



**ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ..**

**Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΔΗΛΕΥΤΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Ι. ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Abstract.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
Κεφάλαιο 1	19
1.1.Ο κόσμος της εργασίας- Ανάγκη για υγιεινή και ασφάλεια	19
1.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ στην ασφάλεια εργασίας.....	20
1.3. Κουλτούρα και πολιτική ασφάλειας	21
1.4. Το περιεχόμενο της ιατρικής και υγιεινής της εργασίας	23
Κεφάλαιο 2 - Επαγγελματικοί κίνδυνοι-επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο	25
2.1.Κίνδυνοι στο χώρο εργασίας και συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας.....	25
2.2. Κίνδυνοι για την ασφάλεια.....	26
2.3. Κίνδυνοι για την υγεία- φυσικοί ρυπαντικοί παράγοντες.....	26
2.4. Βιολογικοί μολυσματικοί παράγοντες	28
2.5. Χημικοί ρυπαντικοί παράγοντες.....	31
2.6. Οργανωτικοί κίνδυνοι- Εργονομικοί/μηχανικοί παράγοντες κινδύνου	32
2.7. ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου	34
2.8. Κυκλικό ωράριο εργασίας- βάρδιες.....	34
2.9.Νοσοκομειακά απόβλητα.....	35
Κεφάλαιο 3- ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	39
3.1.Μελέτη της έννοιας του εργατικού ατυχήματος (βασικά θεωρητικά μοντέλα).....	40
3.2. Η έννοια του επαγγελματικού νοσήματος.....	42
3.3..οικονομικό κόστος εργατικών ατυχημάτων	44
3.4.Πρόληψη εργατικού ατυχήματος.....	46
Κεφάλαιο 4- Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων	48
4.1.Τι ισχύει για τα ελληνικά νοσοκομεία	48
4.2. Οργάνωση βελτίωσης των συνθηκών εργασίας στο νοσοκομείο	49
4.3.Ιατρός εργασίας.....	50
4.4.Τεχνικός ασφάλειας.....	51
4.5.Επιτροπή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων	52

4.6.Βασικές υπηρεσίες υγιεινής της εργασίας.....	55
4.7. Διεπιστημονική προσέγγιση στην υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας.....	56
4.8. Σύστημα διαχείρισης υγείας και ασφάλειας.....	56
Ερευνητικές υποθέσεις.....	61
Υλικο και μεγεθος.....	62
Τεχνική της έρευνας.....	62
Επιλογή του είδους της έρευνας.....	63
Μέθοδος της έρευνας.....	63
Διαδικασία δειγματοληψίας.....	64
Περιορισμός της έρευνας.....	64
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	66
Μέγεθος δείγματος - δημογραφικά στοιχεία:.....	66
Διαφοροποίηση Δείγματος Αναλόγως της Κλινικής που Εργάζεται (Δημόσια/Ιδιωτική).....	70
Έτη Υπηρεσίας στην Μονάδα Νεφρού.....	72
Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	73
Ημέρες εργασίας.....	75
Περιγραφική στατιστική.....	76
Η ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων.....	77
εξέταση ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	98
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	123
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	125
Δευτερογενής έρευνα.....	125
Παράρτημα 1.....	130
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	133
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	145
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	152

ABSTRACT

This research considers the health and safety of a class of health professionals who are nurses and specifically the nurses of the dialysis unit. Originally we define the significance of the matter and review recent referring specifically to the dialysis unit. Then we present aim of the thesis with the theoretical and research goals. Then we define the research questions and list the main theoretical approaches and the most important research on issues of hygiene and safety. The following section is an analysis of the theory where chapter 1 discusses the need for hygiene and safety, the content of medical and hygiene at work and safety culture. The second chapter is a reference to occupational hazards at the site of the hospital. Also in this chapter we proceed with an analysis of occupational risks and how they affect nurses. In Chapter 3 we examine the concept of accidents at work and the factors causing them, with a short reference to the professional disease and the risks of it. In Chapter 4 we explain the legal framework for occupational health and safety of workers and what is true in Greek law. Also we refer to the basic occupational health services. Then follows the secondary research and creation of the hypothesis. Next comes the methodology of research and explanation in detail as to how this particular study was conducted. we indicate the choice of the type of research, method and procedure of sampling and the restrictions of research. After the collection of 114 questionnaires, an adequate sample of renal unit nurses, we performed statistical analysis and induced the appropriate conclusions from this research on issues of health and safety of renal nurses

Λέξεις κλειδιά

Υγιεινή, ασφάλεια, εργασία, κίνδυνος, ατύχημα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα μελετά τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας μιας κατηγορίας επαγγελματιών υγείας που είναι οι νοσηλευτές και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές της μονάδας τεχνητού νεφρού. Ο χώρος που έλαβε μέρος η έρευνα είναι η μονάδα τεχνητού νεφρού. Σκοπός της διπλωματικής είναι να μελετήσει τα θέματα της υγιεινής και ασφάλειας των νοσηλευτών της μονάδας τεχνητού νεφρού. Αναλύεται η ανάγκη για υγιεινή και ασφάλεια, το περιεχόμενο της ιατρικής και υγιεινής τα εργασίας καθώς και η κουλτούρα ασφάλειας. Έπειτα γίνεται αναφορά στους επαγγελματικούς κινδύνους στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης γίνεται διαχωρισμός των επαγγελματικών κινδύνων και πως αυτοί επηρεάζουν τους νοσηλευτές. Επισημαίνεται η έννοια του εργατικού ατυχήματος και τους παράγοντες πρόκλησης του, καθώς και μικρή αναφορά για το επαγγελματικό νόσημα και οι κίνδυνοι από αυτό. Γίνεται αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων και τι ισχύει στην ελληνική νομοθεσία, καθώς και στις βασικές υπηρεσίες υγιεινής της εργασίας. Στη συνέχεια αναφέρεται αναλυτικά ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας και τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συλλογή των 114 ερωτηματολογίων. Έπειτα αναλύονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν και ακολουθεί ο σχολιασμός και η περαιτέρω συζήτηση.

Τα νοσοκομεία αποτελούν πολύπλοκους οργανισμούς με ποικιλία δραστηριοτήτων από εργαζόμενους με εξαιρετικά μεγάλη ανομοιογένεια, όσον αφορά το επίπεδο των γνώσεων τους, τις αρμοδιότητες και το πεδίο δράσης τους γεγονός που καθιστά την πρόληψη ιδιαίτερα περίπλοκη

Η υγιεινή της εργασίας στοχεύει στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, στη βελτίωση της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος ώστε να είναι συμβατό με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, και στην ανάπτυξη της οργάνωσης και της θεώρησης –κουλτούρα της εργασίας στην κατεύθυνση της υγιεινής και ασφάλειας (πρακτικά 28^{ης} ημερίδας για την υγιεινή και ασφάλεια).

Η σχέση υγείας και ασθένειας έγινε αντικείμενο μελέτης από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης (460-377) ο οποίος θεωρείται πατέρας της ιατρικής επιστήμης κατέγραψε ειδικές παθολογικές καταστάσεις σε εργαζόμενα άτομα της εποχής του. Στις αρχές του 18 ου αιώνα τέθηκαν για πρώτη φορά οι βάσεις της σύγχρονης τοξικολογίας από τον τοξικολόγο Remardini Ramazzini (1633-1714). Το 1841 στην Αγγλία μελετήθηκε για πρώτη φορά από τον William Farr η επίδραση του επαγγέλματος στη θνησιμότητα(Θεοδοσόπουλος 2017)

Στη σύγχρονη εποχή παρόλο που έχουν πλέον ελαττωθεί έως και επαλειφθεί οι τόσο δυσμενείς συνθήκες εργασίας που υπήρχαν τους περασμένους αιώνες η εργασία συνεχίζει να επηρεάζει την υγεία μας (Θεοδοσόπουλος 2017)

Οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων προέρχονται κυρίως από την έκθεσή τους στους λοιμώδεις παράγοντες, τις διάφορες χημικές ουσίες και τα φάρμακα, τα αλλεργιογόνα, την ακτινοβολία, το χειρισμό των φορτίων, την εργασία σε κυλιόμενο ωράριο, τη βία τις απαιτήσεις της εργασίας και την ψυχολογική πίεση. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία συχνά διαμαρτύρονται για το φόρτο εργασίας, κακή οργάνωση, έλλειψη προσωπικού, για μυοσκελετικά προβλήματα και δερματοπάθειες και μικρού βαθμού ικανοποίηση από την εργασία τους.

Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία προϋποθέτει την ουσιαστική δέσμευση της πολιτείας και των διοικήσεων για τις απαιτούμενες οργανωτικές και λειτουργικές αλλαγές. Κυρίως όμως προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή και ευαισθητοποίηση του εργαζόμενου και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από μια μαραθώνια διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης. (Αλεξόπουλος 2007)

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, η υγιεινή της εργασίας στοχεύει στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, στη βελτίωση της εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος, ώστε να είναι συμβατό με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και στην ανάπτυξη της οργάνωσης και της κουλτούρας της εργασίας στην κατεύθυνση της υγιεινής και ασφάλειας. Επομένως, η υγεία και ασφάλεια στην εργασία προάγει το θετικό κοινωνικό κλίμα και την ομαλή λειτουργία μιας επιχείρησης και μπορεί να αυξήσει και την παραγωγικότητα της.

Σήμερα η εργασιακή υγιεινή και ασφάλεια είναι νομοθετικά θεσμοθετημένες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και πρέπει να αποτελεί πρώτιστο μέλημα όλων των οργανισμών, καθώς η οποιαδήποτε επαγγελματική ενασχόληση ανάλογα με τη φύση της και το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται μπορεί να ασκήσει βλαβερή επίδραση στην υγεία των εργαζομένων, η οποία εκδηλώνεται είτε ως επαγγελματικό ατύχημα είτε ως επαγγελματικό νόσημα. (Ραυτοπούλου 2011)

Μεταξύ των μελών της ομάδας των εργαζομένων, που ορίζονται ως αρμόδιοι για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας είναι και ο νοσηλευτής επαγγελματικής υγείας. Στη χώρα μας , οι νοσηλευτές εκπαιδεύονταν σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, αλλά μέχρι σήμερα δεν υπάρχει σχετική εξειδίκευση, κάτι που ήδη λειτουργεί σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, η οποία θα μπορούσε να διευκολύνει την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας. (Τζιαφέρη 2006)

Μέχρι σήμερα στην Ελλάδα και διεθνώς υπάρχουν μελέτες στο χώρο του νοσοκομείου που αναφέρονται μεμονωμένα σε κάποιον από τους παράγοντες κινδύνου όχι όμως στο σύνολό τους. Με αφορμή την παρούσα έρευνα θα διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου στις υπηρεσίες και συγκεκριμένα στις μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης στο γενικότερο σύνολο και θα δοθούν συμπεράσματα για το βαθμό εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει τα θέματα που αφορούν τη υγιεινή και την ασφάλεια των νοσηλευτών της μονάδας νεφρού κατά τη διάρκεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και να διεξαχθούν συμπεράσματα για την άποψη και την αντίληψη των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο θέμα.

Σημαντικότητα του θέματος

Η υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων στους χώρους εργασίας καθώς και η πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων στην πράξη, αποτελεί κεντρικό κοινωνικό ζήτημα πρωταρχικής απαίτησης, μια και συμβάλλει καθοριστικά στη μείωση των εργατικών ατυχημάτων, στην αυξημένη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα και στα υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.

Το ρυθμιστικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων έχει βασικά ευρωπαϊκή προέλευση, αφού οι εθνικές νομοθεσίες εναρμονίζονται με τις κοινοτικές οδηγίες. Αντιθέτως οι μηχανισμοί επιβολής της νομοθεσίας δεν συγκλίνουν, αφού η δημόσια διοίκηση της κάθε χώρας εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τις δικές τις λειτουργίες και διαδικασίες. Η οργανωτική δομή και η ιστορία του κάθε μηχανισμού επιβολής έχουν μεγάλη σημασία, ενώ η ανεξαρτησία του από την κυβέρνηση είναι απαραίτητη για την αμεροληψία του (Μέκος 2007)

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι κάθε 15 λεπτά της ώρας συμβαίνει στη χώρα μας ένα εργατικό ατύχημα, ενώ κάθε 3 ημέρες ένα άτομο χάνει τη ζωή του εν ώρα εργασίας.

Κάθε χρόνο σημειώνονται περίπου 25.000 εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες, εξαιτίας των οποίων οδηγούνται σε πρόωρη συνταξιοδότηση περίπου 3000 ασφαλισμένοι. Όσον αφορά το ετήσιο κόστος των εργατικών ατυχημάτων για την ελληνική οικονομία, αυτό προσεγγίζει τα 74 εκατομμύρια ευρώ.

Η κατάσταση σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν είναι καλύτερη. Κάθε χρόνο στα κράτη-μέλη της ΕΕ, έχουμε κατά μέσο όρο 10 εκατομμύρια θύματα των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Υπολογίζεται ότι 8000 άτομα χάνουν τη ζωή τους εν ώρα εργασίας στην Ευρώπη.(Ζωγονόπουλος 2004)

Στο υγειονομικό προσωπικό, η παροχή υγιεινής και ασφάλειας, κατά τη διάρκεια της εργασίας του αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ακεραιότητα και την επάρκεια του καθώς οποιοδήποτε αντίκτυπο επιδρά στην υγεία και την ασφάλεια του νοσηλευτή, μπορεί να έχει άμεσα αποτελέσματα και στους ασθενείς και στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Τα μέτρα και η εφαρμογή των συνθηκών υγείας και ασφάλειας έχουν να κάνουν σε ένα βαθμό με την προσωπική ευθύνη και ευσυνειδησία των εργαζομένων ώστε να είναι σωστή η εφαρμογή τους. Η γνωστοποίηση του κινδύνου από τους αρμόδιους οργανισμούς δεν είναι για να προκαλέσει φόβο και πανικό στο προσωπικό, αλλά για να συμβάλλει στην πρόληψη και τη διαφύλαξη της υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού και όχι μόνο. (Δρακοπούλου 2007)

Με δεδομένες τις σημαντικές κοινωνικό-οικονομικές προεκτάσεις και επιπτώσεις όπως επίσης και τις συστηματικές υποχρεώσεις για την προστασία της υγείας και της

σωματικής ακεραιότητας του ατόμου, η πολιτεία ήδη από τις αρχές του περασμένου αιώνα, άρχισε να παρεμβαίνει προστατευτικά με στόχο τον περιορισμό και την αντιμετώπιση του επαγγελματικού κινδύνου. Ωστόσο αν και το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο είναι πλούσιο, το επίπεδο υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας δεν είναι το επιθυμητό. Ιδιαίτερα στο χώρο των υπηρεσιών υγείας που απασχολείται ένα σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού, εκτεθειμένο σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου, κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση στην οργάνωση και λειτουργία του.

Ειδική νομοθεσία για τους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας δεν υφίσταται όμως το γενικό και νομικό πλαίσιο για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας ΥΑΕ, εφόσον ισχύει για τους οργανισμούς ιδιωτικούς και δημόσιους, ισχύει και για τα νοσοκομεία. (Τζιαφέρη 2006)

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ.

Η μονάδα τεχνητού νεφρού, που είναι και το πεδίο εφαρμογής της έρευνας αποτελεί έναν οργανωμένο χώρο με ειδικό εξοπλισμό. Η μονάδα μπορεί να βρίσκεται εντός ενός γενικού νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής ή σε άλλον ανεξάρτητο χώρο. Στην παρούσα μελέτη θα περιοριστούμε σε μονάδες τεχνητού νεφρού που εντάσσονται σε διοίκηση νοσοκομείου. Οι μονάδες τεχνητού νεφρού εξυπηρετούν ασθενείς με τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση

Η MTN θα πρέπει να βρίσκεται κατά προτίμηση στον ισόγειο χώρο του νοσηλευτικού ιδρύματος με ανεξάρτητη είσοδο. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη για ειδικές ράμπες για φορεία και τροχήλατα ασθενών. Ο κύριος χώρος χρειάζεται να είναι όσο το δυνατόν ενιαίος με κατανομή 7-10 τ.μ ανά κλίνη. Επιπλέον ο φωτισμός και ο κλιματισμός του χώρου είναι πολύ σημαντικοί για μια μονάδα. Καλός φωτισμός και όχι ακραίες θερμοκρασίες. Οι χώροι που περιλαμβάνονται σε μία μονάδα είναι ο χώρος αναμονής των ασθενών – συνοδών , τα αποδυτήρια των ασθενών είναι απαραίτητα για τη φύλαξη των προσωπικών τους αντικειμένων , οι τουαλέτες ασθενών και προσωπικού. Το μικροβιολογικό εργαστήριο για τη διεξαγωγή των αιματολογικών εξετάσεων. Όλοι αυτοί είναι οι βοηθητικοί χώροι.

Ο βασικός χώρος της αιμοκάθαρσης θα πρέπει να περιλαμβάνει μια αίθουσα με μηχανήματα αιμοκάθαρσης , μια αίθουσα μικροεπεμβάσεων για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών καθώς και μια κίτρινη μονάδα όπως ονομάζεται η οποία θα πρέπει να λειτουργεί σε απομονωμένο χώρο για ασθενείς με μεταδιδόμενα λοιμώδη νοσήματα (aids, ηπατίτιδα Β)

Το προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τον αιμοκαθαιρόμενο ασθενή είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Γι αυτό και οι Νοσηλευτές νεφρολογίας θα πρέπει να

διαθέτουν την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση , προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς και αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη. Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής νεφρολογίας χρειάζεται να διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις σχετικά με

1. Τις αρχές και το σκοπό της αιμοκάθαρσης
2. Την αποτελεσματική εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς
3. Την παροχή άριστης εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή

Επίσης ο νοσηλευτής νεφρού θα πρέπει να διαθέτει την ικανότητα να

1. Αξιολογεί τη γενική κατάσταση του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης
2. Να χειρίζεται αποτελεσματικά το μηχάνημα αιμοκάθαρσης
3. Να εφαρμόζει με ακρίβεια τα πρωτόκολλα νεφρολογικής νοσηλευτικής
4. Να διαπιστώνει εύκολα τις επιπλοκές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης
5. Να επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της κάθε συνεδρίας (Καμπά, Γερογιάννη 2014)

Σε ότι αφορά τις μονάδες νεφρού του νομού Αττικής είναι 70 στον αριθμό. Οι 34 από αυτές είναι δημοσίου δικαίου και οι υπόλοιπες είναι ιδιωτικού δικαίου.

Στην παρούσα έρευνα θα γίνει καταμέτρηση των νοσηλευτών νεφρολογίας στο νομό Αττικής και στη συνέχεια θα επιλεγθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσηλευτών και από ιδιωτικό αλλά και από δημόσιο νοσοκομείο

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τα θέματα που αφορούν την υγιεινή και ασφάλεια στις μονάδες υγείας καθώς και τον τρόπο εφαρμογής τους στην πράξη και πιο συγκεκριμένα κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ταυτόχρονα να εστιάσει στο επίπεδο υγιεινής και ασφάλειας του Νοσηλευτικού προσωπικού στις Μονάδες τεχνητού νεφρού.

Ειδικότερα η παρούσα έρευνα θα εξετάσει την ύπαρξη και εφαρμογή συγκεκριμένης πολιτικής για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στις υπηρεσίες υγείας και θα αναλύσει περαιτέρω μέσα από τα δεδομένα που θα συλλέξουμε από την έρευνα, την περίπτωση της υγιεινής και ασφάλειας στη μονάδα τεχνητού νεφρού.

Μετά από την έρευνα που θα διεξαχθεί και τα αποτελέσματα που θα βγουν , θα διαπιστωθεί αν η ισχύουσα νομοθεσία για την υγιεινή και ασφάλεια εφαρμόζεται στην πράξη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα της μονάδας τεχνητού νεφρού.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Θα πραγματοποιηθεί θεωρητική προσέγγιση της έννοιας υγιεινή και ασφάλεια
2. Θα πραγματοποιηθεί θεωρητική προσέγγιση για την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του νοσοκομείου
3. Βιβλιογραφική επισκόπηση περί πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία (ενδεικτικά θα αναφερθούν υπηρεσίες επαγγελματικής υγείας και νομικό πλαίσιο υγιεινής και ασφάλειας)
4. Θα μελετηθεί η έννοια του εργατικού ατυχήματος, των βασικών θεωρητικών μοντέλων που οδηγούν σε εργατικό ατύχημα, όπως έχει αναφερθεί από τους ερευνητές, καθώς και εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου, που μπορεί να οδηγήσει σε εργατικό ατύχημα

Ερευνητικοί στόχοι

1) Να διερευνηθεί ο βαθμός προστασίας από την υγιεινή και ασφάλεια των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στη μονάδα τεχνητού νεφρού.

Δηλαδή τι προβλήματα αντιμετωπίζει ένας νοσηλευτής εργαζόμενος σε μια μονάδα τεχνητού νεφρού κατά τη διάρκεια άσκησης των καθημερινών καθηκόντων. Πόσο ασφαλές είναι ένα τέτοιο επάγγελμα? Σύμφωνα με τη Κουλεντιανού Μ και συν οι κίνδυνοι για την υγεία στο χώρο εργασίας προκαλούσαν και προκαλούν ασθένειες και τραυματισμούς που στο μεγαλύτερο μέρος τους θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί. Αυτό αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας σε όλους τους επαγγελματικούς χώρους συμπεριλαμβανόμενων και των νοσοκομείων. Το ποσοστό των ατόμων που εργάζονται σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας είναι αρκετά υψηλό αφού το 10% περίπου των εργαζομένων στην ευρωπαϊκή ένωση, απασχολούνται στον κλάδο υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας, μεγαλύτερο εξ αυτών εργάζεται σε νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό καθιστά τον συγκεκριμένο κλάδο έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους απασχόλησης στην Ευρώπη, ο οποίος καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θέσεων εργασίας, αλλά και έκθεσης σε επαγγελματικούς κινδύνους. (Κουλεντιανού Κατσώρη 2014)

2) Να εξεταστεί ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών για να αντιμετωπίσουν θέματα υγιεινής και ασφάλειας

. Αναλυτικότερα θα διερευνήσουμε εάν το νοσηλευτικό προσωπικό μιας μονάδας τεχνητού νεφρού έχει εκπαιδευτεί στο να προστατεύεται από τους καθημερινούς

επαγγελματικούς κινδύνους. Αν είναι γνώστης του θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.

Το 1976 ο Stellman έγραφε: « Αν αναρωτιέστε , πως είναι δυνατόν οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να εργάζονται με πάσχοντες και ταυτόχρονα οι ίδιοι να παραμένουν υγιείς? Η απάντηση είναι δεν είναι. (γενική γραμματεία έρευνας και τεχνολογίας). Από τον εξαιρετικά μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας , οι περισσότεροι καταφέρνουν να πηγαίνουν στο σπίτι τους υγιείς. Υπάρχουν διάφορα ατομικά μέσα που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους.

Τα μέσα ατομικής προστασίας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες : τον προστατευτικό ρουχισμό(ενδύματα, ποδιές, γάντια, προστασία κεφαλής κα) και τον προστατευτικό εξοπλισμό (μάσκες, γυαλιά κα). Για την πρόληψη ή μείωση του κινδύνου από την έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας φορούν συνήθως γάντια μιας χρήσης , γυαλιά, ποδιές κλπ. Για να προστατεύσουν οι νοσηλευτές την υγεία τους και να γνωρίζουν τα μέτρα προστασίας τους από τους κινδύνους θα πρέπει να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση. Η εκπαίδευση αυτή μπορεί να προέρχεται από την εκπαίδευση πού έχουν λάβει οι νοσηλευτές στις σχολές τους, από προσωπική ενασχόληση αλλά και κύριο ρόλο στο σημείο αυτό έχει ο φορέας εργασίας που οφείλει να εκπαιδεύει τους επαγγελματίες υγείας για τους τρόπους προστασίας έναντι των κινδύνων.(TountasY. Demakakospt 2003)

3)Να εξεταστούν τα θέματα επαγγελματικής και οργανωτικής πρακτικής στον τομέα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων της μονάδας τεχνητού νεφρού.

Αναλυτικότερα θα διερευνήσουμε εάν το περιβάλλον της μονάδας τεχνητού νεφρού προσφέρει την αναμενόμενη προστασία στους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια άσκησης του νοσηλευτικού τους επαγγέλματος. Υπάρχει η αναμενόμενη οργάνωση στο χώρο ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες εργατικού ατυχήματος? Επίσης, διαθέτει ο οργανισμός καταστατικό αντιμετώπισης του εργατικού ατυχήματος? Καλύπτει με έξοδα σε περίπτωση νοσηλείας του εργαζόμενου? Όλα αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε στην παρούσα μελέτη, εξετάζοντας ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των νοσηλευτών της μονάδας τεχνητού νεφρού.

Μέχρι σήμερα η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων στο ΕΣΥ της χώρας μας έχει αγνοηθεί, αν και υπάρχει πρόβλεψη στο δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα για την εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας. Επιπλέον σύμφωνα με τη νομοθεσία στον τομέα της υγείας προβλέπεται η ίδρυση τμημάτων ΥΑΕ στις υγειονομικές περιφέρειες αλλά μέχρι σήμερα δεν έχει ξεκινήσει η διαδικασία για την οργάνωση τους. Η αλλαγή των οργανισμών των νοσοκομείων είναι επίσης απαραίτητη για τη δημιουργία υπηρεσιών ΥΑΕ , αλλά τα περισσότερα νοσοκομεία εξακολουθούν να λειτουργούν με παλαιούς οργανισμούς. Στα ελληνικά νοσοκομεία ιδιωτικά ή μη δεν καταγράφονται συστηματικά τα εργατικά ατυχήματα και σε πολύ λίγα εφαρμόζονται

μέτρα για την ασφάλεια των εργαζομένων από βιολογικούς κυρίως παράγοντες. Αυτό δηλώνει την έλλειψη οργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας που δεν φροντίζει για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων (Κουλεντιανού, Κατσωρη 2014)

4) Να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προκαλέσουν εργατικό ατύχημα στη μονάδα τεχνητού νεφρού.

Ο χώρος του νοσοκομείου είναι ένας περίπλοκος χώρος με ποικιλία παραγόντων που μπορούν να υποσκιάσουν την υγιεινή και ασφάλεια των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους. Η αξιολόγηση και συστηματική ταξινόμηση των ευρημάτων της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, έγινε σύμφωνα με το μοντέλο ανάλυσης της Rogersatall(2003), όπως αυτό προσαρμόζεται στα δεδομένα της ελληνικής εργασιακής πραγματικότητας. Η Δρ. BonnieRogers. Ειδική νοσηλεύτρια στην επαγγελματική υγεία και οι συνεργάτες της, διατύπωσαν μετά από πολυετή έρευνα στο χώρο ένα αναλυτικό πλαίσιο με 5 κατηγορίες/ παράγοντες που προκαλούν επαγγελματικό κίνδυνο για τους νοσηλευτές και περιλαμβάνουν τα παρακάτω.

Βιολογικούς παράγοντες

Χημικούς παράγοντες

Περιβαλλοντολογικούς παράγοντες

Φυσικούς παράγοντες

Ψυχοκοινωνικούς παράγοντες

Η παρουσία παραγόντων που υπονομεύουν την υγεία στο χώρο του νοσοκομείου σε ένα χώρο που βασικός στόχος είναι η προαγωγή της υγείας αποτελεί σχήμα οξύμωρο. Η εποχή της Fl. Nightngale, που οι νοσηλευτές πέθαιναν από ελονοσία έχει παρέλθει. Η σύγχρονη νοσηλευτική έρευνα είναι σε θέση να διαπιστώσει τους κινδύνους, να τους αναλύσει και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ασφαλείας.(Φουντάκη , Θεοφανίδης 2000)

5) Να εξεταστεί εάν υπάρχει πρωτόκολλο με κατευθυντήριες οδηγίες στην περίπτωση πρόκλησης εργατικού ατυχήματος στα νοσοκομεία και αν αυτό εφαρμόζεται από το προσωπικό και τους εργοδότες.

Πρωτόκολλα για την ιατρική παρακολούθηση των εργαζομένων, εκτεθειμένων σε επαγγελματικό κίνδυνο. Το βασικότερο θέμα για την προστασία της υγείας ενός εργαζομένου είναι η ύπαρξη του ιατρού εργασίας.

Η ιατρική παρακολούθηση είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας που συμβάλλει στη διαμόρφωση αλλά και την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων,

καθώς και την πρόληψη και προστασία από τον επαγγελματικό κίνδυνο. Η έννοια της ιατρικής παρακολούθησης αφενός προσδιορίζει το περιεχόμενο των προγραμμάτων πρόληψης , με βάση τις στοχευόμενες ιατρικές εξετάσεις, αφ' ετέρου ενισχύει την ανάγκη για μια σε βάθος ανάλυση των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος, εκτιμώντας τις συνθήκες έκθεσης δια μέσου των βιολογικών δεικτών έκθεσης και αποτελέσματος.

Η περιοδικότητα του ιατρικού ελέγχου, συνδέεται άμεσα με τον συνεχή προσδιορισμό των κινδύνων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι.

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε πως η ιατρική παρακολούθηση των εργαζομένων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γνώση των χρησιμοποιούμενων υλικών και μηχανών, της παραγωγικής διαδικασίας αλλά και της οργάνωσης εργασίας, όλα στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος στο οποίο εντάσσεται ο υπο παρακολούθηση εργαζόμενος.

Τα προτεινόμενα πρωτόκολλα για την ιατρική παρακολούθηση των εκτεθειμένων εργαζομένων έχουν ως σκοπό να συγκεκριμενοποιήσουν εκείνο το στοχευόμενο ιατρικό έλεγχο που αποσκοπεί όχι μόνο στην πρόωπη διάγνωση της επαγγελματικής ασθένειας αλλά και στην τοποθέτηση του εργαζομένου σε μια παραγωγική διαδικασία ανάλογη των δυνατοτήτων του. (Δρίβας, Ζορμπά 2000)

Ερευνητικά ερωτήματα

Ο λόγος που θα πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία είναι για να κατανοηθούν τα θέματα περί υγιεινής και ασφάλειας στις μονάδες υγείας, πράγμα πολύ σημαντικό στις μέρες μας εξαιτίας των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το εθνικό σύστημα υγείας

Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

1. Τηρούνται οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία και συγκεκριμένα στις μονάδες τεχνητού νεφρού?
2. Είναι αποδεκτές οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών στις μονάδες τεχνητού νεφρού των ελληνικών υπηρεσιών υγείας?
3. Διαθέτουν οι μονάδες τεχνητού νεφρού του κάθε νοσοκομείου συγκεκριμένα πρωτόκολλα και φόρμες σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος?
4. Οι νοσηλευτές της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι ενημερωμένοι και άρτια εκπαιδευμένοι περί υγιεινής και ασφάλειας ? Χρησιμοποιούν τα κατάλληλα μέτρα προστασίας όπου είναι απαραίτητο?
5. Ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές είναι σωστά διαμορφωμένος με τις κατάλληλες προϋποθέσεις που να ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες εργατικού ατυχήματος?

Όλα αυτά τα ερωτήματα θα απαντηθούν στη συγκεκριμένα έρευνα. Από την θεωρητική προσέγγιση της παρούσας εργασίας θα γνωστοποιηθεί τι ακριβώς ισχύει μέχρι σήμερα σύμφωνα με τους ερευνητές και από την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας θα διεξαχθούν τα συμπεράσματα για τις μονάδες τεχνητού νεφρού.

Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις

Πρωτοπόρος σε ότι αφορά θέματα υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία ήταν ο William Farr ο οποίος πρώτος το 1841 αναφέρθηκε σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας και μετά από μελέτη κατέγραψε αυξημένη θνησιμότητα στους εργάτες ορυχείων (Τούντας 2007)

Ο ΔΟΕ έχει εκδώσει ειδικές συστάσεις και έχει συνάψει διακρατικές συμβάσεις με θέμα την παροχή υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και μπορεί να θεωρηθεί ότι αυτές έχουν αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη των όποιων

μοντέλων εφαρμόζονται σήμερα στις διάφορες χώρες(international labour organization)

Σύμφωνα με άλλους μελετητές, οι επαγγελματίες υγείας πάντα θα εκτίθενται σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου όπως λοιμώξεις από μεταδοτικές ασθένειες, από το περιβάλλον εργασίας , μυοσκελετικές παθήσεις λόγω του χειρωνακτικού χειρισμού των ασθενών και τη βία από ψυχιατρικές ασθένειες.(Hasselhorn και συν 1999)

Αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις, κυκλικό ωράριο, εργασία με σύμβαση έργου καθώς και αλλαγή επαγγελμάτων , εισάγουν νέα προβλήματα στον τομέα υγιεινής και ασφάλειας και των συνθηκών εργασίας. Τα νέα αυτά προβλήματα απαιτούν με τη σειρά τους μια εκ των βάθων επανεξέταση του συστήματος προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου και απαιτούν από την πολιτεία νέων πολιτικών και προτεραιοτήτων στα νέα δεδομένα (Harrigton και συν 2000, Σπυρόπουλος 2000)

Η αποτροπή των εργατικών ατυχημάτων προϋποθέτει την τήρηση όλων των κανόνων και οδηγιών που αφορούν τα μέτρα ασφάλειας στους εργασιακούς χώρους , ώστε ο κίνδυνος να τραυματιστεί κάποιος εργαζόμενος εξαιτίας της εργασίας του να είναι αμελητέος. Κάθε επαγγελματίας που παρέχει υπηρεσίες υγιεινής και ασφάλειας θα πρέπει να έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, ενώ η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστη λειτουργία. (Σουρτζή 2000, Βελονάκης 2004)

Από τα στατιστικά στοιχεία των τελευταίων χρόνων κάθε 2ή 3 μέρες στη χώρα μας, ένας εργαζόμενος χάνει τη ζωή του εξαιτίας εργατικού ατυχήματος. Αν προσθέσουμε σε αυτά και τα ατυχήματα, που προκαλούν βαριές σωματικές βλάβες, αναπηρίες και ακρωτηριασμούς, είναι φανερό ότι το τίμημα είναι αρκετά μεγάλο για να γίνει αποδεκτό.(Ανδρεάδης , Παπαιωάννου 2009)

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου έχει ως απώτερο στόχο της τον προγραμματισμό και τη διαχείριση των διαδικασιών πρόληψης προκειμένου να επιτευχθεί η απουσία κινδύνων ή αν αυτών δεν είναι δυνατόν, τουλάχιστον η παρουσία κινδύνων ελεγχόμενης έκθεσης σε επιτρεπτά από τη εθνική η κοινοτική νομοθεσία. (Δρίβας, Παπαδακης 2003)

Οι κακές συνθήκες εργασίας κοστίζουν στην Ευρώπη κάθε χρόνο περισσότερες από εκατό χιλιάδες πρόωρους θανάτους και άλλες τόσες νέες περιπτώσεις επαγγελματικών παθήσεων. Οι οικονομικές απώλειες είναι της τάξεως των 500 δις ευρώ ετησίως (4% του ευρωπαϊκού ΑΕΠ). Ανάλογα στοιχεία δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, αν και θεσμικά , οι αρμόδιες μονάδες των ασφαλιστικών οργανισμών ή του ΕΣΥ οφείλουν να ενημερώνουν την αρμόδια επιθεώρηση εργασίας και τον γιατρό εργασίας του νοσοκομείου, σε ενδεχόμενο πρόβλημα υγείας εργαζομένου. Για πολλούς λόγους αυτή η διαδικασία δεν έχει ουδέποτε ενεργοποιηθεί , ενώ θα μπορούσε να οδηγήσει στον εντοπισμό και την καταγραφή τω επαγγελματικών παθήσεων και συνακόλουθα στην καταπολέμηση των γενεσιουργών αιτιών τους,

προς όφελος όχι μόνο των εργαζομένων αλλά και των εργοδοτών. (Αλεξοπουλος 2007)

Σύμφωνα με τον Andreoni (1986) εντάσσει το κόστος των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών στην οικονομική ασφάλεια της επιχείρησης. Σύμφωνα με τον συγγραφέα η ασφάλεια αυτή απειλείται και για το λόγο αυτό η πρόληψη της επιχείρησης έναντι των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο προστασίας της που περιλαμβάνει και την προστασία της έναντι απώλειας χρηματικών της πόρων (από κλοπή , απάτη κλπ) που είναι αποτέλεσμα φυσικών φαινομένων ή ανθρώπινων ενεργειών. (Andreoni 1986)

Σύμφωνα με την Ραυτοπούλου το άμεσο κόστος αφορά τη φροντίδα υγείας, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και την αποζημίωση των εργαζομένων, ενώ το έμμεσο κόστος μεταφράζεται σε αναρρωτικές άδειες και αύξηση των απουσιών από την εργασία, σε μείωση της παραγωγής και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών καθώς και σε επανεκπαίδευση των εργαζομένων

Τα οφέλη που προκύπτουν για το ανθρώπινο δυναμικό και την επιχείρηση – νοσοκομείο από την εξασφάλιση της εργασιακής υγιεινής και ασφάλειας εκτός από την πρωταρχική και προφανέστατη μείωση τυχόν ατυχημάτων και ζημιών και το κόστος που σώζεται, ενισχύεται την τεχνογνωσία των εργαζομένων σε τεχνικά θέματα, ο επαγγελματισμός των εργαζομένων μέσω υιοθέτησης αντίστοιχης συμπεριφοράς, βελτιώνεται το εργασιακό περιβάλλον.

Έτσι πέρα από τα θέματα υγείας , η λήψη προληπτικών μέτρων και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελεί οικονομική εύλογη επένδυση (Ραυτοπούλου 2011)

Η ασφάλεια στο χώρο εργασίας αφορά τους εργαζόμενους σε όλους τους τομείς. Στο υγειονομικό προσωπικό η παροχή ασφάλειας κατά την εργασία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ακεραιότητα και επάρκεια του, έτσι ώστε να είναι δυνατή πληρέστερη παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς. Παρόλα αυτά οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου υπονομεύουν την υγεία των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου, οι οποίοι μπορούν να αποβούν ιδιαίτερα επιβλαβείς, από την άλλη όμως η ευαισθητοποίηση των οργανώσεων για την υγεία στο χώρο εργασίας, είχε σαν αποτέλεσμα τη λήψη μέτρων για την αποφυγή τους. Τα μέτρα αυτά έχουν να κάνουν και με την προσωπική ευθύνη και ευσυνειδησία του εργαζόμενου ώστε να είναι σωστή η εφαρμογή τους. (Φουντούκη, Θεοφανίδης 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ- ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η εργασία σήμερα αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής των περισσότερων ανθρώπων, άρρηκτα συνδεδεμένο με την υγεία τους. Το επίπεδο υγείας του ατόμου επηρεάζει την ικανότητα του να απασχοληθεί με συγκεκριμένες θέσεις εργασίας. Τα προβλήματα υγείας ενός ατόμου δηλαδή, μπορεί να αποτελούν εμπόδιο για ανάληψη συγκεκριμένων καθηκόντων.

Η εργασία συμβάλλει γενικά στην ευεξία, ψυχική, σωματική, βιολογική, ενώ η ανεργία αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Βελονάκη 2017)

Από την άλλη η εργασία μπορεί να μειώσει το επίπεδο υγείας των εργαζομένων. Η βλαπτική επίδραση της εργασίας στην υγεία μπορεί να αφορά την πρόκληση οξείας ή χρόνιας βιολογικής βλάβης στον ανθρώπινο οργανισμό, δηλαδή πρόκληση εργατικού ατυχήματος ή ασθένειας . (Βελονάκη 2017)

Το εργατικό ατύχημα προϋποθέτει την πρόκληση βλάβης στον οργανισμό που εμφανίζεται κατά τρόπο οξύ, ενώ η επαγγελματική ασθένεια δεν χαρακτηρίζεται από οξεία εμφάνιση. Ο χαρακτηρισμός ενός νοσήματος ως επαγγελματικού συνεπάγεται και την αποζημίωση του εργαζόμενου (άρθρο 40 ΦΕΚ 132/Β/12-2-79)

Η συνολική θεώρηση της υγείας του εργαζόμενου δεν συνεπάγεται όμως μόνο την μη ύπαρξη εργατικού ατυχήματος ή ασθένειας αλλά αποσκοπεί στην πλήρη ψυχική , σωματική και κοινωνική ισορροπία και ευεξία (who 1248). Πολύ περισσότερο αναφερόμενοι στις συνέπειες των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου στην υγεία του εργαζόμενου γίνεται αντιληπτό ότι η διαφορά μεταξύ των δύο προσεγγίσεων είναι σημαντική. Ένας εργαζόμενος βιώνοντας τον κίνδυνο της ανεργίας ή της επιδείνωσης των όρων εργασίας του, εργάζεται σε ακανόνιστα ωράρια , υπερωριακά και αυξημένη ένταση εργασίας. Εξάλλου η πορεία και η βαρύτητα της εκδήλωσης ποικίλει , χωρίς σε κάθε περίπτωση να μπορεί να θεωρηθεί ότι πληρούν τις προϋποθέσεις που θέτει ο ορισμός για την υγεία , όσοι από τους εργαζόμενους δεν έχουν φτάσει στο τελικό στάδιο εξάντλησης (Παπαδόπουλος 2000, Χατζής 2003)

Πέρα από την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση, η εργασία ανάλογα με τη φύση της , επιβαρύνει κάποιες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού με συνέπεια την πρόωρη γήρανση του. Ενδεικτικά αναφέρεται η φθορά και η γήρανση του μυοσκελετικού συστήματος κατά την εκτέλεση χειρωνακτικών εργασιών, η γήρανση του δέρματος σε αγρότες και την αλλοίωση της όρασης τους στην ηλιακή ακτινοβολία. Η εργασία συμβάλλει επίσης στην εμφάνιση νοσημάτων που δεν οφείλονται αποκλειστικά στην εργασία, αλλά η εργασία διευκολύνει την εμφάνιση τους, όπως νοσήματα του κυκλοφορικού ή του πεπτικού συστήματος (Βελονάκη 2017)

Βασικός άξονας της υγιεινής και ασφάλειας είναι η εξάλειψη, η ελαχιστοποίηση κάθε είδους κινδύνου που οφείλεται στο είδος ή το περιβάλλον κάθε μορφής εργασιακής απασχόλησης . εάν μια εργασία δεν τηρεί τους βασικούς κανόνες ασφαλείας τόσο σε ότι αφορά τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων , τότε πρέπει αυτή η κατάσταση να διορθωθεί η να διακοπεί

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία στοχεύει στη διατήρηση της υγείας και εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος ώστε να είναι συμβατό με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας και να συμβάλλει στην απόκτηση σχετικής κουλτούρας. Σήμερα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες η υγιεινή και ασφάλεια είναι νομικά θεσμοθετημένες . η προαγωγή τους πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα των θεσμικών οργάνων, των επιχειρήσεων και των οργανισμών. Κρίνεται αναγκαία η διασφάλιση του δικαιώματος στην εργασία όλων των πολιτών αλλά να κατοχυρώνεται με ασφάλεια προάγοντας την προστασία του πολίτη-εργαζόμενου(Βελονάκη 2017)

1..2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της εξειδίκευσης της εργασίας καθώς και την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, τίθεται ζήτημα σε όλους τους εργασιακούς χώρους της ασφαλείας και της τήρησης των κανόνων υγιεινής, σε κάθε φάση της παραγωγικής διαδικασίας, είτε προϊόντων είτε υπηρεσιών.

Το ζήτημα της ασφάλειας εργασίας δεν είναι νέο αλλά η σπουδαιότητα και σοβαρότητα του είχε επισημανθεί από τα αρχικά κίολας χρόνια. Ο Ιπποκράτης έθεσε για πρώτη φορά τους προβληματισμούς του σχετικά με τις επαγγελματικές ασθένειες περιγράφοντας την τοξικότητα του μόλυβδου και την επίδραση της πάνω στους εργαζόμενους των ορυχείων μόλυβδου. Ο Πλάτωνας αναφέρεται στα προβλήματα υγείας που προέρχονται από τη άσκηση του επαγγέλματος καθώς επίσης ο Ξενοφώντας περιγράφει τις συνθήκες εργασίας διαφόρων τεχνιτών και προτείνει μέτρα για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων πάνω τους.

Στους νεότερους χρόνους με τη σύσταση του Ελληνικού Κράτους , όπως ήταν αναμενόμενο , δεν υπήρχε ούτε κοινωνική μέριμνα αλλά πολύ περισσότερο νομοθεσία η οποία να ρυθμίζει τόσο τα δικαιώματα των εργαζομένων όσο και τις συνθήκες εργασίας τους. Ως πρώτη προσπάθεια μπορεί να αναφερθεί το Βασιλικό Διάταγμα του 1836 « Περί Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου» και αργότερα το 1861 « Περί μεταλλείων». Η συστατική όμως ανάπτυξη της εργατικής νομοθεσίας και της κοινωνικής μέριμνας ξεκίνησε με την αστικοποίηση της ελληνικής κοινωνίας από το 1909 και ύστερα.

Η μεγάλη τομή σχετικά με την ασφάλεια εργασίας και την υγιεινή στους επαγγελματικούς χώρους επήλθε με τους Νόμους 1568/85,2224/94 και τα σχετικά Προεδρικά διατάγματα 294/88, 17/96 , με τα οποία καθορίζονται οι βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις για την προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων καθώς και την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου (Παπακωνσταντίνου Μπέλλιας 2007)

1..3. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Το κλίμα και η κουλτούρα της οργάνωσης είναι δύο έννοιες που συχνά συγχέονται. Μία διάκριση είναι ότι το κλίμα είναι η αντίληψη του συνδετικού ιστού των εργασιών της οργάνωσης από όλα τα μέλη της. Η κουλτούρα έχει βαθύτερο νόημα και περιλαμβάνει το σύνολο των αξιών του κλίματος (Schein 1992)

Ειδικότερα η κουλτούρα ασφάλειας είναι το μέρος της συνολικής κουλτούρας της οργάνωσης που επηρεάζει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων γύρω από την υγεία και ασφάλεια της εργασίας. Πρόκειται για ένα δομημένο σύστημα που καθορίζει τι είναι σημαντικό και δικαιολογημένο, εκφράζει τη σχέση με θέματα εργασίας και κινδύνου και δείχνει την εικόνα της επιχείρησης από άποψης υγιεινής και ασφάλειας.(Cooper 2000)

Η κουλτούρα δημιουργείται και εξελίσσεται καθώς τα μέλη ενός συνόλου συμπεριφέρονται επανειλημμένα με τρόπους που τους φαίνονται φυσιολογικοί , προφανείς και αναμφισβήτητοι και ως τέτοιοι συμμετέχουν στη δημιουργία μίας ιδιαίτερης εκδοχής κινδύνου και ασφάλειας για το συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο (Ταργουτζίδης 2007)

Τα χαρακτηριστικά που έχουν αποδοθεί στην κουλτούρα είναι:

1. Είναι ένα κατασκεύασμα , δηλαδή περισσότερο μια αφηρημένη έννοια παρά ένα σταθερό φαινόμενο
2. Είναι σχετικά σταθερή, για τουλάχιστον 5 χρόνια
3. Είναι πολυδιάστατη
4. Είναι κοινή στα άτομα
5. Δημιουργεί πρακτικές , έτσι η κουλτούρα μαθαίνεται
6. Είναι λειτουργική, καθώς προσφέρει ένα πλαίσιο αναφοράς για τη συμπεριφορά (, Berends 1996)

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσέγγιση της κουλτούρας δέχτηκε κριτική σχετικά με την αδυναμία της να εξηγήσει την κοινωνική διεργασία και ειδικότερα πως μπορούν οι πολιτιστικές κοσμοθεωρίες των κοινωνιών να μεταβληθούν με το χρόνο . επίσης η σχέση μεταξύ κουλτούρας , της κοινωνικής δομής και της αντίληψης του κινδύνου

από τους εργαζόμενους βασίζεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο παραγόντων όπως η ελεγχσιμότητα , ο εθελοντισμός , το ενδεχόμενο καταστροφής, ο φόβος. (Ταργουτζίδης 2007)

Σύμφωνα με τον Guldenmund τα μοντέλα για την κουλτούρα της ασφάλειας είναι ανεπαρκή καθώς απλώς περιγράφουν κάποιες ομάδες συμφερόντων και τις σχέσεις τους και δεν εισάγουν μια αιτιολογική αλυσίδα. Η άθροιση δεδομένων δεν δίνει απαραίτητα και πληροφορίες για τις στάσεις της οργάνωσης στην έκταση που έγινε η άρθρωση.(Guldenmund 2000)

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα είναι περισσότερο προσκολλημένα στην κουλτούρα της υπ-ομάδας τους, παρά στη γενική κουλτούρα και ότι η ύπαρξη των υποομάδων αυτών με διαφορετική κουλτούρα μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις , αλλά μπορεί επίσης να συνεισφέρει διαφορετικές και συμπληρωματικές απόψεις (Gad , Collins 2002)

Η καθιέρωση μιας πολιτικής υγιεινής –ασφάλειας σε έναν εργασιακό χώρο και ιδιαίτερα στο χώρο του νοσοκομείου σίγουρα αποτελεί δύσκολο έργο. Είναι βασικό να υπάρχει κουλτούρα γύρω από τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας.

Είναι βασικό να υπάρχει συλλογική σύμβαση εργασίας η οποία εμπεριέχει τη δέσμευση της διοίκησης και την ενεργό συμμετοχή των εργαζομένων. Η γραπτή δέσμευση από την πλευρά της διοίκησης θα πρέπει να αντανακλά στην απόφαση της διοίκησης για υιοθέτηση δράσης σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας πέρα από τα προβλεπόμενα κατώτατα όρια της νομοθεσίας, αλλά και τι ακριβώς αναμένεται από την πλευρά των εργαζομένων

Με τη γραπτή συλλογική σύμβαση δηλώνεται η πρόθεση της διοίκησης στην παροχή όλων των πληροφοριών, της εκπαίδευσης και της επιστασίας σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Η ενημέρωση των εργαζομένων περιλαμβάνει την ύπαρξη οδηγιών ασφαλείας , γενικής φύσεως όσο και ειδικής φύσεως , ανάλογα με τη θέση εργασίας του κάθε εργαζόμενου οι οποίες θα είναι διαθέσιμες σε έντυπη μορφή ή αναρτημένες υπό μορφή προειδοποιήσεων ή σημάνσεων σε εμφανή σημεία του χώρου εργασίας . (Κανελλόπουλος 2002)

Μια ολοκληρωμένη κουλτούρα ασφάλειας αποτελείται από την καλή συνεργασία και επικοινωνία σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια. Ειδικότερα η διοίκηση και τα ανωτέρω στελέχη , θα πρέπει να συνεργάζονται μεταξύ τους στο σχεδιασμό πολιτικής της υγιεινής –ασφάλειας και την εκπαίδευση των υφιστάμενων τους. Οι εργαζόμενοι και αυτοί με τη σειρά τους (οι ίδιοι , μέσω αντιπροσώπων τους ή επιτροπών ασφαλείας) , θα πρέπει να συνεργαστούν με τους ανώτερους τους και να συμμετέχουν ενεργά τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην εφαρμογή των προγραμμάτων ασφαλείας. Η συμβολή τους είναι επίσης πολύ σημαντική σε ότι αφορά στον εντοπισμό κινδύνων

στη θέση εργασίας του καθενός καθώς και στην αναφορά ατυχημάτων προκειμένου να βελτιωθούν τα κακώς κείμενα στον εργασιακό χώρο.

Θα πρέπει επίσης να υπάρχει κοινό όραμα επίτευξης υψηλών στόχων όσον αφορά την ασφάλεια της εργασίας και πολύ σημαντικό η ύπαρξη συνεχείς προσπάθειες προς την κατεύθυνση της ποιοτικής αναβάθμισης της εργασίας. (Dessler 2009)

1.4. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ιατρική της εργασίας ως κλάδος της ιατρικής επιστήμης αναδεικνύεται μέσα από την αύξηση των επαγγελματικών νοσημάτων που συνοδεύει τη βιομηχανική ανάπτυξη και την ανάγκη διαχείρισης τους. Πρόκειται για άσκηση ιατρικής σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχικά είναι προσανατολισμένη στην πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών και στη θεραπευτική αντιμετώπιση τους. Σταδιακά η θεραπεία των επαγγελματικών παθήσεων αποτελεί αντικείμενο άλλων ιατρικών ειδικοτήτων και η ιατρική της εργασίας περιλαμβάνει την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των επαγγελματικών παθήσεων.

Η ιατρική της εργασίας έχει ως αντικείμενο τους εργαζόμενους ως άτομα και ως σύνολο η συλλογική κατεύθυνση κατά την άσκηση της ιατρικής της εργασίας επιδιώκει τη συλλογική λήψη μέτρων προστασίας, τη μείωση έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου και στοχεύει στην προσαρμογή της εργασίας στις ανάγκες του ατόμου. (Βελονάκη, Σουρτζή 2009)

Ως προληπτική ιατρική η ιατρική της εργασίας περιλαμβάνει την πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη. Πρωτογενής πρόληψη είναι η προστασία από τον επαγγελματικό κίνδυνο. Η προστασία από τον κίνδυνο αυτό περιλαμβάνει και επιβάλλει μια στρατηγική διαχείρισης κινδύνου, που μπορεί να κυμαίνεται από την αποφυγή έκθεσης, τον περιορισμό της έκθεσης ή την ενίσχυση του ατόμου έναντι του κινδύνου. Η μείωση της έκθεσης στον κίνδυνο επιτυγχάνεται με τεχνικά ή οργανωτικά συλλογικά μέτρα και με μέσα ατομικής προστασίας. Η ενίσχυση του ατόμου έναντι του κινδύνου, ως μέτρο πρωτογενούς πρόληψης βρίσκει περιορισμένη εφαρμογή όπως είναι ο εμβολιασμός και η παθητική ανοσοποίηση κατά των βιολογικών κινδύνων, η βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της διατροφής κλπ.) (Ζημάλης 1993)

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στην προσυμπτωματική διάγνωση της βλαπτικής επίδρασης της εργασίας στην υγεία, με σκοπό την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και κυρίως στην προστασία του εργαζόμενου από τον βλαπτικό παράγοντα. Η προσυμπτωματική διάγνωση γίνεται με ειδικές εξετάσεις.

Περαιτέρω η ιατρική της εργασίας ασχολείται με την προστασία της δημόσιας υγείας και της ασφάλειας του κοινού. Καλείται λοιπόν να συμβάλει στην εντόπιση των

εργαζομένων που λόγω προβλήματος υγείας μπορούν να προξενήσουν ατυχήματα με δραματικές συνέπειες για την ασφάλεια άλλων εργαζομένων ή τρίτων. (Βελονάκη , Σουρτζή 2009)

2.1.ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο εργαζόμενος ανεξάρτητα από οποιοδήποτε επαγγελματική δραστηριότητα, καταβάλλει προσπάθειες σωματικές η μυϊκές και ψυχικές ή διανοητικές. Οι προσπάθειες αυτές απειλούνται από το γενικότερο κίνδυνο, ο οποίος μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την πρόωμη φθορά του εργαζόμενου, την εμφάνιση κάποιας ειδικής αρρώστιας που λέγεται επαγγελματική νόσος, την πρόκληση εργατικού ατυχήματος ακόμη και θανάτου.

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι που πηγάζουν από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι κίνδυνοι για την ασφάλεια που οφείλονται σε

1. Κτηριακές υποδομές
2. Μηχανές
3. Ηλεκτρικές εγκαταστάσεις
4. Επικίνδυνες ουσίες
5. Πυρκαγιές/ εκρήξεις

η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει κινδύνους για την υγεία που οφείλονται σε

1. Χημικούς παράγοντας
2. Φυσικούς παράγοντες
3. Βιολογικούς παράγοντες

Η Τρίτη ομάδα περιλαμβάνει κινδύνους οργανωτικούς για την υγεία που οφείλονται σε

1. Οργάνωση εργασίας
2. Ψυχολογικούς παράγοντες
3. Εργονομικούς παράγοντες
4. Αντίξοες συνθήκες (Δρίβας και συν 1997)

Τα νοσοκομεία διαθέτουν πολλούς διαφορετικούς χώρους εργασίας όλοι με τις πηγές κινδύνου τις οποίες μπορεί να συναντήσει κανείς σε κάθε εργασιακό χώρο. Επειδή όμως τα νοσοκομεία είναι ξεχωριστά στο αντικείμενο τους – την παροχή φροντίδας υγείας έχουν επιπρόσθετες πηγές κινδύνου που σχετίζονται με τη λειτουργία τους. Μερικούς από τους ιδιαίτερους κινδύνους στο χώρο εργασίας δεν έχουν να κάνουν με την ίδια τη υπηρεσία που παρέχεται, όσο με το γεγονός ότι η υπηρεσία αυτή προέρχεται στον άνθρωπο.

Κατά κάποιο τρόπο το νοσοκομείο αποτελεί μια γιγαντιαία γραμμή παραγωγής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Θεωρείται ως χώρος που προσφέρονται υπηρεσίες υγείας και οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτόν αντιμετωπίζονται ως άτομα με αυταπάτηση, των οποίων οι συνθήκες εργασίας δεν τους απασχολούν και η ικανοποίηση τους πηγάζει από την επιστροφή των ασθενών σε υγιή κατάσταση. Αυτή η αντίληψη λαμβάνεται όχι μόνο από την πλευρά αυτών που λαμβάνουν την υπηρεσία αλλά και πολλές αυτών που λαμβάνουν τη υπηρεσία αλλά και πολλές φορές των ιδίων των εργαζομένων. Είναι μια αντίληψη του εαυτού τους στην υπηρεσία των πολιτών φροντίζοντας τους ασθενείς πολλές φορές εις βάρος της δικής τους υγείας, γι αυτό και το νοσοκομείο αποτελεί ιδιαίτερος χώρος με πολλαπλούς κινδύνους αναλόγως τη θέση εργασίας του εργαζόμενου καθώς και το τμήμα που παραβρίσκονται (Τζιαφέρη 2006)

2.2. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να οφείλονται στην ακαταλληλότητα του χώρου δηλαδή σε κινδύνους που υπάρχουν στον χώρο που διεξάγεται η εργασία. Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να αφορούν τις διαστάσεις του χώρου εργασίας, το φωτισμό, τον εξερισμό την κατασκευή του δαπέδου, την ύπαρξη σήμανσης ασφάλειας στους χώρους εργασίας

Επιπλέον τα μηχανήματα και η μη σωστή χρήση από τους χειριστές ή ακόμα και η μη ορθή συντήρηση είναι δυνατόν να προκαλέσουν σωματικές βλάβες και κακώσεις, εγκαύματα, ηλεκτροπληξία.

Η πυρκαγιά αποτελεί άλλον έναν κίνδυνο στο χώρο του νοσοκομείου. Η ακατάλληλη χρήση και αποθήκευση εύφλεκτων και εκρηκτικών ουσιών, όπως είναι τα οξειδωτικά μέσα και οι καύσιμα ύλες (αέριο, οξυγόνο, αλκοόλ και εύφλεκτοι διαλύτες)

Επίσης πυρκαγιά μπορεί να προκληθεί από τη γυμνή φλόγα σε διάφορες συσκευές, από δοχεία υπό πίεση. Απαραίτητος σε νοσοκομείο είναι ο εξοπλισμός πυρανίχνευσης. (Σαραφόπουλος, Βαλαβανίδης 1988)

2.3. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ- ΦΥΣΙΚΟΙ ΡΥΠΑΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ζέστη, το κρύο και ο θόρυβος αποτελούν φυσικούς επιβαρυντικούς κινδύνους. Η ζέστη και το κρύο ελέγχονται ικανοποιητικά με τα σύγχρονα κλιματιστικά μηχανήματα. Στα νοσοκομεία ο χειρότερος παράγοντας κινδύνου είναι η ακτινοβολία. Στα ακτινολογικά εργαστήρια είναι η απαραίτητη η χρήση δοσίμετρων και η κατάλληλη ένδυση. Οι εγκυμονούσες εργαζόμενες θα πρέπει να απομακρύνονται από το χώρο των ακτινολογικών εργαστηρίων.

Η ακτινοβολία είναι μια κυματική ενέργεια. Κατηγοριοποιείται σε δύο ομάδες. Την ionίζουσα ακτινοβολία και τη μη ionίζουσα ακτινοβολία.

Η ionίζουσα ακτινοβολία εκπέμπεται από ραδιενεργά ατομικά στοιχεία και μπορεί να είναι ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία χ , ακτινοβολία γ , σωματιδιακή ακτινοβολία α, β , πρωτόνια και νετρόνια. Οι ακτίνες χ χρησιμοποιούνται στην διαγνωστική ακτινογραφία και στην υπολογιστική τομογραφία.

Οι κυριότερες επιπτώσεις της έκθεσης του νοσηλευτή σε ionίζουσα ακτινοβολία είναι

1. Σύνδρομο αιμοποιητικού
2. Σύνδρομο γαστρεντερικού συστήματος
3. Σύνδρομο κεντρικού νευρικού συστήματος
4. Βλάβες γεννητικών οργάνων
5. Βλάβες αναπνευστικού
6. Δερματικές αλλοιώσεις. (Θεοδοσόπουλος 2017)

Η μη ionίζουσα ακτινοβολία αποκαλείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία. Περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την υπέρυθρο, την υπεριώδη την ακτινοβολία μικροκυμάτων και ραδιοσυχνότητες. Το laser κυμαίνεται μεταξύ υπεριώδους και υπέρυθρης ακτινοβολίας και μπορεί να είναι αρκετά επιβλαβές εξαιτίας κυρίως της υψηλής ενέργειας. Δρα αρνητικά στον οφθαλμό ικανό να προκαλέσει βλάβη στον αμφιβληστροειδή χιτώνα. Όταν το laser χρησιμοποιείται στις επεμβάσεις ιστού μπορεί αν δεν ληφθούν προστατευτικά μέτρα

Να προκαλέσει κοιλιακές κράμπες, ναυτία, διάρροια κλπ. (Ashton and Gill 2000)

Άλλος φυσικός παράγοντας κινδύνου στα νοσοκομεία είναι ο θόρυβος. Η ηχορύπανση στις υπηρεσίες υγείας λόγω φόρτου εργασίας είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο (Φουντούκη, Θεοφανίδης 2010)

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν χαρακτηριστεί σαν τα πιο θορυβώδη τμήματα των νοσοκομείων. Τα μηχανήματα και η ένταση που προκαλεί το επείγον περιστατικό θέτουν μοναδικούς σκοπούς τη διατήρηση της ζωής παραβλέποντας ίσως την ποιότητα και την ψυχική ηρεμία. Ανάγκη ψυχικής ηρεμίας έχει και ο άρρωστος που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση (Drouot et al 2008)

Άλλοι φυσικοί παράγοντες στο χώρο εργασίας μπορεί να είναι η υγρασία ακόμα και ο φωτισμός.

Οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου εργάζονται κάτω από ευνοϊκές συνθήκες γιατί είναι απαραίτητες για τους νοσηλευόμενους. Όμως εργαζόμενοι που η θέση τους βρίσκεται σε πλυντήρια , μαγειρεία ή στους χώρους αποστείρωσης είναι εκτεθειμένη σε συνθήκες χαμηλής και υψηλής θερμοκρασίας ή σε συνθήκες υγρασίας. Η έκθεση σε τέτοιου είδους ακραίες συνθήκες μικροκλίματος προκαλούν θερμική καταπόνηση στον εργαζόμενο. Η έκθεση αυτή δεν είναι ικανή να προκαλέσει βλάβες στον εργαζόμενο αλλά απότομες μεταβολές στη θερμοκρασία μπορούν να επιδεινώσουν προβλήματα στο αναπνευστικό, και στο μυοσκελετικό σύστημα (Βελονάκης , Σουρτζή 2009)

Όσον αφορά τον φωτισμό στις υπηρεσίες υγείας υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τις ανάγκες φωτισμού σύμφωνα με το είδος της εργασίας. Όταν η εργασία γίνεται σε ένα περιβάλλον επιβαρυνμένο οπτικά , επηρεάζει αρνητικά τον εργαζόμενο προκαλώντας σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα τα οποία προκαλούν την οπτική κόπωση και θάμβωση

Η οπτική κόπωση θεωρείται μια κόπωση του βλεφαριστικού μυός που ευθύνεται για την προσαρμογή της απόστασης του ματιού και τη διατήρηση της ορθής στάσης του κεφαλιού. Τα κλινικά συμπτώματα είναι

1. Ερεθισμός ματιών
2. Δακρύρροια
3. Επιπεφυκίτιδα
4. υπνηλία
5. πονοκέφαλοι
6. μειωμένη οπτική ικανότητα

η θάμβωση είναι η μείωση της οπτικής ικανότητας όταν υπάρχει υψηλή λαμπρότητα στο οπτικό πεδίο. Ο αμφιβληστροειδής παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής σε υψηλή φωτεινότητα. Είναι μια κατάσταση που εύκολα εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται. (Θεοδοσόπουλος 2017)

2.4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι βιολογικοί μολυσματικοί παράγοντες που έχει να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι από τους αρχαιότερους παράγοντες κινδύνου στο χώρο του νοσοκομείου. Αναπνευστικά νοσήματα, φυματίωση, SARS και άλλα μεταδοτικά

νοσήματα όπως η ηπατίτιδα, ο ιός του AIDS , είναι μια συνεχής απειλή για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.

Οι τραυματισμοί από βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τη μετάδοση μολυσματικών παραγόντων στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτού του είδους τον τραυματισμό σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στον υγειονομικό χώρο(Φουντούκη , Θεοφανίδης)

Σοβαρές λοιμώξεις είναι δυνατόν να προκύψουν εξαιτίας τραυματισμών από βελόνες κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των ασθενών και των ενεργειών απόρριψης σε περίπτωση που ίχνη αίματος περιέχουν ιούς από μολυσμένους ασθενείς .Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς που είναι φορείς του HIV. Καθημερινά ένας σημαντικός αριθμός ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με βιολογικά υγρά μολυσμένα από τους παραπάνω ιούς κινδυνεύει να μολυνθεί και να νοσήσει (Gerberding ,1994)

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Αμερικανικού κέντρου ελέγχου ασθενών (centre disease control, 2008), το 32%των τραυματισμών προέρχεται από υποδερμικές βελόνες –ράμματα (19%), πεταλούδες (12%), νυστέρια (7%), φλεβοκαθετήρες (6%) και βελόνες φλεβοτομίας 6%.

Στους βιολογικούς κινδύνους ανήκουν τα βακτήρια, οι ιοί , οι μύκητες καθώς και τα παράσιτα οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν μόλυνση , λοίμωξη , ερεθισμό , δηλητηρίαση , ή αλλεργική αντίδραση σε περίπτωση που έρθουν σε επαφή με τον εργαζόμενο.

Η μετάδοση ενός λοιμογόνου παράγοντα μπορεί να γίνει με άμεση επαφή με μολυσματικό υλικό (πχ αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά) ή έμμεσα μέσω των χεριών που φέρουν υλικό. Αερογενώς με σταγονίδια επίσης μέσω τροφής και νερού. (Αλεξόπουλος 2007)

Οι τραυματισμοί με τα αντικείμενα συμβαίνουν κατά ποσοστό 26% κατά το χειρισμό της βελόνας με τον ασθενή , κατά την απόρριψη συσκευής 23% κατά τον καθαρισμό των καροτσιών 10% σε σύγκρουση με συνάδελφο, και κατά τη φλεβοκέντηση ένα 6%. Η ανεπάρκεια άνετων και εύχρηστων νοσηλευτικών ιδρυμάτων δυσκολεύει τις νοσηλευτικές κινήσεις και αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης τέτοιου είδους ατυχήματος. (Drexler et al 2007)

Οι βιολογικοί παράγοντες κατατάσσονται σύμφωνα με το ΠΔ 186/95 σε τέσσερις ομάδες κινδύνου , ανάλογα με τον βαθμό του κινδύνου μόλυνσης:

A) βιολογικός παράγοντας της ομάδας 1: είναι ο βιολογικός παράγοντας που είναι απίθανο να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο.

B) βιολογικός παράγοντας της ομάδας 2: είναι ο παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο και θα μπορούσε να προκαλέσει κίνδυνο για

τους εργαζόμενους, ενώ δεν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εξαπλωθεί στο κοινωνικό σύνολο. Γενικώς υπάρχει θεραπευτική ή προληπτική θεραπεία.

Γ) βιολογικός παράγοντας της ομάδας 3: είναι ο παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο και συνιστά σοβαρό κίνδυνο για τους εργαζόμενους. Ενδέχεται να υπάρχει κίνδυνος να διαδοθεί στο κοινωνικό σύνολο , αλλά γενικώς υπάρχει αποτελεσματική προληπτική ή θεραπευτική αγωγή.

Δ) βιολογικός παράγοντας της ομάδας 4: είναι ο παράγοντας που προκαλεί σοβαρή ασθένεια στον άνθρωπο και συνιστά σοβαρό κίνδυνο για τους εργαζόμενους, ενδέχεται να παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο διάδοσης στο κοινωνικό σύνολο και για τον οποίο συνήθως δεν υπάρχει αποτελεσματική και προληπτική θεραπευτική αγωγή. Στα συνήθη μικροβιολογικά εργαστήρια δεν υπάρχει κίνδυνος από μικροοργανισμούς της ομάδας 4. Αυτοί οι ιοί που δεν υπάρχουν στην Ελλάδα είναι οι ιοί της ευλογιάς, του αιμορραγικού πυρετού της Κριμαίας, αιμορραγικός πυρετός του Κονγκό , white rox, Ebola, marbourg, mashuro, Lassa, jumin. Όμως υπάρχει δυνατότητα να εισχωρήσουν σε μικροβιολογικό εργαστήριο με δύο τρόπους. 1) με την πραγματοποίηση βιολογικών προσδιορισμών σε φορείς από προορισμούς όπου ενδημούν τα νοσήματα αυτά (όπως συμβαίνει με τον ιό Ebola) 2) μέσω βιοτρομοκρατικών ενεργειών , όπως θα μπορούσε να συμβεί με την περίπτωση της μετάδοσης του ιού της ευλογιάς. Η περίπτωση μετάδοσης των παραγόντων της ομάδας 4 είναι σπάνια. Αντίθετα η πιθανότητα μετάδοσης με βιολογικούς παράγοντες της ομάδας 3 είναι καθημερινά πολύ υψηλή σε όλα τα μικροβιολογικά εργαστήρια. (Τζιαφέρη 2006)

2.5. ΧΗΜΙΚΟΙ ΡΥΠΑΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι επαγγελματικοί βλαπτικοί παράγοντες για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία που προέρχονται από οξέα, βάσεις, αλκοόλες και γενικότερα όλων των ειδών τις χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στις μονάδες υγείας (Ανδρέου 1991)

Ουσίες όπως είναι τα οξέα, οι βάσεις και τα άλατα χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία, στα στάδια των αναλυτικών εξετάσεων, ως παράγοντες υδρόλυσης ως διαλυτικά και ως σταθεροποιητές. Επίσης χρησιμοποιούνται για την προετοιμασία των ιστολογικών παρασκευασμάτων από μικροβιολογικά εργαστήρια.

Οι αλκοόλες, οι εστέρες και οι αιθέρες χρησιμοποιούνται μεταξύ των άλλων στα νοσοκομεία για χημικές αναλύσεις. Έχουν σημείο ανάφλεξης κοντά στη θερμοκρασία δωματίου και οι ατμοί τους έχουν ήπια ναρκωτική δράση. Οι εστέρες είναι εύφλεκτοι ωστόσο δεν αποτελούν ιδιαίτερο κίνδυνο για την υγεία, οι ατμοί τους όμως μπορεί να είναι ερεθιστικοί για τα μάτια, το δέρμα και το αναπνευστικό σύστημα (Βαλτέας Σ. 1996)

Άλλος χημικός παράγοντας που μπορεί να είναι επικίνδυνος για τη υγεία των εργαζόμενων σε νοσοκομείο είναι τα αναισθητικά που χρησιμοποιούνται κυρίως στα χειρουργεία. Τα αναισθητικά ανήκουν σε δύο κύριες κατηγορίες ανάλογα εάν είναι εισπνεόμενα ή χορηγούμενα ενδοφλεβίως. Τα συνηθέστερα αναισθητικά που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία, είναι το υποξείδιο του αζώτου και τα φλουράνια. Ανήκουν στις αδρανείς ενώσεις και απορροφώνται αρχικά στο τριχοειδές και κυψελιδικό επίπεδο και στη συνέχεια διανέμονται στους διάφορους βιολογικούς ιστούς.

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία που έρχονται σε επαφή με τέτοιου είδους ουσίες είναι οι αναισθησιολόγοι, οι χειρουργοί, εργαλειοδότες και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό.

Δυστυχώς δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία από τα αναισθητικά ούτε προβλέπονται συγκεκριμένα μέτρα πρόληψης όπως σε άλλες χώρες.

Οι βλαπτικοί παράγοντες για τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία από τα αναισθητικά εντοπίζονται σε παθολογικές καταστάσεις του αιμοποιητικού και των άλλων συστημάτων του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος και της ηπατικής λειτουργίας (Καρλου, Σουρτζή 2000)

Τα κυτταροστατικά φάρμακα που προορίζονται για τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρκίνο προετοιμάζονται κυρίως στα νοσοκομεία και σε φαρμακεία. Πολλά από αυτά τα φαρμακευτικά υλικά διαθέτουν καρκινογενείς τοξικές ιδιότητες και είναι επικίνδυνες για το προσωπικό που τα επεξεργάζονται. (Heinemann Eickmann et al 2007)

ΟΙ επιδράσεις στην υγεία των εργαζομένων περιλαμβάνει την καρκινογένεση, κυρίως την λευχαιμία και άλλες τοξικές επιδράσεις στο μυελό, στους νεφρούς, το ήπαρ, το νευρικό, διαταραχές της ανάπτυξης και της αναπαραγωγής. Σε όλες τις φάσεις προετοιμασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων υπάρχει κίνδυνος έκθεσης διαδερμικά ή με την εισπνοή. Τα επίπεδα όμως αυτών των φαρμάκων στον αέρα είναι κυρίως μη ανιχνεύσιμα.

Για τα συγκεκριμένα φάρμακα δεν έχουν θεσμοθετηθεί επιτρεπτά όρια έκθεσης και δείκτες βιολογικής έκθεσης. Πολλές μελέτες έδειξαν την παρουσία κυτταροστατικών φαρμάκων στα ούρα των ιατρών και νοσηλευτών που χειρίζονται τέτοιες ουσίες

Η προετοιμασία των φαρμάκων αυτών πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικό θάλαμο ασφάλειας (νηματικής ροής με φίλτρο HEPA, να χρησιμοποιούνται τα εξειδικευμένα μέτρα προστασίας (γάντια latex, φόρμες μια χρήσης, γυαλιά) και να χρησιμοποιούνται οι κανόνες υγιεινής « πολύ καλό πλύσιμο χεριών μετά από την προετοιμασία των χημικοθεραπευτικών» (Αλεξόπουλος 2007)

2..6. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ- ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ/ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η εργονομία έχει ως κύριο σκοπό την προσαρμογή του ανθρώπου στην εργασία. Αυτή περιλαμβάνει ότι αφορά το εργασιακό περιβάλλον και μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα, την άνεση και τη διάθεση του εργαζόμενου. Σημαντικό σημείο αναφοράς είναι η αλληλεπίδραση που έχει ο εργαζόμενος με τη μηχανή. Εφαρμόζοντας ανάλυση της θέσης εργασίας ο εργονόμος δύναται να σχεδιάσει ή να βελτιώσει το εργασιακό περιβάλλον, τον εξοπλισμό της εργασίας και κάνοντας τις κατάλληλες μετρήσεις, ο εργονόμος προσπαθεί να βελτιώσει το εργασιακό περιβάλλον. η σωματική καταπόνηση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες εργονομικού κινδύνου. Επίσης η κακή στάση του σώματος, οι τραυματισμοί σε εργασίες που έχουν χειρωνακτικούς χειρισμούς «όπως σήκωμα, τράβηγμα, σπρώξιμο κλπ» (Σιούταρη 2003)

Σύμφωνα με την Καυκιά Θ. και συν ένας από τους μεγαλύτερους εργονομικούς παράγοντες κινδύνου στο χώρο της υγείας και όσων εργάζονται σε αυτήν αποτελεί η οσφυαλγία. (Καυκιά και συν).

Η οσφυαλγία αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα λόγω της αρνητικής επίδρασης στην καθημερινή επαγγελματική ζωή, στο κόστος και στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου(Jansen et al 2001). Έρευνες αναφέρουν ότι το 65% -80% του γενικού πληθυσμού θα έχει τουλάχιστον ένα επεισόδιο οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του(Maul et al 2003)

Οι θέσεις εργασίας των επαγγελματιών υγείας με περισσότερη έμφαση στους νοσηλευτές, είναι συχνά ασυνήθιστες, άβολες είτε λόγω έλλειψης χώρου είτε λόγω του περιορισμού των κινήσεων εξαιτίας ειδικών συνθηκών όπως αυτές που

επικρατούν στις μονάδες τεχνητού νεφρού, το χειρουργείο ή τη μονάδα εντατικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζεται να περπατά και να στέκεται όρθιο περισσότερο από τους εργαζόμενους σε αποθήκες (Βασιλειάδου και συν 1995)

Ειδικά οι μονάδες τεχνητού νεφρού που έχουν αναπτυχθεί σε δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν ανεξάρτητα τμήματα με πληθώρα εργονομικών παρεμβάσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι μονάδες αιμοκάθαρσης υποστηρίζουν εξωτερικούς μόνιμους ασθενείς , αλλά και ασθενείς των νεφρολογικών ή παθολογικών / χειρουργικών τμημάτων που εμφανίζουν νεφρική ανεπάρκεια. Συχνά προστίθενται και ασθενείς διακομιζόμενοι από την περιφέρεια με νεφρολογικά προβλήματα και ανάγκη για αιμοκάθαρση. Έτσι αν και η περιοδικότητα των τακτικών αιμοκαθερόμενων είναι προσαρμοσμένη στις συνθήκες εργασίας, το υπάρχον προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ο όγκος των δράσεων αυξάνεται πολλές φορές πέραν των δυνατοτήτων της μονάδας εξαιτίας των έκτακτων επειγόντων περιστατικών.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αιμοκαθαίρου απαιτεί δραστηριότητες ‘όπως:

1. αγγειακή πρόσβαση : εκτίμηση της φίστουλα /μόσχευμα και του χεριού πριν και μετά την αιμοκάθαρση, εκτίμηση της βατότητας, της θέσης του καθετήρα και εκπαίδευση του ασθενούς για καθαρισμό της περιοχής και αποφυγή των λοιμώξεων και της θρόμβωσης.
2. Επάρκεια αιμοκάθαρσης : εκτίμηση των συμπτωμάτων και σημείων του ασθενούς για επαρκή κάθαρση
3. Θεραπεία και επιλοκές αιμοκάθαρσης :αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων κάθε μήνα
4. Φάρμακα και έλεγχος των λοιμώξεων: συνεργασία με τον ασθενή και ακολουθία των κατευθυντήριων οδηγιών για τις λοιμώξεις.

Κάποιες από τις ανωτέρω πράξεις γίνονται σε άβολη θέση από τον νοσηλευτή , καθώς είναι υποχρεωμένος ανάλογα με τα σωματομετρικά του χαρακτηριστικά , να σκύβει προς τα εμπρός ή να κινείται πλαγίως. Η κακή στάση σώματος, η κακή φυσική κατάσταση , η ψυχική φόρτιση , μονοτονία και ο φόρτος εργασίας μπορεί με την πάροδο του εργασιακού βίου να οδηγήσουν σε χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα. Επίσης να προστεθεί η διακίνηση των ασθενών και η ορθοστασία(ξυδεα- κικεμενη 2017)

Ένα ακόμη εργονομικό θέμα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής νεφρολογίας αφορά την παλαιότητα του εξοπλισμού σε συνδυασμό με την ακατάλληλη χωροταξική διαμόρφωση της μονάδας εξωνεφρικής κάθαρσης, γεγονός που διαπιστώνεται ακόμα συχνά σε πολλά νοσοκομεία με συνέπεια την καθημερινή δυσχέρεια και εύρυθμη

λειτουργία της μονάδας και στην υποβάθμιση της νοσηλείας (Ξυδεα ,Κικεμένη 2017)

2.7. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στον υγειονομικό τομέα αφορούν κυρίως τις βίαιες συμπεριφορές ενάντια στο υγειονομικό προσωπικό από τους νοσηλευόμενους παθολογικούς, χειρουργικούς ή ψυχιατρικούς ασθενείς που συμβαίνουν αρκετές φορές σε χώρους όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας. Μπορεί να οφείλεται είτε στην ανάγωση συμπεριφορά των ατόμων είτε αρκετές φορές σε ψυχιατρικές καταστάσεις και οργανικά ψυχοσύνδρομα. (Whelan 2008, stathoroulou 2003)

Οι νοσηλευτές αποτελούν συχνά τον αποδέκτη του θυμού , του φόβου και της επιθετικότητας του ασθενή και των συγγενών. Πολλοί εργαζόμενοι βιώνουν μια ανεπαρκή ισορροπία ανάμεσα στα πρότυπα και τους στόχους τους για την φροντίδα των ασθενών από τη μια μεριά και τις προσωπικές τους δυνατότητες από την άλλη. (Αλεξόπουλος 2007)

Η ύπαρξη προσωπικού ασφαλείας σε τέτοιου είδους περιπτώσεις είναι απαραίτητη στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο χειρισμός τους με υπομονή και κατανόηση καταδεικνύει την παιδεία και την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού προσωπικού που καλό θα είναι να εκπαιδεύεται σε τέτοιου είδους καταστάσεις. (Holleran 2004)

Η διοίκηση και η επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας πρέπει να καθιστούν σαφές ότι οι συμπεριφορές βίας και παρενόχλησης δε θα γίνονται ανεκτές σε καμία περίπτωση αναγνωρίζοντας το δικαίωμα όλων των εργαζομένων να εργάζονται σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από διακρίσεις , εκφοβισμούς , βία και παρενόχληση. Η διοίκηση πρέπει να υποστηρίζει αναφορές και καταγγελίες τέτοιων περιστατικών και να επιδεικνύει συνέπεια και αμεροληψία στη διαχείριση τους με όποια μορφή και αν εκδηλώνονται. (Αλεξόπουλος 2007)

2.8. ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ- ΒΑΡΔΙΕΣ

Το ωράριο των νοσηλευτών είναι κυκλικό και αποτελείται από δύο 12ωρες βάρδιες με σταθερά νυχτερινά είτε από τρία κυλιόμενα 8ωρα (πρωινό-απογευματινό-βραδινό)

Μόνο το 10% των εργαζομένων με μη σταθερό ωράριο εργασίας απολαμβάνουν τη νυχτερινή εργασία (Harrington 2000)

Σύμφωνα επίσης με τον Maslow και την τρισδιάστατη θεωρία των ανταμοιβών περιλαμβάνονται σαν πρώτη διάσταση, οι ανταμοιβές ασφαλείας συναποτελούμενες από τις εξωγενείς ανταμοιβές, το πρόγραμμα εργασίας και την ισορροπία οικογένειας –εργασίας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το κυκλικό ωράριο εργασίας έχει επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική οντότητα των εργαζομένων. (Maslow 1954)

Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά τη διάρκεια της νύχτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες, είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους, ενώ κοιμούνται τις πρωινές ώρες αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς.

Η απασχόληση σε βάρδιες είναι ένας παράγοντας που διαταράσσει την ισορροπία του βιολογικού ρυθμού των εργαζομένων με τις ακόλουθες συνέπειες: κοινωνικές (επιδράσεις στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, μείωση ελεύθερου χρόνου), παθολογικές (ανορεξία, δυσπεψία, αίσθημα κόπωσης συναισθηματική έκπτωση, διαταραχή ύπνου(μείωση της διάρκειας του ύπνου) (Arendt 1985)

Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοια ωράρια παρουσιάζουν 10-20% αύξηση των γαστρεντερικών διαταραχών. Η αύξηση στις κατανάλωσης πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού, τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα (Franz 1977)

Σουηδοί ερευνητές βρήκαν ότι ο κίνδυνος ισχαιμικής καρδιοπάθειας αυξάνεται όσο αυξάνεται η χρονική διάρκεια απασχόλησης σε κυκλικό ωράριο σε σχέση με το απλό ωράριο εργασίας ενώ μια ανάλογη μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες έχουν μεγαλύτερη επίπτωση κατανάλωσης αλκοόλ, και συναισθηματικών προβλημάτων (Κορομπέλη 2004)

2.9.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ

Τα απόβλητα που προέρχονται από χώρο παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν μια μοναδική μορφή αερίων, υγρών και στερεών αποβλήτων και απορριμμάτων που δημιουργούνται κατά τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόληψη ή την έρευνα ανθρώπινης και ζωικής νόσου. (Τζιαφέρη 2006)

Τα νοσοκομειακά απόβλητα παρουσιάζουν επαγγελματικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία αυτών που τα παράγουν, συλλέγουν, αποθηκεύουν, μεταφέρουν, μεταχειρίζονται και τελικώς απορρίπτουν. Επομένως μπορούν να αποτελέσουν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και μπορούν να συμβάλλουν στη μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων (ΠΟΥ 1998)

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας δίνει ένα γενικότερο ορισμό για τα νοσοκομειακά απόβλητα. Συγκεκριμένα ιατρικά απόβλητα είναι τα απόβλητα που παράγονται από δραστηριότητες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη σε υγειονομικές μονάδες, ερευνητικά εργαστήρια που έχουν να κάνουν με φροντίδα υγείας. (Pruss et al 1999)

Κατηγοριοποίηση ιατρικών αποβλήτων σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία

Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση 37591/2031/2003 γίνεται διάκριση των ιατρικών αποβλήτων σε επιμέρους κατηγορίες που διαφοροποιούν την επικινδυνότητα τους, αλλά ταυτόχρονα εξυπηρετούν και την πληρέστερη αποσαφήνιση του τρόπου διαχείρισής τους. Συγκεκριμένα τα ιατρικά απόβλητα διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες (ΦΕΚ – 1419/Β/01.10.2003):

1. ιατρικά απόβλητα αστικού χαρακτήρα (ΙΑ-ΑΧ) που προσομοιάζουν με τα οικιακά απορρίμματα
2. Επικίνδυνα ιατρικά απόβλητα (ΕΙΑ)

Τα οποία διακρίνονται σε

1. Αμιγώς μολυσματικά απόβλητα (ΕΙΑ-ΜΧ)
2. Απόβλητα με μολυσματικό και τοξικό χαρακτήρα
3. Απόβλητα αμιγώς τοξικού χαρακτήρα (ΕΙΑ-ΤΧ)

1. Άλλα ιατρικά απόβλητα

Τα **ιατρικά απόβλητα αστικού χαρακτήρα** θεωρούνται εκείνα τα οποία προέρχονται από δραστηριότητες υποστηρικτικές της λειτουργίας του νοσοκομείου. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει απόβλητα από την Παρασκευή φαγητών από δραστηριότητες εστίασης , είδη χαρτικών από τις διοικητικές υπηρεσίες , συσκευασίες , κενές φιάλες ορών , ρουχισμός , γυαλί , χαρτί , ορθοπεδικούς γύψους , επικίνδυνα ιατρικά απόβλητα που έχουν υποστεί επιτυχώς πλήρη αποστείρωση. Αυτή η κατηγορία μπορεί να αναμιχθεί χωρίς πρόβλημα με τα στερεά απόβλητα των οικιστικών περιοχών και να ακολουθήσει την ίδια μέθοδο διαχείρισης με αυτά.(Μαυρομάτη συν άλλοι , 2012)

Τα **αμιγώς μολυσματικού χαρακτήρα** είναι απόβλητα των οποίων η συλλογή και η διάθεση υπόκεινται σε ειδικές απαιτήσεις σε σχέση με την πρόληψη μόλυνσης. Τα απόβλητα αυτά περιέχουν ποσοτικούς αλλά και ποιοτικούς παθογόνους μικροοργανισμούς (βακτήρια, ιούς, παράσιτα, μύκητες) σε συγκεντρώσεις ή ποσότητες ικανές να προκαλέσουν ασθένειες.

Τέτοιου είδους απόβλητα είναι

2. Ιστοί και όργανα

3. Όλα τα απόβλητα που προέρχονται από περιβάλλοντα , στα οποία υφίσταται κίνδυνος βιολογικής μετάδοσης δια του αέρος , καθώς και από περιβάλλοντα απομόνωσης , στα οποία βρίσκονται ασθενείς πάσχοντες από μεταδοτικό νόσημα που έχουν μολυνθεί από

Κόπρανα και ούρα , στην περίπτωση συγκεκριμένου ασθενούς , στον οποίο έχει διαγνωστεί κλινικά από τον θεράποντα ιατρό μια νόσος που μπορεί να μεταδοθεί με τα περιττώματα

Σπέρμα, κολπικές εκκρίσεις, εγκεφαλονωτιαίο υγρό , αρθρικό υγρό, πλευριτικό υγρό, περιτοναϊκό υγρό, περικάρδιο και αμνιακό υγρό. (2000/532/EK , 2001/118/EK, 2001/573/EK)

Τα απόβλητα **αμιγώς μολυσματικού , τοξικού χαρακτήρα** είναι απόβλητα που περιέχουν επικίνδυνες κυτταροτοξικές-κυτταροστατικές φαρμακευτικές ουσίες. Περιλαμβάνουν φαρμακευτικά απόβλητα τα οποία προέρχονται από φάρμακα που έχουν λήξει . είτε έχουν μολυνθεί. Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και τα προϊόντα που έχουν προκύψει από τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως κουτιά, μπουκάλια με κατάλοιπα, φιαλίδια, γάντια, μάσκες σωληνάκια κ.α. στην κατηγορία αυτή ανήκουν και τα χημικά απόβλητα:

Απόβλητα που περιέχουν υδράργυρο και άλλα βαρέα μέταλλα

Ληγμένα φάρμακα η φάρμακα που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν

Έλαια εκροής από αντλίες κενού

Μονωτικά υλικά με αμιάντο(2000/532/EK , 2001/118/EK, 2001/573/EK)

Στα **άλλα ιατρικά απόβλητα** περιλαμβάνονται τα απόβλητα των οποίων η διαχείριση τους υπόκεινται σε ειδικές προδιαγραφές-απαιτήσεις. Παράδειγμα τέτοιων αποβλήτων είναι τα ραδιενεργά ιατρικά απόβλητα, οι συσκευασίες με αέρια πίεσης, χημικά απόβλητα με αλογόνο, υγρά μικροβιολογικών εργαστηρίων(2000/532/EK , 2001/118/EK, 2001/573/EK)

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας διακρίνει τα ιατρικά απόβλητα σε 8 επιμέρους κατηγορίες σύμφωνα με τη σύστασή τους : μολυσματικά, παθολογικά, αιχμηρά αντικείμενα, φαρμακευτικά απόβλητα, γονοτοξικά απόβλητα, χημικά, δοχεία υπο πίεση, ραδιενεργά (Pruss A et al)

Σύνοψη για τους παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου στο χώρο του νοσοκομείου για τους επαγγελματίες υγείας ποικίλλουν από μικροατυχήματα, λόγω τρυπήματος με βελόνη, τη χειρωνακτική διακίνηση μεγάλου βάρους που οδηγεί σε μυοσκελετική καταπόνηση, μέχρι τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που έχει η εργασία σε ένα τέτοιο απαιτητικό περιβάλλον. Υπάρχουν επίσης κίνδυνοι από τη μετάδοση μολυσματικών παραγόντων όπως το βακτήριο της φυματίωσης και κίνδυνοι από την έκθεση σε τοξικούς παράγοντες όπως τα αντινεοπλασματικά φάρμακα. (Τζιαφέρη 2006)

Κατά την τελευταία 20 ετία, οι αναφορές στις συνθήκες εργασίας και η κατάσταση της υγείας των επαγγελματιών υγείας έχουν αυξηθεί αρκετά. Στη δεκαετία του 80 ο κύριος επαγγελματικός κίνδυνος ήταν η μυοσκελετική καταπόνηση των νοσηλευτών. Στη δεκαετία του 90 αυξημένη προσοχή δόθηκε στα φαινόμενα βίας στο χώρο του νοσοκομείου. Σήμερα ένας νέος επαγγελματικός κίνδυνος εμφανίζεται που είναι η επαγγελματική εξουθένωση από το κυλιόμενο ωράριο των νοσηλευτών που οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. (Hasselhorn et al 1999)

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι στο χώρο του νοσοκομείου μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις εργασιακές συνθήκες του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Μπορεί μελλοντικά να επηρεάσουν τους κινδύνους –εργατικά ατυχήματα. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή κατάλληλων προληπτικών μέτρων, μπορεί να συμβάλει στον περιορισμό τέτοιων φαινομένων όπως είναι το εργατικό ατύχημα (Τζιαφέρη 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Ατύχημα χαρακτηρίζεται το αιφνίδιο και απρόβλεπτο γεγονός εξαιτίας του οποίου κατά κύριο λόγο υφίσταται βλάβη το σώμα του ανθρώπου και συνεπώς τίθεται σε κίνδυνο η σωματική του ακεραιότητα. Αυτό ως αντίκτυπο έχει στη συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου προκαλώντας διαταραχές στον ψυχικό του κόσμο. Ετυμολογικά ο όρος ατύχημα παραπέμπει στην τύχη, ερμηνευτικά όμως θεωρείται ως κάτι αιφνίδιο, μη προμελετημένο περιστατικό που προκαλεί βλάβη στον άνθρωπο. Το ατύχημα είναι κατάληψη μιας άτυχης στιγμής είτε λόγω αδιαφορίας είτε λόγω έλλειψης συγκέντρωσης τη δεδομένη στιγμή είτε λόγω έλλειψης προσοχής του θύματος. (Βελονάκη Ε. Σουρτζή 2009)

Τα χαρακτηριστικά του ατυχήματος μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες είναι

1. Το βίαιο στοιχείο
2. Η συγκυρία της εργασίας
3. Η βλάβη της ψυχοσωματικής κατάστασης των εργαζόμενων

Όσον αφορά το βίαιο στοιχείο, τα βασικά χαρακτηριστικά απαρτίζονται από την εξωτερικότερα, δηλαδή ότι το ατύχημα οφείλεται στον εξωτερικό κόσμο όπως για παράδειγμα οι τραυματισμοί, οι δηλητηριάσεις, οι παθογόνοι μικροοργανισμοί.

Άλλο χαρακτηριστικό είναι η βλαπτική ειδικότητα που προσδιορίζει το βαθμό πρόκλησης βλαβών που το αποτέλεσμα της μπορεί να προξενήσει ανικανότητα και τη χρονολογική συγκέντρωση ή συγκυρία που πρέπει να αναπτυχθεί μέσα στο χρονικό διάστημα της καθημερινής βάρδιας της εργασίας (Θεοδοσόπουλος 2017)

Όσον αφορά τη συγκυρία της εργασίας, αυτή αποτελείται από δύο χαρακτηριστικά από τον επαγγελματισμό κινδύνου, πρόκειται για τον ειδικό κίνδυνο που αφορά συγκεκριμένα την εργασία και την εργασιακή σκοπιμότητα που αναφέρεται σε εκείνα τα ατυχήματα που είναι πιθανόν να συμβούν κατά τη διεξαγωγή του διαλλείματος του εργαζόμενου που είναι απαραίτητο στη βάρδια του. Επίσης αναφέρεται και σε εκείνα που αφορούν τη βοήθεια που προσφέρει ο εργαζόμενος σε κάποιο συνάδελφό του.

Στην ψυχοσωματική βλάβη αντιστοιχούν ο θάνατος, προσωπική βλάβη στην υγεία που αναφέρεται στη μόνιμη ολική ανικανότητα και στην παροδική ολική ανικανότητα που κρατάει τον εργαζόμενο μακριά από την εργασία του για μέρες (Γουσόπουλος, Χουρδάκης 2005)

Δεδομένου ότι η εργασιακή σχέση δεν έχει μόνο οικονομικό αλλά και προσωπικό χαρακτήρα, συνάγεται η γενικότερη υποχρέωση του εργοδότη να μεριμνά για την

προστασία του εργαζόμενου. Η υποχρέωση αυτή αναφέρεται ως υποχρέωση πρόνοιας του εργοδότη. Η υποχρέωση για πρόνοια ορίζεται ως υποχρέωση του εργοδότη να λαμβάνει τα αναγκαία μέτρα για τη διαφύλαξη των εργασιακών και της προσωπικότητας των εργαζομένων και να αποφεύγει κάθε ενέργεια που θα βλάψει αδικαιολόγητα τα συμφέροντα τους. Η υποχρέωση πρόνοιας κυρίως εκφράζεται με τις ειδικότερες επαγγελματικές υποχρεώσεις για σεβασμό κάθε στοιχείου της προσωπικότητας του εργαζόμενου (Σταμάτη Συριόπουλος 2012, 2013)

Σύμφωνα με τη νομοθεσία (662ΑΚ) ο εργοδότης οφείλει να ρυθμίζει τα σχετικά με την εργασία και το χώρο της , τα μηχανήματα και τις εγκαταστάσεις της ώστε να προστατεύεται η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων, (Βλάστος 2012, Κουκιάδη 2013)

Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι δεν μπορούν να αποκλειστούν πλήρως όλα τα ατυχήματα σε καμιά δραστηριότητα του ανθρώπου , αφού ο ίδιος δεν είναι σε θέση να προβλέψει τη φύση τους. Το πλήθος ‘όμως των ατυχημάτων δεν έχει κάποιο αναπόφευκτο και αντικειμενικό αποδεκτό ελάχιστο επίπεδο, ιδιαίτερα σε μια διαρκώς εξελισσόμενη κοινωνία ως προς τον τρόπο εργασίας και διαβίωσης. Τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες οφείλουν να μειώνονται με τον μέγιστο δυνατό ρυθμό.

Οι συνέπειες των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών σε ένα ανθρωποκεντρικό πολιτισμό αφορούν κυρίως αυτή καθ’ αυτή την ανεκτίμητη ανθρώπινη ζωή και υγεία , καθώς και άλλες ιδιαίτερες σημαντικές ανθρώπινες πλευρές (ψυχική οδύνη, εξαθλίωση) στον παθόντα και στους οικείους του(Ταργουτζίδης 2007)

3.1.ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΒΑΣΙΚΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ)

Η διερεύνηση και η κατανόηση της φύσης του επαγγελματικού κινδύνου , των αιτιών δηλαδή που προκαλεί το εργατικό ατύχημα αποτελεί τη βασικότερη αρχή για την ελαχιστοποίηση των εργατικών ατυχημάτων.

Σύμφωνα με τον Kohler ‘ κάποιοι εργαζόμενοι είναι άτυχοι’. Η ατυχία τους τραβά τα ατυχήματα (kohler 2004)

Επίσης σύμφωνα με τους Hakkinen και Blasco , παρότι η ατυχία αυτή δεν μπορεί να τεκμηριωθεί επιστημονικά υπάρχον μελέτες που δείχνουν ότι εμφανίζεται το φαινόμενο της διαφορετικής ροπής προς τα ατυχήματα (Hakkinen 1958, Blasco 1988). Η θεωρητική όμως προσέγγιση των τελευταίων 50 ετών έχει μεταφέρει την έμφαση στο είδος των ανθρώπων που παθαίνουν εργατικά ατυχήματα προς τις καταστάσεις που οδηγούν σε ατυχήματα(singleton 1984)

Η απροσεξία των εργαζόμενων είναι η αιτία των ατυχημάτων . αν η απροσεξία και το ρίσκο αποδοκιμάζονταν από την επιχείρηση θα απότρεπε και τους εργαζόμενους(Kohler 2004)

Από την άλλη ο Adam Smith υποστηρίζει ότι όλες οι δραστηριότητες χωρίς εξαίρεση κρύβουν μια επικινδυνότητα . « Αποδεχόμενοι την εργασία οι εργαζόμενοι οι εργαζόμενοι αποδέχονται αυτομάτως και τον κίνδυνο». Η άποψη αυτή σύμφωνα με τον Adam Smith επιβάλλει και το σύστημα της αμοιβής. (Adam 1998)

Οι απλοϊκές αυτές απόψεις ξεπεράστηκαν με την επιστημονική μελέτη των φαινομένων επικινδυνότητας στο χώρο εργασίας. Η επιστημονική μελέτη πάντοτε ξεκινά με ένα θεμελιώδες μοντέλο πάνω στο οποίο κτίζεται όλη η ανάλυση. Οι πρώτες θεωρίες περί εργατικού ατυχήματος ήταν οι εξής: (Greenwood, Woods 1919)

Η θεωρία της απλής τύχης (pure cache theory) σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο στον πληθυσμό έχει ίση πιθανότητα να είναι θύμα ατυχήματος, κανένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό δεν εμφανίζεται στα συμβάντα που οδηγούν σε ατύχημα. Οι διαφοροποιήσεις στη συχνότητα ατυχημάτων διαφορετικών ατόμων δεν είναι παρά οι διακυμάνσεις που παρατηρούνται στα δείγματα διαφόρων πειραμάτων σε ένα πληθυσμό που ακολουθεί μια συγκεκριμένη κατανομή. Κάθε ατύχημα αντιμετωπίζεται σαν έργο θεού , υπονοώντας την αδυναμία πρόληψης. (Greenwood, woods 1919)

Η θεωρία της προκατειλημμένης προδιάθεσης. Σύμφωνα με αυτήν εφόσον ένα άτομο έχει πέσει θύμα ατυχήματος έχει είτε μεγαλύτερη είτε μικρότερη πιθανότητα να ξανά πέσει θύμα σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη του πληθυσμού . όταν έχει μεγάλη πιθανότητα τότε πρόκειται για τη μεταδοτική υπόθεση των καμένων δακτύλων. Μια σύγχρονη υπόθεση της μεταδοτικής υπόθεσης (Blasco et al 2003) σε δείγμα οδηγών λεωφορείου έδειξε ότι τα ατυχήματα συμβαίνουν διαδοχικά συχνότερα από ότι θα αναμενόταν και η εμφάνιση ενός ατυχήματος αυξάνει την πιθανότητα δεύτερου. Οι παρατηρήσεις όμως αυτές εξαφανίζονται όσο το δείγμα μεγαλώνει , γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτό πιθανώς οφείλεται σε στρεβλώσεις ή στην ύπαρξη υποομάδων όπου υπερισχύει κάποιος άλλος (Τργουτζίδης 2007)

Σύμφωνα με τους κοινωνιολόγους όπως ο Dorman , ο κίνδυνος είναι συνάρτηση της έκθεσης σε επικίνδυνες καταστάσεις άλλα αυτό πρέπει να συμπληρωθεί και από άλλες προσεγγίσεις κοινωνικών επιστημών όπου ο κίνδυνος είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής θέσης , πιέσεων και κινήτρων , όπως

1. Αβέβαιη εργασία : συμβάσεις έργου εργασίας
2. Ανεπίσημη εργασία
3. Ειδικές ομάδες εργαζομένων(γυναίκες, παιδιά) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρεθούν στις παραπάνω κατηγορίες. Γενικά όσο χαμηλότερο

το κοινωνικό –οικονομικό επίπεδο του εργαζόμενου τόσο μεγαλύτερο το επίπεδο επικινδυνότητας. (Dorman 2000)

Μελέτη του ΟΟΣΑ , καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σοβαρή διαφοροποίηση του ποσοστού ατυχημάτων μεταξύ των διαφορετικών κλάδων οικονομικής δραστηριότητας, στην οποία οφείλεται κυρίως και ο χαμηλότερος ρυθμός ατυχημάτων στις γυναίκες απ ότι στους άνδρες, καθώς οι γυναίκες τις περισσότερες φορές απασχολούνται σε ασφαλέστερους κλάδους. Η ίδια μελέτη παρατηρεί ότι κύρια αιτία ατυχημάτων είναι και οι οργανωτικές αιτίες, π.χ όταν η αμοιβή εξαρτάται από την ποσότητα παραγωγής του εργαζόμενου. (Ταργουτζίδης 2007)

3.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Επαγγελματική νόσος είναι κάθε νόσημα που οφείλεται στη φύση της εργασίας . η αναγνώριση μιας επαγγελματικής νόσου έχει ασφαλιστικό και νομικό ενδιαφέρον, ενώ επίσης συμβάλλει στην αποφυγή επιδείνωσης της στον ,ίδιο τον εργαζόμενο με διακοπή της έκθεσης στον αιτιολογικό παράγοντα και την αποτροπή εμφάνισης αντίστοιχου νοσήματος σε άλλο εργαζόμενο που απασχολείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Σε αντίθεση με το εργατικό ατύχημα , του οποίου η δήλωση είναι εργοδοτική υποχρέωση η επαγγελματική νόσος δηλώνεται από το θύμα προς τον ασφαλιστικό φορέα. (Βελονάκης , Σουρτζή 2009)

Οι πρώτες αναφορές για την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου έχουν γίνει από τον πατέρα της ιατρικής , τον Ιπποκράτη , που είχε ασχοληθεί ιδιαίτερα με τη σχέση του περιβάλλοντος και της υγείας του ανθρώπου. Από τις πρώτες εξορύξεις των ορυκτών υπήρχαν περιπτώσεις διαφόρων ασθενειών , γεγονός που δηλώνει ότι τα επαγγελματικά και περιβαλλοντικά προβλήματα συνδέονται με τις παραγωγικές δραστηριότητες του ανθρώπου. (Πατάκας 2006). Το 1256, ο ιατρός George Bauer γνωστός και ως Agricola , θεωρήθηκε ως ο πρώτος ιατρός ο οποίος περιέγραψε συμπτώματα που αναφέρονται σε επαγγελματικά νοσήματα και ιδιαίτερα ασχολήθηκε με τους μεταλλωρύχους. (Πατάκας 2006)

Πατέρας της ιατρικής της εργασίας θεωρείται ο ιατρός Bernardino Ramazzini (1633-1714) , ο οποίος εισήγαγε το ιατρικό ιστορικό θεωρώντας το πολύ σημαντικό για την πορεία κάθε ασθενούς.(Χατζησταύρου 2007).

Η έννοια του επαγγελματικού νοσήματος συνεχίζεται και μέχρι σήμερα. Πολλοί επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό , της επαγγελματικής ασθένειας στο χώρο εργασίας. Ορισμένα νοσήματα οφείλονται σχεδόν αποκλειστικά σε επαγγελματική έκθεση , όπως το μεσοθηλίωμα μετά από έκθεση σε αμίαντο , η μολυβδίαση μετά από έκθεση σε μόλυβδο. Άλλα νοσήματα οφείλονται σε έναν αιτιολογικό παράγοντα που υπάρχει στο εργασιακό περιβάλλον , δηλαδή η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος εκτεθειμένος είναι πολλαπλάσια από κάποιον μη

εκτεθειμένο στον επαγγελματικό παράγοντα. Ο επαγγελματικός δηλαδή αυτός παράγοντας δεν είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας της νόσου. Για παράδειγμα ο καρκίνος του πνεύμονα σε εκτεθειμένους σε αμίαντο ή η ηπατίτιδα Β σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχουν τέλος ορισμένα νοσήματα που είναι συχνότερα σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες, καθώς η εκδήλωσή τους διευκολύνεται από τις συνθήκες εργασίας σε κάποια επαγγέλματα. Π.χ βρογχίτιδα σε ηλεκτροσυγκολλητές. (Βελονάκης, Σουρτζή 2009)

Όσον αφορά το επαγγελματικό νόσημα υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στην ποιότητα και τον τρόπο αναφοράς των επαγγελματικών νοσημάτων. Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις μεγάλες κατηγορίες, το ανοικτό(ελεύθερο), κατά το οποίο ο πίνακας των επαγγελματικών νόσων περιλαμβάνει απλή αναφορά των ασθενειών και των αιτιών ή επαγγελμάτων δίχως άλλους περιορισμούς. 2. Το περιοριστικό σύστημα(γαλλικό), όπου οι πίνακες περιλαμβάνουν ειδικά κριτήρια διάγνωσης των επαγγελματικών ασθενειών, καθώς και περιορισμούς ως προς τον ελάχιστο χρόνο έκθεσης και το μέγιστο χρόνο από τη διακοπή της έκθεσης και 3. Το μικτό όπου υπάρχει συγκερασμός των δύο προηγούμενων και είναι το σύστημα που προτείνεται στην Ευρώπη. (Τζιαφέρη 2006)

Στην Ελλάδα που το σύστημα είναι περιοριστικό, το άρθρο 40 του ασφαλιστικού κώδικα του ΙΚΑ περιλαμβάνει πίνακες των νοσημάτων που αναγνωρίζονται ως επαγγελματικές. Αυτοί οι πίνακες περιλαμβάνουν:

Το νόσημα

Τα διαγνωστικά κριτήρια

Τα επαγγέλματα

Τον ελάχιστο χρόνο απασχόλησης στην επίμαχη εργασία, καθώς και το μέγιστο χρόνο διακοπής αυτής.

Συνολικά στη χώρα μας ως επαγγελματικά νοσήματα, αναγνωρίζονται

1. 24 νοσήματα που οφείλονται σε χημικούς παράγοντες, όπως ο μόλυβδος, το κάδμιο, το βηρύλλιο, το φθόριο κλπ.
2. 7 λοιμώδη νοσήματα: άνθρακας, ικτεροαιμορραγική σπειροχαιτώση(λεπτοσπείρωση), τέτανος, ηπατίτιδα, αγκυλοστομίαση, φυματίωση βοείου και ορνιθείου τύπου και βρουκέλλωση
3. 10 νοσήματα που οφείλονται σε φυσικούς παράγοντες: μεταβολή ατμοσφαιρικής πίεσης, τριβή, δονήσεις, θόρυβος κλπ.
4. 11 νοσήματα που έχουν περισσότερες από μια επαγγελματικές αιτίες: δερματοπάθειες, πνευμονοκονιώσεις, καρκίνοι (ΦΕΚ 132/Β/79)

Παράδειγμα επαγγελματικού νοσήματος (Βελονάκη, Σουρτζή 2009)

Πίνακας 4.1. Παραδείγματα περιγραφής επαγγελματικού νοσήματος στο άρθρο 40 του ασφαλιστικού κώδικα.

Περιγραφή νοσήματος	Επιχειρήσεις, εργασίες, επαγγέλματα	Χρόνος
<i>Ηπατίτιδα</i>		
Ηπατίτιδα εξ ιού συνήθους συμπτωματολογίας και εξ αυτής επιπλοκές	Επαγγελματική δραστηριότητα εκθέτουσα το άτομο σ' επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας (ιατροί, νοσοκόμοι, παρασκευασταί, τραυματιοφορείς, καθαρίστριαι & πλύντριαι ιατρικών εργαστηρίων ή θεραπευτηρίων)	Ελάχιστος χρόνος απασχόλησης: 15 ημέρες Μέγιστος χρόνος από της διακοπής της απασχόλησης: 180 ημέρες
<i>Μολυβδίαση</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Παρυφή μολύβδου, κωλικοί εκ μολύβδου • Συμβάματα εκ του νευρικού συστήματος κεντρικού ή περιφερικού, κυρίως παράλυση των εκτεινόντων, νευρίτιδα εκ μολυβδίασεως • Νεφρίτιδα, συμβάματα καρδιαγγειακά εκ μολυβδίασεως, εγκεφαλική αιμορραγία, εγκεφαλοπάθειες, αναιμία 	Εξαγωγή, κατεργασία, παρασκευή, χρήση, μεταχείριση του μολύβδου, των μεταλλευμάτων του, των κραμάτων και ενώσεων αυτού, καθώς και παντός προϊόντος περιέχοντος μολυβδο και τη μολυβδούχο τέφρα των εργοστασίων ψευδαργύρου	Ελάχιστος χρόνος απασχόλησης: 1 έτος. Μέγιστος χρόνος από της διακοπής της απασχόλησης: 1 έτος

Στη χώρα μας η αναγνώριση και καταγραφή των επαγγελματικών ασθενειών είναι εξαιρετικά περιορισμένη και αναφέρεται μόνο στους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ, ενώ μέχρι σήμερα δεν υφίσταται σε άλλες κατηγορίες ασφαλισμένων. Αλλά και για τους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ, παρατηρείται δραματική υποδήλωση των επαγγελματικών νόσων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΙΚΑ της τελευταίας πενταετίας τα επαγγελματικά νοσήματα που δηλώθηκαν είναι συνολικά μόνον 103, ο αριθμός είναι σχετικά μικρός εάν τον συγκρίνουμε με άλλα στοιχεία άλλων χωρών. (ΦΕΚ132/Β/79)

3.3..ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Το κόστος των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών κατανέμεται σε άμεσο ή μετρήσιμο και σε έμμεσο κόστος που είναι δύσκολα μετρήσιμο. Το άμεσο και το έμμεσο κόστος επιμερίζονται στους εργαζόμενους, στις επιχειρήσεις και στην εθνική οικονομία κυρίως μέσω του ασφαλιστικού συστήματος. Το έμμεσο κόστος υπολογίζεται ες και το τετραπλάσιο του άμεσου κόστους. (Σπυρόπουλος 2000)

Ειδικότερα :

Σύμφωνα με τον Dorman το κόστος των εργατικών ατυχημάτων διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια.

1. Οικονομικό / μη οικονομικό κόστος: όταν το κόστος λαμβάνει τη μορφή της καταστροφής αγαθών ή υπηρεσιών που αποτιμώνται με συγκεκριμένη τιμή.
2. Εσωτερικό ή εξωτερικό : όταν εξαρτάται από το εάν αυτό επιβαρύνει ή όχι την επιχείρηση/οργανισμό
3. Σταθερό/μεταβλητό : όταν το κόστος παραμένει σταθερό ανεξάρτητα από τη μορφή του εργατικού ατυχήματος.
4. Άμεσο/ έμμεσο : ανάλογα εάν το κόστος μπορεί να μετρηθεί με μεθόδους. (Dorman 200)

Όσον αφορά το άμεσο ή αλλιώς κόστος ασφάλισης , είναι το κόστος που προκύπτει από την πληρωμή των εξόδων νοσηλείας του εργαζόμενου, για εβδομαδιαίες παροχές όσο ο υπάλληλος απουσιάζει από την εργασία του. Αυτό το κόστος αντιμετωπίζεται μέσω της ασφάλισης. (Κανελλόπουλος 2002)

Επιπλέον πρέπει να λάβουμε υπόψη τον ψυχικό πόνο του εργαζόμενου και την αλλαγή της ποιότητας ζωής του, καθώς και της οικογένειάς του σε περίπτωση αναπηρίας , που πολλαπλασιάζεται στην περίπτωση εργατικού ατυχήματος . οι παραπάνω όμως ανθρώπινες παράμετροι είναι υποκειμενικές και δεν μπορούν εύκολα να μεταφραστούν σε οικονομικά μεγέθη. (Βελονάκη, Σουρτζή 2009)

Το έμμεσο κόστος δεν είναι εύκολο να αποτιμηθεί γιατί περιλαμβάνει το χαμένο χρόνο του τραυματισμένου εργάτη , το χρόνο των συναδέλφων που προσφέρουν βοήθεια , το χρόνο που ξοδεύεται για τη διερεύνηση του ατυχήματος (Κανελλόπουλος 2002). Ειδικότερα για μια επιχείρηση το κόστος επιμερίζεται ως εξής. Σε δαπάνες για ημερομίσθια στο χρόνο που χάνεται από το θύμα και το υπόλοιπο προσωπικό λόγω του ατυχήματος , σε πρόσθετα ημερομίσθια που καταβάλλονται στο θύμα, σε αντικατάσταση του τραυματία, σε εκπαίδευση προσωπικού που το αντικαθιστά, σε επανεκπαίδευση και αποκατάσταση του ατυχηματία με την επιστροφή του στην εργασία και σε υλικές δαπάνες από φθορά των μέσων παραγωγής. Άλλες δαπάνες αφορούν τις δικηγορικές αμοιβές , τις ενδεχόμενες κυρώσεις. Άλλες δαπάνες που επωμίζεται η επιχείρηση είναι η αποδιοργάνωση της παραγωγής , οι συχνές απουσίες λόγω ασθένειας , η μείωση της παραγωγικότητας αλλά και η επίπτωση της εικόνας της εταιρείας . (Σπυρόπουλος 2000)

3.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Για την πρόληψη του εργατικού ατυχήματος ένας βασικός παράγοντας είναι η πρόβλεψη του ανθρώπινου λάθους που μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση του, μιας και θεωρείται ότι πολλά από τα ατυχήματα οφείλονται κυρίως στον ανθρώπινο παράγοντα. Το ανθρώπινο λάθος μπορεί να οφείλεται σε απερίσκεπτες και βιαστικές κινήσεις του εργαζόμενου σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Είναι επίσης δυνατόν να οφείλεται στην ακατάλληλη κατασκευή της θέσης εργασίας ή μηχανήματος .

Η πρόληψη των ατυχημάτων είναι κυρίως πρωτογενής , που αποσκοπεί στη μείωση πιθανότητας ατυχήματος και δευτερευόντως δευτερογενής , που αφορά στη μείωση των συνεπειών του ατυχήματος. (Λαιος, Γιαννακουρου-Σιουταρη 2003)

Για τη διευκόλυνση της μελέτης των εργατικών ατυχημάτων, το εργατικό ατύχημα θεωρείται ως αποτέλεσμα μια ταχείας και ανεξέλεγκτης μεταφοράς ενέργειας από την πυγή έκλυσης στον εργαζόμενο. Η πρόληψη εστιάζει στην αποφυγή του συμβάντος και ακολούθως στην αποφυγή της βλάβης. Η εκτίμηση της επικινδυνότητας, της πιθανότητας δηλαδή να συμβεί ατύχημα και της σοβαρότητας των συνεπειών του , καθώς και η διαδικασία αιτιολογικής διευκόλυνσης ενός συμβάντος διακρίνει τρεις διαδοχικές φάσεις.

Την προ του συμβάντος φάση , που περιλαμβάνει τους παράγοντες που προσδιορίζουν την πιθανότητα να γίνει ατύχημα

Τη φάση της εκδήλωσης ατυχήματος , που προσδιορίζει το μέγεθος και την κατεύθυνση της ενέργειας που δέχεται το θύμα και βέβαια και τον αριθμό των θυμάτων

Τη φάση που ακολουθεί το ατύχημα , η οποία καθορίζει τις συνέπειες του τραυματισμού ως αποτέλεσμα του ατυχήματος. (Moeller 2004)

Σύμφωνα με τους Sadhra και Rampal για την αντιμετώπιση μεγάλου αριθμού παραγόντων κινδύνου , υπάρχει ειδική νομοθεσία και πρότυπα. Τα μέτρα ελέγχου λαμβάνονται ώστε να επιτυγχάνεται η πρόληψη και να διαμορφώνεται η συμμόρφωση. Τα πρότυπα σύμφωνα με τις συνθήκες των εποχών μεταβάλλονται και οι διαχειριστές της υγιεινής και ασφάλειας θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι. (Sadhra and Rampal 1999)

Η πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων μπορεί να επιτευχθεί με παρεμβάσεις στους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στο ατύχημα . οι παρεμβάσεις πρόληψης ατυχημάτων θα μπορούσαν να είναι οποιοδήποτε πρόγραμμα , πρακτική , ή πρωτοβουλία η οποία στοχεύει να βελτιώσει την ασφάλεια στους χώρους εργασίας. Οι παρεμβάσεις πρόληψης των ατυχημάτων , μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε παρεμβάσεις στο μέσο , από το οποίο εκλύεται ή μέσω του οποίου μεταφέρεται η ενέργεια (παθητική πρόληψη) και παρεμβάσεις στο ίδιο άτομο (ενεργητική πρόληψη) ή συνδυασμός και των δύο.(Βελονάκης , Σουρτζή 2009)

Οι παρεμβάσεις παθητικής πρόληψης κατηγοριοποιούνται σε τεχνικές παρεμβάσεις που αφορούν την τροποποίηση του περιβάλλοντος εργασίας και διοικητικές , που αφορούν τις διαδικασίες και τις πολιτικές που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας.

Τα τεχνικά μέτρα ασφάλειας αποτελούνται από μέτρα που στοχεύουν στο να διαχωρισμό των εργαζομένων από τους επιβλαβείς παράγοντες , με απομόνωση του επιβλαβούς στοιχείου ή την τοποθέτηση προστατευτικού φράγματος μεταξύ των εργαζομένων και των παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν τον τραυματισμό

Αν και στα περισσότερα ατυχήματα ο ανθρώπινος παράγοντας διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο , η ενεργητική πρόληψη των ατυχημάτων είναι πιο δύσκολη συγκριτικά με την παθητική πρόληψη, η οποία μπορεί να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό με μέτρα προστασίας και επιπλέον αφορά το σύνολο ή σε ομάδες εργαζομένων. Τα μέτρα της ενεργητικής πρόληψης επικεντρώνονται στην αλλαγή της συμπεριφοράς του εργαζόμενου , αφορούν την ενημέρωση και την εκπαίδευση του ώστε αφού κατανοήσει την αναγκαιότητα τους να γίνει εφικτό να εφαρμόσει και να προστατεύσει ο ίδιος , αλλά και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι και το περιβάλλον εργασίας. (Βελονακη, Σουρτζη 2009)

Σύμφωνα με την Τζιαφέρη μια από τις πιο κοινές μεθόδους που έχουν καθιερωθεί στη διαχείριση επικινδυνότητας σε συλλογικό επίπεδο από τους αρμόδιους φορείς, είναι τα επίπεδα επαγγελματικής έκθεσης . οι χώροι εργασίας είναι υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται με αυτά τα επίπεδα. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κρατών, όσον αφορά στην ορολογία που χρησιμοποιείται για τα καθιερωμένα επίπεδα έκθεσης καθώς και την ερμηνεία τους. Η οριοθέτηση των οριακών τιμών έκθεσης βασίζεται σε επιστημονικά τεκμήρια και ειδικότερα σε πειραματικά, επιδημιολογικά δεδομένα και τεχνικές πληροφορίες. Τα επιστημονικά αυτά τεκμήρια είναι καθιερωμένα από την ευρωπαϊκή επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας και περιλαμβάνουν τον επιστημονικό φάκελο και όλα τα επιστημονικά κριτήρια για την έκθεση του κινδύνου. (Τζιαφέρη 2009)

Ένα άλλο ζήτημα , που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το κόστος της εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης ατυχημάτων στο χώρο εργασίας. Η προσέγγιση του κόστους είναι στην πραγματικότητα συσχέτιση του κόστους με την ωφέλεια. Υπάρχει το απόλυτο κόστος της επένδυσης , για κάποιο μέτρο ασφάλειας και η ωφέλεια από την αποφυγή του κόστους των συνεπειών του ατυχήματος. Επειδή το ατύχημα είναι πιθανό και όχι βέβαιο να συμβεί , μας ενδιαφέρει η εκτίμηση της επικινδυνότητας , δηλαδή της πιθανότητας να συμβεί το ατύχημα και των ενδεχόμενων συνεπειών του (Βελονάκης , Σουρτζη 2009)

4.1.ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στα Ελληνικά νοσοκομεία οι υποχρεώσεις τους για την υγιεινή και ασφάλεια τέθηκαν με την υπουργική απόφαση 88555/3293/1988 (που κυρώθηκε με το νόμο 1836/89) και το πάγιο διάταγμα 157/92, καθώς επεκτάθηκε η ισχύς του νόμου 1568/85 και στα δημόσια νοσοκομεία. Στη συνέχεια άλλες νομοθετικές ρυθμίσεις όπως (νόμοι που αφορούν την προστασία των εργαζομένων από τους προαναφερόμενους επαγγελματικούς κινδύνους « φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς, ιονίζουσα ακτινοβολία , χρήση ατομικών μέτρων προστασίας συμπληρώνουν το αρχικό νομοθετικό πλαίσιο.

Οι κυριότερες υποχρεώσεις της διοίκησης του νοσοκομείου είναι:

1. Η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης (ιατρός εργασίας , τεχνικός ασφαλείας , εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης , επιτροπές ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων)
2. Η υποχρέωση ύπαρξης γραπτής εκτίμησης κινδύνων στο χώρο εργασίας και καθορισμό αναγκαίων μέτρων προστασίας
3. Η υποχρέωση για ενημέρωση και και εκπαίδευση των εργαζομένων.
4. Η υποχρέωση διαβούλευσης του εργαζομένου και η προτροπή του για συμμετοχή σε θέματα που αφορούν την υγιεινή και ασφάλεια
5. Η υποχρέωση του εκάστοτε νοσοκομείου για δήλωση των εργατικών ατυχημάτων εντός 24 ωρών στην επιθεώρηση εργασίας και στους ασφαλιστικούς φορείς
6. Η υποχρέωση να λαμβάνει όλα τα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα καθώς και έκτακτα μέτρα εάν χρειαστεί προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων. Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας των εργαζομένων με κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και η συγκέντρωση των αποτελεσμάτων σε αρχείο είναι ένας τρόπος ελέγχου της υπάρχουσας κατάστασης ο οποίος ταυτόχρονα επιτρέπει τη λήψη διορθωτικής επέμβασης.

Επιπρόσθετα οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο όπως αναφέρεται στο άρθρο 32 του Ν 1568/85, να συμμορφώνονται με τους κανονισμούς ασφαλείας και να τηρούν τα μέτρα προστασίας (ατομικά και γενικά) , να παρακολουθούν σεμινάρια σχετικά με θέματα υγιεινής και ασφαλείας προκειμένου να διασφαλίζουν την προσωπική τους υγεία και ασφάλεια. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν ενεργά σε επιτροπές υγιεινής και ασφαλείας και να ζητούν προληπτικό έλεγχο της

κατάστασης της υγείας του όταν θεωρούν ότι αυτή βρίσκεται σε κίνδυνο. Η επιθεώρηση εργασίας οφείλει να διενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους. (Αλεξόπουλος 2007)

Εθνική νομοθεσία –Παράρτημα 1

4.2. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η αναγνώριση των κινδύνων και η εκτίμηση της επικινδυνότητας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόληψη ή και τον έλεγχο τους.

Η οργάνωση υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας γίνεται σύμφωνα με τα ισχύοντα και μπορεί να διαφέρει από φορέα σε φορέα. Μερικά παραδείγματα οργάνωσης είναι τα εξής

Κεντρική υπηρεσία υγιεινής της εργασίας σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας , όπου γιατροί εργασίας, νοσηλευτές υγιεινής της εργασίας και άλλοι ειδικοί θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους εργαζόμενους όλων των φορέων υγείας και πρόνοιας που βρίσκονται στην περιοχή ευθύνης τους. Οι υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται τοπικά, αλλά η βάση της υπηρεσίας να είναι στο κέντρο της υγειονομικής περιφέρειας . το συγκεκριμένο μοντέλο είναι κατάλληλο για περιφέρειες με περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών και εργαζομένων σε αυτές.

Εσωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου(ΕΣΥΠΠ) σε κάθε μεγάλο νοσοκομείο , πλήρως στελεχωμένες με ιατρούς εργασίας και νοσηλευτές, αλλά και άλλους ειδικούς. Σε αυτό το μοντέλο όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στο χώρο εργασίας από ειδικούς

Συνδυασμός ΕΣΥΠΠ και προμήθεια εξειδικευμένων υπηρεσιών από υπάρχουσες εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου όταν το μέγεθος του φορέα υγείας δεν είναι τέτοιο που να παρέχει τη δυνατότητα πλήρους στελέχωσης και λειτουργίας μιας υπηρεσίας υγιεινής της εργασίας. (Βελονάκης , Τσαλίκου 2005)

Παρόλο που η οργάνωση μπορεί να διαφέρει από φορέα σε φορέα, σε κάθε περίπτωση οι αρμόδιοι εργαζόμενοι που θα αναλάβουν να καλύψουν τις ανάγκες στελέχωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών , πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα ώστε να μην συγχέουν το συνήθη κλινικό τους ρόλο με αυτόν των ειδικών υγιεινής της εργασίας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ανατίθενται καθήκοντα σε ήδη εργαζόμενους ιατρούς, νοσηλευτές και τεχνικούς.

Επιπλέον οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας πρέπει να εκλέγουν επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας –κάτι που έχει ειδή αρχίσει να λειτουργεί στα νοσοκομεία οι οποίες φροντίζουν να ενημερώνουν και να ευαισθητοποιούν τους εργαζόμενους ,

αλλά και ελέγχουν τους υπεύθυνους για τη λειτουργία των υπηρεσιών φροντίδας υγείας με κύριο στόχο την ποιότητα και ασφάλεια της εργασιακής τους ζωής. (Βελονάκης, Σουρτζή 2009)

4.3.ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στη χώρα μας οι δραστηριότητες υγιεινής της εργασίας παρέχονται με την ευθύνη του γιατρού εργασίας. Σε άλλες χώρες ή συστήματα πολλές από τις δραστηριότητες διενεργούνται από το νοσηλευτή επαγγελματικής υγείας , που συχνά λειτουργεί χωρίς την υποστήριξη του γιατρού εργασίας. Όμως τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τα κλινικά τους όρια και ακόμη , και οι δύο , πρέπει να βλέπουν το χώρο εργασίας ως χώρο άσκησης των καθηκόντων τους στα πλαίσια της ομάδας , η οποία στη χώρα μας υποχρεωτικά συμπληρώνεται από τον τεχνικό ασφαλείας

Ο ρόλος του ιατρού εργασίας συμπληρώνεται και από άλλους ειδικούς επαγγελματίες όπως είναι ο υγιεινολόγος(στη χώρα μας μπορεί να είναι ο τεχνικός ασφαλείας , υγιεινολόγος μηχανικός ή επόπτης υγείας) που έχει την ικανότητα να αναγνωρίσει και να κατανοεί τις δυσκολίες της εργασιακής διαδικασίας , τη φάση των υλικών που χρησιμοποιούνται , παράγονται και αποβάλλονται με τις μεθόδους παραγωγής καθώς και ελέγχει τις συγκεντρώσεις και τις εκπομπές των ρύπων στο εργασιακό περιβάλλον (Τζιαφέρη 2006)

Σύμφωνα με τον νόμο Ν.1568/1985 « Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων» και με τις συμπληρωματικές διατάξεις του. Π.Δ 17/96(ΦΕΚ11/Α/96 « Μέτρα για τη βελτίωση της ασφαλείας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ» (ΦΕΚ. 11/Α/96): ο ρόλος του ιατρού εργασίας είναι να παρέχει γραπτώς ή προφορικώς υποδείξεις και συμβουλές τόσο στον εργοδότη όσο και στους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους του σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Ο ιατρός εργασίας καταχωρεί τις γραπτές υποδείξεις σε ειδικό βιβλίο από το οποίο λαμβάνει γνώση ο εργοδότης. Πέρα από το συμβουλευτικό χαρακτήρα του ιατρού εργασίας, ο συγκεκριμένος έχει ρόλο να λαμβάνει θέματα λήψης και εφαρμογής μέτρων υγιεινής και ασφαλείας και διαμόρφωση του περιβάλλοντος εργασίας , προβαίνει σε ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων καιθώς και στη διενέργεια μετρήσεων επικίνδυνων παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος. (ΦΕΚ.11/Α/96)

Πίνακας 2.2. Άρθρο 9, Συμβουλευτικές αρμοδιότητες του γιατρού εργασίας.

1. Ο γιατρός εργασίας παρέχει υποδείξεις και συμβουλές στον εργοδότη, στους εργαζόμενους και στους εκπροσώπους τους, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζόμενων. Τις γραπτές υποδείξεις ο γιατρός εργασίας καταχωρεί στο ειδικό βιβλίο του άρθρου 6 του νόμου αυτού. Ο εργοδότης λαμβάνει γνώση ενυπογράφως των υποδείξεων που καταχωρούνται σ' αυτό το βιβλίο.
2. Ειδικότερα ο γιατρός εργασίας συμβουλεύει σε θέματα:
 - α. Σχεδιασμού, προγραμματισμού, τροποποίησης της παραγωγικής διαδικασίας, κατασκευής και συντήρησης εγκαταστάσεων, σύμφωνα με τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας
 - β. Λήψης μέτρων προστασίας κατά την εισαγωγή και χρήση υλών και προμήθειας μέσων εξοπλισμού
 - γ. Φυσιολογίας και ψυχολογίας της εργασίας, εργονομίας και υγιεινής της εργασίας, της διευθέτησης και διαμόρφωσης των θέσεων και του περιβάλλοντος εργασίας και της οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας
 - δ. Οργάνωσης υπηρεσίας παροχής πρώτων βοηθειών
 - ε. Αρχικής τοποθέτησης και αλλαγής θέσης εργασίας για λόγους υγείας, προσωρινά ή μόνιμα, καθώς και ένταξης ή επανένταξης μειονεκτούντων ατόμων στην παραγωγική διαδικασία, ακόμη και με υπόδειξη αναμόρφωσης της θέσης εργασίας και
- στ. Δεν επιτρέπεται ο γιατρός εργασίας να χρησιμοποιείται, για να επαληθεύει το δικαιολογημένο ή μη, λόγω νόσου, απουσίας του εργαζόμενου.

4.4.ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ο τεχνικός ασφάλειας συντονίζει και οργανώνει τον εργοδότη και τους εργαζόμενους παρέχοντας συμβουλές , γραπτά αλλά και προφορικά, σε θέματα σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας καθώς και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων.

Δεν υπάρχει θεσμοθετημένη ειδικότητα τριτοβάθμιας ή άλλης εκπαίδευσης. Τα προσόντα που πρέπει να έχει κάποιος για να ασχοληθεί με τέτοιου είδους θέματα ορίζονται από Π.Δ.294/1988

Ο τεχνικός ασφάλειας θα πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου πολυτεχνείου ή πολυτεχνικής σχολής ΑΕΙ ή κάτοχος πανεπιστημιακής σχολής , που το αντικείμενο των σπουδών έχει σχέση με τις εγκαταστάσεις και την παραγωγική διαδικασία της επιχείρησης.

Ειδικότερα ο τεχνικός ασφάλειας έχει ως καθήκον να συμβουλεύει την επιχείρηση σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας και να επιβλέπει τις συνθήκες εργασίας σε αυτήν. Γενικότερα συμβουλεύει σε θέματα:

1. Σχεδιασμού, προγραμματισμού , κατασκευής και συντήρησης των εγκαταστάσεων
2. Εισαγωγής νέων παραγωγικών διαδικασιών

3. Προμήθειας μέσων και εξοπλισμού
4. Επιλογής και ελέγχου της αποτελεσματικότητας των ατομικών μέσων προστασίας καθώς και της οργάνωσης του περιβάλλοντος εργασίας.

Επίσης ελέγχει την ασφάλεια των εγκαταστάσεων και των τεχνικών μέσων , πριν τη λειτουργία τους καθώς και των παραγωγικών διαδικασιών και μεθόδων εργασίας πριν την εφαρμογή τους.

Άλλη μια αρμοδιότητα του τεχνικού ασφαλείας είναι να επιβλέπει την εφαρμογή των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και πρόληψης των ατυχημάτων. Ειδικότερα πρέπει να επιθεωρεί συχνά τις θέσεις εργασίας από πλευράς υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και να προβαίνει στην καταγραφή οποιασδήποτε παράληψης των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας καθώς και στην καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων. Θα πρέπει επίσης:

1. Να ερευνά την αιτία των εργατικών ατυχημάτων , να αναλύει και να αξιολογεί τα αποτελέσματα των ερευνών και να συμβάλει στην πρόληψη αυτών.
2. Να φροντίζει για την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα πυρασφάλειας και συναγερμού ,
3. Να συνεργάζεται με τον ιατρό εργασίας , με την επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας πραγματοποιώντας κοινούς ελέγχους των χώρων εργασίας μαζί τους.
4. Να ενημερώνει την επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας για κάθε σημαντικό ζήτημα ασφάλειας της εργασίας, να καταχωρεί τις υποδείξεις και να τηρεί το επιχειρησιακό απόρρητο. (Ευθυμιάτου- Πουλάκου 2000)

4.5.ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

σύμφωνα με το άρθρο 6(Υ1.Γ.Π.114971) , σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου, μετά από εισήγηση του επιστημονικού συμβουλίου , επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων η οποία ανασυγκροτείται ανα 4 ετία και αποτελείται από τα παρακάτω μέλη.

1. Έναν ιατρό με εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία με βαθμό συντονιστή διευθυντή ή διευθυντή ή μέλος ΔΕΠ βαθμίδας τουλάχιστο επίκουρου καθηγητή και επι ελλείψεως των προαναφερόμενων , ιατρό με εξειδίκευση στη λοιμωξιολογία με βαθμό επιμελητή Α ή τέλος επι ελλείψεως των προαναφερόμενων κλινικό ιατρό με βαθμό συντονιστή διευθυντή ή διευθυντή ή μέλος ΔΕΠ βαθμίδας τουλάχιστο επίκουρου καθηγητή με αποδεδειγμένη

ενασχόληση στο αντικείμενο των λοιμώξεων, τον οποίο προτείνει το επιστημονικό συμβούλιο.

2. Έναν ιατρό βιοπαθολόγο ή κλινικό μικροβιολόγο με βαθμό συντονιστή διευθυντή ή διευθυντή του μικροβιολογικού τμήματος ή μέλος ΔΕΠ βαθμίδας τουλάχιστο επίκουρου καθηγητή ή ιατρό βιοπαθολόγο που είναι υπεύθυνος του μικροβιολογικού εργαστηρίου.
3. Έναν ή μια νοσηλεύτη /τρια επιτήρησης λοιμώξεων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που θα πληροί τα προσόντα της θέσης .

Τα τρία πρώτα μέλη αποτελούν και την ομάδα εργασίας και επέμβασης της ΕΝΛ.(Σαρόγλου 2014)

Για την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία της ΕΝΛ υπεύθυνη καθίσταται η διοίκηση του νοσοκομείου, ο οποίος προωθεί την εφαρμογή των τεκμηριωμένων προτάσεων και αποφάσεων της ΕΝΛ στο νοσοκομείο.

Η ΕΝΛ καταρτίζει τον εσωτερικό κανονισμό πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων καθώς και το σχέδιο δράσης για την υλοποίηση της αντίστοιχης πολιτικής και στρατηγικής . Η ΕΝΛ συνεδριάζει ανα τρίμηνο για την παρακολούθηση της πορείας εφαρμογής του σχεδίου δράσης και υποβάλλει στον διοικητή του νοσοκομείου έκθεση πεπραγμένων.

Το έργο και οι αρμοδιότητες της ΕΝΛ είναι οι εξής:

1. Επιτήρηση και καταγραφή των νοσοκομειακών λοιμώξεων
2. Αξιολόγηση των μέτρων πρόληψης και επαναπροσδιορισμό των διαδικασιών και πρωτοκόλλων
3. Συνεχή επίβλεψη της εφαρμογής των μέτρων ελέγχου
4. Αντιμετώπιση επιδημικών εξάρσεων και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης βάση σχεδίου.
5. Υποχρεωτική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση
6. Επικοινωνία και συνεργασία με κεντρικούς φορείς όπως το υπουργείο υγείας, η εθνική επιτροπή παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης και το ΚΕΕΛΠΝΟ.
7. Ορισμός για κάθε δείκτη μετρήσιμων ετήσιων στόχων
8. Κατάρτιση ετήσιου και οικονομικού προϋπολογισμού και απολογισμού.

Η επιτροπή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων βρίσκει πεδίο εφαρμογής σε

1. Νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας, πανεπιστημιακά, στρατιωτικά
2. Ν.Π.Ι.Δ
3. Κέντρα υγείας
4. Ιδιωτικές κλινικές
5. Μονάδες χρόνια αιμοκάθαρσης εκτός νοσοκομείων και κλινικών (Σαρογλου 2014

Γιατί είναι απαραίτητη η δημιουργία επιτροπής λοιμώξεων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Η Ελλάδα θεωρείται η χώρα προέλευσης και διασποράς πολυανθεκτικών παθογόνων σε νοσοκομεία άλλων χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης.

Παράλληλα έχει αυξημένο χρόνο νοσηλείας των περιστατικών και παρατηρείται εξάντληση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Από έρευνα του ΚΕΕΛΠΝΟ σε νοσοκομεία της Κρήτης και της Κύπρου, έρευνα για την έκβαση των λοιμώξεων έδειξε ότι τα κλειστά τμήματα όπως η μονάδα εντατικής θεραπείας εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό θανατηφόρων μικροβίων. (Παράρτημα 1- πίνακας Α)

Πηγή: ΕΣΥΕ 2004 & Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Αντοχής και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

4.6.ΒΑΣΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι βασικές υπηρεσίες υγιεινής της εργασίας σήμερα, πέρα από τη νομοθετική υποχρέωση για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, ικανοποιούν και ευρύτερες ανάγκες, όπως είναι η δημόσια υγεία, η προαγωγή της υγείας του εργατικού δυναμικού, η ανάπτυξη, η παραγωγικότητα και η ποιότητα ζωής. Στο χώρο εργασίας οι υποχρεωτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν την εκτίμηση της επικινδυνότητας των κινδύνων που επικρατούν στο χώρο εργασίας, τις προληπτικές εξετάσεις που διασφαλίζουν την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων, τις πρώτες βοήθειες, τα έκτακτα συμβάντα, καθώς και κάθε φροντίδα υγείας που θα μπορούσε να διασφαλίσει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον. (Βελονάκης, Τσαλίκου 2005)

Η υγιεινή της εργασίας βασίζεται σε γνώση που προέρχεται από πολλές επιστήμες. Πολλά μοντέλα υγιεινής της εργασίας έχουν αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα μακροχρόνιας έρευνας και εμπειρίας. Τα δύο επικρατέστερα μοντέλα που παρουσιάζονται ως προς τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας είναι τα εξής.

Το μοντέλο της διατήρησης της εργασιακής ικανότητας βασίζεται σε παραμέτρους όπως η υγεία, οι επαγγελματικές δεξιότητες, οι αξίες και τα εργασιακά καθήκοντα, η εργασιακή κοινότητα, το εργασιακό περιβάλλον, αλλά και ο τρόπος διοίκησης της επιχείρησης. επιπλέον θεωρείται ότι η οικογένεια, οι φίλοι και η κοινωνία επιδρούν στην εργασιακή ικανότητα. (Βελονάκη, Τσαλίκου 2005)

Το άλλο μοντέλο είναι το τετράπλευρο μοντέλο που περιορίζεται άμεσα στους παράγοντες που σχετίζονται άμεσα στο χώρο εργασίας και τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε αυτόν. Αυτοί είναι η υγεία, το εργασιακό περιβάλλον, η εργασιακή ικανότητα και οι επαγγελματικές δεξιότητες του εργαζόμενου. (Βελονάκη, Τσαλίκου 2005)

4.7. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η διεπιστημονική ομάδα στην υγιεινή εργασίας περιλαμβάνει επαγγελματίες που μοιράζονται έναν κοινό παρονομαστή γνώσης. Η σύνθεση και το μέγεθος της ομάδας εξαρτάται από το μέγεθος, την οργάνωση και τις ανάγκες της επιχείρησης. Σε κάθε περίπτωση ο στόχος είναι κοινός και αναφέρεται στην προστασία της υγείας από εργασιακούς παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία του εργαζόμενου. Το αποτέλεσμα της συνδυασμένης δραστηριότητας έχει μεγάλη αξία από την ξεχωριστή του καθενός μέρους. Αυτό στην άσκηση της υγιεινής της εργασίας σημαίνει την ανταλλαγή απαραίτητης γνώσης για την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, οι οποίες στοχεύουν στην πρόληψη των επαγγελματικών νόσων και τη συμμετοχή των εργαζομένων για τη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος.

Η συνεργασία μεταξύ των επιστημόνων υγείας στο χώρο εργασίας είναι προαπαιτούμενη για την αποτελεσματική λειτουργία της υπηρεσίας υγιεινής της εργασίας, αλλά και για την ολιστική αντιμετώπιση της υγείας του εργαζόμενου. Η υγεία στο χώρο εργασίας όμως δεν είναι απομονωμένη από το ευρύτερο εργασιακό περιβάλλον. Έτσι η συνεργασία μεταξύ περιβάλλοντος είναι σημαντική και περιλαμβάνει την συνεργασία μεταξύ των ειδικών ασφαλείας της εργασίας, οργάνωσης και διοίκησης της επιχείρησης και φυσικά τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους. (Σιχλιετίδης 2002)

Ο ρόλος των ειδικών επιστημόνων

Οι επιστήμονες, στις επιχειρήσεις που παρέχουν τις γνώσεις τους, συμβουλεύουν σε διάφορα θέματα σχεδιασμού, κατασκευής, διαμόρφωσης, οργάνωσης, ελέγχου και προστασίας. Επίσης επιβλέπουν την εφαρμογή μέτρων ασφαλείας – υγιεινής, ενημερώνουν το λοιπό προσωπικό εποπτεύουν τις ασκήσεις ετοιμότητας, συμμετέχουν στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης.

Οι επιστήμονες έχουν τις γνώσεις για μια συστηματική μελέτη και εξέταση όλων των πλευρών της εργασίας, καθορισμός των επικινδύνων χώρων, πρόληψη των κινδύνων, εκτίμηση του κινδύνου και αναθεώρηση των μέτρων, ποσοτικός ή ποιοτικός προσδιορισμός των αποτελεσμάτων και βελτιώσεων, προώθηση και διάδοση των εξελίξεων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας, ανάπτυξη διεπιστημονικών συνεργασιών με άλλους λειτουργούς της ασφάλειας, οικονομικός σχεδιασμός και διοίκηση επαγγελματικής ασφάλειας και αξιοποίηση των συνολικών εργονομικών παρεμβάσεων και στοιχείων οργάνωσης της εργασίας. (Σαραφόπουλος 2015)

4.8. ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Εν κατακλείδι αξίζει να σημειωθεί ότι η τυπική συμμόρφωση με τη νομοθεσία δεν αρκεί για να επιφέρει σημαντική βελτίωση στις συνθήκες υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία.

Ο επαγγελματικός κίνδυνος σχετίζεται με όλες τις παραμέτρους που συνθέτουν το φυσικό και ψυχολογικό εργασιακό περιβάλλον , τον τρόπο οργάνωσης και διεξαγωγής της εργασίας. Γι αυτό ο επαγγελματικός κίνδυνος σε μια επιχείρηση θα μπορούσε να αναχθεί σε δυσλειτουργία του συστήματος διοίκησης της. Η προστασία της υγείας των εργαζομένων σε μια παραγωγική μονάδα , συνεπώς επιτυγχάνεται με την ενσωμάτωση στο σύστημα διοίκησης μιας σειράς οργανωτικών δομών και λειτουργιών , που θα αποσκοπούν στην πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου και στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων καταστάσεων. Το μέρος του συνολικού συστήματος διαχείρισης (η διοίκησης) το οποίο αναφέρεται στη διαχείριση των κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, αποτελεί το σύστημα Διαχείρισης Της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΣΔΥΑΕ) και περιλαμβάνει την οργανωτική δομή , τις δραστηριότητες σχεδιασμού , τις αρμοδιότητες , τις ορθές πρακτικές , τις κατάλληλες διαδικασίες και τους πόρους για την ανάπτυξη και υλοποίηση της πολιτικής και των στόχων υγείας και ασφάλειας της εργασίας της επιχείρησης ή του οργανισμού.(Βολονάκη, Τσαλικογλου 2005)

Πίνακας 2.3. Περιεχόμενο υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας.

- Αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος, που οφείλονται ή συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας
- Προστασία και προαγωγή της υγείας στο χώρο της εργασίας:
 - α. Παρακολούθηση της υγείας των εργαζόμενων: Εκτίμηση ικανότητας από άποψη υγείας
 - β. Πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος: Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη
 - γ. Αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας
 - δ. Έλεγχος και παρακολούθηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία στο περιβάλλον της εργασίας
 - ε. Ένταξη και επανένταξη στην εργασία.
- Διοίκηση της υπηρεσίας υγιεινής της εργασίας
- Συμμετοχή στα όργανα του χώρου εργασίας που ευθύνονται για την υγιεινή και την ασφάλεια
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση των εργαζόμενων και των στελεχών υγιεινής και ασφαλείας της εργασίας.

Η ελληνική νομοθεσία δεν επιβάλλει την εγκατάσταση συστήματος διαχείρισης υγείας και ασφάλειας , αλλά θέτει ως βασική αρχή ότι η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων είναι καθαρά εργοδοτική υποχρέωση. Η ύπαρξη των οργάνων βελτίωσης των συνθηκών εργασίας όπως προαναφέρθηκε , δεν αυξάνουν απλώς τις εργοδοτικές υποχρεώσεις αλλά εισάγουν μια νέα φιλοσοφία αντιμετώπισης των σχετικών με αυτή θεμάτων.

Για τους οργανισμούς που επιθυμούν να εγκαταστήσουν ένα σύστημα διαχείρισης ΥΑΕ , ο Ελληνικός οργανισμός τυποποίησης διαθέτει το πρότυπο ΕΛΟΤ 1801 , το οποίο περιγράφει τις απαιτήσεις ενός τέτοιου συστήματος . όλες οι απαιτήσεις του ΣΔΥΑΕ που περιγράφονται στο πρότυπο , ισχύουν για οποιοδήποτε οργανισμό. Η

έκταση της εφαρμογής του προτύπου εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε οργανισμού , την πολιτική και το όραμα του.

Το πρότυπο ΕΛΟΤ 1801 αποτελεί την ελληνική προσαρμογή του προτύπου ISO 18001 Και εναρμονίζεται με τα πρότυπα ποιότητας ISO που αφορούν την περιβαλλοντική διαχείριση , την ασφάλεια τροφίμων. Όλα αυτά συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης ολικής ποιότητας. (Σπυρόπουλος 2000)

Προϋπόθεση για τη διαχείριση του επαγγελματικού κινδύνου είναι η ανίχνευση των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόκληση ανεπιθύμητων συμβάντων και ο καθορισμός των κατάλληλων μέτρων για την πρόληψη , την έγκαιρη ανίχνευση και την κατάλληλη αντιμετώπιση τους.

Συγκεκριμένα το προσωπικό της κλινικής θα πρέπει να είναι σε θέση να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει με συντονισμένες ενέργειες επικίνδυνες καταστάσεις .

Σύμφωνα με το πρότυπο του ΕΛΟΤ 1801 , είναι αναγκαία η σύσταση μιας διεπιστημονικής ομάδας για την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο του νοσοκομείου. Η επιτροπή διαμορφώνει ένα εγχειρίδιο συστήματος διαχείρισης για τα ζητήματα αυτά. Η επιτροπή αυτή οφείλει να διερευνά τις συνθήκες εργασίας , να προτείνει τρόπους βελτίωσης και να ελέγχει εάν τηρούνται τα μέτρα υγιεινής και ασφάλειας. Παράλληλα συμβάλλει στη διαμόρφωση της πολιτικής του νοσοκομείου σε θέματα πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου. Σε περίπτωση άμεσου και σοβαρού κινδύνου ή ύπαρξη εργατικού ατυχήματος πρέπει να ειδοποιείται η διοίκηση ώστε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα. Σε περίπτωση που υπάρχει κάποια νέα παραγωγική διαδικασία η επιτροπή είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνει το προσωπικό για τυχόν κινδύνους. Και τέλος όταν θεωρεί ότι τα μέτρα περι υγιεινής και ασφάλειας που διαθέτει το νοσοκομείο δεν επαρκούν οφείλει να ενημερώνει την επιθεώρηση εργασίας.

Η αποτελεσματική λειτουργία και η συνεχής βελτίωση του συστήματος εξασφαλίζεται με την παρακολούθηση του, μέσω προδιαγεγραμμένων διαδικασιών ελέγχου και εσωτερικών επιθεωρήσεων. Με χρήση εργαλείων μεθόδων όπως check lists και ποσοτικών μετρήσεων παραγόντων και παραμέτρων επικινδυνότητας , συλλέγονται στοιχεία σχετικά , αφενός με τη συμμόρφωση των εργαζομένων στις διαδικασίες ασφάλειας και αφετέρου : 1. Με ανεπιθύμητα συμβάντα (παρολίγο εργατικό ατύχημα, υλικές φθορές, επικίνδυνες καταστάσεις) 2. Προβλήματα διαχείρισης ή ελλείψεις όσον αφορά στην πυρασφάλεια , τα μέσα ατομικής προστασίας , τον ηλεκτρομηχανολογικό εξοπλισμός και 3. Με εργατικά ατυχήματα και εμφάνιση επαγγελματικών ασθενειών μεταξύ των εργαζομένων. Τα στοιχεία αναλύονται και εξάγονται συμπεράσματα βάσει των οποίων σχεδιάζονται και υλοποιούνται διορθωτικές ενέργειες προς τη συνεχή βελτίωση του συστήματος (Μεγαλομύστακα 2016)

Πίνακας 2.4. Ενδεικτικές Διαδικασίες-Οδηγίες ΣΔΥΑΕ.

1. Διαδικασία τήρησης και ελέγχου εγγράφων, αρχείου και εγχειριδίου ΣΔΥΑΕ
2. Διαδικασία Εσωτερικής Επιθεώρησης για την εφαρμογή του ΣΔΥΑΕ
3. Διαδικασία διαχείρισης Προμηθευτών/Υπεργολάβων
4. Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης
5. Διαδικασία προστασίας από πυρκαγιά και διάσωσης
6. Διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης προσωπικού
7. Διαδικασία διάθεσης Μέσων Ατομικής Προστασίας
8. Διαδικασία καταγραφής και ασφαλούς χρήσης χημικών παραγόντων
9. Διαδικασία διαχείρισης ηλεκτρομηχανολογικού εξοπλισμού
10. Διαδικασία διαχείρισης των επικινδύνων αποβλήτων
11. Διαδικασία ιατρικής επίβλεψης εργαζόμενων
12. Διαδικασία αναφοράς και διερεύνησης ατυχήματος
13. Διαδικασία αναγγελίας επικινδύνων καταστάσεων ή συμβάντων
14. Διαδικασία υποχρέωσης αναγγελίας εργατικού ατυχήματος
15. Οδηγία για ασφαλή χρήση φιαλών αερίων
16. Διαδικασία προστασίας από ιονίζουσα ακτινοβολία
17. Διαδικασία ελέγχου συνθηκών εργασίας γραφείων και προστασίας εργαζόμενων
18. Οδηγία για την πρόληψη της μυοσκελετικής καταπόνησης κατά την εργασία
19. Διαδικασία προστασίας κατά το χειρισμό καρκινογόνων ουσιών
20. Διαδικασία προστασίας της υγείας κατά την εργασία σε οθόνες

Ειδικό μέρος

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ερευνητική υπόθεση 1

H0: ο φόρτος εργασίας επηρεάζει το ενδεχόμενο πρόκλησης ατυχήματος στο Νοσοκομείο

H1: Ο φόρτος εργασίας δεν επηρεάζει το ενδεχόμενο πρόκλησης ατυχήματος στο Νοσοκομείο

Ερευνητική υπόθεση 2

H0: Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού επηρεάζει την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας

H1: Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών της Μονάδας τεχνητού Νεφρού δεν επηρεάζει την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας.

Ερευνητική υπόθεση 3

H0: Ο τρόπος οργάνωσης μιας νοσηλευτικής μονάδας νεφρού επηρεάζει την αποφυγή πρόκλησης ατυχήματος

H1: Ο τρόπος οργάνωσης μιας νοσηλευτικής μονάδας νεφρού δεν επηρεάζει την αποφυγή πρόκλησης ατυχήματος

Ερευνητική υπόθεση 4

H0: Ο φορέας εργασίας (δημόσιος-ιδιωτικός) επηρεάζει την ύπαρξη επαγγελματικού κινδύνου και αυξάνει ή μειώνει την πιθανότητα για πρόκληση εργατικού ατυχήματος

H1: Ο φορέας εργασίας (δημόσιος-ιδιωτικός) δεν επηρεάζει την ύπαρξη επαγγελματικού κινδύνου και συνεπώς την πιθανότητα πρόκλησης ατυχήματος.

Ερευνητική υπόθεση 5

H0: Τα μέτρα προστασίας περι υγιεινής και ασφάλειας που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής νεφρού επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών ως προς το συντονισμό των ενεργειών τους, συνεπώς και την αποφυγή πρόκλησης εργατικού ατυχήματος,

H1: Το μέτρα προστασίας περι υγιεινής και ασφάλειας που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής νεφρού δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών ως προς το συντονισμό των ενεργειών του, συνεπώς και την αποφυγή πρόκλησης εργατικού

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί την παραγωγική προσέγγιση δηλαδή τη μετάβαση από το γενικό στο ειδικό. Ύστερα από μελέτη της βιβλιογραφίας και μελέτη της έρευνας άλλων ερευνητών προέκυψαν οι ερευνητικές υποθέσεις. Τα ερωτήματα δηλαδή και οι συσχετίσεις που θα οδηγήσουν στην επίτευξη του στόχου της εργασίας. Με βάση τις υποθέσεις αυτές δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε το εργαλείο για την επίτευξη του βασικού στόχου της συγκεκριμένης έρευνας.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μελέτη περίπτωσης. Αναλυτικότερα στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που αποτελείτο από 4 μέρη εκ των οποίων το τελευταίο μέρος περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι εύστοχες με βάση τις ερευνητικές υποθέσεις και τις συσχετίσεις που πρόκειται να προκύψουν. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο της συγκεκριμένης μελέτης και θέλει να εστιάσει στις απόψεις και στις αντιλήψεις των νοσηλευτών της μονάδας τεχνητού νεφρού. Αναλυτικότερα ιδέα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου προέκυψε κατά τη θεωρητική μελέτη των θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας και συγκεκριμένα από τη μελέτη διδακτορικής διατριβής με τίτλο « Εκτίμηση της επικινδυνότητας των επαγγελματικών κινδύνων στο χώρο του νοσοκομείου » μελέτη της κ. Τζιαφέρη Στυλιανής. Στο ερωτηματολόγιο της έρευνας πραγματοποιήθηκαν αλλαγές προκειμένου να είναι σύμφωνο με τα δεδομένα της συγκεκριμένης έρευνας.

Η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης πραγματοποιήθηκε στους νοσηλευτές νεφρού του νομού Αττικής, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα. Ο πληθυσμός των νοσηλευτών νεφρού είναι περίπου 600 νοσηλευτές στο σύνολο. Σύμφωνα με την Ελληνική Νεφρολογική εταιρεία νοσηλευτών ο αριθμός του πληθυσμού δεν μπορεί να είναι απόλυτα ακριβής λόγω πολλών παραγόντων. Μεταθέσεις νοσηλευτών, μετακινήσεις σε άλλα τμήματα κλπ. Το δείγμα των νοσηλευτών που μελετήθηκε αποτελείτο από 114 νοσηλευτές νεφρού του νομού αττικής. Η επιλογή των νοσοκομείων ήταν τυχαία στο νομό αττικής. Κάποια νοσοκομεία /κλινικές θέλησαν να λάβουν τα ερωτηματολόγια σε ηλεκτρονική μορφή. Επίσης ιδιωτικές κλινικές δε

θέλησαν να αναφερθεί το όνομα τους στην έρευνα γι αυτό και στην παρούσα μελέτη δεν αναφέρεται το όνομα καμίας κλινικής για λόγους απορρήτου.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στην έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή σε κλινικές με μονάδα νεφρού μαζί με το ερευνητικό πρωτόκολλο και δόθηκε αποκλειστικά στους νοσηλευτές νεφρού.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προτού επιλεγθεί ο τρόπος συλλογής των συμπερασμάτων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση του θέματος της υγιεινής και ασφάλειας τόσο των ερευνητών εντός όσο και των ερευνητών εκτός χώρας. Η θεωρητική προσέγγιση ήταν ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση και την εμπάθυνση του θέματος της υγιεινής και ασφάλειας ώστε οδηγηθεί η μελέτη σε έρευνα.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος για τη συλλογή των δεδομένων. Δηλαδή από τον πληθυσμό των νοσηλευτών νεφρού επιλέχθηκε ένα μετρήσιμο δείγμα νοσηλευτών για την διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Σύμφωνα με τη θεωρία η ποσοτική έρευνα μπορεί να ερμηνευτεί ως μια ερευνητική στρατηγική η οποία τονίζει τον ποσοτικό προσδιορισμό στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, αποτέλεσμα είναι μια παραγωγική προσέγγιση στη σχέση μεταξύ θεωρίας και έρευνας, στην οποία δίνεται έμφαση ο έλεγχος των θεωριών και έχει ενσωματώσει τις πρακτικές και τους κανόνες του φυσικού επιστημονικού μοντέλου και ειδικότερα του θετικισμού (Κυριαζόπουλος- Σαμαντά 2011)

Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε σε αξιόπιστες στατιστικές μετρήσεις του συνολικού πληθυσμού με βάση τις ερευνητικές υποθέσεις που έπρεπε να αποδειχθούν μέσα από την ανάλυση. Προσεγγίστηκε μεγάλο μέρος του πληθυσμού των νοσηλευτών νεφρού με τυποποιημένο ερωτηματολόγιο προκειμένου να συλλεχθούν τα στοιχεία και να γίνει η στατιστική ανάλυση και να βγούν τα συμπεράσματα

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο

έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Στην συγκεκριμένη δειγματοληπτική έρευνα εξετάστηκε ένα μικρό δείγμα των νοσηλευτών νεφρού(114 νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες νεφρού του νομού αττικής). Ο πληθυσμός όπως προαναφέρθηκε των νοσηλευτών νεφρού στο νομό αττικής είναι περίπου 600. Πρόκειται λοιπόν για ένα καλό αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Πρόκειται για τυχαία δειγματοληψία νοσηλευτών νεφρού του νομού ώστε να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα όλου του πληθυσμού.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα θα διεξαχθεί αποκλειστικά σε νοσηλευτές της Μονάδας τεχνητού νεφρού, όπως αναγράφεται και στον τίτλο αλλά και στο κεφάλαιο « αναφορά στον κλάδο οργανισμό» το ερωτηματολόγιο δεν απαντήθηκε από το υπόλοιπο προσωπικό των μονάδων π.χ ιατροί, καθαρίστριες , τεχνικούς παρόλο που είναι εργαζόμενοι σε μονάδα νεφρού αλλά το δείγμα της παρούσας μελέτης θα είναι μόνο οι νοσηλευτές. Είναι απαραίτητο επίσης στην έρευνα να περιλαμβάνεται ένα ποσοστό νοσηλευτών

που απασχολούνται σε δημόσιο τομέα για την πραγματοποίηση της συσχέτισης των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η έρευνα αφορά μόνο τους νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες νεφρού του νομού Αττικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα διεξήχθη σε νοσηλευτές νεφρού που εργάζονται σε διάφορα νοσοκομεία του νομού Αττικής. Σύμφωνα με την εκτίμηση ο συνολικός πληθυσμός των νοσηλευτών νεφρού ανέρχεται σε 600. Το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται σε 114, ενώ λήφθηκε μέριμνα ώστε το δείγμα να προέρχεται από όλες τις πληθυσμιακές, ηλικιακές και μορφωτικές ομάδες ώστε να εξασφαλίζεται η αντιπροσωπευτικότητά του δείγματος.

ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Το συνολικό δείγμα αποτελείται από εκατόν δέκα τέσσερις νοσηλευτές, στο σύνολό τους εργαζόμενοι σε μονάδες νεφρού τόσο σε ιδιωτικές όσο και σε δημόσιες κλινικές.

Η κατανομή τους ως προς το φύλλο φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ανδρας	28	24,6	24,6	24,6
Γυναίκα	86	75,4	75,4	100,0
Total	114	100,0	100,0	

Πίνακας 1

Το δείγμα αποτελείται από 24,6% άνδρες και 75,4% γυναίκες, αναμενόμενο καθόσον το επάγγελμα του νοσηλευτή επιλέγεται κατά κύριο λόγο από γυναίκες.

Η ηλικιακή κατανομή των νοσηλευτών φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα:

ΗΛΙΚΙΑ

		Συχνότητα	ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	20-25	12	10,5	10,5	10,5
	26-35	46	40,4	40,4	50,9
	36-45	40	35,1	35,1	86,0
	46-50	10	8,8	8,8	94,7
	>50	6	5,3	5,3	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Πίνακας 2

Με το αντίστοιχο ραβδόγραμμα να έχει όπως παρακάτω:

Παράρτημα –πίνακας 1

Παρατηρούμε ότι η επικρατούσα τιμή είναι η ηλικιακή κλάση από 26-35 ετών, ενώ η δεύτερη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα είναι εκείνη που αντιστοιχεί από 36-45 έτη. Αξίζει να επισημανθεί το πολύ χαμηλό ποσοστό της ηλικιακής κλάσης >50 ετών που στο όλο δείγμα αριθμεί συνολικά μόνο 6 άτομα που σε αντίστοιχη εκατοστιαία κλίμακα αντιστοιχεί σε μόνο το 5,3% του δείγματος.

Εξετάζοντας την ηλικία του δείγματος ως συνάρτηση του φύλου, έχουμε το παρακάτω διάγραμμα: Παράρτημα-πίνακας 2

Εύκολα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών ανήκει στην ηλικιακή κλάση από 36-45 ετών ενώ το αντίστοιχο των γυναικών από 26-35 έτη.

Τα έτη προϋπηρεσίας στην μονάδα νεφρού παρουσιάζουν την ακόλουθη κατανομή συχνοτήτων:

Έτη προϋπηρεσίας στη μονάδα νεφρού

		Συχνότητα	ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	<1	16	14,0	14,0	14,0
	2-10	48	42,1	42,1	56,1
	11-20	39	34,2	34,2	90,4
	21-30	7	6,1	6,1	96,5
	>30	4	3,5	3,5	100,0
	Total	114	100,0	100,0	

Πίνακας 3

Που αντίστοιχα γραφικά μαζί με την κανονική κατανομή έχουν όπως στο παρακάτω ιστόγραμμα:

Ο μέσος όρος προϋπηρεσίας είναι τα 2,43 με τον αριθμό 2 να αντιστοιχεί στην ηλικιακή κλάση από 2-10 έτη υπηρεσίας ενώ αντίστοιχα το 3 σε εκείνη από 11-20 έτη υπηρεσίας. Προφανώς τα παρατηρούμενα έτη υπηρεσίας εξαρτώνται από την ηλικία και έχουν συναφείς με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Παράρτημα- πίνακας 3

Η αντίστοιχη εκπαίδευση των νοσηλευτών έχει όπως παρακάτω:

Εκπαίδευση

		Συχνότητα	ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Valid	ΠΕ	21	18,4	18,4	18,4
	ΤΕ	52	45,6	45,6	64,0
	ΔΕ	41	36,0	36,0	100,0
	Tota l	114	100,0	100,0	

Πίνακας 4

Η κυριότερη κατηγορία νοσηλευτών που εργάζονται στις μονάδες νεφρού είναι οι απόφοιτοι Τεχνικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) σε ποσοστό 45,6% επί του συνόλου του δείγματος, με αμέσως επόμενους τους νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) σε ποσοστό 36,0%. Αντίστοιχα το μικρότερο ποσοστό φαίνεται να έχουν οι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, καθόσον αντιστοιχούν στο 18,4% γεγονός αναμενόμενο καθόσον οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης συνήθως ασκούν διοικητικά/ εποπτικά καθήκοντα και συνεπώς απαιτούνται λιγότεροι.

Αντίστοιχα αναφορικά με τις ημέρες εργασίας ανά εβδομάδα, δηλαδή το καθεστώς απασχόλησης, οι νοσηλευτές της μονάδας νεφρού φαίνεται να εργάζονται όπως παρακάτω: Παράρτημα –πίνακας 4

Προφανώς η μεγαλύτερη μερίδα των νοσηλευτών απασχολούνται σε ποσοστό πλήρους απασχόλησης (5 ημέρες της εβδομάδα) ενώ μόνο το 5,3% (6 συνολικά νοσηλευτές) εργάζονται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης.

ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ (ΔΗΜΟΣΙΑ/ΙΔΙΩΤΙΚΗ)

Εξετάζοντας τις τυχόν διαφοροποιήσεις του δείγματος αναλόγως της κλινικής που έχουμε αρχικά τα παρακάτω αποτελέσματα που αφορούν στις ηλικιακές διαφοροποιήσεις τους. Αναλυτικότερα:

Ηλικία

Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική) * Ηλικία Crosstabulation

			Ηλικία					Total
			20-25	26-35	36-45	46-50	>50	
Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	Δημόσια	Count	4	11	17	7	4	43
		% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	9,3%	25,6%	39,5%	16,3%	9,3%	100,0 %
		% within Ηλικία	33,3%	23,9%	42,5%	70,0%	66,7%	37,7%
	Ιδιωτική	Count	8	35	23	3	2	71

	% within Κλινική εργασίας (δημόσι α - ιδιωτική)	11,3%	49,3%	32,4%	4,2%	2,8%	100,0 %
	% within Ηλικία	66,7%	76,1%	57,5%	30,0%	33,3%	62,3%
Total	Count	12	46	40	10	6	114
	% within Κλινική εργασίας (δημόσι α - ιδιωτική)	10,5%	40,4%	35,1%	8,8%	5,3%	100,0 %
	% within Ηλικία	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Πίνακας 5

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια αδρή διαφοροποίηση στις ηλικίες εργασίας ανάμεσα στις ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές καθόσον στις:

- Ιδιωτικές Κλινικές: Η επικρατούσα ηλικιακή κλάση συνιστάται από την ηλικιακή κλάση 26-35 η οποία και αποτελεί το 49,35% του δείγματος με αμέσως επόμενη την ηλικιακή κλάση 36-45 με αντίστοιχο ποσοστό το 32,4%.
- Δημόσιες Κλινικές: Η επικρατούσα ηλικιακή κλάση είναι η ηλικιακή κλάση 36-45 με αντίστοιχο ποσοστό το 39,5% ενώ αντίστοιχα αμέσως επόμενη η

ηλικιακή κλάση από 26-35 με αντίστοιχο ποσοστό να καταλαμβάνει το 25,6% του δείγματος.

Φαίνεται δηλαδή ότι υφίσταται μια ηλικιακή διαφορά μεταξύ των εργαζομένων σε ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές με την μέση ηλικιακή διαφορά τους να ανέρχεται στα 8 περίπου έτη.

ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΦΡΟΥ

Αντίστοιχα εξετάζοντας τα έτη υπηρεσίας την μονάδα νεφρού μεταξύ των ιδιωτικών και δημόσιων κλινικών έχουμε την ακόλουθη εικόνα όπου με πράσινο χρώμα εμφανίζονται τα έτη υπηρεσίας σε ιδιωτική κλινική ενώ αντίστοιχα με μπλε χρώμα εμφανίζονται τα αντίστοιχα έτη υπηρεσίας στην μονάδα νεφρού στην δημόσια κλινική. Παρατηρούμε ότι στην κλάση από 2-10 έτη υπηρεσίας στην μονάδα νεφρού φαίνονται ότι υφίστανται περισσότεροι νοσηλευτές σε ιδιωτικές κλινικές. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με την κλάση 11-20 έτη. Παράρτημα-πίνακας 5

Αντίθετα εμφανίζονται τα στοιχεία στις κλάσεις από 21-30 έτη υπηρεσίας και >30 ετών υπηρεσίας. Σε γενικές γραμμές δηλαδή τα έτη υπηρεσίας στις ιδιωτικές κλινικές εμφανίζονται να είναι λιγότερα από τα αντίστοιχα έτη υπηρεσίας στις δημόσιες κλινικές, το οποίο και εξηγείται εν μέρει καθόσον, όπως εξηγήθηκε παραπάνω ο μέσος όρος ηλικίας εμφανίζεται μικρότερος στις ιδιωτικές κλινικές συγκρινόμενος με τις αντίστοιχες δημόσιες κλινικές.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Συγκρίνοντας την εκπαίδευση των νοσηλευτών ανάμεσα σε δημόσιες – ιδιωτικές κλινικές, έχουμε την ακόλουθη εικόνα:

Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική) * Εκπαίδευση Crosstabulation

		Εκπαίδευση			Total
		ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	
Κλινική εργασίας Δημόσια - Ιδιωτική	Count	11	24	8	43
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	25,6%	55,8%	18,6%	100,0%
	% within Εκπαίδευση	52,4%	46,2%	19,5%	37,7%
	% of Total	9,6%	21,1%	7,0%	37,7%
Ιδιωτική	Count	10	28	33	71
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	14,1%	39,4%	46,5%	100,0%
	% within Εκπαίδευση	47,6%	53,8%	80,5%	62,3%
	% of Total	8,8%	24,6%	28,9%	62,3%
Total	Count	21	52	41	114

% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	18,4%	45,6%	36,0%	100,0 %
% within Εκπαίδευση	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
% of Total	18,4%	45,6%	36,0%	100,0 %

Πίνακας 6

Παρατηρούμε ότι συγκριτικά, οι ιδιωτικές κλινικές εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών τους να προέρχεται από την Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση με αμέσως επόμενους εκείνους τους νοσηλευτές που προέρχονται από την Τεχνική Εκπαίδευση. Πράγματι οι ιδιωτικές κλινικές έχουν ένα ποσοστό της τάξης του 46,5% (ΠΕ) με αμέσως επόμενο το 39,4% να προέρχεται από Τεχνική Εκπαίδευση (ΤΕ) ενώ μόνο το 14,1% έχει εκπαιδευτεί σε ανώτατο πανεπιστημιακό ίδρυμα (ΠΕ). Αντίθετα αποτελέσματα εμφανίζονται στις δημόσιες κλινικές αφού το 55,8% του προσωπικού ανήκει στον κλάδο της τεχνικής εκπαίδευσης (ΤΕ) ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στους αποφοίτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) αφού το 25,6% ανήκει σε αυτή την κατηγορία εκπαίδευσης και τελικά μόνο το 18,6% ανήκει στον κλάδο της τεχνικής εκπαίδευσης. Τελικά το συνολικό ποσοστό πτυχιούχων στις δημόσιες κλινικές εμφανίζεται οριακά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο στις ιδιωτικές. Τα παραπάνω αποτυπώνονται στο ακόλουθο ραβδόγραμμα, όπου ο κάθετος άξονας αντιστοιχεί στο συνολικό ποσοστό επί τοις εκατό στο οποίο ανήκει ο εργαζόμενος διαχωριζόμενος ανάλογα σε ιδιωτική – δημόσια κλινική: παράρτημα-πίνακας 6

ΗΜΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συγκρίνοντας τις ημέρες εργασίας των εργαζομένων στην ιδιωτική – δημόσια κλινική δεν έχουμε κάποια σαφή εικόνα, καθώς οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης δεν συνιστούν ικανοποιητικό ποσοστό του δείγματος.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Αναλυτικά στο δείγμα των 114 νοσηλευτών νεφρού που απαντά στον τρόπο διαμόρφωσης του χώρου της MTN το 39,5% απαντά ότι ο χώρος της μονάδας είναι επαρκής. Όσον αφορά τα μηχανήματα στη συγκεκριμένη κατηγορία στο εάν είναι τα κατάλληλα το μεγαλύτερο ποσοστό με 46,5% απαντά συχνά και για το εάν μπορούν να διακρίνουν εύκολα τις εξόδους κινδύνου το 55% απαντά πάντα. Παράρτημα – πίνακας 7

Για τους φυσικούς παράγοντες κινδύνου και στην ερώτηση που απαντά για το αν υπάρχει στην κλινική ο κατάλληλος εξοπλισμός ΜΑΠ απαντά πάντα το 27%. Παράρτημα 2 –πίνακας 8

Για τους χημικούς παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την ενημέρωση και την εκπαίδευση για ασφαλή χρήση χημικών ουσιών το 28,9% απαντά συχνά ενώ για την εκπαίδευση για τη σωστή χρήση των φαρμάκων επίσης η επιλογή συχνά εμφανίζεται με το πιο ψηλό ποσοστό 27,2% παράρτημα 2 –πίνακας 9

Για τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου το 34,2% όταν πέφτει αίμα στο πάτωμα λαμβάνει τις κατάλληλες διαδικασίες με βαθμονόμηση πάντα ενώ για την ενημέρωση για ασθένειες που οφείλονται σε βακτήρια μύκητες και ιούς το 27,2% απαντά συχνά και το 8,8% απαντά ποτέ. Παράρτημα 2-πίνακας 10

Για τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη διαχείριση αποβλήτων το 28,9% ενημερώνεται πάντα για τις διαδικασίες χειρισμού αποβλήτων επίσης το 55,3% γνωρίζει για το διαχωρισμό των αποβλήτων. Επίσης το 35,1% ενημερώνεται για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων πάντα το 23,7% συχνά και το 12,3% ποτέ. Παράρτημα 2-πίνακας 11

Τέλος για τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις εργασιακές σχέσεις και την εργονομία το ποσοστό 18,4% γνωρίζει ότι υπάρχει στην κλινική διαθέσιμη έκθεση πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας το 23,7% σχεδόν πάντα και το 22,8% δε γνωρίζει καθόλου. Για τη εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας το 22,8% απαντά πάντα, το 24,6% συχνά και το 4,4% ποτέ. Μόνο το 7% ικανοποιείται από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας πάντα ενώ το 38,6% είναι ικανοποιημένο σχεδόν πάντα. Παράρτημα 2-πίνακας 12

Η ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

Το πρώτο ερώτημα είναι εάν *τηρούνται οι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία και εφόσον η έρευνα πραγματοποιείται τις μονάδες νεφρού* εκεί θα πραγματοποιηθεί και η ανάλυση.

Κάτι βασικό που προκύπτει στις μονάδες νεφρού για την διασφάλιση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας είναι αρχικά η σήμανση των περιοχών που παρουσιάζουν κινδύνους. Τα επικίνδυνα σημεία οφείλουν να είναι εύκολα αναγνωρίσιμα και να έχουν τις αντίστοιχες σημάνσεις ώστε να μπορούν ακόμα και από κάποιον μη έμπειρο σχετικά με αυτά να αναγνωριστούν. Στην συγκεκριμένη ερώτηση η επικρατούσα τιμή του δείγματος είναι η «Σπανίως» καθώς φαίνεται να απαντούν το 38,6% του δείγματος. Η αμέσως επόμενη τιμή είναι η απάντηση «Συχνά» με 36,0%. Συνεπώς μπορούμε να πούμε ότι συγκρίνοντας και τις πολύ χαμηλές συχνότητες που έχουν εμφανίσει οι επιλογές «πάντα» και «σχεδόν πάντα» ότι σε γενικές γραμμές δεν μπορούν να διακριθούν οι επικίνδυνες περιοχές.

Θα είχε ενδιαφέρον ο έλεγχος του πως διαμορφώνεται η διάκριση ασφαλών περιοχών και σημείων ανάλογα με την κλινική εργασίας (δημόσια – Ιδιωτική) με τα αποτελέσματα να έχουν όπως στον παρακάτω πίνακα

Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία * Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική) Crosstabulation

	Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)		Total
	Δημόσια	Ιδιωτική	
Στη MTN που Πάντα Count	2	8	10

εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	20,0%	80,0%	100,0%
				%
Σχεδόν πάντα	Count	1	9	10
	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	10,0%	90,0%	100,0%
Συχνά	Count	20	21	41
	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	48,8%	51,2%	100,0%
Σπανίως	Count	16	28	44
	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	36,4%	63,6%	100,0%
Ποτέ	Count	4	5	9

	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	44,4%	55,6%	100,0%
Total	Count	43	71	114
	% within Στη MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία	37,7%	62,3%	100,0%

Παρατηρούμε ότι αν και τα ποσοστά των απαντήσεων μεταξύ των ιδιωτικών και δημόσιων κλινικών κατανέμονται σχετικά ομοιόμορφα στις λοιπές απαντήσεις, στις επιλογές «πάντα» και «σχεδόν πάντα» παρατηρούμε ότι σε ιδιωτικές κλινικές φαίνεται να υπάρχουν περισσότεροι νοσηλευτές του δείγματος που να μπορούν να διακρίνουν εύκολα τις ασφαλείς περιοχές. Βέβαια, εκτελώντας το στατιστικό τεστ χι τετράγωνο

Διαπιστώνουμε ότι η συσχέτιση μεταξύ των κλινικών (δημόσιας – ιδιωτικής) αφού $\text{Sig.} = 0.139 > 0.05$ δεν είναι στατιστικά σημαντική αν θεωρήσω διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Παράρτημα 2-πίνακας 13

Αντίθετα αποτελέσματα έχουμε αν εξετάσουμε την αναγνώριση των εξόδων κινδύνου από τους νοσηλευτές. Ένα μεγάλο ποσοστό (48,2%) απαντά «πάντα» στην συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ «σχεδόν πάντα» απαντά το 15,8% ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά διαμορφώνονται όπως στον αρχικό πίνακα. Το παραπάνω μας οδηγεί στο

συμπέρασμα ότι γενικά οι νοσηλευτές μπορούν να διακρίνουν εύκολα τις εξόδους κινδύνου.

Στη συνέχεια αναλύεται αν κατά την πτώση αίματος στο πάτωμα οι απαντήσεις ήταν θετικές ή υπάρχουν ελλείψεις προς αυτές τις διαδικασίες στις μονάδες τεχνητού νεφρού.

Κατά την πτώση αίματος στο πάτωμα τις συγκεκριμένες διαδικασίες εφαρμόζει πάντα το 34,2% ενώ αντίστοιχα το 21,1% τις εφαρμόζει σχεδόν πάντα. Στην ερώτηση αυτή θα ελέγξουμε τις απαντήσεις του δείγματος αναλόγως της ακαδημαϊκής του εκπαίδευσης. Είναι γνωστό ότι την καθαριότητα έχουν επιφορτιστεί οι νοσηλευτές με την λιγότερη ακαδημαϊκή εκπαίδευση ενώ αντίστοιχα εκείνοι με μεγαλύτερη εκπαίδευση τείνουν να έχουν πιο εποπτικό - διοικητικό ρόλο. Στη συνέχεια λοιπόν θα εξετάσουμε την εικόνα του δείγματος στην παραπάνω ερώτηση συγκριτικά με την ακαδημαϊκή του εκπαίδευση, που έχει όπως παρακάτω (όπου σε κάθε στήλη το χρώμα δείχνει το ποσοστό της στήλης που συνίσταται από την συγκεκριμένη επιλογή): παράρτημα 2 –πίνακας 14

Παρατηρούμε ότι μεταξύ των ΔΕ νοσηλευτών και των αντίστοιχων ΠΕ και ΤΕ εκείνοι που δείχνουν να είναι περισσότερο ασυνεπείς στην ανάληψη των καθορισμένων διαδικασιών κατά την πτώση αίματος στο πάτωμα και απαντούν "ποτέ" στην συγκεκριμένη ερώτηση φαίνεται να είναι οι ΔΕ με αμέσως επόμενους τους ΤΕ, ενώ τέλος ακολουθούν οι νοσηλευτές ΠΕ.

Στην συνέχεια το δείγμα εξετάστηκε αναφορικά με την απολύμανση των επιφανειών εργασίας και των πάγκων όπου η επικρατούσα κλάση, με ποσοστό 30,7% συνίσταται από νοσηλευτές που απαντούν "πάντα" στην σχετική ερώτηση. Πέραν αυτού το αντίστοιχο ποσοστό που απαντά "ποτέ" είναι πολύ μικρό και ανέρχεται σε μόνο το 6,1%.

Όσον αφορά τη διαχείριση αποβλήτων που είναι μια από τις σημαντικότερες διαδικασίες για την τήρηση των κανόνων της υγιεινής και ασφάλειας ισχύουν τα εξής.:

Είναι γνωστό ότι τα απόβλητα και ιδιαίτερα τα νοσοκομειακά αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου, ιδιαίτερα για τους εργαζόμενους στην μονάδα τεχνητού νεφρού. Η διαχείριση των αποβλήτων κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική στην νοσοκομειακή διαδικασία και ο ορθός χειρισμός των αποβλήτων αποτελεί έναν μαντικό παράγοντα για την υγιεινή και ασφάλεια στον νοσοκομειακό χώρο. Το δείγμα εξετάστηκε στην ευρεία κατηγορία της διαχείρισης αποβλήτων και συγκεκριμένα στα ακόλουθα επιμέρους ερωτήματα:

- Ενημέρωση περί των διαδικασιών χειρισμού των αποβλήτων.
- Αναγνώριση της αντιστοιχίας μεταξύ αποβλήτων και αντίστοιχου κάδου.
- Ανακύκλωσης των αποβλήτων όπου αυτό είναι δυνατόν.
- Ύπαρξης αρχείων και ειδικών εντύπων για την διαχείριση των αποβλήτων.
- Τήρηση επισήμων οδηγιών κατά την μεταφορά των αποβλήτων.
- Ενημέρωση περί των διαφορετικών κατηγοριών νοσοκομειακών αποβλήτων.

Οι αντίστοιχες απαντήσεις του δείγματος έχουν όπως παρακάτω:

	Ερώτηση	Πάντα	Σχεδόν Πάντα	Συχνά	Σπανίως	Ποτέ
1	Ενημερώνεστε για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων;	28,9%	18,4%	31,6%	10,5%	10,5%
2	Αναγνωρίζετε ποια απόβλητα είναι για ποιούς κάδους στην μονάδα που εργάζεστε;	55,3%	25,4%	12,3%	3,5%	3,5%
3	Τα απόβλητα ανακυκλώνονται όπου αυτό είναι δυνατόν;	33,3%	28,9%	19,3%	7,0%	11,4%
4	Υπάρχουν αρχεία, ειδικά έντυπα για την διαχείριση των αποβλήτων;	40,4%	19,3%	14,9%	14,0%	11,4%
5	Οι διαδικασίες μεταφοράς αποβλήτων γίνονται σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες;	28,9%	29,8%	26,3%	8,8%	6,1%
6	Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων (μολυσματικά, βιολογικά κ.α.)	35,1%	18,4%	23,7%	10,5%	12,3%

Αναλύοντας τις παραπάνω απαντήσεις γενικά παρατηρούμε τα υψηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης και προστασίας από κινδύνους που σχετίζονται με διαχείριση αποβλήτων. Ειδικότερα το δείγμα φαίνεται σχετικά ενημερωμένο περί των διαδικασιών χειρισμού των αποβλήτων. Το 28,9% των ερωτηθέντων απαντά ότι είναι ενημερωμένο για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων "πάντα". Βέβαια, η επικρατούσα κλάση στην εν λόγω ερώτηση είναι η "Συχνά" με ποσοστό 31,6% αλλά εν γένει η εικόνα φαίνεται να είναι ικανοποιητική και το προσωπικό ενημερωμένο.

Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά φαίνεται να υπάρχουν και στην ανακύκλωση των αποβλήτων αλλά και στην ύπαρξη ειδικών αρχείων για την διαχείριση των αποβλήτων. Τα ποσοστά του «πάντα» και του «σχεδόν πάντα» είναι πολύ υψηλότερα

συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα των λοιπών επιλογών και συνεπώς μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η διαχείριση των αποβλήτων δεν συνιστά επαγγελματικό κίνδυνο για τους εργαζόμενους στην μονάδα τεχνητού νεφρού.

Όμοια αναφορικά με τις διαδικασίες μεταφοράς αποβλήτων, φαίνεται να τηρούνται «σχεδόν πάντα» οι προβλεπόμενες διαδικασίες, νε δεύτερη κλάση μετά την επικρατούσα να αποτελεί η κλάση «συχνά». Συνεπώς, παρατηρώντας συγκριτικά όλες τις απαντήσεις που αφορούν την διαχείριση αποβλήτων ο μεγαλύτερος κίνδυνος που φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι έγκειται στην μεταφορά τους καθώς δεν φαίνεται να τηρούνται «πάντα» οι προβλεπόμενες διαδικασίες μεταφοράς.

Το **δεύτερο** ερώτημα που τέθηκε αφορά *τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών στις μονάδες τεχνητού νεφρού και ειδικότερα εάν οι συνθήκες αυτές είναι αποδεκτές από τους νοσηλευτές*. Αυτό απαντάται από κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα από το κεφάλαιο που αναφέρεται στην εργονομία και τις εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών, που δείχνουν την άποψη των νοσηλευτών για τις συνθήκες εργασίας στις Ελληνικές μονάδες τεχνητού νεφρού. Στην ερώτηση εάν χρησιμοποιείται ο κατάλληλος εξοπλισμός για την εκτέλεση των καθηκόντων των νοσηλευτών οι περισσότεροι νοσηλευτές του δείγματος απαντούν πάντα και σχεδόν πάντα με ποσοστό αντιστοιχίας(27,2%)(και 33.3%). Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 4.4% απαντά ποτέ. Συνεπώς όσον αφορά τον εξοπλισμό στις μονάδες νεφρού οι συνθήκες είναι αποδεκτές. Στην ερώτηση που αφορά τον συντονισμό και την οργάνωση εργασίας το 38,6% απαντά σχεδόν πάντα. Εντύπωση όμως μας κάνει και η απάντηση συχνά με ποσοστό 27,2%.

Σχετικά με την ικανοποίηση που αισθάνονται σχετικά με αριθμό ζητημάτων, όπως είναι η εργασία γενικά, η οργάνωση και ο συντονισμός αυτής, η δυνατότητα έκφρασης της γνώμης. Στα παραπάνω ερωτήματα, το δείγμα φαίνεται να είναι σχετικά ικανοποιημένο, τόσο από την οργάνωση και συντονισμό, όσο και από την εργασία γενικότερα. Τα πολύ χαμηλά ποσοστά των νοσηλευτών που απαντούν "ποτέ" στο παραπάνω ερώτημα συνηγορούν στο παραπάνω συμπέρασμα.

Τέλος εξετάζοντας τις συνθήκες εργασίας, παρατηρούμε ότι προβλέπονται διαλειμματα κατά την εργασία "πάντα" ή "σχεδόν πάντα" ενώ η σταθερότητα του ωραρίου παρουσιάζει μια διακύμανση καθώς το ποσοστό που απαντά "πάντα" ταυτίζεται με το ποσοστό που απαντά "ποτέ" και ανέχονται σε 20,2% αμφότερα, με τις ενδιάμεσες επιλογές να διαμορφώνονται ανάλογα. Συγκρίνοντας την σταθερότητα του ωραρίου μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικό κλινικών οδηγούμαστε στο ακόλουθο συγκριτικό γράφημα: Παράρτημα 2 –πίνακας 15

Παρατηρούμε ότι υπάρχει διακύμανση μεταξύ τόσο των ιδιωτικών όσο και των δημόσιων κλινικών καθώς οι απαντήσεις δεν έχουν τάση συγκέντρωσης προς μια μόνο επιλογή. Αν υποθέσουμε ότι η διακύμανση του ωραρίου εξαρτάται από την ακαδημαϊκή εκπαίδευση και συνεπώς από τα ανατεθέντα καθήκοντα, έχουμε το ακόλουθο γράφημα: παράρτημα 2-πίνακας 16

Παρατηρούμε μια μικρή τάση των νοσηλευτών ΠΕ να έχουν πιο σταθερό ωράριο συγκριτικά με τους ΤΕ ή ΔΕ, αν και τα ποσοστά των τελευταίων που έχουν "πάντα" ή "σχεδόν πάντα" σταθερό ωράριο δεν είναι αμελητέα.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα *αν έχουν οι μονάδες τεχνητού νεφρού του κάθε νοσοκομείου συγκεκριμένα πρωτόκολλα και φόρμες σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος* είναι ιδιαίτερα σαφές. Θα εξεταστούν τις ερωτήσεις που αναφέρονται σχετικά με την ύπαρξη εντύπων και πρωτοκόλλων για τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Στην ερώτηση που αφορά για την ύπαρξη αρχείων και ειδικά έντυπα για τη διαχείριση των αποβλήτων τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά αφού το 40,4% απαντά ότι υπάρχουν πάντα. Για την ύπαρξη της διαθέσιμης ετήσιας έκθεσης της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας τα αποτελέσματα είναι μάλλον αμφιλεγόμενα .Αφού οι απαντήσεις των νοσηλευτών μοιράζονται ισανάλογα. Με 18,4% να απαντάει πάντα, με 23,7% σχεδόν πάντα , 21,9% συχνά, 13,2% σπάνια και 22,8% ποτέ.

Αρχικά το δείγμα εξετάστηκε στην ύπαρξη ετήσιας έκθεσης της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας. Καθόσον η συγκεκριμένη έκθεση αναφέρει όλους τους

πιθανούς κινδύνους και διακρίνει όλες τις ενδεχόμενες απειλές η ύπαρξη της κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων στο νοσοκομείο. Από τις απαντήσεις των εργαζομένων διαπιστώνουμε ότι η επικρατούσα κλάση είναι η "σχεδόν πάντα" με ποσοστό 23,7% των ερωτηθέντων ενώ αντίστοιχα υψηλό συγκριτικά ποσοστό λαμβάνει και η επιλογή "ποτέ" όπου συγκεντρώνει το 22,8% του δείγματος. Αν διαχωρίσουμε τις απαντήσεις αναλόγως του νοσοκομείου έχουμε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας * Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική) Crosstabulation

			Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)		Total
			Δημόσια	Ιδιωτική	
Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	Πάντα	Count	3	18	21
		% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	14,3%	85,7%	100,0%
		% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	7,0%	25,4%	18,4%
	Σχεδόν	Count	11	16	27

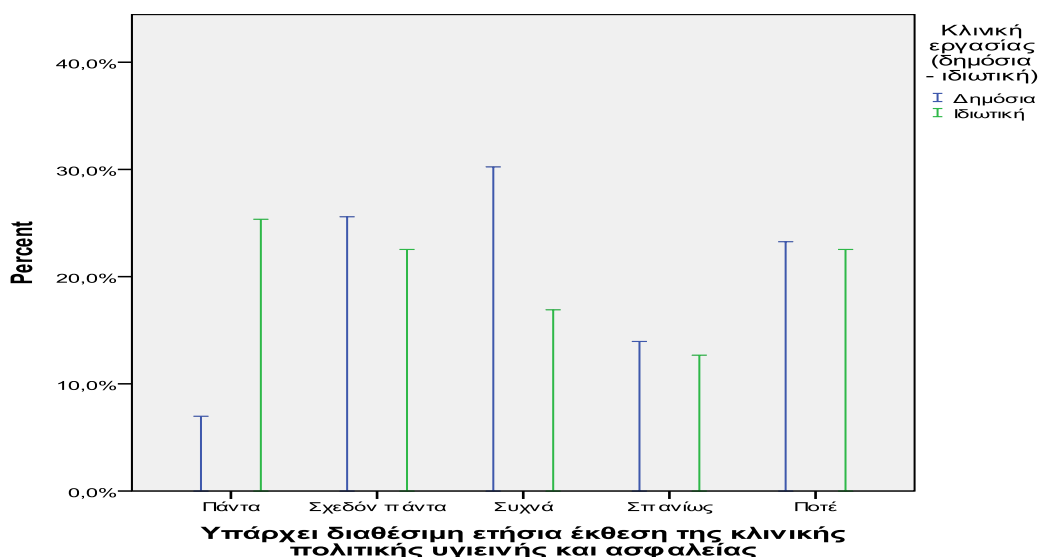
πάντα	% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	40,7%	59,3%	100,0%
	% within Κλινική εργασία (δημόσια - ιδιωτική)	25,6%	22,5%	23,7%
Συχνά	Count	13	12	25
	% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	52,0%	48,0%	100,0%
	% within Κλινική εργασία (δημόσια - ιδιωτική)	30,2%	16,9%	21,9%
Σπανίως	Count	6	9	15
	% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	40,0%	60,0%	100,0%

	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	14,0%	12,7%	13,2%
Ποτέ	Count	10	16	26
	% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	38,5%	61,5%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	23,3%	22,5%	22,8%
Total	Count	43	71	114
	% within Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφαλείας	37,7%	62,3%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	100,0%	100,0%	100,0%

Αναλύοντας τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε μια δυσαναλογία μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι από τους νοσηλευτές που επιλέγουν "πάντα" στην ύπαρξη της ετήσιας έκθεσης υγιεινής και ασφαλείας το 85,7% ανήκει σε ιδιωτικές κλινικές. Ενώ αντίστοιχα μόνο το 14,3%

ανήκει σε δημόσιες. Πέραν αυτού οι νοσηλευτές ιδιωτικών κλινικών που επιλέγουν "πάντα" συνιστούν το 25,4% των νοσηλευτών των ιδιωτικών κλινικών. Σε αυτό το ποσοστό, αν συμπεριλάβουμε και το ποσοστό των νοσηλευτών των ιδιωτικών κλινικών που επιλέγουν "σχεδόν πάντα" που ανέρχεται σε 22,5%, συνολικά στις ιδιωτικές κλινικές ποσοστό της τάξης των 47,9% φαίνεται να υπάρχει "πάντα" ή "σχεδόν πάντα" το αντίστοιχο πιστοποιητικό. Το αντίστοιχο ποσοστό των δημόσιων κλινικών που επιλέγει "πάντα" στην εν λόγω ερώτηση είναι μόνο το 7%

αποτελέσματα συγκριτικά φαίνονται και στο ακόλουθο γράφημα



Όσον αφορά τα βιβλία καταγραφής ατυχημάτων, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στο πλαίσιο της υγιεινής και ασφαλείας καθόσον αυτό αποτελεί οδηγό για πρόβλεψη μελλοντικών ατυχημάτων αλλά και για την ανάληψη διορθωτικών ενεργειών προς αποφυγή τυχόν επόμενων ατυχημάτων. Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που απαντούνε "πάντα" στην συγκεκριμένη ερώτηση ανέρχεται σε 33,3% και η επιλογή "σχεδόν πάντα" είναι 15,8%. Συνεπώς σε ένα μεγάλο ποσοστό των κλινικών το συγκεκριμένο βιβλίο τηρείται ανελλιπώς. Βέβαια το ποσοστό των νοσηλευτών που απαντούν ότι το βιβλίο αναφορών δεν τηρείται "ποτέ" ανέρχεται σε

21,9%. Θα είχε ενδιαφέρον αν εξετάζαμε συγκριτικά σε ποιές κλινικές εμφανίζονται περισσότερο η μη καταγραφές των εργατικών ατυχημάτων στο αντίστοιχο βιβλίο.

Αντίστοιχη εικόνα υφίσταται και στην ερώτηση που εξετάζει την ύπαρξη αρχείων επιθεώρησης εργασίας. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος απαντά ότι υφίστανται αρχεία επιθεώρησης εργασίας "πάντα" ή "σχεδόν πάντα" με το συνολικό ποσοστό των δύο παραπάνω επιλογών να αγγίζει το 49,1%. Συνεπώς σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό υφίστανται τα απαραίτητα αρχεία επιθεώρησης εργασίας. Παρ' όλα αυτά ένα σχετικά υψηλό ποσοστό (21,1%) απαντά "ποτέ" στην παραπάνω ερώτηση. Συνεκτιμώντας ότι το δείγμα προέρχεται από συγκεκριμένο αριθμό νοσοκομείων και επιπλέον ότι η ύπαρξη ή η ανυπαρξία αρχείων εργασίας είναι συμπληρωματικά ενδεχόμενα (τα αρχεία εργασίας είτε υπάρχουν είτε όχι χωρίς να προβλέπονται ενδιάμεσες επιλογές) μπορούμε να συμπεράνουμε ότι είναι πιθανόν το προσωπικό του δείγματος σε πολλές περιπτώσεις να αγνοεί την ύπαρξη αυτών των βιβλίων είτε λόγω θέσης, είτε λόγω καθηκόντων είτε για πολλούς έτερους απροσδιόριστους παράγοντες.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, *αν οι νοσηλευτές της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι ενημερωμένοι και άρτια εκπαιδευμένοι περί υγιεινής και ασφάλειας και αν χρησιμοποιούν τα κατάλληλα μέτρα προστασίας*, απαντάται από τις ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με την εκπαίδευση και την ενημέρωση των νοσηλευτών. Για την εκπαίδευση που αφορά την ασφαλή προετοιμασία των φαρμάκων οι απαντήσεις έχουν ως εξής: 21,9% Πάντα, 18,4% σχεδόν πάντα, 27,2% συχνά, 14,9% σπανίως και 17,5% ποτέ.

Συγκεντρωτικά λοιπόν οι νοσηλευτές της μονάδας τεχνητού νεφρού εκτιμάται ότι είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο ενημερωμένοι σχετικά με τους κινδύνους ενώ παράλληλα φαίνεται να αρμόζουν τις αρχές ασφαλείας για την προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων, για την τοποθέτηση απορριμμάτων σε κατάλληλους κάδους και τη λήψη κατάλληλων μέτρων προστασίας.

Θα είχε ενδιαφέρον αν εξετάζαμε την διαφοροποίηση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών αναλόγως της ακαδημαϊκής τους κατάστασης. Ελέγχοντας το παραπάνω ουσιαστικά θα ελέγξουμε την συσχέτιση μεταξύ της ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με την ασφαλή χρήση φαρμάκων και της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης (ΠΕ, ΔΕ κτλ). Συγκρίνοντας τα παραπάνω έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Crosstab

			Εκπαίδευση			Total
			ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	
Ενημερώνεστε και Πάντα εκπαιδεύεστε για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων	Count		5	11	9	25
	% within Εκπαίδευση		23,8%	21,2%	22,0%	21,9%
Σχεδόν πάντα	Count		8	9	4	21
	% within Εκπαίδευση		38,1%	17,3%	9,8%	18,4%
Συχνά	Count		5	17	9	31
	% within Εκπαίδευση		23,8%	32,7%	22,0%	27,2%
Σπανίως	Count		2	5	10	17
	% within Εκπαίδευση		9,5%	9,6%	24,4%	14,9%
Ποτέ	Count		1	10	9	20
	% within Εκπαίδευση		4,8%	19,2%	22,0%	17,5%

Total	Count	21	52	41	114
	% within Εκπαίδευση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Παρατηρούμε ότι παρατηρείται μια διαφοροποίηση ανάλογα με την ακαδημαϊκή εκπαίδευση στην ενημέρωση για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων η οποία εντοπίζεται όπως παρακάτω:

Ενώ στους νοσηλευτές ΠΕ που απαντούν «πάντα» ή «σχεδόν πάντα» στην ενημέρωση και εκπαίδευση για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων ανέρχονται στο 61.9% με το αντίστοιχο ποσοστό που επιλέγει «ποτέ» να είναι μόλις 4,8%, οι αντίστοιχες τιμές είναι 40,3% για το «πάντα» ή «σχεδόν πάντα» και 22,0% για το «ποτέ» μεταξύ των νοσηλευτών ΔΕ. Παρατηρούμε δηλαδή μεταξύ των νοσηλευτών ΔΕ να υφίσταται ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό που να επιλέγει «ποτέ» που συνυπολογιζόμενο με το ποσοστό εκείνων που επιλέγουν «σπανίως» (24,4%) αθροιστικά ανέρχονται σε 46,4%.

Οι αντίστοιχες τιμές των νοσηλευτών ΤΕ κυμαίνονται μεταξύ των ΠΕ και ΔΕ. Οι παραπάνω παρουσιαζόμενες σχέσεις παρ' όλα αυτά, αν και δίνουν μια αδρή εικόνα περί της συσχέτισης ενημέρωσης και ακαδημαϊκής εκπαίδευσης δεν είναι στατιστικά σημαντικές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%, όπως φαίνεται και από τον ακόλουθο πίνακα:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,599 ^a	8	,093
Likelihood Ratio	13,465	8	,097
Linear-by-Linear Association	4,504	1	,034

N of Valid Cases	114		
------------------	-----	--	--

a. 4 cells (26,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,13.

Παρατηρούμε ότι $\text{Sig.} = 0.093 > 0.05$, και συνεπώς η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

Στις ερωτήσεις για την ενημέρωση σε ιούς και μικρόβια. Σε πολύ υψηλά επίπεδα δείχνουν αν είναι και τα επίπεδα ενημέρωσης περί ασθενειών οφειλομένων σε βακτήρια, μύκητες και λοιπούς βιολογικούς παράγοντες καθόσον αθροιστικά το 24,8% δείχνει να έχει σχετική ενημέρωση. Ομοίως στα ίδια επίπεδα κυμαίνεται και η ενημέρωση των νοσηλευτών αναφορικά με τον κίνδυνο μετάδοσης φυματίωσης, ηπατίτιδας και HIV.

Όσον αφορά τα ενδονοσοκομειακά απόβλητα το δείγμα φαίνεται σχετικά ενημερωμένο περί των διαδικασιών χειρισμού των αποβλήτων. Το 28,9% των ερωτηθέντων απαντά ότι είναι ενημερωμένο για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων "πάντα". Βέβαια, η επικρατούσα κλάση στην εν λόγω ερώτηση είναι η "Συχνά" με ποσοστό 31,6% αλλά εν γένει η εικόνα φαίνεται να είναι ικανοποιητική και το προσωπικό ενημερωμένο. Επίσης το δείγμα ερωτήθηκε αν αναγνωρίζει ποια απόβλητά αντιστοιχούν στους αντίστοιχους κάδους με το 55,3% να απαντά «πάντα» και το 25,4% να απαντά «σχεδόν πάντα». Συμπεραίνουμε ότι ο διαχωρισμός αποβλήτων για τον αντίστοιχο κάδο είναι μια τετριμμένη διαδικασία στην οποία το προσωπικό είναι παραπάνω από εξοικειωμένο

Για την ερώτηση που αναφέρεται γενικά στην εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας, τα επίπεδα εκπαίδευσης σε θέματα υγιεινής και ασφαλείας βρίσκονται σε πολύ υψηλό επίπεδο καθόσον οι νοσηλευτές φαίνεται να εκπαιδεύονται τακτικά στα παραπάνω θέματα υγιεινής και ασφαλείας. Σε παρόμοια επίπεδα κυμαίνεται και η χρησιμοποίηση του κατάλληλου εξοπλισμού στις μονάδες τεχνητού νεφρού. Ποσοστό μεγαλύτερο του 50% χρησιμοποιεί τον κατάλληλο εξοπλισμό, ενώ συνολικά μόνο το 4,4% απαντά ότι δεν χρησιμοποιεί τον κατάλληλο εξοπλισμό πότε.

Για το πέμπτο ερώτημα **στο εάν ο χώρος που εργάζονται οι νοσηλευτές είναι σωστά διαμορφωμένος με τις κατάλληλες προϋποθέσεις που να ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες εργατικού ατυχήματος**, αποδεικνύεται από την ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηματολογίων διαπιστώνεται σε μεγάλο βαθμό η επάρκεια των χώρων της μονάδας τεχνητού νεφρού, καθόσον το 45% του δείγματος επέλεξε την

σχετική απάντηση, ενώ το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να θεωρεί τον χώρο περιορισμένο, ενώ μόνο το 10% θεωρεί τον χώρο άνετο

Αν εξετάσουμε την διαφοροποίηση της παραπάνω απάντησης αναλόγως της κλινικής εργασίας (δημόσια – ιδιωτική) έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι * Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική) Crosstabulation

		Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)		Total
		Δημόσια	Ιδιωτική	
Ο χώρος της Άνετος μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	Count	2	8	10
	% within Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	4,7%	11,3%	8,8%
	% of Total	1,8%	7,0%	8,8%
Πλήρης	Count	9	11	20
	% within Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	45,0%	55,0%	100,0%

	% within Κλινική εργασίας (δημόσια ιδιωτική)	20,9%	15,5%	17,5%
	% of Total	7,9%	9,6%	17,5%
Επαρκής	Count	18	27	45
	% within Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	40,0%	60,0%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια ιδιωτική)	41,9%	38,0%	39,5%
	% of Total	15,8%	23,7%	39,5%
Περιορισμένος	Count	14	25	39
	% within Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	35,9%	64,1%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια ιδιωτική)	32,6%	35,2%	34,2%
	% of Total	12,3%	21,9%	34,2%

Total	Count	43	71	114
	% within Ο χώρος της μονάδας τεχνητού νεφρού είναι	37,7%	62,3%	100,0%
	% within Κλινική εργασίας (δημόσια - ιδιωτική)	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	37,7%	62,3%	100,0%

Παρατηρούμε ότι από το σύνολο των νοσηλευτών που επέλεξαν «Άνετη» στον χαρακτηρισμό της MTN, μόνο το 20% ανήκει σε δημόσια κλινική, ενώ αντίστοιχα το 80% ανήκει σε ιδιωτική κλινική. Μπορούμε από την παραπάνω ποσόστωση ότι η διαφορά στην άνεση είναι σημαντική μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών κλινικών στο δείγμα. Αντίστοιχα το δείγμα χαρακτηρίζει ως περιορισμένη το 37,7% του δείγματος την δημόσια κλινική σε αντίθεση με το 62,3% που χαρακτηρίζει με αυτόν τον τρόπο τις ιδιωτικές κλινικές.

Στην εξέταση των αντιλήψεων του δείγματος σχετικά με το αν είναι καθαρή η μονάδα νεφρού παρατηρούμε ότι αθροιστικά το 72,8% απαντά ότι η μονάδα τεχνητού νεφρού είναι πάντα ή σχεδόν πάντα καθαρή. Από το παραπάνω ποσοστό συμπεραίνουμε ότι η τα επίπεδα καθαριότητας είναι πολύ υψηλά. Σχετικά αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο το 3,5% του δείγματος αναφέρει ότι η MTN δεν είναι ποτέ καθαρή. Συσχετίζοντας το προηγούμενο με την διάκριση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής κλινικής μπορούμε να εξετάσουμε σε ποια κατηγορία ανήκει το ποσοστό αυτό που θεωρεί ότι η μονάδα νεφρού είναι καθαρή. Εξετάζοντας την συχνότητα του δείγματος που δήλωσε ότι η μονάδα τεχνητού νεφρού δεν είναι ποτέ καθαρή

παρατηρούμε ότι το συνολικό ποσοστό του δείγματος που εκτιμά ότι η μονάδα τεχνητού νεφρού δεν είναι ποτέ καθαρή προέρχεται από ιδιωτικές κλινικές. Βέβαια το παραπάνω ποσοστό είναι πολύ μικρό και δεν μας παρέχει την δυνατότητα εκμείευσης ασφαλών συμπερασμάτων για την κατάσταση καθαριότητας συγκριτικά σε ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές. Ιδιαίτερα δε καθόσον η κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε ιδιωτικές και δημόσιες κλινικές στην παραπάνω ερώτηση έχει όπως στην ακόλουθη εικόνα, όπου αντίστοιχα εμφανίζονται και τα ανάλογα διαστήματα εμπιστοσύνης.

1. Ερευνητική υπόθεση 1

H0: ο φόρτος εργασίας επηρεάζει το ενδεχόμενο πρόκλησης ατυχήματος στο Νοσοκομείο

H1: Ο φόρτος εργασίας δεν επηρεάζει το ενδεχόμενο πρόκλησης ατυχήματος στο Νοσοκομείο

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην άποψη των νοσηλευτών για τον φόρτο εργασίας τους και των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εργατικό ατύχημα.

Πίνακας 8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην άποψη των νοσηλευτών για τον φόρτο εργασίας τους και των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εργατικό ατύχημα

	Φόρτος εργασίας		Τιμή p (p value)
	Μεσαίος	Μεγάλος	
11) Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών			0,157 ^a
Ποτέ	13 (18,3)	13 (30,2)	
Σπανίως	14 (19,7)	7 (16,3)	
Συχνά	16 (22,5)	8 (18,6)	
Σχεδόν πάντα	7 (9,9)	9 (20,9)	
Πάντα	21 (29,6)	6 (14,0)	

12) Κατά τη χρήση υλικών αποστείρωσης, διαλυτών που χρησιμοποιείτε στη μονάδα(κιτρικά, γλωρίνες και άλλα υλικά για την αποστείρωση των μηχανημάτων), λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας;			0,546 ^a
Ποτέ	9 (12,7)	6 (14,0)	
Σπανίως	7 (9,9)	8 (18,6)	
Συχνά	23 (32,4)	11 (25,6)	
Σχεδόν πάντα	13 (18,3)	7 (16,3)	
Πάντα	19 (26,8)	11 (25,6)	
16) Κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ);			0,760 ^a
Ποτέ	5 (7,0)	6 (14,0)	
Σπανίως	7 (9,9)	1 (2,3)	
Συχνά	20 (28,2)	12 (27,9)	
Σχεδόν πάντα	21 (29,6)	7 (16,3)	
Πάντα	18 (25,4)	17 (39,5)	
17) Απορρίπτετε τις βελόνες αμέσως , χωρίς να την αποσυνδέετε από τη σύριγγα και χωρίς να καλύπτετε με το καπάκι της στο ειδικό σκληρό δοχείο των αιχμηρών;			0,275 ^a
Ποτέ	6 (8,5)	2 (4,7)	
Σπανίως	10 (14,1)	8 (18,6)	

Συχνά	16 (22,5)	4 (9,3)	
Σχεδόν πάντα	19 (26,8)	12 (27,9)	
Πάντα	20 (28,2)	17 (39,5)	
33) Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας χρησιμοποιείτε τον απαραίτητο εξοπλισμό;			0,650 ^α
Ποτέ	3 (4,2)	2 (4,7)	
Σπανίως	10 (14,1)	4 (9,3)	
Συχνά	11 (15,5)	15 (34,9)	
Σχεδόν πάντα	28 (39,4)	10 (23,3)	
Πάντα	19 (26,8)	12 (27,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της άποψης των νοσηλευτών για τον φόρτο εργασίας τους και των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εργατικό ατύχημα.

4.2. Ερευνητική υπόθεση 2

H0: Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού επηρεάζει την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας

H1: Το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών της Μονάδας τεχνητού Νεφρού δεν επηρεάζει την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών της MTN και των γνώσεων, της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης στα θέματα της υγιεινής και ασφάλειας.

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών της MTN και των γνώσεων, της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης στα θέματα της υγιεινής και ασφάλεια

	Εκπαιδευτικό επίπεδο			Τιμή p (p value)
	<i>ΔΕ</i>	<i>ΤΕ</i>	<i>ΠΕ</i>	
11) Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών				<0,001^α
Ποτέ	16 (39,0)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Σπανίως	10 (24,4)	9 (17,3)	2 (9,5)	
Συχνά	5 (12,2)	13 (25,0)	6 (28,6)	
Σχεδόν πάντα	2 (4,9)	8 (15,4)	6 (28,6)	
Πάντα	8 (19,5)	13 (25,0)	6 (28,6)	
14) Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή χρήση χημικών ουσιών που χρησιμοποιείται στην μονάδα;				0,181^α
Ποτέ	7 (17,1)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Σπανίως	9 (22,0)	6 (11,5)	1 (4,8)	
Συχνά	11 (26,8)	12 (23,1)	10 (47,6)	

Σχεδόν πάντα	6 (14,6)	12 (23,1)	6 (28,6)	
Πάντα	8 (19,5)	13 (25,0)	3 (14,3)	
15) Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων (π.χ. χημικοθεραπευτικά, χρήση ΜΑΠ, ειδικοί θάλαμοι)				0,038^α
Ποτέ	9 (22,0)	10 (19,2)	1 (4,8)	
Σπανίως	10 (24,4)	5 (9,6)	2 (9,5)	
Συχνά	9 (22,0)	17 (32,7)	5 (23,8)	
Σχεδόν πάντα	4 (9,8)	9 (17,3)	8 (38,1)	
Πάντα	9 (22,0)	11 (21,2)	5 (23,8)	
20) Στον χώρο εργασίας σας ενημερώνεστε για ασθένειες που οφείλονται σε βακτήρια, μύκητες, ενδοτοξίνες, ιούς				0,031^α
Ποτέ	5 (12,2)	5 (9,6)	0 (0,0)	
Σπανίως	14 (34,1)	6 (11,5)	2 (9,5)	
Συχνά	9 (22,0)	15 (28,8)	7 (33,3)	
Σχεδόν πάντα	4 (9,8)	10 (19,2)	9 (42,9)	
Πάντα	9 (22,0)	16 (30,8)	3 (2,6)	
21) Στη μονάδα που εργάζεστε ενημερώνεστε για τον κίνδυνο μετάδοσης της (φυματίωσης, ηπατίτιδας)				0,266^α
Ποτέ	7 (17,1)	7 (13,5)	0 (0,0)	

Σπανίως	6 (14,6)	6 (11,5)	2 (9,5)	
Συχνά	13 (31,7)	13 ()	5 (23,8)	
Σχεδόν πάντα	7 (17,1)	10 (19,2)	9 (42,9)	
Πάντα	8 (19,5)	16 (30,8)	5 (23,8)	
23) Ενημερώνεστε για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων				0,016^a
Ποτέ	8 (19,5)	3 (5,8)	1 (4,8)	
Σπανίως	4 (9,8)	7 (13,5)	1 (4,8)	
Συχνά	14 (34,1)	18 (34,6)	4 (19,0)	
Σχεδόν πάντα	7 (17,1)	5 (9,6)	9 (42,9)	
Πάντα	8 (19,5)	19 (36,5)	6 (28,6)	
24) Αναγνωρίζετε ποια απόβλητα είναι για ποιους κάδους στη μονάδα που εργάζεστε?				0,172 ^a
Ποτέ	3 (7,3)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Σπανίως	1 (2,4)	2 (3,8)	1 (4,8)	
Συχνά	7 (17,1)	7 (13,5)	0 (0,0)	
Σχεδόν πάντα	9 (22,0)	11 (21,2)	9 (42,9)	
Πάντα	21 (51,2)	31 (59,6)	11 (52,4)	
27) Οι διαδικασίες μεταφοράς των αποβλήτων γίνονται σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες;				0,814 ^a

Ποτέ	3 (7,3)	3 (5,8)	1 (4,8)	
Σπανίως	9 (22,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Συχνά	5 (12,2)	16 (30,8)	9 (42,9)	
Σχεδόν πάντα	11 (26,8)	14 (26,9)	9 (42,9)	
Πάντα	13 (31,7)	18 (34,6)	2 (9,5)	
28) Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων(μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά , φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενέργεια);				0,016^a
Ποτέ	10 (24,4)	4 (7,7)	0 (0,0)	
Σπανίως	5 (12,2)	4 (7,7)	3 (14,3)	
Συχνά	8 (19,5)	14 (26,9)	5 (23,8)	
Σχεδόν πάντα	6 (14,6)	12 (23,1)	3 (14,3)	
Πάντα	12 (29,3)	18 (34,6)	10 (47,6)	
29) Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας				0,319^a
Ποτέ	10 (24,4)	13 (25,0)	3 (14,3)	
Σπανίως	9 (22,0)	5 (9,6)	1 (4,8)	
Συχνά	6 (14,6)	13 (25,0)	6 (28,6)	
Σχεδόν πάντα	7 (17,1)	12 (23,1)	8 (38,1)	
Πάντα	9 (22,0)	9 (17,3)	3 (14,3)	

30) Σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος καταγράφεται στο ειδικό βιβλίο αναφοράς;				0,002^a
Ποτέ	15 (36,6)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Σπανίως	8 (19,5)	7 (13,5)	3 (14,3)	
Συχνά	2 (4,9)	11 (21,2)	2 (9,5)	
Σχεδόν πάντα	6 (14,6)	8 (15,4)	4 (19,0)	
Πάντα	10 (24,4)	17 (32,7)	11 (52,4)	
31) Υπάρχουν αρχεία επιθεώρησης της εργασίας				0,064^a
Ποτέ	14 (34,1)	9 (17,3)	1 (4,8)	
Σπανίως	5 (12,2)	9 (17,3)	3 (14,3)	
Συχνά	5 (12,2)	13 (25,0)	4 (19,0)	
Σχεδόν πάντα	10 (24,4)	7 (13,5)	11 (52,4)	
Πάντα	7 (17,1)	14 (26,9)	2 (9,5)	
32) Εκπαιδεύεστε σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας σας;				0,073^a
Ποτέ	7 (17,1)	9 (17,3)	0 (0,0)	
Σπανίως	9 (22,0)	7 (13,5)	3 (14,3)	
Συχνά	11 (26,8)	11 (21,2)	6 (28,6)	
Σχεδόν πάντα	7 (17,1)	9 (17,3)	9 (42,9)	
Πάντα	7 (17,1)	16 (30,8)	3 (14,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^a Έλεγχος χ^2 για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών της MTN και διαφόρων παραγόντων που αντανακλούν τις γνώσεις, το επίπεδο ενημέρωσης και την εκπαίδευσή τους στα θέματα της υγιεινής και ασφάλειας:

- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι υπάρχει στην κλινική που βρίσκεται η μονάδα νεφρού που εργάζονται ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ - μέτρα ατομικής προστασίας) στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών, σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p < 0,001$).
- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ενημερώνονται και εκπαιδεύονται για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων (π.χ. χημικοθεραπευτικά, χρήση ΜΑΠ, ειδικοί θάλαμοι), σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p = 0,038$).
- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ενημερώνονται στον χώρο εργασίας τους για ασθένειες που οφείλονται σε βακτήρια, μύκητες, ενδοτοξίνες, ιούς, σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p = 0,031$).
- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ενημερώνονται για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων, σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p = 0,016$).
- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ενημερώνονται για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων (μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά, φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενέργεια), σε σχέση με τους νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p = 0,016$).
- Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος καταγράφεται στο ειδικό

βιβλίο αναφοράς, σε σχέση με τους νοσηλευτές τεχνολογικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,002$).

3. Ερευνητική υπόθεση 3

H0: Ο τρόπος οργάνωσης μιας νοσηλευτικής μονάδας νεφρού επηρεάζει την πρόκληση ατυχήματος

H1: Ο τρόπος οργάνωσης μιας νοσηλευτικής μονάδας νεφρού δεν επηρεάζει την πρόκληση ατυχήματος

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην ικανοποίηση από τον τρόπο οργάνωσης και τον συντονισμό της εργασίας στη MTN και της πρόκλησης εργατικού ατυχήματος.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην ικανοποίηση από τον τρόπο οργάνωσης και τον συντονισμό της εργασίας στη MTN και της πρόκλησης εργατικού ατυχήματος

	35) Ικανοποίηση από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας στη MTN					Τιμή p (p value)
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα	
1) Ο χώρος της μονάδας είναι:						<0,001^α
Πλήρης	11 (78,6)	7 (41,2)	11 (35,5)	9 (20,5)	1 (12,5)	
Επαρκής	3 (21,4)	5 (29,4)	13 (41,9)	20 (45,5)	4 (50,0)	
Περιορισμένος	0 (0,0)	5 (29,4)	7 (22,6)	15 (34,1)	3 (37,5)	
3) Στην MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλή						<0,001^α

περιοχές ή σημεία;						
Ποτέ	1 (7,1)	1 (5,9)	0 (0,0)	3 (6,8)	4 (50,0)	
Σπανίως	1 (7,1)	3 (17,6)	16 (51,6)	23 (52,3)	1 (12,5)	
Συχνά	2 (14,3)	11 (64,7)	13 (41,9)	15 (34,1)	0 (0,0)	
Σχεδόν πάντα	3 (21,4)	2 (11,8)	2 (6,5)	1 (2,3)	2 (25,0)	
Πάντα	7 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,5)	1 (12,5)	
4) Θεωρείτε ότι τα μηχανήματα και τα λοιπά έπιπλα στη μονάδα είναι τα κατάλληλα και δεν προκαλούν προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων σας						<0,001^α
Ποτέ	3 (21,4)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	
Σπανίως	4 (28,6)	5 (29,4)	4 (12,9)	5 (11,4)	0 (0,0)	
Συχνά	4 (28,6)	8 (47,1)	23 (74,2)	16 (36,4)	2 (25,0)	
Σχεδόν πάντα	2 (14,3)	3 (17,6)	4 (12,9)	17 (38,6)	2 (25,0)	
Πάντα	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (11,4)	4 (50,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^α Έλεγχος χ^2 για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της ικανοποίησης από τον τρόπο οργάνωσης και τον συντονισμό της εργασίας στη MTN και των διαφόρων παραγόντων που προκαλούν εργατικό ατύχημα.

- Οι νοσηλευτές που ήταν πάντα ικανοποιημένοι από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας στη MTN ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ο χώρος της μονάδας ήταν επαρκής ($p < 0,001$), σε σχέση με τους νοσηλευτές που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι.
- Οι νοσηλευτές που ήταν σχεδόν πάντα/πάντα ικανοποιημένοι από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας στη MTN ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ποτέ/σπανίως στην MTN που εργάζονταν μπορούσαν να διακρίνουν μη ασφαλείς περιοχές ή σημεία ($p < 0,001$), σε σχέση με τους νοσηλευτές που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι
- Οι νοσηλευτές που ήταν πάντα ικανοποιημένοι από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας στη MTN ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι σχεδόν πάντα θεωρούσαν ότι τα μηχανήματα και τα λοιπά έπιπλα στη μονάδα ήταν τα κατάλληλα και δεν προκαλούν προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων τους ($p < 0,001$), σε σχέση με τους νοσηλευτές που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι.

4. Ερευνητική υπόθεση 4

H0: Ο φορέας εργασίας (δημόσιος-ιδιωτικός) επηρεάζει την ύπαρξη επαγγελματικού κινδύνου και αυξάνει ή μειώνει την πιθανότητα για πρόκληση εργατικού ατυχήματος

H1: Ο φορέας εργασίας (δημόσιος-ιδιωτικός) δεν επηρεάζει την ύπαρξη εργατικού ατυχήματος και συνεπώς την πιθανότητα πρόκλησης ατυχήματος.

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στον φορέα εργασίας και της πρόκλησης εργατικού ατυχήματος.

Πίνακας 11: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στον φορέα εργασίας και της πρόκλησης εργατικού ατυχήματος

	Φορέας εργασίας		Τιμή p (p value)
	Δημόσια Κλινική	Ιδιωτική κλινική	
3) Στην MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλής περιοχές ή σημεία;			0,228 ^a
Ποτέ	4 (9,3)	5 (7,0)	
Σπανίως	16 (37,2)	28 (39,4)	
Συχνά	20 (46,5)	21 (29,6)	
Σχεδόν πάντα	1 (2,3)	9 (12,7)	
Πάντα	2 (4,7)	8 (11,3)	
4) Θεωρείτε ότι τα μηχανήματα και τα λοιπά έπιπλα στη μονάδα είναι τα κατάλληλα και δεν προκαλούν προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων σας			0,618 ^a
Ποτέ	0 (0,0)	5 (7,0)	
Σπανίως	6 (14,0)	12 (16,9)	
Συχνά	29 (67,4)	24 (33,8)	
Σχεδόν πάντα	5 (11,6)	23 (32,4)	
Πάντα	3 (7,0)	7 (9,9)	
5) Μπορείτε να εντοπίσετε εύκολα τις εξόδους κινδύνου στη MTN;			0,088 ^a
Ποτέ	4 (9,3)	9 (12,7)	

Σπανίως	10 (23,3)	5 (7,0)	
Συχνά	7 (16,3)	6 (8,5)	
Σχεδόν πάντα	6 (14,0)	12 (16,9)	
Πάντα	16 (37,2)	39 (54,9)	
9) Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ραδιενεργά απόβλητα;			0,035^a
Ποτέ	18 (41,9)	46 (64,8)	
Σπανίως	16 (37,2)	19 (26,8)	
Συχνά	7 (16,3)	2 (2,8)	
Σχεδόν πάντα	1 (2,3)	4 (5,6)	
Πάντα	1 (2,3)	0 (0,0)	
10) Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ακτίνες χ;			<0,001^a
Ποτέ	3 (7,0)	1 (1,4)	
Σπανίως	1 (2,3)	2 (2,8)	
Συχνά	4 (9,3)	2 (2,8)	
Σχεδόν πάντα	23 (53,5)	12 (16,9)	
Πάντα	12 (27,9)	54 (76,1)	

11) Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών			0,445 ^α
Ποτέ	9 (20,9)	17 (23,9)	
Σπανίως	6 (14,0)	15 (21,1)	
Συχνά	15 (34,9)	9 (12,7)	
Σχεδόν πάντα	9 (20,9)	7 (9,9)	
Πάντα	4 (9,3)	23 (32,4)	
13) Τα απορρίμματα των χημικών ουσιών τα τοποθετείτε σε κατάλληλους κάδους;			0,272 ^α
Ποτέ	2 (4,7)	9 (12,7)	
Σπανίως	6 (14,0)	2 (2,8)	
Συχνά	6 (14,0)	5 (7,0)	
Σχεδόν πάντα	16 (37,2)	16 (22,5)	
Πάντα	13 (30,2)	39 (54,9)	
18) Όταν πέφτει αίμα στο πάτωμα λαμβάνουν χώρα συγκεκριμένες και γνωστές διαδικασίες;			0,141 ^α
Ποτέ	2 (4,7)	3 (4,2)	
Σπανίως	12 (27,9)	11 (15,5)	
Συχνά	8 (18,6)	16 (22,5)	

Σχεδόν πάντα	10 (23,3)	13 (18,3)	
Πάντα	11 (25,6)	28 (39,4)	
19) Γίνεται καλή απολύμανση των επιφανειών εργασίας και των πάγκων			0,576 ^a
Ποτέ	2 (4,7)	5 (7,0)	
Σπανίως	3 (7,0)	9 (12,7)	
Συχνά	10 (23,3)	16 (22,5)	
Σχεδόν πάντα	16 (37,2)	18 (25,4)	
Πάντα	12 (27,9)	23 (32,4)	
25) Τα απόβλητα ανακυκλώνονται όπου είναι δυνατόν			0,187 ^a
Ποτέ	2 (4,7)	11 (15,5)	
Σπανίως	3 (7,0)	5 (7,0)	
Συχνά	17 (39,5)	5 (7,0)	
Σχεδόν πάντα	16 (37,2)	17 (23,9)	
Πάντα	5 (11,6)	33 (46,5)	
27) Οι διαδικασίες μεταφοράς των αποβλήτων γίνονται σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες;			0,682 ^a
Ποτέ	1 (2,3)	6 (8,5)	
Σπανίως	1 (2,3)	9 (12,7)	

Συχνά	20 (46,5)	10 (14,1)	
Σχεδόν πάντα	13 (30,2)	21 (29,6)	
Πάντα	8 (18,6)	25 (35,2)	
29) Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας			0,186 ^a
Ποτέ	10 (23,3)	16 (22,5)	
Σπανίως	6 (14,0)	9 (12,7)	
Συχνά	13 (30,2)	12 (16,9)	
Σχεδόν πάντα	11 (25,6)	16 (22,5)	
Πάντα	3 (7,0)	18 (25,4)	
34) Η MTN που εργάζεστε επωφελείται από την ύπαρξη ή την επίσκεψη υγειονομικού υπευθύνου που σχετίζεται με την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας σας (π.χ. γιατρός εργασίας, νοσηλεύτη, τεχνικό ασφάλειας);			0,029^a
Ποτέ	8 (18,6)	14 (19,7)	
Σπανίως	13 (30,2)	9 (12,7)	
Συχνά	13 (30,2)	13 (18,3)	
Σχεδόν πάντα	5 (11,6)	18 (25,4)	
Πάντα	4 (9,3)	17 (23,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ του φορέα εργασίας των νοσηλευτών της MTN και διαφόρων παραγόντων που αντανακλούν νοσηλευτικές ενέργειες που μπορούν να προκαλέσουν εργατικό ατύχημα.

- Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ιδιωτική κλινική ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι ποτέ/σπανίως εκτίθονταν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε ραδιενεργά απόβλητα, σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια κλινική ($p=0,035$).
- Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ιδιωτική κλινική ανέφεραν σε μικρότερο ποσοστό ότι ποτέ/σπανίως εκτίθονταν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε ακτίνες X, σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια κλινική ($p < 0,001$).
- Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ιδιωτική κλινική ανέφεραν σε μικρότερο ποσοστό ότι Η MTN που εργάζονται ποτέ/σπανίως επωφελείται από την ύπαρξη ή την επίσκεψη υγειονομικού υπευθύνου που σχετίζεται με την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας σας (π.χ. γιατρός εργασίας, νοσηλευτή, τεχνικό ασφάλειας), σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια κλινική ($p=0,029$).

4.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ικανοποίηση από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας

Ερευνητική υπόθεση 5

H0: Τα μέτρα προστασίας περι υγιεινής και ασφάλειας που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής νεφρού επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών ως προς το συντονισμό των ενεργειών τους, συνεπώς και την αποφυγή πρόκλησης εργατικού ατυχήματος,

H1: Το μέτρα προστασίας περι υγιεινής και ασφάλειας που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής νεφρού δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών ως προς το συντονισμό των ενεργειών του, συνεπώς και την αποφυγή πρόκλησης εργατικού ατυχήματος

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην ικανοποίηση από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της μελέτης αλλά και άλλων χαρακτηριστικών όπως τα μέτρα ατομικής προστασίας, προστασίας από τα χημικά υλικά, από τα βιολογικά υλικά, με τη διαδικασία απόρριψης αιχμηρών και με την αναγνώριση διαχωρισμού των αποβλήτων και με τον εξοπλισμό.

Πίνακας 12: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην ικανοποίηση από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της μελέτης αλλά και άλλων χαρακτηριστικών

	Μέση βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p (p value)
Κλινική που εργάζεστε		0,693 ^α
Δημόσια	3,2 (0,9)	
Ιδιωτική	3,1 (1,3)	
Φύλο		0,750 ^α
Άντρας	3,1 (1,2)	
Γυναίκα	3,2 (1,1)	
Ηλικία		0,227 ^β
20-25	3,5 (1,3)	
26-35	3,1 (1,1)	
36-45	2,9 (1,2)	
46-50	3,5 (1,2)	

50 και άνω	3,7 (0,5)	
Έτη προϋπηρεσίας στη μονάδα νεφρού		0,282 ^β
Λιγότερο από 1	3,3 (0,9)	
2-10	3,2 (1,2)	
11-20	2,8 (1,2)	
21-30	3,7 (1,0)	
30 και άνω	3,5 (0,6)	
Εκπαίδευση		0,199^β
ΠΕ	2,9 (1,1)	
ΤΕ	3,3 (1,2)	
ΔΕ	3,3 (0,9)	
Καθεστώς απασχόλησης		0,045^α
Μερικής απασχόλησης	3,7 (0,5)	
Πλήρης απασχόληση (5 ημέρες /εβδομάδα)	3,1 (1,2)	
Θεωρώ ότι ο φόρτος εργασίας/ βάρδια είναι		0,340 ^α
Μεσαίος	3,2 (1,1)	
Μεγάλος	3,0 (1,2)	

11) Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών		0,003^β
Ποτέ	2,5 (1,1)	
Σπανίως	3,0 (1,2)	
Συχνά	3,2 (0,9)	
Σχεδόν πάντα	3,6 (1,1)	
Πάντα	3,5 (1,1)	
12) Κατά τη χρήση υλικών αποστείρωσης, διαλυτών που χρησιμοποιείτε στη μονάδα(κιτρικά, χλωρίνες και άλλα υλικά για την αποστείρωση των μηχανημάτων), λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας;		<0,001^β
Ποτέ	2,3 (1,0)	
Σπανίως	2,7 (1,0)	
Συχνά	3,0 (1,1)	
Σχεδόν πάντα	3,6 (0,9)	
Πάντα	3,6 (1,1)	
16) Κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ);		<0,001^β

Ποτέ	1,9 (0,8)	
Σπανίως	2,4 (0,9)	
Συχνά	2,9 (1,1)	
Σχεδόν πάντα	3,3 (0,9)	
Πάντα	3,8 (1,0)	
17) Απορρίπτετε τις βελόνες αμέσως , χωρίς να την αποσυνδέετε από τη σύριγγα και χωρίς να καλύπτετε με το καπάκι της στο ειδικό σκληρό δοχείο των αιχμηρών;		0,033^β
Ποτέ	2,1 (1,4)	
Σπανίως	2,8 (1,4)	
Συχνά	3,1 (0,9)	
Σχεδόν πάντα	3,2 (1,0)	
Πάντα	3,4 (1,1)	
28) Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων(μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά , φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενέργεια);		<0,001^β
Ποτέ	1,8 (0,8)	
Σπανίως	2,7 (0,9)	
Συχνά	3,3 (0,8)	

Σχεδόν πάντα	3,0 (1,2)	
Πάντα	3,7 (1,0)	
33) Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας χρησιμοποιείτε τον απαραίτητο εξοπλισμό;		<0,001^β
Ποτέ	1,6 (0,5)	
Σπανίως	2,4 (0,9)	
Συχνά	2,7 (1,0)	
Σχεδόν πάντα	3,3 (1,00)	
Πάντα	3,8 (1,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση).

^α Έλεγχος t.

^β Ανάλυση διασποράς.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας και του καθεστώτος απασχόλησης των νοσηλευτών της MTN αλλά και άλλων χαρακτηριστικών όπως τα μέτρα ατομικής προστασίας, προστασίας από τα χημικά υλικά, από τα βιολογικά υλικά, με τη διαδικασία απόρριψης αιχμηρών και με την αναγνώριση διαχωρισμού των αποβλήτων και με τον εξοπλισμό:

- Οι νοσηλευτές μερικής απασχόλησης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης ($p = 0,045$).
- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα στη κλινική που βρίσκεται η μονάδα τεχνητού νεφρού που εργάζονται υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία

ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p=0,003$).

- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα κατά τη χρήση υλικών αποστείρωσης, διαλυτών που χρησιμοποιούν στη μονάδα λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα προστασίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p<0,001$).
- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p<0,001$).
- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα απορρίπτουν τις βελόνες αμέσως, χωρίς να την αποσυνδέσουν από τη σύριγγα και χωρίς να καλύπτουν με το καπάκι της στο ειδικό σκληρό δοχείο των αιχμηρών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p=0,033$).
- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα ενημερώνονται για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p<0,001$).
- Οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι συχνά/σχεδόν πάντα/πάντα κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους χρησιμοποιούν τον απαραίτητο εξοπλισμό είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας σε σχέση με τους υπόλοιπους ($p<0,001$).

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p<0,20$) μεταξύ της ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
16) Κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ);	0,217	0,043 έως 0,392	0,015
28) Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων(μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά , φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενέργεια);	0,174	0,024 έως 0,324	0,024
33) Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας χρησιμοποιείτε τον απαραίτητο εξοπλισμό;	0,283	0,086 έως 0,481	0,005

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι:

- Τα καλύτερα επίπεδα λήψης των κατάλληλων μέτρων προστασίας κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας.
- Τα καλύτερα επίπεδα ενημέρωσης για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας.
- Τα καλύτερα επίπεδα χρήσης του απαραίτητου εξοπλισμού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **35,6%** της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από την οργάνωση και το συντονισμό της εργασίας.

Να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν οι απόψεις και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών νεφρού για θέματα υγιεινής και ασφάλειας.

Σύμφωνα με τους Tounta Y, και Dermaks για να προστατέψουν οι νοσηλευτές την υγεία τους και να αναγνωρίζουν τα μέτρα ατομικής προστασίας θα πρέπει να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση, Η εκπαίδευση αυτή λαμβάνεται από τις σχολές τους και από την προσωπική τους ενασχόληση. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα διότι αποδείχτηκε ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είναι καλύτεροι γνώστες διαφόρων διαδικασιών όπως είναι η πτώση αίματος στο πάτωμα. Παράλληλα οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης φαίνεται να είναι καλύτεροι γνώστες συντονισμού και οργάνωσης εργασίας της μονάδας τεχνητού νεφρού.

Σε έρευνα των Κουλεντιανού και Κατσώρη , στα ελληνικά δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία δεν καταγράφονται συστηματικά τα εργατικά ατυχήματα. Αυτό δηλώνει έλλειψη οργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας. Στην παρούσα έρευνα υπάρχει δυσαναλογία απόψεων ως προς την ύπαρξη πρωτοκόλλων καταγραφής εργατικών ατυχημάτων Επίσης σύμφωνα με τους Δρίβας και Ζορμπά η ιατρική παρακολούθηση των εργαζομένων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον. Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν εάν υπάρχουν τα σχετικά έγγραφα και αν σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος εάν αυτό καταγράφεται και αν επίσης στην κλινική υπάρχει ιατρός εργασίας.

Επιπρόσθετα σύμφωνα με έρευνα του Κ. Κανελλόπουλου, η ενημέρωση των εργαζομένων περιλαμβάνει την ύπαρξη οδηγιών ασφαλείας, γενικής φύσεως όσο και ειδικής φύσεως ανάλογα με την θέση εργασίας του κάθε εργαζόμενου. Στην παρούσα έρευνα οι απόψεις των νοσηλευτών νεφρού δεν άφησε να εννοηθεί ότι τα συστήματα του ΕΣΥ διαθέτουν αναρτημένη ειδική σήμανση ασφαλείας.

Σε έρευνα του Φουντούκη και Θεοφανίδη οι τραυματισμοί από βελόνες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για εργατικό ατύχημα και συγκεκριμένα μετάδοσης μολυσματικού παράγοντα.

Σύμφωνα με τον Dexler Οι τραυματισμοί με τα αντικείμενα συμβαίνουν κατά ποσοστό 26% κατά το χειρισμό της βελόνας με τον ασθενή , κατά την απόρριψη συσκευής 23% κατά τον καθαρισμό των καροτσιών 10% σε σύγκρουση με συνάδελφο, και κατά τη φλεβοκέντηση ένα 6%. Η ανεπάρκεια άνετων και εύχρηστων νοσηλευτικών ιδρυμάτων δυσκολεύει τις νοσηλευτικές κινήσεις και αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης τέτοιου είδους ατυχήματος.

Στην παρούσα έρευνα αποδείχτηκε ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικού παράγοντα για τους νοσηλευτές νεφρού παρατηρείται στη μεταφορά των αποβλήτων. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται διότι ο νοσηλευτής νεφρού έρχεται πολλές φορές σε επαφή με πολλά μολυσματικά λόγω της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης.

Σύμφωνα με τους Βεολονάκη και σουρτζή Οι εργαζόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου εργάζονται κάτω από ευνοϊκές συνθήκες γιατί είναι απαραίτητες για τους νοσηλευόμενους. Όμως εργαζόμενοι που η θέση τους βρίσκεται σε πλυντήρια , μαγειρεία ή στους χώρους αποστείρωσης είναι εκτεθειμένη σε συνθήκες χαμηλής και υψηλής θερμοκρασίας ή σε συνθήκες υγρασίας. Η έκθεση σε τέτοιου είδους ακραίες συνθήκες μικροκλίματος προκαλούν θερμική καταπόνηση στον εργαζόμενο. Στην παρούσα έρευνα αποδείχτηκε ότι οι νοσηλευτές νεφρού σε γενικές γραμμές εργάζονται υπο ευνοϊκές συνθήκες χωρίς να υποβάλλονται σε περεταίρω ακτινοβολίες ακραίες θερμοκρασίες και κακό φωτισμό

Επιπλέον σύμφωνα με έρευνα των Ξυδέα και Κικεμένη οι νοσηλευτικές διαδικασίες που εφαρμόζει ένας νοσηλευτής νεφρού , η κακή στάση σώματος , ο ψυχολογικός φόρτος και ο φόρτος εργασίας μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα. Η άποψη αυτή δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα χωρίς βέβαια να υπάρχει ξεκάθαρη ερώτηση για μυοσκελετικούς πόνους αφού οι απόψεις των νοσηλευτών του δείγματος θεωρούν το φόρτο εργασίας μεσαίο με ικανοποιητικό βαθμό διαλλειμάτων. Αυτό ενδεχομένως να έχει να κάνει και με το γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας των νοσηλευτών δε ήταν ψηλός. Στην ίδια έρευνα υποστηρίζεται ότι ο νοσηλευτής νεφρολογίας αντιμετωπίζει την παλαιότητα του εξοπλισμού και την ακατάλληλη χωροταξική διαμόρφωση. Το δείγμα στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται δυσαρεστημένο από τα παραπάνω.

Το ξεχωριστό στοιχείο στην παρούσα μελέτη είναι ο διαχωρισμός για θέματα υγιεινής και ασφάλειας μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας κλινικής. Αναλυτικότερα στον έλεγχο για τη διάκριση ασφαλών περιοχών έγινε διάκριση μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής κλινικής όπου δε βρέθηκαν ιδιαίτερες διαφορές. Επίσης διάκριση πραγματοποιήθηκε για την ετήσια έκθεση της κλινικής εργασίας. Το μεγαλύτερο θετικό αποτέλεσμα ήταν από ιδιωτικές κλινικές. Καθώς και ως προς την άνεση του χώρου υπάρχει σημαντική διαφορά δημοσίων και ιδιωτικών κλινικών με το να υπερτερούν οι ιδιωτικές.

Σε γενικές γραμμές η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τις είδη υπάρχουσες μελέτες. Ιδιαιτερότητα φαίνεται να παρουσιάζει λόγω του εξειδικευμένου τμήματος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα , που είναι η μονάδα τεχνητού νεφρού. Η ιδιαιτερότητα των νοσηλευτών νεφρού είναι το θέμα της εργασιακής ρουτίνας που αποτελεί σημείο για περισσότερη διερεύνηση στο μέλλον. Γενικά οι νοσηλευτικές πρακτικές των

νοσηλευτών της MTN είναι συγκεκριμένες που τους κάνουν να ξεχωρίζουν από τους λοιπούς νοσηλευτές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ

Ο κλάδος της Υγείας απασχολεί μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας και αποτελεί σημαντικό τομέα της οικονομικής δραστηριότητας. Η ιδιομορφία της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και η άμεση σχέση με βιολογικούς κινδύνους λόγω της φύσης της εργασίας, αλλά και με το σύνολο σχεδόν των βλαπτικών παραγόντων που είναι δυνατόν να υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον, καθιστά το ενδιαφέρον για την υγεία και ασφάλεια των υγειονομικών εργαζομένων ζήτημα άμεσης προτεραιότητας.

Συνολικά στον κλάδο της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας εργάζονται 192.363 άτομα σύμφωνα με στοιχεία της τελευταίας απογραφής (Μάρτιος 2001). Οι περισσότεροι εργαζόμενοι (18,8%) ανήκουν στην ομάδα των «τεχνολόγων, τεχνικών, βοηθών και ασκούντων συναφή επαγγέλματα» και μάλιστα ποσοστό 31,1% του συνόλου των γυναικών απασχολείται σε τέτοιου (Δαρατσιανού Μ)

Με βάση αυτές τις υποχρεώσεις σε κάθε νοσοκομείο πρέπει να λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα, με τα οποία θα εξασφαλίζεται η προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων. Η εφαρμογή των μέτρων πρέπει να γίνεται με βάση συγκεκριμένες γενικές αρχές πρόληψης (π.χ. αποφυγής των κινδύνων, καταπολέμησης στην πηγή τους, προσαρμογής της εργασίας στον άνθρωπο κ.λπ.). Στα μέτρα, που σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγονται την οικονομική επιβάρυνση των εργαζομένων, περιλαμβάνονται δραστηριότητες πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων, ενημέρωσης και κατάρτισης, δημιουργίας της απαραίτητης οργάνωσης και παροχής των αναγκαίων μέσων. Στη συνέχεια θα επισημανθούν οι βασικότερες υποχρεώσεις των εργοδοτών (δηλαδή των διοικήσεων των νοσοκομείων) και των εργαζομένων για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία(ΕΛΙΝΥΑΕ 2013)

Σύμφωνα με το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια στη εργασία στην Ελλάδα (το μεγαλύτερο μέρος του οποίου προκύπτει από την ενσωμάτωση στο εθνικό δίκτυο και των κατευθυντήριων οδηγιών της ΕΕ) τα όργανα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας σε επίπεδο επιχείρησης, δηλαδή σε πρωτοβάθμιο επίπεδο , είναι τα εξής:

Γιατρός εργασίας

Τεχνικός ασφάλειας

Επιτροπή υγείας και ασφάλειας εργαζομένων

Η αδυναμία διαχείρισης της επαγγελματικής νοσηρότητας, τόσο στο επίπεδο διάγνωσης όσο και σε αυτό της αναγνώρισης και καταγραφής της από τους αρμόδιους, ασφαλιστικούς φορείς σε συνάρτηση με την παντελής απουσία

κατάλληλων δημόσιων υποδομών , εκτίμησης και πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων, δυναμιτίζουν το έργο της ιατρικής εργασίας. Έτσι κάθε προσπάθεια παροχής υπηρεσιών ιατρικής της εργασίας , οδηγείται στην καλύτερη περίπτωση , στην ονομαστική/τυπική των νομοθετικών υποχρεώσεων του εργοδότη, με ότι συνεπάγεται για τη διαφύλαξη και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων. (ΕΛΙΝΥΑΕ)

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου . ο νοσηλευτής οφείλει να εφαρμόζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές πρακτικές και τις ενέργειες της δημόσιας υγείας με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας των ατόμων μέσα στο χώρο απασχόλησης. (Νικολούδη, Μερκουράκη Π).

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Όταν εξετάζονται οι κίνδυνοι τραυματισμού από βελόνες, ο προσδιορισμός όλων των εργαζομένων οι οποίοι ενδέχεται να απειλούνται από αυτούς είναι καθοριστικής σημασίας.

Το νοσηλευτικό και το λοιπό ιατρικό προσωπικό μπορεί να διατρέχει τον υψηλότερο κίνδυνο, αλλά οι καθαριστές, οι εργαζόμενοι σε πλυντήρια και άλλοι, όπως οι τεχνικοί εργαστηρίων και οι σπουδαστές, ενδέχεται να διατρέχουν επίσης κίνδυνο. Όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να ερωτούνται εάν έρχονται σε επαφή με αιχμηρά αντικείμενα κατά την εργασία τους.

Μολονότι είναι δύσκολο να εξαλειφθεί ο κίνδυνος μετάδοσης παθογόνων παραγόντων μέσω του αίματος λόγω τραυματισμών από βελόνες, ιδίως σε ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν πολλά μέτρα τα οποία μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο. Τα εν λόγω μέτρα πρέπει να εξετάζουν πρώτα τα μέσα συλλογικής πρόληψης, για παράδειγμα την παροχή συρίγγων με ανασυρόμενες βελόνες. Η ατομική προστασία (π.χ. γάντια) είναι η ύστατη λύση, όταν ο κίνδυνος δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί επαρκώς με άλλα μέσα. Ο εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β είναι μια δυνατότητα¹¹, αλλά δεν εμποδίζει τη μετάδοση άλλων παθογόνων παραγόντων που μεταδίδονται μέσω του αίματος.(Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (Βελονάκη, Σουρτζη 2009)

Συνοψίζοντας τα παραπάνω συμπεράσματα, και αναλύοντας τα με γνώμονα τις ερευνητικές κατευθύνσεις και τους ερευνητικούς στόχους και ερωτήματα που θέσαμε, μπορούμε να καταλήξουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

Αρχικά διαπιστώνουμε ότι τα επίπεδο προστασίας των νοσηλευτών κατά την διάρκεια της εργασίας τους βρίσκονται σε σχετικά υψηλό επίπεδο. Αναλύοντας όλους τους παράγοντες κινδύνου καταλήγουμε ότι οι νοσηλευτές εφαρμόζουν τα

απαραίτητα μέτρα ατομική προστασίας για την αντίστοιχη μείωση των τραυματισμών και των καταστάσεων που θα τους εκθέσουν σε κίνδυνο. Πέρα αυτών παρατηρούμε ότι εφαρμόζονται οι κανόνες υγιεινής και ασφαλείας σε μεγάλο βαθμό στα ελληνικά νοσοκομεία για αυτόν τον σκοπό.

Βέβαια παρατηρήθηκαν ορισμένες διαφοροποιήσεις αναφορικά με την παραπάνω εφαρμογή των μέτρων ατομική προστασίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών κλινικών χωρίς ωστόσο να μπορούμε να καταλήξουμε σε σαφή στατιστικά αποδεκτά αποτελέσματα πει του παραπάνω.

Ένας από τους παράγοντες που κρίνεται ως σημαντικός σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιαίτερα δε στις μονάδες τεχνητού νεφρού είναι ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλείων. Το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των μονάδων τεχνητού νεφρού βρέθηκε ικανοποιητικά εκπαιδευμένο περί των παραπάνω διαδικασιών και των επαγγελματικών κινδύνων που αντιμετωπίζουν κατά την διάρκεια της εργασίας τους. Επιπλέον σε ιδιαίτερα υψηλά κυμαίνεται το επίπεδο της εκπαίδευσης μερί των μέτρων υγιεινής και αφέλειας καθώς επίσης και την χρήση του προστατευτικού εξοπλισμού για την μείωση ή εξάλειψη του κινδύνου έκθεσης σε παρεμφερείς κινδύνους.

Τα επίπεδα της εκπαίδευσης σε θέματα υγιεινής και ασφαλείας μπορούν να «φανούν» από την τήρηση των αναγκαίων πρωτοκόλλων και φορμών που τηρούνται από τα νοσοκομεία. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση μεταξύ την τήρησης πρωτοκόλλων και φορμών τόσο μ

μεταξύ των νοσηλευτών πανεπιστημιακής, δευτεροβάθμιας, και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.. Οι παραπάνω διαφορές στην εκπαίδευση μπορούν να αναλυθούν αν αναλογιστούμε την διαφορετικότητα στα καθήκοντα μεταξύ του νοσηλευτή δευτεροβάθμιας και του νοσηλευτή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Συμπερασματικά, τα επίπεδα ακολουθούσης των πρωτοκόλλων κατά την πρόκληση εργατικών ατυχημάτων φαίνονται να τηρούνται σε υψηλό επίπεδο. Οι τυχόντες κίνδυνοι στους οποίους ενδέχεται να εκτεθούν οι εργαζόμενοι φαίνεται να προσδιορίζονται συνεχώς με τα αντίστοιχα πρωτόκολλα να συγκεκριμενοποιούν εκείνο το στοχευόμενο έλεγχο για την εξαγωγή των αντίστοιχων συμπερασμάτων

Όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση ο σύγχρονος τρόπος που είναι οργανωμένη μια μονάδα νεφρού είναι σε γενικές γραμμές ικανοποιητική. Αυτό που παρατηρείται όμως από τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι η έλλειψη της σήμανσης των μη ασφαλών περιοχών ώστε να μπορούν να διακριθούν εύκολα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η σήμανση των επικίνδυνων περιοχών αποτελεί βασικό παράγοντα στην οργάνωση μιας μονάδας τεχνητού νεφρού γι αυτό και είναι ιδιαίτερα απαραίτητη. Μπορεί πολύ εύκολα στο χώρο μιας κλινικής να προκληθεί εργατικό ατύχημα από τη συγκεκριμένη παράβλεψη. Π. χ η μη ένδειξη ότι το πάτωμα είναι ολισθηρό ή η μη ένδειξη ότι ένα καρότσι μεταφέρει μολυσματικά. Από την παραπάνω σύγκριση που αφορά τον τρόπο οργάνωσης μιας κλινικής είναι πιο προσεγμένες στο χώρο οργάνωσης μιας μονάδας νεφρού.

Σημαντικό ρόλο ως προς τη γνώση των θεμάτων υγιεινής και ασφάλειας παίζει στο εάν οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι και άρτια εκπαιδευμένοι πάνω σε τέτοιου είδους θέματα. Εξαιρετικά ενδιαφέρον από τη στατιστική ανάλυση είναι η γνώση ύπαρξης ΜΑΠ και την άμεση συσχέτιση με αυτό με την ερώτηση που

πραγματοποιήθηκε περί εκπαίδευσης σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Άρα από τους φυσικούς παράγοντες κινδύνου το σημαντικότερο που μπορεί να προκαλέσει εργατικό ατύχημα είναι η ύπαρξη και η χρήση ΜΑΠ που η γνώση 'ύπαρξης της σχετίζεται άμεσα με την εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας . όπως αναφέρθηκε λοιπόν οι λοιποί κίνδυνοι είναι αμελητέοι.

Όσον αφορά τους χημικούς παράγοντες κινδύνου οι περισσότεροι νοσηλευτές νεφρού είναι αρκετά ενημερωμένοι και ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε αυτά που πρέπει. Ως προς την ενημέρωση και τη σωστή χρήση των χημικών διακρίνεται μι μικρή υπεροχή στους τελειόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης χωρίς βέβαια αυτό να είναι ιδιαίτερα στατιστικά σημαντικό.

Για τους βιολογικούς παράγοντες δεν υπάρχει κάτι ιδιαίτερο που να προκαλεί εντύπωση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι προσεκτικό σε ότι αφορά τα βιολογικά υγρά, τον εμβολιασμό και προσεκτικό ως προς τη διαχείριση των αιχμηρών αντικειμένων. Και οι περισσότεροι ενημερωμένοι ως προς τη μετάδοση των αιματογενώς νοσημάτων

Για τη διαχείριση των αποβλήτων φαίνεται ότι οι ιδιωτικές κλινικές πραγματοποιούν καλύτερη διαχείριση και αυτό που προκαλεί ενδιαφέρον είναι ότι παρατηρώντας συγκριτικά τις απαντήσεις των νοσηλευτών η μεταφορά τω αποβλήτων αποτελεί έναν από τους βασικότερους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στις μονάδες και γι αυτό πρέπει να τηρούνται οι κατάλληλες διαδικασίες (τα κατάλληλα καρότσια για τη μεταφορά – και όπως προαναφέρθηκε – η ειδική σήμανση στα καρότσια και η χρήση μέτρων ατομικής προστασίας)

Για τον παράγοντα εργασία και εργασιακές σχέσεις παρατηρείται μια ισχυρή δυσαναλογία ως προς τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτική και σε δημόσια κλινική. Συγκεκριμένα οι περισσότεροι νοσηλευτές απαντούν « πάντα» στην ετήσια έκθεση πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας και μόνο το 7% των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιες απαντά θετικά. Άλλη μια ακόμα διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας κλινικής. Ως προς την ύπαρξη βιβλίου καταγραφής εργατικών ατυχημάτων, διχασμός υπάρχει και στις ιδιωτικές κλινικές αφού ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι πολλοί απαντούν 'πάντα' στην ύπαρξη βιβλίου αλλά και μεγάλο μέρος απαντά «ποτέ».το ίδιο ισχύει και για τα αρχεία επιθεώρησης, όπως αναλυτικά αναφέρεται και στη στατιστική ανάλυση, η ύπαρξη των συγκεκριμένων βιβλίων είτε υπάρχει είτε δεν υπάρχει οπότε στο σημείο αυτό πρέπει να συνεκτιμηθεί και η γνώση των νοσηλευτών ως προς την ύπαρξη των εγγράφων. Αυτό μπορεί να

εξαρτάται από τα χρόνια προϋπηρεσίας του νοσηλευτή στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ακόμα και από το ακαδημαϊκό επίπεδο. Εξετάζοντας με βάση αυτό φαίνεται να επικρατεί η θετική απάντηση από τους νοσηλευτές ΠΕ.

Για τις συνθήκες εργασίας και το επίπεδο ικανοποίησης παρατηρείται μια θετική εικόνα από τους νοσηλευτές με ικανοποιητικό το βαθμό ως προς τα διαλλείματα για

ξεκούραση. Συνεπώς και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών νεφρού δεν επηρεάζει την ύπαρξη επαγγελματικού κινδύνου και κατά συνέπεια την πρόκληση εργατικού ατυχήματος.

Τέλος διαπιστώνεται ο διχασμός ως προς τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας ανάμεσα στην δημόσια και ιδιωτική κλινική. Επίσης παρατηρείται μια υπεροχή των οργανωτικών παραγόντων ως σημαντικότερα παράγοντα κινδύνου. Επίσης η εκπαίδευση , η ενημέρωση , η γνώση και το ακαδημαϊκό υπόβαθρο φαίνεται να επηρεάζουν αρκετά αρνητικά τους παράγοντες κινδύνου , την αποτροπή της πρόκλησης του εργατικού ατυχήματος.

Εν κατακλείδι αξίζει να σημειωθεί ότι ο καλύτερος τρόπος αποτροπής ενός κινδύνου και συνεπώς ενός εργατικού ατυχήματος είναι η διαρκής ενημέρωση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΘΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Η φροντίδα υγείας των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας τους είναι σήμερα νομοθετικά κατοχυρωμένη σε όλες τις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, όπως και στη χώρα μας. Διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και ο ΔΟΕ αμέσως μετά το 2 Παγκόσμιο πόλεμο, αλλά και η Ευρωπαϊκή ένωση αργότερα έδειξαν ενδιαφέρον για την προστασία των εργαζομένων και νομοθέτησαν συγκεκριμένα μέτρα προστασίας για κάποιες κατηγορίες εργαζομένων, αλλά και για αρκετούς γνωστούς για τις επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία παράγοντες κινδύνου του εργασιακού περιβάλλοντος.

Στη χώρα μας η ψήφιση του νομοθετικού πλαισίου για την υγιεινή και ασφάλεια έγινε με την ψήφιση του νόμου (1568/85). Όλες οι επιχειρήσεις με περισσότερους από 50 εργαζόμενους υποχρεώθηκαν να εξασφαλίσουν για το προσωπικό τους, με δικές τους δαπάνες, υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας, χώρους, εγκαταστάσεις και γενικότερα όλα τα απαραίτητα μέσα για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων. Ο ίδιος ο νόμος ορίζει ότι οι εργαζόμενοι με τη θέληση τους μπορούν να δημιουργήσουν επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας (ΕΥΑΕ) που αποτελείται από εκπροσώπους των εργαζομένων και είναι συμβουλευτικό όργανο (Βελονάκης, Σουρτζή 2009)

Μέχρι πρόσφατα οι κανόνες στις εργασιακές σχέσεις ορίζονταν από νομοθετικές ρυθμίσεις και συλλογικές συμβάσεις εργασίας, τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες. Σταδιακά όμως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αλλαγή κανόνων και εργασιακών ρυθμίσεων στον κόσμο της εργασίας, που αναμένεται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο μέλλον της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων (Τζιαφέρη 2006)

Γενικότερα η σημερινή μορφή εργασίας έχει διαφοροποιηθεί από το παρελθόν για αυτό και εισάγονται νέα προβλήματα στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας. Οι αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και η αυξανόμενη τάση χρησιμοποίησης νέων μορφών απασχόλησης, η απασχόληση και η εργασία με σύμβαση έργου καθώς και η αλλαγή επαγγελμάτων. Οι νέες αυτές συνθήκες απαιτούν επανεξέταση του συστήματος υγείας και ασφάλειας και νέων πολιτικών στα νέα δεδομένα (Σπυρόπουλος 2000)

Το πρώτο νομοθέτημα που αφορά την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στην Ελλάδα είναι ο νόμος ΓΠΛΔ της 19/21 Νοεμβρίου 1911 « Περί υγιεινής και Ασφάλειας και περί ωρών εργασίας»(Ν.ΓΠΛΔ 1911)

Ακολουθεί το Π.Δ 34 της 14/3/1934 ‘ Περί υγιεινής και Ασφάλειας των εργατών και υπαλλήλων πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργαστηρίων, εργοστασίων κλπ.(Π.Δ.34 194)

Στη συνέχεια έχουμε μια σειρά από διατάγματα για εργασίες με ειδικούς κινδύνους όπως π.χ εργασίες συγκολλήσεων , συνεργεία αυτοκινήτων , πρέσες , ξυλουργεία , τυπογραφεία, οικοδομές , σήμανση στους χώρους εργασίας κ.α. το 1985 ψηφίζεται ο νόμος 1568/85 (ΦΕΚ/τΑ / 18-12-1985) « Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων». Και στη συνέχεια ακολουθούν και άλλα διατάγματα (Δημητρόπουλου , Μπαμπάτσικου 2007)

Ο νόμος αυτός 1568/85 εκσυγχρόνισε το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα και καθόρισε τις γενικές αρχές με τις οποίες συμμορφώνονται οι εξελίξεις στα θέματα αυτά τα τελευταία χρόνια .

Πιο συγκεκριμένα ο νόμος πλαίσιο για την Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων προβλέπει για όλους τους οικονομικούς κλάδους δραστηριότητας:

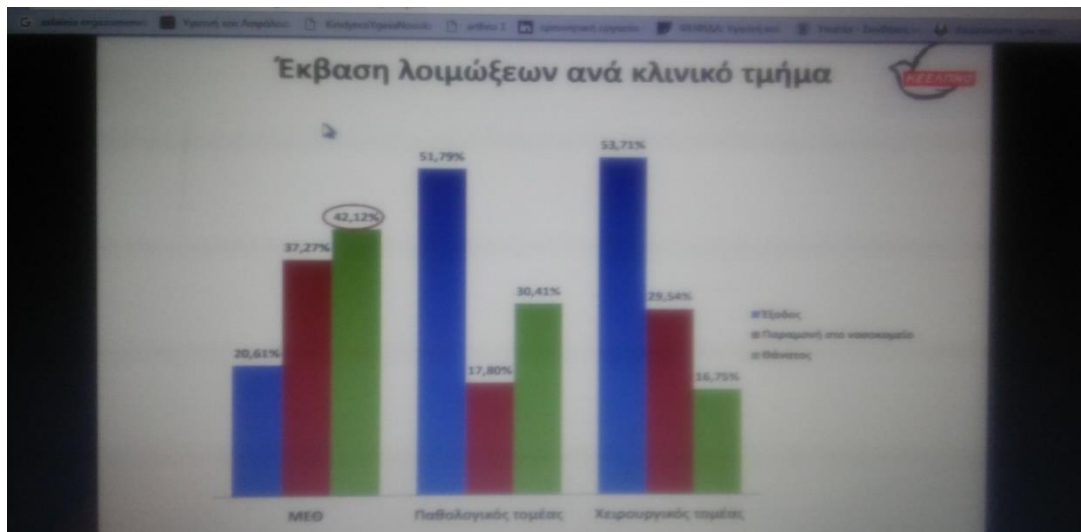
6. Οργάνωση βελτίωσης των συνθηκών εργασίας σε επίπεδο επιχειρήσεων με εκλογή επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων και απασχόληση τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας.
7. Όργανα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο με τη σύσταση του Ανώτατου Συμβουλίου Εργασίας(ΑΣΕ) του υπουργείου Εργασίας το οποίο είναι αρμόδιο να γνωμοδοτεί αποκλειστικά σε θέματα προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων και με τις αντίστοιχες νομαρχιακές επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας.
8. Πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου από μηχανές και κτηριακές εγκαταστάσεις
9. Προστασία των εργαζομένων από φυσικούς , χημικούς και βιολογικούς παράγοντες και
10. Επαναπροσδιορισμό των υποχρεώσεων και ευθυνών των εργοδοτών (Βελονάκης, Σουρτζή 2009)

Ο νόμος 1568/85 ήταν αυτός που άνοιξε το δρόμο για τη βελτίωση του συστήματος προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων στην Ελλάδα και αποτελεί έως σήμερα το πλαίσιο στο οποίο στηρίζονται όλες οι μεταγενέστερες νομοθετικές ρυθμίσεις (Βελονάκης, Σουρτζή 2009)

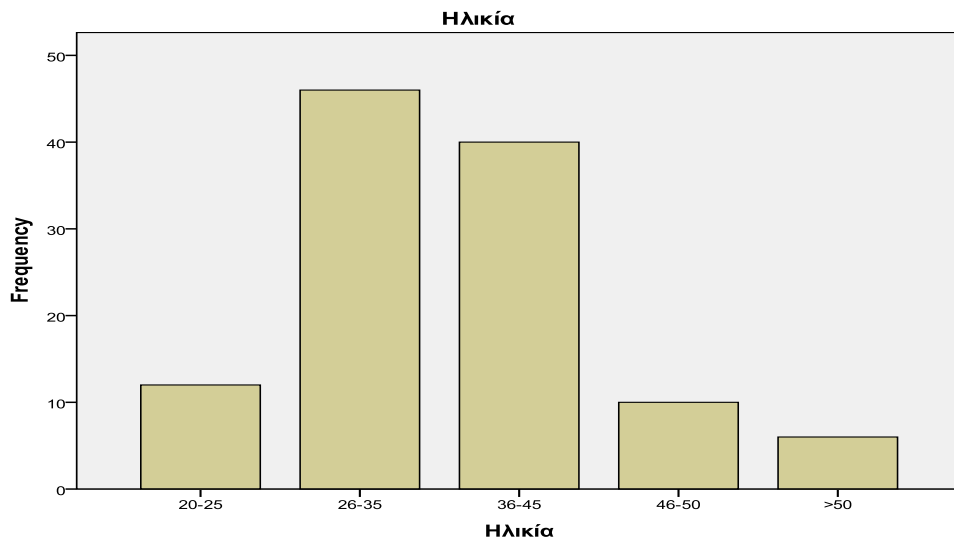
Τα πρόσφατα προεδρικά διατάγματα είναι το ΠΔ 16 Κ 17/96 με τα οποία συμμορφώθηκε η χώρα μας με την ευρωπαϊκή οδηγία όπου επεκτάθηκε η εφαρμογή της εως ισχύουσας νομοθεσίας σε όλες τις επιχειρήσεις , εγκαταστάσεις , εκμεταλλεύσεις και εργασίες του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (βιομηχανικές, γεωργικές , διοικητικές, εκπαιδευτικές , πολιτιστικές δραστηριότητες, δραστηριότητες παροχής υπηρεσιών, αναψυχής κλπ) (ΦΕΚ 10/Α/96 ΚΑΙ ΦΕΚ 11/Α/96)

Σύμφωνα με αυτά, ο εργοδότης προκειμένου να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του για παροχή υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας , μπορεί να επιλέξει μεταξύ των περιπτώσεων ανάθεσης των καθηκόντων του τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας , σε αρμόδιους εργαζομένους στην επιχείρηση ή σε ειδικούς εκτός επιχείρησης ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης ή συνδυασμό αυτών των δυνατοτήτων (ΠΔ95/99)

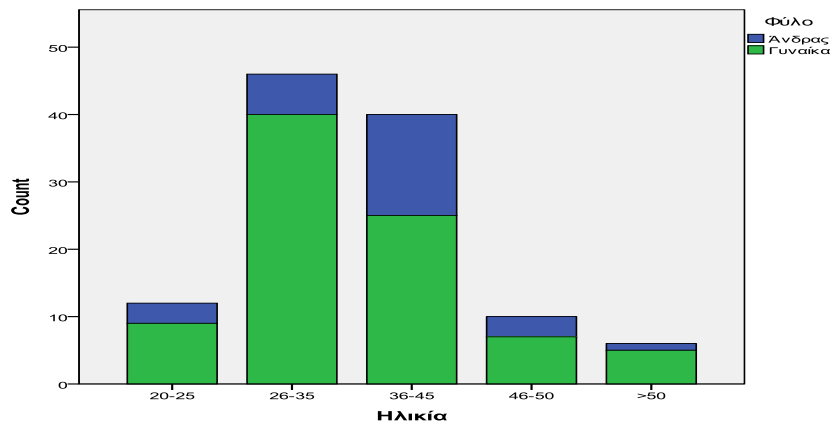
ΠΙΝΑΚΑΣ Α



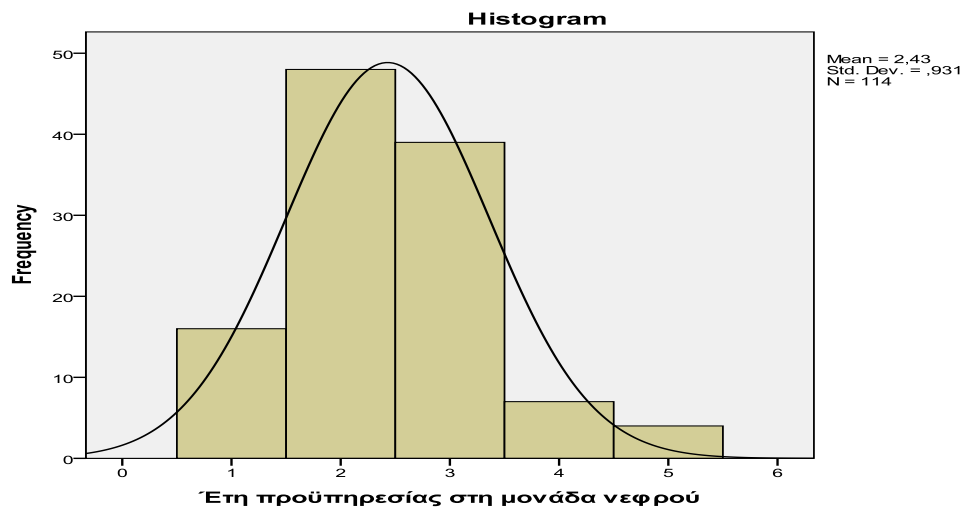
ΠΙΝΑΚΑΣ 1



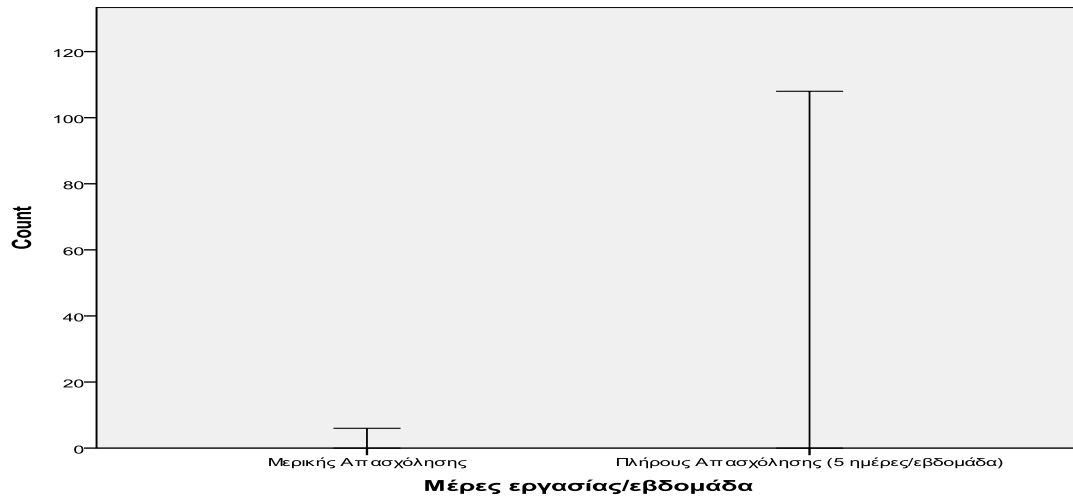
ΠΙΝΑΚΑΣ 2



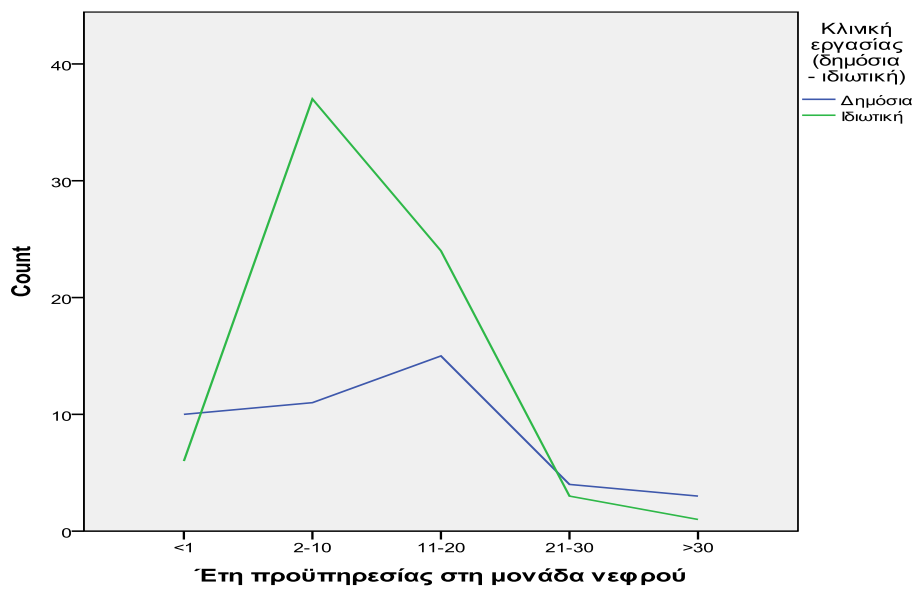
ΠΙΝΑΚΑΣ 3



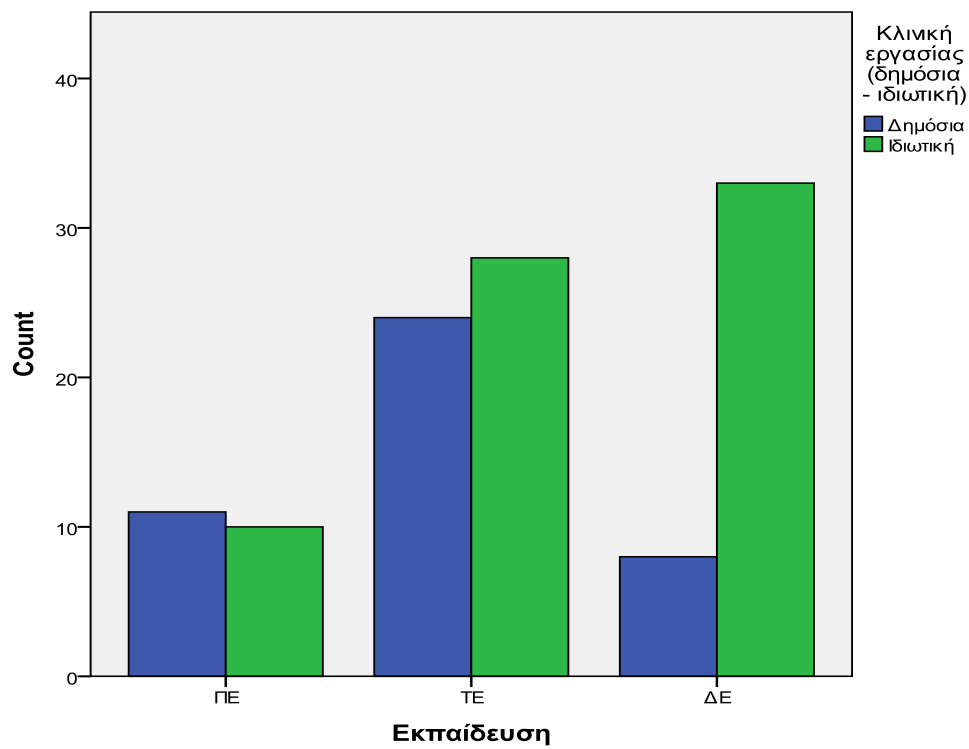
ΠΙΝΑΚΑΣ 4



ΠΙΝΑΚΑΣ 5



ΠΙΝΑΚΑΣ 6



Πίνακας 7

Χαρακτηριστικό	Περιορισμένος	Επαρκής	Πλήρης		
Χαρακτηριστικό	Πάντα	Σχεδόν πάντα	Συχνά	Σπανίως	Ποτέ
Ο χώρος της μονάδας είναι:	30 (26,3)	45 (39,5)	39 (34,2)		
Η μονάδα νεφρού είναι καθαρή	4 (3,5)	6 (5,3)	21 (18,4)	57 (50,0)	26 (22,8)
Στην MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλής περιοχές ή σημεία;	9 (7,9)	44 (38,6)	41 (36,0)	10 (8,8)	10 (8,8)
Θεωρείτε ότι τα μηχανήματα και τα λοιπά έπιπλα στη μονάδα είναι τα κατάλληλα και δεν προκαλούν προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων σας	5 (4,4)	18 (15,8)	53 (46,5)	28 (24,6)	10 (8,8)
Μπορείτε να εντοπίσετε εύκολα τις εξόδους κινδύνου στη MTN;	13 (11,4)	15 (13,2)	13 (11,4)	18 (15,8)	55 (48,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Πίνακας -8

Στοιχείο	Απαντήσεις				
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα
Ο φωτισμός στη μονάδα νεφρού είναι επαρκής	7 (6,1)	14 (12,3)	21 (18,4)	39 (34,2)	33 (28,9)
Θεωρείτε ότι η θερμοκρασία στη μονάδα σας είναι κατάλληλη ανάλογα	14 (12,3)	18 (15,8)	28 (24,6)	39 (34,2)	15 (13,2)

με την εποχή;					
Ο ενοχλητικός θόρυβος στη MTN είναι περιορισμένος	11 (9,6)	26 (22,8)	27 (23,7)	35 (30,7)	15 (13,2)
Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ραδιενεργά απόβλητα;	64 (56,1)	35 (30,7)	9 (7,9)	5 (4,4)	1 (0,9)
Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ακτίνες χ;	4 (3,5)	3 (2,6)	6 (5,3)	35 (30,7)	66 (57,9)
Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ), μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση;	26 (22,8)	21 (18,4)	24 (21,1)	16 (14,0)	27 (23,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Πίνακας 9

Στοιχείο	Απαντήσεις				
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα
Κατά τη χρήση υλικών αποστείρωσης, διαλυτών που χρησιμοποιείτε στη μονάδα(κιτρικά, γλωρίνες και άλλα υλικά για την αποστείρωση των μηχανημάτων), λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας;	15 (13,2)	15 (13,2)	34 (29,8)	20 (17,5)	30 (26,3)
Τα απορρίμματα των χημικών ουσιών τοποθετείτε σε κατάλληλους κάδους;	11 (9,6)	8 (7,0)	11 (9,6)	32 (28,1)	52 (45,6)
Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή χρήση χημικών ουσιών που χρησιμοποιείται στην μονάδα;	17 (14,9)	16 (14,0)	33 (28,9)	24 (21,1)	24 (21,1)

Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων (π.χ. χημικοθεραπευτικά, χρήση ΜΑΠ, ειδικοί θάλαμοι);	20 (17,5)	17 (14,9)	31 (27,2)	21 (18,4)	25 (21,9)
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Πίνακας 10

Στοιχείο	Απαντήσεις				
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα
Κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνετε τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ);	11 (9,6)	8 (7,0)	32 (28,1)	28 (24,6)	35 (30,7)
Απορρίπτετε τις βελόνες αμέσως, χωρίς να την αποσυνδέετε από τη σύριγγα και χωρίς να καλύπτετε με το καπάκι της στο ειδικό σκληρό δοχείο των αιχμηρών;	8 (7,0)	18 (15,8)	20 (17,5)	31 (27,2)	37 (32,5)
Όταν πέφτει αίμα στο πάτωμα λαμβάνουν χώρα συγκεκριμένες και γνωστές διαδικασίες;	5 (4,4)	23 (20,2)	24 (21,1)	23 (20,2)	39 (34,2)
Γίνεται καλή απολύμανση των επιφανειών εργασίας και των πάγκων;	7 (6,1)	12 (10,5)	26 (22,8)	34 (29,8)	35 (30,7)
Στον χώρο εργασίας σας ενημερώνεστε για ασθένειες που οφείλονται σε βακτήρια, μύκητες, ενδοτοξίνες, ιούς);	10 (8,8)	22 (19,3)	31 (27,2)	23 (20,2)	28 (24,6)
Στη μονάδα που εργάζεστε ενημερώνεστε για τον κίνδυνο μετάδοσης της (φυματίωσης, ηπατίτιδας, HIV);	14 (12,3)	14 (12,3)	31 (27,2)	26 (22,8)	29 (25,4)
Κάνετε τα απαραίτητα εμβόλια;	6 (5,3)	15 (13,2)	21 (18,4)	35 (30,7)	37 (32,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Πίνακας 11

Στοιχείο	Απαντήσεις				
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα
Ενημερώνεστε για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων;	12 (10,5)	12 (10,5)	36 (31,6)	21 (18,4)	33 (28,9)
Αναγνωρίζετε ποια απόβλητα είναι για ποιους κάδους στη μονάδα που εργάζεστε;	4 (3,5)	4 (3,5)	14 (12,3)	29 (25,4)	63 (55,3)
Τα απόβλητα ανακυκλώνονται όπου είναι δυνατόν	13 (11,4)	8 (7,0)	22 (19,3)	33 (28,9)	38 (33,3)
Υπάρχουν αρχεία, ειδικά έντυπα για τη διαχείριση των αποβλήτων;	13 (11,4)	16 (14,0)	17 (14,9)	22 (19,3)	46 (40,4)
Οι διαδικασίες μεταφοράς των αποβλήτων γίνονται σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες;	7 (6,1)	10 (8,8)	30 (26,3)	34 (29,8)	33 (28,9)
Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων(μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά , φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενέργεια);	14 (12,3)	12 (10,5)	27 (23,7)	21 (18,4)	40 (35,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Πίνακας 12

Στοιχείο	Απαντήσεις				
	Ποτέ	Σπανίως	Συχνά	Σχεδόν πάντα	Πάντα
Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας	26 (22,8)	15 (13,2)	25 (21,9)	27 (23,7)	21 (18,4)
Σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος καταγράφεται στο ειδικό βιβλίο αναφοράς;	25 (21,9)	18 (15,8)	15 (13,2)	18 (15,8)	38 (33,3)
Υπάρχουν αρχεία επιθεώρησης της εργασίας	24 (21,1)	17 (14,9)	22 (19,3)	28 (24,6)	23 (20,2)
Εκπαιδεύετε σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας σας;	16 (14,0)	19 (16,7)	28 (24,6)	25 (21,9)	26 (22,8)
Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας χρησιμοποιείτε τον απαραίτητο εξοπλισμό;	5 (4,4)	14 (12,3)	26 (22,8)	38 (33,3)	31 (27,2)
Η MTN που εργάζεστε επωφελείται από την ύπαρξη ή την επίσκεψη υγειονομικού υπευθύνου που σχετίζεται με την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας σας (π.χ. γιατρός εργασίας, νοσηλεύτη, τεχνικό ασφάλειας);	22 (19,3)	22 (19,3)	26 (22,8)	23 (20,2)	21 (18,4)
Η οργάνωση και ο συντονισμός της εργασίας σας , σας ικανοποιούν;	14 (12,3)	17 (14,9)	31 (27,2)	44 (38,6)	8 (7,0)
Είσατε ικανοποιημένος/η από την εργασία σας;	11 (9,6)	14 (12,3)	30 (26,3)	41 (36,0)	18 (15,8)

Σε δύσκολες περιπτώσεις (διαπροσωπικές σχέσεις, τεχνικές, προσωπικές) μπορείτε να εκφράσετε ελεύθερα την άποψη σας;	13 (11,4)	16 (14,0)	26 (22,8)	37 (32,5)	22 (19,3)
Το ωράριο εργασίας σας είναι σταθερό;	23 (20,2)	17 (14,9)	23 (20,2)	28 (24,6)	23 (20,2)
Προβλέπονται διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;	10 (8,8)	19 (16,7)	25 (21,9)	30 (26,3)	30 (26,3)

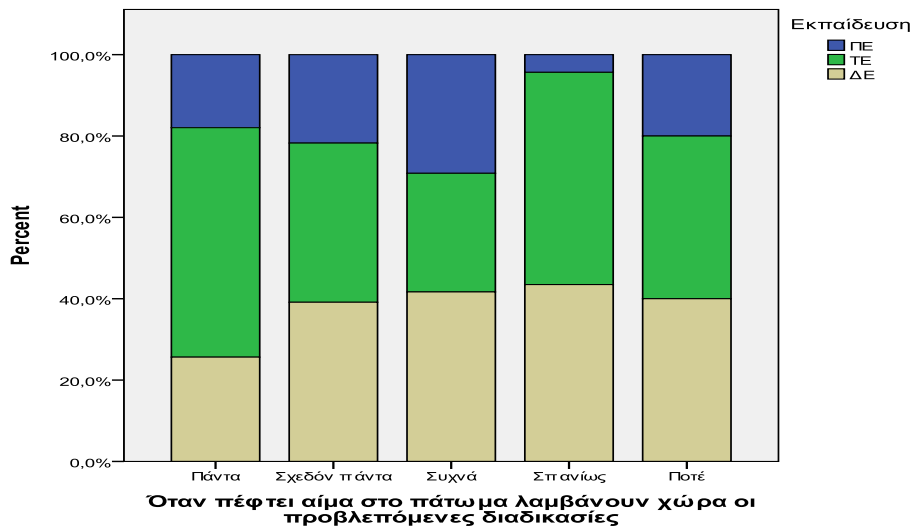
Πίνακας 13

Chi-Square Tests

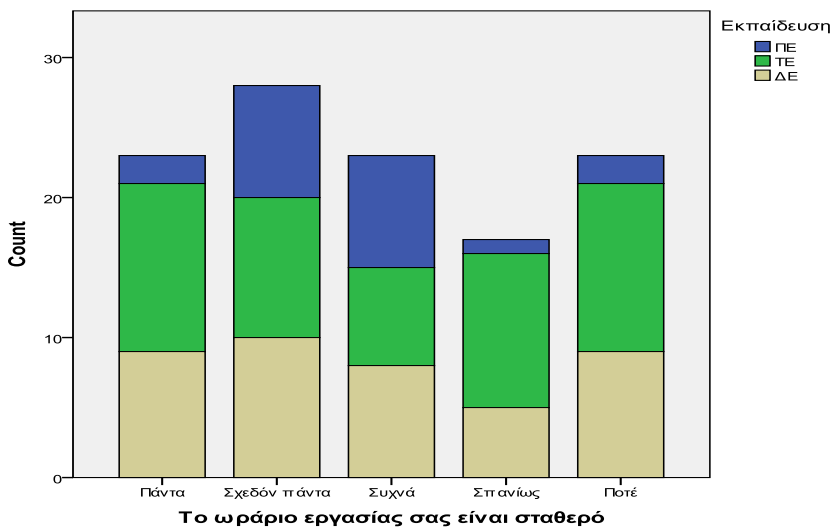
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,950 ^a	4	,139
Likelihood Ratio	7,718	4	,102
Linear-by-Linear Association	1,674	1	,196
N of Valid Cases	114		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

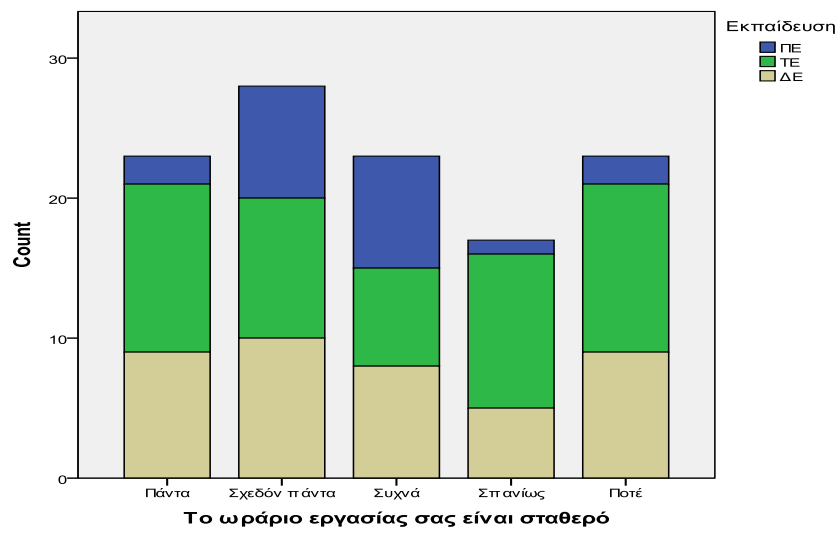
Πίνακας 14



Πίνακας 15



Πίνακας 16



Ερωτηματολόγιο

Έρευνα : Βελτιώνοντας τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας, η περίπτωση των νοσηλευτών της μονάδας τεχνητού νεφρού

Μέρος Α – Τρόπος οργάνωσης /διαμορφώσεως του χώρου της MTN (κυκλώστε μια απάντηση από τις παρακάτω)

- 1) Ο χώρος της μονάδας είναι:
 - ❖ Άνετος
 - ❖ Πλήρης
 - ❖ Επαρκής
 - ❖ Περιορισμένος
- 2) Η μονάδα νεφρού είναι καθαρή
 - ❖ Πάντα
 - ❖ Σχεδόν πάντα
 - ❖ Συχνά
 - ❖ Σπανίως
 - ❖ ποτέ
- 3) Στην MTN που εργάζεστε μπορείτε να διακρίνετε μη ασφαλή περιοχές ή σημεία?
 - ❖ Πάντα
 - ❖ Σχεδόν πάντα
 - ❖ Συχνά
 - ❖ Σπανίως
 - ❖ Ποτέ
- 4) Θεωρείτε ότι τα μηχανήματα και τα λοιπά έπιπλα στη μονάδα είναι τα κατάλληλα και δεν προκαλούν προβλήματα στην εκτέλεση των καθηκόντων σας
 - ❖ Πάντα
 - ❖ Σχεδόν πάντα
 - ❖ Συχνά
 - ❖ Σπανίως
 - ❖ Ποτέ
- 5) Μπορείτε να εντοπίσετε εύκολα τις εξόδους κινδύνου στη MTN?
 - ❖ Πάντα
 - ❖ Σχεδόν πάντα
 - ❖ Συχνά
 - ❖ Σπανίως

❖ Ποτέ

Μέρος Β – παράγοντες κινδύνου κατά περίπτωση-

(Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ένα από τα εξής

1. Πάντα 2.Σχεδόν πάντα 3. Συχνά 4. Σπανίως 5. Ποτέ)

B1- φυσικοί παράγοντες κινδύνου

6) Ο φωτισμός στη μονάδα νεφρού είναι επαρκής

1 2 3 4 5

7)Θεωρείτε ότι η θερμοκρασία στη μονάδα σας είναι κατάλληλη ανάλογα με την εποχή?

1 2 3 4 5

8) Ο ενοχλητικός θόρυβος στη MTN είναι περιορισμένος

1 2 3 4 5

9)Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ραδιενεργά απόβλητα?

1 2 3 4 5

10) Εκτίθεστε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας σε ακτίνες χ?

1 2 3 4 5

11) Υπάρχει στην κλινική που βρίσκεστε η μονάδα νεφρού που εργάζεστε ο κατάλληλος εξοπλισμός (ΜΑΠ) , μέτρα ατομικής προστασίας στην περίπτωση απελευθέρωσης επικίνδυνων υλικών

1 2 3 4 5

B2- Χημικοί παράγοντες κινδύνου

12) Κατά τη χρήση υλικών αποστείρωσης , διαλυτών που χρησιμοποιείτε στη μονάδα(κιτρικά, χλωρίνες και άλλα υλικά για την αποστείρωση των μηχανημάτων), λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας?

1 2 3 4 5

13) Τα απορρίμματα των χημικών ουσιών τα τοποθετείτε σε κατάλληλους κάδους?

1 2 3 4 5

14)Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή χρήση χημικών ουσιών που χρησιμοποιείται στην μονάδα?

1 2 3 4 5

15)Ενημερώνεστε και εκπαιδεύεστε για την ασφαλή προετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων? (π.χ χημικοθεραπευτικά, χρήση ΜΑΠ, ειδικοί θάλαμοι) ?

1 2 3 4 5

B3- Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου

16) Κατά τη διαχείριση βιολογικών υγρών λαμβάνεται τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ)?

1 2 3 4 5

17)Απορρίπτετε τις βελόνες αμέσως , χωρίς να την αποσυνδέετε από τη σύριγγα και χωρίς να καλύπτετε με το καπάκι της στο ειδικό σκληρό δοχείο των αιχμηρών?

1 2 3 4 5

18)Όταν πέφτει αίμα στο πάτωμα λαμβάνουν χώρα συγκεκριμένες και γνωστές διαδικασίες?

1 2 3 4 5

19) Γίνεται καλή απολύμανση των επιφανειών εργασίας και των πάγκων

1 2 3 4 5

20) Στον χώρο εργασίας σας ενημερώνεστε για ασθένειες που οφείλονται σε (**βακτήρια, μύκητες, ενδοτοξίνες, ιούς**)

1 2 3 4 5

21) Στη μονάδα που εργάζεστε ενημερώνεστε για τον κίνδυνο μετάδοσης της (**φυματίωσης, ηπατίτιδας, HIV**)

1 2 3 4 5

22) Κάνετε τα απαραίτητα εμβόλια?

1 2 3 4 5

B4- Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη διαχείριση αποβλήτων

23) ενημερώνεστε για τις διαδικασίες χειρισμού των αποβλήτων?

1 2 3 4 5

24) Αναγνωρίζετε ποια απόβλητα είναι για ποιους κάδους στη μονάδα που εργάζεστε?

1 2 3 4 5

25) Τα απόβλητα ανακυκλώνονται όπου είναι δυνατόν

1 2 3 4 5

26) Υπάρχουν αρχεία, ειδικά έντυπα για τη διαχείριση των αποβλήτων?

1 2 3 4 5

27) Οι διαδικασίες μεταφοράς των αποβλήτων γίνονται σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες?

1 2 3 4 5

28) Ενημερώνεστε για τις διαφορετικές κατηγορίες νοσοκομειακών αποβλήτων (μολυσματικά, βιολογικά υγρά, αιχμηρά, φαρμακευτικά σκευάσματα, χημικά ραδιενεργά)?

1 2 3 4 5

B5- Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις εργασιακές σχέσεις και την εργονομία

29) Υπάρχει διαθέσιμη ετήσια έκθεση της κλινικής πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας

1 2 3 4 5

30) Σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος καταγράφεται στο ειδικό βιβλίο αναφοράς?

1 2 3 4 5

31) Υπάρχουν αρχεία επιθεώρησης της εργασίας

1 2 3 4 5

32) Εκπαιδεύεστε σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας σας?

1 2 3 4 5

33) Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας χρησιμοποιείτε τον απαραίτητο εξοπλισμό?

1 2 3 4 5

34) Η MTN που εργάζεστε επωφελείται από την ύπαρξη ή την επίσκεψη υγειονομικού υπευθύνου που σχετίζεται με την υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας σας? (π.χ. γιατρός εργασίας, νοσηλεύτη, τεχνικό ασφάλειας)

1 2 3 4 5

35) Η οργάνωση και ο συντονισμός της εργασίας σας , σας ικανοποιούν?

1 2 3 4 5

36) Είσατε ικανοποιημένος/η από την εργασία σας?

1 2 3 4 5

37) Σε δύσκολες περιπτώσεις (διαπροσωπικές σχέσεις, τεχνικές, προσωπικές) μπορείτε να εκφράσετε ελεύθερα την άποψη σας?

1 2 3 4 5

38) Το ωράριο εργασίας σας είναι σταθερό?

1 2 3 4 5

39) Προβλέπονται διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργασίας σας?

1 2 3 4 5

Μέρος Γ (επιλέξτε μια απάντηση από τις παρακάτω)

Δημογραφικά στοιχεία

40)Κλινική που εργάζεστε:

- ❖ Δημόσια
- ❖ Ιδιωτική

41)Φύλο:

- ❖ Άντρας
- ❖ Γυναίκα

42)Ηλικία

- ❖ 20 -25
- ❖ 26-35
- ❖ 36-45
- ❖ 46-50
- ❖ 50 και ανω

43)Έτη προϋπηρεσίας στη μονάδα νεφρού

- ❖ Λιγότερο από 1
- ❖ 2-10
- ❖ 11-20
- ❖ 21-30
- ❖ 30 και άνω

44)Εκπαίδευση

- ❖ ΠΕ
- ❖ ΤΕ
- ❖ ΔΕ

45) Μέρες εργασίας / εβδομάδα

- ❖ Μερικής απασχόλησης
- ❖ Πλήρης απασχόληση (5 ημέρες /εβδομαδα

46) Θεωρώ ότι ο φόρτος εργασίας/ βάρδια είναι

- ❖ Μικρός
- ❖ Μεσαίος
- ❖ Μεγάλο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρέου, Χ. (1991) Επαγγελματικοί κίνδυνοι από φυσικούς και χημικούς παράγοντες σε προσωπικό νοσοκομείων, Αθήνα, Ιατρική της εργασίας.
- Αλεξόπουλος, Ε. (2007). Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Αθήνα. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου.
- Βαλτέας, Σ.(1966). Υγιεινή των νοσηλευτικών μονάδων, Ιατρική της εργασίας
- Βελονάκη, Σ. (2017). Η φιλοσοφία της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου. Αθήνα. Πρακτικά ημερίδας. σελ 1-4.
- Βλάστος, Στ. (2012), Ατομικό εργατικό δίκαιο. Αθήνα εκδόσεις Σακκούλα,.
- Βελονάκη, Ε. Σουρτζή, Π. (2009). Υγεία και εργασία : Εξέλιξη της εργασίας – προστασία και προαγωγή υγείας .Αθήνα .Εκδόσεις Βήτα
- Βελονάκη, Μ. Τσαλίγογλου, Φ. (2005). Σύστημα διαχείρισης Υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία σε νοσοκομείο. Αθήνα. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ.
- Βαλαβανίδης, Α. Σαραφόπουλος, Ν. (1988). Προβλήματα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Αθήνα. Σύγχρονα θέματα
- Βελονάκη, Ε.Σουρτζή, Π.(2009). Υγεία και εργασία Αθήνα. ιατρικές εκδόσεις Βήτα
- Γουσόπουλος, Σ.Ε. Χουρδάκης, Κ.Μ.(1994).Υγιεινή και ασφάλεια στην εργαστηριακή ιατρική Θεσσαλονίκη. εκδόσεις university studio press
- Γουσόπουλος, Σ.Ε. Χουρδάκης, Κ.Μ. (2005). Ασφαλιστική ιατρική .Εκδόσεις university press
- Δρίβας, Σ. Ζορμπά, Κ. και Κουκουλάκη Θ. (1997). Οδηγός για την εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου. Αθήνα. Έκδοση ΕΛΙΝΥΑΕ
- Διεθνές γραφείο εργασίας. (1992). Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας, Υπουργείο κοινωνικής απασχόλησης. Αθήνα. Έκδοση ΕΛΙΝΥΑΕ (Τόμος 2, τεύχος 50).
- Δημητρόπουλου, Ε. Μπαμπατσικου, Φ. (2007). Νομοθετικό πλαίσιο υγείας και ασφάλειας στην εργασία. Αθήνα. Το βήμα του Ασκληπιού, 6(4),σελ.75-78.
- Δαρατσιανού, Μ.(2016). Υγεία και ασφάλεια της εργασίας. Νοσηλευτικά θέματα.,160(2). Σελ. 45-50. Διαθέσιμο σε κλειστό block 4 έτους φοίτησης.

Ευθυμιάδου-Πουλάκου, Α. (2000). Εργατικό δίκαιο. Αθήνα. Εκδόσεις interbooks σελ. 191

ΕΛΙΝΥΑΕ, (2013), Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στο νοσοκομείο.

ΕΛΙΝΥΑΕ.(2002). Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας τεύχος 49.

Ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία .(2007). διαθέσιμο στο <http://OSHA.europa.eu>

Ζημάλης, Ε.Ι. (1993). Ιατρική της εργασίας και του περιβάλλοντος .Αθήνα. Εκδόσεις ΑΕ τσιμέντων ΤΙΤΑΝ

Θεοδοσόπουλος ,Λ .(2017). Εργατικό ατύχημα – επαγγελματικοί κίνδυνοι – πρόληψη. Αθήνα. Πρακτικά από ομιλία του ανωτέρου στη νεφρολογική ημερίδα.

Κουλεντιανου, Μ. Κατσωρη, Α.(2014).Υγιεινή της εργασίας στους φορείς φροντίδας υγείας στην ευρωπαϊκή ένωση και στην Ελλάδα . Επιστημονικά χρονικά,(19)1, σελ. 31-42

Κάρλου, Χρ. Σουρτζή, Π. (2000) , Υγιεινή και ασφάλεια στη χημειοθεραπεία .Αθήνα.εκδόσεις Βήτα

Κυριακίδου, Ε. (1998).Ασφάλεια εργαζομένων στην Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Καμπά Ε, Γερογιάννη Γ, (2014) Ο ρόλος του νοσηλευτή και και Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με νεφρικά ανεπάρκεια,. Το βήμα του Ασκληπιού 3(13) σελ 272-279.

Καυκιά, Θ. Ζηνέλης, Δ. Κουράκος, Μ και άλλοι. (2002).Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση επεισοδίων οσφυαλγίας σε νοσηλευτικό προσωπικό Γενικού νοσοκομείου . Ελληνικό περιοδικό νοσηλευτικής επιστήμης , 3(2),σελ.35-38

Κανελλοπούλου, Χ. (2002). Διοίκηση Ανθρώπινου δυναμικού. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα.

Κορομπέλη, Α. (2004). Κυκλικό ωράριο –επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών . Διδακτορική διατριβή. Αθήνα. Εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας

Κουκίδης, Ι. 2013. Εργατικό δίκαιο Αθήνα. εκδόσεις Σακκουλα.

Κοινή Υπουργική απόφαση Μ.Π.3759/2031/2003. Μέτρα και όροι για τη διαχείριση ιατρικών αποβλήτων από Υγειονομικές Μονάδες (ΦΕΚ-1419/8/01/10/2003 Σελ. 1-13.

Κατάλογος αποβλήτων σύμφωνα με το παράρτημα της απόφασης 2000/532/EK όπως έχει τροποποιηθεί από τις αποφάσεις 2001/118/EK και 2001/573/EK της επιτροπής ευρωπαϊκών κοινοτήτων

Μαυρομάτη ,Σ.Μιλιορέλη, Κ. Χριστοφόρου, Σ. Δρούζα, Α και Δεσποτίδου, Μ .(2012). Διαχείριση Επικίνδυνων αποβλήτων Υγειονομικών μονάδων : Η πραγματικότητα μέσα από τους ελέγχους της ειδικής υπηρεσίας επιθεωρητών περιβάλλοντος. Το βήμα του ασκληπιου.4(2). Σελ 7-10.

Μεγαλομούστακα, Μ.Ε.(2016). Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Σερρών συγκριτικά με τις απαιτήσεις του προτύπου OHSAS 1800: 1999 Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτική επιστήμη, 4(20) , σελ 6-13

Νικολαΐδη Μερκουράκη ,Π. (2017) Υγιεινή και ασφάλεια του χώρου του νοσοκομείου, Ημερίδα υγιεινής και ασφάλειας. Γενικό νοσοκομείο Νίκαιας, Εκδόσεις ENNEN, σελ 4-8

Ν. ΓΠΛΔ της 19/21 Νοεμβρίου 194 « Περί υγιεινής και ασφάλειας και περί ωρών εργασίας

Ευδέα- Κικεμένη, Α. (2017). Εργονομικές παρεμβάσεις στις μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης. 2^η ημερίδα ένωσης νεφρολογικής εταιρείας. Αθήνα, εκδόσεις ENNEN σελ5-7.

Παπαδόπουλος ,Γ. 2000). Προστασία της υγείας από τον επαγγελματικό κίνδυνο :Προσεγγίσεις στην κατάσταση της εργατικής τάξης στην Ελλάδα. Αθήνα.Κέντρο Μαρξιστικών ερευνών. Εκδόσεις Σύγχρονη εποχή.

Πατακα,ς Δ.(2006). Πνευμονολογία : Παθήσεις αναπνευστικού συστήματος. Αθήνα 2^η έκδοση , university study press.

Πουρνάρας, Σ. Τσακρής, Α. Μανδραβέλη, Κ. Φαιτατζίδου ,Α. Ντομπογιάνης ,Ι. Τουρκαντώνης ,Α. (1999). Αναφορές τραυματισμών και τρυπημάτων σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Αθήνα.OCCUP MED .49(7) 423-426

Π.Δ. 34 της 14/3/1934 « Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργασιών και υπαλλήλων πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργαστηρίων, εργασιών κλπ.

Π.Δ 16/96 (ΦΕΚ 10/Α/96): Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ.

Π.Δ. 17/96 (ΦΕΚ 11/Α/96) Μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ.

Π.Δ. (ΦΕΚ 102/Α/99) όροι ίδρυσης και λειτουργίας υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης.

Σταμάτη ,Α. Συριόπουλος, Π. (2012). Εργατικό ατύχημα , δίκτυο υπηρεσιών πληροφορικής και συμβουλευτικής εργαζομένων. Αθήνα. Έκδοση ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.

Σπυρόπουλος, Γ.Π .(2000). Υγεία και ασφάλεια και συνθήκες εργασίας στην Ελλάδα – εξελίξεις και προοπτικές . Αθήνα. Εκδόσεις Σακκουλα.

Συχλετίδης, Λ.(2002) . Ιατρική της εργασίας . Αθήνα. Αναθεωρημένη έκδοση , University studio press.

Σαρόγλου, Γ. (2014). Νέες πολιτικές στον έλεγχο των λοιμώξεων στην Ελλάδα. Αρμοδιότητες επιτροπής νοσοκομειακών λοιμώξεων . Ημερίδα ελέγχου λοιμώξεων .Αθήνα. Εκδόσεις ΕΛΙΝΥΑΕ σελ 29-23

Σαραφόπουλος ,Ν. (2015). Ανάδειξη των συνολικών αλληλοσυμπληρούμενων δράσεων για την προαγωγή της υγείας και ασφάλειας στην εργασία , ένα ολιστικό πρότυπο . Περιοδικό υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, 2(24)σελ 125-129

Τζιαφέρη, Στ. (2006). Εκτίμηση της επικινδυνότητας των επαγγελματικών κινδύνων στο χώρο του νοσοκομείου , Αθήνα. διδακτορική διατριβή καποδιστριακού πανεπιστημίου , τμήμα νοσηλευτικής. Κεφάλαιο 4 σελ 138-175

Ταργουτζίδη ς, Α. (2007). Υγεία και ασφάλεια στην εργασία . Οικονομική διάσταση και μηχανισμοί πρόκλησης εργατικών ατυχημάτων , Θεσσαλονίκη. Διδακτορική διατριβή Αριστοτέλειου πανεπιστημίου, Τμήμα Ιατρικής

Υ.Α. Περί αντικατάστασης του άρθρου 40 του κανονισμού ασθένειας του ΙΚΑ (ΦΕΚ132/Β/12-2-1979)

Φουντούκη, Α. Θεοφανίδη, Δ. (2010). Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας . Περιοδικό Υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας , 2(2) σελ 57-68

Χατζής, Χ. Αθήνα (2003). Ασφαλιστική κάλυψη του επαγγελματικού κινδύνου στην. Περιοδικό υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας , 2(16), σελ 20-25

Χατζησταύρου, Κ.(2007). Επαγγελματικά και Περιβαντολλογικά Νοσήματα Πνευμόνων. Αθήνα. Εκδόσεις. Ελληνική πνευμονολογική εταιρεία

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams, J.G.U (1998) Risk university college London press. Fourth impression1998. Cited in: god s. Kelley D. balm forth H. 2003. Good practice and pitfalls in risk assessment HSE. Research report 151.

Alston, I . Gill ,SF(2000). Monitoring and health hazards at work . Oxford Blackwell science . 3^η έκδοση.33, 58-81.

Blasco ,R.D. Pietro, J.M and cornejo, J.M. (2003) . Accident probability after accident occurrence safety science . Oxford university.P.P. 481-501.

Berends, J.J. (1996). Safety culture (unpublished graduation report) Eindhoven university of technology cited in Q Guldenmund F.W. 2000. The nature of safety culture . A review of theory and research : safety science.

Centre disease control (2008). Cited in www.cdc.gov

Cooper, M. D.(2000). Towards a Model of safety culture. London. Safety science val. 36.

Drouot ,X. cabello, B. d.' Outo, M. and Brochard, Z. (2008). Sleep in the intensive care unit sleep med rev. London : Fairplay Publication.

Dorman ,P.(2000). The economics of safety health and well being at work. An overview in focus program on safe work . international lab our organization. The evergreen state college

Dessler ,G. (2009) A flame work for human resource management (5th edition) . Pearson international edition

Drexler, H. schmid, K. and Schwager, C.(2007).Needle-stick injuries and other occupational exposures to body –fluids amongst employees and medical students of a german university: . Journal of hospital infection (4)67. 142-143.

Edwards, c. Metcalfe ,L. Allan, J. and Haynes's, A. (2005). Reducing the risk of injures to staff from insulin pens . wirral hospital NHS trust Merseyside nurse times 10 1(25): 34-36

Gerdering , J.L (1994). Incidence and prevalence of human immunodeficiency virus . hepatitis B, hepatitis c, virus and cytomegalovirus among health car personnel at risk for blood exposure. London. Health care version.

GREENWOOD ,M. Woods, W.M (1919). Industrial fatigue research board (report no 4) HMSO London cited in: Blasco. R.D Pietro J.M Carnejo J.M 2003. Accident probability after accident occurrence : safety science 41 pp: 481-501.

Gads Collins, A.M. (2002). Safety culture . A review of PH Literature HSL/2002/25 Available at: www.hse.gov.uk.

Guldenmund, FW.(2000). The nature of safety culture : a review of theory and research safety science. Health care magazine 4(34), p.p 58-64

Hakkinen ,S. (1958) Traffic accidents and driver characteristics. A statistical and psychological study in: scientific researches 13. Finland's institute of technology cited in: Blasco R.D, Pietro J.M. Carnejo J.M. 2003. Accident probability after accident Occurrence . safety science 41. Pp: 481-501.

- Holleran, p . (2004). Preventing staff injuries. *Violence journal of emergency nursing* ,32(6) ,P.P.523-525.
- Harrington, J.M. Gill, F.S.and Gardiner, K. (2000). Occupational health. *Safety at work magazine*. 4(22) . p.p. 37-62
- Kohler. B.(2004). Accident causation. *Health and safety magazine*. German. 39(4), pp 312-319
- Maul,I. Laub, T. Kipstein , A and Kruefer, H. (2003) . course of low back pain among nurses a longitudinal study across eight year . *occupational and environmental medicine* 60, 497-503.
- Moeller ,DW.(2004). *Environmental health*. London.3rd edition, available at. [http://Moeller+DW\(Harvard+2004\)+environmental+health+3rd+edition&lr=&hl=el&source=gbs_navlinks_s](http://Moeller+DW(Harvard+2004)+environmental+health+3rd+edition&lr=&hl=el&source=gbs_navlinks_s)
- Pruss ,A. Girout, E. Rushbrouk, P(1999). Safe management of waste from healthcare activities. American. WHO version.
- Singleton, W.T. (1982). Accidents and the progress of technology . *journal of occupational accident* 6(12).pp. 3-12.
- Stathopoulou, H. (2003) . violence and aggression towards health care professionals. *Nurse web journal* ,4 (5)p.p. 29-30.
- Sadhra ,ss. Rampal, GK.(1995). Basic concepts and development in health risk . Assessment and management in ram pal sadhra occupational health risk assessment and management. England. Oxford version.
- Schein, E.H. (1992). *Organizational culture and leadership* . 2th Jassey –bass . San Fransisco. cited in: Guldenmund EW. 2000. The nature of safety culture : A review of theory and research.
- Vasiliadou, A. Karvountzis, GC. Soumilas, A. Roumeliotis, D. and Theodosopoulou, E.(1995) Occupational low-back pain in nursing staff in a greek hospital , *journal of advanced nursing* 36(6) : 794-894.
- Whelan, I. (2008) The escalating trend of violence toward nurses . *journal of emergency nursing* 34(2) 130-133