



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ**



Το έργο συγχρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά 71,42% το οποίο αντιστοιχεί σε 75% από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης και 25% από το Ελληνικό Δημόσιο και κατά 28,58% από πόρους του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. (Α.Α.Ε.Κ.)

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ΑΘΗΝΑ 2008

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ISBN: 978-960-7678-89-8

Α΄ Έκδοση: Μάρτιος 2008

Copyright © Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας
Λιοσίων 143 και Θειοσίου 6, 104 45 ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: 210 82 00 100

Φαξ: 210 82 00 222 – 210 88 13 270

Email: info@elinyae.gr

Internet: <http://www.elinyae.gr>

Απαγορεύεται η αναπαραγωγή μέρους ή όλου του εντύπου, με οποιονδήποτε τρόπο, χωρίς αναφορά της πηγής.

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε • ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΠΩΛΗΣΗ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΥΣ

Το κείμενο που ακολουθεί αποτελεί την έκθεση των αποτελεσμάτων της επιστημονικής μελέτης «Μέθοδοι καταγραφής επαγγελματικών ασθενειών» η οποία υλοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανταγωνιστικότητα, μέτρο 1.1 «Βιομηχανικές, Τεχνολογικές & Επιχειρηματικές Υποδομές», δράση 1.1.5 «Ενίσχυση της υποδομής του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.», πράξη 1.1.5.2 «Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και διάδοσή τους στον τομέα της υγείας και ασφάλειας στην εργασία».

Επιστημονικός Υπεύθυνος: **Στεφανίδης Ιωάννης**, Παθολόγος – Νεφρολόγος,
Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας/Νεφρολογίας,
Τομέας Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Επιμέλεια έκδοσης: **Εβίτα Καταγή, Ελένη Ζαρέντη**
Τμήμα Εκδόσεων, Κέντρο Τεκμηρίωσης-Πληροφόρησης ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

- Πρόεδρος:** • Βασίλειος Μακρόπουλος
- Αντιπρόεδροι:** • Ιωάννης Δραπανιώτης (Σ.Ε.Β., Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε., Ε.Σ.Ε.Ε.)
• Ανδρέας Κολλάς (Γ.Σ.Ε.Ε.)
- Μέλη:** • Ιωάννης Αδαμάκης (Γ.Σ.Ε.Ε.)
• Θεόδωρος Δέδες (Σ.Ε.Β.)
• Νικόλαος Θωμόπουλος (Γ.Σ.Ε.Ε.)
• Δημήτριος Λέντζος (Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.)
• Αναστάσιος Παντελάκης (Ε.Σ.Ε.Ε.)
• Κυριάκος Σιούλας (Γ.Σ.Ε.Ε.)

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Μηνάς Αναλυτής, Οικονομολόγος, PhD

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΟΡΙΣΜΟΙ	9
ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	9
ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	11
ΓΕΝΙΚΑ	11
ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	12
2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	23
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	25
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	25
ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	25
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	26
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	27
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	29
ΗΛΙΚΙΑ, ΦΥΛΟ	29
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	30
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	31
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	33
ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	36
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ	38
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	40
ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	43
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΒΛΑΠΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	47
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	52
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
7. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ, ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	63
8. ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ	65
9. ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	69
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	73
ΕΝΤΥΠΑ	75
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	77

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αποτελεί μια μονότονη επαναλαμβανόμενη αλήθεια ότι στη χώρα μας δεν καταγράφονται οι επαγγελματικές ασθένειες. Για την ακρίβεια δεν υφίσταται ένα αξιόπιστο σύστημα αναγγελίας επαγγελματικών νόσων με αποτέλεσμα ένα μεγάλο πλήθος περιστατικών που προσφεύγουν στην πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη να αντιμετωπίζονται ως παθήσεις από παράγοντες που δεν συνδέονται με την εργασία. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί σοβαρά εμπόδια αφενός στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της πηγής των προβλημάτων, αφετέρου στη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος του τόπου.

Επισημαίνεται ότι πάγια και αποδεκτή λογική στις ευρωπαϊκές χώρες είναι ότι οι επαγγελματικές ασθένειες και οι επιπτώσεις τους αντιμετωπίζονται αποκλειστικά από τις εισφορές των εργοδοτών και κατά συνέπεια, η παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα παραβιάζει τη νομοθετημένη αρχή της εργοδοτικής ευθύνης για τα θέματα υγείας και ασφάλειας.

Βασίλης Μακρόπουλος
Πρόεδρος ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.
Καθ. Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμοί

Οι ασθένειες στον εργασιακό χώρο είχαν προκαλέσει ήδη από το 18ο αιώνα το ενδιαφέρον των επιστημόνων και κυρίως αυτών που ασχολούνταν με την υγιεινή και τη δημόσια υγεία. Το 1713 ο Bernardino Ramazzini εξέδωσε την πρώτη συστηματική περιγραφή των επαγγελματικών ασθενειών που περιλαμβάνονταν στο βιβλίο του με τίτλο «οι ασθένειες των εργαζομένων» (De morbis artificum) (1). Ο Ramazzini στο βιβλίο του τόνιζε συμπερασματικά ότι κάθε γιατρός θα πρέπει να ρωτά τον ασθενή για το επάγγελμά του και με τον τρόπο αυτό, ήδη από τότε, εισήγαγε πρώτος το επαγγελματικό ιστορικό σαν σημαντικό τμήμα της καθημερινής κλινικής πρακτικής και σαν θεμέλια λίθο της ιατρικής της εργασίας (2-5).

Επαγγελματικές ασθένειες είναι όλα τα νοσήματα ή οι τραυματισμοί που προκαλούνται στον εργασιακό χώρο και οφείλονται συνήθως εξ ολοκλήρου ή και εν μέρει σε αντίξοες συνθήκες κατά τη διάρκεια της εργασίας (5-7).

Οι συνθήκες εργασίας θεωρούνται αντίξοες στο βαθμό που περιλαμβάνουν έκθεση του εργαζόμενου σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες (8-11). Και αντιστρόφως, σαν επικίνδυνος ή βλαπτικός νοείται κάθε φυσικός, χημικός ή και βιολογικός παράγοντας στον εργασιακό χώρο που είναι δυνατό να είναι επιβλαβής για την υγεία των εργαζομένων ή επικίνδυνος από άλλη άποψη (5;7).

Μέτρα για την αντιμετώπιση και πρόληψη των επαγγελματικών παθήσεων

Σήμερα οι επαγγελματικές παθήσεις αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα παγκοσμίως, το οποίο είναι συνδεδεμένο με σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας (2;12;13). Έχει υπολογιστεί μάλιστα ότι αποτελούν την όγδοη, κατά σειρά συχνότητας, αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ (2;4;5;14;15). Η εξάλειψη της έκθεσης του εργαζόμενου σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στους χώρους της εργασίας ή αν αυτό δεν είναι εφικτό η μετριάσή της, είναι το κυριότερο μέτρο πρόληψης για τις επαγγελματικές ασθένειες και ταυτόχρονα αποτελεί και το μοναδικό τρόπο αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους (6;16).

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών αποτελεί επίσης η ακριβής καταγραφή της επαγγελματικής έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες, η γνώση των μέτρων πρόληψης καθώς και η εφαρμογή τους από όλους τους εμπλεκόμενους (17-20). Σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Λουξεμβούργου (The Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union) (21) η προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας, με συγκεκριμένο στόχο τη βελτίωση της ευεξίας των ανθρώπων στο εργασιακό περιβάλλον και τη μείωση των επαγγελματικών ασθενειών πρέπει να αποτελεί μία συντονισμένη προσπάθεια των εργοδοτών, των εργαζομένων και της κοινωνίας.

Σήμερα οι επαγγελματικές ασθένειες κατέχουν πλέον μια ιδιαίτερη θέση σε πάρα πολλούς τομείς της ιατρικής φροντίδας. Αποτελεί οπωσδήποτε αντικείμενο της προληπτικής ιατρικής και σαφώς α-

νήκει στις υποχρεώσεις του κάθε γιατρού αφού αναγνωρίσει μια επαγγελματική πάθηση να δράσει με σκοπό την προφύλαξη μελλοντικών περιπτώσεων που θα εκτεθούν στον ίδιο βλαπτικό παράγοντα (17-20;22). Επαγγελματικές ασθένειες είναι δυνατό να αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (4;23) και στην επείγουσα ιατρική (24;25). Επίσης είναι δυνατό να απασχολούν διάφορες ιατρικές ειδικότητες όπως η πνευμονολογία, η ογκολογία, η γυναικολογία (ιδιαίτερα η ιατρική της αναπαραγωγής), η ορθοπεδική, η ρευματολογία και πολλές άλλες.

Στη σύγχρονη ιατρική γενικά η βαθειά γνώση σε θέματα που αφορούν την επαγγελματική υγεία έχει μεγάλη βαρύτητα και ταυτόχρονα πολύπλευρη σημασία: κλινική, επιδημιολογική και κοινωνική. Κλινική, διότι συχνά θέτει την κλινική διάγνωση επαγγελματικής ασθένειας σε ένα συγκεκριμένο ασθενή με αποτέλεσμα την ορθή αντιμετώπιση του προβλήματός του (4). Επιδημιολογική, διότι η διάγνωση στο μεμονωμένο ασθενή είναι δυνατό να οδηγήσει σε σημαντικές προληπτικές παρεμβάσεις στους εργασιακούς χώρους με αποτέλεσμα να αποτραπούν μελλοντικές ασθένειες ή τραυματισμοί (13;17-19). Κοινωνική, τέλος, διότι συμβάλλει ουσιαστικά στην ορθή αξιολόγηση της ικανότητας για εργασία και της αποζημίωσης των εργαζομένων που πάσχουν από επαγγελματικές ασθένειες. Εκτός όμως από τις άμεσες επιπτώσεις για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, οι επαγγελματικές ασθένειες προκαλούν και μεγάλα οικονομικά βάρη για τα ασφαλιστικά ταμεία και την εθνική οικονομία εν γένει (12;15).

Για τους παραπάνω λόγους, στις αναπτυγμένες χώρες η επαγγελματική υγεία και η ασφάλεια στο χώρο εργασίας αποτελεί έναν από τους κεντρικούς άξονες της κοινωνικής πολιτικής. Παγκοσμίως καταβάλλονται προσπάθειες για βελτίωση της ασφάλειας και της υγιεινής στο χώρο της εργασίας. Ο τομέας αυτός της κοινωνικής πολιτικής έχει σαν στόχο να μηδενίσει ή τουλάχιστο, επειδή το πρώτο δεν είναι εφικτό, να περιορίσει στο ελάχιστο τη συχνότητα των επαγγελματικών ασθενειών. Κύριο μέσο στην προσπάθεια αυτή αποτελεί η πρόληψη. Συγκεκριμένα, οι προσπάθειες αυτές ξεκινούν με τη συστηματική ανάλυση των εργασιακών χώρων, με καταγραφή των συνθηκών και όλων των πιθανά βλαπτικών παραγόντων καθώς και με την εφαρμογή μέτρων πρόληψης. Στα πλαίσια αυτά αποφασιστικό ρόλο καλείται να παίξει η λειτουργία εθνικών ή και διεθνών φορέων επαγγελματικής ασφάλειας και επαγγελματικής υγείας (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδες 7 και 8).

Παρά τις προσπάθειες όμως είναι γενικά αποδεκτό ότι απέχουμε ακόμη σημαντικά από την εφαρμογή μιας πραγματικά αποτελεσματικής πρόληψης στον τομέα των επαγγελματικών νόσων. Στην αποτελεσματικότητα των παραπάνω προσπαθειών ένα από τα κύρια εμπόδια αποτελεί η συνεχώς αυξανόμενη ποικιλομορφία των χώρων εργασίας, με αποτέλεσμα να αυξάνει και η ποικιλία των πιθανά επικίνδυνων και βλαπτικών παραγόντων έτσι ώστε πολλοί από αυτούς να μην είναι ακόμη γνωστοί ή να υπάρχουν ελλείμματα στη γνώση της παθογένειας των βλαβών που προκαλούν (26). Η αυξανόμενη αυτή ποικιλομορφία των βλαπτικών παραγόντων με τη σειρά της συμβάλλει στην έλλειψη μεθόδων επαρκών για την αξιολόγηση του επαγγελματικού κινδύνου (27) καθώς και για την πρόωμη αναγνώριση των επαγγελματικών ασθενειών (28-30).

Καταγραφή των επαγγελματικών παθήσεων

Γενικά

Στα παραπάνω αυτά εμπόδια προστίθεται και η ελλιπής καταγραφή των περιπτώσεων με επαγγελματικές ασθένειες (7;31;32). Η συστηματική καταγραφή όλων των περιπτώσεων με διαγνωσμένο επαγγελματικό νόσημα αποτελεί κύριο στοιχείο για την επιτυχή πρόληψη (33). Υπάρχουν όμως εγγενείς αδυναμίες οι οποίες δεν επιτρέπουν, ούτε κατά προσέγγιση, την ακριβή καταγραφή όλων των περιπτώσεων με επαγγελματικές ασθένειες. Οι περιπτώσεις που καταγράφονται αποτελούν ομολογουμένως μόνο ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των ασθενών με επαγγελματικό νόσημα (7;31;32).

Ο πρώτος λόγος για την ελλιπή καταγραφή είναι ότι οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες δεν επιδεικνύουν πάντοτε την απαραίτητη φροντίδα για τη δήλωση και την καταγραφή του νοσήματος στις αρμόδιες υπηρεσίες (31;32). Το φαινόμενο αυτό είναι παγκόσμιο, παρατηρείται όμως σε πολύ μεγάλο βαθμό και στη χώρα μας (31;32). Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμη ενεργοποιημένο σύστημα αναγγελίας επαγγελματικών νόσων από τους υγειονομικούς σχηματισμούς και τους ιατρούς ούτε και από τα νοσοκομεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην καταγράφονται σαν επαγγελματικές ασθένειες όσα περιστατικά προσφεύγουν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι, αν εξαιρέσουμε τα εργατικά ατυχήματα και τις οξείες τοξικές εκθέσεις, οι περιπτώσεις με επαγγελματικές ασθένειες είναι δύσκολο να αναγνωριστούν και να διαγνωστούν (34). Οι κυριότεροι παράγοντες οι οποίοι δυσχεραίνουν την αναγνώριση και συμβάλλουν στην κατάσταση που περιγράφεται παραπάνω συνοψίζονται στον πίνακα 1 και αναλύονται στη συνέχεια (Πίνακας 1). Η ανάπτυξη και βελτίωση των μεθόδων ευχερούς αναγνώρισης και διάγνωσης των επαγγελματικών ασθενειών σε νοσηλευόμενους ασθενείς αποτελεί τον κυριότερο στόχο της παρούσας εργασίας.

Πίνακας 1. Αίτια στα οποία οφείλεται ακόμη και σήμερα η δυσχέρεια στην αναγνώριση των επαγγελματικών νοσημάτων.

Αίτια για τη δυσχερή αναγνώριση των επαγγελματικών νοσημάτων
1 Τα επαγγελματικά νοσήματα προσομοιάζουν στις κοινές μη επαγγελματικές παθήσεις
2 Ο χρόνος από την έκθεση ως την εκδήλωση της νόσου είναι σε μερικές παθήσεις πολύ μακρύς
3 Υπάρχει πολύ μεγάλη και συνεχώς αυξανόμενη ποικιλομορφία (χιλιάδες επαγγέλματα, βλαπτικοί παράγοντες και νοσήματα)
4 Υπάρχει έλλειμμα στην εξάσκηση των γιατρών και των φοιτητών στις ιατρικές σχολές στα επαγγελματικά νοσήματα

Η έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο εργασίας μπορεί να προκαλέσει ή και να επιδεινώσει ποικίλες κοινές ασθένειες όπως άσθμα (35;36) και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος γενικότερα (37-39), σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (40-42), δερματίτιδα εξ υπερευαισθησίας (43-45), ηπατίτιδα β (46) και καρκίνο (8;47-49). Η κλινική εικόνα, όμως, των παθήσεων αυτών δεν διαφοροποιείται αν η αιτία σχετίζεται με το επάγγελμα, δηλαδή πολύ συχνά είναι η ίδια ανεξάρτητα αν η πάθηση οφείλεται σε επαγγελματική έκθεση ή άλλη αιτία (50). Για παράδειγμα, το άσθμα που εκδηλώνεται μετά από έκθεση σε χημικά δεν διαφέρει από αυτό που προκαλείται από έκθεση στις τρίχες κατοικίδιων ζώων (π.χ. γάτες) (35;36;39) ή το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα που προκαλείται από επαναλαμβανό-

μενες κινήσεις (χειριστές ηλεκτρονικών υπολογιστών) δεν διαφέρει από το ιδιοπαθές σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα ή από αυτό που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (41;51).

Επιπλέον οι επαγγελματικές παθήσεις είναι δυνατό να προκαλούν συμπτώματα που αφορούν όλα τα συστήματα και να προσομοιάζουν άλλες κοινές παθήσεις άσχετες με επαγγελματική έκθεση (50;52). Για παράδειγμα, η κεφαλαλγία που προκαλείται από τη δηλητηρίαση μονοξειδίου του άνθρακα συχνά εκλαμβάνεται από τους κλινικούς ως βαριά κεφαλαλγία εκ τάσεως ή και ως ημικρανία (53). Συνεπώς, ακόμη και εγκατεστημένες βλάβες στα πλαίσια επαγγελματικής νόσου είναι δύσκολο να αναγνωριστούν.

Σε μερικές περιπτώσεις, η έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες προκαλεί άμεσα ή οξεία συμπτώματα (π.χ. αλλεργίες, τοξικότητα από χημικά) (39) όμως σε άλλες που είναι και οι περισσότερες οι αργητικές επιπτώσεις εμφανίζονται πολύ πιο αργά (π.χ. καρκίνος, πνευμονοκονίαση) (37). Η ειδοποιός διαφορά και στις δύο περιπτώσεις είναι η σύνδεση των συμπτωμάτων του ασθενούς με την επαγγελματική έκθεση (4). Ο βαθμός δυσκολίας αυξάνει επειδή οι περιβαλλοντικοί και εργασιακοί βλαπτικοί παράγοντες υπεισέρχονται πολύ σπάνια στη διαφορική διαγνωστική σκέψη των κλινικών γιατρών ακόμη και σήμερα (34;50).

Η αναγνώριση λοιπόν μιας επαγγελματικής ασθένειας απαιτεί αυξημένο βαθμό εγρήγορσης από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη και κυρίως στην περίπτωση αυτή από τους κλινικούς γιατρούς (50). Το επαγγελματικό ιστορικό αποτελεί, επομένως, σε όλες τις περιπτώσεις, το πρώτο και αποφασιστικότερο βήμα στη διάγνωση και την αντιμετώπιση καθώς και τον ακρογωνιαίο λίθο στην πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών (2;3;50).

Παρούσα κατάσταση

Στην Ελλάδα είναι γνωστό ότι ακόμη και σήμερα δεν γίνεται επαρκώς η καταγραφή των επαγγελματικών ασθενειών. Παρότι, όπως προαναφέρθηκε, αυτό το φαινόμενο είναι παγκόσμιο, η κατάσταση στη χώρα μας είναι χειρότερη. Με ένα ποσοστό <2% καταγεγραμμένο από το σύνολο των περιπτώσεων η συχνότητα καταγραφής των επαγγελματικών ασθενειών στην Ελλάδα βρίσκεται πολύ χαμηλότερα του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (54). Το γεγονός αυτό, όπως είναι φυσικό, έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα να μην είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν σε ευρεία κλίμακα αποτελεσματικά μέτρα πρόληψής για τις επαγγελματικές ασθένειες.

Ενδεικτικό στοιχείο της παραπάνω κατάστασης είναι ότι ακόμη και σήμερα στη χώρα μας τα εργατικά ατυχήματα αποτελούν την κυριότερη και, όπως φαίνεται προς το παρόν, μάλλον τη μόνη πλευρά της επαγγελματικής υγείας και της ασφάλειας, η οποία συνήθως αναφέρεται και η οποία καταγράφεται συστηματικά (Πίνακας 2 και Πίνακας 3).

Τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία για τα θέματα υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στην Ελλάδα προέρχονται από το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.) (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδα 1) που αποτελεί τον επίσημο ελεγκτικό μηχανισμό για την τήρηση της εργατικής νομοθεσίας και, κυρίως για ιστορικούς λόγους, από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδα 2), το οποίο αποτελεί το σημαντικότερο ασφαλιστικό φορέα των μισθωτών εργαζομένων (54). Στη χώρα μας τα εργατικά α-

τυχήματα δηλώνονται στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) και στο Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.) του Υπουργείου Απασχόλησης (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδα 3). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) κατά το έτος 2002 καταγράφηκαν 16.031 εργατικά ατυχήματα εκ των οποίων 103 ήταν θανατηφόρα και κατά το έτος 2003 καταγράφηκαν 15.310 εργατικά ατυχήματα εκ των οποίων 107 ήταν θανατηφόρα (Πίνακας 2 και Πίνακας 3).

Οι μεγάλες διαφορές και αποκλίσεις που παρατηρούνται μεταξύ των στοιχείων του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. και του Υπουργείου Εργασίας οφείλονται στο γεγονός ότι στον ασφαλιστικό φορέα αναγγέλλεται και το παραμικρό ατύχημα, επειδή σχετίζεται με οικονομικές παροχές του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. προς τους ασφαλισμένους του (Πίνακας 2). Αντίθετα, για τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα τα στοιχεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας είναι περισσότερο αξιόπιστα και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, καθώς όλα τα θανατηφόρα ατυχήματα όλων των κλάδων οικονομικής δραστηριότητας καταγράφονται από τις υπηρεσίες του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.) (Πίνακας 3).

Πίνακας 2. Εργατικά ατυχήματα δηλωθέντα στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ι.Κ.Α. παρατηρείται μια σταδιακή μείωση των ατυχημάτων της τάξεως του 4% ετησίως στα τελευταία δέκα περίπου καταγεγραμμένα έτη (1994-2003).

ΕΤΟΣ	Ι.Κ.Α.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
1977	46.594	14.467
1978	47.115	14.779
1979	46.976	14.559
1980	44.950	14.676
1981	45.493	13.512
1982	41.327	11.673
1983	38.828	10.686
1984	38.658	10.637
1985	38.836	9.728
1986	36.913	9.279
1987	36.590	8.851
1988	32.192	7.107
1989	29.847	7.312
1990	27.846	6.258
1991	25.185	5.951
1992	25.063	5.206
1993	23.959	5.160
1994	22.608	4.852
1995	21.540	_*

1996	21.255	-*
1997	20.046	-*
1998	18.615	-*
1999	17.658	-*
2000	16.822	4.032
2001	16.483	5.155
2002	16.031	6.021
2003	15.310	6.235

* Δεν υπάρχουν στο Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας διαθέσιμα στοιχεία για το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων.

Πίνακας 3. Θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα δηλωθέντα στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Για τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα τα στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας είναι περισσότερο αξιόπιστα και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, καθώς όλα τα θανατηφόρα ατυχήματα όλων των κλάδων οικονομικής δραστηριότητας καταγράφονται από τις υπηρεσίες του Σ.ΕΠ.Ε.

ΕΤΟΣ	Ι.Κ.Α.	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
		ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
1977	81	140
1978	119	98
1979	113	111
1980	99	116
1981	115	126
1982	100	114
1983	99	118
1984	88	82
1985	91	89
1986	105	114
1987	102	82
1988	79	90
1989	97	71
1990	84	86
1991	88	79
1992	96	116
1993	99	120
1994	83	104
1995	91	-*
1996	77	-*
1997	80	-*
1998	78	-*
1999	117**	116**

2000	80	127
2001	116	188
2002	103	153
2003	107	145

* Δεν υπάρχουν στο Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας διαθέσιμα στοιχεία για το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων.

** Συμπεριλαμβάνονται τα θανατηφόρα ατυχήματα από το σεισμό της 7/9/99.

Ομολογουμένως, τα εργατικά ατυχήματα που συμπεριλαμβάνουν τα τροχαία ατυχήματα κατά την εργασία και τις οξείες επαγγελματικές παθήσεις (π.χ. οξεία έκθεση σε δηλητηριώδεις ουσίες ή σε ακτινοβολία από διαφυγή στο χώρο της εργασίας), ως αιφνίδια και βίαια συμβάντα έχουν άμεσα τραυματικές συνέπειες στην εργασία και την κοινωνία (9). Εξαιτίας αυτού, οι αρνητικές επιπτώσεις τους είναι κατανοητές και προσλαμβάνονται εύκολα ως τέτοιες από τον καθένα.

Τα επαγγελματικά ατυχήματα όμως δεν αποτελούν παρά μόνο την μια όψη του νομίσματος. Αντίθετα, οι χρόνιες επαγγελματικές ασθένειες, αυτές δηλαδή που προκαλούνται από μακροχρόνια έκθεση σε αντίξοες εργασιακές συνθήκες, εκδηλώνονται κυρίως μετά από χρόνια και μάλιστα συχνά μετά τη συνταξιοδότηση από άλλες αιτίες (γήρας). Για το λόγο αυτό, γίνονται και πιο δύσκολα αντιληπτές και η διάγνωση καθώς και η καταγραφή τους γίνεται πιο δυσχερής. Σύμφωνα με τον κανονισμό για τον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. (του 1995) καθορίζονται οι αναγνωρισμένες επαγγελματικές παθήσεις που αριθμούν συνολικά μόνο 37 (Πίνακας 4). Μακροπρόθεσμα όμως οι χρόνιες επαγγελματικές ασθένειες έχουν εξίσου δυσάρεστες κοινωνικές συνέπειες όπως και τα ατυχήματα επειδή οδηγούν εξίσου (ίσως και πιο συχνά) σε απώλεια εργασιακού ή γενικότερα έμψυχου δυναμικού.

Όσον αφορά στην καταγραφή των χρόνιων παθήσεων, δηλαδή των επαγγελματικών παθήσεων αν εξαιρεθούν οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων, η κατάσταση της καταγραφής τους στη χώρα μας είναι κατά πολύ χειρότερη. Στο θέμα αυτό αναφέρεται περιγράφοντας την κατάσταση και ο διευθυντής της διεύθυνσης αναλογιστικών μελετών και στατιστικής του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) προλογίζοντας τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας του ιδρύματος για τις επαγγελματικές νόσους.

Αναλυτικά αναφέρει ότι η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τις Επαγγελματικές Νόσους, τόσο στο εσωτερικό της χώρας μας όσο και ως προς τα πλαίσια της υποχρέωσης της Ελλάδας για αποστολή των σχετικών στοιχείων στη Eurostat, δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη για την καταγραφή και επεξεργασία των Επαγγελματικών Νόσων.

Η Διεύθυνση αναλογιστικών μελετών και στατιστικής του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ., στοχεύοντας στην εκπλήρωση των παραπάνω αναγκών συνεργάστηκε με το Κέντρο Διάγνωσης και Ιατρικής της Εργασίας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. καθώς και τις επιτροπές Επαγγελματικών Νόσων Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Η συνεργασία αυτή είχε σαν αποτέλεσμα τη συγκέντρωση και καταγραφή των Επαγγελματικών Νόσων, από τους φακέλους συνταξιοδότησης, για το έτος 2005. Η καταγραφή αυτή αφορούσε στους ασφαλισμένους που εξετάζονται από τις επιτροπές Επαγγελματικών Νόσων για χορήγηση σύνταξης, είτε είναι πρωτοείσακτα περιστατικά, είτε είναι επανεξεταζόμενα και ανεξάρτητα από το συνολικό

ποσοστό αναπηρίας που θα τους αποδοθεί ή εάν θα είναι συντάξιμο. Τα στοιχεία που καταγράφονται και οι φόρμες καταγραφής είναι σύμφωνα με τη μεθοδολογία της Ε.Ε. για τις Επαγγελματικές Νόσους (βλέπε σελίδα 25).

Η δημοσίευση για το 2005 αποτελεί συνέχεια της προηγούμενης που αφορούσε στα έτη 2003 και 2004 παρότι και αυτή εξακολουθεί να είναι μια αρχική προσπάθεια προσέγγισης της καταγραφής των επαγγελματικών νόσων και όχι πλήρης καταγραφή τους. Αυτό συμβαίνει, διότι καλύπτει μόνο τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. που απευθύνονται για χορήγηση σύνταξης και δεν περιλαμβάνει όσους προσφεύγουν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η καταγραφή των επαγγελματικών νόσων θα συνεχίζεται και για τα επόμενα έτη με επιτόπου συμπλήρωση του σχετικού εντύπου, κατά τη διάρκεια των συνεδριάσεων των επιτροπών αναπηρίας του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) από το σύνολο των περίπου 2.000.000 εργαζομένων εγγεγραμμένων στο ίδρυμα το 2005, είχαν καταγραφεί μόνο 30 ασθενείς με αναγνωρισμένες χρόνιες επαγγελματικές παθήσεις.

Η ηλικία του συνόλου των 30 ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. που καταγράφηκαν με επαγγελματική νόσο κατά το 2005 κυμαίνεται από 46 - 75 έτη (μέση ηλικία 59 έτη). Από τις 30 περιπτώσεις, οι εννέα εξετάστηκαν για πρώτη φορά κατά το έτος αναφοράς ενώ οι 21 ήταν παλαιότερες περιπτώσεις οι οποίες επανεξετάστηκαν κατά το 2005. Από τις 30 περιπτώσεις, οι 29 ήταν άνδρες (96,7%) εκ των οποίων οι 20 περιπτώσεις προηγούμενων ετών που επανεξετάστηκαν. Επίσης 15 από τους 30 ασθενείς (50%) ήταν μεταξύ 55 και 64 ετών.

Σχετικά με το επάγγελμα των ασφαλισμένων, 27 (90,0%) περιπτώσεις αφορούσαν σε ειδικευμένους τεχνίτες (16/30) ή ανειδίκευτους εργάτες (11/30). Από τους 16 ασφαλισμένους με ειδικότητα ειδικευμένου τεχνίτη, οκτώ (50,0%) ήταν μεταξύ 55 και 64 ετών και πέντε (31,3%) περιπτώσεις διεγνώσθησαν με μολυβδίαση. Επίσης 13 (81,3%) είχαν ποσοστό αναπηρίας επαγγελματικής νόσου από 20% έως 50% και για οκτώ (50,0%) περιπτώσεις ο αιτιολογικός παράγοντας έκθεσης στη νόσο ήταν κάποιος χημικός παράγοντας ή ανόργανη ένωση. Από τους 11 ασφαλισμένους με ειδικότητα ανειδίκευτου εργάτη, πέντε (45,5%) ήταν μεταξύ 55 και 64 ετών και έξι (54,5%) διεγνώσθησαν με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής. Οκτώ (72,7%) είχαν ποσοστό αναπηρίας επαγγελματικής νόσου από 50% έως 80% και για έξι (54,5%) περιπτώσεις ο αιτιολογικός παράγοντας έκθεσης στη νόσο ήταν κάποιος χημικός παράγοντας ή ανόργανη ένωση.

Πίνακας 4. Κατάλογος επαγγελματικών νοσημάτων όπως καταγράφεται στον κανονισμό εκτίμησης βαθμού αναπηρίας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) του έτους 1995.

Κανονισμός εκτίμησης βαθμού αναπηρίας, επαγγελματικές παθήσεις

1. Μολυβδίαση
 2. Υδραργυρίαση
 3. Δηλητηρίαση από κάδμιο
 4. Δηλητηρίαση από βηρύλιο
 5. Εξελκώσεις από επίδραση χρωμικού οξέος, χρωμικών και διχρωμικών αλκαλίων
 6. Δηλητηριάσεις από φωσφόρο
 7. Δηλητηριάσεις από αρσενικό και τα σύνθετά του
 8. Δηλητηριάσεις από οξειδία, άλατα και ενώσεις νικελίου
 9. Δηλητηριάσεις από διοξείδιο του μαγγανίου
 10. Δηλητηριάσεις από φθόριο και ενώσεις του
 11. Δηλητηριάσεις από ανυδρίτες θειώδους και θειικού οξέος
 12. Δηλητηριάσεις από νιτρικό οξύ - οξειδία αζώτου και αμμωνία
 13. Δηλητηριάσεις από μονοξείδιο του άνθρακα
 14. Δηλητηριάσεις από αρσενικούχο υδρογόνο
 15. Δηλητηριάσεις από αρωματικούς υδρογονάνθρακες
 16. Δηλητηριάσεις από χλωραιθυλένια
 17. Δηλητηριάσεις από διθειάνθρακα
 18. Δηλητηριάσεις από τετραχλωράνθρακα
 19. Δηλητηριάσεις από βρωμιούχο μεθύλιο
 20. Δηλητηριάσεις από χλωριούχο μεθύλιο
 21. Δηλητηριάσεις από νιτρο-αμινο- και χλωριο-παράγωγα του βενζολίου και ομολόγων
 22. Δηλητηριάσεις από ισοκυανιούχα οργανικά
 23. Άνθραξ
 24. Ικτεροαιμορραγική σπειροχαιτώση
 25. Τέτανος
 26. Αγκυλοστομίαση
 27. Νόσοι από μεταβολές της ατμοσφαιρικής πίεσεως
 28. Παθήσεις από πίεση και τριβή
 29. Παθήσεις οφειλόμενες σε μηχανικές δονήσεις
 30. Παθήσεις προκαλούμενες από τον ήχο-θόρυβο
 31. Καταρράκτης εκ πυρακτώσεως
 32. Νόσοι από ακτίνες Χ, ιονίζουσες ακτινοβολίες και ραδιενεργά σώματα
 33. Επαγγελματικός σπασμός
 34. Απόσπαση από υπερφόρτιση των ακανθωδών αποφύσεων
 35. Επαγγελματικές πνευμονοπάθειες
 36. Αλλεργικές δερματίτιδες εξ επαφής
 37. Ερεθιστικές δερματίτιδες εξ επαφής
-

Ως προς την οικονομική δραστηριότητα της επιχείρησης που απασχολούνταν ο ασφαλισμένος, 16 (53,3%) περιπτώσεις αφορούσαν στις μεταποιητικές βιομηχανίες και 11 (36,7%) στις κατασκευές. Από τους ασφαλισμένους του κλάδου των μεταποιητικών βιομηχανιών, 11 (68,8%) ήταν ειδικευμένοι τεχνίτες, για επτά (43,8%) περιπτώσεις ο αιτιολογικός παράγοντας έκθεσης στη νόσο αφορούσε σε βιομηχανικούς παράγοντες, υλικά και προϊόντα και 11 (68,8%) είχαν ποσοστό αναπηρίας επαγγελματικής νόσου από 20% έως 50%. Από τους ασφαλισμένους του κλάδου των κατασκευών, οκτώ (72,7%) ήταν ανειδίκευτοι εργάτες, για οκτώ (72,7%) περιπτώσεις ο αιτιολογικός παράγοντας έκθεσης στη νόσο ήταν κάποιος χημικός παράγοντας ή ανόργανη ένωση και επτά (63,6%) είχαν ποσοστό αναπηρίας επαγγελματικής νόσου από 50% έως 80%.

Η αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής και η μολυβδίαση παρουσίαζαν τη μεγαλύτερη συχνότητα με εννέα (30,0%) και έξι (23,3%) περιπτώσεις, αντίστοιχα. Από τις εννέα περιπτώσεις με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής οι οκτώ (88,9%) αποδόθηκαν σε εργαζόμενους του κλάδου των κατασκευών, επίσης οκτώ (88,9%) προκλήθηκαν από κάποιο χημικό παράγοντα ή ανόργανη ένωση και σε έξι (66,7%) περιπτώσεις καταγράφηκε ποσοστό αναπηρίας από 50% έως 80%. Από τις έξι περιπτώσεις με μολυβδίαση, οι πέντε (83,3%) αποδόθηκαν σε εργαζόμενους του κλάδου των μεταποιητικών βιομηχανιών, και οι έξι προκλήθηκαν από κάποιο χημικό παράγοντα ή ανόργανη ένωση και έχουν ποσοστό αναπηρίας από 40% έως 70% (Πίνακας 5).

Στο σύνολο των περιπτώσεων, οι δώδεκα είχαν ποσοστό αναπηρίας από 20% μέχρι 45% και οι υπόλοιπες 18 από 50% έως 80%. Από τις 18 περιπτώσεις με ποσοστό πάνω από 50% οι 11 (61,1%) διεγνώσθησαν με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής και μολυβδίαση.

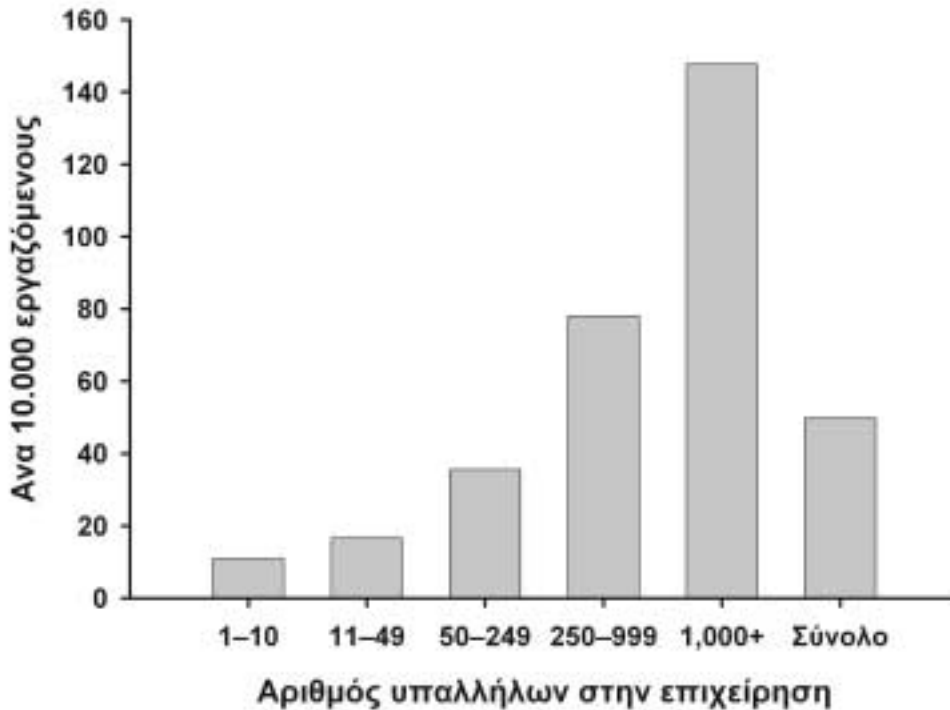
Ο αιτιολογικός παράγοντας έκθεσης στη νόσο περιγράφηκε για 29 από τις 30 περιπτώσεις εκ των οποίων στις 14 (48,3%) η νόσος αποδόθηκε σε χημικούς παράγοντες ή ανόργανες ενώσεις και στις 11 (37,9%) σε βιομηχανικούς παράγοντες, υλικά και προϊόντα.

Τέλος, όσον αφορά στο ακριβές προϊόν έκθεσης στη νόσο, καταγράφηκαν 12 (40,0%) περιπτώσεις που η έκθεση στη νόσο προκλήθηκε από κατασκευαστικά ή οικοδομικά υλικά. Από αυτές τις περιπτώσεις οι εννέα (75,0%) αφορούσαν σε ανειδίκευτους εργάτες, οι 11 (91,7%) στον κατασκευαστικό κλάδο και οι οκτώ (66,7%) περιπτώσεις διαγνώσθησαν με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής.

Πίνακας 5. Επαγγελματικοί νόσοι ανά επάγγελμα και διάγνωση σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) του έτους 2005.

Διάγνωση	Επάγγελμα Occupation				Σύνολο
	Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί & α.σ.ε.	Ειδικευμένοι τεχνίτες & α.σ.ε.	Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων & εξοπλισμού & συναρμολογητές	Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρωνακτές & μικροεπαγγελματίες	
Καρκίνος Ουροδόχου Κύστης	0	1	0	0	1
Απώλεια ακοής εξαιτίας θορύβου	0	0	1	1	2
Χρόνια Βρογχίτιδα	0	1	0	0	1
Άσθμα	0	2	0	0	2
Αμιάντωση	0	0	1	1	2
Πνευμονοκονίαση εξαιτίας κρυσταλλικού πυριτικού οξέος	0	0	0	1	1
Πνευμονοκονίαση εξαιτίας άλλων πυριτικών οξέων	0	2	0	1	3
Πνευμονική ίνωση λόγω χημικών, αερίων και καπνών	1	0	0	0	1
Αλλεργική Δερματίτιδα εξ' επαφής	0	3	0	6	9
Ερεθιστική Δερματίτιδα εξ' επαφής	0	2	0	0	2
Μολυβδίαση	0	5	0	1	6
Σύνολο	1	16	2	11	30

Συχνότητα επαγγελματικών παθήσεων ανά ομάδα επιχειρήσεων - Διαχωρισμός σύμφωνα με τον αριθμό των υπαλλήλων.



Εικόνα 1. Γραφική παράσταση της συχνότητας επαγγελματικών ασθενειών στις ΗΠΑ το 1997 σύμφωνα με τα στοιχεία ανά ομάδα επιχειρήσεων σύμφωνα με τον αριθμό των εργαζομένων που απασχολεί. Η συχνότητα δίνεται ανά 10.000 εργαζόμενους με πλήρη απασχόληση και υπολογίζεται από τον αριθμό ωρών εργασίας που δηλώθηκαν συνολικά. Τα στοιχεία προέρχονται από το αρχείο της μελέτης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών (Survey of Occupational Injuries and Illnesses; SOII 1997) του Γραφείου για την αναλογιστική της εργασίας (Bureau of Labor Statistics; BLS) των ΗΠΑ και χρησιμοποιεί στοιχεία καταγεγραμμένα από γιατρούς εργασίας στα αρχεία των εργοδοτών. Από τον υπολογισμό έχουν εξαιρεθεί τα εργατικά ατυχήματα (θανατηφόρα και μη) και οι θανατηφόρες επαγγελματικές παθήσεις.

Η συχνότητα για τις επαγγελματικές ασθένειες που περιγράφεται στα ανωτέρω στοιχεία (Πίνακας 5) είναι πολύ χαμηλή σε σύγκριση με τα στοιχεία άλλων ανεπτυγμένων χωρών όπου η συχνότητα επαγγελματικών ασθενειών (μη θανατηφόρων ασθενειών με εξαίρεση τα ατυχήματα) ανέρχεται περίπου σε 0,5% των εργαζομένων (Εικόνα 1), δηλαδή περίπου 5000 περιπτώσεις μη θανατηφόρων επαγγελματικών ασθενειών ανά εκατομμύριο εργαζόμενους (5;55). Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην Εικόνα 1 προέρχονται από το αρχείο της μελέτης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών (Survey of Occupational Injuries and Illnesses; SOII, 1997) του Γραφείου για την αναλογιστική της εργασίας (Bureau of Labor Statistics; BLS. Βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9181, Ιστοσελίδα 13) των ΗΠΑ και χρησιμοποιεί στοιχεία καταγεγραμμένα από γιατρούς εργασίας στα αρχεία των εργοδοτών (56;57). Πανομοιότυπα είναι και τα στοιχεία που ανακοινώνονται και από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας των ΗΠΑ (National Institute of Occupational Safety and Health; NIOSH. Βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδα 7) (11). Με βάση τα διεθνή αυτά επιδημιολογικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι από τους 2.000.000 περίπου Έλληνες εργαζόμενους ασφαλι-

σμένους στο Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. περίπου οι 10.000 θα έπρεπε να είναι καταγεγραμμένοι με κάποια αναγνωρισμένη επαγγελματική πάθηση. Βέβαιο είναι, ότι ένα μεγάλο μέρος αυτών θα έπρεπε να είναι καταγεγραμμένοι και από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μησθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.).

Για να καταστεί δυνατή μια συστηματική καταγραφή είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και εφαρμογή απλών μεθόδων διαλογής και εν συνεχεία διαγνωστικής προσέγγισης των επαγγελματικών νοσημάτων σε ευρεία κλίμακα (56;58). Ακριβώς η ανάπτυξη και πιλοτική εφαρμογή τέτοιων μεθόδων αποτελεί το κέντρο βάρους της μελέτης που παρουσιάζεται.

2

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πρωταρχικούς στόχους της παρούσας μελέτης αποτελούν τα εξής:

1. η ανάπτυξη απλών μεθόδων αναγνώρισης και διαλογής των επαγγελματικών νοσημάτων καθώς και
2. αναγνώρισης των βλαπτικών παραγόντων στον εργασιακό χώρο,
3. η πιλοτική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων σε ασθενείς νοσηλευόμενους σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο της χώρας (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης) καθώς και
4. η καταγραφή στην ειδική αυτή ομάδα του πληθυσμού της συχνότητας επαγγελματικών παθήσεων και της έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στον επαγγελματικό χώρο.

Απώτερος στόχος είναι τα αποτελέσματα της μελέτης να αποτελέσουν βάση για να επαναπροσδιοριστούν παλαιά και αναγνωριστούν νέα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία στον εργασιακό χώρο, τα οποία απαιτούν πρόσθετες προσπάθειες έρευνας και πρόληψης.

Τέλος, η ανάλυση των ευρημάτων της μελέτης θα έχει σαν αποτέλεσμα να διευκολυνθεί η πρόωμη και η εν γένει διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με επαγγελματικά νοσήματα στη χώρα μας και να διευρυνθεί η συστηματική καταγραφή τους σε ευρεία κλίμακα.

3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πληθυσμός μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης απετέλεσαν όλοι οι ασθενείς στους οποίους έγινε εισαγωγή από τον Ιούλιο 2004 μέχρι το Δεκέμβριο του 2004 σε κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λαρίσης (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 4 και 5) και συγκεκριμένα στην Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική (44 κλίνες), την Παθολογική Κλινική του Ε.Σ.Υ. (29 κλίνες), την Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική (21 κλίνες), την Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική (23 κλίνες), την Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική (44 κλίνες), την Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική (21 κλίνες), την Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική (19 κλίνες) και την Πανεπιστημιακή Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική (Ω.Ρ.Λ., 15 κλίνες) (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 4 και Πίνακας 6).

Όλοι ανεξαιρέτως οι ασθενείς που κατά το ανωτέρω χρονικό διάστημα είχαν εισαχθεί και νοσηλεύτηκαν στις προαναφερθείσες κλινικές συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν όλοι οι εισαγόμενοι ασθενείς, παρότι σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό δεν κατέστη δυνατό κυρίως διότι δεν έγινε έγκαιρη ειδοποίηση (πριν τη χορήγηση του εξιτηρίου ή την μεταφορά του ασθενούς) από το νοσηλευτικό ή το ιατρικό προσωπικό της εκάστοτε κλινικής. Είναι πιθανό για αυτό το λόγο να λείπουν από τη μελέτη ορισμένοι ασθενείς που, είτε επειδή εξήλθαν γρήγορα είτε επειδή μεταφέρθηκαν επειγόντως σε άλλες κλινικές, νοσηλεύτηκαν μόνο για μικρό χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς που κατά την αυτή νοσηλεία μεταφέρονταν σε μια άλλη κλινική εντός του νοσοκομείου καταγράφονταν μόνον άπαξ. Αντίθετα, ασθενείς που έτυχε να επανεισαχθούν κατά το διάστημα της μελέτης καταγράφονταν σαν ξεχωριστά περιστατικά.

Η αιτία της εισαγωγής, η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, η συνταξιοδότηση, η αναπηρία δεν αποτελούσαν κατά τον ένα ή άλλο τρόπο κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού από τη μελέτη. Αντίθετα όλα τα παραπάνω στοιχεία ήταν μέρος των δεδομένων που καταγράφονταν.

Μέθοδοι συλλογής στοιχείων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία επισυνάπτονται στο τέλος της παρούσας συνοπτικής έκθεσης (Βασικό ερωτηματολόγιο 1, βλέπε σελίδα 77). Το βασικό ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 20 ερωτήσεις που επικέντρωναν κυρίως στα εξής: Γενικά στοιχεία, ασθένειες (διάγνωση εισαγωγής, αναμνηστικό), εργατικά ατυχήματα, αναπηρία, επαγγελματική έκθεση σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες καθώς και την εφαρμογή των αντίστοιχων μέτρων προφύλαξης.

Στα γενικά στοιχεία συμπεριλαμβάνονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών δηλαδή η ηλικία (έτη), το φύλο, ο τόπος διαμονής (αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή), η εργασιακή κατάσταση (ενεργός, συνταξιούχος, άνεργος) και το επάγγελμα (τίτλος επαγγέλματος χωρίς λεπτομερή περιγραφή του). Αναλυτικότερα, ο τόπος διαμονής αντιστοιχούσε στην κύρια κατοικία του ασθενούς και ταξινομήθηκε ανάλογα με την περιοχή της κατοικίας σε τρεις ομάδες: αστική, ημιαστική και αγροτι-

κή. Ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση, οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: ενεργά απασχολούμενους, συνταξιούχους και ανέργους. Όσον αφορά στο επάγγελμα, καταγράφηκε μόνο ο τίτλος του επαγγέλματος χωρίς τη λεπτομερή περιγραφή του.

Επιπλέον, στην ανάλυση των ανωτέρω δημογραφικών στοιχείων λαμβάνονταν υπόψη μόνο το επάγγελμα που ασκούσαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της μελέτης και για τους συνταξιούχους το τελευταίο επάγγελμα που ασκούσαν πριν τη συνταξιοδότηση. Αντίθετα, στην εκτίμηση αν στην εκάστοτε περίπτωση επρόκειτο για επαγγελματική πάθηση ή όχι, λαμβάνονταν υπόψη όλα τα επαγγέλματα που ασκήθηκαν κατά καιρούς (Βασικό ερωτηματολόγιο 1, βλέπε σελίδα 77).

Περιπτώσεις με αναπηρία θεωρούνταν μόνον αυτές στις οποίες η αναπηρία ήταν αναγνωρισμένη από τον ασφαλιστικό φορέα, ανεξαρτήτως του βαθμού της. Τα στοιχεία για την επαγγελματική έκθεση, δηλαδή έκθεση σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στο χώρο της εργασίας, καταγράφονταν σύμφωνα με τις πληροφορίες που έδινε ο κάθε ασθενής αλλά ταυτόχρονα και με συγκεκριμένες ερωτήσεις για αναμενόμενους βλαπτικούς παράγοντες ανάλογα με το επάγγελμα που ανέφερε.

Η εξέταση του ασθενή, δηλαδή η συλλογή των στοιχείων με το επαγγελματικό ιστορικό και τα ειδικά ερωτηματολόγια (Ιστορικό, βλέπε σελίδα 81), λάμβανε χώρα επτά ημέρες το αργότερο μετά την εισαγωγή του. Η συλλογή των στοιχείων έγινε από γιατρούς μετά από μια σύντομη εισαγωγή στο θέμα και αφού τους δόθηκε ένας συνοπτικός κατάλογος των κυριότερων επαγγελματικών παθήσεων και των αντίστοιχων εκθέσεων που τις προκαλούν (4). Όλοι κατείχαν ιατρική ειδικότητα ή είχαν ολοκληρώσει τουλάχιστον δύο έτη του χρόνου ειδικότητας. Οι γιατροί αυτοί δεν είχαν κάποια προηγούμενη εκπαίδευση στην ιατρική της εργασίας και οι ειδικοί δεν κατείχαν την ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας. Συγκεκριμένα ήταν είτε γενικοί γιατροί, είτε παθολόγοι, είτε πνευμονολόγοι. Τέλος, δεν είχαν εργασιακή σχέση με την κλινική από την οποία προέρχονταν οι ασθενείς και δεν είχαν συμμετάσχει σε καμία χρονική περίοδο στη διαδικασία της εισαγωγής ή της νοσηλείας τους. Με αυτές τις προϋποθέσεις θεωρήσαμε ότι η πιθανότητα ύπαρξης συστηματικού σφάλματος κατά τη συλλογή των στοιχείων και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ελαχιστοποιήθηκε.

Όλοι οι ασθενείς έδιναν τη συγκατάθεσή τους πριν από τη συλλογή των στοιχείων για τη μελέτη. Η συγκατάθεση και τα στοιχεία για τη μελέτη δόθηκαν από τους ασθενείς στην περίπτωση που οι ίδιοι μπορούσαν να επικοινωνήσουν για την απάντηση του ερωτηματολογίου και τη λήψη του επαγγελματικού ιστορικού ενώ σε αντίθετη περίπτωση τη συγκατάθεση και το ιστορικό έδιναν οι οικείοι τους.

Ηλεκτρονική καταγραφή δεδομένων

Μετά τη συλλογή όλων των στοιχείων και την επεξεργασία των ερωτηματολογίων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και έγινε καταγραφή των δεδομένων. Η καταγραφή των δεδομένων (μεταβλητών) σε ηλεκτρονική μορφή έγινε ανώνυμα σε πίνακες του προγράμματος Excel[®] της εταιρίας Microsoft από μη ιατρικό προσωπικό, που είχε προηγουμένως ειδική εκπαίδευση στο συγκεκριμένο λογισμικό. Στη συνέχεια, τα αρχεία μεταφέρθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS[®] (10η έκδοση του SPSS[®] για Windows[®], SPSS Inc., Chicago, IL, USA) για περαιτέρω στατιστική ανάλυση και επεξεργασία (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 11).

Η ηλικία και η διάρκεια απασχόλησης στο χρονικά τελευταίο ασκούμενο επάγγελμα καταγράφηκαν

σε έτη. Οι τίτλοι των επαγγελματιών καταγράφηκαν ολογράφως μεριμνώντας ώστε η καταγραφή να γίνεται με όμοια ορθογραφία κάθε φορά που καταγράφονταν ένα επάγγελμα. Επίσης, χρησιμοποιούνταν το ίδιο γένος σε κάθε περίπτωση ανεξαρτήτως αν επρόκειτο για άνδρα ή γυναίκα, π.χ. οδοκαθαριστής και για τα δύο φύλα. Η τήρηση της ορθογραφίας κατά τον τρόπο αυτό στο ηλεκτρονικό αρχείο διευκόλυνε την επεξεργασία των στοιχείων στη συνέχεια, χωρίς να γίνει απαραίτητα κωδικοποίηση του κάθε επαγγέλματος ξεχωριστά. Η ίδια τακτική ακολουθήθηκε και για τις διάφορες ασθένειες.

Παράλληλα, έγινε κατάταξη και κωδικοποίηση των επαγγελματιών σύμφωνα με τους μονοψήφιους κωδικούς που χρησιμοποιούνται και στα αρχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Γ.Γ. Ε.Σ. Υ.Ε.) (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 10).

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε κατά κύριο λόγο περιγραφικές μεθόδους, διότι έγινε για την όσο δυνατόν καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων. Οι συνεχείς παράμετροι (μεταβλητές) όπως η ηλικία (έτη) και η διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης (έτη), παρουσιάστηκαν ως μέση τιμή και σταθερή απόκλιση ($x \pm SD$). Η εξέταση της κανονικής κατανομής των συνεχών μεταβλητών έγινε με τη δοκιμασία κατά Kolmogorov-Smirnov Z. Η σύγκριση δε των συνεχών μεταβλητών έγινε με το t-test για εξηρημένες και επίσης με το t-test για ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι συγκρίσεις των συχνοτήτων έγιναν με τη στατιστική δοκιμασία χ^2 (chi-square).

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS® (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9180, Ιστοσελίδα 11), το οποίο διατέθηκε (10η έκδοση του SPSS® για Windows®, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) για το σκοπό αυτό από το Εργαστήριο Βιομετρίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (βλέπε σελίδα 63, σελίδα 9080, Ιστοσελίδα 6).

Πίνακας 6. Δημογραφικά στοιχεία του συνολικού δείγματος ασθενών και η κατανομή ανά κλινική.

Κλινικές	Ασθενείς						
	Σύνολο	Ηλικία (έτη)	Φύλο (γυναίκες)	Κατοικία σε περιοχή		Κατάσταση απασχόλησης	
				Αστική	Αγροτική – ΗΑ ¹	Εργαζόμενοι	Συνταξιούχοι
n (%) ²	$x \pm SD$	n (%) ³	n (%) ³	n (%) ³	n (%) ³	n (%) ³	
Παθολογικές	514 (30,7)	65 ± 15	228 (44,4)	250 (48,80)	262 (51,20)	174 (33,90)	216 (42,00)
Πνευμονολογική	412 (24,6)	66 ± 13	120 (29,1)	186 (45,10)	226 (54,90)	176 (42,70)	204 (49,50)
Νευρολογική	134 (8,0)	50 ± 16	78 (58,2)	82 (61,20)	52 (38,80)	62 (46,30)	46 (34,30)
Χειρουργική	274 (16,3)	60 ± 16	120 (43,8)	136 (50,40)	134 (49,60)	120 (43,80)	88 (32,10)
Ορθοπαιδική	148 (8,8)	58 ± 17	88 (59,5)	80 (54,10)	68 (45,90)	80 (54,10)	42 (28,40)
Ουρολογική	174 (10,4)	66 ± 13	34 (19,5)	76 (43,70)	98 (56,30)	46 (26,40)	124 (71,30)
Ω.Ρ.Λ.	20 (1,2)	53 ± 17	2 (10,0)	12 (60,00)	8 (40,00)	10 (50,00)	8 (40,00)
Σύνολο	1676	62 ± 16	670 (40,0)	822 (49,20)	848 (50,80)	668 (39,90)	728 (43,40)

¹ ΗΑ = Ημιαστική περιοχή.

² Ποσοστό ασθενών επί του συνόλου των εισαγωγών στις παραπάνω Κλινικές του Νοσοκομείου.

³ Ποσοστό επί του συνόλου των εισαγωγών της αντίστοιχης κλινικής.

4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**Γενικά χαρακτηριστικά δείγματος**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το δείγμα απετέλεσαν όλοι οι ασθενείς στους οποίους έγινε εισαγωγή από τον Ιούνιο μέχρι το Δεκέμβριο του 2004 σε κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λαρίσης (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 4 και 5).

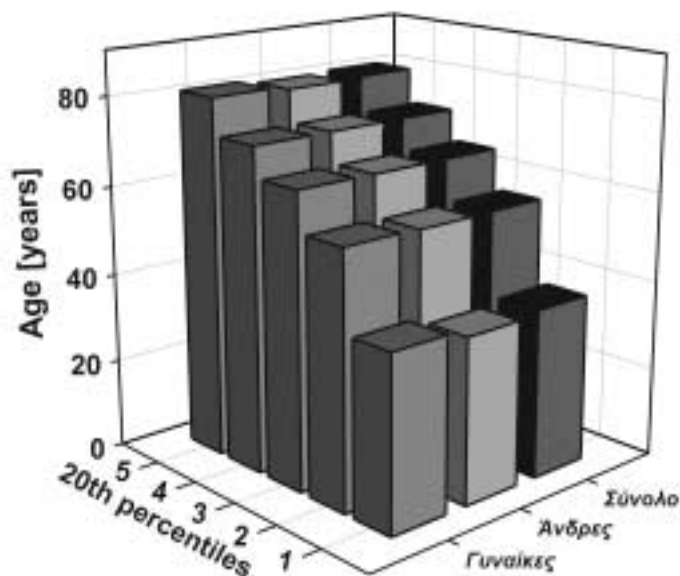
Το συνολικό δείγμα απαρτιζόταν από 1.676 ασθενείς. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν 514 (30,7 %) ασθενείς των Παθολογικών Κλινικών, δηλαδή της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και της Παθολογικής Κλινικής του Ε.Σ.Υ., 412 (24,6 %) ασθενείς της Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής, 134 (8,0 %) της Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής, 274 (16,3 %) της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής, 148 (8,8 %) της Πανεπιστημιακής Ορθοπαιδικής Κλινικής, 174 (10,4 %) της Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής και 20 (1,2 %) ασθενείς της Πανεπιστημιακής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής (Ω.Ρ.Λ.) (Πίνακας 6).

Άρνηση για συμμετοχή στη μελέτη δεν παρατηρήθηκε σε καμιά περίπτωση. Περιπτώσεις στις οποίες η απάντηση δεν ήταν δυνατό να δοθεί από τους ίδιους τους ασθενείς ανέρχονταν σε 1,1 % (n = 18) του συνολικού δείγματος (n = 1.676). Στις περιπτώσεις αυτές, στις οποίες επρόκειτο κυρίως για περιστατικά αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, κρανιο-εγκεφαλικών κακώσεων ή πολύ βαριά πασχόντων, οι απαντήσεις δόθηκαν αναγκαστικά από τους οικείους τους.

Ηλικία, Φύλο

Στον Πίνακα 6 περιγράφονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το συνολικό δείγμα απαρτιζόταν από 1.676 ασθενείς ηλικίας 62 ± 16 ετών. Συνολικά συμμετείχαν 1.006 άνδρες (60 % του συνόλου) και 670 γυναίκες (40 % του συνόλου). Εκτός από την Ουρολογική Κλινική (περίπου 80 % άνδρες), την Πνευμονολογική Κλινική (περίπου 70 % άνδρες) και την Ω.Ρ.Λ. Κλινική (περίπου 90 % άνδρες), στις οποίες ξεκάθαρα επικρατούσαν οι άνδρες, η κατανομή του φύλου των ασθενών στις διάφορες Κλινικές ήταν σχεδόν ομοιόμορφη.

Ηλικιακή κατανομή ανά φύλο



Εικόνα 2. Γραφική παράσταση της ηλικιακής κατανομής του εξετασθέντος δείγματος ανά φύλο. Παρατηρούμε ότι η ηλικιακή κατανομή ανδρών και γυναικών είναι πανομοιότυπη.

Η ηλικία των ανδρών (63 ± 15 έτη) δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά από την ηλικία των γυναικών (62 ± 16 έτη, $p > 0,05$). Στην Εικόνα 2 παρουσιάζεται αναλυτικότερα η ηλικιακή κατανομή στα δύο φύλα, η οποία όπως φαίνεται είναι πανομοιότυπη. Ένα ποσοστό 52 % περίπου του συνολικού δείγματος ήταν άνω των 64 ετών (880/1676, 52,5 %) (Εικόνα 2) ενώ μόνο 2,4 % ήταν νέοι μέχρι 25 ετών (40/1676, 2,4 %).

Η ηλικία των ασθενών των Παθολογικών Κλινικών (65 ± 15 έτη), της Πνευμονολογικής Κλινικής (66 ± 13 έτη) και της Ουρολογικής Κλινικής (66 ± 13 έτη) ήταν μεγαλύτερη από την ηλικία των ασθενών της Ορθοπαιδικής Κλινικής (58 ± 17 έτη, $p < 0,01$), της Νευρολογικής Κλινικής (50 ± 16 έτη, $p < 0,01$) και της Ω.Ρ.Λ. Κλινικής (53 ± 17 έτη, $p < 0,05$) (Πίνακας 6).

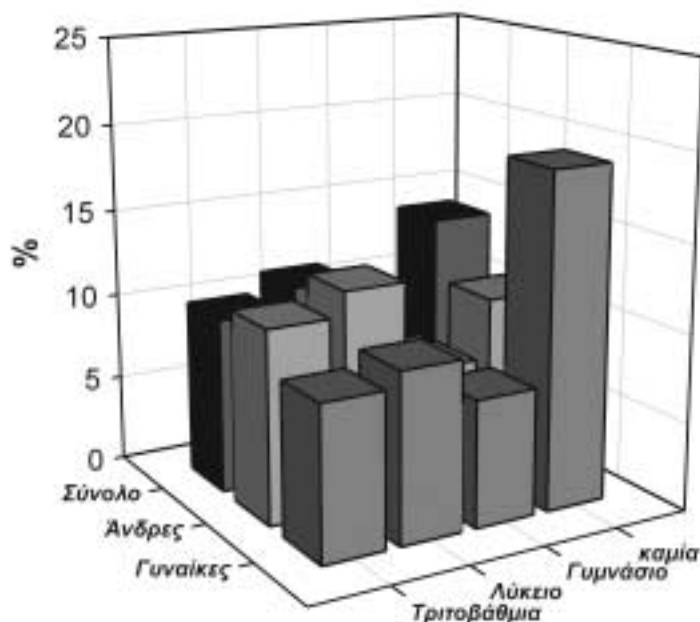
Τόπος διαμονής και οικογενειακή κατάσταση

Από ένα ποσοστό 49 % του συνόλου των ασθενών δηλώθηκε διαμονή σε αστική περιοχή (822/1676, 49,0 %) ενώ από ένα ποσοστό περί το 51% (848/1676, 50,6 %) δηλώθηκε διαμονή σε ημιαστική ή αγροτική περιοχή. Σε έξι περιπτώσεις η κατοικία δεν δηλώθηκε ακριβώς (6/1676, 0,4 %).

Η ηλικία των ασθενών με μόνιμη κατοικία σε αγροτική ή ημιαστική περιοχή ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με αυτή των ασθενών που είχαν μόνιμη κατοικία σε αστική περιοχή (65 ± 14 έτη και 60 ± 17 έτη αντίστοιχα, $p < 0,001$). Η διαφορά αυτή αντανακλά πιθανότατα την τάση για συγκέντρωση του νέου πληθυσμού στις πόλεις που χαρακτηριστικά παρατηρείται στη χώρα μας. Η κατανομή των δύο φύλων δεν παρουσίαζε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών ($p = 0,137$) παρότι οι άνδρες ήταν κάπως πιο πολλοί από τις γυναίκες σε αγροτικές περιοχές (52,1 %) και κάπως πιο λίγοι στις αστικές περιοχές (47,3 %).

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση στο συνολικό δείγμα των ασθενών που εξετάστηκαν, επικρατούσαν οι έγγαμοι, που ανέρχονταν σε ένα ποσοστό 91 % περίπου του συνόλου των ασθενών που εξετάστηκαν (1528/1676, 91,2 %).

Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου ανά φύλο



Εικόνα 3. Γραφική παράσταση του μορφωτικού επιπέδου του εξετασθέντος δείγματος, το οποίο είναι κατανομημένο ανά φύλο. Παρατηρούμε την υψηλότερη συχνότητα της έλλειψης σχολικής εκπαίδευσης (πιο συγκεκριμένα μη ολοκλήρωσης της δημοτικής εκπαίδευσης) στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ($p < 0,001$). Το ποσοστό του δείγματος με ολοκληρωμένη δημοτική εκπαίδευση ανέρχονταν περίπου στο 60% και στα δύο φύλλα και παραλείπεται από τη γραφική παράσταση για λόγους ευκρινείας.

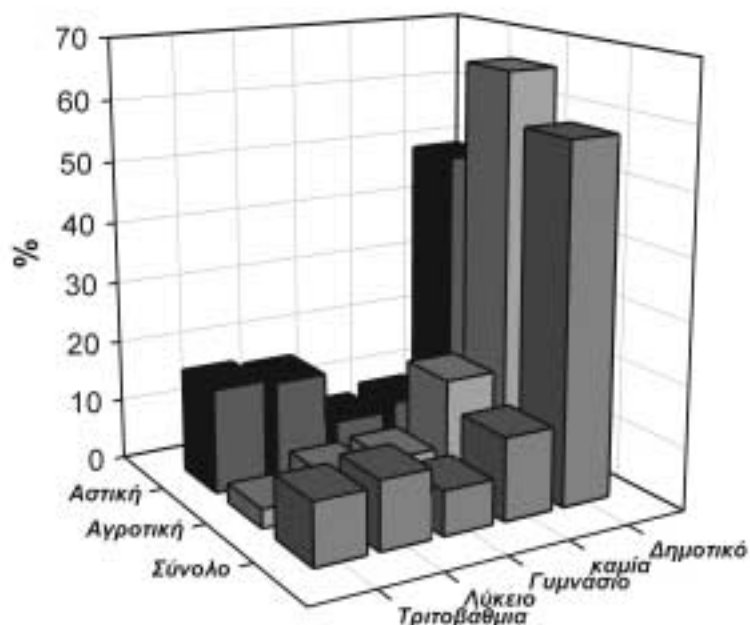
Μορφωτικό επίπεδο

Από ένα ποσοστό περί το 13 % του συνολικού δείγματος (226/1676, 13,5 %) αναφέρθηκε ότι δεν ολοκλήρωσε καμία βαθμίδα εκπαίδευσης (ούτε και την πρωτοβάθμια). Σε ένα σημαντικό μέρος του υποσυνόλου αυτού είναι βέβαιο ότι υφίστατο αναλφαβητισμός, παρότι το θέμα αυτό δεν διερευνήθηκε ειδικά. Σε ένα ποσοστό 58 % περίπου του συνολικού δείγματος (966/1676, 57,6 %) αναφέρθηκε παρακολούθηση και ολοκλήρωση της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ μόνο 10 % του δείγματος (168/1676, 10,0 %) ανέφερε παρακολούθηση και ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Εικόνα 3).

Η εκπαίδευση ήταν κάπως πιο υψηλόβαθμη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες ($p = 0,025$, Εικόνα 3). Αναλυτικότερα, η συχνότητα έλλειψης σχολικής εκπαίδευσης, ή πιο συγκεκριμένα μη ολοκλήρωσης της πρωτοβάθμιας (δημοτικής) εκπαίδευσης, ήταν σημαντικά υψηλότερη ($p < 0,001$) στις γυναίκες (124/670, 18,5 %) σε σύγκριση με τους άνδρες (102/1006, 10,1 %). Η δε συχνότητα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στους άνδρες ανέρχονταν σε 11 % περίπου (110/1006, 10,9 %) και ήταν ελάχιστα μεγαλύτερη από ότι στις γυναίκες στις οποίες η συχνότητά της ανέρχονταν σε 9 % περίπου (58/670, 8,7 %).

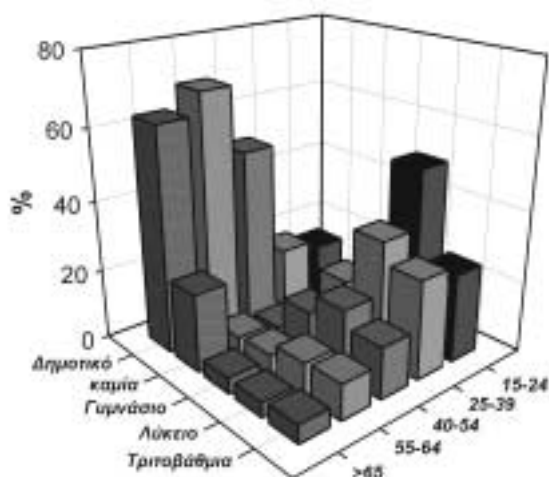
Επιπλέον η εκπαίδευση ήταν πιο υψηλόβαθμη στους κατοίκους των αστικών περιοχών σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών (Εικόνα 4). Ποσοστό 17 % των ασθενών από αστικές περιοχές (140/822, 17,0 %) είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ αντίστοιχα μόνο ποσοστό 4 % των ασθενών από αγροτικές περιοχές (28/848, 4,3 %). Κατ' αναλογία έλλειψη σχολικής εκπαίδευσης υφίστατο σε ποσοστό 9,2 % στις αστικές περιοχές (76/822, 9,2 %) ενώ σε ποσοστό 17,6 % στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές (148/848, 17,6 %).

Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου ανάλογα με τον τόπο κατοικίας



Εικόνα 4. Η εκπαίδευση ήταν πιο υψηλόβαθμη στους κατοίκους των αστικών περιοχών σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Όπως φαίνεται και στην γραφική παράσταση ποσοστό 17 % των ασθενών από αστικές περιοχές (140/822, 17,0 %) είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ αντίστοιχα μόνο ποσοστό περίπου 4 % των ασθενών από αγροτικές περιοχές (28/848, 4,3 %). Κατ' αναλογία, έλλειψη σχολικής εκπαίδευσης υφίστατο σε ποσοστό 9,2 % στις αστικές περιοχές (76/822, 9,2 %) ενώ σε ποσοστό 17,6 % στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές (148/848, 17,6 %).

Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου ανάλογα με την ηλικία των ασθενών



Εικόνα 5. Το μορφωτικό επίπεδο ήταν υψηλότερο στους νεότερους ασθενείς όπως φαίνεται και στην παραπάνω γραφική παράσταση. Συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών μόνο σε ποσοστό περίπου 5 % αναφέρθηκε τριτοβάθμια εκπαίδευση (46/880, 5,2 %), ενώ σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 25 – 39 ετών σε ένα ποσοστό περίπου 28 % (38/136, 27,9 %) και σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 40 – 54 ετών σε ένα ποσοστό περίπου 15 % (38/262, 14,5 %) αντίστοιχα.

Το μορφωτικό επίπεδο ήταν επίσης σημαντικά υψηλότερο στους νεότερους ασθενείς σε σύγκριση με τους πιο ηλικιωμένους (Εικόνα 5). Συγκεκριμένα, από το συνολικό δείγμα μεταξύ των ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών αναφέρθηκε τριτοβάθμια εκπαίδευση μόνο σε ποσοστό περίπου 5 % (46/880, 5,2 %), ενώ στους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 25 – 39 ετών σε ένα ποσοστό περίπου 28 % (38/136, 27,9%) αντίστοιχα. Τέλος ασθενείς ηλικίας μεταξύ 40 – 54 ετών δήλωσαν ότι ολοκλήρωσαν τριτοβάθμια εκπαίδευση σε ένα ποσοστό περί το 15 % (38/262, 14,5 %).

Κατάσταση απασχόλησης

Από τα στοιχεία της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι από τους 1676 ασθενείς του Νοσοκομείου, που εξετάστηκαν συνολικά, περίπου 40 % ήταν εργαζόμενοι (672/1676, 40,0 %) ενώ ένα ποσοστό 43% περίπου ήταν συνταξιούχοι (728/1676, 43,4 %) (Πίνακας 6 και Εικόνα 6).

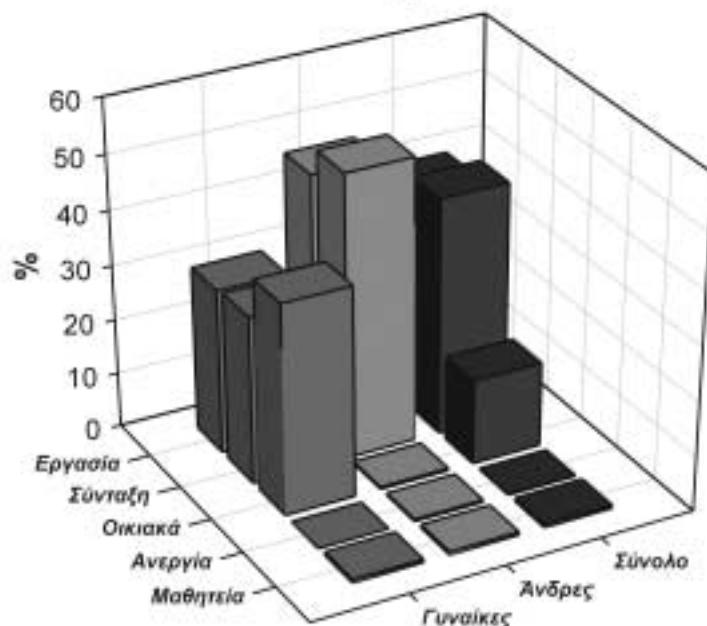
Μεταξύ των ανδρών που εξετάστηκαν 47 % περίπου ήταν ενεργά απασχολούμενοι (470/1006, 46,7%) και 52 % περίπου ήταν συνταξιούχοι (522/1006, 51,9 %). Μεταξύ των γυναικών ένα ποσοστό περί το 30 % ήταν εργαζόμενες (202/670, 30,1 %) και περί το 31 % ήταν συνταξιούχοι (206/670, 30,7%).

Ένα ποσοστό, περίπου 40 %, του συνόλου των γυναικών (264/670, 39,4 %) δήλωσαν σαν κύρια απασχόληση τα οικιακά. Τα οικιακά είχαν σαν κύρια απασχόληση και 2 άνδρες. Το 50 % όμως περίπου των απασχολουμένων με τις οικιακές εργασίες (130/266, 48,9 %) είτε κατά τη διάρκεια της μελέτης είτε στο παρελθόν είχαν μια παράλληλη προς τα οικιακά πλήρη ή μερική απασχόληση, συνήθως τη γεωργία ή την κτηνοτροφία (84/130, 64,6 %) (Πίνακας 7).

Άνεργοι δήλωσαν 4 άνδρες (0,4 % του συνόλου των ανδρών) και καμία γυναίκα. Ένα μικρό ποσοστό του δείγματος που εξετάστηκε βρίσκονταν ακόμη στη φάση της εκπαίδευσης, ήταν δηλαδή μαθητές ή φοιτητές (0,6 % του συνόλου) (Πίνακας 7).

Η διάρκεια της απασχόλησης στο σύνολο των ασθενών, δηλαδή αυτών που ήταν εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της μελέτης ή υπήρξαν εργαζόμενοι πριν την συνταξιοδότησή τους, ανέρχονταν σε 36 ± 16 έτη. Στους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι (ενεργά απασχολούμενοι) κατά τη διάρκεια της μελέτης (μέση ηλικία 51 ± 13 έτη) η διάρκεια απασχόλησης ανέρχονταν σε $29 + 14$ έτη και ήταν φυσικά μικρότερη από ότι στους συνταξιούχους (μέση ηλικία 73 ± 8 έτη) στους οποίους ανέρχονταν $43 + 13$ έτη.

Κατανομή της κατάστασης απασχόλησης ανά φύλο στο συνολικό δείγμα των ασθενών



Εικόνα 6. Γραφική παράσταση της κατάστασης απασχόλησης του εξετασθέντος δείγματος, το οποίο είναι κατανεμημένο ανά φύλο. Παρατηρούμε την υψηλή συχνότητα της απασχόλησης των γυναικών αποκλειστικά με οικιακές εργασίες και την υψηλή συχνότητα συνταξιοδοτημένων ατόμων στο δείγμα.

Πίνακας 7. Ταξινόμηση του εξετασθέντος δείγματος ασθενών ανά είδος επαγγέλματος, κατάσταση απασχόλησης και ανά φύλο.

Επάγγελμα (κωδικός)	Ασθενείς		
	Σύνολο n (%) ¹	Άνδρες n (%) ¹	Γυναίκες n (%) ¹
(1+2)	38 (2,3)	30 (3,0)	8 (1,2)
(4)	162 (9,7)	100 (9,9)	62 (9,3)
(5)	268 (16,0)	218 (21,7)	50 (7,5)
(6)	596 (35,6)	394 (39,2)	202 (30,1)
(7+8)	196 (11,7)	192 (19,1)	4 (0,6)
(9)	128 (7,6)	58 (5,8)	70 (10,4)
Αταξινόμητα	8 (0,5)	2 (0,2)	6 (0,9)
Οικιακά	266 (15,9)	2 (0,2)	264 (39,4)
Μαθητεία	10 (0,6)	6 (0,6)	4 (0,6)
Ανεργία	4 (0,2)	4 (0,4)	0 (0)
Σύνολο (100 %)	1676	1006	670

¹ Ποσοστό ασθενών με το συγκεκριμένο τύπο επαγγέλματος επί του συνόλου των εισαγωγών στο Νοσοκομείο.

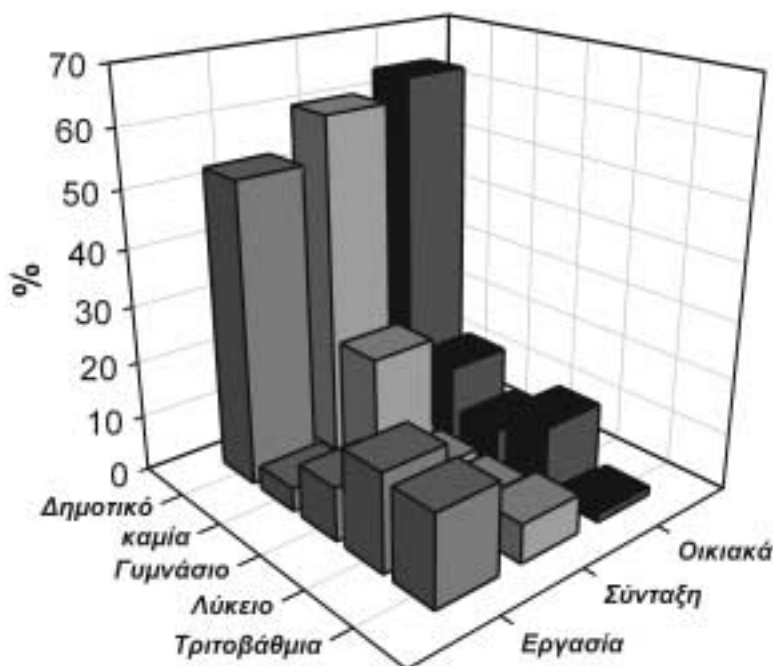
² Κωδικοί: (1) Μέλη των βουλευομένων σωμάτων ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. (2) Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα. (3) Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (4) Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (5) Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές. (6) Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς. (7) Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα. (8) Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μονταδόροι). (9) Ανείδικευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες

Στους ενεργά απασχολούμενους ασθενείς το μορφωτικό επίπεδο ήταν υψηλότερο (Εικόνα 7) από αυτό των συνταξιούχων. Αυτό το εύρημα ήταν αναμενόμενο, επειδή ακριβώς οι ενεργά απασχολούμενοι ήταν σαφώς νεότεροι από τους συνταξιούχους. Αυτή η εξάρτηση του μορφωτικού επιπέδου από την ηλικία είναι αυτονόητη για τη χώρα μας, στην οποία η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου επήλθε σταδιακά στα τελευταία 30-40 έτη, και παρουσιάζεται στη γραφική παράσταση στην Εικόνα 5.

Αναλυτικότερα, οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σε ένα ποσοστό 64% περίπου ήταν ενεργά απασχολούμενοι (108/168, 64,3 %) και σε ποσοστό περίπου 30 % συνταξιούχοι (50/168, 29,8 %). Από τους ασθενείς δε που είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό) περί το 37 % ήταν εργαζόμενοι (356/966, 36,9 %) και 45 % περίπου συνταξιούχοι (440/966, 45,5 %) (Πίνακας 9).

Οι ασθενείς του δείγματος που κατοικούσαν σε αστική περιοχή σε ποσοστό περί το 41 % ήταν εργαζόμενοι (334/822, 40,6 %) και στο ίδιο ποσοστό συνταξιούχοι (334/822, 40,6 %). Από τους κατοίκους των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών περίπου 39 % και 46 % ήταν εργαζόμενοι (334/848, 39,4 %) και συνταξιούχοι (394/848, 46,5 %), αντίστοιχα.

Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης



Εικόνα 7. Γραφική παράσταση του μορφωτικού επιπέδου ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης του εξετασθέντος δείγματος. Παρατηρούμε την υψηλή, εν γένει, συχνότητα χαμηλών βαθμίδων εκπαίδευσης ακόμη και στους ενεργά απασχολούμενους (>50 %). Στην ομάδα των εργαζομένων παρά ταύτα η συχνότητα ύπαρξης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι αυξημένη σε σύγκριση με τους συνταξιούχους ή με τους απασχολούμενους με τις οικιακές εργασίες.

Εργατικό δυναμικό

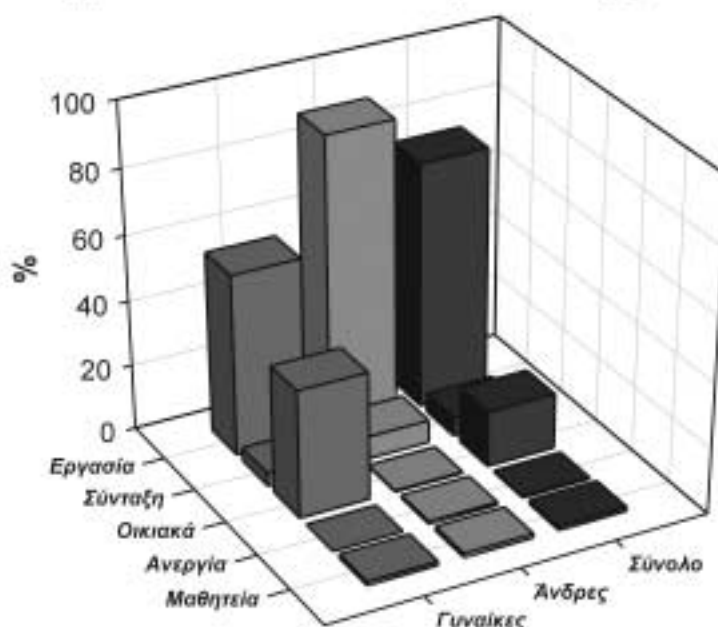
Σύμφωνα με την ηλικία (15-64 έτη) ορίζεται το εργατικό δυναμικό, δηλαδή το μέρος του πληθυσμού που δύναται να εργαστεί. Από το συνολικό δείγμα ασθενών στο εργατικό δυναμικό ανήκε περίπου το 48 % (796/1676, 47,5 %).

Από τους ασθενείς αυτούς, δηλαδή αυτούς που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό, ενεργά απασχολούμενοι ήταν το 75% περίπου (600/796, 75,4 %), συνταξιούχοι το 6 % περίπου (46/796, 5,8 %), με τα οικιακά ασχολούνταν περί το 17 % (136/796, 17,1 %) και σε περίοδο μαθητείας ήταν το 1,3 % (10/796, 1,3 %). Οι άνδρες που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό ήταν σε ποσοστό περί το 90 % ενεργά απασχολούμενοι (410/454, 90,3 %) ενώ οι γυναίκες περί το 56 % (190/342, 55,6 %) αντίστοιχα (Εικόνα 8).

Από το εργατικό δυναμικό οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν ενεργά απασχολούμενοι σε ένα ποσοστό 85 % περίπου (104/122, 85,2 %) και συνταξιούχοι σε ένα ποσοστό 7 % περίπου (8/122, 6,5 %). Από όσους είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό) περί το 74 % ήταν εργαζόμενοι (302/410, 73,7 %) και 5 % περίπου συνταξιούχοι (22/410, 5,4 %) (Εικόνα 9).

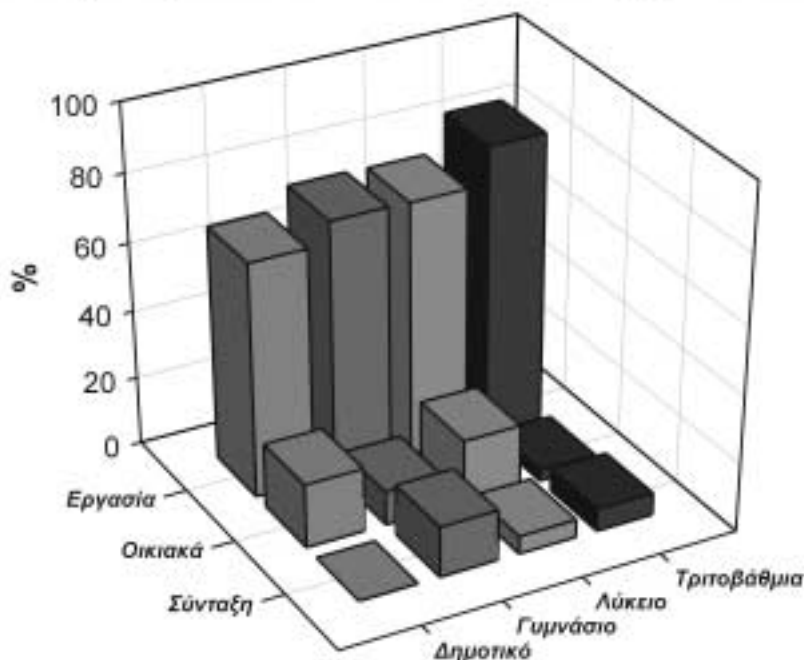
Τα αναλυτικά στοιχεία της κατάστασης απασχόλησης του συνολικού δείγματος των ασθενών που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται στην Εικόνα 6. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Γ.Γ. Ε.Σ. Υ.Ε., 2004) το ποσοστό του εργατικού δυναμικού στην Ελλάδα ανέρχονταν σε 53 % ενώ το ποσοστό των ενεργά απασχολούμενων στο 47 % του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 10,). Παρότι συγκριτικά κάπως χαμηλότερο από το ποσοστό των εργαζομένων στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό των επαγγελματικά ενεργών ασθενών, που ανέρχεται σε ένα ποσοστό 40 % του δείγματος της μελέτης, δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο.

Κατανομή της κατάστασης απασχόλησης ανά φύλο στο δείγμα των ασθενών που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό



Εικόνα 8. Σύμφωνα με την ηλικία (15-64 έτη) ορίζεται ένα μέρος του πληθυσμού σαν εργατικό δυναμικό. Από το συνολικό δείγμα ασθενών που εξετάστηκε στο εργατικό δυναμικό ανήκε το 48 % περίπου (796/1676, 47,5 %). Από τους ασθενείς αυτούς, δηλαδή αυτούς που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό ενεργά απασχολούμενοι ήταν το 75% περίπου (600/796, 75,4 %), συνταξιούχοι το 6 % περίπου (46/796, 5,8 %), με τα οικιακά ασχολούνταν περί το 17 % (136/796, 17,1 %) και σε περίοδο μαθητείας ήταν το 1,3 % (10/796, 1,3 %). Ενεργά απασχολούμενοι ήταν περί το 90 % των ανδρών (410/454, 90,3 %) και περί το 56 % των γυναικών (190/342, 55,6 %).

Κατάσταση απασχόλησης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος ασθενών που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό



Εικόνα 9. Από το εργατικό δυναμικό οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν ενεργά απασχολούμενοι σε ένα ποσοστό 85 % περίπου (104/122, 85,2 %) και συνταξιούχοι σε ένα ποσοστό 7 % περίπου (8/122, 6,5 %). Από όσους είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό) περί το 74 % ήταν εργαζόμενοι (302/410, 73,7 %) και 5 % περίπου συνταξιούχοι (22/410, 5,4 %).

Ταξινόμηση επαγγελμάτων

Από το σύνολο του δείγματος ($n = 1676$), δηλαδή συμπεριλαμβανομένων ακόμη και των ασθενών που κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν ήδη συνταξιούχοι, ποσοστό 36 % περίπου (596/1676, 35,6 %) δήλωσε ως κύρια απασχόληση τη γεωργία και συναφή επαγγέλματα (κωδικός 6 = ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς). Συγκεκριμένα 30,7 % δήλωσαν αγρότες, 4,1 % δήλωσαν κτηνοτρόφοι, 0,5 % δασοκόμοι και 0,3 % αλιείς, αντίστοιχα. Επιπλέον αυτών, 84 ασθενείς από τους απασχολούμενους με τις οικιακές εργασίες δήλωσαν σαν δεύτερη μερική ή πλήρη απασχόληση τη γεωργία και/ή την κτηνοτροφία. Επομένως, όπως ήταν και αναμενόμενο για μια γεωργική περιοχή όπως η Θεσσαλία, το πιο συχνό επάγγελμα στο συνολικό δείγμα των ασθενών ήταν προφανώς η γεωργία και η κτηνοτροφία (Πίνακας 7).

Εκτός αυτού, από το σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν ($n = 1676$) δήλωσε σαν κύρια απασχόληση ανειδίκευτος εργάτης (κωδικός 9 = ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες) ένα ποσοστό περί το 8 % (128/1676, 7,6 %) και ειδικευμένος τεχνίτης ή χειριστής μηχανημάτων ποσοστό 12 % περίπου (196/1676, 11,7 %). Σαν κύρια απασχόληση υπάλληλος γραφείου (κωδικός 4) δήλωσε το 10 % περίπου του συνολικού δείγματος (162/1697, 9,7 %) (Πίνακας 7).

Από το υποσύνολο των ασθενών που κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν εργαζόμενοι (672/1676, 40 % του συνόλου των ασθενών), δηλαδή εξαιρουμένων των συνταξιούχων, οικοκυρών, μαθητών και

ανέργων, ποσοστό 31 % (208/672, 31,0 %) δήλωσε ως κύρια απασχόληση τη γεωργία και συναφή επαγγέλματα (κωδικός 6 = ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς). Συγκεκριμένα 27,5 % δήλωσαν αγρότες, 2,1 % δήλωσαν κτηνοτρόφοι, 0,8 % δασοκόμοι και 0,6 % αλιείς αντίστοιχα. Το πιο συχνό επάγγελμα και στους ενεργά απασχολούμενους ασθενείς όπως και στο συνολικό δείγμα επομένως ήταν η γεωργία και η κτηνοτροφία. Από τα στοιχεία αυτά (μείωση του ποσοστού των γεωργών από 35,6 % στο συνολικό δείγμα σε 31 % στο δείγμα των εργαζόμενων) διαφαίνεται ότι γενικά μειώνεται η συχνότητα απασχόλησης με τη γεωργία στην περιοχή της Θεσσαλίας όσο συνταξιοδοτείται ή μερίδα των ηλικιωμένων αγροτών (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Ταξινόμηση του δείγματος των εργαζόμενων ασθενών (ασθενείς ενεργά απασχολούμενοι) ανά είδος επαγγέλματος και ανά φύλο.

Επάγγελμα (κωδικός) ²	Εργαζόμενοι ασθενείς		
	Σύνολο n (%) ¹	Άνδρες n (%) ¹	Γυναίκες n (%) ¹
(1+2)	22 (3,3)	14 (3,0)	8 (4,0)
(4)	104 (15,5)	56 (11,9)	48 (23,8)
(5)	170 (25,3)	122 (26,0)	48 (23,8)
(6)	208 (31,0)	148 (31,5)	60 (29,7)
(7+8)	110 (16,4)	106 (22,6)	4 (2,0)
(9)	52 (7,7)	24 (5,1)	28 (13,9)
Οικιακά	6 (0,9)	0 (0,0)	6 (3,0)
Σύνολο (100 %)	672	470	202

¹ Ποσοστό ασθενών με το συγκεκριμένο τύπο επαγγέλματος επί του συνόλου των εργαζόμενων ασθενών που μελετήθηκαν.

² Κωδικοί: (1) Μέλη των βουλευομένων σωμάτων ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. (2) Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα. (3) Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (4) Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (5) Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές. (6) Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς. (7) Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα. (8) Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μονταδόροι). (9) Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες

Από το σύνολο των εργαζόμενων ασθενών δήλωσε σαν κύρια απασχόληση ανειδίκευτος εργάτης (κωδικός 9 = ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες) ένα ποσοστό περί το 8 % (52/672, 7,7 %) και ειδικευμένος τεχνίτης ή χειριστής μηχανημάτων ποσοστό 16 % περίπου (110/672, 16,4 %) αντίστοιχα. Σαν κύρια απασχόληση υπάλληλος γραφείου (κωδικός 4) δήλωσε το 15 % περίπου του δείγματος των εργαζόμενων ασθενών (104/672, 15,5 %) και απασχόληση με την παροχή υπηρεσιών (κωδικός 5 = απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές) περί το 25 % (170/672, 25,3 %) αντίστοιχα (Πίνακας 8).

Οι ασθενείς που είχαν ολοκληρωμένη τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ως επί το πλείστον δήλωσαν σαν απασχόληση κατά σειρά συχνότητας ειδικευμένοι τεχνίτες ή χειριστές μηχανημάτων (κωδικοί 7+8, 24,4 %), υπάλληλοι γραφείου (κωδικός 4, 23,4 %) και την παροχή υπηρεσιών (κωδικός 5, 21,3%).

Οι ασθενείς του δείγματος με ολοκληρωμένη τριτοβάθμια εκπαίδευση ως επί το πλείστον απασχολούνταν ως υπάλληλοι γραφείου (κωδικός 4, 44 %), στην παροχή υπηρεσιών (κωδικός 5, 25 %) και σε διευθυντικές θέσεις ή ως επαγγελματίες (κωδικοί 1+2, 20,2 %) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Ταξινόμηση των επαγγελματιών των ασθενών που νοσηλεύονταν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Η ταξινόμηση γίνεται ανά ολοκληρωμένη εκπαιδευτική βαθμίδα.

Επάγγελμα (κωδικός) ²	Μορφωτικό επίπεδο ασθενών					
	Σύνολο n (%) ¹	Καμιά n (%) ¹	Δημοτικό n (%) ¹	Γυμνάσιο n (%) ¹	Λύκειο n (%) ¹	Τριτοβάθμια n (%) ¹
(1+2)	38 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,1)	34 (20,2)
(4)	162 (9,7)	2 (0,9)	18 (1,9)	24 (20)	44 (23,4)	74 (44,0)
(5)	268 (16,0)	18 (8,0)	138 (14,3)	28 (23,3)	40 (21,3)	42 (25,0)
(6)	596 (35,6)	134 (59,3)	428 (44,3)	16 (13,3)	12 (6,4)	2 (1,2)
(7+8)	196 (11,7)	8 (3,5)	114 (11,8)	22 (18,3)	46 (24,4)	6 (3,6)
(9)	128 (7,6)	18 (8,0)	94 (9,7)	8 (6,7)	8 (4,3)	0(0)
Αταξινόμητα	8 (0,5)	0 (0)	4 (0,4)	0 (0)	2 (1,1)	2 (1,2)
Οικιακά	266 (15,9)	42 (18,6)	168 (17,3)	22 (18,3)	30 (15,9)	2 (1,2)
Μαθητεία	10 (0,6)	2 (0,9)	2 (0,2)	0 (0)	2 (1,1)	4 (2,4)
Ανεργία	4 (0,2)	2 (0,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)
Σύνολο	1676	226	966	120	188	168

¹ Ποσοστό ασθενών με το συγκεκριμένο τύπο επαγγέλματος επί του συνόλου των εισαγωγών στο Νοσοκομείο.

² Κωδικοί: (1) Μέλη των βουλευομένων σωμάτων ανώτερα διοικητικά και διευθυντικά στελέχη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. (2) Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα. (3) Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (4) Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα. (5) Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές. (6) Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς. (7) Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα. (8) Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μονταδόροι). (9) Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώναντες και μικροεπαγγελματίες.

Επαγγελματικές ασθένειες

Από το σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν (n = 1676) βρέθηκαν 264 περιστατικά στα οποία διαπιστώθηκαν ότι έπασχαν από επαγγελματική νόσο (264/1676, 15,8 %). Στις περιπτώσεις αυτές επαγγελματικών παθήσεων συμπεριλαμβάνονται και όλα τα εργατικά ατυχήματα (βλέπε σελίδα 57 και Πίνακας 11). Επίσης συμπεριλαμβάνονται τόσο οι παθήσεις που είχαν διαδράμει στο παρελθόν και διαπιστώθηκαν από το επαγγελματικό (βλέπε σελίδα 78) ή και από το γενικό ιστορικό του κάθε ασθενούς όσο και οι περιπτώσεις που υφίσταντο κατά την εφαρμογή του ερωτηματολογίου και οι οποίες είχαν ουσιαστικά οδηγήσει στην παρούσα εισαγωγή (Πίνακας 10).

Σε 194 από τις παραπάνω περιπτώσεις, δηλαδή σε ποσοστό 11,6 % του συνόλου των ασθενών που εξετάστηκαν (264/1676, 11,6 %) διαπιστώθηκε ιστορικό επαγγελματικής ασθένειας, που όμως όπως προαναφέρθηκε δεν αποτελούσε σε όλες την αιτία της εισαγωγής. Συγκεκριμένα, σε 154 (154/1676,

9,2 %) από τις περιπτώσεις αυτές επρόκειτο για επιβεβαιωμένη, ενώ σε 40 (40/1676, 2,4 %) για μια βάσιμα πιθανολογούμενη επαγγελματική νόσο.

Από τις παραπάνω περιπτώσεις 94 ήταν εργαζόμενοι, 96 ήταν συνταξιούχοι, ενώ 4 είχαν σαν κύρια απασχόληση τα οικιακά με δεύτερη, ταυτόχρονη, μερική απασχόληση τις γεωργικές εργασίες.

Σε 122 (7,3 %) περιπτώσεις η εισαγωγή έγινε ειδικά για την αντιμετώπιση μιας βεβαίας ή μιας βάσιμα πιθανολογούμενης επαγγελματικής ασθένειας. Συγκεκριμένα, εισήχθησαν εξαιτίας μιας οξείας ή εξαιτίας της επιβάρυνσης μιας προϋπάρχουσας επαγγελματικής ασθένειας 60 περιπτώσεις (3,6 %). Εξαιτίας δε μιας βάσιμα πιθανολογούμενης επαγγελματικής νόσου 62 επιπλέον περιπτώσεις (3,7 %).

Από τους ασθενείς αυτούς 76 ήταν εργαζόμενοι και 40 ήταν συνταξιούχοι, ενώ 6 είχαν ως κύρια απασχόληση τα οικιακά με δεύτερη, ταυτόχρονη, μερική απασχόληση τις γεωργικές εργασίες.

Πίνακας 10. Ταξινόμηση του συνόλου των επαγγελματικών νοσημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάσθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με την Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν.

Κλινικές	Σύνολο n (%) ¹	Ασθενείς με		
		επαγγελματική πάθηση γενικά n (%) ²	ιστορικό επαγγελματικής πάθησης n (%) ²	εισαγωγή για επαγγελματική πάθηση n (%) ²
Παθολογικές	514 (30,7)	84 (16,3)	80 (15,6)	18 (3,5)
Πνευμονολογική	412 (24,6)	62 (15,0)	38 (9,2)	38 (9,2)
Νευρολογική	134 (8,0)	16 (11,9)	10 (7,5)	8 (6,0)
Χειρουργική	274 (16,3)	26 (9,5)	18 (6,6)	8 (2,9)
Ορθοπαιδική	148 (8,8)	56 (37,8)	30 (20,3)	48 (32,4)
Ουρολογική	174 (10,4)	20 (11,5)	18 (10,3)	2 (1,1)
Ω.Ρ.Λ.	20 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Σύνολο	1676	264 (15,8)	194 (11,6)	122 (7,3)

¹ Ποσοστό ασθενών επί του συνόλου των εισαγωγών στις παραπάνω Κλινικές του Νοσοκομείου.

² Ποσοστό επί του συνόλου των εισαγωγών της αντίστοιχης κλινικής.

Πίνακας 11. Ταξινόμηση του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάσθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με την Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν. Μερικοί ασθενείς ($n = 16$) ανέφεραν περισσότερα από ένα εργατικά ατυχήματα στο ιστορικό. Συγκεκριμένα σε 16 περιπτώσεις αναφέρθηκαν συνολικά δύο εργατικά ατυχήματα (16/164, 9,8 %).

Κλινικές	Σύνολο n (%) ¹	Ασθενείς με		
		εργατικό ατύχημα γενικά n (%) ²	ιστορικό εργατικού ατυχήματος n (%) ²	εισαγωγή για εργατικό ατύχημα n (%) ²
Παθολογικές	506 (30,5)	62 (12,3)	58 (11,5)	4 (0,8)
Πνευμονολογική	410 (24,7)	30 (7,3)	28 (6,8)	8 (2,0)
Νευρολογική	134 (8,1)	8 (6,0)	8 (6,0)	2 (1,5)
Χειρουργική	268 (16,2)	16 (6,0)	12 (4,5)	4 (1,5)
Ορθοπαιδική	146 (8,8)	34 (23,3)	22 (15,1)	28 (19,2)
Ουρολογική	174 (10,5)	14 (8,0)	14 (8,0)	0 (0)
Ω.Ρ.Λ.	20 (1,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Σύνολο	16583³	164 (9,9)	142 (8,6)	46 (2,8)

¹ Ποσοστό ασθενών επί του συνόλου των εισαγωγών στις παραπάνω κλινικές του Νοσοκομείου.

² Ποσοστό επί του συνόλου των εισαγωγών της αντίστοιχης κλινικής.

³ Από το συνολικό δείγμα ($n = 1676$) σε 18 ασθενείς (18/1676, 1,1 %) δεν υπήρχε πληροφορία σχετικά με την παρουσία εργατικού ατυχήματος.

Πίνακας 12. Ταξινόμηση του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάσθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης, ανά αίτιο (δηλαδή ασκούμενη ενέργεια) που οδήγησε στην κάκωση. Συνολικά παρουσίασαν ατυχήματα 164 ασθενείς, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/164, 28,05 %) όσο και οι ασθενείς που ανέφεραν το επαγγελματικό ατύχημα μόνο στο επαγγελματικό ή το γενικό ιστορικό τους (παλαιά περιστατικά, 118/164, 71,95 %). Παρακάτω δίδεται ο απόλυτος αριθμός και το ποσοστό από το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων ($n = 180$). Σημειώστε ότι όταν στο ιστορικό υπήρχαν περισσότερα από ένα ατυχήματα ανά ασθενή (συνολικά δέκα περιπτώσεις, 16/164, 9,8 %) αυτά αναφέρονται παρακάτω σαν ξεχωριστά περιστατικά.

Κωδικός	Ασκούμενη ενέργεια	Αριθμός	%
1	Πτώση από ύψος	42	23,33
2	Πτώση στο αυτό επίπεδο	26	14,44
3	Ολίσθηση, κατάρρευση και κτύπημα από πίπτοντα αντικείμενα	2	1,11

4	Πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα και κτύπημα σε ή από κινούμενα αντικείμενα	14	7,78
5	Συμπίεση μέσα ή ανάμεσα σε αντικείμενα	12	6,67
6	Υπερπροσπάθεια ή κοπιώδεις κινήσεις	0	0
7	Έκθεση σε ή επαφή με ακραίες θερμοκρασίες	4	2,22
8	Έκθεση σε ή επαφή με ηλεκτρικό ρεύμα	2	1,11
9	Έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες ή ακτινοβολία	18	10,00
10	Άλλες κατηγορίες ατυχημάτων	60	33,33
	Σύνολο	180	100

Εργατικά ατυχήματα

Από το δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε ($n = 1676$) υπήρχαν αξιόπιστες πληροφορίες για εργατικά ατυχήματα σε 1658 διότι σε 18 ασθενείς από το συνολικό δείγμα (18/1676, 1,1 %) δεν υπήρχε πληροφορία σχετικά με την ύπαρξη εργατικού ατυχήματος, ή η πληροφορία ήταν διφορούμενη (ούτε θετική ούτε αρνητική). Συνήθως, στους ασθενείς αυτούς επρόκειτο για περιπτώσεις βαρέως πασχόντων στις οποίες η διερεύνηση γίνονταν με τη βοήθεια των οικείων. Συνολικά αναφέρθηκαν ή παρουσιάστηκαν εργατικά ατυχήματα σε ποσοστό 10 % περίπου των ασθενών αυτών (164/1658, 9,9 %).

Στον παραπάνω αριθμό περιπτώσεων με εργατικά ατυχήματα συμπεριλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/160, 28,75 %) όσο και οι ασθενείς που ανέφεραν το εργατικό ατύχημα μόνο στο επαγγελματικό (βλέπε σελίδα 78) ή το γενικό ιστορικό τους (παλαιά περιστατικά, 114/160, 71,25 %). Επίσης σε πολλές περιπτώσεις η εισαγωγή οφείλονταν στις απώτερες και όχι στις άμεσες επιπτώσεις του ατυχήματος (Πίνακας 11).

Τα εργατικά ατυχήματα, που αναφέρθηκαν από τους 164 ασθενείς, ανέρχονταν συνολικά σε 180. Μερικοί ασθενείς ($n = 16$) ανέφεραν περισσότερα από ένα εργατικά ατυχήματα και συγκεκριμένα σε 16 περιπτώσεις αναφέρθηκαν από δύο εργατικά ατυχήματα (16/164, 9,8 %). Η αιτιολογικοί παράγοντες των ατυχημάτων κατατάχθηκαν σύμφωνα με τους μονοψήφιους κωδικούς που χρησιμοποιούνται και από το I.K.A.-E.T.A.M. Μεταξύ των παραγόντων αυτών οι πτώσεις (68/180, 37,78 %) ήταν οι πιο συχνές αιτίες ατυχημάτων, ακολουθούμενες από την έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες (18/180, 10,00 %) και τις προσκρούσεις (14/180, 7,78 %). Επίσης, πολλά ατυχήματα ανήκαν στη 10η κατηγορία (60/180, 33,33 %) όπου ταξινομήθηκαν π.χ. οι τραυματισμοί από εκρήξεις, τα δάγματα ζώων ή τα μη ταξινομήσιμα ατυχήματα (Πίνακας 12). Σημειώστε ότι συχνά τα εργατικά ατυχήματα που αναφέρονταν από ασθενείς στο ιστορικό δεν ήταν δυνατό να ταξινομηθούν επαρκώς.

Πίνακας 13. Ταξινόμηση των εργατικών ατυχημάτων που αντιμετωπίστηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανά αίτιο (δηλαδή ασκούμενη ενέργεια) που οδήγησε στην κάκωση. Στην ταξινόμηση συμπεριλαμβάνονται μόνο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα ή οι απώτερες επιπτώσεις ενός εργατικού ατυχήματος που συνέβη στο παρελθόν (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/164, 28,05 %). Οι πτώσεις αποτελούσαν την πρώτη σε συχνότητα αιτία νοσηλείας από εργατικό ατύχημα (18/46, 39,13 %), ακολουθούμενες από την έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες (6/46, 13,04 %) και από τη συμπίεση μέσα ή ανάμεσα σε αντικείμενα (4/46, 8,69 %) και τις προσκρούσεις (4/46, 8,69 %).

Κωδικός	Ασκούμενη ενέργεια	Αριθμός	%
1	Πτώση από ύψος	4	8,69
2	Πτώση στο αυτό επίπεδο	14	30,43
3	Ολίσθηση, κατάρρευση και κτύπημα από πύπτοντα αντικείμενα	0	0
4	Πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα και κτύπημα σε ή από κινούμενα αντικείμενα	4	8,69
5	Συμπίεση μέσα ή ανάμεσα σε αντικείμενα	4	8,69
6	Υπερπροσπάθεια ή κοπιώδεις κινήσεις	0	0
7	Έκθεση σε ή επαφή με ακραίες θερμοκρασίες	2	4,34
8	Έκθεση σε ή επαφή με ηλεκτρικό ρεύμα	0	0
9	Έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες ή ακτινοβολία	6	13,04
10	Άλλες κατηγορίες ατυχημάτων	12	26,09
	Σύνολο	46	100

Πίνακας 14. Από το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων, αυτών που οδήγησαν στην εισαγωγή μαζί με αυτά που αναφέρθηκαν στο ιστορικό, μεγάλο ποσοστό αφορούσαν τα άνω και κάτω άκρα (64/180, 35,56 %). Συχνοί ήταν οι τραυματισμοί του οφθαλμού με επιπτώσεις στην όραση (10/180, 5,56 %), τα κατάγματα πλευρών (16/180, 8,89 %) και οι δηλητηριάσεις (π.χ. δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα, δήγματα φιδιών, 10/180, 5,56 %). Από τα εργατικά ατυχήματα που αναφέρθηκαν στο ιστορικό σε ένα μεγάλο μέρος δεν ήταν δυνατό να ταξινομηθούν (52/180, 28,89 %) επειδή οι ασθενείς δεν ανέφεραν το τμήμα του σώματος που είχε τραυματιστεί. Ομοίως και στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με εργατικά ατυχήματα κατά τη διάρκεια της μελέτης οι τραυματισμοί που παρατηρήθηκαν αφορούσαν κυρίως τα άνω και κάτω άκρα (32/46, 69,56 %). Σπανιότεροι ήταν οι τραυματισμοί του θώρακα με κατάγματα πλευρών (4/180, 8,70 %) και οι δηλητηριάσεις (4/180, 8,70 %).

Προσβεβλημένο τμήμα σώματος / Όργανο	Εργατικά ατυχήματα	
	Σύνολο n (%)	Εισαγωγές n (%)
Πολλαπλά τραύματα	4 (2,22)	2 (4,35)
Άνω άκρα	36 (20,00)	14 (30,43)
Κάτω άκρα	28 (15,56)	18 (39,13)
Θώρακας	16 (8,89)	4 (8,70)
Κοιλία	2 (1,11)	–
Σπονδυλική στήλη	6 (3,33)	–
Κεφαλή	8 (4,44)	2 (4,35)
Οφθαλμοί	10 (5,56)	–
Πνεύμονες	8 (4,44)	2 (4,35)
Γενικευμένη προσβολή ¹	10 (5,56)	4 (8,70)
Αταξινόμητα ατυχήματα	52 (28,89)	–
Σύνολο	180 (100)	46 (100)

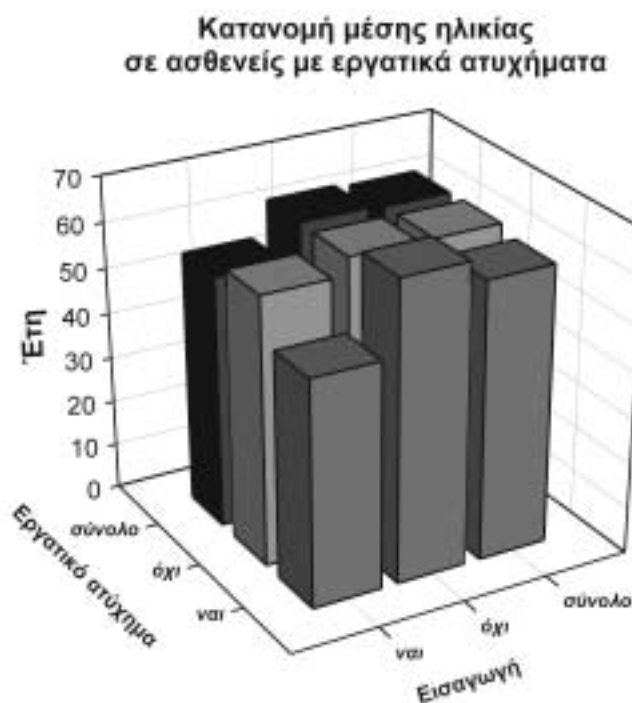
¹Δηλητηριάσεις όπως: δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα ή δήγματα φιδιών.

Σε 46 περιστατικά από το δείγμα που εξετάστηκε, αιτία εισαγωγής και νοσηλείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ήταν ένα εργατικό ατύχημα ή οι απώτερες επιπτώσεις ενός εργατικού ατυχήματος που συνέβη στο παρελθόν (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/164, 28,05 %). Οι πτώσεις αποτελούσαν και στην περίπτωση αυτή την πρώτη σε συχνότητα αιτία νοσηλείας από εργατικό ατύχημα (18/46, 39,13 %), ακολουθούμενες από την έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες (6/46, 13,04 %) και από τη συμπίεση μέσα ή ανάμεσα σε αντικείμενα (4/46, 8,69 %) και τις προσκρούσεις (4/46, 8,69 %) (Πίνακας 13).

Από το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων, αυτών που οδήγησαν στην εισαγωγή μαζί με αυτά που αναφέρθηκαν στο ιστορικό, μεγάλο ποσοστό αφορούσαν τα άνω και κάτω άκρα (64/180, 35,56 %). Συχνοί ήταν οι τραυματισμοί του οφθαλμού με επιπτώσεις στην όραση (10/180, 5,56 %), τα κατάγματα πλευρών (16/180, 8,89 %) και οι δηλητηριάσεις (π.χ. δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα, δήγματα φιδιών, 10/180, 5,56 %). Από τα εργατικά ατυχήματα που αναφέρθηκαν στο ιστορικό σε ένα μεγάλο μέρος δεν ήταν δυνατό να ταξινομηθούν (52/180, 28,89 %) επειδή οι ασθενείς δεν ανέφεραν το τμήμα του σώματος που είχε τραυματιστεί (Πίνακας 14).

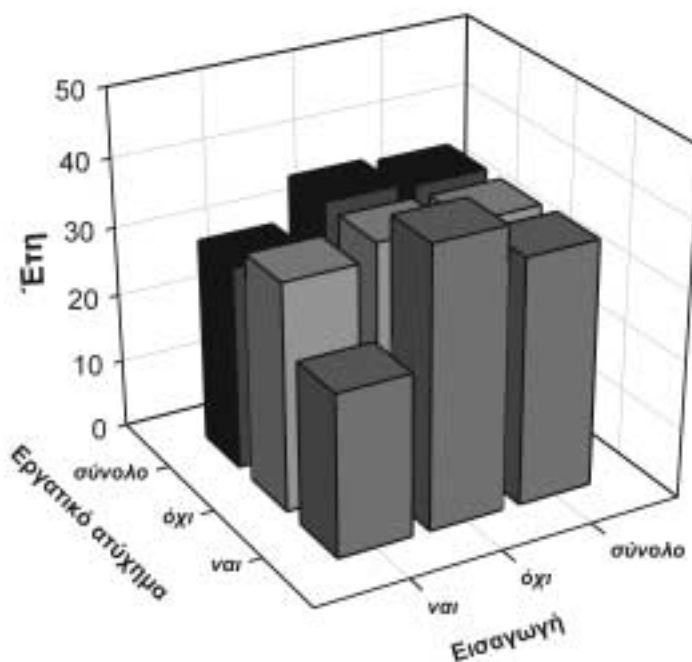
Ομοίως και στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με εργατικά ατυχήματα κατά τη διάρκεια της μελέτης οι τραυματισμοί που παρατηρήθηκαν αφορούσαν κυρίως τα άνω και κάτω άκρα (32/46, 69,56%). Σπανιότεροι ήταν οι τραυματισμοί του θώρακα με κατάγματα πλευρών (4/180, 8,70 %) και οι δηλητηριάσεις (π.χ. δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα, δήγματα φιδιών, 4/180, 8,70 %) (Πίνακας 14).

Η ηλικία των ασθενών που εισήχθησαν με εργατικό ατύχημα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ήταν $49,6 \pm 16,7$ έτη, και σαφώς χαμηλότερη από την ηλικία του συνολικού δείγματος των ασθενών ($62,44 \pm 15,55$ έτη) καθώς και από την ηλικία των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($65,7 \pm 12,6$ έτη, $p < 0,001$) (Εικόνα 10). Η μέση διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης (εργασίας) των ασθενών αυτών ανέρχονταν σε $23,8 \pm 14,1$ έτη και ήταν επίσης στατιστικά σημαντικά μικρότερη από τη διάρκεια απασχόλησης του συνολικού δείγματος ($35,5 \pm 15,7$ έτη) καθώς και από τη διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($40,9 \pm 13,5$ έτη, $p < 0,001$) (Εικόνα 11).



Εικόνα 10. Η ηλικία των ασθενών που εισήχθησαν με εργατικό ατύχημα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ήταν $49,6 \pm 16,7$ έτη, και σαφώς χαμηλότερη από την ηλικία του συνολικού δείγματος των ασθενών ($62,44 \pm 15,55$ έτη) καθώς και από την ηλικία των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($65,7 \pm 12,6$ έτη, $p < 0,001$).

Διάρκεια επαγγελματικής ενασχόλησης σε ασθενείς με εργατικά ατυχήματα



Εικόνα 11. Η μέση διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης (εργασίας) των ασθενών που εισήχθησαν με εργατικό ατύχημα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανέρχονταν σε $23,8 \pm 14,1$ έτη και ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερη από τη διάρκεια απασχόλησης του συνολικού δείγματος ($35,5 \pm 15,7$ έτη) καθώς και από τη διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($40,9 \pm 13,5$ έτη, $p < 0,001$).

Αναπηρία

Από το σύνολο των ασθενών ($n = 1676$) μόνο 44 ($44/1676$, 2,6 %) δήλωσαν ότι είχαν αναπηρία η οποία να είναι επίσημα αναγνωρισμένη από το ταμείο ασφάλισής τους. Η ηλικία των ασθενών με αναπηρίες ($62,4 \pm 15,6$ έτη) δεν διέφερε από την ηλικία αυτών χωρίς αναπηρίες ($62,8 \pm 14,4$ έτη, $p = 0,92$). Η διάρκεια εργασίας των ασθενών με αναπηρίες ($33,0 \pm 14,8$ έτη) επίσης δεν διέφερε από αυτή των ασθενών χωρίς αναπηρίες ($35,6 \pm 15,7$ έτη, $p = 0,46$).

Από τους ασθενείς με αναπηρία το 59 % περίπου ήταν συνταξιούχοι ($26/44$, 59,1 %). Σε ποσοστό 40 % η αναπηρίες που δηλώθηκαν προέρχονταν από επαγγελματικό νόσημα και μάλιστα κατά κανόνα από εργατικά ατυχήματα.

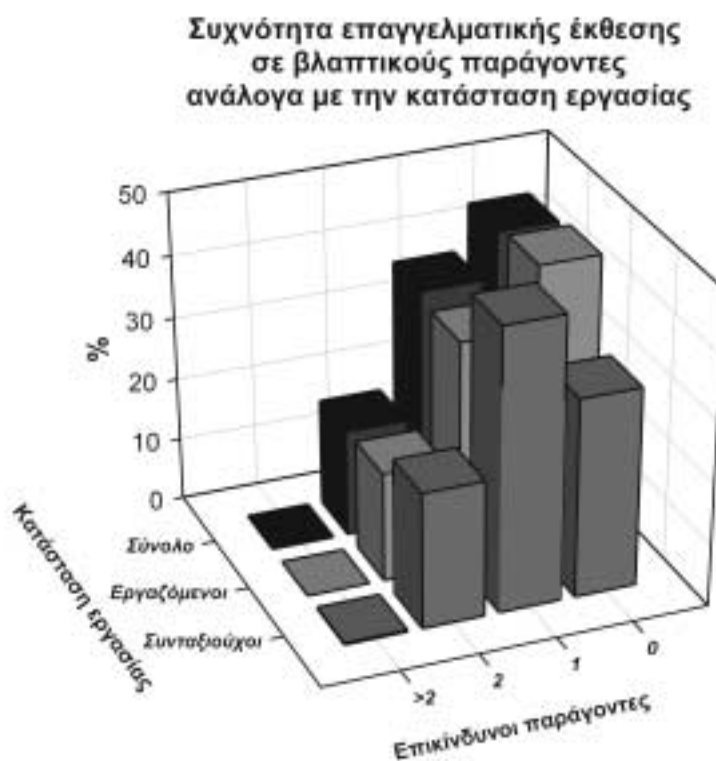
Επαγγελματική έκθεση σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες

Από το δείγμα των ασθενών του Νοσοκομείου ($n = 1676$) που εξετάστηκαν συνολικά 922 ($922/1676$, 55 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 31 % ($290/922$, 31,45 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες (Εικόνα 12).

Αναλυτικά, 398 ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες ($398/1676$, 23,7 %), 234 σε εισπνεόμενους ($234/1676$, 13,9 %) και 586 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέ-

ταλλα (586/1676, 34,9 %). Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 480 ασθενείς (480/1676, 28,6 %), δηλαδή περίπου το 80 % από τις συνολικά 596 περιπτώσεις που ασχολούνταν με τη γεωργία (480/596, 80,5 %). Επιπλέον το 5 % περίπου του συνόλου των ασθενών που εξετάστηκαν (82/1676, 4,9 %) δήλωσε ότι ήταν εκτεθειμένο σε λοιμογόνους παράγοντες (Πίνακας 15).

Η συχνότητα επαγγελματικής έκθεσης σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι δεν διέφερε σημαντικά από το σύνολο των ασθενών αλλά ήταν χαμηλότερη από αυτή που δήλωσαν οι συνταξιούχοι. Συγκεκριμένα, από τους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της μελέτης ($n = 672$) το 54 % περίπου (362/672, 53,9 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών δε, περίπου το 33 % (118/362, 32,6 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες (Εικόνα 12).



Εικόνα 12. Από το δείγμα των ασθενών του Νοσοκομείου ($n=1676$) που εξετάστηκαν συνολικά 922 (922/1676, 55 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 31 % (290/922, 31,45 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Η συχνότητα επαγγελματικής έκθεσης σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι δεν διέφερε σημαντικά από το σύνολο των ασθενών αλλά ήταν χαμηλότερη από αυτή που δήλωσαν οι συνταξιούχοι.

Πίνακας 15. Βλαπτικοί και επικίνδυνοι παράγοντες στους οποίους ήταν εκτεθειμένοι κατά την εργασία τους οι ασθενείς του συνολικού δείγματος που εξετάστηκε. Από το σύνολο των ασθενών (n=1676) συνολικά 922 (922/1676, 55 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 1/3 (290/922, 31,45 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα συνολικά 398 ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες, 234 σε εισπνεόμενους και 586 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέταλλα. Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 480 περιπτώσεις ασθενών, δηλαδή περίπου 80 % από τους συνολικά 596 ασθενείς που ασχολούνταν με τη γεωργία (480/596, 80,5 %).

Βλαπτικοί παράγοντες στην εργασία	Εκτεθειμένοι ασθενείς, n (%)	
Χημικοί παράγοντες	586 (34,9)	
Χημικές ουσίες		54 (3,2)
Διαλύτες		40 (2,4)
Φυτοφάρμακα		480 (28,6)
Βαρέα μέταλλα		12 (0,71)
Εισπνεόμενοι παράγοντες	234 (13,9)	
Αμίαντος		16 (0,95)
Άνθρακας		4
Πυρίτιο		14 (0,83)
Σκόνες, ίνες		194 (11,6)
Αναθυμιάσεις από ηλεκτροσυγκόλληση		6
Φυσικοί παράγοντες	398 (23,7)	
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		8
Ακτινοβολία		6
Κρύο, ζέστη, υγρασία		384 (22,9)
Λοιμώξεις	82 (4,9)	
Επικίνδυνη εργασία	16 (0,95)	

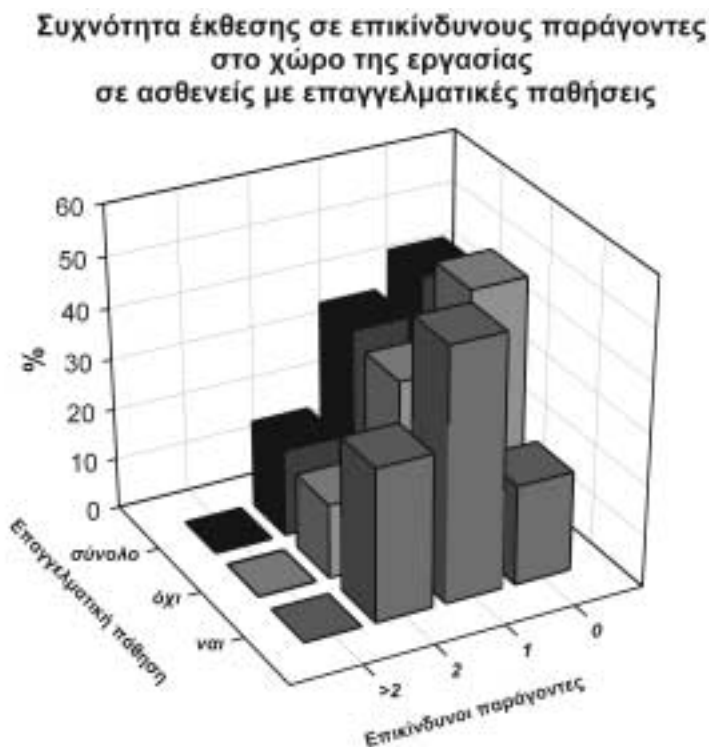
Αναλυτικότερα, 92 εργαζόμενοι ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες (92/672, 13,7 %), 58 σε εισπνεόμενους (58/672, 8,6 %) και 128 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέταλλα (128/672, 19,0 %). Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 98 εργαζόμενοι ασθενείς (98/672, 14,6 %), δηλαδή περίπου το 47 % από τις συνολικά 208 περιπτώσεις που ασχολούνταν με τη γεωργία (98/208, 47,1 %). Επιπλέον, το 4 % περίπου του συνόλου των εργαζόμενων ασθενών (24/672, 3,6 %) δήλωσε ότι ήταν εκτεθειμένο σε λοιμογόνους παράγοντες (Πίνακας 16).

Η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας μεταξύ των 264 ασθενών που έπασχαν από επαγγελματική νόσο (264/1676, 15,8 %) ανέρχονταν στο 80 % περίπου (212/264, 80,3 %). Μάλιστα σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων με επαγγελματική πάθηση (80/212, 37,7 %) διαπιστώθηκε ότι υπήρχε έκθεση σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες. Στους υπόλοιπους ασθενείς (δηλαδή στις περιπτώσεις χωρίς επαγγελματική πάθηση) η συχνότητα έκθεσης ανέρχονταν περίπου στο 50 % (710/1412, 50,3 %), σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή που παρατηρείται σε ασθενείς με επαγγελματική πάθηση ($p < 0,001$) (Εικόνα 13).

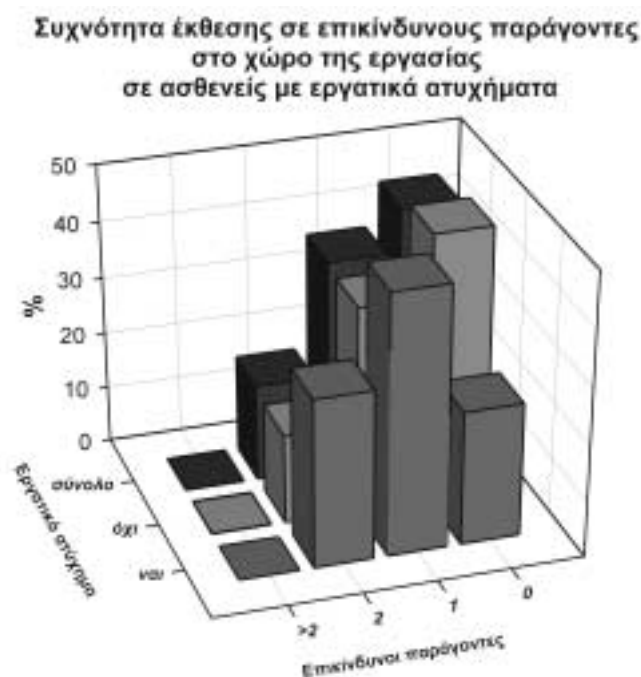
Μεταξύ των 164 ασθενών που είχαν υποστεί εργατικά ατυχήματα (164/1658, 9,9 %) η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας ήταν πολύ υψηλή και ανέρχονταν στο 76 % περίπου (124/164, 75,6 %). Σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων με εργατικό ατύχημα, που ανέρχονταν στο 30 % περίπου, υπήρχε επίσης επαγγελματική έκθεση σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες (50/164, 30,5 %). Στους ασθενείς χωρίς εργατικό ατύχημα η συχνότητα έκθεσης ανέρχονταν σε ποσοστό περίπου 53 % (786/1494, 52,6 %), σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή που παρατηρείται στους ασθενείς με εργατικό ατύχημα ($p < 0,001$) (Εικόνα 14).

Πίνακας 16. Από τους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της μελέτης ($n = 672$) το 54 % περίπου (362/672, 53,9 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 33 % (118/362, 32,6 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Αναλυτικότερα, 92 εργαζόμενοι ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες (92/672, 13,7 %), 58 σε εισπνεόμενους (58/672, 8,6 %) και 128 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέταλλα (128/672, 19,0 %). Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 98 εργαζόμενοι ασθενείς (98/672, 14,6 %), δηλαδή περίπου το 47 % από τις συνολικά 208 περιπτώσεις που ασχολούνταν με τη γεωργία (98/208, 47,1 %). Επιπλέον το 4 % περίπου του συνόλου των εργαζόμενων ασθενών (24/672, 3,6 %) δήλωσε ότι ήταν εκτεθειμένο σε λοιμογόνους παράγοντες.

Βλαπτικοί παράγοντες στην εργασία	Εκτεθειμένοι ασθενείς, n (%)	
Χημικοί παράγοντες	128 (19,0)	
Χημικές ουσίες		12 (1,8)
Διαλύτες		8 (1,2)
Φυτοφάρμακα		98 (14,6)
Βαρέα μέταλλα		10 (1,5)
Εισπνεόμενοι παράγοντες	58 (8,6)	
Αμίαντος		12 (1,8)
Ανθρακας		2
Πυρίτιο		2
Σκόνες, ίνες		42 (6,25)
Αναθυμιάσεις από ηλεκτροσυγκόλληση		2
Φυσιικοί παράγοντες	92 (13,7)	
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις		8 (1,2)
Ακτινοβολία		-
Κρύο, ζέστη, υγρασία		84 (12,5)
Λοιμώξεις	24 (3,6)	
Επικίνδυνη εργασία	8 (1,2)	



Εικόνα 13. Η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας μεταξύ των ασθενών του εξετασθέντος δείγματος που έπασχαν από επαγγελματική νόσο (264/1676, 15,8 %) ανέρχονταν περίπου στο 80 % (212/264, 80,3 %). Μάλιστα σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων με επαγγελματική πάθηση υπήρχε έκθεση σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες (80/212, 37,7 %). Είναι προφανές ότι η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με επαγγελματική πάθηση από ότι στους υπόλοιπους, στους οποίους η συχνότητα έκθεσης ανέρχονταν περίπου στο 50 % (710/1412, 50,3 %).



Εικόνα 14. Η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργα-

σίας μεταξύ των ασθενών του εξετασθέντος δείγματος που παρουσίασαν εργατικό ατύχημα (160/1658, 9,7 %). Από το σύνολο του δείγματος σε 18 ασθενείς (18/1676, 1,1 %) δεν υπήρχε πληροφορία σχετικά με την παρουσία εργατικού ατυχήματος ή η πληροφορία ήταν διφορούμενη. Στον παραπάνω αριθμό εργατικών ατυχημάτων συμπεριλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/160, 28,75 %) όσο και οι ασθενείς που ανέφεραν το εργατικό ατύχημα μόνο στο επαγγελματικό (βλέπε σελίδα 78) ή το γενικό ιστορικό τους (παλαιά περιστατικά, 114/160, 71,25 %).

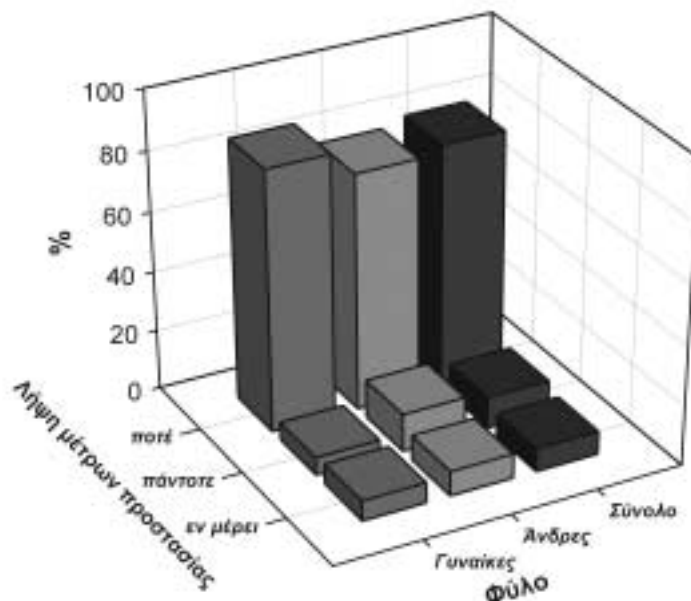
Μέτρα προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων

Από το σύνολο των ασθενών που ήταν επαγγελματικά εκτεθειμένοι σε βλαπτικούς παράγοντες ($n = 922$) μόνον 170 εφάρμοζαν τα ενδεδειγμένα μέτρα προστασίας και μάλιστα περίπου οι μισοί εξ αυτών μόνο εν μέρει ή μόνο σποραδικά. Για την ακρίβεια, οι 98 εφάρμοζαν όλα ανεξαιρέτως τα απαραίτητα μέτρα προστασίας (98/170, 57,6 %), ενώ οι 72 τα εφάρμοζαν μόνον εν μέρει ή μόνο σποραδικά (72/170, 42,4 %). Αυτό σημαίνει τελικά ότι, από το σύνολο των ασθενών που ήταν ή υπήρξαν στο παρελθόν εκτεθειμένοι σε επικίνδυνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο, μόνον ένα ποσοστό περί το 18 % εφάρμοζαν έστω και εν μέρει τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης (170/922, 18,4 %) (Εικόνα 15).

Η συχνότητα της ορθής προφύλαξης από τους βλαπτικούς παράγοντες αύξανε παράλληλα με την εκπαιδευτική βαθμίδα που είχαν ολοκληρώσει οι ασθενείς. Στους ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση η συχνότητα εφαρμογής μέτρων προστασίας έναντι βλαπτικών παραγόντων στους εργασιακούς χώρους ανέρχονταν στο 16 % περίπου (98/608, 16,1 %) και σε αυτούς που δεν είχαν ολοκληρώσει καμία βαθμίδα εκπαίδευσης το ποσοστό έφθανε μόλις ξεπερνούσε το 7 % (12/168, 7,1 %). Ακόμη, όμως, και σε ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση η συχνότητα εφαρμογής μέτρων προφύλαξης, αν και ήταν πιο μεγάλη, (26/68, 38,2 %) απέιχε πολύ από το ιδανικό (Εικόνα 16).

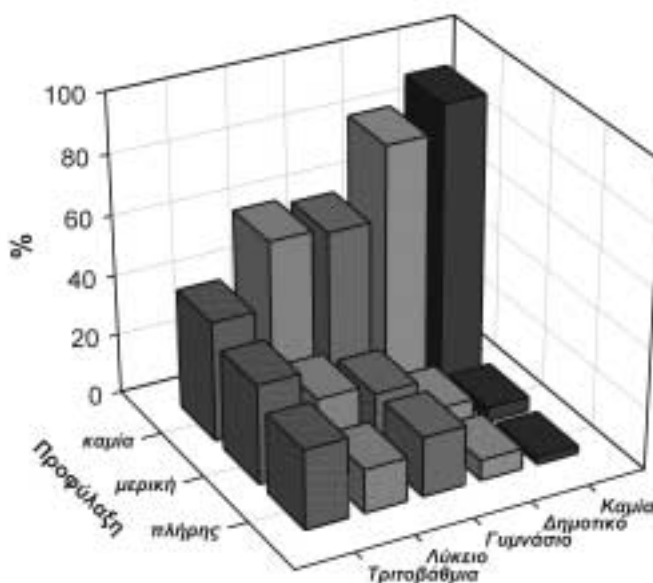
Η συχνότητα της ορθής λήψης μέτρων προστασίας από τους βλαπτικούς παράγοντες στον εργασιακό χώρο διέφερε σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p = 0,033$). Συγκεκριμένα, οι άνδρες εφάρμοζαν πιο συχνά μέτρα προφύλαξης από ότι οι γυναίκες. Πιο αναλυτικά, περί το 87 % των γυναικών που ήταν εκτεθειμένες σε βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο της εργασίας ($n = 294$) δεν εφάρμοζε κανένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα προστασίας (256/294, 87,1 %) έναντι 79 % των ανδρών (496/628, 79,0%) αντίστοιχα (Εικόνα 15).

Λήψη μέτρων προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων ανάλογα με το φύλο



Εικόνα 15. Η συχνότητα της ορθής λήψης μέτρων προστασίας από τους βλαπτικούς παράγοντες στον εργασιακό χώρο δεν διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα από τις γυναίκες που ήταν εκτεθειμένες σε βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο της εργασίας (n = 294) περί το 87 % των δεν εφάρμοξε κανένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα προστασίας (256/294, 87,1 %) και το 79 % των ανδρών (496/628, 79,0 %) αντίστοιχα.

Λήψη μέτρων προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

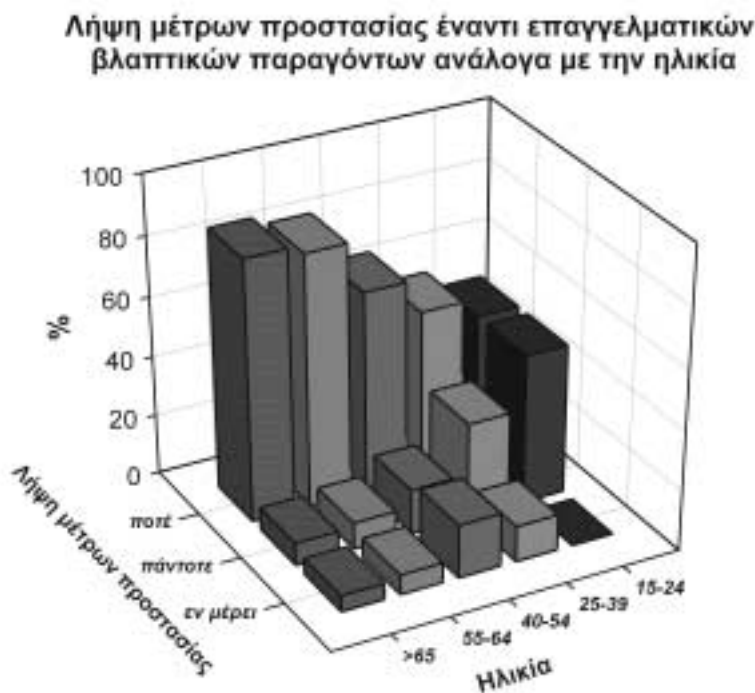


Εικόνα 16. Η συχνότητα (%) λήψης μέτρων προστασίας από βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο της εργασίας σε δείγμα των ασθενών που ήταν εκτεθειμένοι. Παρουσιάζεται γραφική παράσταση της συχνότητας ανάλογα με την εκπαιδευτική βαθμίδα των ασθενών. Παρότι η συχνότητα μιας ορθής προφύλαξης από τους βλαπτικούς παράγοντες αυξάνει παράλλη-

λα με την εκπαιδευτική βαθμίδα ούτε στη δευτεροβάθμια ούτε και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση η εφαρμογή μέτρων προφύλαξης είναι επαρκής.

Η συχνότητα λήψης των ενδεδειγμένων μέτρων προστασίας αύξαινε αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, δηλαδή η συχνότητα λήψης ορθής προστασίας από επαγγελματικούς βλαπτικούς παράγοντες ήταν πιο συχνή στους νεότερους ασθενείς που εξετάστηκαν. Αναλυτικότερα, ασθενείς ηλικίας >65 ετών εφαρμόζαν μέτρα προστασίας σε ένα ποσοστό 13 % (72/552, 13 %) ενώ ασθενείς ηλικίας 25-39 ετών σε ένα ποσοστό 44 % (22/50, 44,0 %) (Εικόνα 17).

Η συχνότητα εφαρμογής μέτρων προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών που έπασχαν από επαγγελματική νόσο και αυτών που δεν έπασχαν ($p = 0,007$). Αναλυτικότερα, ασθενείς με επαγγελματικές παθήσεις δήλωσαν λήψη μέτρων προστασίας σε μεγαλύτερη συχνότητα (58/212, 27,4 %) από ότι ασθενείς χωρίς επαγγελματικές παθήσεις (112/710, 15,8 %). Παρόμοια, το ποσοστό λήψης μέτρων προστασίας ήταν υψηλότερο σε ασθενείς με εργατικά ατυχήματα (40/124, 32,3 %) από ότι σε ασθενείς που δεν υπέστησαν εργατικό ατύχημα ούτε κατά τη διάρκεια της μελέτης ούτε στο παρελθόν (130/788, 16,5 %, $p = 0,003$). Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στον αντίστοιχο Πίνακα (Πίνακας 17).



Εικόνα 17. Η συχνότητα λήψης των ενδεδειγμένων μέτρων προστασίας αύξαινε αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, δηλαδή η συχνότητα λήψης ορθής προστασίας από επαγγελματικούς βλαπτικούς παράγοντες ήταν πιο συχνή στους νεότερους ασθενείς που εξετάστηκαν.

Πίνακας 17. Η συχνότητα εφαρμογής μέτρων προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών που έπασχαν από επαγγελματική νόσο και αυτών που δεν έπασχαν ($p = 0,007$). Αναλυτικότερα, ασθενείς με επαγγελματικές παθήσεις δήλωσαν λήψη μέτρων προστασίας σε μεγαλύτερη συχνότητα (58/212, 27,4 %) από ότι ασθενείς χωρίς επαγγελματικές παθήσεις (112/710, 15,8 %). Παρόμοια, το ποσοστό λήψης μέτρων προστασίας ήταν υψηλότερο σε ασθενείς με εργατικά ατυχήματα (40/124, 32,3 %) από ότι σε ασθενείς που δεν υπέστησαν εργατικό ατύχημα ούτε κατά τη διάρκεια της μελέτης ούτε και στο παρελθόν (130/788, 16,5 %, $p = 0,003$).

Νόσημα	Ασθενείς εκτεθειμένοι σε βλαπτικούς παράγοντες, n (%) ¹			
	Σύνολο	Πλήρης	Μερική	Καμία
Επαγγελματική πάθηση	212	34 (16,0)	24 (11,3)	154 (72,6)
Ιστορικό επαγγελματικής πάθησης	154	24 (15,6)	20 (13,0)	110 (71,4)
Εισαγωγή για επαγγελματική πάθηση	104	16 (15,4)	12 (11,5)	76 (73,1)
Καμία επαγγελματική πάθηση	710	64 (9,0)	48 (6,8)	598 (84,2)
Εργατικό ατύχημα	124	24 (19,4)	16 (12,9)	84 (67,7)
Ιστορικό εργατικού ατυχήματος	108	24 (22,2)	14 (13,0)	70 (64,8)
Εισαγωγή για εργατικό ατύχημα	34	4 (11,8)	6 (17,6)	24 (70,6)
Κανένα εργατικό ατύχημα	788	74 (9,4)	56 (7,1)	658 (83,5)

¹Ποσοστό επί του συνόλου των ασθενών με ένα από τα παραπάνω νοσήματα /καταστάσεις.

Πίνακας 18. Τα στοιχεία που καταγράφονται προέχονται από τα αρχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΓΓ ΕΣΣΥΕ) και αναφέρονται στον αριθμό των ασθενών ανά ομάδα διαγνώσεων και νοσημάτων οι οποίοι εξήλθαν κατά το έτος 2001 από όλα τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας μας και αναλυτικότερα των Περιφέρειας Θεσσαλίας.

Γ.Γ.ΕΣΣΥΕ										
Εξελθόντες ασθενείς κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας. Στοιχεία έτους 2001 στο σύνολο της χώρας και της Περιφέρειας Θεσσαλίας.										
Σύνολο	Λοιμώδη και παρωστικά νοσήματα	Νοσήματα Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα	Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικού	Ψυχικές διαταραχές	Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	Επιλοκές της κήρωσης του τοκετού και υποδόριου	Νοσήματα δέρματος	Νοσήματα	Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	Κακώσεις και δηλητηριάσεις
Ελλάδα	1.803.330	51.823	172.111	37.969	26.655	35.278	138.398	266.300	143.996	
Θεσσαλία	110.209	3.754	10.901	1.510	1.800	3.588	9.566	19.137	8.393	
Καρδίτισης	17.000	567	1.737	216	256	469	1.493	3.394	1.336	
Λαρίσισης	46.364	1.410	4.267	505	808	1.986	4.038	6.832	3.393	
Μαγνησίας	27.471	928	2.767	379	408	683	2.146	5.245	2.232	
Τρικάλων	19.374	849	2.130	410	328	450	1.889	3.666	1.432	
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	Νοσήματα πεπτικού συστήματος	Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος	Συγγενείς ανωμαλίες	Παθήσεις περιγεννητικής περιόδου	Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	Κακώσεις και δηλητηριάσεις			
Ελλάδα	191.940	149.465	145.009	34.922	72.596	12.148	24.476	133.405	166.839	
Θεσσαλία	12.162	7.272	7.112	1.736	4.669	793	1.287	6.017	10.512	
Καρδίτισης	2.113	1.144	1.040	160	593	144	254	682	1.402	
Λαρίσισης	4.888	3.136	3.248	992	2.441	257	552	2.754	4.857	
Μαγνησίας	2.745	1.760	2.208	216	1.043	248	408	1.474	2.581	
Τρικάλων	2.416	1.232	616	368	592	144	73	1.107	1.672	

5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα στοιχεία της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι από τους συνολικά 1676 ασθενείς που εξετάστηκαν, ένα ποσοστό 43,4 % ήταν συνταξιούχοι, ενώ 40 % ήταν εργαζόμενοι. Από την άλλη πλευρά σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Ε.Σ.Υ.Ε., 2004) το ποσοστό του εργατικού δυναμικού στην Ελλάδα ανέρχονταν το 2004 σε 53 % και το ποσοστό των ενεργά απασχολούμενων στο 47 % του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 10). Παρότι ήταν κάπως χαμηλότερο από το ποσοστό των εργαζομένων στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό των εργαζομένων (επαγγελματικά ενεργών) στο δείγμα των νοσηλευόμενων στο Νοσοκομείο (40 %) δεν ήταν καθόλου ευκαταφρόνητο.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αρχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Γ.Γ. Ε.Σ.Υ.Ε.) σύμφωνα με τα οποία περίπου 1.800.000 ασθενείς νοσηλεύτηκαν συνολικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μέσα στο 2001 (Πίνακας 18) μαζί με τα αποτελέσματα της μελέτης μας εύκολα, με απλή αριθμητική, υπολογίζεται ότι από τους ασθενείς που νοσηλεύονται ετησίως στα Νοσοκομεία της χώρας 700.000 περίπου είναι εργαζόμενοι. Συμπερασματικά, από το σύνολο των νοσηλευόμενων σε ένα Γενικό Νοσοκομείο ένας μεγάλος αριθμός είναι επαγγελματικά ενεργός. Αυτό το γεγονός υποδηλώνει ότι πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται είναι δυνητικά εκτεθειμένο σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στο χώρο της εργασίας και συνεπώς είναι δυνατό είτε να πάσχει είτε να διατρέχει τον κίνδυνο να αναπτύξει στο μέλλον μια επαγγελματική πάθηση (59-62).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν, επίσης σαφώς, ότι οι ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο πολύ συχνά παρουσιάζουν ιστορικό επαγγελματικής έκθεσης, δηλαδή έκθεσης σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, μάλιστα, καταδεικνύουν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η έκθεση αυτή να σχετίζεται και αιτιολογικά με την κλινική εικόνα του ασθενούς. Από μεγάλο ποσοστό των ασθενών της μελέτης αναφέρθηκε και διαπιστώθηκε επαγγελματική έκθεση σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς. Στην πραγματικότητα, μόνο 45 % των ασθενών δήλωσε ότι δεν είχε εκτεθεί στο παρελθόν ή ότι δεν εκτίθετο κατά τη διάρκεια της μελέτης σε κανένα απολύτως επιβλαβή ή τοξικό παράγοντα στα πλαίσια της εργασίας του. Αντιθέτως, ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 15 % των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσε ότι είχε εκτεθεί ή εκτίθεται σε δύο τουλάχιστον βλαπτικούς ή τοξικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Επομένως με τη χρήση του επαγγελματικού ιστορικού μπορεί να διαπιστωθεί η έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες και σε αρκετές περιπτώσεις να τεθεί σωστά η διάγνωση μιας επαγγελματικής νόσου.

Στον αναπτυγμένο κόσμο τα κύρια νοσήματα που οδηγούν σε εισαγωγή στο νοσοκομείο καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εισαγωγών είναι συνήθως γνωστά. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Στατιστικής της Υγείας των Η.Π.Α. (National Center for Health Statistics, NCHS) στο γενικό πληθυσμό ο συχνότερος λόγος για την εισαγωγή σε νοσοκομείο στις Η.Π.Α. είναι οι γεννήσεις, που αποτελούν περίπου το 24 % του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών, ακολουθούνται

δε κατά σειρά συχνότητας από τη στεφανιαία αθηρωμάτωση, την πνευμονία, τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (βλέπε σελίδα 63, Ιστοσελίδα 12). Στη χώρα μας τα στατιστικά στοιχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Γ.Γ. Ε.Σ.Υ.Ε.) που αφορούν τις εισαγωγές σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. είναι παρόμοια (Πίνακας 18).

Σε αντιδιαστολή, η φύση και η κατανομή της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών με παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, δηλαδή των περιπτώσεων με επαγγελματικές παθήσεις ή με εργατικά ατυχήματα, είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστες. Χαρακτηριστικά, οι επαγγελματικές παθήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στην κατάταξη των αιτίων εισαγωγής στο νοσοκομείο της Γ.Γ. Ε.Σ.Υ.Ε. (Πίνακας 18). Γενικά, δηλαδή ακόμη και σε χώρες όπου οι επιδημιολογικές μελέτες είναι πιο συστηματικές από ότι στην Ελλάδα, η καταγραφή των νοσηλευόμενων εξαιτίας ενός επαγγελματικού νοσήματος είναι ελλιπής (63-67). Αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι συνήθως το επαγγελματικό ιστορικό και το ιστορικό έκθεσης σε βλαπτικούς παράγοντες συνήθως δεν καταγράφεται συστηματικά, τόσο από τους ιατρούς της πρωτόβαθμιας όσο και από αυτούς της νοσοκομειακής περίθαλψης (2;63;65).

Παρόμοια με τα δικά μας αποτελέσματα είχε και μια μελέτη του Schwartz και συν. (1991) σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην οποία χρησιμοποιήθηκε παρόμοια μεθοδολογία σε ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων του Ιατρικού Κέντρου Παλαιμάχων της Iowa (Primary Care Clinic at the Iowa City Veterans Affairs Medical Center) στις Η.Π.Α (2). Στη μελέτη αυτή εφαρμόστηκε όπως και στη δική μας σε 534 ασθενείς ένα απλό ερωτηματολόγιο που αποσκοπούσε στη διερεύνηση της επαγγελματικής έκθεσης. Τελικά βρέθηκε ότι περίπου στο 30 % του συνόλου του εξετασθέντος δείγματος αναφέρονταν ιστορικό έκθεσης σε τουλάχιστον τέσσερις επικίνδυνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας (2).

Επομένως, με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σε συνδυασμό με τα ευρήματα της μελέτης του Schwartz και συν. (1991), οδηγούμαστε στο λογικό συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη και περαιτέρω επέκταση των υπηρεσιών της ιατρικής της εργασίας στα συστήματα υγείας πρέπει σαφώς να ενθαρρύνεται και με κάθε τρόπο να υποστηρίζεται. Επιπλέον, από τη μελέτη μας υποδεικνύεται σαφώς ότι οι υπηρεσίες της ιατρικής της εργασίας είναι απαραίτητο να επεκταθούν εκτός από την πρωτοβάθμια υγεία και στη νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) περίθαλψη.

Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι, κατά γενική ομολογία, η καθολική καθιέρωση, δηλαδή τόσο από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας (του παθολόγου ή του γενικού γιατρού) όσο και από τους γιατρούς της νοσοκομειακής περίθαλψης (όλων των ειδικοτήτων) της λήψης ενός σύντομου και σαφώς καθορισμένου επαγγελματικού ιστορικού, το οποίο να συμπεριλαμβάνει και μια λεπτομερή καταγραφή των βλαπτικών παραγόντων.

6

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- (1) Ramazzini B. Diseases of workers (De Morbis Artificum). New York: Hafner Publishing Co., 1713.
- (2) Schwartz DA, Wakefield DS, Fieselmann JF, Berger-Wesley M, Zeitler R. The occupational history in the primary care setting. *Am J Med* 1991; 90(3):315-319.
- (3) Wegman DH, Levy BS, Halperin WE. Recognizing occupational disease. In: Levy BS, Wegman DH, editors. Occupational health: Recognizing and preventing work-related disease. Boston: Little, Brown and Co., 1995: 57-82.
- (4) Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history. *Am Fam Physician* 1998; 58(4):935-944.
- (5) Leigh JP, Markowitz SB, Fahs M, Shin C, Landrigan PJ. Occupational injury and illness in the United States. Estimates of costs, morbidity, and mortality. *Arch Intern Med* 1997; 157(14):1557-1568.
- (6) Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP. Sentinel Health Events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. *Am J Public Health* 1983; 73(9):1054-1062.
- (7) Oleinick A, Gluck JV, Guire KE. Establishment size and risk of occupational injury. *Am J Ind Med* 1995; 28(1):1-21.
- (8) Hessel PA, Gamble JF, McDonald JC. Asbestos, asbestosis, and lung cancer: a critical assessment of the epidemiological evidence. *Thorax* 2005; 60(5):433-436.
- (9) Kales SN, Christiani DC. Acute chemical emergencies. *N Engl J Med* 2004; 350(8):800-808.
- (10) Likas C, Exarchou V, Gourgoulialis K, Giaglaras P, Gemptos T, Kittas K et al. Noxious gases in greenhouses. *Ann Agric Environ Med* 2001; 8(1):99-101.
- (11) Murthy LI. Two NIOSH resources for implementing workplace safety and health surveillance. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 837:319-52.:319-352.
- (12) Driscoll T, Takala J, Steenland K, Corvalan C, Fingerhut M. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. *Am J Ind Med* 2005; 48(6):491-502.
- (13) Herbert R, Landrigan PJ. Work-related death: a continuing epidemic. *Am J Public Health* 2000; 90(4):541-545.
- (14) Newman LS. Occupational illness. *N Engl J Med* 1995; 333(17):1128-1134.
- (15) Schulte PA. Characterizing the burden of occupational injury and disease. *J Occup Environ Med* 2005; 47(6):607-622.
- (16) Schulte PA, Stephenson CM, Okun AH, Palassis J, Biddle E. Integrating occupational safety and health information into vocational and technical education and other workforce preparation programs. *Am J Public Health* 2005; 95(3):404-411.
- (17) Smith GS, Veazie MA, Benjamin KL. The use of sentinel injury deaths to evaluate the quality of multiple source reporting for occupational injuries. *Ann Epidemiol* 2005; 15(3):219-227.
- (18) Choi BC, Eijkemans GJ, Tennessee LM. Prioritization of occupational sentinel health events for

- workplace health and hazard surveillance: the Pan American Health Organization experience. *J Occup Environ Med* 2001; 43(2):147-157.
- (19) Reinisch F, Harrison RJ, Cussler S, Athanasoulis M, Balmes J, Blanc P et al. Physician reports of work-related asthma in California, 1993-1996. *Am J Ind Med* 2001; 39(1):72-83.
- (20) Halperin WE, Ordin DL. Closing the surveillance gap. *Am J Ind Med* 1996; 29(2):223-224.
- (21) ENWHP. Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. http://www.enwhp.org/download/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf. 2005. Ref Type: Electronic Citation
- (22) McCally M, Cassel CK. Medical responsibility and global environmental change. *Ann Intern Med* 1990; 113(6):467-473.
- (23) Won JU, Dembe AE. Services provided by family physicians for patients with occupational injuries and illnesses. *Ann Fam Med* 2006; 4(2):138-147.
- (24) Jackson LL. Non-fatal occupational injuries and illnesses treated in hospital emergency departments in the United States. *Inj Prev* 2001; 7 Suppl 1:i21-6.:i21-i26.
- (25) Hunting KL, Nessel-Stephens L, Sanford SM, Shesser R, Welch LS. Surveillance of construction worker injuries through an urban emergency department. *J Occup Med* 1994; 36(3):356-364.
- (26) Katsiki M, Trougakos IP, Chondrogianni N, Alexopoulos EC, Makropoulos V, Gonos ES. Alterations of senescence biomarkers in human cells by exposure to CrVI in vivo and in vitro. *Exp Gerontol* 2004; 39(7):1079-1087.
- (27) Bruning T, Golka K, Makropoulos V, Bolt HM. Preexistence of chronic tubular damage in cases of renal cell cancer after long and high exposure to trichloroethylene. *Arch Toxicol* 1996; 70(3-4):259-260.
- (28) Bruening T, Golka K, Vamvakas S, Stefanidis I, Makropoulos W, Boldt HM. Pathologische Ausscheidungsmuster von Harnproteinen bei langjaehrig gegen Trichlorethylen exponierten Nierenzellkarzinompatienten. In: Schiele R, Beyer B, Petrovitch A, editors. Dokumentationsband ueber die Verhandlungen der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Fulda: Rindt-Druck, 1995: 121-124.
- (29) Schulte PA. The use of biomarkers in surveillance, medical screening, and intervention. *Mutat Res* 2005; 592(1-2):155-163.
- (30) Steindel SJ, Howanitz PJ. The uncertainty of hair analysis for trace metals. *JAMA* 2001; 285(1):83-85.
- (31) Azaroff LS, Levenstein C, Wegman DH. Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting. *Am J Public Health* 2002; 92(9):1421-1429.
- (32) Pransky G, Snyder T, Dembe A, Himmelstein J. Under-reporting of work-related disorders in the workplace: a case study and review of the literature. *Ergonomics* 1999; 42(1):171-182.
- (33) Mullan RJ, Murthy LI. Occupational sentinel health events: an up-dated list for physician recognition and public health surveillance. *Am J Ind Med* 1991; 19(6):775-799.
- (34) Brancati FL, Hodgson MJ, Karpf M. Occupational exposures and diseases among medical inpatients. Prevalence, association, and recognition. *J Occup Med* 1993; 35(2):161-165.
- (35) Chan-Yeung M, Malo JL. Aetiological agents in occupational asthma. *Eur Respir J* 1994; 7(2):346-371.
- (36) Chan-Yeung M, Malo JL. Occupational asthma. *N Engl J Med* 1995; 333(2):107-112.
- (37) Beckett WS. Occupational respiratory diseases. *N Engl J Med* 2000; 342(6):406-413.

- (38) Gourgoulis KI, Katikos P, Moraitis M, Argiriou N, Molyvdas PA. Chronic bronchitis in rural and industrial areas. *Ann Agric Environ Med* 2000; 7(1):29-31.
- (39) Milton DK, Solomon GM, Rosiello RA, Herrick RF. Risk and incidence of asthma attributable to occupational exposure among HMO members. *Am J Ind Med* 1998; 33(1):1-10.
- (40) Bonfiglioli R, Mattioli S, Fiorentini C, Graziosi F, Curti S, Violante FS. Relationship between repetitive work and the prevalence of carpal tunnel syndrome in part-time and full-time female supermarket cashiers: a quasi-experimental study. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;
- (41) June L. Rheumatic diseases that can be confused with work-related upper extremity disorders. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5(2):397-405, ix.
- (42) Derebery J. Work-related carpal tunnel syndrome: the facts and the myths. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5(2):353-67, viii.
- (43) Dhir H. Hand dermatitis and nail disorders of the workplace. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5(2):381-3ix.
- (44) Filon FL, Radman G. Latex allergy: a follow up study of 1040 healthcare workers. *Occup Environ Med* 2006; 63(2):121-125.
- (45) Sosted H, Hesse U, Menne T, Andersen KE, Johansen JD. Contact dermatitis to hair dyes in a Danish adult population: an interview-based study. *Br J Dermatol* 2005; 153(1):132-135.
- (46) Shrestha SK, Bhattarai MD. Study of hepatitis B among different categories of health care workers. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006; 16(2):108-111.
- (47) Savitz DA. Epidemiologic evidence on the carcinogenicity of metalworking fluids. *Appl Occup Environ Hyg* 2003; 18(11):913-920.
- (48) Matsumoto K, Irie A, Satoh T, Kuruma H, Arakawa T, Baba S. Occupational bladder cancer: from cohort study to biologic molecular marker. *Med Sci Monit* 2005; 11(10):RA311-RA315.
- (49) Lemen RA. Chrysotile asbestos as a cause of mesothelioma: application of the Hill causation model. *Int J Occup Environ Health* 2004; 10(2):233-239.
- (50) Goldman RH, Peters JM. The occupational and environmental health history. *JAMA* 1981; 246(24):2831-2836.
- (51) Draper L. Pregnant women in the workplace: distinguishing between normal and abnormal physiologic changes. *AAOHN J* 2006; 54(5):217-223.
- (52) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Respiratory illness in workers exposed to metalworking fluid contaminated with nontuberculous mycobacteria--Ohio, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51(16):349-352.
- (53) Fawcett TA, Moon RE, Fracica PJ, Mebane GY, Theil DR, Piantadosi CA. Warehouse workers' headache. Carbon monoxide poisoning from propane-fueled forklifts. *J Occup Med* 1992; 34(1):12-15.
- (54) Rachiotis G, Constantinidis TC, Dounias G, Drivas S, Makropoulos V. Occupational injuries in Greece (1938-1955): history of medicine and descriptive epidemiology. *Epidemiol Prev* 2004; 28(6):350-353.
- (55) Fahs MC, Markowitz SB, Leigh JP, Shin CG, Landrigan PJ. A national estimate of the cost of occupationally related disease in 1992. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 837:440-55.:440-455.
- (56) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Nonfatal occupational injuries and illnesses among workers treated in hospital emergency departments--United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55(16):449-452.

- (57) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Work-related injuries and illnesses associated with child labor--United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 45(22):464-468.
- (58) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of death certificate for surveillance of work-related illnesses--New Hampshire. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1986; 35(34):537-540.
- (59) Himmelstein JS, Frumkin H. The right to know about toxic exposures. Implications for physicians. *N Engl J Med* 1985; 312(11):687-690.
- (60) Baker DB, Landrigan PJ. Occupationally related disorders. *Med Clin North Am* 1990; 74(2):441-460.
- (61) Landrigan PJ, Baker DB. Using occupational history to pinpoint the diagnosis. *Geriatrics* 1991; 46(6):61-67.
- (62) Landrigan PJ, Baker DB. The recognition and control of occupational disease. *JAMA* 1991; 266(5):676-680.
- (63) Lessenger JE, Giebel HN. An analysis of 2846 industrial illnesses and injuries seen in a family practice. *Fam Pract Res J* 1992; 12(3):271-281.
- (64) Henneberger PK, Metayer C, Layne LA, Althouse R. Nonfatal work-related inhalations: surveillance data from hospital emergency departments, 1995-1996. *Am J Ind Med* 2000; 38(2):140-148.
- (65) Balmes J, Rempel D, Alexander M, Reiter R, Harrison R, Bernard B et al. Hospital records as a data source for occupational disease surveillance: a feasibility study. *Am J Ind Med* 1992; 21(3):341-351.
- (66) Liss GM, Kusiak RA, Gailitis MM. Hospital records: an underutilized source of information regarding occupational diseases and exposures. *Am J Ind Med* 1997; 31(1):100-106.
- (67) Dembe AE, Mastroberti MA, Fox SE, Bigelow C, Banks SM. Inpatient hospital care for work-related injuries and illnesses. *Am J Ind Med* 2003; 44(4):331-342.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ, ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.). Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.yrakp.gr/index.cfm?Level1=2&Level2=9&Level3=1&Level4=0&Level5=0&Level6=0> (Η πρόσβαση πραγματοποιείται ουσιαστικά από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, <http://www.yrakp.gr/index.cfm>).
2. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.). Πρόσβαση στην ιστοσελίδα: <http://www.ika.gr/gr/inforpages/general/home.cfm>
3. Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Πρόσβαση στην ιστοσελίδα: <http://www.yrakp.gr/index.cfm>
4. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.uhl.gr/maps.asp>
5. Τμήμα Ιατρικής. Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.med.uth.gr/gr/index.html>
6. Εργαστήριο Βιομαθηματικών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής (Διευθυντής: Επίκουρος Καθηγητής Βιομαθηματικών – Βιομετρίας Ηλίας Ζιντζαράς, Msc, PhD). Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://biomath.med.uth.gr/>
7. National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.cdc.gov/niosh/homepage.html>
8. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.). Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.elinyae.gr/>
9. Κέντρο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας (Κ.Υ.Α.Ε.) – ΕΘΝΙΚΟΣ ΕΣΤΙΑΚΟΣ ΠΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.osh.gr/kyae/whp/gr/index.htm> (Μελλοντικά η πρόσβαση θα πραγματοποιείται από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας <http://www.yrakp.gr/index.cfm>).
10. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών. Πρόσβαση σε Ιστοσελίδα: <http://www.statistics.gr/Parousias1.asp>
11. Στατιστικό πακέτο SPSS® για Windows®, SPSS Inc., Chicago, IL, USA. Πρόσβαση σε ιστοσελίδα: <http://www.spss.com/spss/>
12. Εθνικό Κέντρο Στατιστικής της Υγείας των Η.Π.Α.. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Πρόσβαση σε ιστοσελίδα: <http://www.cdc.gov/nchs/>
13. Γραφείου για την αναλογιστική της εργασίας των Η.Π.Α. (Bureau of Labor Statistics; BLS). Πρόσβαση σε ιστοσελίδα: <http://www.bls.gov/iif/home.htm>

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

- Σελίδα
- Εικόνα 1.** Γραφική παράσταση της συχνότητας επαγγελματικών ασθενειών στις ΗΠΑ το 1997 σύμφωνα με τα στοιχεία ανά ομάδα επιχειρήσεων σύμφωνα με τον αριθμό των εργαζομένων που απασχολεί. Η συχνότητα δίνεται ανά 10.000 εργαζόμενους με πλήρη απασχόληση και υπολογίζεται από τον αριθμό ωρών εργασίας που δηλώθηκαν συνολικά. Τα στοιχεία προέρχονται από το αρχείο της μελέτης εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών (Survey of Occupational Injuries and Illnesses; SOII 1997) του Γραφείου για την αναλογιστική της εργασίας (Bureau of Labor Statistics; BLS) των ΗΠΑ και χρησιμοποιεί στοιχεία καταγεγραμμένα από γιατρούς εργασίας στα αρχεία των εργοδοτών. Από τον υπολογισμό έχουν εξαιρεθεί τα εργατικά ατυχήματα (θανατηφόρα και μη) και οι θανατηφόρες επαγγελματικές παθήσεις. 20
- Εικόνα 2.** Γραφική παράσταση της ηλικιακής κατανομής του εξετασθέντος δείγματος ανά φύλο. Παρατηρούμε ότι η ηλικιακή κατανομή ανδρών και γυναικών είναι πανομοιότυπη. 30
- Εικόνα 3.** Γραφική παράσταση του μορφωτικού επιπέδου του εξετασθέντος δείγματος, το οποίο είναι κατανομημένο ανά φύλο. Παρατηρούμε την υψηλότερη συχνότητα της έλλειψης σχολικής εκπαίδευσης (πιο συγκεκριμένα μη ολοκλήρωσης της δημοτικής εκπαίδευσης) στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ($p < 0,001$). Το ποσοστό του δείγματος με ολοκληρωμένη δημοτική εκπαίδευση ανέρχονταν περίπου στο 60% και στα δύο φύλλα και παραλείπεται από τη γραφική παράσταση για λόγους ευκρινείας. 31
- Εικόνα 4.** Η εκπαίδευση ήταν πιο υψηλόβαθμη στους κατοίκους των αστικών περιοχών σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Όπως φαίνεται και στην γραφική παράσταση ποσοστό 17 % των ασθενών από αστικές περιοχές (140/822, 17,0 %) είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ αντίστοιχα μόνο ποσοστό περίπου 4 % των ασθενών από αγροτικές περιοχές (28/848, 4,3 %). Κατ' αναλογία έλλειψη σχολικής εκπαίδευσης υφίστατο σε ποσοστό 9,2 % στις αστικές περιοχές (76/822, 9,2 %) ενώ σε ποσοστό 17,6 % στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές (148/848, 17,6 %) 32
- Εικόνα 5.** Το μορφωτικό επίπεδο ήταν υψηλότερο στους νεότερους ασθενείς όπως φαίνεται και στην παραπάνω γραφική παράσταση. Συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών ηλικίας άνω των 65 ετών μόνο σε ποσοστό περίπου 5 % αναφέρθηκε τριτοβάθμια εκπαίδευση (46/880, 5,2 %), ενώ σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 25 – 39 ετών σε ένα ποσοστό περίπου 28 % (38/136, 27,9 %) και σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 40 – 54 ετών σε ένα ποσοστό περίπου 15 % (38/262, 14,5 %) αντίστοιχα. 33
- Εικόνα 6.** Γραφική παράσταση της κατάστασης απασχόλησης του εξετασθέντος δείγματος, το οποίο είναι κατανομημένο ανά φύλο. Παρατηρούμε την υψηλή συχνότητα της απασχόλησης των γυναικών αποκλειστικά με οικιακές εργασίες και την υψηλή συχνότητα συνταξιοδοτημένων ατόμων στο δείγμα. 34

Εικόνα 7. Γραφική παράσταση του μορφωτικού επιπέδου ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης του εξετασθέντος δείγματος. Παρατηρούμε την υψηλή εν γένει συχνότητα χαμηλών βαθμίδων εκπαίδευσης ακόμη και στους ενεργά απασχολούμενους (>50%). Στην ομάδα των εργαζομένων παρά αυτά η συχνότητα ύπαρξης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι αυξημένη σε σύγκριση με τους συνταξιούχους ή με τους απασχολούμενους με τις οικιακές εργασίες. 36

Εικόνα 8. Σύμφωνα με την ηλικία (15-64 έτη) ορίζεται ένα μέρος του πληθυσμού σαν εργατικό δυναμικό. Από το συνολικό δείγμα ασθενών που εξετάστηκε στο εργατικό δυναμικό ανήκε το 48% περίπου (796/1676, 47,5%). Από τους ασθενείς αυτούς, δηλαδή αυτούς που ανήκαν στο εργατικό δυναμικό ενεργά απασχολούμενοι ήταν το 75% περίπου (600/796, 75,4%), συνταξιούχοι το 6% περίπου (46/796, 5,8%), με τα οικιακά ασχολούνταν περί το 17% (136/796, 17,1%) και σε περίοδο μαθητείας ήταν το 1,3% (10/796, 1,3%). Ενεργά απασχολούμενοι ήταν περί το 90% των ανδρών (410/454, 90,3%) και περί το 56% των γυναικών (190/342, 55,6%). 37

Εικόνα 9. Από το εργατικό δυναμικό οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν ενεργά απασχολούμενοι σε ένα ποσοστό 85% περίπου (104/122, 85,2%) και συνταξιούχοι σε ένα ποσοστό 7% περίπου (8/122, 6,5%). Από όσους είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό) περί το 74% ήταν εργαζόμενοι (302/410, 73,7%) και 5% περίπου συνταξιούχοι (22/410, 5,4%). 38

Εικόνα 10. Η ηλικία των ασθενών που εισήχθησαν με εργατικό ατύχημα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ήταν $49,6 \pm 16,7$ έτη, και σαφώς χαμηλότερη από την ηλικία του συνολικού δείγματος των ασθενών ($62,44 \pm 15,55$ έτη) καθώς και από την ηλικία των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($65,7 \pm 12,6$ έτη, $p < 0,001$). 46

Εικόνα 11. Η μέση διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης (εργασίας) των ασθενών που εισήχθησαν με εργατικό ατύχημα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανέρχονταν σε $23,8 \pm 14,1$ έτη και ήταν στατιστικώς σημαντικά μικρότερη από τη διάρκεια απασχόλησης του συνολικού δείγματος ($35,5 \pm 15,7$ έτη) καθώς και από τη διάρκεια επαγγελματικής απασχόλησης των ασθενών που απλώς ανέφεραν εργατικό ατύχημα στο παρελθόν ($40,9 \pm 13,5$ έτη, $p < 0,001$). 47

Εικόνα 12. Από το δείγμα των ασθενών του Νοσοκομείου ($n=1676$) που εξετάστηκαν συνολικά 922 (922/1676, 55%) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 31% (290/922, 31,45%) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Η συχνότητα επαγγελματικής έκθεσης σε βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες στους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι δεν διέφερε σημαντικά από το σύνολο των ασθενών αλλά ήταν χαμηλότερη από αυτή που δήλωσαν οι συνταξιούχοι. 48

Εικόνα 13. Η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας μεταξύ των ασθενών του εξετασθέντος δείγματος που έπασχαν από επαγγελματική νόσο (264/1676, 15,8%) ανέρχονταν περίπου στο 80% (212/264, 80,3%). Μάλιστα σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων με επαγγελματική πάθηση υπήρχε έκθεση σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς και επικίνδυνους παράγοντες (80/212, 37,7%). Είναι προφανές ότι η συχνότητα

έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με επαγγελματική πάθηση από ότι στους υπόλοιπους, στους οποίους η συχνότητα έκθεσης ανέρχονταν περίπου στο 50 % (710/1412, 50,3 %). 51

Εικόνα 14. Η συχνότητα έκθεσης σε επικίνδυνους και βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας μεταξύ των ασθενών του εξετασθέντος δείγματος που παρουσίασαν εργατικό ατύχημα (160/1658, 9,7 %). Από το σύνολο του δείγματος σε 18 ασθενείς (18/1676, 1,1 %) δεν υπήρχε πληροφορία σχετικά με την παρουσία εργατικού ατυχήματος ή η πληροφορία ήταν διφορούμενη. Στον παραπάνω αριθμό εργατικών ατυχημάτων συμπεριλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/160, 28,75 %) όσο και οι ασθενείς που ανέφεραν το εργατικό ατύχημα μόνο στο επαγγελματικό (βλέπε σελίδα 78) ή το γενικό ιστορικό τους (παλαιά περιστατικά, 114/160, 71,25 %). 51

Εικόνα 15. Η συχνότητα της ορθής λήψης μέτρων προστασίας από τους βλαπτικούς παράγοντες στον εργασιακό χώρο δεν διέφερε μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα από τις γυναίκες που ήταν εκτεθειμένες σε βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο της εργασίας (n = 294) περί το 87 % των δεν εφαρμόζε κανένα από τα ενδεδειγμένα μέτρα προστασίας (256/294, 87,1 %) και το 79 % των ανδρών (496/628, 79,0 %) αντίστοιχα. 53

Εικόνα 16. Η συχνότητα (%) λήψης μέτρων προστασίας από βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο της εργασίας σε δείγμα των ασθενών που ήταν εκτεθειμένοι. Παρουσιάζεται γραφική παράσταση της συχνότητας ανάλογα με την εκπαιδευτική βαθμίδα των ασθενών. Παρότι η συχνότητα μιας ορθής προφύλαξης από τους βλαπτικούς παράγοντες αυξάνει παράλληλα με την εκπαιδευτική βαθμίδα ούτε στη δευτεροβάθμια ούτε και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση η εφαρμογή μέτρων προφύλαξης είναι επαρκής. 53

Εικόνα 17. Η συχνότητα λήψης των ενδεδειγμένων μέτρων προστασίας αύξαινε αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία, δηλαδή η συχνότητα λήψης ορθής προστασίας από επαγγελματικούς βλαπτικούς παράγοντες ήταν πιο συχνή στους νεότερους ασθενείς που εξετάστηκαν. 54

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

.....	Σελίδα
Πίνακας 1. Αίτια στα οποία οφείλεται ακόμη και σήμερα η δυσχέρεια στην αναγνώριση των επαγγελματικών νοσημάτων.	11
Πίνακας 2. Εργατικά ατυχήματα δηλωθέντα στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ι.Κ.Α. παρατηρείται μια σταδιακή μείωση των ατυχημάτων της τάξεως του 4% ετησίως στα τελευταία δέκα περίπου καταγεγραμμένα έτη (1994-2003).	13
Πίνακας 3. Θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα δηλωθέντα στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Για τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα τα στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας είναι περισσότερο αξιόπιστα και ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, καθώς όλα τα θανατηφόρα ατυχήματα όλων των κλάδων οικονομικής δραστηριότητας καταγράφονται από τις υπηρεσίες του Σ.ΕΠ.Ε.	14
Πίνακας 4. Κατάλογος επαγγελματικών νοσημάτων όπως καταγράφεται στον κανονισμό εκτίμησης βαθμού αναπηρίας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) του έτους 1995.	17
Πίνακας 5. Επαγγελματικοί νόσοι ανά επάγγελμα και διάγνωση σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Εθνικού Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.) του έτους 2005.	19
Πίνακας 6. Δημογραφικά στοιχεία του συνολικού δείγματος ασθενών και η κατανομή ανά κλινική	27
Πίνακας 7. Ταξινόμηση του εξετασθέντος δείγματος ασθενών ανά είδος επαγγέλματος, κατάσταση απασχόλησης και ανά φύλο.	35
Πίνακας 8. Ταξινόμηση του δείγματος των εργαζόμενων ασθενών (ασθενείς ενεργά απασχολούμενοι) ανά είδος επαγγέλματος και ανά φύλο.	39
Πίνακας 9. Ταξινόμηση των επαγγελματιών των ασθενών που νοσηλεύονταν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Η ταξινόμηση γίνεται ανά ολοκληρωμένη εκπαιδευτική βαθμίδα.	40

Πίνακας 10. Ταξινόμηση του συνόλου των επαγγελματικών νοσημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με την Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν. 41

Πίνακας 11. Ταξινόμηση του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανάλογα με την Κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν. Μερικοί ασθενείς (n = 16) ανέφεραν περισσότερα από ένα εργατικά ατυχήματα στο ιστορικό. Συγκεκριμένα σε 16 περιπτώσεις αναφέρθηκαν συνολικά δύο εργατικά ατυχήματα (16/164, 9,8 %). 42

Πίνακας 12. Ταξινόμηση του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων, που αναφέρθηκαν από το δείγμα των ασθενών που εξετάστηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης, ανά αίτιο (δηλαδή ασκούμενη ενέργεια) που οδήγησε στην κάκωση. Συνολικά παρουσίασαν ατυχήματα 164 ασθενείς, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/164, 28,05 %) όσο και οι ασθενείς που ανέφεραν το επαγγελματικό ατύχημα μόνο στο επαγγελματικό ή το γενικό ιστορικό τους (παλαιά περιστατικά, 118/164, 71,95 %). Παρακάτω δίδεται ο απόλυτος αριθμός και το ποσοστό από το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων (n = 180). Σημειώστε ότι όταν στο ιστορικό υπήρχαν περισσότερα από ένα ατυχήματα ανά ασθενή (συνολικά δέκα περιπτώσεις, 16/164, 9,8 %) αυτά αναφέρονται παρακάτω σαν ξεχωριστά περιστατικά. 42

Πίνακας 13. Ταξινόμηση των εργατικών ατυχημάτων που αντιμετωπίστηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαρίσης ανά αίτιο (δηλαδή ασκούμενη ενέργεια) που οδήγησε στην κάκωση. Στην ταξινόμηση συμπεριλαμβάνονται μόνο οι ασθενείς που η αιτία εισαγωγής τους ήταν ένα εργατικό ατύχημα ή οι απώτερες επιπτώσεις ενός εργατικού ατυχήματος που συνέβη στο παρελθόν (νεοεμφανισθέντα περιστατικά, 46/164, 28,05 %). Οι πτώσεις αποτελούσαν την πρώτη σε συχνότητα αιτία νοσηλείας από εργατικό ατύχημα (18/46, 39,13 %), ακολουθούμενες από την έκθεση σε ή επαφή με επιβλαβείς ουσίες (6/46, 13,04 %) και από τη συμπίεση μέσα ή ανάμεσα σε αντικείμενα (4/46, 8,69 %) και τις προσκρούσεις (4/46, 8,69 %). 44

Πίνακας 14. Από το σύνολο των εργατικών ατυχημάτων, αυτών που οδήγησαν στην εισαγωγή μαζί με αυτά που αναφέρθηκαν στο ιστορικό, μεγάλο ποσοστό αφορούσαν τα άνω και κάτω άκρα (64/180, 35,56 %). Συχνοί ήταν οι τραυματισμοί του οφθαλμού με επιπτώσεις στην όραση (10/180, 5,56 %), τα κατάγματα πλευρών (16/180, 8,89 %) και οι δηλητηριάσεις (π.χ. δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα, δόγματα φιδιών, 10/180, 5,56 %). Από τα εργατικά ατυχήματα που αναφέρθηκαν στο ιστορικό σε ένα μεγάλο μέρος δεν ήταν δυνατό να ταξινομηθούν (52/180, 28,89 %) επειδή οι ασθενείς δεν ανέφεραν το τμήμα του σώματος που είχε τραυματιστεί. Ομοίως και στους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με εργατικά ατυχήματα κατά τη διάρκεια της μελέτης οι τραυματισμοί που παρατηρήθηκαν αφορούσαν κυρίως τα άνω και κάτω άκρα (32/46, 69,56 %). Σπανιότεροι ήταν οι τραυματισμοί του θώρακα με κατάγματα πλευρών (4/180, 8,70 %) και οι δηλητηριάσεις (4/180, 8,70 %). 45

Πίνακας 15. Βλαπτικοί και επικίνδυνοι παράγοντες στους οποίους ήταν εκτεθειμένοι κατά την εργασία τους οι ασθενείς του συνολικού δείγματος που εξετάστηκε. Από το σύνολο των ασθενών (n=1676)

συνολικά 922 (922/1676, 55 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 1/3 (290/922, 31,45 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα συνολικά 398 ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες, 234 σε εισπνεόμενους και 586 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέταλλα. Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 480 περιπτώσεις ασθενών, δηλαδή περίπου 80 % από τους συνολικά 596 ασθενείς που ασχολούνταν με τη γεωργία (480/596, 80,5 %). **49**

Πίνακας 16. Από τους ασθενείς που ήταν εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια της μελέτης (n = 672) το 54 % περίπου (362/672, 53,9 %) δήλωσαν ότι ήταν εκτεθειμένοι σε ένα ή περισσότερους βλαπτικούς παράγοντες στο χώρο και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Εξ αυτών περίπου το 33 % (118/362, 32,6 %) ήταν εκτεθειμένοι σε περισσότερους από ένα βλαπτικούς παράγοντες. Αναλυτικότερα, 92 εργαζόμενοι ασθενείς δήλωσαν εκτεθειμένοι σε φυσικούς βλαπτικούς παράγοντες (92/672, 13,7 %), 58 σε εισπνεόμενους (58/672, 8,6 %) και 128 σε χημικές ουσίες, διαλύτες ή βαρέα μέταλλα (128/672, 19,0 %). Σε φυτοφάρμακα δήλωσαν εκτεθειμένοι 98 εργαζόμενοι ασθενείς (98/672, 14,6 %), δηλαδή περίπου το 47 % από τις συνολικά 208 περιπτώσεις που ασχολούνταν με τη γεωργία (98/208, 47,1 %). Επιπλέον το 4 % περίπου του συνόλου των εργαζόμενων ασθενών (24/672, 3,6 %) δήλωσε ότι ήταν εκτεθειμένο σε λοιμογόνους παράγοντες. **50**

Πίνακας 17. Η συχνότητα εφαρμογής μέτρων προστασίας έναντι επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών που έπασχαν από επαγγελματική νόσο και αυτών που δεν έπασχαν (p = 0,007). Αναλυτικότερα, ασθενείς με επαγγελματικές παθήσεις δήλωσαν λήψη μέτρων προστασίας σε μεγαλύτερη συχνότητα (58/212, 27,4 %) από ότι ασθενείς χωρίς επαγγελματικές παθήσεις (112/710, 15,8 %). Παρόμοια, το ποσοστό λήψης μέτρων προστασίας ήταν υψηλότερο σε ασθενείς με εργατικά ατυχήματα (40/124, 32,3 %) από ότι σε ασθενείς που δεν υπέστησαν εργατικό ατύχημα ούτε κατά τη διάρκεια της μελέτης ούτε και στο παρελθόν (130/788, 16,5 %, p = 0,003). **55**

Πίνακας 18. Τα στοιχεία που καταγράφονται προέρχονται από τα αρχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΓΓ ΕΣΥΕ) και αναφέρονται στον αριθμό των ασθενών ανά ομάδα διαγνώσεων και νοσημάτων οι οποίοι εξήλθαν κατά το έτος 2001 από όλα τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας μας και αναλυτικότερα των Νοσοκομείων της Περιφέρειας Θεσσαλίας. **56**

10

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Έντυπα

2. Ερωτηματολόγια

ΕΤΟΣ:

ΥΠΟΚ/ΜΑ:

Α/Α ΣΤΟ ΕΤΟΣ:

ΔΗΛΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (1)

1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

2. ΦΥΛΟ: Άνδρας Γυναίκα

3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
(ημέρα μήνας έτος)

4. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: Ελληνική Άλλης χώρας της ΕΕ Χώρα εκτός ΕΕ

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

6. ΚΛΑΔΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ:

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:
(ημέρα μήνας έτος)

9. ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

10. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΡΕΧΟΥΣΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ: Ναι Όχι Άγνωστο

11. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 1^Η ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ:
(ημέρα μήνας έτος)

12. ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1^Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

13. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΚΘΕΣΗΣ:

14. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΚΘΕΣΗΣ:

15. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (εάν έχει επέλθει)
(ημέρα μήνας έτος)

YEAR: IKA-ETAM BRANCH: No IN THE YEAR:

OCCUPATIONAL DISEASE RECORD FORM

1. SOCIAL SECURITY NUMBER: 2. SEX: Male Female 3. DATE OF BIRTH:
(day, month, year)4. NATIONALITY: Greek Other EU county Non EU country 5. OCCUPATION: _____

6. ECONOMIC ACTIVITY OF THE ENTERPRISE:

_____ 7. DIAGNOSIS: _____ 8. DATE OF DIAGNOSIS:
(day, month, year)9. SEVERITY OF DISEASE: _____ 10. RELAPSE OF CURRENT DIAGNOSIS: Yes No Unknown 11. DATE AT FIRST DIAGNOSIS:
(day, month, year)12. SEVERITY OF DISEASE AT FIRST DIAGNOSIS: _____ 13. CAUSAL AGENT OF EXPOSURE: _____ 14. SUBSTANCE CONTAINING THE EXPOSURE AGENT: _____ 15. DATE OF DEATH (in such case)
(day, month, year)

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αριθμός μητρώου :

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Ημερομηνία γέννησης:

Τόπος γέννησης:

Κατοικία:

Τηλέφωνο:

Εκπαίδευση:

Οικογενειακή κατάσταση:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κύριο επάγγελμα:

Είδος εργασίας:

Διάρκεια (έτη):

Δευτερεύον επάγγελμα:

Είδος εργασίας:

Διάρκεια (έτη):

Παλαιότερη επαγγελματική δραστηριότητα:

Είδος εργασίας:

Διάρκεια (έτη):

Συνολικός αριθμός ετών εργασίας:

Εργατικά ατυχήματα:

.....

Μερική ή μόνιμη αναπηρία: Ναι..... Όχι..... Ποσοστό

Αίτια αναπηρίας:

Έκθεση σε επικίνδυνους παράγοντες:

Φυσικοί παράγοντες:

.....

Χημικοί παράγοντες:

.....

Ακτινοβολία:

.....

Χρήση ατομικών μέσων προστασίας:

Διαρκής Διαλείπουσα

Μηδενική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ Π.Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ**Κλινική:****Ημερομηνία εισαγωγής:****Πιθανή αιτία εισαγωγής:****ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ****Γνωστά παθολογικά νοσήματα:**

.....

.....

Χειρουργικές επεμβάσεις:

.....

Φαρμακευτική αγωγή:

.....

Συνήθειες τρόπου ζωής:

Άθληση:

Χρήση αλκοόλ: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**Κάπνισμα: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Διατροφή:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΤΕΛΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αριθμός μητρώου:

Επώνυμο: **Όνομα:** **Ηλικία:**

Διεύθυνση κατοικίας:

Πόλη: **Τ.Κ.:**

Τηλέφωνο:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**Πατέρας:**

.....

Μητέρα:

.....

Λοιπά μέλη:

.....

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**Χειρουργικές επεμβάσεις:**

.....

.....

Παθολογικά νοσήματα:

.....

.....

Φαρμακευτική αγωγή:

.....

.....

Εμβολιασμοί:**Συνήθειες τρόπου ζωής:****Άθληση:****Χρήση αλκοόλ:** **ΝΑΙ** **ΟΧΙ****Κάπνισμα:** **ΝΑΙ** **ΟΧΙ****Διατροφή:**

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ύψος: **Σ.Β.:** **Α.Π.:** **Σφύξεις:**

- Αναπνευστικό σύστημα:
- Κυκλοφορικό σύστημα:
- Γαστρεντερικό σύστημα:
- Ουροποιογεννητικό σύστημα:
- Ερειστικό σύστημα:
- Νευρικό σύστημα:

Παρατηρήσεις:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- Αιματολογικός έλεγχος:
.....
- Βιοχημικός έλεγχος:
.....
.....
- Ιολογικός - Ανοσολογικός - Ορμονολογικός έλεγχος:
.....
.....
- Γενική ούρων:
.....
- Ακτινογραφίες:
.....
.....
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα:
.....
- Ηλεκτρομυογράφημα:
.....
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα:
.....
- Υπερηχογραφικός έλεγχος:
.....
.....
- Λειτουργικός έλεγχος αναπνοής:
.....
.....

- Ακουομετρικός έλεγχος:.....
.....
- Οφθαλμολογικός έλεγχος:
.....
- Αξονική-Μαγνητική Τομογραφία:
.....
.....
.....
- Μέτρηση οστικής πυκνότητας:
.....
- Βιοψίες:
.....
.....
- Λοιπές εξετάσεις:
.....
.....
.....
.....

ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΚΑΙ ΤΥΠΩΘΗΚΕ

ΑΠΟ ΤΟΝ

ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΛΙΒΑΝΗ ΑΒΕ

Σόλωνος 98 – 106 80 Αθήνα

Τηλ. : 210 3661200, Φαξ: 210 3617791

<http://www.livanis.gr>

ΓΙΑ ΤΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΝΑΙ Η Α΄ ΕΚΔΟΣΗ ΚΑΙ ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΣΕ 1.000 ΑΝΤΙΤΥΠΑ

