

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΚΡΕΤΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ORGANIZED BY THE MEDICAL SCHOOL OF D.U.T.H.
IN COOPERATION WITH THE DEPT. OF PUBLIC
HEALTH AND NURSING A' OF ATHENS T.E.I.



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Οργανώνεται από το Τμήμα Ιατρικής
του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης,
με τη σύμπραξη των Τμημάτων
Δημόσιας Υγείας και Νοσηλευτικής Α'
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ινστιτούτου Αθηνών
Κτίριο Βιβλιοθήκης Ιατρικής Σχολής
Λίδουσα Γ.Α. Σταθόπουλου
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
Πανεπιστημιούπολη, (Δραγάνη),
68 100 Αλεξανδρούπολη
τηλ. 2551030567, 2551030572

Κτίρια Προκλινικών Εργαστηρίων
Εργαστήριο Υγιεινής και Προστασίας
Περιβάλλοντος Ιατρικής Σχολής
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
Πανεπιστημιούπολη, (Δραγάνη),
68100 Αλεξανδρούπολη
τηλ. 2551030521, 2551030546

Διοικούσα Επιτροπή:
Αθανάσιος Ζησιμόπουλος
Επίκουρος Καθηγητής Δ.Π.Θ.
Παναγιώτα Ιορδάνου
Αν. Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Αθήνας
Σοφία Κτενίδου - Καρτάλη
Καθηγήτρια Δ.Π.Θ.
Κωνσταντίνος Κουσκούκης
Καθηγητής Δ.Π.Θ.
Χαρίλαος Κουτής
Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Αθήνας
Αικατερίνη Χατζάκη
Επίκουρη Καθηγήτρια Δ.Π.Θ.
Θ.Κ. Κωνσταντινίδης
Αν. Καθηγητής Δ.Π.Θ.
(Επιστημονικός Υπεύθυνος)

Program of Postgraduate Studies
HEALTH AND SAFETY
IN WORKPLACE
Organized by Medical School
of Democritus University of Thrace,
in cooperation with Departments of
Public Health and Nursing A'
Athens Technological Educational Institute

Library of Medical School
G.A. Stathopoulos Hall
Democritus University of Thrace
Campus (Dragana)
GR-68100 Alexandroupolis, Greece
tel. +302551030567, +302551030572

Laboratory of Hygiene
and Environmental Protection
Medical School
Democritus University of Thrace
Campus (Dragana)
GR-68100 Alexandroupolis, Greece
tel. +302551030521, +302551030546

Scientific Committee:
A. Zisimopoulos M.D.
Ass. Prof. of Medical School
P. Iordanou M.Sc.
Ass. Prof. of Nursing School
S. Ktenidou - Kartali M.D.
Prof. of Medical School
K. Kouskousis M.D.
Prof. of Medical School
H. Koutis M.D.
Prof. of Public Health School
A. Chatzaki Ph.D.
Ass. Prof. of Medical School
T.C. Constantinidis M.D.
Ass. Prof. of Medical School
(Scientific Coordinator)



HELLENIC
REPUBLIC
DEMOCRITUS
UNIVERSITY
OF THRACE
MEDICAL SCHOOL

PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES
HEALTH AND SAFETY IN WORKPLACE
ORGANIZED BY MEDICAL SCHOOL OF D.U.T.H.
IN COOPERATION WITH DEPTS. OF PUBLIC
HEALTH AND NURSING A' OF ATHENS T.E.I.

Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας
για τους εργαζόμενους στον τομέα
της επείγουσας διακομιδής ασθενών
(Εκτίμηση επικινδυνότητας εργασίας
στη λειτουργία του Ε.Κ.Α.Β. Αθήνας)

Ι. Καρούτσου, Θ. Λαμπρούσης και Θ.Κ. Κωνσταντινίδης



Εκδοση: ΠΙΜΣ ΥΑΕ



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αλεξανδρούπολη, 2007

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ΕΚΑΒ ως υπηρεσία παροχής προνοσοκομειακής φροντίδας και ασφαλούς μετακίνησης ασθενών, εξελίσσεται σε μια όλο και περισσότερο σημαντική πτυχή του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας. Οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους, που είναι δυνατό να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία τους ή ακόμα και τη ζωή τους. Η μελέτη των συνθηκών εργασίας και η διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να βλάψουν την υγεία των εργαζομένων αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική πρόληψη τους. Η ενημέρωση των εργαζομένων θα βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας και θα ευαισθητοποιήσει προς κάθε κατεύθυνση, ώστε να σχεδιασθούν οι απαραίτητες δράσεις και αλλαγές στην δομή και οργάνωση της εργασίας. Με την έρευνα αυτή γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής των κινδύνων εργασίας στο συγκεκριμένο κλάδο και διατυπώνονται προτάσεις για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. Το έναυσμα για την επιλογή του θέματος της έρευνας από την βασική ερευνήτρια κ. *Ισιδώρα Καρούτσου*, ήταν το γεγονός ότι παρά το αξιόλογο έργο που προσφέρεται στις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και προνοσοκομειακής φροντίδας, δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς στη χώρα μας μέχρι τώρα η επικινδυνότητα της συγκεκριμένης εργασίας.

Η έκδοση αυτή στηρίζεται σε εσωτερικό ερευνητικό πρόγραμμα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, που αποτέλεσε τη διπλωματική διατριβή της κ. *Ισιδώρας Καρούτσου*. Θερμές ευχαριστίες οφείλονται στους συνεπιβλέποντες καθηγητές κ. *Ζησιμόπουλο Αθανάσιο*, κ. *Κουτή Χαρίλαο*, κ. *Ιορδάνου Παναγιώτα* για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της πρώτης φάσης, μέχρι τη δημόσια δοκιμασία. Επίσης, ευχαριστίες οφείλονται στον Πρόεδρο του ΕΚΑΒ κ. *Παπαευσταθίου Νικόλαο* για την παραχώρηση της άδειας να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα στο ΕΚΑΒ Αθήνας, καθώς και στους εργαζόμενους του ΕΚΑΒ Αθήνας, που με προθυμία συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για τον χρόνο που διέθεσαν παρόλο το φόρτο της εργασίας τους και την προθυμία τους να προσφέρουν κάθε δυνατή βοήθεια για την ολοκλήρωση της μελέτης. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησαν προσωπικές συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους, από την βασική ερευνήτρια κ. *Ισιδώρα Καρούτσου*. Με τον τρόπο αυτόν έγινε ποιοτικός έλεγχος των εγγραφών και έγινε προσπάθεια να υπάρξει πληρότητα στην απαντητικότητα των ερωτήσεων. Η όλη προσπάθεια εντάσσεται στην πρόθεση σύνδεσης της ακαδημαϊκής κοινότητας με την κοινωνία και τις ανάγκες της, μέσω ερευνητικών προγραμμάτων που στηρίζονται αποκλειστικά στην προσωπική εργασία μεταπτυχιακών σπουδαστών και μελών διδακτικού και ερευνητικού προσωπικού. Αυτού του τύπου η προσέγγιση, οδηγεί και στην ευαισθητοποίηση των εργαζομένων και των πολιτών γενικότερα σε θέματα που άπτονται της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, σε μια περίοδο εντατικοποίησης της εργασίας και στη χώρα μας, γεγονός που επιβάλλει την αναγνώριση των προβλημάτων και ακολούθως την επίταση της εφαρμογής πρόληψης στους χώρους εργασίας.

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

Ειδικός Ιατρός Εργασίας
Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ
Επιστημονικός Υπεύθυνος ΠΙΜΣ ΥΑΕ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	Σελ. 5
Abstract	Σελ. 7
Εισαγωγή	Σελ. 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική αναδρομή	Σελ. 11
1.2 Ορισμοί	Σελ. 13
1.3 Απασχόληση διασωστών στην Ελλάδα	Σελ. 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.0 Δομή του Εθνικού Κέντρου Αμεσης Βοήθειας	Σελ. 15
2.1 Διάρθρωση του ΕΚΑΒ	Σελ. 25
2.2 Δραστηριότητες, Υπηρεσίες και Μέσα	Σελ. 16
2.3 Μορφές λειτουργίας ασθενοφόρων σε άλλες χώρες	Σελ. 22
2.3.1 Φορείς παροχής υπηρεσιών	Σελ. 22
2.3.2 Συστήματα	Σελ. 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Σελ. 25
3.2 Γεγονότα βασισμένα σε πραγματικά περιστατικά	Σελ. 28
3.3 Υποκειμενική εκτίμηση και αναγνώριση των κινδύνων	Σελ. 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ανάλυση παραγόντων κινδύνου	Σελ. 33
4.1 Περιβάλλον εργασίας	Σελ. 33
4.2 Τροχαία ατυχήματα	Σελ. 35
4.3 Κλήσεις, χρόνος απόκρισης	Σελ. 38
4.4 Βιολογικοί παράγοντες	Σελ. 40
4.5 Ψυχοσωματικοί παράγοντες	Σελ. 43
4.5.1 Ικανοποίηση εργασίας	Σελ. 43
4.5.2 Συγκρούσεις στο χώρο εργασίας	Σελ. 45
4.5.3 Κυκλικό ωράριο	Σελ. 47
4.5.4 Stress	Σελ. 48
4.5.5 Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burn-out)	Σελ. 51
4.5.6 Φόρτιση του μυοσκελετικού συστήματος	Σελ. 54
4.5.7 Πρόωρη συνταξιοδότηση	Σελ. 56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νομοθετικό πλαίσιο	Σελ. 59
--------------------	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Σκοπός της μελέτης	Σελ. 61
6.2 Υλικό και μέθοδος	Σελ. 61
6.3 Στατιστική ανάλυση	Σελ. 61
6.4 Αποτελέσματα	Σελ. 62
6.4.1 Δημογραφικά στοιχεία	Σελ. 62
6.4.2 Περιβάλλον εργασίας	Σελ. 70
6.4.3 Εργασιακές σχέσεις	Σελ. 79
6.5 Συζήτηση	Σελ. 96
6.6 Συμπεράσματα	Σελ. 102
6.7 Προτάσεις	Σελ. 104

Βιβλιογραφία

Σελ. 106

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Επαγγελματικά δικαιώματα διασωστών	Σελ. 115
Παράρτημα 2. Νομοθεσία	Σελ. 121

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το ΕΚΑΒ είναι μια υπηρεσία που ασχολείται με τον συντονισμό της παροχής άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες, καθώς και η μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ βιώνοντας τον κίνδυνο από φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες καταπονούνται από πληθώρα επαγγελματικών νοσημάτων και κινδυνεύουν από ατυχήματα κατά την εργασία τους και με αφορμή την εργασία τους. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη να διασφαλιστεί η υγιεινή και η ασφάλειά τους στο χώρο που εργάζονται.

Σκοπός: Εντοπισμός και καταγραφή των προβλημάτων που απορρέουν άμεσα ή έμμεσα από το είδος, τον τρόπο και το χρόνο εργασίας του προσωπικού του ΕΚΑΒ.

Υλικό: Εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα (πληρώματα, διασώστες, ιατροί), εργαζόμενοι στο τηλεφωνικό κέντρο (τηλεφωνητές, ασυρματιστές) και διοικητικοί υπάλληλοι στο ΕΚΑΒ Αττικής.

Μέθοδος: Για τη συλλογή του ερευνητικών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με συνέντευξη ειδικά κατασκευασμένο για τις ανάγκες της μελέτης και ακολούθως έγινε ηλεκτρονική καταγραφή των δεδομένων (με διασφάλιση του προσωπικού, ιατρικού και επιχειρηματικού απορρήτου).

Αποτελέσματα: Από την επεξεργασία της έρευνας προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ αντιμετωπίζουν έντονα μυοσκελετικά προβλήματα, λόγω του είδους της εργασίας τους. Εμφανίζουν σημαντικά υψηλό άγχος, λόγω υπευθυνότητας και λήψης πρωτοβουλιών, που οδηγεί συχνά σε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους και στην ψυχολογική τους κατάσταση. Οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν έντονο stress από τη φύση της εργασίας τους, την κίνηση στους δρόμους, το επείγον του περιστατικού, τη μη σωστή χρήση κλήσεων ασθενοφόρων από το κοινό. Παρατηρείται μείωση της απόδοσής τους, όσο περισσότερο διαρκεί η απασχόληση τους στο ΕΚΑΒ, εμφανίζουν υπέρταση, καρδιολογικά προβλήματα, πονοκεφάλους και ζαλάδες. Έχουν υψηλό κίνδυνο να εμπλακούν σε τροχαία ατυχήματα και είναι ενήμεροι για τους κινδύνους από μεταδοτικά νοσήματα. Χρησιμοποιούν σε υψηλό ποσοστό μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), ωστόσο παραμένουν ανεμβολίαστοι. Νοιώθουν απογοήτευση από τη μη αναγνώριση του έργου τους από την υπηρεσία τους και από το κοινό. Οι βάρδιες, οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, με το κοινό και τις υπηρεσίες (νοσοκομεία, ΕΛ.ΑΣ., Π.Υ.), η έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης, η συχνή επαφή με το ανθρώπινο πόνο και το θάνατο, οδηγεί σε εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (ανάλογα με τα χρόνια εργασίας). Η έλλειψη γιατρού εργασίας και ψυχολόγων εντείνουν τα προβλήματα τους.

Συμπεράσματα: Από την επεξεργασία των εμπειρικών δεδομένων της έρευνας βρέθηκαν στοιχεία που καταγράφουν τα προβλήματα των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ. Σύμφωνα με τη μελέτη, το προσωπικό εκτίθεται σε ευρεία ποικιλία επαγγελματικών κινδύνων, όπως τροχαία ατυχήματα, συγκρούσεις, μυοσκελετικές παθήσεις, μολυσματικές ασθένειες, ωράρια εργασίας (βάρδιες), καιρικές συνθήκες, άγχος, απογοήτευση, επαγγελματική εξουθένωση. Οι διαπιστώσεις αυτές έχουν σκοπό αρχικά την καταγραφή των προβλημάτων, ώστε ακολούθως να εφαρμοσθούν μέθοδοι που θα μπορέσουν να βελτιώσουν και να αναιρέσουν τα σχετιζόμενα με την εργασία προβλήματα στο χώρο του ΕΚΑΒ. Να γίνουν προτάσεις από τους ειδικούς για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και να παρθούν μέτρα για την ανακούφιση των εργαζομένων. Απαραίτητο κρίνεται να υπάρχει Ειδικός Ιατρός Εργασίας και να συγκροτηθεί Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη των εργαζομένων με ευχέρεια παροχής υπηρεσιών από ειδικούς.

Λέξεις κλειδιά: υγεία και ασφάλεια στην εργασία, επαγγελματικοί κίνδυνοι, επαγγελματικά νοσήματα, επαγγελματικές εκθέσεις, διασώστης, ΕΚΑΒ, ασθενοφόρο, προνοσοκομειακή φροντίδα, επείγον περιστατικό, προσωπικό έκτακτης ανάγκης

SUMMARY

Health and Safety of workers in the EKAB

Introduction: EKAB is an organization that deals with the co-ordination of providing, in emergency cases, immediate help and urgent medical care to the citizens and transport them in units which provide medical services. The workers of EKAB are facing, daily, the danger of natural, chemical, biological and psychosomatic factors, they suffer severe strain from a great deal of professional diseases. It constitutes an imperative need that the hygiene and safety of the personnel in their work is ensured.

Aim of work: track down and recording of the problems that arise directly or indirectly from the sort, the way, and the working time of the EKAB personnel.

Material: The personnel of EKAB in Athens (crew members, rescuers, doctors), personnel in the calling center (operators, radio operators) and the administrative personnel.

Method: For the collection of the data, a questionnaire was used, specifically created for the purpose of the study.

Results: Processing the results of the study lead in the result that the personnel of EKAB suffer from severe myoskeletal troubles due to the sort of their work. They show extremely high amounts of anxiety due to the responsibility of taking initiatives which has many unfavorable consequences in their health and psychology. They have intense stress because of the nature of their work, because of the traffic in the roads, because of the urgency of the cases, the improper use of calls to the EKAB from the public. They present a decline of their output as long as their occupation in EKAB lasts, also they present high-pressure, cardiological problems, headaches and light-head nesses. They are in high risk of road accidents and they are aware of the dangers from contagious diseases. They in high percentage use the personal protective equipmentt, however they don't get vaccinated. They feel disappointment because their work is not recognized from their agency and the public. The shifts, the conflicts with the colleagues, the public and the other services (hospitals, EL.AS., F.D.) and the lack of professional development, the frequent contact with the human pain and death leads them according to their years at work in the syndrome of burn-out. The lack of occupational physician and psychologists intensify their problems.

Conclusions: By processing the research's results we were given data that help us record the problems in the area of EKAB. According to the study, the personnel, is exposed in a wide variety of professional dangers as road accidents, conflicts, myoskeletal diseases, contagious illnesses, shifts, meteorological, stress, disappointment - burnout. These ascertainments aim in finding ways that would be

able to improve and heal the problems in EKAB, also in the experts of making proposals in order to minimize the dangers and to take measures for the relief of the working personnel. The occupational physician and the health and safety committee, the psychological support of the personnel with psychologists.

Key words: health and safety, paramedics, emergency medical technicians, EKAB, occupational exposure, occupational risk, occupational diseases, ambulance, prehospital care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο γίνεται όλο και περισσότερο κατανοητό το γεγονός ότι η εργασία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων.

Το ΕΚΑΒ αποτελεί ένα σύνθετο εργασιακό περιβάλλον και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο καταστάσεων και παραγόντων με τους οποίους ο διασώστης έρχεται σε επαφή και οι οποίοι όχι μόνο επηρεάζουν τη φυσική και ψυχική ισορροπία του κατά τη διάρκεια της εργασίας του αλλά συνεχίζουν να τον επηρεάζουν και μετά το πέρας αυτής, σαν αποτέλεσμα της πίεσης, της ευθύνης, του εκνευρισμού, των παραγόντων δημιουργίας άγχους.

Αυτοί οι παράγοντες είναι φυσικοί, (μικροκλίμα, θόρυβο, ατμοσφαιρικοί ρύποι), βιολογικοί (ιοί της ηπατίτιδας Β και C, ιός του AIDS, μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης) αλλεργιογόνοι παράγοντες, τροχαία ατυχήματα, χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, stress, επαγγελματική εξουθένωση.

Ο προσδιορισμός αυτών των παραγόντων και η ανάλυσή τους, αλλά και η λήψη προληπτικών μέτρων είναι επιτακτική ανάγκη, ώστε να προληφθεί η εμφάνιση βλαβών ή νοσημάτων. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, η πρόληψη στοχεύει στην διακοπή και τον περιορισμό της εξέλιξής τους, βελτιώνοντας την έκβαση και αποφεύγοντας την εμφάνιση επιπλοκών.

Γίνεται αναφορά στο τι επικρατεί αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα και την Ευρώπη, σχετικά με το νομικό πλαίσιο που αφορά την υγεία και την ασφάλεια των διασωστών. Ποιοι είναι οι κίνδυνοι, ποιες είναι οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν από την πολιτεία αλλά και από τους ίδιους τους διασώστες πάνω στο θέμα που τους απασχολεί, και ποια είναι τα μέτρα τα οποία πρέπει να ληφθούν ώστε να βελτιώσουν την υγιεινή και την ασφάλεια στο χώρο που εργάζονται και ζουν το 1/3 της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ



Το πρώτο ασθενοφόρο κατασκευάστηκε γύρω στο 900 μ.Χ. από τους αγγλοσάξονες. Κατά τη διάρκεια των σταυροφοριών του 11ου αιώνα, οι ιππότες του St John ιδρύουν τα νοσοκομεία για τους στρατιώτες που πληγώνονται στις μάχες τους στους Αγίους Τόπους. Το πρώτο αρχείο της χρησιμοποίησης των ασθενοφόρων για λόγους έκτακτης ανάγκης ήταν η χρήση από τη βασίλισσα Isabella της Ισπανίας, το 1487. Ο ισπανικός στρατός αντιμετώπιστηκε εξαιρετικά καλά αν και οι τραυματισμένοι στρατιώτες δεν πάρθηκαν για την παροχή βοήθειας μέχρι τη διακοπή της μάχης, με συνέπεια πολλοί να πεθαίνουν στο πεδίο της μάχης. Μια σημαντική αλλαγή στη χρήση των ασθενοφόρων ήρθε περίπου με το ασθενοφόρο volantes που σχεδιάστηκε από τον Jean Larrey (1766-1842). Εγκατέστησε σε δύο άλογα τα τετράτροχα συρμένα βαγόνια εμπορευμάτων για να μεταφέρουν τους πεσμένους στρατιώτες από το (ενεργό) πεδίο μάχης αφού είχαν λάβει τις πρώτες βοήθειες. Προς το τέλος του 19ου αιώνα, το αυτοκίνητο αναπτυσσόταν και άρχισε να εισάγεται παράλληλα με τα horse-drawn πρότυπα, του 20ου αιώνα. Αρχικά τα ασθενοφόρα τροφοδοτήθηκαν από τον ατμό, τη βενζίνη, και την ηλεκτρική ενέργεια. Εντούτοις, το πρώτο μηχανοκίνητο ασθενοφόρο παρουσιάστηκε το 1899 στο Michael Reese Hospital (στο Σικάγο) και οι αρετές του ήταν η μεγαλύτερη ταχύτητα και περισσότερη ασφάλεια για τον ασθενή.



Κατά τη διάρκεια του πρώτου παγκόσμιου πολέμου, ο Ερυθρός Σταυρός παρουσίασε τα πρώτα μηχανοκίνητα ασθενοφόρα πεδίων μαχών για να αντικαταστήσει τα συρόμενα από άλογα οχήματα. Ο εξοπλισμός που συνόδευε το ασθενοφόρο άλλαζε γρήγορα. Τα διπλής κατεύθυνσης ραδιόφωνα διατέθηκαν αμέσως μετά από τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, επιτρέποντας για την αποδοτικότερη επικοινωνία των ασθενοφόρων. Λίγο πριν τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο το ασθενοφόρο εξοπλίζεται με προηγμένο ιατρικό εξοπλισμό, επανδρώνεται από έναν παθολόγο, και επικοινωνεί από το ραδιόφωνο. Διαπιστώθηκε ότι τα ασθενοφόρα ήταν τα μόνα διαθέσιμα οχήματα που θα μπορούσαν να φέρουν έναν ξαπλωμένο ασθενή και έτσι οργανώθηκαν καλύτερα ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν αυτόν τον σκοπό.



Στην Ελλάδα οι φορείς που ανέπτυξαν ασθενοφόρα, δραστηριοποιήθηκαν χρονικά, ως εξής:

- 1905 Ιδρύεται ο Επίκουρος Σύνδεσμος «Ο Σωτήρ».
- 1931 Ιδρύεται ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ο οποίος παραλαμβάνει τον επίκουρο Σύνδεσμο «Σωτήρ», που αποτελούσε τον πρώτο Σταθμό Α' Βοηθειών της Αθήνας και οργανώνει και διευρύνει τη δράση του).
- 1955 Ιδρύεται το ΙΚΑ.
- 1978 Συντονιστικό Κέντρο Διακίνησης Ασθενών (Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) Γενικό Κρατικό Αθηνών.
- 1985 Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστάθηκε ως ΝΠΔΔ το 1985 (Ν.1579/85) και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο όρος «ασθενοφόρο» χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα όχημα που χρησιμοποιείται για να φέρει την ιατρική φροντίδα στους ασθενείς έξω από το νοσοκομείο και όπου αλλού χρειάζεται, για να μεταφέρει τον ασθενή στο νοσοκομείο με την δέουσα προσοχή και ασφάλεια. Το ασθενοφόρο προέρχεται από τη λατινική λέξη *ambulare*, που σημαίνει να περπατήσει ή να τριγυρίσει. Η λέξη ασθενοφόρο συννηθέστερα συνδέεται με τα επίγεια, μηχανοκίνητα οχήματα έκτακτης ανάγκης που διαχειρίζονται καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε οξείες ασθένειες ή τραυματισμούς, γνωστά ως ασθενοφόρα έκτακτης ανάγκης. Σε αυτά εγκαθίστανται συνήθως ηλεκτρικοί φάροι και σειρήνες προειδοποίησης για να διευκολύνουν τη μετακίνησή τους μέσα στην κυκλοφορία (Wikipedia, 2007).

Ο όρος «διασώστης» (στην Ελλάδα) – ιατρικός τεχνικός έκτακτης ανάγκης «EMT» – «paramedics» (στο εξωτερικό) είναι ένας αποκριτής έκτακτης ανάγκης που εκπαιδεύεται για να παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης στον άρρωστο ή τραυματία. Μπορεί να είναι μέλος ενός Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), μιας ιατρικής υπηρεσίας έκτακτης ανάγκης (EMS), της πυρκαγιάς, ή της ανεξάρτητης ομάδας διάσωσης. Οι διασώστες εκπαιδεύονται σε πρακτικές ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες έκτακτης ανάγκης που μπορούν να επεκταθούν μέσα σε ένα γρήγορο χρονικό πλαίσιο. Ο στόχος της επέμβασης είναι να αξιολογηθεί γρήγορα η κατάσταση ενός ασθενή, να διατηρηθεί η αναπνοή και η κυκλοφορία (BLS). Επιπλέον, η επέμβαση στοχεύει να ελέγξει την εξωτερική αιμορραγία, να αποτρέψει τον κλονισμό, και να αποτρέψει τον περαιτέρω τραυματισμό ή την ανικανότητα με την ακινητοποίηση των πιθανών νωτιαίων ή άλλων καταγμάτων των οστών, επισπεύδοντας την ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά του ασθενή σε ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης νοσοκομείων για την οριστική ιατρική φροντίδα. Οι οδηγίες θεραπείας περιγράφονται σε πρωτόκολλα μετά από τις εθνικές οδηγίες και τις τοπικές ιατρικές πολιτικές. (Wikipedia, 2007, ΕΚΑΒ, 2006).

1.3 ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΔΙΑΣΩΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι διασώστες στην Ελλάδα σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα αρ. 62/2007 (ΦΕΚ Α' αρ. 70/22.03.2007) όπου καθορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων διπλώματος του Οργανισμού Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ο.Ε.Ε.Κ.) επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης της ειδικότητας «Διασώστης - Πλήρωμα Ασθενοφόρου» απασχολούνται στον προνοσοκομειακό χώρο σε:

- α) Ασθενοφόρα οχήματα.
- β) Κινητές Ιατρικές Μονάδες.
- γ) Κινητά Συντονιστικά Κέντρα για Μαζικές Καταστροφές.
- δ) Μηχανές ταχείας επέμβασης.
- ε) Οποιοδήποτε εναέριο μέσο που χρησιμοποιείται με σκοπό την διακομιδή ασθενούς.
- στ) Οποιοδήποτε πλωτό μέσο που έχει ως σκοπό την διακομιδή ασθενούς.
- ζ) Ομάδες αντιμετώπισης Μαζικών Απωλειών Υγείας.
- η) Οχήματα μικρού όγκου για πρώτες βοήθειες.

Οι διασώστες εργάζονται παράλληλα ως οδηγοί - συνοδηγοί - πληρώματα ασθενοφόρου οχήματος. Επίσης εργάζονται στο τηλεφωνικό κέντρο για λήψη και διαχείριση τηλεφωνικών κλήσεων και παροχή οδηγιών για πρώτες βοήθειες σε πολίτες (ΕΚΑΒ, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.0 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ (ΕΚΑΒ)



Σκοπός του ΕΚΑΒ είναι ο συντονισμός της παροχής, σε έκτακτες περιπτώσεις, άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Είναι ο μοναδικός επίσημος φορέας της πολιτείας παροχής υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής Φροντίδας. Μελετά, προτείνει και αναπτύσσει προγράμματα που αφορούν στον τομέα της Επείγουσας Ιατρικής. Στον ίδιο τομέα της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής Φροντίδας είναι και ο μοναδικός επίσημος φορέας που αναλαμβάνει τον χειρισμό και αντιμετώπιση Μαζικών Απωλειών Υγείας με την ανάπτυξη του *Ειδικού Τμήματος Ιατρικής των Καταστροφών* (Ε.Τ.Ι.Κ.).

2.1 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΚΑΒ

Το ΕΚΑΒ είναι αναπτυγμένο Πανελλαδικά σε 12 Παραρτήματα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Λάρισα, Καβάλα, Ιωάννινα, Λαμία, Αλεξανδρούπολη, Τρίπολη, Κοζάνη και Μυτιλήνη) και κάθε Παράρτημα αναπτύσσεται σε Τομείς στις διάφορες περιοχές της χώρας. Η ανάπτυξη του ΕΚΑΒ δημιουργεί ένα σύγχρονο σύστημα υπηρεσιών Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής και συμβάλει:

- καθοριστικά στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων συνολικά υπηρεσιών υγείας,
- στην άμεση παροχή οργανωμένων υπηρεσιών ΕΠΙ με συνέπεια την ελάττωση της θνητότητας, του χρόνου νοσηλείας και της συχνότητας προσωρινής ή μόνιμης ανικανότητας και αναπηρίας,
- στη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,

- στη μείωση του βαθμού μετανάστευσης προς τα μεγάλα αστικά κέντρα με τη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στους κατοίκους της περιφέρειας,
- στη μείωση των αποτρέψιμων θανάτων (διεθνώς μόνο για τα ατυχήματα κατά 30%).

Το ΕΚΑΒ διαθέτει 735 απλά ασθενοφόρα, 102 κινητές μονάδες, 25 μοτοσικλές, 7 επιβατικά αυτοκίνητα, 2 αυτοκινούμενα συντονιστικά κέντρα, 2 οχήματα αντιμετώπισης καταστροφών και 3 ελικόπτερα.

Υπάρχουν ακόμη περίπου 350 ασθενοφόρα που χρησιμοποιούνται από Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας όπου δεν έχει αναπτυχθεί το ΕΚΑΒ.

2.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ

Η κύρια δραστηριότητα του ΕΚΑΒ είναι η άμεση ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε όλους τους πολίτες οπουδήποτε και οποτεδήποτε χρειαστεί, καθώς και η ασφαλής και ταχεία μεταφορά τους σε κατάλληλες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής όπως αυτές ορίζονται στον Οργανισμό του ΕΚΑΒ. Η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών του ΕΚΑΒ σε κάθε Περιφέρεια επιτυγχάνεται με τα εξής:

α) στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό και πληρώματα ασθενοφόρων - διασώστες καθώς και προσωπικό διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης.

β) επιχειρησιακό κέντρο επικοινωνίας και συντονισμού: δέχεται όλες τις κλήσεις για επείγουσα ιατρική βοήθεια, τις καταγράφει και τις διαβαθμίζει ως προς τον βαθμό του επείγοντος:

- επιλέγει και κινητοποιεί το πλησιέστερο προς τον τόπο του συμβάντος κατάλληλο ασθενοφόρο ή κινητή μονάδα παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, ώστε να επιληφθεί στο μικρότερο δυνατό χρόνο,
- παρακολουθεί και καθοδηγεί το προσωπικό των ασθενοφόρων στην παροχή εξειδικευμένης βοήθειας,
- ενεργοποιεί σε περιπτώσεις ομαδικών ατυχημάτων ή μαζικών καταστροφών την *Ομάδα Διαχείρισης Κρίσης* (ΟΔΙΚ) του ΕΚΑΒ η οποία κινητοποιεί το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής των Καταστροφών, τον απαιτούμενο αριθμό ασθενοφόρων, καθώς και μονάδες άλλων φορέων (πυροσβεστική, αστυνομία κλπ),
- διατηρεί συνεχή επικοινωνία με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων και τα ενημερώνει για τους μεταφερόμενους προς αυτά πάσχοντες,
- καταγράφει και αποτυπώνει όλα τα δεδομένα και τις πληροφορίες για τα διακινούμενα περιστατικά.

Για την επίτευξη όλων των παραπάνω, το ΕΚΑΒ Διαθέτει:

- τηλεφωνικό κέντρο με ικανό αριθμό γραμμών και ένα ενιαίο σε εθνικό επίπεδο ευκολομνημόνευτο τριψήφιο αριθμό κλήσης (166),
- σύγχρονο ψηφιακό δίκτυο ασύρματης επικοινωνίας για τη συνεχή επαφή με ασθενοφόρα και άλλα μέσα και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς,
- ασύρματο ψηφιακό σύστημα εντοπισμού και πλοήγησης όλων των οχημάτων του ΕΚΑΒ Αθηνών,
- δίκτυο ενσύρματης επικοινωνίας με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των Νοσοκομείων,
- συστήματα πληροφορικής για καταγραφή και επεξεργασία πληροφοριών,
- σύγχρονα μέσα μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών (σύστημα τηλεϊατρικής στο τμήμα αεροδιακομιδών),
- 24ωρη λειτουργία σε σύγχρονες κτιριακές εγκαταστάσεις.

γ) μέσα άμεσης επέμβασης και διακομιδής πασχόντων κατάλληλα εξοπλισμένα (ασθενοφόρα, κινητές μονάδες επείγουσας ιατρικής, μοτοσικλέτες, πτητικά μέσα - Ελικόπτερα):

- τα ασθενοφόρα είναι κατάλληλα εξοπλισμένα και στελεχώνονται με δύο διασώστες - πληρώματα,
- οι Κινητές Μονάδες Επείγουσας Ιατρικής έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με δύο διασώστες - πληρώματα και ένα ιατρό εκπαιδευμένο στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική και είναι εφοδιασμένες με εξειδικευμένο εξοπλισμό και φάρμακα για προχωρημένη υποστήριξη και σταθεροποίηση των ζωτικών λειτουργιών του πάσχοντος και εξειδικευμένους θεραπευτικούς χειρισμούς,
- οι μοτοσικλέτες άμεσης επέμβασης έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με ένα διασώστη - πλήρωμα και ένα γιατρό εκπαιδευμένο στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική,
- τα τρία Ελικόπτερα έχουν παραχωρηθεί στην Πολεμική Αεροπορία για επιχειρησιακή εκμετάλλευση στις αεροδιακομιδές επειγόντων περιστατικών από το ΕΚΑΒ,
- Η επιχειρησιακή ετοιμότητα των κάθε είδους ασθενοφόρων εξαρτάται από τον επαρκή αριθμό τους και την κατάλληλη χωροταξική κατανομή τους έτσι ώστε σε κάθε χρονική στιγμή να έχουν μικρό χρόνο ανταπόκρισης.

δ) Ιατρικές υπηρεσίες:

- Συντονιστικό Κέντρο
- Κινητές Ιατρικές Μονάδες (ΚΙΜ)
- Μοτοσικλέτες

- Διεθνής Αερολιμένας Αθηνών (ΔΑΑ)



- Οργανισμός Λιμένος Πειραιώς (ΟΛΠ)



- Μονάδες Νεογνών



- ε) Εξειδικευμένες υπηρεσίες:

- Τμήμα Αεροδιακομιδών



- Ειδικό Τμήμα Ιατρικής Καταστροφών (ΕΤΙΚ)



2.3 Μορφές λειτουργίας ασθενοφόρων σε άλλες χώρες

2.3.1 Φορείς παροχής υπηρεσιών

1. *Υπηρεσία κυβερνητικών Ασθενοφόρων Οχημάτων.* Σε μερικές χώρες και ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις, τα ασθενοφόρα οχήματα πιθανόν να λειτουργούν χωριστά είτε με την Πυροσβεστική Υπηρεσία είτε με την αστυνομία της περιοχής. Αυτά τα ασθενοφόρα χρηματοδοτούνται από την τοπική ή εθνική κυβέρνηση. Στην Μεγάλη Βρετανία σχεδόν όλα τα ασθενοφόρα έκτακτης ανάγκης είναι μέρος της Π.Υ.

2. *Ασθενοφόρα από τοπικές υπηρεσίες πυροσβεστικής ή αστυνομίας.* Στις χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Γαλλία τα ασθενοφόρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την τοπική υπηρεσία πυροσβεστικής ή αστυνομίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στις αγροτικές περιοχές, όπου η διατήρηση μιας χωριστής υπηρεσίας δεν είναι απαραίτητως οικονομικώς αποδοτική.

3. *Εθελοντική Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων.* Οι φιλανθρωπικές οργανώσεις ή οι μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις ενεργοποιούν τα ασθενοφόρα σε μια έκτακτη ανάγκη και μια μη επείγουσα διακομιδή ασθενούς. Μπορούν να συνδεθούν με μια εθελοντική υπηρεσία πυρόσβεσης, με τους εθελοντές που παρέχουν και τις δύο υπηρεσίες. Υπάρχουν οργανώσεις που εστιάζουν την παροχή των ασθενοφόρων για την κοινότητα, ή για την κάλυψη στα ιδιωτικά γεγονότα (αθλητισμός κ.λπ.). Ο Ερυθρός Σταυρός παρέχει αυτήν την υπηρεσία. Αυτά τα εθελοντικά ασθενοφόρα μπορούν να συνεργαστούν με πληρώματα πλήρους απασχόλησης ασθενοφόρων κατά τη διάρκεια των χρόνων της έκτακτης ανάγκης. Σε μερικές περιπτώσεις η εθελοντική οργάνωση μπορεί να απασχολήσει τα μόνιμα μέλη του προσωπικού παράλληλα με τους εθελοντές για να λειτουργήσει μία πλήρους απασχόλησης Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων, όπως συμβαίνει σε μερικά μέρη της Αυστραλίας και της Ιρλανδίας.

4. *Ιδιωτική Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων.* Κανονικές εμπορικές επιχειρήσεις με τους έμμισθους υπαλλήλους, αλλά συχνά στη σύμβαση στην τοπική ή εθνική κυβέρνηση. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες μόνο για τα μη επείγοντα περιστατικά μεταφοράς ασθενών, αλλά μερικές φορές αποκρίνονται στις έκτακτες ανάγκες όταν όλα τα πλήρους απασχόλησης πληρώματα ασθενοφόρων έκτακτης ανάγκης είναι πολυάσχολα. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι μια κυβέρνηση ή άλλη υπηρεσία παρέχει την κάλυψη "έκτακτης ανάγκης", ενώ μια ιδιωτική εταιρία μπορεί να χρεωθεί με τους "μη επείγουσες μεταφορές. Αυτό το σύστημα έχει όφελος ότι τα πληρώματα έκτακτης ανάγκης είναι διαθέσιμα όλη την ώρα για τις γνήσιες έκτακτες ανάγκες.

5. *Συνδυασμένη υπηρεσία έκτακτης ανάγκης.* Αυτές είναι πλήρεις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, οι οποίες μπορούν να βρεθούν σε ισχύ όπως οι αερολιμένες ή τα μεγάλα

κολégια και τα πανεπιστήμια. Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι όλο το προσωπικό εκπαιδεύεται όχι μόνο στην υπηρεσία ασθενοφόρων (EMT), αλλά ως πυροσβέστης και υπάλληλος αστυνομίας. Μπορούν να βρεθούν στις μικρότερες κομμοπόλεις και τις πόλεις, όπου το μέγεθος ή ο προϋπολογισμός δεν επιτρέπει τις χωριστές υπηρεσίες. Αυτό το multi-functionality επιτρέπει να εξοικονόμηση πόρων αλλά και έχοντας μια ενιαία ομάδα έτοιμη να ανταποκριθεί σε οποιαδήποτε έκτακτη ανάγκη.

6. *Ασθενοφόρα σε υπηρεσία νοσοκομείων.* Τα νοσοκομεία μπορούν να παρέχουν Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων ως υπηρεσία Η χρήση τους εξαρτάται από τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του παρέχοντας νοσοκομείου.

7. *Ασθενοφόρο φιλανθρωπίας.* Αυτός ο ειδικός τύπος ασθενοφόρου παρέχεται από μια φιλανθρωπική οργάνωση ή ίδρυμα με σκοπό τη μετακίνηση των άρρωστων παιδιών ή των ενηλίκων στα ταξίδια ή τις διακοπές μακριά από τα νοσοκομεία, τα άσυλα ή τα στίπια προσοχής όπου είναι στη μακροπρόθεσμη προσοχή. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν το Βρετανικό "Jumbulance" project (Wikipedia, 2007).

2.3.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Η επείγουσα ιατρική στον προηγμένο κόσμο πραγματοποιείται παραδοσιακά με δύο διαφορετικούς τρόπους. Το πρώτο σύστημα είναι το γνωστό ως αγγλο-αμερικανικό σύστημα με εξειδικευμένο EDs, και υπηρεσία επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής που χρησιμοποιεί paramedics. Ο δεύτερος είναι το αποκαλούμενο γαλλογερμανικό σύστημα, με υψηλής ανάπτυξης υπηρεσίας ιατρών προνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής, αλλά μόνο με μία βασική οργάνωση της επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής. Τώρα αυτή η διαφορά ελαχιστοποιείται γρήγορα εξ αιτίας της γρήγορης ανάπτυξης της νοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής στην Ευρώπη. Ένδεκα από τις 27 ευρωπαϊκές χώρες αναγνωρίζουν ήδη την επείγουσα νοσοκομειακή ιατρική σαν ειδικότητα Αυτοί περιλαμβάνουν το Βέλγιο, την Τσεχία, την Εσθονία, την Ουγγαρία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Μάλτα, την Πολωνία, τη Ρουμανία, τη Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Άλλες χώρες προτίθενται να κάνουν το ίδιο, παραδείγματος χάριν Σουηδία, Γαλλία, Γερμανία και Ελλάδα. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η επείγουσα ιατρική κερδίζει έδαφος και άλλες χώρες θα ακολουθήσουν. Διάφορα προγράμματα σπουδών υπάρχουν προς το παρόν στις αντίστοιχες ευρωπαϊκές χώρες. Μια ομάδα εργασίας, που ελέγχεται από την ευρωπαϊκή ένωση για την επείγουσα ιατρική εργάστηκε σκληρά για να δημιουργήσει ένα πρότυπο πρόγραμμα σπουδών για την όλη Ευρώπη, η οποία αναμένεται για να δημοσιευθεί το 2007. Fleischmann T, et al, 2007). Έχει δηλωθεί ότι το γαλλογερμανικό σύστημα ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (FGS) έχει ιδιαίτερα μειονεκτήματα έναντι στο αγγλο-αμερικανικό σύστημα ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (AAS): 1. Οι βασικές διαφορές μεταξύ AAS και του FGS είναι ότι στο AAS οι ασθενείς παρουσιάζονται στο γιατρό, ενώ στο FGS, ο γιατρός παρουσιάζεται στον

ασθενή. 2. Στο FGS, οι ασθενείς που χρήζουν επείγουσας ιατρικής φροντίδας αξιολογούνται και θεραπεύονται από τους ιατρούς στα ιατρεία τους ή στο στίπτι του ασθενή αρχικά και κατά τη διάρκεια της μεταφοράς και πολύ λίγοι πλησιάζουν ένα τμήμα επειγόντων νοσοκομείου. 3. Οι ασθενείς έκτακτης ανάγκης με το απειλητικό για τη ζωή τραύμα ή ασθένεια θεραπεύονται από τους ιατρούς παθολόγους έκτακτης ανάγκης στο σημείο (Dick WF, 2003). Στα μειονεκτήματα του FGS αναφέρεται και ότι στις περιοχές όπου η συχνότητα τέτοιων περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης είναι χαμηλή, η κλινική εμπειρία που απαιτείται για να διαχειριστεί επαρκώς μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης δεν μπορεί να αποκτηθεί ή να διατηρηθεί ακριβώς δουλεύοντας στο ιατρικό σύστημα έκτακτης ανάγκης. Ως αποτέλεσμα της γενικής πίεσης να κοπούν οι δαπάνες και επίσης των αλλαγών στην πολιτική νοσοκομείων, μόνο οι ιδιαίτερα καταρτισμένες και έμπειρες ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης μπορούν να επιζήσουν μακροπρόθεσμα. Εκτός από τα επίσημα προσόντα και την πρακτική το μελλοντικό προσωπικό ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης πρέπει να συνταχθεί με το κλινικό προσωπικό τμημάτων που έχουν εμπειρία στη θεραπεία των σοβαρά άρρωστων και σοβαρά τραυματισμένων ασθενών (Gries A et al, 2006). Τα συστήματα υπηρεσιών ιατρικής έκτακτης ανάγκης (EMS) στις πέντε σκανδιναβικές χώρες έχουν περισσότερες ομοιότητες από τις διαφορές. Μια ομοιότητα είναι η συμμετοχή των αναισθησιολόγων ως προνοσοκομειακούς ιατρούς και της συμμετοχής τους για όλους τους αυστηρά άρρωστους και τραυματισμένους ασθενείς in-hospital. Οι αποκλίσεις υπάρχουν, εντούτοις, ειδικά στα επίγεια και εναέρια μέσα διακομιδής ασθενών. Τα κύρια προβλήματα και οι προκλήσεις που υπογραμμίζονται από τους συντάκτες είναι: (1) Δανία: τα κέντρα αποστολών δεν είναι προς το παρόν υπό ιατρικό έλεγχο και είναι χωρίς ένα εθνικό σύστημα. (2) Φινλανδία: η αυτονομία των μεμονωμένων δήμων και η ευθύνη τους να καλύψουν για την πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη, καθώς επίσης και το EMS, για το οποίο δεν υπάρχει σχετική νομοθεσία. (3) Η Ισλανδία είναι η μόνη χώρα που έχει την ιατρική (EMS) έκτακτης ανάγκης ως αναγνωρισμένη ειδικότητα αλλά υπάρχει ανάγκη για τους πλιό πλήρως εκπαιδευμένους ειδικούς σε EMS (4) Νορβηγία: το συνηθισμένο επίγιο ασθενοφόρο επισημαίνεται ως πλιό αδύνατη σύνδεση στην αλυσίδα EMS και μια μεταρρύθμιση υγείας απαιτεί την εκτενή συνεργασία μεταξύ των νέων επιχειρήσεων υγείας για να επανεγκαθιδρύσει έναν εθνικό φορέα εναέριων μέσων. (5) Σουηδία: Ανάγκη για να δημιουργήσει ένα σύστημα βασισμένο στα πρότυπα ιατρικής, την επεξεργασία στην ιατρική έκτακτης ανάγκης, μια καλύτερη ολοκλήρωση όλου του μέρους της αλυσίδας της επιβίωσης, μια τυποποιημένη εκπαίδευση σε EMS και μια σε εθνικό επίπεδο επανδρωμένη ιατρική κάλυψη ελικοπτέρων EMS (HEMS) (Langhelle A. et al, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μετά από συστηματική έρευνα στη βιβλιογραφία και στο διαδίκτυο για τα προβλήματα υγείας και τους σχετικούς με την εργασία κινδύνους των εργαζόμενων στις Υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων διαπιστώθηκε ότι, οι ερευνητές στο εξωτερικό έχουν γίνει όλο και περισσότερο ενήμεροι πως το προσωπικό ασθενοφόρων μπορεί να διατρέξει κινδύνους από την εργασία του. Δυστυχώς όμως στη χώρα μας για τον συγκεκριμένο κλάδο η έρευνα και η ενημέρωση είναι από ελάχιστη έως ανύπαρκτη. Ενώ για τους γιατρούς και το παραϊατρικό προσωπικό που εργάζεται μέσα στο νοσοκομείο έχουν γίνει αρκετές έρευνες, για τους εργαζόμενους στην προνοσοκομειακή περίθαλψη δεν έχει ασχοληθεί κανείς σοβαρά. Επίσης δεν υπάρχουν συγκριτικά στοιχεία και στατιστικές αναλύσεις που να μας δίνουν μια σαφή εικόνα του δικού μας ΕΚΑΒ σε σχέση με άλλους οργανισμούς παροχής πρώτων βοηθειών. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας σαν οργανωμένη υπηρεσία στην Ελλάδα είναι σχετικά καινούρια. Το προσωπικό της είναι και αυτό κατά μέσο όρο σε μικρή σχετικά ηλικία (40χρόνια). Οι επιπτώσεις στην υγεία των διασωστών από την επίδραση της εργασίας τους έχουν αρχίσει ήδη να καταγράφονται με την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση σε εργασίες ελαφρύτερες των επειγόντων περιστατικών (χρόνια περιστατικά, τηλεφωνικό κέντρο, δευτερογενής υπηρεσίες του ΕΚΑΒ κλπ).

Αναλύσεις μελετών του εξωτερικού μας δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι ασθενοφόρων έχουν περισσότερα οστεο-μυϊκά προβλήματα από το γενικό πληθυσμό, ένα πιο υψηλό τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας, ένα πιο υψηλό επίπεδο μοιραίων ατυχημάτων, ένα υψηλότερο επίπεδο τραυματισμών ατυχήματος και μια υψηλότερη τυποποιημένη πρόωρη συνταξιοδότηση για ιατρικούς λόγους από το γενικά οικονομικά ενεργό πληθυσμό και τους εργαζομένους σε άλλα επαγγέλματα υγείας. Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει τα προβλήματα διανοητικής υγείας. Η επικράτηση του μετα-τραυματικού stress ήταν υψηλή και ομοίως υψηλά ποσοστά αναφέρθηκαν για την ανησυχία και τη γενική ψυχοπαθολογία.

Εντούτοις, είναι ασαφές εάν το προσωπικό ασθενοφόρων υποφέρει από περισσότερα προβλήματα διανοητικής υγείας από το γενικό οικονομικά ενεργό πληθυσμό, και αυτό διότι διάφορες μεθοδολογικές προκλήσεις, όπως τα μικρά μεγέθη δειγμάτων, τα μη-αντιπροσωπευτικά δείγματα, ο διαφορετικός τρόπος λειτουργίας από χώρα σε χώρα και η έλλειψη συγκρίσεων με τα κανονιστικά στοιχεία περιορίζουν την ερμηνεία πολλών μελετών. Η περισσότερη συντονισμένη έρευνα και αντένσταση απαιτούνται για να συγκρίνουν τα στοιχεία στις μελέτες (Sterud T, et al, 2006).

Το αποτέλεσμα μιας άλλης μελέτης της επαγγελματικής πίεσης δείχνει ότι αυτό το επάγγελμα δοκιμάζει έναν υψηλό βαθμό σχετικής με την απασχόληση πίεσης σχετικά με άλλο ιατρικό προσωπικό. Σε μια ανάλυση τμημάτων αυτής της πίεσης τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πίεση εργασίας φανερώνεται ως δυσaréσκεια

εργασίας, οργανωτική πίεση, και αρνητικές υπομονετικές τοποθετήσεις, αλλά όχι τόσο συχνά όσο και ο σωματικός κίνδυνος (Hammer JS, et al, 1986).

Η έρευνα επανειλημμένα έχει καταδείξει ότι οι οργανισμοί εκθέτουν τις προσαρμοστικές φυσιολογικές, συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές απαντήσεις όταν εκτίθενται στα επιβλαβή ή απειλητικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Εντούτοις, όταν τα επιβλαβή ερεθίσματα είναι υπερβολικά ή παρατεταμένα, οι προσπάθειες να αντιμετωπιστούν μπορούν να γίνουν συντριμμένες, και οι προσαρμοστικές απαντήσεις μπορούν να μετατραπούν σε ασθένεια, κατάθλιψη, και εξασθενημένη απόδοση. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο της πίεσης, οι άνθρωποι που εργάζονται στα επαγγέλματα που τους τοποθετούν συνεχώς στον κίνδυνο ή τους αναγκάζουν επανειλημμένα να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικά απαιτητικές ή στενόχωρες καταστάσεις εμφανίζονται να διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τις δυσμενείς αντιδράσεις stress. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη οι διασώστες - (EMS) τοποθετούνται στην ομάδα υψηλού κινδύνου για τέτοιες αντιδράσεις stress (Chen JC, et al, 2005). Φάνηκε ότι η υπερένταση, η πίεση, και τα αποτελέσματα της ουδετεροποίησης είχαν άμεση σχέση με την ικανοποίηση της εργασίας, την ανησυχία για τις μολυσματικές ασθένειες, και τις ενοχές και αντιλήψεις για την ύπαρξη κακών αντιμετωπισμένων περιστατικών. Το Burnout επίσης ήταν συνυφασμένο με τις αντιμετωπίσεις πολύνεκρων ή βαριών περιστατικών (τροχαία, τραυματισμούς από βία, τις υπερβολικές δόσεις φαρμάκων, αυτοκτονίες). Η δυσaréσκεια εργασίας αφορούσε τις τοποθετήσεις ότι η εργασία έχει επιπτώσεις στην οικογένειά τους, ότι οι χώροι στέγασης των διασωστών ήταν άβολοι, και ότι οι διοικητές δεν είχαν την πείρα των απαιτήσεων εργασίας και των δεξιοτήτων των διασωστών. Άλλοι παράγοντες της μεγάλης δυσaréσκειας ήταν ο χαμηλός μισθός του επαγγέλματος και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού (Neale AV., 1991).

Σύμφωνα με τη διοίκηση ασφάλειας και υγιεινής στην εργασία (OSHA), το μόνο κριτήριο για την εφαρμογή των προτύπων είναι η πιθανότητα της έκθεσης στο αίμα και άλλα ενδεχομένως μολυσματικά υλικά. Κατά συνέπεια, τα πρότυπα στοχεύουν στην προστασία των υπαλλήλων από την επαγγελματική έκθεση σε όλα τα παθογόνα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα και, ειδικά, στον ιό της ανθρώπινης ανεπάρκειας αντισωμάτων (HIV) και τον ιό ηπατίτιδας Β (HBV). Άλλες ασθένειες αιματογενώς μεταδιδόμενα που παραπέμπονται από την OSHA περιλαμβάνουν τη βρουκέλλωση, την ασθένεια Creutzfeldt-Jakobs, την ηπατίτιδα C, την λεπτοσπείρωση, την ελονοσία, τη σύφιλη και τον αιμορραγικό πυρετό. Όλοι οι επικεφαλής τμήματος και οι υπάλληλοι πρέπει να έχουν πρόσβαση στα πρότυπα και πρέπει προσεκτικά να αναθεωρήσουν την ανάλυση των κανονισμών και των συστάσεων για την εφαρμογή τους, όπως παρουσιάζονται σε αυτήν την ειδική έκδοση των συσκευών υγείας (OSHA, 1993).

Η έκβαση μιας επαγγελματικά επίκτητης μόλυνσης μπορεί να είναι μοιραία. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό ότι οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν τα προστατευτικά μέτρα. Τα αποτελέσματα υπονοούν ότι μόνο οι πληροφορίες για τις ασφαλείς πρακτικές είναι ανεπαρκείς να επιτύχουν εκείνο τον στόχο. Όλοι οι

παράγοντες σπουδαιότητας για τη συμμόρφωση πρέπει να κερδηθούν με εκπαίδευση και κλινική εμπειρία (Lymer et al, 2004).

Τον Μάρτιο του 2007 στη Βαλτιμόρη έξι εθνικοί εμπειρογνώμονες συζήτησαν τις ανησυχίες ασφάλειας, από το τρέχον φτωχό σχέδιο ασθενοφόρων στις μεθόδους για τις δεξιότητες οδήγησης. Σημειώθηκε ότι το διαθέσιμο στοιχείο δείχνει μια αύξηση στον αριθμό τροχαίων ατυχημάτων ασθενοφόρων κάθε έτος. Εκτός από τον προσωπικό κόστος που αυτές οι συγκρούσεις επιφέρουν, όλο και περισσότεροι χειριστές ασθενοφόρων κρίνονται υπεύθυνοι για τα γεγονότα που προκαλούν. Οι δαπάνες της αμελούς ανθρωποκτονίας και οι δαπανηρές δίκες γίνονται πιο συχνές. Κατά συνέπεια, η προσοχή και η ασφάλεια των prehospital διασωστών διακινούμενη από τις κλήσεις έχουν γίνει ένα κρίσιμο ζήτημα για πολλούς φορείς παροχής υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (McCallion, 2007).

Από μια δωδεκάχρονη μελέτη που ολοκληρώθηκε το 2001 βρέθηκε ότι οι περισσότερες θανατηφόρες συγκρούσεις ασθενοφόρων εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της οδήγησης με υψηλές ταχύτητες σε περιστατικά επείγοντα, σε βελτιωμένους, ευθείς, ξηρούς δρόμους, κατά τη διάρκεια καλών καιρικών συνθηκών (Studnek JR, 2007).

Το προσωπικό EMS στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει κατ' εκτίμηση ποσοστό θανατηφόρου περιστατικού 12,7 ανά 100.000 εργαζομένους, περισσότερο από δύο φορές του εθνικού μέσου όρου (Maguire, 2002). Αυτή η έκθεση τεκμηριώνει 27 θανατηφόρα τροχαία περιστατικά σχετικά με το ασθενοφόρο μεταξύ των εργαζομένων EMS κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δέκα ετών. Οι έρευνες προσδιορίζουν την επιθετική οδήγηση ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τους εργαζομένους EMS. Μεταξύ όλων των σημείων του ασθενοφόρου, οι επιβαίνοντες στην καμπίνα συνδέθηκαν με τη μεγαλύτερη δριμύτητα τραυματισμών. Από τα 27 γεγονότα που κωδικοποιήθηκαν ως "θανατηφόρος τραυματισμός στην εργασία", επτά (26%) από τους εργαζομένους EMS που σκοτώθηκαν ήταν οδηγοί που δεν φορούσαν ζώνη και δύο (7.4%) ήταν χωρίς ζώνη στο μπροστινό κάθισμα. Έξι (22%) από τους εργαζομένους EMS που σκοτώθηκαν δεν φορούσαν ζώνες στην καμπίνα (MMWR, 2003).

Στην Ελλάδα, έγινε μια μελέτη στο ΕΚΑΒ Αθήνας το 2001, για τις αιτίες και τις συνέπειες του εργασιακού άγχους και μια άλλη στο ΕΚΑΒ Ιωαννίνων το 2005, για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ, την σχέση τους με τους ιατρούς στα ΤΕΠ και την ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών.

Στη μελέτη του 2001 για τις ανάγκες του σωματείου του ΕΚΑΒ Αθηνών, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι πάνω από το μέσο όρο εμφανίζουν συμπτώματα Burnout. Αισθάνονται διαρκώς υπό πίεση και απογοητευμένοι από την εργασία τους. Τα προβλήματα τους δεν επιλύονται και έτσι το stress γίνεται χρόνιο και οδηγεί στην αποπροσωποποίηση, τη μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων και επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της ποιότητας υπηρεσιών, το χαμηλό ηθικό, την προσωπική δυσλειτουργία (Clever Carrer, 2001).

Από έρευνα που έγινε στο ΕΚΑΒ Ιωαννίνων το 2005 διαπιστώνεται ότι οι διασώστες πάσχουν από αποπροσωποποίηση και συναισθηματική εξάντληση και αυτό

επηρεάζει αρνητικά τη συμπεριφορά των διασωστών απέναντι στους ασθενείς που διακομίζουν αλλά και απέναντι στους γιατρούς των ΤΕΠ όπου διακομίζουν τα περιστατικά. Από την ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών επηρεάζεται αρνητικά από τα χρόνια προϋπηρεσίας των διασωστών, την τηλεφωνική επικοινωνία τους με το ΕΚΑΒ αλλά και τα σχόλια των διασωστών στο γιατρό των ΤΕΠ (Σταύρου, 2005).

3.2 ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΑ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Γεγονότα στην Ελλάδα

Περίπτωση 1: 14 Ιανουαρίου 2001: Θεομηνία με ανέμους πάνω από 10 before. Το ελικόπτερο του ΕΚΑΒ επιστρέφει με περιστατικό και 5μελές πλήρωμα. Πάνω από το Σούνιο χάνεται από τα radar. Νεκροί πάνω στο καθήκον ο γιατρός του ΕΚΑΒ, ο νοσηλεύτης και τα 3 άτομα του πληρώματος

18 Ιουνίου 2001: Σοβαρό περιστατικό στην Ανάφη. Αερομεταφορά με 5 άτομα επιβαίνοντες. Στο νησί δεν υπάρχει τρόπος να παρασχεθεί ιατρική βοήθεια. Νυκτερινή πτήση με το ελικόπτερο του ΕΚΑΒ. «Τα συντρίμια του ελικοπτέρου εντοπίστηκαν στην κορυφή του βουνού. το θέαμα του γιατρού Χρήστου Αντύπα να έχει σκεπάσει με το σώμα του την 62χρονη ασθενή προκειμένου να την σώσει, λύγισε και τους πιο δυνατούς» (Απογευματινή 18 Ιουνίου 2006)

18 Φεβρουαρίου 2003: Ασθενής στην Ικαρία στον οποίο το τοπικό νοσοκομείο δεν μπορεί να προσφέρει την απαραίτητη νοσηλεία. Το ελικόπτερο του ΕΚΑΒ πηγαίνει να παραλάβει τον ασθενή. Δεν έφθασε ποτέ. Τα συντρίμια του χάθηκαν στο Ικάριο πέλαγος παίρνοντας μαζί τον ιατρό του ΕΚΑΒ Σαφάντι, τον νοσηλεύτη Φερεντίνο και τους 2 πιλότους του ελικοπτέρου.

Περίπτωση 2: Εθνική οδός Αθηνών - Λαμίας. Σοβαρό τροχαίο με δύο άτομα σοβαρά τραυματισμένους. Το ασθενοφόρο που παρέλαβε τον πρώτο τραυματία επιστρέφει ολοταχώς για το ΚΑΤ. Τα λεπτά είναι πολύτιμα. Ο οδηγός του ασθενοφόρου δεν έφθασε ποτέ. Από την μεγάλη ταχύτητα το ασθενοφόρο προσέκρουσε σε γέφυρα και ο άτυχος Παρασκευόπουλος σκοτώθηκε επί τόπου.

Περίπτωση 3: 18 Ιουλίου 1998 Καλείται η καρδιολογική μονάδα για λιποθυμικό περιστατικό. Ο γιατρός και το πλήρωμα επαναφέρουν από το κώμα τον χρήστη ασθενή. Αφού έχει συνέρθει τον μεταφέρουν για περαιτέρω νοσηλεία στο νοσοκομείο. Με την παράδοση του περιστατικού ο γιατρός εισπράττει το ευχαριστώ από τον ασθενή με μία μαχαίριά στον θώρακα. Αποτέλεσμα ο γιατρός να πάθει τρώση καρδιάς, έκανε δύο ανακοπές ευτυχώς ανατάξιμες, χειρουργήθηκε, και έμεινε δυο μήνες νοσηλευόμενος.

Γεγονότα στο εξωτερικό

Περίπτωση 1. Τον Μάιο του 2001, ένας ιατρικός τεχνικός έκτακτης ανάγκης (EMT) ηλικίας 26 ετών πέθανε όταν χτυπήθηκε το ασθενοφόρο σε μετωπική σύγκρουση με ένα φορτηγό στις 6:30 π.μ. κατά τη διάρκεια μιας μη επείγον μεταφοράς ασθενή. Κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης, το EMT χτύπησε στο μπροστινό μέρος της καμπίνας του ασθενοφόρου. Ο ένας διασώστης χτύπησε και πέθανε καθ' οδόν προς το νοσοκομείο από αμβλύ τραύμα στο κεφάλι και το στήθος. Ο ασθενής και ο οδηγός υπέστησαν επίσης σοβαρούς τραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένου ενός σπασμένου ποδιού.

Περίπτωση 2. Τον Ιούλιο του 2001, ένας ιατρικός τεχνικός έκτακτης ανάγκης (EMT) ηλικίας 27 ετών πέθανε όταν χτύπησε το ασθενοφόρο σε μια κολώνα στις 12:30 μ.μ. κατά τη διάρκεια μιας μη επείγον μεταφοράς ασθενή. Κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης, ο ένας διασώστης πέθανε ενώ ο οδηγός και ο ασθενής χτύπησαν και μεταφέρθηκαν και νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομείο.

Περίπτωση 3. Τον Μάρτιο του 2002, ένα EMT ηλικίας 22 ετών που οδηγούσαν και ένας παραϊατρικός ηλικίας 37 ετών τραυματίστηκαν όταν χτύπησε το ασθενοφόρο τους σε ένα επικείμενο όχημα κατά μέτωπο και ανατράπηκε. Ο οδηγός - διασώστης οδηγούσε με υψηλή ταχύτητα κατά τη διάρκεια μιας μη επείγον μεταφοράς. Κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης, ένας συγγενής του ασθενή που καθόταν στο κάθισμα του υπαλλήλου και φορούσε ζώνη ασφαλείας δεν χτύπησε. Ο οδηγός EMT τραυματίστηκε ελαφρά παρά του ότι δεν φορούσε ζώνη. Ο άλλος διασώστης χτύπησε στα εσωτερικά γραφεία και τα ράφια της καμπίνας του ασθενοφόρου. Οι διασώστες μεταφέρθηκαν σε ένα νοσοκομείο, όπου ο ένας αντιμετωπίστηκε και έφυγε ενώ ο άλλος νοσηλεύθηκε. Οι τραυματισμοί του ασθενή περιέλαβαν μώλωπες κρανίου και ώμων και μια πληγή στους ώμους.

3.3 Υποκειμενική εκτίμηση και αναγνώριση των κινδύνων

Περιβάλλον εργασίας :

- Ο χώρος εργασίας. (Τηλεφωνικό κέντρο - ασθενοφόρα - μηχανές - ελικόπτερα).
- Θόρυβος. (Τόσο οι τηλεφωνητές στο τηλεφωνικό κέντρο όσο και τα πληρώματα στο δρόμο ή από την χρήση σειρήνας καθώς επίσης και ο θόρυβος του ελικοπτερίου).
- Καιρικές συνθήκες.
- Φωτισμός.
- Επίδραση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης.

Τροχαία ατυχήματα:

- Είδος επαγγέλματος (πολλές εργατοώρες στο δρόμο).

- Υψηλή ταχύτητα, ελιγμοί, παραβίαση σηματοδότη, επικίνδυνη οδήγηση – συμπεριφορά οδηγού διασώστη.
- Άγχος είτε πηγαίνοντας προς το επείγον περιστατικό, είτε μεταφέροντας αυτό από το σημείο συμβάντος προς τον υγειονομικό σχηματισμό.
- Παράγοντες που αφορούν την ποιότητα των δρόμων και τις καιρικές συνθήκες.
- Συμπεριφορά των άλλων οδηγών.

Βιολογικοί παράγοντες:

- Ηπατίτιδες Α,Β,С, HIV κλπ.
- Φυματίωση, SARS, νόσος πτηνών κλπ.
- Τέτανος.

Ψυχοσωματικοί παράγοντες:

A. Stress :

- Από το είδος του επαγγέλματος.
- Από την κίνηση στους δρόμους.
- Από τους συνοδούς των ασθενών.
- Από την αρνητική αντιμετώπιση των ΜΜΕ.
- Από μη σωστή χρήση κλήσεων των ασθενοφόρων από το κοινό.

B. Ωράριο εργασίας :

- Κυλιόμενα ωράρια - βάρδιες.
- Νυχτερινή εργασία.

Γ. Συγκρούσεις στις εργασιακές σχέσεις (οριζόντιες και κάθετες):

- Με την ιεραρχία.
- Με τους συναδέλφους.
- Μεταξύ τηλεφωνικού κέντρου - ασυρμάτου - πληρωμάτων ασθενοφόρου.
- Με άλλες υπηρεσίες (Π.Υ., ΕΛ.ΑΣ., Νοσοκομεία).
- Με το κοινό.

Δ. Επαγγελματική εξουθένωση:

- Έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης ή προαγωγής.
- Το είδος της εργασίας.
- Τα χρόνια εργασίας.
- Η συχνή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και το θάνατο.
- Η μη αναγνώριση του έργου τους.

Ε. Μυοσκελετικά προβλήματα:

- Από την μεταφορά ασθενών.
- Καταπόνηση από ανύψωση υπερβολικού βάρους (παχύσαρκα άτομα, άτομα σε καταστολή - διασωληνωμένα, διεγερτικά, πολυτραυματίες κλπ).
- Συχνή έλλειψη ασανσέρ, στενές και απότομες σκάλες, αδυναμία συνεργασίας με τον ασθενή κατά την μεταφορά.
- Κραδασμοί κατά την οδήγηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

4.1 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Α. Οι διασώστες - πληρώματα ασθενοφόρου είναι αναγκασμένοι να εργάζονται για οκτώ ώρες καθημερινά σε έναν πολύ μικρό χώρο λίγων τετραγωνικών μέτρων δυσανάλογο με όλους τους άλλους εργαζόμενους. Οι καιρικές συνθήκες, η κατάσταση του οδοστρώματος, το επείγον του περιστατικού, η δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ οδηγού – συνοδηγού τόσο στα απλά ασθενοφόρα και κινητές μονάδες όσο και στις μηχανές του ΕΚΑΒ, είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την υγεία τους. Ο ελάχιστος χώρος τις καμπίνες των ελικοπτήρων αναγκάζει αρκετές φορές τους διασώστες και τον γιατρό να κρατούν επάνω τους ιατρικά εργαλεία τα οποία δεν μπορούν να τοποθετήσουν κάπου αλλού λόγω έλλειψης χώρου, καθιστούν δυσχερέστερη την λειτουργία τους.

Β. Οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ εκτίθενται στον κίνδυνο των διαφόρων έντονων θορύβων. Ο θόρυβος της κυκλοφοριακής κίνησης, τα κορναρίσματα, η σειρά του ασθενοφόρου, ο εκκωφαντικός θόρυβος του ελικοπτήρου, το πολυπληθές τηλεφωνικό κέντρο με τους ασυρμάτους και τα τηλέφωνα είναι παράγοντες που επιδεινώνουν την ψυχική υγεία του προσωπικού.

Τα αποτελέσματα του θορύβου στην ακοή μπορεί να είναι η προσωρινή μετατόπιση στο ακουστικό κατώφλι, η βαρηκοΐα μετά από χρόνιο ακουστικό τραύμα (επαγγελματική βαρηκοΐα από θόρυβο) και η βαρηκοΐα μετά από οξύ ακουστικό τραύμα.

Οι κύριες μη ακουστικές επιπτώσεις του θορύβου που έχουν επισημανθεί στις επιδημιολογικές μελέτες περιλαμβάνουν μια αυξανόμενη επίπτωση του ποσοστού υπέρτασης, διαταραχές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και στην καρδιακή συχνότητα, αύξηση των μη ειδικών συμπτωμάτων του γαστρεντερικού και του δωδεκαδακτυλικού έλκους και επιπλέον νευροψυχικές διαταραχές όπως την αύξηση του χρόνου αντίδρασης, την αύξηση του αριθμού των λαθών κατά τη διάρκεια της εργασίας και την παρέμβαση του θορύβου στην αντίληψη προειδοποιήσεων για πιθανούς κινδύνους (Σιχλετίδης, 2002, Βαφειάδου, 2005).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες δεν πρέπει να υποτιμηθούν επειδή μπορούν να οδηγήσουν σε έναν αυξανόμενο κίνδυνο ατυχημάτων.

Η προκαλούμενη από θόρυβο απώλεια ακοής είναι ένας σημαντικός κίνδυνος σε πολλούς εργασιακούς χώρους και στην κοινωνία. Το *Εθνικό Ινστιτούτο για την Επαγγελματική Ασφάλεια και την Υγεία* των ΗΠΑ (NIOSH) υπολογίζει ότι περισσότεροι από 30 εκατομμύρια εργαζόμενοι (σχεδόν 1 στους 10) εκτίθεται στα επισφαλή επίπεδα θορύβου στην εργασία. Τα πληρώματα ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης ελικοπτήρων εργάζονται σε ένα περιβάλλον στο οποίο η έκθεση στο θόρυβο αεροπορίας κάνει το ζήτημα των στρατηγικών απώλειας ακοής και

πρόληψης εμφανές. Η εφαρμογή των προτύπων Διοίκησης ασφάλειας και υγιεινής στην εργασία για ένα ρυθμισμένο πρόγραμμα συντήρησης ακρόασης μέσω του ελέγχου της έκθεσης θορύβου θα ωφελήσει τους επαγγελματίες ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης ελικοπτήρων (McReynolds, 2005).

Γ. Οι καιρικές συνθήκες τόσο κατά την οδήγηση όσο και κατά την παραλαβή και παράδοση του περιστατικού με κρύο, ζέση, βροχή, χιόνια, βρεγμένα ρούχα πολλές φορές και λερωμένα από διάφορα συμβάντα στο χώρο εργασίας και χωρίς υποδομή για αντικατάσταση και συνέχιση της εργασίας καθιστούν την εργασία πολύ δύσκολη.

Δ. Μικροκλίμα. Με τον όρο μικροκλίμα περιγράφονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανταλλαγή θερμότητας μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος εντός ορισμένων πλαισίων τα οποία καθορίζουν την "θερμική ευεξία". Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη θερμική ευεξία είναι η θερμοκρασία του αέρα, η σχετική υγρασία, η ταχύτητα του αέρα, η θερμική ακτινοβολία, οι ενεργειακές δαπάνες (εξαρτώνται από τη βαρύτητα, τη διάρκεια της εργασίας και την κατάσταση της υγείας του εργαζόμενου) και η θερμική αντίσταση της ενδυμασίας.

Η θερμική ευεξία προϋποθέτει τη διατήρηση μιας ισορροπίας μεταξύ του ποσού θερμότητας που παράγεται από το σώμα και του ποσού θερμότητας που αποβάλλεται στο περιβάλλον με τη βοήθεια των παραπάνω μηχανισμών. Όταν η θερμική ισορροπία γίνεται θετική ή αρνητική αναλαμβάνουν οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί να διατηρήσουν τη θερμοκρασία μέσα στα αποδεκτά όρια. Η υπερβολική καταπόνηση αυτών των μηχανισμών (σε εργασιακά περιβάλλοντα με παρουσία σημαντικών πηγών θερμότητας) μπορεί να οδηγήσει στο θερμικό stress. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι το προοίμιο μιας παθολογικής διαδικασίας (π.χ. θερμοπληξίας) εάν η έκθεση δεν περιορισθεί εγκαίρως χρονικά. Μικρότερη επιβάρυνση των θερμορυθμιστικών μηχανισμών μπορεί να προκαλέσει θερμική δυσανεξία με μορφή αίσθησης θερμότητας (Σιχλετίδης, 2002).

Ε. Λόγω της φύσης της εργασίας του διασώστη τα προβλήματα υγείας των οδηγών-διασωστών είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα των εργαζομένων στα γραφεία. Η εργασία με βάρδιες, το εργασιακό περιβάλλον, η στάση εργασίας, τα βαριά υλικά, η πίεση εργασίας λόγω του επείγοντος, και η έλλειψη χρόνου οδηγούν σε έντονο stress. Τα ποσοστά επικράτησης για τα υποκειμενικά συμπτώματα (θόρυβο, ζάλη, πονοκέφαλος, πόνο στον αυχένα και το χαμηλό πόνο στην πλάτη) και οι παρούσες ασθένειες (υπέρταση, σάκχαρο, παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (νεφρά, προστάτης) έλκη στην πεπτική οδό, τραυματισμοί μέσης, τραυματισμοί του αυχένα παθήσεις του κυκλοφορικού και αιμορροΐδες μεταξύ των οδηγών είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα των άλλων εργαζομένων. Στις αναλύσεις πολλά στοιχεία σχετικά με την εργασία παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες αναλογίες πιθανοτήτων για τα υποκειμενικά συμπτώματα και τις παρούσες ασθένειες των οδηγών. Οι πιθανότητες εμφανίσεις υπέρτασης, καρδιακών παθήσεων, προβλημάτων ακοής,

πονόλαιμος και πόνοι στην μέση μεταξύ των οδηγών, αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο των χρόνων εργασίας, τη στάση του σώματος, των δονήσεων και των κραδασμών. Οι πιθανότητες για οσteo-μυϊκές ασθένειες και τα σχετικά υποκειμενικά συμπτώματα αυξάνονται σημαντικά από την υπερκόπωση, τη δόνηση, τα συμπτώματα κούρασης και το στενό χώρο εργασίας. Οι πιθανότητες για γαστροδωδεκαδακτυλικές ασθένειες και τα σχετικά υποκειμενικά συμπτώματα αυξάνονται σημαντικά από το στενό χώρο εργασίας, την έλλειψη χώρων υγιεινής και τον μεγάλο χρόνο εργασίας. Για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας των οδηγών, συνιστάται η βελτίωση των συνθηκών.

4.2 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Οι συντριβές ασθενοφόρων είναι ένας από τους πολλούς κινδύνους που αντιμετωπίζει το προσωπικό υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. Το είδος του επαγγέλματος, οι πολλές εργατοώρες στο δρόμο, η ποιότητα των δρόμων, οι καιρικές συνθήκες, η επίδραση στον διασώστη - οδηγό ο κίνδυνος του επικείμενου πιθανού θανάτου του ασθενή, η αντίδραση και η συμπεριφορά των άλλων οδηγών, η μεγάλη ταχύτητα και οι επικίνδυνοι ελιγμοί, η παραβίαση προτεραιότητας, το άγχος είναι μερικοί από τους παράγοντες που συντελούν στη πρόκληση ατυχήματος.

Για να χαρακτηρίσουν τους παράγοντες κινδύνου για τους εργαζομένους που συμμετέχουν στις συντριβές ασθενοφόρων, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC), το NIOSH και η Διοίκηση Ασφάλειας Κυκλοφορίας Εθνικών Οδών των ΗΠΑ (NHTSA) εκθέτοντας το σύστημα (FARS) στις ΗΠΑ ερεύνησαν περιπτώσεις συντριβών ασθενοφόρων, με σκοπό να παρουσιάσουν τα στοιχεία επιτήρησης, και να συστήσουν μέτρα πρόληψης.

Ο αμερικανικός οργανισμός NIOSH προσδιόρισε και εξέτασε τα εναλλακτικά μέτρα για να μειωθεί ο κίνδυνος τραυματισμών για τους εργαζομένους EMS.

Κατά τη διάρκεια του 1991-2000, έτη για τα οποία τα στοιχεία ήταν διαθέσιμα, συνέβησαν 300 τροχαία ατυχήματα με ασθενοφόρα τα οποία μετέφεραν ασθενείς, με συνέπεια τους θανάτους 82 επιβατών ασθενοφόρων και 275 επιβατών άλλων οχημάτων και πεζών. Τα 300 τροχαία ατυχήματα περιέλαβαν συνολικά 816 επιβάτες ασθενοφόρων. Η διοίκηση ασφάλειας κυκλοφορίας αμερικάνικων εθνικών οδών-κέντρο για τις στατιστικές και ανάλυση (FARS) δεν διαφοροποιεί τους εργαζομένους ασθενοφόρων από τους επιβάτες. Οι πληροφορίες βασίζονται στα πιστοποιητικά θανάτου και δείχνουν ότι 27 των επιβατών που σκοτώθηκαν ήταν εργαζόμενοι EMS. Η πλειοψηφία των 27 θανατηφόρων περιστατικών εργαζομένων EMS εμφανίστηκε στο θάλαμο οδήγησης του οχήματος: 11 (41%) στη θέση του οδηγού και πέντε (19%) στο κάθισμα του συνοδηγού. Εκείνοι που αναφέρονται ως "εγκλωβισμένοι" αποτελούν επτά (26%) από τα θανατηφόρα περιστατικά εργαζομένων EMS. Αυτά τα πρόσωπα πιθανώς εργάζονταν στην καμπίνα του ασθενοφόρου. Τέσσερις εργαζόμενοι αναφέρθηκαν "σε άλλες/άγνωστες" θέσεις.

Το προσωπικό EMS στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει κατ' εκτίμηση ποσοστό θανατηφόρου περιστατικού 12,7 ανά 100.000 εργαζομένους, περισσότερο από δύο

φορές του εθνικού μέσου όρου (Maguire BJ, 2002). Αυτή η έκθεση τεκμηριώνει 27 θανατηφόρα τροχαία περιστατικά σχετικά με το ασθενοφόρο μεταξύ των εργαζομένων EMS κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δέκα ετών. Οι έρευνες προσδιορίζουν την επιθετική οδήγηση ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τους εργαζομένους EMS. Μεταξύ όλων των σημείων του ασθενοφόρου, οι επιβαίνοντες στην καμπίνα συνδέθηκαν με τη μεγαλύτερη δριμύτητα τραυματισμών. Από τα 27 γεγονότα που κωδικοποιήθηκαν ως "θανατηφόρος τραυματισμός στην εργασία", επτά (26%) από τους εργαζομένους EMS που σκοτώθηκαν ήταν οδηγοί που δεν φορούσαν ζώνη, και δύο (7,4%) ήταν χωρίς ζώνη στο μπροστινό κάθισμα. Έξι (22%) από τους εργαζομένους EMS που σκοτώθηκαν δεν φορούσαν ζώνες στην καμπίνα (MMWR, 2003).

Το 1966, η εθνική ακαδημία των επιστημών ανέφερε τις ανεπάρκειες σε διάφορα επίπεδα προσοχής έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων των ακατάλληλων ασθενοφόρων με τον ανεπαρκή εξοπλισμό, ελλειπών προμηθειών, ανεκπαίδευτων συμμετεχόντων, έλλειψης ελέγχου της κυκλοφορίας, και έλλειψης εγκαταστάσεων μεταδόσεων φωνής (Service of American Public Health, 1970).

Από το 1966, οι ουσιαστικές βελτιώσεις έχουν γίνει στα συστήματα επικοινωνιών, τη στερεότερη χρήση του σύγχρονου εξοπλισμού διάσωσης, και το επίπεδο πείρας εργαζομένων. Επιπλέον, το ποσό προσοχής έκτακτης ανάγκης έχει αυξηθεί στον όγκο, στο επίπεδο πολυπλοκότητας, και στην απαραίτητη ικανότητα των εργαζομένων EMS (American Firefighting Administration, 1997).

Εντούτοις, τον Ιανουάριο του 1992, η ελάχιστη έρευνα ασφάλειας εργασιακών χώρων πραγματοποιήθηκε για το προσωπικό EMS, και οι στατιστικές σχετικές με τα χαρακτηριστικά εργαζομένων και τα καθήκοντα εργασίας ήταν κατά ένα μεγάλο μέρος μη διαθέσιμα (American Firefighting Administration, 1994).

Σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά μιας αναδρομικής μελέτης των μοιραίων συντριβών ασθενοφόρων κατά τη διάρκεια μιας 11έτους περιόδου που υπογράμμισε ότι η πλειοψηφία των συντριβών ασθενοφόρων εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της χρήσης έκτακτης ανάγκης, και οι διασώστες που βρίσκονταν στο πίσω μέρος του ασθενοφόρου ήταν πιθανότερο να τραυματιστούν από εκείνους που βρίσκονταν στο μπροστινό μέρος (Kahn Calcium, 2001).

Λιγότερο από τους μισούς εργαζομένους EMS χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας στο πίσω μέρος του ασθενοφόρου (Larmon, 2001).

Επιπλέον, τα συστήματα ζωνών ασφαλείας που παρέχονται συνήθως στα ασθενοφόρα δεν επιτρέπουν την πλήρη πρόσβαση στον ασθενή. Δεν επιτρέπουν στον εργαζόμενο να κάμψει προς τα εμπρός ή να σταθεί όρθιος για να συνδέσει κάποιο monitor ή να γονατίσει για να κάνει μια ιατρική πράξη που πρέπει να εκτελεσθεί. Για αυτούς τους λόγους, οι εργαζόμενοι EMS, δεν φορούν τις ζώνες ασφαλείας (CDC, 2001).

Επιπλέον, οι ασυγκράτητοι ή εσφαλμένα δεμένοι ασθενείς στο φορείο που μεταφέρονται σε μια συντριβή μπορούν να θέσουν έναν πρόσθετο κίνδυνο τραυματισμών για το προσωπικό ασθενοφόρων (American Centre for the Statistics and Analysis, 2001).



Κατά καιρούς το CDC έχει διατυπώσει συστάσεις προς τους εργοδότες EMS να απαιτούν από τους εργαζόμενους στα ασθενοφόρα να χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας επιβατών, όποτε είναι δυνατόν, να απαιτούν οι οδηγοί και οι επιβάτες μπροστινών καθισμάτων των οχημάτων ασθενοφόρων να έχουν πάντοτε ζώνες ασφαλείας και να ελέγχουν εάν οι εργαζόμενοι που κινούν τα ασθενοφόρα είναι εκπαιδευμένοι κατάλληλα. Οι κατασκευαστές ασθενοφόρων πρέπει να αξιολογήσουν και να αναπτύξουν συστήματα προστασίας ζωών με σκοπό να αυξήσουν την ικανότητα επιβίωσης των εργαζομένων και των ασθενών EMS στα διαμερίσματα ασθενοφόρων και να εξασφαλίσουν τέτοια συστήματα που να επιτρέπουν την κινητικότητα εργαζομένων EMS και την πρόσβαση στους ασθενείς και τον εξοπλισμό (FARS, 2002).

Από μια δωδεκάχρονη μελέτη που ολοκληρώθηκε το 2001 βρέθηκε ότι οι περισσότερες θανατηφόρες συγκρούσεις ασθενοφόρων εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της οδήγησης με υψηλές ταχύτητες σε περιστατικά επείγοντα, σε βελτιωμένους, ευθείς, ξηρούς δρόμους, κατά τη διάρκεια καλών καιρικών συνθηκών (Studnek JR, 2007).

Άλλη μελέτη που έγινε σε διάστημα δύο ετών μέτρησε την χρήση ζώνης ασφαλείας από προσωπικό ασθενοφόρων. Οι ερωτηθέντες 29.575 κλήθηκαν να περιγράψουν τη χρήση ζωών ασφαλείας στα μπροστινά καθίσματα ενός ασθενοφόρου και άλλων δημοσίων οχημάτων. Τα ποσοστά χρήσης ζωών κυμάνθηκαν στο (5%) για τα δημόσια οχήματα. Το Paramedics και εκείνοι που λειτουργούν στις αγροτικές

περιοχές είχαν επίσης τα χαμηλότερα ποσοστά της χρήσης ζωών ασφαλείας (Studnek JR et al, 2007).

Για τη μεταφορά παιδιατρικών περιστατικών με ασθενοφόρο απαιτούνται διάφοροι ειδικοί χειρισμοί και υλικά. Σε μελέτη που έγινε στην Αμερική σε δύο μεγάλες οργανώσεις κοινοτικών υπηρεσιών ασθενοφόρου και σε μια παιδιατρική Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων σε μια μεσαίου μεγέθους αστική περιοχή. Σχεδόν κατά το ήμισυ των διασωστών είχαν από ένα τροχαίο συμβάν με ασθενοφόρο τουλάχιστον μία φορά, από εκείνους, 7,6% τραυματίστηκαν και 1% τραυμάτισε τους ασθενείς. Το 95% φράνε τις ζώνες ασφαλείας στο μπροστινό κάθισμα του ασθενοφόρου, ενώ τα δύο τρίτα των εναγομένων αναφέρουν ότι η ζώνη ασφαλείας παρεμποδίζει το έργο τους στην καμπίνα. Η πλειοψηφία (91%) των κοινοτικών διασωστών ανέφερε ότι δεν έχει εκπαίδευση σε μεταφορά παιδιού στα ασθενοφόρα, και κατά το ήμισυ ανέφερε ότι ξέρουν πολύ ή πάρα πολύ για την εξασφάλιση μεταφοράς ενός παιδιού. Ένα ποσοστό 30% των διασωστών δεν προσδιόρισε την σωστό τρόπο μεταφοράς παιδιών ενός έως δύο ετών, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 40% δεν επέλεξε ένα κάθισμα παιδικό στο ασθενοφόρο. Από το υπόλοιπο 30% μετέφερε τα παιδιά σε ένα κάθισμα με ζώνη ασφαλείας ενηλίκου. Οι ειδικευμένοι διάσωστες παιδιατρικών μεταφορών γνώριζαν τις ασφαλείς παιδιατρικές πρακτικές αντίθετα από τους διασώστες EMS. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η συχνότητα των τροχαίων στα ασθενοφόρα, και επομένως η δυνατότητα για τον τραυματισμό, είναι υψηλή. Οι σύγχρονες μελέτες πρόσδεσης μπορούν να απομακρύνουν τον κίνδυνο από παιδιά που μεταφέρονται με τα ασθενοφόρα. Αυτό το πρόβλημα είναι λιγότερο σύννηθες λόγω της σχετικής σποραδικότητας των παιδιατρικών μεταφορών έναντι των ενήλικων. Ο βελτιωμένος εξοπλισμός και η εκπαίδευση μπορούν να βοηθήσουν τους διασώστες να μεταφέρουν ακίνδυνα τους παιδιατρικούς ασθενείς. Επιπλέον, οι διασώστες διακινδυνεύουν την ασφάλειά τους με την μη χρήση των ζωών ασφαλείας στο οπίσθιο διαμέρισμα ασθενοφόρων. Ο βελτιωμένος εξοπλισμός μπορεί να βοηθήσει να ανακουφίσει αυτόν τον κίνδυνο και να επιτρέψει στους διασώστες να φροντίσουν τους ασθενείς ακίνδυνα (Johnson et al, 2006).

4.3 Κλήσεις- χρόνος απόκρισης.

Το ΕΚΑΒ Αθηνών, στο οποίο γίνεται και η έρευνα, δέχεται περίπου 9.000 κλήσεις καθημερινά. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 90% αφορούν κλήσεις για νοσοκομεία, εφημερίες, εφημερεύοντες γιατρούς και πολλά άλλα θέματα. Το υπόλοιπο 10% αφορά κλήσεις που επιλαμβάνεται το ΕΚΑΒ. Από τα περιστατικά που μεταφέρονται με ασθενοφόρο ένα 20% περίπου αφορά διακομιδές χρόνιων περιστατικών (αιμοκαθάρσεις, επανεξετάσεις, επιστροφές ασθενών στις οικίες που τελείωσαν τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, εξειδικευμένες εξετάσεις). Το υπόλοιπο 80% προσέρχεται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Μέσος όρος κλήσης 18 λεπτά.

Από τα στοιχεία του EKAB και των νοσοκομείων ένα μικρό μόνο μέρος αυτών των περιστατικών που προσήλθαν με ασθενοφόρο νοσηλεύεται καθώς και ένα αντίστοιχα χαμηλό ποσοστό χρειάζεται ιατρική φροντίδα.

Αιτιολογήθηκαν στην συνέντευξη από τους διασώστες οι λόγοι για την δυσανάλογη αυτή σχέση μεταφοράς ασθενών προς εισαγωγές για νοσηλεία. Η γνώμη τους ήταν ότι «αρκετοί χρησιμοποιούν πολλές φορές το ασθενοφόρο για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο γιατί δεν έχουν μεταφορικό μέσο, γιατί δεν υπάρχει χώρος στάθμευσης στα νοσοκομεία, για να μην περιμένουν στην αναμονή των επειγόντων, για να τύχουν καλύτερης εξυπηρέτησης από τους γιατρούς των ΤΕΠ μεταφερόμενοι με το ασθενοφόρο κ.ά.». Η ορθολογικότερη κλήση του ασθενοφόρου από το κοινό, μόνο για τα πραγματικά απαραίτητα περιστατικά, θα μείωνε κατά πολύ το χρόνο προσέλευσης και η επέμβαση θα ήταν αποτελεσματικότερη.

Η παροχή βοήθειας πρέπει να παρασχεθεί μέσα σε ένα χρονικό πλαίσιο στο οποίο είναι πιθανό να είναι αποτελεσματική. Μια εθνική απογραφή των χρόνων απόκρισης στην έκτακτη ανάγκη και τις επείγουσες κλήσεις της Υπηρεσίας Ασθενοφόρων Οχημάτων στην Ιρλανδία αναλήφθηκε για να αξιολογήσει την τρέχουσα παροχή υπηρεσιών. Έγινε μια απογραφή των χρόνων απόκρισης σε όλες τις κλήσεις που πραγματοποιήθηκαν από Ασθενοφόρα Οχήματα στη χώρα για μία περίοδο μιας εβδομάδας. Οι χρόνοι για την παραλαβή, την ενεργοποίηση, την άφιξη και την αναχώρηση κλήσης από τη σκηνή και άφιξη στο νοσοκομείο αναλύθηκαν. Σε 2426 κλήσεις έκτακτης ανάγκης παραλήφθηκαν από τις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. 14% διάρκεσαν πέντε λεπτά για να προσφέρουν βοήθεια. 38% των έκτακτων αναγκών εξυπηρετήθηκαν μέσα σε εννέα λεπτά. Μόνο 4,5% της κλήσης έκτακτης ανάγκης μεγαλύτερης από πέντε μίλια από το ασθενοφόρο αποκρίθηκε μέσα σε εννέα λεπτά. Οι μεσαίοι χρόνοι χρόνιων περιστατικών ήταν τρεις φορές πιο μακροχρόνιοι από τους χρόνους των επειγόντων. Συστάσεις υποβάλλονται για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της χρησιμοποίησης ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. (Breen et al, 2000). Σε μετρήσεις στις ΗΠΑ, για βελτίωση της επιβίωσης, που έγινε σε 5.400 ασθενείς οι οποίοι είχαν μεταφερθεί σε νοσοκομείο, βρέθηκε ότι: 71 ασθενείς δεν επέζησαν (1,31%). Καμία σημαντική διαφορά σε μεσαίο διάστημα χρόνου απόκρισης μεταξύ των επιζώντων (6,4 λεπτά). Εκεί δεν υπήρχε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των παρατηρηθέντων και αναμενόμενων θανάτων. εντούτοις, κίνδυνος θνησιμότητας ήταν 1,58% για τους ασθενείς των οποίων ο χρόνος απόκρισης υπερέβη τα 5 λεπτά, και 0,51% για εκείνους των οποίων ήταν κάτω 5 λεπτών. Η καμπύλη κινδύνου θνησιμότητας ήταν γενικά επίπεδη πέρα από τα διαστήματα που υπερβαίνει τα 5 λεπτά. Σε αυτήν την παρατηρητική μελέτη, οι κλήσεις έκτακτης ανάγκης όπου ο χρόνος απόκρισης ήταν λιγότερο από 5 λεπτά συνδέθηκαν με τη βελτιωμένη επιβίωση σε σύγκριση με τις κλήσεις όπου ο χρόνος απόκρισης υπερέβη τα 5 λεπτά. Οποιαδήποτε μέθοδος μείωσης του χρόνου απόκρισης μικρότερη από 5 λεπτά, θα είχε ευεργετική επίδραση στην επιβίωση (Blackwell TH, 2002).

Το διάστημα αναμονής για πρόσβαση σε πολυώροφο κτήριο είναι σημαντικά μακροχρόνιο και αντιπροσωπεύει ένα ουσιαστικό παράγοντα του συνολικού

διαστήματος χρόνου απόκρισης EMS, ειδικά μεταξύ των κλήσεων ασθενοφόρων με τρία ή περισσότερα πατώματα. Διάφορα εμπόδια στην πρόσβαση περιλαμβάνουν, οι απαιτήσεις εισόδων κώδικα ασφάλειας, οι απότομες, στενές σκάλες και την ανικανότητα να εναρμονιστεί το φορείο στον ανελκυστήρα. εμφανίζονται να συμβάλλουν στην καθυστερημένη παραϊατρική πρόσβαση (Morrison LJ 2005).

Από μια έρευνα, στη Σιγκαπούρη, η οποία είναι μια ιδιαίτερα αστικοποιημένη και με πολυώροφα κτίρια πόλη, για να υπολογισθεί η καθυστέρηση άφιξης- παραλαβής των ασθενών από πολυώροφα κτίρια και την μεταφορά τους στο νοσοκομείο, έναντι της άφιξης και παραλαβής ασθενών από εγκαταστάσεις επιπέδου εδάφους βρέθηκε, ότι, η μέση καθυστέρηση από την άφιξη στην παραλαβή ήταν 2,49 +/- 0,98 λεπτά για το πολυώροφο και 1,02 +/- 1,41 λεπτά για την ομάδα επιπέδου. Ο μέσος όρος καθυστέρησης από τον χρόνο της αναχώρησης από το κτίριο με τον ασθενή στο χρόνο όταν γύρισε το ασθενοφόρο τη μηχανή του για να αρχίσει το ταξίδι του στο νοσοκομείο ήταν 3,24 +/- 1,58 λεπτά και 1,27 +/- 0,71 λεπτά για τις δύο ομάδες, αντίστοιχα (η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική). Η τροποποίηση στα κτήρια και η αυξανόμενη δημόσια ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση έχουν προταθεί για να βοηθήσουν να ελαχιστοποιήσουν αυτές τις καθυστερήσεις (Lateef 2000).

Ένας άλλος ουσιαστικός παράγοντας καθυστέρησης του χρόνου απόκρισης είναι οι δυσκολίες επικοινωνίας και διαχείρισης κλήσεων που ανακαλύπτουν σε έρευνα στο βρετανικό σύστημα επείγουσας βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης τη γρήγορη ομιλία ή τη χρησιμοποίηση φράσεων από τους ασυρματιστές που δεν γίνονται κατανοητές από τους καλούντες και οι οποίες σχετίζονται με την ψυχική κατάσταση των ασυρματιστών (HIGGINS et al, 2001).

4.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διασώστες εκτίθενται σε επαγγελματικούς κινδύνους από μικροβιακά παθογόνα που μπορούν να προκαλέσουν από λανθάνουσα έως απειλητική για την ζωή λοίμωξη. Ως λοιμώξεις αποκτηθείσες στην εργασία ορίζονται όλες οι λοιμώξεις που αποκτώνται μέσω δραστηριοτήτων του επαγγέλματος, ανεξάρτητα από τις κλινικές ή υποκλινικές τους εκδηλώσεις.

Οι υπεύθυνοι παθολογικοί βιολογικοί παράγοντες για λοιμώξεις είναι βακτήρια, ιοί, μύκητες πρωτόζωα.

Οι τρόποι μόλυνσης από βιολογικούς παράγοντες περιλαμβάνουν κυρίως:

α) Τον τραυματισμό από νύσσοντα ή τέμνοντα εργαλεία: Ο παρεντερικός ενοφθαλμισμός με μολυσμένα υλικά λόγω ατυχήματος με βελόνες ή λεπίδες είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες λοιμώξεων. Το προσωπικό που εργάζεται στην προνοσοκομειακή φροντίδα ιατροί - διασώστες εκτίθενται σε επαφή με το αίμα και έτσι στον κίνδυνο μόλυνσης. Η κοίλη βελόνα που χρησιμοποιείται για να κάνει τις ενδοαγγειακές εγχύσεις είναι το πιο επικίνδυνο όργανο, ειδικά στην περίοδο μεταφοράς ασθενούς είτε με το ασθενοφόρο είτε με το ελικόπτερο. Η πρόληψη αυτών των ατυχημάτων, πρέπει να είναι μόνιμη, να υπάρχει συστηματική ανησυχία, να αξιολογούνται όλοι οι ασθενείς ως επικίνδυνοι, να στηρίζεται στη συνεχή εκπαίδευση

εργαζομένων, την προσοχή, την επαγρύπνηση και τη χρήση του εξοπλισμού ασφάλειας. Σύμφωνα με τις μελέτες καταγραφής τραυματισμών σε εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη από βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα, ο ετήσιος κίνδυνος μικροτραυματισμού ποικίλλει από 1 έως 6,2%. Ωστόσο, επειδή οι μικροτραυματισμοί καταγράφονται ελλιπώς, εκτιμάται ότι ανάλογα με το είδος της μελέτης, δεν καταγράφονται το 25-85% των τραυματισμών. Συνεπώς, τα συμβάντα αυτού του τύπου κυμαίνονται μεταξύ 2 και 10% ετησίως. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ιοί ηπατίτιδας B (HBV), C (HCV) και G (HGV). Ο HIV όπως και άλλοι μικροοργανισμοί. Καταστάσεις που ευνοούν την πρόκληση ατυχήματος είναι η εκδήλωση επείγοντος περιστατικού, η αδυναμία ανεύρεσης φλέβας, η διέγερση του ασθενούς και νυχτερινή εργασία.

β) Τη μόλυνση του δέρματος και των βλεννογόνων: Πιτισίλισμα στους βλεννογόνους των ματιών, της ρινικής κοιλότητας και του στόματος, καθώς και οι κινήσεις με τα χέρια στο πρόσωπο μπορούν να οδηγήσουν σε μετάδοση παθογόνων μικροοργανισμών. Όσον αφορά την μόλυνση μέσω του δέρματος, αυτή προϋποθέτει λύση της συνέχειας του δέρματος και επαφή του εργαζόμενου με μολυσμένα βιολογικά υλικά.

γ) Την εισπνοή μολυσμένου αέρα: Αερογενώς είναι δυνατό να μεταδοθούν νοσήματα όπως ερυθρά, ιλαρά, παρωτίτιδα, σχεδόν αποκλειστικά με εισπνοή σταγονιδίων. Το προσωπικό εφ' όσον έχει ακολουθήσει το πρόγραμμα εμβολιασμού του γενικού πληθυσμού, διαθέτει επαρκή ανοσολογική κάλυψη κατά των ανωτέρω μικροβίων. Άλλα μικρόβια αερογενώς μεταδιδόμενα είναι το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας A, *mycoplasma pneumoniae*, SARS κ.ά. (ΖΗΜΑΛΛΗΣ, 2002).

Το αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) είναι μια πρόσφατα αναδυόμενη και μια ιδιαίτερα μολυσματική μορφή άτυπης πνευμονίας με ένα υψηλό ποσοστό μετάδοσης, ειδικά μεταξύ των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης. Με τα (SARS), ορισμένες πολιτικές έπρεπε να εφαρμοστούν γρήγορα από τις Υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων έκτακτης ανάγκης και το Υπουργείο υγείας για να υποστηρίξουν και να προστατεύσουν όλο το προσωπικό επαρκώς. Οι ερευνητές στη Σιγκαπούρη συζητούν τις αλλαγές στις πολιτικές και τη συμπεριφορά προσωπικού, την κατάρτιση και την εκπαίδευση που έπρεπε να διαδοθούν ευρέως, και ορισμένες εναλλακτικές λύσεις στις πολιτικές όπως η μεταφορά και τονίζουν τη σημασία της ψυχολογικής προπαρασκευής των διασωστών παγκοσμίως αυτήν την εποχή του SARS (Lateef, 2004).

Ανάλογους κινδύνους με αυτούς που διατρέχουν το στόμα και η μύτη, διατρέχουν και τα μάτια. Ο επιπεφυκότος του ματιού παρέχει εύκολη διόδο για παθογόνους μικροοργανισμούς, όπως για τον ιό της ηπατίτιδας B και τον HIV. Τα γυαλιά προστασίας παρέχουν προστασία έναντι βιολογικών και χημικών κινδύνων.

Κατά την διάρκεια παραλαβής, χειρισμών σταθεροποίησης και μεταφοράς είναι πιθανή η εκτίναξη σταγονιδίων αίματος ή βιολογικών υγρών, όπως επίσης και δημιουργία αερολυμάτων. Τα εκτινασσόμενα αυτά σταγονίδια μπορεί να έρθουν σε

επαφή με τον επιπεφυκότα, με αποτέλεσμα την είσοδο παθογόνων οργανισμών, εφ' όσον τα δείγματα είναι μολυσμένα.

Σε μελέτη που έγινε για να υπολογιστούν τα ποσοστά επίπτωσης επαγγελματικής έκθεσης αίματος από τρυπήματα βελονών ή άλλων αιχμηρών αντικειμένων, από βλεννώδεις εκθέσεις μεμβρανών στα μάτια, τη μύτη, το στόμα από επαφή αίματος με το δέρμα στους paramedics των ΗΠΑ και της Καλιφόρνιας, βρέθηκε ότι τα ποσοστά του paramedics που εξέθεσαν τουλάχιστον μια έκθεση στο προηγούμενο έτος ήταν 21,6% για τις ΗΠΑ και 14,8% για την Καλιφόρνια. Αυτά τα ποσοστά αντιπροσωπεύουν περισσότερες από 49.000 συνολικές εκθέσεις και περισσότερα από 10.000 τρυπήματα ετησίως μεταξύ paramedics στις Ηνωμένες Πολιτείες. Άρα οι διασώστες συνεχίζουν να διατρέχουν τον ουσιαστικό κίνδυνο για την έκθεση αίματος (Leiss, 2006).

Ο Werman σε μια έρευνα που πραγματοποίησε σε ένα αγροτικό σύστημα ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (EMS) στις ΗΠΑ για να προσδιορίσει την επικράτηση των δεικτών της ηπατίτιδας B και της ηπατίτιδας C μεταξύ των prehospital προμηθευτών-διασωστών που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές, βρήκε ότι προσωπικό έχει μια χαμηλή επικράτηση (0.9%) της έκθεσης στην ηπατίτιδα B και την ηπατίτιδα C (Werman HA, 1997).

Τα στοιχεία μιας άλλης έρευνας δείχνουν ότι οι διασώστες-(EMS) διατρέχουν τον αυξανόμενο κίνδυνο για την ηπατίτιδα B, (περισσότερα κρούσματα σε σχέση με τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία) ενώ για την ηπατίτιδα C έχουν τους παρόμοιους κινδύνους έκθεσης με εκείνους των εργαζομένων στο νοσοκομείο (βασισμένων στα στοιχεία της έρευνας). Άλλοι λειτουργοί ασφάλειας όπως η αστυνομία και η πυροσβεστική εμφανίζονται να έχουν χαμηλότερα ποσοστά έκθεσης ηπατίτιδας. Οι αστικές περιοχές έχουν την πολύ υψηλότερη επικράτηση της ασθένειας, και οι διασώστες λειτουργοί ασφάλειας σε εκείνες τις περιοχές είναι πιθανό να δοκιμάσουν μια υψηλότερη συχνότητα των γεγονότων έκθεσης (Risichitelli et al, 2001). Από τα στοιχεία, άλλης έρευνας ο ετήσιος αναμενόμενος αριθμός επαγγελματικά μεταδιδόμενων ιών ηπατίτιδας C υπολογίστηκε για να είναι μεταξύ 5,8 και 118,9 ανά 100.000 υπάλληλους ανά έτος για τους διασώστες, μεταξύ 3,4 και 33,7 ανά 100.000 για πυροσβέστες, ποσοστό σχεδόν παρόμοιο με του γενικού πληθυσμού (Boal et al, 2005).

Έρευνα που έγινε σε 997 διασώστες (EMS) μεταξύ Ιουνίου και Αυγούστου το 1988, στο Μίσιγκαν έδειξε ότι οι περισσότεροι ήταν σε θέση να προσδιορίσουν σωστά τις διαδρομές μετάδοσης του ιού ανθρώπινης ανεπάρκειας αντισωμάτων (HIV). Περισσότεροι από τους μισούς (56,6%) θεώρησαν ότι οι πιθανότητες μόλυνσης στο εργασιακό τους περιβάλλον με το HIV ήταν "πολύ υψηλές," αν και ο τεκμηριωμένος αριθμός στις επαγγελματικές εκθέσεις HIV στους διασώστες είναι χαμηλός. Αν και μόνο έξι εναγόμενοι (0,6%) ανέφεραν ότι είχαν αρνηθεί τη θεραπεία σε ασθενείς που γνώριζαν ή που υποψιάζονταν ότι είχαν μολυνθεί με το HIV. Όσο αφορά τη χρήση ΜΑΠ, η πλειοψηφία εκείνων που έπαιρνε μέρος σε ανάταξη ανακοπών (86,9%) ανέφερε ότι χρησιμοποιούν πάντα μια προστατευτική συσκευή, μόνο 36,7% εκείνοι που θεραπεύουν τους αιμορραγώντας ασθενείς ανέφεραν ότι φορούν πάντα τα

γάντια, και μόνο 21,9% από εκείνους που χρησιμοποιούν τις βελόνες ανέφεραν ότι δεν τις ξανακαλύπτουν μετά από τη χρήση (Smyser et al,1990).

Τα αποτελέσματα άλλης έρευνας στο Μίσιγκαν, προτείνουν ότι το προσωπικό προνοσοκομειακής φροντίδας χρειάζεται εκπαίδευση για την ανάπτυξη της κατάλληλης στάσης απέναντι στα πρόσωπα που μολύνονται με το HIV και την κατάλληλη χρήση των καθολικών προφυλάξεων. Τα συμπεράσματα επίσης προτείνουν ότι ο ανεπαρκής προστατευτικός εξοπλισμός είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στη συνεπή χρήση των καθολικών προφυλάξεων (Randall et al,1993).

Η έκβαση μιας επαγγελματικά επίκτητης μόλυνσης μπορεί να είναι μοιραία. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό ότι οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν τα προστατευτικά μέτρα αλλά όχι σε καθολικό βαθμό. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν περισσότερα για τη διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, τις επιπτώσεις έκθεσης σε αίμα και τη μέσο-κάλυψη των μολυσματικών ασθενειών όπως περιγράφεται. Τα αποτελέσματα έρευνας υπονοούν ότι οι θεωρίες πρόληψης από μόνες τους για τις ασφαλείς πρακτικές είναι ανεπαρκείς να επιτύχουν τον στόχο. Όλοι οι παράγοντες σπουδαιότητας για τη συμμόρφωση πρέπει να κερδηθούν με εκπαίδευση και κλινική εμπειρία (Ward, 2006).

4.5 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.5.1 Ικανοποίηση εργασίας

Η εργασία για τον άνθρωπο είναι ζωή και δημιουργία. Η ικανοποίηση της εργασίας και η απόδοση της εργασίας συσχετίζονται άμεσα. Είναι ένας βασικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας που επηρεάζεται από καθημερινές συνθήκες και να παίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων.

Οι διασώστες στο ΕΚΑΒ Αθήνας σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 2001, εμφανίζονται ανικανοποίητοι από τη δουλεία τους, σε αντίθεση με τους διοικητικούς υπαλλήλους της υπηρεσίας. Θεωρούν ότι το άγχος και το στρες του επαγγέλματος, η έλλειψη προσωπικού, το οικονομικό, η απουσία δυνατότητας προαγωγής, η υποβάθμιση των ικανοτήτων τους και η μη αναγνώριση του έργου τους είναι παράγοντες αρνητικοί για τη δουλεία τους και ψυχοφθόροι (Clever Carrer, 2001).

Οι προσωπικές δυνάμεις-εφεδρείες που οδήγησαν τους διασώστες, στην επαγγελματική τους επιλογή μετά από κάποια χρόνια υπηρεσίας, φαίνεται να τους εγκαταλείπουν. Οι διασώστες εμφανίζοντας έντονα συμπτώματα Burnout αισθάνονται συναισθηματικά κενοί και ανικανοποίητοι από το επάγγελμα τους. Από έρευνα που έγινε στο ΕΚΑΒ Ιωαννίνων το 2005 διαπιστώνεται ότι αυτό επηρεάζει αρνητικά τη συμπεριφορά των διασωστών απέναντι στους ασθενείς που διακομίζουν αλλά και απέναντι στους γιατρούς των ΤΕΠ όπου διακομίζουν τα περιστατικά. Η μη ικανοποίηση του επαγγέλματος από την εξουθένωση των διασωστών αμβλύνει την επιθετικότητα και την νευρικότητα στο σημείο συμβάντος (Σταύρου, 2005). Από την ίδια έρευνα διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών επηρεάζεται αρνητικά από τα χρόνια προϋπηρεσίας των διασωστών από την

κοινωνική λειτουργικότητα και το συναισθηματικό ρόλο των διασωστών, την τηλεφωνική επικοινωνία τους με το ΕΚΑΒ αλλά και τα σχόλια των διασωστών στο γιατρό των ΤΕΠ (Σταύρου, 2005).

Έρευνα συμπεριφοριστικών και κοινωνικών επιστημών από μελέτη που έγινε εργαζόμενους έκτακτης ανάγκης, στην Atlanta, Georgia ένα ποσοστό απάντησης 57,3% εμφανίζεται ικανοποιημένο από την εργασία του. Από αυτούς 11%, αναφέρθηκε εξαιρετικά ικανοποιητικό, το 29% πολύ ικανοποιητικό, το 29% ικανοποιητικό και λίγο ικανοποιητικό κατά 15%. Στη μεταβλητή ανάλυση, μόνο η ποιότητα της κατάρτισης και η επιλογή σταδιοδρομίας συνδέθηκαν με τη σφαιρική ικανοποίηση εργασίας (Bowron, 1999).

Σε κάποια άλλη μελέτη σε 101 ιατρικούς φορείς παροχής υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης που εργάζονται μέσα στην πόλη Santo Domingo, 48 εθελοντές και 53 υπάλληλοι, όσο αφορά την ικανοποίηση από την εργασία τους τα ποσοστά απάντησης ήταν 75% και 91,4%, αντίστοιχα θετικά. Οι εθελοντές παρουσίασαν έναν μέσο όρο 7,48 +/- 2,02 ετών συμμετοχής στο επάγγελμα, ενώ οι πληρωμένοι προμηθευτές είχαν έναν μέσο όρο 3,58 +/- 2,91 ετών. Σε ερώτηση για την προγραμματισμένη μακροπρόθεσμη συμμετοχή στο τμήμα έκτακτης ανάγκης, 93,8% των εθελοντών αποκρίθηκε θετικά, έναντι με 58,5% της πληρωμένης ομάδας. Εννέα (16,98%) από τους υπαλλήλους-διασώστες δεν ικανοποιήθηκαν με τις εργασίες τους, ενώ όλοι οι εθελοντές (100%) δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι. Το 46 (86,8%) και 27 (50,9%) των υπαλλήλων - διασωστών συμφώνησαν ότι ο καλύτερος μισθός και οι καλύτερες ώρες εργασίας, αντίστοιχα, θα επηρέαζαν την ικανοποίησή τους. Μεταξύ των εθελοντών, 40 (83,3%) δήλωσαν ότι η ασφάλεια υγιεινής της εργασίας θα βελτιώνει την ικανοποίηση εργασίας και 39 (81,3%) δήλωσαν ότι η ασφάλεια ζωής θα έφερνε την ικανοποίηση στην εργασία τους. Η λογιστική ανάλυση δεν παρουσίασε καμία συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης εργασίας και των ετών υπηρεσίας.: οι εθελοντές εμφανίστηκαν να είναι λιγότερο εκπαιδευμένοι αλλά με ένα υψηλότερο μακροπρόθεσμο ενδιαφέρον για την εργασία αυτή. Ο μισθός και οι καλύτερες ώρες εργασίας φαίνονται να είναι σημαντικοί παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στην ικανοποίηση των πληρωμένων προμηθευτών, ενώ η υγιεινή της εργασίας και η ασφάλεια ζωής εμφανίζονται να έχουν επιπτώσεις στην ικανοποίηση των εθελοντών (Báez AA, 2000).

Ερευνήθηκε επίσης η σχέση μεταξύ των σχετικών με την απασχόληση παραγόντων άγχους, της ικανοποίησης εργασίας, και της ψυχολογικής καταπόνησης. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι εκείνοι οι διασώστες που είχαν περισσότερα χρόνια στη δουλειά αυτή και μεγαλύτερη πείρα, ήταν σημαντικά πιο δυσανεκτικοί, περισσότερο πιεσμένοι, ανήσυχoi, και επικύρωσαν τη μεγαλύτερη σφαιρική ψυχολογική καταπόνηση. Η δυσανεκσία εργασίας αφορούσε τις τοποθετήσεις ότι η εργασία έχει επιπτώσεις στην υγεία τους και την οικογένειά τους, και ότι οι διοικητές δεν είναι πεπειραμένοι των απαιτήσεων εργασίας και των δεξιοτήτων έκτακτης ανάγκης. Οι τομείς της μεγάλης δυσανεκσίας ήταν ο χαμηλός μισθός του επαγγέλματος και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού (Boudreaux et al,1997). Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η δυσανεκσία εργασίας αφορούσε τις τοποθετήσεις ότι η

εργασία έχει επιπτώσεις στην οικογένειά κάποιου, ότι οι χώροι στέγασης των διασωστών ήταν άβολοι, και ότι οι διοικητές δεν είχαν την πείρα των απαιτήσεων εργασίας και των δεξιοτήτων των διασωστών. Άλλοι παράγοντες της μεγάλης δυσαρέσκειας ήταν ο χαμηλός μισθός του επαγγέλματος και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού (Neale, 1991).

4.5.2 Συγκρούσεις στο χώρο εργασίας

Οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο στο χώρο της προνοσοκομειακής φροντίδας. Δημιουργούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ασυμφωνία απόψεων και αξιών και ασυμβατότητα αναγκών και στόχων. Συχνά υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ: τηλεφωνητών και κοινού, διασωστών και κοινού, συναδέλφων στο ασθενοφόρο, διασωστών και τηλεφωνητών. Πηγές συγκρούσεων μπορεί να αποτελούν: η οργανωτική δομή του οργανισμού, η ασάφεια σχετικά με ρόλους και αρμοδιότητες, οι διαφορετικές προσδοκίες, η έλλειψη κοινών δεδομένων η οποία οδηγεί στο σχηματισμό διαφορετικών απόψεων, οι διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση, οι διαφορές προσωπικότητας ή ασύμβατοι χαρακτήρες και αντιπαράθεση μεταξύ ισχυρών προσωπικοτήτων, ο ανταγωνισμός, η αβεβαιότητα ενόψει επερχόμενης αλλαγής, η προκλητική συμπεριφορά, το επείγον του περιστατικού, ο πανικός των συνοδών, η κρίσιμότητα της κατάστασης του ασθενούς, η χρήση απειλής, το άγχος του επαγγέλματος, οι διαφορετικές προσδοκίες και οι προηγούμενες ανεπίλυτες συγκρούσεις. Εάν παραμείνουν ανεπίλυτες, μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των εργαζομένων, μείωση του ηθικού και αύξηση του stress, διάσπαση των εργασιακών σχέσεων και δημιουργία έντασης, η οποία συσσωρευμένη μπορεί να οδηγήσει σε μελλοντικές συγκρούσεις, αυξημένη επίπτωση περιστατικών απαράδεκτης συμπεριφοράς εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Για να μπορέσει ο διασώστης να είναι αποτελεσματικός, χρειάζεται να διαθέτει εκτός από κλινικές δεξιότητες και αναπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες. Οι διασώστες πρέπει να δώσουν έμφαση όχι μόνο στην εκτέλεση των επαγγελματικών δραστηριοτήτων τους, αλλά και στη διατήρηση αρμονικών εργασιακών σχέσεων. Η επίλυση των συγκρούσεων είναι αναγκαία γιατί οι ανεπίλυτες συγκρούσεις υπονομεύουν τη συνεργασία, δυσχεραίνουν την άμεση και αποτελεσματική επικοινωνία και συντελούν στη δημιουργία «τοξικού» εργασιακού περιβάλλοντος (Brand, 2001).

Είδη συγκρούσεων:

Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο εκδηλώνεται η σύγκρουση, οι συγκρούσεις διακρίνονται σε:

- *Οριζόντιες:* Συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία μέσα στον οργανισμό.
- *Κατακόρυφες:* Συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.

Μια άλλη διάκριση των συγκρούσεων μπορεί να γίνει με βάση τα εμπλεκόμενα μέρη. Διακρίνονται οι:

- *Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις:* Ψυχολογικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο και αφορούν κίνητρα, επιλογές και πιστεύω
- *Διαπροσωπικές συγκρούσεις:* Μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων.
- Συγκρούσεις στο εσωτερικό μιας ομάδας: Σχετίζονται με τη διάρθρωση των σχέσεων και την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα
- *Συγκρούσεις μεταξύ ομάδων:* Συνήθως αφορούν ζητήματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης της περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας (Huber, 1996).

Οι πιθανές εξηγήσεις για την αυξημένη επίπτωση των συγκρούσεων στο χώρο του ΕΚΑΒ συνοψίζονται στα εξής:

Θεωρία της καταπίεσης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι διασώστες αποτελούν μια καταπιεσμένη επαγγελματική ομάδα, που εμπλέκεται σε συγκρούσεις με συναδέλφους και στρέφει τα αρνητικά της συναισθήματα προς τα μέλη της, αντί να τα στρέψει εναντίον αυτών που ευθύνονται για την καταπίεση της.

Διαιώνιση της κακομεταχείρισης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας οι οποίοι υπέστησαν κακομεταχείριση από τους συναδέλφους τους όταν ήταν νεοεισερχόμενοι στο επάγγελμα, θεωρούν κεκτημένο δικαίωμα τους να συμπεριφερθούν με τον ίδιο τρόπο στους νεότερους συναδέλφους τους.

Σχηματισμός κλειστών ομάδων ανάμεσα στους οι διασώστες. Τα μέλη του προσωπικού συγκροτούν μικρές, κλειστές ομάδες, οι οποίες μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά. Τα άτομα που αισθάνονται αβέβαιοι να εκφράσουν τις απόψεις και τις ανάγκες τους μπορούν να το πράξουν μέσα στο ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον της ομάδας αυτής. Η ταύτιση με την ομάδα έχει ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση όσων είναι διαφορετικοί και την απομόνωση όσων θεωρούνται απειλή.

Ο χώρος εργασίας. Οι διασώστες δεν εργάζονται σε ένα καλά εξοπλισμένο νοσοκομείο αλλά στο χώρο συμβάντος, με αποτέλεσμα η απόδοση τους να αξιολογείται από τους παρευρισκόμενους και τους συγγενείς των ασθενών (Cydulka, et al, 1989) και αρκετά συχνά να βιώνουν ένα εχθρικό περιβάλλον, το οποίο πλήττει τη σχέση τους με τον ασθενή και την άσκηση των καθηκόντων τους (Linton et al, 1993, Miller, 1995). Μερικές φορές οι απαιτήσεις των ασθενών ή των συνοδών είναι παράλογες και εκνευριστικές έως υβριστικές. Οι διασώστες έτσι, καθίστανται εύκολα αποδέκτες απειλών και βιαιοπραγιών στο σημείο συμβάντος εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους. Δεν είναι τυχαίο το ποσοστό, 10,6%, αναφοράς κρουσμάτων σωματικών επιθέσεων πολιτών σε διασώστες στην Αθήνα (Clever Carrer, 2001). Το αποτέλεσμα αυτών των συγκρούσεων οδηγεί τους διασώστες σε αισθήματα αρνητισμού και επαγγελματική εξουθένωση (ILO, 2003).

Οι ανάγκες, οι οποίες αν παραμείνουν ανικανοποίητες μπορούν να αποτελέσουν βάση για συγκρούσεις, περιλαμβάνουν τις εξής:

Ανάγκη για πόρους: Χρόνο, χώρο, προσωπικό, χρήματα, εξοπλισμό, πληροφορίες
Ψυχολογικές ανάγκες: Ανάγκη για σεβασμό, έλεγχο, αναγνώριση, επιτυχία, προβολή, επίτευξη στόχων.

Συναισθηματικές ανάγκες: κατανόηση, αλληλοβοήθεια, υποστήριξη (Gerardi, 2004).

Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, (Brown, 2005), ζητήθηκε από 1510 διασώστες να εκτιμήσουν τους συνεργάτες τους όσον αφορά 11 κατηγορίες επαγγελματικής συμπεριφοράς. Το γενικό μέσο αποτέλεσμα ήταν 0,68 σε μια κλίμακα που λάμβανεται τιμές μεταξύ 0-1. Η εκτίμηση για κάθε μια από τις κατηγορίες ήταν: (1) ακεραιότητα (0,77), (2) εμφάνιση/προσωπική υγιεινή (0,74), (3) υπομονετική υπεράσπιση (0,73), (4) ενσυναίσθημα (0,72), (5) αυτοπεποίθηση (0,70), (6) προσεκτική παράδοση της υπηρεσίας (0,70), (7) σεβασμός (0,65), (8) δεξιότητες επικοινωνίας (0,64), (9) δεξιότητες χρονικής διαχείρισης (0,63), (10) δεξιότητες ομαδικής εργασίας/διπλωματίας (0,62) και (11) προσωπικό κίνητρο (0,61). Οι πεπειραμένοι διασώστες εκτίμησαν τους άμεσους συνεργάτες τους με τιμές που ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες από τους νεώτερους διασώστες ($p=0.0002$). Συνολικά, η όμοια αξιολόγηση διασωστών της επαγγελματικής συμπεριφοράς ήταν σε καλό βαθμό. Οι συμπεριφορές που εκτιμήθηκαν ιδιαίτερα, ήταν η ακεραιότητα και η εμφάνιση/προσωπική υγιεινή. Οι συμπεριφορές που εκτιμήθηκαν χαμηλότερα ήταν το προσωπικό κίνητρο και η εργασία ομάδων/διπλωματία. Φαίνεται ότι οι διασώστες είναι πιο επικριτικοί με τους συναδέλφους τους, ότι οι πεπειραμένοι διασώστες είναι πιο σκληροί κριτικοί από ότι είναι οι νεώτεροι διασώστες. Οι ικανοποιημένοι διασώστες εκτίμησαν τους συνεργάτες τους υψηλότερα. και ότι εκεί είναι μια σχέση μεταξύ της ικανοποίησης εργασίας και της όμοιας αξιολόγησης (Brown, 2005).

4.5.3 Κυκλικό ωράριο

Όπως σε όλες τις υπηρεσίες της υγείας η ανάγκη για παροχή υπηρεσιών σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Τα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας κατά τη νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου. Το «βιολογικό ρολόι» ή βιορυθμός του ανθρώπου ρυθμίζει λειτουργίες όπως η πέψη, η αναπνοή, η καρδιακή λειτουργία, η διακύμανση της έκλυσης των ορμονών και η αντίδραση στον πόνο. Η σωστή λειτουργία του έχει ως αποτέλεσμα τη νυχτερινή ανάπαυση και την ημερήσια εγρήγορση με τις επιμέρους δραστηριότητες, σχετίζεται δηλαδή με την εναλλαγή ημέρας και νύχτας επειδή ακριβώς μετράει το χρόνο με βάση το φυσικό ρυθμό του περιβάλλοντος. Στα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας διακόπτεται κατά τη νύχτα ο βιολογικός εικοσιτετράωρος ρυθμός. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης χαρακτηρίζεται από αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, λήθαργο, προβλήματα πέψης, νευρικότητα, αϋπνία και από μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης. Στοιχεία από διάφορες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια

ένωση μεταξύ της διάσπασης του κirkάδιου κύκλου που προκαλείται από την εργασία με βάρδιες και των δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία (Sveinsdóttir, 2006). Το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο επηρεάζει και κατευθύνει τις κοινωνικές συναναστροφές των εργαζομένων και κυρίως αυτών που απασχολούνται σε νυχτερινή βάρδια, καθώς ο εργαζόμενος δυσκολεύεται να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι αισθάνονται συχνά εγκαταλελειμμένοι από το οικείο περιβάλλον και ανεπαρκείς στην εκπλήρωση των οικογενειακών τους υποχρεώσεων, με συνέπεια χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευερεθιστότητα. Οι κυκλικές βάρδιες επηρεάζουν αρνητικά τον ελεύθερο χρόνο του εργαζομένου και συμβάλουν στην αύξηση του εργασιακού stress, με αποτέλεσμα να εκτονώνεται η όλη κατάσταση με τον αρνητισμό των διασωστών (Pisarski et al, 2002). Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν αποδείξει τον αυξημένο επαγγελματικό κίνδυνο λόγω του κυκλικού ωραρίου. Η εργασία με βάρδιες μεταβάλλει την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και επηρεάζει τους αναπαραγωγικούς μηχανισμούς (Giovanni, 1996). Στο ΕΚΑΒ Αθήνας το πρόγραμμα βαρδιών των διασωστών πληρωμάτων ασθενοφόρων είναι ετήσιο και με σταθερό κύκλο. Οι μέρες ανάπαυσης είναι δυο συνεχόμενες. Οι απογευματινές βάρδιες ακολουθούνται από τις πρωινές βάρδιες και στη συνέχεια οι νυχτερινές. Με αυτό το πρόγραμμα οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να γνωρίζουν τι βάρδιες θα εργάζονται κατά τη διάρκεια όλου του έτους και έτσι προσπαθούν να ρυθμίζουν τις οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις ανάλογα.

4. 5.4 Stress

Υπάρχουν πολλοί επαγγελματικοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές της ισορροπίας και της ευεξίας του ανθρώπου, με εκδηλώσεις δυσκολιών προσαρμογής και Stress. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα κοινωνικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά της εργασίας που αλληλεπιδρούν με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του κάθε εργαζομένου. Κάθε στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικές ψυχοσωματικές παθολογικές καταστάσεις, ανάλογα με την ικανότητα του ατόμου να βρει από μόνο του τα κατάλληλα αποθέματα για να αντιμετωπίσει την κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Κάθε κατάσταση που διαταράσσει την ισορροπία του συστήματος άτομο – εργασία – περιβάλλον μπορεί να θεωρηθεί ως στρεσογόνος παράγοντας και οι επιπτώσεις που ακολουθούν περιγράφονται με τον όρο Stress (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007).

Το προσωπικό ασθενοφόρων εργάζεται με τραυματίες και μερικές φορές με νεκρούς και επομένως εκτίθεται σε ποικίλους παράγοντες άγχους που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αντιδράσεων. Η πίεση μεταξύ αυτών και του προσωπικού ασθενοφόρων μπορεί να θεωρηθεί ως φυσική συμπεριφορά και αντίδραση κατά την βίωση ενός τραυματικού γεγονότος. Η γνώση για τέτοια γεγονότα συμβάλλει στη συνειδητοποίηση του κινδύνου για τα μετατραυματικά συμπτώματα πίεσης και χρησιμεύει ως μια πλατφόρμα για την ανάπτυξη των μέτρων για να αντιμετωπιστεί τέτοια πίεση.



Σε μελέτη που έγινε στη Σουηδία, γραμμένη μέσα από τις ιστορίες 52 από των 223 εργαζόμενους ασθενοφόρων και τεχνικούς ασθενοφόρων που περιγράφουν ένα τραυματικό γεγονός που τους συνέβη. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι οι διασώστες και οι τεχνικοί έχουν μια ισχυρή τάση να σώσουν τα θύματα και είναι αδύνατο να προετοιμαστούν για τα γεγονότα που είναι μη αναστρέψιμα και μοιραία. Για να χειριστεί τα συντριπτικά συναισθήματα υπερπροσπάθειας, το προσωπικό πρέπει να κατανοήσει τις επιπτώσεις μέσω της ομιλίας με ειδικούς για εκείνα τα συναισθήματα. Επομένως είναι σημαντικό ότι η υπηρεσία ασθενοφόρων, μετά από τα αγχωτικά γεγονότα, πρέπει να παρέχει την ευκαιρία και το χρόνο στο προσωπικό ασθενοφόρων να μοιραστεί τα συναισθήματά του. Η διδασκαλία της μείωσης υπερπροσπάθειας και της συναισθηματικής αποσύνδεσης με το θύμα μπορούν επίσης να είναι ένα αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο (Jonsson, 2003).

Ο ίδιος ερευνητής σε μελέτη που έκανε ένα έτος μετά, στη Σουηδία, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι διασώστες παρουσιάζουν μια ανικανότητα να αντιμετωπίσουν τη μετα-τραυματική πίεση που προκαλείται από τις καθημερινές επαγγελματικές εμπειρίες. Η διανοητική υγεία και η συναισθηματική ευημερία του προσωπικού ασθενοφόρων εμφανίζονται να συμβιβάζονται κατά τη διάρκεια της εργασίας εκτάκτου ανάγκης (Jonsson et al., 2004). Η ουδετεροποίηση συνδέθηκε με τη λιγότερη ικανοποίηση εργασίας, τον πιο μακροχρόνια υπηρεσία, το λιγότερο χρόνο αποκατάστασης μεταξύ των γεγονότων, και τη συχνότερη έκθεση στα γεγονότα. Οι ανησυχίες ότι το πρόβλημα τους θα κοινοποιηθεί και οι συνέπειες για την συνέχιση της εργασίας αποτρέπουν τους διασώστες να ζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς (Alexander, 2001). Οι οργανώσεις υπηρεσιών πρέπει να είναι άγρυπνες στη

δυνατότητα ότι το προσωπικό τους δοκιμάζει τη σχετική με την εργασία διανοητική υγεία και τα συμπεριφοριστικά προβλήματα, και πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη. Η προσοχή πρέπει επίσης να δοθεί στα οργανωτικά ζητήματα που μπορούν να προσθέσουν στην πίεση των γεγονότων. Τα προγράμματα εργασιακών χώρων πρέπει να υποστηρίξουν τις ευάλωτες ομάδες, και εξετάζουν την ανακοίνωση θανάτου και την κατάλληλη έκφραση του θυμού (Ward, 2006). Σε έρευνα στις Κάτω Χώρες σε εργαζόμενους ασθενοφόρων βρέθηκε ότι το 1/10 πάσχει από μετα-τραυματικό stress, 1/10 εξέθεσε ένα επίπεδο κόυρασης που το βάζουν στον υψηλό κίνδυνο για ασθένεια και άδεια για λόγους υγείας και σχεδόν 1/10 του προσωπικού έπασχε από την ουδετεροποίηση, ενώ θέτουν σε δεύτερη κατά σειρά ιεράρχηση της συμπτωματολογίας την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία και την ελλιπή επικοινωνία (van der Ploeg, 2003).

Ένας άλλος ψυχοκοινωνικός παράγοντας που συνδέθηκε σημαντικά με τα προβλήματα υγείας και το stress μεταξύ των δύο φύλλων προσωπικού ασθενοφόρων ήταν η ανησυχία για τις συνθήκες εργασίας. Η επικράτηση των προβλημάτων ύπνου, τα συμπτώματα πονοκέφαλου και στομαχικών διαταραχών συνδέθηκαν σημαντικά με τις ψυχολογικές απαιτήσεις και των δυο φύλλων του προσωπικού ασθενοφόρων. Ειδικότερα, η ανησυχία για τις συνθήκες εργασίας, στη Σουηδία, φαίνεται να είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τα προβλήματα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η ανησυχία για τις συνθήκες εργασίας δεν πρέπει να παραμεληθεί κατά την εξέταση των παραγόντων κινδύνου μεταξύ του προσωπικού ασθενοφόρων (Aasa, et al, 2005).

Μια διατομική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία, έδειξε ότι οι άνδρες εμφάνιζαν λιγότερο μετατραυματικό stress σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ στους άνδρες ήταν συχνότερο το μετατραυματικό stress στους ανύπαντρους. Όλοι όσοι εμφάνιζαν μετατραυματικό stress, παρουσίαζαν εξασθένηση στις φυσικές και διανοητικές ικανότητες (Berger, 2007).

Τα υψηλά επίπεδα έκθεσης και το επαγγελματικό stress των διασωστών φαίνεται ότι μεταφέρεται και στην οικογένεια τους και μάλιστα βρέθηκε να επηρεάζει και τα παιδιά των οικογενειών τους. Μαθητές δημόσιων σχολείων της Νέας Υόρκης συμμετείχαν σε μια μελέτη που εξέτασε τα προβλήματα διανοητικής υγείας 6 μήνες μετά από την τρομοκρατική επίθεση τις 11ης Σεπτεμβρίου. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι τα παιδιά με οικογενειακά μέλη τεχνικών έκτακτης ανάγκης (Διασώστες, Πυροσβέστες, αστυνομικοί) παρουσίασαν έναν υψηλό βαθμό μετατραυματικού stress της τάξης του 18,9% (Ostfield, 2006).

Μελέτη στη Σουηδία έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων στα ασθενοφόρα είχαν την εμπειρία αυτού που περιέγραψαν ως τραυματικές καταστάσεις κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. (Οι 223 εργαζόμενοι από τους 362). Η μελέτη επίσης έδειξε ότι όσο χαμηλότερη ήταν η αίσθηση της συνοχής της συναδελφικότητας τόσο πιο έντονα ήταν τα συμπτώματα της ψυχολογικής πίεσης. Άλλοι παράγοντες για την έκταση της τραυματικής πίεσης ήταν πιο μακροχρόνια εργασιακή εμπειρία, η ηλικία, ο φυσικός και ψυχολογικός φόρτος εργασίας. Η υψηλή επικράτηση των μετατραυματικών συμπτωμάτων αναταραχής πίεσης στο προσωπικό ασθενοφόρων

δείχνει μια ανικανότητα να αντιμετωπιστεί η πίεση στην καθημερινή εργασία (Jonsson et al, 2003).

Τα μετατραυματικά συμπτώματα stress μεταξύ του προσωπικού ασθενοφόρων θεωρούνται ως φυσική συμπεριφορά και αντίδραση στη συνεργασία με σοβαρά τραυματισμένους, αυτοκτονίες, τραυματισμένα παιδιά και νεκρούς ανθρώπους. Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι τα μετατραυματικά συμπτώματα, η ενοχή, η ντροπή και η απομόνωση είναι κοινά μετά από τραυματικά γεγονότα. Για να χειριστεί αυτά τα συντριπτικά συναισθήματα είναι απαραίτητο να μιλήσει με τους συναδέλφους, τους φίλους ή τα οικογενειακά μέλη. Με τη χρησιμοποίηση ενός άλλου προσώπου ως αποδέκτη είναι δυνατό να εξωτερικευτεί η τραυματική εμπειρία. Η αρνητική συμπεριφορά προς έναν ασθενή και τους συγγενείς του μπορεί να έχει την προέλευσή της στη μη επεξεργασμένη τραυματική εμπειρία.

Ο ρόλος της ενοχής, της απογοήτευσης και της ντροπής που συνήθως επέρχεται μετά από τραυματικά γεγονότα μπορεί να αναπτύξει μετατραυματικά συμπτώματα stress. Η σπουδαιότητα συζήτησης και η παροχή συμβουλών μπορεί να εξουδετερώσει την εμφάνιση μετα-τραυματικών συμπτωμάτων stress (Jonsson et al, 2004).

Όμως σε μια άλλη έρευνα στο Ισραήλ μεταξύ των ιατρικών μελών προσωπικού ασθενοφόρων εθελοντών (Ιωαννίτες και Σαμαρίτες) στην προσπάθεια να αξιολογηθεί η επίπτωση του stress κατά την τετραετία 2000-2003 μελετήθηκαν 150 γιατροί που παρείχαν την ιατρική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης στη διάρκεια 23 πολύνεκρων γεγονότων. Ελήφθησαν υπόψη προηγούμενες εκθέσεις σε παρόμοια γεγονότα, προσωπική εξοικείωση με τα θύματα, ο αριθμός θυμάτων που σκοτώθηκαν ή/και που πληγώθηκαν στο γεγονός, και το χρονικό διάστημα στην υπηρεσία. Βρέθηκε ότι ένας γιατρός παρουσίαζε συμπτώματα μετατραυματικού stress, ενώ 12 γιατροί είχαν παρουσιάσει μια παροδική αναταραχή πίεσης. Ο αριθμός ανθρώπων που σκοτώθηκαν στα πολύνεκρα γεγονότα συνδέθηκε με τους γιατρούς. Τελικά φάνηκε ότι η επικράτηση μετατραυματικού stress μέσα στον πληθυσμό μελέτης ήταν πολύ χαμηλή, ενδεχομένως λόγω της σχετικής διαδικασίας κατάρτισης για τα ιατρικά μέλη προσωπικού (Lubin et al, 2007).

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που έγινε στο ΕΚΑΒ Αθήνας το 2001, βρέθηκε ότι τα κρίσιμα συμβάντα που αφορούσαν δυσμενείς / τραγικές εμπειρίες των διασωστών από τα περιστατικά που εξυπηρέτησαν, σχετίζονται με μεγαλύτερο άγχος και με εντονότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης το stress της εργασίας τους, τους επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους όπως ζαλάδες, πόνους, ταχυκαρδίες ενώ στην ψυχολογία τους, επιφέρει απογοήτευση, ανησυχία, χαμηλή αυτοεκτίμηση (Clever Carrer, 2001).

4.5.5 Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn-out)

Είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι: (α) η συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δεν διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του. (β) η αποπροσωποποίηση, που εκδηλώνεται με την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων με ασθενείς και συναδέλφους και (γ) η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, που εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης του και την παραίτηση του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα, θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Περιγράφεται η ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από τέσσερα διαδοχικά στάδια.

Κατά το πρώτο στάδιο, του ενθουσιασμού, ο πρωτοδιοριζόμενος επαγγελματίας μπαίνει στο χώρο της υγείας έχοντας υπερβολικά υψηλούς στόχους και μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό του, από τους αρρώστους που θα φροντίσει, από τους συναδέλφους και από τις συνθήκες εργασίας.

Σ' ένα δεύτερο στάδιο, αμφιβολίας και αδράνειας, ο επαγγελματίας αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, ούτε στις βαθύτερες ανάγκες του.

Κατά το τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και ματαιώσης ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά βιώνει κατάθλιψη καθώς πιστεύει ότι οι προσπάθειες του είναι μάταιες. Αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως αδιέξοδη και νιώθει παγιδευμένος μέσα σ' αυτή.

Στο τέταρτο στάδιο, της απάθειας, ο επαγγελματίας της υγείας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών καθώς νιώθει ανεπαρκής να ανταποκριθεί, σε αυτές, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα, αλλαγή ή καινοτομία στο χώρο εργασίας και διατηρεί τη θέση του για λόγους επιβίωσης. Καταλήγει άλλοτε να συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε να απομονώνεται και να κλείνεται στον εαυτό του. Οι σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καθώς και τη διοίκηση συχνά διαταράσσονται.

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν συνήθως μικροενοχλήσεις, όπως έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας, αυξημένη μυϊκή υπερένταση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου ή διατροφής κ.λπ. Άλλοτε, πάλι, αφορούν σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, έλκος, παρατεταμένες ημικρανίες, καρδιοαγγειακές ή άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές (άγχος και κατάθλιψη).

Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το

εξαντλητικό ωράριο, η ασάφεια όσον αφορά το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από την υπηρεσία ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις και το stress της δουλειάς. Για να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων, η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, η αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης, η αναζήτηση υποστήριξης, η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που παρέχουν δυνατότητες δημιουργίας και εκτόνωσης. Επίσης η επάρκεια ανάπαυσης, η αλλαγή χώρου εργασίας, η δημοκρατική διοίκηση και καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας υποστήριξης και αλληλεξάρτησης (Κουλιεράκης, 2006).

Οι καταστάσεις κάθε ημέρας που προκύπτουν στην υγειονομική περίθαλψη περιέχουν τα ηθικά ζητήματα που επηρεάζουν τη συνείδηση των διασωστών. Πώς και μέχρι ποιο σημείο η συνείδηση επηρεάζεται μπορεί να διαφέρει σύμφωνα με το πώς η συνείδηση γίνεται αντιληπτή. Το stress, η βαρύτητα και το είδος της εργασίας αναγκάζει κάποιους εργαζόμενους να αναπτύξουν μηχανισμούς άμυνας όπου πρέπει ή να νεκρώσουν τη συνείδησή τους σχετικά με τις εξωτερικές απαιτήσεις προκειμένου να είναι σε θέση να συνεργαστούν με τους συναδέλφους, είτε να νεκρώσουν τη συνείδηση τους σχετικά με τα εσωτερικά τους ζητήματα προκειμένου να θεωρούνται επαρκείς επαγγελματίες διασώστες (Juthberg et al, 2007).

Η επαγγελματική πίεση μεταξύ των διασωστών δεν μελετήθηκε εκτενώς όπως στο ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων. Οι όροι, με τους οποίους εργάζονται είναι αγχωτικοί και επικίνδυνοι. Αντιμετωπίζουν το βαρύ φόρτο εργασίας με το χαμηλό ποσοστό απόφασης και ελέγχου (Abdelmonheim, 2003). Η πίεση του εργασιακού χώρου και η μη ικανοποίηση του επαγγέλματος οδηγεί τους περισσότερους ανθρώπους σε ήπια, μέτρια, αυστηρή, ή πολύ αυστηρή μορφή κατάθλιψης (Harris, 2006).

Οι εργαζόμενοι διάσωσης που αισθάνονται ντροπή, ενοχή, αβεβαιότητα για την ταυτότητά τους, απρόθυμοι να πάρουν γρήγορες και αναγκαίες αποφάσεις, θεωρούν ότι η μοίρα τους καθορίζεται από παράγοντες πέρα από τον έλεγχό τους, και αντιμετωπίζουν το γεγονός με συναισθηματική καταστολή, είναι αυτοί που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση BURN OUT (Marmar et al, 1996).

Για να καταλάβουν καλύτερα τη δυναμική που κρύβεται κάτω από το υψηλό ποσοστό κύκλου εργασιών τους, 104 ιατρικοί τεχνικοί έκτακτης ανάγκης (EMTs) κλήθηκαν να συμμετέχουν σε μελέτη. Το δείγμα φάνηκε ότι είχε την υπερένταση, την πίεση, και τα αποτελέσματα της ουδετεροποίησης. Η ουδετεροποίηση (λόγω Burnout), το stress, η υπερένταση, και η αντιμετώπιση (BSS&C) είχαν άμεση σχέση με την ικανοποίηση της εργασίας, την ανησυχία για τις μολυσματικές ασθένειες, και τις ενοχές και αντιλήψεις για την ύπαρξη περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν πλημμελώς. Το Burnout επίσης ήταν συνυφασμένο με τις αντιμετωπίσεις πολύνεκρων ή βαριών περιστατικών (τροχαία, τραυματισμούς από βία, τις υπερβολικές δόσεις φαρμάκων, αυτοκτονίες). Η δυσaréσκεια εργασίας αφορούσε τις τοποθετήσεις ότι η εργασία έχει επιπτώσεις στην οικογένειά κάποιου, ότι οι χώροι στέγασης των διασωστών ήταν άβολοι, και ότι οι διοικητές δεν είχαν την πείρα των απαιτήσεων εργασίας και των

δεξιοτήτων των διασωστών. Άλλοι παράγοντες της μεγάλης δυσaréσκειας ήταν ο χαμηλός μισθός του επαγγέλματος και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού (Neale, 1991).

Οι προάγγελοι για την έκταση του Burnout είναι η πιο μακροχρόνια εργασιακή εμπειρία και ο αριθμός στενάχωρων αποστολών. Με την τραυματική πίεση επέρχεται η ψυχιατρική εξασθένηση όπως η καταθλιπτική διάθεση, οι ψυχοσωματικές καταγγελίες, η κοινωνική δυσλειτουργία, και η κατάχρηση ουσιών. Η υψηλή επικράτηση stress δείχνει ότι οι διασώστες αποτυγχάνουν συχνά να αντιμετωπίσουν την αρχική και ιδιαίτερα δευτεροβάθμια πίεση στην καθημερινή εργασία τους. Αυτό το πρόβλημα, μαζί με τις μεμονωμένες ψυχολογικές συνέπειες και τις δαπάνες σχετικές με τη συστηματική αποχή από την εργασία και την πρόωρη συνταξιοδότηση, φαίνεται να είναι πολύ συγκεκριμένο για το επάγγελμα των διασωστών. Τα παρόντα συμπεράσματα παρέχουν μια καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της δευτεροβάθμιας τραυματικής πίεσης και μετατραυματικού stress στους επαγγελματίες αρωγούς και τους υψηλού κινδύνου πληθυσμούς όπως οι εθελοντές πυροσβέστες, οι διασώστες, και η αστυνομία (Jonsson, et al, 2004).

Σε μελέτη που έγινε σε 250 διασώστες-EMTs για τη συσχέτιση της υποστηρικτικής ομάδας εργασίας και επαγγελματικού stress (Burnout), έδειξε ότι υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ της αντιληπτής επαγγελματικής πίεσης και της αυξανόμενης κατάθλιψης. Η αντίληψη ρόλου είναι μια κρίσιμη μεταβλητή που επεμβαίνει μεταξύ της συμπεριφοράς εποπτών, της υποστηρικτικής ομάδας εργασίας, και της επαγγελματικής πίεσης. Τα συμπεράσματα προτείνουν ότι διασώστες-EMTs είναι πιο ικανοποιημένοι όταν οδηγούνται από εποπτικές πρακτικές, σε ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την ανοικτή επίλυση προβλήματος έκφρασης και ομάδας. Αυτό το περιβάλλον εργασίας οδηγεί σε περισσότερες ενθαρρυντικές σχέσεις μεταξύ των μελών ομάδων, μειωμένη ασάφεια ρόλου, και μειώνει την επαγγελματική πίεση και την κατάθλιψη (Revicki et al, 1988).

4.5.6 Φόρτιση του μυοσκελετικού συστήματος

Οι μυοσκελετικές παθήσεις καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της υγείας των εργαζόμενων. Οι κυριότερες εκδηλώσεις αφορούν κακώσεις λόγω επαναλαμβανόμενης καταπόνησης σε όλα τα τμήματα της σπονδυλικής στήλης (αυχένα, ράχη, οσφυϊκή μοίρα) καθώς και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος των άνω και κάτω άκρων συμπεριλαμβανομένων των ώμων, των καρπών, των αγκώνων και των γονάτων.

Πιθανοί λόγοι εργονομικού κινδύνου είναι:

- Επισφαλές δάπεδο
- Παρατεταμένη λήψη ακατάλληλων στάσεων
- Περιορισμένος χώρος για κινήσεις.
- Ακράτεια στάσης της μέσης ή του αυχένα,
- Πτωχά μέσα –τεχνική ανύψωσης
- Σήκωμα και μεταφορά ασθενών, μεταφορά ασθενών με φορείο ή καρέκλα σε σκάλες

- Παχύσαρκοι ασθενείς, πολυτραυματίες, διασωληνωμένοι, διεγερτικοί
- Υπέρμετρη διάρκεια – δύναμη κατά την μεταφορά, σπρώξιμο, τράβηγμα.
- Επίμονες θέσεις στάσης.

Τα κύρια, χαρακτηριστικά των μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την εργασία είναι: Η αιτιολογία τους περιλαμβάνει φυσικούς, ψυχοκοινωνικούς, καθώς και οργανωτικούς εργασιακούς παράγοντες. Η σχετική συμμετοχή του κάθε παράγοντα ξεχωριστά δεν έχει προσδιορισθεί.

Σχετίζονται με την ένταση, συχνότητα και διάρκεια της έκθεσης σε εργονομικούς κινδύνους. Ο κίνδυνος για πάθηση εξαρτάται από το βαθμό της έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες και από τις προϋποθέσεις του ατόμου. Σε εργασίες στις οποίες συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να προκληθούν τέτοιου είδους παθήσεις. Η συμπτωματολογία τους μπορεί να περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικά σημεία όσο και μη ειδικά συμπτώματα όπως αυτό του πόνου. Οι παθήσεις αυτές αναπτύσσονται ύπουλα. Μπορεί να εμφανισθούν μετά από πάροδο μηνών ή και χρόνων. Αποκαθίστανται αργά. Ενδεχομένως να χρειάζονται μεγάλο χρόνο ανάρρωσης. Μπορεί να μειώσουν τόσο την αποδοτικότητα όσο και την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία (Λώμη, 2005).

Σε μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ αναλύθηκαν τα στοιχεία στάσης κατά τη διάρκεια εργασίας διασωστών με τη βοήθεια ενός τρισδιάστατου στατικού προγράμματος πρόβλεψης δύναμης. Μελετήθηκε: (1) η μεταφορά ενός ασθενή από κρεβάτι σε φορείο, (2) η μεταφορά ενός ασθενή από το φορείο ασθενοφόρου σε φορείο του νοσοκομείου, (3) η μεταφορά ενός ασθενή σε σκάλα με καρέκλα, (4) η μεταφορά ενός ασθενή σε σκάλα με φορείο, και (5) η μεταφορά ενός ασθενή σε ευθεία με φορείο Βρέθηκε ότι οι πιο επικίνδυνοι στόχοι που εκτελέστηκαν με τις μέγιστες τιμές συμπίεσης ήταν το τράβηγμα ενός θύματος από ένα κρεβάτι σε ένα φορείο, η κάθοδος σκαλοπατιών με φορείο, και η ανύψωση ενός θύματος σε φορείο από το πάτωμα. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν όπου οι αλλαγές εφαρμοσμένης μηχανικής στον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται τακτικά από το προσωπικό διάσωσης έκτακτης ανάγκης θα ασκούσαν μέγιστη επίδραση στη μείωση του κινδύνου οστεο-μυϊκού τραυματισμού (Lavender, 2000).

Οι αλλαγές εφαρμοσμένης μηχανικής στον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται τακτικά από το προσωπικό διάσωσης έκτακτης ανάγκης θα ασκούσαν μέγιστη επίδραση στη μείωση του κινδύνου οστεο-μυϊκού τραυματισμού.

Οι γιατροί υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας πρέπει να μελετήσουν την επιλογή των κατάλληλων τεχνολογιών για να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια μεταφοράς ασθενών. Να επιλέγονται συσκευές και μέθοδοι που βελτιώνουν την ασφάλεια και μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μυοσκελετικών τραυματισμών στα πληρώματα ασθενοφόρων (Lloyd et al, 2006).

Απαιτείται η καθιέρωση της πολιτικής για να προσδιορίσει, να αξιολογήσει, και να αναπτύξει τις μεθόδους για να αποφευχθεί ο κίνδυνος τραυματισμού για τους ασθενείς και τους διασώστες που συνδέονται με την ανύψωση, τη μεταφορά, την επαναποθέτηση, και την κυκλοφορία των ασθενών. Απαιτείται η αξιολόγηση των

εναλλακτικών μεθόδων από τη χειρωνακτική ανύψωση για να μειώσει τον κίνδυνο τραυματισμού, καθώς έχει αποδειχτεί ότι η χειρωνακτική διακίνηση είναι επικίνδυνη και επίπονη για τους διασώστες, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να προκαλέσει στους ασθενείς πόνο, πτώση, τραυματισμό, μωλωπισμό, εκδορές, εξαρθρώσεις, σπασίματα, κατά τη διάρκεια των προσπαθειών της χειρωνακτικής ανύψωσης (Hudson, 2005).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της διατίας 2004-2005, στην οποία συμμετείχαν 134 εργαζόμενοι από το προσωπικό και τους κατασκευαστές ασθενοφόρων, για να αξιολογήσει και να συγκρίνει τα τρία ευρύτατα χρησιμοποιημένα συστήματα φόρτωσης φορέων ασθενοφόρων το βαρούλκο, την κεκλιμένη ράμπα και τους ανυψωτήρες σχοινιών για να προσδιορίσουν ένα προτιμώμενο σύστημα βασισμένο στα στοιχεία ασφάλειας και δυνατότητας χρησιμοποίησης. Ανάμεσα στον κατάλογο 14 κριτηρίων που μελετήθηκαν, η ασφάλεια των ασθενών και των χειριστών-διασωστών ταξινομήθηκε ως πιο υψηλή προτεραιότητα, που ακολουθήθηκε με το χειρωνακτικό χειρισμό. Οι ανυψωτήρες σχοινιών βρέθηκε να είναι το προτιμώμενο και ασφαλέστερο σύστημα φόρτωσης και από τον τομέα και από την εργαστηριακή έρευνα και είναι η συνιστώμενη επιλογή από τα αξιολογημένα φορτώνοντας συστήματα φόρτωσης (Jones et al, 2007).

Στο πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν σε κέντρο για την εργονομία βρίσκετε σε εξέλιξη μια μελέτη που καταγράφεται τηλεοπτικά η διαδικασία φόρτωσης/εκφόρτωσης των ασθενών σε φορεία ασθενοφόρων από τους εργαζομένους ασθενοφόρων για να καταχωρηθεί η στάση των εργαζομένων στα ασθενοφόρα στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας φόρτωσης/εκφόρτωσης και να πραγματοποιηθεί μια λεπτομερής ανάλυση των φορτίων που εφαρμόζονται και να υποβληθούν συστάσεις για να μειωθούν οι δυνάμεις που ασκούνται βασισμένες στις απαιτήσεις φόρτωσης (Cooper, 2007).

4.5.7 Πρόωρη συνταξιοδότηση

Οι οστεο-μυϊκές διαταραχές είναι μια κυρίαρχη αιτία στη μακροπρόθεσμη άδεια για λόγους υγείας και πρόωρη συνταξιοδότηση. Μερικές επαγγελματικές ομάδες επηρεάζονται περισσότερο από άλλες και μεταξύ τους είναι και το προσωπικό ασθενοφόρων (Wiiitavaara, 2007).

Οι μυοσκελετικές παθήσεις είναι η πιο κοινή επαγγελματική ασθένεια. Στη Μεγάλη Βρετανία έχει επιπτώσεις σε 1,1 εκατομμύριο ανθρώπους ετησίως. Οι διασώστες (paramedics), ειδικότερα, είναι γνωστό έχουν μια υψηλή συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών παθήσεων λόγω της φύσης του επαγγέλματος, που οδηγεί, πολλούς, στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Έγινε μια μελέτη για να ερευνηθεί η διαχείριση οστεο-μυϊκών αναταραχών σε δύο Υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων όσον αφορά την εφαρμογή των πολιτικών και την εμπειρία του προσωπικού με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στις δύο Υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων τα ποσοστά ήταν υψηλά σε σύγκριση με τα αναμενόμενα, παρόλη την εκπαίδευση των διασωστών. Άρα χωρίς τη συστηματική

παρακολούθηση και κανονικό λογιστικό έλεγχο, ήταν πιθανό να υπάρξει μια έλλειψη συμμόρφωσης με την πολιτική και τις διαδικασίες (Hignett, 2007). Επίσης στη Βόρεια Ιρλανδία πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη για να συγκριθεί η νοσηρότητα μεταξύ του προσωπικού ασθενοφόρων και άλλων ομάδων εργαζομένων υγειονομικών υπηρεσιών, για να διευκολύνει τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας. Αξιολογήθηκαν 181 άνδρες και 353 γυναίκες μεταξύ 1988-92 που στο τμήμα υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας ζήτησαν πρόωρη συνταξιοδότηση για ιατρικούς λόγους λόγω μόνιμης ανικανότητας. Όταν οι αιτίες της αποχώρησης εξετάστηκαν, διαπιστώθηκαν ότι οι μυοσκελετικές, κυκλοφοριακές και διανοητικές διαταραχές ήταν οι πιο κοινές παθήσεις σε όλες τις ομάδες (αποτελώντας τα 3/4 των αποχωρήσεων). Οι διαφορές στις αιτίες των αποχωρήσεων μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εργαζομένων δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές, αλλά όταν συγκρίθηκε το ανδρικό προσωπικό, το προσωπικό ασθενοφόρων παρουσίασε μεγαλύτερο μέρος των αποχωρήσεων λόγω μυοσκελετικών και κυκλοφοριακών παθήσεων. Οι αποχωρήσεις λόγω των μυοσκελετικών παθήσεων εμφανίστηκαν πρώτες σε συχνότητα μετά από πιο σύντομη υπηρεσία, με δεύτερες εκείνες λόγω των διανοητικών διαταραχών και τρίτες εκείνες λόγω των κυκλοφοριακών παθήσεων. Στα αίτια των αποχωρήσεων των εργαζομένων στα ασθενοφόρα λόγω διανοητικών διαταραχών, μεγάλο μέρος αφορά απροσδόκητα τα προβλήματα οينوπνεύματος. Οι υπηρεσίες υγιεινής της εργασίας για το προσωπικό ασθενοφόρων θα στόχευαν καλύτερα προς τη διευκόλυνση της ανάπτυξης των προγραμμάτων φυσικής ικανότητας και αποκατάστασης, και τις προωθητικές δραστηριότητες υγείας όπως η κατάρτιση στη διαχείριση πίεσης (Rodgers, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στις προηγμένες χώρες σήμερα, είναι σχεδόν δεδομένο πως υπάρχει βελτίωση των συνθηκών εργασίας στο χώρο της υγείας, όμως τα προβλήματα είναι ακόμη πολυάριθμα, με τους εργαζόμενους να γνωρίζουν ελάχιστα τόσο για τους επαγγελματικούς κινδύνους στους οποίους εκτίθενται, όσο και για τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να λαμβάνουν.

Οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα να συστήνουν Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Δια των αντιπροσώπων τους, μπορούν να ζητούν από τον εργοδότη να λαμβάνει προληπτικά μέτρα και να υποβάλλουν τις προτάσεις τους για θέματα προστασίας της ασφάλειας και της υγείας τους μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, κάθε υγιονομικός χώρος θα πρέπει να έχει το δικό του γιατρό εργασίας και τεχνικό ασφαλείας. Αυτό όμως για ποικίλους λόγους δεν έχει εφαρμοστεί. Αυτό πιθανόν οφείλετε στην περιθωριοποίηση των δράσεων και πολιτικών προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, παρά το θόρυβο περί του αντιθέτου, είτε στην έλλειψη συντονισμού και ομοιογένειας, είτε στην άγνοια και πληροφόρηση για το τί πραγματικά συμβαίνει, αφού η μηδενική καταγραφή επαγγελματικών παθήσεων δεν επιτρέπει την αποτύπωση του προβλήματος, είτε στην ανοχή των ελεγκτικών μηχανισμών απέναντι στις θεσμικές υποχρεώσεις του ίδιου του δημόσιου τομέα για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων.

Ο Ιατρός Εργασίας, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη της επαγγελματικής έκθεσης και κινδύνου. Έτσι, μπορεί να προσφεύγει σε περιοδικές εξετάσεις και εφαρμογή μεθόδων διαλογής για προσυμπτωματικό έλεγχο επαγγελματικών νοσημάτων, συμβουλευτικές υπηρεσίες, έρευνα των περιβαλλοντικών παραμέτρων του χώρου εργασίας, εκπαίδευση εργαζομένων, επιδημιολογική επιτήρηση, ιατρική επιτήρηση για τη χρήση των ατομικών μέτρων προστασίας, εφαρμογή της νομοθεσίας, προσδιορισμό των κινδύνων για την υγεία από τα προϊόντα που παράγονται από τις εταιρείες και διεξαγωγή σχετικών ερευνών (Κωνσταντινίδης, 2005).

Πολύτιμη και η συνεισφορά του Τεχνικού Ασφαλείας, όπου σε συνεργασία με τον Γιατρό Εργασίας διεξάγει εκτίμηση των κινδύνων, διερευνά, επιλέγει και προτείνει τον πλέον ενδεδειγμένο εξοπλισμό για τα ατομικά μέτρα προστασίας, οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια για το προσωπικό και κάνει καταγραφή παρ' ολίγον ατυχημάτων και ατυχημάτων στους χώρους εργασίας (Νόμος 1568/85).

Στις 22 Μαΐου 1990 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη-μέλη της Ε.Ο.Κ. υπέγραψαν τη Σύσταση της Επιτροπής της 22ας Μαΐου 11990 σχετικά με την έκδοση ευρωπαϊκού καταλόγου των επαγγελματικών ασθενειών (90/326/Ε.Ο.Κ.). Σύμφωνα με τη σύσταση αυτή, τα κράτη-μέλη δεσμεύτηκαν μεταξύ άλλων να εισάγουν το

συντομότερο στη νομοθεσία τους τις ασθένειες που αναγνωρίζονται ως επαγγελματικές και που αναφέρονται στον Ευρωπαϊκό κατάλογο Επαγγελματικών Ασθενειών. Στον κατάλογο συμπεριλαμβάνονται χημικοί παράγοντες που έρχονται σε επαφή οι νοσηλευτές χειρουργείου (χρώμιο, νικέλιο, υδροκυάνιο, κ.ά.).

Στην Ελλάδα ο νόμος 1568/85 αποτέλεσε το εφαλτήριο για τον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου της προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων. Με την κοινή Υπουργική απόφαση 88555/3293/1988 (που κυρώθηκε με το άρθρο 39 του Ν.1836/89) και το Π.Δ. 157/92 επεκτάθηκε η εφαρμογή του 1568 και των προεδρικών διαταγμάτων που είχαν εκδοθεί με τις εξουσιοδοτήσεις του. Στη συνέχεια, με τα Π.Δ 294/88, 17/96 και 159/99, το θεσμικό πλαίσιο συμπληρώθηκε και εναρμονίστηκε με το αντίστοιχο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι, ο εντοπισμός και καταγραφή των προβλημάτων που απορρέουν άμεσα ή έμμεσα από το είδος, τον τρόπο και το χρόνο εργασίας του προσωπικού του ΕΚΑΒ.

Επίσης, σκοπό έχει την καταγραφή της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των ιδίων εργαζομένων στο ΕΚΑΒ, όσον αφορά την ασφάλεια και την υγεία τους.

Λαμβάνοντας υπόψη τα κριτήρια επιλογής μιας έρευνας όσον αφορά την πρωτοτυπία, την αξιοπιστία και το επιστημονικό ενδιαφέρον της (Κουτής, 2006), η μελέτη αυτή αποτελεί την πρώτη ολοκληρωμένη αναφορά στον Ελλαδικό χώρο. Απώτερος στόχος της, είναι να αποτελέσει εφαλτήριο για μελλοντικές έρευνες και να συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση και στην πρόληψη επαγγελματικών ασθενειών στο κλάδο αυτό.

6.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη είναι 150 εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ Αθηνas, εκ των οποίων οι 33 είναι γυναίκες και οι 117 άνδρες. Η ηλικία των εργαζομένων κυμαίνεται από 25 έως 60 έτη. Η προϋπηρεσία του δείγματος στη συγκεκριμένη θέση εργασίας κυμαίνεται από 1 έως 28 έτη.

Για τη συλλογή του ερευνητικού υλικού χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο ειδικά κατασκευασμένο για τις ανάγκες της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες για τη θέση εργασίας, το είδος, τις δυσκολίες και τις ιδιαιτερότητες του επαγγέλματος και γενικές ερωτήσεις.

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν με συνέντευξη από ιατρούς, διασώστες (που εργάζονται στα ασθενοφόρα, στις μηχανές, στις κινητές μονάδες και στο τηλεφωνικό κέντρο) και διοικητικούς.

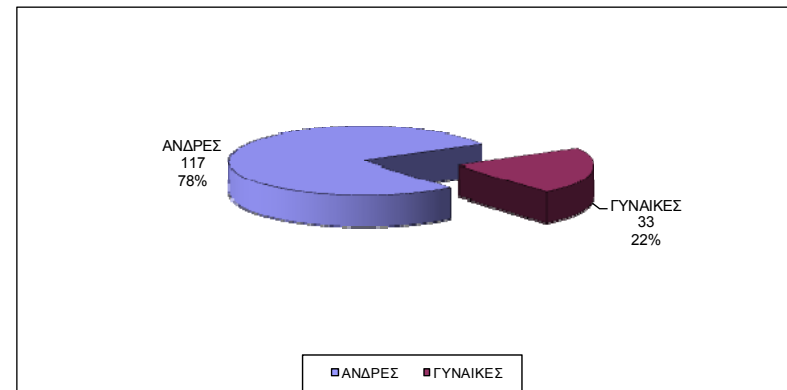
6.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο ανάλυσης SPSS έκδοση 15.0. Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση, παρουσίαση και αξιολόγηση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και γραφήματα. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία, υπολογίστηκαν για όλες τις μεταβλητές που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο. Η κανονικότητα των δεδομένων της μελέτης ελέγχθηκε με τη μέθοδο Kolmogorov-Smirnov και όταν δεν ικανοποιούνταν η συνθήκη της κανονικότητας, επιλέγονταν μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης.

6.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.4.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα της έρευνας είναι 150 άτομα ηλικίας από 25 έως 60 χρόνων. Από αυτούς οι 117 είναι άνδρες και οι 33 είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 39,8 έτη.



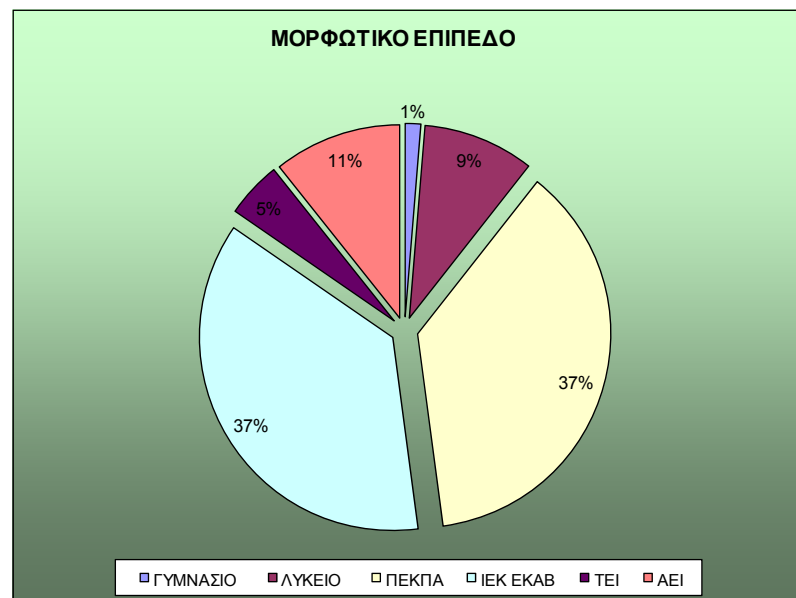
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς το φύλλο.

EDU

Ομάδα	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	1 50%	1 50%	2 1,3%
ΛΥΚΕΙΟ	14 100%	-	14 9,3%
ΠΕΚΠΑ	47 83,9%	9 16,1%	56 37,3%
ΙΕΚ ΕΚΑΒ	38 69,1%	17 30,9%	55 36,7%
ΤΕΙ	11 68,8%	5 31,3%	16 10,7%
ΑΕΙ	6 85,7%	1 14,3%	7 4,7%
Σύνολο	117 78%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την εκπαίδευση «μορφωτικό επίπεδο».

Στον πίνακα 1 διαφάνεται, πως ο μεγαλύτερος όγκος των εργαζομένων, είναι απόφοιτοι των σχολών ΕΚΑΒ (37,3% ΠΕΚΠΑ, 36,7% ΙΕΚ ΕΚΑΒ)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Ομάδα	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΑΓΑΜΟΣ/Η	36 73,5%	13 26,5%	49 32,7%
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	72 80%	18 20%	90 60%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	9 81,8%	2 18,2%	11 7,3%
Σύνολο	1117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «οικογενειακή κατάσταση;».

Από τον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 60% είναι έγγαμοι και το ποσοστό των διαζευγμένων είναι 7,3%.

(ΣΜΟ)

Ομάδα	ΚΑΠΝΙΣΜΑ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	55 71,4%	22 28,6%	77 51,3%
ΝΑΙ	62 84,9%	11 15,1%	73 48,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «κάπνισμα;».

SOME

Ομάδα	ΠΡΩΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΝΑΙ	28 90,3%	3 9,7%	31 100%
Σύνολο	28 90,3%	3 9,7%	31 100%

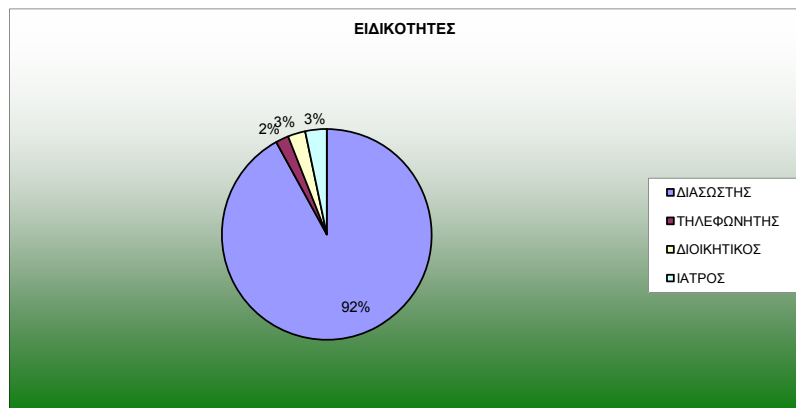
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «πρώην καπνιστής;».

Καπνιστές είναι 73 άτομα (48,7%) με Μ.Ο καπνίσματος 18,7 έτη. Έχουν διακόψει το κάπνισμα 31 άτομα με Μ.Ο διακοπής 5,5 έτη.

SPE

Ομάδα	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΔΙΑΣΩΣΤΗΣ	107 77,5%	31 22,5%	138 92%
ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΗΣ	3 100%	-	3 2%
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ	3 75%	1 25%	4 2,7%
ΙΑΤΡΟΣ	4 80%	1 20%	5 3,3%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «ειδικότητα»



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ειδικότητα.

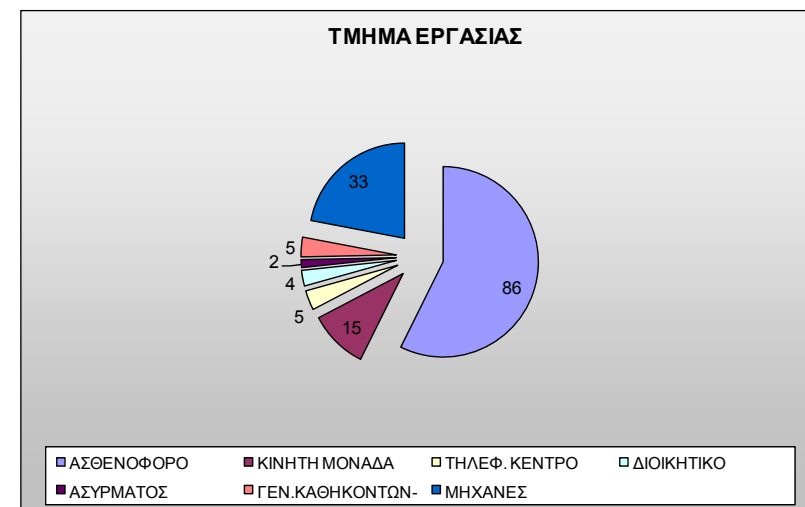
Από το διάγραμμα 3 διαφαίνεται ότι ο κύριος όγκος (92%) του δείγματος είναι διασώστες.

DEP

Ομάδα	ΤΜΗΜΑ		
	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	71 82,6%	15 17,4%	86 57,3%
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ	12 80%	3 20%	15 10%
ΤΗΛΕΦ. ΚΕΝΤΡΟ	19 57,6%	14 42%	33 22%
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	3 75%	1 25%	4 2,7%
ΑΣΥΡΜΑΤΟΣ	2 100%	-	2 1,3%
ΓΕΝ.ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ-ΑΠΑΛΛΑΓΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΑΡΗ	5 100%	-	5 3,3%
ΜΗΧΑΝΕΣ	5 100%	-	5 3,3%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

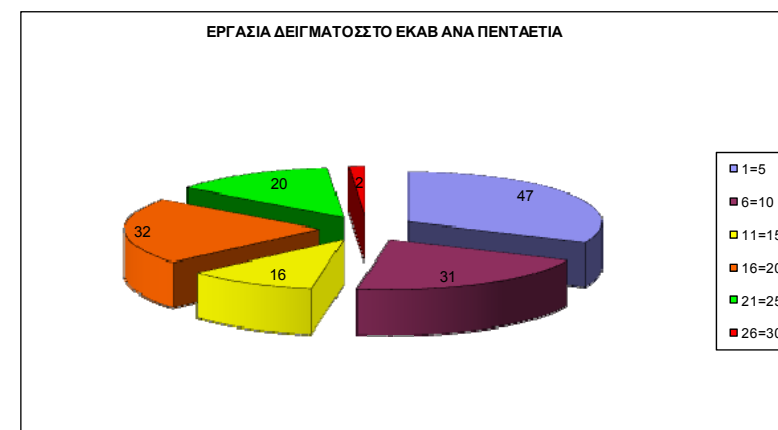
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;».

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το 57,3% εργάζονται σε ασθενοφόρα, το 10% σε κινητές μονάδες, 3,3% σε μηχανές και στο κέντρο διεκπεραίωσης κλήσεων το 23,3%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς το τμήμα εργασίας.

Από το δείγμα που μελετήθηκε τα 144 άτομα έχουν προϋπηρεσία πριν εργασθούν στο ΕΚΑΒ σε άλλες εργασίες από 1 έως 18 έτη με Μ.Ο 6,7 έτη.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς τα χρόνια εργασίας.

WORKPRON

	ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΙΝ ΕΚΑΒ		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	65 75,6%	21 24,4%	86 59,7%
ΟΔΗΓΟΣ	28 100%	-	28 19,4%
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	18 100%	-	18 12,5%
	1 12,5%	7 87,5%	8 5,6%
ΑΓΡΟΤΗΣ	3 75%	1 25%	4 2,8%
Σύνολο	115 79,9%	29 20,1%	144 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «είδος εργασίας πριν ΕΚΑΒ;».

TIM

	ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΒΑΡΔΙΕΣ		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	6 75%	2 25%	8 5,3%
ΝΑΙ	111 78,2%	31 21,8%	142 94,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Εργάζεστε με βάρδιες;»

Από τον πίνακα 8 φαίνεται ότι το 94,7% εργάζεται με βάρδιες.

Q01 ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

	ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	42 67,7%	20 32,3%	62 41,3%
ΝΑΙ	75 85,2%	13 14,8%	88 58,7%
Σύνολο	117 78,0%	33 22,0%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «έχετε πρόβλημα υγείας;

Από τον πίνακα 9 διαπιστώνεται ότι το 58,7% του δείγματος αναφέρει ότι έχει πρόβλημα υγείας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ :

Ομάδα	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΔΙΑΒΗΤΗΣ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΣΘΜΑ
ΟΧΙ	67 74.4%	84 95.5%	77 87.5%	82 93.2%
ΝΑΙ	23 25.6%	4 4.5%	11 12.5%	6 6.8%
Σύνολο	90 100%	88 100%	88 100%	88 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «έχετε πρόβλημα υγείας εάν ναι τι είδος;

Από αυτούς που έχουν πρόβλημα υγείας, το 25,6% έχει υπέρταση, 4,5% σακχαρώδη διαβήτη, το 12,5% εμφανίζει καρδιολογικό πρόβλημα και το 6,8% άσθμα.

Q01 ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ :ΑΛΛΟ

Ομάδα	ΟΧΙ ΑΛΛΟ	ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	ΧΑΠ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΥΧ-ΝΙΚΟ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ	CA	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΚΟΗΣ	ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	Σύνολο
Ανδρες %	17 89. 5%	35 85.4 %	2 100 %	2 100 %	4 100 %	5 83.3 %	4 10 0%	2 10 0%	3 100%	1 100%	75 85.21%
Γυναίκες %	2 10. 5	6 14.6 %	-	-	-	1 16.7 %	-	-	1 25%	3 4.5%	13 14.8%
Σύνολο %	19 21. 6%	41 46.6 %	2 2.3%	4 4.5%	6 6.8%	4 4.5%	2 2.3 %	2 2.3 %	4 4.5%	4 4.5%	88 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «έχετε πρόβλημα υγείας με κάποια άλλη νόσο;»

Στον πίνακα 11 φαίνεται ότι το 46,6% έχει πρόβλημα οσφυαλγίας, αυχενικό 6,8%, νευρολογικό το 4,5%, κατάθλιψη το 4,5%, ημικρανία και πρόβλημα ακοής με 4,5%, κυκλοφορικό και ca με 2,3%. Άρα το 53,4% του δείγματος πάσχει από μυοσκελετικό πρόβλημα με δεύτερο σε μέγεθος πρόβλημα την υπέρταση (25,6%).

Q01N ΑΝ ΝΑΙ, ΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ			
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	25 92.6%	2 7.4%	27 30.7%
ΝΑΙ	50 82%	11 18%	61 69.3%
Σύνολο	75 85.2%	13 14.8%	88 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «αν ναι, λαμβάνεται φαρμακευτική αγωγή;»

Από αυτούς που παρουσιάζουν πρόβλημα υγείας το 69,3% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.

6.4.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Q02 ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΜΕ

Ομάδα	ΘΟΡΥΒΟΣ	ΦΩΤΙΣΜΟΣ	ΑΕΡΙΣΜΟΣ	ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΣ ΧΕΙΜΩΝΑ	ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ
ΣΠΑΝΙΑ	31 20,7%	69 46%	67 44,7%	68 45,3%	41 27,3%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	67 44,7%	64 42,7%	61 40,7%	60 40%	67 44,7%
ΣΥΧΝΑ	52 34,7%	17 11,3%	22 14,7%	22 14,7%	42 28%
Σύνολο %	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «έχετε πρόβλημα στο χώρο εργασίας σας με;»

Στον πίνακα 13 παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι έχουν πρόβλημα συχνά 34,7% με τον θόρυβο, 28% με τον κλιματισμό το καλοκαίρι και από 14,7 αντίστοιχα με τον κλιματισμό τον χειμώνα και τον αερισμό. Ακολουθεί με 11,3 ο φωτισμός.

Q03 ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ?

ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ 2466,7%			
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο
ΠΟΤΕ	24 66,7%	12 33,3%	36 24%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	92 81,4%	21 18,6%	113 75,3%
ΣΥΧΝΑ	1 100%	-	1 0,7%
Σύνολο %	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «κατά τη διάρκεια της εργασίας είχατε κάποιο τροχαίο ατύχημα;»

Από τον πίνακα 14 βλέπουμε ότι ένα 75,3% είχε κάποιο τροχαίο ατύχημα, το 24% δεν είχε ποτέ και ένα άλλο ποσοστό 0,7% είχε συχνά τροχαία ατυχήματα.

Q04 ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΜΕ ΤΟ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ?

Ομάδα	ΟΔΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΛΛΩΝ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΟΔΗΓΟΥ-ΔΙΑΔΩΣΤΗ	ΤΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟ-ΦΟΡΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ	Η ΥΨΗΛΗ ΤΑΧΥΤΗ-ΤΑ ΚΑΙ ΕΛΙΓΜΟΙ	ΠΑΡΑ-ΒΙΑΣΗ ΣΗΜΑ-ΤΟΔΟΤΗ ΛΟΓΩ ΒΑΡΥ-ΤΗΤΑΣ	ΟΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΑΠΟΣΤΑ-ΣΕΙΣ
ΟΧΙ	101 68,2 %	22 14,8 %	63 42%	34 22,7%	50 33,35	29 19,3%	52 34,7%	40 26,75
ΝΑΙ	47 31,8 %	127 85,2 %	87 58%	116 77,3%	100 66,7%	121 80,7%	98 65,3%	110 73,3%
Σύν- ολο	148 100 %	149 100 %	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «τι πιστεύετε ότι συμβάλλει για τυχόν πρόκληση τροχαίου με το ασθενοφόρο;»

Από τον πίνακα 15 παρατηρούμε ότι: το 85,2% αποδίδει την πρόκληση τροχαίου ατυχήματος με ασθενοφόρο στη συμπεριφορά των άλλων οδηγών, το 80,7% στην υψηλή ταχύτητα, το 77,3% στο επείγον του περιστατικού, το 73,3% στις μεγάλες αποστάσεις, το 66,7% στην κατάσταση του ασθενοφόρου, το 65,3% στην παραβίαση φωτεινού σηματοδότη λόγω της βαρύτητας του περιστατικού, το 58% στη συμπεριφορά του οδηγού διασώστη και το 31,8% στην ποιότητα του οδικού δικτύου.

Q05 Στο χώρο της εργασίας σας έχετε παρατηρήσει να υπάρχουν:

Ομάδα	ΣΚΟΝΕΣ	ΡΥΠΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑΣ	ΕΥΦΛΕΚΤΕΣ ΥΛΕΣ	ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	ΕΚΡΗΚΤΙΚΕΣ ΥΛΕΣ	ΑΠΟΛΥΜΑΝΤΙΚΑ	ΔΙΑΛΥΤΕΣ	ΑΠΟΡΥΠΑΝΤΙΚΑ
ΟΧΙ	41 27,3%	34 22,7%	110 73,3%	126 84%	128 85,3%	75 50%	128 86,5%	100 66,7%
ΝΑΙ	109 72,7%	116 77,3%	40 26,7%	24 16%	22 14,7%	75 50%	20 13,5%	50 33,3%
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	148 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Στο χώρο της εργασίας σας έχετε παρατηρήσει να υπάρχουν;»

Από τον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι: 77,3% παρατηρεί ύπαρξη ατμοσφαιρικών ρύπων εξ αιτίας της κυκλοφορικής κίνησης, 72,7% ύπαρξη σκόνης, το 50% απολυμαντικά, 33,3% απορρυπαντικά, ενώ μικρότερο ποσοστό διαπιστώνει ύπαρξη 26,7% εύφλεκτων υλών, 16% τοξικών ουσιών, 14,7% εκρηκτικών υλών και 13,5% διαλυτών.

Q06

	Σας έχουν ενημερώσει για τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας ;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	62 75.6%	20 24.4%	82 54.7%
ΝΑΙ	55 80.9%	13 19.1%	68 45.3%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Σας έχουν ενημερώσει για τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας;»

Από τον πίνακα 17 διαπιστώνεται ότι το 54,7% δεν έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας του, ενώ το 45,3% υποστηρίζει ότι έχει ενημερωθεί.

Q07

	Είχατε ή έχετε κάποια πάθηση που να οφείλεται στη φύση του επαγγέλματος σας		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	53 71.6%	21 28.4%	74 49.3%
ΝΑΙ	64 84.2%	12 15.8%	76 50.7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Είχατε ή έχετε κάποια πάθηση που να οφείλεται στη φύση του επαγγέλματος σας;»

Από τον πίνακα 18 φαίνεται ότι τα ποσοστά παθήσεων που οφείλονται στο επάγγελμα σχεδόν μοιράζονται. Το 50,7% αποδίδει το αίτιο της πάθησης στη φύση του επαγγέλματος και το 49,3% σε άλλες αιτίες.

Q07n AN ΝΑΙ ΠΟΙΑ;

Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ	42 89,4%	5 10,6%	47 58,8%
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	5 83,3%	1 16,7%	6 7,5%
ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ	7 100%	- -	7 8,9%
ΑΥΧΕΝΙΚΟ	1 33,3%	2 66,7%	3 3,8%
ΧΑΠ	2 100%	- -	2 2,5%
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	2 100%	- -	2 2,5%
ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ	- -	1 100%	1 1,3%
ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΟ	2 50%	2 50%	4 5%
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΚΟΗΣ	3 75%	1 25%	4 5%
ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	- -	1 100%	1 1,3%
ΚΑΤΑΓΜΑ	3 100%	- -	3 3,8%
Σύνολο	667 83,8%	13 16,3%	80 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «αν ναι ποια;»

Από τον πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παθήσεων που οφείλονται στη φύση της εργασίας είναι η οσφυαλγία 58,8%,. Ακολουθεί η βουβωνοκήλη 8,9%, ηπατίτιδα 7,5%, αγγειολογικό 5%, πρόβλημα ακοής 5%,

αυχενικό και κατάγματα 3,8% αντίστοιχα, και ημικρανία και δερματίτιδα με 1,3% αντίστοιχα.

Τα μυοσκελετικά και η βουβωνοκήλη μας δείχνουν ότι η ανύψωση βάρους πιθανόν να έχει σημαντικό ρόλο στην δημιουργία αυτών των παθήσεων.

Q08

	Σας έχουν χορηγηθεί ατομικά μέσα προστασίας (μάσκες, μπλούζα, φόρμες κλπ)		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	21 80,8%	5 19,2%	26 18,6%
ΝΑΙ	91 79,8%	23 20,3%	114 81,4%
Σύνολο	112 80%	28 20%	140 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Σας έχουν χορηγηθεί ατομικά μέσα προστασίας (μάσκες, μπλούζα, φόρμες κλπ);»

Q09

	χρησιμοποιείτε τα ΜΑΠ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	27 84,4%	5 15,6%	32 23,2%
ΝΑΙ	85 80,2%	21 19,8%	106 76,8%
Σύνολο	112 81,2%	26 18,8%	138 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «χρησιμοποιείτε τα ΜΑΠ;»

Q10

	Αν δεν τα χρησιμοποιείτε τα ΜΑΠ παρακαλώ προσδιορίστε το λόγο:		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2 100%	-	2 6.7%
ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΝΤΑ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ	8 66,7%	4 33.3%	12 40%
ΧΡΟΝΟΒΟΡΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	14 87,5%	2 12.5%	16 53.3%
Σύνολο	24 80%	6 20%	30 %

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αν δεν τα χρησιμοποιείτε τα ΜΑΠ παρακαλώ προσδιορίστε το λόγο;»

Από τους πίνακες 20,21, .22, παρατηρούμε ότι το 81,4% υποστηρίζει ότι τους χορηγούνται ΜΑΠ ενώ το 18,6% ότι δεν τους έχουν χορηγηθεί. Στους ερωτηθέντες μόνο οι 140 απαντούν διότι οι υπόλοιποι 10 είναι υπάλληλοι που δεν έχουν άμεση επαφή με ασθενείς. Από το 81,4% που απάντησε θετικά στη χορήγηση ΜΑΠ, τα χρησιμοποιεί το 76,8%. Το 23,2% δεν τα χρησιμοποιεί είτε διότι δεν έχουν πάντα τα κατάλληλα ΜΑΠ (40%) είτε διότι θεωρούν την χρήση ΜΑΠ σε ορισμένες περιπτώσεις χρονοβόρα διαδικασία (53,3%).

Q11

	Χρησιμοποιείτε τα γάντια κατά την διακομιδή του ασθενούς;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	- -	1 100%	1 0.8%
ΝΑΙ	104 79.4%	27 20.6%	131 99.2%
Σύνολο	104 78.8%	28 21.2%	132 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Χρησιμοποιείτε τα γάντια κατά την διακομιδή του ασθενούς;»

Q12

	Έχετε εμφανίσει αλλεργία στα γάντια latex;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	77 82.8%	16 17.2%	93 69.4%
ΝΑΙ	29 70.7%	12 29.3%	41 30.6%
Σύνολο	106 79.1%	28 20.9%	134 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Έχετε εμφανίσει αλλεργία στα γάντια latex ;»

Από τους πίνακες,23,24 παρατηρούμε ότι το 99,2% χρησιμοποιεί τα γάντια κατά την διακομιδή ασθενούς και από αυτούς ένα ποσοστό 30,6% έχει παρουσιάσει αλλεργία στο latex.

Q13

	Πιστεύετε ότι κατά την διάρκεια της εργασίας σας υπάρχει κίνδυνος να πάθετε κάποιο είδος λοίμωξης (π.χ Ηπατίτιδα, τέτανο, AIDS, κ.λ.π) ;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	4 80%	1 20%	5 3.7%
ΝΑΙ	104 80.6%	25 19.4%	129 96.3%
Σύνολο	108 80.6%	26 19.4%	134 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι κατά την διάρκεια της εργασίας σας υπάρχει κίνδυνος να πάθετε κάποιο είδος λοίμωξης (π.χ Ηπατίτιδα, τέτανο, AIDS, κ.λ.π) ;»

Από τον πίνακα 25 διαπιστώνουμε ότι οι διασώστες γνωρίζουν τον κίνδυνο να μολυνθούν από κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα όπως διαφαίνεται από το 96,3% που απαντά θετικά, σε σχέση με το 3,7% που απαντά αρνητικά.

Q14 Όσο καιρό εργάζεστε στο ΕΚΑΒ έχετε εξεταστεί :

Ομάδα	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	ΑΛΛΟ
ΟΧΙ	74 49%	115 76.7%	121 80.7%
ΝΑΙ	76 50.7%	35 23.3%	29 19.3%
ΣΥΝΟΛΟ	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Όσο καιρό εργάζεστε στο ΕΚΑΒ έχετε εξεταστεί για ηπατίτιδα,φυματίωση, ή για κάτι άλλο;»

Παρατηρώντας τον πίνακα 26 διαπιστώνουμε πως οι διασώστες παρά του ότι γνωρίζουν τον κίνδυνο έκθεσης σε διάφορες λοιμώξεις μονό το19,3% εξετάζεται, ενώ το 80,7% δεν έχει εξεταστεί ποτέ στο διάστημα της εργασίας του στο ΕΚΑΒ.

Q15

	Αν πρόκειται να διακομίσετε ένα περιστατικό με μεταδιδόμενη νόσο γνωρίζετε τα ανάλογα ΜΑΠ που πρέπει να χρησιμοποιείτε κάθε φορά (π.χ ειδικές μάσκες με φίλτρα, ειδική στολή) ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	39 79.6%	10 20.4%	49 36%
ΝΑΙ	68 78.2%	19 21.8%	87 64%
Σύνολο	107 78.7%	29 21.3%	136 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αν πρόκειται να διακομίσετε ένα περιστατικό με μεταδιδόμενη νόσο γνωρίζετε τα ανάλογα ΜΑΠ που πρέπει να χρησιμοποιείτε κάθε φορά (π.χ ειδικές μάσκες με φίλτρα, ειδική στολή) ;»

Από τον πίνακα 27 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των διασωστών, το 64%, είναι ενημερωμένο για τα ανάλογα ΜΑΠ, που πρέπει να χρησιμοποιήσει. Όμως το 36%, το οποίο δηλώνει άγνοια, δεν είναι ευκαταφρόνητο ποσοστό.

Q16 Έχετε εμβολιαστεί για :

Ομάδα	Τέτανο	Ηπατίτιδα Α΄	Ηπατίτιδα Β	BCG (φυματίωση)	Γρίπη
ΟΧΙ	90 60%	107 71.3%	70 46.7%	116 77.3%	124 82.7%
ΝΑΙ	60 40%	43 28.7%	80 53.3%	34 22.7%	26 17.3%
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Έχετε εμβολιαστεί για Τέτανο, Ηπατίτιδα Α, Ηπατίτιδα Β, BCG (φυματίωση), Γρίπη;»

Από τον πίνακα 28 διαπιστώνουμε ότι ο κύριος όγκος των εργαζομένων στο ΕΚΑΒ παραμένει ανεμβολιαστος. Το 60% δηλώνει ότι δεν έχει εμβολιαστεί για τέτανο, το 71,3% δεν έχει εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Α΄, το 46,7% δεν έχει εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Β΄, το 77,3% δεν έχει εμβολιαστεί για BCG, και το 82,7% δεν έχει εμβολιαστεί για γρίπη.

Q17

	Μετά τον εμβολιασμό σας για Ηπατίτιδα Β ελεγχθήκατε για αντισωματική ανταπόκριση;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	15 83.3%	3 16.7%	18 23.1%
ΝΑΙ	42 70%	18 30%	60 72,9%
Σύνολο	57 73.1%	21 26.9%	78 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Μετά τον εμβολιασμό σας για Ηπατίτιδα Β΄ ελεγχθήκατε για αντισωματική ανταπόκριση ;»

Q17n

	Αν ΝΑΙ το αποτέλεσμα ήταν		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΘΕΤΙΚΟ	31 64,6%	17 35,4%	48 80%
ΑΡΝΗΤΙΚΟ	77 91,7%	1 8,3%	12 20%
Σύνολο	42 70%	18 30%	60 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αν ΝΑΙ το αποτέλεσμα ήταν ;»

Από τον πίνακα 29,30 διαπιστώνουμε ότι από το 53,3% που είχαν εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Β΄ το 72,9% ελέγχθηκε για αντισωματική ανταπόκριση. Από αυτούς το 80% είχε θετικό αποτέλεσμα.

6.4.3.Εργασιακές σχέσεις

Q18

	Είστε ικανοποιημένοι από την δουλειά σας		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	53 85,5%	9 14,5%	62 41,3%
ΝΑΙ	64 72,7%	24 27,3%	88 58,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την δουλειά σας ;»

Παρατηρώντας τον πίνακα 31, διαπιστώνουμε ότι το 58,7% δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Όμως το υπόλοιπο 41,3%, το οποίο δεν είναι ευκαταφρόνητο ποσοστό, δεν είναι ικανοποιημένο.

Q19

	Πιστεύετε ότι υπάρχει σωστή ενημέρωση του κοινού για το έργο σας ;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	111 77,6%	32 22,4%	143 95,3%
ΝΑΙ	6 85,7%	1 14,3%	7 4,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι υπάρχει σωστή ενημέρωση του κοινού για το έργο σας ;»

Από τον πίνακα 32, παρατηρούμε πως συντριπτικά το μεγαλύτερο ποσοστό, 95,3% με απογοήτευση δηλώνει, ότι το κοινό δεν έχει σωστή ενημέρωση για το έργο του ΕΚΑΒ και των διασωστών.

Q20

	Το έργο σας αναγνωρίζεται;		
Ομάδα	Ανδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	109 77,9%	31 22,1%	140 93,3%
ΝΑΙ	8 80%	2 20%	10 6,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Το έργο σας αναγνωρίζεται ;»

Από τον πίνακα 33 διαφαίνεται πως επίσης συντριπτικά το μεγαλύτερο ποσοστό, 93,3% με απογοήτευση δηλώνει, ότι το έργο των διασωστών δεν αναγνωρίζεται, παρόλο που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της προνοσοκομειακής φροντίδας και παρέχουν τις πρώτες βοήθειες στο σημείο συμβάντος, στον κρίσιμο χρόνο για τη ζωή του ασθενή και μάλιστα χωρίς την νοσοκομειακή κάλυψη.

Q21

	Πιστεύετε ότι το κοινό κάνει σωστή χρήση κλήσεων του ασθενοφόρου ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
OXI	117 78%	33 22,1%	150 100%
NAI	-	-	-
Σύνολο	117 78%	33 22,1%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Πιστεύετε ότι το κοινό κάνει σωστή χρήση κλήσεων του ασθενοφόρου ;»

Στον πίνακα 34 παρατηρούμε πως στην ερώτηση, εάν το κοινό κάνει σωστή χρήση κλήσεων του ασθενοφόρου, η απάντηση είναι καθολικά όχι, 100%. Ενώ ο ρόλος του ΕΚΑΒ περιλαμβάνει τη γρήγορη και ασφαλή μεταφορά των περιστατικών που χρήζουν άμεσης βοήθειας, συχνά υποχρεώνονται να εξυπηρετήσουν την ευκολότερη μετακίνηση των ασθενών, ανεξαρτήτου πάθησης και για διάφορους λόγους στα νοσοκομεία, μετατρέποντας το ασθενοφόρο ως ταξί. Το αποτέλεσμα όμως μπορεί να αποβαίνει μοιραίο για κάποιους άλλους ασθενείς, που ακριβώς εκείνη τη στιγμή το έχουν πραγματικά άμεση ανάγκη.

Q22 Κατά την διάρκεια των καθηκόντων σας δεχθήκατε βία :

Ομάδα	ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΑΠΟ ΣΥΝΟΔΟΥΣ	ΑΠΟ ΚΟΙΝΟ
OXI	19 12,9%	10 6,8%	6 4,1%
NAI	128 87,1%	137 93,2%	141 95,9%
Σύνολο	147 100%	147 100%	147 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Κατά την διάρκεια των καθηκόντων σας δεχθήκατε βία ;»

Παρατηρώντας τον πίνακα 35 βλέπουμε ότι οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ, δέχονται βία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό. Από το κοινό κατά 95,9%, από τους συνοδούς κατά 93,2% ενώ από τους ίδιους τους ασθενείς κατά 87,1%. Αυτή η βία μπορεί να είναι λεκτική με ύβρεις και απειλές ως και σωματική. Άλλωστε, οι διασώστες δεν εργάζονται σε καλά εξοπλισμένα νοσοκομεία, αλλά στο σημείο συμβάντος, με αποτέλεσμα, ο χρόνος άφιξης και η απόδοση του έργου τους να κρίνεται από τους παρευρισκόμενους και να δημιουργούνται εντάσεις και προστριβές. Επίσης οι ασθενείς μερικές φορές πάσχουν από ψυχιατρικά προβλήματα ή βρίσκονται κάτω από την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Q23

	Νοιώσατε απογοήτευση που το έργο σας δεν αναφέρεται σχεδόν ποτέ θετικά στα ΜΜΕ παρόλο που είστε στην πρώτη γραμμή της προνοσοκομειακής φροντίδας του ΕΣΥ ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
OXI	3 60%	2 40%	5 3,4%
NAI	112 78,3%	31 21,7%	143 96,6%
Σύνολο	115 77,7%	33 22,3%	148 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Νοιώσατε απογοήτευση που το έργο σας δεν αναφέρεται σχεδόν ποτέ θετικά στα ΜΜΕ παρόλο που είστε στην πρώτη γραμμή της προνοσοκομειακής φροντίδας του ΕΣΥ;»

Στον πίνακα 36 παρατηρούμε ότι κατά ένα συντριπτικό ποσοστό 96,6%, απαντά απογοητευμένο σχετικά με την αναφορά του έργου τους στα ΜΜΕ .Το έργο των διασωστών δεν ανακοινώνεται, ούτε αναγνωρίζεται τόσο από τον κόσμο, όσο και από τα ΜΜΕ, παρόλο που σώζει ζωές. Υπάρχουν όντως και κάποιες κακές στιγμές στο έργο τους, που όμως δυστυχώς μόνο αυτό φτάνει στα ΜΜΕ, ίσως γιατί αυτό «πουλάει», περισσότερο. Δεν παρουσιάζονται ποτέ οι επιτυχημένες προσπάθειες διάσωσης. Επειδή είναι στην πρώτη γραμμή του συστήματος υγείας, αποδίδονται ευθύνες στους διασώστες και αναπόφευκτα υφίστανται τις συνέπειες αυτών των ευθυνών, πράγμα που τους προκαλεί πολύ άγχος, stress και απογοήτευση.

Q24 Θεωρείται ότι υπάρχει :

Ομάδα	ΕΛΛΕΙΨΗ ΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΚΑΒ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΡΩΝ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΚΑΒ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (Π.Υ., ΕΛΑΣ)	ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
OXI	32 21,5%	35 23,3%	10 6,7%	19 12,7%	2 1,3%	26 17,3%	56 37,3%	36 24%
NAI	117 78,5%	115 76,7%	140 93,3%	131 87,3%	148 98,7%	124 82,7%	94 62,7%	114 76%
Σύνολο	149 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Θεωρείται ότι υπάρχει έλλειψη ;»

Από τον πίνακα 37 παρατηρούμε ότι η αξιολόγηση των προβλημάτων του ΕΚΑΒ από το προσωπικό αναλύεται ιεραρχικά από την έλλειψη ενημέρωσης του κοινού με ποσοστό 98,7%. Το ότι οι πολίτες δεν είναι ενημερωμένοι για το έργο που μπορεί να προσφέρει το ΕΚΑΒ και με ποιές προϋποθέσεις μπορεί αυτό να τους εξυπηρετήσει καλύτερα έγκειται στην ευθύνη του ίδιου του ΕΚΑΒ.

Η έλλειψη προσωπικού με ποσοστό 93,3% δυσχεραίνει το έργο τους.

Η έλλειψη ασφάλειας και προστασίας με ποσοστό 87,3%, δείχνει ότι αισθάνονται εκτεθειμένοι σε πολλούς κινδύνους (όπως μεταδιδόμενες ασθένειες, κυκλοφοριακή κίνηση -ταχύτητα, παραλαβή «αγνώστων» ασθενών από ερμηκικές τοποθεσίες, μεταφορά υπέρβαρων ασθενών από πολυκατοικίες χωρίς ή με στενά ασανσέρ κ.α.).

Η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με ποσοστό 82,7% ανάγεται σε προτεραιότητα απ το προσωπικό του ΕΚΑΒ, φανερώνοντας και την διάθεση για γνώση και καλύτερη ποιοτική προσφορά υπηρεσιών.

Ο τρόπος δομής και λειτουργίας του ΕΚΑΒ ακολουθεί με ποσοστό 78,5%, η έλλειψη πόρων με 76,7%, η ανεπάρκεια συντονισμού μεταξύ ΕΚΑΒ – Νοσοκομείων με 76%, η έλλειψη συντονισμού με άλλες υπηρεσίες με 62,7%.

Q25 Το σύστημα βαρδιών με το οποίο εργάζεστε επιδρά αρνητικά :

Ομάδα	Στην προσωπική σας ζωή	Στις οικογενειακές σας σχέσεις	Στις κοινωνικές σας σχέσεις
OXI	55 37,9%	46 30,7%	41 28,3%
NAI	90 62,1	99 68,3%	104 71,7%
Σύνολο	145 100%	145 100%	145 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Το σύστημα βαρδιών με το οποίο εργάζεστε επιδρά αρνητικά;»

Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η ιδιαιτερότητα της εργασίας τους σε βάρδιες αποβαίνει σε βάρος της προσωπικής τους ζωής. Σε ποσοστό 71,7% επηρεάζει την ζωή τους όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, 68,3% τις οικογενειακές σχέσεις και 62,1% την προσωπική τους ζωή.

Q26 Η υπηρεσία σας δίνει την δυνατότητα :

	Επαγγελματική εξέλιξης	Ανάπτυξης και βελτίωσης	Επίτευξη των προσωπικών σας στόχων απόδοσης	Προαγωγής
OXI	135 90%	125 83,3%	132 88%	136 90,7%
NAI	15 10%	25 16,7%	18 12%	14 9,3%
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Η υπηρεσία σας δίνει την δυνατότητα για ;»

Η ισοπεδωτική θετική απάντηση με ποσοστά πολύ χαμηλά δείχνει ότι για το προσωπικό του ΕΚΑΒ η έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης (10%), η ανάπτυξη και βελτίωση (16,7%), η επίτευξη των προσωπικών στόχων (12%) και η έλλειψη δυνατότητας προαγωγής (9,3%) αποτελεί αντικίνητρο για το έργο και την απόδοσή τους. Η αίσθηση ότι δεν υπάρχουν περιθώρια αλλαγής και εξέλιξης και το ότι θα μείνουν για όλον τον εργασιακό τους βίο στάσιμοι, τους οδηγεί σίγουρα στην απογοήτευση, στην έλλειψη κινήτρων και σε επαγγελματικό αδιέξοδο.

Q27 Θεωρείτε ότι υπάρχουν έντονες συγκρούσεις με:

Ομάδα	Τους συναδέλφους σας	Την ιεραρχία	τηλ. μεταξύ κέντρου πληρωμάτων	Το κοινό	Άλλες υπηρεσίες
OXI	75 50%	82 54,7%	65 43,3%	35 23,3%	67 44,7%
NAI	75 50%	68 45,3%	85 56,7%	115 76,7%	83 55,3
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Θεωρείτε ότι υπάρχουν έντονες συγκρούσεις με:»

Στον πίνακα 40 παρατηρούμε ότι οι συγκρούσεις είναι αυξημένες όσον αφορά την σχέση των εργαζομένων με το κοινό (76,7%) λόγω του ότι βιώνουν ένα εχθρικό περιβάλλον το οποίο πλήττει τις σχέσεις τους.

Τα ποσοστά των συγκρούσεων μεταξύ τηλεφωνικού κέντρου, των συναδέλφων, της ιεραρχίας και των άλλων συναφών υπηρεσιών είναι σε αυξημένο ποσοστό. Οι διασώστες επηρεασμένοι από την ένταση της εργασίας τους, τους αστάθμητους παράγοντες που δεν υπόκεινται στον άμεσο έλεγχό τους και στο άγχος να φθάσουν και να μεταφέρουν τον ασθενή ασφαλή σε σύντομο χρονικό διάστημα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

Q28 Απουσιάζετε από την υπηρεσία σας λόγω:

Ομάδα	Ασθένειας	για οικογενειακούς λόγους	λόγω κόπωσης	Όταν δεν μπορεί η υπηρεσία να σας εξυπηρετήσει ενώ τους ζητάτε από άλλους λόγους	Άλλους λόγους
OXI	47 31,3%	96 64%	96 64%	118 78,7%	129 86%
NAI	103 68,7%	54 36%	54 36%	32 21,3%	21 14%
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Απουσιάζετε από την υπηρεσία σας λόγω:»

Από τον πίνακα 41 φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ απουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό μόνο λόγω ασθένειας (68,7%).

Αυτό φανερώνει μια αυξημένη ευθύνη και σεβασμό προς την εργασία και προς τους συναδέλφους τους χωρίς να κάνουν κατάχρηση της απουσία για άλλους λόγους οι οποίοι επηρεάζουν την προσωπική και οικογενειακή τους ζωή.

Q29 Η καθημερινή σας επαφή με τον ανθρώπινο πόνο ή το θάνατο σας κάνει να νοιώθετε ότι:

Ομάδα	Σας φθείρει ψυχολογικά	Σας προβληματίζει	Σας σοκάρει	Σας αφήνει αδιάφορους	Λειτουργείται με απάθεια	Στο τέλος της βάρδιας νοιώθετε «άδειοι»	Αντιμετωπίζετε τα περιστατικά σαν «άψυχα αντικείμενα»
OXI	30 20,7%	24 16,6%	100 69%	95 65,5	96 66,2%	80 55,2%	114 78,6%
NAI	115 79,3%	121 83,4%	45 31%	50 34,5%	49 33,8%	65 44,8%	31 21,4%
Σύνολο	145 100%	145 100%	145 100%	145 100%	145 100%	145 100%	145 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Η καθημερινή σας επαφή με τον ανθρώπινο πόνο ή το θάνατο σας κάνει να νοιώθετε ότι:»

Από τον πίνακα 42 συμπεραίνουμε ότι το προσωπικό του ΕΚΑΒ έχει αποδεχθεί και συνειδητοποιήσει την εργασία του την οποία κάνει χωρίς απάθεια κατά 66,2% και λειτουργεί και κάπως συναισθηματικά συμμεριζόμενος τον πόνο και το πρόβλημα των ασθενών κατά 78,6%. Όμως το 79% αισθάνεται ότι η εργασία του τον φθείρει και τον προβληματίζει κατά 83,4%. Από την άλλη παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 44,8%, λιγότερο βέβαια από το μέσο όρο, αλλά όχι ευκαταφρόνητο, παραδέχεται ότι στο τέλος της βάρδιας νιώθει «άδειο», λειτουργεί με απάθεια κατά 33,8%, δεν σοκάρει κατά 69% με το είδος του περιστατικού και παραμένει αδιάφορο (34,5%), αντιμετωπίζοντας τα περιστατικά σαν «άψυχα αντικείμενα» κατά 21,4%.

Q30 Σχετικά με την εργασία σας νοιώθετε ότι:

Ομάδα	Είστε ενεργητικός	Ασχολείστε αποτελεσματικά με τα προβλήματα των ανθρώπων που εξυπηρετείτε	Μπορείτε εύκολα να καταλάβετε πώς αισθάνονται οι εξυπηρετούμενοί σας	Έχετε υψηλούς εργασιακούς στόχους	Το έργο σας αναγνωρίζεται από την υπηρεσία σας	Το έργο σας αναγνωρίζεται από τους συναδέλφους	Το έργο σας αναγνωρίζεται από τους ασθενείς /συνοδούς
OXI	16 10,7%	26 17,6%	32 21,3%	84 56%	109 72,7%	45 30%	68 46,3%
NAI	134 89,3%	122 82,4%	116 78,4%	65 43,6%	41 27,3%	105 70%	79 53,7%
Σύνολο	150 100%	148 100%	148 100%	149 100%	150 100%	150 100%	147 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 43Α. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Σχετικά με την εργασία σας νοιώθετε ότι;»

Ομάδα	Έχετε γίνει πολύ σκληρός με τους ανθρώπους από τότε που αρχίσατε αυτή τη δουλειά	Δέχεστε επικρίσεις	Νοιώθετε ενοχές	Νοιώθετε απογοήτευση	Νοιώθετε κατάθλιψη	Αναζητάτε την απομόνωση	Έχετε χαμηλή αυτό εκτίμηση.	Πραγματικά ενδιαφέρεστε για το τι συμβαίνει σε όσους εξυπηρετείτε
OXI	69 46,9%	49 33,3%	96 65,3%	46 31,3%	86 58,5%	76 53,7%	109 74,1%	20 13,6%
NAI	78 53,1%	98 66,7%	51 34,7%	101 68,7%	61 41,5%	68 46,3%	38 25,9%	127 86,4%
Σύνολο	147 100%	147 100%	147 100%	147 100%	147 100%	147 100%	147 100%	147 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 43Β. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Σχετικά με την εργασία σας νοιώθετε ότι ;»

Από τους πίνακες 43 Α, 43 Β παρατηρούμε ότι το 89,3% συνεχίζει να είναι ενεργητικό στην εργασία του και ασχολείται με τα προβλήματα των ασθενών που εξυπηρετεί σε ποσοστό 82,4%. Μπορεί να καταλάβει τον ασθενή σε ποσοστό 78,4%. Δεν έχει υψηλούς εργασιακούς στόχους το 56%, όπως επίσης πιστεύει ότι το έργο του δεν αναγνωρίζεται από την υπηρεσία 72,7%. Αντίθετα πιστεύει ότι μεταξύ των εργαζομένων υπάρχει αναγνώριση σε ποσοστό 70% και σε μικρότερο βαθμό 53,7% από τους ασθενείς. Το 53,7% αισθάνεται ότι έχει σκληρόνει από την ανάληψη της υπηρεσίας του, δεν νοιώθει ενοχές το 65,3% αλλά νοιώθει απογοήτευση το 68,7%. Διαπιστώνει ότι δέχεται επικρίσεις το 66,7%, δεν νοιώθει κατάθλιψη το 58,5%, έχει μεγάλη αυτοεκτίμηση το 74,1%και συµμερίζεται το πρόβλημα του ασθενή το 86,4%.

Q31 Ο χώρος εργασίας σας (καμπίνα ασθενοφόρου) είναι επαρκής ;

	Ο χώρος εργασίας σας (καμπίνα ασθενοφόρου) είναι επαρκής ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
OXI	83 77,6%	24 22,4%	107 77,5%
NAI	24 22,4%	7 22,6%	31 22,5%
Σύνολο	107 77,5%	31 22,5%	138 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Ο χώρος εργασίας σας (καμπίνα ασθενοφόρου) είναι επαρκής;»

Τον χώρο της καμπίνας του ασθενοφόρου κρίνει ανεπαρκή για την εργασία του το 77,5%.

Q32

	Η στάση του σώματος που έχετε κατά την διάρκεια της εργασίας σας είναι ανεκτή ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
OXI	92 81,4%	21 18,6%	113 77,4%
NAI	23 69,7%	10 30,3%	33 22,6%
Σύνολο	146 100%	31 21,2%	146 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Η στάση του σώματος που έχετε κατά την διάρκεια της εργασίας σας είναι ανεκτή;»

Την στάση του σώματος κατά την διάρκεια της εργασίας του το 77,4% κρίνει ότι δεν είναι ανεκτή.

Q33 Στο χώρο εργασίας σας

Ομάδα	Ο ρυθμός εργασίας είναι έντονος	Ο βαθμός ευθύνης είναι υψηλός	Νοιώθετε επαναληπτικότητα	Διακινείτε χειρωνακικά βάρη	Μετακινείτε ασθενείς
OXI	16 107%	4 2,7%	50 33,3%	33 22%	35 23,3%
NAI	134 89,3%	146 97,3%	100 66,7%	117 78%	115 76,7%
Σύνολο	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Στο χώρο εργασίας σας ;»

Στον πίνακα 46 παρατηρούνται σε υψηλά ποσοστά 89,3% ο έντονο ρυθμός της εργασίας, σε 97,3% ο βαθμός ευθύνης των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται με το σχεδόν απόλυτο 100% την ευθύνη τους απέναντι στον ασθενή τον οποίον έχουν να αντιμετωπίσουν και να του προσφέρουν την καλύτερη δυνατή υποστήριξη.

Η εντατικοποίηση της εργασίας τους λόγω έλλειψης μέσων και χρόνου την κάνει στρεσογόνο και αγχωτική.

Νοιώθουν επαναληπτικότητα 66,7%.

Από το δείγμα της έρευνας το 78% διακινεί βάρη και μεταφέρει ασθενείς (το υπόλοιπο ποσοστό δεν εργάζεται σε ασθενοφόρα αυτή την χρονική περίοδο διότι βρίσκεται στο τηλεφωνικό κέντρο).

Q34 Αισθάνεστε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα

Ομάδα	Κούραση στα μάτια	Τσούξιμο στα μάτια	Δυσκολία στην όραση	Πονοκεφάλους	Ζαλάδες	Δυσκολία στην ακοή	Ρινίτιδα	Δυσκολία στην αναπνοή	Βήχα	Καούρες στο στομάχι
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1 0,7 5%	1 07%	1 07%	1 0,7 %	2 1,3 %	2 1,3 %	2 1,3 %	2 1,3 %	2 1,3 %	2 1,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	32 21, 3%	23 15,3%	77 51,3 %	19 12,7 %	49 32, 7% 5	85 56,7 %	66 44%	103 68,7 %	60 40 %	51 34, 2%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	69 46 %	86 57,3%	60 40%	69 46,7 %	55 36, 7%	38 25,3 %	46 30,7 %	38 25,3 %	66 44 %	68 45, 6%
ΣΥΧΝΑ	48 32 %	40 26,7%	12 8%	61 40,7 %	44 29, 3%	25 16,7 %	36 24%	7 4,7 %	22 14, 7	28 18, 8%
Σύνολο %	150 100 %	150 100%	150 100 %	150 100 %	150 100 %	150 100 %	150 100 5	150 100 %	150 100 %	149 100 %

ΠΙΝΑΚΑΣ 47. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Έχετε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα;»

Στον πίνακα 47 παρατηρούμε:

46% νοιώθουν κούραση στα μάτια μερικές φορές, το 57,3% νοιώθει τσούξιμο στα μάτια μερικές φορές ενώ το 51,3% εμφανίζει σπάνια δυσκολία στην όραση.

Το 46,7 έχει πονοκεφάλους μερικές φορές, και ζαλάδες 36,7%. Δυσκολία στην ακοή δεν παρουσιάζει το 56,7%.όπως επίσης δεν παρουσιάζει ρινίτιδα το 44%.μ και δυσκολία στην αναπνοή το 68,7%. Το 44% παρουσιάζει βήχα μερικές φορές, ενώ το 45,6 % νοιώθει καούρες στο στομάχι μερικές φορές.

Q35 Αισθάνεστε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα

Ομάδα	Πόνος στον αυχένα	Πόνος στην πλάτη	Πόνος στη μέση	Πόνος στους αγκώνες	Πόνος στους καρπούς	Πόνος στα πόδια	Πόνος στα γόνατα	Μούδιασμα στα δάκτυλα των χεριών	Μούδιασμα στα πόδια
ΣΠΑΝΙΑ	18 12%	15 10%	7 4,7%	41 27,3%	30 20 %	31 20,7%	38 25,5%	65 43,9%	65 44,2%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	48 32%	54 36%	39 26%	47 31,3%	53 35,3%	50 33,3%	55 36,9%	60 40%	53 36,1%
ΣΥΧΝΑ	84 56%	81 54%	104 69,3%	62 41,3%	67 44,7%	69 46%	56 37,6%	23 15,5%	29 19,7%
Σύνολο %	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	149 100%	148 100%	147 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 48. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αισθάνεστε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα;»

Από τον πίνακα 48 φαίνεται ότι συχνά παρουσιάζει: Πόνος στον αυχένα το 56%, πόνος στην πλάτη 54%, πόνος στην μέση 69,3%, στους αγκώνες το 41,3%, στους καρπούς το 44,7%, πόνος στα πόδια το 46%, πόνος στα γόνατα το 37,6%, μούδιασμα στα δάκτυλα των χεριών το 15,5% και μούδιασμα στα πόδια το 19,7%.

Q36 Αισθάνεστε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα

Ομάδα	Βάρος στο στήθος	Άγχος κατά την εργασία	Αϋπνίες	Υπερβολική κόπωση μετά την δουλειά	Υπνηλία
ΣΠΑΝΙΑ	73 48,7%	16 10,7%	67 44,7%	28 18,3%	99 66%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	54 36%	45 30%	57 38%	47 31,3%	43 28,7%
ΣΥΧΝΑ	23 15,3%	89 59,3%	26 17,3%	75 50%	8 5,3%
Σύνολο %	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 49. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αισθάνεστε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα;»

Στον πίνακα 49 παρατηρούμε να παρουσιάζεται συχνά: Βάρος στο στήθος 15,3%, άγχος κατά την διάρκεια της εργασίας 59,3%, αϋπνίες 17,3%, υπερβολική κόπωση μετά τη δουλειά 50% και υπνηλία 5,3%.

Q37 Υπήρξε θύμα εργατικού ατυχήματος;

	Υπήρξε θύμα εργατικού ατυχήματος ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	66 69%	29 30,5%	95 63,8%
ΝΑΙ	50 92,6%	4 7,4%	54 36,25
Σύνολο	116 77,9%	33 22,1%	149 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 50. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Υπήρξε θύμα εργατικού ατυχήματος;»

Στον πίνακα 50 παρατηρείται ότι το προσωπικό του ΕΚΑΒ σε ποσοστό 63,8% δηλώνει ότι δεν υπήρξε θύμα εργατικού ατυχήματος.

Q37N Αν ΝΑΙ σε τι οφείλεται;

	Αν ΝΑΙ σε τι οφείλεται;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7 77,8%	2 22,2%	9 15,5%
ΤΡΟΧΑΙΟ	25 100%	-	25 43,1%
ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	17 85,5%	3 15%	20 34,5%
ΤΡΥΠΗΜΑ ΒΕΛΟΝΑΣ	4 100%	-	4 6,9%
Σύνολο	53 91,4%	5 8,6%	58 100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 51. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Αν ΝΑΙ σε τι οφείλεται;»

Από το προσωπικό που αναφέρει ότι είχε εργατικό ατύχημα το 43,1% οφείλεται σε τροχαίο, το 34,5% κατά την μεταφορά ασθενούς, ενώ το 6,9% από τρύπημα βελόνας.

Q38

	Υπάρχει ιατρός εργασίας στο ΕΚΑΒ ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	113 77,4%	33 22,6%	146 97,3%
ΝΑΙ	4 100,0%	-	4 2,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 52. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Υπάρχει ιατρός εργασίας στο ΕΚΑΒ ; ;»

Στο ΕΚΑΒ δεν υπάρχει γιατρός εργασίας σύμφωνα με τον πίνακα 52.

Q39

	Υπάρχει επιτροπή Υγιεινής και ασφάλειας ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΟΧΙ	116 77,9%	33 22,1%	149 99,3%
ΝΑΙ	1 100%	-	1 0,7%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 53. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Υπάρχει επιτροπή Υγιεινής και ασφάλειας ;»

Από τον πίνακα 53 διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει επιτροπή υγιεινής και ασφάλειας στην υπηρεσία του ΕΚΑΒ.

Q40

	Τι κατά την γνώμη σας θα μπορούσε να μειώσει τους κινδύνους για εργατικά ατυχήματα στο χώρο εργασίας σας ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΠΡΟΣΟΧΗ- ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	23 74,2%	8 25,8%	31 20,7%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΣΘ/ΡΑ ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ	8 100%	-	8 5,3%
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ – ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ /ΕΛ.ΑΣ/Π.Υ	1 10%	9 90%	10 6,7%
ΟΧΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΑ	13 92,9%	1 7,1%	14 9,3%
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΚΕΙΑΣ	10 83,3%	2 16,7%	12 8,0%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΣΩΣΤΗ ΚΛΗΣΗ ΑΣΘ/ΡΟΥ – ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ	5 71,4%	2 28,6%	7 4,7%
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	57 83,8%	11 16,2%	68 45,3%
Σύνολο	117 78%	33 22%	150 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 54. Κατανομή Συχνοτήτων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Τι κατά την γνώμη σας θα μπορούσε να μειώσει τους κινδύνους για εργατικά ατυχήματα στο χώρο εργασίας σας;»

Στον πίνακα 54 ζητήθηκε από τους εργαζομένους να εστιάσουν τα προβλήματα και να προτείνουν μέτρα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας, και στην μείωση των κινδύνων για εργατικά ατυχήματα. Το 20,7% πρότείνει προσοχή-ενημέρωση και εκπαίδευση στους εργαζομένους. Το 5,3% πρότείνει ύπαρξη περισσότερων ασθενοφόρων ώστε να μειωθεί η πίεση της ποσότητας εργασίας.

Το 6,7% ζητά καλύτερη συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων, μεταξύ των πληρωμάτων και τηλεφωνικού κέντρου και συνεργασία με άλλους εμπλεκόμενους φορείς. Το 9,3% κρίνει ακατάλληλα τα γυναικεία πληρώματα λόγω της αδυναμίας των γυναικών στην άρση μεγάλου βάρους και του κινδύνου πρόκλησης μυοσκελετικών προβλημάτων στους συναδέλφους. Το 8% προτείνει την δημιουργία τμήματος επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο. Το 4,7% τονίζει ότι είναι απαραίτητη η ενημέρωση του κοινού για σωστή χρήση του ασθενοφόρου και για την συμπεριφορά των άλλων οδηγών απέναντι στα ασθενοφόρα οχήματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό 45,3% θεωρεί ότι είναι απαραίτητα όλα τα παραπάνω..

Q41

	Τι κατά την γνώμη σας θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων στο χώρο σας ;		
Ομάδα	Άνδρες %	Γυναίκες %	Σύνολο %
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	24 75%	8 25%	32 21,5%
ΠΡΟΛΗΨΗ – ΜΑΠ	5 71,4%	2 28,6%	7 4,7%
ΓΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	5 83,3%	1 16,7%	6 4%
ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	17 65,4%	9 34,6%	26 17,4%
WC ΣΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΕΓΑΣΗΣ – ΤΗΡΗΣΗ ΚΑΝΟΝΩΝ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	13 92,9%	1 7,1%	14 9,4%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΡΟΣ ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΠΑΡΑΛΑΒΟΥΝ	2 50%	2 50%	4 2,7%
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	50 83,3%	10 16,7%	60 40,3%
Σύνολο	116 77,9%	33 22%	149 100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 55. Κατανομή Συχνότητων των απαντήσεων των Εργαζομένων ως προς την ερώτηση «Τι κατά την γνώμη σας θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων στο χώρο σας;»

Στον πίνακα 55 ζητήθηκε από τους εργαζομένους να εστιάσουν τα προβλήματα και να προτείνουν μέτρα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας, και στην μείωση κινδύνων εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων. Το 21,5% προτείνει ενημέρωση, εκπαίδευση και σεμινάρια.

Το 4,7% δίνει έμφαση στην πρόληψη και στην χρησιμοποίηση ΜΑΠ. Το 4% θεωρεί τον γιατρό εργασίας απαραίτητο στο χώρο. Το 17,4% ζητά από την υπηρεσία να γίνεται περιοδικός ιατρικός έλεγχος και υποχρεωτικός εμβολιασμός. Το 9,4% ζητά να υπάρχουν τουαλέτες στους χώρους στέγασης και να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής. Το 2,7% ζητά να ενημερώνεται το πλήρωμα του ασθενοφόρου από το τηλεφωνικό κέντρο για το είδος του προβλήματος του ασθενή που πρόκειται να παραλάβει. Το 40,3% πιστεύει ότι είναι απαραίτητα όλα τα παραπάνω.

6.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την αδρή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι οι κίνδυνοι για τα προβλήματα υγείας των εργαζομένων στις Υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων είναι υπαρκτοί και συνεχώς αυξανόμενοι. Οι ερευνητές στο εξωτερικό γίνονται όλο και περισσότερο ενήμεροι για τους κινδύνους που μπορούν να διατρέξουν οι διασώστες κατά την διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους. Δυστυχώς όμως στη χώρα μας για τον συγκεκριμένο κλάδο η έρευνα και η ενημέρωση είναι από ελάχιστη έως ανύπαρκτη και κανείς μέχρι σήμερα δεν έχει ασχοληθεί σοβαρά και ολοκληρωμένα. Το ΕΚΑΒ είναι μια πολύ νέα υπηρεσία με μέσο όρο ηλικίας των εργαζομένων στην υπηρεσία της Αθήνας μόλις 39.8 έτη .Οι επιπτώσεις στην υγεία των διασωστών από την επίδραση της εργασίας τους έχουν αρχίσει ήδη να καταγράφονται με την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση σε εργασίες ελαφρύτερες των επειγόντων περιστατικών (χρόνια περιστατικά, τηλεφωνικό κέντρο, δευτερογενής υπηρεσίες του ΕΚΑΒ κλπ).Από τα στοιχεία της έρευνας παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (78% περίπου) είναι απόφοιτοι των σχολών του ΕΚΑΒ με κατάρτιση πάνω στα θέματα αντιμετώπισης των ασθενών σε επείγουσες καταστάσεις. Η στελέχωση του ΕΚΑΒ τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί αρκετά με αποτέλεσμα το 50% του δείγματος να έχει προϋπηρεσία μέχρι 10 έτη. Από αυτούς το 31,3% να έχει λιγότερο και από 5 χρόνια. Παρόλα αυτά, τα προβλήματα που σχετίζονται με το επάγγελμα έχουν αρχίσει να γίνονται αισθητά στις μεγαλύτερες ηλικίες καθώς επίσης και σε περιοχές της Ελλάδας που έχουν στο δυναμικό τους και άτομα από άλλους υγειονομικούς σχηματισμούς (Νοσοκομεία – Κ.Υ.) μεγαλύτερης ηλικίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά .Αυτό εξηγείται από το ότι η μεγάλη προσέλευση των γυναικών έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια (70% των γυναικών τα τελευταία 5 χρόνια).Οι διευκολύνσεις (εγκυμοσύνη, μητρότητα, γονικές άδειες, προβλήματα ανύψωσης βάρους λόγω της σωματικής τους διάπλασης), έχουν οδηγήσει την υπηρεσία να απασχολεί το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών σε εσωτερικά τμήματα όπως στο τηλεφωνικό κέντρο, σε διοικητικές υπηρεσίες του τμήματος άμεσης επέμβασης, στον εξοπλισμό ασθενοφόρων και σε άλλα τμήματα. Από την έρευνα αναδύεται η καταλυτική σημασία της σωματικής λειτουργικότητας, της σωματικής καταπόνησης και εξάντλησης των εργαζομένων, η οποία πρέπει να τεθεί στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Οι Μυοσκελετικές Παθήσεις έρχονται πρώτες σε ποσοστό από τα προβλήματα των εργαζομένων του ΕΚΑΒ. Οι κυριότερες εκδηλώσεις αφορούν κακώσεις λόγω επαναλαμβανόμενης καταπόνησης σε όλα τα τμήματα της σπονδυλικής στήλης. Το 69,3% των ερωτηθέντων αναφέρει συνεχή πόνο στην μέση και μερικές φορές το 26%. Πόνο στον αυχένα 56% συχνά και 32% μερικές φορές. Πόνο στην πλάτη συνεχώς και μερικές φορές αναφέρει το 54% και το 36% αντίστοιχα.

Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος των άνω και κάτω άκρων συμπεριλαμβανομένων των ώμων, των καρπών, των αγκώνων και των γονάτων παρουσιάζεται επίσης σε σημαντικά ποσοστά.

Αναλύσεις μελετών του εξωτερικού μας δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι ασθενοφόρων έχουν περισσότερα οστεο-μυϊκά προβλήματα από το γενικό πληθυσμό (Sterud T, et al, 2006).

Στη Μεγάλη Βρετανία οι μυοσκελετικές παθήσεις σε διασώστες (Paramedics), έχουν υψηλή συχνότητα που οδηγεί, πολλούς, στην πρόωρη συνταξιοδότηση (Hignett S, 2007). Αναπτύσσονται ύπουλα ενώ αποκαθίστανται αργά, χρειάζονται μεγάλο χρόνο ανάρρωσης, μειώνουν τόσο την αποδοτικότητα όσο και την αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία (Λώμη, 2005). Είναι κυρίαρχη αιτία στη μακροπρόθεσμη άδεια για λόγους υγείας και πρόωρη συνταξιοδότηση για το προσωπικό ασθενοφόρων. (Wiitavaara, 2007).

Επίσης διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι οι εργαζόμενοι δέχονται επιδράσεις και από άλλους παράγοντες που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας τους και επιβαρύνουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι ο θόρυβος. Η προκαλούμενη από θόρυβο απώλεια ακοής, όπως διαπιστώνει το εθνικό ίδρυμα για την επαγγελματική ασφάλεια και την υγεία (NIOSH) εμφανίζεται σε περισσότερους από 30 εκατομμύρια εργαζόμενους (σχεδόν 1 στους 10).

Θετικά απάντησαν οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ ότι εκτίθενται στον κίνδυνο των διαφόρων έντονων θορύβων συχνά το 34,7% και μερικές φορές το 44,7%. Μεγαλύτερο πρόβλημα παρουσιάζεται στους διασώστες των αερομεταφορών με ελικόπτερο. Τα πληρώματα ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης ελικοπτέρων εργάζονται σε ένα περιβάλλον στο οποίο η έκθεση στο θόρυβο αεροπορίας κάνει το ζήτημα των στρατηγικών απώλειας ακοής και πρόληψης εμφανές (McReynolds, 2005). Πρόβλημα έχουν και οι εργαζόμενοι στο τηλεφωνικό κέντρο. Επίσης οι διασώστες των ασθενοφόρων έχουν έντονο πρόβλημα με την ηχορύπανση της κυκλοφορίας, τα κορναρίσματα και τη σειρήνα του ασθενοφόρου. Οι κύριες μη ακουστικές επιπτώσεις του θορύβου που έχουν επισημανθεί στις επιδημιολογικές μελέτες περιλαμβάνουν μια αυξανόμενη επίπτωση του ποσοστού υπέρτασης, διαταραχές στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και στην καρδιακή συχνότητα, αύξηση των μη ειδικών συμπτωμάτων του γαστρεντερικού και του δωδεκαδακτυλικού έλκους και επιπλέον νευροψυχικές διαταραχές όπως την αύξηση του χρόνου αντίδρασης, την αύξηση του αριθμού των λαθών κατά τη διάρκεια της εργασίας και την παρέμβαση του θορύβου στην αντίληψη προειδοποιήσεων για πιθανούς κινδύνους (Σιχλετίδης, 2002, Βαφειάδου, 2005).

Άλλοι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες είναι το μικροκλίμα και οι κλιματολογικές συνθήκες. Με τον κλιματισμό του ασθενοφόρου απάντησαν ότι έχουν πρόβλημα το 28% και το 44,7% συχνά και μερικές φορές αντίστοιχα. Ιδιαίτερα τους θερινούς μήνες το πρόβλημα γίνεται εντονότερο στα ασθενοφόρα οχήματα. Επιβάρυνση των θερμορρυθμιστικών μηχανισμών μπορεί να προκαλέσει θερμική δυσανεξία - αίσθηση θερμότητας (Σιχλετίδης, 2002).

Επίσης από την έρευνα μας προέκυψε ότι το δείγμα σε ένα ποσοστό 58,7% αναφέρει ότι έχει κάποιο πρόβλημα υγείας και από αυτούς το 69,3% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων αναφέρει πονοκεφάλους (40,7% συχνά, 46,7% μερικές φορές) και ζαλάδες (29,3% συχνά, 36,7% μερικές φορές), κούραση (32% συχνά, 46% μερικές φορές) και τσούξιμο στα μάτια (26,7% συχνά, 57,3% μερικές φορές) καθώς και καούρες στο στομάχι (18,8% συχνά, 45,6% μερικές φορές). Υπέρταση παρουσιάζει το 25,6%, καρδιολογικά προβλήματα το 12,5%. Παρουσιάζονται επίσης με μικρότερα ποσοστά κυκλοφορικά και αγγειολογικά προβλήματα, καθώς και νευρολογικά προβλήματα, κατάθλιψη και ημικρανίες. Αυτές οι παθολογικές καταστάσεις έχουν άμεση σχέση με την φύση του επαγγέλματος, όπως το έντονο stress, την πίεση της εργασίας λόγω του επείγοντος, την εργασία με βάρδιες, το εργασιακό περιβάλλον, τη στάση εργασίας, τα βαριά υλικά, το άγχος, την πίεση χρόνου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι παράλληλα αντιμετωπίζουν και όλους τους επιβαρυντικούς παράγοντες γενικά των οδηγών, αφού μετακινούνται με το όχημα του ασθενοφόρου επί οκτώ ώρες την ημέρα είναι αναγκασμένοι να εργάζονται καθημερινά σε έναν πολύ μικρό χώρο λίγων τετραγωνικών μέτρων δυσανάλογο με όλους τους άλλους εργαζόμενους. Οι πιθανότητες εμφανίσεις μυοσκελετικών παθήσεων, υπέρτασης, καρδιακών και αγγειολογικών παθήσεων, αυξάνονται σημαντικά με την πάροδο των χρόνων εργασίας, από τη στάση του σώματος, τις δονήσεις και τους κραδασμούς, την υπερκόπωση, τα συμπτώματα κούρασης και το στενό χώρο εργασίας. Οι πιθανότητες για γαστροδωδεκαδακτυλικές ασθένειες αυξάνονται σημαντικά από το στενό χώρο εργασίας, την έλλειψη χώρων υγιεινής και τον παρατεταμένο χρόνο εργασίας. Για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας των οδηγών, συνιστάται η βελτίωση των συνθηκών.

Άλλωστε ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (50,1%) ζητάει να υπάρχουν WC στους χώρους στέγασης και να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής.

Οι πολλές εργατοώρες στο δρόμο, είναι βασικός συντελεστής στην πρόκληση τροχαίου ατυχήματος. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες κατά 85,2% θεωρούν υπεύθυνους τους άλλους οδηγούς, κατά 80,7% την υψηλή ταχύτητα και τους ελιγμούς, κατά 77,3% το επείγον του περιστατικού, κατά 73,3% οι μεγάλες αποστάσεις και η δυσκολία πρόσβασης στο συμβάν, το 66,7% η κατάσταση του οχήματος, το 65,3% η παραβίαση φωτεινού σηματοδότη και τελευταία η ποιότητα του οδικού δικτύου με 31,8%.

Από την έρευνα προέκυψε ότι ένα ποσοστό 75,3% αναφέρει ότι είχε κάποιο τροχαίο ατύχημα με το ασθενοφόρο ενώ μόνο το 0,7% αναφέρει ότι είχε πολλά τροχαία ατυχήματα. Όπως όμως προκύπτει από τα στοιχεία του ΕΚΑΒ, μόνο μικρό ποσοστό υπέστη σοβαρές σωματικές βλάβες που επηρέασαν την φύση της εργασίας τους, ενώ

υπήρξε μόνο ένας θανατηφόρος τραυματισμός οδηγού διασώστη, κατά τη διάρκεια της επίσημης λειτουργίας του ΕΚΑΒ. Το αντίθετο όμως συνέβηκε στις αερομεταφορές του ΕΚΑΒ, όπου, από τα πέντε ελικόπτερα, έπεσαν τα τρία με αποτέλεσμα να σκοτωθούν όλοι οι επιβαίνοντες.

Αναλύσεις μελετών του εξωτερικού μας δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι ασθενοφόρων έχουν, ένα πιο υψηλό τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας, ένα πιο υψηλό επίπεδο μοιραίων ατυχημάτων και ένα υψηλότερο επίπεδο τραυματισμών ατυχήματος από τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Βασικές αιτίες θεωρούνταν αρχικά η έλλειψη προσοχής, η ανεπάρκεια εμπειρίας, τα ακατάλληλα ασθενοφόρα με τον ανεπαρκή εξοπλισμό, οι ελλείψεις προμήθειες, οι ανεκπαιδευτοί συμμετεχόντων, η έλλειψη ελέγχου της κυκλοφορίας, (Service of American Public Health, 1970). Στη συνέχεια ενώ γίνονται βελτιώσεις των οχημάτων, άρχισε η στερεότυπη χρήση του σύγχρονου εξοπλισμού διάσωσης, και αυξήθηκε το επίπεδο πείρας εργαζομένων, παράλληλα αυξήθηκε ο όγκος και η πολυπλοκότητα της δουλειάς (American Firefighting Administration, 1997), με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη πίεση και άγχος.

Το προσωπικό EMS στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει κατ' εκτίμηση ποσοστό θανατηφόρου περιστατικού 12,7 ανά 100.000 εργαζομένους (Maguire, 2002). Η MMWR επίσης στις ΗΠΑ αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια του 1991-2000, έτη για τα οποία τα στοιχεία ήταν διαθέσιμα, συνέβησαν 300 τροχαία ατυχήματα με ασθενοφόρα τα οποία μετέφεραν ασθενείς, με συνέπεια τους θανάτους 82 επιβατών ασθενοφόρων και 275 επιβατών άλλων οχημάτων και πεζών. Από τα 82 άτομα τα 27 ήταν εργαζόμενοι EMS (MMWR, 2003). Σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι σχεδόν κατά το ήμισυ των διασωστών είχαν από ένα τροχαίο συμβάν με ασθενοφόρο τουλάχιστον μία φορά, από τους οποίους το 7,6% τραυματίστηκαν και το 1% τραυμάτισε τους ασθενείς. Το 95% χρησιμοποιεί τις ζώνες ασφαλείας στο μπροστινό κάθισμα του ασθενοφόρου, ενώ τα δύο τρίτα των εναγομένων αναφέρουν ότι η ζώνη ασφαλείας παρεμποδίζει το έργο τους στην καμπίνα (Johnson et al, 2006). Η πλειοψηφία των συντριβών ασθενοφόρων εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της χρήσης έκτακτης ανάγκης, (Kahn Calcium, 2001), ενώ βρέθηκε ότι οι περισσότερες θανατηφόρες συγκρούσεις ασθενοφόρων εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της οδήγησης με υψηλές ταχύτητες σε περιστατικά επείγοντα, σε βελτιωμένους, ευθείς, ξηρούς δρόμους, κατά τη διάρκεια καλών καιρικών συνθηκών (Studnek, 2007).

Οι διασώστες που βρίσκονται στο πίσω μέρος του ασθενοφόρου είναι πιο πιθανότερο να τραυματιστούν από εκείνους που βρίσκονται στο μπροστινό μέρος (Kahn Calcium, 2001). Κι όμως λιγότερο από τους μισούς χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας στο πίσω μέρος του ασθενοφόρου (Larmon, 2001), τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα όπως διαπιστώθηκε από τη συνέντευξη με τους διασώστες του ΕΚΑΒ Αθήνας.

Διότι τα συστήματα ζωνών ασφαλείας που παρέχονται συνήθως στα ασθενοφόρα δεν επιτρέπουν την πλήρη πρόσβαση στον ασθενή. Δεν επιτρέπουν στον εργαζόμενο να κάμψει προς τα εμπρός ή να σταθεί όρθιος για να συνδέσει κάποιο monitor ή να γονατίσει για να κάνει μια ιατρική πράξη που πρέπει να εκτελεσθεί. Για αυτούς τους λόγους, οι εργαζόμενοι EMS, δεν φορούν τις ζώνες ασφαλείας (CDC, 2001).

Επιπλέον, οι ασυγκράτητοι ή εσφαλμένα δεμένοι ασθενείς στο φορείο που μεταφέρονται, σε μια συντριβή μπορούν να θέσουν έναν πρόσθετο κίνδυνο τραυματισμών για το προσωπικό ασθενοφόρων (American Centre for the Statistics and Analysis, 2001). Η ιατρική φροντίδα έκτακτης ανάγκης εκτελείται σε ένα ανεξέλεγκτο περιβάλλον και περιλαμβάνει τις διαδικασίες πρόσβασης και τα μέτρα υποστήριξης ζωής. Η απόδοση αυτών των καθηκόντων τοποθετεί τους επαγγελματίες έκτακτης ανάγκης - διασώστες σε κίνδυνο επαγγελματικά επίκτητων τραυματισμών και μεταδοτικών ασθενειών. Αν και οι νομοθετικές οδηγίες υπάρχουν για την προστασία των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης, λίγα είναι γνωστά για τα διαθέσιμα προστατευτικά μέτρα και για αυτά που χρησιμοποιούνται από τους διασώστες στο προ-νοσοκομειακό περιβάλλον (Mahomed et al, 2007). Μελέτες έδειξαν ότι εκθέσεις αίματος στον εργασιακό χώρο μπορούν να βάλουν τους πρώτους αποκριτές, στον αυξανόμενο κίνδυνο για τη μόλυνση από αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (Datta et al, 2003).

Από την έρευνα διαπιστώνουμε ότι οι διασώστες γνωρίζουν τον κίνδυνο να μολυνθούν από κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα όπως διαφαίνεται από το 96,3% που απαντά θετικά, αλλά δυστυχώς μόνο το 19% εξετάζεται και ο μεγαλύτερος όγκος εργαζομένων παραμένει ανεμβολίαστος. (Το 60% δηλώνει ότι δεν έχει εμβολιαστεί για τέτανο, το 71,3% δεν έχει εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Α, το 46,7% δεν έχει εμβολιαστεί για ηπατίτιδα Β, το 77,3% δεν έχει εμβολιαστεί για BCG, και το 82,7% δεν έχει εμβολιαστεί για γρίπη).

Ένα μεγάλο ποσοστό κάνει χρήση γαντιών (99,2%) και άλλων ΜΑΠ (81,4%), αλλά αναφέρουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις δεν έχουν τα κατάλληλα μέσα ή δεν έχουν τον χρόνο να χρησιμοποιήσουν τα ανάλογα ή όπως αναφέρουν δεν θέλουν να δημιουργήσουν φόβο και πανικό στον ασθενή (μάσκες και εξοπλισμός ιογενών λοιμώξεων).

Επίσης ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 30,6% παρουσίασε αλλεργία στο latex.

Η έκβαση μιας επαγγελματικά επίκτητης μόλυνσης μπορεί να είναι μοιραία. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό ότι οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν τα προστατευτικά μέτρα (Lymmer et al, 2004). Τα ποσοστά επαγγελματικής έκθεσης αίματος από βλεννώδεις εκθέσεις μεμβρανών στα μάτια, τη μύτη, το στόμα από επαφή αίματος με το δέρμα συνεχίζουν να υποκρύπτουν τον ουσιαστικό κίνδυνο για την έκθεση αίματος στους paramedics των ΗΠΑ (Leiss, 2006). Όσο αφορά τη χρήση ΜΑΠ, η πλειοψηφία εκείνων που έπαιρνε μέρος σε ανάταξη ανακοπών (86,9 %) ανέφερε ότι χρησιμοποιούν πάντα μια προστατευτική συσκευή, μόνο 36,7% εκείνοι που θεραπεύουν τους αιμορραγώντας ασθενείς ανέφεραν ότι φορούν πάντα τα γάντια, και μόνο 21,9% από εκείνους που χρησιμοποιούν τις βελόνες ανέφεραν ότι δεν τις ξανακαλύπτουν μετά από τη χρήση (Smyser et al, 1990).

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό ΕΚΑΒ Αθήνας νιώθει απογοητευμένο και μη ικανοποιημένο από τη δουλειά του κατά 58,7% βλέποντας ότι το έργο του δεν αναγνωρίζεται (93,3%). Πιστεύει ότι το κοινό δεν έχει τη σωστή ενημέρωση (95,3%) και κάνει αλόγιστη χρήση του ασθενοφόρου με αποτέλεσμα αυτό, να μην είναι άμεσα διαθέσιμο στα πραγματικά επείγοντα και κρίσιμα

περιστατικά. Επίσης το κοινό απασχολεί το τηλεφωνικό κέντρο με άσχετες ερωτήσεις με αποτέλεσμα να χάνετε εξίσου πολύτιμος χρόνος στην αναμονή κλήσεων του επείγοντος περιστατικού (100%). Η απάντηση στην ερώτηση αν το κοινό κάνει σωστή χρήση κλήσεων ήταν απόλυτα όχι.

Επίσης κατά 96,6% νοιώθει απογοήτευση που το έργο τους δεν αναφέρεται ποτέ θετικά στα Μ.Μ.Ε., ενώ αντίθετα σχολιάζετε μόνο στις «κακές» εξελίξεις που είναι ελάχιστες σε σχέση με τις διασώσεις που αυτές περνάνε πάντα στην «αφάνεια»! Το ίδιο παράπονο φαίνεται να έχουν και οι συνάδελφοι τους στις ΗΠΑ όπου «στις 11 Σεπτεμβρίου 2001, ημέρα όπου η Αμερική δέχτηκε επίθεση από τους τρομοκράτες από τους πρώτους που έσπευσαν για βοήθεια ήταν και οι paramedics. Όταν όμως έπεσε και ο δεύτερος πύργος ανάμεσα στους σκοτωμένους ήταν και 10 Paramedics και άλλοι 116 Paramedics τραυματίστηκαν. Εκείνη την ιστορικά τραγική ημέρα όλο το σημαντικότερο δίκτυο ειδήσεων που περιέλαβε το ακόλουθο ABC, CBS, CNN, ανταποκριτές ειδήσεων από όλες τις χώρες, παρουσίαζαν την παντελή καταστροφή, και συνεχώς ενημέρωναν για τον αριθμό των αστυνομικών και εθελοντών πυροσβεστών που είχαν σκοτωθεί. Πέρασαν μέρες μήνες και χρόνια. Αλλά ούτε οργανώσεις, ούτε εφημερίδες δεν τους ανέφεραν ποτέ. και συνεχίζουν να παραλείπουν και το ρόλο γενικά των Paramedics, τότε και τώρα. Γιατί;» αναρωτιέται ένας αμερικανός διασώστης - Paramedics (John, 2005).

Κάθε κατάσταση που διαταράσσει την ισορροπία του συστήματος άτομο – εργασία – περιβάλλον μπορεί να θεωρηθεί ως στρεσογόνος παράγοντας και οι επιπτώσεις που ακολουθούν περιγράφονται με τον όρο Stress (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε., 2007). Οι διασώστες και οι τεχνικοί έχουν μια ισχυρή τάση να σώσουν τα θύματα και είναι αδύνατο να προετοιμαστούν για τα γεγονότα που είναι μη αναστρέψιμα και μοιραία. Εκτίθεται σε ποικίλους παράγοντες άγχους που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αντιδράσεων (Jonsson, 2003, Ward, 2006).

Σε έρευνα σε εργαζομένους ασθενοφόρων βρέθηκε ότι το 1/10 πάσχει από μετα-τραυματικό stress, 1/10 εξέθεσε ένα επίπεδο κούρασης που το βάζουν στον υψηλό κίνδυνο για ασθένεια και άδεια για λόγους υγείας και σχεδόν 1/10 του προσωπικού έπασχε από την ουδετεροποίηση, ενώ θέτουν σε δεύτερη κατά σειρά ιεράρχηση της συμπτωματολογίας την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία και την ελλιπή επικοινωνία (van der Ploeg, 2003). Οι ανησυχίες ότι το πρόβλημα τους θα κοινοποιηθεί και οι συνέπειες για την συνέχιση της εργασίας αποτρέπουν τους διασώστες να ζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς (Alexander, 2001). Η διανοητική υγεία και η συναισθηματική ευημερία του προσωπικού ασθενοφόρων εμφανίζονται να συμβιβάζονται κατά τη διάρκεια της εργασίας εκτάκτου ανάγκης (Jonsson et al, 2004).

Οι διασώστες του ΕΚΑΒ απάντησαν ότι η εργασία τους φθείρει ψυχολογικά με 79,3%, τους προβληματίζει με 83,4% και τους σοκάρει με 31%. Σε ποσοστά μικρότερα του μέσου όρου αλλά υπαρκτά ιεραρχικά κατατάσσονται: ένα ποσοστό 44,8%, παραδέχεται ότι στο τέλος της βάρδιας νιώθει «άδειο», λειτουργεί με απάθεια κατά 33,8%, με το είδος του περιστατικού και παραμένει αδιάφορο (34,5%), αντιμετωπίζοντας τα περιστατικά σαν «άψυχα αντικείμενα» κατά 21,4%.

Η κατάθλιψη με 41,5%, αναζητά την απομόνωση το 46,3%, ενώ νοιώθει απογοήτευση το 67%. Το 56% δεν έχει υψηλούς εργασιακούς στόχους.

Το 72,7% θεωρεί ότι το έργο του δεν αναγνωρίζεται από την υπηρεσία, το 67,7 % δέχεται επικρίσεις και το 53,1% υποστηρίζει ότι έχει γίνει ποιο σκληρός από την έναρξη της εργασίας του.

Το παρήγορο όμως είναι, και αυτό οφείλεται πιθανόν, στον ζήλο του νέου προσωπικού ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό νοιώθει ότι είναι ενεργητικό κατά 89,3%, ασχολείται με τα προβλήματα του ασθενή κατά 82,4%, αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του ασθενή 78,4%. Το 70% πιστεύει ότι το έργο του αναγνωρίζεται από τους συναδέλφους, ενώ το 53% θέλει να πιστεύει ότι το έργο του αναγνωρίζεται από τους ασθενείς. Έχει αυτοεκτίμηση το 74,1% και πραγματικά ενδιαφέρεται για τον ασθενή το 86,4%.

Σύμφωνα με τα ευρήματα και με την ξένη βιβλιογραφία η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά, ούτε οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα, θεωρείται το αποτέλεσμα χρόνιου, συσσωρευμένου στρες που κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού χώρου.

Η εξουθένωση αφορά μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του επαγγελματία. Η πίεση του εργασιακού χώρου και η μη ικανοποίηση του επαγγέλματος οδηγεί τους περισσότερους ανθρώπους σε ήπια, μέτρια, αυστηρή, ή πολύ αυστηρή μορφή κατάθλιψης (Harris, 2006, Abdelmoneim, 2003). Το stress, η βαρύτητα και το είδος της εργασίας αναγκάζει κάποιους εργαζόμενους να αναπτύξουν μηχανισμούς άμυνας όπου πρέπει ή να νεκρώσουν τη συνείδησή τους σχετικά με τις εξωτερικές απαιτήσεις προκειμένου να είναι σε θέση να συνεργαστούν με τους συναδέλφους, είτε να νεκρώσουν τη συνείδηση τους σχετικά με τα εσωτερικά τους ζητήματα προκειμένου να υποστηριχτεί η ταυτότητά κάποιου ως "καλού" επαγγελματία διασώστη (Juthberg et al, 2007). Οι εργαζόμενοι διάσωσης που αισθάνονται ντροπή, ενοχή, αβεβαιότητα για την ταυτότητά τους, απρόθυμοι να πάρουν γρήγορες και αναγκαίες αποφάσεις, θεωρούν ότι η μοίρα τους καθορίζεται από παράγοντες πέρα από τον έλεγχό τους, και αντιμετωπίζουν το γεγονός με συναισθηματική καταστολή, είναι αυτοί που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση BURN OUT (Marmar et al, 1996, Jonsson et al, 2004). Άλλοι παράγοντες της μεγάλης δυσάρεσκης ήταν ο χαμηλός μισθός του επαγγέλματος και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού (Neale, 1991).

6.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο διασώστης εργάζεται ως μέλος μιας μικρής μονάδας, που αποτελείται συνήθως από δύο έως τρία άτομα. Οι στόχοι εργασίας πρέπει συχνά να εκτελεστούν γρήγορα στις κακώς εξοπλισμένες θέσεις με την περιορισμένη πρόσβαση. Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να παρουσιάσει απρόβλεπτους ή ανεξέλεγκτους βιολογικούς,

φυσικούς και ψυχосωματικούς κινδύνους. Η πρόοδος στον ιατρικό εξοπλισμό και οι επικοινωνίες έχουν αυξήσει τις ικανότητες των διασωστών να αναζωογονήσουν και να σταθεροποιήσουν τα θύματα καθ' οδόν προς ένα υγειονομικό σχηματισμό. Οι αυξανόμενες ικανότητες τους, αντιστοιχούνται όμως και από την αύξηση των κινδύνων που αντιμετωπίζουν στην απόδοση των καθηκόντων τους.

Από την επεξεργασία της έρευνας προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι στο ΕΚΑΒ αντιμετωπίζουν έντονα μυοσκελετικά προβλήματα λόγω του είδους της εργασίας τους. Η υποχρεωτική, βαριά και ίσως αδέξια ανύψωση είναι ο κυρίαρχος κίνδυνος για αυτούς τους εργαζομένους, που αποτελεί πρόβλημα σε πέρα από τα δυο τρίτα των τραυματισμών. Εμφανίζουν σημαντικά υψηλό άγχος λόγω υπευθυνότητας και λήψης πρωτοβουλιών που οδηγεί σε δυσμενείς συνέπειες της υγείας τους και της ψυχολογικής τους κατάστασης. Έχουν έντονο stress από τη φύση της εργασίας τους, την κίνηση στους δρόμους, το επείγον του περιστατικού, τη μη σωστή χρήση κλήσεων ασθενοφόρων από το κοινό.

Παρουσιάζουν μείωση της απόδοσης τους όσο περισσότερο διαρκεί η απασχόληση τους στο ΕΚΑΒ εμφανίζουν υπέρταση, καρδιολογικά προβλήματα, πονοκεφάλους και ζαλάδες. Έχουν υψηλό κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων.

Όπως όλοι οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης, διατρέχουν και αυτοί τον αυξανόμενο κίνδυνο μόλυνσης με (αιματογενώς ή αερογενώς) μεταδιδόμενα νοσήματα, και ευτυχώς όπως διαπιστώνεται, οι περισσότεροι είναι ενήμεροι για τους κινδύνους αυτούς. Χρησιμοποιούν σε υψηλό ποσοστό ΜΑΠ, όμως παραμένουν ανεμβολίαστοι. Η χρήση των γαντιών δείχνει να είναι καθολική, όμως αρκετοί εμφανίζουν αλλεργία στο latex.

Η φύση του επαγγέλματος περιλαμβάνει την εργασία σε ανεξέλεγκτα και επικίνδυνα περιβάλλοντα, με κακές καιρικές συνθήκες, έκθεση επικίνδυνων υλικών, ατμοσφαιρικούς ρύπους, υψηλούς θορύβους αλλά και βιαιάς συμπεριφοράς τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους παρευρισκόμενους και τους συνοδούς. Νοιώθουν απογοήτευση από την μη αναγνώριση του έργου τους από την υπηρεσία και από το κοινό, καθώς επίσης και την ευθύνη για τις σημαντικές αποφάσεις με τις περιορισμένες πιέσεις εξοπλισμού και χρόνου. Αυτό τους οδηγεί στα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής πίεσης και άγχους. Η εξασθετισμένη επαγγελματική απόδοση, η δυσάρεσκια εργασία και η απώλεια ανησυχίας για τους ασθενείς, που μπορούν να προκύψουν από τα αποτελέσματα του stress, γίνονται πιο εμφανή καθώς αυξάνονται τα έτη υπηρεσίας στο χώρο αυτό. Οι βάρδιες, οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους, με το κοινό και τις υπηρεσίες (νοσοκομεία, ΕΛ.ΑΣ., Π.Υ.), και η έλλειψη επαγγελματικής εξέλιξης, η συχνή επαφή με το ανθρωπινό πόνο και το θάνατο τους οδηγεί ανάλογα με τα χρόνια της εργασίας στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επέμβαση από ειδικούς μετά από μεγάλες καταστροφές και άλλα τραυματικά γεγονότα, καθώς και η ανάπτυξη άλλων στρατηγικών κρίνεται απαραίτητη για να μειώσει την ουδετεροποίηση μεταξύ των εργαζομένων έκτακτης ανάγκης και να μετριάσει τα καταστροφικά αποτελέσματα της πίεσης σε αυτόν τον τομέα.

Η έλλειψη γιατρού εργασίας και ψυχολόγων εντείνουν τα προβλήματά τους.

6.7 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έκβαση μιας επαγγελματικά επίκτητης μόλυνσης μπορεί να είναι μοιραία. Οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν περισσότερα για τη διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, τις επιπτώσεις έκθεσης σε αίμα και τη μέσο-κάλυψη των μολυσματικών ασθενειών. Οι θεωρίες πρόληψης από μόνες τους για τις ασφαλείς πρακτικές είναι ανεπαρκείς να επιτύχουν τον στόχο. Όλοι οι παράγοντες σπουδαιότητας για τη συμμόρφωση πρέπει να κερδηθούν με εκπαίδευση και κλινική εμπειρία. Οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα διατρέχουν τον κίνδυνο μόλυνσης με αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο σκοπός είναι να ενισχυθεί η γνώση εργαζομένων για τη μετάδοση, τις καθολικές προφυλάξεις και τη στάση τους απέναντι στους ασθενείς. Συστήνουμε ότι τα σεμινάρια, πρέπει να οργανωθούν σε συνεχή βάση. Εκείνοι που εκπαιδεύονται πρέπει να εκπαιδεύσουν άλλους στην εργασία. Η υπηρεσία πρέπει επίσης να παρέχει τα απαιτούμενα υλικά για να προστατεύσει τους εργαζομένους από τον κίνδυνο της παθογόνου μόλυνσης κατά τη διάρκεια της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς τους. Η πρόληψη αυτών των ατυχημάτων, πρέπει να είναι μόνιμη, να υπάρχει συστηματική ανησυχία, να αξιολογούνται όλοι οι ασθενείς ως επικίνδυνοι, να στηρίζεται στη συνεχή εκπαίδευση εργαζομένων, την προσοχή, την επαγρύπνηση και τη χρήση του εξοπλισμού ασφάλειας. Η υπηρεσία πρέπει να ενημερώνει τους διασώστες εγκαίρως για τις τυχόν εξάρσεις ή εμφανίσεις νέων μολυσματικών ασθενειών καθώς και για τα απαραίτητα ΜΑΠ. (NIOSH, 1989). Να αναφέρονται και να καταγράφονται υπεύθυνα τα περιστατικά ατυχήματος ή τυχαιάς έκθεσης σε βιολογικούς παράγοντες ώστε να παίρνονται τα ειδικά προληπτικά μέτρα. Επίσης τακτική πρέπει να είναι η κατάρτιση του προσωπικού σε θέματα ΜΑΠ (κατάλληλος ιματισμός, προστατευτικός εξοπλισμός και αναπνευστικών συσκευών) για τον κίνδυνο έκθεσης σε τοξικά ή ραδιενεργά υλικά.

Οι διοικήσεις των υπηρεσιών πρέπει να είναι άγρυπνες στη δυνατότητα ότι το προσωπικό τους δοκιμάζει τη σχετική με την εργασία διανοητική υγεία και τα συμπεριφοριστικά προβλήματα, και πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη υποστήριξη. Η προσοχή πρέπει επίσης να δοθεί στα οργανωτικά ζητήματα που μπορούν να προσθέσουν στην πίεση των γεγονότων. Τα προγράμματα εργασιακών χώρων πρέπει να υποστηρίζουν τις ευάλωτες ομάδες. Για να χειριστεί τα συντριπτικά συναισθήματα υπερπροσπάθειας, το προσωπικό πρέπει να κατανοήσει τις επιπτώσεις μέσω της ομιλίας με ειδικούς για εκείνα τα συναισθήματα. Επομένως είναι σημαντικό ότι η υπηρεσία ασθενοφόρων, μετά από τα αγχωτικά γεγονότα, πρέπει να παρέχει την ευκαιρία και το χρόνο στο προσωπικό ασθενοφόρων να μοιραστεί τα συναισθήματά του και να απομακρυνθούν οι ανησυχίες των εργαζομένων ότι το πρόβλημα τους θα κοινοποιηθεί. Η διδασκαλία της μείωσης υπερπροσπάθειας και της συναισθηματικής αποσύνδεσης με το θύμα μπορούν επίσης να είναι ένα αποτελεσματικό προληπτικό μέτρο.

Η επέμβαση από ειδικούς από και άλλα τραυματικά γεγονότα (μεγάλες καταστροφές, πολύνεκρα δυστυχήματα) μαζί με άλλες στρατηγικές μπορούν να μειώσουν την

ουδετεροποίηση μεταξύ των εργαζομένων και να μετριάσει τα καταστροφικά αποτελέσματα του μετατραυματικού stress (Neale, 1991).

Οι διασώστες θα είναι πιο ικανοποιημένοι όταν οδηγούνται από εποπτικές πρακτικές, σε ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την ανοικτή επίλυση προβλήματος έκφρασης και ομάδας. Αυτό το περιβάλλον εργασίας οδηγεί σε περισσότερες ενθαρρυντικές σχέσεις μεταξύ των μελών ομάδων, μειωμένη ασάφεια ρόλου, και μειώνει την επαγγελματική πίεση και την κατάθλιψη. Να προτρέπει σε ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που παρέχουν δυνατότητες δημιουργίας και εκτόνωσης. Να υπάρχει δυνατότητα στο μάχιμο προσωπικό να έχει πρόσβαση για ορισμένα μικρά διαστήματα με κυκλικό τρόπο σε άλλα τμήματα εκτός του ασθενοφόρου ώστε για να μπορεί να ξεκουράζεται, να αλλάζει παραστάσεις και να αναπληρώνει τις δυνάμεις του.

Η δυνατότητα «διαλειμμάτων» και «ειδικών αδειών». Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης. Πληροφόρηση και εκπαίδευση με μαθήματα εργονομίας σε όλους τους εμπλεκόμενους στην υπηρεσία για ενεργή συμμετοχή στην αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων. Περιορισμός του επαγγελματικού κινδύνου (εργονομική προσαρμογή εργαλείων, εξοπλισμού, οργανωτικές διοικητικές αλλαγές, χρήση προστατευτικού εξοπλισμού).

Πρόωρη αναφορά μυοσκελετικών παθήσεων, παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων για την καταγραφή και παρακολούθηση των μυοσκελετικών παθήσεων που προκύπτουν από την εργασία, επίσης παρακολούθηση κατά την επιστροφή του εργαζομένου στην εργασία μετά από απουσία, και αποκατάσταση των εργαζομένων που έχουν υποστεί μυοσκελετική πάθηση.

Πρόσληψη προσωπικού ώστε να μειωθεί η πίεση της ποσοτικής παραγωγής από τους διασώστες.

Ενημέρωση του κοινού για σωστή χρήση του ασθενοφόρου και συνεργασία στον χώρο των ΤΕΠ μεταξύ ΕΚΑΒ - Νοσοκομείων.

Τήρηση κανόνων ΚΟΚ από τους διασώστες και παραχώρηση προτεραιότητας από τους άλλους οδηγούς.

Ενεργοποίηση της υπηρεσίας για πρόσληψη γιατρού εργασίας, τεχνικού ασφαλείας και σύσταση επιτροπής υγιεινής και ασφαλείας. Εντατικοποίηση του εμβολιασμού σε όλο το προσωπικό.

Τακτικές ιατρικές εξετάσεις.

Καλύτερα σημεία στέγασης που θα μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των διασωστών.

Η υπηρεσία πρέπει να κατανοήσει ότι προωθώντας την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων της, μέσω της πρόληψης, της πρόωρης επέμβασης και της επιτήρησης του κινδύνου, αυξάνουν την ικανοποίηση του εργαζόμενου, τη ψυχική και ηθική ευεξία, ενώ παράλληλα αυξάνουν την παραγωγικότητα και μειώνουν μακροπρόθεσμες λειτουργικές δαπάνες.

Εξάλλου η εργασία για τον άνθρωπο είναι δημιουργία, είναι ζωή και πρέπει να την απολαμβάνει σε ένα περιβάλλον ευχάριστο, υγιεινό και ασφαλές.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M. (2005), Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. Centre for Musculoskeletal Research, University of Gävle, Umeå, Sweden. Scand J Caring Sci. 2005 Sep;19(3):251-8.
2. Abdelmoneim I. (2003), Occupational stress among paramedical staff working in primary health care centers in Abha, Saudi Arabia., Saudi ArabiaJ Egypt Public Health Assoc. 2003;78(5-6):387-96.
3. Administrative delegation of American federal emergency, (1994), USA puts fire in the administration. Safety and applications EMS. Emmitsburg, Maryland: AMERICAN Firefighting administration, you expose arjc. FA - 144.
4. Administration of safety of circulation of American National Roads, (2005), American Centre for the Statistics and Analysis. Analysis of fate of incident that exposes system (FARS).
5. Alexander DA, Klein S. (2001), Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being Department of Mental Health, Medical School, University of Aberdeen and Centre for Trauma Research, Royal Cornhill Hospital, Aberdeen, UK.. Jan;178(1):76-81.
6. American Firefighting administration (1997), Application of EMS in the service of firefighting. Emmitsburg, Maryland: AMERICAN Firefighting administration, 1997 you expose the arjc. FA - 167.
7. Báez AA, Lane P. (2000), Emergency medical services workforce in the city of Santo Domingo. Dominican Society of Prehospital Medicine, Santo Domingo.
8. Βαφειάδου Εβ. Γκινάλας Τρ., Δρίβας Σ. (2005), Ο θόρυβος στην εργασία: Φύση, κίνδυνοι και προστασία. Εκδ. ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Αθήνα.
9. Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR, Coutinho ES, Mari JJ, Mendlowicz MV. (2007), Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. J Trauma Stress. Institute of Psychiatry, Rio de Janeiro, Brazil. Aug;20(4):637-42.
10. B, Kaufman JS. (2002), response time effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system. center for prehospital medicine, carolinas medical center, charlotte, nc 28232-2861, usa. acad emerg med. 2002 apr;9(4):320-1.
11. Boal WL, Hales T, Ross CS. (2005), Blood-borne pathogens among firefighters and emergency medical technicians. National Institute of Occupational Safety, Cincinnati, OH 45226, USA Prehosp Emerg Care. Apr-Jun;9(2):236-47.
12. Boudreaux E, Mandry C, Brantley PJ. (1997), Stress, job satisfaction, coping, and psychological distress among emergency medical technicians., Louisiana State University, USA, Prehosp Disaster Med. Oct-Dec;12(4):242-9.

13. Bowron JS, Todd KH. (1999), Job stressors and job satisfaction in a major metropolitan public EMS service. Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA. Prehosp Disaster Med. Oct-Dec;14(4):236-9.
14. BRAND. M. (2001), How to make conflict work for you. Nurs management, 32: 32-35.
15. Breen N, Woods J, Bury G, Murphy AW, Brazier H. (2000), A national census of ambulance response times to emergency calls in Ireland. University College Dublin, The Coombe Healthcare Centre, Ireland. J Accid Emerg Med. Nov;17(6):392-5.
16. Brown WE Jr, Margolis G, Levine R. (2005), Peer evaluation of the professional behaviors of emergency medical technicians. National Registry of Emergency Medical Technicians, Columbus, Ohio 43229, USA. Prehosp Disaster Med. Mar-Apr;20(2):107-14.
17. CDC. 26-years medical cubes of techniques of emergency in the multiple ambulance crashof fate of incident. Washington, DC: AMERICAN Department of health and human services, service of public health, CDC, 2001 (NIOSH) publication DHHS arjc. Person-2001.
18. Chen JC, Chang WR, Chang W, Christiani D. (2005), Occupational factors associated with low back pain in the ambulance services. Epidemiology, School of Public Health, University of North Carolina-Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA : Occup Med (Lond). Oct;55(7):535-40.
19. Clever Career (2001), Ερευνα για το εργασιακό άγχος των πληρωμάτων Ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., Αθήνα.
20. Cooper G, Ghassemieh E. (2007), Risk assessment of patient handling with ambulance stretcher systems (ramp/(winch), easi-loader, tail-lift) using biomechanical failure criteria. Mechanical Engineering Department, University of Sheffield, Sheffield S1 3JD, UK. Med Eng Phys. 2007 Sep;29(7):775-87. Epub 2006 Oct 24.
21. Cudmore J. (1996), Preventing post traumatic stress disorder in accident and emergency nursing. A review of the literature. A review of the literature. School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, Health and Biological Sciences, University of Southampton Nurs Crit Care. May-Jun;1(3):120-6.
22. Cydulka R.K, Lyons J., Shay K., Hammer J., Mathews J. (1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. An of Emerg Med, 18, pp 1151-1156.
23. Datta SD, Armstrong GL, Roome AJ, Alter MJ. (2003), Blood exposures and hepatitis C virus infections among emergency responders., Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. Arch Intern Med. Nov 24;163(21):2605-10.
24. Dick WF. (2003), Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Clinic of Anesthesiology-University Hospital, Mainz, Germany. Prehosp Disaster Med. Jan-Mar;18(1):29-3.
25. Δρίβας Σ., Ζορμπά Κ., Κουκουλάκη Θ. (2001), Μεθοδολογικός οδηγός για την εκτίμηση και την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. ΑΘΗΝΑ. Σελ: 236-267.

26. Fleischmann T, Fulde G. (2007), Emergency medicine in modern Europe. Emergency Department, Hirslanden Hospital Zurich, Zurich, Switzerland Emerg Med Australas. Aug;19(4):300-2.
27. Fong CM (2003), A longitudinal study of relationships between overload, social support and burnout among nursing educators. Journal of Nursing Education, 32:24-29.
28. Giovanni C. (1996), The impact of shift and night work of health. Appl Ergonom 27:9-16.
29. Gries A, Zink W, Bernhard M, Messelken M, Schlechtriemen T. (2006), Realistic assessment of the physician-staffed emergency services in Germany. Filderstadt, Germany. Anaesthesist. Oct;55(10):1080-6.
30. Gerardi D. (2004), Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments. AACN 2004, 15: 182-185.
31. Ζημάλης Ε. (2002), Ιατρική της εργασίας και του περιβάλλοντος. Β΄ έκδοση. Εκδ. Τσιτάν. Αθήνα. σελ 426-429
32. Hammer JS, Mathews JJ, Lyons JS, Johnson NJ. (1986), Occupational stress within the paramedic profession: an initial report of stress levels compared to hospital employees. Ann Emerg Med. May;15(5):536-9.
33. Harris LM, Cumming SR, Campbell AJ. (2006), Stress and psychological well-being among allied health professionals School of Behavioural and Community Health Sciences, Faculty of Health Science, University of Sydney School of Behavioural and Community Health Sciences, Faculty of Health Science, University of Sydney, : J Allied Health. Winter;35(4):198-207.
34. Hignett S, Griffiths P, Murdey ID, Lee SL. (2007), Assessing management of musculoskeletal disorders in the ambulance service. Occup Med (Lond). Jun;57(4):270-6.
35. Higgins, J., Wilson, S., Bridge, P., Cooke, W.M. (2001), Communication difficulties during 999 ambulance calls: observational study, BMJ, October, 6, 323(7316), 781-78.
36. Huber D. (1996), Leadership and nursing care management. Wb Saunders, 1996: 414-418.
37. Hudson MA. 2005 Texas passes first law for safe patient handling in America: landmark legislation protects health-care workers and patients from injury related to manual patient lifting. Coos County Public Health Department, North Bend, Oregon 97420, USAJ Long Term Eff Med Implants.;15(5):559-66.
38. ILO, WHO, ICN, PSI, (2003), Workplace violence in health sector, Country case studies research instruments, Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, Geneva.
39. Jones A, Hignett S. (2007), Safe access/egress systems for emergency ambulances. Healthcare Ergonomics and Patient Safety research Unit, Department of Human Sciences, Loughborough University, Loughborough, Leicestershire LE11 3TU, UK, Emerg Med J. Mar;24(3):200-5.
40. Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. (2003), Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. Jan;20(1):79-84.

41. Jonsson A, Segesten K. (2003), The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. Boreas academic college, faculty of sciences of health, Sweden. Jul;11(3):141-52.
42. Jonsson A, Segesten K. (2004), Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. Sweden. : Accid Emerg Nurs. Oct;12(4):215-23.
43. Jonsson A, Segesten K., (2004), Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel. Sweden. 2004 Jul-Sep;19(3):226-34.
44. Johnson TD, Lindholm D, Dowd MD. (2006), Child and provider restraints in ambulances: knowledge, opinions, and behaviors of emergency medical services providers. Division of Emergency Medicine, Children's Mercy Hospital, Kansas City, USA. Aug;13(8):886-92.
45. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. (2007), Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. Umeå University, Umeå and Mid-Sweden University, Ornsköldsvik, Sweden Nurs Ethics. May;14(3):329-43.
46. Kahn Calcium, Pirralo RG, Kuhn EM. The characteristics of fate of ambulance syn:trj'vw in the United States: a retrospective analysis of 11-year. Prosohi' 2001;5:261
47. Κουλιεράκης, Ι. (2006), Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Σημειώσεις από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας» Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιατρικό Τμήμα, ΤΕΙ Αθήνας, Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α Εκδ. ΠΙΜΣ ΥΑΕ. Αλεξανδρούπολη.
48. Κουτής Χ. (2006), Μεθοδολογία της Έρευνας. Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Δ.Π.Θ. (Τμήμα Ιατρικής) και ΤΕΙ Αθήνας (Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής και Τμήμα Νοσηλευτικής Α). Εκδ. ΠΙΜΣ ΥΑΕ. Αλεξανδρούπολη.
49. Κωνσταντινίδης Θ.Κ. (2005) Τα πεδία πολυεπιστημονικών δράσεων της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Σημειώσεις Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Δ.Π.Θ. (Τμήμα Ιατρικής) σε σύμπραξη με το ΤΕΙ Αθήνας (Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής και Τμήμα Νοσηλευτικής Α). Εκδ. ΠΙΜΣ ΥΑΕ. Αλεξανδρούπολη.
50. Larmon V, LeGassick TF, Schriger DL. (1993), Differential use of areas of safety forward and p'jsw seats by the prehospital suppliers of attention. MED 1993;11:595.
51. Langhelle A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, Lippert FK, Ersson A, Søreide E. (2004), International EMS Systems: the Nordic countries. Resuscitation. Apr;61(1):9-21.
52. Lateef F, Lim SH, Tan EH. (2004), New paradigm for protection: the emergency ambulance services in the time of severe acute respiratory syndrome. Department of Emergency Medicine, Singapore General Hospital, Singapore. Prehosp Emerg Care. Jul-Sep;8(3):304-6.
53. Lateef F, Anantharaman V. (2000), Delays in the EMS response to and the evacuation of patients in high-rise buildings in Singapore. Singapore General Hospital, Singapore Prehosp Emerg Care. Oct-Dec;4(4):327-32.

54. Lavender SA, Conrad KM, Reichelt PA, Johnson PW, Meyer FT. (2000), Biomechanical analyses of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. Luke's Medical Center, Chicago, IL 60612, USA Appl Ergon. Apr;31(2):167-77. Leiss JK, Ratcliffe JM, Lyden JT, Sousa S, Orelie JG, Boal WL,
55. Λινού Α. (2005), Ιατρική της Εργασίας. Επιδημιολογία και Πρόληψη. Εκδ. Βήτα. Αθήνα. Σελ: 35-36.
56. Jagger J. (2006), Blood exposure among paramedics: incidence rates from the national study to prevent blood exposure in paramedics. Constella Health Sciences, USA. Ann Epidemiol. Sep;16(9):720-5. Epub 2006 Apr 3
57. Linton J.C., Kommor, M.J., Webb. C.H. (1993), Helping the helpers. The development of a critical incident stress management team through university/community cooperation, Annals of emergency Medicine. 22:663-668
58. Lloyd JD, Baptiste A. (2006), Friction-reducing devices for lateral patient transfers: a biomechanical evaluation. VSN8 Patient Safety Center, James A Haley Veterans' Hospital, Tampa, FL, USA. : AAOHN J. Mar;54(3):113-9.
59. Lubin G, Sids C, Vishne T, Shochat T, Ostfield Y, Shmushkevitz M. (2007), Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder among medical personnel in Judea and Samaria areas in the years 2000-2003. Israel Defense Forces Medical Corps, Tel Aviv, Israel. Mil Med. Apr;172(4):376-8
60. Lymer UB, Richt B, Isaksson B. (2004), Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. Faculty of Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden. J Clin Nurs. Jul;13(5):547-54.
61. Λώμη Κ. (2005), Πρόληψη μυοσκελετικών παθήσεων που σχετίζονται με την υγεία. Σημειώσεις από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας» Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ιατρικής (σε σύμπραξη με τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Νοσηλευτικής Α ΤΕΙ Αθήνας). Εκδ. ΠΜΣ ΥΑΕ. Αλεξανδρούπολη.
62. Maguire BJ, hunting KL, Smith GS, Levick NR (2002), Professionally mo'raj'a incidents in the medical services of emergency: a hidden crisis. MED 2002;40:625 ANN Emerg - 32.
63. Mahomed O, Jinabhai CC, Taylor M, Yancey A. (2007), The preparedness of emergency medical services against occupationally acquired communicable diseases in the prehospital environment in South Africa., University of KwaZulu-Natal, Private Bag 7, Congella 4013, Durban, South Africa Emerg Med J. Jul;24(7):497-500
64. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi K. (1996), Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure., University of California, San Francisco, USA. Jul;153(7 Suppl):94-102.
65. McCallion T. (2007), Ambulance safety first: experts convene to discuss personal & patient safety issues. JEMS. Jun;32(6):44-7.

66. McReynolds MC (2005), Noise-induced hearing loss. Survival Flight, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, MI, USA. Mar-Apr;24(2):73-8.
67. Miller O, Johnoson S. (2005), Ambulance staff and teachers the most stressw at Health care Counselling, Psychotherapy journal on 5(2),3-4
68. MMWR (2003), Ambulance Crash-Related Injuries Among Emergency Medical Services Workers - United States, 1991-2002 y February 28, / 52(08);154-156
69. Morrison LJ, Angelini MP, Vermeulen MJ, Schwartz B. (2005), Measuring the EMS patient access time interval and the impact of responding to high-rise buildings. USA. Prehosp Emerg Care. Jan-Mar;9(1):14-8.
70. National Academy of Sciences (1970), Accidental death and disability: the paramelime'ni illness of modern society (offprint). Rockville, Maryland: Service of AMERICAN public health, 1970 PHS publication No 1071-a - 13.
71. Neale AV. (1991), Work stress in emergency medical technicians, Wayne State University, Detroit, J Occup Med. 1991 Sep;33(9):991-7.
72. NIOSH, (1987), Health Care Workers Guidelines. APPENDIX 5. JOINT ADVISORY NOTICE, Department of Health and Human Services.
73. Department of Labor, (2005), Protection Against Occupational Exposure To Hepatitis B Virus (HBV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV), October 19.
74. OSHA, (1993), OSHA's bloodborne pathogens standard: analysis and recommendations. Health Devices. Feb;22(2):35-92.
75. Ostfield Y (2006), Posttraumatic stress in children with first responders in their families. J Trauma Stress. Columbia University and New York State Psychiatric Institute, USA. Apr;19(2):301-6.
76. Προεδρικό Διάταγμα αρ. 62/2007 (ΦΕΚ Α αρ. 70/22 Μαρτίου 2007).
77. Pisarski A., Bohle. P., Callan, J.V. (2002), Short communication Extended shifts in ambulance work-influences on health, Stress and Health, 18,119-126.
78. Randall LM, Bryce JW, Bertler MJ, Pope RS, Lawrenchuk DW. (1993), Need for HIV education among public health personnel in Michigan. HIV/AIDS Prevention and Intervention Section, Michigan Department of Public Health, Lansing 48906. Public Health Rep. Jan-Feb;108(1):127-31.
79. Revicki DA, Gershon RR. (1996), Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians., Arlington, Virginia 22201, USA. J Occup Health Psychol. Oct;1(4):391-6.
80. Revicki DA, Whitely TW, Landis SS, Allison EJ. (1988), Organizational characteristics, occupational stress, and depression in rural emergency medical technicians. J Rural Health. Jul;4(2):73-83.

81. Rischitelli G, Harris J, McCauley L, Gershon R, Guidotti T. (2001), The risk of acquiring hepatitis B or C among public safety workers: a systematic review. Center for Research in Occupational and Environmental Toxicology, USA Am J Prev Med. May;20(4):299-306.
82. Rodgers LM. (1998), A five year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part II: Causes of retirements. Belfast City Hospital Trust, N. Ireland. Occup Med (Lond). Feb;48(2):119-32.
83. Σιχλιερίδης Λ. (2002), Ιατρική της Εργασίας, Εκδ. UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη σελ. 289-310.
84. Smyser MS, Bryce J, Joseph JG. (1990), AIDS-related knowledge, attitudes, and precautionary behaviors among emergency medical professionals. Special Office on AIDS Prevention, Michigan Department of Public Health. Public Health Rep. Sep-Oct;105(5):496-504.
85. Σταύρου Σ., Αναγνωστόπουλος Φ. (2005), Επαγγελματική Εξουθένωση του Προσωπικού του ΕΚΑΒ και Ικανοποίηση των Διακομιζόμενων Ασθενών. Οικονομία-management υγείας. Επιθεώρηση Υγείας. Νοέμβριος-Δεκέμβριος σελ.11-26.
86. Spaid WM. (1996), Authoritarianism, inner/other directedness, and sensation seeking in firefighter/paramedics: their relationship with burnout., Salt Lake City, Utah, USA. Prehosp Disaster Med. Jan-Mar;11(1):11-5.
87. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. (2006), Health status in the ambulance services: a systematic review. Department of Behavioural Sciences in Medicine, Institute of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo, PO Box 1111 Blindern, NO-0317 Oslo, Norway: BMC Health Serv Res. Jul 3;6:82
88. Studnek JR, Ferketich A. (2007), Organizational policy and other factors associated with emergency medical technician seat belt use. National Registry of Emergency Medical Technicians, PO Box 29233, Columbus, Ohio 43230, USA. J Safety Res. 38(1):1-8. Epub Feb 20.
89. Sveinsdóttir H. (2006), Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. Eiríksgötu, Reykjavík, Iceland. Scand J Caring Sci. Jun;20(2):229-37.
90. Van der Ploeg E, Kleber RJ (2003), Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. Department of Clinical Psychology, Utrecht University, The Netherlands Occup Environ Med. Jun;60 Suppl 1:i40-6.
91. Van der Ploeg E, Kleber RJ. (2003), Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms., Utrecht University, The Netherlands Department of Clinical Psychology, Utrecht University, The Netherlands. Occup Environ Med. Jun;60 Suppl 1:i40-6.
92. Ward CL, Lombard CJ, Gwebushe N., (2006), Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues. 2006 Mar;23(3):226-31, Kajiip Ta'oyin, South Africa.

93. Werman HA, Gwinn R (1997), Seroprevalence of hepatitis B and hepatitis C among rural emergency medical care personnel. The Ohio State University, Columbus 43210-1228, USA Am J Emerg Med. May;15(3):248-51.
94. Wiitavaara B, Lundman B, Barnekow-Bergkvist M, Brulin C. (2007), Striking a balance- health experiences of male ambulance personnel with musculoskeletal symptoms: a grounded theory Umeå University, S-901 87 Umeå, Sweden Int J Nurs Stud. Jul;44(5):770-9. Epub 2006 Apr 4.
95. Witt M, Romańczukiewicz J. (2006), [Preliminary analysis of smoking habit in firefighters of Wielkopolska region] Akademii Medycznej w Poznaniu. Przegl Lek. 63(10):1090-4.
96. <http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/departments/nrd-30/ncsa/FARS.html>
97. <http://en.wikipedia.org/wiki/>
98. <http://www.cdc.gov/niosh/hcwapp5.html>
99. <http://www.cdc.gov/niosh/injury/traumamv.html>
100. <http://www.pubmed.com>
101. <http://www.google.com/EKAB.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των διασωστών ΕΚΑΒ (31/3/07)

Με το προεδρικό διάταγμα αρ. 62/2007 (ΦΕΚ Α αρ. 70/22 Μαρτίου 2007) καθορίζονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων διπλώματος του Οργανισμού Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Ο.Ε.Ε.Κ.) επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» της ομάδας Υγείας του Τομέα «Υγείας – Αισθητικής – Κοινωνικών Υπηρεσιών».

Σύμφωνα με αυτό, στους κατόχους Διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» χορηγείται άδεια άσκησης επαγγέλματος Διασώστη – Πληρώματος ασθενοφόρου.

Οι επαγγελματίες της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα ασθενοφόρου» απασχολούνται στον προνοσοκομειακό χώρο σε:

- α) Ασθενοφόρα οχήματα.
- β) Κινητές Ιατρικές Μονάδες.
- γ) Κινητά Συντονιστικά Κέντρα για Μαζικές Καταστροφές.
- δ) Μηχανές ταχείας επέμβασης.
- ε) Οποιοδήποτε εναέριο μέσο που χρησιμοποιείται με σκοπό την διακομιδή ασθενούς.
- στ) Οποιοδήποτε πλωτό μέσο που έχει ως σκοπό την διακομιδή ασθενούς.
- ζ) Ομάδες αντιμετώπισης Μαζικών Απωλειών Υγείας.
- η) Οχήματα μικρού όγκου για πρώτες βοήθειες.

Ο κάτοχος διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» πρέπει να επιδεικνύει σεβασμό προς τη ζωή και το θάνατο του ατόμου, τηρώντας το ιατρικό απόρρητο, καθώς επίσης τους κανόνες δεοντολογίας και επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας.

Περιγραφή καθηκόντων

Οι επείγουσες πράξεις που ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του ν. 2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου», και είναι, σύμφωνα με τα διεθνή πρωτόκολλα αντιμετώπισης, αναγνωρισμένες από τη διεθνή κοινότητα, είναι οι ακόλουθες:

1. Έλεγχος και μέτρηση ζωτικών σημείων και ειδικότερα:

- α) των αναπνοών,
- β) των σφύξεων,
- γ) της αρτηριακής πίεσης,
- δ) της θερμοκρασίας σώματος.

2. Διασφάλιση αεραγωγού σε επείγουσες καταστάσεις χρησιμοποιώντας:

- α) τεχνικές με τα χέρια,
- β) βασικούς αεραγωγούς (στοματοφαρυγγικός – ρινοφαρυγγικός αεραγωγός).

3. Υποστήριξη της αναπνοής με:

- α) χορήγηση οξυγόνου,
- β) αυτοδιατεινόμενο ασκό (ambu).

4. Αντιμετώπιση τραυμάτων, ασηψία - αντισηψία, φροντίδα.

5. Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας:

- α) με άμεση πίεση
- β) με ίσχαιμη περιδέση.

6. Ακινητοποίηση τραυματία και ασφαλής διακομιδή ασθενούς με:

- α) χρήση αυχενικού κολάρου (περιλαίμιου),
- β) χρήση σανίδας πολυτραυματία,

- γ) χρήση στρώματος πολυτραυματία,
 - δ) χρήση κοίλου ή διαιρούμενου φορείου,
 - ε) χρήση φορείου τροχήλατου,
 - στ) χρήση καρέκλας τροχήλατης,
 - ζ) χρήση σκελετικής έλξης,
 - η) χρήση γιλέκου απεγκλωβισμού,
 - θ) διενέργεια επείγοντος απεγκλωβισμού βάσει αναλόγου πρωτοκόλλου,
 - ι) χρήση αεροναρθικών.
7. Τοποθέτηση περιφερικών φλεβικών γραμμών και χορήγηση υγρών όπου απαιτείται.
8. Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος του ασθενούς.
9. Βασική υποστήριξη της ζωής (Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση).
10. Εφαρμογή και χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή.
11. Παρακολούθηση λειτουργίας συσκευών έγχυσης υγρών και τυχουσών παροχετεύσεων.
12. Λήψη μέτρων για την ασφάλεια του ασθενούς και του διασώστη.
13. Μέτρα ασηψίας-αντισηψίας του χώρου και των εξαρτημάτων των μέσων διακομιδής.
14. Παρακολούθηση της λειτουργίας συσκευών εξοπλισμού των μέσων διακομιδής καθώς και αναφορά πιθανών βλαβών αυτών.
15. Φροντίδα για τον άρτιο εξοπλισμό του μέσου διακομιδής.
16. Διακομιδή ασθενούς στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό, με την κατάλληλη κατά περίπτωση ταχύτητα, την χρήση ηχητικών και φωτεινών βοηθημάτων όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, πάντα όμως ακολουθώντας τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας.

17. Λήψη και διαχείριση τηλεφωνικών κλήσεων και παροχή οδηγιών για πρώτες βοήθειες σε πολίτες.
18. Επικοινωνία με το συντονιστικό κέντρο.
19. Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος με εντολή ιατρού.
20. Βοήθεια στο γιατρό:
- α) σε επείγουσες ιατρικές ενέργειες (συρραφή τραύματος, ενδοτραχειακή διασωλήνωση κ.λπ.),
 - β) σε χορήγηση φαρμάκων,
 - γ) σε εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής.
21. Συμμετοχή σε ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις μαζικών απωλειών υγείας:
- α) μαζικού συμβάντος (ατύχημα),
 - β) μαζικής καταστροφής (σεισμοί, πλημμύρες, κ.λπ.),
 - γ) χημικών Βιολογικών Ραδιολογικών Πυρηνικών απειλών.
22. Ενημέρωση εγγράφως του υγειονομικού προσωπικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) κατά την παράδοση του ασθενούς.
23. Οδήγηση ασθενοφόρου οχήματος, προαιρετικά οδήγηση μοτοσυκλέτας άμεσης επέμβασης.
24. Βοήθεια επιτόκου σε φυσιολογικό τοκετό.
- Επείγουσες πράξεις, μη προβλεπόμενες από το παρόν π.δ., δύνανται να ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής κατάρτισης του ν. 2009/1992 της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» μόνο όταν ανατίθενται με απευθείας εντολή ιατρού της Κινητής Ιατρικής Μονάδας ή ιατρού του Συντονιστικού Κέντρου του ΕΚΑΒ και πάντοτε στο πλαίσιο του γνωστικού αντικείμενου αυτών.
- Η άδεια άσκησης επαγγέλματος των κατόχων Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου» χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Από τις διατάξεις αυτές δεν θίγονται τα έως σήμερα δικαιώματα και υποχρεώσεις των εργαζομένων στον προνοσοκομειακό χώρο που δεν είναι κάτοχοι Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης του ν. 2009/1992, της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου», όπως αυτά προβλέπονται στο π.δ. 376/1988 άρθρο 12 παρ. 4.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, καθώς και κάθε λεπτομέρεια σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης της εν λόγω άδειας.

Από τη δημοσίευση του παρόντος καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του «Διασώστη» στους κατόχους διπλωμάτων των:

1. Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) της ειδικότητας «Διασώστης – Πλήρωμα Ασθενοφόρου».

2. Σχολών της αλλοδαπής ισοτίμων προς τις ανωτέρω Σχολές.

Η ισχύς του παρόντος Διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στην Υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ανατίθεται η δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Εκπαίδευση εργαζομένων

Π.Δ. 155/2004 (ΦΕΚ 121/Α/5.7.2004) Τροποποίηση του Π.Δ. 395/94 «ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ» (ΦΕΚ Α/220) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, σε συμμόρφωση με την οδηγία 2001/45/ΕΚ.

Π.Δ. 338/2001 (ΦΕΚ 227/Α/09.10.2001) Προστασίας της υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες

Π.Δ. 17/1996 (ΦΕΚ 11/Α/18.01.1996) Μέτρα για την 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. 186/1995 (ΦΕΚ 97/Α/30.05.1995) Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες του Συμβουλίου 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ.

Π.Δ. 105/1995 (ΦΕΚ 67/Α/10.04.1995) Ελάχιστες προδιαγραφές για την σήμανση ασφάλειας ή/ και υγείας στην εργασία σε συμμόρφωση με την Οδηγία 92/58/ΕΟΚ.

Π.Δ. 399/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ.

Π.Δ. 397/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνος ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 90/269/ΕΟΚ.

Π.Δ. 398/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την εργασία με οθόνες οπτικής απεικόνισης σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/270/ΕΟΚ.

Π.Δ. 395/1994 (ΦΕΚ 220/Α/19.12.1994) Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ.

Π.Δ. 396/1994 (ΦΕΚ 220/Α/19.12.1994) Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρήση από τους εργαζόμενους εξοπλισμών ατομικής προστασίας κατά την εργασία σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 89/656/ΕΟΚ.

Ενημέρωση εργαζομένων

Π.Δ. 240/2006 (ΦΕΚ 252/Β/16.11.2006) Περί θεσπίσεως γενικού πλαισίου ενημερώσεως και διαβουλεύσεως των εργαζομένων, σύμφωνα με την οδηγία

2002/14/ΕΚ της 11.3.2002 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (Ε.Ε. L 80/23.3.2002).

Π.Δ. 155/2004 (ΦΕΚ 121/Α/05.07.2004) Τροποποίηση του Π.Δ. 395/94 «ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας για τη χρησιμοποίηση εξοπλισμού εργασίας από τους εργαζόμενους κατά την εργασία τους σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/655/ΕΟΚ» (ΦΕΚ Α/220) όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, σε συμμόρφωση με την οδηγία 2001/45/ΕΚ.

Π.Δ. 338/2001 (ΦΕΚ 227/Α/09.10.2001) Προστασίας της υγείας και ασφαλείας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες

Π.Δ. 186/1995 (ΦΕΚ 97/Α/30.05.1995) Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες του Συμβουλίου 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ.

Π.Δ. 105/1995 (ΦΕΚ 67/Α/10.04.1995) Ελάχιστες προδιαγραφές για την σήμανση ασφάλειας ή/ και υγείας στην εργασία σε συμμόρφωση με την Οδηγία 92/58/ΕΟΚ.

Π.Δ. 399/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ.

Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ε.Υ.Α.Ε.)

Π.Δ. 17/1996 (ΦΕΚ 11/Α/18.01.1996) Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ.

Ν. 1767/1988 (ΦΕΚ 63/Α/06.04.1988) Συμβούλια εργαζομένων και άλλες διατάξεις - Κύρωση της 135 διεθνούς σύμβασης εργασίας.

Ν. 1568/1985 (ΦΕΚ 177/Α/18.10.1985) Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων.

Ν. 1264/1982 (ΦΕΚ 79/Α/01.07.1982) Για τον εκδημοκρατισμό του Συνδικαλιστικού Κινήματος και την κατοχύρωση των συνδικαλιστικών ελευθεριών των εργαζομένων.

Αναγγελία εργατικού ατυχήματος

Ν. 1568/1985 (ΦΕΚ 177/Α/18.10.1985) Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων.

Ν. 551/1914 (ΦΕΚ 11/Α/08.01.1915) Περί ευθύνης προς αποζημιώσιν των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων.

Επαγγελματικές ασθένειες

Υ.Α. Φ11321/27240/1941/2006 (ΦΕΚ 1818/Β/12.12.2006) Συμπλήρωση Πίνακα Επαγγελματικών Παθήσεων.

Υ.Α. 1979 (ΦΕΚ 132/Β/12.02.1979) Περί αντικατάστασης του άρθρου 40 του κανονισμού ασθενείας του ΙΚΑ.

Ν. 2080/1952 (ΦΕΚ 108/Α/25.04.1952) Περί κυρώσεως της υπ αριθ. 42 Διεθνούς Συμβάσεως «περί αποζημιώσεως των επαγγελματικών ασθενειών 1934».

Παράγοντες επικινδυνότητας

Χημικοί παράγοντες

Π.Δ. 43/2003 (ΦΕΚ 44/Α/21.2.2003) Τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 399/94 «προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ» (221/Α) σε συμμόρφωση με την οδηγία 1999/38/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 1999 (Ε.Ε.Λ 138/01.06.1999) .

Διορθ. Σφ. 2001 (ΦΕΚ 259/Α/07.11.2001) Διόρθωση σφάλματος στο ΦΕΚ 227/Α/09.10.01 «Προστασία της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες».

Π.Δ. 339/2001 (ΦΕΚ 227/Α/09.10.2001) Τροποποίηση του Π.Δ. 307/86 «προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Π.Δ. 338/2001 (ΦΕΚ 227/Α/09.10.2001) Προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων κατά την εργασία από κινδύνους οφειλόμενους σε χημικούς παράγοντες.

Π.Δ. 127/2000 (ΦΕΚ 111/Α/06.04.2000) Τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 399/94 «προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ (ΦΕΚ 221/Α) σε συμμόρφωση με την οδηγία 97/42/ΕΚ του Συμβουλίου.

Π.Δ. 90/1999 (ΦΕΚ 94/Α/13.05.1999) Καθορισμός οριακών τιμών έκθεσης και ανώτατων οριακών τιμών έκθεσης των εργαζομένων σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 91/322/ΕΟΚ και 96/94/ΕΚ της Επιτροπής και τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 307/86 «προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς τροποποιήθηκε με το Π.Δ. 77/93 (ΦΕΚ 34/Α) παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (ΦΕΚ 135/Α)» όπως είναι οι βιολογικοί, φυσικοί και άλλοι παράγοντες.

Βιολογικοί παράγοντες

Π.Δ. 15/1999 (ΦΕΚ 9/Α/02.02.1999) Τροποποίηση του Π.Δ. 186/95 «προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσης τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ» (97/Α) όπως τροποποιήθηκε με το Π.Δ. 174/97 (150/Α), σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 97/59/ΕΚ και 97/65/ΕΚ της Επιτροπής.

Π.Δ. 174/1997 (ΦΕΚ 150/Α/15.07.1997) Τροποποίηση του Π.Δ. 186/95 «προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσης τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ» (ΦΕΚ 97/Α) σε συμμόρφωση με την οδηγία 95/30/ΕΚ.

Π.Δ. 186/1995 (ΦΕΚ 97/Α/30.05.1995) Προστασία των εργαζομένων από κινδύνους που διατρέχουν λόγω της έκθεσής τους σε βιολογικούς παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες του Συμβουλίου 90/679/ΕΟΚ και 93/88/ΕΟΚ.

Π.Δ. 77/1993 (ΦΕΚ 34/Α/18.03.1993) Για την Προστασία των εργαζομένων από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες και τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 307/86, (ΦΕΚ 135/Α) σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 88/642/ΕΟΚ.

Φυσικοί παράγοντες

Θόρυβος

Υ.Α. Η.Π. 9272/471/2007 (ΦΕΚ 286/Β/02.03.2007) Τροποποίηση του άρθρου 8 της υπ αριθμ. 37393/2028/2003 κοινής υπουργικής απόφασης (1418/Β), σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της οδηγίας 2005/88/ΕΚ «για την τροποποίηση της οδηγίας 2000/14/ΕΚ για την προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών σχετικά με την εκπομπή θορύβου στο περιβάλλον από εξοπλισμό προς χρήση σε εξωτερικούς χώρους», του Συμβουλίου της 14ης Δεκεμβρίου 2005.

Αποφ. Τ/ΠΡΟΠΕ/21275/616/Φ.ΝΟΜ/2006 (ΦΕΚ 815/Β/04.07.2006) Υιοθέτηση και Ενσωμάτωση στο Εθνικό Δίκαιο της Χώρας του Παραρτήματος 16 «Περιβαλλοντική Προστασία», Τόμος 1, της Σύμβασης του Σικάγου.

Υ.Α. 13586/724/2006 (ΦΕΚ 384/Β/28.03.2006) Καθορισμός μέτρων, όρων και μεθόδων για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του θορύβου στο περιβάλλον, σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της οδηγίας 2002/49/ΕΚ «σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση του περιβαλλοντικού θορύβου» του Συμβουλίου της 25.06.2002.

Π.Δ. 149/2006 (ΦΕΚ 159/Α/28.07.2006) Ελάχιστες προδιαγραφές υγείας και ασφάλειας όσον αφορά την έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους προερχόμενους από φυσικούς παράγοντες (θόρυβος) σε εναρμόνιση με την οδηγία 2003/10/ΕΚ.

Αρ. Πρωτ. οικ. 130238/2006 (ΦΕΚ 08.09.2006) Ανακοίνωση δημοσίευσης του Π.Δ. 149/2006 «Ελάχιστες προδιαγραφές υγείας και ασφάλειας όσον αφορά την έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους προερχόμενους από φυσικούς παράγοντες (θόρυβος), σε εναρμόνιση με την οδηγία 2003/10/ΕΚ».

Π.Δ. 80/2004 (ΦΕΚ 63/Α/02.03.2004) Προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2002/30/ΕΚ, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Μαρτίου 2002 «περί καθιέρωσης κανόνων και διαδικασιών για τη θέσπιση περιορισμών λειτουργίας σε συνάρτηση με τον προκαλούμενο θόρυβο στους κοινοτικούς Αερολιμένες».

Υ.Α. 37393/2028/2003 (ΦΕΚ 1418/Β/01.10.2003) Μέτρα και όροι για τις εκπομπές θορύβου στο περιβάλλον από εξοπλισμό προς χρήση σε εξωτερικούς χώρους.

Θερμική καταπόνηση

Εγκ. 130295/2001 (ΦΕΚ 13.06.2001) Αντιμετώπιση της θερμικής καταπόνησης των εργαζομένων κατά το θέρος.

Εγκ. 130329/1995 (ΦΕΚ 03.07.1995) Αντιμετώπιση θερμικής καταπόνησης εργαζομένων κατά το θέρος.
Εγκ. 130427/1990 (ΦΕΚ 26.06.1990) Αντιμετώπιση της θερμικής καταπόνησης των εργαζομένων κατά το θέρος.
Εγκ. 140120/1989 (ΦΕΚ 24.07.1989) Τεχνικές οδηγίες για τις μετρήσεις θερμοκρασίας και σχετικής υγρασίας στους χώρους εργασίας.

Κραδασμοί

Π.Δ. 176/2005 (ΦΕΚ 227/Α/14.9.2005) Ελάχιστες προδιαγραφές υγείας και ασφάλειας όσον αφορά την έκθεση των εργαζομένων σε κινδύνους προερχόμενους από φυσικούς παράγοντες (κραδασμοί), σε συμμόρφωση με την οδηγία 2002/44/ΕΚ

Σκόνες

Π.Δ. 43/2003 (ΦΕΚ 4/Α/21.02.2003) Τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 399/94 «προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ» (ΦΕΚ 221/Α) σε συμμόρφωση με την οδηγία 1999/38/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 1999 (Ε.Ε.Λ. 138/01.06.1999).
Π.Δ. 90/1999 (ΦΕΚ 94/Α/13.05.1999) Καθορισμός οριακών τιμών έκθεσης και ανώτατων οριακών τιμών έκθεσης των εργαζομένων σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 91/322/ΕΟΚ και 96/94/ΕΚ της Επιτροπής και τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 307/86 «προστασία της υγείας των εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (ΦΕΚ 135/Α)» όπως τροποποιήθηκε με το Π.Δ. 77/93 (ΦΕΚ 34/Α).
Π.Δ. 77/1993 (ΦΕΚ 34/Α/18.03.1993) Για την Προστασία των εργαζομένων από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες και τροποποίηση και συμπλήρωση του Π.Δ. 307/86 (ΦΕΚ 135/Α) σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 88/642/ΕΟΚ.
Π.Υ.Σ. 99/1987 (ΦΕΚ 135/Α/28.07.1987) Οριακές και κατευθυντήριες τιμές ποιότητας της ατμόσφαιρας σε διοξείδιο του θείου και αιωρούμενα σωματίδια.
Π.Δ. 307/1986 (ΦΕΚ 135/Α/29.8.1986) Προστασία της Υγείας των Εργαζομένων που εκτίθενται σε ορισμένους χημικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Καρκινογόνοι παράγοντες

Εγκ. οικ. 130406/1995 (ΦΕΚ 17.08.1995) Εγκύκλιος εφαρμογής Π.Δ. 399/94 «Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ».

Π.Δ. 399/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Προστασία των εργαζομένων από τους κινδύνους που συνδέονται με την έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες κατά την εργασία σε συμμόρφωση με την οδηγία του Συμβουλίου 90/394/ΕΟΚ.

Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων

Διορθ. σφ. 1995 (ΦΕΚ 6/Α/25.01.1995) Διορθώσεις σφαλμάτων στα Π.Δ. 395/94 (ΦΕΚ 220/Α), 396/94 (ΦΕΚ 220/Α), 397/94 (ΦΕΚ 221/Α), 398/94 (ΦΕΚ 221/Α), 399/94 (ΦΕΚ 221/Α).

Π.Δ. 397/1994 (ΦΕΚ 221/Α/19.12.1994) Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας κατά την χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα των εργαζομένων σε συμμόρφωση προς την οδηγία του Συμβουλίου 90/269/ΕΟΚ.