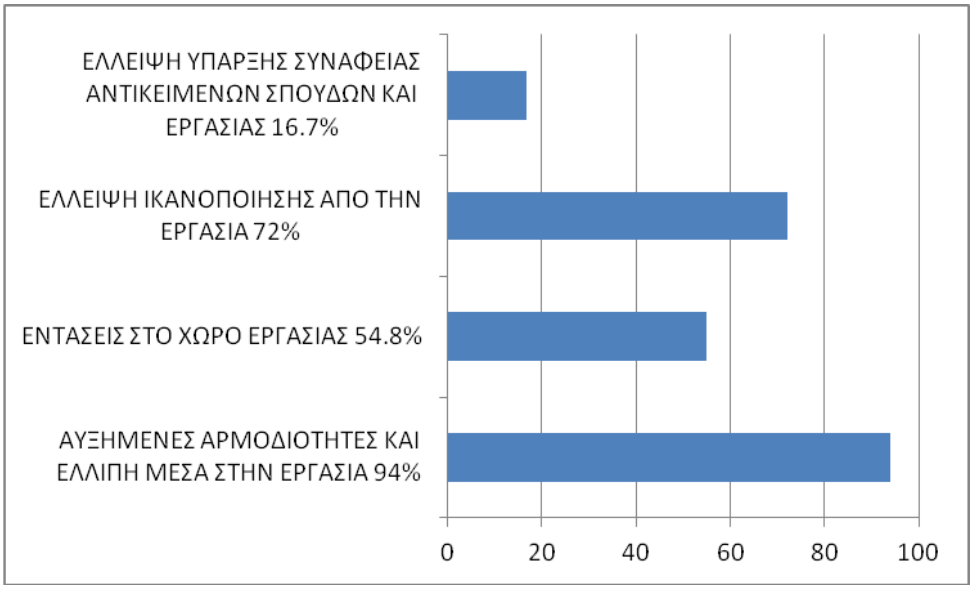


Εικόνα 17. Υπαρξη συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

Σε σχέση με το ερώτημα αν η φύση της εργασίας ικανοποιεί τους εργαζομένους το 50.6% απάντησε θετικά, ενώ το 49.4% έδωσε αρνητική απάντηση. Σε ασθενείς που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες παρατηρήθηκε πως το 94% δηλώνει πως υπάρχουν αυξημένες αρμοδιότητες και ελλιπή μέσα στην εργασία, το 54.8% πως αντιμετωπίζει εντάσεις στο χώρο εργασίας, το 16.7% πως η εργασία τους δεν είναι συναφής με το αντικείμενο σπουδών (αφορά μόνο την υποομάδα όσων έχουν σπουδάσει), ενώ το 72% δηλώνει ότι δεν αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του.

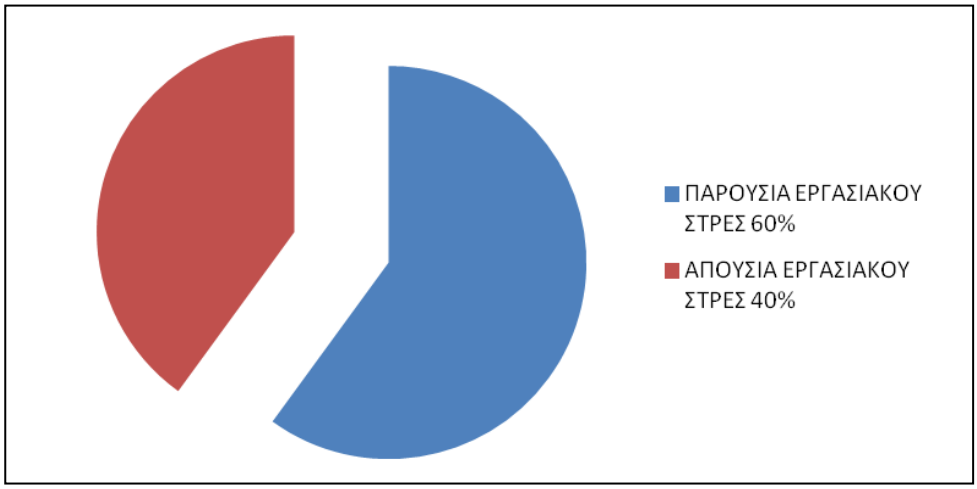


Εικόνα 18. Ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας.



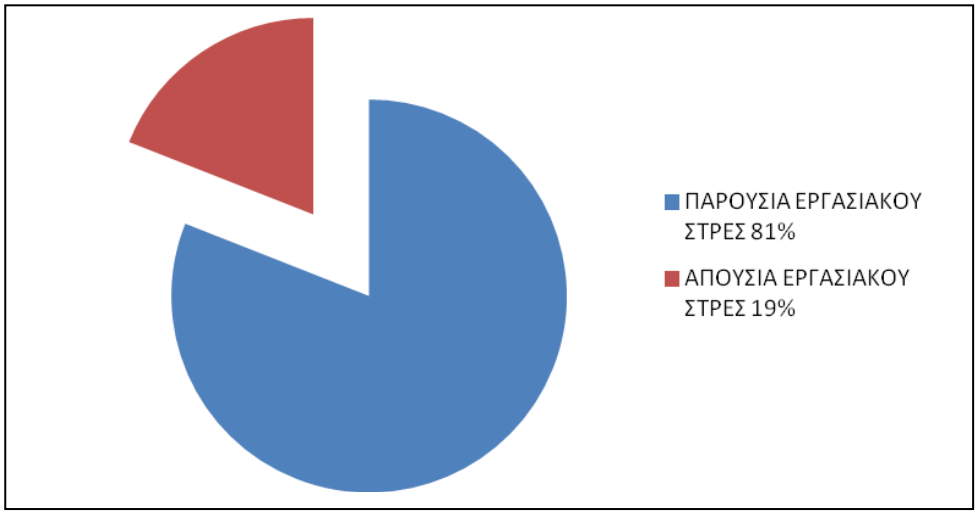
Εικόνα 19. Υποκειμενική εκτίμηση για στρεσογόνους παράγοντες εργασίας.

Οι σχέσεις της ύπαρξης εργασιακού στρες με την ύπαρξη εντάσεων στο χώρο εργασίας, την αυξημένη ύπαρξη αροδιοτήτων και την ελλιπή παροχή μέσων και την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης αναδεικνύονται αμφότερες ως στατιστικά σημαντικές ($p<0.05$).
Συγκριτικά με τη συνάφεια της εργασίας με το αντικείμενο σπουδών ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως μεταξύ όσων έχουν σπουδάσει αλλά ακολουθούν επάγγελμα που δεν σχετίζεται με το αντικείμενο απουδών τους το ποσοστό του εργασιακού στρες ανέρχεται σε 60%.



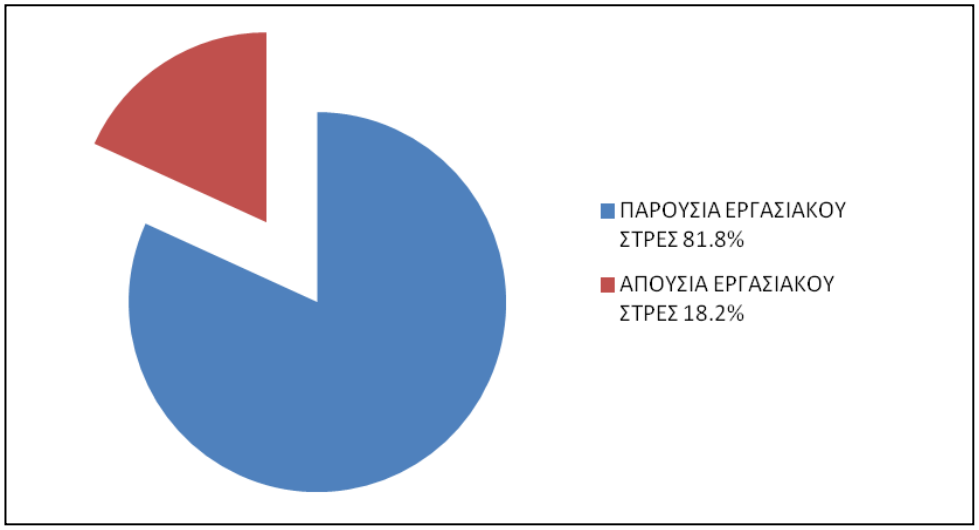
Εικόνα 20. Εργασιακό στρες σε όσους ακολουθούν επάγγελμα μη σχειζόμενο με το αντικείμενο σπουδών.

Από όσους δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν αυξημένες αρμοδιότητες και ελλιπή παρεχόμενα μέσα διεκπεραίωσης εργασίας τους εμφανίζει εργασιακό στρες το 81%.



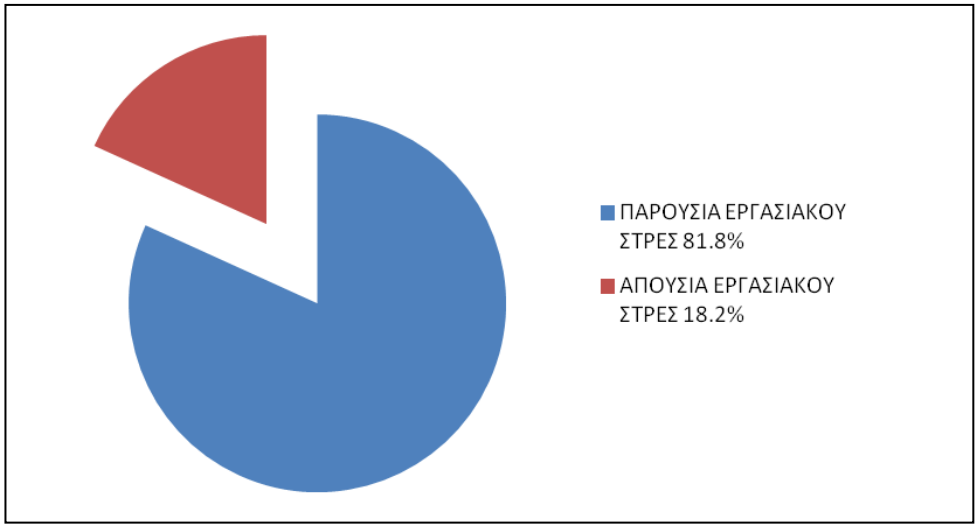
Εικόνα 21. Υποκειμενική εκτίμηση εργασιακού στρες.

Μεταξύ όσων δήλωσαν πως στην εργασία τους αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στη σχέση με τους συναδέλφους τους τα οποία καταλήγουν σε εντάσεις το 81.8% φαίνεται πως αντιμετωπίζει εργασιακό στρες.



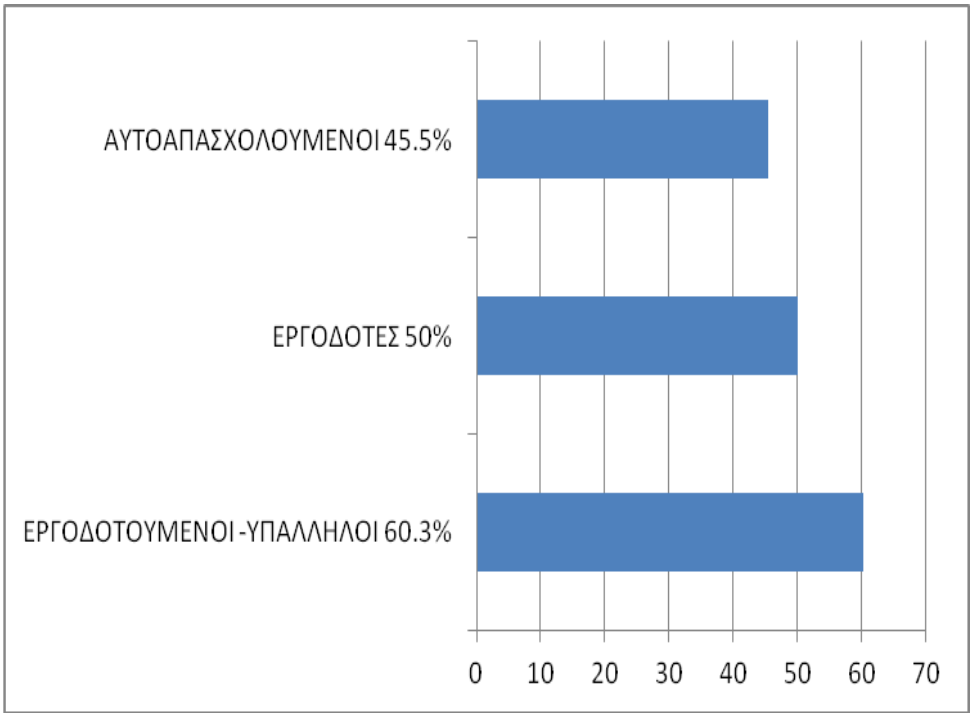
Εικόνα 22. Εργασιακό στρες σε όσους αντιμετωπίζουν εντάσεις με συναδέρφους τους, στο χώρο εργασίας.

Η άντληση εργασιακής ικανοποίησης από το αντικείμενο και τις συνθήκες εργασίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα σχετικό με το εργασιακό στρες. Όπως προέκυψε από τη μελέτη το 81.8% όσων δηλώνουν ότι δεν αντλούν ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας τους εμφανίζουν εργασιακό στρες.



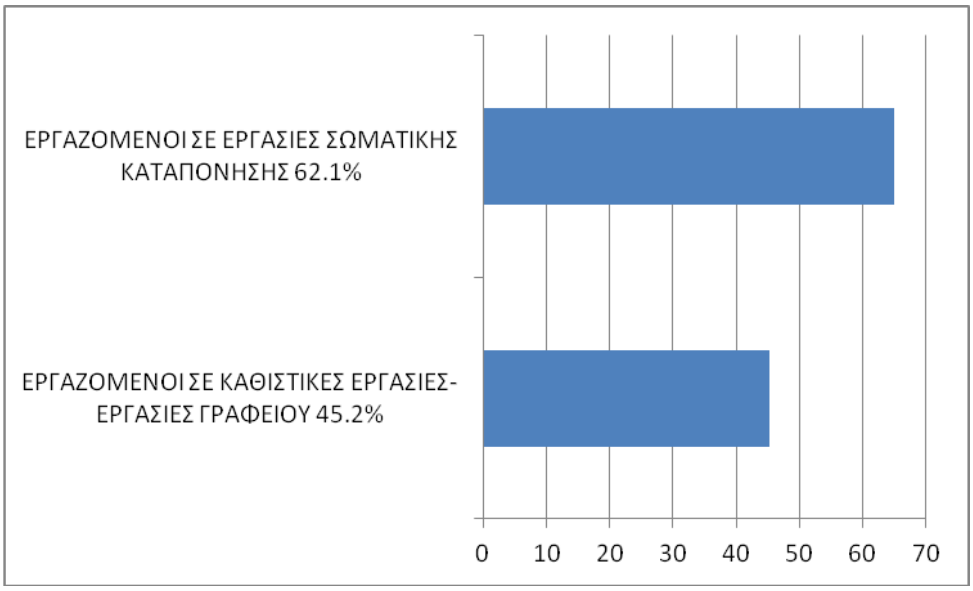
Εικόνα 23. Εργασιακό στρες σε όσους δηλώνουν πως δεν αντλούν ικανοποίηση από την εργασίας τους.

Παρότι ο δημόσιος τομέας θεωρείται ότι προσφέρει αυξημένο ποσό εργασιακής ασφάλειας, παρέχει μεγαλύτερο αριθμό αδειών και μικρότερη ελαστικότητα στις εργασιακές σχέσεις, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν ανέδειξαν συσχέτιση μεταξύ εργασίας στο δημόσιο και μειωμένης παρουσίας εργασιακού στρες.
Αυτό ίσως αποδίδεται στον αυξημένο βαθμό συγκρούσεων στο χώρο εργασίας των εργαζομένων της παρούσης ερευνας (52.2% των εργαζομένων του δημοσίου έναντι του 31.8% των ιδιωτικών υπαλλήλων αντιμετωπίζουν συγκρούσεις στο χώρο εργασίας).
Αναλόγως της εργασικής σχέσης τους τα αποτελέσματα στους νοσούντες από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένους του δείγματος έδειξαν πως εργασικό στρες εμφανίζει το 60.3% όσων έχουν εργασιακή σχεση υπαλλήλου, το 50% των εργοδοτών και το 45.5% των αυτοαπασχολουμένων.



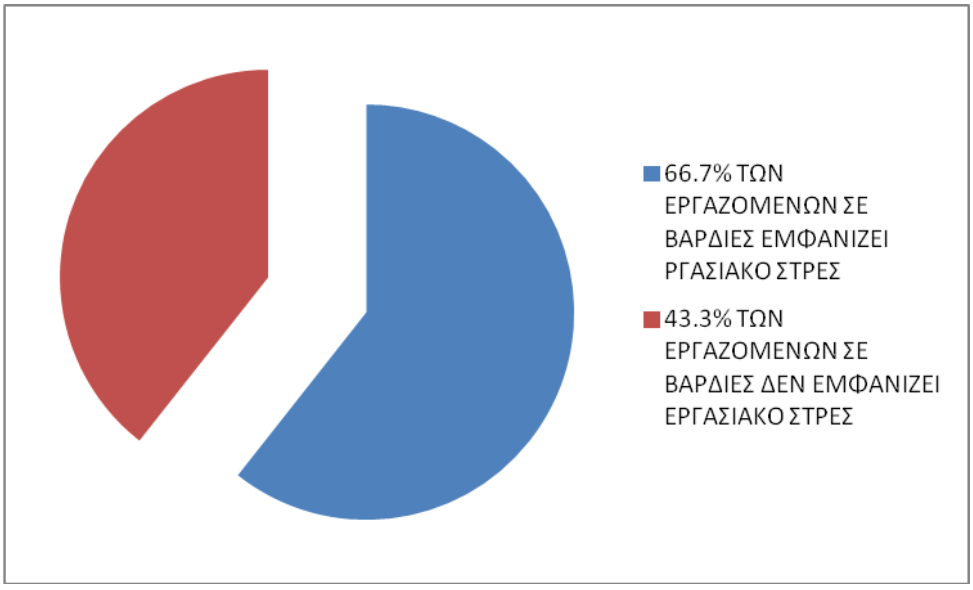
Εικόνα 24. Ποσοστό στρες ανάλογα με το είδος της εργασιακής σχέσης.

Αναλόγως της φύσης της εργασίας φάνηκε, σύμφωνα με τα αποτέλσματα της παρούσας μελέτης, ότι οι ασθενείς από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζόμενοι που εργάζονται σε εργασίες που οδηγούν σε σωματική καταπόνηση αναπτύσσουν εργασιακό στρες σε ποσοστό 62.1%, ενώ όσοι απασχολούνται σε καθιστικές εργασίες γραφείου σε ποσοστό 45.2%.



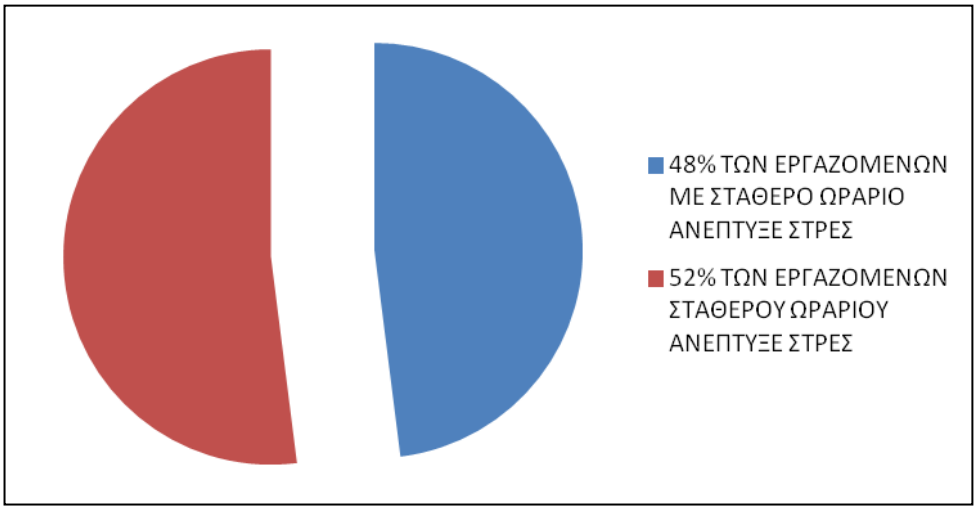
Εικόνα 25. Ποσοστό στρες ανάλογα με τη φύση της εργασίας.

Σχετικά με τη σχέση εργασιακού στρες και ωρών εργασίας (οι εργαζόμενοι που εμφάνισαν στες εργάχονταν κατά μέσο όρο 45.1 ωρες εβδομαδιαίως και όσοι δεν εμφάνισαν είχαν μέσο όρο ωρών εργασίας 46.41 ώρες).
Σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες βρέθηκε πως το 66.7% όσων δούλευαν σε εργασία βάρδιας ανέπτυξαν εργασιακό στρες.



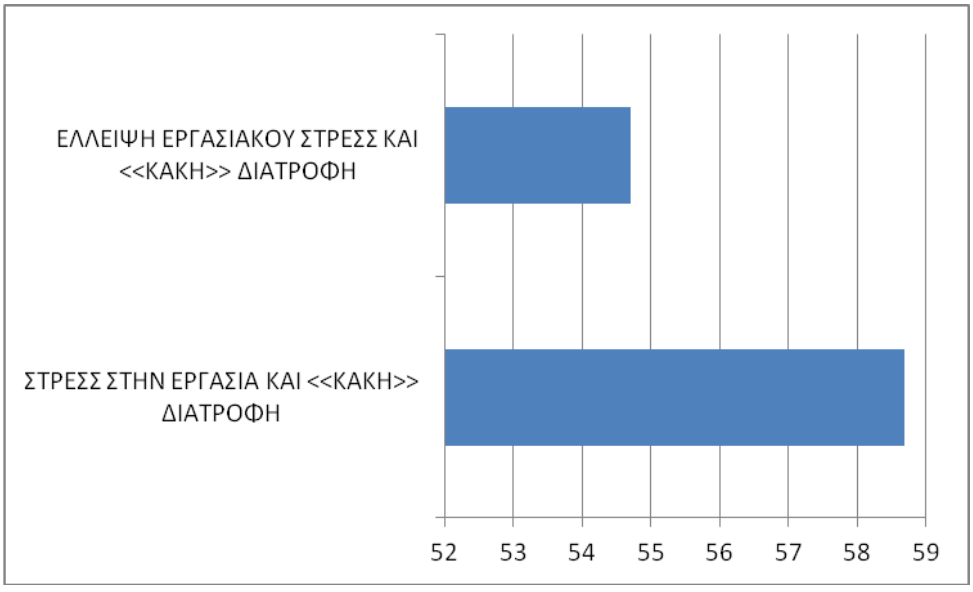
Εικονα 26. Εργασιακό στρες και εργασία σε βάρδιες.

Το ανωτέρω έχει ιδιαίτερη σημαντικότητα σε αντιδιαστολή με το ποσοστό του εργασιακού στρες των εργαζομένων οι οποίοι εργάζονται σε εργασίες σταθερού ωραρίου που ήταν 48%.



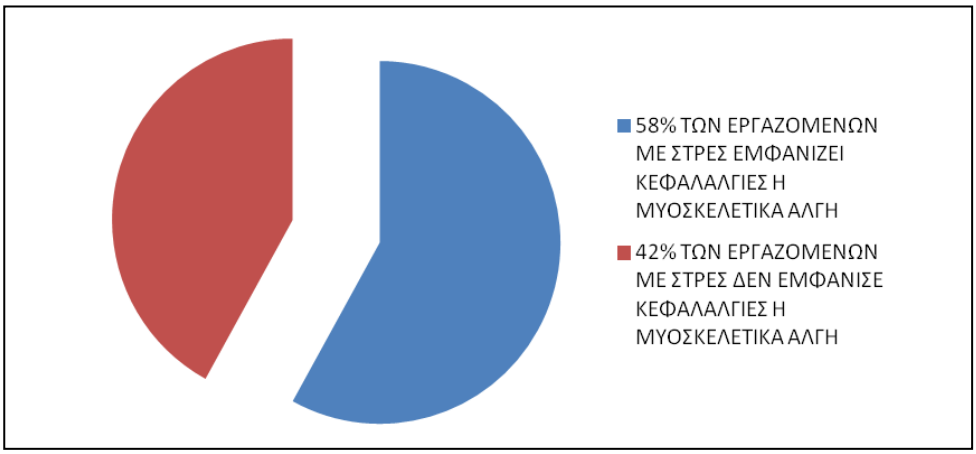
Εικόνα 27. Εργασιακό στρες και εργασία σταθερού ωραρίου.

Σε σχέση με το αν το εργασικό στρες μπορεί να επηρεάσει τη διατροφή και να οδηγήσει σε υιοθέτηση γρήγορης - πρόχειρης διατροφής (η οποία αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα έλκους και γαστρίτιδας) η παρούσα έρευνα δεν έδειξε υψηλού βαθμού συσχέτιση.



Εικόνα 28. Πρόχειρο - γρήγορο φαγητό και εργασιακό στρες.

Η εμφάνιση κεφαλαλγίας ή μυοσκελετικού άλγους που μπορεί να οδηγήσει στη χρήση ΜΣΑΦ βερέθηκε πως ταλαιπωρεί το 58% των ασθενών από γαστρίτιδα ή έλκος εργαζομένων του δείγματος που εμφανίζουν εργασιακό στρες.



Εικόνα 29. Εργασιακό στρες και κεφαλαλγίες ή μυοσκελετικά άλγη που είναι πιθανό να οφηγήσουν σε λήψη ΜΣΑΦ.

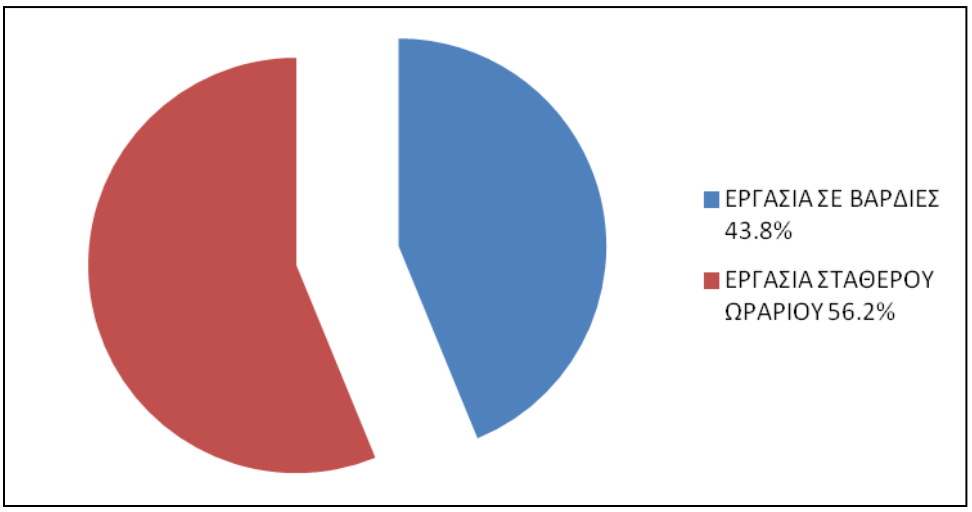
Έχει ήδη γίνει αναφορά στην επίδραση του εργασιακού στρες στην κατανάλωση αλκοόλ και καφέ παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση έλκους και γαστρίτιδας. Ο μέσος όρος πρόσληψης αλκοόλ όσων νιώθουν ότι εκτίθενται σε εργασιακό στρες είναι 5.77 μονάδες αλκοόλ την εβδομάδα, ενώ σε όσους δήλωσαν πως δεν βιώνουν υψηλού βαθμού εργασιακό στρες η μέση ποσότητα λήψης αλκοόλ ήταν 3.14 μονάδες εβδομαδιαίως. Όσοι δήλωσαν πως υφίστανται έντονα εργασιακό στρες λαμβάνουν κατά μέσο όρο 3,7 ποτήρια καφέ την ημέρα, ενώ αντιθέτως όσοι δεν ανέφερας την παρουσία έντονου στρες στο χώρο εργασίας είχαν μέσο όρο κατανάλωση καφέ 2 ποτήρια ανά ημέρα.
Η συχνότητα εμφάνισης εργασιακού στρες, αλλά και εργασιακών παραμέτρων που σχετίζονται με το εργασιακό στρες καταγράφονται στον Πίνακα 4, που ακολουθεί.

Ένοπλες δυνάμεις	66.7%
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	58.3%
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	66.7%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	42.9%
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	11.1%
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	58.8%
Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα	33.3%
Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, εξοπλισμού, συναρμολογητές	75.0%
Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες	66.7%

Πίνακας 4. Ποσοστιαία συχνότητα εμφάνισης στρες ανά επαγγελματική ομάδα.

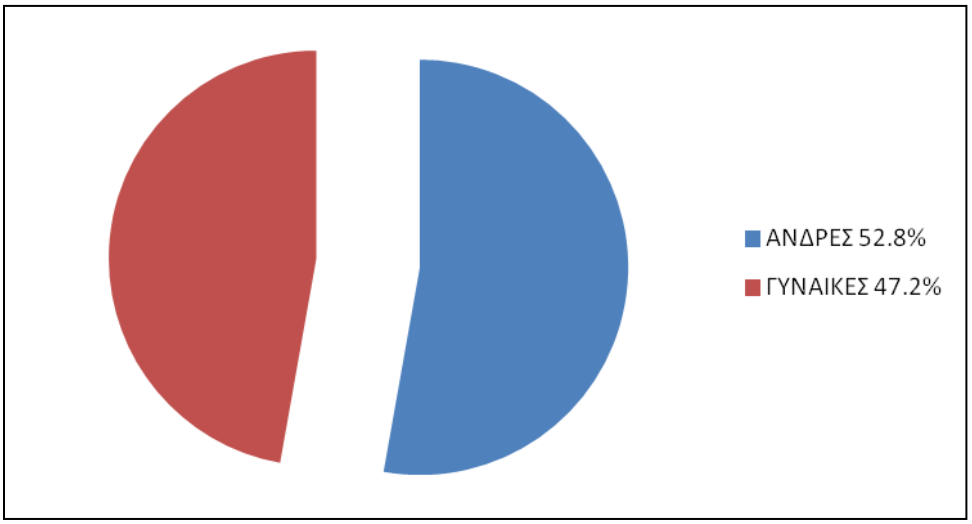
ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταγράφηκε ο τρόπος με τον οποίο η εργασία σε βάρδιες αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα έλκους και γαστρίτιδας, Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας σε εργαζομένους ασθενείς από έλκος ή γαστρίτιδα δείχνουν υψηλό ποσοστό εργασίας σε βάρδιες που ανέρχεται σε 43.8%.



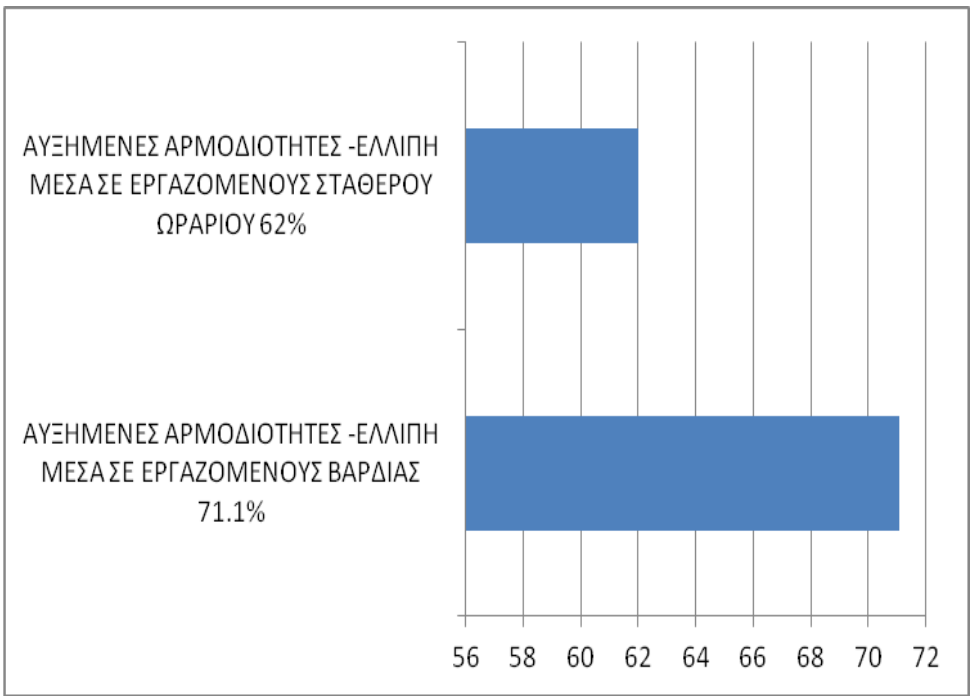
Εικόνα 30. Εργασία σε βάρδιες στο δείγμα της έρευνας.

Παρότι θεωρείται ότι η εργασία σε βάρδιες αποτελεί αίτιο πρόκλησης έλκους ή γαστρίτιδας που αφορά πρωτίστως τον ανδρικό πληθυσμό στο δείγμα της μελέτης η εργασία σε βάρδιες είναι σχετικά ισοκατανεμημένη και στα δύο φύλα.



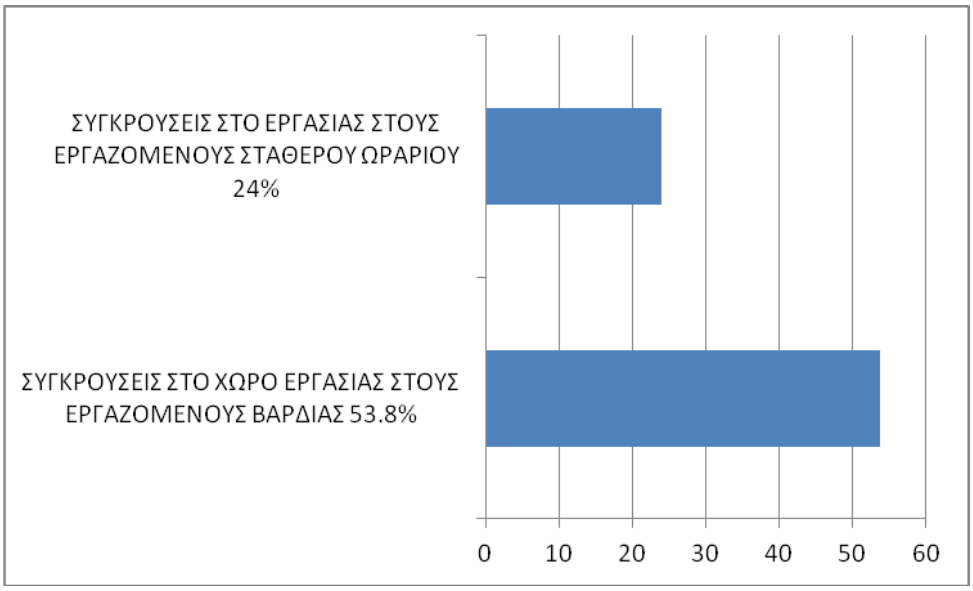
Εικόνα 31. Εργασία σε βάρδιες και φύλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η εργασία σε βάρδιες συνδέεται με την εμφάνιση εργασιακού στρες.
Πράγματι, όπως ήδη αναφέρθηκε, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν πως το 66.7% όσων εργαζόμενων δούλευαν σε εργασία βάρδιας ανέπτυξαν εργασιακό στρες.
Σε σχέση με την ύπαρξη αυξημένων αρμοδιοτήτων και παροχής ελλιπών μέσων παραμέτρου που οδηγεί στην εμφάνιση εργασιακού στρες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε πως το 71.1% όσων εργάζονται σε βάρδιες το αντιμετωπίζει ως υπαρκτό ζήτημα στην εργασία του, έναντι του 62% των εργαζομένων σταθερού ωραρίου.



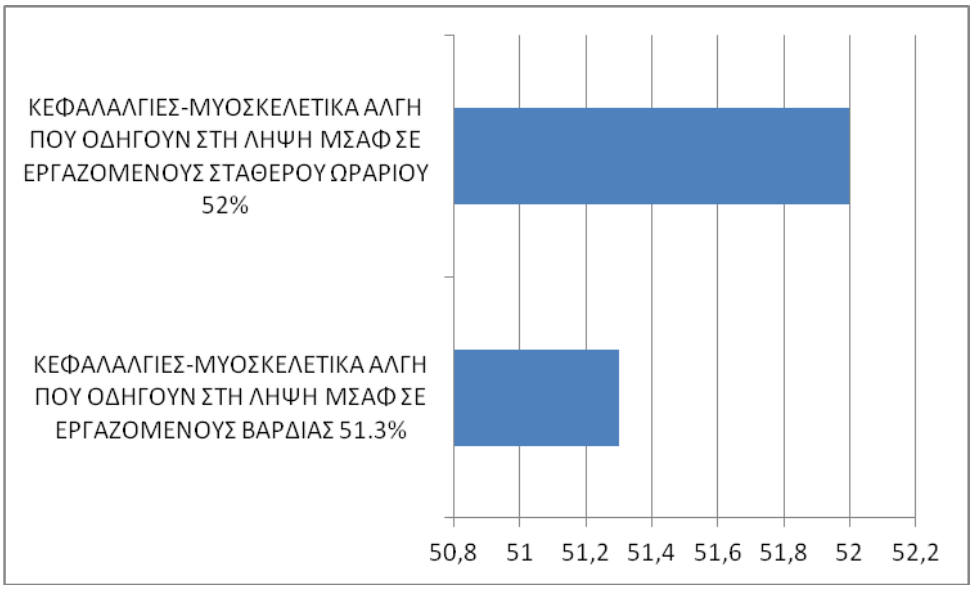
Εικόνα 32. Αυξημένες αρμοδιότητες και ελλιπή παρεχόμενα μέσα, σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες.

Σε σχέση με τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας έτερου παράγοντα που οδηγεί στην εμφάνιση εργασιακού στρες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, βρέθηκε πως το 53.8% όσων εργάζονται σε εργασία βάρδιας βιώνουν συγκρούσεις στο χώρο εργασίας, ενώ το 24% των εργαζομένων σταθερού ωραρίου δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν συγκρούσεις στο χώρο εργασίας τους.



Εικόνα 33. Συγκρούσεις στην εργασία και εργασία σε βάρδιες.

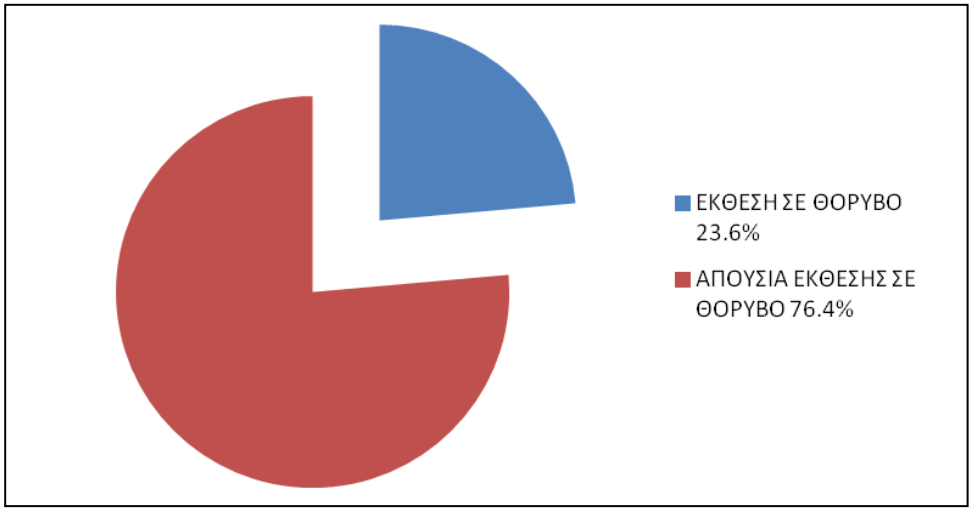
Επιπρόσθετα προέκυψε ότι η σχέση εργασίας σε βάρδιες και συγκρούσεων στο χώρο εργασίας είναι στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$).
Η εργασία σε βάρδιες στην παρούσα έρευνα δε φαίνεται να σχετίζεται με εμφάνιση μυοσκελετικών αλγών ή κεφαλαλγιών που οδηγούν στη λήψη ΜΣΑΦ. Το 51.3% των εργαζομένων σε βάρδιες έναντι του 52% που όσων εργάζονται σε εργασίες σταθερού ωραρίου φαίνεται να αντιμετωπίζουν μυοσκελετικά άλγη και κεφαλαλγίες που οδηγούν σε αυξημένη λήψη ΜΣΑΦ στο χώρο εργασίας.



Εικόνα 34. Εργασία σε βάρδιες και κεφαλαλγίες, μυοσκελετικά άλγη, λήψη ΜΣΑΦ.

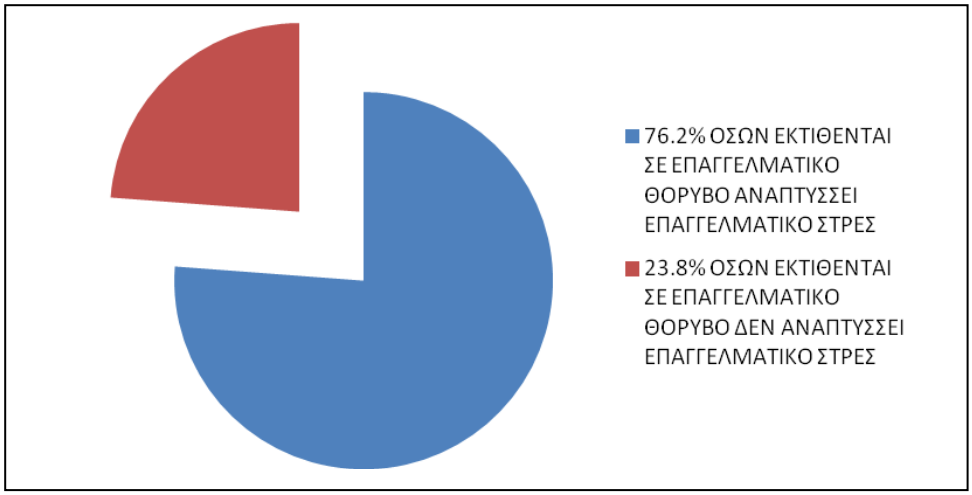
ΘΟΡΥΒΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο θόρυβος στο χώρο εργασίας αποτελεί παράγοντα που συντελεί στη εμφάνιση έλκους και γαστρίτιδας. Ο θόρυβος οδηγεί στην ελκογένεση με τρόπο άμεσο όσο και έμμεσο αυξάνοντας την έκθεση σε επαγγελματικό στρες.
Στο δείγμα των ασθενών εργαζομένων από έλκος ή γαστρίτιδα της παρούσας μελέτης βρέθηκε πως το ποσοστό έκθεσης σε επαγγελματικό θόρυβο ήταν 23.6%.



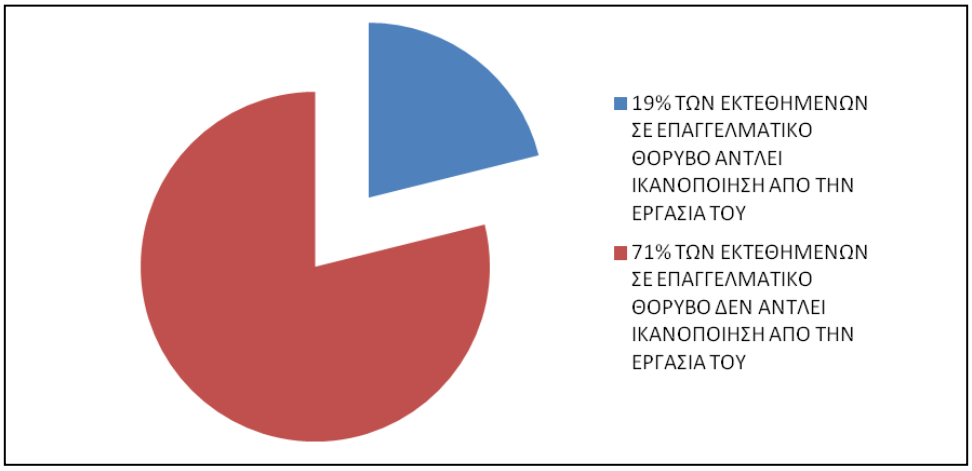
Εικόνα 35. Εκθεση σε θόρυβο τους εργαζόμενους της μελέτης.

Σε σχέση με το εργασιακό στρες η μελέτη έδειξε πως το 76.2% όσων εκτίθενται σε επαγγελματικό θόρυβο στο χώρο εργασίας αναπτύσσει εργασιακό στρες. Η σχέση θορύβου και επαγγελματικού στρες προκύπτει πως είναι στατιστικώς σημαντική p=0.034<0.05.



Εικόνα 36. Επαγγελματικό στρες μεταξύ όσων εκτίθενται σε επαγγελματικό θόρυβο.

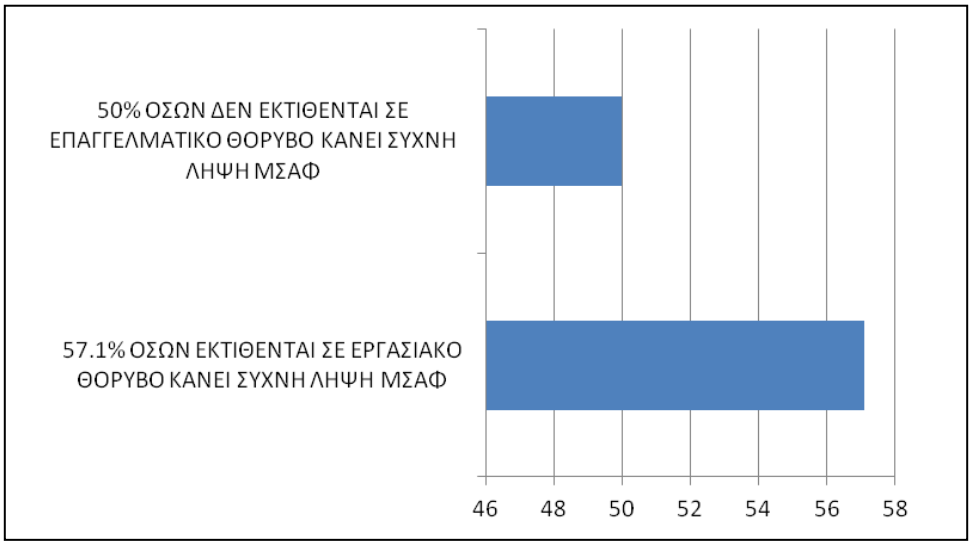
Σε σχέση με το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης που αποτελεί σημαντική παράμετρο αποτροπής εμφάνισης εργασιακού στρες τα αποτελέσματα έδειξαν πως μόλις το 19% όσων εκτίθενται σε θόρυβο στο περιβάλλον εργασίας τους αισθάνονται ότι τους ικανοποιεί η φύση της εργασίας τους.



Εικόνα 37. Επαγγελματικός θόρυβος και εργασιακή ικανοποίηση.

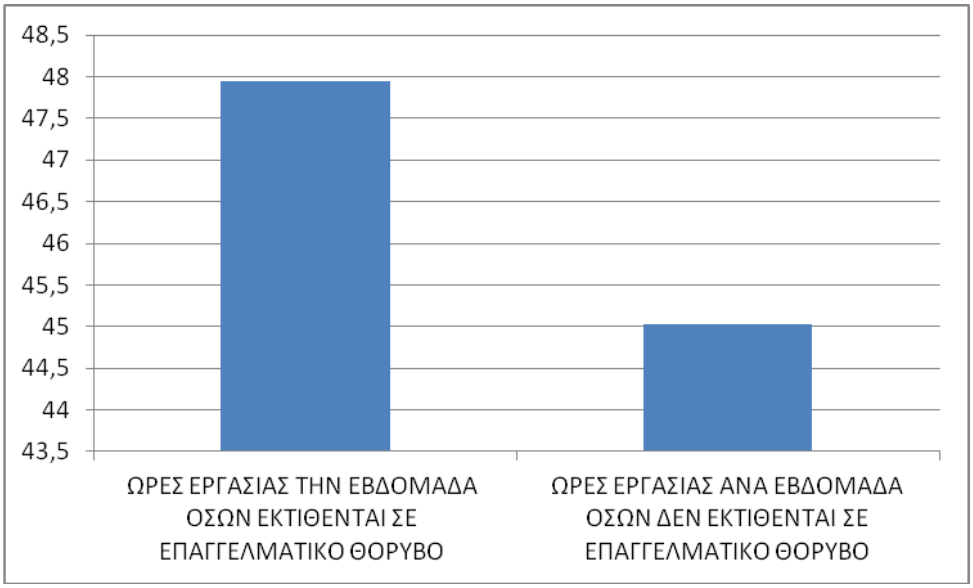
Η σχέση έλλειψης επαγγελματικής ικανοποίηση και θορύβου είναι στατιστικώς σημαντική ($p=0.001<0.05$).

Υπάρχει αυξημένη τάση στους εργαζόμενους που εκτίθενται σε επαγγελματικό θόρυβο να κάνουν συχνότερη λήψη ΜΣΑΦ το 57.1% όσων εργάζονται σε περιβάλλον αυξημένου θορύβου δηλώνει πως κάνει συχνή χρήση ΜΣΑΦ. Ποσοστό μεγαλύτερο μεν αλλά όχι στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με το 50% όσων κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ παρότι δεν εργάζονται σε περιβάλλον αυξημένου θορύβου.



Εικόνα 38. Χρήση ΜΣΑΦ θόρυβος.

Καθώς σε σχέση με τον θόρυβο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ο χρόνος έκθεσης είναι ενδιαφέρον πως οι εργαζόμενοι σε θόρυβο δουλεύουν όχι λιγότερο αλλά σε εβδομαδιαίο ωράριο κατά τι μεγαλύτερο από τους εργαζομένους σε μη θορυβώδες περιβάλλον (47.95 έναντι 45.03 ώρες)

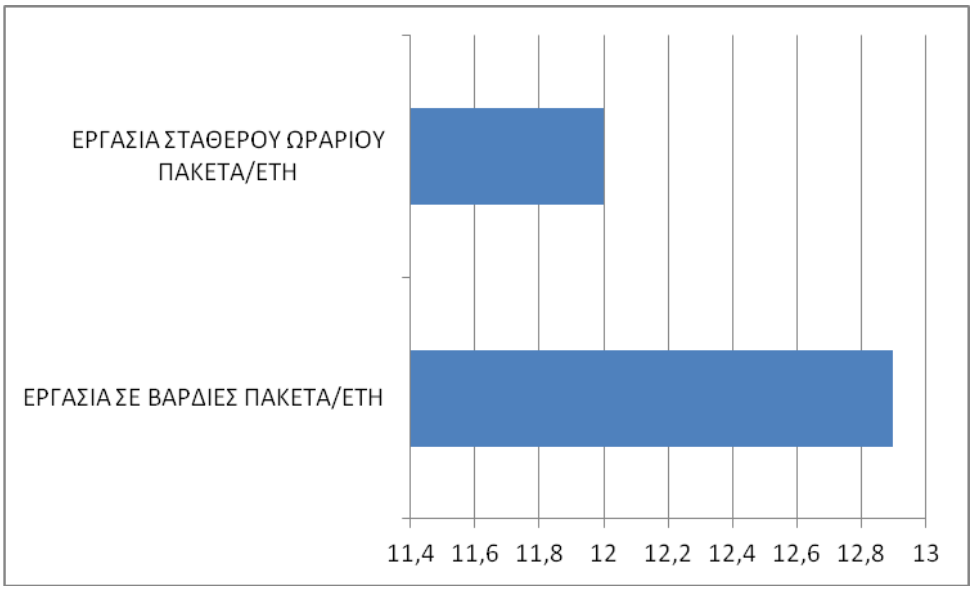


Εικόνα 39. Εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας και περιβάλλον θορύβου.

Σε σχέση με την φύση της εργασίας το 95,2% των εργαζομένων σε θορυβώδες περιβάλλον απασχολείται σε εργασίες αυξημένης σωματικής καταπόνησης (εργασίες που αναλύθηκε πως σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες και λήψης ΜΣΑΦ) παράμετροι των οποίων η επίδραση στην ελκογένεση πιθανόν να δρουν αθροιστικά. Η σχέση εργασίας σε θόρυβο και εργασίας με αυξημένη σωματική καταπόνηση φαίνεται είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.001<0.05$).

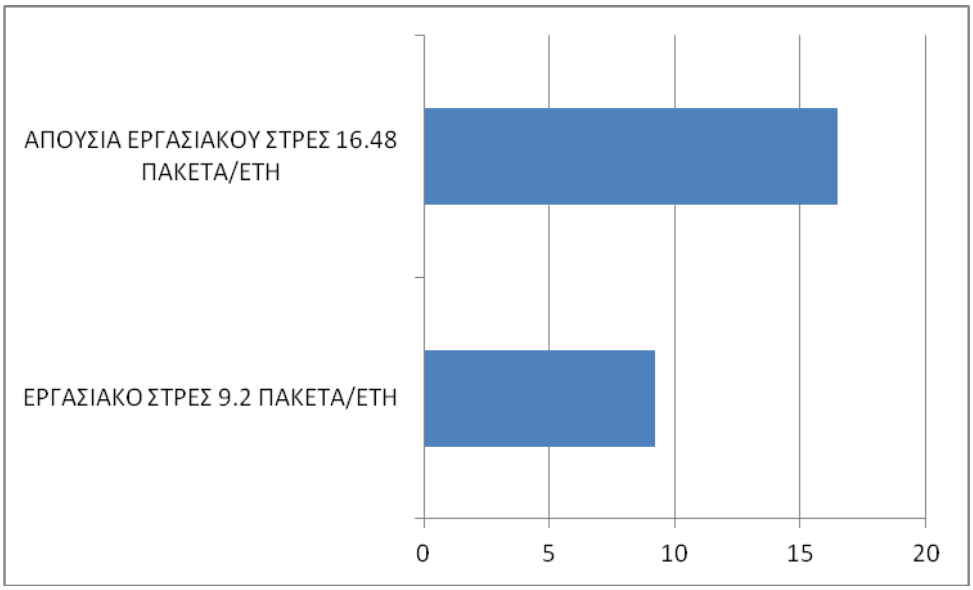
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

Οπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα πρόκλησης γαστρικού έλκους και γαστρίτιδας. Σε σχέση με τους ασθενείς εργαζομένους της έρευνας βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο είχαν εκτεθεί στον παράγοντα κάπνισμα έχοντας κατά μέσο όρο 12.39 πακετοέτη (packyears).
Αν εξετάσουμε τον παράγοντα κάπνισμα σε σχέση με την παράμετρο εργασία σε βάρδιες φαίνεται πως στους εργαζομένους της παρούσας έρευνας η εργασία σε βάρδιες αυξάνει αλλά σε μικρό μόνο βαθμό το κάπνισμα (12.9 έναντι 12 πακέτα/έτη).



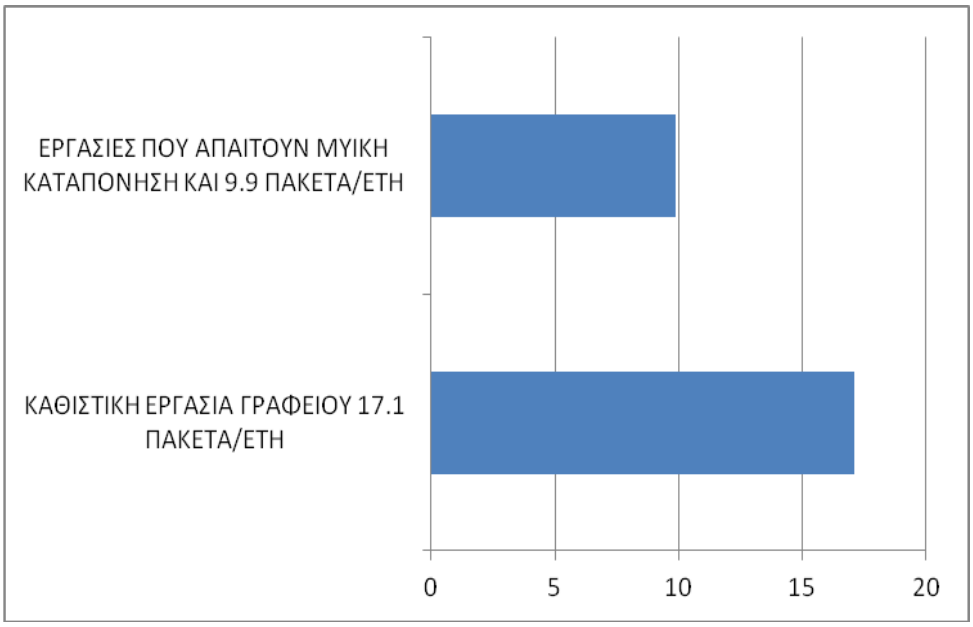
Εικόνα 40. Κάπνισμα και εργασία σε βάρδιες.

Στην παρούσα έρευνα παραδόξως δεν αναδείχθηκε αυξημένη σχέση εργασιακού στρες και καπνίσματος. Μάλιστα καταγράφηκε το παράδοξα σε σχέση με τη βιβλιογραφία, η έκθεση σε κάπνισμα να είναι στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ όσων δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες (16.48 έναντι 9.20 packyears). Αυτό ίσως μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως η ύπαρξη εργασιακού στρες αυξάνει την κλινική οξύτητα των ασθενών με αποτέλεσμα τον περιορισμό του καπνίσματος αποσκοπώντας στην ηπιότερη κλινική εικόνα.



Εικόνα 41. Κάπνισμα και εργασιακό στρες.

Η έρευνα έδειξε πως σε σχέση με τη φύση της εργασίας η καπνιστική συνήθεια είναι αυξημένη μεταξύ όσων εργάζονται σε καθιστικές εργασίες γραφείου σε σχέση με εργασίες που απαιτούν κόπωση και μυϊκή καταπόνηση.

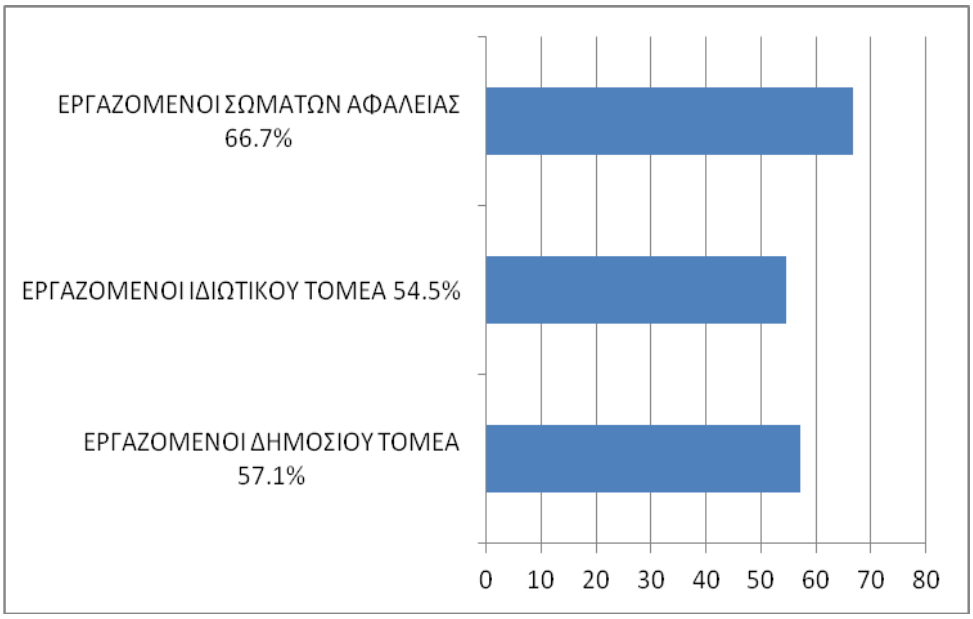


Εικόνα 42. Κάπνισμα και φύση εργασίας.

Το γεγονός ότι το έλκος αποτελεί νόσημα όσων εργάζονται σε εργασίες σωματικής καταπόνησης δείχνει πως για η προαγωγή της ελκογένεσης των εργαζομένων της παρούσας έρευνας οφείλεται σε παραμέτρους όπως η διατροφή και το στρες και λοιπούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και δευτερευόντως στο κάπνισμα.

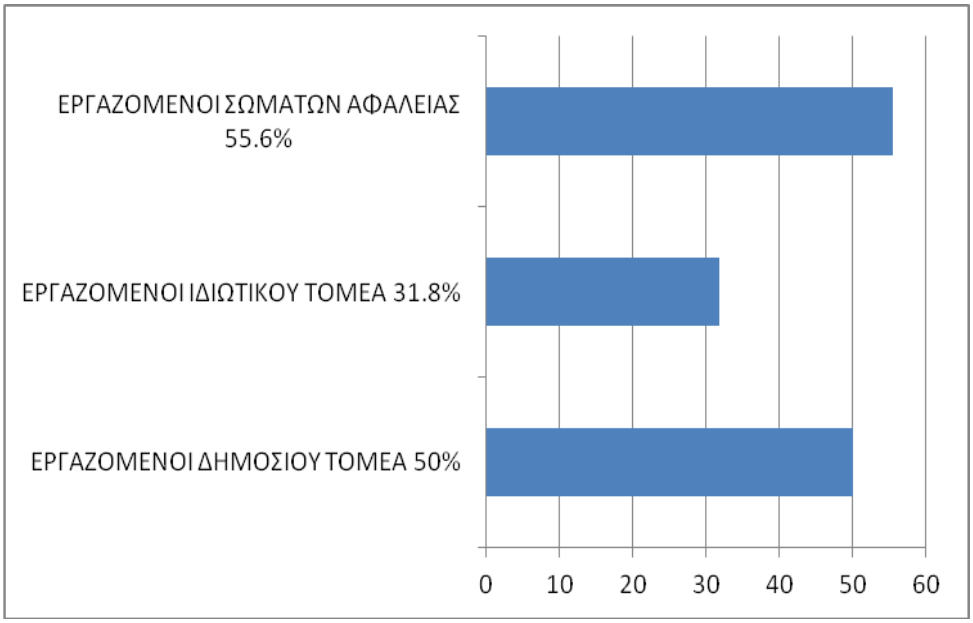
ΔΗΜΟΣΙΟΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΙ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η εργασία στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα πιθανόν αποτελεί παράμετρο που μεταβάλλει το βαθμό έκθεσης σε ορισμένους από τους γενεσιουργούς παράγοντες έλκους ή γαστρίτιδας.
Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων θεωρήθηκε ότι τα σώματα ασφαλείας, λόγω των ιδιαιτεροτήτων τους, αποτελούν διακριτό τομέα του δημοσίου.
Σε σχέση με το εργασιακό στρες φάνηκε πως το 57.1% των υπαλλήλων του δημοσίου, το 54,5% όσων εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και το 66,7% όσων εργάζονται στα σώματα ασφαλείας παρουσιάζουν εργασιακό στρες.



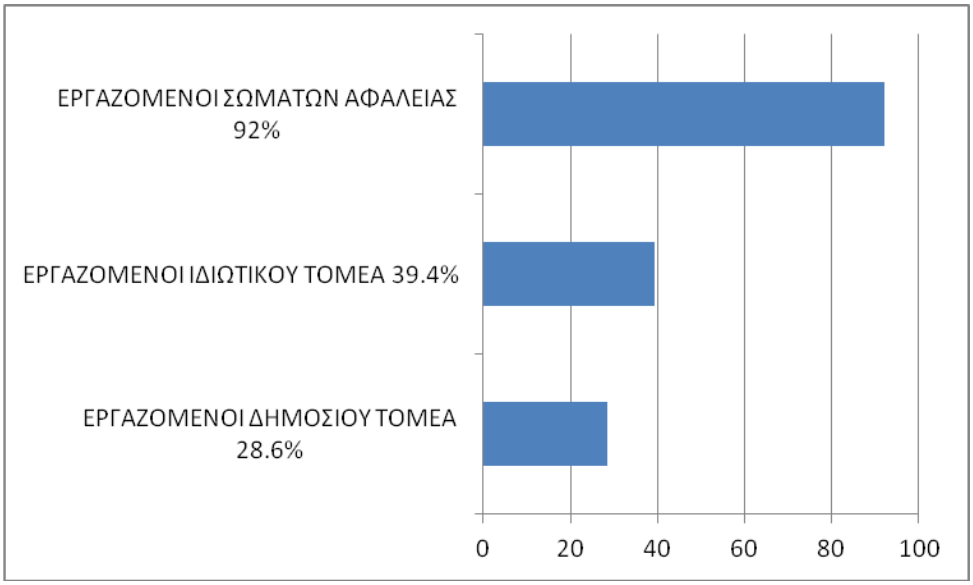
Εικόνα 43. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και στρες.

Σχετικά με τις εντάσεις στο χώρο εργασίες αυτές αναφέρονται στο 50% των εργαζομένων του δημόσιου, στο 31,8% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και στο 55,6% των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας.



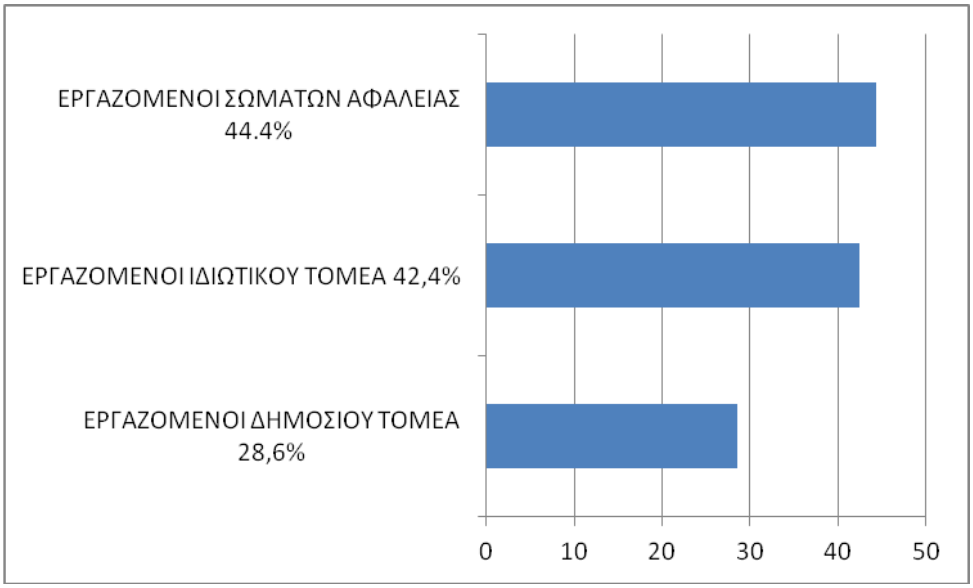
Εικόνα 44. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και εντάσεις.

Σε εργασία σε βάρδιες εργάζεται το 28.6% των εργαζομένων του δημοσίου, το 39.4% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέας και το 92% των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας.



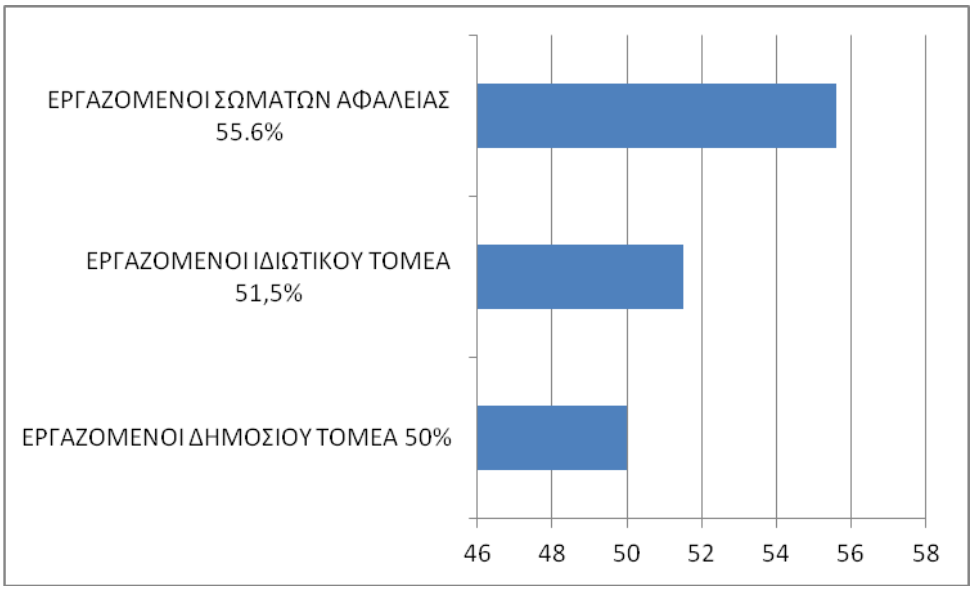
Εικόνα 45. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και εργασία σε βάρδιες.

Σε πρόχειρο - γρήγορο φαγητό πλούσιο σε άλας και καρυκεύματα καταφεύγει το 28.6% των εργαζομένων του δημοσίου, το 42.4% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και το 44.4% των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας.



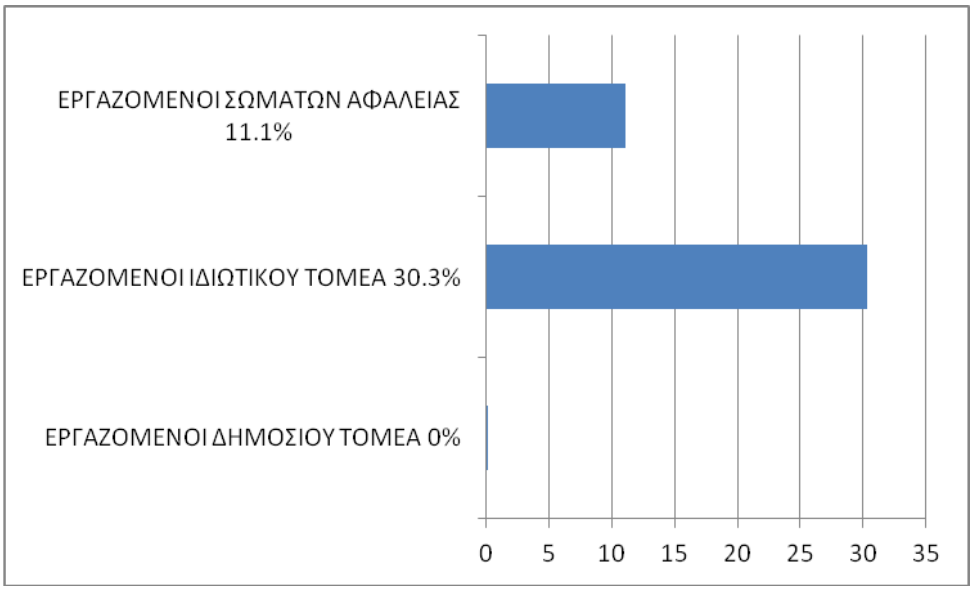
Εικόνα 46. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και διατροφή γρήγορη - πρόχειρη, πλούσια σε άλας και καρυκεύματα.

Σε σχέση με τη λήψη ΜΣΑΦ που αποτελεί έτερο παράγοντα πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας συχνή χρήση κάνει το 50% των εργαζομένων του δημοσίου, το 51.5% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και το 55.6% των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας.



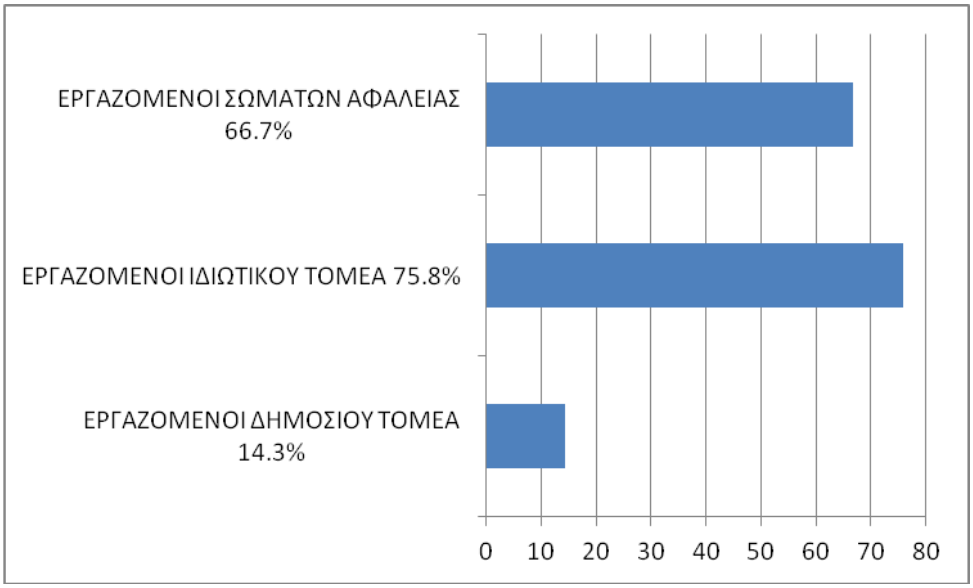
Εικόνα 47. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και λήψη ΜΣΑΦ.

Σε θόρυβο μετρήθηκε πως εκτέθηκαν το 0% των εργαζομένων του δημοσίου τομέα, το 30.3% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και το 11.1% όσων εργάζονται στα σώματα ασφαλείας.



Εικόνα 48. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και θόρυβος.

Τέλος σε συνθήκες εργασίας που απαιτούν αυξημένη σωματική καταπόνηση φαίνεται πως εργάζεται το 14.3% των εργαζομένων του δημοσίου τομέα, το 75.8% των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και το 66.7% των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας.



Εικόνα 49. Δημόσιο, Ιδιωτικός Τομέας, Σώματα Ασφαλείας και σωματική καταπόνηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης των εργασιακών συνθηκών των ασθενών με έλκος ή γαστρίτιδα αναδεικνύουν μια μεταβαλλόμενη σχέση έκθεσης των εργαζομένων σε παράγοντες που αποδεδειγμένα (όπως διεξοδικά παρουσιάσθηκε στο γενικό μέρος) η οποία ρυθμίζεται βάση της φύσης της εργασίας και των εργασιακών συνθηκών,

Όπως ήταν αναμενόμενο για ασθενείς νοσούντες από γαστρίτιδα ή έλκος υπήρξε σοβαρού βαθμού κατανάλωση ΜΣΑΦ (σε ποσοστό 51.7%) των συμμετεχόντων, εξαιρετικής σημασίας είναι η παρατήρηση πως ταυτόσημο ποσοστό ανέφερε πως κατά τη διάρκεια της εργασίας του αισθάνεται επίμονες κεφαλαλγίες ή μυοσκελετικά άλγη που οδηγούν τελικά στην κατάχρηση ΜΣΑΦ. Σχετικά με την επικράτηση της συχνής λήψης ΜΣΑΦ από γυναίκες αυτό δύναται να εξηγηθεί από το ότι πιθανόν οι εργασίες που απαιτούν αυξημένη σωματική καταπόνηση και βρέθηκε πως σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα χρήσης ΜΣΑΦ δημιουργούν στο πιο ευάλωτο από πλευράς καταπόνησης γυναικείο φύλο μυοσκελετικά ενοχλήματα ή οσφυαλγία σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Η εξαρτώμενη από την εργασία συχνότητα χρήσης των ΜΣΑΦ φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με παραμέτρους της φύσης της εργασίας και όχι τόσο με τη χρονική διάρκειά της. Πιο συγκεκριμένα αυξημένη παρουσιάζεται η συχνότητα λήψης ΜΣΑΦ σε όσους ασχολούνται με βαριά - εργώδη επαγγέλματα που οδηγούν σε σωματική καταπόνηση (στην ομάδα των εργαζομένων που απασχολούνται σε εργασίες που οδηγούν σε μυική καταπόνηση παρατηρείται ποσοστό συχνής χρήσης ΜΣΑΦ 62.1%. Σε όσους απασχολούνται σε καθιστικές εργασίες γραφείου το ποσοστό συχνής χρήσης ΜΣΑΦ ανέρχεται σε 32.3%) ενώ επίσης η σχέση εργασίας εργοδοτουμένου οδηγεί σε συχνότερη χρήση ΜΣΑΦ.Αυτό μπορεί να αποδοθεί στα υψηλότερα επίπεδα στρες που δημιουργεί η φύση της εργασιακής σχέσης εργοδοτούμενου-εργοδότη αλλά και στην έκθεση των εργοδοτουμένων σε υψηλότερο βαθμό σωματικής καταπόνησης.

Η εργασία σε βάρδιες τέλος δεν φαίνεται να δημιουργεί τις συνθήκες εκείνες που οδηγούν στην κατάχρηση ΜΣΑΦ ενώ αντιθέτως οι εργαζόμνοι που βιώνουν εργασιακό στρες εμφανίζουν συχνότερη χρήση ΜΣΑΦ (σε ποσοστό 58% έναντι 43.6% δηλώνουν πως δεν αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες) γεγονός εύλογο αν συνεκτιμηθεί πω η ψυχική ένταση μπορεί και δημιουργεί ενοχλήματα που κυμαίνονται από κοπωση και κεφαλαλγίες έως και σωματοποίηση.

Το γεγονός ότι η κακή-πρόχειρη διατροφή οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά γαστρίτιδας και πεπτικού έλκος επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα, καθώς μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ασθενών εργαζομένηων της έρευνας καταφεύγει στη λύση της γρήγορης - πρόχειρης διατροφής πλούσιας σε άλας και καρυκεύματα (40.4%). Ως αναμένετο η έκθεση στον παράγοντα πρόχειρη διατροφή αφοράπρώτιστα τον ανδρικό πληθυσμό.

Εργασιακή παράμετρο καθορίζουσα την έκθεση σε «κακή» διατροφή αποτελέι το αν κανείς εργάζεται σε εργασία βάρδιας (το 55,6% όσων εργάζονται σε βάρδιες καταναλώνουν συχνά πρόχειρο φαγητό πλούσιο σε άλας το ποσοστό αυτό σε εργαζομένους που δεν εργάζονται σε εργασία βάρδιας ανέρχεται σε 35,8%). Η επικράτηση της πρόχειρης - γρήγορης διατροφής σε όσους εργάζονται σε καθεστώς βαρδιών δύναται να αποδοθεί στον περιορισμένο χρόνο που εργαζόμενοι αυτού του τύπου αφιερώνουν στην παρασκευή των γευμάτων όσο και στο ακαθόριστο ωράριο εργασίας που διαταράσσει την αλληλουχία των γευμάτων. Εξάλλου σε σχέση με τη φυσική καταπόνηση τα αποτελέσματα έδειξαν πως αυτή συνδέεται με καταφυγή σε πρόχειρη - γρήγορη διατροφή (το 66,7% όσων καταναλώνουν συχνά πρόχειρο - γρήγορο φαγητό εργάζονται σε εργασίες με αυξημένη φυσική καταπόνηση και το 33.3% απασχολέιται σε καθιστικές εργασίες και εργασίες γραφείου) και οι πλείστες των εργασιών βάρδιας αποτελούν εργασίες σχετιζόμενες με σωματική καταπόνηση. Τέλος η παράμετρος εργασικό στρες φάνηκε πως σχετίζεται σε μεγόλο βαθμό με την υιοθέτηση της πρόχειρης - γρήγορης διατροφής.

Με δεδομένο τον ρόλο του εργασικού στρες και του στρες γενικότερα στη διαδικασία πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας δεν εκπλήσσει το υψηλό ποσοστό

όσων αντιμετωπίζουν στρες στο χώρο εργασίας μεταξύ των πασχόντων από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένων της έρευνας (66.3%). Εργασιακές παράμετροι που απαντώνται συχνά στους αντιμετωπίζοντες εργασιακό στρες και που πιθανότατα αποτελούν γενεσιουργά αίτιά του αποτελούν η ύπαρξη αυξημένων αρμοδιοτήτων με ταυτόχρονη ελλιπή παροχή μέσων επιτέλεσης της εργασίας, η παρουσία εντάσεων και συγκρούσεων στο χώρο εργασίας,η μειωμένη άντλησης εργασικής ικανοποίησης από την εργασία (όσοι δηλώνουν πως στο εργασιακό τους περιβόλλον υπάρχουν οι προαναφερθέντες προκλητικοί του στρες παράγοντες αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες σε ποσοστό άνω του 80%) όπως και η αναντιστοιχία αντικειμένου σπουδών και αντικειμένου απασχόλησης (60% όσων ακολουθούν επάγγελμα μη σχετιζόμενο με το αντικείμενο σπουδών αντιμετωπίζει εργασιακό στρες).

Το στρες που αποτελεί παράμετρο πρόκλησης νοσηρότητας από γαστρίτιδα ή έλκος σχετίζεται και επηρεάζεται από τη φύση της εργασίας. Ετσι βρέθηκε πως αναπτύσσουν υψηλότερα ποσοστά στρες όσοι εργάζονται ως εργοδοτούμενοι (δεν είναι δηλαδή αυτοαπασχολούμενοι ή εργοδότες),όσοι απασχολούνται σε εργασίες που οδηγούν σε σωματική καταπόνηση,(αναπτύσσουν στρες σε ποσοστό 62.1% ενώ όσοι απασχολούνται σε καθιστικές εργασίες γραφείου σε ποσοστό 45.2%), καθώς και όσοι απασχολούνατι σε καθεστώς βαρδιών (το 66.7% όσων απασχολούνατι σε εργασία βάρδιας υποφέρει από εργασιακό στρες έναντι του 48% όσων απασχολούνται σε εργασίες σταθερού ωραρίου).

Το εργασιακό στρες δεν φάνηκε πως οδηγεί σε στατιστικά σημαντική έκθεση των εργαζομένων σε πρόχειρη πλούσια σε μπαχαρικά και καρυκεύματα γρήγορη διατροφή στον αντίποδα όμως φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση του στρες στο χώρο εργασίας με κεφαλαλγίες και μυοσκελετικά άλγη που οδηγούν στη χρήση ΜΣΑΦ που ως γνωστό αποτελούν παράγοντες πρόκλησης γαστρίτιδας και έλκους (το 58% των εργαζομένων που εμφανίζουν εργασιακό στρες εμφανίζει κεφαλαλγίες ή μυοσκελετικά άλγη που οδηγούν στην αυξημένη λήψη ΜΣΑΦ).

Η έρευνα έδειξε πως η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σημαντική παράμετρο πρόκλησης γαστρεντερικής νοσηρότητας που αφορά πια τόσο άνδρες όσο και γυναίκες εργαζομένους. Δεν είναι τυχαίο πως το δείγμα των νοσούντων από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένων της έρευνας παρουσιάζει αξιοσημείωτο ποσοστό εργαζομένων βάρδιας (43.8%). Οι εργαζόμενοι σε βάρδιες φαίνεται πως αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά εργασιακού στρες (66.7%) που αποδίδεται κυρίως στην ύπαρξη αυξημένων αρμοδιοτήτων και μειωμένων διαθέσιμων πόρων στην εργασία όσο και στην ύπαρξη εντάσεων και συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. Πέρα από το στρες όπως προαναφέρθηκε υπάρχει σχέση της εργασίας σε βάρδιες με άλλους παράγοντα πρόκλησης έλκους ή γαστρίτιδας όπως η καταφυγή σε πρόχειρη - γρήγορη διατροφή, ενώ ησχέση της με πρόκληση μυοσκελετικών αλγών ή κεφαλαλγιών που οδηγούν στη λήψη ΜΣΑΦ φαίνεται πως δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σχετικά με το θόρυβο που όπως αναλύθηκε διεξοδικά στο γενικό μέρος της έρευνας αποτελεί παράμετρο πρόκλησης γαστρίτιδας ή έλκους ένα διακριτό ποσοστό των ασθενών από γαστρίτιδα ή έλκος εργαζομένων της έρευνας εκτίθεται σε επαγγελματικό θόρυβο.Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως ο θόρυβος οδηγεί σε γαστρεντερική νοσηρότητα άμεσα ή έμμεσα μέσω της πρόκλησης εργασιακού στρες αλλά και κεφαλγιών που πιθανώς οδηγούν στην αυξημένη λήψη ΜΣΑΦ. Η παρούσα έρευνα δείχνει πως το 57.1% όσων εργάζονται σε περιβάλλον αυξημένου θορύβου δηλώνει πως κάνει συχνή χρήση ΜΣΑΦ. Ποσοστό μεγαλύτερο μεν αλλά όχι στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με το 50% όσων κάνουν συχνή χρήση ΜΣΑΦ παρότι δεν εργάζονται σε περιβάλλον αυξημένου θορύβου. Σε σχέση δε με το εργασιακό στρες η παρούσα μελέτη δείχνει πως ο θόρυβος οδηγεί σε υψηλά ποσοστά εμφάνισης εργασιακού στρες τους εργαζομένους που εκτίθενται σε αυτόν (76,2%) επηρεάζοντας κυρίως την ποιότητα της εργασιακής καθημερινότητας και οδηγώντας σε χαμηλά ποσοστά άντλησης εργασιακής ικανοποίησης.

Σε σχέση με το κάπνισμα που αποτελεί αποδεδειγμένο παράγοντα πρόκλησης έλκους και γαστρίτιδας, έχει ενδιαφέρον πως η έρευνα σε αντιδιαστολή με άλλες δημοσιευμένες μελέτες έδειξε πως εκτίθενται περισσότερο σε κάπνισμα οι μη έχοντες εργασιακό στρες, η εργασία σε βάρδιες συντελεί σε ήπια αύξηση της καπνιστικής συνήθειας και η τελευταία συνδέεται με εργασίες των οποίων η φύση είναι καθιστική και δεν περιέχουν έντονη κόπωση ή μυϊκή καταπόνηση.

Τέλος επιχειρήθηκε μια εκτίμηση της έκθεσης σε παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου σε σχέση με το καθεστώς εργασίας δηλαδή με το αν οι συμμετέχοντες εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο τομέα ή στα σώματα ασφαλείας. Ενδιαφέρον παρουσίαζε το υψηλό ποσοστό εργασιακού στρες μεταξύ των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας (66.7%). Το ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό εργασιακού στρες που παρατηρείται στους εργαζόμενους του ιδιωτικού σε σχέση με αυτούς του δημόσιου τομέα (57.1% έναντι 54.5%) παρότι οι συνθήκες εργασίας στου δημοσίου θεωρούνται λιγότερο στρεσογόνες ίσως εξηγείται από το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης εντάσεων και συγκρούσεων που παρατηρήθηκε στο περιβάλλον εργασίας των δημοσίων υπαλλήλων.

Σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες που όπως παρατηρήθηκε επιδρά καθοριστικά στην πρόκληση γαστρεντερικής νοσηρότητας φαίνεται πως αποτελεί σύνηθες φαινόμενο μεταξύ των εργαζομένων των σωμάτων ασφαλείας (92%), ενώ αφορά σε μεγαλύτερη έκταση τους εργαζομένους του ιδιωτικού (39.4%) σε σχέση με εκείνους του δημοσίου τομέα (28,6%)

Η έκθεση στον παράγοντα κακή - γρήγορη διατροφή αφορά πρώτιστα τους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα και των σωμάτων ασφαλείας (44.4% και 42.4% αντιστοίχως) και λιγότερο τους εργαζομένους του δημόσιου τομέα (28.6%). Πιθανώς αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι του δημοσίου τομές έχουν συχνά διαθέσιμο για γεύματα και προετοιμασία γευμάτων καθώς

εργάζονται σε περισσότερο σταθερό πρωινό ωράριο και όχι σε ακαθόριστη χρονικά εργασία βαρδιών.
Τέλος, ο θόρυβος ως παράγοντας έκθεσης που δύναται να προκαλέσει γαστρεντερική νοσηρότητα αφορά κύρια τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα (30.3%) στατιστικώς σημαντικά λιγότερο τους εργαζομένους των σωμάτων ασφαλείας (11.1%) και σχεδόν καθόλου τους εργαζόμενους του δημοσίου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη φιλοδοξεί να ερευνήσει τη σχέση της εργασίας και της επίδρασής της στη διαδικασία πρόκλησης νόσων του πεπτικού όπως η γαστρίτιδα και το πεπτικό έλκος, Από την παράθεση των αποτελεσμάτων είναι εμφανές όπως η έκθεση σε παράγοντες στρες, η ποιότητα της διατροφής, η εργασία σε βάρδιες, το αλκοόλ το κάπνισμα, μεταβάλλονται αναλόγως της φύσης της εργασίας κατά τρόπο που οι συνθήκες εργασίας αποκτούν καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση έλκους και γαστρίτιδας.
Πλήθος μελετών μεταξύ των οποίων και οι μελέτες των *Kim* et al και *Hahm* et al αποδεικνύουν τη σχέση του εργασιακού στρες με την πρόκληση γαστρίτιδας και έλκους. Σε σχέση με τη σχέση του εργασιακού στρες με την υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών προτύπων, στην καταφυγή σε γρήγορη - πρόχειρη διατροφή (πλούσια σε άλας και καρυκεύματα, διατροφικών παραγόντων που οδηγούν στην πρόκληση γαστρίτιδας και έλκους) τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης σε ασθενείς νοσούντες από έλκος ή γαστρίτιδα επιβεβαιώνει τις παρατηρήσεις του Καθηγητή κ. *Γ. Τούντα,* καταγραφές που δείχνουν ότι η εργασία (δηλαδή πώς το μακροχρόνιο στρες και ειδικότερα το εργασιακό άγχος) αυξάνει την έκθεση σε αποδεδειγμένους παράγοντες πρόκλησης γαστρίτιδας και έλκους.
Η έρευνα αναδεικνύει ως σημαντικοί παράμετροι της εργασιακής καθημερινότητας όπως η αυξημένες αρμοδιότητες σε συνδυασμό με την ελλιπή παροχή διαθέσιμων μέσων, η ύπαρξη εντάσεων και συγκρούσεων στο χώρο εργασίας, η μειωμένη αίσθηση άντλησης εργασιακής ικανοποίησης αλλά και η διάσταση μεταξύ αντικειμένου σπουδών και του αντικειμένου εργασίας (γεγονός που λόγω των υφεσιακών συνθηκών και του μεγέθους της ανεργίας συναντάται πια σε μεγάλη συχνότητα) αυξάνουν την έκθεση στον παράγοντα εργασιακό στρες που με τη σειρά του οδηγεί στη πρόκληση νοσηρότητας από πεπτικό έλκος και γαστρίτιδα.
Η έρευνα δείχνει πως ακόμη και η φύση της εργασίας δύναται να επηρεάσει την έκταση της έκθεσης σε εργασιακό στρες καθώς φαίνεται πως οι εργασίες που σχετίζονται με σωματική καταπόνηση αλλά και η υπαλληλική σχέση εργοδοτούμενου οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά εργασιακού στρες.
Ως προς την κοινωνικοοικονομική τάξη αλλά και τη φύση της εργασίας φαίνεται η παρούσα έρευνα ενισχύει τα συμπεράσματα άλλων μελετών όπως αυτής των *Levenstein* et al που υποστηρίζει πως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδα

αλλά και η εργασία που οδηγεί σε αυξημένη σωματική καταπόνηση (blue collar job) σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους.
Η έκταση του φαινομένου του εργασιακού στρες στους χώρους εργασίας του σήμερα αλλά και το εύρος των αρνητικών επιπτώσεών του οι οποίες συμπεριλαμβάνουν σαφώς και την αυξημένη επίπτωση γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους απαιτούν στρατηγικές ολιστικής αντιμετώπισής του όπως τις παρουσιάσει και τις συνιστά ο Ευρωπαϊκός οργανισμός για την Υγιεινή και την Ασφάλεια της εργασίας.
Σε σχέση με τη σχέση διατροφής και εργασίας έχει παρατηρηθεί πως η εργασία αποτελεί παράγοντα έκθεση σε γρήγορη - πρόχειρη διατροφή πλούσια σε μπαχαρικά και καρυκεύματα, διατροφή δηλαδή που οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά πρόκλησης γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους. Η παρούσα μελέτη ευθυγραμμίζεται με συμπεράσματα άλλων παλαιότερων δημοσιευμένων μελετών όπως αυτές των *Abe* et al, *Roos* et al και *Potocka* et al που δείχνουν πως η πολύωρη εργασία οδηγεί στην υιοθέτηση λανθασμένων διαιτητικών προτύπων.
Παράμετροι που πιθανώς οδηγούν τους εργαζομένους στην καταφυγή σε διατροφικές επιλογές πρόχειρου - γρήγορου φαγητού είναι η πολύωρη απουσία από το σπίτι, η έλλειψη χρόνου για προετοιμασία γευμάτων, η ύπαρξη του εργασιακού στρες ως αυτόνομης εργασιακής παραμέτρου που οδηγεί σε υποεκτίμηση της αξίας της ισορροπημένης διατροφής. Πάντως και στην παρούσα έρευνα όπως και στη μελέτη των *Roos* et al επιβεβαιώνεται πως η έκθεση στον παράγοντα «κακή διατροφή» είναι συχνότερη στους άνδρες εξαιτίας μιας σειράς αιτιών μεταξύ των οποίων η μεγαλύτερη εξοικείωσή τους στη μαγειρική, η απασχόλησή τους σε συνήθως σε διαφορετικής φύσης εργασίες σε σχέση με τους άνδρες, αλλά και η αυξημένη ευαισθητοποίησή τους γύρω από θέματα υγιεινής διατροφής και η σαφέστερη τάση για εναρμόνιση με κοινωνικά πρότυπα.
Τα αποτελέσματα της μελέτης εναρμονίζονται με την υπάρχουσα βιβλιογραφία σε σχέση με το ότι η εργασία σε βάρδιες οδηγεί σε αυξημένη κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε μπαχαρικά και καρυκεύματα αλλά σε σχέση με το εργασιακό στρες δείχνει πως αυτό συντελεί μεν αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με άλλες μελέτες όπως π.χ. αυτής των *Potocka* et al στην υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών συνηθειών.
Βασικό αιτιολογικό παράγοντα του πεπτικού έλκους και της γαστρίτιδας αποτελεί η αυξημένη κατανάλωση ΜΣΑΦ. Η παρούσα έρευνα δείχνει πως η αυξημένη κατανάλωση ΜΣΑΦ σχετίζεται με εργασιακές παραμέτρους όπως οι κεφαλαλγίες και τα μυοσκελετικά άλγη που αισθάνεται κανείς κατά τη διάρκεια εκτέλεσης της εργασίας του (σχετίζονται με την ένταση της εργασίας και τη σωματική καταπόνηση που αυτή δημιουργεί αλλά και με το εργασιακό στρες).
Δημοσιευμένες μελέτης συνδέουν την κεφαλαλγία, την οσφυαλγία και τα μυοσκελετικά άλγη(που αποτελούν αίτια λήψης ΜΣΑΦ) με την εργασία. Για την κεφαλαλγία τέτοιες μελέτες είναι των *Christensen* et al, *Stewart* et al, *Kessleret* et

al, *Vinding* et al, *Gretchen* et al. Μελέτες που συνδέουν την οσφυαλγία και τα μυοσκελετικά άλγη με την εργασία είναι αυτές των *Hoogendoorn* et al, *Hoogendoorn* et al, *Frymoyer* et al, *Skovron* et al, *Garg* et al, *Spyropoulos, Alperovitch - Najenson, Chen* et al, *Lings* et al, *Bovenzi* et al, *Wahlström* et al και *Ostergren* et al.

Οι πλείστες των μελετών συνδέουν την εμφάνιση κεφαλαλγιών αλλά και μυοσκελετικών αλγών με την εργασία που περιέχει σωματική καταπόνηση, άρση βάρους, δονήσεις περιστροφές του σώματος. Αυτό έρχεται σε συνάφεια με την παρούσα μελέτη η οποία διεξήχθη σε ασθενείς από έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένους και δείχνει πως η ύπαρξη κεφαλαλγιών και μυοσκελετικών αλγών στην εργασία, εμφανίζεται εξαιρετικά συχνότερα σε εργασίες όπου απαιτείται αυξημένη σωματική καταπόνηση όπου η εργασιακή σχέση είναι υπαλληλική(συνηθέστερη εμφάνιση σε σχέση με αυτοαπασχολούμενους εργοδότες). Η ύπαρξη αλγών στο χώρο εργασίας σε σχέση με τη φύση της εργασίας είναι ίσως ακόμη μια παράμετρος που εξηγεί γιατί το έλκος και η γαστρίτιδα είναι συχνότερες στους εργαζομένους αυτού του τύπου (blue collar job) όπως προκύπτει από τη μελέτη των *Levenstein* et al.

Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί καταγεγραμμένο στη διεθνή βιβλιογραφία παράγοντα που οδηγεί στην πρόκληση γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους. Η εκκριτική λειτουργία του γαστρεντερικού φαίνεται ως επηρεάζεται από κιρκάδιους ρυθμούς μάλιστα σε ασθενείς εργαζομένους σε καθεστώς βάρδιας έχουν αυξημένα επίπεδα γαστρίνης και πεψινογόνου στο αίμα. Ακόμη οι εργαζόμενοι που εργάζονται σε βάρδιες εμφανίζονται περισσότερο ευπρόσβλητοι από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ενώ σε όσους εργάζονται σε καθεστώς βάρδιας όπως ήδη παρουσιάσθηκε διεξοδικά στο γενικό μέρος της έρευνας ατονούν οι λεγόμενοι βλεννογονοπροστατευτικοί μηχανισμοί που αποτρέπουν την εμφάνιση γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους.

Σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία η ανάδειξη του γεγονότος πως υψηλό ποσοστό των ασθενών από πεπτικό έλκος ή γαστρίτιδα εργαζομένων της έρευνας απασχολείτο σε εργασία βάρδιας συνάδει με τα αποτελέσματα παλαιότερων δημοσιευμένων μελετών που αναδεικνύουν την εργασία βάρδιας ως μια καθοριστική παράμετρο ανάπτυξης έλκους ή γαστρίτιδας. Τέτοιου τύπου είναι οι μελέτες των *Segawa* et al και *Pietroiusti.*

Επιπρόσθετα η έρευνα ανέδειξε τη σχέση της εργασίας σε βάρδιες με την ανάπτυξη εργασιακού στρες, (έτερη παράμετρο πρόκλησης γαστρίτιδας και έλκους). Το υψηλό επίπεδο στρες που παρατηρείται σε εργαζομένους βαρδιών είναι ανάλογο με αυτό που παρατηρήθηκε σε άλλες δημοσιευμένες μελέτες όπως αυτές των *Akerstedt* et al, *Harrington* et al, *Claudia* et al, *Guy Van Gyes* et al και *Coffey* et al.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η εργασία σε βάρδιες οδηγεί τους εργαζομένους σε συχνότερη κατανάλωση πρόχειρων - γρήγορων γευμάτων, πλούσιων σε άλας και καρυκεύματα, διατροφικά συστατικά που οδηγούν στην

πρόκληση γαστρίτιδας και έλκους. Μελέτες όπως αυτές των *Knutsson* et al, *Lowden* et al, *Atkinson* et al επιβεβαιώνουν την τάση των εργαζομένων βάρδιας να προσφεύγουν σε πρόχειρη - γρήγορη διατροφή. Δεν πρέπει τέλος να παραγνωρίζεται πως οι εργασίες βαρδιών αποτελούν εργασίες που απαιτούν αυξημένη σωματική καταπόνηση και η εργασιακή σχέση που τις διέπει αποτελεί υπαλληλική σχέση εργασιακές σχέσεις παράγοντες που όπως αναφέρθηκε ήδη συντελούν στην εμφάνιση γαστρίτιδας και πεπτικού έλκους.

Σχετικά με τον εργασιακό θόρυβο και το μηχανισμό πρόκλησης πεπτικού έλκους ή γαστρίτιδας έχει αναφερθεί πως αυτό δύναται να συμβεί με τρόπο άμεσο καθώς η έκθεση σε θόρυβο φαίνεται πως επηρεάζει την έκκριση γαστρίνης, ενδοθηλίνης και νιτρικού οξειδίου όσο και έμμεσα μέσω της αυξητικής επίδρασης του θορύβου σε άλλους ελκογόνους εργασιακούς παράγοντες με προεξάρχοντα το εργασιακό στρες.

Η έρευνα έδειξε πως η παρουσία θορύβους στο χώρο εργασίας σχετίζεται με αυξημένη παρουσία εργασιακού στρες γεγονός που εξάλλου έχει περιγραφεί τόσο στο σχετικό με την Ιατρική της Εργασίας εκπαιδευτικό σύγγραμμα του Καθηγητή κ. *Ε. Βελονάκη,* όσο και στα σχετικά έντυπα του *Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Υγιεινή και την Ασφάλεια της Εργασίας.* Για την παρούσα έρευνα καθοριστική παράμετρο για την πρόκληση εργασιακού στρες αποτελεί η υποκειμενική έλλειψη του αισθήματος της εργασιακής ικανοποίησης από πλευράς των εργαζομένων. Τέλος σε σχέση με το θόρυβο σε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτισή του με κεφαλαλγίες ή μυοσκελετικά άλγη που οδηγούν στη συχνή λήψη σκευασμάτων ΜΣΑΦ.

Σε σχέση με την επικράτηση του καπνίσματος μεταξύ όσων αντιμετωπίζουν εργασιακό στρες και τη γενικότερη σύνδεση άγχους καπνίσματος όπως αυτή έχει καταγραφεί σε πλήθος μελετών(ενδεικτικές αυτές των *Caplan* et al, *Kouvonen* et al, *Radi* et al και οι *Eriksen* et al. Η παρούσα μελέτη δεν ανέδειξε αυξημένη σχέση καπνίσματος εργασιακού στρες. Πιθανώς αυτό αποδίδεται στο γεγονός πως οι πάσχοντες από εργασιακό στρες παρουσιάζουν επιδείνωση της κλινικής εικόνας της πάθησής τους, γεγονός που οδηγεί σε μείωση της έκθεσης στο κάπνισμα (έτερης παραμέτρου που οδηγεί σε επιδείνωση της κλινικής εικόνας).

Σε σχέση με την εργασία σε βάρδιες, η οποία έχει συνδεθεί με αυξημένη έκθεση σε κάπνισμα στις μελέτες των van *Amelsvoort* et al και *Knutsson* et al, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ελαφρά αύξηση της έκθεσης στο κάπνισμα μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες. Η καθοριστική παράμετρος της έκθεσης σε κάπνισμα κατά την παρούσα μελέτη φάνηκε πως ήταν η φύση της εργασίας με τους απασχολούμενους σε καθιστικές εργασίες να παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντικά αυξημένη έκθεση έναντι όσων εργάζονται σε θέσεις εργασίας που περιέχουν φυσική άσκηση και μυϊκή καταπόνηση (17.1 έναντι 9.9 πακέτα έτη).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Mynatt RP, Davis GA, Romanelli F.** Peptic ulcer disease: clinically relevant causes and treatments. *Orthopedics.* 2009 Feb;32(2):104.

2. **Heiner Greten.** Εσωτερική Παθολογία

3. **Dixon MF.** Pathology of gastritis and peptic ulceration. In: MobleyHLT, Mendz GL, Hazell SL, eds. Helicobacter pylori: physiology and genetics. Washington, D.C.: *ASM Press,* 2001:459-69.

4. **Malfertheiner P, Bayerdorffer E, Diete U,** et al. The GU-MACH study:the effect of 1-week omeprazole triple therapy on Helicobacter pylori infection in patients with gastric ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:703-12

5. **Anand BS.Graham DY.**Ulcer and gastritis. *Endoscopy.* 1999;31:215-25

6. **Rugge M, Pennelli G, Pilozzi E, Fassan M, Ingravallo G, Russo VM, Di Mario F.** Gastritis: the histology report. *Dig Liver Dis.* 2011 Mar;43 Suppl 4:S373-84.

7. **Fontana D.** Άγχος και η αντιμετώπισή του. Επιμέλεια: Δέγλερης Ν. *Εκδ. Ελληνικά Γράμματα,* Αθήνα, 1993

8. **Yamanaka K, Miyatani H, Yoshida Y, Asabe S, Yoshida T, Nakano M, Obara S, Endo H** Hemorrhagic gastric and duodenal ulcers after the Great East Japan Earthquake Disaster *World J Gastroenterol.* 2013 Nov 14;19(42):7426-32

9. **Guo G, Jia KR, Shi Y, Liu XF, Liu KY, Qi W, Guo Y, Zhang WJ, Wang T, Xiao B, Zou QM** Psychological stress enhances the colonization of the stomach by Helicobacter pylori in the BALB/c mouse. *Stress.* 2009 Nov;12(6):478-85.

10. **Kim YH, Lee JH, Lee SS, Cho EY, Oh YL, Son HJ, Rhee PL, Kim JJ, Koh KC, Paik SW, Rhee JC, Choi KW** Long-term stress and Helicobacter pylori infection independently induce gastric mucosal lesions in C57BL/6 mice. *Scand J Gastroenterol.* 2002 Nov;37(11):1259-64.

11. **Hahm KB, Kim DH, Lee KM, Lee JS, Surh YJ, Kim YB, Yoo BM, Kim JH, Joo HJ, Cho YK, Nam KT, Cho SW.** Effect of long-term administration of rebamipide on Helicobacter pylori infection in mice *Aliment Pharmacol Ther.* 2003 Jul;18 Suppl 1:24-38.

12. **Τούντας, Γ.,** (2011), Κοινωνία και υγεία. *Εκδ. Οδυσσέας, Νέα Υγεία.* Αθήνα

13. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία,** 2013. Πανευρωπαϊκή δημοσκόπηση για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία, 21 Μαρτίου 2013.

14. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία,** 2010. Ευρωπαϊκή έρευνα για τις επιχειρήσεις σχετικά με τους νέους και τους αναδυόμενους κινδύνους (ESENER).

15. **Health and Safety Executive,** 2007. The Suitability of HSE's Risk Assessment Process and Management Standards for Use in SMEs.

16. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία.** Διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία

17. **Health and Safety Executive,** Statistics 2009-2010.

18. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία,** 2000. Έρευνα σχετικά με το εργασιακό άγχος

19. **Ευρωπαϊκή Κοινότητα,** 2010. Υγεία και ασφάλεια στον χώρο εργασίας στην Ευρώπη (1999-2007): Μια στατιστική καταγραφή. *Εκδ. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης,* Λουξεμβούργο

20. **Ευρωπαϊκή Κοινότητα,** Οδηγός εκστρατείας: Διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία Λουξεμβούργο: *Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης* 2013

21. **Marotta RB, Floch MH.** Diet and nutrition in ulcer disease *Med Clin North Am.* 1991 Jul;75(4):967-79

22. **Σαρρής,Μ.** (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: *Εκδ. Παπαζήση*

23. **Abel, T. and McQueen D.** (1994), Determinants of selected unhealthy eating behaviours among male and female adults. *Europian Journal of public health* 4. p 27-32.

24. **Roos E., Lahelma E.,Virtanen M.,Prattala R., Pietinem P.,** (1998). Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Soc Sci Med* 46(12): 1519-29

25. **Potocka A, Mościcka A.** Occupational stress, coping styles and eating habits among Polish employees *Med Pr.* 2011;62(4):377-88.

26. **Boekema PJ, Samsom M, van Berge Henegouwen GP, Smout AJ.** Coffee and gastrointestinal function: facts and fiction. A review *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1999;230:35-9.

27. **Ralph Catalano, David Dooley, Georjeanna Wilson** and **Richard Hough** Job Loss and Alcohol Abuse: A Test Using Data from the Epidemiologic Catchment Area Project *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 34, No. 3, Sep., 1993

28. **Ames, G.M.,** and **Janes, C.** A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace. *Alcohol Health & Research World* 16:112–119, 1992

29. **Trice, H.M.,** and **Sonnenstuhl, W.J.** On the construction of drinking norms in work organizations. *Journal of Studies on Alcohol* 51:201–220, 1990

30. **Ames, G.M.** and **Grube, J.W.** The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study. *Journal of Studies on Alcohol* 58:37–47, 1997

31. **Ames, G.M.,** and **Grube, J.W.** Alcohol availability and workplace drinking: Mixed method analyses. *Journal of Studies on Alcohol* 60:383–393, 1999.

32. **Frone, M.R., Russel, M.R.,**and **Cooper, M.L.** Job stressors, job involvement, and employee health: A test of identity theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 68:1-11, 1997

33. **Aventisian-Pagoropoulou, A., Koubias, E. and Giavrimis, P.,** 2004. Burnout syndrome: Teachers' chronic stress and its development to occupational exhaustion. *Mentoras.* 5, pp. 103–127

34. **Blair, S.N.** et al., 1984. Health promotion and educators: Impact of health behaviors, satisfaction, and general well-being. *American Journal of Public Health,* 74, pp. 147–149

35. **Farber, B.A.,** 1984. Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research,* 77(3), pp. 325–331.

36. **Freudenberger, H.J.,** 1974. Staff Burnout. *Journal of Social issues,* 30, pp. 159-165.

37. **Gill-Monte, P.R., Peiró, J.M.** and **Valcárcel, P.,** 1998. A model of burnout process development: an alternative from appraisal models of stress. *Comportaento organizacional e gestao,* 4(1), pp. 165-179

38. **Grayson, J.L.** and **Alvarez, H.K.,** 2008. School climate factors relating to teacher burnout: A mediator model. *Teaching and Teacher Education, 24*(5), pp.1349-1363.

39. **Δημητρόπουλος, Χ.** και **Φιλίππου, Ν.,**2008. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Αθήνα: *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 25(5): 642-647.

40. **Long, B.C.,** 1988. Stress management for school personnel: Stress inoculation training and exercise. *Psychology in the Schools,* 25, pp.314–324.

41. **Sasaki Y, Aihara E, Ise F, Kita K, Takeuchi K** Stimulatory effect of Coca-Cola on gastroduodenal HCO3- secretion in rats. *Inflammopharmacology.* 2007 Oct;15(5):223-8.

42. **Fontham E, Zavala D, Correa P, Rodriguez E, Hunter F, Haenszel W, Tannenbaum SR** Diet and chronic atrophic gastritis: a case-control study. *J Natl Cancer Inst.* 1986 Apr;76(4):621-7

43. **Fontham E, Zavala D,** Diets for peptic ulcer. *Br Med J.* 1965 Oct 9; 2(5466): 834.

44. **Gamboa-Dominguez A, Ubbelohde T, Saqui-Salces M, Romano-Mazzoti L, Cervantes M, Domínguez-Fonseca C, de la Luz Estreber M, Ruíz-Palacios GM.** 2007. Salt and stress synergize H. pylori-induced gastric lesions, cell proliferation, and p21 expression in Mongolian gerbils. *Dig. Dis. Sci.* 52:1517–1526

45. **Kato S, Tsukamoto T, Mizoshita T, Tanaka H, Kumagai T, Ota H, Katsuyama T, Asaka M, Tatematsu M.** 2006. High salt diets dose-dependently promote gastric chemical carcinogenesis in Helicobacter pylori-infected Mongolian gerbils associated with a shift in mucin production from glandular to surface mucous cells. *Int. J. Cancer* 119:1558–1566

46. **Franco AT, Israel DA, Washington MK, Krishna U, Fox JG, Rogers AB, Neish AS, Collier-Hyams L, Perez-Perez GI, Hatakeyama M, Whitehead R, Gaus K, O'Brien DP, Romero-Gallo J, Peek RM Jr.** Activation of beta-catenin by carcinogenic Helicobacter pylori. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2005 Jul 26;102(30):10646-51

47. **Asahina K. Shigiya R,** eds. Phy'siological adaptabilitv and tilutritional statlus of the Japatnese. JIBP synthesis: human adapahilits'. Vol 3. Tokyo: *University of Tokyo Press,* 1975.

48. **Sasaki Y, Aihara E, Ohashi Y, Okuda S, Takasuka H, Takahashi K, Takeuchi K.** Stimulation by sparkling water of gastroduodenal HCO3- secretion in rats. *Med Sci Monit.* 2009 Dec;15(12):BR349-56.

49. **Sasaki Y, Aihara E, Ise F, Kita K, Takeuchi K.** Stimulatory effect of Coca-Cola on gastroduodenal HCO3- secretion in rats. *Inflammopharmacology.* 2007 Oct;15(5):223-8.

50. **Shimamoto T, Yamamichi N, Kodashima S, Takahashi Y, Fujishiro M, Oka M, Mitsushima T, Koike K** No association of coffee consumption with gastric ulcer, duodenal ulcer, reflux esophagitis, and non-erosive reflux disease: a cross-sectional study of 8,013 healthy subjects in Japan. *PLoS One.* 2013 Jun 12;8(6):e65996.

51. **Thompson L, Cockayne A, Spiller RC** Inhibitory effect of polyunsaturated fatty acidson the growth of Helicobacter pylori: a possible explanation of the effect of diet on peptic ulceration *Gut* 1994; 35: 1557-1561

52. **Grant HW, Palmer KR, Kellt RW, Wilson NH, Misiewicz JJ.** Dietary linoleic acid, gastric acid, and prostaglandin secretion. *Gastroenterology* 1988; 94: 955-9.

53. **Gary D. Friedman, A.B. Siegelaub, and Carl C. Seltzer** Cigarettes, Alcohol, Coffee and Peptic Ulcer *N Engl J Med* 1974; 290:469-473

54. **S. Patricia Chou** Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* Volume 18, Issue 1, pages 149–153, February 1994

55. **Marotta RB, Floch MH.** Diet and nutrition in ulcer disease. *Med Clin North Am.* 1991 Jul;75(4):967-79.

56. **Tarquini B, Cecchettin M, Cariddi A.** Serum gastrin andpepsinogen in shift workers. *Int Arch Occup Environ Health.*1986;58:99–103.

57. **Tarquini B, Cecchettin M,** Remer TInfluence of diet on acid-base balance. *Semin Dial.* 2000 Jul-Aug;13(4):221-6

58. **Gerry K. Schwalfenberg** The Alkaline Diet: Is There Evidence That an Alkaline pH Diet Benefits Health? *J Environ Public Health.* 2012; 2012: 727630.

59. **Ι. Λογοθέτη, Ι Μυλωνά.** Νευρολογία σελ.316.

60. **Christensen JO, Knardahl S.** Work and headache: a prospective study of psychological, social, and mechanical predictors of headache severity. *Pain.* 2012 Oct;153(10):2119-32

61. **WF Stewart, RB Lipton** and **D Simon** Work-Related Disability: Results from the American Migraine Study *Cephalalgia* June 1996 16: 231-238

62. **RC Kessler,V Shahly PE Stang and MC Lane** The associations of migraines and other headaches with work performance: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R. Cephalalgia June 2010 30: 722-734, first published on March 26, 2010

63. **Vinding GR, Zeeberg P, Lyngberg A, Nielsen RT, Jensen R.** The burden of headache in a patient population from a specialized headache centre. *Cephalalgia.* 2007 Mar;27(3):263-70

64. **Gretchen E. Tietjen, Jagdish Khubchandani, Somik Ghosh, Suchismita Bhattacharjee,** and **JoAnn Kleinfelder** Headache symptoms and indoor environmental parameters: Results from the EPA BASE study.*Ann Indian Acad Neurol.* 2012 Aug; 15(Suppl 1): S95–S99.

65. **Sumedha M. Joshi** The sick building syndrome *Indian J Occup Environ Med.* 2008 Aug; 12(2): 61–64.

66. **Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Douwes M, Koes BW, Miedema MC, Ariëns GA, Bouter LM.** Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain: results of a prospective cohort study. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec 1;25(23):3087-92.

67. **Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Ariëns GA, van Mechelen W, Bouter LM.** High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med.* 2002 May;59(5):323-8.

68. **J W Frymoyer, M H Pope, J H Clements, D G Wilder, B MacPherson, T Ashikaga** Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. *The Journal of bone and joint surgery. American* volume 65 (2): 213-8 (1983)

69. **Skovron ML** Epidemiology of low back pain. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1992 Oct;6(3):559-73.

70. **Garg A, Moore JS** Epidemiology of low-back pain in industry. *Occup Med.* 1992 Oct-Dec;7(4):593-608.

71. **Spyropoulos P, Papathanasiou G, Georgoudis G, Chronopoulos E, Koutis H, Koumoutsou F.** Prevalence of low back pain in greek public office workers. *Pain Physician.* 2007 Sep;10(5):651-9.

72. **Alperovitch-Najenson D, Santo Y, Masharawi Y, Katz-Leurer M, Ushvaev D, Kalichman L** Low back pain among professional bus drivers: ergonomic and occupational-psychosocial risk factorsIsr *Med Assoc J.* 2010 Jan;12(1):26-31.

73. **Chen JC, Chang WR, Chang W, Christiani D Occupational** factors associated with low back pain in urban taxi drivers. *Occup Med (Lond).* 2005 Oct;55(7):535-40

74. **Lings S, Leboeuf-Yde C.** Whole-body vibration and low back pain: a systematic, critical review of the epidemiological literature 1992-1999 *Int Arch Occup Environ Health.* 2000 Jul;73(5):290-7.

75. **Bovenzi M** Low back pain disorders and exposure to whole-body vibration in the workplace. *Semin Perinatol.* 1996 Feb;20(1):38-53

76. **Bovenzi M, Betta A.** Low-back disorders in agricultural tractor drivers exposed to whole-body vibration and postural stress. *Appl Ergon.* 1994 Aug;25(4):231-41.

77. **Wahlström J, Hagberg M, Toomingas A, Wigaeus Tornqvist E.** Perceived muscular tension, job strain, physical exposure, and associations with neck pain among VDU users; a prospective cohort study *Occup Environ Med.* 2004 Jun;61(6):523-8.

78. **Ostergren PO, Hanson BS, Balogh I, Ektor-Andersen J, Isacsson A, Orbaek P, Winkel J, Isacsson SO; Malmö Shoulder** Neck Study Group. Incidence of shoulder and neck pain in a working population: effect modification between mechanical and psychosocial exposures at work? Results from a one year follow up of the Malmö shoulder and neck study cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Sep;59(9):721-8.

79. **Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Lanas A.** Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs. on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010 Apr;24(2):121-32

80. **Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G.** Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med.* 1999; 340:1888–99.

81. **Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G.** Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med.* 1999; 340:1888–99

82. **Brun J, Jones R.** Nonsteroidal anti-inflammatory drug– associated dyspepsia: the scale of the problem. *Am J Med.* 2001; 110:12S–13S.

83. **Chan FK, Ching JY, Hung LC,** et al. Clopidogrel versus aspirin and esomeprazole toprevent recurrent ulcer bleeding. *N Engl J Med* 2005; 352(3):238-44.

84. **Piper, JM, Ray, WA, Daugherty, JR, Griffin, MR.** Corticosteroid use and pepticulcer disease: Role of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991;114:735.

85. **Chan FK, Hung LC, Suen BY,** et al. Celecoxib versus diclofenac plus omeprazole in high-risk arthritis patients: results of a randomized double-blind trial. *Gastroenterology* 2004; 127(4):1038-43.

86. **Sikes DH, Agrawal NM, Zhao WW, Kent JD, Recker DP, Verburg KM.** Incidence of gastroduodenal ulcers associated with valdecoxib compared with that of ibuprofen and diclofenac in patients with osteoarthritis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002 Oct;14(10):1101-11.

87. **Pavelka K, Recker DP, Verburg KM** Valdecoxib is as effective as diclofenac in the management of rheumatoid arthritis with a lower incidence of gastroduodenal ulcers: results of a 26-week trial. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Oct;42(10):1207-15. Epub 2003 Jun 16.

88. **Borhade N, Pathan AR, Halder S, Karwa M, Dhiman M, Pamidiboina V, Gund M, Deshattiwar JJ, Mali SV, Deshmukh NJ, Senthilkumar SP, Gaikwad P, Tipparam SG, Mudgal J, Dutta MC, Burhan AU, Thakre G, Sharma A, Deshpande S, Desai DC, Dubash NP, Jain AK, Sharma S, Nemmani KV, Satyam A.** NO-NSAIDs. Part 3: nitric oxide-releasing prodrugs of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Chem Pharm Bull (Tokyo).* 2012;60(4):465-81.

89. **Nemmani KV, Mali SV, Borhade N, Pathan AR, Karwa M, Pamidiboina V, Senthilkumar SP, Gund M, Jain AK, Mangu NK, Dubash NP, Desai DC, Sharma S, Satyam A** NO-NSAIDs: Gastric-sparing nitric oxide-releasable prodrugs of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Bioorg Med Chem Lett.* 2009 Sep 15;19(18):5297-301.

90. **Lavagna C, Del Soldato P, Burgaud JL, Rampal P.** Nitric oxide-releasing non steroidal anti-inflammatory drugs: a new generation of anti-tumoral molecules. *Curr Cancer Drug Targets.* 2003 Dec;3(6):407-26.

91. **Papatheodoridis GV, Papadelli D, Cholongitas E,** et al. Effect of helicobacter pyloriinfection on the risk of upper gastrointestinal bleeding in users of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Med* 2004; 116(9):601-5.

92. **Silverstein, F.E., Faich, G., Goldstein, J.L.,** et al. (2000. Gastrointestinal toxicity with celecoxibvs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthri-tis and rheumatoid arthritis: the CLASSstudy: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 284(10), 1247-1255.

93. **Henry, D., Lim, L.L., Garcia-Rodriguez, L.A.,** et al. (1996. Variability in risk of gastrointestinalcomplications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *British Medical Journal* 312(7046), 1563-1566.

94. **CSM** (2003). Reminder: gastrointestinal toxicity and NSAIDs. Current Problems in *Pharmacovigilance* 29(Sept), 8-9.

95. **Chan, F.K.,** et al. "Eradication of Helicobacter Pylori and Risk of Peptic Ul-cers in Patients StartingLong-Term Treatment With Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: a Randomised Trial." *Lancet* 359.9300 (2002): 9-13.

96. **Lanas A, Hunt R.** Prevention of anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal damage: benefits and risks of therapeutic strategies. *Ann Med.* 2006;38(6):415-28.

97. **Ευτυχία Τσιρώνη, Ευστάθιος Δ. Παπαβασιλείου** Πεπτικό έλκος: νεότερα δεδομένα.

98. **Knutsson A** Health disorders of shift workers. *Occup Med (Lond).* 2003 Mar;53(2):103-8.

99. **Lindberg G, Iwarzon M, Hammarlund B.** 24-hour ambulatoryelectrogastrography in healthy volunteers. *Scand JGastroenterol.* 1996;31:658–64.

100. **Tarquini B, Cecchettin M, Cariddi A.** Serum gastrin and pepsinogen in shift workers. *Int Arch Occup Environ Health.* 1986;58(2):99-103.

101. **Segawa K, Nakazawa S, Tsukamoto Y, Kurita Y, Goto H, FukuiA, et** al. Peptic ulcer is prevalent among shift workers. *Dig DisSci.* 1987;32:449–53

102. **A Pietroiusti, A Forlini, A Magrini, A Galante, L Coppeta, G Gemma, E Romeo,** and **A Bergamaschi** Shift work increases the frequency of duodenal ulcer in H pylori infected workers *Occup Environ Med.* 2006 Nov; 63(11): 773–775

103. **Knutsson A, Boggild H.** Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scand J Work Environ Health.* 2010 Mar;36(2):85-95.

104. **Lowden A, Moreno C, Holmbäck U, Lennernäs M, Tucker P.** Eating and shift work – effects on habits, metabolism and performance. *Scand J Work Health* 36(2):150–162.

105. **Atkinson G, Fullick S, Grindey C, Maclaren D.** Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports Med* 38(8):671–685.

106. **Lennernäs M, Hambraeus L, Akerstedt T.** Shift related dietary intake in day and shift workers. *Appetite.* 1995 Dec;25(3):253-65.

107. **Dietitians of Canada** (2010). Are there special nutritional considerations for shift workers? *Canadian Health*

108. **Dorrian J, Skinner N.** Alcohol consumption patterns of shiftworkers compared with dayworkers. *Chronobiol Int.* 2012 Jun;29(5):610-8

109. **van Amelsvoort LG, Jansen NW,** Smoking among shift workers: More than a confounding factor. *Chronobiol Int.* 2006;23(6):1105-13.

110. **Knutsson, A.** and **Nilsson, T.** 1998. Tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke in relation to certain work characteristics. *Scandinavian Journal of Social Medicine,* 26(3):183‐189.

111. **Akerstedt T** (1990). Psychological and psychophysiological effects of shiftwork. *Scand J Work Environ Health* 16(suppl 1). 67–73.

112. **J M Harrington** Health effects of shift work and extended hours of work *Occup Environ Med* 2001;58:68-72

113. **Claudia C. Ma, Michael E. Andrew, Desta Fekedulegn, Ja K. Gu, Tara A. Hartley, Luenda E. Charles, John M. Violanti, Cecil M. Burchfiel** Shift Work and Occupational Stress in Police Officers *Safety and Health at Work* Volume 6, Issue 1, March 2015, Pages 25–29

114. **Guy Van Gyes** Night work and shift work cause high stress levels

115. **Linda C. Coffey, James K. Skipper Jr,** and **Fred D. Jung** RN Nurses and shift work: effects on job performance and job-related stress *Journal of Advanced Nursing* Volume 13, Issue 2, pages 245–254,

116. **Caplan RD, Cobb S, French JR Jr.** Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *J Appl Psychol.* 1975 Apr;60(2):211-9.

117. **Westman M, Eden D, Shirom A.** Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support. *Soc Sci Med.* 1985;20(6):637-44.

118. **Somayeh Hassani, Taraneh Yazdanparast, Seyed Mohammad Seyedmehdi, Mostafa Ghaffari, Mirsaeed Attarchi,** and **Baharak Bahadori** Relationship of Occupational and Non-Occupational Stress with Smoking in Automotive Industry Workers *Tanaffos.* 2014; 13(2): 35–42.

119. **Radi S, Ostry A, Lamontagne AD.** Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. *Am J Ind Med.* 2007;50(8):584–96

120. **Eriksen W.** Work factors and smoking cessation in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2005;5:142

121. **Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J.** Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46,190 employees. *J Epidemiol Community Health.* 2005 Jan;59(1):63-9.

122. **Maity P, Biswas K, Roy S, Banerjee RK, Bandyopadhyay U** Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal ulcer-recent mechanistic update *Mol Cell Biochem.* 2003 Nov;253(1-2):329-38

123. **Eastwood GL** Is smoking still important in the pathogenesis of peptic ulcer disease? *J Clin Gastroenterol.* 1997;25 Suppl 1:S1-7.

124. **Kurata JH, Nogawa AN.** Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, Helicobacter pylori, and smoking. *J Clin Gastroenterol* 1997;24:2–17.

125. **Kurata, John H. Ph.D., M.P.H.; Nogawa, Aki N. M.S.** Meta-analysis of Risk Factors for Peptic Ulcer: Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, Helicobacter pylori, and Smoking *J Clin Gastroenterol.* 1997 Jan;24(1):2-17.

126. **Chow JY, Ma L, Cho CH.** An experimental model for studying passive cigarette smoking effects on gastric ulceration. *Life Sci.* 1996 May 24;58(26):2415-22.

127. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία.** Χώροι εργασίας χωρίς καπνό: Συμβουλές προς εργοδότες για τη δημιουργίαενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας

128. **Ευρωπαϊκή Κοινότητα,** Οδηγία 2003/10/ΕΚ

129. **Guth PH, Daures PH, Paulsen G.** Topical aspirin plus HCL gastric lesion in the rat. *Gastroenterology,* 1979;76(1):88-93

130. **Guo-Shi Liu, Yu-Xin Huang, Shuan-Wei Li, Bo-Rong Pan, Xin Wang, Da-Yong Sun, Qing-Li Wang** Experimental study on mechanism and protection of stress ulcer produced by explosive noiseISSN 1007-9327 CN 14-1219/R *World J Gastroenterol* 1998; 4(6):519-523

131. **Battal NM, Hata Y, Ito O, Matsuda H, Yoshida Y, Kawazoe T** et al. Reduction of burn induced gastric mucosal injury by an endothelin receptor antagonist in rats.*Burns,* 1997;23(4):295-299

132. **Liu ZF, Zhong X, Wu XS, Jiang W, Zhou ZM, Song X.** Effects of strong noise on blood viscolity, blood sugar and several enzymes in rats (in Chinese). *Chin J Labor Hyg Occupation Dis,* 1992;10(4):213-216.

133. **Ε. Βελονάκης** και **Π. Σουρτζή,** Υγεία και Εργασία σ.62

134. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία.** Ο αντίκτυπος του θορύβου στην εργασία.

135. **Ευρωπαϊκός Οργανισμός Υγιεινής και Ασφάλειας.** Μέτρα ελέγχου και μείωση του θορύβου

OCCUPATIONAL EXPOSURES CAUSING ULCER AND GASTRITIS

D. Hadolias[1], T.C. Constantinidis[2], E. Nena[2], G. Kouklakis[3] and ***A. Benos[,4]***

1. Center of Theoretical Education on Specialization in Occupational Medicine, 2. Laboratory of Hygiene and Environmental Protection, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, 3. First Teaching Clinic of Internal Medicine, Department of Gastroenterology - Hepatology, Mediical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece, 4. Laboratory of Primary Health Care, General Medicine and Health Services Research, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Abstract: Several proven causative factors of peptic ulcer and gastritis are influenced by the nature of occupational health of workers. Investigated the occupational history of patients with ulcer and gastritis and attempted to highlight the specific circumstances and practices, which probably explains the appearance of morbidity.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

***Μερόπη Κ. Κωνσταντινίδου*[1]**

1. Υποψήφια Διδάκτορας Ιστορίας της Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Περίληψη: Στα συγγράμματα της *Ιπποκρατικής Συλλογής* μπορούν να ανευρεθούν όλες οι διαχρονικές ειδικότητες της ιατρικής, όπως παθολογία, γυναικολογία, μαιευτική, χειρουργική, αλλά και σπέρματα πιο πρόσφατα θεμελιωμένων ειδικοτήτων, όπως είναι η ιατρική της εργασίας. Ακόμα κι αν τα σχετικά χωρία είναι λίγα, σύντομα και χωρίς εμβάθυνση, καταδεικνύουν τα πολυσχιδή ενδιαφέροντα των ιπποκρατικών γιατρών και το εύρος των παρατηρήσεών τους. Επιπλέον, το γεγονός ότι η δυτική ιατρική εδράζεται σε αυτά τα κείμενα και χρωστά σε αυτά τους κατευθυντήριους άξονές της, γεννά το ερώτημα τι άλλο θα μπορούσαμε να αποκομίσουμε από αυτά και πόσα ακόμα έχουμε παραβλέψει.

Η *Ιπποκρατική Συλλογή* αποτελεί αναμφισβήτητα παρακαταθήκη της ελληνικής αρχαιότητας, όχι μόνο στην ιστορία της ιατρικής αλλά και στην ουσιαστική θεμελίωση της επιστήμης, παρά το γεγονός ότι όλα, όσα παρουσιάζονται στα συγγράμματά της, δεν μπορούν να ληφθούν σοβαρά υπόψιν από επιστημονική άποψη. Αλλά αυτό δεν αναιρεί τη μεθοδολογία που χρησιμοποιεί και μας παραδίδει και η οποία βασίζεται στην παρατήρηση, τη συλλογή πληροφοριών και την εξαγωγή συμπερασμάτων. Βέβαια, δεν εξάγονται πάντα συμπεράσματα από τον εκάστοτε συντάκτη. Αλλά ακόμα και οι επισημάνσεις που γίνονται, μπορούν να υποστηρίξουν ή να διευρύνουν τους ορίζοντες της σημερινής ιατρικής. Επομένως, είναι δυνατόν να ανευρεθούν στα κείμενά της στοιχεία που εγείρουν τόσο το ιστορικό, όσο και το επιστημονικό ενδιαφέρον μας. Ένα από αυτά τα στοιχεία είναι μία καταγραφή στο *Πέμπτο Βιβλίο των Επιδημιών*[1]*,* η οποία μάλιστα επαναλαμβάνεται στο *Έβδομο Βιβλίο*, και αφορά τους *γναφείς* ή κναφείς[2].

---

1 Το σύγγραμμα *Επιδημίαι* αποτελείται από 7 βιβλία, εκ των οποίων το 1ο και το 3ο θεωρείται ότι συντάχθηκαν περίπου στα 410 π.Χ., το 2ο, το 4ο και το 6ο στις αρχές του 4ου αι. π.Χ., ενώ το 5ο και το 7ο στα μέσα του 4ου αι. π.Χ. (Lesky, σ. 679 και Λυπουρλής, τ. 2, σ. 46). Επομένως, τα αποσπάσματα που ενδιαφέρουν, είναι από τα νεότερα χρονικά.

2 Στο λήμμα *γνάμπτω*, όπου εντάσσεται και η λέξη *γναφεύς*, το *Λεξικό* των Liddell - Scott παραπέμπει στο *κν-* (Liddell - Scott, τ. 1, σ. 536), γεγονός που ίσως υποδεικνύει ότι η χρήση του δεύτερου απαντάται συχνότερα στην αρχαία ελληνική γραμματεία ή είναι παλαιότερη, αν και κάτι τέτοιο δε σημειώνεται σε αντίθεση με άλλες ανάλογες περιπτώσεις. Στο δε λήμμα *κναφεύς* μαθαίνουμε ότι πρόκειται για αυτόν που κατεργάζεται μαλλί ή ξαίνει ή λευκαίνει μάλλινα υφάσματα, όπως διασώζεται από τον *Ηρόδοτο,* τον *Αριστοφάνη* και τον *Αισχύλο.* Ακόμα είναι γνωστό ότι στην εργασία αυτή γινόταν χρήση «λίτρου, κονιάς και Κιμώλιας γης» και υπήρχε ανάλογη συντεχνία στη Μυτιλήνη (Liddell - Scott, τ. 2, σ. 735). Το *λίτρον*, με νεότερη γραφή *νίτρον*, είναι η ανθρακική σόδα (Liddell - Scott, τ. 3, σ. 236), η *κονία* είναι μάλλον η τέφρα (αν και υπάρχουν και άλλες σημασίες για την ίδια λέξη, Liddell - Scott, τ. 2, 753) και η *Κιμώλια γη* είναι ο πηλός από την Κίμωλο των Κυκλάδων, ο οποίος περιείχε στοιχεία σόδας και τον χρησιμοποιούσαν αντί για σαπούνι (Liddell - Scott, τ. 2, σ. 719).

Το πρωτότυπο αρχαίο κείμενο[3] είναι το ακόλουθο:

Τῶν γναφέων οἱ βουβῶνες ἐφυματοῦντο σκληροὶ καὶ ἀνώδυνοι, καὶ περὶ ἥβην καὶ ἐν τραχήλῳ, ὅμοια, μεγάλα· πυρετός· πρόσθεν μὲν βηχώδεες· τρίτῃ μὲν ἢ τετάρτῃ, γαστὴρ ξυνετάκη· θέρμαι ἐπεγένοντο· γλῶσσα ξηρή· δίψα· ὑποχωρήσιες αἱ κάτω χαλεπαί· ἔθανον.

(Επιδημιών, Πέμπτο Βιβλίο, 5.1.59.1-5)

Αλλά επαναλαμβάνεται στο σύγγραμμα, σε επόμενο βιβλίο ως εξής:

Τῶν κναφέων οἱ βουβῶνες ἐφυματοῦντο σκληροὶ καὶ ἀνώδυνοι περὶ ἥβην· ἐν τραχήλῳ ὅμοια μεγάλα· πυρετός· ἔμπροσθεν δὲ καὶ βηχώδεες ἀπὸ ῥηγμάτων. Τρίτῃ μὲν ἢ τετάρτῃ γαστὴρ ξυνετάκη, θέρμαι ἐπεγένοντο· γλῶσσα ξηρή· δίψα· ὑποχώρησις ἑκάστῳ χαλεπαί· ἀπέθανον.

(Επιδημιών, Εβδομο Βιβλίο, 7.1.81.1-5)

Μετάφραση του αποσπάσματος 5.1.59.1-5[4]:

Οι βουβώνες των γναφέων γέμιζαν από σκληρά αλλά ανώδυνα αποστήματα γύρω από την ήβη. Στον τράχηλο[5] όμοια μεγάλα. Πυρετός. Όμως νωρίτερα [παρουσίασαν] βήχα. Την τρίτη ή την τέταρτη μέρα παρουσιάστηκε ευκοίλια και ακολούθησαν θέρμες. Η γλώσσα ξηρή. Δίψα. Οι κενώσεις δύσκολες. Πέθαναν.

Στο δεύτερο απόσπασμα (7.1.81.1-5), το κείμενο είναι το ίδιο, με δύο διαφορές. Η πρώτη βρίσκεται στο σημείο 7.1.81.3, όπου προστίθεται η έκφραση *ἀπὸ ῥηγμάτων*, ενώ και το επίρρημα *πρόσθεν* (5.1.59.2-3) γίνεται *ἔμπροσθεν* (7.1.81.2). Η διαφοροποίηση μοιάζει να στοχεύει στην ερμηνεία του χωρίου του *Πέμπτου βιβλίου*, ώστε να είναι περισσότερο κατανοητό στον αναγνώστη. Αλλά, την ίδια στιγμή, επιβάλλει μία ερμηνεία, η οποία μπορεί να μη συνάδει με το αρχικό νόημα.
Η δεύτερη διαφορά εντοπίζεται στην προτελευταία ημιπερίοδο, που από *ὑποχωρήσιες αἱ κάτω χαλεπαί* (5.1.59.4) γίνεται *ὑποχώρησις ἑκάστῳ χαλεπαί* (7.1.81.4-5). Εδώ πιθανότατα πρόκειται για λανθασμένη αντιγραφή, η οποία όμως δεν αλλάζει ουσιαστικά το νόημα.

---

3 Τα αποσπάσματα προέρχονται από τη βάση δεδομένων *Tlg*.

4 Η μετάφραση έγινε από τη συντάκτρια του άρθρου και είναι κατά λέξη, ώστε να αποδοθεί όσο το δυνατόν πιο πιστά το αρχαίο κείμενο. Χρησιμοποιήθηκε το *Μέγα Λεξικόν της Ελληνικής Γλώσσης* των Liddell - Scott.

5 Κατά πάσα πιθανότητα εννοεί το μέσο μέρος του ιστού στην περιοχή που προαναφέρθηκε (βλ. Liddell - Scott, τ. 4, σ. 363).

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Σε σχέση με το υπόλοιπο υλικό των *Επιδημιών*, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα θεωρούμενα ως παλαιότερα βιβλία (βλ. υποσημ. 1) παρουσιάζουν βασικά μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών (βιβλία 1ο, 3ο), οι οποίες μάλιστα είναι συνδεδεμένες με το τόπο και τις καιρικές συνθήκες που επικρατούσαν εκεί, ενώ στα αμέσως επόμενα – από χρονική άποψη – βιβλία (2ο, 4ο και κυρίως στο 6ο) εμφανίζονται και γενικεύσεις, που τείνουν να λειτουργήσουν ως κανόνες στη διάγνωση και τη θεραπεία. Τελικά στο 5ο και το 7ο βλέπουμε και μεμονωμένα περιστατικά και γενικεύσεις και αυτήν την καταγραφή, για νόσημα που παρουσιάστηκε σε μία συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών. Δυστυχώς, δε συμπεριλαμβάνονται στοιχεία ούτε για τον τόπο ούτε για τον αριθμό των νοσούντων και δεν ονοματίζεται η νόσος. Παρόλα αυτά η καταγραφή είναι σημαντική, γιατί υποδεικνύει ότι αναγνωρίζεται η περίπτωση μία νόσος να συνδέεται με το επάγγελμα των πασχόντων.

Ας επισημανθεί επιπλέον ότι ο λόγος του χωρίου είναι επιγραμματικός και μοιάζει με σύντομες σημειώσεις, που δεν έχουν αναπτυχθεί καν σε κείμενο ακόμα. Επίσης δεν καταγράφεται εξαχθέν συμπέρασμα, γεγονός που γεννά την υποψία ότι ο συντάκτης αδυνατούσε να προχωρήσει σε αυτήν τη φάση, στη διαδικασία εξαγωγής γνώσης. Αλλά και πάλι και μόνο η παρατήρηση που καταγράφηκε, υποδεικνύει την ενεργοποιημένη διαδικασία παραγωγής γνώσης. Εξάλλου η καταγραφή αποθησαυρίζεται για τις επόμενες γενεές γιατρών, για να την αποκωδικοποιήσουν και να αποκομίσουν από αυτήν ό,τι είναι δυνατόν.

Πάντως, δεν είναι η μόνη παρόμοια περίπτωση στα βιβλία των *Επιδημιών*, αφού πάλι στο 5ο βιβλίο, παρ. 45, παρουσιάζεται ο τραυματισμός ενός υποδηματοποιού από το σουβλί που χρησιμοποιούσε, στο μηρό του και η μοιραία κατάληξη του περιστατικού, ενώ και στο 6ο βιβλίο, τμήμα 3, παρ. 8, λέγεται ότι, όσοι κούραζαν τα χέρια τους για τις ανάγκες του επαγγέλματός τους, ανακουφίζονταν στη συνέχεια εναποθέτοντάς τα σε παρόμοιες θέσεις. Επίσης, στο 6ο βιβλίο, τμήμα 1, παρ. 9, λέγεται ότι, όποιοι περπατούν πολύ πριν την νόσηση ή αμέσως μετά, παρουσιάζουν αδυναμία στα πόδια. Παρόμοια επισήμανση γίνεται και παρακάτω, 6ο βιβλίο, τμήμα 7, περ. 1, 17-23, η οποία μάλιστα επεκτείνεται και σε άλλες ανάλογες περιπτώσεις. Για την ακρίβεια επισημαίνεται ότι, όσοι ταλαιπωρούν τη φωνή τους, καταλήγουν σε κυνάγχη, όσοι ταλαιπωρούν τα χέρια τους, παρουσιάζουν παραλύσεις σε αυτά, όσοι ταλαιπωρούν τα πόδια τους με ιππασία ή περπάτημα, παρουσιάζουν παραπληγία[6]. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις μπορεί σήμερα να μην προκαλούν επιστημονικό ενδιαφέρον, αλλά για την εποχή που έγιναν, αποδεικνύουν τη σημασία των εμπειρικών δεδομένων (Lesky, σ. 679-680) και της παρατήρησης στην ανακάλυψη της γνώσης, κάτι που δεν πρέπει να υποτιμάται σε καμία εποχή,

6 Παρόμοιες παρατηρήσεις γίνονται και στο σύγγραμμα Αφορισμοί (4, 32-33) (Ιπποκράτης, Άπαντα, τ. 14, *Εκδ. Κάκτος,* Αθήνα, 1993, σ. 91-92.

όσο προηγμένη κι αν είναι. Και ασφαλώς αποκαλύπτουν την ανεύρεση της σχέσης πάθησης και επαγγέλματος, που αποτελεί διαχρονικό και διατοπικό πρόβλημα, αλλά όχι πάντα αναγνωρίσιμο. Το χειρότερο στις αυτές περιπτώσεις είναι η εθελούσια απόκρυψη στοιχείων ή συμπερασμάτων, ώστε να αθωώνονται οι επιβλαβείς επιδράσεις του εργασιακού περιβάλλοντος ή των συνθηκών εργασίας επί των εργαζομένων, για να μη ζημιώνεται η εργοδοσία. Σε αυτήν την περίπτωση, το τελικό συμπέρασμα είναι ότι οι εργαζόμενοι είναι αναλώσιμοι, ιδίως μάλιστα σε περιόδους οικονομικής δυσχέρειας και ανεργίας.
Σε αυτήν την κατεύθυνση, αξιοπερίεργη είναι η πρόσφατα διατυπωμένη άποψη ότι η οντότητα της ασθένειας παρουσιάζει διαφορές, αναλόγως του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος (Leven, 2004). Τέτοιου είδους αντιλήψεις υπάρχουν εκ του πονηρού, στο βαθμό που τείνουν να αναιρέσουν την αντικειμενική ύπαρξη της νόσου και να υποκρύψουν τη σύνδεσή της με τον επαγγελματικό βίο των ανθρώπων, προς εξυπηρέτηση αλλότριων συμφερόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην *Ιπποκρατική Συλλογή*, στο σύγγραμμα *Επιδημίαι*, που αριθμεί 7 βιβλία, τα οποία συντάχθηκαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και κατά πάσα πιθανότητα από διαφορετικούς συντάκτες (ακόμα κι αν ανήκαν όλοι στους κύκλους της Σχολής της Κω), υπάρχουν σπέρματα ιατρικής της εργασίας, όταν γίνεται άμεση και σαφής σύνδεση ανάμεσα στις παθήσεις των νοσούντων και το επάγγελμα που ασκούν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ιπποκράτης, Άπαντα 13 και 14, Επιδημίες 1 και 2, Εισαγωγή - Μετάφραση - Σχόλια: **Βασίλειος Μανδηλαράς,** *Εκδ. Κάκτος,* Σειρά: Οι Έλληνες, τ. 105-106, Αθήνα 1993

Ιπποκράτης, Ιατρικά θέματα. Ανθολόγηση, μετάφραση, εισαγωγές, σχόλια: **Δημήτριος Λυπουρλής,** *Εκδ. Ζήτρος,* Σειρά: Αρχαίοι Συγγραφείς, τ. 2, Θεσσαλονίκη 2000

Leven K.H., At times these ancient facts seem to lie before me like a patient on a hospital bed - retrospective diagnosis and ancient medical history, *Stud Anc Med. 2004;* 27:369-386

Lesky Albin, Ιστορία της Αρχαίας Ελληνικής Λογοτεχνίας, Κεφάλαιο 8: Οι ειδικές επιστήμες, σ. 670-683. *Εκδ. Κυριακίδης,* Θεσσαλονίκη, 1985

Liddell Henry G. - Scott Robert, Μέγα Λεξικόν της Ελληνικής Γλώσσης, τ. 1-4, *Εκδ. Ι. Σιδέρης,* Αθήναι 1907

REFERENCES ON OCCUPATIONAL MEDICINE IN HIPPOCRATIC CORPUS

***Meropi K. Konstantinidou*[1]**

1. PhDc on History of Medicine, Medical School of Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece

Abstract: In the writings of the *Hippocratic Collection* can be found all timeless specialties of medicine, such as internal medicine, gynecology, obstetrics, surgery, and seeds most recently acquired specializations, such as occupational medicine. Even if the relevant passages are few, short and without deepening, demonstrate the diverse interests of the physician *Hippocrates* and the breadth of their observations. Moreover, the fact that Western medicine is based on these texts and owes to them its steered axles raises the question of what else could be learned from them and how much we still ignore.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗ Δ.Ε.Η.

Α. Αγγελής

Τό παρόν Ἐγχειρίδιον Πρώτων Βοηθειῶν ἐγράφη παρά τοῦ ἰατροῦ κ. Ἀλεξάνδρου Ἀγγελῆ, ὁ ὁποῖος ἐδίδαξεν εἰς διαφόρους ὁμάδας ἐκ τοῦ προσωπικοῦ τῆς ΔΕΗ, τόν τρόπον παροχῆς πρώτων βοηθειῶν.

Τά μαθήματα ταῦτα ἀποτελοῦν τήν βάσιν τοῦ παρόντος Ἐγχειριδίου, τοῦ ὁποίου σκοπός εἶναι νά ὑπενθυμίζῃ εἰς τούς ἐκπαιδευθέντας ἐν συντομίᾳ, τά ὅσα ἐδιδάχθησαν καί νά χρησιμεύσῃ ὡς βοήθημα εἰς περιπτώσεις ἀπορίας ἤ ἀμφιβολίας.

Αἱ εἰκόνες ἐλήφθησαν ἐκ τοῦ Ἐγχειριδίου Πρώτων Βοηθειῶν τοῦ Ἀμερικανικοῦ Ἐρυθροῦ Σταυροῦ (AMERICAN RED CRCSS FIRST AID TEXTBOOK 1945) καί συντελοῦν εἰς τήν καλλιτέραν κατανόησιν τοῦ κειμένου.

Ἐλπίζομεν ὅτι τό Ἐγχειρίδιον θά ἐκπληρώσῃ τόν προορισμόν του, θά βοηθήσῃ δηλαδή εἰς τήν παροχήν πρώτων βοηθειῶν εἰς θύματα ἀτυχημάτων, ὅταν ταῦτα, παρά τάς καταβαλλομένας προσπαθείας ὅλων ἵνα προλαμβάνωνται τά ἀτυχήματα, ἐπισυμβοῦν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τὸ νὰ εἶναι κανεὶς εἰς θέσιν νὰ προσφέρῃ Πρώτην Βοήθειαν εἰς ἕνα συνάνθρωπόν του ποὺ ὑποφέρῃ, εἶναι βασικὸν ἀνθρωπιστικὸν καθῆκον. Πρέπει ὅλοι οἱ ἄνθρωποι νὰ εἶναι εἰς θέσιν νὰ βοηθήσουν ὁ ἕνας τὸν ἄλλον, εἰς μίαν στιγμὴν κινδύνου. Ἴσως εἰς κάποιον ἐξ ὑμῶν νὰ ἔχῃ τύχει ἡ μοῖρα, κάποτε νὰ σώσῃ τὴν ζωὴν ἑνὸς συνανθρώπου του.

Πρώτην βοήθειαν ὀνομάζομεν τὴν ἄμεσον καὶ προσωρινὴν θεραπείαν τὴν ὁποίαν παρέχομεν **μέχρι τῆς ἀφίξεως ἰατροῦ**, ὁ ὁποῖος πρέπει πάντοτε νὰ εἰδοποιῆται, ἵνα ἐμποδίσωμεν τὴν χειροτέρευσιν τῆς καταστάσεως καὶ καλλιτερεύσωμεν τὴν θέσιν τοῦ θύματος.

Γενικῶς, πρέπει νὰ ἔχετε ὑπ' ὄψιν, ὅτι δὲν πρέπει νὰ βιασθῆτε νὰ μετακινήσετε ἕναν τραυματίαν. Νὰ τὸν ἐξαπλώσετε ἄνετα, νὰ ἐξετάσετε τὶ συμβαίνει καὶ ἂν χρειασθῇ νὰ τὸν γδύσετε, νὰ σχίσετε τὰ ροῦχα του, ἐὰν τοῦτο εἶναι ἀναγκαῖον, ὥστε νὰ μὴ χειροτερεύσετε τὴν κατάστασίν του.

Βεβαίως, δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ προϊδωμεν τὰς ἰδιαιτέρας συνθήκας ὑπὸ τὰς ὁποίας θὰ λάβῃ χώραν ἕνα ἀτύχημα. Ἐδῶ θὰ περιορισθῶμεν νὰ δώσωμεν τὰς γενικὰς γραμμάς.

Ἡ δὲ ἀντιμετώπισις τῶν διαφόρων προβλημάτων, ποὺ εἶναι δυνατὸν νὰ παρουσιασθοῦν, εἶναι ζήτημα πρωτοβουλίας τοῦ παρέχοντος τὴν πρώτην βοήθειαν.

Αὐτὸς ποὺ θὰ παράσχῃ τὴν πρώτην βοήθειαν, πρέπει κατ' ἀρχήν, νὰ διατηρήσῃ τὴν ψυχραιμίαν του καὶ νὰ μὴ πανικοβληθῇ ὁ ἴδιος, συγχρόνως πρέπει νὰ εἶναι ταχὺς (κά-

θε παρερχόμενον λεπτὸν ἠμπορεῖ νὰ εἶναι κρίσιμον διὰ τὴν ζωὴν τοῦ τραυματίου), νὰ εἶναι προσεκτικὸς (κάθε ἀδεξία κίνησις ἠμπορεῖ νὰ ἐπιδεινώσῃ τὴν κατάστασιν) καὶ σὲ ὡρισμένας περιπτώσεις, πρὶν ἐνεργήσῃ θὰ πρέπει νὰ λάβῃ αὐτὸς τὰ εἰς τὴν περίπτωσιν ἀναγκαῖα προστατευτικὰ μέτρα.

Εἶναι συχνὸν τὸ φαινόμενον ἀνθρώπων ποὺ ἔσπευσαν νὰ προσφέρουν Πρώτην Βοήθειαν, μὲ μόνον ἀποτέλεσμα νὰ θυσιάσουν τὴν ζωήν των, εἴτε ἀπὸ ἄγνοιαν τῶν κανόνων προφυλάξεως, εἴτε ἀπὸ ἀμέλειαν κατὰ τὴν λῆψιν τῶν ἐνδεικνυομένων προστατευτικῶν μετρων. Καὶ ἔτσι ἀντὶ ἑνὸς θύματος νὰ ἔχωμεν περισσότερα.

●

Ι. Α Σ Φ Υ Ξ Ι Α

Ἀσφυξία ὀνομάζεται ἡ παθολογικὴ ἐκείνη κατάστασις κατὰ τὴν ὁποίαν, δι' οἱονδήποτε λόγον, ἐπέρχεται παῦσις τῆς ἀναπνοῆς.

Τὰ αἴτια τῆς ἀσφυξίας εἶναι ποικίλα π. χ. :

1. Ἀπόφραξις τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν (ἐξ εἰσόδου ξένου σώματος ἐντὸς αὐτῶν, ἢ λόγῳ ἀποφράξεως τούτων ἐκ τῶν ἔξω).
2. Πνιγμός. (Ἡ εἰδικὴ περίπτωσις ἀποφράξεως τῶν ἀεροφόρων ὁδῶν δι' ὕδατος).
3. Συμπίεσις τοῦ θώρακος ἐκ καταπλακώσεως ὑπὸ ἐρειπίων ἢ εἰς περίπτωσιν πανικοῦ, ὁπότε πολλὰ ἄτομα συνωθοῦνται εἰς στενὸν χῶρον καὶ συμπιέζουν τὰ θωρακικά των τοιχώματα.
4. Εἰσπνοὴ δηλητηριωδῶν ἀερίων, μονοξειδίου τοῦ ἄνθρακος, φωταερίου, ἀερίων ὑπονόμων (ὑδρό-

θειον), ἀναθυμιάσεων σηράγγων καὶ ἀνθρακωρυχείων (μεθάνιον), ἐπίσης ἀερίων ἐξατμίσεως κινητήρων.

5. Μορφὴ ἀσφυξίας εἶναι καὶ ὁ ἀπαγχονισμὸς καὶ ὁ στραγγαλισμός

6. Δηλητηρίασις διὰ διαφόρων ναρκωτικῶν οὐσιῶν καὶ διάφορα ἄλλα αἴτια ὡς π. χ. μακρὰ ἔκθεσις εἰς τὸ ψῦχος.

7. Ἀσφυξία ἐπέρχεται ἐπίσης ὡς συνέπεια ἠλεκτροπληξίας.

Συμπτώματα: Κατ' ἀρχὴν παρατηρεῖται δύσπνοια, ἀγωνία. Ἐν συνεχείᾳ κυάνωσις καὶ εἰς τὸ τέλος τὸ ἄτομον παρουσιάζει παῦσιν τῆς ἀναπνοῆς καὶ ἀπώλειαν τῶν αἰσθήσεων.

Πρώτη Βοήθεια: Ἀπομάκρυνσις τοῦ θύματος ἐκ τοῦ ἐπιβλαβοῦς περιβάλλοντος καὶ ἐφαρμογὴ τεχνητῆς ἀναπνοῆς. Πρὶν εἰσέλθετε εἰς χῶρον ὅπου ὑπάρχουν ἀναθυμιάσεις δηλητηριώδεις, νὰ δεθῆτε διὰ σχοινίου, ὥστε νὰ εἶναι δυνατὸν ν' ἀνασυρθῆτε ἀμέσως. Ἀερίσατε, κατὰ τὸ δυνατόν, τὸν χῶρον, π.χ. σπάσατε, ἐν ἀνάγκῃ, τὴν θύραν καὶ τὰ παράθυρα, ἂν πρόκειται περὶ οἰκίας. Διακόψατε ἐπίσης τὴν διαφυγὴν τοῦ ἀερίου, ὅπου τοῦτο εἶναι δυνατόν. Κρατήσατε τὴν ἀναπνοήν σας. Δράσατε ταχέως. Φορέσατε ἀναπνευστικὴν συσκευήν, ἂν ἔχετε. Εἰς περίπτωσιν πνιγμοῦ, μὴ κάνετε χειρισμούς διὰ νὰ ἐξέλθῃ τὸ νερό, εἶναι περιττόν. Ἀρχίσατε ἀμέσως τὴν τεχνητὴν ἀναπνοήν.

II. ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ — ΚΕΡΑΥΝΟΠΛΗΞΙΑ

Ἠλεκτροπληξία ὀνομάζεται ἡ δυσμενὴς ἐπίδρασις

τοῦ ἠλεκτρικοῦ ρεύματος ἐπὶ τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος. **Κεραυνοπληξία** δὲ ἡ δυσμενὴς ἐπίδρασις τοῦ κεραυνοῦ ἐπὶ τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος.

Πῶς ἐπέρχεται ἡ ἠλεκτροπληξία. Ἠλεκτροπληξία ἐπέρχεται ὅταν τὸ ἀνθρώπινον σῶμα ἔλθῃ εἰς ἄμεσον ἢ ἔμμεσον ἐπαφὴν μὲ τὸ ἠλεκτρικὸν ρεῦμα κατὰ οἱονδήποτε τρόπον. Ὁ τρόπος μὲ τὸν ὁποῖον θὰ ἐπέλθῃ ἠλεκτροπληξία δὲν ἔχει σημασίαν δι' ὑμᾶς, θὰ προσφέρετε τὴν πρώτην βοήθειαν, ἀνεξαρτήτως τοῦ τρόπου κατὰ τὸν ὁποῖον ἐπῆλθεν ἡ ἠλεκτροπληξία.

Σημασία τοῦ εἴδους, τῆς τάσεως, ἐντάσεως, κλπ. τοῦ ρεύματος διὰ τὴν πρόκλησιν ἠλεκτροπληξίας. Ἡ σοβαρότης τῆς ἠλεκτροπληξίας δὲν ἐξαρτᾶται τόσον ἀπὸ τὸ ἐὰν τὸ ρεῦμα εἶναι συνεχὲς ἢ ἐναλλασσόμενον, οὔτε ἀπὸ τὴν τάσιν καὶ ἔντασιν αὐτοῦ, ἀλλὰ κυρίως ἀπὸ τὸν ὀργανισμὸν τοῦ ἀνθρώπου. Σεῖς εἰς περίπτωσιν ἠλεκτροπληξίας, θὰ προσφέρετε **ἀμέσως** πρώτην βοήθειαν, δηλαδὴ **ΤΕΧΝΗΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗΝ,** ἀδιαφοροῦντες διὰ τὸ εἶδος τοῦ ρεύματος κτλ., δεδομένου ὅτι ἄνθρωποι ὑποστάντες ἠλεκτροπληξίαν ἀπὸ ρεῦμα ὑψηλῆς τάσεως διεσώθησαν, ἐνῶ ἀπέθανον ἄλλοι ἢ καὶ ἴδιοι ἀργότερον, συνεπείᾳ ἠλεκτροπληξίας ἀπὸ ρεῦμα χαμηλῆς τάσεως (ὁ ὀργανισμὸς μεταβάλλεται). Ὅθεν :

ΜΗ ΠΕΡΝΕΤΕ ΘΑΡΡΟΣ ΜΕ ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΝ ΡΕΥΜΑ

Πῶς ἐπέρχεται ὁ ἐξ ἠλεκτροπληξίας θάνατος. Ὁ ἐξ ἠλεκτροπληξίας θάνατος ἐπέρχεται, κατὰ κανόνα, συνεπείᾳ παραλύσεως τοῦ κέντρου τῆς ἀναπνοῆς τοῦ ἐγκεφάλου.

Συμπτώματα. Ταῦτα διαιροῦνται εἰς **ἄμεσα** καὶ **ἐπακόλουθα** (παρουσιαζόμενα μετὰ χρονικόν τι διάστημα.

Τὰ ἄμεσα διαιροῦνται εἰς τοπικὰ καὶ γενικά.

Ἄμεσα γενικὰ συμπτώματα. Ταῦτα εἶναι ἀνάλογα τῆς βαρύτητος τῆς ἠλεκτροπληξίας. Εἰς ἐλαφρὰν μορφὴν ἠλεκτροπληξίας, ὁ ἠλεκτρόπληκτος παρουσιάζει σύντομον ἀπώλειαν τῆς συνειδήσεως. Εἰς βαρυτέρας καταστάσεις παρουσιάζει φαινομενικὸν θάνατον (νεκροφάνειαν). Δὲν ἀναπνέει, δὲν ἔχει σφυγμόν, δὲν ἀκούονται καρδιακοὶ τόνοι, ἔχει καὶ μυϊκὴν ἀκαμψίαν, ἡ ὁποία εἶναι ἀποτέλεσμα τῆς δράσεως τοῦ ἠλεκτρικοῦ ρεύματος ἐπὶ τῶν μυῶν καὶ δὲν πρέπει νὰ τὴν ἐκλάβετε ὡς νεκρικὴν ἀκαμψίαν. Ἐπιμένομεν ἐπὶ τοῦ σημείου τούτου, διότι πολλὰς φορὰς ἐγκαταλείπεται τὸ θῦμα, θεωρούμενον ὡς νεκρόν, ἐνῶ δὲν εἶναι καὶ διὰ τῆς ἐγκαίρου παροχῆς Πρώτης Βοηθείας (τεχνητῆς ἀναπνοῆς), πιθανώτατα θὰ διεσώζετο. Τὸ πρακτικὸν συμπέρασμα εἶναι ὅτι εἰς περιπτώσεις ἠλεκτροπληξίας δὲν θὰ ἐπηρεασθῆτε καθόλου ἀπὸ τὴν κατάστασιν τοῦ θύματος, ἀλλὰ καὶ ὅταν ἀκόμη σᾶς δίδει τὴν ἐντύπωσιν νεκροῦ, σεῖς θὰ ἐφαρμόσετε ἀμέσως τεχνητὴν ἀναπνοὴν μὲ τοὺς κανόνας ποὺ θὰ παραθέσωμεν κατωτέρω :

Τοπικὰ σημεῖα τῆς ἠλεκτροπληξίας εἶναι :

α) Τὸ ἠλεκτρικὸν στίγμα, δηλαδὴ εἰς τὸ σημεῖον ποὺ τὸ ἠλεκτρικὸν ρεῦμα εἰσέρχεται εἰς τὸ ἀνθρώπινον σῶμα δημιουργεῖται συνήθως, ἀλλοίωσις τοῦ δέρματος μεγέθους φακῆς, λευκωπή, χωρὶς φλεγμονήν, χωρὶς βλάβην τῶν τριχῶν, ἀνώδυνος.

β) Ἐγκαύματα. Ἐνίοτε παρατηροῦνται μεγάλα ἐγκαύματα, μέχρι καταστροφῆς ὁλοκλήρου ἄκρου, καθὼς καὶ διάφοροι ἀπεικονίσεις ἐπὶ τοῦ δέρματος, λόγῳ ἀγγειοδια-

στολῶν.

Ἐπακόλουθα. Ταῦτα δὲν ἀποτελοῦν θέμα πρώτων βοηθειῶν.

Πρώτη Βοήθεια. Πρῶτον πρόβλημα ποὺ θὰ ἀντιμετωπίσετε εἶναι πῶς θὰ ἀποσπάσετε τὸν ἠλεκτρόπληκτυν ἀπὸ τὸν ἠλεκτρικὸν ἀγωγόν, ἐὰν εἶναι εἰς ἐπαφὴν μὲ αὐτόν, διότι πολλάκις ὁ ἠλεκτρόπληκτος προσκολλᾶται ἐπὶ τοῦ ἀγωγοῦ. Ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει, τὸ καλλίτερον πάντων εἶναι νὰ διακόψετε τὸ ἠλεκτρικὸν ρεῦμα. Ἐὰν τοῦτο δὲν εἶναι δυνατὸν τότε, πρὶν ἐγγίσετε τὸ θῦμα, νὰ μονωθῆτε **ἀπὸ τὸ ἔδαφος** φορῶντες ὑποδήματα ἐκ καουτσοὺκ ἢ πατῶντες ἐπὶ ξηρᾶς σανίδος καὶ ἐκ **τοῦ ἠλεκτροπλήκτου** εἴτε φορῶντες τὰ εἰδικὰ ἐλαστικὰ χειρόκτια, ποὺ εἶναι καὶ τὸ καλλίτερον, εἴτε σύρωντες αὐτὸν διὰ ξυλίνου ξηροῦ ὀργάνου.

Ἐν συνεχείᾳ θὰ ἐφαρμόσετε τὴν τεχνητὴν ἀναπνοήν, **ἡ ὁποία πρέπει νὰ ἐφαρμοσθῇ ἀμέσως, ἄνευ ἀπωλείας τοῦ ἐλαχίστου χρόνου.** Θὰ ἀρχίσῃ εἰς τὸ σημεῖον ποὺ ἔγινε τὸ δυστύχημα καὶ ἂν παραστῇ ἀνάγκη μεταφορᾶς, θὰ συνεχίζεται κατὰ τὸν χρόνον τῆς μεταφορᾶς μὲ ρυθμόν, μέχρις ὅτου τὸ θῦμα συνέλθει, μέχρι 8 ὡρῶν τουλάχιστον ἢ μέχρις ἀφίξεως ἰατροῦ.

Προφύλαξις. Καλαὶ ἠλεκτρικαὶ ἐγκαταστάσεις καὶ διατήρησις αὐτῶν εἰς καλὴν κατάστασιν. Κατάλληλος ἐνδυμασία καὶ ὑπόδησις. Γείωσις συσκευῶν. Μὴ ἐγγίζετε ἠλεκτρικοὺς διακόπτας κλπ. μὲ ὑγρὰς χεῖρας. Ἀλλαγὴ ἐφθαρμένων συρμάτων. Διὰ κάθε ἐργασίαν εἰς τὴν ἐγκατάστασιν οἰκίας νὰ καλεῖτε ἀδειοῦχον ἠλεκτρολόγον. Οἱ μὴ εἰδικοὶ νὰ μὴ ἐγγίζουν τίποτε, νὰ γνωρίζουν δὲ ὅλα τὰ μέλη κάθε οἰκογενείας ποὺ εἶναι ὁ γενικὸς διακόπτης τοῦ ἠλεκτρικοῦ.

Κεραυνοπληξία. Συμπτώματα καὶ πρώτη βοήθεια

ὡς ἐπὶ ἠλεκτροπληξίας.

Προφύλαξις : Ἀποφεύγετε τὰς πρεξοχὰς τοῦ ἐδάφους (δένδρα κτλ.), κατὰ τὴν διάρκειαν καταιγίδων.

III. ΤΕΧΝΗΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ

Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις ποὺ ἀνεφέραμεν, ἡ ἀναπνοή, διὰ λόγους διαφόρους κάθε φοράν, σταματᾶ καὶ ὡς συνέπεια ἐπέρχεται ὁ θάνατος ταχέως.

Ὥστε ἂν ἡμεῖς κατορθώσωμεν νὰ διατηρήσωμεν τεχνητῶς τὴν λειτουργίαν τῆς ἀναπνοῆς, δηλαδὴ ἂν ἐπιτύχωμεν νὰ εἰσέρχεται καὶ νὰ ἐξέρχεται ἀὴρ εἰς τοὺς πνεύμονας τοῦ θύματος, διευρύνοντες καὶ σμικρύνοντες τὴν θωρακικήν του κοιλότητα, συντηροῦμεν τὸ θῦμα εἰς τὴν ζωὴν καὶ εἶναι πολὺ πιθανὸν ἐν συνεχείᾳ νὰ ἀρχίσῃ ἀναπνέον μόνον του καὶ νὰ διασωθῇ. Ἐνῶ ἂν τὸ θῦμα ἐγκαταλειφθῇ εἰς τὴν τύχην του, τότε ἀσφαλῶς θὰ ἀποθάνῃ τάχιστα.

Τοῦτο προσπαθοῦμεν νὰ ἐπιτύχωμεν διὰ τῆς τεχνητῆς ἀναπνοῆς. Π.χ. μὲ ἕνα σύστημα (ὑπάρχουν πολλὰ συστήματα παρόμοια) πιέζομεν τὰ θωρακικὰ τοιχώματα τοῦ θύματος, ὥστε νὰ σμικρυνθῇ ἡ θωρακικὴ κοιλότης καὶ νὰ ἐξέλθῃ ὁ ἀήρ, ἐκτελοῦντες οὕτω τεχνητῶς τὴν κίνησιν τῆς ἐκπνοῆς, καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀφίνωμεν τὸν θώρακα νὰ ἐπανέλθῃ εἰς τὴν ἀρχικήν του θέσιν διευρυνόμενος ἐκ νέου καὶ οὕτω νὰ ἐκτελεσθῇ ἡ κίνησις τῆς εἰπνοῆς μόνης της καὶ νὰ εἰσέλθῃ ἀὴρ εἰς τοὺς πνεύμονας ἢ ὅπερ καὶ καλλίτερον, διὰ διαφόρων τρόπων π.χ. σύροντες πρὸς τὰ ἄνω τοὺς βραχίονας, προσπαθοῦμεν νὰ ὑποβοηθήσωμεν τὴν κίνησιν τῆς εἰσπνοῆς διευρύνοντες κατά τι περισσότερον τὸ κῦτος τοῦ θώρακος. Τοὺς χειρισμοὺς τούτους θὰ περιγράψωμεν κατωτέρω

λεπτομερῶς. Εἰς τοῦτο λοιπὸν συνίσταται ἡ τεχνητὴ ἀναπνοή.

Ἀπὸ ἀρχαιοτάτων χρόνων ὁ ἄνθρωπος παρετήρησε τὸ φαινόμενον τῆς ἀσφυξίας καὶ προσεπάθησε μὲ διαφόρους τρόπους νὰ ἐπαναφέρῃ τὸ θῦμα εἰς τὴν ζωήν, διὰ διατηρήσεως τῆς λειτουργίας τῆς ἀναπνοῆς τεχνητῶς.

Αἱ σήμερον χρησιμοποιούμεναι μέθοδοι εἶναι πολλαί. Ἀναφέρωμεν τὰς πλέον χρησίμους.

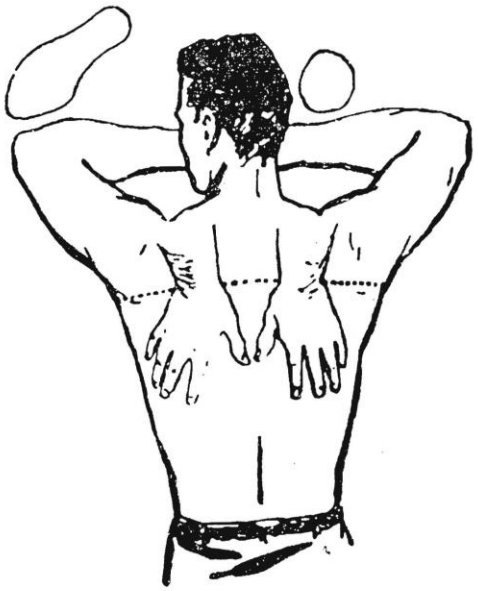
1. Ἡ μέθοδος τοῦ Χόλγκερ Νῆλσεν (δι' ἀνυψώσεως τῶν βραχιόνων καὶ πιέσεως τῆς ράχης). Τὸ θῦμα εἶναι εἰς πρηνῆ θέσιν.
2. Ἡ μέθοδος δι' ἀνυψώσεως τῶν ἰσχύων λεκάνης καὶ πιέσεως τῆς ράχης. Τὸ θῦμα εἰς πρηνῆ θέσιν.
3. Ἡ μέθοδος δι' αἰωρήσεως, τοῦ θύματος προσδενομένου ἐπὶ σανίδος (τραμπάλας).
4. Εἰδικὴ μέθοδος τεχνητῆς ἀναπνοῆς ἐπὶ θύματος ἠλεκτροπληξίας εὑρισκομένου ἐπὶ ἠλεκτρικοῦ στύλου.

Ἐκ τούτων θὰ ἀναπτυχθῇ ἡ πρώτη, ἡ ὁποία ἐκρίθη καλλιτέρα ἀπὸ πάσης πλευρᾶς καὶ εἶναι ἡ ἐπίσημος μέθοδος τοῦ Ἀμερικανικοῦ Ἐρυθροῦ Σταυροῦ ἀπὸ τὸ 1951. Ἡ δευτέρα χρησιμοποιεῖται ὅταν ὑπάρχουν κατάγματα τῶν βραχιόνων, ἡ τρίτη ὅταν ὑπάρχουν κατάγματα τῶν πλευρῶν καὶ ἡ τετάρτη ἐπὶ ξυλίνων στύλων.

Ἀφοῦ ἀπομακρύνετε τὸ θῦμα ἐκ τοῦ ἐπιβλαβοῦς περιβάλλοντος καὶ τὸ μεταφέρετε εἰς τὸν καθαρὸν ἀέρα τάχιστα, ἐὰν πρόκειται περὶ ἀσφυξίας ἐξ εἰσπνοῆς ἀερίων, πνιγμοῦ κλπ., ἢ μόλις τὸ ἀποσπάσετε ἀπὸ ἠλεκτρικὸν ἀγωγόν, ἐὰν πρόκειται

περὶ ἠλεκτροπληξίας, θὰ ἀρχίσετε τεχνητὴν ἀναπνοήν, ἄνευ ἀπωλείας τοῦ ἐλαχίστου χρόνου, δὲν θὰ χάσετε χρόνον οὔτε διὰ νὰ καλέσετε ἰατρὸν ἢ τὸν Σταθμὸν Α' Βοηθειῶν. Αἱ στιγμαὶ ποὺ παρέρχονται εἶναι πολύτιμοι. Θὰ ἐλέγξετε μόνον πρῶτα, μήπως ἔχουν ἀποφραχθῆ αἱ ἀναπνευστικαὶ ὁδοί, ὁπότε θὰ τὰς ἐλευθερώσετε, πρὶν ἀρχίσετε τεχνητὴν ἀναπνοήν, ὁμοίως σύρατε ἔξω τὴν γλῶσσαν. Ἐνῶ θὰ ἐφαρμόζετε τὴν τεχνητὴν ἀναπνοήν, ἕνας ἄλλος θὰ χαλαρώσῃ τὰ ἐνδύματα τοῦ θύματος καὶ θὰ τὸ σκεπάσῃ νὰ μὴ κρυώνῃ καὶ ἐν συνεχείᾳ θὰ καλέσῃ ἰατρόν. Ἐὰν ἀνεύρετε θῦμα ἠλεκτροπληξίας μετὰ πολλὴν ὥραν καὶ πάλιν θὰ τοῦ κάμετε τεχνητὴν ἀναπνοήν, διότι δὲν γνωρίζετε τὴν κατάστασιν εἰς τὴν ὁποίαν εὑρίσκετο προηγουμένως. Πιθανὸν δηλαδὴ νὰ ἀνέπνεε καὶ ἡ ἀναπνοή του νὰ διεκόπῃ τὴν στιγμὴν ποὺ ἐφθάσατε.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ (Μέθοδος Νῆλσεν)



Εἰκὼν 1.

Θέσις τοῦ Θύματος.

1. Ἐξαπλώσατε τὸν παθόντα μὲ τὸ πρόσωπον πρὸς τὸ ἔδαφος, εἰς θέσιν πρηνῆ. Διπλώσατε τοὺς ἀγκῶνας του καὶ τοποθετήσατε τὰ χέρια του τὸ ἓν ἐπὶ τοῦ ἄλλου. Στρέψατε τὸ πρόσωπόν του πρὸς τὴν μίαν πλευράν, τοποθετοῦντες τὴν παρειὰν ἐπὶ τῶν χειρῶν.

Εἰκὼν 2.

Θέσις τοῦ Χειριστοῦ.

2. Γονατίσατε μὲ τὸ ἀριστερὸ ἢ τὸ δεξὶ γόνατο πλησίον τῆς κεφαλῆς τοῦ παθόντος βλέποντες πρὸς αὐτόν. Τοποθετήσατε τὸ γόνατό σας εἰς τὴν μίαν πλευρὰν τῆς κεφαλῆς του, πλησίον τοῦ βραχίονος. Τοποθετήσατε τὸν ἕτερον πόδα πλησίον τοῦ ἀγκῶνος. Ἂν σᾶς διευκολύνῃ, γονατίσατε καὶ μὲ τὰ δύο γόνατα, θέτοντες αὐτὰ ἑκατέρωθεν τῆς κεφαλῆς τοῦ παθόντος. Τοποθετήσατε τὰ χέρια σας ἐπὶ τῆς ράχης του εἰς τρόπον, ὥστε αἱ παλάμαι νὰ εὑρίσκωνται ἐπὶ τῆς αὐτῆς γραμμῆς μὲ τὰς μασχάλας. Ἁπλώσατε τὰ δάκτυλα πρὸς τὰ κάτω καὶ πρὸς τὰ ἔξω, εἰς τρόπον ὥστε αἱ ἄκραι τῶν ἀντιχείρων νὰ ἐγγίζουν μόλις.

Εἰκὼν 3.

Φάσις Συμπιέσεως.

3. Κινηθῆτε πρὸς τὰ ἐμπρός, μέχρις ὅτου οἱ βραχίονές σας εὑρεθοῦν εἰς θέσιν περίπου κατακόρυφον καὶ ἀφήσατε τὸ βάρος τοῦ σώματός σας νὰ πέσῃ ἀργά, σταθερὰ καὶ ὁμοιόμορφα εἰς τὰ χέρια σας. Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον ὁ ἀὴρ πιέζεται καὶ ἐξέρχεται τῶν πνευμόνων. Οἱ ἀγκῶνες σας δὲν πρέπει νὰ κάμπτωνται καὶ ἡ πίεσις πρέπει νὰ ἐξασκῆται σχεδὸν κατακορύφως εἰς τὴν ράχην.

Θέσις κατὰ τὴν Φάσιν Ἐκτάσεως

4. Ἐλαττώσατε τὴν πίεσιν, ἀποφεύγοντες ἀπότομον

κίνησιν καὶ ἀρχίσατε κινούμενοι ἀργὰ πρὸς τὰ ὀπίσω. Τοποθετήσατε τὰ χέρια σας ἐπὶ τῶν βραχιόνων τοῦ παθόντος, πλησίον τῶν ἀγκώνων.

Εἰκὼν 4.

Φάσις Ἐκτάσεως

5. Κινηθῆτε πρὸς τὰ ὀπίσω. Μὴ κάμψετε τοὺς βραχίονάς σας, καὶ καθ' ὃν χρόνον θὰ γέρνετε πρὸς τὰ ὀπίσω, οἱ βραχίονες τοῦ παθόντος νὰ σύρωνται πρὸς τὸ μέρος σας. Ἀφήσατε κατόπιν τοὺς βραχίονας νὰ ἀκουμπήσουν ἐπὶ τοῦ δαπέδου. Οὕτω συμπληροῦται ὁ κύκλος. Διὰ τῆς ἀνυψώσεως τῶν βραχιόνων ἐκτείνεται ὁ θῶραξ, διὰ τῆς ἐντάσεως τῶν μυῶν τοῦ θώρακος, κάμπτεται ἡ ράχη καὶ ἐλαφροῦται τὸ βάρος ποὺ πίπτει ἐπὶ τοῦ θώρακος.

Εἰκὼν 5.

Ὁ κύκλος δέον νὰ ἐπαναληφθῇ 12 φορὰς ἀνὰ λεπτόν, μὲ ρυθμὸν ὁμοιόμορφον καὶ σταθερόν. Αἱ φάσεις συμπιέσεως καὶ ἐκτάσεως πρέπει νὰ ἔχουν ἴσην διάρκειαν ἐνῶ αἱ ἐνδιάμεσοι περίοδοι πρέπει νὰ εἶναι κατὰ τὸ δυνατὸν συντομώτεροι.

Συμπληρωματικαὶ ὁδηγίαι :

Τὸ σῶμα τοῦ θύματος θὰ πρέπει νὰ ἔχῃ μικρὰν κλίσιν, εἰς τρόπον ὥστε νὰ διευκολύνεται ἡ ἀποστράγγισις

τῶν ὑγρῶν ἐκ τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος. Ἡ κεφαλὴ του πρέπει νὰ εἶναι ἐκτεταμένη πρὸς τὰ ὀπίσω καὶ ὄχι κεκαμμένη πρὸς τὰ ἐμπρός, ἄλλως, ἐπέρχεται ἔμφραξις τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος. Τὰ σημεῖα αὐτὰ δύνανται νὰ τακτοποιηθοῦν κατὰ τήν τοποθέτησιν τοῦ παθόντος εἰς τὴν κατάλληλον θέσιν ἢ ἀμέσως κατόπιν, μεταξὺ τῶν ἀναπνευστικῶν κύκλων. Εἶναι ἀναγκαῖος ὁμαλὸς ρυθμὸς κατὰ τὴν ἐφαρμογὴν τεχνητῆς ἀναπνοῆς, ἀλλὰ δὲν εἶναι ἀπαραίτητος ὁ συγχρονισμὸς μὲ τὸ χρονόμετρον. Ὁ παθὼν πρέπει νὰ τύχῃ καταλλήλου περιποιήσεως καὶ νὰ παραμείνῃ ἐξαπλωμένος μέχρις ὅτου ἐξετασθῇ ὑπὸ ἰατροῦ ἢ μέχρις ὅτου διαπιστωθῇ ὅτι συνῆλθε πλήρως.

Ἂν χρειασθῇ τὸ θῦμα νὰ μεταφερθῇ, τότε θὰ συνεχίζετε τὴν τεχητὴν ἀναπνοὴν κατὰ τὴν μεταφορὰν δι' ἐναλλαγῆς τῶν προσώπων, τοὐλάχιστον ἐπὶ 8 ὥρας ἢ μέχρις ἀφίξεως ἰατροῦ. Ὅταν συνέλθῃ τὸ θῦμα τοῦ δίδετε κάτι τὸ τονωτικὸν (ὄχι οἰνοπνευματῶδες) καὶ πρέπει νὰ τὸ ἔχετε ὑπὸ παρακολούθησιν ἐπ' ἀρκετὴν ὥραν, διότι ἠμπορεῖ καὶ πάλιν νὰ πάθῃ ἄπνοιαν, ὁπότε καὶ πάλιν θὰ ἀρχίσετε τὴν τεχνητὴν ἀναπνοήν. Ἡ ἀλλαγὴ τῶν προσώπων στὴν τεχνητὴν ἀναπνοὴν πρέπει νὰ γίνεται μὲ τάξιν, ὥστε νὰ μὴ χαθῇ ὁ ρυθμός. Ὁ βοηθὸς νὰ εἶναι ἕτοιμος πλάϊ καὶ μόλις παύσετε νὰ σύρετε τοὺς βραχίονας, νὰ ἀναλάβῃ ἐκεῖνος νὰ πιέσῃ τὴν ράχην καὶ νὰ συνεχίσῃ.

VI. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

1. Ἐξωτερικὴ καὶ ἐσωτερικὴ αἱμορραγία.

Αἱμορραγία ὀνομάζεται ἡ κατάστασις ἐκείνη κατὰ τὴν

ὁποίαν τὸ αἷμα ἐξέρχεται τῶν ἀγγείων. Ἡ συνολικὴ ποσότης τοῦ αἵματος ἀνθρώπου βάρους 70 χλγρ. εἶναι περίπου 5 - 6 χλγρ. Ἀπώλεια 1 χλγρ. αἵματος εἶναι βαρεῖα αἱμορραγία, μὲ ἀπώλειαν 1,5 χλγρ. ὁ θάνατος εἶναι πιθανώτατος, ὅταν δὲ ἀπωλεσθῇ ἡ ἡμίσεια ποσότης τοῦ αἵματος, ὁ θάνατος εἶναι βέβαιος. Ἡ αἱμορραγία εἶναι ἡ πλέον σοβαρὰ ἐπιπλοκὴ τῶν τραυμάτων.

Αἱ αἱμορραγίαι διαιροῦνται εἰς :

1. Ἐξωτερικάς, ὅταν τὸ αἷμα ρέει ἐκτὸς τοῦ σώματος.
2. Ἐσωτερικάς, κατὰ τὰς ὁποίας τὸ αἷμα ρέει ἐντὸς κοιλοτήτων τοῦ σώματος.

Αἱ αἱμορραγίαι εἶναι :

α. Ἀρτηριακαί - σταματοῦν δυσκόλως, τὸ αἷμα ἐξέρχεται ὡς πίδαξ. Ἀνοικτοῦ ἐρυθροῦ χρώματος.
β. Φλεβικαί - σταματοῦν εὐκολώτερον, σκοτεινοῦ ἐρυθροῦ χρώματος.
γ. Τριχοειδεῖς - συνήθως σταματοῦν μόναι των.

Συμπτώματα : Ταῦτα εἶναι ἀνάλογα πρὸς τὸ ποσὸν τοῦ ἀπωλεσθέντος αἵματος.

α. Αἴσθησις ἐλλείψεως ἀέρος.

β. Λίψα.

γ. Ζάλη, ἀπώλεια αἰσθήσεων.

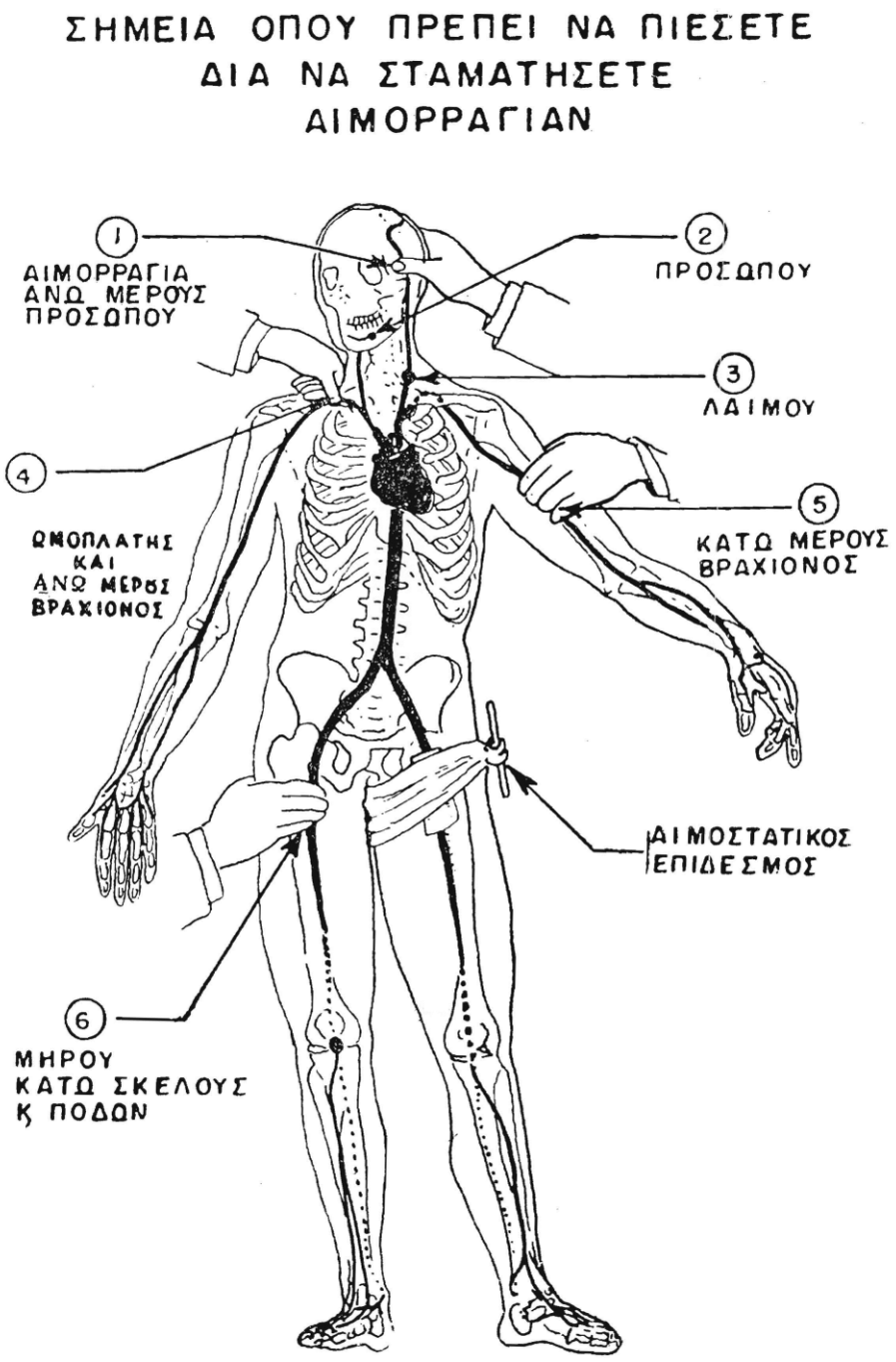
δ. Μικρὸς καὶ ταχὺς σφιγμός.

Πρώτη Βοήθεια : Εἰς αὐτὰς τὰς περιπτώσεις, τὸ πρῶτον ποὺ ἔχετε νὰ κάμετε, εἶναι νὰ σταματήσετε τὴν αἱμορραγίαν. Πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον θὰ ἐπιδέσετε τὸ τραῦμα μὲ ἰσχυρὰν ἐπίδεσιν, ἀφοῦ προηγουμένως θέσετε

ταμπὸν γάζης καὶ βάμβακος ἐπ' αὐτοῦ καὶ ἂν ὁ ἐπίδεσμος ὅλος διαποτισθῇ μὲ αἷμα, δὲν θὰ τὸν ἀφαιρέσετε ἀλλὰ θὰ προσθέσετε καὶ ἄλλον ἀπὸ ἐπάνω καὶ θὰ πιέσετε καὶ μὲ τὰ δάκτυλά σας. Ἂν παρ' ὅλα αὐτὰ ἡ αἱμορραγία δὲν σταματᾷ, τότε θὰ πιέσετε τὰς ἀρτηρίας εἰς τὰ σημεῖα πιέσεως αὐτῶν, μεταξὺ τοῦ τραύματος καὶ τῆς καρδίας καὶ θὰ τὰς ἀποφράξετε οὕτω, πιέζοντες αὐτὰς μεταξὺ τῶν δακτύλων σας καὶ κάποιου ὀστοῦ. Τὰ σημεῖα πιέσεως εἶναι (βλέπε εἰκόνα 6):

1. Ἐπὶ αἱμορραγίας κρανίου. Πίεσις τῆς κροταφικῆς λίγο ἐπάνω ἀπὸ τὰ μάτια καὶ ἐμπρὸς ἀπὸ τὸ αὐτί.
2. Ἐπὶ αἱμορραγίας προσώπου. Πίεσις τῆς προσωπικῆς περὶ τὰ δύο ἑκατοστὰ ἐμπρὸς ἀπὸ τὴν γωνίαν τῆς κάτω σιαγῶνος.
3. Ἐπὶ αἱμορραγίας τοῦ λαιμοῦ. Πίεσις τῆς καρωτίδος, πίεσις ἐπὶ τοῦ λαιμοῦ, πρὸς τὴν σπονδυλικὴν στήλην. Προσοχὴ ὅμως νὰ μὴ πιεσθῇ ἡ τραχεῖα, καὶ νὰ ληφθῇ φροντὶς νὰ μὴ πιέζεται συγχρόνως καὶ ἡ ἄλλη καρωτίς.
4. Ἐπὶ αἱμορραγίας ὠμοπλάτης καὶ ἄνω μέρους βραχίονος. Πίεσις τῆς ὑποκλειδίου, κλίνατε ἐλαφρῶς τὴν κεφαλὴν πρὸς τὴν πλευρὰν τῆς αἱμορραγίας διὰ νὰ χαλαρωθοῦν οἱ μῦες, καὶ πιέσατε ὄπισθεν τῆς κλειδὸς πρὸς τὰ κάτω καὶ ὀπίσω. Ἡ ἀρτηρία θὰ συμπιεσθῇ μεταξὺ δακτύλων καὶ πρώτης πλευρᾶς.
5. Ἐπὶ αἱμορραγίας κάτω μέρους βραχίονος, πήχεως καὶ ἄκρας χειρός. Πίεσις τῆς βραχιονίου εἰς τὴν ἐσωτερικὴν ἐπιφάνειαν τοῦ βραχίονος, μεταξὺ ἀγκῶνος καὶ ὤμου μὲ τὰ 4 δάκτυλα.

6. Ἐπὶ αἱμορραγίας μηροῦ, κάτω σκέλους καὶ ποδῶν Πίεσις τῆς μηριαίας στὸν μηρόν, λίγο πιὸ κάτω ἀπὸ τὴν λεκάνην.



Εἰκὼν 6.

Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις, πρῶτα διὰ ψηλαφήσεως θὰ εὑρίσκετε τὴν ἀρτηρίαν ἀπὸ τὸν σφυγμόν της καὶ ὕστερα θ' ἀρχίσετε νὰ τὴν πιέζετε.

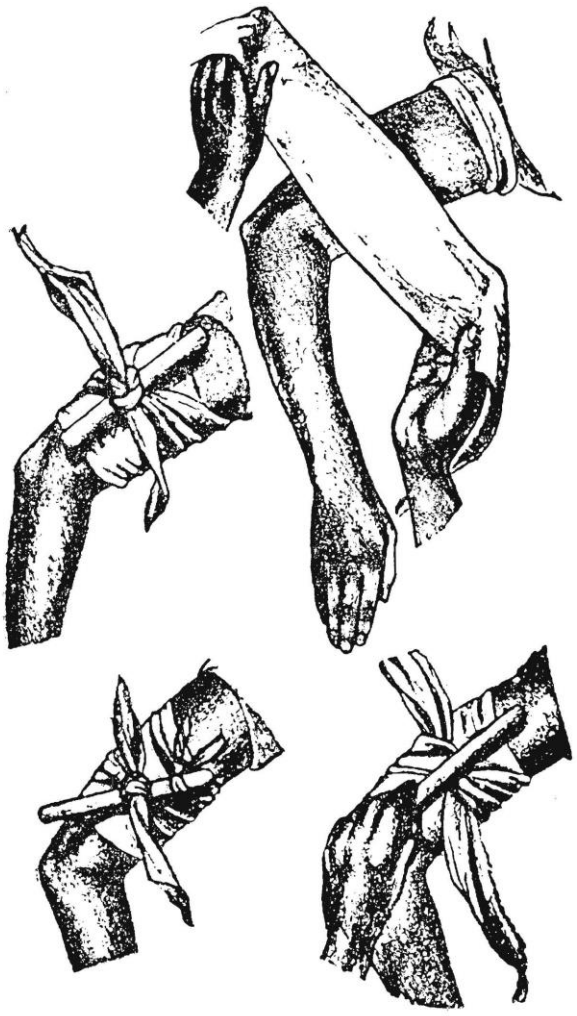
2. Αἱμοστατικὸς ἢ πιεστικὸς ἐπίδεσμος.

Ἐὰν παρ' ὅλα αὐτὰ ἡ αἱμορραγία δὲν σταματήσῃ, τότε θὰ θέσετε πιεστικὸν ἐπίδεσμον, ὁ ὁποῖος δύναται νὰ τεθῇ μόνον εἰς τὰ σημεῖα πιέσεως βραχιονίου καὶ μηριαίας. Ὑπάρχουν ἕτοιμοι τοιοῦτοι. Προχείρως θὰ κάμετε πιεστικὸν ἐπίδεσμον ἀπὸ φαρδὺ ὕφασμα, ποτὲ ἀπὸ σχοινὶ ἢ σῦρμα ἢ ἄλλο στενὸ ὑλικόν, διότι ἄλλως εἰς τὸ σημεῖον ἐφαρμογῆς του, θὰ προξενηθῇ βαρεῖα κάκωσις. Τοποθετήσατε πάντα ἕνα ταμπὸν εἰς τὸ σημεῖον πιέσεως. Περιτυλίξατε δύο φορὰς τὸν ἐπίδεσμον γύρω ἀπὸ τὸ μέλος ἐπάνω στὸ ταμπὸν καὶ κάμετε ἕνα μισὸν κόμβον, τοποθετήσατε μίαν μικρὰν ράβδον ἐπάνω ἀπὸ τὸν μισὸν κόμβον καὶ δέσατε ἄνωθεν τῆς ράβδου ἕνα πλήρη (διπλοῦν) κόμβον, στρέψατε τὴν ράβδον, ὥστε νὰ σφίξῃ ὁ ἐπίδεσμος καὶ ἡ αἱμορραγία νὰ σταματήσῃ. Τὸ ἄκρον τῆς ράβδου νὰ στερεωθῇ μὲ ἕνα χαλαρὸν ἐπίδεσμον, εἰς μικρὰν ἀπόστασιν ἀπὸ τοῦ αἱμοστατικοῦ καὶ πρὸς τὰ κάτω αὐτοῦ.

Πρέπει νά σκεφθῆτε πολὺ πρὶν νὰ τοποθετήσετε πιεστικὸν ἐπίδεσμον. Εἶναι τὸ ἔσχατον μέσον πού θὰ χρησιμοποιήσετε, διότι ἀφ' ἧς στιγμῆς τεθῇ πιεστικὸς ἐπίδεσμος, τὸ μέλος παύει αἱματούμενον καὶ τὰ κύτταρα ἀμέσως ἀρχίζουν νά βλάπτωνται. Ἤδη μετὰ 15 λεπτὰ ἡ βλάβη τῶν κυττάρων εἶναι καταφανής, μετὰ δὲ $2^1/_2$ ὥρας τὸ μέλος εἶναι πλέον εἰς κίνδυνον, δηλαδὴ ἢ σώζεται ἢ ὄχι, μετὰ δὲ ἀπὸ 6 ὥρας τὸ μέλος θὰ κοπῇ ὁπωσδή-

ποτε (τοῦτο ἰσχύει διὰ τὸ κάτω ἄκρον, διὰ τὸ ἄνω ἄκρον ταχύτερον). Ὁ πιεστικὸς ἐπίδεσμος ἐπιφέρει τραυματισμὸν τοῦ τοιχώματος τῶν ἀρτηριῶν καὶ κακώσεις τῶν νεύρων ἐκ τῶν ὁποίων ἔχομεν μετὰ παραλύσεις. Ποτὲ μὴ θέσετε ἄνωθεν τοῦ αἱμοστατικοῦ ἄλλον ἐπίδεσμον.

Ὥστε ἂν τελικῶς βάλετε πιεστικὸν ἐπίδεσμον, νὰ φροντίσετε ἐν συνεχείᾳ διὰ τὴν ταχυτάτην μεταφορὰν τοῦ θύματος. Θὰ πρέπει ἐντὸς δύο τὸ πολὺ ὡρῶν νὰ εἶναι εἰς τὸ νοσοκομεῖον. Καὶ νὰ μὴ λύσετε οὔτε νὰ χαλαρώσετε τὸν ἐπίδεσμον καθ' ὅλην τὴν διαδρομήν, ὅσον διάστημα καὶ ἂν κρατήσῃ. Νὰ λυθῇ μόνον παρὰ ἰατροῦ.



Εἰκὼν 7.

(Τοποθέτησις αἱμοστατικοῦ ἐπιδέσμου)

Ἐσωτερικὴ αἱμορραγία. Εἰς τὴν ἐσωτερικὴν αἱμορραγίαν ἀπαγορεύεται τὸ θῦμα νὰ λάβῃ οἱονδήποτε ὑγρὸν ἔστω καὶ ἂν διψᾷ. Τοποθέτησις κύστεως πάγου πλησίον τοῦ σημείου ποὺ πιθανὸν αἱμορραγεῖ. Μεταφορὰ ταχυτάτη.

3. Ρινορραγία (Αἱμορραγία μύτης).

Σπανίως εἶναι σοβαρά, συνήθως ἀναστέλλεται ἀφ' ἑαυτῆς, ἂν ὅμως ἐπιμένῃ τότε, ἂν πρόκειται περὶ ἡλικιωμένου ἀτόμου ποὺ πιθανῶς νὰ ἔχῃ πίεσιν, μὴ βιασθῆτε νὰ τὴν σταματήσετε.

Πρώτη Βοήθεια. Καθήσατε τὸ θῦμα καὶ χαλαρώσατε ὅτι τὸ σφίγγει στὸ λαιμό. Σφίξατε καὶ τοὺς δύο ρώθωνας μεταξὺ τῶν δακτύλων σας ἐπὶ 5′ (θὰ ἀναπνέῃ τότε διὰ τοῦ στόματος), θέσατε κρῦες κομπρέσσες ἢ πάγο στὸ μέτωπον καὶ νὰ μὴ φυσήξῃ καθόλου τὴ μύτη του ἐπὶ 2 ὥρας περίπου. Καλέσατε ἰατρόν.

V. ΣΟΚ (SHOCK - ΚΑΤΕΡΕΙΨΙΣ)

Σὸκ ὀνομάζεται ἡ ταχεῖα καὶ αἰφνιδία κατάπτωσις ὅλων τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἀνθρώπου. Παρουσιάζεται κυρίως ὡς ἐπιπλοκὴ μεγάλων τραυμάτων τῆς κοιλίας, τῶν ἄκρων, ἀλλὰ καὶ ἐπὶ μικρῶν, καὶ ἄνευ τραύματος, συνεπείᾳ νευρικοῦ κλονισμοῦ.

Συμπτώματα : Τὸ θῦμα εἶναι ἀκίνητον, τὸ βλέμμα ἁπλανές, αἱ κόραι διεσταλμέναι, τὸ δέρμα ὠχρόν, τὸ μέτωπον περιλούεται ἀπὸ κρῦον ἱδρῶτα, ἡ ἀναπνοὴ ἀνώμαλος, τὰ ἄκρα ψυχρά, ὁ σφυγμὸς μικρὸς καὶ ταχὺς καὶ ἡ θερμοκρασία πίπτει, συνήθης εἶναι καὶ ὁ ἔμετος, καὶ τέλος ἀπώλεια τῶν αἰσθήσεων καὶ θάνατος.

Πρώτη Βοήθεια : Κατακλίνατε τὸν ἀσθενῆ μὲ τὴν κεφαλὴν χαμηλώτερον ἢ εἰς τὸ αὐτὸ μὲ τὸ σῶμα ἐπίπεδον,

διὰ νὰ πάῃ περισσότερον αἷμα στὸν ἐγκέφαλον καὶ ἀνυψώσατε τὰ κάτω ἄκρα, διὰ τὸν αὐτὸν λόγον. Χαλαρώσατε τὰ ἐνδύματά του, στρέψατε τὴν κεφαλὴν πρὸς τὸ ἓν πλάγιον, ὥστε ἐὰν κάνῃ ἐμετὸν νὰ ἠμπορῇ νὰ τὸν βγάλῃ καὶ νὰ μὴ πνιγῇ. Θερμάνετέ τον σκεπάζοντες αὐτὸν (εἶναι ἀνάγκη νὰ τίθενται κουβέρτες καὶ κάτωθεν τοῦ θύματος), καὶ βάζοντας στὰ ἄκρα του φιάλην μὲ θερμὸν ὕδωρ, (προσοχὴ νὰ μὴ τοῦ προξενήσετε ἐγκαύματα). Σταματήσατε αἱμορραγίαν ἂν ὑπάρχῃ. Τονώσατε τὸ ἠθικόν του. Ἀκινητοποιήσατε τὸ τυχὸν ὑπάρχον κάταγμα. Περιποιηθεῖτε τὸ τραῦμα του, ἐάν ἔχῃ, ὥστε νὰ μὴ πονῇ. Δῶστε του νὰ πιῇ καφὲ ἢ τσάϊ, ὄχι οἰνοπνευματώδη, καὶ ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχει τραῦμα κοιλίας ἢ τοῦ στήθους καὶ τὸ θῦμα ἔχει τὰς αἰσθήσεις του, δῶστε του νὰ πιῇ νερὸ μὲ ἕνα κουταλάκι ἁλάτι κατὰ κιλὸ καὶ σόδα ἂν ἔχετε. Νὰ τὸ δώσετε δὲ εἰς μικρὰς δόσεις. Μεταφέρατε τὸ θῦμα εἰς τὸ νοσοκομεῖον, παρακολουθοῦντες αὐτὸ καθ' ὅλην τὴν διαδρομήν.

VI. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Κάταγμα (σπάσιμο) ὀνομάζεται ἡ λύσις τῆς συνεχείας ὀστοῦ τίνος, ὀφείλεται δὲ τοῦτο συνήθως εἰς ἐξωτερικὴν βίαν.

Διαίρεσις καταγμάτων. Τὰ κατάγματα διαιροῦνται :

1. Εἰς **ἄμεσα**, ὅταν συμβοῦν ἐκεῖ ποὺ ἔδρασεν ἡ ἐξωτερικὴ βία.
2. Εἰς **ἔμμεσα**, ὅταν συμβοῦν μακρὰν τοῦ τόπου δράσεως τῆς ἐξωτερικῆς βίας.

Ἐπίσης διαιροῦνται εἰς :

1. Ἁπλᾶ ἢ κλειστὰ (τὰ μὴ συνοδευόμενα ὑπὸ τραύματος).
2. Ἀνοικτὰ ἢ ἐπιπεπλεγμένα (κατάγματα συνοδευόμενα ὑπὸ τραύματος).

Κατάγματα ἄκρων.

Συμπτώματα : α. Πόνος
β. Ἀδυναμία κινήσεως τοῦ ἄκρου
γ. Παραμόρφωσις τοῦ ἄκρου
δ. Πρήξιμον

Ἐπιπλοκὴ πιθανὴ τῶν καταγμάτων εἶναι κυρίως τὸ σόκ.

Πρώτη βοήθεια : Μόλις διαγνώσετε τὸ κάταγμα καὶ τοῦτο θὰ ἐπιτύχετε ἀπὸ τὰς συνθήκας τοῦ ἀτυχήματος, τὸν ἔντονον πόνον, τὴν ἀδυναμίαν κινήσεως τοῦ ἄκρου κλπ., τὸ πρῶτον ποὺ θὰ κάνετε, θὰ εἶναι νὰ ἀκινητοποιήσετε νὸ ἄκρον, ὥστε νὰ μὴ προκαλοῦνται βλάβαι ἀπὸ τὴν κινησιν τῶν σπασμένων ὀστῶν καὶ νὰ ἐλαττωθῇ ὁ πόνος. Τοῦτο θὰ ἐπιτύχετε θέτοντες νάρθηκα. (Ἐπὶ ἀμφιβολίας ὑπάρξεως κατάγματος θὰ ἐνεργήσετε ὡς ἂν ὑπάρχῃ).

Ἐφ' ὅσον δὲν ἔχετε εἰδικὸν νάρθηκα, ἠμπορεῖτε νὰ χρησιμοποιήσετε οἱονδήποτε στερεὸν σῶμα, π.χ. μίαν σανίδα, ράβδον κτλ. Τὰ κομμάτια τοῦ νάρθηκος πρέπει νὰ εἶναι ἀρκετοῦ μήκους, ὥστε νὰ ἐξέχουν ἀρκετὰ ἀπὸ τὰς ἄνωθεν καὶ κάτωθεν τοῦ κατάγματος ἀρθρώσεις. Βάλετε μεταξὺ τοῦ νάρθηκος καὶ τοῦ μέλους ὑφάσματα, ὥστε τὸ μέλος νὰ μὴ τραυματισθῇ, στερεώσατε τὸν νάρθηκα δένοντάς τον μὲ φαρδὺ ὕφασμα σὲ 3 τοὐλάχιστον σημεῖα :

α. Κάτωθεν τοῦ κατάγματος καὶ κάτωθεν τῆς κάτω-

θεν αὐτοῦ ἀρθρώσεως.

β. Ἄνωθεν τοῦ κατάγματος καὶ ἄνωθεν τῆς ἄνωθεν αὐτοῦ ἀρθρώσεως.

γ. Εἰς τὴν θέσιν τοῦ κατάγματος.

Τοιοῦτοι νάρθηκες τοποθετοῦνται μόνον εἰς τὰ κατάγματα τῶν ἄκρων.

Ἐὰν πρόκειται περὶ ἐπιπεπλεγμένου κατάγματος, τότε πρὶν ἐνεργήσετε ὡς ἀνωτέρω, νὰ κάμετε καὶ ἐπίδεσιν τοῦ τραύματος, χωρὶς νὰ προσπαθήσετε νὰ βάλετε τὰ ὀστᾶ εἰς τὴν θέσιν των ἢ νὰ ἀφαιρέσητε τμήματα αὐτῶν θραυσμένα.

Μεταφορά. Ἂν τὸ κάταγμα ἀφορᾷ τὰ ἄνω ἄκρα, τὸ θῦμα δύναται νὰ περπατήσῃ μὲ τὴν ὑποστήριξίν σας, ἀφοῦ ἀκινητοποιηθῇ τὸ κάταγμα καταλλήλως. Ἂν ἀφορᾷ ὅμως τὰ κάτω ἄκρα, τότε πρέπει νὰ μεταφερθῇ ἐξαπλωμένον ἐπὶ φορείου.

Κατάγματα κρανίου.

Διαιροῦνται εἰς κατάγματα τῆς βάσεως καὶ κατάγματα τοῦ θόλου.

Ἡ βαρύτης των ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν προκληθεῖσαν βλάβην τοῦ ἐγκεφάλου.

Τὰ κατάγματα τοῦ θόλου συνήθως ὀφείλονται εἰς ἄμεσον βλάβην, ἡ διάγνωσίς των εἶναι συνήθως εὔκολος, ἐνῶ τῆς βάσεως ὀφείλονται εἰς ἔμμεσον τοιαύτην καὶ ἡ διάγνωσίς των γίνεται ἀπὸ τὰ ἑξῆς σημεῖα :

Συμπτώματα : α. Ἔξοδος αἵματος ἐκ τῶν αὐτιῶν καὶ τῆς μύτης

β. Πονοκέφαλος

γ. Ἔμετος
δ. Ζάλη
ε. Σπασμοί.

Ἐπίσης ἀπὸ τραῦμα τοῦ κρανίου, ἀκόμη καὶ χωρὶς κάταγμα αὐτοῦ, ἠμπορεῖ νὰ παρουσιασθῇ ἐγκεφαλικὴ διάσεισις καὶ θλάσις.

Ἐγκεφαλικὴ διάσεισις καὶ θλάσις.

Ἐπέρχονται μετὰ ἰσχυρὸν κλονισμὸν τοῦ ἐγκεφάλου. Συνήθως εἰς τὴν ἀρχὴν παρουσιάζεται παραλυτικὸν στάδιον (ἀπώλεια συνειδήσεως κτλ.), ἐνίοτε ὅμως διέγερσις (σπασμοί).

Πρώτη βοήθεια : Ἀνασηκώσατε ὀλίγον τὴν κεφαλήν, ἐπίδέσατε ἐλαφρά. Ἀπογορεύετσι ἡ χορήγησις ποτῶν, ἔστω καὶ ἂν ἔχῃ τὸ θῦμα τὰς αἰσθήσεις του. Μεταφέρατε τὸ θῦμα ἐξαπλωμένον καὶ ταχέως. Ἐὰν ὑπάρχῃ αἱμορραγία ἐκ τοῦ αὐτιοῦ, μὴ προσπαθήσετε νὰ τὴν σταματήσετε, ἀλλὰ ἀντιθέτως γυρίσασε τὴν κεφαλὴν πρὸς τὸ αἱμορραγοῦν αὐτί, ὥστε νὰ βοηθηθῇ ἡ αἱμορραγία.

Κάταγμα σπονδυλικῆς στήλης.

Ἐὰν ὑπάρχῃ τρῶσις τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, τότε εἶναι βαρεῖα ἡ κατάστασις καὶ τὰ ἀπὸ τὸ σημεῖον τοῦ κατάγματος καὶ κάτω μέρη τοῦ σώματος δυνατὸν νὰ παραλύσουν.

Πρώτη βοήθεια : Ἐὰν τὸ κάταγμα ἀφορᾶ τὴν αὐχενικὴν μοίραν τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τὸ θῦμα θὰ τοποθετηθῇ εἰς θέσιν ὑπτίαν (ἀνάσκελα). Ἐὰν ὅμως τὸ κάταγμα ἀφορᾶ τὰ ὑπόλοιπα τμήματα τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τότε τὸ θῦμα θὰ τοποθετηθῇ εἰς θέσιν πρηνῆ ἐπὶ σανίδος καὶ θὰ δεθῇ ἀπ' αὐτῆς διὰ πλήρη ἀκινησίαν, ἐν εἴδει νάρθηκος.

Μεταφορά : Θὰ μεταφερθῇ, ἐν συνεχείᾳ, προσεκτικά, εἰς θέσιν ὁριζόντιον.

Κάταγμα κάτω γνάθου.

Κατ' αὐτὸ ὑπάρχει κίνδυνος ὀλισθήσεως τῆς γλώσσης ἐντὸς τοῦ ἀναπνευστικοῦ σωλῆνος (ἀσφυξία), ὅθεν δὲν θὰ ἐπιτρέψετε εἰς τὸ θῦμα νὰ ὁμιλῇ καὶ θὰ τὸ μεταφέρετε εἰς θέσιν πρηνῆ, μὲ τὸ στῆθος ὑψηλότερον, θέτοντες ἕνα μαξιλάρι ἢ ἄλλο τι κάτωθεν αὐτοῦ, ὥστε ἡ κεφαλὴ νὰ κρέμεται πρὸς τὰ ἐμπρός, ἐπίσης θὰ χρησιμοποιήσετε εἰδικὴν ἐπίδεσιν.

Κάταγμα ὠμοπλάτης ἢ κλειδός.

Πόνος καὶ ἀδυναμία ἀνυψώσεως τοῦ ἐπὶ τῆς αὐτῆς πλευρᾶς ἄνω ἄκρου ἄνωθεν τοῦ ὤμου. Εἰδικὴ ἐπίδεσις.

Κάταγμα ἀμφοτέρων τῶν ὠμοπλατῶν.

Τὰ συμπτώματα τοῦ κατάγματος τῆς μιᾶς ὠμοπλάτης παρουσιάζονται τώρα καὶ στὰς δύο πλευράς. Εἰδικὴ ἐπίδεσις.

Κάταγμα πλευρῶν.

Τὰ συμπτώματα ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ ἂν ὑπάρχῃ ἢ ὄχι τραυματισμὸς τοῦ πνεύμονος, πόνος ἐπιδεινούμενος διὰ τῆς ἀναπνοῆς, ἀδυναμία κινήσεως τοῦ ἐπὶ τῆς αὐτῆς πλευρᾶς ἄνω ἄκρου. Ἐπὶ τραυματισμοῦ τοῦ πνεύμονος, δύσπνοια, τὸ θῦμα ἔχει αἱμόπτυσιν. Εἰδικὴ ἐπίδεσις.

Μεταφορά : Ἐὰν μεταφερθῇ διὰ φορείου, θὰ μεταφερθῇ κατακεκλιμένον ἐπὶ τῆς πασχούσης πλευρᾶς.

VII. ΔΙΑΣΤΡΕΜΜΑΤΑ

Διάστρεμμα (Στραμπούλισμα) καλεῖται ἡ βιαία

ρῆξις τοῦ θύλακος καὶ τῶν συνδέσμων τῶν ἀρθρώσεων μὲ στιγμιαίαν μετακίνησιν τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν.

Συμπτώματα: 1. Πόνος
2. Πρήξιμον

Πρώτη βοήθεια: Ἀκινησία. Χλιαραὶ κομπρέσσαι.

VIII. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ

Ἐξάρθρημα (Βγάλσιμο).

Εἶναι ἡ μόνιμος μετατόπισις τῶν ἀρθρικῶν ἐπιφανειῶν μετὰ ρήξεως τοῦ ἀρθρικοῦ θύλακος καὶ τῶν συνδέσμων τῆς ἀρθρώσεως.

Συμπτώματα:

1. Ἀλλοίωσις τῆς μορφῆς τῆς ἀρθρώσεως
2. Μεταβολὴ τοῦ μήκους καὶ τῆς θέσεως τοῦ μέλους
3. Ἀδυναμία κινήσεων
4. Πόνος
5. Πρήξιμον.

Πρώτη βοήθεια: Ἡ αὐτὴ ὅπως καὶ ἐπὶ κατάγματος : ἀκινησία τοῦ μέλους εἰς νάρθηκα.

IX. ΘΛΑΣΕΙΣ (ΜΩΛΩΠΕΣ)

Εἶναι ἡ ἀναίμακτος κάκωσις (βλάβη) τῶν μαλακῶν μορίων, ὅπου δὲν ὑπάρχει λύσις τῆς συνεχείας τοῦ δέρματος.

Πρώτη βοήθεια: Ψυχραὶ κομπρέσσαι.

X. ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Εἶναι αἱ αἱματηραὶ κακώσεις (βλάβαι) τῶν μαλακῶν

μορίων, ὅπου ὑπάρχει λύσις τῆς συνεχείας τοῦ δέρματος. Ταῦτα διαιροῦνται, ἀναλόγως τοῦ εἴδους τοῦ ὀργάνου ποὺ τὰ ἐπροξένησε, εἰς :

Α. Τραύματα διὰ θλάσεως
Β. Τραύματα διὰ τεμνόντων ὀργάνων
Γ. Τραύματα διὰ νυσσόντων ὀργάνων
Δ. Τραύματα διὰ πυροβόλων ὅπλων, κτλ.

Πρώτη βοήθεια : Γενικὴ περιποίησις τοῦ τραύματος καὶ ἐπίδεσις αὐτοῦ. Κάθε τραῦμα, ὅσον μικρὸν καὶ ἂν εἶναι, εἶναι δυνατὸν νὰ μολυνθῇ. Τὰ μικρόβια εἶναι ἄφθονα εἰς τὴν φύσιν.

Ὥστε ἕνα τραῦμα θὰ τὸ περιποιηθῆτε ὡς ἑξῆς :

Θὰ τὸ σκουπίσετε ἐλαφρὰ ἐκ τοῦ κέντρου πρὸς τὴν περιφέρειαν, ἂν ἔχῃ ἀνάγκην (δὲν θὰ ἐπιμείνετε νὰ βγάλετε ξένα σώματα), μὲ γάζαν ἀποστειρομένην, στεγνήν. Θὰ τὸ ἀλείψετε γύρω - γύρω καὶ σὲ μεγάλην ἔκτασιν μὲ ἰώδιον καὶ ἐπάνω ἀκριβῶς στὴν πληγὴ **θὰ βάλετε σκέτην στεγνὴν ἀποστειρωμένην γάζαν καὶ βάμβακα καὶ θὰ ἐπιδέσετε.** Τὰ ἀντισηπτικὰ (ἰώδιον κλπ.) ἐπὶ τοῦ τραύματος ἔχουν ἐπιβλαβῆ ἐπίδρασιν.

Εἰδικαὶ περιπτώσεις τραυμάτων :

Τραύματα κοιλίας : Κίνδυνος σόκ, ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας, μολύνσεως, περιτονίτιδος.

Πρώτη βοήθεια : Ἀπαγορεύεται ἡ λῆψις τροφῆς καὶ ὑγρῶν. Ἐπιδέσατε καὶ ἐξαπλώσατε τὸ θῦμα ὕπτιον, μὲ ἀνασηκωμένον λίγο τὸν κορμὸν καὶ τὰ πόδια λυγισμένα καὶ σηκωμένα πρὸς τὴν κοιλίαν, ταχυτάτη μεταφορά, πρέπει νὰ χειρουργηθῇ ἐντὸς 6 ὡρῶν, ἄλλως ἀναπτύσσεται πε-

ριτονῖτις ἀνεγχείρητος. Ἐὰν ἔχουν ἐξέλθει σπλάχνα, τότε τὰ σκεπάζετε μὲ μεγάλο πανὶ βρεγμένο σὲ ἀποστειρωμένο διάλυμα ἅλατος 8,5‰ ἢ σὲ βρασμένο νερὸ καὶ φροντίζετε νὰ βρέχετε τακτικὰ τὸ πανί, ὥστε τὰ σπλάχνα νὰ μὴ ἀποξηρανθοῦν. Εἰδικὴ ἐπίδεσις.

Τραύματα λεκάνης. Νὰ ἀντιμετωπισθοῦν ὡς τραύματα κοιλίας, διότι πιθανὸν νὰ εἶναι τοιαῦτα ἐκ τῶν ὄπισθεν γενόμενα καὶ νὰ μὴ φαίνωνται.

Τραύματα θώρακος. Ἀπαγορεύεται ἡ λῆψις ποτῶν, νὰ διακομισθῇ ταχέως.

Τραύματα ὀφθαλμῶν.

Ταῦτα προέρχονται ἀπὸ τὴν εἴσοδον ἐντὸς τοῦ ὀφθαλμοῦ ξένου σώματος (ἄμμου, σκόνης, τεμαχίων καρβούνου κλπ.).

Συμπτώματα : Πόνος, ἐνόχλησις, δακρύρροια, τὸ θῦμα δὲν βλέπει καθαρά.

Πρώτη βοήθεια : Πλύνατε καλὰ μὲ ἄφθονο ἀποστειρωμένο νερὸ τὸν ὀφθαλμόν. Τῇ βοηθείᾳ σταγονομέτρου ἢ σύριγγος ἐνσταλάξατε σταγόνα ἀπὸ ἀποστειρωμένο ρετσινόλαδο. Εἰδικὴ ἐπίδεσις. Μεταφέρατε τὸ θῦμα εἰς ἰατρόν. Πάντως μὴ ἐπιχειρήσετε νὰ βγάλετε τὸ ξένο σῶμα οὔτε σεῖς οὔτε ἄλλος κανεὶς διὰ ὁποιουδήποτε ὀργάνου.

Ἐννοεῖται ὅτι εἶναι δυνατὸν νὰ συμβῇ ἐπὶ τοῦ αὐτοῦ ἀτόμου συνδυασμὸς πολλῶν εἰδῶν κακώσεων ἀπὸ αὐτὰς ποὺ περιγράψαμεν.

Τέτανος. Μία σοβαρὰ ἐπιπλοκὴ τῶν τραυμάτων ἐκτὸς τῶν ἄλλων εἶναι καὶ ὁ τέτανος, ὁ ὁποῖος ὀφείλεται εἰς μικρόβιον ποὺ παρασιτεῖ ἐντὸς τοῦ πεπτικοῦ σωλῆνος

ὅλων τῶν μονόπλων ζώων (ἵππου, ὄνου κλπ.) καὶ εἶναι νόσος καταλήγουσα συνήθως εἰς ὀδυνηρὸν θάνατον. Κατ' ἐξοχὴν ὕποπτα τραύματα εἶναι ὅσα γίνονται πλησίον σταύλων, κήπων κτλ., ἐπίσης τὰ βαρέα, συντριπτικά, βρώμικα, μετὰ πολλῶν κολπωμάτων καὶ ἀνωμάλων χειλέων. Ὕποπτα εἶναι καὶ τὰ τραύματα διὰ νύσσοντος ὀργάνου (καρφιὰ κτλ.), καθ' ὅσον δὲν αἱμορροοῦν, δὲν ἔχουν ἐπαφὴν μὲ τὸν ἀέρα, δὲν καθαρίζονται καλῶς. Ἰδίως τὰ σκουριασμένα καρφιά, διότι διὰ νὰ ἔχουν σκουριάσῃ σημαίνει ὅτι ἐπὶ μακρὸν διάστημα εὑρίσκοντο παραπεταμένα καὶ ἄρα εἶναι μολυσμένα (πάντως δὲ ὕποπτα). Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις τραυμάτων πρέπει νὰ γίνεται ἀντιτετανικὸς ὀρρὸς ἐντὸς 24 ὡρῶν.

XI. ΡΗΞΙΣ ΜΥΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΚΑΙ ΜΥΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ (ΚΡΑΜΠΑ)

Ἐπισυμβαίνουν κατὰ τὴν διάρκειαν ἀποτόμων καὶ ἰσχυρῶν κινήσεων (ἀνύψωσις βάρους κλπ).

Πρώτη βοήθεια : Ἀνάπαυσις, χλιαραὶ κομπρέσσαι.

XII. ΕΠΙΔΕΣΜΟΛΟΓΙΑ

Τὰ εἴδη ἐπιδέσμων ποὺ χρησιμοποιοῦμεν εἶναι :

1, Ὁ ρολλοειδὴς

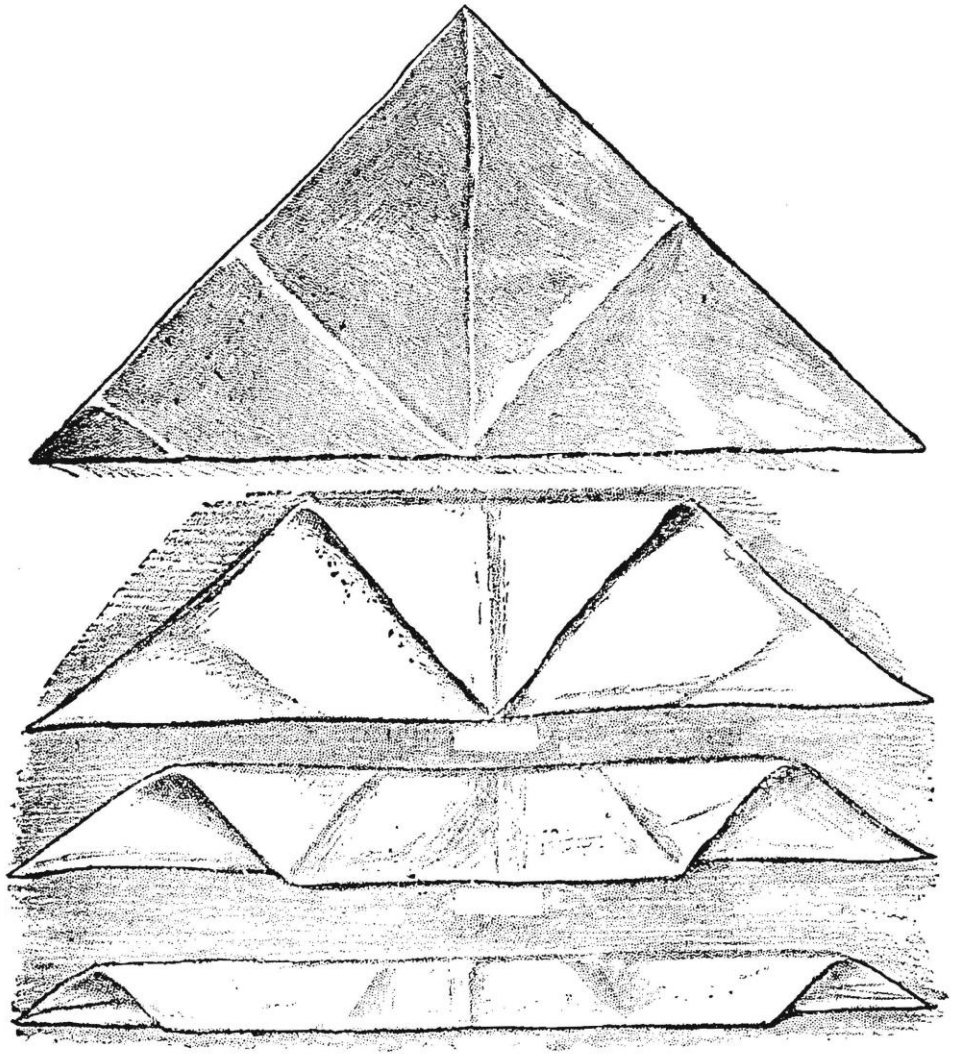
2. Ὁ ἀτομικὸς

3. Ὁ αἱμοστατικὸς ἢ πιεστικὸς

4. Ὁ τριγωνικὸς καὶ διάφορα ἄλλα.

Ὁ τριγωνικὸς ἐπίδεσμος εἶναι ἕνα κομμάτι ὑφάσμα-

τος, σχήματος ὀρθογωνίου τριγώνου, μὲ μῆκος καθέτου πλευρᾶς ἑνὸς μέτρου. Εἶναι πολὺ εὔχρηστος καὶ κατασκευάζεται, ἐν ἀνάγκῃ, προχείρως. Μὲ τὸν ἐπίδεσμον αὐτὸν ἠμποροῦμεν νὰ κάνωμεν ὅλα τὰ εἴδη τῶν ἐπιδέσεων καὶ διὰ τοῦτο θὰ ἀσχοληθῶμεν μὲ αὐτόν. Εἰς αὐτὸν διακρίνομεν τὴν βάσιν, ποὺ εἶναι ἡ ὑποτείνουσα τοῦ τριγώνου καὶ τὴν κορυφήν, δηλ. τὴν ἀπέναντι γωνίαν. Τοῦτον χρησιμοποιοῦμεν εἴτε ὅπως εἶναι, εἴτε δὶς διπλωμένον εἴτε τρίς.



Εἰκὼν 8 (Τριγωνικὸς ἐπίδεσμος).

Ὁ τριγωνικὸς ἐπίδεσμος χρησιμεύει διὰ νὰ συγκρατῇ τὰ ἐπιθέματα ἐπὶ τῶν τραυμάτων ἢ διὰ τὴν ἀνάρτησιν ἄκρων ἢ διὰ τὴν ἀκινησίαν εἰς περιπτώσεις ὡρισμένων καταγμάτων, ὅπου δὲν δύναται νὰ τεθῇ νάρθηξ.

Α. Ἐπίδεσις μέλους. Εἶναι ἁπλῆ ἐπίδεσις, ὅπως μὲ οἱονδήποτε ἄλλον ἐπίδεσμον. Αὕτη γίνεται ὅπως καὶ μὲ τὸν ρολλοειδῆ ἐπίδεσμον, ὁ ὁποῖος εἶναι προτιμώτερος εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτήν. Λαμβάνομεν τριγωνικὸν ἐπίδεσμον, τὸν διπλώνομεν τρεῖς φοράς, θέτομεν τὸ ἓν ἄκρον αὐτοῦ ἄνωθεν τοῦ τραύματος, πρὸς τὸ πλέον χονδρὸν μέρος τοῦ μέλους, φέρομεν τὸ ἄλλο ἄκρον κάτωθεν τοῦ τραύματος καὶ μὲ αὐτὸ ἀρχίζομεν νὰ τυλίγωμεν τὸ μέλος ἐκ τοῦ λεπτοτέρου μέρους πρὸς τὸ πλέον χονδρόν, καλύπτοντες οὕτω καὶ μέρος τοῦ διπλωμένου τμήματος τοῦ ἐπιδέσμου. Σὲ κάθε γῦρον, ἀντιστρέφομεν τὸν ἐπίδεσμον. Εἰς τὸ τέλος τυλίγομεν καὶ τὸ ἄλλο ἄκρον τοῦ ἐπιδέσμου κατὰ τὴν ἀντίθετον φορὰν καὶ δένομεν τὰ δύο ἄκρα μεταξύ των.

Β. Ἐπίδεσις κεφαλῆς. Ἁπλώνομεν τὸν ἐπίδεσμον μὲ τὴν κορυφὴν πρὸς τὰ πίσω καὶ τὴν βάσιν ἐμπρός, παράλληλον τῶν ὀφρύων, φέρομεν τὰ ἄκρα πρὸς τὰ ὀπίσω ἄνωθεν τῆς κορυφῆς καὶ πάλιν πρὸς τὰ ἐμπρὸς καὶ δένομεν τὸ μέτωπον, σύρομεν τὴν κορυφὴν καὶ τὴν φέρομεν πρὸς τὰ ἐμπρὸς καὶ τὴν καρφιτσώνωμεν μὲ μίαν παραμάναν.

Γ. Ἐπίδεσις προσώπου (ἐπὶ ἐκτεταμένων ἐγκαυμάτων). Κατ' ἀρχὴν δένομεν ἕνα κόμβον εἰς τὴν κορυφὴν τοῦ ἐπιδέσμου καὶ εἰς ἀπόστασιν 15 ἑκ. ἀπὸ τῆς κορυφῆς, θέτομεν τὸν κόμβον ἐπὶ τῆς κεφαλῆς ὅτε ἡ βάσις πίπτει πρὸς τὰ ἐμπρός, φέρομεν τὰ ἄκρα πέριξ τοῦ

λαιμοῦ πρὸς τὰ ὀπίσω, τὰ διασταυρώνομεν καὶ τὰ φέρομεν καὶ τὰ δένομεν ἐμπρὸς εἰς τὸν λαιμόν, ἐν συνεχείᾳ κάνομεν μικρὰς ὀπὰς διὰ τοὺς ὀφθαλμοὺς καὶ τὴν μύτην.

Εἰκὼν 9.
(Ἐπίδεσις τραύματος ὀφθαλμοῦ)

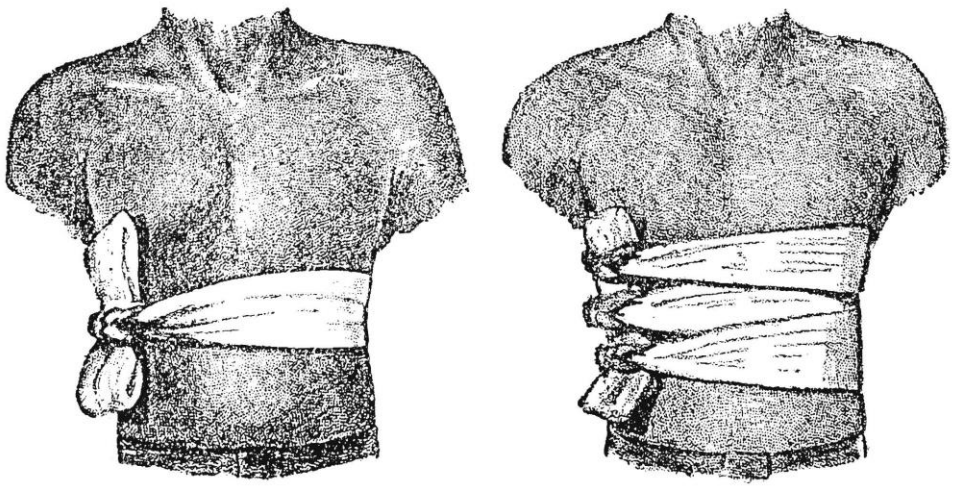
Ἐπίδεσις ὀφθαλμοῦ. Ἁπλώνωμεν μίαν λωρίδα ὑφάσματος ἢ ἕνα τριγωνικὸν ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φορὰς ἐπὶ τοῦ κρανίου, ὥστε τὸ ἓν ἄκρον του νὰ κρέμεται ἔμπροσθεν τοῦ ὑγειοῦς ὀφθαλμοῦ καὶ τὸ ἄλλο εἰς τὸ εἰς τὸ ἐκ διαμέτρου ἀντίθετον σημεῖον τοῦ κρανίου. Ἐν συνεχείᾳ, μὲ ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, ἐπιδένομεν κυκλικῶς τὴν κεφαλήν, ἄνωθεν ἀμφοτέρων τῶν ὀφθαλμῶν (καὶ ἄνωθεν τοῦ πρώτου ἐπιδέσμου), σύρομεν τὰ ἄκρα τοῦ πρώτου ἐπιδέσμου πρὸς τὴν κορυφὴν τοῦ κρανίου καὶ τὰ δένομεν μεταξύ των, ὅτε ὁ ὑγιὴς ὀφθαλμὸς ἀποκαλύπτεται ἐνῶ ὁ τραυματισμένος παραμένει σκεπασμένος.

Ἐπὶ βαρέων τραυμάτων καλύπτομεν καὶ τοὺς δύο

ὀφθαλμοὺς μὲ τριγωνικὸν ἐπίδεσμον διπλωμένον τρὶς καὶ ὁδηγοῦμεν τὸ θῦμα εἰς τὸν ἰατρόν.

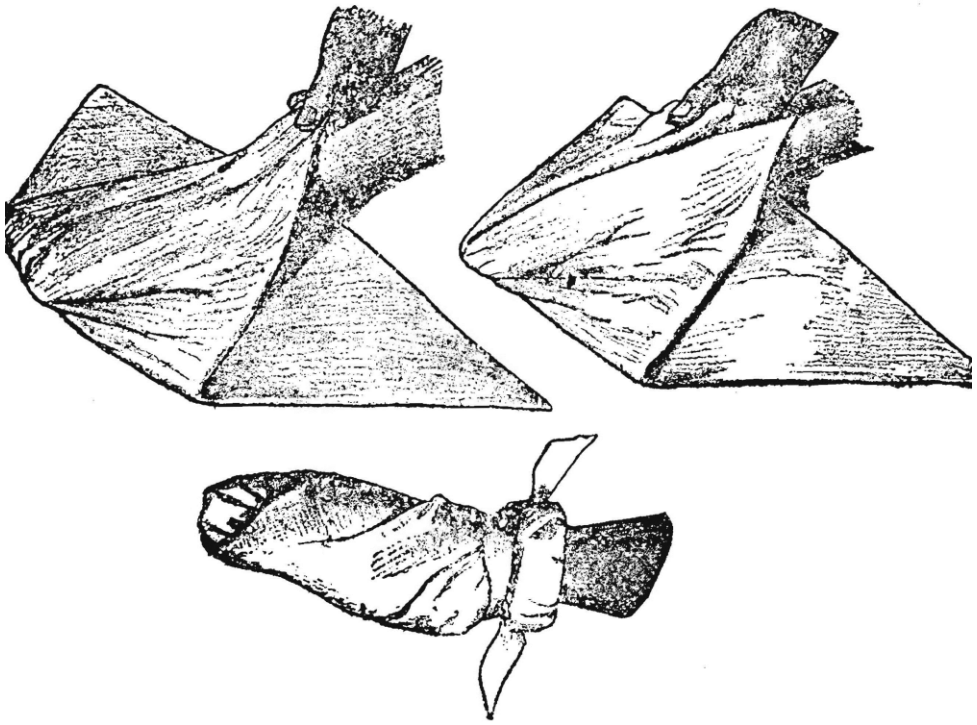
Ε. Ἐπίδεσις ἀγκῶνος, γόνατος. Κάμπτομεν τὸν ἀγκῶνα εἰς γωνίαν 90°, τοποθετοῦμεν τὸ μέσον ἐπιδέσμου διπλωμένου δύο φοράς, ἐπὶ τοῦ ἀγκῶνος, φέρομεν κατόπιν τὰ δύο ἄκρα πρὸς τὰ ἐμπρός, τὰ διασταυρώνομεν ἔμπροσθεν τοῦ ἀγκῶνος, ἐν συνεχείᾳ μὲ τὸ πρὸς τὰ ἄνω ἄκρον, τυλίγομεν τὸν βραχίονα ἄνωθεν τοῦ ἀγκῶνος, μὲ τὸ πρὸς τὰ κάτω, τὸν πῆχυν κάτωθεν τοῦ ἀγκῶνος, διασταυρώνομεν τὰ δύο ἄκρα ἔμπροσθεν τοῦ ἀγκῶνος καὶ τὰ δένομεν πρὸς τὰ ἔξω.

Ἐπὶ κατάγματος πλευρῶν θὰ ἐπιδέσωμεν τὸν θώρακα μὲ ἐπίδεσμον διπλωμένον δίς, κάτωθεν ἀκριβῶς τοῦ κατάγματος στερεῶς, εἰς θέσιν βαθείας ἐκπνοῆς καὶ ἐν συνεχείᾳ θὰ θέσωμεν δεύτερον ἐπίδεσμον ἐπὶ τοῦ κατάγματος, ὥστε νὰ καλύπτῃ κατὰ τὸ ἥμισυ τὸν πρῶτον, ὁμοίως καὶ τρίτον. Θὰ ἀκινητοποιήσωμεν τὸ ἐπὶ τῆς αὐτῆς πλευρᾶς ἄνω ἄκρον (ἀνάρτησις) καὶ θὰ μεταφέρωμεν τὸ θῦμα ἐξαπλωμένον ἐπὶ τῆς τραυματισμένης πλευρᾶς.



Εἰκὼν 10. (Ἐπίδεσις ἐπὶ κατάγματος πλευρῶν.

ΣΤ. Ἐπίδεσις ἄκρας χειρός. Θέτομεν τὴν χεῖρα εἰς τὸ μέσον τοῦ ἐπιδέσμου, εἰς τρόπον ὥστε ἡ κορυφὴ αὐτοῦ νὰ εἶναι πρὸς τὴν κατεύθυνσιν τῶν δακτύλων καὶ ἡ βάσις κάθετος πρὸς τὴν φορὰν τοῦ πήχεως, διπλώνομεν τὴν κορυφὴν πρὸς τὰ ἄνω καὶ ὕστερα περνοῦμεν ἄνωθεν αὐτῆς τὰ ἄκρα τοῦ ἐπιδέσμου καὶ δένομεν. Κατὰ παρόμοιον τρόπον γίνεται ἡ ἐπίδεσις τοῦ ἄκρου ποδός.



Εἰκὼν 11.
(Ἐπίδεσις τραύματος ἄκρας χειρος).

Ζ. Ἐπίδεσις ὤμου. Λαμβάνομεν ἕνα τριγωνικὸν ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, τοποθετοῦμεν τὸ μέσον αὐτοῦ ἐπί τοῦ τραυματισμένου ὤμου, φέρομεν τὰ ἄκρα αὐτοῦ, περιβάλλοντες τὸ σῶμα, καὶ τὰ δένομεν κάτω-

θεν τῆς ἀντιθέτου μασχάλης. Πέρνομεν τότε ἕνα δεύτερον ἐπίδεσμον καὶ περνοῦμεν τὴν κορυφήν του κάτωθεν τοῦ πρώτου καὶ τὴν δένομεν ἀκριβῶς ἄνωθεν τοῦ ὤμου, (ὁ ἐπίδεσμος αὐτὸς χρησιμοποιεῖται ἀδίπλωτος) καὶ τὸν ἁπλώνομεν, ὥστε ἡ βάσις του νὰ ἔλθῃ κάθετος πρὸς τὴν διεύθυνσιν τοῦ βραχίονος, διασταυρώνομεν τὰ ἄκρα του πέριξ τοῦ βραχίονος καὶ δένομεν.

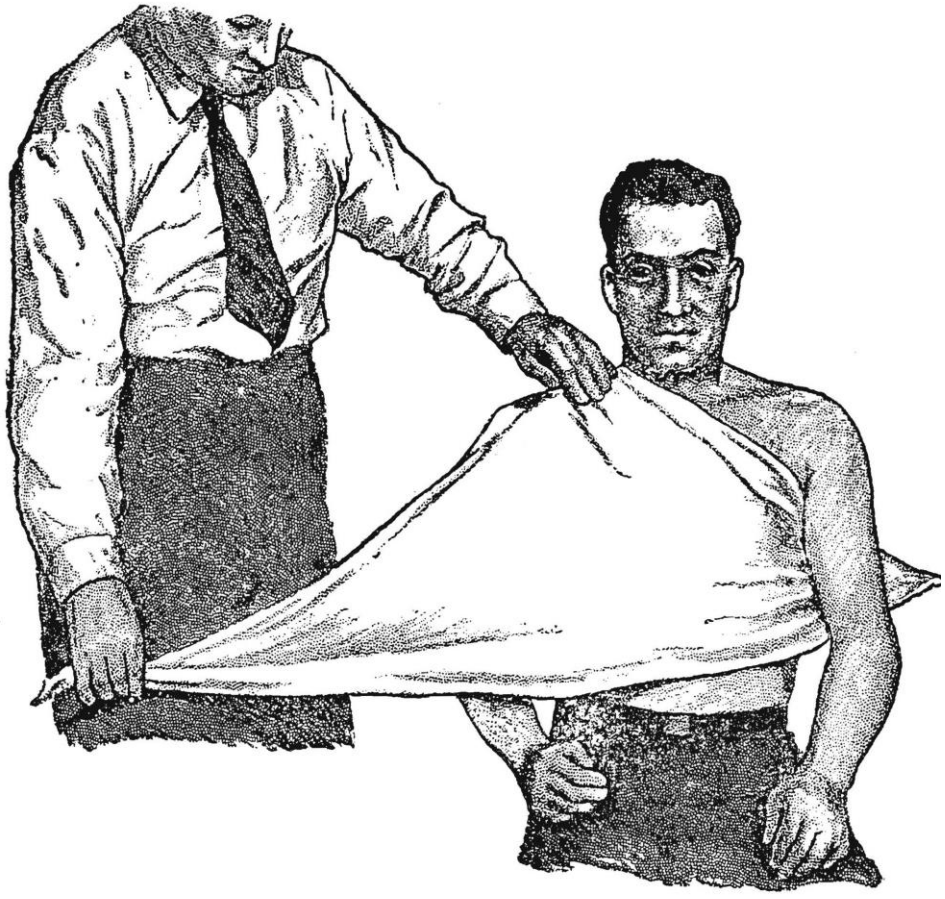
Εἰκὼν 12.
(Ἐπίδεσις τραύματος ὤμου).

Η. Ἐπίδεσις ράχης καὶ στήθους. Τοποθετοῦμεν τὴν κορυφήν τοῦ ἐπιδέσμου ἐπὶ τοῦ ὤμου τῆς τραυματισθείσης πλευρᾶς καὶ τὸν ἁπλώνομεν πρὸς τὰ κάτω, ὥστε νὰ σκεπάσωμεν τὸ στῆθος ἢ τὴν ράχην, φέρομεν τὰ ἄκρα τοῦ ἐπιδέσμου πέριξ τοῦ σώματος καὶ δένομεν κάτωθεν τοῦ ὤμου, ἔτσι θὰ ἔχωμεν ἓν βραχὺ καὶ ἓν μακρὸν ἄκρον, τὸ μακρὸν φέρομεν πρὸς τὸν ὦμον καὶ τὸ δένομεν μὲ τὴν κορυφήν τοῦ ἐπιδέσμου (εἰκ. 13, 14).

Θ. Ἐπίδεσις ἰσχύου. Δένομεν ἕνα ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, περὶ τὴν ὀσφύν.

Ἐπ' αὐτοῦ στερεώνομεν τὴν κορυφὴν ἑνὸς ἄλλου ἀδι-

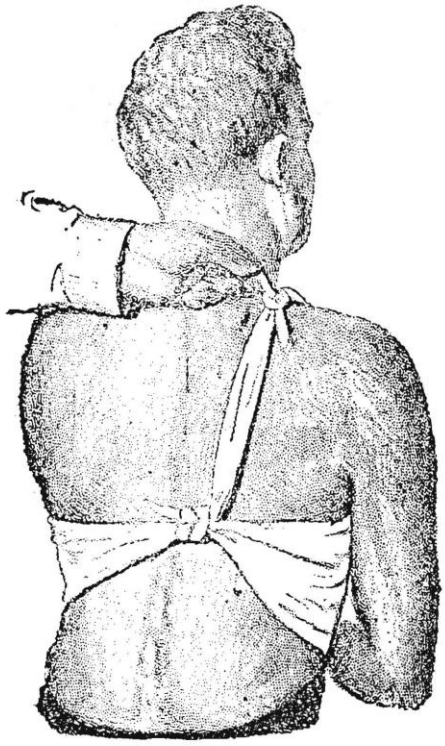
πλώτου, περιβάλλομεν τὸν μηρὸν καὶ δένομεν τὰ δύο ἄλλα ἄκρα μεταξύ των.



Εἰκὼν 13. (Ἐπίδεσις τραύματος ῥάχης ἢ στήθους).

l. Ἐπίδεσμος πρὸς συγκράτησιν διαστρέμματος ἀστραγάλου. Τὸ παπούτσι πρέπει νὰ παραμείνῃ εἰς τὴν θέσιν του. Τοποθετοῦμεν τὸ μέσον ἑνὸς τριγωνικοῦ ἐπιδέσμου διπλωμένου τρεῖς φοράς, κάτω ἀπὸ παπούτσι ἐμπρὸς ἀπὸ τὸ τακούνι, φέρομεν τὰ ἄκρα πρὸς τὰ ἄνω καὶ ὀπίσω, τὰ διασταυρώνομεν, τὰ φέρομεν πάλι πρὸς τὰ ἐμπρὸς καὶ τὰ διασταυρώνομεν, τὰ φέρομεν πρὸς τὰ

κάτω καὶ περνοῦμεν τὸ ἕνα ἄκρον ἀπὸ τὴν μέσα καὶ τὸ ἄλλο ἀπὸ τὴν ἔξω θηλειάν, ἐμπρὸς εἰς τὸ τακούνι, τραβοῦμε τὰ ἄκρα ἰσχυρά, τὰ φέρομεν ἐμπρὸς καὶ τὰ δένομεν.

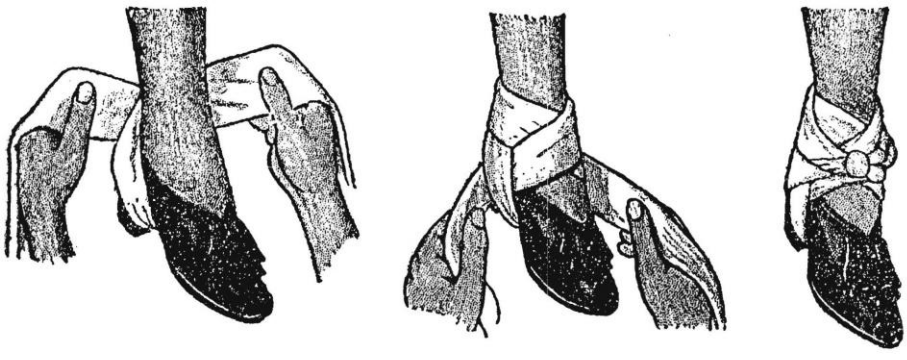


Εἰκὼν 14.
('Επίδεσις τραύματος ράχης ἢ στήθους).

Εἰδικαὶ ἐπιδέσεις ἐπὶ διαφόρων καταγμάτων ὀστῶν, ὅπου ἡ τοποθέτησις νάρθηκος εἶναι ἀδύνατος.

ΙΑ. 'Επὶ κατάγματος τῆς ἄνω γνάθου. Εἰδικὴ ἐπίδεσις ποὺ συγκρατεῖ τὴν γνάθον καὶ προφυλάσσει ἀπὸ τὴν ὀλίσθησιν τῆς γλώσσης ἐντὸς τοῦ ἀναπνευστικοῦ σωλῆνος καὶ γίνεται μὲ ἕνα τριγωνικὸν ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς.

Βάζομεν τὸ μέσον τοῦ ἐπιδέσμου ὑπὸ τὴν γνάθον,



Εἰκὼν 15. ('Επίδεσις διαστρέμματος ἀστραγάλου).

φέρομεν τὰ ἄκρα πρὸς τὰ ἄνω ἔμπροσθεν τῶν αὐτιῶν καὶ κάνομεν ἁπλῆν θηλειάν, ὕστερα χαλαρώνομεν τὴν θηλειάν, ὥστε νὰ γίνουν δύο ἀγκύλαι καὶ φέρομεν τὴν μίαν πίσω ἀπὸ τὴν ἄλλην ἐμπρὸς καὶ ἐν συνεχείᾳ δένομεν τὰ ἐλεύθερα ἄκρα ἐπὶ τῆς κορυφῆς τοῦ κρανίου.

ΙΒ. Ἐπὶ κατάγματος ὠμοπλάτης ἢ κλειδὸς ἢ ἐξαρθρήματος τῆς κατ' ὦμον ἀρθρώσεως. Στερεώνομεν τὸν βραχίονα μὲ τὴν παλάμην ἀνοικτὴν ἐπὶ τοῦ στή-

Εἰκὼν 16. (Ἐπίδεσις ἐπὶ κατάγματος κλειδὸς ἢ ὠμοπλάτης).

θους, δι' ἀναρτήσεως τοῦ μέλους καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐπιδένομεν μὲ ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἀγκῶνος τὸν βραχίονα πέριξ τοῦ κορμοῦ. Ἐλέγχομεν τὸν σφυγμὸν μήπως ἡ πίεσις διέκοψε τὴν κυκλοφορίαν τοῦ αἵματος.

ΙΓ. Ἐπὶ καταγμάτων ἀμφοτέρωντῶν ὠμοπλοτῶν ἢ κλειδῶν. Πρῶτον περνοῦμεν καὶ προσδένομεν

ἀπὸ ἕνα ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, κάτωθεν ἑκάστης μασχάλης (ἀπὸ κάτω βάζομεν πανιά), ἐν συνεχείᾳ τοποθετοῦμεν ἕνα μαλακὸ πρᾶγμα ἐπὶ τῆς ράχης, ἐπάνω δὲ ἀπὸ αὐτὸ δένομεν τὰ ἄκρα τῶν δύο τριγωνικῶν ἐπιδέσμων μεταξύ των, ὥστε νὰ τραβηχθοῦν πρὸς τὰ ὀπίσω αἱ ὠμοπλάται, σταυρώνομεν τὰς χεῖρας ἐπὶ τοῦ στήθους καὶ δένομεν αὐτὰς εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἀγκῶνος, μὲ ἐπίδεσμον διπλωμένον τρεῖς φοράς, ὥστε νὰ ἀκινητοποιηθοῦν ἐπὶ τοῦ θώρακος.

Εἰκὼν 17.
('Ανάρτησις χειρός).

ΙΔ. 'Ανάρτησις.

'Επίσης μὲ τριγωνικὸν ἐπίδεσμον ἠμποροῦμεν νὰ κάμωμεν ἀνάρτησιν τῶν ἄνω ἄκρων, π.χ. εἰς τραῦμα βραχίονος θέτομεν τὴν κορυφὴν τοῦ ἐπιδέσμου κάτω ἀπὸ τὸν ἀγκῶνα ὁ ὁποῖος εἶναι κεκαμμένος, ἐν συνεχείᾳ φέρομεν τὸ ἓν ἄκρον τῆς βάσεως πέριξ τοῦ τραχήλου, ἀνυψοῦμεν καὶ τὸ ἄλλο καὶ τὰ δένομεν, διπλώνομεν τὴν κορυφὴν καὶ τὴν καρφιτσώνομεν μὲ παραμάνα.

'Επίσης ἀνάρτησιν ἄνω ἄκρου ἠμποροῦμεν νὰ κάνω-

μεν προχείρως, ἂν δὲν ἔχομεν ἐπίδεσμον, στερεώνοντες μὲ παραμάνες τὸ μανίκι τῆς πασχούσης χειρὸς στὸ σακκάκι, ἐνῶ ὁ ἀγκὼν θὰ εἶναι κεκαμμένος ἢ διπλώνοντες τὸ σακκάκι πρὸς τὰ ἄνω καὶ στερεώνοντάς με παραμάνες, ἐνῶ στὸ δίπλωμα θὰ εἶναι τὸ χέρι ποὺ θὰ ἔχῃ τὸν ἀγκῶνα κεκαμμένον.

Καλλίτερα ὅλοι οἱ κόμβοι διὰ ἐπιδέσεις νὰ γίνωνται μὲ σταυρόκομβον.

XIII. ΜΕΤΑΦΟΡΑ

Ἀφοῦ χορηγηθοῦν αἱ πρῶται βοήθειαι στὸ θῦμα, τότε θὰ κρίνετε ἀμέσως ἂν ἔχῃ ἀνάγκην μεταφορᾶς ἢ ἠμπορῇ νὰ περιπατήσῃ (ὅταν δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ἔλθῃ ἰατρὸς ἐκεῖ ποὺ εἶναι τὸ θῦμα).

Ἐπίσης θὰ κρίνετε καὶ τὴν προτεραιότητα κατὰ τὴν μεταφοράν, ἐὰν ἔχετε πολλὰ θύματα νὰ μεταφέρετε. Σόκ, τραύματα κοιλίας, τραύματα θώρακος μετὰ διατρήσεως τοῦ πνεύμονος, κατάγματα κρανίου καὶ βαρεῖαι αἱμορραγίαι ἔχουν τὴν προτεραιότητα.

Γενικῶς σὲ ὅλα τὰ ἐλαφρὰ τραύματα τὰ μὴ συνοδευόμενα ὑπὸ σὸκ καὶ ἀφορῶντα τὸν κορμὸν καὶ τὰ ἄνω ἄκρα (ἐκτὸς κρανίου καὶ κοιλίας), τὸ θῦμα δύναται νὰ περιπατήσῃ, τὸ πολὺ μὲ ἐλαφρὰν ἰδικήν σας ὑποστήριξιν. Ἂν ὅμως τὸ τραῦμα δὲν εἶναι πολὺ σοβαρό, ἀλλὰ πάντως τὸ θῦμα δὲν δύναται νὰ περιπατήσῃ οὔτε μὲ τὴν ὑποστήρι-

ξίν σας (π.χ. ἀφορᾶ τὰ κάτω ἄκρα), τότε θὰ τὸ μεταφέρετε μὲ τὴν λεγομένην μέθοδον τοῦ ἑνὸς ἀνδρός, ἤτοι θὰ θέσετε τὸ θῦμα ἐπὶ τῆς ράχης σας περνῶντες τὸ ἕνα σας χέρι ἀνάμεσα στὰ σκέλη τοῦ θύματος καὶ κρατοῦντες ἕνα χέρι αὐτοῦ μὲ τὸ ἄλλο σας χέρι.

Ἐπὶ κάπως βαρυτέρου τραύματος, θὰ τὸ μεταφέρετε μὲ τὴν μέθοδον τῶν δύο ἀνδρῶν, ὁπότε θὰ καθίσετε τὸ θῦμα ἐπὶ τῶν χειρῶν σας (σκαμνάκι).

Ἐπὶ ἀκόμη βαρυτέρας καταστάσεως, κατάγματα κρανίου, κάταγμα κάτω ἄκρων, σπονδυλικῆς στήλης κλπ. θὰ μεταφέρετε τὸ θῦμα διὰ φορείου ἢ ἂν δὲν ἔχετε κατασκευάζοντες ἕνα προχείρως (μία πόρτα) κλπ. ἢ ἂν καὶ τοῦτο εἶναι ἀδύνατον, διὰ τῆς μεθόδου τῶν τριῶν ἀνδρῶν δηλαδὴ 3 ἀπὸ σᾶς θὰ γονατίσουν μὲ τὸ ἕνα πόδι, ἀπὸ τὴν μίαν πλευρὰν τοῦ θύματος, θὰ περάσουν τὰς χεῖρας των κάτωθεν αὐτοῦ καὶ θὰ τὸ σηκώσουν καὶ θὰ τὸ μεταφέρουν ὁριζόντιον.

Ἂν τὸ θῦμα μεταφέρεται ἐξαπλωμένον ἐπὶ φορείου, τότε εἰς τὸ ἐπίπεδον ἔδαφος θὰ εἶναι ἐμπρὸς τὰ πόδια, εἰς τὸν ἀνήφορον ἐμπρὸς τὸ κεφάλι καὶ εἰς τὸν κατήφορον ἐμπρὸς τὰ πόδια. Ἐὰν ὑπάρχῃ κάταγμα κάτω ἄκρων ἢ λεκάνης, τότε, στὸν ἀνήφορον ἐμπρὸς τὰ πόδια καὶ στὸν κατήφορο ἐμπρὸς τὸ κεφάλι, ὥστε νὰ μὴ πιέζῃ τὸ βάρος τοῦ σώματος τὸ τραυματισμένον μέλος. Ἐπίσης οἱ μεταφέροντες τὸ θῦμα θὰ ξεκινήσουν μὲ τὸν πρὸς τὸ φορεῖον πόδα.

Ἂν χρησιμοποιήσετε αὐτοκίνητον εἰς τὴν ἐπίπεδον ἐπιφάνειάν του θὰ ἐξαπλώσετε τὸ θῦμα μὲ τὴν κεφαλὴν πρὸς τὴν μηχανὴν τοῦ αὐτοκινήτου.

XIV. ΔΗΛΗΤΗΡΙΩΔΗ ΔΗΓΜΑΤΑ

Ὑπάρχει μεγάλη ποικιλία ζώων θαλασσίων καὶ χερσαίων τὰ ὁποῖα παράγουν ἐντὸς τοῦ ὀργανισμοῦ των δηλητηριώδεις οὐσίας, τὰς ὁποίας διὰ διαφόρων τρόπων, διοχετεύουν ἐντὸς ἄλλων ζώων.

1. Ἰοβόλοι (δηλητηριώδεις) ὄφεις. Οὗτοι φέρουν κάτω ἀπὸ τοὺς ὀδόντας ἀσκὸν πλήρη δηλητηρίου καὶ κατὰ τὸ δάγκωμα οὗτος πιέζεται καὶ τὸ δηλητήριον ρέει ἐντὸς τῆς πληγῆς διὰ τῶν ὀδόντων. Ἐξ αὐτῶν ἐν Ἑλλάδι εὑρίσκονται δύο εἴδη ἐχίδνης, ἡ ἀσπὶς καὶ ἡ κοινῶς καλουμένη ὀχιὰ ἢ ἀστρίτις ἢ σαΐτα ποὺ εἶναι φεῖδι μικρῶν διαστάσεων.

Προφύλαξις. Τὰ δήγματα τοῦ ὄφεως ἀφοροῦν κατὰ τὰ $^3/_4$ τὰ κάτω ἄκρα καὶ ἡ προφύλαξις εἶναι ἁπλῆ. Ἀρκεῖ κανεὶς νὰ φορῇ ὑψηλὰ ὑποδήματα. Τὸ ἄλλο $^1/_4$ ἀφορᾶ τὰ ἄνω ἄκρα καὶ πρέπει κανεὶς νὰ προσέχῃ πολὺ πρὶν θέσῃ τὸ χέρι εἰς συστάδες θάμνων κλπ.

Συμπτώματα: Τοπικά, ἔντονον ἄλγος (πόνος) καὶ πρήξιμον.

Γενικά, παρατηρεῖται κατάστασις βαρυτάτου σόκ, δύσπνοια, ἐξασθένησις τῆς κυκλο-

φορίας, σπασμοί, αἱματουρία κλπ. τέλος θάνατος ἐκ παραλύσεως τοῦ κέντρου τῆς ἀναπνοῆς.

Πρώτη Βοήθεια : Ὁ ἀσθενὴς νὰ μείνῃ ἀκίνητος, πᾶσα μυϊκὴ προσπάθεια ἐπιταχύνει τὴν ἀπορρόφησιν τοῦ δηλητηρίου. Τοποθετήσατε λίγο ἄνωθεν τῆς πληγῆς πιεστικὸν ἐπίδεσμον καὶ σφίξατε αὐτὸν ὥστε νὰ σταματήσῃ ἡ φλεβικὴ κυκλοφορία καὶ τοιουτοτρόπως νὰ ἐμποδισθῇ ἡ εἴσοδος τοῦ δηλητηρίου εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν. Αὐτὸ θὰ τὸ καταλάβετε βλέποντες τὰς φλέβας νὰ ἐξογκοῦνται καὶ τὸ μέλος νὰ πρήσκεται, ἐνῶ εἶναι πιθανὸν νὰ ὑπάρχῃ σφυγμός.

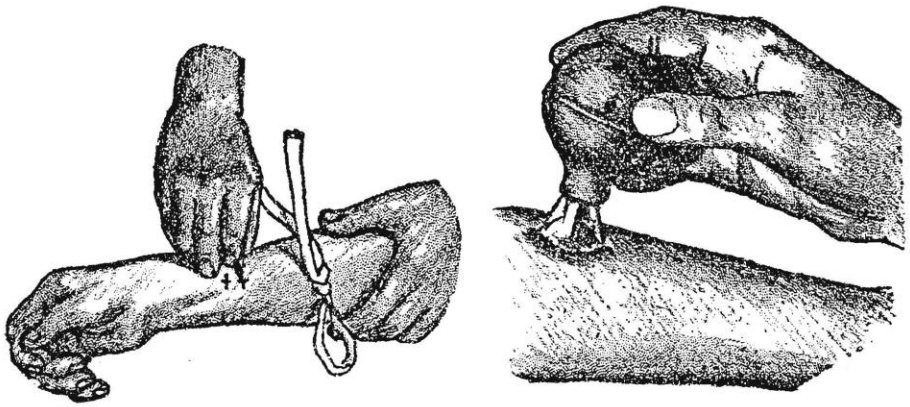
Μὲ ἕνα μαχαιράκι ποὺ τὸ καίγετε στὴν φλόγα ἑνὸς σπίρτου, κάνετε μία σταυροειδῆ τομὴ στὸ σημεῖο τοῦ δαγκώματος, μετὰ νὰ γίνῃ ἐκμύζησις διαρκείας τοὐλάχιστον μιᾶς ὥρας, τοῦτο νὰ μὴ γίνῃ μὲ τὸ στόμα, διότι ἂν ὑπάρχουν ἀμυχαὶ στὸ στόμα, τότε ἠμπορεῖ αὐτὸς ποὺ κάνει τήν ἐκμύζησιν νὰ δηλητηριασθῇ, ἀλλὰ νὰ γίνῃ μὲ εἰδικὴ σύριγγα ἢ μὲ μιὰ βεντούζα, ὥστε νὰ ἐξαχθῇ ὅσον τὸ δυνατὸν μεγαλυτέρα ποσότης δηλητηρίου. Ἂν διεκόπῃ ἡ ἀναπνοή, νὰ ἐφαρμοσθῇ τεχνητὴ ἀναπνοή.

Τὰ ἀνωτέρω ἀποτελοῦν τοπικὴν πρώτην βοήθειαν. Ἡ ριζικωτέρα ὅμως ἀντιμετώπισις τοῦ θέματος ἀπαιτεῖ ὅπως συγχρόνως ἐνεργηθῇ ὑποδόριος ἢ ἐνδομυϊκὴ ἔνεσις εἰδικοῦ ὀρροῦ ἐναντίον τῶν δηλητηριωδῶν δηγμάτων.

Ὁρρὸς κατάλληλος δι' ἐχίδνας εἶναι ὁ παρὰ τοῦ Ἰνστιτούτου Παστὲρ παρασκευαζόμενος τύπου ER. Ἡ ἔνε-

σις δέον νὰ ἐνεργηθῇ εἰς τὸν μηρὸν ὅσον τὸ δυνατὸν ταχύτερον.

Προϋποτίθεται ὅτι θὰ προηγηθῇ πιεστικὸς ἐπίδεσμος, ὡς ἐξηγήθη ἀνωτέρω.



Εἰκὼν 18.
(Ἐπίδεσις καὶ ἀπορρόφησις ἐπὶ δήγματος ὄφεως).

2. Ἐπίσης ἐν Ἑλλάδι ὑπάρχουν σαρανταποδαροῦσες, σκορπιοὶ καὶ εἶδος δηλητηριώδους ἀράχνης.

Συμπτώματα, θεραπεία, ἡ αὐτὴ ὡς ἀνωτέρω. Τὸ δῆγμα τοῦ σκορπιοῦ ἀφίνει ἀνοσίαν.

3. Δήγματα μελισσῶν, σφηκῶν. Ἐξαγωγὴ τοῦ κεντριοῦ, ἐπάλειψις ἀμμωνίας.

Ἡ βαρύτης τῶν συμπτωμάτων κατόπιν τραύματος ἐξ ἰοβόλου ὄφεως ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ εἶδος τοῦ ἑρπετοῦ, τὴν ἡλικίαν αὐτοῦ, τὴν ἐποχὴν τοῦ ἔτους, ἐπίσης ρόλον παίζει ἡ κατάστασις τοῦ ὀργανισμοῦ ὡς καὶ ἡ ἰδιοσυγκρασία τοῦ δηχθέντος.

XV. ΜΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΩΔΗ ΔΗΓΜΑΤΑ

Ταῦτα δὲν ἔχουν σημασίαν ἰδιαιτέραν, συνήθως, ὡς τραύματα, ὑπάρχει ὅμως δι' αὐτῶν κίνδυνος μεταδόσεως τῆς λύσσης, καὶ θὰ πρέπῃ κάθε ἕνας νὰ γνωρίζῃ ὀλίγα περὶ λύσσης.

Ἡ λύσσα εἶναι νόσος ἡ ὁποία προσβάλλει ὅλα τὰ θερμόαιμα ζῶα, ἐξ αὐτῶν κατ' ἐξοχὴν τὰ θηλαστικὰ καὶ εἰς μεγαλυτέραν ἀναλογίαν τὰ κυνοειδῆ (λύκους, σκύλους κλπ.) καὶ τὰ αἰλουροειδῆ (γάτα κλπ.) καὶ μεταδίδεται μὲ τὸ δάγκωμα εἰς τὸν ἄνθρωπον. Ἅμα ἡ νόσος ἐκδηλωθῇ οὐδεμία ἐλπὶς σωτηρίας ὑπάρχει καὶ ὁ θάνατος εἶναι βέβαιος καὶ θάνατος ὀδυνηρός. Ὑπάρχει ὅμως προφυλακτικὴ θεραπεία, ἡ ὁποία ὅταν ἐφαρμοσθῇ ἐγκαίρως προλαμβάνει τὴν ἐκδήλωσιν τῆς νόσου. Ἡ νόσος μεταδίδεται παρὰ τοῦ ζώου καὶ μερικὰς ἡμέρας πρὶν νὰ ἐκδηλωθῇ εἰς αὐτό.

Εἰς περίπτωσιν λοιπὸν ποὺ θὰ σᾶς δαγκάσῃ κάποιο ζῶον, θά συμβουλευθῆτε ὁπωσδήποτε ἰατρόν, προηγουμένως ὅμως νὰ ἐξακριβώσετε τὴν ταυτότητα τοῦ ζώου. Τοῦθὰ διευκολύνῃ τὸ ἔργον τοῦ ἰατροῦ.

Μὴ στηριχθῆτε εἰς τὴν κατάστασιν τοῦ ζῴου κατὰ τὸ δάγκωμα, ὅτι δηλαδὴ ἦτο ὑγιὲς ἢ ὅτι σεῖς τὸ ἐρεθίσατε καὶ σᾶς ἐδάγκωσε ἢ ὅτι ἔπινε νερὸ ἢ ὅτι σεῖς ἐβάλατε τὸ χέρι σας στὸ στόμα του ἢ ὅτι δὲν ἦτο ἀγριεμένο κλπ. διότι ὑπάρχουν πολλὲς μορφὲς λύσσης, μανιακή, παραλυτική, γαστρεντερικὴ καὶ ἐξ ἄλλου ἡ νόσος μεταδίδετε καὶ ὀλίγας ἡμέρας πρὶν ἐκδηλωθῇ. Οὔτε σᾶς κατο-

χυρώνει τὸ ὅτι ὁ σκύλος ἦτο ἐμβολιασμένος κατὰ τῆς λύσσης. Ὅσον ἀφορᾶ τὴν τοπικὴν τοῦ τραύματος περιποίησιν, ἐκτὸς τοῦ ὅτι εἰς τὴν προκειμένην περίπτωσιν **κατ' ἐξαίρεσιν θὰ πλύνετε τὸ τραῦμα μὲ ἄφθονο νερὸ καὶ σαποῦνι**, κατὰ τὰ ἄλλα θὰ τὸ περιποιηθῆτε ὅπως εἰς τὸ περὶ τραυμάτων κεφάλαιον ἀνεφέραμεν.

XVI. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Ἔγκαυμα εἶναι ἡ τοπικὴ κάκωσις τῶν ἱστῶν ἡ ἐπερχομένη ἐκ τῆς ἐπιδράσεως μεγάλης θερμοκρασίας ἢ καυστικῶν οὐσιῶν (ὑγρῶν, ἀερίων, ἀτμοῦ κλπ.). Τὸ ἔγκαυμα παρουσιάζει καὶ γενικὰ συμπτώματα.

Διακρίνομεν 3 βαθμοὺς ἐγκαύματος :

Πρώτου βαθμοῦ. Ἡ βλάβη ἀφορᾶ μόνον τὴν ἐπιδερμίδα, καὶ παρουσιάζει μίαν ἐρυθρότητα.

Δευτέρου βαθμοῦ. Ἡ βλάβη ἀφορᾶ ὅλον τὸ πάχος τοῦ δέρματος, παρουσιάζουσα φυσαλλίδας.

Τρίτου βαθμοῦ. Ὅταν τὸ ἔγκαυμα περάσῃ τὸ πάχος τοῦ δέρματος καὶ ἀφορᾶ καὶ τοὺς κάτωθεν ἱστοὺς εἰς διάφορα βάθη, ὁπότε παράγεται νέκρωσις.

Γενικὰ Συμπτώματα : Ἡ βαρύτης τῶν γενικῶν συμπτωμάτων δὲν ἔχει τόσην σχέσιν μὲ τὸν βαθμὸν τοῦ ἐγκαύματος, ὅσον μὲ τὴν ἔκτασιν, ἂν τὸ ἔγκαυμα ἀφορᾶ τὸ ἥμισυ τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος, τότε τὸ θῦμα θὰ ἀποθάνῃ, κατὰ κανόνα, ἔστω καὶ ἐὰν τὸ ἔγκαυμα εἶναι πρώτου βαθμοῦ.

Ἐπὶ ἐγκαύματος σχετικῶς μικρᾶς ἐκτάσεως, τὰ συμπτώματα εἶναι ταχυσφυγμία, θερμὸν δέρμα, ξηρὰ γλῶσσα, δίψα, ἀνορεξία, ἔμετος. Ἐπὶ ἐκτεταμένων ἐγκαυμάτων σπασμοί, παραλήρημα καὶ τέλος θάνατος.

Ἐπιπλοκαί τῶν ἐγκαυμάτων εἶμαι τὸ ΣΟΚ καὶ ἡ μόλυνσις.

Πρώτη βοήθεια : Ἀφοῦ ἀποσπάσετε τὸ θῦμα ἀπὸ τὸ περιβάλλον, λαμβάνοντες τὰ κατάλληλα μέτρα, (καλύτερον νὰ βρέξετε τὰ ἐνδύματά σας πρὶν εἰσέλθετε εἰς καιόμενον μέρος καὶ νὰ εἰσέλθετε σκυφτὸς) καὶ ἀφοῦ τὸ σβύσετε ἐὰν καίῃ ἀκόμη, σκεπάζοντάς το μὲ κουβέρτες, ἐνῶ θὰ εἶναι ἐξαπλωμένο στὸ ἔδαφος, (νὰ μὴ στέκῃ ὄρθιον, οὔτε νὰ τρέχῃ), θὰ περιποιηθῆτε τὰ ἐγκαύματα. Ἐὰν τὰ ροῦχα του εἶναι κολλημένα εἰς τὰ ἐγκαύματα, μὴ προσπαθήσετε νὰ τὰ ἀφαιρέσετε. Ἐὰν ὑπάρχουν φυσαλλίδες μὴ τὰς ἀνοίξετε.

Ἔγκαυμα πρώτου βαθμοῦ. Νὰ τὸ ἀλείψετε μὲ λιπαρὰν οὐσίαν (βαζελίνην κλπ.). Ἐγκαύματα δευτέρου καὶ τρίτου βαθμοῦ. Νὰ τὰ καλύψετε μὲ ἁπλῆν στεγνήν, ἀποστειρωμένην γάζαν ἢ γάζαν βρεγμένην μὲ χλια-

ρὰν ἁραιὰν διάλυσιν σόδας. Ἂν προέρχεται ἐκ χημικῶν οὐσιῶν, προηγουμένως νὰ τὰ πλύνετε μὲ ἄφθονο νερό. Ἐπὶ βαρέων ἐγκαυμάτων, μετὰ γενικῶν φαινομένων, δώσατε εἰς τὸ θῦμα νὰ πιῇ ἄφθονο νερὸ μὲ λίγο ἁλάτι εἰς μικρὰς δόσεις.

Τὰ σοβαρὰ ἐγκαύματα ἔχουν ἀνάγκην ἀμέσου μεταφορᾶς εἰς τὸ νοσοκομεῖον.

Ἐπὶ ἐγκαυμάτων τοῦ ὀφθαλμοῦ (ἐκ χημικῶν οὐσιῶν κυρίως πλύνετε τὸ μάτι μὲ ἄφθονο νερό, καλύτερα ἀποστειρωμένο, καὶ μετὰ στάζετε δύο σταγόνας ρετσινόλαδο ἢ καλὸν ἐλαιόλαδον ἀποστειρωμένο.

XVII. ΗΛΙΑΣΙΣ — ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ

Εἶναι δύο παθολογικαὶ καταστάσεις ὀφειλόμεναι εἰς τὴν ἐπίδρασιν ὑψηλῆς θερμοκρασίας ἐπὶ ὁλοκλήρου τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος. Ἡλίασιν μὲν ὀνομάζομεν τὴν παθολογικὴν ἐκείνην κατάστασιν ἡ ὁποία προέρχεται κατόπιν παρατεταμένης παραμονῆς εἰς τὰς ἡλιακὰς ἀκτίνας, κυρίως μὲ ἀκάλυπτον τὴν κεφαλήν, θερμοπληξίαν δὲ τὴν παθολογικὴν ἐκείνην κατάστασιν ἡ ὁποία ἐπέρχεται κατὰ τὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ ὁλοκλήρου τοῦ σώματος ὑψηλῆς θερμοκρασίας κατὰ τὴν ἐργασίαν εἰς κλειστὸν χῶρον.

Σήμερον τείνουν νὰ παραδεχθοῦν ὅτι ἕνας ἀπὸ τοὺς κυριωτέρους παράγοντας τῆς προκλήσεως τῶν παθολογικῶν τούτων καταστάσεων εἶναι ἡ ἀπώλεια ἅλατος καὶ ὕ-

δατος διὰ τῆς ἐφιδρώσεως καὶ διὰ τοῦτο τὸ χορηγοῦν καὶ προληπτικῶς καὶ θεραπευτικῶς. Πλεῖστοι ὅμως ἄλλοι παράγοντες ὑποβοηθοῦν εἰς τὴν ἐμφάνισιν τῶν παθολογικῶν τούτων καταστάσεων : ἡ θερμὴ καὶ κεκορεσμένη ὑδρατμῶν ἀτμόσφαιρα, μετὰ νηνεμίας, ποὺ παρεμποδίζει τὴν ἐξάτμισιν τοῦ ἱδρῶτος καὶ οὕτω τὴν ἀποβολὴν θερμότητος ἀπὸ τοῦ σώματος.

Ἐπίσης τὸ εἶδος καὶ τὸ χρῶμα τῆς ἐνδυμασίας ἔχει σημασίαν Τὰ ἐνδύματα ἐργαζομένων ὑπὸ ὑψηλὴν θερμοκρασίαν πρέπει νὰ εἶναι ἐλαφρὰ καὶ ἀνοικτοῦ χρώματος καὶ ἡ κεφαλὴ πάντοτε καλυμμένη ἐφ' ὅσον εὑρίσκονται ὑπὸ ἥλιον. Ἀλλὰ καὶ ἐσωτερικοὶ παράγοντες ἐπιδροῦν εἰς τὸ νὰ προκληθῇ ἡλίασις καὶ θερμοπληξία, ἡ ἡλικία, ἡ προϋπαρξις παθήσεων, ὁ χρόνιος ἀλκοολισμός, καὶ ἄλλαι δηλητηριάσεις, καθὼς καὶ παράγοντες φυλετικοὶ καὶ ἰδιοσυστασίας. Ὅσοι ἔχουν ξαναπάθη ἡλίασιν εἶναι περισσότερον εὐπαθεῖς.

Ἡλίασις.

Ὁ ὁρισμὸς τῆς παθήσεως ἐδόθη ἀμέσως ἀνωτέρω.

Συμπτώματα : Πονοκέφαλος, ζάλη, τὸ δέρμα εἶναι ξηρὸν καθὼς καὶ τὸ στόμα, ἔντονος δίψα κατέχει τὸ θῦμα, τὸ χρῶμα τοῦ προσώπου εἶναι ἐρυθρόν, ὁ σφυγμὸς γρήγορος καὶ δυνατός, ἡ θερμοκρασία ὑψηλή, δυναμένη νὰ φθάσῃ μέχρι 43° καὶ ἄνω.

Πρώτη βοήθεια: Μεταφορὰ τοῦ θύματος εἰς τὴν σκιάν, ἀφαίρεσις τῶν ἐνδυμάτων του, ἀνύψωσις

τοῦ κορμοῦ καὶ τῆς κεφαλῆς, ψυχρὰ ἐπιθέματα ἐφ' ὁλοκλήρου τοῦ σώματος.

Προφύλαξις. Ἀποφυγὴ κόπου ὑπὸ ἥλιον, κατάλληλος ἐλαφρὰ λευκὴ ἐνδυμασία, κάλυψις τῆς κεφαλῆς, λῆψις ὕδατος.

Θερμοπληξία.

Ὁ ὁρισμὸς ἐπίσης ἐδόθη ἀνωτέρω, συμβαίνει κυρίως εἰς ἐργαζομένους εἰς φούρνους, λέβητας κλπ. καὶ παρουσιάζεται κατ' ἐξοχὴν εἰς μὴ τελείως ὑγιᾶ ἄτομα, ποὺ κάνουν κατάχρησιν οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν κλπ.

Συμπτώματα: Ζάλη, ναυτία, ἔμετοι, τὸ πρόσωπον εἶναι ὠχρὸν καὶ περιλούεται ὑπὸ ἀφθόνου ἱδρῶτος, σφυγμὸς ἀδύνατος, ἀναπνοὴ ἀνώμαλος, ὁ πάσχων ἔχει αἴσθημα ψύχους (κατάστασις ΣΟΚ).

Πρώτη βοήθεια: Μεταφορὰ τοῦ πάσχοντος εἰς μέρος ἔνθα ὑπάρχει κυκλοφορία ἀέρος. Ἐξαπλώσατε τὸ θῦμα μὲ τὴν κεφαλὴν στὸ ἴδιο ἐπίπεδο μὲ τὸ σῶμα καὶ τοὺς πόδας ὑψηλότερον, δίδοντές του καφέ, ὕδωρ καὶ λίγο ἁλάτι, τὸ θῦμα νὰ διατηρηθῇ θερμόν, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν ἡλίασιν.

Προφύλαξις. Λῆψις ὕδατος κατὰ τὴν ἐργασίαν. Ἐλαφρὰ ἐνδυμασία

Ὀδυνηραὶ μυϊκαὶ συσπάσεις τῶν θερμαστῶν.

Εἶναι μυϊκαὶ συσπάσεις παρουσιαζόμεναι κυρίως εἰς τοὺς μῦς τῆς κοιλίας καὶ τῶν ἄκρων καὶ προκαλούμεναι ἐκ τῆς ἐπιδράσεως ὑψηλῆς θερμοκρασίας.

Πρώτη βοήθεια: Ἡ αὐτὴ μὲ τὴν θερμοπληξίαν μὲ τὴν ὁποίαν συχνὰ συνυπάρχουν.

XVIII. ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ — ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΞΙΣ

Εἶναι δύο παθολογικαὶ καταστάσεις ὀφειλόμεναι εἰς τὴν δυσμενῆ ἐπίδρασιν χαμηλῆς θερμοκρασίας (ψύχους) ἐπὶ τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος. Καὶ κρυοπαγήματα μὲν εἶναι, αἱ τοπικαὶ βλάβαι τῶν ἱστῶν, συνεπείᾳ τοῦ ψύχους, γενικὴ δὲ ψῦξις, τὸ παθολογικὸν ἀποτέλεσμα, κατόπιν ἐπιδράσεως τοῦ ψύχους ἐπὶ ὁλοκλήρου τοῦ ὀργανισμοῦ.

Διὰ τὴν ἐμφάνισιν τῶν καταστάσεων αὐτῶν κύριοι παράγοντες εἶναι : τὸ ψῦχος, ἰδίως τὸ ὑγρὸν (ὅταν λυώνουν τὰ χιόνια) κλπ. καὶ ἐπικουρικοὶ παράγοντες ὁ ὑποσιτισμός, ἡ κόπωσις, ἡ ὀρθοστασία, ἡ κακὴ ὑπόδησις. Ἐπίσης σημασίαν ἔχει ἡ ἀντίστασις τοῦ ὀργανισμοῦ, ἡ ἡλικία, ἡ φυλή, ἡ προϋπαρξις ἢ μὴ διαφόρων παθήσεων ὡς καὶ ἡ μέθη.

Κρυοπαγήματα ὁ ὁρισμὸς ἐδόθη ἀνωτέρω

Τούτων διακρίνομεν 3 βαθμοὺς

Α΄. βαθμός, παρουσιάζει ἐρυθρότητα καὶ οἴδημα

Β΄. βαθμός, παρουσιάζει καὶ φυσαλλίδας

Γ΄. βαθμός, νέκρωσις τῶν ἱστῶν (γάγγραινα).

Πρώτη βοήθεια : Ταχεῖα ἐνέργεια, συνισταμένη εἰς βαθμιαίαν καὶ ἠπίαν ἀναθέρμασιν, ἡ ὁποία θὰ γίνῃ ὡς ἐξῆς : Θὰ μεταφέρετε τὸ θῦμα εἰς θερμὸν δωμάτιον τοποθετοῦντες ὅμως αὐτὸ **μακρὰν τῆς πηγῆς θερμότητος.** Θὰ τοῦ δώσετε νά πιῇ ἕνα ζεστὸν καὶ θὰ τυλίξετε μετὰ προσοχῆς **τὸ κρυοπαγημένον μέλος** μὲ κουβέρτες. **Ἀπαγορεύεται κάθε εἴδους ἐντριβὴ ἐπὶ τοῦ κρυοπαγημένου μέλους,** καθὼς καὶ ἡ χορήγησις οἰνοπνευματωδῶν. **Ἐπίσης ἀπαγορεύεται νὰ θέσετε τὸ κρυοπαγημένο μέλος ἐντὸς ζεστοῦ νεροῦ.**

Γενικὴ Ψῦξις

Ὁ ὁρισμὸς ἐδόθη ἀνωτέρω. Αὕτη ἐπέρχεται ἢ ὀλίγον κατ' ὀλίγον, ὁπότε τὸ θῦμα παρουσιάζει διέγερσιν, παραισθήσεις, ἐν συνεχείᾳ ὑπνηλίαν καὶ τέλος διακοπὴν τῆς ἀναπνοῆς καὶ μυϊκὴν ἀκαμψίαν ἢ ἐπέρχεται ἀποτόμως, παρουσιαζομένης ἀμέσως τῆς μυϊκῆς ἀκαμψίας καὶ τῆς διακοπῆς τῆς ἀναπνοῆς. Καὶ εἰς τὰς δύο περιπτώσεις παρατηρεῖται πτῶσις τῆς θερμοκρασίας τοῦ σώματος (ὑποθερμία). **Τέλος παρουσιάζεται κατάστασις φαινομενικοῦ θανάτου.**

Πρώτη βοήθεια. Ταχεῖα ἐνέργεια, συνισταμένη

μένη εἰς βαθμιαίαν καὶ ἠπίαν ἀναθέρμανσιν. Μεταφορὰ τοῦ θύματος ἐντὸς θερμοῦ δωματίου, τοποθέτησις αὐτοῦ μακρὰν τῆς ἑστίας τῆς θερμάνσεως. Τυλίξατέ το μὲ κουβέρτες, κάνετέ του ἐντριβάς, καὶ ἂν ἔχει σταματήσῃ ἡ ἀναπνοή του κάνετέ του τεχνητὴν ἀναπνοήν. Δὲν θὰ τὸ ἐγκαταλείψετε, ὅσον καὶ ἂν φαίνεται νεκρόν, καθόσον, ὅπως εἴπομεν, συχνὰ παρουσιάζει φαινομενικὸν θάνατον (νεκροφάνειαν).

XIX. ΟΞΕΙΑΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Δηλητηρίασις ὀνομάζεται τὸ σύνολον τῶν παθολογικῶν φαινομένων ποὺ παρουσιάζονται εἰς τὸν ὀργανισμὸν μετὰ τὴν εἴσοδον εἰς αὐτὸν δηλητηρίου.

Δηλητήριον καλεῖται, πρακτικῶς, πᾶσα οὐσία, ἡ ὁποία εἰσερχομένη εἰς τὸν ὀργανισμόν, εἰς ἐλαχίστην ποσότητα, προκαλεῖ παθολογικὰ φαινόμενα ἢ καὶ αὐτὸν τὸν θάνατον.

Ἀπὸ τῆς σκοπιᾶς τῶν πρώτων βοηθειῶν τὰς δηλητηριάσεις διαιροῦμεν εἰς δύο μεγάλας κατηγορίας :

Α΄. Δηλητηριάσεις δι' οἱουδήποτε εἴδους δηλητηρίου μὴ καυστικοῦ.

Β΄. Δηλητηριάσεις διὰ καυστικῶν οὐσιῶν (ὀξέων καὶ ἀλκαλίων).

Δηλητηριάσεις διά οἱουδήποτε εἴδους δηλητηρίου μή καυστικοῦ.

Τὰ δηλητήρια τῆς κατηγορίας ταύτης δροῦν μόνον γενικῶς, μερικὰ δύνανται νὰ προκαλέσουν ἔμετον καὶ διάρροιαν ὡς τοπικὰ συμπτώματα.

Συμπτώματα: Τὰ δηλητήρια, ἀναλόγως τοῦ εἴδους αὐτῶν καὶ τῶν ὀργάνων εἰς τὰ ὁποῖα δροῦν, προκαλοῦν ποικιλίαν συμπτωμάτων, κυρίως σπασμοὺς ἢ ἀναισθησίαν.

Τὸ ἀποτέλεσμα τῆς δηλητηριάσεως ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ εἶδος τοῦ δηλητηρίου, τὴν ποσότητα αὐτοῦ, τὴν ταχύτητα ἀπορροφήσεως κλπ. καθὼς καὶ ἀπὸ τὴν ἰδιοσυστασίαν τοῦ θύματος.

Διάγνωσις: Σεῖς θὰ διαγνώσετε μίαν δηλητηρίασιν ἀπὸ τὴν ἐν γένει ἔρευναν εἰς τὴν ὁποίαν θὰ προβῆτε, ἂν δηλαδὴ βρῆτε πλησίον τοῦ θύματος φιάλην δηλητηριώδους οὐσίας κενὴν κλπ. καὶ ἀπὸ τὴν ἐξέτασιν τοῦ θύματος, δηλαδή, ἂν ἡ ἀναπνοή του ἔχει εἰδικὴν ἀπόπνοιαν, ἂν παρουσιάζῃ διέγερσιν, σπασμοὺς ἢ ἀντιστρόφως ἀπώλειαν τῶν αἰσθήσεων κλπ.

Πρώτη βοήθεια: Τρεῖς εἶναι οἱ σκοποὶ ποὺ ἐπιδιώκομεν:

α. Ν' ἀπομακρύνομεν τὸ δηλητήριον ἀπὸ τὸν ὀργανισμόν

β. Νὰ τὸ ἐξουδετερώσωμεν

γ. Γενικὴ τόνωσις.

Διὰ τὸ πρῶτον, θὰ προσπαθήσετε νὰ κάνετε πλύσιν τοῦ στομάχου κατὰ τὸν ἑξῆς τρόπον, θὰ δώσετε εἰς τὸ θῦμα νὰ πιῇ ἄφθονο νερὸ καὶ ἐν συνεχείᾳ ἕνα ποτῆρι νερὸ ἐντὸς τοῦ ὁποίου θὰ διαλύσετε σκόνην μουστάρδας, ὥστε νὰ προκαλέσετε ἔμετον καὶ θὰ ἐπαναλάβετε τὸ αὐτὸ πολλὰς φοράς. Ἂν δὲν ἔχετε μουστάρδα, ἠμπορεῖτε νὰ δώσετε ὡς ἐμετικὸν χλιαρὸ νερὸ μὲ σόδα, ἢ σαπουνάδα καὶ τέλος βάζοντας καὶ τὸ δάκτυλό σας καὶ ἐρεθίζοντας τὴν βάσιν τῆς γλώσσης καὶ τοῦ οὐρανίσκου τοῦ θύματος, νὰ προκαλέσετε ἔμετον Ἐν συνεχείᾳ θὰ χορηγήσετε ἁλατοῦχον καθαρτικόν. Ὅλα ταῦτα θὰ κάνετε ἔστω καὶ ἂν ἔχουν παρέλθῃ πολλαὶ ὧραι ἀπὸ τῆς δηλητηριάσεως.

Δεύτερον θὰ προσπαθήσετε νὰ ἐξουδετερώσετε τὸ δηλητήριον. Ἡ ἐπιστήμη ἀνεκάλυψε ἀντίδοτον, σχεδὸν ἔναντι παντὸς δηλητηρίου, ἀλλὰ οὔτε εἶναι δυνατὸν νὰ τὰ θυμᾶσθε, οὔτε νὰ τὰ ἔχετε πρόχειρα, διὰ τοῦτο θὰ ἀναφέρωμεν μερικὰ γενικὰ ἀντίδοτα, διὰ μεγάλας ὁμάδας δηλητηρίων ποὺ πρέπει νὰ χορηγήσετε.

Ταῦτα εἶναι:

1. Τὸ λεύκωμα τοῦ αὐγοῦ (ἀσπράδι). Τοῦτο θὰ χορηγήσετε ὁπωσδήποτε. Τρία ἀσπράδια αὐγοῦ (ὠμὰ) ἐντὸς ὀλίγου ὕδατος ἀνακατεμένα.

2. Ὁ ζωϊκὸς ἄνθραξ.

3. Ὁ καφὲς τὸν ὁποῖον θὰ δώσετε ὡς ρόφημα.

Θὰ δώσετε λοιπὸν καὶ ἀπὸ τὰ τρία αὐτὰ γενικὰ ἀντίδοτα εἰς τὸ θῦμα οἱασδήποτε δηλητηριάσεως.

Διὰ τονωτικῶν, θὰ προσπαθήσετε νὰ βοηθήσετε τὴν κυκλοφορίαν καὶ ἂν διακοπῇ ἡ ἀναπνοή, θὰ τοῦ κάνετε τεχνητὴν ἀναπνοήν.

Δηλητηριάσεις διὰ καυστικῶν οὐσιῶν (ὀξέα καὶ ἀλκάλια).

Συμπτώματα: μόνον τοπικά, ἤτοι ἐγκαύματα χειλέων, γλώσσης, οἰσοφάγου, στομάχου κλπ. ἐξ ὧν ἔντονος πόνος καὶ συχνὰ θάνατος.

Διάγνωσις: Ἀπὸ τὴν γενικὴν ἔρευναν κλπ. ὡς ἀνωτέρω καὶ κυρίως ἀπὸ τὰ ἐγκαύματα τῶν χειλέων, κλπ.

Πρώτη βοήθεια: Ἀπαγορεύεται ἡ πλύσις τοῦ στομάχου, καθὼς καὶ ἡ χορήγησις καθαρτικοῦ. Χορηγήσατε μόνον τρία ἀσπράδια αὐγοῦ, ἀνάμικτα μὲ λίγο νερό, ἐὰν τὸ καυστικὸ ἦτο ὀξύ, χορηγήσατε καὶ ἐλαφρὸν ἄλκαλι (σόδα φαγητοῦ) ἐὰν ἦτο ἄλκαλι, χορηγήσατε ἐλαφρὸν ὀξὺ (ξύδι, λεμόνι) καὶ γενικὴ τόνωσις.

Ἐννοεῖται ὅτι ἐνῶ θὰ κάμετε ὅλα αὐτά, θὰ εἰδοποι-

ήσετε τὸν ἰατρόν, καὶ ἐὰν ξεύρετε τὶ δηλητήριον ἔλαβε τὸ θῦμα, θὰ τοῦ τὸ ἀναφέρετε, ὥστε νὰ φέρῃ μαζύ του τὸ κατάλληλον ἀντίδοτον.

Προφύλαξις : Νὰ φυλάσσετε δηλητηριώδη φάρμακα εἰς εἰδικὸ συρτάρι κλειδωμένο. Νὰ μὴ λαμβάνετε ποτὲ φάρμακο τὴ νύκτα, στὰ σκοτεινὰ καὶ ποτὲ ἀπὸ φιάλη ποὺ δὲν φέρει ἐτικέττα κλπ.

XX. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΕΚ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Αἱ ἐκ τῶν τροφίμων δηλητηριάσεις ἐὰν μὲν προέρχωνται ἐξ ὡρισμένων τροφίμων (μανιτάρια κλπ.) τότε ὀφείλονται εἰς δηλητηρίασιν ἐκ τοξικῶν οὐσιῶν. Συμπτώματα καὶ πρώτη βοήθεια, ὅπως ἀνωτέρω. Ἐὰν ὅμως προέρχωνται ἐξ ἄλλων τροφίμων, τότε συνήθως ὀφείλονται εἰς μόλυνσιν τοῦ ὀργανισμοῦ διὰ μικροβίων ποὺ εἶχαν ἀναπτυχθῇ λόγῳ σήψεως τῶν τροφῶν. Κύρια συμπτώματα : ἔμετοι, κενώσεις. Πρώτη βοήθεια : καθάρσιον (προσοχὴ μήπως ὑπάρχει σκωληκοειδῖτις) καὶ λῆψις ζωϊκοῦ ἄνθρακος καὶ Σουλφογκουανιντίνης. Νὰ κληθῇ ἰατρός.

XXI. ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

Συνεπίᾳ διαφόρων παθολογικῶν καταστάσεων τὸ θῦμα εἶναι δυνατὸν νὰ ἀπωλέσῃ τὰς αἰσθήσεις του.

Τὸ πρῶτον ποὺ πρέπει νὰ κάνετε εἰς αὐτὴν τὴν περίπτωσιν θὰ εἶναι νὰ μεταφέρετε τὸ θῦμα ἀμέσως εἰς νοσοκομεῖον ἢ νὰ εἰδοποιήσετε ἀμέσως ἰατρόν, συγχρόνως θὰ προσπαθήσετε, ἀπὸ τὰς συνθήκας ποὺ θὰ βρεθῇ τὸ θῦμα, ἀπὸ τὴν πλήρη ἔρευναν καὶ τὰς ἐρωτήσεις τῶν πέριξ, νὰ καταλήξετε σὲ κάποιο λογικὸ συμπέρασμα περὶ τοῦ τὶ συνέβη καὶ ἔτσι νὰ δώσετε στὸ θῦμα τὴν ἀπαιτουμένην πρώτην βοήθειαν. Θὰ ἰδῆτε ἂν τὸ θῦμα ἀναπνέῃ ἢ ὄχι, ἂν ἔχῃ αἱμορραγίαν ἢ ὄχι, κάταγμα ἢ ὄχι, σφυγμὸν καὶ οὕτω καθ' ἑξῆς, ἂν ὑπάρχουν συμπτώματα δηλητηριάσεως, ἡλιάσεως κλπ.

Ἂν ὅμως δὲν κατορθώσετε νὰ διαπιστώσετε ποὺ ὀφείλεται ἡ ἀπώλεια τῶν αἰσθήσεων τότε θὰ ἐνεργήσετε ὡς ἑξῆς :

α. Ἂν ὁ ἔχων ἀπωλέσῃ τὰς αἰσθήσεις του παρουσιάζει ἐξέρυθρον (κόκκινον) πρόσωπον, ὅτε ὁ σφυγμός του θὰ εἶναι ἰσχυρὸς καὶ τὸ δέρμα του ξηρὸν καὶ θερμόν, τότε :

Πρώτη βοήθεια : Ἐξαπλώσατε τὸν πάσχοντα μὲ τὸ κεφάλι ἐλαφρῶς ὑψωμένον, ἀφήσατέ τον ἀκίνητον, θέσατε ψυχρὰ ἐπιθέματα ἐπὶ τῆς κεφαλῆς, χαλαρώ-

σατε τὰ ἐνδύματά του, μὴ τοῦ δώσετε διεγερτικά. Μεταφέρατέ τον προσεκτικά, ἐὰν κάνῃ ἐμετόν, στρέψατέ του τὴν κεφαλὴν πρὸς ἓν πλάγιον (ἐδῶ ὑπάγεται π.χ. ἡ ἡλίασις κλπ.).

β. Ἂν ὁ ἔχων ἀπωλέσῃ τὰς αἰσθήσεις του παρουσιάζει ὠχρὸν πρόσωπον, ὅτε ὁ σφυγμός του θὰ εἶναι ἀδύνατος καὶ τὸ δέρμα του ὑγρὸν ἐξ ἱδρῶτος καὶ ψυχρόν, τότε:

Πρώτη βοήθεια: Ἐξαπλώσατε τὸν πάσχοντα μὲ τὴν κεφαλὴν στὸ ἴδιο ἐπίπεδον ἢ καὶ χαμηλώτερα ἐλαφρῶς καὶ τοὺς πόδας ὑψωμένους. Θερμάνετέ τον, μεταφέρατέ τον προσεκτικὰ (ἐδῶ ὑπάγεται π.χ. τὸ σόκ).

γ. Ἂν ὁ ἔχων ἀπωλέσῃ τὰς αἰσθήσεις του παρουσιάζει, κυανοῦν (μελανιασμένον) πρόσωπον, τότε, θὰ πρόκειται, κατὰ κανόνα, περὶ ἀσφυξίας καὶ θὰ χρειασθῇ τεχνητὴ ἀναπνοή.

Ἐάν, παρ' ὅλα τὰ ἀνωτέρω, δὲν ἠμπορέσετε νὰ κατατοπισθῆτε περὶ τοῦ τὶ συμβαίνει, τότε θὰ περιποιηθῆτε τὸ θῦμα ὡς νὰ ἐπρόκειτο περὶ κατάγματος τῆς βάσεως τοῦ κρανίου.

Μερικὰ συμπληρωματικά, ἐν μεγάλῃ συντομίᾳ, διὰ ὡρισμένας καταστάσεις δυναμένας νὰ προκαλέσουν ἀπώλειαν τῶν αἰσθήσεων:

Ὀφείλεται σὲ ἀναιμίαν τοῦ ἐγκεφάλου, δὲν συμβαίνει ποτὲ σὲ ἄτομα κατακεκλιμένα. Πολλοὶ εἶναι εὐαίσθητοι καὶ μόλις δοῦν αἷμα λιποθυμοῦν. Τὸ χρῶμα τοῦ προσώπου γίνεται ὠχρόν.

Πρώτη βοήθεια : Νὰ ἐξαπλώσετε τὸ θῦμα μὲ τὸ κεφάλι χαμηλώτερα ἀπὸ τὸ ἄλλο σῶμα ἢ στὸ αὐτὸ ἐπίπεδον, μὲ τοὺς πόδας ὑψηλότερα. Εἰσπνοὴ ἀμμωνίας.

ΥΣΤΕΡΙΚΗ ΚΡΙΣΙΣ

Συνηθέστερον παρατηρεῖται ἐπὶ νεαρῶν γυναικῶν, δὲν φέρει συνήθως ἀπώλειαν αἰσθήσεων, τὸ χρῶμα τοῦ προσώπου δὲν ἀλλάσσει, ὁ πάσχων ἐκλέγει τὸ μέρος ποὺ θὰ πέσῃ, συνήθως ἐκβάλλει κραυγὰς καὶ κλαίει. Σπανιώτατα συμβαίνει ὑστερικὴ κρίσις ἂν δὲν ὑπάρχουν θεαταί.

Πρώτη βοήθεια. Καλύτερον νὰ ἀφήσετε τὸν πάσχοντα μόνον, συνήθως τότε ἡ κρίσις περνάει.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΙΣ

Ἡ κρίσις ἐπέρχεται ἀποτόμως, τὸ θῦμα πίπτει ὅπου εὑρίσκεται, ἐπακολουθοῦν σπασμοί.

Πρώτη βοήθεια : Δὲν ὑπάρχει τρόπος νὰ σταματήσετε τὴν κρίσιν. Ἁπλῶς νὰ προσέξετε, ὥστε νὰ μὴ κτυπήσῃ ὁ πάσχων καὶ νὰ θέσετε μεταξὺ τῶν ὀδόντων του τεμάχιον ξύλου, ὥστε νὰ μὴ δαγκάσῃ καὶ κόψῃ τὴν γλῶσσαν του, προσέχοντες ὅμως νὰ μὴ δαγκάσῃ τὰ δάκτυλά σας μὲ τὸν σπασμὸν τῶν μασητήρων ποὺ παθαίνει.

ΜΕΘΗ

Κατάχρησις οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν.

Πρώτη βοήθεια. Πλύσις τοῦ στομάχου, καθ' ὅσον καὶ ἐδῶ πρόκειται περὶ ὀξείας δηλητηριάσεως. Καφές. Ἐὰν εἶναι ὠχρὸς νὰ τὸν θερμάνετε. Ἐὰν διεκόπῃ ἡ ἀναπνοή, τεχνητὴ τοιαύτη.

XXII. ΝΟΣΟΙ ΕΚ ΨΥΞΕΩΣ (ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΑ)

Ἡ ψῦξις εἶναι ὁ κύριος προδιαθετικὸς παράγων διὰ πολλὰ νοσήματα, διότι ἐλαττώνει τὴν ἄμυναν τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ οὕτω οὗτος μολύνεται ὑπὸ διαφόρων μικροβίων, τά ὁποῖα ἄλλως παρασιτοῦν εἰς τὴν ρινοφαρυγγικὴν κοιλότητα ἀβλαβῶς. Ὡς νοσήματα ἐκ ψύξεως χαρακτηρίζονται αἱ ρινίτιδες (συνάχια), βρογχίτιδες, βρογχοπνευμονίαι, πνευμονίαι, ἀμυγδαλίτιδες κλπ. Ταῦτα παρουσιάζουν καὶ πολλὰς ἐπιπλοκάς. Πολλὰ ἀπὸ αὐτὰ ἐν συνεχείᾳ μεταδίδον-

ται διὰ τῆς εἰσπνοῆς τῶν σταγονιδίων τῶν ἐκπεμπομένων ὑπὸ τοῦ πάσχοντος κατὰ τὸν πταρμὸν καὶ τὸν βῆχα.

Τὰ νοσήματα ταῦτα εἶναι ἡ μεγαλυτέρα αἰτία ἀνικανοτήτων καὶ τὸ ποσὸν τὸ ὁποῖον ζημειώνει ἡ ἐθνικὴ οἰκονομία κατ' ἔτος ἀπὸ τὴν ἀπώλειαν ἡμερῶν ἐργασίας εἶναι τεράστιον.

Πρώτη βοήθεια: Κατάκλισις εἰς τὴν κλίνην. Πρόσκλησις ἰατροῦ.

Προφύλαξις: Κάθε ἕνας πρέπει νὰ φροντίζῃ νὰ λαμβάνῃ τὰ μέτρα του ὥστε νὰ μὴ μεταδίδῃ τὰ νοσήματα αὐτὰ ἢ νὰ μὴ προσβάλλεται ἐξ αὐτῶν. Νὰ ἀποφεύγετε τὴν ἐπαφὴν μὲ ἄτομα κρυολογημένα, ἢ μὲ ἄτομα ἐν γένει, ἂν ὁ ἴδιος εἶσθε κρυωμένος. Σκεπάζετε τὸ στόμα σας καὶ τὴν μύτην σας ὅταν βήχετε ἢ πταρνίζεσθε. Νὰ χρησιμοποιῆτε χάρτινα μανδύλια, τὰ ὁποῖα νὰ καῖτε μετά. Νὰ ἐνδύεσθε καλῶς, ὥστε νὰ μὴ κρυώνετε καὶ νὰ ἀρχίσετε βαθμηδὸν καὶ σιγὰ - σιγὰ νὰ σκληραγωγηθῆτε ἀπὸ τὴν θερμὴν ἐποχὴν τοῦ ἔτους, ὥστε νὰ μὴ κρυολογῆτε, κάνοντας συχνὰ ψυχρὰ λουτρὰ κλπ.

XXIII. ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΣ

Δερματίτιδα ὀνομάζομεν τὴν φλεγμονὴν (ἐρεθισμὸν) τοῦ δέρματος.

Διὰ λόγους διδακτικοὺς θὰ τηρήσωμεν τὴν κλασικὴν διαίρεσιν εἰς ἐρεθιστικὴν καὶ ἀλλεργικὴν δερματίτιδα.

Δερματίτιδες ἐξ ἐρεθισμοῦ. Αὗται εἶναι αἱ προκαλούμεναι ἀπὸ τὸν συνεχῆ ἐρεθισμὸν τοῦ δέρματος ἀπὸ ἐρεθιστικὰς οὐσίας, ὅπως εἶναι ἡ πίσσα καὶ τὰ προϊόντα αὐτῆς, ὀξέα, ἀλκάλια κλπ.

Συμπτώματα: Ἐρυθρότης, κνησνὸς (φαγοῦρα).

Προφύλαξις: Αὗται προλαμβάνονται διὰ συχνοῦ πλυσίματος μὲ οὐδέτερον σάπωνα, καλὸ στέγνωμα τοῦ δέρματος καὶ ἐπίπασιν (πασπάλισμα) αὐτοῦ μὲ τάλκ, ἰδίως στὰς πτυχάς. Νὰ ἔχετε καθαρὰ ροῦχα ἐργασίας, νὰ τὰ χρησιμοποιῆτε μόνον διὰ τὴν ἐργασίαν καὶ νὰ τὰ φυλάσσετε ἰδιαιτέρως.

Νὰ ἀποφεύγετε τὴν ἐπαφὴν τοῦ δέρματος μὲ ἐρεθιστικὰς οὐσίας, χρησιμοποεῖτε γάντια, ποδιές, ὑψηλὰ ὑποδήματα καὶ εἰδικὰς κρέμας καὶ γενικῶς κάθε ἰδιαιτέραν προφύλαξιν διὰ εἰδικὴν οὐσίαν ποὺ θ' ἀναγράφετε ἐπὶ τῆς φιάλης ποὺ τὴν περιέχει.

Πρώτη βοήθεια: Πλύσεις μὲ χαμομῆλι. Πρόσκλησις ἰατροῦ.

Δερματίτιδες ἀλλεργικαί

Ἀλλεργία εἶναι ἡ κατάστασις ἐκείνη κατὰ τὴν ὁποί-

αν ὁ ὀργανισμὸς ἀντιδρᾶ ἀλλέως (δι' ἄλλου ἔργου).

Ὡρισμέναι οὐσίαι (μὴ ἐρεθιστικαὶ) ἐρχόμεναι εἰς ἐπαφὴν μὲ τὸ δέρμα εὐαισθήτων ἀτόμων (συνήθως ἐπανειλημμένως) προκαλοῦν ἐρεθισμὸν τοῦ δέρματος, ἐνῶ εἰς ἄλλους οὐδεμίαν βλάβην προκαλοῦν.

Προφύλαξις: Δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ξεύρῃ κανεὶς ἐκ τῶν προτέρων τὴν ἀλλεργικὴν διάθεσιν τοῦ ἀτόμου, πάντως αὐτὸς ποὺ ἔπαθε ἀλλεργικὴν δερματίτιδα πρέπει νὰ ἀποφύγῃ κάθε ἐπαφὴν μὲ τὴν οὐσίαν ποὺ τὴν προεκάλεσε.

Συμπτώματα: Ἐρυθρότης, κνησμός.

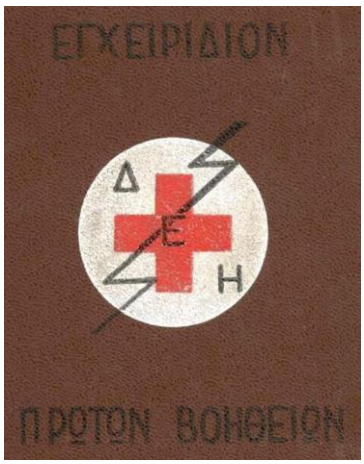
Πρώτη βοήθεια: Πλύσις μὲ χαμομῆλι. Πρόσκλησις ἰατροῦ.

FIRST AID
EDUCATIONAL MATERIAL
BY P.P.C.

A. Angelis

ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΣ ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΕΩΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ
ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ



ΙΟΥΝΙΟΣ 1956

hυgeία@εργασια **7**(2): 213-276

hygeia εργασια

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

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

ΤΟΜΟΣ 7 ΤΕΥΧΟΣ 2 **EDITORIAL** ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2016

Εργαλεία OiRA για Υγεία και Ασφάλεια στον κλάδο του θεάματος

Οσοι εργάζονται στον κλάδο το θεάματος (Live Performance), σίγουρα θα έχουν αντιμετωπίσει καταστάσεις, όπου προέκυψαν θέματα με την υγεία και την ασφάλεια, τόσο του προσωπικού όσο και των καλλιτεχνών. Ο τομέας του θεάματος περιλαμβάνει καλλιτεχνικές παραγωγές και εργαστήρια με τόσο διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς την εργασιακή υγεία και ασφάλεια, ώστε να αποτελούν από μόνα τους μια τεράστια πρόκληση. Αρκεί να αναλογιστούμε τα τεχνικά στοιχεία της σκηνής, των σκηνικών και του εξοπλισμού λειτουργίας τους, τις εργασίες που γίνονται πάνω ή κάτω από τη σκηνή ή στα εργαστήρια κατασκευής των σκηνικών, τα ειδικά στοιχεία ή τον εξοπλισμό ακροβατικών και τεχνασμάτων (stunts) και τις μορφές καλλιτεχνικής δράσης επί της σκηνής, τις χημικές ή επικίνδυνες ουσίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τα ειδικά εφέ, τα συχνά υψηλά επίπεδα έντασης ήχου, τις περιοδείες και την ύπαρξη κοινού: Είναι προφανές ότι η εφαρμογή εξειδικευμένων για τον συγκεκριμένο τομέα προσεγγίσεων εκτίμησης κινδύνων κρίνεται ζωτικής σημασίας ώστε να προλαμβάνονται ατυχήματα και τραυματισμοί. Τα εργαλεία OiRA για τον κλάδο του θεάματος αναπτύχθηκαν με στόχο να προσφέρουν στις αντίστοιχες ΜΜΕ (μικρομεσαίες επιχειρήσεις) έναν οδικό χάρτη που τις βοηθά να αντιμετωπίζουν τέτοιες προκλήσεις, να εξετάζουν το ενδεχόμενο εφαρμογής πολιτικών, να λαμβάνουν μέτρα και να υιοθετούν προσεγγίσεις που υπερβαίνουν την πρακτική της κοινής λογικής, ενώ παράλληλα τις ενθαρρύνει να αξιολογούν τις πτυχές της παραγωγής τους που απαιτούν διαχείριση των θεμάτων ασφαλείας, ώστε να προστατεύονται όλοι όσοι εργάζονται σε αυτό το έντονα δραστήριο και πολυδιάστατο περιβάλλον.

Αλλά τί ακριβώς είναι τα εργαλεία OiRA για τον κλάδο θεάματος; Τα αρχικά OiRA σημαίνουν *Online Interactive Risk Assessment,* δηλαδή ένα διαδικτυακό και διαδραστικό εργαλείο για την αξιολόγηση κινδύνων. Πρόκειται για ένα εργαλείο που παρέχεται δωρεάν και επιτρέπει στον χρήστη να προβεί σε πλήρη εκτίμηση των κινδύνων υγείας και ασφάλειας ενός εργασιακού χώρου. Το λογισμικό ανέπτυξε ο *Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία* (https://osha.europa.eu) με στόχο να βοηθήσει κοινωνικούς εταίρους κάθε τομέα (οργανώσεις εργοδοτών και εργαζομένων), καθώς και εθνικές αρχές (υπουργεία, επιθεωρήσεις εργασίας, φορείς, ΕΥΑ κλπ.) να καταρτίζουν ειδικά τομεακά εργαλεία εκτίμησης κινδύνων που προορίζονται για τις μικρές επιχειρήσεις. Τα εργαλεία OiRA για τον τομέα του ζωντανού θεάματος είναι προϊόν κοινής δράσης των

ευρωπαίων κοινωνικών εταίρων στον τομέα του ζωντανού θεάματος. Οι εταίροι αυτοί είναι: α. από την πλευρά των εργοδοτών, το Pearle* (http://www.pearle.ws) *Live Performance Europe - Ευρωπαϊκός Σύνδεσμος Εργοδοτικών Ενώσεων για τις Τέχνες του Θεάματος* και β. από την πλευρά των εργαζομένων, το EAEA (http://www.iaea-globalunion.org/eaea) - *Ευρωπαϊκή Συμμαχία στις Τέχνες και την Ψυχαγωγία.* Το EAEA είναι η τομεακή συμμαχία, που περιλαμβάνει τους ευρωπαϊκούς φορείς της *Διεθνούς Ομοσπονδίας Ηθοποιών* (FIA), της *Διεθνούς Ομοσπονδίας Μουσικών* (FIM) και της *Παγκόσμιας Ένωσης για τα Μέσα Ενημέρωσης και Ψυχαγωγίας* (UNIMEI).

Με την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, οι κοινωνικοί εταίροι διαχειρίσθηκαν ένα έργο και, από κοινού με συμβούλους έργων και μετά από πληθώρα συναντήσεων, διαβουλεύσεων και εργασιών ομάδων εστίασης, ανέπτυξαν δύο εργαλεία: ένα εργαλείο OiRA, που προορίζεται για χρήση από τους χώρους παρουσίασης θεαμάτων (Venues) και ένα άλλο, που προορίζεται για χρήση από τις εταιρείες παραγωγής (Production companies).

Πρέπει να σημειωθεί ότι το εργαλείο αυτό είναι πανευρωπαϊκό, δεν θίγει θέματα που άπτονται των εθνικών νομοθεσιών και βασίζεται στην ευρωπαϊκή νομοθεσία. Στόχος των κοινωνικών εταίρων είναι να ενθαρρύνουν τους φορείς σε εθνικό επίπεδο να αναπτύξουν τοπικά εργαλεία για τον τομέα του ζωντανού θεάματος, που να είναι καλύτερα προσαρμοσμένα στις ανάγκες του τομέα στην εκάστοτε χώρα και να μπορούν να χρησιμεύσουν περαιτέρω σε περιοδεύουσες παραγωγές.

Τα εργαλεία είναι διαθέσιμα από το Σεπτέμβριο 2015 στην εξής διεύθυνση: http://www.oiraproject.eu/oira-tools και μπορείτε να δείτε και ένα σχετικό βίντεο στην εξής διεύθυνση: https://www.youtube.com/watch?v=jqiRdwfzu2s.

Τα εργαλεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από οποιονδήποτε επιθυμεί να εκτιμήσει τους κινδύνους υγείας και ασφάλειας, που ενδέχεται να προκύψουν σε μια καλλιτεχνική παραγωγή ή στον χώρο εργασίας. Τα εργαλεία είναι διαρθρωμένα σε ξεχωριστές ενότητες οι οποίες, εάν δεν είναι σχετικές με τη δική σας παραγωγή ή τον τόπο διεξαγωγής του θεάματός σας, μπορούν να παραληφθούν. Ο χρήστης καλείται να εντοπίσει κινδύνους ως προς τη γενική υγεία και ασφάλεια στον εργασιακό χώρο, τις εργασίες σκηνής, τις ειδικές παραμέτρους για τους καλλιτέχνες, τους ειδικούς χώρους εντός του τόπου διεξαγωγής του θεάματος, τα ειδικά εφέ, κλπ., αλλά και να τους εκτιμήσει. Στη συνέχεια, το εργαλείο προτείνει διάφορα μέσα ελέγχου των κινδύνων. Τέλος, μπορείτε να δημιουργήσετε εξειδικευμένο σχέδιο δράσης για το δικό σας τόπο διεξαγωγής ή τη δική σας παραγωγή, να αναθέσετε καθήκοντα σε συναδέλφους και να προτείνετε χρονικά πλαίσια και επιπτώσεις στον προϋπολογισμό σχετικά με την αντιμετώπιση των κινδύνων.

Δεν απαιτείται ειδική προετοιμασία πριν από τη χρήση των εργαλείων. Ωστόσο, δεδομένου ότι η υγεία και η ασφάλεια αποτελούν κοινή ευθύνη σε κάθε οργάνωση, θα ήταν σκόπιμο να αναλογιστείτε προσεκτικά ποιος θα προβεί στην εκτίμηση κινδύνων, πώς θα εμπλακούν οι εργαζόμενοι στη διαδικασία, κ.ο.κ.

Ματίνα Μάγκου

Η κ. *Μ. Μάγκου* είναι Σύμβουλος Πολιτιστικής Διαχείρισης και το κείμενο αυτό συντάχθηκε με αφορμή το συνέδριο: Προς μια κουλτούρα εκτίμησης κινδύνων στον κλάδο του θεάματος (15-16.06.2016).

hygeia εργασια

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ **ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

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

ΤΟΜΟΣ 7 ΤΕΥΧΟΣ 2 **EDITORIAL** ΜΑΪΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2016

Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα θέματα Υγιεινής και Ασφάλεια της Εργασίας έχουν χρονικά βαθειές ρίζες, αφού κατά τους δύο προηγούμενους αιώνες καταγράφονται τα πρώτα θεσμικά βήματα για την καθιέρωσή τους. Εϊναι ενδεικτικό ότι πριν από 100 και πλέον χρόνια δημιουργείται για πρώτη φορά το *Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας* (Σ.ΕΠ.Ε.) με σημαντική συμβολή στον έλεγχο των συνθηκών εργασίας, ιδιαίτερα σε ζητήματα παιδικής εργασίας κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, απότοκο, άλλωστε, των γενικότερων πανευρωπαϊκών αιτημάτων. Επόμενο σημαντικό βήμα, σε νομοθετικό επίπεδο, είναι η ένταξη της χώρας στην *Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα* (Ε.Ο.Κ.), οπότε πλειάδα *Οδηγιών* και *Κανονισμών* επικυρώθηκαν βεβιασμένα από τη Βουλή των Ελλήνων, ώστε να αποτελέσουν πλέον και εθνική νομοθεσία. Σε μεγάλο βαθμό η όλη διαδικασία συντελέσθηκε τεχνικά (και όχι ουσιαστικά) και ήταν εισαγόμενη, χωρίς να μπορέσει να δημιουργήσει σχετική κουλτούρα στους *Κοινωνικούς Εταίρους* (εργοδοσία, αυτοαπασχολούμενους και εργαζόμενους), αλλά και στην ελληνική κοινωνία γενικότερα. Χαρακτηριστικό των υστερήσεων ήταν η ισχνή εφαρμογή της νομοθεσίας και η τυπολατρεία από την πλευρά όχι μόνο των Κυβερνήσεων, αλλά και των *Κοινωνικών Εταίρων*. Ενδεικτικό του πλέγματος υποκρισίας παραμένει η νομοθετικά θεσμοθετημένη οριοθέτηση χρονικών ορίων απασχόλησης Ιατρών Εργασίας και Τεχνικών Ασφαλείας για την παροχή υπηρεσιών σχετιζόμενων με την εργασιακή υγεία και ασφάλεια εργασίας. Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για ελάχιστα όρια υποχρεωτικής παρουσίας, ουσιαστικά αποτέλεσαν τα ανώτατα όρια τυπικής παρουσίας, παραβλέποντας τις απαιτήσεις και τους προσανατολισμούς της επιστημονικής βιβλιογραφίας. Ο πρώτος παραβάτης της καθιερωμένης νομοθεσίας ήταν, άλλωστε, το ίδιο το Κράτος, καθώς οι δικές του δομές είχαν απαλλαγεί για χρόνια από την τήρηση και εφαρμογή της νομοθεσίας που το ίδιο είχε καθιερώσει. Επιπροσθέτως, πρέπει να επισημανθεί ότι ο μεταπρατικός χαρακτήρας της ελληνικής οικονομίας, καθώς και το μικρό (ή το πολύ μεσαίο) μέγεθος των επιχειρήσεων στην Ελλάδα, ήταν επίσης ανασταλτικός παράγοντας. Πέραν των προαναφερθέντων, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, φάνηκε πως ακολουθούσε τον τυπολατρικό χαρακτήρα των κρατικών δομών. Η ανυπαρξία δημόσιων δομών Ιατρικής της Εργασίας στο *Εθνικό Σύστημα Υγείας* (Ε.Σ.Υ.), δεν ευνοεί ούτε καν την εκπαίδευση στη συγκεκριμένη ειδικότητα, πόσο περισσότερο την παροχή σχετικών υπηρεσιών φροντίδας εργασιακής υγείας στον πληθυσμό. Πρόβλημα που συνάδει με τη μεταβατικότητα που ισχύει εδώ και 30 χρόνια για παροχή υπηρεσιών Ιατρικής Εργασίας και από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Είναι επίσης ενδεικτικό του κλίματος, το

ισχνό ενδιαφέρον και των ιατρικών ακαδημαϊκών ιδρυμάτων για ανάπτυξη ερευνητικών και εκπαιδευτικών μονάδων Ιατρικής της Εργασίας, με εξαίρεση τον *Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής* στην *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας* (Ε.Σ.Δ.Υ.) από τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Στον αντίποδα, τα Πολυτεχνεία της χώρας ουδέποτε μερίμνησαν για την καθιέρωση εκπαίδευσης για Τεχνικούς Ασφαλείας. Με την έννοια αυτήν, η θεσμοθέτηση της ειδικότητας της Ιατρικής Εργασίας, αποτελεί επίτευγμα… Σε μεταπτυχιακό επίπεδο μόνο η Ιατρική του *Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθήνας* (Ε.Κ.Π.Α.), η *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας* (Ε.Σ.Δ.Υ.) και η Ιατρική του *Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης* (Δ.Π.Θ.) λειτουργούν σχετικά *Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών* (Π.Μ.Σ.) στα πεδία της Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας και Περιβαλλοντικής Υγιεινής. Το *Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας* (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), δομή που ανήκει στους φορείς των Κοινωνικών Εταίρων, αντιμετωπίζει από την ίδρυσή του, χρόνια προβλήματα χρηματοδότησης, αλλά παρά το γεγονός αυτό έχει καταφέρει να αποτελεί τον καθιερωμένο κυρίαρχο πόλο αναφοράς για τα ζητήματα Υγείας και Ασφάλειας Εργασίας στην Ελλάδα. Αντίθετα, οι κρατικές δομές (πέραν της ανυπαρξίας δημόσιων δομών Ιατρικής της Εργασίας), περιορίσθηκαν κυρίως σε νομοελεγκτικό ρόλο, αλλά και σε ενημερωτικό ρόλο, με φθίνουσα πορεία στο πεδίο ερευνών πεδίου (εργαστηριακών μετρήσεων), δεδομένοφυ ότι πλέον δεν λειτουργούν τα Εργαστήρια στο *Κέντρο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας* (Κ.Υ.Α.Ε.), δομή που είναι ενταγμένη στον οργανισμό του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Η κατάρτιση εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων και εργαζόμενων σε θέματα Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, έχει οδηγηθεί σε προβληματικές καταστάσεις, αν ληφθεί υπόψη ότι σε αρκετές περιπτώσεις μια σύντομη εκπαίδευση από ιδιωτικά εκπαιδευτικά Κέντρα Κατάρτισης, θεωρείται επαρκής για την κάλυψη (ούτε καν στοιχειωδών) υπηρεσιών Τεχνικού Ασφάλειας, από τους ίδιους τους επιχειρηματίες. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι υπολειτουργούν, είτε δεν υφίστανται καν, οι νομοθετικά θεσμοθετημένες *Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας* (Ε.Υ.Α.Ε.), τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα, εκδοχή που αντανακλά τη γενικότερη αδιαφορία, αλλά και την έλλειψη κουλτούρας στα πεδία της υγείας και ασφάλειας της εργασίας, που παρά την πλειάδα των νομοθετημάτων δεν έχει αναπτυχθεί. Οι σχετικές ευθύνες ανήκουν σε όλους και προϋπάρχουν της τρέχουσας οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που πλήτει την Ελλάδα, αλλά και ολόκληρη την Ευρώπη. Πιθανόν λύση για όλα τα παραπάνω, θα ήταν η σύνδεση των αντικειμένων Υγιεινής της Εργασίας με την κοινωνία, μέσω της ένταξής της στο ευρύτερο πεδίο της Δημόσιας Υγείας - Δημόσιας Υγιεινής, με την καθιέρωση ενός *Εθνικού Συστήματος Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία* (Ε.Σ.Υ.Α.Ε.), όπως έχει προταθεί επανειλημμένα, καθώς και τη δημιουργία *Κλάδου Ασφάλισης Επαγγελματικού Κινδύνου* (Κ.Α.Ε.Κ.), κατά τα πρότυπα άλλων χωρών, με πρωτοβουλία του *Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών* (Ι.Κ.Α. Ε.ΤΑ.Μ.) και του *Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων* (Ε.Τ.Α.Α.) με συντονισμό από το Κράτος.

Ε. Νένα και ***Θ.Κ. Κωνσταντινίδης***

Η κ. *Ε. Νένα* και ο κ. *Θ.Κ. Κωνσταντινίδης* είναι Ειδικοί Ιατροί Εργασίας, Καθηγητές της Ιατρικής Δ.Π.Θ. και μέλη της Συντονιστικής Επιτροπής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιενή και Ασφάλεια της Εργασίας.

0