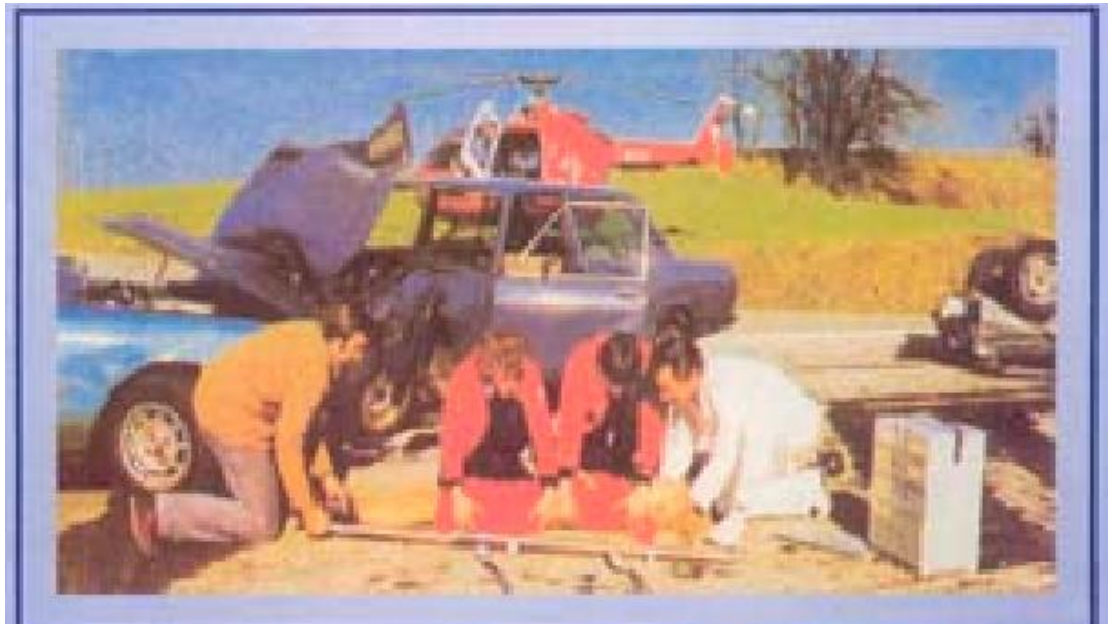


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:** «ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ»



**ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:** ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ  
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ  
ΚΑΡΑΒΟΛΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΜΑΡΛΑΓΚΟΥΤΣΟΥ ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:** Καθ. ΙΩΑΝΝΗΣ  
ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2005

**Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:****A.****B.****Γ.**

**Ευχαριστούμε θερμά για την βοήθειά και την υποστήριξη τους:**

- τον κ. **Δετοράκη Ιωάννη** καθηγητή υγιεινής του παν/μιου Πατρών, επόπτη και συντονιστή της εργασίας αυτής για την πολύτιμη καθοδήγησή του, ώστε να συνταχθεί και να ολοκληρωθεί επιτυχώς

-τον κ. **Κατόγλου Χαράλαμπο**, Ψυχίατρο, Επιμελητή Β' ΕΣΥ Ψ. Ν. Π. Ο και Πρόεδρο του Τοπικού Παραρτήματος Κατερίνης της  
**Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α**

-και την Διεύθυνση Τροχαίας Πατρών και συγκεκριμένα το **Γραφείο Τροχαίων Ατυχημάτων** .

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **Α)ΜΕΡΟΣ (ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ)**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι**

##### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

- 1. 1. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ. . . . σελ. 16**
- 1. 2. ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ. . . . σελ. 17**
- 1. 3. ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ. . . . σελ. 18**
- 1. 4. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. . . . σελ. 19**
- 1. 5. ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ Ε. Ε. ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. . . . σελ. 21**
- 1. 6. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. . . . σελ. 23**
- 1. 7. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 25**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ**

##### **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

- 2. 1. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ. . . . σελ. 33**
- 2. 2. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΗΣ ΟΔΙΚΗΣ**

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ. . . . σελ. 38

2. 3. Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΔΗΓΗΣΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ  
ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 40
2. 4. Η ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΣΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΩΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ. . . . σελ. 41
2. 5. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑΣ ΒΑΣΕΙ  
ΑΝΑΤΟΜΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ Η ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ. . .  
. σελ. 42
2. 6. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ. . . . σελ. 43
2. 7. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ. . . . σελ. 44
2. 8. ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΚΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣ  
ΑΣΦΑΛΕΙΑ. . . . σελ. 45
2. 9. ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΨΕΩΣ. . . .  
σελ. 47

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**

#### **ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ, ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΑ ΚΑΙ ΠΕΖΟΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

3. 1. ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 49

- 3. 2. ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 50
- 3. 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΕΖΩΝ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 51
- 3.4. ΤΑ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΑ ΟΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 52

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

### **ΤΥΠΟΙ ΟΔΗΓΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ- Ο ΣΩΣΤΟΣ ΟΔΗΓΟΣ-Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΟΔΗΓΟΣ**

- 4. 1. ΤΥΠΟΙ ΟΔΗΓΩΝ. . . . σελ. 59
- 4. 2. Ο ΣΩΣΤΟΣ ΟΔΗΓΟΣ. . . . σελ. 63
- 4. 3. Η ΣΩΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ. . . . σελ. 65
- 4. 4. Η ΣΩΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΒΑΤΗ. . . . σελ. 66
- 4. 5. Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΟΔΗΓΟΣ. . . . σελ. 66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V**

### **ΟΜΑΔΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΣΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

- 5. 1. ΟΜΑΔΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΣΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ –ΓΕΝΙΚΑ. . . . σελ. 69
- 5. 2. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 70
- 5. 3. ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΒΑΡΙΕΣ ΑΠ’ ΟΣΟ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ. . . . σελ. 75
- 5. 4. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

- ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. . . . σελ. 76
5. 5. Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΗΣΗΣ. . . . σελ. 78
5. 6. ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 81
5. 7. ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ. . . . σελ. 86

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI**

### **ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

6. 1. ΑΙΤΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΕΝΙΚΑ. . . . σελ. 90
6. 2. ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΒΑΤΙΚΑ ΟΧΗΜΑΤΑ. . .  
. σελ. 91
6. 3. ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΑ  
ΔΙΚΥΚΛΑ. . . . σελ. 93
6. 4. ΑΙΤΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ  
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ. . . . σελ. 94
6. 5. ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΑ  
ΤΡΟΧΑΙΑ. . . . σελ. 95
6. 6. ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ  
ΜΑΣ. . . . σελ. 98
6. 7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 113
6. 8. Η ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ  
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 115
6. 9. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΝΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 117

6. 10. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ. . . . σελ. 124
6. 11. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΚΑΤΑΣΣΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 126
6. 12. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 129
6. 13. ΔΥΣΤΥΧΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ. . ΑΙΤΙΑ. . . . σελ. 131
6. 14. Η ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ. . . . σελ. 131
6. 15. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΕΙΣ. . . . σελ. 132
6. 16. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΛΚΟΟΛΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ. . . . σελ. 134
6. 17. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ. . . . σελ. 139
6. 18. Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ. . . . σελ. 140
6. 19. ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ. . . . σελ. 142
6. 20. ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗΣ. . . . σελ. 144
6. 21. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ. . . . σελ. 145
6. 22. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ. . . . σελ. 146



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

### **ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

7. 1. ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.... σελ. 150
7. 2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ. . . . σελ. 153
7. 3. ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ. . . . σελ. 154
7. 4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 160
7. 5. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ. . . σελ. 161
7. 6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ. . . . σελ. 162
7. 7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. . . σελ. 170
7. 8. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΓΥΡΟΥ. . . . σελ. 174
7. 9. ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ Η ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 175
7. 10. Η Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α. ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ. . . . σελ. 176
7. 11. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. . . . σελ. 181
7. 12. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΘΑΝΑΤΟΛΟΓΙΑΣ. . . . σελ. 184
7. 13. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ. . . . σελ. 185
7. 14. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ. . . . σελ. 186

7. 15. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ. . . . σελ. 188
7. 16. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ. . . . σελ. 189
7. 17. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ. . . . σελ. 190
7. 18. ΒΑΡΥ ΠΕΝΘΟΣ: ΠΡΩΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ. . . . σελ. 191
7. 19. ΠΩΣ ΝΑ ΠΛΗΣΙΑΣΟΥΜΕ ΤΟΝ ΠΕΝΘΟΥΝΤΑ. . . . ΣΕΛ. 192
7. 20. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . . σελ193
7. 21. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; . . . . σελ. 193
7. 22. ΣΤΑΔΙΑ ΠΕΝΘΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ. . . . σελ. 195
7. 23. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ. . . . σελ. 199
7. 24. ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ. . . . σελ. 203
7. 25. ΑΛΛΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 204
7. 26. ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. . . . σελ. 206
7. 27. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΨΥΧΩΣΗ, Η ΠΑΡΑΞΕΝΗ, Η ΕΚΚΕΝΤΡΙΚΗ, Η Η ΑΛΛΟΚΟΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ; . . . σελ. 209

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII**

### **ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

8. 1. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ-ΓΕΝΙΚΑ. . . . σελ. 212

- 8. 2. ΠΑΡΟΧΗ Α΄ ΒΟΗΘΕΙΩΝ. . . . σελ. 215
- 8. 3. ΣΧΗΜΑ ΠΡΟΧΕΙΡΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ. . . .  
σελ. 216
- 8. 4. ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ. . . . σελ. 218
- 8. 5. ΚΙΒΩΤΙΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ. . . . σελ. 220
- 8. 6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ. . . . σελ. 223
- 8. 7. ΤΕΧΝΗΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ. . . . σελ. 223
- 8. 8. SHOCK ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 225

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ**

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

- 9. 1. ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ...σελ. 228
- 9. 2. ΖΩΝΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ. . . . σελ. 233
- 9. 3. Ο ΜΥΘΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΝΗ. . . . σελ. 234
- 9. 4. ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΙ ΚΡΥΒΕΤΑΙ ΠΙΣΩΑΠ' ΑΥΤΗΝ. . .  
σελ. 235
- 9. 5. ΛΑΘΕΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΛΙΣΘΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟ  
ΟΔΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ. . . . σελ. 236
- 9. 6. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΜΕ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ. . . . σελ. 241
- 9. 7. ΕΙΔΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ. . . . σελ. 245

9. 8. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ.  
σελ. 246
9. 9. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ. . . . σελ. 247
9. 10. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ.  
σελ. 248
9. 11. ΘΕΩΡΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 252
9. 12. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ. . . . σελ. 260
9. 13. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ. . . . σελ. 263
9. 14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Ε. Δ. Υ. ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ  
ΓΙΑ ΤΑ ΟΔΙΚΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 264
9. 15. ΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΧΑΙΑ  
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ. . . . σελ. 266
9. 16. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ  
ΑΤΥΧΗΜΑ. . . σελ. 266
9. 17. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ  
ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ. . . . σελ. 268
9. 18. ΕΠΙΛΟΓΟΣ. . . . σελ. 269

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Χ**

### **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ**

10. 1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ  
ΤΡΟΧΑΙΩΝ-ΓΕΝΙΚΑ. . . . σελ. 274

10. 2. ΤΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΙ ΤΟ ΕΚΑΒ. . . . σελ. 282
10. 3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΖΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 285
10. 4. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ. . . . σελ. 285
10. 5. ΓΙΑΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΔΙΑΙΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ. . . . σελ. 288
10. 6. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ. . . . σελ. 292
10. 7. ΘΕΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΩΘΗΘΟΥΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ. . . . σελ. 295

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ**

11. 1. ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ. . . . σελ. 301
11. 2. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ. . . . σελ. 302
11. 3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ. . . . σελ. 303
11. 4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ WORDEN. . . . σελ. 305
11. 5. Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. . . . σελ. 308
11. 6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ, ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΒΑΡΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ, ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. . . . σελ. 315
11. 7. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ. . . . σελ. 316

11. 8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ. . . .  
σελ. 319

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ** . . . . σελ. 324

**ΜΕΡΟΣ Β' (ΕΡΕΥΝΑ)**

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ. . . . σελ. 331
2. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 332
3. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 333
4. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 334
5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 335
6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ. . . . σελ. 335
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 336
8. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 347
9. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ  
ΕΡΕΥΝΑΣ. . . . σελ. 351
10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ  
ΕΦΑΡΜΟΣΤΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ. . . . σελ. 355

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ. . . . σελ. 364**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ



## 1. 1. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με την Π. Ο. Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), με τον όρο «ατύχημα» εννοούμε κάθε αιφνίδια και επιβλαβή επίδραση εξωτερικού παράγοντα ή γεγονότος σ' ένα άτομο που συμβαίνει ανεξάρτητα από τη θέλησή του.

Τελευταία έχει αντικατασταθεί από τους όρους «κάκωση», «τραύμα» και «σωματική βλάβη», όπου δεν υπερτονίζεται ο ρόλος του τυχαίου γεγονότος. Στον όρο «ατύχημα» δεν συμπεριλαμβάνεται ο θάνατος και η εκούσια βλάβη από βία ή αυτοκτονία. Τα ατυχήματα εμφανίστηκαν ταυτόχρονα με τη γένεση του ανθρώπου και όπως και άλλες νοσολογικές καταστάσεις, οφείλονται σε πολυπαραγοντικά αίτια. Είναι στενά συνυφασμένα με τη φύση και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και με το μικρο- και το μακρο- περιβάλλον, γι' αυτό και αποτελούν διεθνώς κοινωνικό πρόβλημα δημόσιας υγείας

Στο παρελθόν χρησιμοποιείτο ανεξαιρέτως ο όρος ατύχημα(accident) για να περιγράψει τις ακούσιες και εκούσιες βλάβες οι οποίες προκύπτουν από οξεία έκθεση σε μηχανική, θερμική, ηλεκτρική ή χημική ενέργεια, συμπεριλαμβανομένων συνθηκών στέρησης παραμέτρων, όπως η θερμότητα και το οξυγόνο.

Την τελευταία εικοσαετία, στην Αμερικάνικη κυρίως βιβλιογραφία, προτιμάται ο όρος σωματική βλάβη(lesion) ή τραύμα (trauma) ή κάκωση (injury) με το σκεπτικό ότι το «ατύχημα» υπερτονίζει το ρόλο της τύχης και αποθαρρύνει κάθε προσπάθεια επισήμανσης αιτιολογικών παραγόντων και ανάληψη προληπτικών πρωτοβουλιών. Κατά μία άλλη άποψη, ο όρος «ατύχημα» αναφέρεται στο συμβάν που οδηγεί στη σωματική βλάβη, και κατά συνέπεια οι δύο όροι έχουν διακριτό εννοιολογικό περιεχόμενο με περιορισμένη επικάλυψη.

( Πετρίδου Ε. , Τριχόπουλος Δ. , 2000).

Το ατύχημα ήταν-και εξακολουθεί να είναι- πολύ σημαντικός παράγοντας στη διαμόρφωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας ενός πληθυσμού. Η συχνότητα του σε αντίθεση με τις περισσότερες νόσους, αυξάνεται παράλληλα με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και του πολιτισμού, δημιουργώντας οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα στις σύγχρονες κοινωνίες.

## **1. 2 ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Πολύ συχνά η οδική ασφάλεια αντιμετωπίζεται ως θέμα των μεταφορών και όχι της δημόσιας υγείας, ενώ και οι τραυματισμοί σε τροχαία ονομάζονται «ατυχήματα», μολονότι τα περισσότερα θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Συνεπώς, πολλές χώρες ασχολούνται πολύ λίγο με την κατανόηση και την πρόληψη των τραυματισμών σε τροχαία, σε σχέση με τις προσπάθειες που καταβάλλουν για την κατανόηση και πρόληψη ασθενειών οι οποίες προκαλούν λιγότερες βλάβες.

Καθημερινά 140. 000 άνθρωποι περίπου τραυματίζονται στους δρόμους όλου του κόσμου. Περισσότεροι από 3. 000 πεθαίνουν και γύρω στους 15. 000 μένουν ανάπηροι για την υπόλοιπη ζωή τους. Καθένας από αυτούς έχει ένα κύκλο συγγενών, φίλων, γειτόνων, συμμαθητών ή συναδέλφων οι επίσης επηρεάζονται-συναισθηματικά και όχι μόνο. Οικογένειες αγωνίζονται καθημερινά με τη φτώχεια, όταν χάνουν ένα μέλος που συνεισφέρει οικονομικά ή όταν πρέπει να επωμιστούν την πρόσθετη δαπάνη της φροντίδας ενός ανθρώπου με αναπηρία. (άρθρο της Π. Ο. Υ, 2004)

Οι σημερινές στατιστικές είναι πολύ ανησυχητικές. Ακόμη πιο ανησυχητικές είναι οι τάσεις. Αν συνεχιστούν έτσι, το 2020 ο αριθμός

των ανθρώπων που σκοτώνονται ή μένουν ανάπηροι κάθε μέρα στους δρόμους όλου του κόσμου θα έχει αυξηθεί πάνω από 60%, καθιστώντας τα τροχαία ατυχήματα ως μια κύρια αιτία θανάτων και τραυματισμών παγκοσμίως. Η επιβάρυνση αυτή επηρεάζει περισσότερο τις χώρες χαμηλού και μεσαίου επιπέδου ανάπτυξης. Σήμερα σε αυτές σημειώνονται το 90% των θανάτων και των αναπηριών από τροχαία ατυχήματα. Σύντομα θα φτάσουν το 95%.

### **1.3 ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ**

Οι χώρες υψηλού βιοτικού επιπέδου ήταν οι πρώτες που απέκτησαν αυτοκίνητα και αυτοκινητοδρόμους και οι πρώτες που έμαθαν από την εμπειρία τους ότι η μετακίνηση αυτή προσφέρει πολλά οφέλη, αλλά μπορεί και να προκαλέσει πολλές βλάβες εάν δεν δίνεται απόλυτη προτεραιότητα στην οδική ασφάλεια. Οι χώρες που έχουν επιτύχει τη μεγαλύτερη μείωση της βλάβης, κινητοποίησαν πολλούς και διαφορετικούς εταίρους-κυβέρνηση, πολίτες και βιομηχανία-σε συντονισμένα προγράμματα έρευνας, ανάπτυξης και εφαρμογής για την οδική ασφάλεια. Σήμερα σε κάποιες χώρες με αναπτυγμένες οδικές μεταφορές σημειώνονται τα χαμηλότερα ποσοστά θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων ανά 100.000 κατοίκους, με ετήσιο ρυθμό κάτω των 6 ατυχημάτων και μάλιστα με φθίνουσα τάση. Αντίθετα, πολλές άλλες χώρες ξεπερνούν τα 28 θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 κατοίκους

Σύμφωνα με το άρθρο «Τα τροχαία πρώτη αιτία θανάτου των νέων στην Ε. Ε», το οποίο δημοσιεύτηκε στις 26/6/2001, τα οδικά δυστυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου των νέων ηλικίας 15-24 ετών στις περισσότερες χώρες της Ενωμένης Ευρώπης. Τα υψηλότερα

ποσοστά καταγράφονται στην Πορτογαλία, την Ελλάδα, το Βέλγιο και την Αυστρία. Αντίθετα η Σουηδία έχει μικρότερο ποσοστό θανάτων.

Η πρόοδος που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα υγείας και της περίθαλψης, δεν φαίνεται να επιδρά στους νέους με Αποτέλεσμα να θεωρείται σταθερό το ποσοστό των θανάτων σ' αυτές τις ηλικίες.

Υπάρχει η αίσθηση πως όταν αυξάνονται τα χιλιόμετρα αντίστοιχα αυξάνονται και τα τροχαία ατυχήματα. Όμως αυτό δεν ισχύει.

Όλα τα κράτη της Ε. Ε έχουν αυξήσει κατά πολύ τον αριθμό των επιβατικών αυτοκινήτων και τα χιλιόμετρα και παρόλα αυτά κατάφεραν να μειώσουν τα ατυχήματα και τα θύματα.

#### **1. 4. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ**

##### **ΕΛΛΑΔΑ**

Η Δομή και η Λειτουργία της Πολιτείας, η συμπεριφορά του πολίτη και του Κοινωνικού Συνόλου, ο βαθμός Ανάπτυξης και εν γένει ο Πολιτισμός σε μια χώρα κρίνεται μεταξύ άλλων από το δείκτη των τροχαίων ατυχημάτων, των νεκρών και των τραυματιών.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα έχουμε 2. 000 θανάτους περίπου καθώς και 40. 000 τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα. (περιοδικό «αναπηρία τώρα», internet, 2001)

Τα θύματα ανήκουν στην πλειονότητα ανάμεσα στις ηλικίες των 17-49 ετών, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας των νεκρών κυμαίνεται μεταξύ των 34 και 44 ετών. Η ηλικία αυτή θεωρείται η παραγωγικότερη με Αποτέλεσμα το κράτος να χάνει σημαντικά στελέχη του.

Τα περισσότερα τροχαία ατυχήματα γίνονται κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου όπου οι άνθρωποι θέλουν να ξεφύγουν από τις πόλεις και τους γρήγορους ρυθμούς αυτών.

Στη δεκαετία 1980-90, σκοτώθηκαν 20. 000 άνθρωποι και τραυματίστηκαν 560. 000 (σε τροχαία ατυχήματα). Αυτό σημαίνει κατάγματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τραυματισμοί της σπονδυλικής στήλης, τετραπληγίες, παραπληγίες, ακρωτηριασμοί, μόνιμες ή μακροχρόνιες αναπηρίες με όλες τις κοινωνικές, οικογενειακές συνέπειες αλλά και συνέπειες στα ίδια τα άτομα.

Στην πατρίδα μας το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων είναι οξύτατο και σπουδαιότερο από επίσης σημαντικά προβλήματα όπως το AIDS, τα ναρκωτικά, η ατμοσφαιρική ρύπανση κλπ.

Η θνησιμότητα από ατυχήματα στην Ελλάδα έχει ανοδική διαχρονική τάση έναντι της καθοδικής άλλων Ευρωπαϊκών Χωρών. Κάθε χρόνο σε 22. 000 ατυχήματα, 32. 000 τραυματίες και 2. 000 νεκρούς πέφτουν θύματα στον Μολώχ της Ασφάλτου. Μία ολόκληρη κωμόπολη αφανίζεται και το δημογραφικό πρόβλημα οξύνεται επικίνδυνα με όλες τις κοινωνικές- οικονομικές- πολιτικές- πολιτιστικές και Εθνικές προεκτάσεις.

Παρά την έκταση και την σοβαρότητα του προβλήματος η μέχρι σήμερα αντιμετώπιση υπήρξε παθητική και μοιρολατρική χωρίς να έχει καταβληθεί η απαιτούμενη συντονισμένη προσπάθεια πολιτείας και πολιτών.

Αιτιάσεις του τύπου: «η πρόληψη είναι δύσκολη», «τα τροχαία αποτελούν το τίμημα της τεχνολογικής εξέλιξης», «είναι τα ίδια θύματα που φταίνε», δεν μπορούν και δεν πρέπει να αποτελούν το άλλοθι μιας συλλογικής αδιαφορίας που οδηγεί στον ευτελισμό της αξίας της ανθρώπινης ζωής.

Το τροχαίο ατύχημα δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως τυχαίο γεγονός αλλά ως Αποτέλεσμα της συνισταμένης των τεσσάρων παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα της οδικής ασφάλειας και συγκεκριμένα του χρήστη ως υποκείμενο και συμπεριφορά, του οχήματος, της οδικής υποδομής και του οδικού δικτύου και του ελέγχου του συστήματος.

Η οδική ασφάλεια αποτελεί ουσιώδη συνιστώσα της ποιότητας της ζωής και του πολιτισμού μας. Η αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων και οδική ασφάλεια είναι κατ' εξοχήν υπόθεση του Κράτους και πρέπει να αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο κάθε κυβερνητικής πολιτικής.

Η συνειδητοποίηση της πολιτικής ηγεσίας, της επιστημονικής κοινότητας και των επικεφαλής των αρμόδιων υπηρεσιών ότι η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και των συνεπειών τους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% είναι εφικτή, αποτελεί εχέγγυο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος στον τόπο μας. (Πόρισμα της Βουλής των Ελλήνων για τα Τροχαία Ατυχήματα και την Οδική Ασφάλεια στην Ελλάδα, Αθήνα 1996)

## **1. 5. ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ Ε. Ε ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Σύμφωνα με την Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων Υψηλού Επιπέδου για μια Ευρωπαϊκή Πολιτική Οδικής Ασφάλειας (Έκθεση GERONDEAU), η οποία συντάχθηκε για την Γενική Διεύθυνση Μεταφορών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περίπου 50. 000 άνθρωποι χάνουν κάθε χρόνο την ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα στους δρόμους των Κρατών-Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περισσότεροι

από 1. 500. 000 τραυματίζονται σε 1. 200. 000 ατυχήματα και 150. 000 καθίστανται μονίμως ανάπηροι. (Πόρισμα της Βουλής, 1996)

Η οικονομική ζημιά, συνέπεια αυτών των ατυχημάτων, ανέρχεται σε 21 Τρις Δρχ. τον χρόνο, ποσό που ισοδυναμεί με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν μικρών χωρών, όπως της Ελλάδας, της Ιρλανδίας ή της Πορτογαλίας.

Από την υπογραφή της Συνθήκης της Ρώμης (1957, για την ίδρυση της Ε. Ο. Κ. ) μέχρι σήμερα, περίπου 2. 000. 000 κάτοικοι των Κρατών-Μελών σκοτώθηκαν και περισσότεροι από 40. 000. 000 τραυματίστηκαν, αριθμοί που μόνο με απολογισμό πολέμου μπορεί να συγκριθούν.

Τα αντίστοιχα στοιχεία για την Ελλάδα είναι για κάθε χρόνο περισσότεροι από 2. 000 νεκροί και 32. 000 τραυματίες(4. 000 βαριά), σε 22. 000 ατυχήματα, εκ των οποίων οι μισοί είναι ηλικίας 20-44 ετών.

Το ετήσιο κοινωνικό-οικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα εκτιμάται σε 115 Δις Δρχ

Οι σχετικές επισημάνσεις του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Οδοποιίας(Λάρισα 1995), είναι:

- Στην περίοδο 1980-1993 στα κράτη-μέλη της Ε. Ε. , τα τροχαία ατυχήματα παρουσίασαν μείωση 9% ενώ στην Ελλάδα αυξήθηκαν 34%, οι νεκροί μείωση 22% στην Ε. Ε. και αύξηση 64% στην Ελλάδα, οι τραυματίες μείωση 19% στην Ε. Ε. και αύξηση 30% στην Ελλάδα.
- Στην ίδια περίοδο, τα κυκλοφορούντα οχήματα στις 15 χώρες-μέλη της Ε. Ε. αυξήθηκαν κατά 49% έναντι 122% στην Ελλάδα. Όσον στα ποσοστά ιδιοκτησίας οχημάτων ανά 1. 000 κατοίκους, στην Ε. Ε. κατά μέσο όρο είναι 460 ενώ στη χώρα μας είναι 271(που

σημαίνει ότι ο υψηλός ρυθμός ανάπτυξης κυκλοφορούντων οχημάτων θα συνεχιστεί).

- Ο μέσος όρος νεκρών σε τροχαία ανά 1. 000. 000 κατοίκους, στην Ε. Ε. είναι 131 και στην Ελλάδα 217, οι δε νεκροί ανά 1. 000. 000 οχήματα, στην Ε. Ε. είναι 285 και στην Ελλάδα 801.
- Στην περίοδο 1986-1993 στην Ελλάδα, τα αυτοκίνητα αυξήθηκαν κατά 40%, τα θύματα τροχαίων ατυχημάτων κατά 14% και οι νεκροί κατά 26%, ενώ το οδικό δίκτυο αυξήθηκε μόνον κατά 1%

Δυστυχώς πολύ συχνά το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων αντιμετωπίζεται με αδιαφορία, σε αντίθεση με οποιοδήποτε άλλη αιτία μαζικών θανάτων μικρότερης κλίμακας (επιδημίας, ναρκωτικά, αεροπορικά ή ναυτικά δυστυχήματα κλπ)

Η πρόληψη όμως των τροχαίων ατυχημάτων είναι εφικτή. Τα αποτελέσματα πρωτοβουλιών που πολλά Κράτη-Μέλη ανέλαβαν μέσα στα όρια της επικράτειας τους για να μειώσουν τον αριθμό των ατυχημάτων και την σοβαρότητα των συνεπειών τους απέδειξαν ότι είναι δυνατή σημαντική βελτίωση της κατάστασης. Ήδη πολίτες πολλών Ευρωπαϊκών χωρών έχουν συνειδητοποιήσει ότι η Οδική Ασφάλεια αποτελεί ουσιώδη συνιστώσα της ποιότητας ζωής τους.

## **1. 6. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Μέσα απ' αυτή την εργασία αναδεικνύεται το τροχαίο ατύχημα όχι ως ένα μονοδιάστατο γεγονός, αλλά ως τον αιτιογόνο παράγοντα που οδηγεί σε μια σειρά από οδυνηρές συνέπειες τόσο τα άτομα που εμπλέκονται άμεσα με το ατύχημα όσο και τα άτομα που αποτελούν το συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον.**



Ο τρόπος, με τον οποίο παρουσιάζεται στην κοινή γνώμη ένα τροχαίο ατύχημα, από τα Μ. Μ. Ε, το δείχνει ως ένα απρόσωπο φαινόμενο, δοσμένο με κυνικό ύφος. Τα δε θύματα του τροχαίου καταγράφονται ως στατιστικά στοιχεία(θάνατοι, τραυματισμοί)και σβήνονται από τη μνήμη του ατόμου με το πέρας του χρόνου.

Έτσι χάνεται η ουσία του θέματος των τροχαίων ατυχημάτων, που είναι ότι ένα οδικό ατύχημα είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο με ψυχολογική, κοινωνική, οικονομική και σωματική επίδραση στο άτομο-θύμα τροχαίου και έπειτα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, προσωρινά και μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Η Ελλάδα, παγκοσμίως βρίσκεται σε μια από τις πιο υψηλές θέσεις στην εμφάνιση τροχαίων ατυχημάτων καθώς και στους δείκτες



θνησιμότητας και νοσηρότητας, το «ατύχημα»είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που αφορά όλους μας. Ακόμη και αν δεν έχουμε εμπλακεί εμείς ή κάποιο άτομο του ευρύτερου περιβάλλοντος μας σε τροχαίο, κάτι τέτοιο είναι πολύ πιθανόν να συμβεί στο άμεσο μέλλον, κάτω από τις συνθήκες και τις περιστάσεις που υπάρχουν τώρα.

Οπότε συνίσταται διεξοδική γνώση και ευαισθητοποίηση για αυτό το σοβαρό ζήτημα που αφορά όλους τους πολίτες αυτού του κράτους για την πρόληψη των ατυχημάτων, τη μείωση των επιπτώσεων μετά την εμφάνιση τους και τη προστασία και προαγωγή της υγείας γενικότερα, του κοινωνικού συνόλου για τα επόμενα χρόνια.

## 1. 7. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

*Ατύχημα (το): τυχαίο δυσάρεστο συμβάν*

Ο όρος «ατύχημα» περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τις πτώσεις, τα εγκαύματα, τις δηλητηριάσεις, τους πνιγμούς και κυρίως τα τροχαία ατυχήματα. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής η λέξη «ατύχημα» έχει αντικατασταθεί ή χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο «εξωγενής βλάβη», ο οποίος περιλαμβάνει επίσης φόνους, εκούσιους ή ακούσιους τραυματισμούς, βιασμούς, αυτοκτονίες ή απόπειρες αυτοκτονίας και κακοποίηση παιδιών. (Ε. Πετρίδου, *Επιδημιολογία των Ατυχημάτων στη Νεαρή Ηλικία*).

Ως **τροχαίο ή αυτοκινητιστικό** ατύχημα ονομάζουμε το οποιοδήποτε αυτοκινητιστικό ατύχημα που συμβαίνει σε κάποια δημόσια οδό. (Τσαχαγέας Χρ. Π, 1973)

### Τραύματα

Τραύμα λέγεται κάθε λύση(διαίρεση) της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων. (Μπέλλος Α. , 1986)

Τα τραύματα έχουν άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο βάθος και παρουσιάζουν πάντοτε αιμορραγία εξωτερική, λόγω τρώσεων αιμοφόρων αγγείων.

Ανάλογα με το είδος των αιμοφόρων αγγείων που έχουν κοπεί από τραύμα και αιμορραγούν, η αιμορραγία διακρίνεται σε:

-Φλεβική όταν προέρχεται από κόψιμο φλέβας

- Τριχοειδική αιμορραγία όταν κοπούν τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία
- Αρτηριακή αιμορραγία όταν υπάρχει κόψιμο αρτηρίας

### Κατάγματα

Κάταγμα ονομάζεται κοινώς το σπάσιμο. Είναι η λύση της συνέχειας του οστού. Υπάρχουν τα **τέλεια** κατάγματα, όταν το οστό διαιρεθεί σε δυο

τεμάχια και **ατελή**, όταν σχηματιστεί μόνο μια ρωγμή. (Γιώτης Α. , Αθήνα 1985)

Όταν το κάταγμα δεν συνοδεύεται από τραύμα λέγεται **απλό** αλλιώς **επιπεπλεγμένο**.

### Χαρακτηριστικά σημεία

**α. Εξοίδηση**(πρήξιμο)του μέλους απ' το αίμα που αθροίζεται κάτω από το δέρμα.

**β. Πόνος**

**γ. Παραμόρφωση** μέλους

**δ. Κριγμός** δηλ. όταν κινούμε το μέλος ακούμε τρίξιμο απ' το σημείο του κατάγματος λόγω τριβής.

**ε. Αδυναμία** κινήσεως

**στ. Παρά φύση** κίνηση δηλ. το μέλος κινείται στο σημείο που δεν υπάρχει άρθρωση.

**Πολύ επικίνδυνα κατάγματα είναι αυτά της σπονδυλικής στήλης και των πλευρών.**

### **Μεταφορά Τραυματία**

Όταν το κάταγμα είναι στα κάτω άκρα, στη λεκάνη, στη σπονδυλική στήλη, στο κρανίο χρειάζεται φορείο.

### **Εξάρθρωμα**

Το εξάρθρωμα, κοινώς βγάλσιμο είναι η κάκωση, η οποία δημιουργείται από βίαιη πίεση, οι επιφάνειες των οστών μιας αρθρώσεως μετατοπίζονται από τη θέση τους και δεν επανέρχονται σ' αυτήν. Η συχνότερη θέση των εξαρθρωμάτων είναι ο ώμος. Υπάρχει δυνατός πόνος στην άρθρωση, η οποία πρήζεται και παραμορφώνεται. (Παπαδόπουλος Ι. Στ., χ.χ.)

### **Εγκεφαλικές Κακώσεις**

#### **A. Εγκεφαλική διάσειση**

Η διάσειση του εγκεφάλου μπορεί να είναι ελαφρά, βαριά ή να προκαλέσει τον ακαριαίο θάνατο.

#### **B. Εγκεφαλική αιμορραγία**

Λέγεται η ρήξη αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο. Εκδηλώνεται με δυνατό πονοκέφαλο, απώλεια αισθήσεων, αργή αναπνοή και παράλυση του μισού σώματος.

## Άλλες Εγκεφαλικές Κακώσεις

**Θλάση:** είναι η κάκωση ενός μέρους του σώματος που προκαλείται από χτύπημα ή πίεση με σκληρά και αμβλεία αντικείμενα, τα οποία δεν προκαλούν τραύμα. Δεν συνοδεύεται από εσωτερική αιμορραγία. (Παπαδόπουλος Ι. Στ. , χ. χ. )

### Χαρακτηριστικά

-**Εξοίδηση** (πρήξιμο) της χώρας του σώματος με την κάκωση

-**Πόνος**

-**Εκχύμωση δέρματος\***

- Εκχύμωση είναι η κηλίδα του δέρματος χρώματος βαθέως ερυθρού, η οποία δημιουργείται από το αίμα που διαποτίζει τους ιστούς κάτω απ' το δέρμα.
- **Μώλωπας:** είναι η θλάση, κατά την οποία ξεκολλά σε μικρή έκταση το δέρμα και δημιουργείται κοιλότητα που γεμίζει αίμα.

-**Αιμάτωμα:**Μεγάλος μώλωπας

-**Εκδορά:** Ελαφρότερη κάκωση που δημιουργείται όταν αποκολλείται σε μικρή έκταση η επιδερμίδα από το δέρμα.

## Εγκαύματα

Ονομάζονται οι τοπικές βλάβες του σώματος που προκαλούνται απ' την επίδραση υψηλής θερμοκρασίας. (Ηλιοπούλου Ε. , Βεζυράκης Δ. , Καστανάς Κ. , Αθήνα 1998)

**Διακρίνονται σε :**

**-Πρώτου βαθμού:**Το δέρμα είναι πολύ κόκκινο και ελαφρά πρησμένο και ο παθών αισθάνεται στη χώρα του εγκαύματος αίσθημα κόωσου (τσούξιμο)και πολλές φορές πόνο. Θεραπεύονται σε λίγες μέρες. Είναι επικίνδυνα όταν είναι εκτεταμένα.

**-Δευτέρου βαθμού:**Μοιάζουν με τα εγκαύματα πρώτου βαθμού με μια διαφορά παρουσιάζουν φυσαλίδες (φουσκάλες) γεμάτες με υδαρές ή λευκοκίτρινο υγρό και ο καυστικός πόνος είναι πιο ισχυρός.

**-Τρίτου βαθμού:**Το δέρμα και οι άλλοι ιστοί παθαίνουν νέκρωση και σχηματίζεται στην περιοχή εκείνη του δέρματος κρούστα.

**-Τετάρτου βαθμού:**Επέρχεται απανθράκωση τμήματος του σώματος.

Ο κίνδυνος από τα εγκαύματα εξαρτάται περισσότερο από την έκταση που καταλαμβάνουν παρά από τον βαθμό τους,

## Ορισμός Πόνου

**Πόνος** είναι το δυσάρεστο συναίσθημα, το οποίο παράγεται από τον ερεθισμό των αισθητικών νευρών και αρκετά συχνά αποτελεί προειδοποίηση της φύσεως. (Μπέλλος Α. , 1986)

**Πόνος(ο):**άλγος σωματικό ή ψυχικό/ οίκτος, συμπόνια(Σύγχρονη Εγκυκλοπαίδεια, 1993)

## Ενέσεις

Οι ενέσεις σκοπεύουν στην εισαγωγή φαρμάκων στον οργανισμό, τα οποία πρέπει να φέρουν αποτελέσματα γρήγορα.

### **Γίνονται:**

**1)Υπόδορίως:**το φάρμακο εισάγεται στον χαλαρό ιστό που υπάρχει κάτω απ' το δέρμα

**2)Ενδομυϊκώς:**Το φάρμακο εισάγεται στον μυϊκό ιστό μιας περιοχής του σώματος

**3)Ενδοφλεβίως:**Το φάρμακο εισάγεται απευθείας στην κυκλοφορία του αίματος

**4)Ενδοδερμικώς:**Το φάρμακο εισάγεται μέσα στις στοιβάδες του δέρματος.

Κυρίως γίνονται υπόδοριες και ενδομυϊκές οι ενδοφλέβιες χρειάζονται γιατρό και οι άλλες γίνονται σε διάφορα test από εξειδικευμένο προσωπικό

## Τραύματα

**Ορισμός:** Τραύματα ονομάζεται κάθε λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων (Γιώτης Α. , Αθήνα 1985)

**Ορισμός:** τραύμα(το): λαβωματιά, πληγή (Σύγχρονη Εγκυκλοπαίδεια, 1993)

Τα τραύματα έχουν άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο βάθος. Επίσης, παρουσιάζουν αιμορραγία λόγω τρώσεως αιμοφόρων αγγείων.

**Διακρίνονται σε:**

- 1. Θλαστικά:** Προκαλούνται με αμβλεία όργανα
- 2. Δια τομής:** Από τέμνοντα όργανα
- 3. Δια νύξεως:** Από νύσσοντα όργανα
- 4. Δι' αποστάσεως και από βλήματα πυροβόλων όπλων**

Ο κίνδυνος ζωής εξαρτάται από τα όργανα του σώματος που έχουν τραυματιστεί καθώς και από τυχόν μολύνσεις.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ



### **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

## **2. 1 ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Από τις 17 μείζονες κατηγορίες νοσημάτων και αιτιών θανάτου της ταξινόμησης που έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ατυχήματα αποτελούν στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου, μετά τα νοσήματα του κυκλοφορικού και τις κακοήθεις νεοπλασίες. Την πενταετία 1991-1995 η μέση ετήσια θνησιμότητα από ατυχήματα στην Ελλάδα, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται σε αυτά οι φόνοι και οι αυτοκτονίες, ήταν περίπου 40 θάνατοι επί 100. 000 ατόμων του γενικού πληθυσμού. Επειδή όμως, πολλά από τα θανατηφόρα ατυχήματα συμβαίνουν σε νεαρή ηλικία, ενώ τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι κακοήθεις νεοπλασίες πλήττουν κατά κανόνα ηλικιωμένα άτομα, η θνησιμότητα από ατυχήματα επηρεάζει την αναμενόμενη ζωή περισσότερο από τους αντίστοιχους δείκτες των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των κακοηθών νεοπλασιών.

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής και μέχρι την ηλικία των 45 ετών, τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου. Η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι υπερδιπλάσια στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Μολονότι το φάσμα των θανάτων από ατυχήματα ποικίλλει από χώρα σε χώρα και από πληθυσμό σε πληθυσμό, η κατά ηλικία θνησιμότητα από ατυχήματα ακολουθεί σταθερά ένα τυπικό πρότυπο: μειώνεται προοδευτικά μέχρι την ηλικία των πέντε ετών, βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο στις ηλικίες 5-14 ετών, εκτινάσσεται στα ύψη στην ηλικία 15-24 ετών, κυρίως μεταξύ των νέων ανδρών, υποχωρεί κάπως μέχρι την ηλικία των 45 ετών και εν συνεχεία αυξάνεται προοδευτικά με την πάροδο της ηλικίας, ενώ

διαφορετικά είναι τα ηλικιακά πρότυπα που παρατηρούνται στις εκούσιες βλάβες. ( Π. Ο. Υ. , internet 2004)

Οι μακροχρόνιες ροπές της θνησιμότητας από ατυχήματα ήταν ανοδικές στις περισσότερες χώρες μέχρι τη δεκαετία του 1950, κυρίως λόγω της αύξησης της συχνότητας των τροχαίων ατυχημάτων. Στη συνέχεια οι τάσεις αναστράφηκαν και οι ροπές σταθερά καθοδικές παρατηρούνται στις Σκανδιναβικές χώρες και σε άλλες χώρες με υψηλή κοινωνική συνείδηση δημόσιας υγείας. Αναλογικά, περισσότερο από το ένα δεύτερο των θανατηφόρων κακώσεων προκαλούνται από ατυχήματα που σχετίζονται με μεταφορικά μέσα, το ένα τρίτο προέρχονται από ατυχήματα στο οικιακό περιβάλλον και στους χώρους αναψυχής και ποσοστό 10-15% έχει επαγγελματικό χαρακτήρα.

Τα θανατηφόρα ατυχήματα αποτελούν την κορυφή της πυραμίδας που σχηματογραφεί το πρόβλημα των ατυχημάτων.

Υπολογίζεται αδρά ότι σε κάθε θανατηφόρο ατύχημα αντιστοιχούν 50 σοβαροί τραυματισμοί που προϋποθέτουν εισαγωγή στο νοσοκομείο και συνδυάζονται συχνά με παρατεταμένες δυσλειτουργίες ή μόνιμες αναπηρίες και 500 ατυχήματα που χρειάζονται κάποιας μορφής ιατρική φροντίδα σε Εξωτερικά Ιατρεία. Το κόστος νοσηλείας για ατυχήματα και η συνακόλουθη απώλεια εισοδήματος είναι συγκρίσιμα με αντίστοιχα μεγέθη οποιασδήποτε άλλης κατηγορίας χρόνιων νοσημάτων.

### **Αιτιολογική Θεώρηση**

Η μεταφορά ενέργειας στον άνθρωπο σε χρονικό ρυθμό και συγκέντρωση που υπερβαίνει την αντοχή των ανθρώπινων ιστών είναι η βασική αιτία των κακώσεων. Η ανθρώπινη συμπεριφορά όμως μπορεί να αυξήσει την συχνότητα έκθεσης σε πηγές ενέργειας και να επηρεάσει το

ρυθμό και τη συγκέντρωση μεταφοράς της ενέργειας αυτής στο επιδεικτικό άτομο.

Κατά συνέπεια, τα περισσότερα ατυχήματα έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία και η πρόληψή τους ή η μείωση της σοβαρότητας τους μπορεί να επιτευχθούν με παρέμβαση είτε στο μέσο με το οποίο μεταφέρεται η ενέργεια είτε στο επιδεικτικό άτομο, το οποίο μπορεί να μειώσει τη συχνότητα έκθεσης στην ενεργειακή αυτή πηγή. Για παράδειγμα, οι σοβαρές συνέπειες για την υγεία που προκύπτουν από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα μπορεί ν' αποφευχθούν είτε με τροποποίηση της συμπεριφοράς του οδηγού ώστε να μειωθεί η πιθανότητα ατυχήματος είτε με μείωση των συνεπειών του ατυχήματος, αν αυτό τελικά δεν αποφευχθεί.

Η πολυπαραγοντικότητα της αιτιολογίας του ατυχήματος δεν διαφέρει από την πολυπαραγοντικότητα άλλων νοσολογικών καταστάσεων. Σε κάθε περίπτωση, η πρόληψη μπορεί να γίνει με επικέντρωση σε εκείνον από τους αιτιολογικά συνεργικούς παράγοντες, ο οποίος προσφέρεται περισσότερο σε κάποια μορφή παρέμβασης.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η καλύτερη προσέγγιση για την πρόληψη των ατυχημάτων δεν είναι πάντα αυτή που επικεντρώνεται στη σημαντικότερη από πλευράς σχετικού κινδύνου, συνιστώσα αιτία, αφού ο συνεργατικός χαρακτήρας της αιτιολογίας, τους επιτρέπει την συγκέντρωση στην ευκολότερα ανατάξιμη συνιστώσα αιτία. Η διακοπή της αιτιολογικής αλυσίδας επικεντρώνεται στον ασθενέστερο κρίκο και ο κρίκος αυτός δεν αφορά πάντα την ανθρώπινη συμπεριφορά. Μολονότι στα περισσότερα ατυχήματα διαδραματίζει δεσπόζοντα ρόλο ο ανθρώπινος παράγοντας, η ενεργητική πρόληψη, που επικεντρώνεται στη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς, είναι αλυσιτελής συγκριτικά με

την παθητική, που βασίζεται στην τροποποίηση προϊόντων καταναλωτικού και συνθηκών του μακρό - και μικροπεριβάλλοντος. Η καθιέρωση μέτρων παθητικής πρόληψης είναι ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων. (Τσαχαγέας Π. Χ. , Αθήνα 1973)

Η πρόληψη των ατυχημάτων αποτελεί συχνά υβρίδιο με την έννοια ότι ορισμένα μέτρα δεν μειώνουν την πιθανότητα του ατυχήματος, , αλλά περιορίζουν τις συνέπειες του, δηλ. υποβαθμίζουν την κλινική βαρύτητα της κάκωσης. Τυπικά παραδείγματα, αποτελούν τα συστήματα συγκράτησης οδηγών και επιβατών στο αυτοκίνητο και τα προστατευτικά κράνη των δικυκλιστών. Ας σημειωθεί ότι ο αερόσακος παρέχει αποκλειστικά παθητική προστασία ενώ η ζώνη ασφαλείας προϋποθέτει, κατά κανόνα, κάποιου βαθμού συμμετοχή από την πλευρά του χρήστη.

### **Η μηχανική ενέργεια ως αιτιολογικός παράγοντας ατυχήματος**

Τα περισσότερα ατυχήματα, συμπεριλαμβανομένων των τροχαίων και των πτώσεων, προκαλούνται από μεταφορά μηχανικής ενέργειας, η οποία είναι συνάρτηση της μάζας του εμπλεκόμενου σώματος και του τετραγώνου της ταχύτητας του κατά τη στιγμή της σύγκρουσης ή της πτώσης. Κατά την πρόσκρουση του αυτοκινήτου, η επιβράδυνση είναι αντιστρόφως ανάλογη της διανυόμενης απόστασης κατά το χρόνο εκμηδένισης της ταχύτητας. Αν ένα παιδί πέσει από το μικρό ύψος των δυο μέτρων ενός οργάνου παιδικής χαράς με το κεφάλι και όχι με τα πόδια, τα οποία διαθέτουν ελαστικότητα λόγω των μαλακών τους μορίων, η ταχύτητα κατά την πρόσκρουση εκμηδενίζεται διανύοντας π. χ. 1 cm αν το υλικό πρόσκρουσης στο έδαφος είναι χώμα, 5cm αν είναι

άμμος και μόνον 1 mm, αν είναι άσφαλτος. Είναι προφανές ότι αν έχει καλυφθεί το έδαφος κάτω από τα όργανα της παιδικής χαράς με άμμο ή ακόμη καλύτερα με ειδικό τάπητα, η επιβράδυνση και οι καταστροφικές της συνέπειες μπορεί να είναι τουλάχιστον 50 φορές λιγότερες παρά αν υπάρχει άσφαλτος.

Παρά το γεγονός ότι τα ατυχήματα αποτελούν αναμφισβήτητα ένα πρόβλημα δημόσια υγείας με ιδιαίτερη βαρύτητα, η ανάγκη της πρόληψης τους δεν ενδιέφερε πολύ, τόσο τους γιατρούς όσο και τις υγειονομικές αρχές, μέχρι πριν λίγα χρόνια. Μόνο μετά τη δημοσκόπηση στον ιατρικό τύπο ερευνών και εργασιών σχετικών με το θέμα, έλαβε το πρόβλημα αυτό τη δέουσα σημασία.

Εδώ ακριβώς είναι απαραίτητο η ίδια η πολιτεία να αρχίσει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα, αναφορικά με τη διαμόρφωση οδικής συνείδησης στους πολίτες. Πρέπει δηλ. να δημιουργήσει η πολιτεία μια ολοκληρωμένη και οργανική «πολιτική» οδικής ασφάλειας και αυτό πρέπει να γίνει με σαφήνεια.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η αγωγή και το μορφωτικό επίπεδο, μπορούν να ασκήσουν θετική επίδραση στον εκάστοτε οδηγό, καθότι βελτιώνουν τις συνθήκες δεκτικότητας των «μηνυμάτων» και «πληροφοριών» και την ικανότητα επιλογής μεταξύ των μηνυμάτων, τα οποία θα δεχθεί και αυτών που θα απορρίψει.

Η ψύχωση του ατυχήματος έχει γενικευθεί, και η δημοσιοποίηση εντυπωσιακών στατιστικών και η αναλυτική περιγραφή τραγικών περιπτώσεων ατυχημάτων, δεν έχουν την ίδια αξία ως μέθοδοι βελτίωσης των συνθηκών κυκλοφορίας.

Η υγιής και αυστηρή στάση της κοινωνίας, έναντι του τροχαίου

ατυχήματος είναι μεγάλης σημασίας και κρίνεται σκόπιμο να ενθαρρύνεται με τη σωστή διαφώτιση. Βασικός άξονας της διαφώτισης, πρέπει να είναι η ανάγκη, κάθε οδηγός να συμμετέχει στην πρόληψη του ατυχήματος, δεδομένου ότι μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο και τη δική του ζωή και τη ζωή των άλλων.

Ο αιώνας που ζούμε, παράλληλα με τη μηχανοποίηση της ζωής, γέννησε ένα φαινόμενο ιδιαίζουσας σημασίας: τα αίτια θανάτου, τα οποία έσπειραν άλλοτε φόβο άρχισαν να εκλείπουν. Αλλά όσο τα κλασικά αίτια θανάτου κάμπτονται τόσο αυξάνει η σχετική συχνότητα και η βαρύτητα του ατυχήματος αυτής της «ανθρωπογενούς επιδημίας»

## **2. 2 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ** **ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΗΣ ΟΔΙΚΗΣ** **ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ**

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι, οι οποίες εφαρμόζονται για την ανάλυση της οδικής συμπεριφοράς οι οποίες συνίστανται στην υποκειμενική παρατήρηση, την εμπειρική περιγραφή, στην έκθεση αφού έχει προηγηθεί αυτοκριτική, στη χρήση κλιμάκων μέτρησης και στη χρησιμοποίηση μηχανημάτων μέτρησης.

Η υποκειμενική παρατήρηση έχει περιορισμένη αξία γιατί στερείται συστηματικής βάσης, η εμπειρική περιγραφή παρέχει δεδομένα με εντελώς διαφορετική αξία και στερούμενα από σταθερές βάσεις για τη θεμελίωση κρίσεων. Πιο κοντά στην πραγματικότητα φαίνεται να πλησιάζει η αυτοκριτική του οδηγού που όμως τίθεται ταυτόχρονα το ακόλουθο δίλημμα: η θέση την οποία λαμβάνει το άτομο που κυκλοφορεί, ως εκδήλωση της συμπεριφοράς του, αποτελεί μεταβλητή της εν λόγω συμπεριφοράς ή μέθοδο περιγραφής αυτής;

Η πρώτη προσπάθεια συστηματικής περιγραφής της συμπεριφοράς, έγινε με την εφαρμογή της κλίμακας των Roger-Lauer (1957). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει τις παρακάτω κατηγορίες συμπεριφοράς:

- 1) Προσοχή
- 2) Παρατήρηση και ετοιμότητα πνεύματος
- 3) Κυριαρχία της συγκινησιακής κατάστασης
- 4) Στάση
- 5) Στάση κατά την εργασία
- 6) Γνώσεις και κατανόηση
- 7) Κατανόηση των παραγγελμάτων
- 8) Στάση στο τιμόνι
- 9) Κινήσεις
- 10) Έννοια της μηχανικής και του χώρου
- 11) Εκτίμηση της στενότητας των δρόμων και των αποστάσεων
- 12) Παρατήρηση των συνθηκών του περιβάλλοντος (Τσαχαγέας Π. Χ. , Αθήνα 1973).

Τελευταία μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη μελέτη της συμπεριφοράς είναι τα διάφορα μηχανήματα μετρήσεων, τα οποία καταγράφουν τις κινήσεις στο τιμόνι, τη λειτουργία των ελαστικών κ. ά. Εξάλλου μπορεί να γίνει αποδεκτό ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος ατυχήματος στις περιόδους, όπου η δόμηση της προσωπικότητας του ατόμου είναι ασταθής και όπου το άτομο είναι υποχρεωμένο να κινητοποιήσει περισσότερες δυνάμεις για να αντισταθεί απέναντι στον κίνδυνο.



Εν κατακλείδι, μέσα στο πλαίσιο της ψυχοδυναμικής ανάλυσης της συμπεριφοράς, θα πρέπει να τονιστεί και η βαρύτητα του παράγοντα της αυτογνωσίας από τον οδηγό.

## **2. 3 Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΔΗΓΗΣΗΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ** **ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**Ορισμένοι οδηγοί εμφανίζουν ανικανότητες που είναι συνυφασμένες με διανοητική ανεπάρκεια, συναισθηματική αστάθεια και ήπιες νευρολογικές διαταραχές, που μπορούν να παίξουν ρόλο στην ικανότητα οδήγησης. Γι' αυτό είναι καλό οι οδηγοί να χαρακτηρίζονται από επαγρύπνηση έτσι ώστε να μπορούν να αποφεύγουν τυχόν δυσάρεστες επιπτώσεις.**

Ως επαγρύπνηση χαρακτηρίζεται η νοητική εκτίμηση των μεταβαλλόμενων συνθηκών, η οποία κινητοποιεί τις κατάλληλες αντιδράσεις για τον έλεγχο των πάσης φύσεως κινδύνων που εμφανίζονται για τον οδηγό.

Η εμπειρία του οδηγού βοηθά στη διατήρηση ακέραιης της ικανότητας για επαγρύπνηση, ενώ αντιθέτως ο άπειρος οδηγός εμφανίζει χαμηλό βαθμό επαγρύπνησης, καθότι οι αντιδράσεις του στο τιμόνι δεν έχουν αυτοματοποιηθεί σε περίπτωση κινδύνου. Η ελαττωμένη επαγρύπνηση συναντάται επίσης και στα άτομα νεαρής ηλικίας.

Για το μέσο άνθρωπο της σημερινής εποχής, ο όρος «ανθρωποκτονία»για τον οδηγό που σκοτώνει ένα πεζό στο δρόμο, παρότι ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, είναι απαράδεκτος.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει αναμφισβήτητη αλληλεξάρτηση μεταξύ των παραβάσεων της τροχαίας κυκλοφορίας και

γενικής αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Βεβαιώνεται έτσι η υπόθεση ότι η βία στο δρόμο αποτελεί έκφανση της γενικότερης κοινωνικής βίας και ότι όσο εντείνεται η ενδοκοινωνική βία τόσο θα αυξάνει και το ποσοστό των νεκρών και τραυματισμένων στους δρόμους.

Ορισμένοι συγγραφείς είδαν στο αυτοκίνητο ένα σεξουαλικό σύμβολο και η βιομηχανία αυτοκινήτων εκμεταλλεύτηκε το στοιχείο αυτό στις διαφημίσεις της. Ο σεξουαλισμός και η επιθετικότητα είναι φαινόμενα που συνδέονται στενά ως κύριοι βοηθητικοί παράγοντες στην απερίσκεπτη οδήγηση και το ατύχημα.

Η δομή εξάλλου της προσωπικότητας των εμπλεκόμενων σε ατυχήματα συνήθως αποκαλύπτει στοιχεία επιθετικής ψυχοπάθειας. Στη σημερινή οργάνωση της κοινωνικής ζωής, όπου το αυτοκίνητο καταλαμβάνει ιδιαίζουσα θέση, τα πλέον αδύναμα άτομα, που στερούνται τη δυνατότητα αυτοελέγχου εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν τις λανθάνουσες τάσεις τους, μέσω του αυτοκινήτου.

#### 2. 4. Η ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΩΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ

Αναμφίβολα η προσωπικότητα διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εσφαλμένης ανθρώπινης συμπεριφοράς κατά την οδική κυκλοφορία.

Οι ερευνητές αμφισβητούν ότι ο επιρρεπής προς το τροχαίο ατύχημα:

- α) έχει πάντα στο ενεργητικό του μεγάλο αριθμό ατυχημάτων
- β) διατηρεί αυτή την τάση ισόβια
- γ) είναι επιρρεπής απέναντι σε οποιοδήποτε είδος ατυχήματος

Ο ορισμός του επιρρεπούς προς το τροχαίο ατύχημα από στατιστικής άποψης είναι απλούστερος. Το γεγονός ότι ένα άτομο είχε, 2 ή 3 ή περισσότερα ατυχήματα αρκεί για να καταταγεί στην ομάδα των καθ' υπότροπή ατυχημάτων.

Ένα δεδομένο με ιδιαίτερη σημασία είναι η ανάγκη καθορισμού της έννοιας της επιρρέπειας προς το τροχαίο ατύχημα, δεδομένου ότι η επιρρέπεια νοείται άλλοτε ως χαρακτηρισμός ενός ατόμου και άλλοτε ως χαρακτηρισμός μια κατάστασης.

( Χατζηπουλίδης ΑΡ. Χ. , 1998).

Όσον αφορά τη σημασία των ιατροψυχολογικών χαρακτηρισμών των ατόμων αυτών, έχει αποδειχθεί ότι η δυσμενής βαθμολογία κατά την εξέταση των αισθητηρίων οργάνων συνεπάγεται αυξημένη συχνότητα των ατυχημάτων των οποίων ο οδηγός είναι θύμα.

## 2. 5. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑΣ ΒΑΣΕΙ ΑΝΑΤΟΜΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ Η ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Με τα ως τώρα στοιχεία δε φαίνεται δυνατό να ερμηνευτεί η επιρρέπεια προς το τροχαίο ατύχημα με βάση ανατομοφυσιολογικά ή λειτουργικά κριτήρια (σωματική διάπλαση, ικανότητα όρασης, χρόνος αντίδρασης, δύναμη κ. ά. )

Ο Conger (1961) βρήκε ότι οι οδηγοί με κακό μητρώο είχαν κατά μέσο όρο ταχύτερους χρόνους αντίδρασης από τους οδηγούς που δεν έχουν συμμετάσχει σε ατύχημα. Ειδικό θέμα έχει τεθεί για το

ρόλο της μέθης αφ' ενός και του σωματικού κάματος του οδηγού αφ' ετέρου.

Ως προς την κατανάλωση οινοπνεύματος η υπόθεση του αυξημένου κινδύνου για τον οδηγό που τελεί υπό την επήρεια αλκοόλ σε σύγκριση προς αυτόν που δεν βρίσκεται κάτω απ' αυτήν (επήρεια) είναι θεμελιωμένη, αν και εκφράζονται ορισμένες αμφιβολίες κατά πόσο ο κίνδυνος ατυχήματος είναι εξαιρετικά αυξημένος.

Όσον αφορά στις επιπτώσεις του κάματος στην ψυχολογία του οδηγού, το πρόβλημα παρουσιάζει 2 όψεις:

- α) σε ποια έκταση επηρεάζεται η ικανότητα οδήγησης έπειτα από κοπιαστικό σωματικό έργο;
- β) η ίδια η οδήγηση κάτω από ποιες συνθήκες και σε ποια έκταση είναι δυνατόν να προκαλέσει κόπωση;

## **2. 6. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Σύμφωνα με την κλασική θεώρηση της αιτιολογίας του τροχαίου ατυχήματος, προκύπτουν σαφείς ενδείξεις ότι οι οδηγοί που διαπράττουν τις περισσότερες παραβάσεις στην οδήγηση είναι εκείνοι οι οποίοι απορρίπτουν τα κοινωνικά ήθη και έχουν πλημμελή συναίσθηση ευθύνης και δεν συμμορφώνονται με τους πολιτιστικούς θεσμούς.

Η έλλειψη προσαρμογής ως προς την ικανοποίηση των προσωπικών και κοινωνικών αιτημάτων της ζωής ήταν πολύ συχνότερη μεταξύ των ευθυνόμενων, έτσι χαρακτηρίζονται να δείχνουν ανυποληψία

απέναντι στην οργανωμένη εξουσία, φτωχή κοινωνική προσαρμογή και έκδηλη μόνιμη ή παροδική συγκινησιακή αστάθεια.

Άλλη προσπάθεια, ερμηνείας των ατυχημάτων με βάση ψυχοκοινωνικά στοιχεία, ξεκινά απ' την υπόθεση ότι οι αποτυχίες και οι ανεπάρκειες που εμφανίζονται σε ένα τομέα της ζωής, συνεπάγονται δυσκολίες και σε άλλους τομείς.

## **2. 7. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Ο ρόλος που διαδραματίζουν οι διανοητικοί και ψυχοδυναμικοί παράγοντες στην οδήγηση προκάλεσε το ενδιαφέρον των ερευνητών.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της Κλινικής Κυκλοφοριακής Ασφάλειας του Detroit των Η. Π. Α επί 100 εξεταζομένων παραβατών οδηγών οι 19 έχουν χαμηλότερη από τη φυσιολογική νοημοσύνη.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της επιρρέπειας των ψυχικών παθήσεων, μεταξύ των παραβατών της τροχαίας κυκλοφορίας βρίσκονται συνήθως σε υψηλή σχετικά συχνότητα ψυχικές διαταραχές ποικίλης κλινικής βαρύτητας. Εν αντιθέσει προς ότι ανάμενε κάποιος, οι ψυχωσικοί δεν φαίνεται να έχουν μεγάλη επιρρέπεια στα ατυχήματα.

Υπάρχει όμως και η ερμηνεία της επιρρέπειας στα τροχαία ατυχήματα καθαρά από ψυχοφυσιολογική θέση, βασιζόμενη στον τρόπο σύνδεσης του οδηγού και του οχήματος του κατά την οδήγηση, όπου δεν αρκεί ο οδηγός να εκτελεί ορθά τους διάφορους χειρισμούς στην οδήγηση, αλλά να συμπεριλάβει τελείως το όχημα εντός της εικόνας του σώματός του.

Σύμφωνα με τον Bocher (1962) πολλές ψυχολογικές αντιθέσεις που τάσσονται σε 2 πόλους εκ διαμέτρου αντιθέτους είναι συνυφασμένες με την τάση προς τα ατυχήματα ή με αντικανονική οδική συμπεριφορά.

Εν κατακλείδι μπορεί να τονιστεί ότι η επιρρέπεια προς το ατύχημα οφείλεται στην έλλειψη ισορροπίας της δομής της προσωπικότητας.

## **2. 8. ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΑ ΠΡΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑ**



Παράλληλα με τη διατύπωση της έννοιας της επιρρέπειας προς το ατύχημα οι ερευνητές προέβησαν στη διατύπωση της έννοιας «επιρρέπεια προς ασφάλεια», που αφορά άτομα τα

οποία ουδέποτε υπέπεσαν σε ατύχημα.

Επιρρεπείς προς ατυχήματα:

- 1) οικογενειακό ιστορικό(συχνά ατυχήματα στα μέλη της οικογένειας)
- 2) Στάση των γονέων(συγκρούσεις παιδιού- γονέων, ένας από τους γονείς εμφανίζεται αυταρχικός)
- 3) Κοινωνικές σχέσεις και συμπεριφορά (τάση για παρορμητικές πράξεις, εσπευσμένες αποφάσεις, αυτουποτίμηση, έλλειψη σχεδίων μακράς προοπτικής, μυϊκή δυσκαμψία, υπερφυγή έναντι της εξουσίας)

**Μη επιρρεπείς προς ατυχήματα(επιρρεπείς προς ασφάλεια):**

- 1) σπάνια ατυχήματα στην οικογένεια
- 2) αντικοινωνική συμπεριφορά σπανιότατη
- 3) γονείς λιγότερο αυταρχικοί
- 4) κατάλληλος έλεγχος
- 5) έλλειψη αμφιθυμίας
- 6) θερμές κοινωνικές σχέσεις
- 7) σχετική ευκινησία
- 8) σχέδια μακράς προοπτικής
- 9) δυνατότητας χαλάρωσης
- 10) απώθηση των επιθετικών παρορμήσεων-έλλειψη διάθεσης για αυτοτιμωρία (Τσαχαγέας Π. Χ. , Αθήνα 1973)

## 2. 9. ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΨΕΩΣ

**Ο αντικειμενικός σκοπός επεκτείνεται στην πρόληψη ή τον περιορισμό της βλάβης από το ατύχημα και επομένως στην πρόληψη υπό την ευρεία έννοια πρέπει να περιληφθεί και η περίθαλψη των θυμάτων.**

**Κατά συνέπεια η ιατρική δραστηριότητα που είναι συνυφασμένη με την πρόληψη του τροχαίου ατυχήματος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιονδήποτε από τους παραπάνω τομείς (Τριχόπουλος Δ. , Αθήνα 1986)**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ



**ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ, ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΑ ΚΑΙ  
ΠΕΖΟΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ  
ΑΤΥΧΗΜΑ**

### 3. 1. ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ

#### **Ορισμός αυτοκινήτου ή αυτοκινήτου οχήματος :**

Το μηχανοκίνητο όχημα, το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως για τη μεταφορά προσώπων ή πραγμάτων ή για τη ρυμούλκηση στις οδούς οχημάτων που χρησιμοποιούνται για τη μεταφορά προσώπων ή πραγμάτων. Ο όρος αυτός δεν περιλαμβάνει τα οχήματα όπως οι π. χ. γεωργικοί ελκυστήρες. (Άρθρο 2 του ΚΟΚ)

Το αυτοκίνητο είναι το είδος οχήματος, το οποίο ευθύνεται για τη μεγαλύτερη αναλογία τροχαίων ατυχημάτων. Απαραίτητο κρίνεται να βελτιωθούν τα μέτρα ασφαλείας στα αυτοκίνητα, αφ' ενός για την ελάττωση της συχνότητας των ατυχημάτων αφ' ετέρου για τον περιορισμό της βαρύτητας της βλάβης σε περίπτωση εκδήλωσης ατυχήματος.

Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τα εξής μέτρα στα οποία θα μπορούσε να υπάρξει βελτίωση, λόγω της άμεσης συσχέτισης αυτών προς το θέμα της οδικής ασφάλειας:

**1)Φωτισμός:**θέτει 3 κύρια προβλήματα **i)** την επισήμανση του οχήματος **ii)** το φωτισμό του όλου χώρου του δρόμου, **iii)** την αποφυγή «τύφλωσης» από τα φώτα του οδηγού οχήματος που κινείται στο αντίθετο ρεύμα.

**2)Φωτεινοί δείκτες του οχήματος:**οι δείκτες πρέπει να εκπέμπουν φως και προς τα μπρος και προς τα πίσω. Η θέση των φωτεινών δεικτών πρέπει να είναι στο ύψος των ματιών του οδηγού

**3)Κατασκευή οχήματος:**ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην κατασκευή του καθίσματος του οδηγού, το οποίο πρέπει να είναι άνετο και κοίλο. Ιδιαίτέρως πρέπει να προσέχεται η μηχανική αντοχή του οχήματος. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

**4)Ελαστικά:**παρουσιάζεται δυσκολία στην κατασκευή ελαστικού με αντιολισθητικές ιδιότητες. Τελευταία αρχίζει να εφαρμόζεται το νέο σύστημα τροχοπέδησης, κατά το οποίο επιτυγχάνεται λειτουργική ανεξαρτησία των δυο αξόνων τροχοπέδησης του αυτοκινήτου.

**5)Ιπποδύναμη του οχήματος:**τα μεγαλύτερης ιπποδύναμης οχήματα εμπλέκονται συχνότερα σε ατυχήματα, απ' ό τι αυτά με μικρότερη σύμφωνα με τις μελέτες.

### **3. 2. ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ**

**Στις μέρες μας υπάρχει η τάση να χρησιμοποιείται η μοτοσικλέτα όχι μόνο για την ψυχαγωγία ή τον αθλητισμό αλλά και για την μετακίνηση στα αστικά κέντρα. Επίσης η μοτοσικλέτα συναρπάζει τους νέους και των δυο φύλων. Η οδήγηση δικύκλου οχήματος είναι ασφαλώς πιο επικίνδυνη από την οδήγηση αυτοκινήτου και υπόκειται σε αυστηρότερες απαιτήσεις και προδιαγραφές και συγχωρεί πολύ λιγότερο ενδεχόμενα σφάλματα. Δεν πρέπει να ξεχνάμε το γεγονός ότι όσοι αγοράζουν μοτοσικλέτα είναι συνήθως νεαρά άτομα που αναζητούν την περιπέτεια ή θέλουν να εκφράσουν έτσι τον ανδρισμό τους.**

Τα δίκυκλα οχήματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμπλακούν σε ατύχημα εξαιτίας της απώλειας ελέγχου απ' ό τι τα

τετράτροχα οχήματα. Απ' όλα τα παραπάνω προκύπτει η υποχρέωση της πολιτείας να θεσπίσει όριο επιρρέπειας σε ατυχήματα και να απαγορεύει την κυκλοφορία δικύκλων που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο όριο, τουλάχιστον για αρχάριους ή πολύ νεαρούς οδηγούς. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

### **3. 3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΕΖΩΝ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Ο πεζός οφείλει να είναι σε ετοιμότητα ανά πάσα στιγμή, να τηρεί σταθερά «αμυντική» στάση όταν προχωρά στο δρόμο ακόμη και όταν τηρεί τον Κ. Ο. Κ και βρίσκεται να έχει απόλυτο δίκαιο. Μπορεί ο αριθμός των νεκρών να μην έχει αυξηθεί δραματικά, ωστόσο έχει αυξηθεί ανησυχητικά ο αριθμός των τραυματιών. Με τις σημερινές συνθήκες κυκλοφορίας, ο πεζός έχει ελάχιστο χρόνο στη διάθεση του για να βρεθεί εκτός της ακτίνας δράσης ενός αυτοκινήτου που πλησιάζει και σε περίπτωση σύγκρουσης να υποστεί τις οδυνηρές συνέπειες. Ένα σημείο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι η έλλειψη εξοικείωσης του πεζού με τα προβλήματα του οδηγού του οχήματος(π. χ. ο πεζός μπορεί να σταματήσει αμέσως ενώ το αυτοκίνητο πρέπει να διανύσει μια απόσταση 30 μέτρων).

Η πλέον ορθολογική λύση του προβλήματος των τραυματισμών πεζών, θα ήταν ο τέλειος διαχωρισμός των πεζών από το ρεύμα της κυκλοφορίας. Βασικός παράγων ασφάλειας των πεζών είναι η όσο το δυνατόν ευρύτερη καθιέρωση του συστήματος των μονόδρομων, η σηματοδότηση των οδών σε μέρη με πυκνή κυκλοφορία έτσι ώστε να διευκολύνονται οι πεζοί. Δεν είναι τυχαίο ότι τα περισσότερα ατυχήματα με πεζούς συμβαίνουν σε κεντρικές λεωφόρους και σε εμπορικά μέρη.

Πηγή κινδύνου για τους πεζούς αποτελούν τα σταθμευμένα οχήματα, γι' αυτό και επιβάλλεται η απαγόρευση στάθμευσής τους σε θέσεις όπου οι πεζοί διασχίζουν με μεγάλη συχνότητα το δρόμο. Κάποιοι πεζοί έχουν την κακή συνήθεια να θεωρούν τους δρόμους ως τόπο που μπορούν να κινούνται ανεξέλεγκτα, δεδομένου ότι οι συνήθειές τους αποκτήθηκαν σε μια εποχή που ουδόλως είχαν εμφανιστεί τα σύγχρονα προβλήματα κυκλοφορίας. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

### 3. 4. ΤΑ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΑ ΟΧΗΜΑΤΑ

Με την έννοια **μηχανοκίνητα οχήματα** εννοούμε όλα τα ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΑ οχήματα. Δημόσια ή Ιδιωτικά, Δημόσιας ή Ιδιωτικής Χρήσης, Επιβατικά ή Φορτηγά, Ατομικά ή Μαζικά.

Γι' αυτό λοιπόν κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε πιο διεξοδικά στα οχήματα αυτά.

**1. Τα τετράτροχα αυτοκίνητα οχήματα:**Πρόκειται για οχήματα που κινούνται με κινητήρα, διαφόρων τρόπων λειτουργίας(ανάφλεξη, εσωτερική καύση, ηλεκτρισμό, αεριοστρόβιλο).

Όταν πρωτοεμφανίστηκε το αυτοκίνητο(1771, στη Γαλλία), χρησιμοποιήθηκε η μοναδική τότε πηγή ενέργειας, ο ατμός.

Το 1821, στην Αγγλία κυκλοφόρησε το πρώτο ατμοκίνητο λεωφορείο. Το 1883, στην Γαλλία κατασκευάστηκε το πρώτο αυτοκίνητο, με ανάφλεξη βενζίνας. Το 1887, στη Γερμανία χρησιμοποιήθηκε τετράτροχος κινητήρας, σε μια «ντρεζίνα»(όχημα ελέγχου σιδηροδρομικών γραμμών).

Στη Γαλλία βελτίωσαν τον κινητήρα (Πεζώ, Ρενώ κ. ά), και το 1894 γίνεται η πρώτη διαδρομή αγώνων αυτοκινήτων, που την ονόμασαν «ράλλυ», από Παρίσι στη Ρουένη και με μέση ταχύτητα. . . 21χλμ την ώρα!

Από τότε μέχρι σήμερα όσον αφορά την ταχύτητα των αυτοκινήτων έχουμε όλοι διαπιστώσει την ραγδαία εξέλιξη του.

Το αυτοκίνητο πλέον από μέσο διακίνησης, για την εξυπηρέτηση των ζωτικών αναγκών μας, έγινε εργαλείο ικανοποίησης των ψυχιατρικών μας παρορμήσεων, που οδηγεί σίγουρα στην αυτοκαταστροφή.

Οι σπουδαιότερες επιπτώσεις τα πολλά δυστυχήματα-που αφανίζουν κυριολεκτικά-την μόλυνση της ατμόσφαιρας και τον περιορισμό της ζωτικής φυσικής ζωής του ανθρώπου, με την κατάργηση της δυνατότητας διακίνησης, με τα ίδια του τα πόδια(βλάβες στη φυσική, ψυχική και πνευματική του υγεία). Ότι βελτιώσεις γίνονται άλλωστε στα αυτοκίνητα δεν έχουν καμιά σχέση με τον πρακτικό προορισμό τους αλλά με μόνο με τους αγώνες ταχύτητας και την αχαλίνωτη ματαιοδοξία του ανθρώπου!

Τελικά το αυτοκίνητο δεν βελτίωσε την ποιότητα ζωής του ανθρώπου όπως αυτό αναμενόταν, αλλά καθημερινά την βλάπτει.

Το χειρότερο βέβαια της όλης υπόθεσης είναι ότι ο άνθρωπος πέφτοντας συχνότερα σε σφάλματα- τα οποία ονομάζονται και δυστυχήματα- γνωρίζει πολύ καλά τις συνέπειες της απερισκεψίας του δηλ. τί ακριβώς θα πάθει. (Φρατζεσκάκης Ι. Μ. , Χανιά 1991)

**2. Τα δίτροχα αυτοκίνητα οχήματα:**Οι μοτοσυκλέτες και τα «μηχανάκια»

Το πρώτο κατασκεύασμα δίτροχου οχήματος αυτοκινουμένου έγινε το 1855, με την προσαρμογή μικρού ατμοκινητήρα σε ποδήλατο! Το 1892,

ο ίδιος κατασκευαστής δημιούργησε δίχρονο βενζινοκινητήρα και αργότερα τετράχρονο. Το 1896, παρουσιάστηκε η «Βέρνερ», αυτοκινούμενο ποδήλατο, που η κίνηση μεταφερόταν, με λουρί, στο μπροστινό τροχό.

Η ανάπτυξη όμως της μοτοσικλέτας πραγματοποιήθηκε με την αντικατάσταση του λουριού με αλυσίδα, για να παρουσιαστεί κατά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η μεγάλη σε μέγεθος B. S. A. Για 50 όμως στη συνέχεια χρόνια, η μοτοσικλέτα δεν μπορούσε να δώσει μεγάλες ταχύτητες. Επειδή οι μηχανές ήταν βαριές και προσαρμοσμένες σε συγκολλημένους σωλήνες. Αλλά η λύση δεν άργησε να βρεθεί. Την έδωσε το γνωστό Scooter, η Βέσπα. Αντί για σωλήνες χρησιμοποίησε ελάσματα, που αντικατέστησαν τον παραδοσιακό σκελετό του ποδηλάτου. Για να φτάσει σήμερα η μοτοσικλέτα, με τις παράλογες, σε πρακτική σκοπιμότητα, ταχύτητες να γίνει, από μέσο διακίνησης, αυτοσκοπός αγώνων. Όχι όμως σε ειδικές πίστες, αλλά ανάμεσα στους ανθρώπους και τα αυτοκίνητα.

Τα δίκυκλα λοιπόν αποτελούν σήμερα μεγάλο πρόβλημα, με την αναρχία, που επικρατεί στη συμπεριφορά πολλών οδηγών τους. Τα οχήματα αυτά στηρίζονται κατ' εξοχήν σε ελάχιστη επιφάνεια εδάφους, για να ισορροπήσουν μόνο με την κίνηση. Χρησιμοποιούνται, για τη μεγάλη πρακτικότητά τους από πολλούς ανθρώπους(εύκολη προσπέλαση σε όλους τους χώρους), για διακίνηση προς τη δουλειά ή αλλού. Παράλληλα όμως με τη μεγάλη χρησιμότητά τους, στα χέρια των εφήβων κυρίως γίνεται μέσο καταστροφής.

Οι ψυχιατρικής φύσης παρορμήσεις, τους ωθούν σε ενέργειες ανεπίτρεπτες ανασφάλειας, επάνω σε ένα πράγματι ανασφαλές αντικείμενο. Πάντως η πιο συνηθισμένη καταστροφή που προκαλεί με τα δυστυχήματά του, είναι ο θάνατος. Και σκοτώνονται συνήθως από τις τρέλες, που κάνουν για την «ψυχαγωγία»τους. Και είναι απάνθρωπη η

παραγωγή και η προσφορά όλο και μεγαλύτερου κυβισμού μοτοσικλετών, για μεγαλύτερες ταχύτητες. Δεν είναι λίγοι και οι πεζοί, που πέφτουν θύματά της. Οι ευθύνες δε με ενδιαφέρουν μπροστά σε ένα ατύχημα.

Αποτελούν το άγχος των οδηγών αυτοκινήτων, από την άναρχη κυκλοφορία. Οι μοτοσικλέτες συμπεριφέρονται όπως ακριβώς και τα αυτοκίνητα. Μπορούν να προσπεράσουν μόνο όταν υπάρχει λωρίδα κυκλοφορίας. Χωρίς να ξεχνούμε τους γονείς, που ζουν, με την αγωνία κάνοντας το χατίρι των παιδιών τους ικανοποιώντας έτσι την επιδειξιμανία τους. Κανένας άλλος λόγος δεν υπάρχει, για την απόκτηση της «μεγαλόπρεπης» μηχανής. (Ριζομυλιώτης Χ. , Μαζαράκου Ε. , Αθήνα 1984)

Επειδή λοιπόν οι μοτοσικλέτες γίνονται αίτια πολλών δυστυχημάτων, ότι θα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια, με την επέμβαση της πολιτείας, να σταματήσει αυτό το ακροβατικό πέρασμα των δίτροχων από τους διαδρόμους των σταματημένων αυτοκινήτων. Για να βρεθούν μπροστά στα φανάρια και για να ακολουθήσει το πανδαιμόνιο, από το απότομο και σύγχρονο πέρασμά τους. Οι «παράνομοι» πεζοί κινδυνεύουν.

Γενικά οι άνθρωποι δεν απαιτούν αυτοκίνητα, ή δίτροχα με μεγάλες ταχύτητες. Και κυρίως με τις μοτοσικλέτες. Τα δίτροχα είναι για την εξυπηρέτηση των αναγκών και όχι της τρέλας μας!

3. Ο πεζός: Μηχανοκίνητο «όχημα» κι αυτός λοιπόν, κι αυτό γιατί με τα μηχανοκίνητα μέσα ο άνθρωπος αντικαθιστά τα ίδια του τα πόδια! Είναι δηλ. ο άνθρωπος, το κορυφαίο αυτοκινούμενο δημιούργημα. Τα μέσα, που ο ίδιος δημιούργησε, υποδηλώνουν την πρόθεσή του, να μεταφέρει οποιοδήποτε φορτίο, που δεν μπορούν τα δικά του πόδια.



Και πραγματικά, ο πεζός άνθρωπος είναι ένα, κυριολεκτικά, «όχημα» εσωτερικής καύσης, της πιο άφθαστης τεχνολογίας. Για να χρησιμοποιεί τα καύσιμα (τρόφιμα), με τον πιο πολύπλοκο μηχανισμό, προκειμένου να κινηθεί(βάδιση, εργασία, άθλημα κ. ά )να θερμάνει τον οργανισμό (καλοριφέρ) και να αντικαταστήσει τις φθορές(συνεχές ρεκτιφιέ). Και φυσικά διαθέτει συστήματα εξόδου των άχρηστων υλών της καύσης(«εξάτμιση», με την έννοια των νεφρών, του εντέρου και των πνευμόνων)



## Επιστροφή στην αρχή

Εκείνο όμως, που κάνει κυρίαρχο αυτοκίνητο όχημα τον άνθρωπο, είναι η ψυχή και το πνεύμα. Τις αποφάσεις της συμπεριφοράς του τις παίρνει μόνος του και οι κινήσεις του δεν εξαρτώνται από κανένα. Αυτό, πραγματικά, είναι το αυτο-κίνητο. Αφού λοιπόν κι αυτό το «όχημα» κινείται ανάμεσα στα άλλα μηχανοκίνητα στους δρόμους-να μη ξεχνάμε ότι και τα μηχανοκίνητα κινούνται από ανθρώπους-δεν είναι καθόλου παράξενο, να συγκαταλέγει και τον πεζό, στα μηχανοκίνητα οχήματα, που μας ενδιαφέρουν, Με μόνη τη διαφορά, ότι είναι η αδύνατη πλευρά, σε μια «αντιπαράθεση»(σύγκρουση, παράσυρση), με μηχανοκίνητο όχημα, που την πληρώνει συνήθως ακριβά. Τα ατυχήματα με πεζούς στη χώρα μας αποτελούν το 1/5 των συνολικών τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα μας. Αρκεί να ειπωθεί ότι οι περισσότεροι θάνατοι ατόμων ηλικίας 1-25 ετών, οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. (Σιμισιόγλου Σπ. , Αθήνα 1998)

**ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΔΥΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕΡΗ:**

- **ΤΟ ΠΡΩΤΟ, ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ, ΠΟΥ ΘΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΗ ΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ, ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ**
- **ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ, ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΤΕΛΙΚΗ ΤΟΥΣ ΦΑΣΗ**
- **ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΧΩΡΙΣ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ, ΟΧΙ ΟΜΩΣ ΤΟ ΑΝΤΙΘΕΤΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV



"Is there any reason why you haven't filled in your organ-donor card."

## ΤΥΠΟΙ ΟΔΗΓΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ-Ο ΣΩΣΤΟΣ ΟΔΗΓΟΣ & Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΟΔΗΓΟΣ

#### **4. 1. ΤΥΠΟΙ ΟΔΗΓΩΝ**

Παρακάτω θα περιγράψουμε τύπους οδηγών που λόγω της οδικής τους συμπεριφοράς είναι αρκετά διαδεδομένοι και αναπόφευκτα θα τους συναντήσει ο καθένας μας στους δρόμους και οι περισσότεροι από αυτούς αποτελούν «ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΙΝΔΥΝΟ»(Λαμπρακάκης Λ. Θεσσαλονίκη 2001)

##### **Ο «αρχηγός των δρόμων»**

Κινείται στην αριστερή λωρίδα του δρόμου, στα αριστερά κυκλοφορούν μόνο οι αρχηγοί. Κατάληξη:Στην καλύτερη περίπτωση, κάτοικος νοσοκομείου

##### **Ο «διπλωματούχος»**

Ο νέος στην οδήγηση. Πιστεύει ότι γνωρίζει να οδηγεί. Αντί να πατήσει φρένο πατάει γκάζι.

##### **Ο «πλακατζής»**

Είναι επικίνδυνος. Μπαίνει στο αντίθετο ρεύμα και κάνει ελιγμούς  
Κατάληξη:Κατευθείαν στα επείγοντα περιστατικά

##### **Ο «αργός»**

Ο βασιλιάς των μποτιλιαρισμάτων. Ενοχλητικός τύπος, πάντα καθυστερημένος

##### **Ο «αψυχολόγητος»**

Το ίδιο ενοχλητικός, αλλά περισσότερο επικίνδυνος. Κάνει άσκοπα και απότομα παραπατήματα προβαίνει σε απρόβλεπτες κινήσεις στη

μέση της κυκλοφορίας.

### **Ο «χαμένος»**

Ψάχνεται και ψάχνει. Αργός και ενοχλητικός είναι και επικίνδυνος.

Μπορεί να στρίψει αριστερά-δεξιά σε κάθε στιγμή.

Συμβουλή:Φύγετε, ελλοχεύει κίνδυνος

### **Η «γυναίκα-οδηγός »**

Στατιστικά οι γυναίκες οδηγούν πιο συνετά από τους άνδρες και σέβονται πιο πολύ τον οδικό κώδικα. Κατά τ' άλλα οδηγούν το ίδιο με τους άνδρες. Η διαφορά είναι μόνο στο γένος.

### **Ο «αναγνώστης»**

Η εφημερίδα πάντα στη διπλανή θέση. Αφηρημένος, επικίνδυνος.

Συνήθως είναι ήρεμος και συνιστά στους άλλους ηρεμία. Ευτυχώς λιγότερο επικίνδυνος.

### **Ο «πολύτεκνος»**

Εξαναγκασμένος από το «μεταφερόμενο φορτίο»οδηγεί φυσιολογικά αλλά πολλές φορές αφηρημένα, και κάνοντας ανεξέλεγκτες κινήσεις.

Συμβουλή:προσπεράστε τον!

### **Ο «εκουαλάιζερ»**

Ο άνθρωπος των Watt. Αφαιρείται από την έντονη και ενοχλητική μουσική. Δε συνέρχεται ούτε με παρατεταμένη κόρνα.

Συμβουλή:κρατείστε αποστάσεις μπροστινές, πλευρικές και άλλες.

### **Ο «μυξιάρης»**

Αποκρουστικός τύπος, λιγότερο επικίνδυνος. Σε κάθε σταμάτημα δε χάνει την ευκαιρία να «σφηνώνει»το δείκτη του χεριού του στη μύτη του.

**Ο «μάγκας»**

Απορροφημένος από τη γλυκιά συνοδό του, αδιαφορεί για τους ταλαίπωρους μποτιλιαρισμένους.

**Ο «σφήνας»**

Επικίνδυνος και πάντα εκνευρισμένος. Δείχνει τη δεξιότητά του στα μποτιλιαρίσματα, σφηνώνεται αδιαφορώντας για τις προθέσεις των άλλων και καταλαμβάνει εαυτόν ως «κατακτητή»

**Ο «κόρνας»**

Μονίμως εκνευρισμένος δε συγχωρεί λάθη σε μπροστινούς, πισινούς και διπλανούς οδηγούς και κορνάρει συνεχώς. Αποτέλεσμα συμπλέκεται εύκολα και ακολουθούν στιχομυθίες εμπλουτισμένες με παλιά και νέα κοσμητικά επίθετα

**Ο «ραλίστας»**

Θέλει ιδιαίτερη προσοχή. Εξοργίζεται υπερβολικά μόνο αν τον προσπεράσεις τότε αρχίζουν τα δύσκολα. Σε ακολουθεί σε απόσταση αναπνοής και διαβάζει τα μπράτσα σου.

**Ο «βαρέων βαρών(ρυμουλκός)»**

Ανεύθυνος και ιδιαίτερα επικίνδυνος. Εφαρμόζει το δικό οδικό κώδικα στη μέση του δρόμου, έχει πάντα την προτεραιότητα, είναι ο αφέντης του δρόμου. Έχει ρατσιστική νοοτροπία.

Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας, που διεξήχθη από το Παν/μιο Ιωαννίνων, εξετάστηκε ο χαρακτηρισμός του Έλληνα οδηγού.

Ανυπόμονος (73, 2%)

-Βιαστικός (46, 4%)

-Αγενής προς τους άλλους οδηγούς και τους πεζούς (35, 3%)

-Με ελλειπείς γνώσεις του Κ. Ο. Κ (96, 4%)



## **4. 2. Ο ΣΩΣΤΟΣ ΟΔΗΓΟΣ**

Οι νέοι οδηγοί με τον καιρό αποκτούν συνήθειες που άλλοτε είναι σωστές και άλλοτε όχι. Συνήθως οι οδηγοί περιμένουν από τους άλλους οδηγούς και πεζούς να συμπεριφερθούν σύμφωνα με τον ΚΟΚ.

Σωστός οδηγός δεν είναι μόνο αυτός που τηρεί τον ΚΟΚ αλλά και αυτός που προβλέπει τα λάθη των άλλών και οδηγεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να αντιμετωπίζει τους άλλους οδηγούς και πεζούς σαν πιθανούς παραβάτες. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

### **Τα 9 πρόσωπα του σωστού οδηγού**

Οι παρακάτω συμβουλές του καλού οδηγού που θα πρέπει να αποτελούν ένα είδος Ευαγγελίου για κάθε αυτοκινητιστή, αφού συνοψίζει τις αρετές του σωστού οδηγού, αρετές που θα πρέπει να αποκτήσουμε όλοι-αν δεν έχουμε ήδη-αφού είναι απαραίτητες για ασφαλή οδήγηση.

α)**Συνετός**:Ο καλός οδηγός δεν «ξεχνάει» το πόδι του πάνω στο γκάζι. Μέσα στην αυλή ή και στον ανοιχτό δρόμο απρόοπτα εμπόδια μπορούν να συμβούν και να δημιουργήσουν κινδύνους. Γι' αυτό τα μάτια σας 14, όχι μόνο στο δρόμο αλλά και στο κοντέρ.



β) **Σοβαρός:** Υπάρχουν ορισμένες ώρες για όλα τα αστεία και η ώρα της οδήγησης δεν είναι μετά σ' αυτές. Παιχνίδια όπως το «ζίγκ ζάγκ, το κυνηγητό, το προσπέρασμα κ. ά, δεν υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα του ούτε ως οδηγού ούτε ως ατόμου. Στις απαγορεύσεις της κατηγορίας αυτής περιλαμβάνονται ακόμη και όσα συμβαίνουν μέσα στο αυτοκίνητο, με συνέπεια να αποσκοπούν την προσοχή του οδηγού από την οδήγηση.

γ) **Νηφάλιος:** Ο νηφάλιος οδηγός διατηρεί την ψυχραιμία και την ηρεμία του, άσχετα από τα συμβάντα στο περιβάλλον, αν μάλιστα δεν είναι σε θέση να τα αποτρέψει.

δ) **Απερίσπαστος:** Συνήθως ο νηφάλιος οδηγός είναι εκείνος που παραμένει απερίσπαστος. Είστε ένας σύγχρονος άνθρωπος με προσωπικότητα, ζωντάνια, ενεργητικότητα και φυσικά ευθύνες. Στο τιμόνι, κρατείστε όλα αυτά, εκτός από το τελευταίο. Παραμερίστε τις έγνοιες σας προσωπικές και επαγγελματικές και οδηγείτε συγκεντρωμένα.

ε) **Ευγενικός:** Με τους ευγενικούς τρόπους δε χάνετε ποτέ. Σας βοηθούν να διατηρείτε την ψυχραιμία σας κυρίως σε ώρες κυκλοφοριακής αιχμής. Προδιαθέτουν ευνοϊκά το όργανο της τροχαίας, το οποίο εξάλλου δεν επιδιώκει τίποτε άλλο από το καλό σας, ενώ παράλληλα κάνουν πιο εύκολη τη ζωή σας ως οδηγού.

στ) και λίγο **Μηχανικός:** Ελέγχετε τακτικά και προσεκτικά τους καίριους μηχανισμούς των φρένων, του συστήματος διεύθυνσης, τους τροχούς την ίδια την ίδια τη μηχανή σας. Καλύτερα να βρείτε εσείς την ανωμαλία, ψάχνοντας παρά να σας βρεί εκείνη στην οδήγηση.

ζ)**Πειθαρχικός:** Για να αποκτήσετε άδεια οδηγού, «σπουδάσατε» υποτίθεται τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας, έστω και με, το σύστημα της ταχείας εκμάθησης. Συμφιλιωθήκατε μαζί του όμως; Σκεφτήκατε πως τόσο ο Κώδικας όσο και τα όργανα της Τροχαίας, περιμένουν από σας να αξιοποιήσετε την Αποστολή τους; Η οποία στην ουσία της είναι η ίδια η δική σας ασφάλεια, ησυχία, η ΖΩΗ ΣΑΣ.

η)**Συνεργάσιμος:** Υπάρχει ένας χρυσός κανόνας, που έχει η εφαρμογή σε όλες τις εκδηλώσεις της ανθρώπινης κοινωνικής συμπεριφοράς: Διευκολύνετε τον συνάνθρωπο. Δώστε προτεραιότητα στον πεζό, τον ηλικιωμένο, την κυρία με το παιδί που συναντάται στο δρόμο σας. Συνεργαστείτε με τους τροχονόμους με τη σηματοδότηση, έστω και στις πιο ασήμαντες κατά την άποψη σας περιπτώσεις.

θ)**Προνοητικός:** Τα ελαστικά σας, κρατούν στο πέλμα τους το 50% της ευστάθειας του αυτοκινήτου σας και της ασφάλειας της δικής σας. Παρακολουθείτε τακτικά τη φθορά τους καθώς επίσης ελέγχετε συχνά την πίεση τους και προπάντων δεν διστάζετε ν' αλλάξετε τα ελαστικά σας όταν το βάθος των αυλακώσεων στο πέλμα τους φτάνει το ένα χιλιοστό. ( Λαμπρακάκης Λ. , Θεσσαλονίκη 2001)

#### **4. 3. Η ΣΩΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ**

Καλός οδηγός είναι αυτός που:

- n** Φροντίζει να έχει πάντα μαζί του όταν οδηγεί την άδεια οδήγησης και την άδεια κυκλοφορίας του αυτοκινήτου του.

- n Δεν κάνει χρήση οινόπνευματών ή ναρκωτικών ουσιών
- n Αποφεύγει την υπερβολική ταχύτητα και τα αντικανονικά προσπεράσματα
- n Δεν παραβιάζει τις πινακίδες σήμανσης των δρόμων και σέβεται την προτεραιότητα των άλλων
- n Δεν παραβιάζει το κόκκινο σήμα του φωτεινού σηματοδότη και τη διπλή διαχωριστική γραμμή
- n Φοράει πάντα ζώνη ασφαλείας (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

#### **4. 4. Η ΣΩΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΠΙΒΑΤΗ**

Καλός συνεπιβάτης είναι αυτός που:

- n Φροντίζει πάντα να παίρνει μόνος του τα μέτρα ασφαλείας
- n Δεν ενθαρρύνει τη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά του οδηγού
- n Αποτρέπει τη χρήση οινόπνευματος και ουσιών στον οδηγό
- n Δεν κάνει ο ίδιος χρήση ουσιών και οινόπνευματος, ώστε αν χρειαστεί να μπορέσει να αντιδράσει. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

#### **4. 5. Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΟΔΗΓΟΣ**

Για αρκετούς Έλληνες, φεμινιστές και μη, η γυναίκα αποτελεί ειδικό «αντικείμενο» μελέτης οδικής συμπεριφοράς. Είναι κοινή η εντύπωση και για μερικούς είναι πεποίθηση πως η γυναίκα οδηγός είναι πιο συντηρητική και κατά το πλείστον πιο προσεκτική από τον άνδρα οδηγό.

Έρευνα που έκαναν Άγγλοι ειδικοί, προκαλεί έκπληξη σε κείνους που την διεξήγαγαν. Συγκεκριμένα Αγγλίδες που παίρνουν μέρος σε αγώνες και διαθέτουν αναμφισβήτητη πείρα, δήλωσαν ομόφωνα ότι οι

γυναίκες οδηγοί δεν είναι τόσο προσεκτικές και ικανές οδηγοί, όσο οι άνδρες. Από αυτή την έρευνα προέκυψε ότι οι γυναίκες όταν οδηγούν δεν συγκεντρώνονται αρκετά, πολλές αφαιρούνται όταν οδηγούν μέσα στην πόλη, άλλες κοιτάζοντας βιτρίνες καταστημάτων, παρακολουθώντας την κίνηση ή ψάχνοντας θέση για parking.

Σύμφωνα λοιπόν με τις απόψεις γυναικών-οδηγών, οι γυναίκες είναι ως οδηγοί αργές, διστακτικές, αφηρημένες και προκαλούν εκνευρισμό στους άλλους οδηγούς. Δεν έχουν αυτοπεποίθηση και πανικοβάλλονται εύκολα. Διευθυντές μεγάλης αγγλικής σχολής οδηγών, στην οποία οι μισές από τις μαθήτριες είναι γυναίκες λένε τα εξής:

- Όταν οι γυναίκες είναι καλές οδηγοί, είναι πραγματικά πολύ καλές.
- Τα λάθη που κάνουν οι γυναίκες είναι λιγότερο επικίνδυνα από τα λάθη των ανδρών.

Μια γενική παρατήρηση:πολλοί άνδρες οδηγοί όταν συναντούν στο δρόμο γυναίκες-οδηγούς αισθάνονται μια παρόρμηση προς τις «συναδέλφους»τους, την υπεροχή τους έναντι αυτών η επιδεξιότητα χωρίς να τους απασχολεί αν η επίδειξη σημαίνει παράβαση των κανόνων οδικής κυκλοφορίας, που εγκυμονεί κίνδυνο τροχαίου δυστυχήματος.

Σύμφωνα με τους Allan και Barbara Peace, ( 2002), οι γυναίκες οδηγοί είναι πιθανότερο να προκαλέσουν ατύχημα κατά τη διάρκεια της οδήγησης σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ανδρικός εγκέφαλος βλέπει και τις τρεις διαστάσεις των πραγμάτων, σε σχέση με το γυναικείο που βλέπει μόνο τις δύο διαστάσεις. Έτσι ο άνδρας έχει καλύτερη αίσθηση του χώρου, πράγμα που τον βοηθάει στο να οδηγεί με περισσότερη ασφάλεια. Αντίθετα οι γυναίκες τα καταφέρνουν καλύτερα στις μικρές και σίγουρες αποστάσεις, από τη μια κατεύθυνση σε μια άλλη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V



**ΟΜΑΔΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΣΤΑ  
ΤΡΟΧΑΙΑ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ-ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ-ΠΑΙΔΙΑ**

## **5. 1. ΟΜΑΔΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ-ΓΕΝΙΚΑ**

### **Πεζοί και αναβάτες δικύκλων:**

Οι πεζοί και οι αναβάτες δικύκλων(ποδηλάτων, μοτοσικλετών και μοτοποδηλάτων)είναι οι λιγότερο προστατευόμενοι. Οι ειδικοί στην ασφάλεια τους αποκαλούν «ευπαθείς χρήστες των δρόμων». Σύμφωνα με μελέτη του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την Οδική Ασφάλεια που έγινε το 2003, για κάθε χιλιόμετρο που διανύει σε δρόμο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ένας ποδηλάτης έχει οχτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να σκοτωθεί απ' ό τι ο επιβαίνων σ' ένα αυτοκίνητο, ένας πεζός εννέα και ένας μοτοσικλετιστής είκοσι.

### **Άνδρες:**

Σε όλες τις χώρες οι άνδρες οποιασδήποτε ηλικίας είναι πιθανότερο να τραυματιστούν σε τροχαίο ατύχημα απ' ό τι οι γυναίκες της ίδιας ηλικίας.

Ως παιδιά είναι πιθανότερο οι άνδρες να παίζουν σε πολυσύχναστους δρόμους να τρέχουν με τα πόδια ή το ποδήλατό τους στους δρόμους χωρίς να σταματούν για να ελέγξουν πρώτα την κίνηση. Οι ενήλικοι άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, είναι πιθανότερο να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ, ή να αναπτύξουν υπερβολική ταχύτητα, ή να επιδεικνύουν επικίνδυνη συμπεριφορά. Το 2002 το ποσοστό θανάτων παγκοσμίως από τροχαία ήταν 19 ανά 100. 000 ανθρώπους(27, 6 ανά 100. 000 άνδρες και 10, 4 ανά 100. 000 γυναίκες)

Σε παγκόσμια κλίμακα το 50% και άνω των θανάτων σε τροχαία ατυχήματα συμβαίνει μεταξύ των ηλικιών 15 και 44 ετών. Από τους νεκρούς αυτούς οι τρεις στους τέσσερις είναι άνδρες. Πολλές οικογένειες

υφίστανται συναισθηματική και οικονομική συντριβή, όταν σκοτώνεται σε τροχαίο ατύχημα το μέλος της οικογένειάς τους που εργάζεται ή όταν επωμίζονται το βάρος της φροντίδας ενός αναπήρου.

### **Ηλικιωμένοι:**

Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς σε τροχαία ατυχήματα. Το 2002 το ποσοστό των θανάτων από τα τροχαία στην περιοχή της ανατολικής Μεσογείου ήταν 26,3 ανά 100.000 ανθρώπων. Ήταν όμως 116,3 ανά 100.000 άνδρες ηλικίας 60 ετών και άνω και 46 ανά 100.000 γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη πως το ποσοστό των ανθρώπων άνω των 60 ετών σε όλες τις χώρες προβλέπεται να αυξηθεί αναλογικά περισσότερο μέχρι το 2030.

## **5. 2. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Η γήρανση είναι ένα πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας μας. Οι ηλικιωμένοι θέλουν να παραμείνουν νέοι γιατί η κοινωνία βραβεύει τους νέους, οι υπουργοί των οικονομικών παραπονιούνται ότι οι ηλικιωμένοι στοιχίζουν ακριβά, οι δημοσιογράφοι προβληματίζονται για τις μεταβολές της πληθυσμιακής σύνθεσης και τις επιπτώσεις της και οι ειδικοί της οδικής ασφάλειας αναγγέλλουν νέους κινδύνους για τους ηλικιωμένους που κυκλοφορούν ως οδηγοί, ως μεταφερόμενοι επιβάτες ή ως πεζοί. (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2000)

**Οι ηλικιωμένοι** παρουσιάζουν μια βαθμιαία μείωση των ικανοτήτων τους να ανταποκριθούν σε δύσκολες καταστάσεις της οδικής κυκλοφορίας και επομένως υπόκεινται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα. Εξ άλλου με την πάροδο του χρόνου

γίνονται σωματικά όλο και πιο «εύθραυστοι», πράγμα που σημαίνει ότι οι βλάβες που υφίστανται σε μια σύγκρουση μπορεί να έχουν πιο σοβαρές συνέπειες γι' αυτούς από όσο για τα νεότερα άτομα.

Αυτός είναι ο λόγος, για τον οποίο οι περισσότεροι άνθρωποι προχωρημένης ηλικίας που έχουν συνείδηση των δυσκολιών τους τείνουν να αποσυνδεθούν από την κυκλοφορία, , περιορίζοντας έτσι την κινητικότητά τους καθώς και την ελευθερία της κοινωνικής τους ζωής .

Αυτή η αντιστάθμιση μεταξύ κινητικότητας και ασφάλειας απεικονίζεται στους αριθμούς των ατυχημάτων, οι οποίοι είναι μικρότεροι από όσο θα περίμενε κανείς, λόγω μικρότερης έκθεσης στην κυκλοφορία, πράγμα που κάνει τους υπεύθυνους να αγνοούν ή να υποτιμούν το πρόβλημα. . (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2000)

Ωστόσο οι ηλικιωμένοι οδηγοί αποτελούν σήμερα το 12% του συνόλου των οδηγών και αυξάνουν συνεχώς. Οι περισσότεροι εμπλέκονται σε συγκρούσεις σε διασταυρώσεις, αλλά και ατυχήματα λόγω:

-Αλλαγής λωρίδας

-Εισόδου στην κυκλοφορία

-Εξόδου από τη θέση στάθμευσης

Σύμφωνα με τον Ολλανδικό Οργανισμό Οδικής Ασφάλειας

-Οι πεζοί ηλικίας άνω των 65 ετών διατρέχουν 15 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν τη ζωή τους στο δρόμο, σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες των χρηστών της κυκλοφορίας.

-Οι ποδηλάτες της ίδιας ηλικιακής ομάδας έχουν 12 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο

-Οι μοτοποδηλάτες (65+) διακινδυνεύουν 53 φορές περισσότερο να σκοτωθούν

-Τέλος οι επιβάτες του αυτοκινήτου άνω των 65 διατρέχουν 17 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν τη ζωή τους



Εξ' άλλου στο ίδιο ατύχημα οι ηλικιωμένοι, όντας πιο ευάλωτοι, , έχουν περισσότερες πιθανότητες να τραυματιστούν και μάλιστα πιο σοβαρά.

### **Βιολογικές Μεταβολές της Γήρανσης που καθιστούν Ευάλωτους τους Υπερήλικους**

Η έννοια ηλικιωμένοι επιδέχεται μια ποικιλία ορισμών. Για απλουστευτικούς λόγους εδώ ως ηλικιωμένοι θεωρούνται τα άτομα άνω των 65 ετών. Αυτή είναι η ηλικία κατά την οποία στις περισσότερες χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ οι άνθρωποι έχουν αποσυρθεί από την αγορά εργασίας.

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ενιαία ομάδα. Ορισμένοι έχουν πολύ καλή υγεία και ανταποκρίνονται πολύ καλά στις συνθήκες κυκλοφορία. Βέβαια, έρχεται κάποια στιγμή που πράγματι αντιμετωπίζουν ένα είδος περιορισμών στη βάδιση ή στην ποδηλασία. Ορισμένοι από τους ηλικιωμένους ίσως να παρουσιάζουν πολύ έντονες δυσκολίες στις μετακινήσεις τους και μπορεί να μην είναι σε θέση να περπατήσουν μόνοι τους καθόλου. . (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2000)

Οι μεταβολές που συμβαίνουν είναι τριών ειδών:Σωματικές, αισθητηριακές και μεταβολές των γνωστικών ικανοτήτων.

#### **Σωματικές μεταβολές**

- Μείωση της ταχύτητας και της δύναμης των κινήσεων, μείωση της ευκαμψίας του μυοσκελετικού συστήματος, απώλεια των αντανεκλαστικών θέσεως(ισορροπία), επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης

## **Αισθητηριακές μεταβολές**

\*Εκπτώση της όρασης και της ακοής

## **Μεταβολές των γνωστικών ικανοτήτων**

\*Επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, δυσκολίες αντίληψης, προσοχής, επεξεργασίας πληροφοριών και λήψης γρήγορων αποφάσεων

## **Αναλυτικότερα:**

Οι αρθρίτιδες, οι ρευματισμοί ή η κυκλοφοριακή ανεπάρκεια-ιδιαίτερα στις κνήμες και τα πόδια-προκαλούν δυσχέρεια στο βάδισμα. Η στροφή της κεφαλής, όσων υποφέρουν από δυσκαμψία του αυχένα, είναι επώδυνη, με αποτέλεσμα να την αποφεύγουν με κίνδυνο να μη βλέπουν τι κάνουν οι άλλοι χρήστες της οδού αριστερά, δεξιά ή και πίσω.

**Η όραση**, η οποία καταγράφει το 80-90% των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την οδική κυκλοφορία, παρουσιάζει συχνά σημαντικές μεταβολές στην προχωρημένη ηλικία

- Ο χρόνος εστίασης σε ένα αντικείμενο επιμηκύνεται
- Η οπτική οξύτητα στην περιφέρεια του οπτικού πεδίου μειώνεται
- Η αντίληψη των χρωμάτων ελαττώνεται κατά 50% μεταξύ 60 και 90 ετών.
- Η οπτική οξύτητα στο λυκόφως και στο σκοτάδι μειώνεται. Ένα άτομο 60 ετών χρειάζεται 8 φορές περισσότερο φως από ένα νέο 20 ετών
- Η ευαισθησία στο φως αυξάνει

Εξάλλου, η ταχύτητα αντίδρασης μειώνεται και οι κινήσεις είναι πιο αργές. Γενικά οι ηλικιωμένοι αντιδρούν βραδύτερα από τους νέους και οι εσφαλμένες εκτιμήσεις τους σε καταστάσεις που απαιτούν μια γρήγορη απόφαση είναι πιο συχνές.

Εκτός από τις παραπάνω βιολογικές μεταβολές, διάφορα νοσήματα μπορούν να έχουν δυσμενή επίδραση στο βάδισμα, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση και ο διαβήτης.

**Η ακοή:** 30% των ατόμων άνω των 65 ετών παρουσιάζουν βαρηκοΐα.

**Το σημαντικό όσον αφορά τις βιολογικές μεταβολές, που συμβαίνουν στην προχωρημένη ηλικία, είναι ότι συχνά δεν γίνονται αντιληπτές από τα ίδια τα άτομα.**

Αυτό σε συνδυασμό με μια ιδιότυπη «αυτοάμυνα» της προχωρημένης ηλικίας έχει ως αποτέλεσμα να κυκλοφορούν ως χρήστες της κυκλοφορίας πρόσωπα με ποικίλα προβλήματα τα οποία συχνά γίνονται αιτία να προκαλέσουν κυκλοφοριακή σύγχυση και φυσικά τροχαία ατυχήματα.

## **Alzheimer**

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει όσον αφορά τη Νόσο του Alzheimer, μια άνοια, που χαρακτηρίζεται από σκληρυντική εκφύλιση και δημιουργία νευριτικών πλακών στον εγκέφαλο.

Σε έρευνα του Νοσοκομείου Karolinska(Σουηδία), που έγινε για να αναλυθεί ο ρόλος της νόσου Alzheimer στα θανατηφόρα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, στα οποία σκοτώθηκαν υπερήλικοι οδηγοί(65-75), βρέθηκε ότι το 49% αυτών των οδηγών παρουσίαζαν νευριτικές πλάκες στον εγκέφαλο, που υποδήλωναν την ένδειξη ύπαρξης Νόσου του Alzheimer.

Στους οδηγούς άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό ήταν 59%. Σε συνεντεύξεις που έγιναν με συγγενείς των θυμάτων, αναφέρθηκε ότι λιγοστοί μόνο είχα παρουσιάσει διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών. Συμπερασματικά με δεδομένο την εκτίμηση ότι 5-10% των οδηγών προχωρημένης ηλικίας παρουσιάζουν νευριτικές πλάκες στον εγκέφαλο, μια άλλη που αποτελεί το προκλινικό στάδιο της Νόσου Alzheimer, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο κίνδυνος ενός θανατηφόρου ατυχήματος(10-20 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους οδηγούς που δεν έχουν), όταν πρόκειται να αποφασιστεί εάν ένα άτομο με ήπιες γνωστικές διαταραχές πρέπει να οδηγεί ή όχι.

### **Φάρμακα**

**Τα ψυχοτρόπα, τα ηρεμιστικά και τα υπναγωγά φάρμακα απορροφούνται βραδύτερα κατά γήρας.** Τα αποτελέσματά τους είναι διαρκέστερα και εντονότερα. Ένα υπναγωγό, για παράδειγμα, μπορεί να επιδρά μέχρι την επόμενη καταστέλλοντας σπουδαίες εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως είναι η ικανότητα αντίδρασης. Για όλα αυτά οι ηλικιωμένοι πρέπει να ενημερώνονται από το γιατρό τους.

### **5.3. ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΒΑΡΙΕΣ ΑΠΟ ΟΣΟ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ**

Με την πάροδο της ηλικίας ο άνθρωπος γίνεται πιο ευάλωτος στον τραυματισμό. Η αντοχή του σώματος στην πλήξη από εξωτερικές δυνάμεις ελαττώνεται από την απασβέστωση των οστών(οστεοπόρωση) οδηγεί σε μεγαλύτερη συχνότητα ταγμάτων και σε συνδυασμό με τη μειονεκτική κατάσταση της καρδιάς και των αγγείων αποτέλεσμα είναι η μεγαλύτερη θνησιμότητα ή η μειωμένη ικανότητα ανάρρωσης από το ατύχημα που έχει συμβεί.

#### **5. 4. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ** **ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

##### **Ο ρόλος της Πολιτείας**

Το 1985 ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), έδωσε ψήφισμα, στο οποίο εκφράζονται ανησυχίες για τον αυξανόμενο αριθμό θυμάτων μεταξύ των ατόμων προχωρημένης ηλικίας. Επισημαίνει ότι πρόκειται για «διάκριση δια της παραλείψεως».

Εξακολουθεί δηλ. η κυκλοφορία να οργανώνεται ακόμα σαν να πρόκειται για κληροδότημα μόνο των νεαρών και ζωντανών χρηστών!

Ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων πολιτών δημιουργεί την ανάγκη ενός κυκλοφοριακού συστήματος προσαρμοσμένου σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Το σύστημα αυτό περιέχει τρεις άξονες για την προστασία και τη διευκόλυνση των πολιτών προχωρημένης ηλικίας μέσα στην οδική κυκλοφορία:

1. Τις υποδομές και τις κυκλοφοριακές ρυθμίσεις
2. Τη νομοθεσία
3. Την ενημέρωση

## Νομοθετικές Κυκλοφοριακές Ρυθμίσεις και Βελτίωση των Υποδομών

Για να βελτιωθεί η κατάσταση για τους υπερήλικους χρήστες χρειάζονται ευεργετικές νομικές και κυκλοφοριακές ρυθμίσεις σε συνδυασμό με τη βελτίωση των υποδομών, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές όπου μετακινείται σημαντικός αριθμός Πολιτών προχωρημένης ηλικίας.

Η κατασκευή δρόμων, η εμφανής σήμανση, η ηρέμηση (επιβράδυνση) της κυκλοφορίας με σαμαράκια, με εμπόδια, με σήμανση, με στένεμα του δρόμου(ζώνες 30 χιλιομέτρων), ο φωτισμός των διαβάσεων, οι νησίδες που βοηθούν να γίνει το πέρασμα του δρόμου πιο ασφαλές(καθώς μοιράζεται σε δυο χρόνους), η αύξηση του χρόνου που διαρκεί το πράσινο για τους πεζούς, η φροντίδα της Τροχαίας με αυξημένη επίβλεψη και εξάντληση του ορίου των πεζών ώστε να μην εμποδίζονται οι διαβάσεις και οι διασταυρώσεις από παρκαρισμένα αυτοκίνητα και να μην καταλαμβάνονται από οχήματα με αδιάφορους ή και επιθετικούς οδηγούς και η προώθηση νέων τεχνολογιών του αυτοκινήτου(αυτόματη οδήγηση, έξυπνες συσκευές), είναι μερικά από όσα μπορεί να γίνουν προς την κατεύθυνση της ασφαλέστερης διακίνησης των ηλικιωμένων.

**Για τους πεζούς συνιστώνται ανοιχτόχρωμα ρούχα και αντανakλαστικά αυτοκόλλητα ή να κρατούν φακούς τη νύχτα, ιδιαίτερα σε μη φωτισμένους αγροτικούς δρόμους.**

Οφείλει επίσης η Πολιτεία, διακριτικά, να ενημερώσει την κατηγορία αυτή των πολιτών μέσα από τους μαζικούς της φορείς για τα προβλήματα που πιθανόν να αντιμετωπίζουν στην κυκλοφορία, να οργανώσει ελέγχους υγείας ενόψει και της ανανέωσης της άδειας

οδήγησης και να τους πληροφορήσει για τα τυπικά ατυχήματα που συμβαίνουν στην ηλικιακή τους ομάδα.

**Πρέπει όμως και οι πολίτες αυτής της ηλικίας να αυτενεργήσουν.**

Τα τελευταία χρόνια, στις ανεπτυγμένες χώρες, οι Οργανώσεις ηλικιωμένων δείχνουν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στην κυκλοφοριακή αγωγή. Μερικές καταρτίζουν διδακτικά βοηθήματα για τα μέλη τους, άλλες συνεργάζονται με Ινστιτούτα ή Επιτροπές Οδικής Ασφάλειας ή ζητούν από την Αστυνομία ή τους εκπαιδευτές οδηγών να τους οργανώσουν μαθήματα ανανέωσης γνώσεων σχετικά με τον Κ. Ο. Κ.

### **5. 5. Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΗΣΗΣ**

Με τη συνειδητοποίηση των αυξανόμενων δυσκολιών που συναντούν(αντικειμενικός κίνδυνος)αλλά με την ανάπτυξη ενός φόβου και μιας αρνητικής στάσης απέναντι στους κινδύνους της οδικής ασφάλειας(υποκειμενικός κίνδυνος), ορισμένοι υπερήλικοι επιστρατεύουν μηχανισμούς αντιρρόπησης:ελάττωση της νυχτερινής οδήγησης και γενικότερα της οδήγησης κάτω από αντίξοες συνθήκες ή συνθήκες πίεσης.

Ωστόσο, αν οι παραπάνω αυτοπεριορισμοί δεν αποδειχθούν επαρκείς για να δώσουν στον ηλικιωμένο οδηγό ένα αίσθημα ασφάλειας στο δρόμο, έρχεται κάποια στιγμή που θα πρέπει να αποφασίσει να εγκαταλείψει την οδήγηση. (Auto Moto Sport, τεύχος 6, 1992)

Εν τούτοις, παρόλο που οι περισσότεροι από όσους σταματούν να οδηγούν δέχονται ότι «είναι ώρα»να εγκαταλείψουν την οδήγηση,

παίρνουν την απόφαση με μεγάλη απροθυμία. Συχνά η απόφαση αυτή είναι επώδυνη και οι ηλικιωμένοι τη θεωρούν ότι τους οδηγεί σε μια «τελική φάση». Άλλοι πιστεύουν ότι η οδήγηση «είναι κάτι που σε κρατά στη ζωή» και διακόπτοντάς την νιώθουν «σα να τους κόπηκε το χέρι».

Και πάντως όλοι αισθάνονται ότι «βλέπουν» την οδήγηση σαν κάτι που βοηθάει να απομακρυνθεί το στίγμα της ταυτότητας του γέρου, επιτρέποντας σε κάποιον να διατηρεί την αίσθηση ότι μπορεί να είναι γέρος, αλλά όχι και τόσο γέρος αφού μπορεί ακόμη να οδηγεί. Αυτό πρέπει να μην το ξεχνούν οι συγγενείς των ηλικιωμένων καθώς και όσοι εργάζονται κοντά σ' αυτούς. Γιατί ξέρουν ότι αυτό που διακυβεύεται είναι η ανεξαρτησία, η άνεση και η κινητικότητα τους.

Η πιο «φυσιολογική» εξέλιξη είναι να σταματήσουν μόνοι τους, είτε αξιολογώντας κάποιες μεταβολές και παίρνοντας συνειδητά την απόφαση, είτε εξορισμένοι από την αιφνίδια παρεμβολή μιας νοσηρής κατάστασης που εμφανίστηκε και δεν τους επιτρέπει πλέον να οδηγούν.

Στην πρώτη περίπτωση παρατηρούνται αλλαγές στις συνήθειες και στη συμπεριφορά του οδηγού: δεν οδηγεί τη νύχτα, η σε συνθήκες πυκνής και ταχείας κυκλοφορίας, κάνει λιγότερα χιλιόμετρα, δεν απολαμβάνει την οδήγηση όπως πρέπει είναι απρόθυμος να πάρει επιβάτες-ιδιαίτερα τα εγγόνια του. . (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2000)

Στη δεύτερη μεσολαβεί ένα γεγονός, όπως π. χ. ένα εγκεφαλικό που παρόλη την αποθεραπεία του τον κάνει απρόθυμο ή ανίκανο να συνεχίσει να οδηγεί! Εκεί που τα πράγματα είναι αμφίρροπα, φαίνεται πως μόνο η συμβουλή γιατρού γίνεται αποδεκτή ως υπόδειξη να διακοπεί η οδήγηση. Εν τούτοις, επειδή και οι γιατροί αισθάνονται αβεβαιότητα σχετικά με το ισοζύγιο κινδύνου και ασφάλειας από τη διακοπή της οδήγησης, τελικά προτιμούν να αφήσουν-υποβοηθώντας- τον ασθενή να πάρει ο ίδιος την απόφαση.



Παρακάτω αναγράφονται οι καταστάσεις που θα πρέπει να εκτιμηθούν προκειμένου να ληφθεί η απόφαση για διακοπή οδήγησης

<b>Καταστάσεις που καθιστούν τους ηλικιωμένους υποψήφιους για διακοπή οδήγησης</b>
*Νόσος Parkinson
*Μείωση όρασης
*Περιορισμοί δραστηριότητας
*Αρθρίτιδα
*Κάταγμα ισχίου
*Απώλεια μνήμης

**Ολοκληρώνοντας αξίζει να σημειωθεί ότι η οδήγηση δεν φαίνεται να αποτελεί το κύριο πρόβλημα ασφαλούς κυκλοφορίας των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτό που αποτελεί πρόβλημα είναι η παρουσίαση τους στην οδική κυκλοφορία ως απροστάτευτοι ευάλωτοι χρήστες της (κυκλοφορίας).**

#### **Παιδιά κυρίως φτωχά:**

Κάθε χρόνο περισσότερα από 180. 000 παιδιά κάτω των 15 ετών, σκοτώνονται στους δρόμους και εκατοντάδες χιλιάδες μένουν ανάπηρα για την υπόλοιπη ζωή τους.

Το 2002 το 96% των παιδιών που σκοτώθηκαν προέρχονταν από χώρες χαμηλού και μεσαίου βιοτικού επιπέδου. Σ' όλες τις χώρες τα παιδιά που ζουν σε φτωχές αστικές γειτονιές κινδυνεύουν πολύ περισσότερο είτε είναι πεζά, είτε είναι σε ποδήλατο, επειδή θεωρούν το

δρόμο ως παιδική χαρά ελλείπει άλλων επιλογών. Είναι μικροκαμωμένα και λιγότερο ορατά από τους ενήλικους και γι' αυτό τραυματίζονται πολύ συχνά από οχήματα.

## **5. 6. ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Τα ατυχήματα, ειδικότερα στα παιδιά είναι από τα σοβαρότερα θέματα της ιατρικής, τόσο γιατί αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου, όσο και για βαριές αναπηρίες, που πολλές φορές καταλείπουν. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. (w. w. w. paidiatros. gr)

Παρόλες τις συχνές αναφορές στις ιατρικές συνέπειες και στο οικονομικό κόστος που απορρέει από ένα παιδικό ατύχημα, άλλες παράμετροι όπως η αγωνία και η οδύνη είναι σημαντικότερες, αλλά και δύσκολο να αποτιμηθούν. Η απώλεια ζωής ή σωματικής ακεραιότητας ενός παιδιού και εφήβου, είναι γεγονότα που γίνονται δύσκολα αποδεκτά από την οικογένεια και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Στην Ελλάδα, τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο σύγχρονο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Υπολογίζεται πως κάθε εβδομάδα, έξι παιδιά και νέοι μέχρι εικοσιτεσσάρων (24) ετών σκοτώνονται, κατά μέσο όρο, σε τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας. Το ισοδύναμο του υπολογισμού αυτού είναι σα να σκοτώνονται κάθε μήνα όλα τα παιδιά μιας σχολικής τάξης. (Πετρίδου Ε. )

Επιπλέον, τα προσεχή χρόνια, αναμένεται να αυξηθεί η θνησιμότητα στην παιδική ηλικία από τα τροχαία ατυχήματα ως αποτέλεσμα της αύξησης της συχνότητας των ταξιδιών με αυτοκίνητο.

Σε πολλές χώρες έχει σημειωθεί πρόοδος στην προσπάθεια περιορισμού των παιδικών ατυχημάτων. Αυτή η προσπάθεια πρέπει να ενθαρρύνει όλους μας στον αγώνα για τη μείωση των ατυχημάτων και

στη χώρα μας. Τα παιδιά που χάνουν τη ζωή τους ή μένουν ανάπηρα είναι πάρα πολλά για να μας επιτρέπεται να μένουμε αδρανείς. Καλό είναι να υπάρξουν κατευθυνόμενες στρατηγικές πρόληψης, όπως έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες με επιτυχία, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρήση παιδικών καθισμάτων για τη μεταφορά παιδιών στο αυτοκίνητο, ζώνης και κράνους ασφαλείας κ. τ. λ.

Υπολογίζεται ότι αν όλα τα παιδιά ταξίδευαν δεμένα στα ειδικά καθίσματα για παιδιά οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα θα μπορούσαν να μειωθούν.

Παιδικά καθίσματα όμως αγοράζουν μόνο το 58% των γονέων που μένουν στην Αθήνα και έχουν αυτοκίνητο και ακόμη λιγότεροι στην επαρχία, ενώ, δυστυχώς μόνο το 0, 5-1% αγοράζουν το τελευταίων προδιαγραφών κάθισμα ασφαλείας, που είναι ειδικό για το βάρος, την ηλικία, το μήκος του παιδιού και παρέχει ικανοποιητική προστασία. (Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας)

Επιπλέον στη χώρα μας δεν υπάρχει νομοθεσία για τη χρήση των ειδικών καθισμάτων ασφαλείας για τη μεταφορά παιδιών κάτω των πέντε (5) ετών, αλλά υπολείπεται και η σωστή ενημέρωση των γονέων. Η συνειδητοποίηση αυτού του προβλήματος αποτελεί κοινωνική ανάγκη, αφού η αντιμετώπιση του είναι εφικτή.

Το παιδί μπορεί να βρεθεί ως θύμα τροχαίου ως πεζός, είτε ως επιβάτης μεταφορικού μέσου ή ακόμη ως ποδηλάτης και στην εφηβεία ως οδηγός.

#### **A) Το παιδί –πεζός:**

Το 30% νεκρών από τροχαία ατυχήματα είναι πεζοί και κυρίως παιδιά και έφηβοι (Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας). Το παιδί ως πεζός μειονεκτεί σημαντικά σε σχέση με τους ενήλικους λόγω φυσικών αδυναμιών π. χ. χαμηλό ανάστημα, γι' αυτό χρειάζεται επιτήρηση και

εκπαίδευση. Ο ενήλικας είναι το καλύτερο παράδειγμα και εκπαιδευτικό εργαλείο. Καλό είναι να διδάσκονται τα παιδιά από μικρά τους κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής και να μάθουν σιγά – σιγά ν’ αναγνωρίζουν τα σήματα της Τροχαίας.

Σημαντικό είναι να κατανοήσουν τα παιδιά την έννοια απόσταση, ταχύτητα, ήχος, που όμως προϋποθέτει νευρολογική ωριμότητα, η οποία αποκτάται βαθμιαία. Για το λόγο αυτό, οι γονείς πρέπει να κρατάνε από το χέρι το παιδί που συνοδεύουν και να περπατούν μαζί του σωστά και με σεβασμό προς τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας.

Ειδικότερα ως προς τις ηλικίες των παιδιών:

-Παιδιά μικρότερα των οχτώ (8) ετών δεν πρέπει να κυκλοφορούν μόνα τους στους δρόμους και πρέπει να έχουν συνεχή επιτήρηση.

-Παιδιά μεγαλύτερα των εννέα (9) ετών, μετά από καλή εκπαίδευση, μπορούν να κυκλοφορούν μόνα τους ή και να διασχίζουν γνωστούς δρόμους ή πολυσύχναστους με πολύ καλή σηματοδότηση.

-Παιδιά άνω των δώδεκα (12) ετών διαθέτουν πια τις δυνατότητες να συμπεριφέρονται ορθά όπως οι ενήλικοι.

B) Το παιδί-επιβάτης:

Για την μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι κανόνες:

α) Τα παιδιά δεν πρέπει να τοποθετούνται ποτέ στο μπροστινό κάθισμα (ειδικά αν έχει αερόσακο), πάντοτε στο πίσω με ζώνη. Ακόμη και σε ελαφριά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα το παιδί κινδυνεύει να χτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου.

β) Ποτέ στο πορτμπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου.

Αναφέρεται ότι το 90% των επιβατών που κρατούσαν παιδιά στην αγκαλιά τους σε τροχαίο ατύχημα σώθηκαν επειδή το παιδί λειτούργησε ως ασπίδα.

γ) Πάντοτε στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας με την ειδική ζώνη ασφαλείας.

Ποτέ δύο (2) παιδιά μαζί σε μια ζώνη ασφαλείας.

δ) Τα παιδιά να μην κρατούν επικίνδυνα παιχνίδια.

ε) Οι πόρτες του αυτοκινήτου να ασφαρίζονται.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση οδικών ατυχημάτων στα παιδιά είναι οι παρακάτω:

#### **A) Η μικρή ηλικία των παιδιών, με τις αδυναμίες της**

-Χαμηλό ανάστημα και μικρότερο οπτικό πεδίο.

-Αισθητηριακή και ψυχοκινητική ανωριμότητα.

-Αδυναμία γνώσης των σημάτων.

Ορμητικότητα και παρορμητικότητα.

-Η γοητεία που προκαλεί ο κίνδυνος.

-Η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, ο τόπος διαμονής, ο χρόνος συμβάντος.

#### **B) Το ανθρώπινο περιβάλλον, δηλ. Γονείς, κηδεμόνες κ. λ. π. , που**

-Αγνοούν τους σταθμούς εξέλιξης και ωρίμανσης των παιδιών.

-Υπερεκτιμούν τις δυνατότητες των παιδιών.

-Γίνονται οι ίδιοι κακά παραδείγματα.

-Δεν δίνουν μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση και επιτήρηση των παιδιών.

-Δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την κυκλοφοριακή αγωγή των παιδιών.

#### **Γ) Ο χωροταξικός και κυκλοφοριακός περίγυρος, δηλ. :**

-Ο σχεδιασμός των δρόμων (μονόδρομοι, διαβάσεις, σηματοδότηση)

-Τα χαρακτηριστικά της κυκλοφορίας (τροχοφόρα, ταχύτητες κ. λ. π. )

-Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (δόμηση γειτονιάς, παιδότοποι, σχολεία, καταστήματα κ. λ. π. )

### Δ)Οι αδυναμίες των οδηγών:

- Κακή συντήρηση οχημάτων.
- Επιπολαιότητα, έλλειψη εκπαίδευσης.
- Μη τήρηση κανόνων Κ. Ο. Κ. (Ε Ιατρικά, ‘ ‘ Παιδικά ατυχήματα’ ‘ )

Η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος είναι το σημαντικότερο μέτρο για την πρόληψη ατυχημάτων, με δεύτερο την εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου.

### Τραυματισμοί παιδιών:

Στα παιδιά χρειάζονται κάποια σημεία επιπλέον προσοχή

- 1) Ο ρυθμός της τεχνητής αναπνοής:16 φύσηματα κάθε λεπτό.  
Το φύσημα όχι πολύ δυνατό.
- 2) Η μάλαξη της καρδιάς πρέπει να γίνεται μαλακά.
- 3) Τα παιδιά είναι ευαίσθητα σε απώλεια αίματος.
- 4) Αντιδράσεις φόβου σε παιδιά κρύβουν συχνά κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.



## 5. 7. ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Παιδιά και κυκλοφορία είναι δύο πράγματα ασυμβίβαστα, αλλά η πραγματικότητα των σύγχρονων μεγαλουπόλεων και των αστικών κέντρων έχει επιβάλει, δυστυχώς, την ατυχή συνύπαρξή τους. Σύμφωνα με διάφορες επιστημονικές έρευνες που έγιναν ανάμεσα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν μεγάλη δυσκολία στο να ανιχνεύσουν γρήγορα και σωστά το οπτικό πεδίο το οποίο είναι επίσης πολύ περιορισμένο σε εύρος αν συγκριθεί με εκείνο των ενηλίκων.

Οι ίδιες έρευνες απέδειξαν επίσης ότι:

- 1) Τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν παρόμοιες δυσκολίες στο σωστό εντοπισμό της κατεύθυνσης.
- 2) Έχουν μεγάλη δυσκολία μέχρι ανικανότητα να συνδυάσουν ταυτόχρονα δύο ενέργειες.
- 3) Τα μικρά παιδιά μπορούν να απορροφηθούν τελείως σε αυτό που κάνουν, π. χ ποδήλατο.
- 4) Τα μικρά παιδιά έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σύγκριση με τους ενήλικες να υπολογίσουν την απόσταση και την ταχύτητα των οχημάτων.
- 5) Το γεγονός ότι τα ανήλικα παιδιά είναι μικρόσωμα δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα, δεδομένου ότι διαφεύγουν απ' το οπτικό πεδίο των ενηλίκων.
- 6) Οι διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να έχουν καμιά αξιόπιστη συμπεριφορά στην κυκλοφορία, προτού φτάσουν στην ηλικία των 9-12 ετών.

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και επαγρύπνηση! Εκεί που δεν μπορεί ο οδηγός να αντιληφθεί την παρουσία μικρών παιδιών, σημαίνει ότι κι αυτά, με τη σειρά τους δεν τον έχουν αντιληφθεί. Γι αυτό και θα πρέπει να πάρει έκτακτα προληπτικά μέτρα ασφαλείας.

Ο νομοθέτης απαιτεί από τον οδηγό να επιδείξει μεγάλη προσοχή και να λάβει υπόψη του τα παιδιά που ενδεχομένως υπάρχουν στην κυκλοφορία. Αυτό στην πράξη συνεπάγεται ότι θα πρέπει να είναι προσεκτικός και να διατηρεί τέτοια ταχύτητα ώστε να μπορεί αν χρειαστεί να σταματήσει αμέσως. (Μηνούδης Γ. , 1999)

Η οδική ασφάλεια των μαθητών προς κι από τα σχολεία είναι ένα μεγάλο πρόβλημα σε μεγαλουπόλεις και αστικά κέντρα με έντονη κυκλοφορία οχημάτων. (4 ΤΡΟΧΟΙ, τεύχος 278, 1993)

Ο ΚΟΚ το επισημαίνει σε ιδιαίτερο άρθρο του και θεσπίζει το θεσμό του σχολικού τροχονόμου προκειμένου να προληφθούν ατυχήματα.

Ο σχολικός τροχονόμος ορίζεται από το διευθυντή του σχολείου. Εκπαιδεύεται από την αρμόδια τοπική υπηρεσία της τροχαίας και έχει δικαίωμα να ρυθμίζει την κυκλοφορία σε ορισμένο σημείο το δρόμου, όχι όμως σε διασταύρωση και να διακόπτει τη ροή των οχημάτων σε διατομή του δρόμου εκεί όπου υπάρχει σημασμένη διάβαση πεζών.

Για το σκοπό αυτό φέρει διακριτική ενδυμασία και είναι εφοδιασμένος με φορητή πινακίδα STOP.

Οι οδηγοί προκειμένου να διευκολύνουν τη διάβαση των πεζών μαθητών θα πρέπει να σταματούν όταν τους βλέπουν και να περιμένουν στη διάβαση για να περάσουν. Επίσης οι οδηγοί δε θα πρέπει να μην καθησυχάζουν με την ιδέα ότι όλα τα παιδιά συμμορφώνονται στις υποδείξεις του σχολικού τροχονόμου. (Μηνούδης Γ. , 1999)



Γενικά, η παρουσία σχολικού τροχονόμου δείχνει ότι τα παιδιά μπορεί από στιγμή σε στιγμή να βρεθούν στο δρόμο και γι αυτό ο οδηγός θα πρέπει να εντείνει την προσοχή του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI



## ΑΙΤΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

## **6. 1. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΕΝΙΚΑ**

Οι αιτίες των ατυχημάτων, όπως προκύπτουν από τις αναλύσεις των ειδικών, έχουν ως πρώτο παράγοντα τον άνθρωπο. Η οδηγική συμπεριφορά προκαλεί τα περισσότερα ατυχήματα σε παγκόσμια κλίμακα.

Στην Ελλάδα ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνουν χώρα τα ατυχήματα δεν έχει ως αιτία μόνο τη συμπεριφορά των οδηγών. Το πεδίο στο οποίο εκτυλίσσεται κάθε τέτοιο συμβάν, έχει διαφορετική, ως την πούμε έτσι, χωροταξική σύνθεση. Λόγω της υπανάπτυξης του οδικού δικτύου της χώρας, τα μεγάλα και σοβαρά ατυχήματα είναι οι μετωπικές συγκρούσεις, που στέλνουν στα νεκροταφεία πολλές δεκάδες αθώων κάθε μήνα. Το βασικό πεδίο επί του προκειμένου των ατυχημάτων στην Ελλάδα μας είναι οι Εθνικές οδοί που με πολύ καλή θέληση στην Ευρώπη θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν επαρχιακοί δρόμοι. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

Οι κακής σχεδίασης, χειρότερης βατότητας και ανύπαρκτης έως ανεπαρκούς-αλλά και αρκετών της Αφρικής- "γνώρισαν" τις διαχωριστικές μπαριέρες των δύο ρευμάτων κυκλοφορίας, αποτελεί αντίστοιχο εκείνου που χαρακτηρίζουν οι γιατροί υπόστρωμα της τέλεσης των «δια παραλείψεως εγκλημάτων της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας» από ένα κράτος που δεν φρόντισε και δεν φροντίζει να εκσυγχρονιστεί και αποκτήσει δρόμους, που δεν θα είναι σφαγεία ανθρώπων. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ, Αθήνα 1997)

Η μεγάλη αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων αποδίδεται:

- 1) Στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των αυτοκινήτων
- 2) Στη γρήγορη τεχνική εξέλιξη, που, ένεκα της αυξήσεως της ταχύτητας των αυτοκινήτων, απαιτεί μεγαλύτερες ικανότητες από τον οδηγό.
- 3) Στη μικρή αύξηση του οδικού δικτύου σε σχέση με την αύξηση του αριθμού των αυτοκινήτων και στην κακή κατάσταση των δρόμων
- 4) Στην κακή μηχανική συντήρηση των αυτοκινήτων
- 5) Στην ελλειπή εκπαίδευση των οδηγών
- 6) Στη σωματική κόπωση και την ψυχική ένταση του ανθρώπου ένεκα των πολλών προβλημάτων που αντιμετωπίζει

## **6. 2. ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΒΑΤΙΚΑ ΟΧΗΜΑΤΑ**

Τρεις είναι οι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν την οδική ασφάλεια ή αλλιώς την πιθανότητα να συμβεί ένα ατύχημα: ο ανθρώπινος παράγοντας, το όχημα, το περιβάλλον.

### **1) Οι χρήστες της οδού (ο ανθρώπινος παράγοντας)**

Οι βασικές αιτίες τροχαίων ατυχημάτων που αφορούν τους χρήστες της οδού είναι: η μειωμένη ικανότητα οδήγησης και η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά.

### **α)Μειωμένη ικανότητα οδήγησης**

Η απειρία των νέων οδηγών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την πρόκληση τροχαίου. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες όπως και στην Ελλάδα, δικαίωμα άδειας οδήγησης δίδεται στην ηλικία των 18 ετών. Βέβαια στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες τα παιδιά παίρνουν κρυφά τα αυτοκίνητα των γονιών τους και προκαλούν ατυχήματα.

Πολλά τροχαία πάλι συμβαίνουν λόγω κούρασης των οδηγών που προκαλεί υπνηλία ή λόγω κατανάλωσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

### **β) Ριψοκίνδυνη συμπεριφορά**

Η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά συνδέεται με την απροσεξία και την υποτίμηση του κινδύνου. Υπολογίζεται ότι 2/3 των τροχαίων ατυχημάτων οφείλονται σε ανθρώπινο λάθος.

## **2)Το όχημα**

Πολλές βλάβες, μηχανικές ή άλλες, οφείλονται στην παλαιότητα των οχημάτων ή στην ανεπαρκή συντήρησή τους. Πριν από κάθε ταξίδι χρειάζεται να γίνεται έλεγχος στο όχημα κάτι που ειδικότερα στη χώρα μας δεν συμβαίνει.

## **3)Η οδός και το περιβάλλον**

Η μη τήρηση των αυστηρών προδιαγραφών στην κατασκευή και συντήρηση του οδικού δικτύου και η κακή οργάνωση της κυκλοφορίας, αποτελούν επίσης αιτίες τροχαίων ατυχημάτων. Επίσης οι δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως η βροχή, η ομίχλη και η βροχή, το χιόνι σε συνδυασμό με την κακή κατασκευή των δρόμων, δυσκολεύουν την οδήγηση και αυξάνουν τις πιθανότητες ατυχήματος.

(υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων , Κυκλοφοριακή αγωγή-Ατυχήματα, σελ3)

### **6. 3. ΑΙΤΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΑ ΔΙΚΥΚΛΑ**

#### **1) Ελαττωμένη ικανότητα οδήγησης.**

Οι έφηβοι συχνά οδηγούν δίκυκλα. Σε αυτήν την ηλικία ο νέος αισθάνεται σίγουρος για τον εαυτό του. Η άγνοια και η απειρία όμως του νέου θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του.

Από την άλλη ο οδηγός του δικύκλου δεν προστατεύεται όσο ο οδηγός του αυτοκινήτου. Επίσης, είναι επιρρεπής στα λάθη των άλλων οδηγών. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι προσεκτικός.

#### **2) Ριψοκίνδυνη συμπεριφορά**

Η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά συνδέεται με το βαθμό ωριμότητας και την εμπειρία του οδηγού. Ο αναβάτης που υποτιμά τους κινδύνους θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του και τους άλλους οδηγούς ή πεζούς.

#### **3) Ο Βαθμός υπευθυνότητας των άλλων οδηγών**

Πολλοί οδηγοί δεν καταλαβαίνουν πως με την ανέμελη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια της οδήγησης θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους και ειδικότερα τη ζωή των μοτοσικλετιστών που είναι απροστάτευτοι σε σύγκρουση. (Φραντζεκάκης, 1974)

#### **4) Ο Βαθμός υπευθυνότητας της πολιτείας και της οικογένειας**

Η αδυναμία διασφάλισης ενός οδικού δικτύου κατάλληλου για αναβάτες μηχανοκίνητων δικύκλων μπορεί να θεωρηθεί σημαντική αμέλεια.

**Οι μοτοσικλετιστές καλό είναι να θυμούνται:**

- Την ολισθηρότητα του οδοστρώματος
- Τις λακκούβες
- Την σήμανση
- Τα σαμαράκια και τα έργα οδοποιίας
- Τον ελλιπή φωτισμό
- Τους πεζούς που περνούν απροειδοποίητα τους δρόμους

Συχνά οι γονείς είναι υπεύθυνοι για τα ατυχήματα που συμβαίνουν στα παιδιά τους, ιδίως όταν τους επιτρέπουν να οδηγούν χωρίς δίπλωμα. (Μηνούδης, 1999)

**6. 4. ΑΙΤΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

1. Ελλιπείς γνώσεις κυκλοφοριακής αγωγής
  2. Παρορμητική συμπεριφορά και λανθασμένες εκτιμήσεις
- Πολλά ατυχήματα με πεζούς γίνονται γιατί ο πεζός δεν εκτίμησε σωστά την απόσταση του οχήματος και αποφάσισε να διασχίσει το δρόμο. Επίσης τα μικρά παιδιά τρέχουν χωρίς να κοιτάζουν το δρόμο για διερχόμενα αυτοκίνητα πάνω στα πεζοδρόμια
- Αυτό οδηγεί τους πεζούς να περπατούν στο δρόμο και να θέτουν τους εαυτούς τους σε κίνδυνο.
3. Έλλειψη πεζοδρομίων και παράνομη στάθμευση των αυτοκινήτων

## **6. 5. ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ**

Θέλοντας να οριστούν οι παράγοντες εκείνοι που οδηγούν σε ένα τροχαίο ατύχημα δεν θα μπορούσαμε να σταθούμε σ' ένα συγκεκριμένο παράγοντα που είναι υπεύθυνος για το κάθε ατύχημα.

Ειδικότερα ορίζεται σαν κύριο αίτιο στη πλειοψηφία των ατυχημάτων στη χώρα μας από τη μια μεριά η έλλειψη οδηγικής παιδείας καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά που επιδεικνύουν οι Έλληνες κατά της οδήγησης και από την άλλη την απουσία συντονισμού των φορέων που είναι υπεύθυνοι για την οδική ασφάλεια των πολιτών(Υπουργείο Μεταφορών, Τροχαία κ. ά)με στόχο την πρόληψη και τη μείωση των επιπτώσεων του τροχαίου ατυχήματος στον οδηγό-επιβάτη και στους πεζούς.

Σύμφωνα με ένα Πίνακα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 1990, σαν πρώτη αιτία στη συχνότητα των ατυχημάτων ήταν η υπερβολική ταχύτητα, ακολουθούμενη από τη μη τήρηση προτεραιότητας, την μη συμμόρφωση με φωτεινούς σηματοδότες και την κίνηση στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας. Αυτές οι αιτίες μαζί με το αντικανονικό προσπέρασμα συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο αριθμό νεκρών. Η σειρά μεταβάλλεται εάν ληφθεί υπόψη ο παράγοντας «νεκροί/100 ατυχήματα». Τότε η πιο επικίνδυνη παράβαση είναι η οδήγηση μετά από τη χρήση αλκοολούχων ποτών, με δεύτερη την έλλειψη ύπνου και τρίτη την υπερβολική ταχύτητα. Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στην έλλειψη ύπνου. Μετά από το ατύχημα είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί σε όλες τις περιπτώσεις. Μεγάλος αριθμός ατυχημάτων από αυτήν την αιτία είναι δυνατό να αποδίδεται σ' άλλους παράγοντες(ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ! 996)



<b>ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ</b>	<b><u>ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ</u></b>	<b><u>ΝΕΚΡΟΙ</u></b>	<b><u>ΝΕΚΡΟΙ/100 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ</u></b>	<b>ΣΕΙΡΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ</b>
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑ	7.184	566	7,8	3
ΜΗ ΤΗΡΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ	6.155	80	1,2	8
ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΦΩΤΕΙΝΟΥΣ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ	4.551	62	1,3	7
ΚΙΝΗΣΗ ΣΤΟ ΑΝΤΙΘΕΤΟ ΡΕΥΜΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	3.710	248	6,7	4
ΑΝΤΙΚΑΝΟΝΙΚΟ ΠΡΟΣΠΕΡΑΣΜΑ	3.186	99	1,6	6
ΜΙΚΡΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΠΡΟΠΟΡΕΥΟΜΕΝΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	1.491	19	1,2	8
ΟΔΗΓΗΣΗ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	516	51	9,8	1
ΚΙΝΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΑ ΟΠΙΣΘΕΝ	240	16	6,6	5
ΕΛΛΕΨΗ ΥΠΝΟΥ	115	10	8,6	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	27.148	1.151	4,2	-

Σύμφωνα με τον κ. Σγουράκη, Διοικητή της Τροχαίας Ηρακλείου, είναι κοινή διαπίστωση ότι η ενημέρωση χρειάζεται σε όσους χρησιμοποιούν το δρόμο ως οδηγοί ή πεζοί για τα αίτια που δημιουργούν συνθήκες πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων ή επιτείνουν τις συνέπειες τους συμβάλλουν αποτελεσματικά στην πρόληψή τους. ([www.troxaia.gr](http://www.troxaia.gr))

Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι στα τροχαία ατυχήματα που γίνονται στη χώρα μας οφείλονται κατά προσέγγιση σε ποσοστά ως ακολούθως:

- 80% σε παραβιάσεις του Κ. Ο. Κ που κάνει ο οδηγός
- 11% σε παραβιάσεις του Κ. Ο. Κ που κάνει ο πεζός
- 6% στο οδικό δίκτυο ή τις καιρικές συνθήκες και
- 3% στην ελαττωματική λειτουργία των οχημάτων

Ας λάβουμε υπόψην ότι η συντήρηση του οχήματος γίνεται από τον άνθρωπο και ως οδηγός ή πεζός μπορεί να λάβει υπόψη του τις καιρικές συνθήκες και την κατάσταση του δρόμου, ώστε να συμπεριφερθεί ανάλογα και να προλάβει το τροχαίο ατύχημα, κατανοούμε τον καθοριστικό ρόλο που παίζει ο παράγοντας άνθρωπος στην πρόληψη του τροχαίου ατυχήματος

Οι βασικότερες παραβάσεις που οδηγούν σε θανατηφόρα τροχαία δυστυχήματα είναι:

- \*Οδήγηση σε κατάσταση μέθης
- \*Υπερβολική ταχύτητα
- \*Αντικανονικό προσπέρασμα και είσοδος στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας
- \*Η παραβίαση προτεραιότητας και του ερυθρού σηματοδότη
- \*Οι επικίνδυνοι ελιγμοί
- \*Η απόσπαση του οδηγού ή του πεζού
- \*Η κούραση του οδηγού

## **6. 6. ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**

Σύμφωνα με τον Λαμπρακάκη (Θεσσαλονίκη, 2001) οι κυριότερες αιτίες ατυχημάτων είναι οι ακόλουθες:

### **1) Η Οδική Ασφάλεια αποτελεί σύστημα τεσσάρων παραγόντων:**

- α) χρήστης**
- β) όχημα(τετράτροχο, , δίτροχο κ. ά)**
- γ) οδός και περιβάλλον της οδού**
- δ) έλεγχος(επιτήρηση και αστυνόμευση)**

Μόνο ο συντονισμός και των τεσσάρων παραγόντων είναι ικανός να δώσει βελτιωμένα αποτελέσματα

### **2) Τα σημαντικότερα προβλήματα οδικής ασφάλειας είναι συνοπτικά:**

- Παλαιότητα κυκλοφορούντων οχημάτων
- Κακή κατάσταση του οδικού δικτύου
- Ανεπαρκής θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση υποψηφίων οδηγών
- Ανυπαρξία εκπαίδευσης των εκπαιδευτών υποψηφίων οδηγών, ανεπαρκείς διαδικασίες χορήγησης των σχετικών αδειών
- νοοτροπία και συμπεριφορά των χρηστών του οδικού δικτύου, που οδηγούν σε συχνή παραβίαση των κανόνων οδικής κυκλοφορίας
- ανεπαρκής έλεγχος και αστυνόμευση
- ελλιπής ή και λανθασμένη σήμανση και σηματοδότηση
- ανεπαρκής ενημέρωση του κοινού για την οδική ασφάλεια

3) Οι ελληνικοί δρόμοι χαρακτηρίζονται πολλές φορές από πλημμελή σχεδίαση η και συντήρηση έχουν επικίνδυνα σημεία, κακή σήμανση, συχνή κυκλοφορία αγροτικών μηχανημάτων σε δρόμους μεγάλης κυκλοφορίας.

4) Στα νοσοκομεία της χώρας δεν υπάρχουν οργανωμένα τμήματα Επειγόντων Περιστάσεων για την υποδοχή των τραυματιών, με συνέπεια την απώλεια πολύτιμου χρόνου για τους τραυματίες.

### **Η σήμανση των οδών**

Η σωστή σήμανση των οδών με πινακίδες, διαγραμμίσεις, οριοδείκτες κ. ά. έχει αποδειχθεί ότι περιορίζει σημαντικά τα τροχαία ατυχήματα, με την προϋπόθεση να τηρούνται τα μηνύματά της σωστά απ' όλους τους οδηγούς.

### **Η διαφώτιση του κοινού**

Τα Μ. Μ. Ε προβάλλουν και καταγράφουν σε καθημερινή βάση τραγικές εικόνες τροχαίων δυστυχημάτων ευαισθητοποιούν το κοινό διεγείρουν τα συναισθήματά του και συμβάλλουν θετικά στην πρόληψη νέων ατυχημάτων. Αυτό έχει και την αρνητική του πλευρά. Δείχνουν αυτό που θέλουν με σκοπό την ακροαματικότητα αφυπνίζοντας τα φοβικά συναισθήματά μας και όχι την κριτική μας ικανότητα. Αν οι τηλεοπτικοί σταθμοί, με την παρέμβαση της πολιτείας, αποφάσιζαν να προβάλλουν σε ώρες μεγάλης ακροαματικότητας συστηματικά σύντομα «σπότς» αναφορικά με τροχαία ατυχήματα οι θεατές θα συνετίζονταν σε μεγάλο ποσοστό όπως μεγάλο θα ήταν και το ποσοστό μείωσης των ατυχημάτων.

## **Η εκπαίδευση και η εξέταση των υποψηφίων οδηγών**

Με δεδομένη την ευθύνη του παράγονται «άνθρωπος» και κατά κύριο λόγο, του οδηγού στην πρόκληση δυστυχημάτων, θα ήταν σάφρον το σύστημα εξέτασης και εκπαίδευσης των υποψηφίων οδηγών χρειάζεται ριζική αναμόρφωση σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο.

### **Το σβήσιμο των κλήσεων**

Ένα σοβαρό μέτρο πρόληψης, για το οποίο δεν υπάρχουν στατιστικές, είναι η παύση της ακύρωσης των κλήσεων. Θεωρείται πλέον επιβεβλημένη η καθιέρωση διαδικασίας, ώστε να μην υπάρχει η δυνατότητα ακύρωσης των προστίμων και σβησίματος των κλήσεων, που επιβάλλονται σε περιπτώσεις παραβάσεων του Κ. Ο. Κ.

### **Οδήγηση μέσα στην πόλη**

Οι οδηγοί των μεγαλουπόλεων, μπορούν να χαρακτηριστούν ως σύγχρονοι «ήρωες». Τα μποτιλιαρίσματα οι συγκρούσεις, τα φανάρια, οι στενόδρομοι είναι φαινόμενα καθημερινά. Θα δούμε τώρα σε κατηγορίες Μερικούς υπεύθυνους για τα μποτιλιαρίσματα και για την επικινδυνότητα προξένησης δυστυχημάτων. Για τα μποτιλιαρίσματα είναι υπεύθυνοι:

**α)** Οι οδηγοί των μεταφερόμενων εμπορευμάτων: οι οποίοι σταματούν όπου τους βολεύει, και θεωρούμε ότι και χώροι στάθμευσης να υπήρχαν δε θα τους χρησιμοποιούσαν.

**β)** Οι τηλεφωνητές:Μοντέρνο κοινωνικό φαινόμενο, το ένα χέρι και το ένα αυτί απασχολημένα ενώ αυτοί συνεχίζουν να οδηγούν, όντας επικίνδυνοι.

**γ)** Οι επαρχιώτες οδηγοί:Σφιγμένοι στο τιμόνι είναι εύκολα αναγνωρίσιμοι αδυνατούν να προσαρμοστούν στο ρυθμό κυκλοφορίας της πρωτεύουσας.

**δ)** Οι οδηγοί των δημοτικών οχημάτων, οι οποίοι θεωρούν το οδόστρωμα ιδιοκτησία τους.

**Για την επικινδυνότητα(δυστυχημάτων) είναι υπεύθυνοι:**

**α) οι πεζοί:**Μεγάλο ποσοστό «εισβάλλει» στην κυκλοφορία και παρακολουθεί τα αυτοκίνητα από τη διαχωριστική γραμμή

**β) οι δικυκλιστές:**Στο σύνολό τους είναι νομοταγείς. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που είναι απείθαρχοι και δημιουργούν κινδύνους, κυρίως με τις σφηνοειδείς κινήσεις τους.

**γ) οι ταξιτζήδες:**Είναι απρόβλεπτοι και αιγιματικοί. Παρεμποδίζουν την ομαλή κυκλοφορία.

**Οδήγηση στην εξοχή**

Η οδήγηση στην εξοχή κρύβει πολλές επικίνδυνες παγίδες:ανηφόρες, κατηφόρες, κλειστές στροφές, χαλίκια, πάγο κ. τ. λ

Οι τρεις πλέον επικίνδυνοι εχθροί της οδήγησης στην εξοχή είναι οι εξής:

**α)τα ζώα:**Σε κάθε στιγμή είναι δυνατή η εμφάνισή τους. Ο βοσκός πέρα από τη φύλαξη του κοπαδιού του δεν ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του αυτοκινήτου σας.

**β)τα τρακτέρ:**βγαίνουν χωρίς προσοχή απ' τα χωράφια στο δρόμο. Οι λάσπες από τις ρόδες αλείφουν την επιφάνεια του οδοστρώματος και εκτινάσσονται στα παρμπρίζ των αυτοκινήτων. Έτσι ελλοχεύει ο κίνδυνος ατυχήματος.

**γ)ο κύριος «ωτοστόπ»:**Το φαινόμενο αυτό συναντάται αρκετά συχνά στην εξοχή και σχεδόν ποτέ στην πόλη. Σε τυχόν σταμάτημα του αυτοκινήτου ορμούν προς αυτό για επιβίβαση.

### Οδήγηση και ποτό

Μια από τις κυριότερες αιτίες πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, με σοβαρά και θανατηφόρα κατά κανόνα αποτελέσματα, βάσει επισήμων στατιστικών στοιχείων, είναι η οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος. Το ποτό και η οδήγηση είναι δυο πράγματα ασυμβίβαστα. (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σε συνεργασία με το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών, Αθήνα 1986)Ένας μεθυσμένος οδηγός είναι ένας επίδοξος δολοφόνος. Είναι διαπιστωμένο πως έστω και μικρή ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ έχει καταστροφικές συνέπειες, αν συνδυαστεί και με άλλους παράγοντες όπως:

-η κούραση

-τα φάρμακα και οι ναρκωτικές ουσίες

-οι ναρκωτικές ουσίες

-η νικοτίνη και ο καφές.

### Συνέπειες που προκαλεί το αλκοόλ

Η απορρόφηση αρχίζει από την πρώτη γουλιά, και τα επικίνδυνα συμπτώματα ανάλογα με την ποσότητα που καταναλώθηκε με τα εξής συμπτώματα:

- μείωσης της παρατηρητικότητας
- των αντανακλαστικών
- αστάθεια
- έλλειψη αυτοσυγκράτησης
- ασύνετος τρόπος οδήγησης
- περιορισμός οπτικού πεδίου
- μείωση ευαισθησίας στο κόκκινο χρώμα
- Μη καλή εκτίμηση των αποστάσεων
- Μη καλός προσανατολισμός

### Ναρκωτικά και οδήγηση

Ένας άλλος πολύ σοβαρός λόγος που προκαλεί τροχαία δυστυχήματα είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το άρθρο 42 απαγορεύει την οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών ή τοξικών ουσιών. Χρέος της Πολιτείας είναι η λήψη άμεσων προληπτικών και κατασταλτικών μέτρων.

Απαιτείται επίσης η διαφώτιση του κοινού, έτσι ώστε να ενημερωθεί πλήρως για το πόσο ολέθρια μπορεί να είναι η οδήγηση κάτω από την επίδραση του οινοπνεύματος ή των ναρκωτικών ουσιών. (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σε συνεργασία με το Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών, Αθήνα 1986)



### Νυχτερινή οδήγηση

Ακόμη μια σοβαρή αιτία πρόκλησης ατυχημάτων είναι η έλλειψη ορατότητας των οδηγών. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται τη νύχτα, σε περιπτώσεις πυκνής ομίχλης, καταρρακτώδους βροχής ή ανεμοθύελλας.

Η κυριότερη αιτία ατυχημάτων τη νύχτα είναι η δυσκολία όρασης. Η ικανότητα όρασης τη νύχτα μειώνεται στο 1/3 της κανονικής. Ο ανεπαρκής φωτισμός και η ανεπαρκής σήμανση είναι οι βασικότεροι παράγοντες, που συνθέτουν αυτή την κατάσταση.

Η Ελλάδα έχει το μικρότερο ποσοστό φωτισμού των δρόμων(5%) ανάμεσα στις χώρες της Ε. Ε. Το 90% του Εθνικού Δικτύου στερείται φωτισμού και έτσι οι οδηγοί αναγκάζονται να χρησιμοποιούν την μεγάλη σκάλα των φώτων. (Ριζομυλιώτης Χ. , Μαζαράκου Ε. , Αθήνα 1984)

Ένα άλλο φαινόμενο που παρατηρείται κατά τη νυχτερινή οδήγηση, είναι το πλήρες τύφλωμα που υφίσταται ο οδηγός κατά την έξοδο του από φωτισμένο κομμάτι οδού από το αντιθέτως κινούμενο όχημα, όταν αυτό έχει τη μεγάλη σκάλα των φώτων.

### Αίτια που επηρεάζουν την ορατότητα τη νύχτα

- 1)Ατομικά αίτια οδηγών
- 2)Η απότομη μεταβολή από το φως στο σκοτάδι
- 3)Η ταχύτητα
- 4)Διάφορα εμπόδια
- 5)Η ηλικία
- 6)Η βροχή
- 7)Η ομίχλη

### Υπνηλία κατά την οδήγηση

Πολλά τροχαία ατυχήματα και μάλιστα σοβαρά έχουν σαν αίτιο την υπνηλία του οδηγού κατά την ώρα της οδήγησης. Οι πιο συνηθισμένες αιτίες είναι:

- η κούραση
- το ξενύχτι
- η χρήση οиноπνευματωδών ποτών
- η χρήση ηρεμιστικών ή άλλων συναφών φαρμάκων

Σε τέτοιες καταστάσεις οι άνθρωποι πρέπει να αποφεύγουν την οδήγηση. Η συσχέτιση της πάθησης αυτής με τα τροχαία ατυχήματα έχει επιβεβαιωθεί από σοβαρές ιατρικές μελέτες. Στη μελέτη που έγινε στη Virginia των Η. Π. Α βρέθηκε ότι:

- οι οδηγοί που πάσχουν από αϋπνίες έχουν επταπλάσια συχνότητα ατυχημάτων, από αυτούς που δεν παρουσιάζουν.
- Το 60% των πασχόντων οδηγών έχει κοιμηθεί τουλάχιστον μια φορά στο τιμόνι.
- Το 24% το έπαιρνε ο ύπνος στο τιμόνι περίπου μια φορά την εβδομάδα

Από τα στατιστικά στοιχεία του Κέντρου Μελέτης Ύπνου του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» προκύπτει ότι:

- Το 50% των πασχόντων έχει κοιμηθεί στο τιμόνι μια ή περισσότερες φορές και
- Το 17% έχει μια ή περισσότερα αυτοκινητιστικά ατυχήματα στο ιστορικό του τα τελευταία χρόνια, λόγω υπνηλίας κατά την οδήγηση.

Με αφετηρία την πρόληψη των αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων, συνιστάται σε κάθε οδηγό το εξής:

- Να σταματά αμέσως και να διακόπτει το ταξίδι, αν αισθανθεί υπνηλία
- Να συνεχίσει το ταξίδι μόλις παρέλθει το φαινόμενο της υπνηλίας ή απλής αδιαθεσίας. (Ριζομυλιώτης Χ. , Μαζαράκου Ε. , Αθήνα 1984)

### Διαφημιστικές Πινακίδες(Περιβάλλον-Απόσπαση προσοχής)

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που δυσχεραίνει την οδική κυκλοφορία, επιβαρύνει αισθητικά το περιβάλλον και αποσπά την προσοχή του οδηγού, είναι οι διαφημιστικές πινακίδες, όταν αυτές δεν είναι σωστά τοποθετημένες. Η κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας είναι δυστυχώς απογοητευτική. Ο καθένας τοποθετεί σε σημεία επιλογής του, είτε δίπλα στους δρόμους, στις κολώνες ηλεκτροφωτισμού, διαφημιστικές πινακίδες με μοναδικό κριτήριο την ορατότητα προς αυτήν και όχι την υπόλοιπη κανονική σήμανση, που πληροφορεί και καθοδηγεί τους οδηγούς. (Λαμπρακάκης, Θεσσαλονίκη 2001)

Οι επιπτώσεις, που προκαλούνται είναι:

- Ρύπανση του περιβάλλοντος οπτικά και αισθητικά
- Πρόκληση πλήρους σύγχυσης
- Μείωση της αποτελεσματικότητας της οδικής σήμανσης
- Αρνητική επίδραση στην ψυχολογία των οδηγών και το σημαντικότερο όλων αυτών είναι η:
- Απόσπαση της προσοχής, που είναι από τις επικινδυνότερες αιτίες πρόκλησης του ατυχήματος της εκτροπής από το δρόμο.

Για τη βελτίωση όλων αυτών κάποιες λύσεις είναι:

- διαφώτιση του κοινού από τα Μ. Μ. Ε, για την αποφυγή τοποθέτησης αυθαίρετων πινακίδες
- αύξηση των ποινών
- άμεση απομάκρυνση των αυθαίρετων πινακίδων από τις αρμόδιες υπηρεσίες

Η σωστή τοποθέτηση συμβάλλει θετικά στην πρόληψη και αποτροπή ατυχημάτων. Αντίθετα η αλόγιστη χρήση:

- Αποσπά την προσοχή των οδηγών
- Μειώνει την αποτελεσματικότητα της οδικής σήμανσης

### **Βρεγμένο οδόστρωμα**

Ένα μικρό σχετικά ποσοστό στο σύνολο των ατυχημάτων οφείλεται στην ολισθηρότητα των οδών. Οι στατιστικές λένε ότι το ποσοστό συμμετοχής της ολισθηρότητας στα ατυχήματα δεν είναι ευκαταφρόνητο. Ο δρόμος γίνεται πολύ επικίνδυνος, όταν έπειτα από μια παρατεταμένη περίοδο ανομβρίας αρχίζει να βρέχει, γιατί οι πρώτες σταγόνες μαζί με τη σκόνη του ασφαλτοτάπητα, σχηματίζουν ένα είδος λάσπης, η οποία δεν αντιμετωπίζεται ούτε από τον καλό οδηγό με καλό αυτοκίνητο ούτε από το τέλειο ελαστικό. Απόλυτη ασφάλεια οχήματος σε ένα τέτοιο οδόστρωμα δεν υπάρχει. Καλό είναι επίσης ο οδηγός να κρατά απόσταση ασφαλείας από το προπορευόμενο όχημα, γιατί εκτός από τους άλλους κινδύνους, τα εκτινασσόμενα νερά του προπορευόμενου προκαλούν μείωση ορατότητας. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

### **Υδρολίσθηση**

Η υδρολίσθηση είναι ένα συχνό φαινόμενο στους ελληνικούς δρόμους, και συμβαίνει όταν έχουμε δυνατή και παρατεταμένη βροχόπτωση και είναι περίπου ίδια με την πλάγια ολίσθηση.

Το φαινόμενο αυτό επηρεάζεται άμεσα από:

- την ταχύτητα του αυτοκινήτου
- την κατάσταση των ελαστικών(φθορά, πίεση)
- την κατάσταση της οδού(σχεδιασμένος επικλινής τάπητας έτσι ώστε να διώχνει το νερό)

### Χιόνι-Πάγος

Ο βασικός κανόνας είναι «αμυντική οδήγηση με ήπιες και ποτέ με απότομες επιταχύνσεις και επιβραδύνσεις»

### Αντικανονικό Προσπέρασμα

Είναι μια θανατηφόρα παράβαση που βρίσκεται πίσω από τα περισσότερα πολύνεκρα δυστυχήματα. Είναι η ενεργός αιτία των περισσότερων μετωπικών συγκρούσεων. Τα προσπέρασμα απαγορεύεται απολύτως όταν:

α) η ορατότητα είναι περιορισμένη (ομίχλη, βροχή)

β) σε σημεία που οι συνθήκες είναι επικίνδυνες

Δυο αναγκαίες επισημάνσεις:

α) Όταν κάποιος μας προσπερνά, έστω και αντικανονικά πρέπει να βοηθηθεί

β) Όταν υπάρχει αμφιβολία, δεν επιχειρείται ποτέ προσπέραση

### Απόσταση ασφαλείας

Στατιστικά αποτελεί μια από τις επικινδυνότερες αιτίες πρόκλησης ατυχημάτων. Η απόσταση ασφαλείας εξαρτάται βασικά από την ταχύτητα του αυτοκινήτου, καθορίζεται όμως και από πολλά στοιχεία όπως: κατάσταση οδού, ελαστικών, φρένων κλπ.

Το άρθρο 19 ορίζει την υποχρέωση του οδηγού, ο οποίος κινείται πίσω από άλλον προκειμένου ν' αποφύγει σύγκρουση σε περίπτωση μείωσης της ταχύτητας ή διακοπής της πορείας του προπορευόμενου, να τηρεί απόσταση ασφαλείας. Όταν αυτή δεν τηρείται, υπάρχει υπαιτιότητα του οδηγού και αναπόφευκτη σύγκρουση. (Λαμπρακάκης, Θεσσαλονίκη 2001)

### **Φόρτωση οχημάτων**

Ένα άλλο σοβαρό και επικίνδυνο αίτιο πρόκλησης ατυχημάτων και μάλιστα θανατηφόρων είναι η αντικανονική φόρτωση. Η εικόνα αυτή βεβαίως είναι καθημερινή στους ελληνικούς δρόμους, και το τελευταίο διάστημα συμβαίνουν πολλά τέτοια τραγικά δυστυχήματα

### **Υπερφόρτωση**

Η υπερφόρτωση έχει επιπτώσεις τόσο στην κατάσταση του οδικού δικτύου όσο και στην ασφάλεια των συγκοινωνιών. Ειδικότερα το υπέρβαρο των φορτηγών αυτοκινήτων αποτελεί αίτιο πρόκλησης πολλών και σοβαρών ατυχημάτων. Ανάλογα με το ύψος της υπερφόρτωσης, είναι ενδεχόμενο να μη λειτουργήσουν τα φρένα ή κι αν λειτουργήσουν να μην είναι αποτελεσματικά.

### **Μεταφορά ειδικού φορτίου**

Η μεταφορά λατομικών υλικών όπως άμμος, χαλίκι κτλ από ανοιχτά φορτηγά, αυτοκίνητα, εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους από την πτώση και τη διαρροή αν αυτά δεν είναι καλυμμένα.

### **Στερέωση φορτίου**

Το μεταφερόμενο φορτίο είτε είναι ογκώδες, όπως το μάρμαρο είτε άλλα αντικείμενα, όπως τελάρα, βαρέλια, μπετόν, ασβέστης, λάδια πρέπει:

α) Να συσφίγγονται και να στερεώνονται καλά με καλώδια, σχοινιά και αλυσίδες κατά τέτοιον τρόπο, που να μην εκτίθεται σε κίνδυνο πρόσωπα ή να προκαλούνται ζημιές.

β) Όταν προεξέχουν(μήκος, πλάτος)να επισημαίνονται κατάλληλα.

Αναντίρρητα και με βεβαιότητα, οι παρακάτω περιπτώσεις είναι οι κυριότεροι συντελεστές ατυχημάτων:

### Διαστάσεις

Άλλοι οδηγοί παραποιούν το αμάξωμα και προσθέτουν παραπέτια στις καρότσες των οχημάτων, ενώ άλλοι φορτώνουν το οχήματα σε ύψος Μεγαλύτερο από αυτό που επιτρέπεται, με αποτέλεσμα να ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος δυστυχήματος(Λαμπρακάκης, Θεσσαλονίκη 2001)

### Δίκυκλο(οδήγηση-τροχαία ατυχήματα)

Οι αναβάτες των δίτροχων(ποδηλάτων, μοτοποδηλάτων, μοτοσικλετών) είναι οι πιο ευάλωτοι και ευαίσθητοι χρήστες της οδού. Η παθητική ασφάλεια είναι σχεδόν ανύπαρκτη λόγω:

- του μικρού μεγέθους των δικύκλων
- της κίνησης τους σε δυο τροχούς
- της αστάθειας
- της μεγάλης παραμόρφωσης στις συγκρούσεις και
- της έλλειψης συστήματος προστασίας επιβατών

Η ενεργητική ασφάλεια καλείται να σηκώσει το βάρος σε ενδεχόμενη σύγκρουση. Άρα η σωστή χρήση και ικανότητα του οδηγού είναι οι

πλέον κατάλληλες συνθήκες για να αποτρέψουν το ατύχημα. Οι κυριότερες αιτίες των ατυχημάτων από τους αναβάτες δικύκλων είναι η παραβίαση της προτεραιότητας η αδεξιότητα λόγω απειρίας και η απόσπαση της προσοχής. Δεν πρέπει όμως να παραμερίζονται και οι άλλες αιτίες ατυχημάτων που οφείλονται:

-στις φθορές των οδοστρωμάτων

-στην κατάσταση του δικύκλου, και

-στην ασυνειδησία και την ανευθυνότητα πολλών οδηγών ογκωδών οχημάτων, που παραβιάζουν την προτεραιότητα των μικρών οχημάτων.

Γενικά όμως ο παράγων «άνθρωπος» κατέχει και στο δίκυκλο το μέγιστο ποσοστό ευθύνης στην πρόκληση ατυχημάτων.

### **Οδήγηση στην τρίτη ηλικία**

«Μόλις που ακούω, μόλις που βλέπω και μόλις που περπατάω. Τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι χειρότερα, τουλάχιστον μπορώ ακόμα να οδηγώ. »(Εξομολόγηση ηλικιωμένου οδηγού σε Αμερικάνο γιατρό-ερευνητή).

Τα συμπτώματα της προχωρημένης ηλικίας εμφανίζονται σιγά-σιγά τόσο στο σώμα, όσο και στο πνεύμα με αποτέλεσμα ενδεχόμενοι κίνδυνοι να μη γίνονται αντιληπτοί, ή αν γίνονται να παρερμηνεύονται. Τα συμπτώματα αυτά επιγραμματικά είναι:μείωση των σωματικών δυνάμεων, μείωση της όρασης και της ακοής, επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, δυσκολιών αντίληψης και επεξεργασίας πληροφοριών και λήψης αποφάσεων. Επομένως, οι ηλικιωμένοι οδηγοί ή πεζοί, σε μια δύσκολη ή απρόσμενη κατάσταση της οδικής κυκλοφορίας υπόκεινται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν σε οδικά ατυχήματα, οι δε συνέπειες



του ατυχήματος στους ηλικιωμένους είναι πιο σοβαρές απ' όσο στους νέους. (Λαμπρακάκης, Θεσσαλονίκη 2001)

### **Μουσική στο αυτοκίνητο**

Η μουσική μέσα στο αυτοκίνητο μπορεί να βοηθήσει τον οδηγό να παραμείνει ήρεμος και χαλαρός. Η υπερβολική ένταση όμως δημιουργεί πρόβλημα και επηρεάζει αρνητικά τους συνανθρώπους και γενικά το περιβάλλον. Επίσης, με την υπερβολική ένταση αφαιρείται ο οδηγός γιατί «μπαίνει(μεθά)»δηλ. απορροφάται από την μουσική

### **Φορτηγά και οι οδηγοί τους**

Οι εξαντλητικές βάρδιες χρειάζονται συνεχή έλεγχο, διότι γίνονται η αιτία ατυχημάτων και απώλειας ζωών.

Ο Κανονισμός της –τότε-ΕΟΚ 3820/1985 προβλέπει υποχρεωτικό ΑΝΩΤΑΤΟ όριο οδήγησης μέχρι εννέα ώρες με υποχρεωτικά ενδιάμεσα διαλείμματα, συνολικής διάρκειας 45 λεπτά. (Θάνος Θ. , Θάνος Κ. , Αθήνα 1997)

Αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των ατυχημάτων. Από τους κυριότερους παράγοντες αναφέρονται:

α) Η επίδραση που προκαλείται κατά το φρενάρισμα ή τη σύγκρουση. Οι ζώνες ασφαλείας είναι αποτελεσματικές γιατί «εξαναγκάζουν» τους επιβάτες να «παρακολουθήσουν» την κίνηση του οχήματος και να «εκμεταλλευτούν» μαζί μ' αυτό τη σχετική μείωση της ταχύτητας που παρέχεται χάρη στην προοδευτική βαθμιαία σύνθλιψη των πρόσθιων μηχανικών κατασκευών.

β) Πολλοί και άλλοι μηχανικοί παράγοντες

γ) Περισσότερο από το ¼ των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων αποδίδονται σε προηγηθείσα χρήση οινόπνευματών ποτών από τον οδηγό. (Κανελλαΐδης Γ. , Γιώτης Απ. , Γκόλιας Ι. , Αθήνα 1993)

## **6. 7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Δεν έχουν περιγραφεί ισχυροί παράγοντες κινδύνου που να αφορούν την κάθε μορφή ατυχήματος σε κάθε πληθυσμό, αλλά κατά κανόνα οι άνδρες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο σχετικά με τις γυναίκες και παρατηρούνται διακυμάνσεις της συχνότητας των ατυχημάτων σε σχέση με την ηλικία και τον τύπο του ατυχήματος.

Ο κίνδυνος και η σοβαρότητα του ατυχήματος είναι κυρίως συνάρτηση μιας σειράς παραγόντων, όπως:

-Το είδος του επαγγέλματος ή η φύση της ενασχόλησης που διαμορφώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τις λειτουργίες που επιτελούνται σ' αυτό (εργασία, διασκέδαση, άθληση, μετακίνηση)

-Ο συντελεστής ασφαλείας των κατασκευών, διαδικασιών και καταναλωτικών προϊόντων και του συστήματος λειτουργιών στο μικρο-

και μακροπεριβάλλον (π. χ. αποτελεσματική σηματοδότηση, επαρκείς προδιαγραφές ασφαλείας κτιριακών εγκαταστάσεων)

-*Η ατομική επιρρέπεια* (πιθανότητα ατυχήματος) και *αντοχή* (σοβαρότητα ατυχήματος) κάθε ατόμου. Η ατομική επιρρέπεια είναι μικρότερης σημασίας από ότι πιστευόταν παλιότερα και μπορεί να οφείλεται σε παραμέτρους συμπεριφοράς νευρολογικές νόσους, αισθητηριακές διαταραχές ή χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Εξάλλου, η σοβαρότητα ενός ατυχήματος εξαρτάται από γενετικά πολυμορφικά συστήματα (π. χ. η ανεπάρκεια G6PD αυξάνει τον κίνδυνο χημικής δηλητηρίασης από ορισμένα φάρμακα ή άλλες ουσίες) ενώ τα μηχανικά ατυχήματα μπορεί να εξαρτώνται από παράγοντες φυσιολογικούς (μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση) και άλλες νοσολογικές καταστάσεις. Στην τελευταία κατηγορία συμπεριλαμβάνονται κληρονομικά νοσήματα, όπως η αιμορροφιλία και επίκτητα νοσήματα, όπως τα μεταστατικά καρκινώματα.

-*Η επιφάνεια διασποράς και η χρονική διάρκεια της ενεργειακής επίδρασης.* Για ορισμένη ενεργειακή ποσότητα οι συνέπειες είναι μικρότερες όταν η επιφάνεια διασποράς και η χρονική διάρκεια μεταφοράς της ενέργειας είναι μεγαλύτερες. Έτσι τα προστατευτικά κράνη μειώνουν τη βαρύτητα των ατυχημάτων, επειδή συμβάλλουν στη διασπορά της ενεργειακής επίδρασης σε μεγαλύτερη επιφάνεια, ενώ η προστασία που παρέχεται από τη ζώνη ασφαλείας οφείλεται στην παράταση του χρόνου της απότομης επιβράδυνσης του επιβάτη μετά από τη μηχανική σύγκρουση του αυτοκινήτου και στην ταυτόχρονη διασπορά της μεταφερόμενης ενέργειας σε πολλαπλά σημεία του σώματος.

(Τσαχαγέας Χρ. Π, Αθήνα 1973)

## **6. 8. Η ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Οι παράγοντες συμπεριφοράς διαδραματίζουν αναμφισβήτητο ρόλο στην πρόκληση ατυχημάτων και επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό τη σοβαρότητά τους. Κατά ορισμένες εκτιμήσεις, οι παράγοντες συμπεριφοράς δεσπόζουν στην αιτιολογία των 2/3 των ατυχημάτων. Σειρά προσφάτων ερευνών τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα συνέβαλαν στην τεκμηρίωση του γεγονότος ότι παροδικές συναισθηματικές φορτίσεις ή διάσπαση της προσοχής πολλαπλασιάζουν τον κίνδυνο του ατυχήματος.

Πιστεύεται εν τούτοις, ότι η «επιρρέπεια» που διαμορφώνεται από την τάση ορισμένων ατόμων να εισέρχονται συχνά σε φάσεις συναισθηματικής φόρτισης ή να εκτρέπονται σε περιόδους απροσεξίας δεν είναι μείζων αιτιολογικός παράγοντας ατυχημάτων-εκτός και αν οι συναισθηματικές εκτροπές αποτελούν τη συνέπεια χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, κυρίως οινοπνεύματος. (Τσαχαγέας Χρ. Π, Αθήνα 1973)

Παρά την αναμφισβήτητη σημασία των παραγόντων συμπεριφοράς στην πρόκληση ατυχημάτων η αδυναμία επισήμανσης ενός μεγάλου τμήματος πληθυσμού με εγγενή επιρρέπεια προς ατύχημα (σε αντιδιαστολή προς αυτή που δημιουργείται π. χ. από τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών) δεν επιτρέπει την εφαρμογή διαλογής για ενδεχόμενη επιλεκτική παρέμβαση.

Εξάλλου, οι προσπάθειες για μείωση των ατυχημάτων με στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς δεν υπήρξαν ιδιαίτερα επιτυχείς. Στο κλίμα αυτό διαμορφώθηκε η σύγχρονη τάση, σύμφωνα με την οποία πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην παθητική προστασία.

Χαρακτηριστική είναι η ρήση ότι «οι δρόμοι και οι συνθήκες κυκλοφορίας πρέπει να έχουν προδιαγραφές που να μπορούν να συγχωρούν τα σφάλματα των οδηγών»(Τσαχαγέας Χρ. Π. Αθήνα 1973)

Εν τούτοις, καμία στρατηγική πρόληψης ατυχημάτων δεν επιτρέπεται ν' αγνοήσει τις παραμέτρους συμπεριφοράς. Υπάρχουν ήδη αξιοσημείωτα παραδείγματα επιτυχών προσπαθειών πρόληψης ατυχημάτων που απευθύνονται στην τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Σημαντικό, ανάμεσα σ' αυτά είναι το γεγονός ότι με ομοιόμορφες νομοθετικές συνθήκες, η χρήση ζώνης ασφαλείας είναι πολύ μεγάλη στις Σκανδιναβικές ενώ παραμένει χαμηλή στις Μεσογειακές χώρες. Στην Ελλάδα, πρόσφατη συστηματική εκστρατεία για την αύξηση του επιπολασμού των χρηστών της ζώνης μετά από συντονισμένες προσπάθειες δημόσιων και ιδιωτικών φορέων οδήγησε σε σχετικά μικρή αύξηση της χρήσης, που αν μπορούσε όμως να συντηρηθεί σταθερά στο ίδιο επίπεδο, θα έσωζε τη ζωή τουλάχιστον 20 Ελλήνων, απ' αυτούς που χάνονται στην άσφαλτο κάθε χρόνο. (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1995)

Ο ρόλος της συμπεριφοράς στην αιτιολογία των ατυχημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε νεαρές πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες συχνά απωθούν την έννοια του κινδύνου ή ακόμη και τον προκαλούν (risk taking). Το φαινόμενο της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς δεν περιορίζεται στα ατυχήματα αλλά καλύπτει και άλλες δραστηριότητες (κάπνισμα, χρήση ευφορικών ουσιών, ανεύθυνη ερωτική συμπεριφορά), δημιουργώντας ένα οξύ πρόβλημα, του οποίου η λύση δεν φαίνεται να επιδέχεται γενίκευση. (Ντοκουμέντο, Αθήνα 1984)

Νομοθετικές ρυθμίσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη συλλογική συμπεριφορά είτε με τη δημιουργία ενός γενικού αποτρεπτικού κλίματος, π. χ. κοινωνική αποδοκιμασία του μεθυσμένου

οδηγού, ή με την ειδική αποτροπή την οποία συνεπάγεται η επιβολή ποινών στους επισημαινόμενους να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλης. Πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι η πατερναλιστική νομοθεσία είναι αποτελεσματική μόνον όταν υπάρχει ευρεία συναίνεση και αυτό προϋποθέτει εκπαίδευση του κοινού για τις επιστημονικές παραμέτρους του προβλήματος και τη συλλογική της νομοθεσίας. Ένα επιχείρημα κατά της νομοθετικής επιβολής της χρήσης ζώνης ασφαλείας ή άλλων μέτρων παθητικής ασφάλειας είναι το ενδεχόμενο να γίνονται οι οδηγοί ή άλλοι χρήστες περισσότερο ριψοκίνδυνοι, εξαιτίας του αισθήματος ασφάλειας, το οποίο δημιουργούν παθητικά μέτρα (risk compensation).

Το αντεπιχείρημα όμως είναι ότι η παρεχόμενη προστασία υπερβαίνει κατά πολύ την ενδεχόμενη αύξηση της πιθανότητας πρόκλησης ατυχήματος. (Κοτσιφάκη Σ, Αθήνα 1994)

#### **6. 9. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΝΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Στην κατηγορία των τροχαίων ατυχημάτων, η σοβαρότητα των βλαβών εξαρτάται κυρίως από την επιβράδυνση στην οποία υποβάλλονται τα κινούμενα σώματα των χρηστών του αυτοκινήτου (οδηγού και επιβατών) ή των πεζών που χτυπήθηκαν από οχήματα κατά τη λεγόμενη «δεύτερη» ή «ανθρώπινη φάση» της σύγκρουσης. Κατά τη φάση αυτή, η εξ αδρανείας ταχύτητα των χρηστών του οχήματος εκμηδενίζεται καθώς προσκρούουν στα πρόσθια μηχανικά τμήματα του ακινητοποιηθέντος οχήματος.

Αντίστοιχα, κατά τη φάση αυτή η ταχύτητα την οποία αποκτούν οι πεζοί μετά την εκτίναξη τους από το όχημα που τους παρέσυρε, εκμηδενίζεται μετά τη δευτερογενή τους σύγκρουση στην άσφαλτο ή σε άλλο σταθερό σημείο. (Τριχόπουλος Δ. Αθήνα 1992)

Η επιβράδυνση εξαρτάται από το πηλίκιο  $v^2/s$ , όπου  $v$ =η ταχύτητα και  $s$ =η απόσταση που διανύθηκε κατά το χρόνο μείωσης της ταχύτητας του παθόντος στη δευτερογενή σύγκρουση. Ο αριθμητής αντικειμενικοποιεί τις δυσανάλογα καταστροφικές συνέπειες των μεγάλων ταχυτήτων, αφού υπολογίζεται ότι η πρόσκρουση με ταχύτητα 60km έχει δεκαπλάσιες σχεδόν συνέπειες από την πρόσκρουση με ταχύτητα 20km/h.

Η εξέταση του ρόλου του παρονομαστού του πηλίκου  $v^2/s$  αναδεικνύει τη σημασία της ζώνης ασφαλείας. Κατά την πρόσκρουση του οχήματος, τα πρόσθια μηχανικά τμήματα συνθλίβονται. Στην πραγματικότητα, τα τμήματα αυτά έχουν κατασκευαστεί με τρόπο που να υποβοηθά με τη σύνθλιψη τους την απορρόφηση μέρους της εκλύομενης ενέργειας. Κατά συνέπεια, η συνολική μείωση της ταχύτητας του οχήματος κατά τη σύγκρουση γίνεται με μετακίνησή του κατά ορισμένα δεκατόμετρα. Απεναντίας, ένα άτομο που δεν συγκρατείται με ζώνη ασφαλείας προσκρούει, λόγω αδράνειας, με την αρχική ταχύτητα του οχήματος στα πρόσθια μηχανικά τμήματα του αυτοκινήτου και η εκμηδένιση της ταχύτητάς του επιτελείται με κάλυψη διαστήματος ολίγων εκατοστώμετρων και εύλογες μαθηματικές και ανατομοφυσιολογικές συνέπειες. (Τριχόπουλος Δ, Αθήνα 1992)

Είναι προφανές, ότι οι ζώνες ασφαλείας είναι αποτελεσματικές, επειδή κυρίως υποχρεώνουν τους χρήστες να παρακολουθήσουν την κίνηση του οχήματος και να εκμεταλλευτούν τη μικρότερη επιβράδυνση, η οποία διαμορφώνεται εξαιτίας της σύνθλιψης των πρόσθιων μηχανικών κατασκευών. Εξάλλου, η έκπτυξη του αερόσακου κατά τη στιγμή της σύγκρουσης συμβάλλει στην πρόσθετη επιμήκυνση της απόστασης που διανύεται κατά το χρόνο της μείωσης της ταχύτητας καθώς και στη διάχυση της μεταφερόμενης ενέργειας σε μεγαλύτερη επιφάνεια.

Ζώνες ασφαλείας τριών σημείων (με εγκάρσια και λοξή ταινία), πρόσθιοι και πλευρικοί αερόσακοι πρέπει να υπάρχουν κατά το δυνατόν για όλους του επιβάτες και όχι μόνον για τον οδηγό του επιβατικού αυτοκινήτου. Αντίστοιχα, πρέπει να είναι εφοδιασμένα με ατομικά συστήματα συγκράτησης τα εκδρομικά οχήματα και ιδίως, όσα μεταφέρουν παιδιά. (Διεύθυνση Οδικής Ασφάλειας, Αθήνα 1993)

Η αποτελεσματικότητα της ζώνης ασφαλείας στη μείωση των σοβαρών τραυματισμών και στην ελάττωση της πιθανότητας του θανάτου έχει υπολογιστεί από έρευνες τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα ότι είναι τουλάχιστον της τάξης του 40%. Η παρεχόμενη προστασία αυξάνεται όταν η χρήση της ζώνης συνοδεύεται από την ύπαρξη αερόσακων. Σε περίπτωση οπισθοπρόσθιας σύγκρουσης, ουσιαστική προστασία από αυχενικές κακώσεις (whiplashes) παρέχουν επίσης τα κεφαλικά αντιστηρίγματα (head restraints) των καθισμάτων.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη μετακίνηση με αυτοκίνητο παιδιών ηλικίας μέχρι 12 ετών. Βρέφη βάρους μέχρι 10 περίπου κιλών πρέπει να μεταφέρονται σε ειδικά (βρεφικά) μέσα συγκράτησης, ενώ για μεγαλύτερα βρέφη και νήπια μέχρι 18 κιλά (περίπου 4 ετών) υπάρχουν ειδικά παιδικά καθίσματα. Τα ειδικά μέσα συγκράτησης στο αυτοκίνητο βρεφών και νηπίων προσδένονται με τις ζώνες ασφαλείας στο πίσω κάθισμα και η κατεύθυνσή τους είναι αντίθετη με κείνη της φοράς κίνησης του αυτοκινήτου. Το κόστος των παιδικών καθισμάτων δεν είναι αμελητέο, αλλά στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν δημιουργηθεί δανειστικά προγράμματα με την ευθύνη οργανισμών κοινής ωφελείας. Στην Ελλάδα, το πρώτο σχετικό δανειστικό πρόγραμμα λειτουργεί από το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ). Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις ζώνες ασφαλείας, αλλά πρέπει να κάθονται σε ειδικά ανυψωτικά καθίσματα που επιτρέπουν τη σωστή



πρόσδεση ώστε να αποφεύγεται η επαφή της λοξής ταινίας της ζώνης με το λαιμό του παιδιού. Η αποτελεσματικότητα των μέσων συγκράτησης του παιδιού στο αυτοκίνητο όσον αφορά τη μείωση των σοβαρών τραυματισμών και των θανάτων ξεπερνά το 70%. Γι' αυτό, είναι σκόπιμο να γίνεται ειδική ενημέρωση των νέων γονιών και παραίνεση να χρησιμοποιείται το βρεφικό κάθισμα από την πρώτη διαδρομή που θα διανύσουν οι γονείς με το νεογέννητο κατά την έξοδο από το Μαιευτήριο και τη μεταφορά του στο σπίτι.

Η θνησιμότητα και η συχνότητα σοβαρών τραυματισμών μετά από σύγκρουση ποικίλλει και είναι πολύ μεγαλύτερη στους οδηγούς μηχανοκινήτων δικύκλων παρά στους οδηγούς αυτοκινήτων. Όμως, με χρήση προστατευτικού κράνους οι δυσμενείς αυτές συνέπειες μπορούν να μειωθούν κατά 80%. Τα προστατευτικά κράνη παρέχουν διαφορετικό βαθμό προστασίας ανάλογα με:

- τις προδιαγραφές ασφαλείας
- τον τύπο του κράνους(κάλυψη ή μη του προσώπου)και
- την άνεση που προσφέρουν στον αναβάτη

Χρειάζεται όμως να αντικαθίστανται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, επειδή φθείρεται η προστατευτική τους επένδυση. Η χρήση ειδικού προστατευτικού κράνους επιβάλλεται επίσης για τους ποδηλάτες, αφού η επιβράδυνση κατά το ατύχημα προκαλείται κυρίως από τη δευτερογενή και όχι από την πρωτογενή σύγκρουση, που σχετίζεται άμεσα με την ταχύτητα.

Στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων σημαντική είναι:

- η συμβολή της ποιότητας κατασκευής και συντήρησης του οδικού δικτύου και
- η ορθολογική σηματοδότηση

Έχει εκτιμηθεί ότι η εγκατάσταση διακοπτόμενου φωτισμού στις εξόδους δευτερευουσών οδών μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των

ατυχημάτων μέχρι 50%, ενώ τα προστατευτικά ελαστικά φράγματα στις δύσκολες στροφές του οδοστρώματος μπορεί να μειώσουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο θανατηφόρου ή σοβαρού τραυματισμού. (Τσαχαγέας, Αθήνα 1973)

Έχει τεκμηριωθεί ότι τα τροχαία ατυχήματα εμφανίζουν τοπική συρροή, χρονική περιοδικότητα και σε ορισμένες περιπτώσεις τοποχρονική συρροή. Η χρονοχαρτογράφηση των ατυχημάτων και η ηλεκτρονική και στατιστική ανάλυση με σύγχρονα συστήματα επεξεργασίας της πληροφορίας, όπως τα GIS (Geographic Information Systems) μπορεί να οδηγήσει στη λήψη σε τοπικό επίπεδο εξαιρετικά αποτελεσματικών μέτρων με σχετικά μικρό κόστος, όπως π. χ ο φωτισμός των δρόμων σε θέσεις όπου παρατηρήθηκε συρροή ατυχημάτων κατά τη διάρκεια της νύχτας. Άλλο παράδειγμα, είναι η θέσπιση εξαιρετικά χαμηλών ορίων ταχύτητας σε κατοικημένες περιοχές, αφού τα περισσότερα ατυχήματα με παθόντες παιδιά-πεζούς συνήθως συμβαίνουν σε πολύ κοντινή απόσταση από το σπίτι τους και έχουν συχνά υπαίτιους τους ίδιους τους γείτονες. Η αξιολόγηση εντούτοις των μέτρων αυτών δεν είναι μεθοδολογικά απλή επειδή είναι πιθανή η αυτόματη μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων, στα σημεία στα οποία ήταν εξαιρετικά υψηλή κατά μια ορισμένη περίοδο (σύγκλιση προς τη μέση τιμή) (Κουτσελίνης Α. , 1988)

Η κατασκευή και οι τεχνικές προδιαγραφές των οχημάτων επηρεάζουν επίσης σημαντικά την ασφάλεια των χρηστών οχημάτων και των πεζών. Αρχικά, είχε δοθεί έμφαση από τους ειδικούς της οδικής ασφάλειας στη μείωση της σοβαρότητας των ατυχημάτων μετά από τη σύγκρουση, δηλ. στην παθητική ασφάλεια ή δευτερογενή πρόληψη. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν μεγάλα αυτοκίνητα, ζώνες ασφαλείας, ανένδοτες θύρες ώστε να μην εκτινάσσονται οι επιβάτες σε περίπτωση ανατροπής, , ασυμπίεστη οροφή για την αποφυγή της σύνθλιψης των

επιβατών στο σημείο πρόσκρουσης κ. ά. Στη συνέχεια, το ενδιαφέρον κινήθηκε και προς την κατεύθυνση της αποφυγής του ίδιου του ατυχήματος δηλαδή στην πρωτογενή πρόληψη ή ενεργητική ασφάλεια που περιλαμβάνει:

- υπερυψωμένα φώτα τροχοπέδησης,
- αντιολισθητική τροχοπέδηση (antiblocking system, ABS)
- αύξηση της ορατότητας με μείωση των τυφλών σημείων κ. ά

Σημειώνεται ότι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των διαφόρων μέτρων τεχνικής φύσης, συμπεριλαμβανομένων και των νέων προδιαγραφών, εξαρτάται από το χρόνο ζωής των οχημάτων, που στην Αμερική είναι λιγότερο από 10 έτη ενώ στην Ελλάδα ξεπερνά τα 15.

Η ικανότητα και η εκπαίδευση των οδηγών διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην πρόληψη των ατυχημάτων, μολονότι δεν υπάρχουν αποδεικτικά επιδημιολογικά δεδομένα που να στηρίζουν την εύλογη υπόθεση της αυξημένης επιρρέπειας σε ατύχημα ατόμων με αισθητηριακά προβλήματα, καρδιαγγειακά νοσήματα ή μεγάλη ηλικία.

Αντίθετα, είναι αναμφισβήτητο ότι οι οδηγοί νεαρής ηλικίας έχουν αυξημένο κίνδυνο τροχαίου ατυχήματος, που ερμηνεύεται σε μικρό μόνο βαθμό από τη σχετική απειρία τους. (Πουλογιάννη Μ. , Αθήνα 1991)

Σημαντικό ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων οφείλεται σε προηγούμενη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ή άλλων ευφορικών ουσιών από τον οδηγό. Φαίνεται ότι η κατανάλωση με άδειο στομάχι δυο ποτηριών κρασιού ή αντίστοιχης ποσότητας άλλου οινοπνευματώδους ποτού μπορεί ν' αυξήσει σε τεκμηριώσιμο βαθμό την πιθανότητα ατυχήματος. Το όριο αιθανόλης στο αίμα είναι σήμερα στην Ελλάδα και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες 0. 05g/lit. Σημειώνεται ότι αν χρειαστεί να γίνει αιμοληψία για προσδιορισμό της αιθανόλης αίματος σε ατυχήματα (αλκοτέστ) θα πρέπει να αποφεύγεται ο

καθαρισμός του δέρματος με οινόπνευμα, προκειμένου να γίνει σωστή εκτίμηση του αποτελέσματος.

Μια ειδική κατηγορία τροχαίων ατυχημάτων αφορά πεζούς χρήστες της οδού, που παρασύρονται από οχήματα. Στην περίπτωση αυτή, η πιθανότητα θανάτου ή μόνιμης αναπηρίας αυξάνεται σημαντικά. Τα προληπτικά μέτρα εντάσσονται στα στάδια 4 και 5 κατά Haddon. Έτσι οι προφυλακτήρες των σύγχρονων αυτοκινήτων διαθέτουν αυξημένη ελαστικότητα, ενώ μειώνονται οι οξύαιχμες προεξοχές στην εξωτερική επιφάνεια του αυτοκινήτου. Εξάλλου, γίνεται προσπάθεια για κατά το δυνατόν μεγαλύτερο τοπικό ή χρονικό διαχωρισμό του προκαλούντος αιτίου(κινητική ενέργεια του οχήματος)από το δυνητικό θύμα(πεζός). (Παπαδόπουλος, Αθήνα 1996)

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με:

- κατασκευή υπέργειων ή υπόγειων διαβάσεων για πεζούς
- δημιουργία διαχωριστικών φραγμάτων μεταξύ πεζοδρομίων και καταστρώματος των οδών
- αυστηρή τήρηση της κυκλοφορίας των πεζών σε άνετα πεζοδρόμια και των οχημάτων στους δρόμους και
- ορθολογική σηματοδότηση που συνεκτιμά τις ανάγκες της μειονότητας των πεζών με διάφορες μορφές λειτουργικής μειονεκτικότητας (υπέργηροι, άτομα με ειδικές ανάγκες)

Στοιχεία που υπάρχουν φανερώνουν ότι η χρήση οινόπνευματος από το νεαρό πληθυσμό επεκτείνεται και εντείνεται διαρκώς, πράγμα το οποίο σημαίνει και αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων στις νεαρές κυρίως ηλικίες.

Στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι στα τρία οδικά ατυχήματα τουλάχιστον το ένα οφείλεται στην κατανάλωση οινόπνευματος. Το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο σοβαρό κατά τις αργίες.

Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι να βοηθήσει τους νέους να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, έτσι ώστε να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις αναφορικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος και να προστατεύονται από τα ατυχήματα.

Για την επιτυχία του σκοπού το πρόγραμμα περιλαμβάνει ενημερωτικές πληροφορίες, οδηγίες, μεθόδους και ειδικά διαμορφωμένο υλικό για το θέμα που απευθύνεται σε εκπαιδευτές προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας. (Τσαρούχας, Αθήνα 2000)

## **6. 10. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Το ατύχημα είναι η 4<sup>η</sup> αιτία θανάτου στον κόσμο και στην Ελλάδα είναι η πρώτη αιτία για τις ηλικίες 1-40 ετών. Στην Ελλάδα το 1988, από το σύνολο των θανάτων με αιτία το ατύχημα, το 42% ήταν οδικό.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το αλκοόλ ευθύνεται για το θάνατο 22. 000 περίπου ατόμων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις και πληροφορίες από διάφορα κράτη της Ε. Ε βλέπουμε ότι το 8-10% των θανάτων που συμβαίνουν στις ηλικίες 16-74 ετών και 6-20% των επειγόντων περιστατικών που εισάγονται στο νοσοκομείο έχει σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Το οικονομικό κόστος από την κατανάλωση οινοπνεύματος στα κράτη μέλη της Ε. Ε είναι μεταξύ του 2-3% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το συγκεκριμένο πρόβλημα και παρατηρείται μια υποτίμηση της έκτασής του. Από διάφορα έμμεσα στοιχεία(π. χ. αλκοτέστ) διαπιστώθηκε ότι το 18% των οδηγών οδηγούσε με υψηλή ποσότητα αλκοόλης στο αίμα,

ποσοστό το οποίο ανέβηκε σε μεταγενέστερες έρευνες(1988&1990) στο 37% και 20% αντίστοιχα.

Και στις νεότερες ηλικίες(15-24) το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Ελλάδα. Το 1982, το 64% των θανάτων στις ηλικίες(15-24) οφείλονταν σε τροχαίο ατύχημα. Αντίστοιχα το ποσοστό για το έτος 1986 ήταν 49% και για το 1989 ήταν 52%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να συνδέουν το ατύχημα με το επίπεδο αλκοόλ. Στις χώρες της Ε. Ε το 50% των θανάτων νέων 15-24 χρονών οφείλεται σε ατυχήματα. Για να δούμε πόσο σημαντικό αίτιο θανάτου είναι το αλκοόλ θα αναφέρουμε ποσοστά θανάτων που οφείλονται στον αλκοολισμό σε χώρες της Ευρώπης ανά 100. 000 κατοίκους:

-34, 2% στη Γαλλία

-22, 9 στην Ιταλία

-22, 5 στην Γερμανία

-4% στη Νορβηγία

-3, 4 στη Φινλανδία

-2, 9% στην Αγγλία

Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε πως η κατανάλωση αλκοόλ είναι εντός των άλλων και αίτια πολλών κοινωνικών προβλημάτων π. χ. επιθετικής συμπεριφοράς, κακοποίησης στην οικογένεια, κακές σχέσεις, μείωση παραγωγικής ικανότητας, συχνές απουσίες από τον εργασιακό μας χώρο και πολλά άλλα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει τη συναίνεση όλων των κρατών που είναι μέλη του για μια συστηματική προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά 25%, μεταξύ του έτους 1980 και 2000. (Σώκου Κ, xx)

Το πρώτο αυτοκινητιστικό δυστύχημα στη χώρα μας έγινε το Μάρτιο του 1907. Σήμερα το ποσοστό των ατυχημάτων είναι αρκετά υψηλό, δυσανάλογο με τον πληθυσμό και τα κυκλοφορούντα και, δυστυχώς, εμφανίζει αυξητικές τάσεις. Το τροχαίο ατύχημα σπάνια οφείλεται αποκλειστικά σε ένα αίτιο συνήθως είναι συνδυασμός γεγονότων και καταστάσεων που οδηγούν, τελικά στο τροχαίο ατύχημα.

Η υπαιτιότητα, η ενοχοποίηση ενός μόνο παράγοντα σαν αιτία του ατυχήματος εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους λανθασμένων συμπερασμάτων γι' αυτό απαιτείται εμπειριστατωμένη έρευνα των αιτιών για τον καταλογισμό ευθύνης και την ορθή απονομή της δικαιοσύνης. (Τσαχαγέας Π. Χρ. , Αθήνα 1973)

## **6. 11. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΚΑΤΑΤΑΣΣΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Τα αίτια των δυστυχημάτων διακρίνονται στις τρεις παρακάτω κατηγορίες:

- α) Αρχικά αίτια
- β) Έμμεσα αίτια
- γ) Άμεσα αίτια

### **Αρχικά αίτια**

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι πράξεις, οι παραλείψεις προσώπων ή αρχών οι οποίες επιτρέπουν να υπάρχουν αιτίες με τον ένα ή τον άλλο τρόπο που οδηγούν στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων(π. χ. η χορήγηση διπλώματος σε ακατάλληλα άτομα)

## Έμμεσα αίτια

Θεωρούνται οι αντικανονικές ή ασυνήθιστες καταστάσεις, που αφορούν τον οδηγό, το όχημα, την οδό ή τον καιρό. Ειδικότερα αυτά μπορούν να διακριθούν σε αίτια που ανάγονται σε:

### Στον οδηγό

- Η έλλειψη φυσικών ικανοτήτων(π. χ. μειωμένη ικανότητα όρασης, ακοής)
- Η έλλειψη επαρκών γνώσεων του τρόπου οδήγησης, κανόνων κυκλοφορίας, έλλειψη πείρας κτλ
- Τα ψυχοπνευματικά αίτια όπως:σύγχυση, ροπή προς τοξικές και αλκοολικές ουσίες, υπερκινητικότητα, επιδεικτικότητα και υπερεκτίμηση ικανοτήτων.

### Στο αυτοκίνητο

Τυχόν βλάβη στο σύστημα διεύθυνσης και τροχοπέδησης, έλλειψη φώτων και οποιαδήποτε άλλη βλάβη που τυχόν επηρεάζει την κανονική λειτουργία του αυτοκινήτου και την ασφαλή πορεία του.

### Στην οδό

Ολισθηρότητα(λόγω βροχής, πάγου, χιονιού)περιορισμένη ορατότητα (λόγω ομίχλης)καθιζήσεις, ισχυροί άνεμοι, στροφές στένωμα οδού λακκούβες και άλλες απρόβλεπτες καταστάσεις.

## Άμεσα αίτια

Αυτά ανάγονται μόνο στον άνθρωπο(οδηγό, πεζό)και έχουν την έννοια παράνομης συμπεριφοράς, ενέργειας ή παράλειψης, που οδηγεί ευθέως στο ατύχημα. Τα άμεσα αίτια διακρίνονται στα εξής:



### **1)Υπερβολική ταχύτητα-Περιπτώσεις που αποτελεί αίτιο ατυχήματος**

Όταν είναι μεγαλύτερη από το ανώτατο επιτρεπόμενο όριο, που καθορίζεται με σχετική σήμανση είτε σε κατοικημένη είτε σε μη κατοικημένη περιοχή.

### **2)Η αρχική συμπεριφορά-Αντικανονική οδήγηση**

Είναι η συμπεριφορά του οδηγού λίγο πριν το ατύχημα όπως η παραβίαση προτεραιότητας, το αντικανονικό προσπέρασμα, η κίνηση στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας η παραβίαση σηματοδότηση, η μη τήρηση απόστασης ασφαλείας το αντικανονικό φορτίο και πολλά άλλα. Η αρχική συμπεριφορά(αντικανονική οδήγηση)αποτελεί αμέλεια. Ο οδηγός πρέπει να γνωρίζει ότι, οδηγώντας κατά παράβαση κανόνων, μπορεί να εμπλακεί σε δυστύχημα πολλές φορές παρόλο που αυτά τα γνωρίζει, δεν απέχει από μια τέτοια ενέργεια η παράλειψη, επειδή πιστεύει ότι δε θα επέλθει το μοιραίο. Η αρχική συμπεριφορά οφείλεται σε ένα έμμεσο αίτιο και δεν πρέπει να συγχέεται με τα υπόλοιπα αίτια, που μπορεί να οφείλονται στο δρόμο, το όχημα, τον καιρό ή άλλες συνθήκες.

Αρχική συμπεριφορά=παραβίαση κανόνων του οδικού κώδικα

### **3)Καθυστερημένη αντίληψη του κινδύνου υπάρχει όταν:**

Ο οδηγός δεν αντιλαμβάνεται έγκαιρα τον κίνδυνο για να εκτιμήσει ψύχραιμα και σωστά με αποτέλεσμα την αδυναμία αντίδρασής του όταν κρίσιμο χρόνο για την αποφυγή ατυχήματος. Η καθυστερημένη αντίληψη οφείλεται στα παρακάτω έμμεσα αίτια:

-μειωμένη όραση του οδηγού

-ιδιάζουσα κατάσταση του οδηγού(μέθη, υπνηλία)

-απόσπαση προσοχής του οδηγού η οποία κάποιες φορές είναι αδικαιολόγητη όπως:π. χ χαιρετισμός σε διερχόμενο οδηγό ή πεζό,

αναζήτηση μιας οδού ή οικίας)-φορτίο ή πρόσωπα κοντά στον οδηγό, που εμποδίζουν την ορατότητα του

- ελαττώματα αυτοκινήτων
- συνθήκες ορατότητας(νύχτα, βροχή, χιόνι)
- εκτύφλωση στους αντιθέτως κινούμενους
- εμπόδια επί της οδού ή τις κυκλοφοριακές συνθήκες

### **5)Εσφαλμένη αποφευκτική ενέργεια**

Υπάρχει όταν ο οδηγός αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο όμως ή δεν προβαίνει στη σωστή αποφευκτική ενέργεια ή παραλείπει αυτή για την αποφυγή ατυχήματος.

Η αποφευκτική ενέργεια είναι ενέργεια **πρόληψης**, γιατί οι επικίνδυνες συνθήκες έχουν ήδη δημιουργηθεί. Κάθε οδηγός είναι υποχρεωμένος να ενεργεί αποφευκτική ενέργεια είτε μπροστά σε κινδύνους, που δημιουργεί ο ίδιος είτε άλλος οδηγός ή πεζός. Αυτή όμως πρέπει να συμφωνεί με τους κανόνες του οδικού κώδικα. Η εσφαλμένη αποφευκτική ενέργεια παρατηρείται συνήθως:

- σε νέους οδηγούς
- σε έμπειρους οδηγούς, που τελούν σε σύγχυση από οποιαδήποτε αιτία
- σε μεθυσμένους οδηγούς.

## **6. 12. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ**

### **ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Όλες οι παραβάσεις που προκαλούνται από τους οδηγούς οχημάτων, προβλέπονται από τις διατάξεις του Ο. Κ και τις σχετικές αποφάσεις, που εκδόθηκαν με εξουσιοδότηση του Ο. Κ. Παρακάτω θα αναφέρουμε παραβάσεις που θεωρούνται από τις πλέον επικίνδυνες

και αποτελούν βάσει στατιστικών στοιχείων, αιτία πολλών και σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων. Αυτά είναι:

- 1) Η παραβίαση προτεραιότητας άλλου αυτοκινήτου σε κάθε συνάντηση οδών
- 2) Η υπερβολική ταχύτητα
- 3) Η οδήγηση σε κατάσταση μέθης
- 4) Η απόσπαση προσοχής του οδηγού
- 5) Η κίνηση στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας (αντικανονικό προσπέρασμα)
- 6) Η αντικανονική κίνηση πεζών
- 7) Η μη τήρηση απόστασης ασφαλείας
- 8) Η μη κίνηση στο άκρο δεξιό ή η κίνηση αντίθετα σε μονόδρομο.
- 9) Η κίνηση προς τα πίσω
- 10) Το προεξέχον φορτίο
- 11) Το άνοιγμα της πόρτας του αυτοκινήτου χωρίς έλεγχο είτε αυτό βρίσκεται σε διακοπή πορείας είτε σε κίνηση
- 12) Η παραβίαση σήματος τροχονόμου
- 13) Η χρήση εκτυφλωτικών φώτων
- 14) Η μη έγκαιρη ειδοποίηση για αλλαγή πορείας ή ελιγμό
- 15) Η αδικαιολόγητη τροχοπέδηση
- 16) Η χρήση ναρκωτικών ή άλλων τοξικών ουσιών
- 17) Η ελαττωματική οδός
- 18) Η βλάβη του οχήματος
- 19) Η στάθμευση

### 6. 13. ΔΥΣΤΥΧΗΜΑΤΑ ΧΩΡΙΣ. . ΑΙΤΙΑ

Στην οδική μας καριέρα όλοι μας είδαμε, όλοι μας ακούσαμε για παράλογα ατυχήματα, τα οποία συμβαίνουν και θα εξακολουθούν να συμβαίνουν. Στατιστικά στοιχεία δεν υπάρχουν, γιατί σε αυτή την περίπτωση δεν έχουμε να κάνουμε με τα συνηθισμένα αίτια των ατυχημάτων αλλά με τον πλήρη παραλογισμό και άγνοια πολλών συνανθρώπων μας. Η ανθρωπιά και η συμπόνια είναι μεν δύσκολα «ευρήματα» στην εποχή μας πρέπει όμως να εκδηλώνονται και να αξιοποιούνται σωστά. Σε τακτά χρονικά διαστήματα σημειώνονται τροχαία ατυχήματα που έχουν ένα και μοναδικό χαρακτηριστικό τα θύματά τους, είναι κυρίως ανυποψίαστοι πολίτες που σταμάτησαν στον τόπο του ατυχήματος είτε για να βοηθήσουν τους εμπλεκόμενους είτε για να ικανοποιήσουν την άκρατη περιέργειά τους. Τα αποτελέσματα είναι οδυνηρά. Διερχόμενα οχήματα ή τους παρέσυραν ή επέπεσαν αντικανονικώς στα σταθμευμένα οχήματά τους. Τα ατυχήματα αυτά είναι φανερό πως οφείλονται στην έλλειψη κυκλοφοριακής παιδείας. Η πλήρης άγνοια των κανόνων κυκλοφορία προκαλεί δυστυχήματα. (Λαμπρακάκης Σπ. Α, Θεσσαλονίκη 2001)

### 6. 14. Η ΑΠΟΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ

#### ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Δυο από τις πλέον συνηθισμένες επικίνδυνες περιπτώσεις απόσπασης προσοχής προέρχονται από:

α) το τσιγάρο

β) το κινητό τηλέφωνο

και με τις δυο αυτές περιπτώσεις ο οδηγός έχει μονίμως απασχολημένο το ένα του χέρι είτε καπνίζοντας είτε κρατώντας και πληκτρολογώντας τους αριθμούς στο κινητό τους



**Παρακλήσεις  
διαδίων**

## 6. 15. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΕΙΣ

Τα περισσότερα δυστυχήματα, με βάση στατιστικά στοιχεία συμβαίνουν σε ισόπεδες διασταυρώσεις ή διακλαδώσεις

Τα βασικότερα αίτια των δυστυχημάτων αυτών είναι:

- 1)η παραβίαση προτεραιότητας
- 2)η παραβίαση προτεραιότητας δυο οχημάτων με αντίθετες κατευθύνσεις από τα οποία το ένα κινείται ευθύγραμμα και το άλλο επιχειρεί στροφή αριστερά
- 3)Υπερβολική ταχύτητα κατά την προσέγγιση σε διασταύρωση
- 4)Μη τήρηση απόστασης ασφαλείας από προπορευόμενο όχημα
- 5)Βλάβη σηματοδότη
- 6)Λανθασμένο ή συγκεχυμένο σήμα τροχονόμου, ιδίως σε μικρή απόσταση
- 7)Παραβίαση προτεραιότητας πεζών από αυτοκίνητο ή αντίστροφα
- 8)Προσπέρασμα σε διασταύρωση
- 9)Στάθμευση κοντά σε διασταύρωση, που εμποδίζει την ορατότητα πινακίδας
- 10)Κίνηση σε μονόδρομο με αντίθετη κατεύθυνση
- 11)Οπισθοπορεία σε διασταύρωση
- 12)Στροφή 180 μοιρών
- 13)Παράλειψη προειδοποίησης πρόσθεσης περί αλλαγής κατεύθυνσης
- 14)Λανθασμένη σηματοδότηση
- 15)Στροφή κλειστή αριστερά ή ανοιχτή δεξιά σε δρόμο με μια λωρίδα κατά κατεύθυνση
- 16)Αριστερή στροφή από αντικανονική λωρίδα
- 17)Πραγματοποίηση αντικανονικού ελιγμού(Λαμπρακάκης Σπ. Λ, Θεσσαλονίκη 2001)

## Εισαγωγικά:

Στοιχεία που υπάρχουν φανερώουν ότι η χρήση οινοπνεύματος από το νεαρό πληθυσμό επεκτείνεται και εντείνεται διαρκώς, πράγμα το οποίο σημαίνει και αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων στις νεαρές κυρίως ηλικίες.

Στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι στα τρία οδικά ατυχήματα τουλάχιστον το ένα οφείλεται στην κατανάλωση οινοπνεύματος. Το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο σοβαρό κατά τις αργίες.

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών αυξάνει μοιραία τους κινδύνους σοβαρών ατυχημάτων. Οι νέοι και άπειροι οδηγοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους έμπειρους.

Τα θανατηφόρα ατυχήματα μεθυσμένων οδηγών αυξάνονται:

-κατά 900 φορές σε άτομα ηλικίας 18-24 ετών

-κατά 140 φορές σε άτομα ηλικίας 25-49 ετών κατά 30 φορές σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω

Γι' αυτό το λόγο εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα ώστε να βοηθήσουν τους νέους να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, για να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις αναφορικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος και να προστατεύονται από τα ατυχήματα.

Για την επιτυχία του σκοπού τα προγράμματα περιλαμβάνει ενημερωτικές πληροφορίες, οδηγίες, μεθόδους και ειδικά διαμορφωμένο υλικό για το θέμα που απευθύνεται σε εκπαιδευτές προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας. (Σώκου Κ. , Αθήνα 1993)

Το οινόπνευμα, ή αλκοόλ, ή αιθανόλη, ή αιθυλική αλκοόλη είναι μια νόμιμη ναρκωτική ουσία ( Απόστολόπουλος Α. , Πάτρα 2001)

## **6. 16. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΛΚΟΟΛΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ** **ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΚΟΛ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ**

**Αλκοολαιμία** ονομάζεται το ποσοστό οινοπνεύματος στο αίμα. Υπολογίζεται σε χιλιοστά του γραμμαρίου ανά χιλιοστά του λίτρου.

### **Πώς μειώνει η αλκοόλη την ικανότητα οδήγησης:**

#### **Η αλκοόλη:**

- Δημιουργεί κενά προσοχής
- Μειώνει το συντονισμό και την επιδεξιότητα κινήσεων(ιδιαίτερα σημαντικό για δίκυκλα)
- Μειώνει την ικανότητα όρασης, ιδιαίτερα το σούρουπό
- Κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντίθετα ερχόμενων αυτοκινήτων
- Μειώνει το πεδίο όρασης(δυσκολία αντίληψης πεζών από τα πλάγια)
- Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης
- Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας(**υπερεκτίμηση** δυνατοτήτων και **υποεκτίμηση** κινδύνων)
- Επιδρά στην ψυχική σφαίρα
- Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις(π. χ σε διαβητικούς, υπέρτασικούς κλπ) (Ένθετο AUTO NEA, Δόντας Δ. , Φεβρουάριος 1995)

### **Επιτρεπόμενα όρια αλκοολαιμίας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα η οδήγηση επιτρέπεται όταν το ποσοστό αλκοολαιμίας είναι μέχρι 0, 50%. Πάνω από αυτό το ποσοστό ο οδηγός φέρει ευθύνη. Τα επιτρεπόμενα όρια αλκοόλης στους οδηγούς είναι όμοια στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με απόφαση που ισχύει από το 1993. (Σώκου Κ. , 1993 )

### **Ασφαλής οδήγηση και αλκοόλ**

Η οδήγηση μπορεί να είναι ασφαλής όταν ο οδηγός δεν έχει πει καθόλου οινοπνευματώδες ποτό. Η ποσότητα οινοπνεύματος που επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο όσο και το ίδιο το άτομο, ανάλογα με τη γενικότερη κατάσταση που βρίσκεται όταν πει οινοπνευματώδες ποτό. (ο. π. )

### **Μέθοδοι εκτίμησης αλκοολαιμίας**

Για να εκτιμήσει κανείς τα επίπεδα της αλκοολαιμίας που έχει ο οργανισμός μια ώρα περίπου μετά την ώρα ήπιας κάποιου ποτού αρκεί να διαιρέσει το σύνολο του καθαρού οινοπνεύματος που κατανάλωσε με το βάρος του και αυτό να το πολλαπλασιάσει επί 0, 7 αν είναι άνδρας και 0, 6 αν είναι γυναίκα. (ο. π. )



## Σχηματικά

**τύπος**

**υπολογισμού** = καθαρό οινόπνευμα σε γραμ/ Ατομικό βάρος X 0, 7 ή  
0, 6% **αλκοολαιμίας**

Με δυο περίπου ποτήρια-μεζούρες από οποιοδήποτε είδος ποτού ο οδηγός έχει φτάσει ή και ξεπεράσει συνήθως τα επιτρεπτά όρια αλκοολαιμίας και η οδήγηση από αυτόν είναι μη ασφαλής.

Είναι χρήσιμο να υπολογίζει κανείς την αλκοολαιμία στον οργανισμό του αν πρόκειται να οδηγήσει ώστε να γνωρίζει το χρόνο που έχει ανακτήσει όλες του τις ικανότητες οδήγησης.

### Οι επιπτώσεις στην ικανότητα οδήγησης ανάλογα με τις ποσότητες οινόπνευματος

Η οδήγηση μπορεί να είναι ασφαλής μόνο εάν ο οδηγός δεν έχει πει καθόλου οινόπνευματώδες ποτό. Ακόμη και ελάχιστη ποσότητα μπορεί να καταστεί επικίνδυνη και κυρίως στη συμπεριφορά και την ικανότητα για οδήγηση. Σύμφωνα με πληροφοριακά δελτία για το θέμα οι επιδράσεις της αλκοολαιμίας στην οδήγηση είναι οι ακόλουθες :

1) Αλκοολαιμία 0, 20%-0, 50%

Δυσκολία στην ορατότητα

Δυσκολία στην εκτίμηση των απόστάσεων

### **Τάση για πιο επικίνδυνη οδήγηση**

2) Αλκοολαιμία 0, 80%- 120%

Πολύ πιο επικίνδυνος τρόπος οδήγησης

Οπτικές διαταραχές. Καθυστερημένη αναγνώριση της παρουσίας πεζών ή άλλων εμποδίων στο δρόμο

Δυσκολία στην εκτίμηση των πλαϊνών αποστάσεων, της άκρης του δρόμου ή της διαχωριστικής γραμμής

3) Αλκοολαιμία πάνω από 1, 20%

Εξαιρετικά επικίνδυνη οδήγηση

Προβλήματα προσανατολισμού

Σφάλματα στην οδήγηση(π. χ. επιτάχυνση αντί για φρενάρισμα)(Παπαδόπουλος Στ. Ι. , 1991)

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση του οινοπνεύματος στον οργανισμό**

Υπάρχουν ορισμένοι σταθεροί παράγοντες και άλλοι αστάθμητοι που επηρεάζουν και επιδεινώνουν την ένταση, την ταχύτητα και τον τρόπο που επιδρά το οινόπνευμα στον οργανισμό.

Κάποιοι σταθεροί παράγοντες είναι:

- Το φύλο: επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες
- Το βάρος: επηρεάζονται περισσότερο άτομα με χαμηλό βάρος
- Η ηλικία:επηρεάζονται περισσότερο άτομα της νεαρής ηλικίας
- Η κράση και η σωματική διάπλαση

-Ο μεταβολισμός:η μεταβολική διαδικασία διαφέρει από άτομο σε άτομο ( Απόστολόπουλος Α. , Πάτρα 2001)

### **Παράγοντες που μπορούν να επιδεινώνουν τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος**

-Παράλληλη ή ταυτόχρονη λήψη φαρμάκων: ο συνδυασμός οινοπνεύματος

με ορισμένα είδη φαρμάκων μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος για τον οργανισμό και ακόμα πιο επικίνδυνος στην οδήγηση.

-Κούραση/ Άγχος/ Συναισθηματική κατάσταση/ Νευρικό σύστημα: Οι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν μαζί με μια πολύ μικρή ποσότητα οινοπνεύματος να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, επικίνδυνη κόπωση, ερεθισμό, επιθετικότητα, ανασφαλή οδήγηση.

-Φαγητό:Το οινόπνευμα επιδρά πολύ πιο άμεσα στον οργανισμό όταν το στομάχι είναι άδειο

-Ταχύτητα κατανάλωσης:Η γρήγορη κατανάλωση αυξάνει την επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό.

-Εθισμός:Άτομα τα οποία δεν έχουν εθιστεί στο αλκοόλ επηρεάζονται γρηγορότερα και εντονότερα και με πολύ μικρές ποσότητες. Γίνονται πιο εύκολα επικίνδυνοι οδηγοί.

-Νικοτίνη και καφές:Τα τσιγάρα και ο καφές διεγείρουν το νευρικό σύστημα και μπορούν να επιδεινώσουν τις συνέπειες στη συμπεριφορά. Αυτοί είναι οι κυριότεροι παράγοντες που όταν ενεργούν ταυτόχρονα με το οινόπνευμα, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ατόμου στην οδήγηση και να συμβάλλουν στην πρόκληση ατυχήματος. (Παπαδόπουλος Στ. Ι. , 1991)

## **6. 17. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ**

Το ατύχημα είναι η 4<sup>η</sup> αιτία θανάτου στον κόσμο και στην Ελλάδα είναι η πρώτη αιτία για τις ηλικίες 1-40 ετών. Στην Ελλάδα το 1988, από το σύνολο των θανάτων με αιτία το ατύχημα, το 42% ήταν οδικό.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το αλκοόλ ευθύνεται για το θάνατο 22. 000 περίπου ατόμων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις και πληροφορίες από διάφορα κράτη της Ε. Ε βλέπουμε ότι το 8-10% των θανάτων που συμβαίνουν στις ηλικίες 16-74 ετών και 6-20% των επειγόντων περιστατικών που εισάγονται στο νοσοκομείο έχει σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. (Τσαρούχας Κ. , Αθήνα 2000)

Το οικονομικό κόστος από την κατανάλωση οινοπνεύματος στα κράτη μέλη της Ε. Ε είναι μεταξύ του 2-3% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για το συγκεκριμένο πρόβλημα και παρατηρείται μια υποτίμηση της έκτασής του. Από διάφορα έμμεσα στοιχεία(π. χ. αλκοτέστ) διαπιστώθηκε ότι το 18% των οδηγών οδηγούσε με υψηλή ποσότητα αλκοόλης στο αίμα, ποσοστό το οποίο ανέβηκε σε μεταγενέστερες έρευνες(1988&1990) στο 37% και 20% αντίστοιχα.

Και στις νεότερες ηλικίες(15-24) το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Ελλάδα. Το 1982, το 64% των θανάτων στις ηλικίες(15-24) οφείλονταν σε τροχαίο ατύχημα. Αντίστοιχα το ποσοστό για το έτος 1986 ήταν 49% και για το 1989 ήταν 52%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να συνδέουν το ατύχημα με το επίπεδο αλκοόλ. Στις χώρες της Ε. Ε το 50% των θανάτων νέων 15-24 χρονών οφείλεται σε ατυχήματα. Για να δούμε πόσο σημαντικό αίτιο θανάτου είναι το αλκοόλ θα αναφέρουμε ποσοστά

θανάτων που οφείλονται στον αλκοολισμό σε χώρες της Ευρώπης ανά 100. 000 κατοίκους:

-34, 2% στη Γαλλία

-22, 9 στην Ιταλία

-22, 5 στην Γερμανία

-4% στη Νορβηγία

-3, 4 στη Φινλανδία

-2, 9% στην Αγγλία

Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε πως η κατανάλωση αλκοόλ είναι εντός των άλλων και αίτια πολλών κοινωνικών προβλημάτων π. χ. επιθετικής συμπεριφοράς, κακοποίησης στην οικογένεια, κακές σχέσεις, μείωση παραγωγικής ικανότητας, συχνές απουσίες από τον εργασιακό μας χώρο και πολλά άλλα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει τη συναίνεση όλων των κρατών που είναι μέλη του για μια συστηματική προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά 25%, μεταξύ του έτους 1980 και 2000. (Τσαρούχας Κ. , Αθήνα 2000)

## **6. 18. Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ**

Τραγικά θύματα του αλκοόλ αποτελούν οι συγγενείς των νεκρών ή τραυματιών από τροχαία, καθώς αυτοί συνεχίζουν να ζουν με τις συνέπειες της καταστροφής.

Τα στοιχεία απ' όλη την Ευρώπη σε σχέση με το αλκοόλ και την πρόκληση τροχαίων είναι ανησυχητικά. Από τις δυσμενέστερες θέσεις κατέχει η χώρα μας.

**ΓΑΛΛΙΑ:**Το συνολικό ποσοστό των τροχαίων που οφείλονται στο αλκοόλ ανέρχεται στο 20%. μόνο το Σαββατοκύριακο της Πρωτοχρονιάς του 1998 στη χώρα σκοτώθηκαν στους δρόμους 100 άνθρωποι με αιτία τροχαίου το αλκοόλ.

**ΑΓΓΛΙΑ:**Κάθε εβδομάδα περίπου 11 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία που οφείλονται στη χρήση αλκοόλ. Περίπου οι μισοί από αυτούς δεν είναι οι ίδιοι μεθυσμένοι οδηγοί αλλά οι άλλοι που συγκρούονται μαζί τους. Το αλκοόλ ευθύνεται για το 15% των θανάτων σε τροχαία.

**ΓΕΡΜΑΝΙΑ:**Το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων με αίτια το αλκοόλ ανέρχεται στο 19%. Το 1998 σε σύνολο 42. 000 ατυχήματα που είχαν σχέση με αλκοόλ το 50% αυτών ήταν θανατηφόρα.

**ΙΤΑΛΙΑ:**Το 30% περίπου των τροχαίων ατυχημάτων συνδέεται με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Έρευνες που διεξήχθησαν από υπηρεσίες τοξικολογίας οι οποίες ασχολούνται με τα προβλήματα εξάρτησης από τοξικές ουσίες, δείχνουν ότι μέχρι και το 60% των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, ιδιαίτερα των νέων, συνδέεται με τη χρήση του αλκοόλ. Μόνο στο 30% παρατηρείται αποκλειστική χρήση παράνομων ουσιών.

**ΣΟΥΗΔΙΑ:**Οι Σουηδοί κατάφεραν να μειώσουν κατά πολύ τα τροχαία ατυχήματα με αιτία το αλκοόλ. Το 1996 το ποσοστό των τροχαίων με αιτία το αλκοόλ κατέβηκε στο 4, 8% του συνόλου των τροχαίων που συμβαίνουν στη χώρα.

Πάντως παρά τον αυστηρό Κ. Ο. Κ, οι στατιστικές του 1995 δείχνουν ότι από τα τροχαία που αναφέρθηκαν στην αστυνομία το ποσοστό των ανθρώπων που οδηγούσε υπό την επήρεια αλκοόλ ήταν στο μεγαλύτερο μέρος τους νέοι ηλικίας 16 με 17 ετών, κάτι που προκαλεί εύλογη ανησυχία.

**ΕΛΛΑΔΑ:**Στην Ελλάδα το συνολικό ποσοστό των τροχαίων με αιτία το αλκοόλ ανέρχεται στο 40%, ποσοστό που αν το μεταφράσουμε σε

αριθμούς σημαίνει ότι 1. 100 άτομα το χρόνο χάνουν τη ζωή τους στην ασφαλτο με αιτία την κατανάλωση αλκοόλ. (Τσαρούχας Κ. , Αθήνα 2000)

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε. Ε τα τροχαία στην Ελλάδα αυξήθηκαν ενώ το ποσοστό αυτών έπεσε στο 32%.

Τα τροχαία δυστυχήματα που σημειώνονται στην πρωτεύουσα, η οποία έχει τους υψηλότερους δείκτες, γίνονται συνήθως τις μεταμεσονύχτιες ώρες και οι οδηγοί ή τα θύματα είναι σε κατάσταση μέθης.

Ακόμη και στις ηλικίες των 20-24 ετών τα περισσότερα τροχαία έχουν σαν αίτιο τη χρήση αλκοόλ. Η εντατικοποίηση των ελέγχων από τα συνεργεία της Τροχαίας και τα αυστηρά πρόστιμα δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα ενώ τα αλκοτέστ αυξήθηκαν κατά 29, 2% ο αριθμός των οδηγών παραβατών όχι μόνο δεν παρουσίασε πτώση, αλλά αυξήθηκε κατά 32, 1%. (ΤΥΠΑΤΕ, Απρίλιος 1997)

## **6. 19. ΝΟΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Το άρθρο 42 του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας αναφέρεται στην «Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος ή τοξικών ουσιών». Οι πέντε πρώτες παράγραφοι αναφέρουν ότι:

- 1) Απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος σε οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος.
- 2) Τα αρμόδια αστυνομικά όργανα μπορούν να ασκούν έλεγχο για τη διαπίστωση ύπαρξης οινοπνεύματος στον οργανισμό των οδηγών

3)Υποχρεωτικός έλεγχος γίνεται σε περίπτωση θανατηφόρου ατυχήματος με τη χρησιμοποίηση κατάλληλων επιστημονικών μέσων για τη διαπίστωση της μέθης του οδηγού.

4)Όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι το όχημα οδηγείται από οδηγό που βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, υποχρεούνται ο οδηγός να δέχεται την εξακρίβωση της κατάστασης του. Λαμβάνεται αίμα για εξέταση πάντα από το θανόντα και από ζώντες εάν δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να το απαγορεύουν .

5)Ο παραβάτης των διατάξεων του άρθρου 42 τιμωρείται με φυλάκιση 1 έως 12 μήνες και με χρηματική ποινή τουλάχιστον 20. 000δρχ. Επίσης προβλέπεται η αφαίρεση της άδειας οδήγησης από 3 έως 6 μήνες.

Σχολιάζοντας το άρθρο 42 μπορούμε να πούμε πως η ελληνική νομοθεσία δεν προωθεί την πρόληψη της κατανάλωσης οινοπνεύματος από οδηγούς, ενώ όπως αναφέρεται «αποτρέπει την άσκοπη ταλαιπωρία και την προσβολή της προσωπικότητας του ελεγχομένου».

Η ελληνική νομοθεσία είναι ιδιαίτερα ελαστική σε σύγκριση με την αντίστοιχη στην Αγγλία, Γερμανία, Γαλλία και άλλων χωρών (π. χ. Στην Αγγλία η αφαίρεση της άδειας οδήγησης ενώ το λιγότερο για ένα χρόνο ή όπως συμβαίνει στη Γαλλία για όλη τη ζωή)

Επίσης στις χώρες αυτές τα πρόστιμα είναι αρκετά υψηλά για τον παραβάτη (π. χ. στην Γαλλία 1. 280. 000δρχ)καθώς επίσης ο έλεγχος για τα επίπεδα οινοπνεύματος στον οδηγό είναι συχνός και προληπτικός.

Η ελαστικότητα της ελληνικής νομοθεσίας είναι ιδιαίτερα εμφανής εάν δούμε τις σχετικές δικαστικές αποφάσεις. Δεν είναι λίγες οι φορές που οδηγοί που έχει βρεθεί υψηλή περιεκτικότητα οινοπνεύματος στον οργανισμό τους, έχουν απαλλαχθεί με το δικαιολογητικό ότι δεν εμφανίζεται άλλα δείγματα μέθης στη συμπεριφορά τους.

Στην πραγματικότητα οι προληπτικοί έλεγχοι στη χώρα μας σπανίζουν και τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί αναστέλλουν παρά



ενθαρρύνουν τον προληπτικό έλεγχο. (Χατζηπουλίδης Χ. , 1998)

Στην Ελλάδα δεν αποτρέπονται οι οδηγοί από τη χρήση αλκοόλ με την προσφορά εναλλακτικών λύσεων(π. χ στο μπάρ να υπάρχουν πινακίδες που να υπενθυμίζουν στον οδηγό της κάθε παρέας να μην πει οινόπνευμα.

## **6. 20. ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗΣ**

Οι βασικές λανθασμένες απόψεις που επικρατούν είναι οι εξής 4:

### **1. «Όταν πιώ οδηγώ καλύτερα. »**

Η αλκοόλη δημιουργεί ψευδαισθήσεις ικανοτήτων, ευφορία και κακή εκτίμηση(υποεκτίμηση) των κινδύνων.

### **2. «Εμένα δεν με πιάνει το ποτό. »**

**Φυσικά υπάρχουν προσωπικές, βιολογικές διαφορές αντίδρασης. Όμως σε όλους μειώνεται η ικανότητα οδήγησης. Βασική γνώση:οι νέοι επηρεάζονται στην οδήγηση με αρκετά μικρότερες ποσότητες αλκοόλης από ότι οι μεγαλύτεροι.**

### **3. «Τους καλούς οδηγούς δεν τους επηρεάζει το ποτό. »**

Από τις μεγαλύτερες πλάνες. Πρώτα-πρώτα όλοι μας θεωρούμε τους εαυτούς μας «άριστους οδηγούς»Εκτός όμως από αυτό:μελέτες με οδηγούς αγώνων και ράλι έχουν δείξει ότι και ικανότατοι οδηγοί επηρεάζονται το ίδιο άσχημα από την αλκοόλη. Φυσικά ένας πολύ καλός οδηγός πιθανώς να αντιδράσει καλύτερα, αλλά αυτό δεν αποτελεί κανένα κανόνα και καθόλου δεν μπορεί να βασιστεί κανείς στις ικανότητές του.

**Οδηγοί αγώνων έχουν χάσει το δίπλωμα τους επειδή**

δημιούργησαν σοβαρό ατύχημα «πιωμένοι»

#### 4. «Έχω τόσες φορές οδηγήσει «πιωμένος» και δεν συνέβη τίποτα»

Απλοϊκή άποψη. Όμως:δεν δημιουργούνται κάθε φορά επικίνδυνες συνθήκες που χρειάζεται η άμεση αντίδραση του οδηγού. Σημασία έχει να είναι όλες οι ικανότητες σε εγρήγορση όταν πεταχτεί το παιδί στα 20 μέτρα. (Ποταμιάνος Γ. , Αθήνα 1991)

### **6. 21. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ**

Οι οδηγοί που κάνουν χρήση ναρκωτικών, αποτελούν μια επιπλέον επικίνδυνη ομάδα για τη δημόσια υγεία. Οι αρνητικές επιδράσεις αυτής της χρήσης στην οδήγηση εξαρτώνται από τον τύπο τους. Διακρίνουμε 3 τύπους:

1) Τα ηρεμιστικά (ηρωίνη, μορφίνη κ. α. ). Προκαλούν ζαλάδα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης και γενικά συμπτώματα κακής λειτουργίας του εγκεφάλου. Ένα από τα συμπτώματα που μπορεί να προκαλέσει σοβαρούς κινδύνους είναι η απάθεια, η οποία εμποδίζει τελείως τον οδηγό να αντιληφθεί τις πραγματικότητες της κυκλοφορίας.

2) Τα διεγερτικά (αμφεταμίνη, κοκαΐνη κ. α. )Ο χρήστης των ουσιών αυτών υπερεκτιμά τις ικανότητες του και υποτιμά τους κινδύνους. Επιπλέον μετατρέπεται σε ένα ευερέθιστο άτομο που μπορεί να δημιουργήσει επεισόδια και μοιραίους κινδύνους.

3) Τα παραισθησιογόνα (μαριχουάνα, χασίς, LSD κ. α. ). Γι' αυτούς που καπνίζουν χασίς, ο μεγάλος κίνδυνος δεν είναι μόνο όταν κάνουν χρήση, αλλά και όταν πάθουν το γνωστό «flashback»δηλαδή όταν έχουν διακόψει για μερικές μέρες και ξαφνικά επανέρχονται χωρίς προειδοποίηση οι παραισθησιογόνες ενέργειες του ναρκωτικού. (Κοκκέβη Α. , Αθήνα 1988)

## 6. 22. ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ

Ορισμένα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ίδια και χειρότερα αποτελέσματα από το αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει γιατί τα φάρμακα εκτός από ανακούφιση στον οργανισμό, επιβραδύνουν την αντίδρασή του.

Αφαιρούν πολύτιμα δευτερόλεπτα που ο οδηγός χρειάζεται. (Λαμπρακάκης Λ. , Θεσσαλονίκη 2001)

Όταν ένας οδηγός παίρνει (για θεραπευτικούς λόγους )τέτοιου είδους φάρμακα τότε χωρίς να το καταλαβαίνει η οδήγησή του είναι επικίνδυνη

**Ηρεμιστικά:**Είναι φάρμακα που λαμβάνονται για αϋπνίες ή άγχος. Η επίδρασή τους στην ικανότητα της οδήγησης είναι βλαπτική. Στην κατηγορία αυτή των φαρμάκων ανήκουν πολλά ιδιοσκευάσματα.

Καλύτερα, όταν χρησιμοποιείται ένα φάρμακο να ρωτάτε ο γιατρός για τυχόν επιπτώσεις/ επιδράσεις στον οργανισμό καθώς και να διαβάζονται προσεκτικά οι εσωκλειστές οδηγίες χρήσης. (Τσαχαγέας Χ. Π. , Αθήνα 1988)

**Αντιψυχωσικά φάρμακα(φάρμακα για σοβαρές ψυχικές παθήσεις):**

Όσοι καταναλώνουν τέτοιου είδους φάρμακα δεν πρέπει να οδηγούν αλλά ούτε και να χειρίζονται μηχανήματα που απαιτούν μεγάλη προσοχή, όχι μόνο επειδή ο Νόμος το απαγορεύει αλλά και γιατί είναι επικίνδυνο. (ο. π. )

**Αντιεπιληπτικά φάρμακα:**Η λήψη αυτής της κατηγορίας φαρμάκων πρέπει να είναι συνεχής. Οποιαδήποτε εμφάνιση επιληπτικών σπασμών, είναι ένδειξη για διακοπή της οδήγησης για τουλάχιστον 3 χρόνια. Εάν στο διάστημα αυτό δεν εμφανιστεί κάποια μορφή κρίσης, , ο ασθενής μπορεί να οδηγήσει εφόσον ο γιατρός του το επιτρέπει και εφόσον χρησιμοποιεί σωστά τα φάρμακα. (ο. π. )

**Αντιδιαβητικά:** Ασθενείς που κάνουν ενέσεις ινσουλίνης είναι καλό να μην οδηγούν. Αυτό όμως επειδή δεν είναι κατορθωτό ο διαβητικός πρέπει να είναι ενημερωμένος για την αρχική συμπτωματολογία της υπογλυκαιμίας (ιδρώτας, τάση λιποθυμίας, λιγούρα, τρόμοι). Πρέπει να σταματά αμέσως την οδήγηση και να παίρνει ζάχαρη ή να πίνει ζαχαρούχο χυμό. Ασθενής που είχε επεισόδιο υπογλυκαιμίας δεν πρέπει να συνεχίζει το ταξίδι του την ίδια μέρα. (ο. π. )

**Αντιισταμινικά:** Λαμβάνονται από άτομα που υποφέρουν από αλλεργίες, βρογχικό άσθμα, ζάλη κ. ά. Ούτε αυτά τα άτομα πρέπει να οδηγούν εφόσον αισθάνονται υπνηλία ή αδυναμία συγκέντρωσης. (ο. π. )

**Αντιυπερτασικά:** Όταν η πίεση δεν είναι καλά ρυθμισμένη, η οδήγηση είναι καλό να αποφεύγεται(ο. π. )

**Αναισθητικά:** Αν σε λιγότερο από 48 ώρες ο οδηγός υποβληθεί σε μικροχειρουργική επέμβαση με γενική νάρκωση, καλό θα ήταν να αποφεύγεται η οδήγηση(ο. π. )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII



## **ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

## Γενικά:

Ως άμεση συνέπεια των τροχαίων ατυχημάτων έχουμε τον μεγάλο αριθμό των ατόμων που σκοτώνονται κατά τη διάρκεια της οδήγησης καθώς και εκείνα τα άτομα που μπαίνουν στην κατηγορία που έχουν κάποια αναπηρία και η ζωή τους παρουσιάζει έντονες και δραματικές αλλαγές.

Τα θύματα αυτά όμως δεν είναι μοναδικά. Για κάθε άτομο που σκοτώνεται ή μένει ανάπηρο υπάρχει ένας κύκλος συγγενών, φίλων, γειτόνων, εργοδοτών, συναδέλφων, δασκάλων ή συμμαθητών, που συνδέονται στενά μαζί του και ενδέχεται να υποστούν βραχυπρόθεσμες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες σε μικρό ή μεγάλο βαθμό.

Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως υπάρχουν 100 εκατομμύρια οικογένειες που αγωνίζονται να αντεπεξέλθουν στο θάνατο ή στην αναπηρία μέλους της οικογένειας τους από τροχαίο ατύχημα πρόσφατο ή παλιότερο.

Οι οικογένειες αυτές θρηνούν τους νεκρούς ή φροντίζουν τους ανάπηρους. Συχνά έχουν περιορισμένα εισοδήματα, αυξημένα έξοδα και μεγάλη δυσκολία συναλλαγής με την αστυνομία, τις δικαστικές αρχές, τις ασφαλιστικές εταιρίες, τα συστήματα περίθαλψης και την υπόλοιπη γραφειοκρατία. Πάσχουν από ψυχολογικό και οικονομικό άγχος που κάποιες φορές οδηγεί σε κατάθλιψη, σωματικές ασθένειες ή ακόμη και σε αυτοκτονία.

Πολλές οικογένειες ωθούνται σε ανέχεια και πολλά παιδιά μένουν ορφανά λόγω τροχαίων ατυχημάτων (Άρθρο από την Π. Ο. Υ για την Παγκόσμια Ημέρα Οδικής Ασφάλειας)

## **7. 1. ΚΟΣΤΟΣ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ** **ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

### **Κοινωνικό-Οικονομικό Κόστος**

Θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί, ότι το ζήτημα του κοινωνικού-οικονομικού κόστους των τροχαίων ατυχημάτων, μέχρι σήμερα δεν έχει βρει μια πλήρη και ολοκληρωμένη απάντηση, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και διεθνώς. (Πόρισμα της Βουλής, 1996)

Τούτο αποδίδεται στην πολυπλοκότητα του θέματος, δηλ. στο πλήθος των διαπλεκόμενων παραγόντων-που είναι δύσκολο να αποτιμηθούν-, αλλά και στο γεγονός ότι ανθρώπινη ζωή είτε αποτιμάται σε χρήματα, είτε τα κριτήρια αποτίμησης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, εξαρτώμενα από ηθικές και πολιτισμικές αξίες και παραδόσεις, από πολιτικά συστήματα και μορφές κοινωνικής οργάνωσης.

Πέραν όμως του ανωτέρου οίονοι ηθικού θέματος, ο όρος κοινωνικό-οικονομικό κόστος περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών(ή απωλειών), άμεσων και έμμεσων, τις οποίες υφίσταται η κοινωνία λόγω των τροχαίων ατυχημάτων, έχει δε καθιερωθεί να διακρίνεται σε:

- Οικονομικό κόστος για το μέρος που αποτιμάται χρηματικά
- Κοινωνικό κόστος για το μη αποτιμώμενο χρηματικά μέρος

Οι πλέον πρόσφατες απόψεις μάλιστα προκρίνουν αντί του κόστους τον όρο επιπτώσεις.

Οι παράγοντες που συνθέτουν το κοινωνικό-οικονομικό κόστος είναι:

## **A. Κοινωνικές επιπτώσεις**

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις
2. Έμμεσες οικονομικές
3. Δημογραφικές
4. Κοινωνικοοικονομικές(σχετική χρηματική αποτίμηση στην

Αυστραλία απέδωσε την ακόλουθη σύνθεση κόστους:

- Απώλειες παραγωγής 34%
- Θλίψη κλπ 19%
- Επισκευές ζημιών 35%
- Διάφορα 7%
- Άλλες επιπτώσεις 5%

## **B. Οικονομικές επιπτώσεις**

1. Η απώλεια της ανθρώπινης ζωής
2. Απώλειες θανατηφόρων ατυχημάτων:
  - Την απώλεια της αξίας της μελλοντικής παραγωγής
  - Την απώλεια του επενδυθέντος κεφαλαίου για μόρφωση/εκπαίδευση
  - Τις συντάξεις που θα καταβληθούν στους οικείους του παθόντος
  - Τα αστυνομικά και δικαστικά έξοδα
  - Τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης

Αλλά και την ωφέλεια από

- Την μείωση της μελλοντικής κατανάλωσης



### **3. Απώλειες βαρέων τραυματισμών**

- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- Συντάξεις
- Επανεκπαίδευση
- Δικαστική και αστυνομική ενασχόληση

### **Απώλειες ελαφρών τραυματισμών**

(ισχύουν τα αναφερθέντα με τους βαρείς τραυματισμούς , με τις ακόλουθες διαφοροποιήσεις):

- Δεν υφίστανται καταβολές συντάξεως, λόγω μη ύπαρξης ολικής ή μερικής αναπηρίας
- Οι δαπάνες επανεκπαίδευσης είναι επίσης μηδενικές
- Τα διοικητικά έξοδα είναι μειωμένα

### **Απώλειες σε κάθε είδος ατυχήματος**

- Απώλεια χρόνου για επισκέψεις και συμπαράσταση στους παθόντες
- Καθυστερήσεις στην κυκλοφορία, λόγω αποκλεισμού της οδού

## 7. 2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναπηρία είναι κάθε χρόνια βλάβη ή ελλειπτικότητα που επέρχεται στις σωματικές, πνευματικές ή ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού με αποτέλεσμα να εμποδίζει το άτομο να εργάζεται ή να αυτοεξυπηρετείται ή να επικοινωνεί με το περιβάλλον του. (Κουκλογιάννου-Δορζιώτου 1990)

Σύμφωνα με το Ρουμελιώτη(Ρουμελιώτης 1993)ο όρος «ανάπηρος» αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο, που δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του, όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής, ατομικής ή κοινωνικής ζωής, λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος.

Οι πρόσφατες απόψεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι ότι τα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν κάποιο βαθμό σωματικής μειονεκτικότητας, τα οποία όμως μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να απασχοληθούν σε κάποια εργασία δεν πρέπει να κατατάσσονται στην κατηγορία των ανάπηρων.

Η έννοια της αναπηρίας διαφέρει από ιατρικής, ασφαλιστικής και νομικής απόψεως:

-Από ιατρικής απόψεως, όταν λέμε αναπηρία εννοούμε τον επηρεασμό των φυσικών ή πνευματικών ικανοτήτων του ατόμου στο να δρα και να ενεργεί φυσιολογικά μέσα στο σύνολο το κοινωνικό.

-Από νομικής απόψεως, αναπηρία ονομάζεται η ανατομο-φυσιολογική βλάβη για την οποία ο πάσχων θα πρέπει ενδεχομένως να αποζημιωθεί

-Από ασφαλιστικής απόψεως, αναπηρία ονομάζεται η μείωση της ικανότητας του ατόμου προς εργασία.

### 7. 3. ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οι σπουδαιότερες μορφές αναπηρίας είναι : **α)** Η σωματική αναπηρία, **β)** η διανοητική αναπηρία και η ψυχική αναπηρία.

Ένα άτομο είναι δυνατόν να παρουσιάσει σωματική και διανοητική αναπηρία. Η σωματική αναπηρία διακρίνεται:

- α) Σε κινητήριο αναπηρία που αφορά το μυοσκελετικό σύστημα
- β) Σε αισθητήριο αναπηρία, που αφορά τα αισθητήρια όργανα και
- γ) Σε αναπηρία που προέρχεται από τα διάφορα συστήματα (αναπνευστικό, ουροποιητικό, καρδιαγγειακό κτλ)

Η σωματική αναπηρία επίσης διακρίνεται:

- α) Σε υπολειμματική, στην οποία έχουμε μια μόνιμη και στάσιμη βλάβη (υπολειμματική πολιομυελίτιδος κ. ά)
- β) Σε εξελισσόμενη με μελλοντική πορεία, που δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε (σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Parkinson κ. ά)

Η αναπηρία ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί διακρίνεται:

- α) στην εκ γενετής αναπηρία (συγγενής) και β) στην επίκτητη. Δεν υπάρχει διαφορά στη βαρύτητα ή στην πρόγνωση, έχουμε διαφορετική μόνο θεραπευτική αντιμετώπιση (Καίλας Μ. , Φιλίππου Γ. , Αθήνα 1997)

**Φυσική αναπηρία** ονομάζεται η ανατομική βλάβη ή λειτουργική διαταραχή, η οποία προέρχεται κατόπιν νόσου ή ατυχήματος τινός.

Διακρίνεται σε πρόσκαιρη ή μόνιμη, μερική ή ολική. Τα ατυχήματα αποτελούν ένα από τα πιο συνηθισμένα αίτια αναπηρία. Τα ατυχήματα μπορεί να είναι τροχαία, εργατικά, αγροτικά, επαγγελματικά ή και άλλα που συμβαίνουν στην διάρκεια των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (Ρουμελιώτης, 1993)

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνει και ο αριθμός των αναπήρων. Περισσότερα

από 10 εκατομμύρια το χρόνο με βαριές συνέπειες συχνά που περιλαμβάνουν ακρωτηριασμούς, εγκεφαλικές βλάβες, παραπληγίες και τετραπληγίες.

### **Κινητική αναπηρία**

Κινητικές αναπηρίες λέγονται οι αναπηρίες που αφορούν στη μείωση ή την κατάργηση της κινητικότητας διαφόρων μελών του σώματος, όπως συμβαίνει στις παραπληγίες, τετραπληγίες, ακρωτηριασμούς κ. τ. λ(Κουκλογιάννου-Δορζιώτου 1990)

### **Παραπληγία-Τετραπληγία**

- Παραπληγία λέγεται η παράλυση των δυο κάτω άκρων
- Τετραπληγία λέγεται η παράλυση και των τεσσάρων άκρων του σώματος

Το συνηθέστερο είναι οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού ριζών, συνήθως αφού έχει προηγηθεί ατύχημα. Όταν η βλάβη βρίσκεται στη θωρακική και την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης λέγεται παραπληγία. Όταν η βλάβη βρίσκεται στην αυχενική μοίρα της Σ. Σ λέγεται τετραπληγία

Κατά την αντιμετώπιση των παραπάνω περιστατικών πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, τόσο στις κακώσεις του νωτιαίου μυελού, όσο και στη βλάβη που προκαλείται απ' αυτές σε άλλα όργανα. Τα δευτερογενή αυτά προβλήματα έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τις ίδιες τις κακώσεις του νωτιαίου μυελού γι' αυτό τα παλαιότερα χρόνια οι μισοί σχεδόν παραπληγικοί και τετραπληγικοί πέθαναν από επιπλοκές. Η περαιτέρω εξέλιξη της κατάστασης του

παραπληγικού και τετραπληγικού αμέσως μετά το ατύχημα, εξαρτάται απ' τα εξής:

-Από την έκταση της βλάβης στο νωτιαίο μυελό

-Από την πρόληψη της επέκτασης της βλάβης κατά τη διάρκεια της μεταφοράς του αρρώστου.

Γι' αυτό το λόγο η μεταφορά του αρρώστου πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή ώστε να αποφεύγεται κάθε κίνηση της σπονδυλικής στήλης. Πώς γνωρίζει κανείς ότι ο τραυματίας είναι παραπληγικός; Όταν ο τραυματισμένος, έπειτα από το ατύχημα, παρουσιάζει πόνο σε κάποιο σημείο της σπονδυλικής στήλης, είτε ο πόνος συνοδεύεται από έλλειψη αισθητικότητας και κινητικότητας είτε όχι, θεωρείται παραπληγικός και επιβάλλεται η προσεκτική μετακίνηση αρρώστου.

-Από την εμφάνιση επιπλοκών, οι οποίες επιβαρύνουν τη μετέπειτα πορεία του τραυματία(κατακλίσεις, ουρολοιμώξεις κτλ)( Ρουμελιώτης Δ. , Αθήνα 1993)

Στατιστική μελέτη μιας 14ετίας από 1-1-1961 έως 31-12-1974 στο Ε. Ι. Α. Α(Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων). Η στατιστική αυτή μελέτη εκδόθηκε το 1977. Μελετήθηκαν 928 συνολικά περιπτώσεις από τις οποίες 692 ήταν παραπληγίες και οι 236 τετραπληγίες. Ηλικίες 16-80ετών. Οι περιπτώσεις παραπληγίας ταξινομήθηκαν αρχικά σύμφωνα με τα αίτια της βλάβης. Αποδείχθηκε ότι προηγήθηκαν οι τραυματικές από τις παθολογικές περιπτώσεις, όπως δείχνει και ο παρακάτω πίνακας.

### Παραπληγίες

<u>Αιτιολογία</u>	<u>Αριθμός περιπτώσεων</u>	<u>% αναλογία</u>
1. Τραυματικές	444	64, 2
2. Από όγκους	84	12, 2
3. Από μυελίτιδες	61	8, 8
4. Από δίσκους	29	4, 2
5. Από Τ. Β	28	4, 0
6. Από διάφορα αίτια_	46	6, 6
<b>Σύνολο</b>	<b>693</b>	<b>100</b>

### Τραυματικές παραπληγίες

Οι τραυματικές παραπληγίες αποτέλεσαν το 65 του συνόλου των παραπληγιών. Από τις 444 περιπτώσεις τραυματικών παραπληγιών, το 60% είναι τροχαία ατυχήματα, το 25, 2% πτώσεις κ. ο. κ

<u>Αίτια</u>	<u>Αριθμός περιπτώσεων</u>	<u>% αναλογία</u>
α)Τροχαία ατυχήματα	267	52, 1
β)Πτώσεις	111	25, 0
γ)Χτύπημα στη Σ. Σ	24	5, 4
δ)Καταπλακώσεις	22	5, 0
ε)Τραύμα με όπλο	10	2, 3
στ)Τραύμα με μαχαίρι	10	2, 3
<b>Σύνολο</b>	<b>444</b>	<b>100, 0</b>

Το μεγαλύτερο μέρος των μετατραυματικών τετραπληγιών καλύπτουν οι πτώσεις από ύψος και ακολουθούν τα τροχαία ατυχήματα

<u>Αίτια</u>	<u>Αριθμός περιπτώσεων</u>	<u>% αναλογία</u>
α)Πτώσεις	74	52, 1
β)Τροχαία ατυχήματα	71	43, 3
γ)Καταπλεκώσεις	9	5, 5
δ)Τραύμα από πυροβολισμό όπλου	6	3, 7
ε)Τραύμα με μαχαίρι	4	2, 4

### **Ακρωτηριασμοί**

Ακρωτηριασμοί γινόταν από της πρωτοεμφάνισης του ανθρώπου επί της γης. Ο άνθρωπος έχει χρησιμοποιήσει ως σήμερα τους ακρωτηριασμούς είτε σαν θεραπεία, είτε σαν τιμωρία. Για μεν την τιμωρία η τεχνική παραμένει ίδια και अपαράλλακτη εδώ και αιώνες. Για την τεχνική της θεραπείας όμως είχαν άλλη άποψη. Πολλοί ορθοπεδικοί εκμεταλλευόμενοι, τόσο την εμπειρία από τους δυο παγκόσμιους πολέμους όσο και τη ραγδαία αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων, έθεσαν για πάντα στο περιθώριο τον ακρωτηριασμό με αναλγησία το αλκοόλ και αιμόσταση, το καυτό λάδι, βελτιώνοντας την τεχνική του ακρωτηριασμού. Ο σκοπός του ακρωτηριασμού είναι να σωθεί η ζωή του ασθενούς, να καλυτερεύσει η λειτουργία ενός μέλους με την αντικατάσταση του από ένα τεχνητό και σπάνια γίνεται για αισθητική διόρθωση μιας παραμορφώσεως. Ο ακρωτηριασμός προκαλεί ψυχικές διαταραχές σε πολλούς αρρώστους(Ρουμελιώτης Δ. , 1993)

Από τη μελέτη των χειρουργηθέντων ασθενών σε μια τριετία στο ΚΑΤ διαπιστώθηκε ότι έγιναν 128 ακρωτηριασμοί στα κάτω άκρα. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή αυτών ανάλογα με τα αίτια.

<b>Αίτια</b>	<b>Αριθμός περιπτώσεων</b>	
<b>%αναλογία</b>		
Αγγειακές παθήσεις	39	30,4
Τραυματισμοί(Τροχαία-Εργατικά)	61	47,7
Όγκοι	3	2,3
Δυσμορφίες	2	1,5
Άλλες παθήσεις	23	18,0

### **Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**

Οι περισσότερες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οφείλονται σε τροχαία και σε εργατικά ατυχήματα. Διάφορες στατιστικές λένε πως το 70% των τροχαίων ατυχημάτων προκαλούν κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Ένα μέρος από τα θύματα αυτά λόγω ανεπαρκούς, πλημμελούς ή λανθασμένης περίθαλψης είτε στον τόπο του ατυχήματος είτε στη μεταφορά τους θα μείνουν ανάπηρα . Μεγάλη σημασία έχει το πως θα αντιμετωπιστεί ο τραυματίας τη στιγμή του ατυχήματος και αργότερα που θα μεταφερθεί.

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση πρέπει λοιπόν να αντιμετωπίζεται σωστά και γρήγορα. Αν ο τραυματίας χάσει τις πρώτες πολύτιμες ώρες ή και μέρες σε μεταφορά ή σε περίθαλψη ακατάλληλη, μετά όταν θα φτάσει στο Ειδικό Νευροχειρουργικό Κέντρο είναι πια αργά και δεν υπάρχουν συνήθως ελπίδες αποκατάστασης.

Στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση ο εγκέφαλος μπορεί να υποστεί εκτεταμένες βλάβες χωρίς να θιγεί το κρανίο και αντίθετα μπορεί να έχουμε κάταγμα του κρανίου χωρίς σοβαρή βλάβη του εγκεφάλου. Μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι δυνατόν να εμφανιστεί διαφόρου έντασης και διάρκειας απώλεια συνειδήσεως. Οι παράγοντες που καθορίζουν την τύχη του τραυματία είναι βασικά τρεις:



- Το είδος της κακώσεως
- Το είδος της θεραπευτικής αγωγής που θα του προσφερθεί
- Το είδος της φυσικής αποκατάστασης στο οποίο θα υποβληθεί(Ρουμελιώτης Δ. , 1993)

#### **7. 4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Είναι γνωστό ότι ένας μεγάλος αριθμός θυμάτων από τα τροχαία ατυχήματα, λόγω ανεπαρκούς, πλημμελούς η λανθασμένης περίθαλψης είτε στον τόπο του ατυχήματος ή κατά τη μεταφορά τους ή κατά την εισαγωγή τους σε επαρχιακές κλινικές η επαρχιακά νοσοκομεία στα οποία δεν υπάρχει ορθοπεδικός γιατρός και το κατάλληλο παραϊατρικό προσωπικό θα μείνουν ανάπηροι.

Μεγάλη σημασία έχει το πως θα αντιμετωπιστεί ο τραυματίας: α) Τη στιγμή του ατυχήματος β) Αργότερα στο νοσοκομείο που θα μεταφερθεί

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων αποφασιστικό ρόλο παίζουν τα εξής:

- α)Η ταχύτερη δυνατή θεραπευτική παρέμβαση που αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος β)Η σωστή και γρήγορη μεταφορά του με ειδικό ασθενοφόρο ή ελικόπτερο στην Τραυματολογική Μονάδα
- γ)Η σωστή περίθαλψη(συντηρητική ή χειρουργική)από ειδικούς γιατρούς και ειδικευμένο προσωπικό δ)Καλή αποκατάσταση από ειδικούς που έχουν σκοπό να βοηθήσουν τον τραυματία να επιτύχει το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό της λειτουργικής ικανότητας του, να προσαρμοστεί ψυχικά, κοινωνικά και επαγγελματικά στη ζωή.

Και τα τέσσερα αυτά σημεία είναι εξυπηρετήσεις πρώτης ανάγκης. Η καθυστέρηση σε ένα από όλα αυτά συνεπάγεται πολλές φορές θάνατο ή μόνιμη αναπηρία, με όλες τις γνωστές επιπτώσεις στο τραυματία, στην

οικογένεια, στην κοινωνία, στο κράτος. Το τροχαίο ατύχημα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σωστά και γρήγορα. Είναι γνωστό ότι αν ο τραυματίας χάσει τις πρώτες πολύτιμες ώρες ή και μέρες σε μεταφορά ή σε περίθαλψη ακατάλληλη, μετά όταν θα φτάσει στο Ειδικό Κέντρο θα είναι πια πολύ αργά και το άτομο δεν θα μπορέσει να αποκατασταθεί πλήρως. Μπορεί τα ατυχήματα και οι παθήσεις να είναι αναπόφευκτα και μάλιστα συνηθισμένα στη ζωή, είναι όμως δυνατή η πρόληψη της αναπηρίας, αν μεθοδικά και σχολαστικά εξασφαλίσουμε τους απαραίτητους όρους για την αντιμετώπιση τους και στις περιπτώσεις δημιουργίας της για την αποκατάσταση της (Ρουμελιώτης 1993)

### **7. 5. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ** **ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ**

Η παρέμβαση του Κ. Λ, άσχετα με την κατηγορία του πληθυσμού με την οποία εργάζεται, πρέπει να γίνεται, από θεωρητικής πλευράς σε δυο επίπεδα. Το πρώτο λέγεται «μικροεπίπεδο», το οποίο περιγράφει την εργασία με άτομα, οικογένειες και μικρές ομάδες, με στόχο την κοινωνικοποίηση, τη θεραπεία, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη του ατόμου και την επαγγελματική του αποκατάσταση. Το δεύτερο γνωστό ως «μακρο-επίπεδο» αφορά την ένταξη του Κ. Λ στην κοινότητα, με στόχο την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού.

Ο Κ. Λ συνεργάζεται με τον ανάπηρο-όταν πρόκειται για ενήλικες με επίκτητες αναπηρίες για να αποδεχτεί το γεγονός της αναπηρίας, να δεχτεί τη νέα κατάσταση, να εκφράσει τα συναισθήματά του και στη συνέχεια να κινητοποιηθεί, , ώστε η αναπηρία να έχει λιγότερες συνέπειες στον ίδιο αλλά και στην οικογένειά του όπως και στην επαγγελματική του ζωή.

(Παπαδοπούλου Χρ. , 1998)

## 7. 6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η Κ. Ε εμπλέκεται από την πρώτη στιγμή με την αναπηρία. Στην περίπτωση που η αναπηρία είναι επίκτητη, ο Κ. Λ στηρίζει το άτομο ψυχολογικά, παρέχοντας κατανόηση και ειλικρινή αποδοχή στο άτομο και δίνοντας του την ευκαιρία της έκφρασης των συναισθημάτων του.

Το άτομο πριν την αναπηρία έχει διαμορφώσει τις αξίες του και έχει προγραμματίσει το μέλλον του το πλήγμα που δέχεται είναι τρομερό, αισθάνεται πως καταρρέει. Η πραγματικότητα, δεν του επιτρέπει πλέον να πραγματοποιήσει όλα εκείνα που είχε σχεδιάσει.

Μετά από αυτή τη φάση η Κ. Ε. Α έρχεται να βοηθήσει το άτομο να αποδεχτεί την πραγματικότητα και να την αποδεχτεί ενεργητικά. Μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του που είναι κι αυτά προϊόντα άσκησης, το άτομο ενθαρρύνεται να συνεχίσει τη ζωή του, να βρεί ενδιαφέροντα να αγαπήσει τον εαυτό του και να θέσει νέους στόχους. ( Παπαδοπούλου Χρ. , 1998)

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το οξύτατο πρόβλημα της αναπηρίας εύλογο θα ήταν να ειπωθεί από την σκοπιά των κοινωνικών λειτουργών Έφης Γερανίου, Φερενίκη Σταγάκη, Βάσω Νασούλα, οι οποίες συνέταξαν το άρθρο «Δικαιώματα Αναπήρων» που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Κοινωνική Εργασία» στο τεύχος 34 το 1994 το συγκεκριμένο άρθρο συνοψίζεται στα εξής:

*«Έχοντας υπόψη την παγκόσμια διακήρυξη για τ' ανθρώπινα δικαιώματα και τη διακήρυξη των αναπήρων ατόμων και των πνευματικά καθυστερημένων, επανατονίζει την αναγκαιότητα να παρθούν μέτρα ώστε οι διατάξεις και οι αρχές να γίνουν σεβαστές και επιμένει ότι θα πρέπει όλα τ' ανάπηρα άτομα να επωφελούνται υπηρεσιών επανεκπαίδευσης και άλλων μορφών υποστήριξης που είναι αναγκαίες για τη μείωση των*

αποτελεσμάτων της αναπηρίας, έτσι που η ένταξη τους στην κοινωνία να είναι όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη και ο ρόλος τους εποικοδομητικός.

Η διακήρυξη του Sundberg τονίζει επίσης ότι οι Κρατικές αρχές, οι ειδικές οργανώσεις και η κοινωνία στο σύνολο της θα πρέπει να λάβουν υπόψη στο καταρτισμό κάθε δράσης για τα ΑΜΕΑ, τις βασικές αρχές της ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ, ΕΝΤΑΞΗΣ, ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ και ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ.

Σύμφωνα μ' αυτές τις αρχές θα πρέπει να εξασφαλιστεί η πλήρης συμμετοχή των αναπήρων ατόμων και των οργανώσεών τους σε όλες τις αποφάσεις και δράσεις που τ' αφορούν. Τ' ανάπηρα άτομα θα πρέπει να επωφελούνται απ' 'όλες τις υπηρεσίες των οποίων η αποκέντρωση θα επιτρέψει ώστε οι ανάγκες τους να ληφθούν υπόψη και να ικανοποιηθούν μέσα στα πλαίσια της κοινότητας τους.

Κάθε ανάπηρο άτομο πρέπει να μπορεί να εξασκεί το βασικό του δικαίωμα πρόσβασης στην εκπαίδευση, την επαγγελματική επιμόρφωση, την κουλτούρα και την πληροφόρηση(άρθρο1). Για την εκπαίδευση και την κατάρτισή τους θα πρέπει να παρέχονται στ' ανάπηρα άτομα οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός που είναι αναγκαία(άρθρο11), να ενισχυθεί η έρευνα που αφορά την ανάπτυξη γνώσεων και να προσαρμοστεί η σύγχρονη τεχνολογία στις ανάγκες των αναπήρων.

Το επιδοματική πολιτική και η ιδρυματική περίθαλψη και αντιμετώπιση των ΑΜΕΑ θα υπάρξει σαν ο μοναδικός σχεδόν τρόπος κάλυψης αναγκών από τις εκάστοτε κυβερνήσεις είναι σαφές. Επιπλέον κρίνουμε τις υπηρεσίες πρόνοιας για ΑΜΕΑ:

- 1)ποιοτικά χαμηλού επιπέδου και ποσοτικά ανεπαρκείς
- 2)μη αποκεντρωμένες άρα και απρόσιτες
- 3)χωρίς ευελιξία ώστε να προσαρμόζονται στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες

*Καταθέτοντας την εμπειρία μας και συσχετίζοντας την με τα δικαιώματα των αναπήρων θα μπορούσαμε ν' αναφερθούμε:*

### ***Κοινωνική προκατάληψη***

*Η κοινωνική προκατάληψη αποτελεί τροχοπέδη στην αναγνώριση του δικαιώματος στη ζωή. Αυτή εκφράζεται κυρίως με απόρριψη, απομόνωση, επιθετικότητα. Ο κοινωνικός ρατσισμός, οι προκαταλήψεις, η βία και οι «ειδικές» θεραπευτικές συνθήκες συνθέτουν και αναπαράγουν ένα εχθρικό κοινωνικό περιβάλλον, που δεν ανέχεται την ύπαρξη των αναπήρων και τους εξορίζει στην απομόνωση του κοινωνικού περιθωρίου, των απροσπέλαστων πόλεων και των ολοκληρωτικών ιδρυμάτων.*

*Σαν επαγγελματίες έχουμε την υποχρέωση να παρέμβουμε ώστε και οι ίδιοι οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες ν' αντισταθούν σε κάθε που τους χρεώνει αυθαίρετα το στίγμα του αρρώστου, του ανίκανου, του επικίνδυνου και τους αντιμετωπίζει αναλόγως στην απομόνωση των ειδικών ιδρυμάτων, ασύλων, «σχολείων».*

### ***Πρόληψη αναπηριών***

*Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδουμε στις αναπηρίες που προέρχονται από ατυχήματα, κυρίως τροχαία και θεωρούμε ότι η παντελής έλλειψη κοινωνικής πολιτικής έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας των αναπηριών με συνέπεια την καταστρατήγηση του άρθρου7 της διακήρυξης περί μείωσης συχνότητας αναπηριών. Θεωρούμε απαραίτητο να επισημάνουμε ότι τα μέτρα πρόληψης απεικονίζουν και το ενδιαφέρον της πολιτείας για την ποιότητα ζωής των πολιτών, δευτερευόντως κοστίζουν πολύ λιγότερο.*

Σκεφτείτε πόσα κέντρα αποκατάστασης υπολείπονται για να καλύψουν τις ανάγκες κινητικά αναπήρων(παραπληγικών-τετραπληγικών).

### **Εκπαίδευση**

Μέχρι πριν μια δεκαετία η ειδική αγωγή στην Ελλάδα λειτουργούσε στα πλαίσια της ιδ. πρωτοβουλίας και φιλανθρωπίας. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν τα ειδικά σχολεία που με τον(ν. 1566/85)κατοχυρώθηκαν και νομοθετικά. Αυτό όμως, ακόμα και αν οι προθέσεις της πολιτείας ήταν οι καλύτερες είχε σαν αποτέλεσμα των ΑΜΕΑ και όχι την κοινωνική ένταξη. Τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν το δικαίωμα να μην υφίστανται την τυποποίηση της διαφοράς τους, έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε προσπελάσιμη για τις ικανότητές τους εκπαίδευση στα συνηθισμένα εκπαιδευτήρια.

### **Αποκατάσταση-Υγεία**

Οι άνθρωποι με αναπηρίες, μέσα από ένα επαρκές και σύγχρονο πλέγμα υπηρεσιών έχουν δικαίωμα να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή ικανότητα για να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες που έχουν απομείνει, να εκπαιδευτούν στις νέες συνθήκες ζωής μαζί με τις αναπηρίες τους, ώστε να συμμετέχουν σε όλες(ή σχεδόν όλες)τις κοινωνικές και παραγωγικές διαδικασίες.

Η επιλογή συνθηκών και όρων νοσηλείας για μεγάλες ομάδες αναπήρων(παραπληγικών-κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων)είναι πολύ περιορισμένη.

## **Εργασία**

*Το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνεται με το δικαίωμα στην εργασία. Μ' αυτήν μπορεί να εξασφαλιστεί με ποιοτικά ανάλογη ζωή μ' αυτή των εργαζομένων στην ίδια εργασία και βέβαια μέσα από τη δουλειά νιώθουν ότι μπορούν ν' αποδείξουν την αξία τους.*

*Ένα από τα σοβαρότερα εμπόδια πολύ χαμηλού ποσοστού επαγγελματικής αποκατάστασης θεωρούμε την ανεπάρκεια του συστήματος επαγγελματικής κατάρτισης. Στον τομέα αυτό παρατηρούμε έλλειψη σαφούς προγραμματισμού και συγκεκριμένων στόχων.*

*Υπάρχει ένα συννοθύλευμα νέων και παραδοσιακών επαγγελματιών-ταχύρυθμων και κυρίως μακροχρόνιων καταρτίσεων τελείως ξεκομμένων από την αγορά εργασίας με ελλιπή ή ξεπερασμένο τεχνικό εξοπλισμό.*

*Σ' αυτές φοιτούν άτομα με ειδ. ανάγκες, ανάγκες που η τοποθέτησή τους εκε έγινε με κριτήρια που φανερώνουν στενότητα επιλογών ή μ' άλλα λόγια «αυτά έχουμε, αυτά κάνουμε, είτε είναι σωστά είτε όχι». Η επιλογή, η κατάρτιση, η επαγγελματική αποκατάσταση λειτουργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους και δεν συνδέονται επιστημονικά και ενιαία ώστε να έχουμε θετικά αποτελέσματα. Παρ' όλο που το όλο σύστημα επιδοτείται οικονομικά από την ΕΟΚ δεν έχει συμβεί το πολύ απλό και πολύ βασικό, η μελέτη και επιλογή των ειδικοτήτων, στις οποίες το ΑΜΕΑ θα μπορούν ν' αποδώσουν τα μέγιστα ώστε ισότιμα να διεκδικήσουν μια θέση εργασίας. Η ύπαρξη του νομ. 1648/89 για την επαγγελματική αποκατάσταση κρίνεται θετική, παρ' 'τι συχνά καταστρατηγείται.*

## **Κοινωνικό περιβάλλον**

*Οι ελληνικές πόλεις με επικεφαλής την Αθήνα είναι απροσπέλαστες στις περιορισμένες ικανότητες των ανθρώπων με αναπηρίες. Μόνο ένα μουσείο*

της Αθήνας είναι προσβάσιμο για αναπηρικό αμαξίδιο, τα υπόλοιπα διαθέτουν από μέτρια ως κακή πρόσβαση. Τα ειδικά λεωφορεία ΕΑΣ δεν χρησιμοποιούνται από ΑΜΕΑ, λόγω γραφειοκρατικών δυσκολιών. Όσον αφορά την απόκτηση στέγης δίνονται στεγαστικά δάνεια για απροσπέλαστα διαμερίσματα. Όλοι οι άνθρωποι με αναπηρίες έχουν το δικαίωμα να ζουν σε σπίτι, ειδικά σχεδιασμένο και εξοπλισμένο, ώστε να μπορούν να ζουν ανεξάρτητοι και έξω από τα ιδρύματα που πολλές φορές παραπέμπουμε μη έχοντας άλλη λύση.

Κλείνοντας τη σύντομη περιγραφή της σημερινής κατάστασης σε βασικούς τομείς παραβιάσεις δικαιωμάτων αναπήρων, νοιώθουμε την υποχρέωση να προτείνουμε ίσως χλιοειπωμένες αλλά ανεκπλήρωτες λύσεις.

Βασική για μας είναι η συνειδητοποίηση των προβλημάτων από τα ίδια τα ΑΜΕΑ και τις οικογένειές τους, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο και η υποχρέωσή τους για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων.

Ο αναπροσανατολισμός και η αναβάθμιση της κοινωνικής πολιτικής για ΑΜΕΑ αποτελούν για μας κρίσιμη προτεραιότητα.

Μέσα από ένα πλέγμα συγχρόνων και αποτελεσματικών προγραμμάτων και υπηρεσιών, πρέπει να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις για την ολόπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας και των ικανοτήτων τους.

Κύριες κατευθύνσεις ενός θεσμικού πλαισίου που να κατοχυρώνει νομοθετικά και ουσιαστικά τα δικαιώματα, πιστεύουμε ότι πρέπει να είναι η απόϊδρυματοποίηση- αποκέντρωση- κοινοτική φροντίδα μέσα από τα προγράμματα που κυρίως υλοποιεί η Τ. Α, οργανώσεις αναπήρων και φυσικά το κράτος. »



## **Εισαγωγικά:**

Παλαιότερα, η έννοια «θύμα»ερμηνευόταν στενά, περιορίζοντας την στο πρόσωπο του νεκρού ή του σοβαρά τραυματισμένου εξαιτίας του τροχαίου. Η μελέτη των δευτερογενών επιπτώσεων των τροχαίων ατυχημάτων τα τελευταία χρόνια έδειξε ότι στην ευρύτερη έννοια του θύματος περιλαμβάνονται περισσότερα πρόσωπα που βρίσκονται τόσο στον άμεσο περίγυρο του θανόντος ή του σοβαρά τραυματισμένου, όσο και μεταξύ όσων εμπλέκονται και παρεμβαίνουν ή παρίστανται σε κάποια φάση του περιστατικού, άμεση ή μεταγενέστερη.

Σχηματικά, με βάση τη διευρυμένη έννοια του θύματος, τρεις είναι οι ομάδες αυτών που μπορεί να χρειαστούν υποστήριξη:

- Η πενθούσα οικογένεια, φίλοι και αγαπημένοι του θανόντος
- Οι μάρτυρες του ατυχήματος, άλλοι οδηγοί ή τραυματισμένοι συνεπιβαίνοντες
- Το προσωπικό της αστυνομίας, της πυροσβεστικής και των ασθενοφόρων.

Το κύριο έργο της οργανωμένης υποστήριξης πρέπει να διοχετευτεί ως προς την πρώτη ομάδα ανθρώπων που παρουσιάζει και τις μεγαλύτερες ανάγκες. Οι φορείς που παρέχουν υποστήριξη μπορούν επίσης να αφιερώσουν λίγο χρόνο για την υποστήριξη(συναισθηματική και πρακτική) των ατόμων της δεύτερης ομάδας, δηλαδή όσων είχαν την τραυματική εμπειρία να βιώσουν το εφιαλτικό σκηνικό του ατυχήματος.  
(Θεοδώρου Κ. Β. Αθήνα 2004)

***Σημείωση:** Πριν ακολουθήσει η διεξοδική ανάλυση των συνεπειών των τροχαίων ατυχημάτων στην οικογένεια σκόπιμοι και αναγκαίοι για την κατανόηση της θα ήταν οι παρακάτω ορισμοί:*

### **Ορισμός οικογένειας**

Η οικογένεια είναι μια μορφολειτουργική ομάδα του κοινωνικού συστήματος, αυτόνομη, αποτελούμενη από μέλη που συνδέονται μεταξύ τους με βιολογικούς δεσμούς ή όπως ορίζουν οι νόμοι, που κατοικούν στο ίδιο σπίτι ή αλλού (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

### **Ορισμός της Ποιότητας ζωής της Οικογένειας**

Η ποιότητα ζωής της οικογένειας χαρακτηρίζεται από την δυνατότητα: Δημιουργίας, ανάπτυξης, Διαβίωσης, Εργασίας, Σχεδιασμού, Προσδοκίας, Διαπαιδαγώγησης, Διασκέδασης, Αγάπης, Έρωτα των μελών της, στα πλαίσια της συμμετοχής της στη διαμόρφωση του γενικού περιβάλλοντος με τις πολιτισμικές του ιδιαιτερότητες στην πορεία εξέλιξης των μελών της.

Η οικογένεια προστατεύει την σωματική- ψυχική- κοινωνική ευεξία της. Καλλιεργεί και συμμετέχει τόσο στη δημιουργία όσο και στην προάσπιση των γενικών ηθικών αξιών και πεποιθήσεων της μαζί με τις άλλες οικογένειες. (Κατόγλου Χ. , Ιωάννινα 2000)

### **Ορισμός υγείας**

Υγεία ορίζεται ως η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Ο ορισμός έγινε αποδεκτός κατά την ίδρυση του Οργανισμού (Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α) το 1948 από όλα τα κράτη που ήταν μέλη του και αναφέρεται και αναφέρεται και στον πρόλογο του καταστατικού της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Έχει διαχρονική αξία η ολιστική άποψη για την υγεία, παρέχοντας την δυνατότητα σε όλους τους παράγοντες που την καθορίζουν να έχουν εξίσου σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου και της ποιότητάς της.

### **7. 7. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Το 72% των συγγενών των θανόντων έως και 3 χρόνια μετά το ατύχημα χάνει το ενδιαφέρον του για τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως η εργασία, οι δουλειές του σπιτιού, το διάβασμα και αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα. Το 37% των συγγενών σκέφτεται την αυτοκτονία. Το 78% των συγγενών των θυμάτων αναπτύσσει αίσθημα θυμού. Το 71% των συγγενών αναπτύσσει μνησικακία. Το 50% καταναλώνει περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα και αλκοόλ. Το 70% των συγγενών παρουσιάζει δυσκολίες στην οδήγηση. Το 49% χάνει γενικά την αυτοπεποίθησή του. Το 46% εμφανίζει Κατάθλιψη. Το 27% εμφανίζει φοβίες και το 35% εμφανίζει διαταραχές πρόσληψης τροφής. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προσδιορίσει εννοιολογικά την ποιότητα ζωής ως «την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών όπου ζει και σε σχέση με τους στόχους του, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του».

Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με ένα σύνθετο τρόπο από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το

επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με περίοπτα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος.

Βασική προϋπόθεση για την κατανόηση των συνεπειών που έχει το τροχαίο ατύχημα στο θύμα και την οικογένειά του, είναι αποδοχή του ότι, ο άνθρωπος θεωρείται ως μια βιολογική-ψυχολογική και κοινωνική οντότητα μορφολογικά ενιαία και λειτουργικά αυτόνομη.

Παρατηρώντας τις αιφνίδιες αλλαγές στη ζωή του ανθρώπου, όπως διάφορες παθολογικές καταστάσεις ή προβλήματα που προέρχονται από τραυματισμούς, δεν μπορούμε ν' απομονώσουμε και να καταγράψουμε μόνο της σωματικές βλάβες, χωρίς να μελετήσουμε ταυτόχρονα τις συνέπειες που υφίστανται ο Νους του τραυματία, καθώς επίσης και τις κοινωνικές συνέπειες που ακολουθούν, τόσο στον ίδιο τον τραυματία όσο και στην οικογένειά του. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Ο άνθρωπος δεν ζει μόνος του στο οικοσύστημα. Γεννιέται, μεγαλώνει, ζει δημιουργεί και πεθαίνει μέσα στην οικογένεια του. Η οικογένεια είναι τμήμα του κοινωνικού συστήματος που περιλαμβάνει μικρότερα μέρη, τα οποία αποκαλούμε «υποσυστήματα». Αυτά είναι τα μέλη της οικογένειας και οι μεταξύ τους σχέσεις. Η οικογένεια λοιπόν ως σύστημα έχει τα όριά της που την διαχωρίζουν τόσο από τις άλλες οικογένειες όσο και από το υπόλοιπο κοινωνικό σύστημα που την περιβάλλει. Ταυτόχρονα μέσα απ' αυτά τα όρια σταθμίζεται και ο τρόπος, με τον οποίο ενώνεται με τις άλλες οικογένειες. Έτσι ελέγχει τη σχέση της με το κοινωνικό περιβάλλον, καθορίζεται αυτόματα η λειτουργικότητά της και έτσι προασπίζεται η ποιότητα ζωής. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Η οικογένεια κινδυνεύει να χάσει τη λειτουργικότητά της όταν οι απαιτήσεις υγείας του τραυματία μέλους της είναι τόσο πολλές, ποικίλες και εξειδικευμένες που η ικανότητα διασφάλισης των ορίων της είναι ανέφικτη. Οι αιφνίδιες μεταβολές όπως π. χ. το τροχαίο ατύχημα ή

άλλες ασθένειες την οδηγούν αναπόφευκτα σε συρρίκνωση της λειτουργικότητάς της και απώλεια της αυτονομίας της καθώς και της ποιότητας ζωής. Τότε λοιπόν η επιβίωση της εξαρτάται από την υποστήριξη άλλων ατόμων ή άλλης οικογένειας ή και άλλων υποστηρικτικών συστημάτων, ικανών να βοηθήσουν την οικογένεια να διατρέξει την μικρή ή μεγάλη περίοδο της κρίσης της με επιτυχία μέχρι να καταφέρει να λειτουργεί αυτόνομα.

Παρόλο ότι η Ποιότητα Ζωής(Quality of Life Q. O. L)ως έννοια, εμφανίστηκε για πρώτη φορά πριν από δυο δεκαετίες, δεν έχει καθιερωθεί ακόμη ως ενιαίος τρόπος προσέγγισης των συνεπειών που προέρχονται από την διαταραχή της. Είναι λίγες οι ερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει για την Ποιότητα Ζωής του τραυματία.

Η Ποιότητα Ζωής εμπεριέχει την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου. Εμπεριέχει το αίσθημα γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα γενικής ευεξίας, τα οποία καταλήγουν να είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για την εκτίμηση της πορείας της αξιολόγησης της ίδιας της Ποιότητας Ζωής, όπως και το βασικό κριτήριο εκτίμησης της εξέλιξης του θεραπευτικού σχεδιασμού για την αποκατάσταση της βλάβης της. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Η Ποιότητα Ζωής της Οικογένειας(Quality of Life in Family Q. O. L in F)εμπεριέχει αντίστοιχα την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας των μελών της οικογένειας που είναι μια διάχυτη αίσθηση στα μέλη και διαφαίνεται στο είδος και στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων τους.

Εμπεριέχει αντικειμενικούς δείκτες όπως στα επαγγελματικά θέματα, την ικανότητα εργασίας, την λειτουργικότητα στην κοινωνία, μεταβολές στο εισόδημα, στην παραγωγικότητα, στην απώλεια ημερών εργασίας, στεγαστικά θέματα και άλλα.

Η Ποιότητα Ζωής της Οικογένειας(Q. O. L in F)περικλείει τους αντίστοιχους δείκτες για καθένα μέλος της οικογένειας και την διαντίδραση τους στον καθορισμό των αντίστοιχων παραμέτρων της ποιότητας ζωής. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Απέναντι από την προσέγγιση της Ποιότητας Ζωής της Οικογένειας(Q. O. L in F)υπάρχει η παλιά μέθοδος εκτίμησης και αξιολόγησης των συνεπειών του θύματος που αναφέρεται στις παραδοσιακές μετρήσεις της αναπηρίας.

Αυτές εμπεριέχουν τον εντοπισμό της βλάβης:όπως βλάβη σε όργανα π. χ. πληννεκτομή, μετατραυματική ουλή στο πρόσωπο, ακρωτηριασμός ή βλάβη συστήματος οργάνων. Εμπεριέχει την ανικανότητα:όπως μερική ή ολική ανικανότητα στο άτομο και σε μειονεκτήματα:όπως μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Έτσι εμφανίζεται σημαντική αλληλοκάλυψη μεταξύ των μετρήσεων των επιμέρους βλαβών της ανικανότητας και των μειονεκτημάτων , με συνέπεια να μην είναι κοντά στην δυνατότητα ορθής αξιολόγησης και δίκαιης αποζημίωσης, σε περίπτωση υπαιτιότητας άλλου ατόμου.

Σημαντική παράμετρος στην Ποιότητα Ζωής της Οικογένειας είναι ο καθορισμός των παραγόντων εκείνων που μπορούν να προβλέψουν την πορεία και την εξέλιξη της, εφόσον έχει υποστεί αιφνίδιες βλάβες από κακώσεις υψηλής ενέργειας.

Αυτοί οι παράγοντες πρόβλεψης πρέπει να μπορούν να προσεγγίσουν με πιο αξιόπιστο τρόπο, την πορεία και την εξέλιξη των σωματικών βλαβών, με την καθιέρωση συγκεκριμένων δεικτών πρόβλεψης της κλινικής κατάστασης, της ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας αντίστοιχα.

## **7. 8. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΓΥΡΟΥ**

Ο αναπάντεχος θάνατος από οδικό ατύχημα ανατρέπει τη μέχρι τότε οικογενειακή γαλήνη και ισορροπία, καταρρακώνει το ηθικό των συγγενών και τους γεμίζει έντονα συναισθήματα όπως:

- Σοκ
- Πανικός
- Παράλογες αντιδράσεις
- Άρνηση Παραδοχής της Πραγματικότητας
- Μούδιασμα
- Θυμός
- Κατάθλιψη
- Δυσπιστία
- Φόβος
- Σύγχυση
- Ενοχές
- Αυτοκτονικές Τάσεις

Ένα άλλο συναίσθημα είναι το άδικο(γιατί να τύχει σ' εμένα).

Μέσα σ' αυτό το κλίμα, με το μυαλό σκοτισμένο από τον έντονο και ξαφνικό πόνο, οι θρηνούντες για την βίαιη απώλεια του δικού τους ανθρώπου κυριαρχούνται από σύγχυση και αδυνατούν να αυτενεργήσουν. Χρειάζονται ακόμη και για τη διεκπεραίωση και των πιο απλών πραγμάτων, βοήθεια και καθοδήγηση.

Οι ανάγκες των θυμάτων στο στάδιο αυτό μπορούν να συνοψισθούν σε τρεις κατηγορίες:

- Ανάγκη για πληροφόρηση
- Ανάγκη για συναισθηματική Υποστήριξη
- Ανάγκη για Πρακτική Βοήθεια(Θεοδώρου Κ. Β, Αθήνα 2004)

### **7. 9. ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ Η ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ**

Ένα σύστημα υποστήριξης των οικογενειών των θυμάτων πρέπει να Περιλαμβάνει τους θεσμικούς φορείς που επαναλαμβάνονται του ατυχήματος(αστυνομία, πυροσβεστική, διασώστες, πληρώματα ασθενοφόρων, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των Επειγόντων, των Μονάδων Εντατικής Θεραπεία και των Κλινικών, τις Υπηρεσίες Πρόνοιας), καθώς και τις εθελοντικές οργανώσεις και τις ομάδες αυτοβοήθειας.

Σκοπός όλων των παραπάνω πρέπει να είναι η μεγαλύτερη δυνατή μείωση του ψυχικού τραύματος που υπέστη η οικογένεια από τον θάνατο ή τον σοβαρό τραυματισμό ενός μέλους της.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί:

- Με την αντιμετώπιση των παθόντων με συμπάθεια, ευγένεια και επαγγελματισμό
- Με την ικανοποίηση των άμεσων αναγκών των οικογενειών
- Με την αξιόπιστη πληροφόρηση σε όλες τις φάσεις.

Οι εκπρόσωποι των θεσμικών φορέων(αστυνομικοί, πληρώματα ασθενοφόρων, γιατροί, νοσηλευτές)με σοβαρότητα και επαγγελματισμό θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι από την εκπαίδευση τους να αντιμετωπίσουν τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας που υπέστη το πλήγμα. (Θεοδώρου Κ. Β, Αθήνα 2004)



Τα μέλη των εθελοντικών οργανώσεων και των ομάδων αυτοβοήθειας μπορούν διαθέτοντας περισσότερο χρόνο να συντροφεύσουν τους πενθούντες και τους στηρίζουν συναισθηματικά και πρακτικά.

### **7. 10. Η Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ**

Η Εταιρία Υποστήριξης Θυμάτων Τροχαίων Ατυχημάτων είναι ένας μη κερδοσκοπικός, μη κυβερνητικός οργανισμός που ιδρύθηκε πρόσφατα (το Γενάρη του 1997) από μια ομάδα πρωτοβουλίας (επιστήμονες από διάφορους χώρους θύματα και συγγενείς θυμάτων αλλά και απλώς ενδιαφερόμενα πρόσωπα).

*Σκοποί της Εταιρίας είναι:*

- 1) Η υποστήριξη των θυμάτων** από ομάδα συμβούλων (νομικών, ιατρών, μηχανολόγων, ειδικών εμπειρογνομόνων και ψυχολόγων). Η ανάπτυξη αλληλεγγύης μεταξύ των θυμάτων (ηθική υποστήριξη). Η ανάληψη κοινής προσπάθειας για την προστασία των ιδιαίτερα ευάλωτων ηλικιών (παιδιών-ηλικιωμένων)
  
- 2) Η οργανωμένη παρέμβαση** και η κοινωνική πίεση προς τους φορείς της πολιτείας για τη βελτίωση της οδικής ασφάλειας και τον περιορισμό των θυμάτων.

Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε μια έντονη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι υπάρχουν σοβαρές δευτερογενείς συνέπειες, οι οποίες πλήττουν τις οικογένειες των θυμάτων που έχασαν ένα πρόσωπο σε ένα τροχαίο ατύχημα, αλλά και τα ίδια τα θύματα που επιζούν και τους συγγενείς τους. Αυτό έδωσε ώθηση στη δραστηριοποίηση πολιτών, για τη συγκρότηση οργανισμών υποστήριξης των θυμάτων και των οικογενειών τους σε όλη την Ευρώπη.

Δημιουργήθηκαν έτσι, πάνω από 25 μη Κυβερνητικοί, μη κερδοσκοπικοί Οργανισμοί υποστήριξης των θυμάτων των τροχαίων ατυχημάτων, οι οποίοι αποτέλεσαν την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία για τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων, την F. E. V. R (Federation Europeene des Victimes de la Route).

Ας δούμε όμως τα αρνητικά δεδομένα. Κάθε χρόνο, στην Ευρώπη, προστίθενται 50. 000 νεκροί και 150. 000 ανάπηροι απ; ο τροχαία ατυχήματα. Αυτό σημαίνει 200. 000 νέες οικογένειες κάθε χρόνο, οι οποίες υποφέρουν από τις συνέπειες της απώλειας ή της αναπηρίας ενός προσώπου που ζει μέσα στην οικογένεια. Μέχρι τώρα η κατηγορία αυτών των ανθρώπων, έχει φτάσει τον αριθμό 6. 000. 000 στην Ευρώπη και 100. 000. 000 σε όλο τον κόσμο.

Το 1992, η Κομισιόν (Ευρωπαϊκή Επιτροπή), ανέθεσε στην FEVR (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία για τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων), τη διεξαγωγή έρευνας πάνω στις λεπτομερείς συνέπειες των τροχαίων ατυχημάτων στην οικογένεια και τη λεπτομερή καταγραφή τους. Στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 10. 000 οικογένειες, σε 9 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πήραν μέρος 116 Οργανισμοί. Απαντήθηκε και θεωρήθηκε ότι εκπλήρωνε τις προδιαγραφές της έρευνας, ένα ποσοστό γύρω στα 20% από τα ερωτηματολόγια που στάλθηκαν και οι εξετασθέντες ήταν τελικά 1364.

Αναζητήθηκαν πληροφορίες, σχετικά με τους παρακάτω παράγοντες, δηλαδή την άμεση υποστήριξη και πληροφόρηση κατά το ατύχημα, τις ποινικές διαδικασίες που ακολουθούν την ασφάλεια και τις αστικές διαδικασίες, την ιατρική φροντίδα στο θύμα, τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο επάγγελμα. Τα αποτελέσματα που αποτυπώθηκαν μέσα από την έρευνα σχολιάζονται παρακάτω.

Το εντυπωσιακό είναι ότι, οι συγγενείς των θανόντων και οι συγγενείς των ανάπηρων φαίνονται να έχουν εντονότερα σωματικά προβλήματα από τα ίδια τα θύματα που επιζούν. Από τους ανάπηρους δηλαδή. Συμπτώματα σωματικά είναι διαταραχές του ύπνου, κεφαλαλγίες, αγωνιώδεις εφιάλτες και προβλήματα γενικής υγείας.

Ψυχολογικές επιπτώσεις είναι η αδιαφορία για τις συνήθειες ασχολίες, η αδυναμία οδήγησης, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, οι αγχώδεις κρίσεις, οι τάσεις αυτοκτονιών, η κατάθλιψη, η φοβία, διαταραχές της διατροφής, θυμός, μνησικακία, πικρία.

Τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά και φτάνουν το 60% περίπου μεταξύ των εξετασθέντων. Είναι φυσικό, η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων να οδηγεί μοιραία στην κατανάλωση ψυχοτρόπων φαρμάκων και ουσιών. Και πράγματι, ηρεμιστικά, υπνωτικά, καπνός, αλκοόλ και άλλες ουσίες αναφέρονται ότι είτε άρχισαν στο ατύχημα είτε αυξήθηκαν σε κατανάλωση μετά από το τροχαίο ατύχημα, το οποίο δημιούργησε ένα θύμα στην οικογένεια.

Προβλήματα σχέσεων, προβλήματα επικοινωνίας, χωρισμοί ζευγαριών, τα παιδιά μένουν πίσω στο σχολείο, τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι, το ζευγάρι αλλάζει κατοικία. Είναι προβλήματα σχέσεων, τα οποία παρατηρήθηκαν στην έρευνα σε υψηλά ποσοστά, μέχρι και 60% στους συγγενείς θανόντων και σε ένα μικρότερο ποσοστό στους συγγενείς αναπήρων και στους ίδιους τους ανάπηρους. Η ικανότητα απόλαυσης της ζωής όπως πριν, είναι κάτι το οποίο βέβαια μειώνεται

δραματικά, σε ποσοστά που φτάνουν και το 90%. Σχέδια για το μέλλον παύουν να κάνουν οι συγγενείς θανόντων, ανάπηρων ή οι ίδιοι οι ανάπηροι, σε ένα υψηλό ποσοστό το οποίο υπερβαίνει και το 50%.

Η κρίση των εξετασθέντων στην έρευνα της FEVR συγγενών των θανόντων ή των ανάπηρων ή και των ίδιων των ανάπηρων, ως προς το δίκαιο της ποινής που επεβλήθη στον δράστη του ατυχήματος είναι πραγματικά πολύ αυστηρή και η δυσαρέσκεια είναι μεγάλη και ιδιαίτερα στη Γερμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, που φτάνει μέχρι το 100% των συμμετασχόντων, στην έρευνα, οι οποίοι θεωρούν ότι η ποινή ήταν άδικη.

Τα αριθμητικά δεδομένα είναι δυσαρέσκεια και άρνηση στο ερώτημα αν η ποινή ήταν δίκαιη σε ποσοστό 100% στη Γερμανία, 100% στο Ηνωμένο Βασίλειο, που αντιστοιχούν στις οικογένειες των θυμάτων που έχασαν ένα πρόσωπο και στις οικογένειες που έχουν έναν ανάπηρο ή από τους ίδιους τους ανάπηρους. Η Ιταλία είναι η χώρα που δίνει ένα ποσοστό πολύ χαμηλότερο. Υπάρχει μια αποδοχή στο 50% περίπου της επιβληθείσας ποινής. Η χρονική διάρκεια των δικαστικών διαδικασιών είναι κάτι που επίσης, τέθηκε σαν ερώτημα, μέσα στην έρευνα και το μήκος των διαδικασιών, πραγματικά μας εντυπωσιάζει, ιδιαίτερα στη Γερμανία όπου η διάρκεια ολοκλήρωσης μιας δικαστικής διαδικασίας, που αφορά συγγενείς αναπήρων ή τους ανάπηρους τους ίδιους, φτάνει τα 6, 2 χρόνια, με καλύτερο χρόνο στην Ελβετία 1, 7 χρόνια για τις οικογένειες των φονευθέντων. Μέσος όρος στην Ευρώπη 2, 7 για τους θανόντες και 4 χρόνια μέσος όρος στην Ευρώπη για τους συγγενείς αναπήρων και τους ίδιους τους ανάπηρους.

Στο ερώτημα εάν αποδόθηκε οικονομική δικαιοσύνη οι περισσότερες χώρες απαντούν σε μεγάλο ποσοστό «όχι». Το ερώτημα επίσης, εάν εκφράζεται ικανοποίηση από την προσφερθείσα αποζημίωση,

απαντιέται αρνητικά από το 80% περίπου των περιπτώσεων και στις δυο κατηγορίες.

Υπήρξε ένα ερώτημα, εάν θεωρήθηκε απαραίτητος ο διορισμός δικηγόρου. Και σε αυτό είναι συντριπτική η απάντηση. Σε ένα ποσοστό 97% θεωρούν χρήσιμη την προσφυγή σε ένα δικηγόρο, για την υποστήριξη των δικαιωμάτων τους. Δεν προσέφυγαν στο δικαστήριο για τρεις λόγους, ένα μέρος από τους εξετασθέντες. Οι λόγοι ήταν: Μη ευνοϊκός νόμος το 37% των περιπτώσεων, ένταση και στρες στο 37% των περιπτώσεων και μη προσιτή αμοιβή δικηγόρου στο 33% των περιπτώσεων. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

### **Συμπεράσματα**

Από το σύνολο της έρευνας και από τη διατύπωση και των υπόλοιπων ερωτημάτων βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα:

**Τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων και οι συγγενείς τους υφίστανται μόνιμες βλάβες, όπως και τα άλλα θύματα βίας και ανθρωποκτονιών.**

Το κοινωνικοοικονομικό κόστος της ανθρώπινης ζωής, εκτιμάται σήμερα στην Ευρώπη σε 1. 000. 000 ECU περίπου. Κι αυτό για να μπορέσει να υπολογισθεί το συνολικό κοινωνικοοικονομικό κόστος, το οποίο φτάνει τα 250 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Κατά μια τραγική ειρωνεία, αυτό είναι το κόστος της κατασκευής συνολικά όλων των αυτοκινήτων Ευρωπαϊκής παραγωγής. Στην ίδια έρευνα Ευρωπαϊκών Πανεπιστημίων που καθόρισαν το συνολικό κοινωνικοοικονομικό κόστος, διατυπώνεται η άποψη ότι, σύμφωνα με τους υπολογισμούς, η επένδυση 1. 000. 000 δολαρίων στην οδική ασφάλεια, θα μπορούσε να έχει αποφυγή κοινωνικοοικονομικού

κόστους μεταξύ 10 και 100 εκ. δολαρίων. **Η αποδοτικότητα δηλαδή της επένδυσης στην οδική ασφάλεια είναι 10 έως 100 φορές μεγαλύτερη από το ύψος των κονδυλίων που διατίθενται γι' αυτήν.**

Ένα συμπέρασμα, το οποίο πλέον έχει γίνει πλήρως αποδεκτό είναι ότι με εξαίρεση ελάχιστα πραγματικά ατυχήματα, **η πλειονότητα των επεισοδίων στην ασφάλτο, είναι αποτέλεσμα παράνομων ενεργειών και αποτελεί συνέπεια της συμπεριφοράς του οδηγού.**

Πρέπει λοιπόν, να δοθεί τέλος στην επικίνδυνη οδήγηση, η οποία πρέπει να στιγματιστεί ως μια κοινωνική συμπεριφορά **απαράδεκτη**, όπως είναι όλες οι άλλες εγκληματικές πράξεις και αυτό είναι πολύ πιθανόν, ότι θα βάλει τέλος στους θανάτους που μπορεί να προληφθούν.

### **7. 11. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

Οι πρώτοι βασικοί στόχοι της Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α είναι:

1. Το άτομο που βιώνει την κρίση να κάνει ενέργειες που να στοχεύουν στο να γίνει το αίσθημα της δυσφορίας ανεκτό.
2. Να βοηθηθεί το θύμα ώστε να επαναφέρει την συναισθηματική/ ψυχική του κατάσταση όσο το δυνατό πιο κοντά στο προηγούμενο επίπεδο ισορροπίας.
3. Να εκπαιδευτεί το άτομο που βιώνει την κρίση, έτσι ώστε να είναι σε θέση να κάνει επιλογές με στόχο την οικονομία σωματικής και ψυχικής υγείας, αποφεύγοντας ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και επιβλαβείς συμπεριφορές.
4. Με το πέρας της κρίσης να ωφεληθεί το άτομο και η οικογένεια του, με την έννοια ότι μπορεί να αισθανθούνε ασφαλείς γνωρίζοντας τα όρια τους, τόσο όσο αφορά την σωματική ικανότητα

όσο και την ψυχική. Έτσι το άτομο επιλέγει προσαρμοστικές συμπεριφορές που του εξασφαλίζουν το αίσθημα της ικανότητας για συνέχιση της ζωής.

Αν το άτομο κάνει επιλογές που δεν έχουν στόχο την οικονομία σωματικής/ ψυχικής υγείας, τότε εμφανίζονται δυσπροσαρμοστικές καταστάσεις όπου η ψυχική δυσφορία εμφανίζεται με μεγαλύτερη ένταση. (Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

Η κρίση γίνεται πιο βαθιά και βαθμιαία μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Αυτή η κατάσταση μπορεί να παραμείνει και να προκαλέσει την απώλεια της λειτουργικότητας και της αυτονομίας, την εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών ή ακόμη καταστροφικές καταστάσεις όπως ψυχικός μαρασμός, απελπισία, αυτοκαταστροφικές σκέψεις και αυτοκτονία.

Η κρίση μπορεί να διαρκέσει από μερικές ώρες έως εβδομάδες ή και μήνες. Μετά την πάροδο του συναγερμού και της προσαρμογής κινητοποιούνται μηχανισμοί αποκατάστασης του προβλήματος και στη συνέχεια επανέρχεται η ικανότητα.

Η εξέλιξη λοιπόν της ψυχικής δυσφορίας εξαρτάται από το κατά πόσον οι επιλογές του ατόμου για τη διαχείριση της κατάστασης του μέσω των βιωμάτων, είναι προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές και στοχεύουν στη μείωση της έντασης της ψυχικής δυσφορίας.

Η λύση με θετική εξέλιξη έχει αντίστοιχα και θετική επιρροή στη συνέχιση της ζωής του ατόμου. Έτσι το άτομο που κατάφερε να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά τις δικές του ψυχικές εφεδρείες, μόνο του ή με τη βοήθεια άλλου, δεν μαθαίνει μόνο την αντιμετώπιση της παρούσας κρίσης, αλλά ανακαλύπτει τρόπους αντιμετώπισης και των μελλοντικών ενδεχομένως κρίσεων αφού αυτή η πρακτική έχει προληπτική και ανακουφιστική ιδιότητα.

Το άτομο που βιώνει την ψυχική δυσφορία λόγω της κρίσης είναι συνήθως συνεργάσιμο και αποδέχεται ακόμη και τις μικρές προσπάθειες που προσφέρονται με σκοπό την βοήθειά του.

Υπάρχουν απόψεις θεραπειών που προτείνουν υποστηρικτικές μεθόδους απεριόριστου χρόνου όπως και άλλες περιορισμένης διάρκειας ή συγκεκριμένου αριθμού συναντήσεων.

### Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

1. Είναι οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες είτε υπό την μορφή της σύντομης ατομικής ψυχοθεραπείας είτε υπό την μορφή αποκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας όπως και της σύντομης γνωστικής-συμπεριφορικής συμπεριφοράς.
2. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι η σύσταση **ομάδας αλληλοβοήθειας** των θυμάτων και των συγγενών θυμάτων τροχαίων ατυχημάτων. Προς την κατεύθυνση αυτή παρέχεται η χρήση, της αποστολής ηλεκτρονικών μηνυμάτων, διασύνδεση με άλλες ομάδες σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο.

### Αποτελέσματα

Τα πιο συναρπαστικά στοιχεία της θεραπείας της κρίσης είναι να βοηθηθεί η οικογένεια να γίνει πιο επαρκής και προικισμένη σε επόμενες ενδεχόμενες κρίσεις αποφεύγοντας ή αντιμετωπίζοντας ή αναλαμβάνοντας ο ίδιος ρόλο συμβουλευτικό σε άλλους παράγοντες.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που βγαίνουν από την κρίση είναι οπλισμένοι με ικανότητες συναισθηματικού χειρισμού καλύτερα απ' αυτές που προηγούνταν της κρίσης. Έτσι η παρέμβαση δεν έχει μόνο θεραπευτικά αλλά και προληπτικά αποτελέσματα.



## **7. 12. ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΘΑΝΑΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Η κοινωνία μέσα στην οποία ζούμε επηρεάζει βαθιά τις αντιλήψεις και τις στάσεις μας απέναντι στη ζωή και στο θάνατο. Ειδικότερα ο θάνατος ενός δικού μας ανθρώπου πάντα μας αγγίζει βαθιά, αλλά ολοένα και συχνότερα, τον βιώνουμε ως μια απόμακρη πραγματικότητα.

Τόσο ο άνθρωπος που πεθαίνει όσο και ο άνθρωπος που πενθεί, περιθωριοποιούνται. Ο πενθών πιέζεται να ενταχθεί σε έναν φυσιολογικό ρυθμό ζωής και να ξεπεράσει το γρηγορότερο δυνατόν τον πόνο της απώλειας. Στο νέο αυτό περιβάλλον της αστικο-βιομηχανικής κοινωνίας, ο θάνατος και η θνησιμότητα γίνονται εμπειρίες και καταστάσεις που διαδραματίζονται ολοένα και πιο μακριά, από τον μέσο άνθρωπο, και έτσι ο «μέσος άνθρωπος» έχει όλο και λιγότερο άμεση προσωπική επαφή με αυτούς που πεθαίνουν ή τους νεκρούς.

Οι γρήγορες αλλαγές του 20<sup>ου</sup> αι. έχουν δημιουργήσει αυτό που μερικοί ονομάζουν μια κοινωνία που αρνείται το θάνατο. Κι αυτό γίνεται με την κοινωνική απομόνωση των ανθρώπων που οδεύουν προς τον θάνατο.

Μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο δημιουργήθηκε το κίνημα της θανατολογίας, το οποίο ήταν μια ομαδική προσπάθεια συγκέντρωσης χρησίμων πληροφοριών και γνώσεων που αφορούν θέματα συνδεδεμένα με το θάνατο, το θρήνο και το πένθος, καθώς και την εξειδικευμένη προσφορά υπηρεσιών στήριξης προς άτομα, ομάδες και κοινότητες που αναζητούν βοήθεια.

Πρόκειται για ένα κίνημα που βασίζεται στην αλληλοσεβασμό των λαών και σ' ένα πνεύμα συμβολής και συνεργασίας όλων των μελών της διεθνούς κοινότητας. (Nilsen N, Papadatou D. , 1998)

### 7.13 ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Ο θρήνος θεωρείται, κατά κάποιο τρόπο η έμφυτη και φυσιολογική αντίδραση των ανθρώπων στο θάνατο ενός αγαπημένου τους. Είναι χρήσιμο να ορίσουμε τη σημασία που δίνουμε στη λέξη θρήνος και να τη διαφοροποιήσουμε από τον όρο πένθος:

**Πένθος (bereavement)** είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο που έχει υποστεί την απώλεια-το θάνατο-ενός σημαντικού γι' αυτό προσώπου ενώ ο θρήνος(grief)είναι η πρωταρχική συγκινησιακή αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου, μια αντίδραση που εκδηλώνεται με διάφορα ψυχολογικά και σωματικά(ακόμα και βλαβερά για την υγεία)συμπτώματα. Στο χώρο της συμπεριφοράς, οι πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις θρήνος είναι η ανησυχία, η κόπωση, το κλάμα και η κοινωνική απομόνωση. Οι σωματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ανορεξία, διαταραχές του ύπνου, μείωση της ενεργητικότητας, εξάντληση καθώς και μεγαλύτερη ευπάθεια στις ασθένειες(Bacque M. , 2001)

Ο Bowlby, ο πιο γνωστός υποστηρικτής μιας θεωρίας βασισμένης στη διαδοχή των φάσεων στο θρήνο, ορίζει τη διεργασία ως εξής:

- σοκ και άρνηση(κρατάει κάποιες εβδομάδες)
- διαμαρτυρία και λαχτάρα επανασύνδεσης με το άτομο που πέθανε
- απελπισία που συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση και σωματική και συναισθηματική αναστάτωση.
- μια περίοδο βαθμιαίας ανάρρωσης.

Φαίνεται, λοιπόν ότι υπάρχει πράγματι μια παγκόσμια συναισθηματική αντίδραση θρήνου στην απώλεια ενός σημαντικού προσώπου.

Περιπλεγμένος θρήνος:ο γενικά αποδεκτός ορισμός χαρακτηρίζει τον περιπεπλεγμένο θρήνο ως παρέκκλιση από τον κανονικό θρήνο.

Σ' αυτό τον ορισμό υπάγονται, ο χρόνιος θρήνος ο ετεροχρονισμένος θρήνος, και ο ανεκδήλωτος(απών)θρήνος.

Παρόλο που αντιδράσεις θρήνου, έτσι όπως τις γνωρίζουμε υπάρχουν, σε πολύ διαφορετικές κοινωνίες φαίνεται εντούτοις ότι οι εκδηλώσεις θρήνου σε κάθε πολιτισμό έχουν τα δικά τους χαρακτηριστικά. Το πως αντιδρά κανείς σε μια απώλεια εξαρτάται από τη πολιτισμική μήτρα όπου ζει, τους τρόπους με τους οποίους συνδέεται με τους συνανθρώπους του και τα νοήματα που δίνει στη ζωή και στο θάνατο.

#### **7. 14. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**

Ταξινόμηση των φυσιολογικών αντιδράσεων του θρήνου(μοντέλο Worden)σε τέσσερις κατηγορίες:

- κατηγορία συναισθημάτων(θλίψη, θυμός, σοκ, άγχος, ενοχή)
- κατηγορία σωματικών εκδηλώσεων(σφίξιμο στο στομάχι, ξηρότητα του στόματος, μυϊκή αδυναμία)
- κατηγορία νοητικών διεργασιών και σκέψεων(σύγχυση, δυσπιστία)
- κατηγορία της συμπεριφοράς(αφηρημάδα, τάση απόσυρσης, το κλάμα η νευρικότητα)

Στην πορεία διεργασίας ενός θρήνου παίζουν ρόλο οι εξής παράγοντες:

- α)Σχέση πενθούντα-νεκρού(συναισθηματική επένδυση στενή, έντονη, αβέβαιη)
- β)Συνθήκες θανάτου(φυσιολογικός θάνατος, ξαφνικός θάνατος)
- γ)Αφορά το πως αντιμετωπίζει κανείς προηγούμενες απώλειες στη ζωή του.
- δ)Διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού δικτύου προς το άτομο που πενθεί
- ε)Ο πολιτισμός μέσα στον οποίο θρηνεί κάποιος

Ο θρήνος μπορεί να περιγραφεί ως μετάβαση από μια κατάσταση όπου κανείς χάνει αυτό που έχει, σε μια κατάσταση όπου απόκτά αυτό που έχασε. Στο βάθος της κάθε διεργασίας θρήνου υπάρχει ο πόνος και μόνο όταν αναγνωρίσει κανείς αυτό τον πόνο τον δεχθεί και εξοικειωθεί μαζί του μόνο τότε θα μπορέσει ν' ανακαλύψει όσα έχει κληρονομήσει και όσα πολύτιμα του έχει προσφέρει η σχέση με το άτομο που έχει τώρα χάσει.

Μόνο τότε θα είναι σε θέση να αναζητήσει νόημα στην απώλεια και στην πορεία της ζωής του.

Οι Parkens και Weiss(1983) και η Rando(1993)αναφέρουν τους εξής παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση του χρόνιου θρήνου:

- 1)η αποκόμιση δευτερογενών οφελών
- 2)ο δεσμός με το άτομο που πέθανε
- 3)η εμμονή στο θυμό και στην πικρία
- 4)η έντονη εξάρτηση από το άτομο που πέθανε
- 5)η ύπαρξη κατάθλιψης ή μείζονος συναισθηματικής διαταραχής

Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που φαίνονται να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης περιπλοκών σε άτομα που θρηνούν μια σοβαρή απώλεια είναι οι εξής:

- 1)Ορισμένα προϋπάρχοντα χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα(άτομα ανασφαλή, αγχώδη ή φοβικά)
- 2)Οι ταυτόχρονες κρίσεις
- 3)Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
- 4)Η μείωση των υλικών πόρων
- 5)Η ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης
- 6)Ο θάνατος ενός παιδιού
- 7)Οι ξαφνικοί και απροσδόκητοι θάνατοι.

Συναισθηματικά στάδια, τα οποία σύμφωνα με το μοντέλο της Kubler-Ross, διανύουν αυτά τα άτομα:

- 1)αρχικό στάδιο:έντονη άρνηση θανάτου
- 2)σε ένα στάδιο θυμού για το αναπόφευκτο αυτής της πραγματικότητας
- 3)καταλήγοντας σε ένα είδος παζαρέματος ή διαπραγμάτευσης με το Θεό ή τους γιατρούς για μια παράταση ζωής.
- 4)ακολουθεί μια περίοδος κλεισίματος και κατάθλιψης όπου θα οδηγήσει
- 5)στην αποδοχή της πραγματικότητας.

### **7. 15. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Η πορεία πένθους που διανύει ένα παιδί, όταν αντιμετωπίζει το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, χρήζει κάποιων οδηγιών για το πώς εμείς ως ενήλικες θέλουμε να έρθουμε πιο κοντά σ' αυτά τα παιδιά και να τα βοηθήσουμε πιο ουσιαστικά στις δύσκολες στιγμές που βιώνουν:

- 1)Το πρώτο που μπορούμε να προσφέρουμε είναι η ενημέρωση με σαφήνεια και ειλικρίνεια για το θάνατο που αντιμετωπίζουν
- 2)Ένας δεύτερος τρόπος συμπαράστασης σε άτομα που πενθούν(και ειδικότερα σε παιδιά)είναι να τα βοηθήσουμε να χειριστούν άμεσα τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις τους.
- 3)Ενίσχυση των παιδιών στην προσπάθεια τους να μνημονεύσουν το άτομο που πέθανε
- 4)Καθοδήγηση στα παιδιά ότι η ζωή τους δε θα πάψει να είναι μια καλή και γεμάτη αγάπη ζωή.

Δεν είναι λίγοι οι γονείς που συμπεριφέρονται σαν ν' αποτελεί ταμπού τόσο η λέξη θάνατος όσο και οι λέξεις που αναφέρονται σ' αυτόν.

Πιστεύουν ότι και μόνο το άκουσμα αυτών των λέξεων μπορεί να έχει τρομερές επιπτώσεις στα παιδιά τους και συνεπώς καταφεύγουν σε σύντομες και τετριμμένες απαντήσεις ή επιλέγουν απλώς τη σιωπή.

Άλλοι γονείς νιώθουν ότι δεν γνωρίζουν αρκετά το θέμα για να είναι σε θέση να το συζητήσουν. (Bacque M. . 2001)

### **7. 16. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Τα σχολεία μπορούν να παίζουν έναν σημαντικό ρόλο, όταν οι δάσκαλοι είναι σε θέση να βοηθήσουν τα παιδιά να κατανοήσουν το θάνατο και τις επιπτώσεις του, είτε μέσα από προγράμματα και μαθήματα που απευθύνονται τόσο στο εκπαιδευτικό προσωπικό όσο και στους μαθητές είτε μέσα από οργανωμένες παρεμβάσεις της σχολικής κοινότητας για τη σωστή αντιμετώπιση ενός θανάτου.

Για να μπορέσει ένα σχολείο να βοηθήσει μαθητές που πενθούν, είναι απαραίτητο να εξασφαλίσει τα ακόλουθα:

- 1)Την κατάλληλη εκπαίδευση των δασκάλων και καθηγητών. Η άγνοια δεν δικαιολογείται με τίποτα.
- 2)Το ίδιο το σχολείο πρέπει να επιλέξει τα κανάλια επικοινωνίας που θα χρησιμοποιήσει όταν προκύψει ένας θάνατος.
- 3)Η δημιουργία καταλόγου με τις ημερομηνίες επετείου συγκεκριμένων θανάτων καθώς οι ημερομηνίες αυτές αναζωπυρώνουν έντονες αντιδράσεις θρήνου.
- 4)Το σχολείο πρέπει να διδάσκει ολόκληρο τον κύκλο ζωής. Η εξέλιξη του ανθρώπου δε σταματά στα 20 του χρόνια.
- 5)Είναι σημαντικό να εντοπιστούν στην κοινότητα άτομα, που είναι ικανά να βοηθήσουν όταν προκύψει ένας θάνατος και να αποσαφηνιστεί ο ρόλος που θα μπορούσαν να αναλάβουν μια τέτοια περίπτωση.

Ο άνθρωπος που πενθεί επαναστατεί ενάντια στην πραγματικότητα ενώ η έντονη επιθυμία του να ξαναβρεί το χαμένο πρόσωπο, μπορεί κάποιες φορές να του προκαλέσει παραισθήσεις.

## 7. 17. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

1) **Η συνειδητοποίηση της απώλειας:** Τα λόγια εκφράζουν αμφισβήτηση και άρνηση παραδοχής του θανάτου. Παρατηρούνται κάποιες αυθόρμητες αντιδράσεις που ίσως να μοιάζουν ανοιχτές: φυγή, αναζήτηση αντικειμένου με καθησυχαστική επίδραση κ. ά

2) **Η άρνηση:** Συνοδεύεται από μια γενικότερη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του πενθούντος (κατάσταση κλονισμού). Πλήττει επίσης σημαντικές οργανικές λειτουργίες (ύπνος, απώλεια όρεξης, ενέργειας). Ο συγκεκριμένος τρόπος απόρριψης της πραγματικότητας παραμένει για τον πενθούντα το μόνο μέσο που διαθέτει για να εκφράσει κάπως την οδύνη του.

3) **Κατάθλιψη:** Το κλάμα είναι «καλό σημάδι» στο πένθος (κάνει καλό). εκτός από τα δάκρυα, που μπορεί να κυλούν σιωπηλά, η αληθινή ανακούφιση επιτυγχάνεται με την εκφόρτιση των εντάσεων. Το πένθος αποτελεί μια αληθινά καταθλιπτική κατάσταση, μια αντίδραση στην απώλεια, με αντίκτυπό στη σωματική, στη διανοητική και στη συναισθηματική σφαίρα.

α) **Σωματικό επίπεδο:** διαταραχές στον 24ωρο βιολογικό ρυθμό (φυσιολογικός κύκλος δραστηριότητας και ανάπαυλας) που εκδηλώνονται με αϋπνία είτε με ξύπνημα στη μέση της νύχτας. Παράλληλα διασαλεύεται η όρεξη (ανορεκτικές και βουλιμικές τάσεις). Αύξηση της κόπωσης, ανικανότητα στην εργασία κ. ά. Η συνεχής παρακολούθηση κρίνεται απαραίτητη, ως η μόνη ικανή να οδηγήσει σε συμπεράσματα για την πορεία της διεργασίας του πένθους.

β)**Διανοητικό επίπεδο:**σαφής επιβράδυνση της αντίληψης κάμψη της προσοχής και της ικανότητας συγκέντρωσης. Επηρεάζεται επίσης η μνήμη.

γ)**Συναισθηματικό επίπεδο:**η διάθεση είναι θλιμμένη και σκοτεινή.

Εκφράζεται σκόπιμα απαισιόδοξα και δείχνει μια εχθρότητα προς το στενό του περιβάλλον. Ταυτόχρονα αντιδρά υπερβολικά ευαίσθητα σε οτιδήποτε θυμίζει το τραγικό συμβάν.

4)**Προς την αποδοχή:**Η παραίτηση από τη ζωή είναι συνέπεια της συναισθηματικής απώλειας. Το άτομο οφείλει ωστόσο να βρεί ένα αντιστάθμισμα στην εσωτερίκευση των θετικών συναισθημάτων που συνδέονται με θετικές αναμνήσεις και των αρνητικών στοιχείων, που θα συμβάλλουν, με τη σειρά τους, στο σχηματισμό της ολοκληρωμένης εικόνας του νεκρού. Ο πένθων πρέπει να είναι ενήμερος για την πιθανότητα υπότροπής ούτως ώστε να αποφευχθούν ακραίες αντιδράσεις σε περίπτωση επανόδου της κατάθλιψης.

## **7. 18. ΒΑΡΥ ΠΕΝΘΟΣ:ΠΡΩΤΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ**

### **Σωματικές Διαταραχές**

- Γενική σωματική κατάρπτωση
- Ολική αϋπνία
- Αναπνευστικές Διαταραχές(δύσπνοια)
- πεπτικές διαταραχές

### **Ψυχολογικές Διαταραχές**

- Αισθήματα ενοχής
- Αποκλειστική προσήλωση στο νεκρό
- Εχθρότητα προς το περιβάλλον
- Απώλεια της αίσθησης φυσιολογικής συμπεριφοράς



## 7. 19. ΠΩΣ ΝΑ ΠΛΗΣΙΑΣΟΥΜΕ ΤΟΝ ΠΕΝΘΟΥΝΤΑ

Η κοινωνική απομόνωση των πενθούντων έχει να κάνει με το ίδιο το πένθος. Ο πενθών είναι θυμωμένος με όλο τον κόσμο: με το αγαπημένο πρόσωπο που τον εγκατέλειψε, με τον ίδιο του τον εαυτό, με το περιβάλλον του που δεν μπορεί να τον καταλάβει. Η απότομη έκλυση συναισθημάτων(εντάσεων)του ατόμου που πενθεί, το καθιστά πολλές φορές απροκάλυπτα επιθετικό προς το περιβάλλον του. Είναι δύσκολο, κάτω από αυτές τις συνθήκες να κρατήσει κάποιος την ψυχραιμία του απέναντι στον πενθούντα και να μην τον εγκαταλείψει. Χρειάζεται ωστόσο επιμονή. Η συμπαράσταση στον πενθούντα μπορεί να είναι δύσκολη υπόθεση, όμως οι καρποί της δεν θ' αργήσουν να φανούν.

### Ανασκόπηση διαφορετικών μορφών πένθους

#### **Φυσιολογικό πένθος**

#### **Ψυχολογικές επιπλοκές του πένθους**

Σε σχέση με το χρόνο

- 1)Αναβλητικό πένθος
- 2)Ανεσταλμένο πένθος
- 3)Χρόνιο πένθος

#### **Ψυχιατρικά Πένθη**

#### **Υστερικό πένθος**

ιδεοψυχαναγκαστικό πένθος

Μανιακό πένθος

Μελαγχολικό πένθος



## **7.20. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Τα ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θνησιμότητας από την ηλικία του ενός έτους έως και την εφηβεία σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Ο θάνατος από ατύχημα μοιάζει με τον αιφνίδιο θάνατο, διότι κι αυτός συμβαίνει στο καθημερινό περιβάλλον και απότομα. Προκαλεί μια ριζική μεταβολή της πραγματικότητας που είναι, από μόνη της, ένα αληθινό τραύμα. Οι γονείς βρίσκονται συνήθως σε κατάσταση σοκ και αντιμέτωποι με ένα έμμεσο «κατηγορώ» από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον τους: «θα έπρεπε να το προσέχουν περισσότερο» Το ατύχημα ερμηνεύεται πάντα σαν λάθος που διέπραξαν οι γονείς. «Δεν πήραν στα σοβαρά το ρόλο της ανατροφής του παιδιού τους» σχολιάζουν χαμηλόφωνα γνωστοί και γείτονες. Κάποιοι γονείς βασανίζονται ψάχνοντας ν' ανακαλύψουν το λόγο που μπορεί να ευχήθηκαν το θάνατο του παιδιού τους, ενώ κάποιοι άλλοι τους κατηγορούν ότι δεν αγάπησαν αρκετά το σπλάχνο τους. Κάθε άνθρωπος που αγαπάει ζει μια φευγαλέα φαντασίωση εξαφάνισης του αγαπημένου προσώπου, το οποίο άλλοτε εξιδανικεύεται και άλλοτε προκαλεί αμφιλεγόμενα συναισθήματα.

## **7.21. ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

Ο γιατρός αντιμετωπίζει πλήθος δυσκολιών μπροστά στον πενθούντα είτε τον δέχεται στο ιατρείο του είτε στο νοσοκομείο-δεδομένου ότι οφείλει:

-Να ανιχνεύσει το πρόβλημα του πένθους που συχνά καλύπτεται από κάποια άλλη ενόχληση, ψυχολογικής ή σωματικής φύσης

- Να προσεγγίσει το πένθος με τη συγκατάθεση του ατόμου το οποίο μπορεί κάλλιστα να απαρνιέται την πραγματικότητα και τις συναισθηματικές επιπτώσεις της.
- Να επιτρέψει την έκφραση των συναισθημάτων της θλίψης του πόνου και όποιων άλλων σχετίζονται με το πένθος
- Να εκτιμήσει την ικανότητα του περιβάλλοντος να υποστηρίξει τον πενθούντα
- Να του προτείνει μια νέα συνάντηση, αν διαπιστώσει ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες ή παρουσιάζει επιπλοκές ή αν ο πενθών επιθυμεί να συνεχίσει να μιλάει στο γιατρό του. Διαφορετικά να τον παραπέμψει σε μια ειδικευμένη ομάδα εφόσον έχει αντιληφθεί ότι το περιβάλλον του είναι ανεπαρκές ή ακατάλληλο να του συμπαρασταθεί.
- Σε περίπτωση που το πένθος περιπλέκεται λόγω βαριάς κατάθλιψης να μη διστάσει ο γιατρός να παρακινήσει τον πενθούντα να επισκεφτεί έναν ψυχίατρο ή να επιχειρήσει να θεραπεύσει ο ίδιος αν μπορεί την κατάθλιψη και το άγχος.

### **Αμέσως μετά τον τραυματισμό**

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το θύμα συνέρχεται από την αρχική του έκπληξη, νιώθοντας ωστόσο ολοκληρωτικά εξουθενωμένο. Πολύ συχνά αντιμετωπίζει κάποιες δυσκολίες στο να κοιμηθεί κατά τις πρώτες νύχτες

### **Μπορούμε να επουλώσουμε έναν τραυματισμό;**

Οι λύσεις είναι δυο ειδών: Ιατρικές, οπωσδήποτε, αλλά και ψυχολογικές και κοινωνικές. Και πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή το συντομότερο δυνατό.

Σε ιατρικό επίπεδο, η φροντίδα των σωματικών τραυμάτων, έχει άμεσο, αλλά και προληπτικό χαρακτήρα. Τα θύματα ενημερώνονται για τις επικείμενες διαταραχές και για τους τρόπους πρόληψης ορισμένων τάσεων(π. χ της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, είναι προς όφελος του θύματος να περιγράψει τις εντυπώσεις του. Για να γίνει αυτό ενώ το αρχικό σοκ είναι ακόμα τόσο πρόσφατο ο θεραπευτής, ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος και ο ειδικός που έχει εκπαιδευτεί στην κλινική ακρόαση πρέπει να του προτείνει ένα χώρο φιλοξενίας και αν κάτι τέτοιο είναι εφικτό να βασιστεί στις δικές του δυνάμεις και να «υποστηρίξει» το άτομο.

Τοπίο σημαντικό όμως, είναι η συμπεριφορά του θεραπευτή. Η ζεστασιά του συμβάλλει στην ανασυγκρότηση του ατόμου.

Μόλις το θύμα κατορθώσει να εκμυστηρευτεί τις πρώτες του εντυπώσεις, ο θεραπευτής οφείλει, πριν οτιδήποτε άλλο, να το βοηθήσει να βρεί τη χαμένη του ταυτότητα. Απαραίτητη είναι επίσης η παρακολούθηση του θύματος σε βάθος χρόνου.

## **7. 22. ΣΤΑΔΙΑ ΠΕΝΘΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Ο Ρουμελιώτης (Ρουμελιώτης Δ. , Αθήνα 1993), αναφέρει παρακάτω τα στάδια πένθους ενός ατόμου κατά την αναπηρία:

### **1)Στάδιο Shock**

Ο άρρωστος στο στάδιο αυτό, μετά το ατύχημα βρίσκεται υπό την επίδραση του φυσικού και ψυχολογικού shock. Αυτό διαρκεί από λίγες στιγμές μέχρι μερικές ημέρες ή εβδομάδες.

## 2)Στάδιο άρνησης

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος αρνείται να δεχτεί την πραγματική του κατάσταση(αναπηρία). Πιστεύει ότι η κατάστασή του δεν είναι όμοια με του διπλανού του, που είναι παράλυτος, γιατί είναι βέβαιος ότι θα ξαναπερπατήσει. Άλλωστε, αποσπάται η προσοχή του, από το φόβο του, αν θα επιζήσει ανησυχεί για την αισθητικότητα, που δεν έχει, και ελπίζει να κερδίσει την κινητικότητα που του λείπει. Στο στάδιο αυτό, δεν πρέπει να πιέζουμε ποτέ τον άρρωστο ν' αποδεχτεί την αναπηρία του. Το καλύτερο που μπορούμε να κάνουμε είναι να είμαστε έντιμοι με τον άρρωστο και να του εξηγούμε την πραγματική του κατάσταση.

## 3)Στάδιο θυμού

Ο άρρωστος, τώρα έχει βεβαιωθεί ότι θα επιζήσει από αυτή την κατάσταση και αρχίζει να φαντάζεται τον εαυτό του, πως θα είναι έχοντας τη συγκεκριμένη αναπηρία και καταλαμβάνεται από θυμό. Ο θυμός είναι μια φυσική συνέπεια για κάποιον που αντιλαμβάνεται ότι η ζωή του έχει αλλάξει δραματικά εξαιτίας της αναπηρίας. Θυμώνει γιατί δεν μπορεί να ντυθεί μόνος του γιατί δεν μπορεί να δέσει το κορδόνι του παπουτσιού του, ξεσπάει σε όποιον βρεθεί μπροστά του. Φυσικά, τα περισσότερα ξεσπάσματα τα δέχεται η οικογένειά του, η οποία συμπάσχει, ενώ είναι ήδη πληγωμένη.

Το νοσηλευτικό προσωπικό επίσης, δέχεται πολλά ξεσπάσματα θυμού τόσο από τον ίδιο τον άρρωστο, , όσο και από την οικογένειά του. Καμία φορά ο άρρωστος κρύβοντας την πίκρα του θυμώνει και στρέφεται εναντίον του εαυτού του.

Μερικές φορές οι συγγενείς καταφεύγουν στο προσωπικό του Νοσοκομειακού Ιδρύματος και πιο συχνά στο νοσηλευτικό προσωπικό

για να ζητήσουν υποστήριξη ή κάποια εξήγηση για τα ξεσπάσματα θυμού του αρρώστου τους.

Αυτό που πρέπει να μάθουν οι οικογένειες σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι σίγουρα δεν φταίνε για τη συμπεριφορά του αρρώστου τους, και ότι αυτός ξεσπά σε πρόσωπα που αγαπά και εμπιστεύεται περισσότερο.

Αυτό που τον βοηθάει άμεσα είναι να του προσφέρει η οικογένεια, συναισθηματική, ηθική και οικονομική υποστήριξη. Όσο περισσότερο γνωρίζει η οικογένεια για την αρρώστια, τόσο λιγότερο φοβάται να την αντιμετωπίσει. Δίνει έτσι την ευκαιρία στον άνθρωπο της να μιλήσει για τα προβλήματά του, έστω και θυμωμένα. Έχει πολλούς και σοβαρούς λόγους ο άρρωστος να είναι θυμωμένος όταν αναλογίζεται ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε απ' ό,τι έκανε πριν το ατύχημα. Ίσως να ήταν αθλητής ή οικογενειάρχης και να αναλογίζεται πως θα τα βγάλει πέρα με όλα τα προβλήματα που έχει φορτώσει η αναπηρία;

#### **4) Στάδιο κατάθλιψης**

Μετά το θυμό ακολουθεί η κατάθλιψη, ένα συναίσθημα που όλοι σχεδόν έχουν δοκιμάσει κατά κάποιο τρόπο. Δεν υπάρχει σχεδόν κανείς με βαριά αναπηρία που να μην πέρασε από μια περίοδο κατάθλιψης.

Ορισμένοι άρρωστοι κάνουν μεγάλες προσπάθειες για να καλύψουν το άγχος και την κατάθλιψη, με μια ανέμελη συμπεριφορά, στην επιθυμία τους να φανούν γενναίοι. Άλλοι όμως, μπορεί να ονειρεύονται συνέχεια πως έτρεχαν πριν το ατύχημα και πως συμπεριφερόταν στην καθημερινή τους ζωή. Δεν είναι λίγες οι φορές που εκφράζουν ευχές θανάτου ή που διερωτώνται αν «αξίζει τον κόπο ν' αγωνίζεται κανείς και να υποφέρει μια τέτοια ζωή με αναπηρία». Στον

άρρωστο αυτό δεν μιλάει για δυσάρεστα πράγματα κανείς αλλά γι' αυτά που τον κάνουν να αισθάνεται καλά.

### **5) Αντίδραση έναντι ανεξαρτητοποίησης**

Καθώς ο παραπληγικός προχωρεί προς την ανεξαρτητοποίηση του, πολλές φορές αντιδρά και δεν δέχεται την ανεξαρτητοποίηση του. Κλείνεται στον εαυτό του και αρνείται να πάει σπίτι του. Αυτή η αντίδραση, έναντι της ανεξαρτητοποίησης, προέρχεται:

α) από την ανασφάλεια που αισθάνεται ο παραπληγικός και ο κάθε βαριά ανάπηρος και

β) από το stress που έχει προκαλέσει η αναπηρία, θίγοντας τη σωματική και συναισθηματική αξιοπρέπεια

### **6) Στάδιο αποδοχής**

Το τελικό στάδιο αντιμετώπισης της αναπηρίας είναι η αποδοχή. Θρηνεί μεν την απώλεια των ικανοτήτων του, των μελλοντικών του προσδοκιών, αλλά αρχίζει ν' αποδέχεται την κατάσταση και να εφαρμόζει στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας για επίλυση προβλημάτων και μείωση του stress.

Για το άτομο με μεγάλη αναπηρία η περίοδος της αποδοχής της αναπηρίας με όλα τα επακόλουθα, είναι μια περίοδος σκληρής προσπάθειας. Βρίσκεται κάτω από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων. Οι εσωτερικές πιέσεις έχουν σχέση με τη διεργασία που αφορά τον ανασχηματισμό της εικόνας του σώματος.

Οι εξωτερικές πιέσεις είναι κοινωνικές, οικογενειακές, οικονομικές και επαγγελματικές. Το άτομο είναι γεμάτο αγωνία για το πως θα πετύχει σε όλους αυτούς τους τομείς. Τα ενδιαφέροντα του είναι ρεαλιστικά.

Πρέπει να πετύχει αλλαγές όχι μόνο ως προς το σώμα του, αλλά και προς τις αξίες του. Πρέπει να μάθει να εκτιμά ότι του έχει απομείνει για να εργαστεί μ' αυτό και να παρακάμψει ότι έχασε.

Σταματά να καταπιάνεται με πράγματα που δεν μπορεί να διεκπεραιώσει μόνος του και που του φέρνουν απογοήτευση. Επιτέλους παίρνουν απόφαση ότι «αποτελεί μέλος της κοινωνίας των ατόμων με ειδικές ανάγκες»(Κουκλογιάννου-Δορζιώτου 1990)

### **7. 23. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ**

#### **Κλινικά χαρακτηριστικά –Διάγνωση**

Η Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες(ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός (τροχαίο ατύχημα), το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μετά από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος, είναι συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης και αποξένωσης από τους άλλους καθώς τα συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. ( Μάνος Ν. , Θεσσαλονίκη 1997)



## **Διαγνωστικά κριτήρια κατά (DSM-IV) για (ΔΜΨΣ)**

**A. Το άτομο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός (ατύχημα) κατά το οποίο και τα δυο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:**

- 1) το άτομο ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός το οποίο συνεπαγόταν πραγματικά ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό.
- 2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο και αίσθηση ανημποριάς.

**B. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:**

- 1) επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που προκαλούν ενόχληση και αναταραχή
- 2) επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν ενόχληση και αναταραχή
- 3) το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις κ. ά)
- 4) έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε γεγονότα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- 5) φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

**Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας όπως φαίνεται από τα παρακάτω:**

- 1) προσπάθειες αποφυγής σκέψεων και συναισθημάτων που συνδέονται με το τραύμα

- 2) προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων, μερών ή ανθρώπων που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος
- 3) ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος
- 4) μείωση του ενδιαφέροντος ή συμμετοχής σε δραστηριότητες
- 5) αίσθημα αποξένωσης και απομάκρυνσης από τους άλλους
- 6) περιορισμένο εύρος συναισθήματος
- 7) αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος

**Δ. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (που δεν υπάρχουν πριν το τραύμα) όπως τα παρακάτω:**

- 1) δυσκολία να κοιμηθεί
- 2) ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού
- 3) δυσκολία στη συγκέντρωση
- 4) υπερεπαγρύπνηση
- 5) αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος

**Ε. Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα**

**Στ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο τομέα της λειτουργικότητας.**

Τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα σύννοδα συμπτώματα. Τέτοια είναι συναισθήματα ενοχής (αν επέζησε) αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα.

Επιπλοκές της ΔΜΨΣ μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, ή αυτοκτονία κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας. (Μάνος Ν. , Θεσσαλονίκη 1997).

## **Έναρξη- Πορεία- Πρόγνωση**

Η ΔΜΨΣ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανόμενης και της παιδικής. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους 3 πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, αν και μπορεί να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών (ή χρόνων) πριν εμφανιστούν.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλει (προσδιορίζετε ως οξεία/ χρόνια με όριο τους τρεις μήνες). Στο μισό των περιπτώσεων υπάρχει ανάρρωση μετά από τρεις μήνες. Πολλές άλλες, όμως περιπτώσεις διαρκούν περισσότερο από 12 μήνες κι άλλες για 30-40 χρόνια. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η ταχεία έναρξη των συμπτωμάτων, η καλή προνοσηρή λειτουργικότητα, τα επαρκή οικογενειακά και κοινωνικά στηρίγματα και η απουσία ψυχιατρικής ή σωματικής παθολογίας.

## **Αιτιολογία**

Ως αιτίες θεωρούνται: η ηλικία του ατόμου, το ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό, εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό.

## **7. 24. ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ**

### **ΣΤΡΕΣ**

Η θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΜΨΣ μπορεί να είναι φαρμακευτική ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή

**Η φαρμακοθεραπεία:** περιλαμβάνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία σκοπό έχουν να μειώνουν τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες , να βελτιώσουν και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν ο ασθενής έχει κατάθλιψη μπορούν επίσης να βοηθήσουν τα παραπάνω φάρμακα. Τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.

**Η θεραπεία της συμπεριφοράς:** βοηθά τους ασθενής με ΔΜΨΣ που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός.

**Η ψυχοδυναμική θεραπεία:** μπορεί επίσης να βοηθήσει. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα.

**Η ομαδική ψυχοθεραπεία:** μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες τραυματικές εμπειρίες. (Μάνος Ν. , Θεσσαλονίκη 1997).

**7. 25. ΑΛΛΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**  
**ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΟΧΑΙΟ**  
**ΑΤΥΧΗΜΑ**

Τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους, όπως είναι το τροχαίο ατύχημα καθώς και τα μέλη της οικογένειάς τους, εμφανίζουν μια έντονη ψυχική δυσφορία και έντονο στρες. Αυτή η κατάσταση συχνά παρέρχεται ιδίως όταν ο τραυματισμός είναι ελαφρύς και δεν δημιουργεί μόνιμα προβλήματα υγείας.

Τα πράγματα δεν καταλήγουν όμως ευνοϊκά σε χιλιάδες άλλες περιπτώσεις θυμάτων και ιδίως όταν τα προβλήματα που καλούνται να επιλύσουν είναι πολλά ή δεν έχουν την προσδοκώμενη λύση. Τότε εμφανίζονται ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, οι οποίες γίνονται αιτία να Υπάρχει δυστυχία στους πάσχοντες και οδύνη στην οικογένειά τους. Προκαλούν επίσης συνέπειες στην ποιότητα ζωής της οικογένειας και σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας εν γένει.

Παράλληλα με την μεγάλη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι σοβαρές κακώσεις, υπήρξε μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας, της ιατρικής επιστήμης καθώς και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων.

Έτσι προκύπτει κάποια «λαϊκή συμπάθεια» και συμπαράσταση στους τραυματίες. Δεν γίνεται όμως το ίδιο γι' αυτούς που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς προς τους οποίους συχνά υπάρχει κάποια απόρριψη ή και στιγματισμός ακόμη και από τα οικεία τους άτομα.

Νομίζουμε ότι αυτά τα άτομα αξίζουν την συμπαράσταση, τον σεβασμό στο πρόβλημά τους καθώς επίσης την κατάλληλη και συντονισμένη προσπάθειά μας για την επίλυσή τους.

Οι πιο συνήθεις ψυχικές διαταραχές είναι:

- Οι αγχώδεις διαταραχές
- Οι διαταραχές της διάθεσης
- Οι σεξουαλικές διαταραχές
- Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής
- Οι διαταραχές του ύπνου
- Οι διαταραχές προσαρμογής
- Οι διαταραχές προσωπικότητας(συνήθως υπάρχουν πριν τον τραυματισμό)
- Οι ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες στην γενική σωματική κατάσταση
- Οι διαταραχές συνδεόμενες με την χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων και εξαρτησιογόνων ουσιών
- Άλλες καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν εστία κλινικής προσοχής ( Κατόγλου Χ. , Αθήνα 2004)

**Οι πιο συχνές αγχώδεις Διαταραχές είναι:**

- Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες
- Η διαταραχή οξέως στρες
- Η διαταραχή πανικού
- Η φοβία και συχνά ταξιδιοφοβία, η αγοραφοβία και η κοινωνική φοβία

**Οι λιγότερο συχνές αγχώδεις διαταραχές είναι:**

- Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Η ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή

**Οι πιο συχνές Διαταραχές της Διάθεσης είναι:**

- Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο
- Το μανιακό επεισόδιο
- Η τάση αυτοκτονίας

### Τύποι του ψυχικού στρες:

-Ξαφνικό και αναπάντεχο στρες, όπως και το τροχαίο ατύχημα, ο θάνατος προσφιλούς προσώπου, απώλεια εργασίας, δημόσια διαπόμπευση και άλλα.

-Από οικογενειακά ή συζυγικά προβλήματα

-Από υπερβολικό ζήλο στην εργασία ή από αδιαφορία γι' αυτήν

-Από δύσκολους ρυθμούς εργασίας ή του γενικού περιβάλλοντος εργασίας.

Σαν μέγιστη δυσφορία από το στρες θεωρείται εκείνη η κατάσταση όπου το άτομο αισθάνεται ανίκανο να αντιπαλέψει την αιτία που προκάλεσε το στρες του. (ο. π. )

## 7. 26. ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη όπως συμβαίνει και σε οποιαδήποτε άλλη νόσο αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία αφορούν την διαταραχή του συναισθήματος.

Σκόπιμο ωστόσο θα ήταν να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στην έννοια της θλίψης και στην έννοια της κατάθλιψης.

Η απλή **θλίψη** είναι μια φυσιολογική και αναμενόμενη συναισθηματική αντίδραση που ακολουθεί σοβαρές ψυχοτραυματικές καταστάσεις της καθημερινής ζωής, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η επαγγελματική αποτυχία, η ξαφνική κοινωνική υποβάθμιση, η διάψευση κάποιας σημαντικής προσδοκίας, η απώλεια υλικών αγαθών από οικονομική καταστροφή, ο αποχωρισμός ή άλλες ισοδύναμες καταστάσεις.

Μετά το συναίσθημα της θλίψης υπάρχει επαναφορά της φυσιολογικής διάθεσης, η οποία λέγεται νορμοθυμία μετά την πάροδο κάποιου λογικού χρονικού διαστήματος. (Κατόγλου Χ, Αθήνα 2004)

Από την άλλη πλευρά η **κατάθλιψη**, σε αντίθεση με τη θλίψη, αποτελεί μια παθολογική συναισθηματική έκφραση, η οποία εμφανίζεται με υπερβολικά αρνητική συναισθηματική απάντηση, με ψυχικό μαρασμό, με ανυπόφορο ψυχικό πόνο και μεγάλη χρονική διάρκεια.

Η λαθεμένη ταύτιση της θλίψης με την κατάθλιψη, οφείλεται βασικά στο ότι το άτομο έχει τόσο στη μία όσο και στην άλλη περίπτωση παρόμοιες συναισθηματικές εμπειρίες. Δημιουργεί σύγχυση τόσο όσον αφορά την αιτία για την οποία εμφανίζεται όσο και με τον τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίζεται.

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη έντονης ψυχικής δυσφορίας μέχρι την εμφάνιση ψυχικού πόνου, δυσανάλογου συναισθήματος ως ένταση και διάρκεια προς τα γεγονότα τα οποία ενδεχομένως μπορεί να είναι η αιτία δημιουργίας της. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη έχει δυσκολία στην προσαρμογή, και μείωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας. Έχει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία είτε αναπτύσσονται προοδευτικά ή εμφανίζονται απρόσμενα.

Ο πάσχων από κατάθλιψη παραπονείται γι' αϋπνία, η οποία μπορεί να είναι αρχική(στην έναρξη του ύπνου), ενδιάμεση(ανήσυχος ύπνος) ή τελική (πρώιμο ξύπνημα). Σπανιότερα, υπάρχει αυξημένη διάθεση για ύπνο και υπερυπνία, ανορεξία για φαγητό, με συνακόλουθη απώλεια βάρους, ή λιγότερο συχνά αυξημένη όρεξη, αποτελούν επίσης συνήθεις εκδηλώσεις.

Ο ασθενής χάνει προοδευτικά τα ενδιαφέροντα του και περιορίζει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα παραπονείται για κόπωση και αδυναμία(κομμάρες).



Η δυσκολία στη συγκέντρωση, η επιβράδυνση της λειτουργίας της σκέψης, η μειωμένη βούληση, η αναποφασιστικότητα και η αναβλητικότητα αποτελούν επίσης συχνά συμπτώματα της πάθησης.

Βασική όμως εκδήλωση της κατάθλιψης αποτελεί το καταθλιπτικό συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από ένα «αφόρητο ψυχικό πόνο».

Η άσχημη αυτή συναισθηματική κατάσταση συνήθως συνοδεύεται από αίσθημα ενοχής και τύψεις για ασήμαντες ή ανύπαρκτες αιτίες, σκέψεις ανικανότητας και αχρηστίας, φόβο για επικείμενες καταστροφές, σκέψεις αυτοκριτικής με ενοχικό περιεχόμενο, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση και μειωμένη ή ανύπαρκτη ευχαρίστηση από την καθημερινή ζωή. Πολλές φορές ο ασθενής με κατάθλιψη αρχίζει να σκέφτεται ότι «καταστράφηκε» και ότι «η ζωή δεν αξίζει» και σχεδιάζει να κάνει κακό στον εαυτό του ή και ν' αυτοκτονήσει.

Πολλοί άνθρωποι έχουν κατάθλιψη χωρίς να το συνειδητοποιούν. Εάν η άσχημη διάθεση δεν αποτελεί εμφανές και κύριο πρόβλημα τότε, συμπτώματα όπως η διαταραχή στον ύπνο και στην όρεξη για φαγητό, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η μειωμένη δραστηριότητα, η εύκολη κόπωση ή συχνά περιστατικά αφηρημάδας και αμέλειας οδηγούν στη σκέψη ότι πρόκειται για σωματική νόσο παρά για ψυχική.

Επίσης άνθρωποι που έχουν πεσμένη διάθεση και αισθάνονται δυστυχείς, ενοχλούνται εύκολα και γρήγορα χωρίς αιτία ή δεν απολαμβάνουν τη ζωή, πάλι είναι πολύ πιθανόν να μην υποψιαστούν την ύπαρξη κατάθλιψης.

## **7. 27. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΩΣΗ, Η ΠΑΡΑΞΕΝΗ, Η ΕΚΚΕΝΤΡΙΚΗ Η Η ΑΛΛΟΚΟΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ;**

Ως ψύχωση αναφέρεται η παράξενη, εκκεντρική ή η αλλόκοτη συμπεριφορά, που μπορεί να εμφανίσει κάποιο άτομο που βιώνει ένα σοβαρό ψυχοπιεστικό γεγονός στη ζωή του, το οποίο όμως έχει μια ευαίσθητη δομή της προσωπικότητας, η οποία κάτω από πραγματικά δύσκολες συνθήκες, όπως αυτή του τραυματισμού του, να εμφανίσει την ως άνω συμπεριφορά.

Η Ψύχωση είναι μια αρρώστια που οδηγεί τον πάσχοντα σε μια απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας. Το άτομο αυτό αδυνατεί να προσαρμοστεί στις συνθήκες της πραγματικότητας που τον περιβάλλει. Αυτό αφορά την ικανότητα να μπορεί να ελέγχει το τι προέρχεται από το δικό του εσωτερικό κόσμο και το τι προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Αυτή η κατάσταση οδηγεί στην αίσθηση απώλειας ορίων του Εαυτού. (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2004)

Έτσι ο ασθενής βλέπει την πραγματικότητα διαστρεβλωμένη και παραμορφωμένη και συμπεριφέρεται με τρόπους που είναι ενδεικτικοί ότι βρίσκεται υπό την απόλυτη επιρροή σκέψεων με παράξενο ή αλλόκοτο περιεχόμενο. Αντιλαμβάνεται ή αισθάνεται παράξενες φωνές ή άλλες ψευδαισθήσεις, οι οποίες του υποβάλουν την συμπεριφορά του. Επίσης αισθάνεται και ομιλεί παράξενα και συμπεριφέρεται αντίστοιχα παράξενα(παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις).

Αν εγκατασταθεί αυτή η διαταραχή στη ζωή του αρρώστου και δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και αποτελεσματικά τότε το άτομο:

1. Δεν μπορεί να κρατήσει σε ικανοποιητικό επίπεδο τις οικογενειακές του σχέσεις οπότε προκύπτουν σοβαρά προβλήματα όπως έντονες διαφωνίες, καυγάδες, απροσδιόριστος και αναίτιος θυμός με επακόλουθο επιθετικότητα, μιλάει συνέχεια, αλλάζει

γρήγορα την συζήτηση από το ένα θέμα στο άλλο και γενικά έχει αδυναμία να ελέγξει την γενική συμπεριφορά του.

2. Χάνει το άτομο την ικανότητα λειτουργικότητας, τόσο στο επίπεδο εργασίας όσο και στο γενικό κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η μη λειτουργικότητα τον οδηγεί στο να συμπεριφέρεται παράξενα και αλλόκοτα.
3. Διαταράσσονται τα γενικά ενδιαφέροντά του, παραμένει άβουλος, απαθής, χωρίς να παίρνει ευχαρίστηση από δραστηριότητες που πριν ενδεχομένως να του ήταν ευχάριστες και έτσι γίνεται απρόσεκτος. Μπορεί να είναι στενοχωρημένος, να μένει αδιάφορος για σημαντικά πράγματα που συμβαίνουν γύρω του, να μην μπορεί να καταλάβει το παθολογικό της κατάστασης του, να αισθάνεται άχρηστος, να αγχώνεται, να είναι σε διέγερση, να έχει διάφορες φοβίες, μέχρι και να θέλει να βλάψει τον εαυτό του, τους οικείους του, να προκαλεί ζημιές σε αντικείμενα, καθώς και να προκαλέσει παροδικά την πλήρη αποδιοργάνωσή του. (Θεοδώρου Κ. Β. , Αθήνα 2004)

Τα συμπτώματα της ψύχωσης μπορεί να εμφανιστούν για σύντομη χρονική διάρκεια ή σπανίως να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII



## **ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

## **8. 1. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ-ΓΕΝΙΚΑ**

**Πρώτες βοήθειες** ονομάζεται η άμεση φροντίδα που χορηγείται από τον αυτόπτη μάρτυρα, στο θύμα του ατυχήματος ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά.

Το αντικείμενο των Πρώτων Βοηθειών ορίζεται από αυστηρά προδιαγεγραμμένους στόχους, που είναι:

α) Η διάσωση της ζωής του θύματος, με τη διατήρηση ή αποκατάσταση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και την αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας.

β) Η πρόληψη της επέκτασης της βλάβης του οργανισμού

γ) Η σχετική βελτίωση της κατάστασης του θύματος, τόσο με τις προσπάθειες ανακούφισης όσο και τη δημιουργία κλίματος ασφαλείας και προστασίας.

δ) Η προετοιμασία του αρρώστου για τη μετέπειτα ιατρική αντιμετώπιση

ε) Η ενημέρωση του γιατρού για τις συνθήκες του ατυχήματος, την κατάσταση του θύματος πριν δοθούν οι Α βοήθειες και οι μεταβολές της κατά τη μεταφορά όπως τέλος και το είδος των βοηθειών που χορηγήθηκαν.

Όταν λέμε «πρώτες βοήθειες» εννοούμε την φροντίδα που δίνεται άμεσα, για να βοηθηθεί ένας άνθρωπος που έπαθε κάποιο ατύχημα σε βάρος της υγείας του ή αρρώστησε ξαφνικά και διατρέχει κίνδυνο η ζωή του.

Στα τροχαία ατυχήματα, οι πρώτες βοήθειες είναι χρήσιμες με τον όρο όμως να δίνονται σωστά. Όταν παρέχουμε πρώτες βοήθειες ή αλλιώς πρόχειρες βοήθειες, σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα

αποβλέπουμε στην καλύτερευση ή στο να προλάβουμε τη χειροτέρευση της καταστάσεως του παθόντος, μέχρι να μεταφερθεί

στο νοσοκομείο. Με τις πρώτες βοήθειες στοχεύουμε στην πρόληψη μολύνσεων ή επιπλοκών του παθόντος. Επίσης ο παθών ανακουφίζεται από πόνους και τονώνεται το ηθικό του νιώθοντας κάποιον κοντά του. (Μπέλλος Αθ. 1986)

### **Ατύχημα που συνέβη σ' εμάς**

Εφόσον είμαστε σε θέση να βγούμε από το όχημα, ακολουθούμε τις ίδιες ενέργειες. Εάν νιώθουμε αδυναμία ή καταλαβαίνουμε πως τραυματιστήκαμε, δεν κινούμαστε αλλά περιμένουμε βοήθεια. Μόνο στην περίπτωση που δεν μας έχει αντιληφθεί κανείς, προσπαθούμε να βοηθήσουμε τον εαυτό και τους συνεπιβάτες μας.

### **Πρώτες ενέργειες**

Σε περίπτωση αυτοκινητιστικού ατυχήματος, στο οποίο εμπλέκονται άλλοι ακολουθούμε τις εξής ενέργειες:

1. Εφόσον αντιληφθούμε το ατύχημα πριν φτάσουμε στο χώρο όπου αυτό συνέβη, παρκάρουμε δεξιά, πίσω απ' το σημείο του δυστυχήματος. Αν προσπεράσουμε, παρκάρουμε μπροστά με τον ίδιο τρόπο.
2. Βγαίνουμε απ' το όχημα και σπεύδουμε σε βοήθεια
3. Τοποθετούμε το τρίγωνο ασφαλείας εκατό(100)μέτρα απ' το σημείο του ατυχήματος, για να επισημάνουμε το σημείο του ατυχήματος και να προειδοποιήσουμε τους διερχόμενους οδηγούς.
4. Προσφέρουμε τις Πρώτες Βοήθειες.

5. Ειδοποιούμε την Άμεσο Δράση ή Τροχαία και τον πλησιέστερο Σταθμό Α βοηθειών ή νοσοκομείο. (Τσόχας Αθ. , 1988)

Πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος υπάρχουν κάποιες απλές ενέργειες που έχουν σχέση με την αρτιμέλεια και την επιβίωση του τραυματία:

- 1) Η σωστή απελευθέρωσή του
- 2) Η σωστή τοποθέτησή του
- 3) Ενέργειες για την επαναφορά και διατήρηση βασικών λειτουργιών ζωής
- 4) Η σωστή και ασφαλής μεταφορά
- 5) Η αποφυγή λανθασμένων ενεργειών που έχουν άσχημες συνέπειες

Σε σοβαρά ατυχήματα σημασία έχουν λίγες και συνειδητές ενέργειες. Μεγάλος αριθμός θανάτων και σοβαρών αναπηριών μπορεί να αποφευχθεί με σωστές ενέργειες.

Αν σταματήσετε στον τόπο του ατυχήματος, για να προσφέρετε την βοήθειά σας, πρέπει να το κάνετε με ασφάλεια γι' αυτό:

-σταματήστε μετά το σημείο του τροχαίου ατυχήματος και ποτέ πριν από αυτό

-ειδοποιείτε το συντομότερο την τροχαία

-σταθμεύστε το αυτοκίνητό σας, αν αυτό είναι δυνατό έξω από το οδόστρωμα

-επισημάνετε το σημείο με κάποιο τρόπο ότι υπάρχει κίνδυνος, ενημερώνοντας έτσι και τους άλλους οδηγούς

### **Μη ξεχνάτε ότι κυκλοφορούν οδηγοί**

- πολύ άπειροι
- με ένα φως κυκλοφορίας
- ογκωδών οχημάτων, που είναι υπερφορτωμένα
- με πολύωρο ταξίδι
- αγχωμένοι και στρεσαρισμένοι
- χωρίς καλή λειτουργία φρένων
- ηλικιωμένων κτλ

### **8. 2. ΠΑΡΟΧΗ Α΄ ΒΟΗΘΕΙΩΝ**

1. Αποφεύγουμε βίαιες ενέργειες, διατηρούμε την ψυχραιμία μας και αποφασίζουμε για το πρακτέο με σύνεση
2. Οι πρώτες βοήθειες πρέπει να προσφέρονται από έμπειρα άτομα για να υπάρξει αποτέλεσμα θετικό και όχι κάποια βλάβη.
3. Πρώτα αντιμετωπίζεται η όποια αιμορραγία, μετά η παύση της αναπνοής(αν υπάρχει)και τέλος όποια άλλη κατάσταση.
4. Για να υπάρξει έγκαιρη βοήθεια προς τον τραυματία πρέπει να τον εξετάσουμε προσεκτικά για να διαπιστωθεί η πάθηση και όχι να βασιστούμε μόνο στα λόγια του ίδιου ή των άλλων ατόμων που βρίσκονταν εκεί. (Γερμένης Αν. , 1986)

### **Κλήση Βοήθειας**

Βασικό καθήκον όταν παρευρεθούμε σ' ένα τροχαία ατύχημα το οποίο είναι σοβαρό, καλούμε σε βοήθεια πρώτα ασθενοφόρο δίνοντας πλήρη στοιχεία για τον τόπο του ατυχήματος και κατόπιν την Τροχαία. Πάντοτε προέχει η παροχή πρώτων βοηθειών.



### **8. 3. ΣΧΗΜΑ ΠΡΟΧΕΙΡΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

1. Πληροφορούμαστε την αιτία του ατυχήματος από τους παρευρεθέντες
2. Ρωτάμε τον ίδιο, αν έχει τις αισθήσεις του για τις συνθήκες του ατυχήματος
3. Εξετάζουμε την αναπνοή του και πόσες αναπνοές έχει το λεπτό. Αντίστοιχα ενεργούμε με το σφυγμό του
4. Εξετάζουμε το σώμα για αιμορραγία, τραύμα η κάποια βλάβη.

Αφού αντιμετωπίζουμε την τυχόν αιμορραγία, παύση της αναπνοής, τοποθετούμε τον ασθενή τραυματία σε ήσυχο και αναπαυτική θέση απομακρύνοντας τους περίεργους περαστικούς.

Αν χρειαστεί απελευθερώνουμε τον τραυματία από το αυτοκίνητο με μεγάλη προσοχή εάν αυτό δεν είναι δυνατό, παρέχουμε τις πρώτες βοήθειες μέσα στο αυτοκίνητο.

Γενικά, οι ελαφρά τραυματισμένοι, περιμένουν ασθενοφόρο όπως και οι βαριά. Μόνο όταν υποπτευόμαστε εσωτερική αιμορραγία ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση προβαίνουμε σε μεταφορά του τραυματία.

Εάν οι τραυματίες είναι πολλοί προτεραιότητα έχουν όσοι αιμορραγούν, ακολουθούν τα άτομα με αναπνευστικό πρόβλημα ή κυκλοφορικό και στη συνέχεια οι υπόλοιποι. Επίσης, προηγούνται οι τραυματίες που παραμένουν άφωνοι ή σιωπηλοί.

#### **Η μεταφορά πραγματοποιείται:**

α) Με φορείο (ασφαλέστερο μέσο μεταφοράς-αναγκαίο όταν υπάρχουν κατάγματα)

β) Χωρίς φορείο (1. Πυροσβεστικός: όχι όταν υπάρχει κάταγμα)

(2. Καβάλα στη ράχη)

(3. Σκαμνάκι)

(4. Ορίζονται στα χέρια:τρεις άνθρωποι με ίδιο ύψος)

Ανάλογα με την σοβαρότητα της κακώσεως. Όταν η απόσταση είναι μεγάλη ο τραυματίας χρειάζεται μεταφορά με αυτοκίνητο.

Χρειάζεται προσοχή στις απότομες κινήσεις κατά τη μεταφορά.

(Γιώτης Αλ. Αθήνα 1985)

### **Σ' ένα τραυματισμό ακολουθούμε τρία βήματα**

- Σταματάμε την αιμορραγία
- Καλύπτουμε το τραύμα
- Προλαμβάνουμε ή θεραπεύουμε το σοκ

### **Τοποθέτηση Τραυματία:**

Κατάλληλη θέση του τραυματία, ανάλογα με την κατάσταση του:

- Μπρούμυτη θέση:Αναίσθητος τραυματίας προλαμβάνουμε πνιγμό από εμετό
- Σοκ:Το κεφάλι χαμηλότερα απ' το υπόλοιπο σώμα
- Τραύμα στο κεφάλι:Ύπτια θέση του τραυματία με το κεφάλι ψηλότερα
- Κάταγμα στον αυχένα:Το κεφάλι σε ευθεία γραμμή και τελείως ακίνητο ο λαιμός να κάνει ελαφρά καμάρα προς τα πίσω.

### **Καθαρισμός τραύματος:**

Σε απλά τραύματα προβαίνουμε στον καλό καθαρισμό του τραύματος και του γύρω δέρματος. Αυτό γίνεται με οξυγονούχο

νερό(οξυζενέ) ή με καθαρό οινόπνευμα. Αν δεν υπάρχουν αυτά, βράζουμε νερό, το αφήνουμε να κρυώσει και καθαρίζουμε το τραύμα.

### **Επίδεσμοι-Χρήση**

- 1)Για κάθε μέρος του σώματος, εκλέγεται ο κατάλληλος σε διαστάσεις επίδεσμος
- 2)Η εφαρμογή του επιδέσμου αρχίζει από το λεπτό μέρος και προχωρεί στο παχύτερο
- 3)Στερεώνουμε καλά το αρχικό άκρο του επιδέσμου για να μην ξεφτίσει
- 4)Δεν τον σφίγγουμε πολύ, ώστε να μην εμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος. Βέβαια δεν τον αφήνουμε και πολύ χαλαρό
- 5)Φροντίζουμε να τον στηρίζουμε σε προεξέχοντα σημεία του σώματος
- 6)Αρχίζουμε την επίδεση αριστερά προς δεξιά όπως βλέπουμε εμείς τον τραυματία.
- 7)Τον κύλινδρο του επιδέσμου τον κρατάμε προς τα έξω
- 8)Όταν τελειώσει η επίδεση στερεώνουμε το τελικό άκρο του επιδέσμου π. χ. με παραμάννα(Γερμένης Αν. , Αθήνα 1986)

### **8. 4. ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ**

Στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως(ΦΕΚ 123/Β 115-2-78)και «κατ' εξουσιοδότησιν νόμου»(Κ. Ο. Κ. 1977)δημοσιεύτηκε Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Η-2347/555/78 του Υπουργείου Συγκοινωνιών «περί εφοδιασμού των αυτοκινήτων με κιβώτιδιο που θα περιέχει υγειονομικό υλικό για πρώτες βοήθειες»η οποία αναφέρει πως:

1)Επιβάλλουμε στους ιδιοκτήτες των αυτοκινήτων, όλων των κατηγοριών, καθώς επίσης και στους ιδιοκτήτες των τρίτροχων μοτοσικλετών, την υποχρέωση, εφοδιασμού των οχημάτων τους με κιβωτίδιο υγειονομικού υλικού πρώτων βοηθειών.

2)Καθορίζουμε το περιεχόμενο του κιβωτιδίου πρώτων βοηθειών, , το οποίο πρέπει ν' αποτελείται από τα εξής είδη επιδεσμικού υλικού:

-Ένα πακέτο βαμβάκι υδρόφυλλο των 100 γραμμαρίων τουλάχιστον

-Τέσσερα κουτιά αποστειρωμένες γάζες

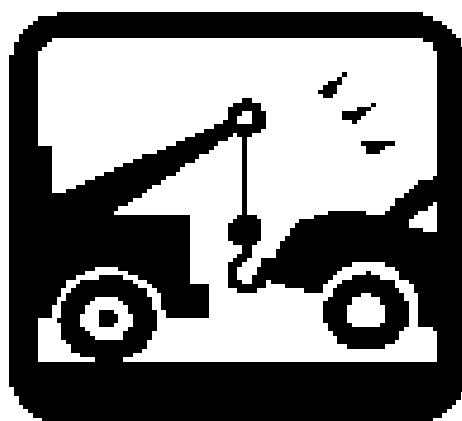
-Ένα καρούλι λευκοπλάστη

-Τέσσερις ατομικούς επιδέσμους

-Δυο αιμοστατικούς επιδέσμους

-Ένα φιαλίδιο με 200 γραμμάρια τουλάχιστον, οινόπνευμα

-Ένα φιαλίδιο με 50 γραμμάρια τουλάχιστον, Merairochrom



3)Το κιβώτιο πρώτων βοηθειών πρέπει να τοποθετείται στο αυτοκίνητο σε θέση που να εξασφαλίζει, σε περίπτωση ανάγκης ευχέρεια άμεσης χρησιμοποιήσεως του. Πρέπει να κλειδώνεται ή να τοποθετείται μέσα σ' αυτό οποιοδήποτε άλλο αντικείμενο εκτός από επιδεσμικό και φαρμακευτικό υλικό.

4) Το περιεχόμενο του κιβωτιδίου πρώτων βοηθειών πρέπει, με ευθύνη των ιδιοκτητών ή των οδηγών των αυτοκινήτων, να συμπληρώνεται ανελλιπώς, αμέσως μετά την κατανάλωσή του

### **8. 5. ΚΙΒΩΤΙΟ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ**

Όλα τα αυτοκίνητα, σύμφωνα με υγειονομική διάταξη (υπ' αριθ. 51/320 /12 Ιαν. 1973, Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών) πρέπει να έχουν φαρμακείο, δηλ. ένα κιβώτιο μικρό, του οποίου η κατασκευή να είναι από στερεή και ανθεκτική ύλη, η οποία δεν πρέπει να προσβάλλεται από την θερμοκρασία και την υγρασία. Η θέση του μέσα στο χώρο του αυτοκινήτου πρέπει να είναι στην άμεση ευχέρεια των επιβατών.

#### **Βασικό σε πρώτες βοήθειες**

- 1) Να προλάβει κανείς συνέπειες
- 2) Να ξέρει τι δεν πρέπει να γίνει
- 3) Να εφαρμόζει μερικά πράγματα για τη θεραπεία ορισμένων καταστάσεων

#### **Με τον τραυματία μπροστά μας**

Είναι σημαντικό πως και μέσα στο αυτοκίνητο πριν την απελευθέρωση μπορεί κανείς να προσφέρει βοήθειες και ιδιαίτερα ψυχική ενίσχυση.

Αναφορικά με το ερώτημα αν πρέπει να μεταφερθεί ο τραυματίας με κοινό αυτοκίνητο ή πρέπει να αναμένεται η άφιξη του νοσοκομειακού η απάντηση δεν είναι εύκολη. Υπάρχουν ωστόσο κάποιες κατευθυντήριες γραμμές:

- 1) Να εξαντληθούν οι δυνατότητες ανεύρεσης νοσοκομειακού αυτοκινήτου ή γιατρού

- 2) Οι ελαφρά τραυματισμένοι μπορούν να περιμένουν
- 3) Για την μεταφορά βαριά τραυματισμένων, επειδή περικλείει πολλούς κινδύνους καλύτερα να περιμένουν το νοσοκομειακό (Μπέλλος Αθ. , Αθήνα 1986)

### **Προσοχή!**

- 1) Δεν πρέπει να γίνεται καμιά μεταφορά βιαστικά
- 2) Δεν πρέπει να γίνει μετακίνηση, χωρίς να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα
- 3) Αν υπάρχουν πολλοί τραυματίες πρέπει να ξεχωρίσουν όσοι έχουν περισσότερη ανάγκη
- 4) Μεγαλύτερη προσοχή χρειάζονται άφωνοι τραυματίες, παρά όσοι φωνάζουν και βρίσκονται σε πανικό

### **Τοποθέτηση του τραυματία**

Η τοποθέτηση παίζει αποφαστικό ρόλο για την κατάσταση του τραυματία. Κάθε αναίσθητος τραυματίας πρέπει να τοποθετείται λοξομπρούμητα. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η αναρρόφηση.

### **Αιμορραγία**

Η δυνατή αιμορραγία προκαλεί σοκ. Αιμόσταση πρέπει να γίνει γρήγορα. Το καλύτερο είναι μια καλή και δυνατή συμπιεστική επίδεση κατευθείαν στο τραύμα. (Παπαδόπουλος Στ. Ι, 1996)

### **Κάταγμα**

Η ακινητοποίηση είναι βασικής σημασίας γιατί:

- 1) Αποφεύγεται πιθανή δημιουργία σοκ.
- 2) Αποφεύγονται επιπλέον τραυματισμοί νεύρων και αγγείων
- 3) Απόφεύγεται η δημιουργία ανοιχτού κατάγματος

### **Κακώσεις σπονδυλικής στήλης**

Οι κακώσεις αυτές απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή κατά τη μεταφορά. Χρειάζεται σταθερότητα.

### **Τραύματα κοιλιάς**

Αν είναι ανοιχτά πρέπει να γίνεται μόνο καθαρή κάλυψη. Αν είναι κλειστά με πόνο και ευαισθησία σε κάθε πίεση τότε υπάρχει πιθανότητα εσωτερικής αιμορραγίας και χρειάζεται μεταφορά στο νοσοκομείο. Απαγορεύεται η λήψη τροφής νερού, αναλγητικών.  
(Γιώτης Αλ. , Αθήνα 1986)

### **Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**

Συχνός τραυματισμός (ένας στους τρεις τραυματίες σε τροχαίο). Η μεταφορά πρέπει να γίνεται γρήγορα και σε ακινησία

### **Μέθοδοι τεχνητής αναπνοής**

- 1) Στόμα με στόμα ( μύτη κλειστή με τα δάχτυλα) για μεγάλους
- 2) Στόμα με στόμα και μύτη (για μικρά παιδιά)
- 3) Υπάρχει και ειδικός σωλήνας για τεχνητή αναπνοή που διευκολύνει την κατάσταση

Βασικό είναι να κρατηθεί ένας σταθερός ρυθμός. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή και καρδιακή μάλαξη. Ο κίνδυνος μόλυνσης για το βοηθό είναι ασήμαντος. (Παπαδόπουλος, 1996)

### **8. 6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ**

1. Τα δευτερόλεπτα έχουν σημασία
2. Καθαρίζεται το στόμα από ξένα σώματα η γλώσσα έλκεται προς τα μπρος
3. Ο πάσχων τοποθετείται με κάποιο τρόπο ώστε τα υγρά των αεροφόρων οδών να στραγγίζουν προς τα έξω το κεφάλι πρέπει να βρίσκεται σε έκταση και προς τα πλάγια
4. Ο ρυθμός της τεχνητής αναπνοής συγχρονίζεται με τις αναπνοές του πάσχοντα που αρχίζουν
5. Η μέθοδος με εμφύσηση αέρα από στόμα σε στόμα(φιλί της ζωής)είναι η προτιμότερη μέθοδος.

### **8. 7. ΤΕΧΝΗΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ**

Σε πολλές περιπτώσεις όσον αφορά το τροχαίο ατύχημα απαιτείται να εφαρμοστούν άμεσα μέθοδοι με τις οποίες μπορεί ν' αναγκαστεί σε επαναλειτουργία η αναπνοή ή και η κυκλοφορία, όταν ανακοπών από οποιαδήποτε αιτία. Και πραγματικά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχουμε ανάγκη να εφαρμόσουμε, κάποιες από τις παραπάνω μεθόδους (π. χ πνιγμός, βαριά τραύματα. συγκοπή καρδιάς κτλ). Για ορισμένες καταστάσεις οι μέθοδοί αυτοί, όχι μονάχα αποτελούν τις πρώτες βοήθειες εκλογής, αλλά είναι και οι μόνες, που αν



εφαρμοστούν έγκαιρα, μπορούν να σώσουν πραγματικά το συνάνθρωπό μας από βέβαιο θάνατο.

Πολλές φορές συνυπάρχουν οι διαταραχές της αναπνοής και της κυκλοφορίας και πολύ συχνά αλληλοσυνδέονται. Έτσι λοιπόν η κύρια ανάγκη του τραυματισμένου ατόμου είναι η αντιμετώπιση της έλλειψης οξυγόνου στους ιστούς και η διευκόλυνση της αποβολής του διοξειδίου του άνθρακα μέσω της ανάνηψης.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, οι πρώτες βοήθειες σε κάθε ανάνηψη θα πρέπει να αποσκοπούν στα παρακάτω σημεία:

- Να απομακρύνουν τα αίτια(δηλητήρια, ηλεκτρισμός, ξένα σώματα)
- Να σταματήσουν την αιμορραγία σε τραύματα, εγκαύματα ή εκτεταμένες κακώσεις
- Να διατηρήσουν ελεύθερη την αναπνευστική οδό(αν μείνει κλειστή περισσότερο από πέντε λεπτά της ώρας έχουμε θάνατο)
- Να καταπολεμήσουν το shock
- Να τοποθετήσουν τον άρρωστο στη σωστή θέση, και να εφαρμόσουν τεχνητή αναπνοή και καρδιακές μαλάξεις.

Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ψηλάφηση του σφυγμού μπορεί να μας οδηγήσει έγκαιρα στην εφαρμογή καρδιακής μάλαξης ή καρδιοαναπνευστικής ανανέωσης ή αντιμετώπισης του shock. (Παπαδόπουλος ΣΤ. Ι. 1996)

### **Σοκ και η πρόληψή του**

- 1) Τοποθέτηση του Τραυματία (πόδια ψηλά και το κεφάλι σε μέτρια υπερέκταση) , εκτός αν συνυπάρχουν άλλες καταστάσεις
- 2) Προφύλαξη από κρύο
- 3) Λήψη μέτρων για πρόληψη πόνου
- 4) Σταμάτημα πιθανής αιμορραγίας

## **8. 8. SHOCK ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Το shock, έννοια ταυτόσημη με την περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια, χαρακτηρίζεται από ψυχρά άκρα, εφίδρωση, ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πίεσης κ. ά.

Shock μπορούν να προκαλέσουν ποικίλα αίτια ανάμεσα στα οποία είναι: -Αιμορραγίες

-Τραύματα

-Εγκαύματα

-Κατάγματα

-Σηψαιμίες

κ. ά

Αυτή η ποικιλία στα αίτια του shock δημιουργεί την ανάγκη για κάθε shock να διαγνωστεί άμεσα η αρχική αιτία που το προκάλεσε, αφού έτσι θα διευκολυνθούμε στην αντιμετώπισή του.

Κι ακόμα, ας μη ξεχνάμε πως, ένα shock όσο εύκολα μπορεί να εμφανιστεί, τόσο δύσκολα και αντιστεκόμενα μπορεί να αναταχθεί.

### **Εγκαύματα**

Αν ο τραυματίας καίγεται ακόμη τον ρίχνουμε στο έδαφος και τον τυλίγουμε με κουβέρτες, πανιά κτλ. Οι πληγές σκεπάζονται με καθαρές γάζες. Τέλος δεν τραβάμε υφάσματα απ' την πληγή.

**Αποκαλύπτουμε το έγκαυμα με προσοχή από τα ενδύματα, κόβοντας και απομακρύνοντας αυτά(τα ενδύματα). Αποφεύγουμε να σύρουμε ενδύματα πάνω απ' το έγκαυμα και ούτε αφαιρούμε κομμάτια ενδυμάτων, τα οποία είναι κολλημένα πάνω στο σημείο του εγκαύματος. Δεν σπάμε τυχόν φυσαλίδες που βρίσκουμε στο**

δέρμα, δεν βάζουμε αλοιφές, λίπος, βενζίνη, βαζελίνη ούτε καθαρίζουμε το έγκαυμα. Αυτό είναι δουλειά του ειδικού, δηλ. του γιατρού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ



## ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

## 9. 1. ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η έννοια της ασφάλειας είναι γνωστή σε όλους και δεν υπάρχει λόγος ιδιαίτερης ερμηνείας. Στα λεξικά αναφέρεται σαν «βεβαιότητα», «εγγύηση», «σιγουριά» και ειδικότερα, για το θέμα μας, σαν «εξασφάλιση» από κίνδυνο. Όλες λοιπόν οι προσπάθειες μας θα πρέπει, να είναι η εξουδετέρωση αυτού του κινδύνου, που προέρχεται από την κίνηση των τροχοφόρων στους δρόμους. Και πολύ σωστά ο κόσμος, σαν κινδύνους εννοεί τις καταστροφές, σε ανθρώπους και πράγματα. Πραγματικά, είναι έντονες οι προσπάθειες αυτές, σε διεθνές επίπεδο, αφού τα δυστυχήματα αυτά δεν παύουν όχι μόνο να επιμένουν, αλλά και να αυξάνονται. Κατασκευάζονται δρόμοι, με όλες τις προδιαγραφές ασφαλείας, όπως και αυτοκίνητα, που συναγωνίζονται μεταξύ τους, για τα νεώτερα και «αποτελεσματικότερα» ασφαλιστικά αξεσουάρ και καρότσα, για την περιφρούρηση των εποχουμένων, από τους κινδύνους, που διατρέχουν, από την αναγκαστική πλέον πραγματικότητα της οδήγησης δι-, τρι-, ή τετράτροχων οχημάτων, που δέθηκαν με τις σύγχρονες απαιτήσεις της ζωής.

Διαπιστώνεται όμως σήμερα, ότι η αποδοχή της έννοιας αυτής, της ασφάλειας, που αφορά σ' αυτούς τους κινδύνους(θυμάτων ή ζημιών), έχει επεκταθεί επικίνδυνα, για να αποτελέσει πανάκεια, για «ασφαλή οδήγηση»και άρα, ότι τα μέτρα ασφαλείας, θα περιορίσουν τα «δυστυχήματα», εννοώντας τα θύματα και τις ζημιές, από το «αναπόφευκτο»δυστύχημα. Η εντύπωση όμως αυτή είναι απατηλή, αποπροσανατολιστική και επικίνδυνη. Επειδή, μας απομακρύνει από τους πραγματικούς γενεσιουργούς παράγοντες του δυστυχήματος και που μόνο η εντόπισή τους, θα μας δώσει τις δυνατότητες πρόληψης, από αυτό το ίδιο το ατύχημα και όχι αποκλειστικά των συνεπειών του. Και οι παράγοντες αυτοί είναι άσχετοι, με τα ποικίλα μέτρα ασφαλείας

Σιγά σιγά λοιπόν πολιτεία και λαός πιστέψαμε ότι από τα δυστυχήματα θα μας σώσουν τα «μέτρα ασφαλείας». Και, ότι μετά την «υπερβολική» ταχύτητα, που ήδη θεωρείται σαν πρώτη αιτία τους, έρχονται οι συνθήκες του περιβάλλοντος και κυρίως οι «κακοί» και «ανασφαλείς» δρόμοι, όπως και η κακή αστυνόμευση. Συνθήκες, για τις οποίες η πολιτεία εισπράττει πολλά αναθέματα και κατηγορείται για αδιαφορία εξάλειψης των «παγίδων» και την καθυστέρηση κατασκευής δρόμων, με όλα τα σύγχρονα μέτρα ασφαλείας. Όλοι σχεδόν οι αναγκαίοι δρόμοι έχουν ασφαλοστρωθεί, έστω και με τις τυχόν ατέλειες τους. Ύστερα από τις καταστροφές, που έπαθε η χώρα αυτή και την καθυστέρηση της ανάπτυξης, δεν είναι δυνατό να είναι άψογοι οι δρόμοι. Αλλά το πιο σπουδαίο, το οποίο αξίζει να ειπωθεί, είναι ότι η κατάσταση των δρόμων δεν έχει καμιά σχέση με τις «αιτίες» των δυστυχημάτων, εννοώντας την αρχική αιτία, που επωμίζεται και την ευθύνη και όχι των θυμάτων και των ζημιών.

Το αίσθημα της ασφάλειας, ή ανασφάλειας επηρεάζει αποφασιστικά τον υποσυνείδητο τρόπο συμπεριφοράς του ανθρώπου. Έτσι ένα αίσθημα «ασφάλειας» τον κάνει πιο τολμηρό, πιο ριψοκίνδυνο, πιο θαρραλέο, πιο εξωστρεφή. Αντίθετα, το αίσθημα «ανασφάλειας» τον κάνει πιο συντηρητικό, πιο αυτογνωστικό, πιο προσεκτικό, πιο εσωστρεφή, δηλ. λειτουργεί άψογα ο μηχανισμός του ενστίκτου αυτοσυντήρησης. Οι πραγματικότητες αυτές χρειάζονται παραπέρα ανάλυση, για την αποδοχή, ότι τα δυστυχήματα είναι προϊόντα της πρώτης περίπτωσης. Έτσι κατά κάποιο τρόπο τα μέτρα ασφαλείας σε κάποιες περιπτώσεις συντελούν, παρά περιορίζουν, τον αριθμό των δυστυχημάτων, αυτών καθ' αυτών και όχι των συνεπειών τους.

Αν εξακολουθήσουμε να επιμένουμε ότι τα μέτρα ασφαλείας είναι μέσα, αποφυγής δυστυχημάτων, παραδεχόμαστε, χωρίς ενδοιασμούς, ότι τα τελευταία είναι «μοιραία» και «αναπόφευκτα» και ότι η προσπάθειά

μας θα πρέπει να συγκεντρώνεται, στο πως να περισώσουμε ότι είναι δυνατό να περισωθεί σ' αυτά! Μια ολέθρια, δηλαδή και τραγική ψευδαίσθηση!

ΝΑΙ λοιπόν στα ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ! Όχι όμως για «ασφαλή οδήγηση», όπως το διαβάζουμε και όπως το ακούμε σαν σύνθημα, στην ενημερωτική προσπάθεια, για την αξία της ζώνης ασφαλείας. Τα μέτρα ασφαλείας είναι μόνο για την προσπάθεια, να φτάσουμε σώοι στον προορισμό μας, από κάποιο πιθανό δυστύχημα.

Οι αρμόδιοι και τα Μ. Μ. Ε , θα πρέπει να αναθεωρήσουν την τακτική ενημέρωσης και διαφώτισης του κοινού, που γαλουχούμενος με τα νάματα του αισθήματος «ασφάλειας», σαν πανάκειας αποφυγής των δυστυχημάτων, το έκανε βίωμά του και το προβάλλει διαρκώς και περισσότερο, σαν δικαίωμα και απαίτησή του! Αφού οι πάντες, πολιτεία και βιομηχανίες εργάζονται πυρετωδώς, για την ασφάλειά μας. Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι δυνατό με αυτή τη λογική να υπάρξουν αποτελεσματικά μέτρα αντιμετώπισης των τεράστιων δυνάμεων, που αναπτύσσονται, κατά την τελική στιγμή ορισμένων ατυχημάτων.

Έτσι η πολιτεία αισθάνεται την υποχρέωση, για να προφυλάξει τους πολίτες της, να τους δώσει, όσο γίνεται πιο ασφαλείς δρόμους. Και ειλικρινά πιστεύει, ότι τέτοιοι δρόμοι χωρίς ανωμαλίες, με νησίδες, διαχωριστικές μπάρες, διαζώματα, στηθαία, διαγραμμίσεις, φωτισμό, πινακίδες σηματοδότες κ. ά θα μειώσουν κατά πολύ τα δυστυχήματα, με έμφαση την αποφυγή σύγκρουσης, αντίθετα κινουμένων οχημάτων. (Σιμσίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

Από το άλλο μέρος, οι αυτοκινητοβιομηχανίες, κι αυτές πολύ σωστά προσπαθούν και με κάθε τρόπο να μειώσουν το μέγεθος των καταστροφών, από τα δυστυχήματα, με τις βελτιώσεις των ασφαλιστικών προδιαγραφών, στα αυτοκίνητα. Έτσι, έχουμε τις ζώνες ασφαλείας, τους αερόσακους, τις μπάρες στις πόρτες, τα απορροφητικά υλικά στα σημεία

κρούσης(προφυλακτήρες κλπ)Προφυλάξεις, με άλλα λόγια, για τις συνέπειες και όχι την απόφυγή του ίδιου του δυστυχήματος, που δρομολογήθηκε από άλλους και τελείως διαφορετικούς λόγους, όπως τόνισα πολλές και κουραστικές φορές.

Οι αυτοκινητοβιομηχανίες όμως δε σταματούν να μεγαλώνουν και τις δυνατότητες ταχύτητας των αυτοκινήτων. Και αυτό επειδή, ασφαλώς οι δρόμοι προσφέρονται, σιγά σιγά, όλο και για μεγαλύτερες ταχύτητες. Και αυτό ακόμη αποδεικνύει ότι κανείς μέσα του δεν πιστεύει το « . . . λόγω υπερβολικής ταχύτητας! » Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

ΤΑ ΔΥΣΤΥΧΗΜΑΤΑ ΔΕΝ ΘΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΟΥΝ ΠΟΤΕ!  
Έστω και με τις πιο ιδεώδεις συνθήκες οδήγησης και ασφάλειας. Η προσπάθεια στοχεύει μόνο, για τη δραστική μείωσή τους.

Οι παγίδες δε θα σταματήσουν να υπάρχουν, αλλά και στο τιμόνι δε θα σταματήσει να κάθεται ένας φυσικά ή ψυχικά πολλές φορές ΑΔΥΝΑΜΟΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ. Και μόνο με τη λογική, κάθε φορά, προσαρμογή της ταχύτητας, θα κατορθώσει και με το μικρότερο κόστος να αντιμετωπίσει τις παγίδες αυτές.

Ο οδηγός πείθεται σταδιακά, ότι αν του διαθέσουν «θωρακισμένο»και όσο το δυνατό πιο ταχυκίνητο αυτοκίνητο, αλλά και ανοιχτές λεωφόρους, με πλήρη «ασφάλεια», θα έχει λύσει το πρόβλημά του. Και τι κρίμα να προσπαθούμε να υποβαθμίσουμε την ανθρώπινη υπόσταση μας, με το να την «φυλακίσουμε»στο όνομα της ασφάλειας, απαλλοτριώνοντας έτσι, την ελευθερία της σκέψης και των αποφάσεων μας. Άλλωστε και το ασφαλέστερο όχημα, δεν είναι δυνατό να αποφύγει, ή να μη προκαλέσει δυστύχημα.

ΟΧΙ και πάλι! Σε καμία περίπτωση, η ύπαρξη μέτρων ασφαλείας δεν αποτρέπει το ίδιο το δυστύχημα. Και σε καμία περίπτωση, δεν απαλλάσσεται ο οδηγός, από την ευθύνη του δυστυχήματος, αφού και πάντα ο ΙΔΙΟΣ το δημιούργησε. Δεν έχει κανένα δικαίωμα να πιέζει,



ζητώντας όλο και περισσότερα μέτρα ασφαλείας. Θα πρέπει γι' αυτό να συγκεντρώσουμε τις προσπάθειές μας, στο να πείσουμε τον οδηγό, να παραδεχτεί ανεπιφύλακτα, ότι είναι ο μοναδικός ένοχος ΟΛΩΝ των δυστυχημάτων και φυσικά των πιθανών συνεπειών τους. Για το δυστύχημα, δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί η έλλειψη μέτρων ασφαλείας και κατ' ακολουθία να τον δικαιώσουν.

Με κανένα λοιπόν τρόπο δεν θα πρέπει να δώσουμε στον οδηγό το αίσθημα της ασφάλειας, που θα πρέπει να πηγάζει μόνο από την εμπειρία και τις «ειδικές» σχέσεις που έχει με το αυτοκίνητό του. Για να προσέχει στην οδήγηση, θα πρέπει να βρίσκεται πάντα κάτω από τη δαμόκλειο σπάθη του «αναπάντεχου» έστω και του πιο λιγότερα οδυνηρού. Το ένστικτο της αυτοσυντήρησης είναι ο καλύτερος δάσκαλος για τη σωστή οδήγηση.

Οι οδηγοί εκτός από τα σήματα και τα διάφορα «τεστς» θα πρέπει να μαθαίνουν τουλάχιστο τους μηχανισμούς ανάρτησης, στροφής και φρεναρίσματος του αυτοκινήτου τους και να μην περιορίζονται μόνο στις ανέσεις του σαλονιού και στη σιγουριά της ζώνης ασφαλείας. Να πειστούν ότι η μεγάλη ζημιά, αν συμβεί, γίνεται μόνο μια φορά στη ζωή! Και θα είναι το αποτέλεσμα της εμπιστοσύνης, που θα έχει στον εαυτό του, αποτολμώντας διάφορες παραβάσεις στα μέτρα ασφαλείας, που υπάρχουν στη διάθεσή του, όσο και στο σιδερένιο κιβώτιο, με τα λαστιχένια πόδια γεμάτα αέρα που έχει κλειστεί. Αν αποφασίσει μόνος του για την οδική του ασφάλεια αν ενδιαφερθεί γι' αυτή, σίγουρα θα περιφρουρήσει και την ασφάλεια των άλλων. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

## 9. 2. ΖΩΝΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Προς την πρόληψη, ασφαλώς, απευθύνονται τα μέτρα ασφαλείας αλλά μόνο εκείνη, που έχει σχέση με το μέγεθος των καταστροφών, σε ένα δυστύχημα. Και η πρόληψη αυτή, κατά μια έννοια δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ έννοιά της που έχει σχέση με το γιατί συνέβη το ατύχημα.

Συχνά βλέπουμε στην τηλεόραση(διαφοριστικές εκπομπές) ένα αυτοκίνητο με «κούκλες» ανθρωπίνων ομοιωμάτων, να πέφτει σε ένα τοίχο, με μεγάλη ταχύτητα, ασφαλώς προκαθορισμένη. Πρόκειται για τον έλεγχο αποτελεσματικότητας των ζωνών ασφαλείας. Και οι κούκλες φυσικά σώζονται!

Η πρόθεση μας δεν είναι να υποτιμήσουμε την αξία των ζωνών ασφαλείας, που δεν ενοχλούν τον επιβάτη αλλά και μπορεί να τον σώσουν σε ορισμένες περιπτώσεις. Σημασία όμως έχει να πείσουμε τους οδηγούς, για τον πραγματικό σκοπό, που τις φορούν και όχι ότι έτσι θα προλάβουν το ατύχημα

Οι οδηγοί θα πρέπει να νιώσουν την ευθύνη τους, ότι θα πρέπει να επιβάλουν τις ζώνες στους συνεπιβάτες τους. Γι' αυτούς είναι ζωτική ανάγκη αφού δεν συμμετέχουν στην εγρήγορση (κατάσταση έντονης προσοχής)του οδηγού, επειδή μπορούν και κοιμούνται, χαζεύουν, μιλάνε μεταξύ τους, αφαιρούνται και έτσι, δεν είναι σε θέση, να κάνουν τίποτα, σε περίπτωση κινδύνου. Αντίθετα με τον οδηγό, είναι οι «παθητικοί» επιβάτες του αυτοκινήτου

Για να έχει η ζώνη το ζητούμενο προληπτικό αποτέλεσμα και να συγκρατεί οδηγό και επιβάτες σε «θέση αδράνειας» θα πρέπει να δένεται και να προσαρμόζεται σωστά πάνω στο σώμα. (Ελευθεροτυπία Τεύχος 83, 2003)

Πότε τις χρησιμοποιούμε:

Τη ζώνη ασφαλείας τη χρησιμοποιούμε πάντοτε. Το πως την χρησιμοποιούμε διαφοροποιείται λίγο με την ηλικία του επιβάτη.

Ζώνες ασφαλείας πρέπει να φορούν τόσο οι επιβάτες των μπροστινών καθισμάτων όσο και των πίσω. Σε σύγκρουση ή ακόμη και σε απότομο φρενάρισμα κινδυνεύουν όλοι οι επιβάτες ενός οχήματος.

### **9.3. Ο ΜΥΘΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΝΗ**

Κανένα δηλητήριο δεν σκοτώνει τόσους ανθρώπους όσο η μυθολογία που περιτριγυρίζει τη ζώνη ασφαλείας.

-Είναι λάθος ότι η ζώνη ασφαλείας χρειάζεται μόνο στις εθνικές οδούς ή όταν αναπτύσσονται μεγάλες ταχύτητες, αφού μια σύγκρουση με ταχύτητα 40χλμ/ώρα ισοδυναμεί με πτώση από το δεύτερο όροφο μιας κατοικίας.

-Είναι λάθος ότι η ζώνη δε χρειάζεται για τους επιβάτες των πίσω καθισμάτων, αφού ο σχετικός βαθμός προστασίας είναι περίπου της ίδιας τάξης μεγέθους, όπως και για τους επιβάτες των μπροστινών καθισμάτων.

-Είναι λάθος ότι η ζώνη δεν χρειάζεται όταν διανύονται μικρές αποστάσεις, αφού τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν σε ακτίνα 50χλμ από το σπίτι μας.

-Είναι λάθος ότι η εκτίναξη από το αυτοκίνητο, η οποία αποτρέπεται με τη χρήση της ζώνης, είναι προτιμότερη από την καθήλωση στη θέση του αυτοκινήτου, αφού οι εκτινασσόμενοι επιβάτες έχουν πολλαπλάσιο κίνδυνο θανάτου από αυτούς που παραμένουν προσδεμένοι. (Ελλην. Παιδιατρική Εταιρία, τόμος 61, τεύχος 1, 1998)

-Είναι λάθος ότι ο προσεκτικός οδηγός δεν έχει ανάγκη να χρησιμοποιεί τη ζώνη ασφαλείας, αφού ένα ατύχημα μπορεί να προκληθεί με βασική ευθύνη κάποιου άλλου οδηγού ή εξαιτίας απρόβλεπτων συνθηκών.

-Είναι λάθος ότι η χρήση ζώνης δεν είναι συμβατή με τη γενναιότητα και την αυτοπεποίθηση, αφού η γενναιότητα υπηρετεί κάποιο υψηλότερο ιδανικό, που δεν ταυτίζεται με την άχρηστη αυτή θυσία.

#### **9. 4. ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΙ ΚΡΥΒΕΤΑΙ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΑΥΤΗΝ**

Η συμμαχία συγκροτήθηκε από κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς και συντονίζεται από το Κέντρο Έρευνας κ Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων. (ΚΕΠΠΑ) του Πανεπιστημίου Αθηνών. Πίσω από τη συμμαχία κρύβεται ο σπαραγμός για τον άδικο χαμό εκατοντάδων πολιτών.

Η συμμαχία συμβάλει στην ενημέρωση του κοινού, σχετικά με τη χρήση των παθητικών μέτρων συγκράτησης στο αυτοκίνητο (ζώνες ασφαλείας, παιδικού καθίσματος). (Dr. Lee. Jong, Wook, 2004)

Ο Αερόσακος:

Ο αερόσακος είναι ένας πλαστικός σάκος που τη στιγμή της σύγκρουσης του αυτοκινήτου εκτοξεύεται από την ειδική υποδοχή όπου βρίσκεται μπροστά στο τιμόνι και φουσκώνει αμέσως με ακίνδυνο αέριο, συγκρατώντας οδηγό και συνεπιβάτη στη θέση τους, έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν τραυματισμοί, από γυαλιά και άλλου είδους αντικείμενα.



Οι αερόσακοι είναι κατασκευασμένοι για να συγκρατούν το βάρος ενηλίκων. Το βρεφικό κάθισμα δεν πρέπει να μπαίνει σε θέση με αερόσακο γιατί υπάρχει κίνδυνος σοβαρού τραυματισμού του βρέφους. (Dr. Lee. Jong, Wook, 2004)

Συνοπτικά:

- 1) Τη ζώνη ασφαλείας πρέπει υποχρεωτικά να τη χρησιμοποιούν όλοι οι ενήλικες επιβάτες και τα παιδιά ηλικίας άνω των 7 ετών
- 2) Παιδιά κάτω των 7 ετών θα πρέπει να χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό προστασίας (βρεφικό κάθισμα).

### **9. 5. ΛΑΘΕΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΛΙΣΘΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΟΔΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ**

Η αντίληψη ότι «ο υγρός δρόμος είναι και παράλληλα ο πιο επικίνδυνος για την πρόκληση τροχαίου ατυχήματος» θα πρέπει να ανατραπεί λόγω της άγνοιας της πραγματικότητας. Μιας πραγματικότητας που φαντάζει παράλογη, από την έντονη αντίφασή της, όπως:

- Πιο επικίνδυνος είναι ο υγρός δρόμος, και παρόλα αυτά,
- Τα λιγότερα δυστυχήματα συμβαίνουν σε υγρό δρόμο!
- Πιο ακίνδυνος θεωρείται ο στεγνός δρόμος, και παρόλα αυτά
- Τα περισσότερα δυστυχήματα συμβαίνουν σε στεγνό δρόμο

Επειδή όμως δε μπορούμε να προχωρήσουμε, με αντιφάσεις και παραλογισμούς καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα

Άρα:

- Τα περισσότερα δυστυχήματα συμβαίνουν σε στεγνό δρόμο

- Πιο «ακίνδυνος» θεωρείται ο υγρός δρόμος, γι' αυτό και
- Τα λιγότερα ατυχήματα συμβαίνουν σε υγρό δρόμο

Η παραπάνω λοιπόν πραγματικότητα, της επικινδυνότητας του στεγνού δρόμου, αποκαλύπτεται κάθε τόσο, με το μέτρημα του αριθμού των δυστυχημάτων, όπως και των θανάτων, τόσο σε μέρες καλοκαιρίας όσο και κακοκαιρίας. Και οι στατιστικές που βγαίνουν δείχνουν ξεκάθαρα την πραγματικότητα αυτή από μια έρευνα που έγινε στις Η. Π. Α, που αποδεικνύει ότι:

- Σε στεγνό δρόμο, το ποσοστό των δυστυχημάτων καλύπτει το 70, 5% του συνόλου και ότι, στο ποσοστό αυτό, το 85% είναι θανατηφόρο (εννοούμε σε αριθμό ατυχημάτων και όχι σε αριθμούς νεκρών, που μπορεί να ήταν ένας, ή περισσότεροι, σε κάθε δυστύχημα) Έτσι:
- Σε υγρό δρόμο καλύπτονται τα υπόλοιπα και αντίστοιχα ποσοστά δηλ. το 19, 5% για τον αριθμό των δυστυχημάτων και το 15%, για το θανατηφόρο αποτέλεσμά τους.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι οδηγοί είναι πιο προσεκτικοί στον υγρό δρόμο και επομένως, θα πρέπει να είναι λιγότερα τα δυστυχήματα και έτσι θα δεχτεί το λάθος της προηγούμενης αντίληψης του και άρα, ότι ο υγρός δρόμος θα πρέπει να θεωρηθεί πιο ακίνδυνος πιο το στεγνό. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

Αυτή συνεπώς η λανθασμένη αντίληψη για τον υγρό δρόμο αφήνει έκθετο τον οδηγό απέναντι στο στεγνό, που τον θεωρεί «ιδανικό», αλλά σ' αυτόν πληρώνει, με άφθονο αίμα.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού, χρειάζεται έντονη ενημέρωση και διαφώτιση του λαού, ότι, για να απαλλαγεί από ένα μεγάλο αριθμό δυστυχημάτων, πρέπει να αποβάλει το αίσθημα ασφάλειας από μέσα του. Στους υγρούς δρόμους είναι λιγότερα τα δυστυχήματα , επειδή ακριβώς οι οδηγοί έχουν το αίσθημα ανασφάλειας,

από τη γνώση, ότι ο υγρός δρόμος υπάρχει κίνδυνος να επηρεάσει τη συμπεριφορά του οχήματος, κάποια στιγμή. Το ίδιο αίσθημα θα πρέπει να κατέχει και τους οδηγούς, σε στεγνούς δρόμους, που έχουν τους δικούς τους κρυφούς κινδύνους, επειδή πιο εύκολα αποσπάται η προσοχή του οδηγού, από την οδήγηση, νιώθοντας την ασφάλεια του στεγνού δρόμου. Το αίσθημα αυτό της «ασφάλειας» αποτελεί και τον πρώτο κρίκο, στην αλυσίδα των γεγονότων και με πιθανούς επόμενους, την αύξηση ταχύτητας, ελάττωση της προσοχής, με αποτέλεσμα την απώλεια ελέγχου των «μοχλών» οδήγησης. Κάθε δυστύχημα σε στεγνό δρόμο, σημαίνει θάνατο, ή θανάτους σε ποσοστό 85%

Ολοκληρώνοντας μπορούμε να προβούμε στην εξής αποστροφή: ΟΣΟ ΠΙΟ ΠΟΛΛΑ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΠΑΙΡΝΟΝΤΑΙ, ΤΟΣΟ ΟΙ ΟΔΗΓΟΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΘΕΤΟ. Μια «υπερβολή» η οποία υπογραμμίζει την αδυναμία των όποιων μέτρων ασφαλείας, να μας προφυλάξουν από τη «γέννηση» του δυστυχήματος. Από την άλλη μεριά, βέβαια, ΚΑΝΕΙΣ ΔΕ ΜΠΟΡΕΙ Ν' ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ, μόνο όμως, για την πιθανή ελάττωση των πιθανών καταστροφών, σε δυστύχημα. ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΓΓ' ΑΥΤΟ. (Σιμισίρογλου Σπ., Αθήνα 1998)

Έστω και χωρίς να το θέλουμε, να ΜΗ προσπαθούμε, να προβάλουμε τα μέτρα, σαν ασφαλιστική πανάκεια αποφυγής δυστυχημάτων. Η αξία τους θα εξαρτηθεί μόνο ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ, ΓΙΑ ΜΙΑ ΣΩΣΤΗ ΑΠΟΦΑΣΗ, όπως συμβαίνει με την περίπτωση της γνώσης, ότι ο υγρός δρόμος είναι επικίνδυνος και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, αλλά και που δικαιώνει το αναμφισβήτητο ΚΙΝΗΤΡΟ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ, ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΓΕΝΙΚΑ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ, που εργαζόμαστε, διακινούμαστε, αθλούμαστε, ή ψυχαγωγούμαστε. Δεν πρέπει, με καμία έννοια, να

υποβαθμίσουμε το κίνητρο αυτό, με την προσφορά οποιωνδήποτε μέτρων ασφαλείας.

ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΛΠΙΔΑ, είναι η καλλιέργεια του αισθήματος της ανασφάλειας. Αυτή είναι και κείνη, που θα κρατάει ΑΓΡΥΠΝΟ ΤΟ ΒΛΕΜΜΑ του οδηγού, αφού πήρε την απόφαση, να εμπιστευτεί τον εαυτό του και κυρίως τους άλλους ανθρώπους, μέσα σε ένα «αντικείμενο», τόσο ευχάριστο και χρήσιμο, που όμως μπορεί να μετατραπεί σε μέσο αφανισμού.

ΟΧΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΣΙΓΟΥΡΙΑΣ! Επειδή πιστεύω ότι το αίσθημα αυτό αποτελεί και την κύρια **αιτία κατάργησης των αναστολών**, στη συμπεριφορά του οδηγού, **με συνέπεια, την κατάργηση της προσοχής**.

**Κανένα μέτρο λοιπόν ασφαλείας δεν είναι δυνατό να αποτρέψει ένα σίγουρο δυστύχημα! Τα μέτρα αυτά παρεμβαίνουν κατά την εξέλιξη του δυστυχήματος, αλλά μόνο για να σώσουν**, μερικές φορές τη ζωή ή την ακεραιότητά μας, σε ένα δυστύχημα, που έγινε, αλλά από πολλούς λόγους. . (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

Μην επαναπαυθούμε λοιπόν και μη συνδυάσουμε ποτέ τα μέτρα ασφαλείας, με την ασφαλή οδήγηση. Είναι προτιμότερο, να μη παθαίνουμε καθόλου το σίγουρο ατύχημα, παρά να βασιζόμαστε στην ελπίδα και στη σιγουριά, ότι οι ζώνες, οι αερόσακοι, οι μπάρες και όλα τα άλλα παρόμοια μέτρα θα μας σώσουν σ' αυτό.

### **Κανόνες Οδικής Συμπεριφοράς**

Ο οδηγός θα πρέπει να συμμορφώνεται στις υποδείξεις των αστυνομικών. Πέραν όμως από αυτούς οφείλει να υπακούει στις υποδείξεις των ανδρών της στρατονομίας, καθώς και στους εντεταλμένους για την τήρηση της κυκλοφοριακής τάξης(π. χ. κρατικοί, νομαρχιακοί, δημοτικοί υπάλληλοι).



Οι οδηγοί είναι υποχρεωμένοι να σταματήσουν σε κινητούς ελέγχους της αστυνομίας.

«Ελάττωσε την ταχύτητά σου», που είναι μια φιλική υπόδειξη της αστυνομίας. Εάν είναι νύχτα, η υπόδειξη και το σήμα δίνονται από την αστυνομία είτε με αντανακλαστικά, είτε και με φώτα λευκού ή κίτρινου χρώματος. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

### **Η ιεράρχηση προτεραιότητας, είναι:**

- Τροχονόμος
- Φωτεινοί σηματοδότες σε λειτουργία
- Πινακίδες

### **Πινακίδες σήμανσης οδών:**

Όταν οδηγεί κανείς ένα μεγάλο μέρος πληροφόρησης παίρνει από πινακίδες ή οδοσήματα, που βρίσκονται κατά μήκος του δρόμου.

Άτομα με μειωμένη κινητικότητα(Άρθρο 41):

Για την κίνηση αμαξιδίων ατόμων με μειωμένη κινητικότητα, τα οποία, προωθούνται από τους ίδιους ή τους συνοδούς τους και αμαξιδίων βρεφών, επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται τα πεζοδρόμια, οι πεζόδρομοι ή κατάλληλα ερείσματα. (Σιμισίρογλου Σπ. , Αθήνα 1998)

-ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΔΕΝ ΑΠΟΤΡΕΠΟΥΝ ΤΟ ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ
---

-ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
---------------------------------------

-ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ «ΥΠΟΘΑΛΠΕΙ» ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
--

## 9. 6. ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΜΕ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Σύμφωνα με το Πόρισμα της Βουλής των Ελλήνων για τα Τροχαία Ατυχήματα και την Οδική Ασφάλεια στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 1996 οι κυριότεροι φορείς με αρμοδιότητα στα ατυχήματα και την οδική Ασφάλεια είναι οι εξής:

- **Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης** (Δ/νση Τροχαίας, Πυροσβεστικό Σώμα) όπου:

η Δ/νση Τροχαίας, έχει επιφορτισθεί με την ρύθμιση της κυκλοφορίας, την εφαρμογή του ΚΟΚ, την αστυνόμευση του οδικού δικτύου, τις προανακρίσεις και την πρωτογενή καταγραφή(ΔΟΤΑ) οδικών ατυχημάτων, τους έλεγχους μέθης, ταχύτητας κλπ, την ενημέρωση πολιτών κ. α.

Το Πυροσβεστικό Σώμα, έχει αρμοδιότητες που περιλαμβάνουν την διάσωση και παροχή βοήθειας σε εγκλωβισμένα άτομα, την κατάσβεση πυρκαγιών, την μετατόπιση συγκρουσθέντων οχημάτων, καθαρισμό του οδοστρώματος στη θέση του ατυχήματος, αντιμετώπιση ατυχημάτων με πετρελαιοειδή ή χημικά κλπ

-**Το ΥΠΕΧΩΔΕ** (Γεν, Γραμ. Δημοσίων Έργων): είναι αρμόδιο για την μελέτη, κατασκευή και συντήρηση του εθνικού οδικού δικτύου και του βασικού δικτύου Αθήνας και Θεσσαλονίκης, το οποίο εκπονεί μελέτες και υλοποιεί επεμβάσεις για την βελτίωση της οδικής υποδομής

Το Υπ. Μεταφορών και Επικοινωνιών(δ/νση Οδικής Κυκλοφορίας, ΟΣΕ): είναι αρμόδιο για:

Θέματα οδικής κυκλοφορίας(εκπαίδευσή και εξέταση υποψήφιων οδηγών, εξέταση και άδειες εκπαιδευτών, διοικητικές ποινές για παραβάσεις, κατάρτιση και παρακολούθηση εφαρμογής ΚΟΚ συγκέντρωση και αξιολόγηση στοιχείων, ενημερωτικό υλικό κυκλοφοριακής αγωγής, κλπ)

Τεχνικά θέματα οχημάτων(τήρηση στοιχείων και μητρώων κυκλοφορούντων οχημάτων, προδιαγραφές και κανονισμοί εγκρίσεων κατασκευής, συντήρησης, επισκευής, συνεργείων κλπ οχημάτων)

Θέματα τεχνικού ελέγχου οχημάτων(ΚΤΕΟ)

Θέματα λοιπών μέσων συγκοινωνίας(Σιδηρόδρομος-ΟΣΕ)

**-Το Υπ. Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης:** με κυρίαρχα επιτελικό ρόλο, ως Κεντρική Διοίκηση, έναντι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α΄ και Β΄ βαθμού, για τη διαμόρφωση τομεακών πολιτικών και ο στρατηγικής. Το Υπουργείο εξακολουθεί να έχει αρμοδιότητα για τις Περιφέρειες, αντικείμενο των οποίων είναι ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και συντονισμός της περιφερειακής ανάπτυξης και η διαχείριση των πιστώσεων του ΠΔΕ και των χρηματοδοτήσεων της ΕΕ, ενώ ασκεί γενική εποπτεία στους ΟΤΑ.

**Η Τοπική Αυτοδιοίκηση Α΄(Δήμοι και Κοινότητες) και Β΄ (Νομαρχίες) βαθμού:**

**-Η Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση** έχει αρμοδιότητες περισσότερο εφαρμογής και υλοποίησης – για τις περιοχές δικαιοδοσίας της-όπως: η κατασκευή, συντήρηση και λειτουργία των έργων δημοτικής και κοινοτικής οδοποιίας, του καταστρώματος των ισόπεδων σιδηροδρομικών διαβάσεων, οι κυκλοφοριακές ρυθμίσεις, ο καθορισμός πεζοδρόμων-μονόδρομων, ο προσδιορισμός, η δημιουργία και η λειτουργία των χώρων στάθμευσης, η τοποθέτηση πινακίδων, η

σύσταση ειδικών υπηρεσιών για τον έλεγχο τήρησης συναφών διατάξεων.

-Η νομαρχιακή αυτοδιοίκηση εποπτεύεται και συντονίζεται από το Υπουργείο Εσωτερικών, αλλά και τα λοιπά Υπουργεία διατηρούν την εποπτεία και την ευθύνη για την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα τους. Οι νομάρχες ειδικότερα ως προς την οδική ασφάλεια ανέλαβαν αρμοδιότητες που είχαν προηγουμένως οι μετακλητοί νομάρχες και νομαρχιακές υπηρεσίες των εμπλεκόμενων υπουργείων, όπως η κατασκευή, συντήρηση και λειτουργία της οδικής υποδομής(κύρια επαρχιακής), ο πολεοδομικός σχεδιασμός, οι κυκλοφοριακές ρυθμίσεις, ο έλεγχος οχημάτων, η εκπαίδευση και κατάρτιση των οδηγών, η ενημέρωση των χρηστών του οδικού δικτύου και η επιτόπου αντιμετώπιση των ατυχημάτων.

**Το Υπ. Υγείας και Πρόνοιας**(Γεν. Δ/ση Υγείας, ΕΚΑΒ, ΚΕΠΠΑ), όπου:

- η Γεν. Δ/ση Υγείας είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό και τον συντονισμό λειτουργίας των υφιστάμενων μονάδων, την εξειδίκευση της πολιτικής και τον συντονισμό των συνεργασιών με συναφείς δραστηριότητες άλλων φορέων
- το **ΕΚΑΒ** ευθύνεται για την έγκαιρη και ασφαλή μεταφορά τραυματιών στον εκάστοτε πλησιέστερο υγειονομικό σχηματισμό και την εκπόνηση προγραμμάτων πρόληψης .

**-Το Υπ. Εθν. Παιδείας και Θρησκευμάτων:** είναι αρμόδιο για την διδασκαλία γνώσεων κυκλοφοριακής αγωγής, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης

**-Το Υπ, Εθνικής Άμυνας:** είναι αρμόδιο για την εκπαίδευση και τις άδειες στρατεύσιμων οδηγών οχημάτων.

**-Το Υπουργείο Γεωργίας:** αρμόδιο για τις εγκρίσεις και την κυκλοφορία αγροτικών μηχανημάτων, τις άδειες οδήγησης τους και την σχετική εκπαίδευση και ενημέρωση των αγροτών.

**-Τα Υπουργεία Εμπορίου και Βιομηχανίας,** είναι αρμόδια αντίστοιχα:

α) για την εποπτεία της ιδιωτικής ασφάλισης και τον έλεγχο επί των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

β) για την επίβλεψη της λειτουργίας και τις άδειες χειριστών μηχανημάτων έργων.

**-Η Γεν. Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος(ΕΣΥΕ):** είναι αρμόδια για τη συγκέντρωση, πινακοποίηση και ανάλυση στοιχείων(απογραφικά στοιχεία ΔΟΤΑ), μεταξύ άλλων και για τα Οδικά Τροχαία Ατυχήματα, την δημοσίευση τους και την ενημέρωση αρμοδίων υπηρεσιών της ΕΕ και διεθνών οργανισμών(ΟΗΕ κλπ)

**Λοιποί φορείς σχετικοί με την Οδική Ασφάλεια και τα Τροχαία Ατυχήματα:**

- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ασφαλιστικοί οργανισμοί)
- Υπουργείο Δικαιοσύνης(αστικές διεκδικήσεις αποζημιώσεων, αντιμετώπιση υπαιτίων)
- Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα(ΕΜΠ, ΑΠΘ, ΔΠΘ κλπ), ΤΕΕ, ΕΛΟΤ κλπ(επιστημονική έρευνα, κατάρτιση προδιαγραφών, προτύπων κλπ)
- Ασφαλιστικές Εταιρίες(ασφάλιση οδηγών και οχημάτων)  
Εταιρίες Οδικής Βοήθειας

## 9. 7. ΕΙΔΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ούτε η βοήθεια της επιστημονικής τεχνικής με τα επιτεύγματα της στους διάφορους τομείς (δρόμος, όχημα κτλ. ), ούτε η εντεινόμενη αστυνόμευση, δεν είναι αρκετές για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων. Η ιστορία, έχει διδάξει πως για να επιτύχει ένα μέτρο ή πρόγραμμα πρόληψης χρειάζεται να προηγηθεί η κατάλληλη διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του κοινού για την αποδοχή τους και όχι η επιβολή αυτών δια της βίας από την Πολιτεία. (Πουλογιάννη Μ. 1991).

Επίσης η εκπαίδευση δεν αρκεί, διότι είναι απλά παροχή γνώσεων και τεχνικών, τις οποίες ο εκπαιδευόμενος είναι πιθανό να μην υιοθετήσει και χρησιμοποιήσει στο μέλλον.

Έτσι είναι αναγκαία η διαφώτιση – διαπαιδαγώγηση, η κυκλοφοριακή αγωγή των πολιτών. Όχι μόνο ενημέρωση ή εκπαίδευση αλλά προσπάθεια αλλαγής της αρνητικής συμπεριφοράς των ατόμων. Αλλαγή της στάσης, των πεποιθήσεων προς την κατεύθυνση της προαγωγής και βελτίωσης του κοινωνικού κλίματος.

Αρχικά, για την διεξοδικότερη ανάλυση του όρου «πρόληψη ατυχημάτων» κρίθηκε σκόπιμο να αναλυθούν τα τρία βασικά είδη πρόληψης:

**1) Πρωτογενής πρόληψη:** είναι η πρόληψη με την κλασική σημασία του όρου. Αυτή αποβλέπει στην εξάλειψη των ατυχηματογόνων αιτιών και την πρόληψη των επεισοδίων στους οδηγούς από τυχόν υλικές ζημιές ή άλλη βλάβη.

**2) Δευτερογενής πρόληψη:** περιορισμός και πρόληψη επέκτασης της βλάβης σε περίπτωση εκδήλωσης ατυχήματος. Περιλαμβάνονται η παροχή πρώτων βοηθειών και η οριστική περίθαλψη.

**3) Τριτογενής πρόληψη:** Περιλαμβάνονται όλα τα επανορθωτικά μέτρα και μέτρα αποκατάστασης των ατόμων με κατάλοιπα ανικανότητας από

ατύχημα, με τρόπο ώστε η βλαπτική επίδραση του τελευταίου να περιοριστεί κατά το δυνατόν στο ελάχιστο. (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1995)

Ο γιατρός μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο και στους παραπάνω τομείς, ως παράγοντας πρόληψης, διαφώτισης, διοικητικού και εποπτικού ελέγχου, θεραπευτή, συμβούλου, οργανωτή και ερευνητή.

Αναλυτικότερα, ο ρόλος του περιλαμβάνει τις παρακάτω δραστηριότητες:

- 1)υγειονομική αγωγή και διαφώτιση στην οδική ασφάλεια
- 2)προστασία των ατόμων που έχει υπό την ευθύνη του
- 3)παροχή ιατρικής περίθαλψης
- 4)οργάνωση της αποκατάστασης των τραυματιών
- 5)συμμετοχή στα προληπτικά προγράμματα της κοινότητας
- 6)διενέργεια επιστημονικής έρευνας

## **9. 8. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

Την ευθύνη της έρευνας στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, με άξονα τον ανθρώπινο παράγοντα, έχει ο ειδικός κλάδος της Ιατρικής των Συγκοινωνιών. Ιατρική των Συγκοινωνιών σημαίνει εφαρμογή των ιατρικών γνώσεων και της ιατρικής πείρας προς όφελος των διακινούμενων ατόμων και προς επίτευξη επιθυμητού βαθμού οδικής ασφάλειας.

Το έργο της ιατρικής των συγκοινωνιών κατευθύνεται προς την υγειονομική αγωγή, τη διαφώτιση και την παροχή συμβουλών

πάνω σε επιστημονική βάση προς αυτούς που χρησιμοποιούν τα διάφορα μέσα συγκοινωνίας, για πρόληψη του ατυχήματος και τον περιορισμό των βλαβών. (Τσαχαγέας Χρ. , Αθήνα 1973)

Στα πλαίσια της μεθοδολογίας της πρόληψης είναι οι περιοδικές εξετάσεις υγείας των οδηγών, ώστε ν' ανιχνευτεί έγκαιρα τυχόν επιδείνωση της κατάστασης του χρονίως πάσχοντα και να έλθουν στο φως τυχόν μεταβολές της υγείας που μπορούν να έχουν δυσμενή επίδραση στην συγκινησιακή σταθερότητα, την εγρήγορση και στον χρόνο αντίδρασης.

## **9. 9. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

Η αποτελεσματικότητα της φάσης αυτής της πρόληψης είναι στενά συνυφασμένη με τη δυνατότητα περισσότερων και ποιοτικά καλύτερων γνώσεων για κάθε τροχαίο ατύχημα.

Σκιαγράφηση της δευτερογενούς πρόληψης, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της σύγχρονης κοινωνικής ιατρικής:

α)πλησίασμα του τραυματία, απολογισμός της βλάβης, πρώτες ενέργειες

β)δευτερογενής εξέταση του τραυματία, μετά τον απολογισμό

γ)αναζήτηση και περιγραφή των βλαβών σε συνάρτηση του τύπου του ατυχήματος

δ)διάγνωση και πρόγνωση των βλαβών

ε)μεθοδολογία περισυλλογής των τραυματιών

στ)τεχνική της παροχής πρώτων βοηθειών

ζ)ειδικά μέτρα για ειδικές περιπτώσεις(ασφυξίες, αιμορραγίες)

η)επέμβαση ειδικευμένης ομάδας πρώτων βοηθειών



θ)επέμβαση κινητής χειρουργικής μονάδας

ι)σύνταξη δελτίου διακομιδής που περιλαμβάνει τις απαιτούμενες πληροφορίες(στοιχεία τραυματία, περίθαλψη στον τόπο του ατυχήματος) κ)μεταφορά σε ειδικευμένο νοσοκομείο ή τραυματιολογικό κέντρο

Οι γιατροί οφείλουν να οργανώσουν και να συντηρούν προγράμματα υγιεινολογικής διαφώτισης, προτρέποντας το κοινό να καταρτιστεί στην παροχή πρώτων βοηθειών, δεδομένου ότι η συνεργασία του κοινού αποτελεί παράγοντα με αναμφισβήτητη αξία στον περιορισμό της μετατραυματικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Τσαχαγέας Χρ. , Αθήνα 1973)

### **9. 10. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

Οι σύγχρονες απαιτήσεις του ατόμου που του έχει συμβεί ένα τροχαίο ατύχημα είναι αυξημένες. Αυτός δεν συμβιβάζεται μόνο με την επιβίωσή του, αλλά επιθυμεί διαρκώς την πλήρη αποκατάστασή του, την απόδοσή του στην ενεργό ζωή, χωρίς καθόλου κατάλοιπα της ανικανότητας ή της δυσμορφίας, τα οποία ισόβια τροφοδοτούν σε αυτόν την ανάμνηση της οδυνηρής του περιπέτειας.

Δεδομένου ότι η επέλευση ενός ατυχήματος προϋποθέτει «ενεργειακή επίδραση»που υπερβαίνει τα γενικά ή τοπικά όρια ανοχής του οργανισμού, η πρόληψη ενός ατυχήματος είναι δυνατόν να επιτευχθεί σε ένα από τα παρακάτω στάδια:

- 1)Με πρόληψη της εκλύσεως της ενέργειας
- 2)Με αποφυγή ή έλεγχο της διασποράς της ενέργειας

3)Με διαχωρισμό «τοπικό»ή «χρονικό»του ενεργειακού αιτίου από τον ευαίσθητο οργανισμό

4)Με την παρεμβολή προστατευτικού «φράγματος»ή «καλύμματος»μηχανικής ή άλλης φύσεως ανάμεσα στο ενεργειακό αίτιο και στον οργανισμό, το οποίο να μπορεί να συγκρατεί, να αμβλύνει ή να διαχέει τις βλαπτικές ενεργειακές επιδράσεις

5)Με αύξηση των «ορίων ανοχής»του οργανισμού και

6)Με παροχή έγκυρης περίθαλψης που να μπορεί ενδεχομένως να αναστέλλει την εξέλιξη των παθογενετικών διαδικασιών

Γενικά:

α)Όταν η ενεργειακή ποσότητα είναι μικρή, η πρόληψη μπορεί να ασκηθεί και σε σχετικά όψιμο στάδιο, ενώ όταν η ενεργειακή ποσότητα είναι μεγάλη η πρόληψη μπορεί να γίνει πολύ καλύτερα στα πρώιμα στάδια της παραπάνω αλληλουχίας. Έτσι σε μικρές σχετικά ταχύτητες των αυτοκινήτων, οι ζώνες ασφαλείας που αντιστοιχούν στο παραπάνω στάδιο(4)παρέχουν σαφή προστασία. Αντίθετα η πρόληψη των συνεπειών των πολύ μεγάλων ταχυτήτων προϋποθέτει αποφυγή των ταχυτήτων αυτών καθ' αυτών, γεγονός που αντιστοιχεί στο στάδιο(1) της παραπάνω αλληλουχίας.

β)Η καταλληλότερη θέση της προληπτικής παρέμβασης εξαρτάται από τον αριθμό των δυνητικών ενεργειακών πηγών και τον αριθμό των εκτεθειμένων ατόμων

γ)Η αποτελεσματικότητα μιας δεδομένης προσπάθειας για την πρόληψη κάποιας μορφής ατυχημάτων είναι μεγαλύτερη, όταν η προσπάθεια κατατείνει σε περισσότερα από ένα στάδια της παραπάνω αλληλουχίας.

(Τριχόπουλος Δ. , Τριχοπούλου Α. , Αθήνα 1986)

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των τροχαίων ατυχημάτων. Οι κυριότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι:

-Η επιβράδυνση που προκαλείται κατά το φρενάρισμα ή τη σύγκρουση, αποτελεί τον κύριο προσδιοριστικό παράγοντα της σοβαρότητας των βλαβών που προκαλούνται κατά τη σύγκρουση τόσο μηχανικών όσο και οργανολειτουργικών. Η επιβράδυνση αυτή αποτελεί συνάρτηση του πηλίκου:

$$\frac{\text{της ταχύτητας υψωμένης στο τετράγωνο} /}{\text{την απόσταση που διανύεται κατά} /} \\ \text{την διάρκεια του χρόνου της μείωσης} \\ \text{της ταχύτητας}$$

Από τον παραπάνω τύπο προκύπτει ότι η σοβαρότητα του ατυχήματος αποτελεί συνάρτηση του τετραγώνου της ταχύτητας και όχι απλώς της ίδιας της ταχύτητας. Εξάλλου από την προσεκτική εξέταση του παρανομαστή του παραπάνω πηλίκου, προκύπτει η σημασία των ζωνών ασφαλείας. Έτσι το όχημα αυτό καθαυτό, λόγω της προοδευτικής συνθλίψεως των πρόσθιων τμημάτων του, μετακινείται κατά το χρόνο της προοδευτικής μείωσης της ταχύτητας του κατά αρκετά δεκατόμετρα. Αντίθετα, το μη προσδεμένο άτομο προσκρούει με πλήρη ταχύτητα (λόγω της αδράνειας) στα μηχανικά τμήματα που βρίσκονται μπροστά από αυτό και η απώλεια της ταχύτητας του γίνεται μέσα σ' ένα διάστημα ορισμένων μόνο εκατοστό μέτρων (cm), με εύλογες μαθηματικές και κατά προέκταση οργανολειτουργικές συνέπειες. Κατά συνέπεια οι ζώνες ασφαλείας είναι αποτελεσματικές γιατί «εξαναγκάζουν» τους επιβάτες να «παρακολουθήσουν» την κίνηση του οχήματος και να «εκμεταλλευτούν» μαζί με αυτό τη σχετική προοδευτικότητα (ηπιότητα) της μείωσης της ταχύτητας που παρέχεται χάρη στην προοδευτικά βαθμιαία σύνθλιψη των πρόσθιων μηχανικών κατασκευών. Ζώνες ασφαλείας πρέπει να υπάρχουν για όλους τους επιβάτες. Πιστεύεται ότι η συστηματική εφαρμογή του

μέτρου αυτού μπορεί να περιορίσει τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα κατά το 1/3 περίπου. Επιπλέον, εκτός από τη χρονική διάρκεια της ενεργειακής επίδρασης, η επιφάνεια αποτελεί σημαντική παράμετρο προσδιορισμού της προκαλούμενης βλάβης. Με δεδομένο ορισμένο ποσό ενέργειας, οι συνέπειες είναι μικρότερες όταν ο χρόνος και η επιφάνεια είναι μεγαλύτερες. Έτσι τα προστατευτικά «κράνη» των οδηγών μοτοσικλετών ή μοτοποδηλάτων αποσκοπούν στη διασπορά της επίδρασης σε μεγαλύτερη επιφάνεια, όπως η ζώνη ασφαλείας αποσκοπεί στην επιμήκυνση του χρόνου απότομης επιβράδυνσης σε περιπτώσεις συγκρούσεων ή απότομου φρεναρίσματος.

Πολλοί άλλοι μηχανικοί παράγοντες διαδραματίζουν σοβαρό ρόλο στη διαμόρφωση της συχνότητας και βαρύτητας των ατυχημάτων, αλλά δεν υπόκεινται στην ιατρική αρμοδιότητα. τέτοιοι παράγοντες είναι η ποιότητα κατασκευής και συντήρησης του συστήματος οδήγησης και του συστήματος πέδησης, το ανένδοτο των θυρών του αυτοκινήτου(αποφύγει εκτίναξης των επιβατών κατά τις ανατροπές), το συμπιεστό της οροφής κτλ

Το ¼ των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων αποδίδονται σε προηγηθείσα χρήση αλκοόλ από τον οδηγό. Η αύξηση της σχετικής συχνότητας των ατυχημάτων υλοποιείται όταν η συγκέντρωση οινοπνεύματος σώμα υπερβεί τα 40mg/100αίματος. Το γεγονός ότι η παραπάνω συγκέντρωση μπορεί να επιτευχθεί όταν το στομάχι είναι άδειο με δύο ή τρία ποτήρια κρασιού, δείχνει την έκταση και τη σοβαρότητα της αιτιολογικής σχέσης των τροχαίων ατυχημάτων με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Δεν υπάρχει ακόμη επαρκής επιδημιολογική τεκμηρίωση αλλά θεωρείται γενικά αποδεκτό ότι τα άτομα τα οποία πάσχουν από νοσήματα όπως των οφθαλμών, των αυτιών, της καρδιακής αγωγιμότητας πρέπει να αποφεύγουν την οδήγηση.

Μια ειδική κατηγορία τροχαίων ατυχημάτων αφορά τις «συγκρούσεις»μεταξύ οχημάτων και πεζών. Στην περίπτωση αυτή τα προληπτικά μέτρα αντιστοιχούν στο στάδιο της (3)της παραπάνω γενικής προληπτικής στρατηγικής και βασίζονται στον τοπικό ή χρονικό διαχωρισμό του αιτίου που την προκαλεί(κινητική ενέργεια του οχήματος)από το δυνητικό θύμα(πεζός). Αυτό γίνεται με την κατασκευή υπόγειων διαβάσεων για τους πεζούς ή «μηχανικών φραγμάτων»μεταξύ πεζοδρομίων και καταστρωμάτων των δρόμων(τοπικός διαχωρισμός). Η υψηλή αναλογική εκπροσώπηση των ηλικιωμένων μεταξύ των θυμάτων των ατυχημάτων αυτών δείχνει ότι η σηματοδότηση και τα άλλα μέτρα δεν συνεκτιμούν αρκετά τη λειτουργική μειονεκτικότητα των ατόμων αυτών.

### **9. 11. ΘΕΩΡΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

Η θεωρία της πρόληψης των ατυχημάτων συνοψίζεται, σε 10 διακριτά στάδια(στάδια κατά William Haddon). Υπενθυμίζεται, ότι η πρόληψη των ατυχημάτων περιλαμβάνει τόσο διαδικασίες που εντάσσονται στην πρωτογενή πρόληψη και αποσκοπούν στη μείωση της πιθανότητας ατυχήματος όσο και διαδικασίες που εντάσσονται στην πρωτογενή πρόληψη και αποσκοπούν στη μείωση της πιθανότητας ατυχήματος όσο και διαδικασίες που εντάσσονται στη δευτερογενή πρόληψη και έχουν ως κύριο στόχο τη μείωση των συνεπειών του ατυχήματος.

Τα 10 αυτά στάδια, και οι αντίστοιχες επάλληλες στρατηγικές που συνεπάγονται προκειμένου να διαμορφωθούν πολιτικές πρόληψης, συνοψίζονται παρακάτω:

### 1. Αποφυγή δημιουργίας κινδύνου με πρόληψη έκλυσης της υπεύθυνης ενεργειακής μορφής

Η απαγόρευση ή και η συστηματική αποθάρρυνση επικίνδυνων δραστηριοτήτων, όπως και οι μεγάλες ταχύτητες στους αυτοκινητόδρομους ή η χρήση οργάνων ψυχαγωγικών αναπηδήσεων (τραμπολίνων) σε σχολικές εγκαταστάσεις οδήγησαν σε σημαντική μείωση της αντίστοιχης θνησιμότητας στις ΗΠΑ.

### 2. Ειδικές ρυθμίσεις για μείωση του κινδύνου στην πηγή δημιουργίας

Οχήματα στα οποία το πηλίκο της απόστασης των τροχών δια του ύψους του κέντρου βάρους από το έδαφος είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 2, 5 έχουν 5 φορές μικρότερο κίνδυνο ανατροπής από οχήματα με αντίστοιχο πηλίκο μικρότερο του 2, 4. Εξάλλου, η μείωση της έντονης σωματικής δραστηριότητας όταν ο καιρός είναι υγρός και ζεστός περιορίζει την πιθανότητα θερμοπληξίας. Τέλος, η τοποθέτηση θερμοστάτη στις συσκευές θέρμανσης νερού για οικιακή χρήση μείωσε σημαντικά τα θερμικά εγκαύματα στις ΗΠΑ και τις Σκανδιναβικές χώρες. (Πετρίδου Ε. , Αθήνα 2000 )

### 3. Αποφυγή ή έλεγχος της διασποράς της υπεύθυνης ενεργειακής πηγής

Η καθιέρωση ορίων στη συγκέντρωση αιθανόλης στο αίμα και η υποχρεωτική συνταγογραφία βαρβιτουρικών σε περιορισμένες ποσότητες αποτελούν παραδείγματα της προσέγγισης αυτής.

4. Μείωση του χρονικού ρυθμού ή αύξηση του χώρου στον οποίο διασπείρεται η ενέργεια

Η χρησιμοποίηση ζώνης ασφαλείας και παιδικών καθισμάτων ανήκει στη στρατηγική αυτή, όπως επίσης και η αντικατάσταση πολλών υλικών που επικαλύπτουν τον εσωτερικό χώρο των αεροπλάνων, προκειμένου να δυσχεραίνεται και να επιβραδύνεται η ανάφλεξη τους.

5. Τοπικός ή χρονικός διαχωρισμός του ενεργειακού αιτίου από τον ευαίσθητο οργανισμό

Στο στάδιο αυτό υπάγονται η σηματοδότηση στις διαβάσεις πεζών, η δημιουργία λωρίδων κυκλοφορίας για τους ποδηλάτες, η απαγόρευση ταχύπλοων σε χώρους κολύμβησης και η απομάκρυνση ηλεκτρικών στηλών από τις παρυφές των οδοστρωμάτων.

6. Παρεμβολή προστατευτικού φράγματος ή καλύμματος μεταξύ του ενεργειακού αιτίου και του οργανισμού

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται ο εφοδιασμός των επιβατικών αυτοκινήτων με αερόσακους, η χρησιμοποίηση προστατευτικού κράνους από δικυκλιστές ή αθλητές, και η τοποθέτηση κιγκλιδωμάτων στην είσοδο των σχολείων, ώστε να μη είναι δυνατή η άμεση έξοδος των παιδιών στο δρόμο.

7. Τροποποίηση χαρακτηριστικών της ενεργειακής πηγής, τα οποία παροξύνουν τον κίνδυνο.

Παραδείγματα αποτελούν η άμβλυση των γωνιών σε έπιπλα και αντικείμενα οικιακής χρήσης και η χρησιμοποίηση άμμου ή ειδικών ταπήτων με ελαστικές ιδιότητες σε γυμναστήρια και κάτω από τα όργανα παιδικών χαρών.

8. Αύξηση των ορίων ανοχής του οργανισμού

Η άσκηση και η σωστή διατροφή μειώνουν το βαθμό οστεοπόρωσης και την πιθανότητα τραυματικού κατάγματος, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα που συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες. Επίσης, άτομα σε καλή φυσική κατάσταση έχουν μικρότερη πιθανότητα τραυματισμού όταν συμμετέχουν σε «αερόβιες» ασκήσεις σχετικά με μη εξασκημένα άτομα.

9. Παροχή έγκαιρης περίθαλψης που μπορεί ν' αναστείλει την εξέλιξη των παθογενετικών μηχανισμών.

Η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας στην παροχή πρώτων βοηθειών, η βελτίωση του συστήματος επείγουσας ιατρικής, αλλά και η άμεση έκπλυση εγκαυμάτων με κρύο νερό ή ο καταιονισμός ατόμων που εκτέθηκαν σε ιονίζουσα ακτινοβολία, αποτελούν παραδείγματα της στρατηγικής αυτής.



## 10. Σταθεροποίηση, θεραπεία και αποκατάσταση της βλάβης

Η επανορθωτική πλαστική χειρουργική και τα ιατρικά, κοινωνικά και νομοθετικά μέτρα για τη λειτουργική επανένταξη των θυμάτων ατυχημάτων στην καθημερινή ζωή αποτελούν δραστηριότητες που εντάσσονται στην παραπάνω στρατηγική.

Είναι προφανές ότι υπάρχουν επικαλύψεις μεταξύ των 10 σταδίων και από εννοιολογική άποψη το ίδιο μέτρο μπορεί να ενταχθεί σε δύο ή περισσότερα στάδια εναλλακτικά ή και ταυτόχρονα. Είναι επίσης σαφές, ότι μολονότι οι στρατηγικές κατά Haddon επικεντρώνονται στην πρόληψη, παρ' όλα αυτά δεν περιορίζονται πάντα σ' αυτή. Ακόμη και όταν κάποια στρατηγική επικεντρώνεται στην πρόληψη, είναι ενδεχόμενο και στην πραγματικότητα αρκετά συχνό, να αφορά μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Η αποτελεσματικότητα της αξιολογείται με κριτήριο όχι τη μείωση της συχνότητας ή της πιθανότητας ατυχήματος, αλλά ανάλογα με τη μείωση της βαρύτητας του. (Πετρίδου Ε. , Αθήνα 2000)

Όταν η ελκυσόμενη ενεργειακή ποσότητα είναι μικρή, η πρόληψη ή γενικότερα η αντιμετώπιση ενός ατυχήματος μπορεί να ασκηθεί και σε σχετικά όψιμο στάδιο, ενώ η πρόληψη των συνεπειών μεγάλης ενεργειακής έκλυσης ή μεταφοράς πρέπει να γίνει σε πρώιμο στάδιο. Έτσι κατά τη σύγκρουση αυτοκινήτων που κινούνται με μικρές σχετικά ταχύτητες ή σε αναταράξεις των αεροπλάνων η χρήση ζώνης ασφαλείας, που αντιστοιχεί στο 4<sup>ο</sup> στάδιο παρέχει εξαιρετικά αποτελεσματική προστασία. Αντίθετα, η πρόληψη των καταστροφικών τραυματικών συνεπειών των συγκρούσεων αυτοκινήτων με πολύ μεγάλες ταχύτητες ή των αεροπορικών ατυχημάτων προϋποθέτει αποφυγή των μεγάλων ταχυτήτων ή, αντίστοιχα, διαδικασίες ελέγχου για την πρόληψη της

πτώσης του αεροπλάνου, πρακτικές που βασίζονται στο πρώτο στάδιο κατά Haddon.

Το καταλληλότερο στάδιο της προληπτικής παρέμβασης εξαρτάται από:

- τον αριθμό των δυνητικών ενεργειακών πηγών και
- τον αριθμό και τη διασπορά των εκτεθειμένων ατόμων

Είναι ευνόητο, ότι η αποτελεσματικότητα κάθε προσπάθειας για την πρόληψη μιας συγκεκριμένης κατηγορίας ατυχημάτων είναι μεγαλύτερη, όταν αυτή επικεντρώνεται σε περισσότερα του ενός στάδια.

### **Μείωση της έκθεσης σε κίνδυνο κατά την κίνηση στους δρόμους:**

-Οι κοινότητες πρέπει να είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να ζουν κοντά, να εργάζονται, να πηγαίνουν στο σχολείο και να ψωνίζουν χωρίς να χρειάζεται να διανύουν μεγάλες αποστάσεις-Τα οδικά δίκτυα πρέπει να είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιον τρόπο ώστε τα διάφορα είδη κυκλοφορίας να διοχετεύονται σε διαφορετικούς δρόμους ανάλογα με το είδος. Για παράδειγμα, οι δρόμοι που περνούν από περιοχές με κατοικίες και εμπορικά καταστήματα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε και να αποθαρρύνουν τη διέλευση άλλων οχημάτων από εκεί και να περιορίζουν την ταχύτητα της τοπικής κυκλοφορίας:

-Πρέπει να υπάρχουν ασφαλείς διαβάσεις και πεζοδρόμια ή ξεχωριστές λωρίδες για τους πεζούς και τους ποδηλάτες

-Πρέπει να παρέχεται βολική και φθηνή δημόσια συγκοινωνία, με ασφαλή μέσα. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2004)

### **Μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων:**

- Πρέπει να παρέχεται ένα ασφαλές περιβάλλον
- Οι δρόμοι πρέπει να σχεδιάζονται ή να βελτιώνονται έτσι ώστε να υπάρχουν ξεχωριστές λωρίδες ανάλογα με την κατεύθυνση και την ταχύτητα
- Πρέπει να βελτιωθεί η ορατότητα των δρόμων, των οδικών σημάτων, των οχημάτων και των χρηστών των δρόμων, ημέρα και νύχτα. Η ορατότητα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κατά τον σχεδιασμό των δρόμων. στους υπάρχοντες δρόμους, οι θάμνοι και οποιοδήποτε άλλο εμπόδιο πρέπει να απομακρυνθεί ή να απαγορευθεί. Ο καλός φωτισμός, τα ευδιάκριτα χρώματα και οι ανακλαστικές επιφάνειες των πινακίδων, αλλά και τα ευδιάκριτα χρώματα και οι ανακλαστήρες στα ρούχα των πεζών και των ποδηλάτων βελτιώνουν την ορατότητα

### **Μείωση της βλάβης κατά της σύγκρουσης:**

- Απαιτήστε να υπάρχουν ζώνες ασφαλείας για όλους τους οδηγούς και τους επιβάτες των αυτοκινήτων και των άλλων οχημάτων. Απαιτήστε οι οδηγοί και οι επιβάτες να χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας όσο λειτουργεί ο κινητήρας. Επειδή οι ζώνες ασφαλείας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όταν τα οχήματα κινούνται με σχετικά χαμηλή ταχύτητα σε δρόμους της πόλης, πρέπει να δίνεται προσοχή στην επιβολή των ποινών.
- Ενθαρρύνετε τη χρήση αερόσακων στα νέα αυτοκίνητα, μια που προστατεύουν αυτόματα τους οδηγούς και τους επιβάτες, ακόμη και στην περίπτωση που αυτοί δε χρησιμοποιούν τις ζώνες ασφαλείας
- Απαιτήστε τα παιδιά να κάθονται πάντα στις πίσω θέσεις, όπου είναι ασφαλέστερα. (Τα παιδιά δε πρέπει να μεταφέρονται στα γόνατα επειδή

οι ενήλικες σε περίπτωση σύγκρουσης μπορεί να τα συνθλίψουν. )Στην περίπτωση των μικρών παιδιών απαιτήστε να μεταφέρονται στα ειδικά καθίσματα

-Όσοι κυκλοφορούν με ποδήλατα, μοτοσικλέτες και μοτοποδήλατα πρέπει να φορούν κράνος. Οι τραυματισμοί στο κεφάλι μπορεί να προκαλέσουν θάνατο ή αναπηρία

-Σχεδιάστε οδικά και άλλα προστατευτικά έτσι ώστε να προστατεύουν από τις συγκρούσεις, να υποχωρούν κατά την πρόσκρουση ή να αποσβένουν. Στους δρόμους ταχείας κυκλοφορίας, σχεδιάστε διαχωριστικά μεταξύ των λωρίδων κυκλοφορίας αντίθετης κατεύθυνσης και σχεδιάστε στηθαία έτσι ώστε να ελαχιστοποιούνται οι επιπτώσεις όταν συγκρούονται πάνω τους τα οχήματα. Οι πέτρες ή τα τσιμεντένια τοιχεία στις άκρες των δρόμων ταχείας κυκλοφορίας πρέπει να αποφεύγονται

-Σχεδιάστε όλα τα οχήματα, συμπεριλαμβανομένων των λεωφορείων και των φορτηγών έτσι ώστε τα εμπρόσθια μέρη τους και οι υπόλοιπες επιφάνειες να προκαλούν την ελάχιστη ζημιά σε πεζούς και σε άλλους χρήστες του δρόμου σε περίπτωση σύγκρουσης. Οι ειδικοί σε θέματα οδικής ασφάλειας συγκλίνουν στο ότι έχει δοθεί ελάχιστη προσοχή σε αυτή την άποψη του σχεδιασμού των οχημάτων, ακόμη και στις χώρες που έχουν τις καλύτερες επιδόσεις στην οδική ασφάλεια (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2004)

### **Μείωση της βλάβης μετά τη σύγκρουση:**

-Σχεδιάστε τα οχήματα έτσι ώστε αφενός να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να προκύψει πυρκαγιά ή διαρροή επικίνδυνων υλικών και αφετέρου να διευκολύνονται οι οδηγοί και οι επιβάτες σε περίπτωση

ατυχήματος για να διαφεύγουν ή να διασώζονται από τα σωστικά συνεργεία

-Εντοπίστε και ανταποκριθείτε στα ατυχήματα έγκαιρα, με καλά συστήματα επείγουσας επικοινωνίας και μεταφοράς

-Δώστε κατάλληλες πρώτες βοήθειες στο σημείο του ατυχήματος, κατάλληλη ιατρική φροντίδα στα τμήματα νοσηλείας και αποκατάστασης

-Δώστε εξειδικευμένη εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι χειρίζονται περιστατικά τραυματισμών, λόγω του ότι τα συγκεκριμένα περιστατικά παρουσιάζουν ιδιαίτερες επιπλοκές με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένοι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας(Dr. Lee Jong-Wook, 2004)

## **9. 12. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν το αυτοκίνητο ως βιοποριστικό μέσο αρκετοί εξυπηρετούνται στην επαγγελματική του ζωή, ενώ άλλοι αποφασίζουν να αποκτήσουν αυτοκίνητο για λόγους προσωπικής άνεσης, γεγονός, το οποίο τους εκθέτει σε μεγάλο κίνδυνο ατυχημάτων.

Η τελευταία αυτή ανάγκη θα ήταν δυνατό να μειωθεί αν γινόταν μια συγκριτική αξιολόγηση των διάφορων μέσων μεταφοράς. Πολλοί προσπαθούν να αποκτήσουν πάση θυσία αυτοκίνητο για να βλέπουν σε αυτό τη δυνατότητα ελεύθερης έκφρασης του εγωκεντρισμού τους.

Η δύναμη του οχήματος επιτείνει το συναίσθημα της ανθρώπινης απόδοσης και η τάση αυτή δημιουργεί συχνά μια ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων που επιβάλλουν οι περιστάσεις και της αντίληψης από μέρους του οδηγού για τις ικανότητές του.

Όσον αφορά τη διαφορά επιδιώξεων κατά τη συμμετοχή στην κυκλοφορία, αυτή είναι συνυφασμένη με τον «προσωπικό ρυθμό», δηλαδή το ρυθμό, με τον οποίο ταυτίζεται η ικανοποίηση των οδηγών από τη μια ή την άλλη ενέργεια. Στην κυκλοφορία επικρατεί θα λέγαμε ανομοιόσταση υπό την ευρεία έννοια και εκεί οφείλεται ουσιαστικά η εμφάνιση στο δρόμο του «αδιόρθωτου» ατυχηματία οδηγού.

Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία χαρακτηρίζει ως «αδιόρθωτο» τον οδηγό εκείνον, ο οποίος αυθόρμητα ή παρά την ενέργεια ορισμένων εξωγενών αποδράσεων, δεν κατορθώνει να αναγνωρίζει του κανόνες, αλλά επιμένει να συμπεριφέρεται αντικοινωνικά, κοινωνικά αδιάφορα, , καθώς επίσης να ενεργεί με εγωκεντρική διάθεση και χωρίς να εκτιμά ανάλογα τον χώρο, το χρόνο και τον τόπο στον οποίο κινείται. Έτσι φαίνεται η συσχέτιση της επιρρέπειας προς το ατύχημα προς την «ανεπαρκή προσωπικότητα», οπότε οδηγούμαστε στη σκέψη ότι η ψυχοπαθολογία του επιρρεπούς οδηγού είναι εντονότερη όσο ανεπαρκέστερη είναι η προσωπικότητά του.

Στις μέρες μας συναντάμε 2 είδη οδηγών: τους επαγγελματίες και τους ερασιτέχνες. Εδώ θα αναφερθούμε για τους ερασιτέχνες, καθώς παρουσιάζει ενδιαφέρον η εξέταση της συμπεριφοράς αυτών, ως άτομα ή ως κοινωνική ομάδα. Τα σημεία γύρω απ' τα οποία θα στραφούμε για να δούμε τη συμπεριφορά τους είναι τα εξής:

1)η θέση την οποία λαμβάνει ο ερασιτέχνης έναντι του εαυτού του ως οδηγού, δηλ. η κριτική την οποία ασκεί ο ίδιος προς τις ικανότητές του.

2)η θέση, την οποία λαμβάνει έναντι των κανόνων που ρυθμίζουν την τροχαία κυκλοφορία

3)η γνώμη που έχει διαμορφώσει ως προς τα τροχαία ατυχήματα. Η θέση την οποία ο ερασιτέχνης οδηγός έχει απέναντι στον εαυτό του, διέπεται γενικά από πνεύμα εγωισμού και επιείκειας. Θεωρεί τον εαυτό του καλό οδηγό.

Το δεύτερο σημείο γύρω απ' το οποίο πρέπει να στραφεί η εξέταση της συμπεριφοράς, είναι η θέση που λαμβάνει ο οδηγός έναντι των κανόνων κυκλοφορίας ότι όλοι οι κανόνες έχουν αποδεδειγμένη χρησιμότητα και ότι συγχρόνως είναι ανεπαρκείς. Βλέπουμε πως ο ερασιτέχνης οδηγός δείχνει να έχει μια αντιεπιρρέπεια προς το ατύχημα και γύρω απ' αυτήν να διαμορφώνει την οδική του συμπεριφορά.

Ο ατυχηματίας ερασιτέχνης οδηγός πολύ περισσότερο απ' τον επαγγελματία προβαίνει σε αυτοκριτική και χωρίς να στιγματίσει τη συμπεριφορά των άλλων, αποδέχεται το μερίδιο ευθύνης το οποίο του ανήκει.

Κατά συνέπεια η συμβολή των ψυχολόγων στην ασφάλεια της τροχαίας κυκλοφορίας, στην βελτίωση της μάθησης των οδηγών του προσανατολισμού και της επιλογής των υποψηφίων κρίνεται απαραίτητη. Ανάλογη, κρίνεται και η αλλαγή στη νοοτροπία των γιατρών που εξετάζουν τους υποψήφιους οδηγούς(π. χ. δεν θα πρέπει να εκδίδονται άδειες οδήγησης για μεγάλο χρονικό διάστημα ανώτερο της τριετίας ή πενταετίας, ανάλογα με τις απαιτήσεις της οδήγησης)Για την επιτυχία των ιατρικών εξετάσεων οδηγών καλό είναι να έχει το ιατρικό προσωπικό εμπειρία στην οδήγηση και στην τροχαία κυκλοφορία γενικότερα (ΤριχόπουλοςΔ. , Καλαπόθακη, Πετρίδου Ε. , Αθήνα 2000)

### 9. 13. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ο άνθρωπος δεν μπορεί να ανταποκριθεί κατά φυσικό τρόπο ( π. χ. με τα έμφυτα αντανακλαστικά ) στα ερεθίσματα της κυκλοφορίας κι αυτό γιατί η μηχανοκίνηση της κυκλοφορίας και η τρομακτική της ανάπτυξη είναι ένα πολύ πρόσφατο φαινόμενο στην ιστορία του ανθρώπου. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν επαρκεί να προλάβει όλα τα ερεθίσματα και τις πληροφορίες.

Για αυτό πρέπει ο ρυθμός αυτών να προσαρμοσθεί προς το ρυθμό με τον οποίο μπορεί να εκπαιδευτεί και να παιδαγωγεί ο άνθρωπος να τις προλάβει. Έτσι για να μπορεί ακόμα και ο κάτω του μέσου όρου άνθρωπος να προσλαμβάνει με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα τις κυκλοφοριακές πληροφορίες πρέπει να υποστεί την αναγκαία εκπαίδευση και αγωγή.

Κυκλοφοριακή εκπαίδευση είναι η συστηματική διδασκαλία θεμάτων σχετικών με την κυκλοφορία και τη κυκλοφοριακή ασφάλεια αναλόγως του κύκλου που αποτείνονται.

1) Κατά ηλικίες: προσχολική όπου οι γονείς ή οι κηδεμόνες πρέπει να δίνουν συγκεκριμένες οδηγίες του τύπου (πρόσεχε κ. τ. λ. )Επίσης είναι καλό για αυτές τις ηλικίες να δημιουργηθούν οι λεγόμενες παιδικές λέςχες κυκλοφορίας, οι οποίες θα στέλνουν εποπτικό υλικό στους γονείς. (Ντοκουμέντο 1984, Διεύθυνση Οδικής Ασφάλειας 1995).

Η προσπάθεια θα πρέπει να συνεχιστεί και στη δημοτική, μέση, ανώτερη ή ανώτατη, μετασχολική ηλικία με ανάλογους τρόπους που θα βοηθήσουν τους πολίτες να κατανοήσουν και να προσέχουν.



- 2) Κατά ειδικούς σκοπούς μαζί με την Τεχνική της οδήγησης στους εκπαιδευτές οδηγών, στους υποψήφιους οδηγούς, στους άνδρες των σωμάτων ασφαλείας κλπ.
- 3) Κατά τόπους εργασίας και λειτουργίες: υπαλλήλους μεγάλων οργανισμών κ. λ. π.

**Η Κυκλοφοριακή Αγωγή, που αποβλέπει ειδικότερα, όχι στις γνώσεις και τον εθισμό με την κυκλοφορία, αλλά στην ανάπτυξη κυκλοφοριακού χαρακτήρα, διδάσκεται παράλληλα με την κυκλοφοριακή εκπαίδευση, σε όλα τα παραπάνω στάδια, αλλά και ιδιαίτερα σε καμπάνιες, ειδικά θέματα σε τρόπο ώστε, οι μεταβιβαζόμενες γνώσεις και συμβουλές να εφαρμόζονται, αφού καταστούν κοινωνικές αξίες.**

#### **9.14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ Ε. Δ. Υ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΟΔΙΚΑ-ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Ο Επόπτης Δημόσιας Υγείας, όπου κι αν εργάζεται αυτός, πρέπει με κάθε ευκαιρία να οργανώνει και να συμμετέχει σε προγράμματα διαφώτισης για το σοβαρό αυτό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, τα τροχαία ατυχήματα. Όπου κι αν βρίσκεται, σε όποιο κοινό κι αν απευθύνεται (εργαζόμενους, μαθητές, δημότες, προσωπικό νοσοκομείου ή πολίτες μιας ευρύτερης περιοχής), ο Ε. Δ. Υ. πρέπει να διαλέγει κάποιο από τα μέσα υγειονομικής διαφώτισης και να προσπαθεί να δια φωτίσει, ή να διαπαιδαγωγήσει ανάλογα με την ηλικία του πληθυσμού. Ο Επόπτης είναι απαραίτητο, να πιστέψει αρχικά ο ίδιος στις αρχές της οδικής ασφάλειας και στη συνέχεια να προσπαθήσει να τις εμψύσει στους ανθρώπους που θα δια φωτίσει. Σε γενικές γραμμές συμπεριλαμβάνουμε τις αρχές της οδικής ασφάλειας στις δέκα παρακάτω συμβουλές:

- 1) Η ασφάλεια δεν αποτελεί σκοπό. Είναι το μέσο για μια υγιή και παραγωγική ζωή.
- 2) Η ασφάλεια είναι σχετική έννοια και το περιεχόμενό της είναι δύσκολο να αναλυθεί και να καθορισθεί. Μπορεί να ποικίλλει από τη μια μέρα στην άλλη ώστε ένα άτομο να καλύπτεται από διαφορετικό βαθμό ασφάλειας κάθε μέρα της ζωής του.
- 3) Το ατύχημα κατά κανόνα προκαλείται με τη συνεργασία διαφόρων αιτιών και άρα μπορεί να προληφθεί.
- 4) Οι έννοιες τύχη και σύμπτωση δεν υπάρχουν στο ατύχημα
- 5) Το ότι ένα άτομο δεν έχει υποπέσει σε ατύχημα δε σημαίνει πως δεν μπορεί να συμβεί στο μέλλον
- 6) Η ασφάλεια προϋποθέτει περισσότερα πράγματα από την αποφυγή απλώς των ατυχημάτων
- 7) Η ασφάλεια είναι πολυσύνθετη έννοια που απαιτεί την κινητοποίηση πολλών ειδικοτήτων για την επίτευξή της
- 8) Η ανθρώπινη ζωή έχει μεγάλη αξία και πρέπει να προφυλάσσεται με κάθε τρόπο
- 9) Η ζωή επιτρέπεται να τίθεται σε κίνδυνο μόνο για πολύτιμα πράγματα και για υψηλές ιδέες
- 10) Η υγειονομολογική αγωγή για την ασφάλεια περιορίζει τις άσκοπες ριψοκινδυνεύσεις κατά τη διάρκεια της ζωής.

(Απόστόλου Γ. , 1995)

### **9. 15. ΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΧΑΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ**

Σε συνέδρια σε εθνική αλλά και σε διεθνή κλίμακα, συζητείται κατ' επανάληψη η αξία της υγειονομικής αγωγής και διαφώτισης στα πλαίσια της πρόληψης των ατυχημάτων και η μεθοδολογία της αγωγής αυτής, με σκοπό την επίτευξη του καλύτερου και αποτελεσματικότερου αποτελέσματος.

### **9. 16. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Η αγωγή του ατόμου για την οδική κυκλοφορία είναι καλό να αρχίζει πολύ νωρίς από την παιδική ηλικία. Αυτό συνεπάγεται όχι μόνο τη διδασκαλία της ορθής συμπεριφοράς του πεζού πάνω στο δρόμο, αλλά και τη μύηση του στο γενικότερο μηχανισμό της κυκλοφορίας. Η τυπική αγωγή, είναι καλό ν' αρχίζει από την είσοδο του μαθητή στο δημοτικό σχολείο, και αυτό γιατί στην ηλικία αυτή αρχίζει να λαμβάνει ενεργότερα μέρος στη συνολική κυκλοφορία. Ιδιαίτερη αξία από τη σκοπιά της παιδαγωγικής ψυχολογίας, έχει και ο θεσμός των σχολικών ομάδων πρόληψης ατυχημάτων. Σκοπός των ομάδων αυτών είναι η προστασία της μαθητικής κοινότητας έναντι του ατυχήματος; η καλλιέργεια σωστικής άμιλλας, η διαμόρφωση υγειονομικής συνείδησης για το θέμα του τροχαίου ατυχήματος και η συμβολή στην αντίστοιχη υγειονομολογική διαφώτιση του εξωσχολικού πληθυσμού. (Τσαχαγέας Π. Χρ. , Αθήνα 1973)

Η κυκλοφοριακή αγωγή είναι καλό να συσχετίζεται με περισσότερες αξιώσεις, κατά τη φοίτηση των νέων στα σχολεία μέσης εκπαίδευσης. Βασικές επιδιώξεις ενός τέτοιου προγράμματος πρέπει να είναι:

- 1) Η συνειδητοποίηση μεταξύ των μαθητών της σχέσης μεταξύ των σωματικών, ψυχικών και συγκινησιακών χαρακτηριστικών του οδηγού και της ικανότητας του να οδηγεί το όχημα του με ασφάλεια.
- 2) Η διδασκαλία της στοιχειώδους μηχανικής του αυτοκινήτου
- 3) Η κατανόηση εκ μέρους των μαθητών των περιορισμών της οδήγησης
- 4) Η διδασκαλία των βασικών αξιωμάτων της «αμυντικής οδήγησης»
- 5) Η καθοδήγηση των μαθητευόμενων έτσι ώστε να αναπτύξουν γνώσεις και εμπειρίες που απαιτούνται για ασφαλή οδήγηση
- 6) Η αφομοίωση από τους νέους της σχέσης των οδικών συνθηκών και των προβλημάτων οδήγησης
- 7) Η εξάσκηση στην ορθή αντίληψη της σηματοδότησης της κυκλοφορίας
- 8) Η θεωρητική κατάρτιση για την μελλοντική εξέταση για τη λήψη άδειας για οδήγηση (δίπλωμα)
- 9) Να παρακινηθούν οι μαθητές να συμμετέχουν σε προσπάθειες πρόληψης του τροχαίου ατυχήματος, που οργανώνονται από την κοινότητα ή τους άλλους παράγοντες.

Όσον αφορά τους ενήλικες, καλό θα ήταν να υφίστανται συνεχή υγειονομολογική διαφώτιση για την οδική κυκλοφορία. Ένα μέτρο Με ιδιαίτερη πρακτική σκοπιμότητα για την αγωγή και διαφώτιση των ενηλίκων είναι και η αναδιοργάνωση σε σύγχρονες βάσεις των ιδιωτικών σχολών οδήγησης και η υπαγωγή αυτών υπό τον έλεγχο της πολιτείας.

Άλλο μέτρο θα ήταν η υποχρέωση θεωρητικής και πρακτικής επιμόρφωσης σε θέματα πρόληψης του τροχαίου ατυχήματος όλων των πολυατυχηματιών ενήλικων οδηγών.

### **9. 17. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν ουσιώδη βοήθεια στο θέμα της υγειονομικής αγωγής της κοινότητας ως προς το τροχαίο ατύχημα, αλλά και οι οποίοι μπορούν να διαφωτίσουν υπεύθυνα τους χρήστες των δρόμων, για τα προβλήματα της οδικής ασφάλειας είναι οι εξής:

- 1)Οι ειδικές αρχές:νομοθετικό σώμα, Αστυνομία, , Υπηρεσία Συγκοινωνιών κ. τ. λ
- 2)Οι φορείς ιατρικής αντίληψης:νοσοκομεία, κλινικές, ιδιώτες, γιατροί κ. τ. λ.
- 3)Το σώμα των τεχνικών
- 4)Το σώμα των νομικών
- 5)Οι διάφοροι οργανισμοί κοινής ωφελείας
- 6)Σωματεία και οι συνοικιακές οργανώσεις
- 7)Οι επιστημονικές εταιρίες
- 8)Οι επαγγελματικοί σύλλογοι
- 9)Ο τουρισμός
- 10)Η εκκλησία
- 11)Η δημόσια και η ιδιωτική εκπαίδευση
- 12)Τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα
- 13)Τα κέντρα επιστημονικής έρευνας
- 14)Όλα τα μέσα υγειονομικής αγωγής και διαφώτισης(ομιλίες,

δημόσιες συζητήσεις, σεμινάρια, τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές, εκδόσεις, ορθογραφία, , τοιχοκολλήσεις, , θεατρικές παραστάσεις, , εγκύκλιοι κ. τ. λ)

15)Οι συνδικαλιστικές ομάδες οδηγών

16)Όλοι οι οδηγοί(ατομικά)

17)Όλοι οι πεζοί(ατομικά)

18)Οι φορείς ασφάλισης(κοινωνικής ή ιδιωτικής)

19)Η οικογένεια

20)Η συνεργασία με τους παράγοντες οδικής ασφάλειας των άλλων χωρών

### **9. 18. ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Τέλος θα αναφέρουμε κάποιες διαπιστώσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ο «Δεκάλογος της Ασφάλειας»του σύγχρονου μηχανοκίνητου ανθρώπου της εποχής μας:

1)Η ασφάλεια δεν αποτελεί σκοπό από μόνη της, αλλά απλώς το μέσο για μια υγιή και περισσότερο παραγωγική ζωή

2)Η ασφάλεια είναι σχετική έννοια και το περιεχόμενό της είναι δύσκολο να αναλυθεί και να καθοριστεί

3)Το ατύχημα κατά κανόνα προκαλείται από την εκλυτική δράση διαφόρων αιτιών και άρα μπορεί να προληφθεί

4)Οι έννοιες τύχη και σύμπτωση δεν υπάρχουν στο χώρο του ατυχήματος

5) Το ότι ένα άτομο δεν έχει υποπέσει σε ατύχημα δεν σημαίνει ότι δεν θα υποπέσει στο μέλλον

6) Η ασφάλεια είναι πολυσύνθετη έννοια και απαιτεί την κινητοποίηση πολλών ειδικοτήτων για να επιτευχθεί

8) Η ανθρώπινη ζωή έχει μεγάλη αξία και πρέπει να προφυλάσσεται με κάθε τρόπο

9) Η ζωή επιτρέπεται να τίθεται σε κίνδυνο μόνο για πολύτιμα πράγματα και για υψηλές ιδέες.

10) Η υγειονομολογική αγωγή πάνω στο θέμα της ασφάλειας περιορίζει τις άσκοπες ριψοκινδυνεύσεις κατά τη διάρκεια της ζωής.

Η πρόληψη στο χώρο του τροχαίου ατυχήματος διαγράφεται, σύμφωνα με τις σημερινές ανάγκες, σαν ένας ζων και σε δυναμική εξέλιξη οργανισμός. Καρδιά του οργανισμού αυτού είναι η ασφάλεια, σπονδυλική στήλη η προληπτική ιατρική, και η τεχνολογία. Αισθήσεις, η ομάδα των διαφόρων ειδικοτήτων που ασχολούνται με τον ανθρώπινο παράγοντα.

Όσον αφορά το πνεύμα του οργανισμού αυτού, είναι το σύγχρονο κοινωνικό πνεύμα το οποίο δεσπόζει σε κάθε επιστήμη με ανθρωπιστικό προσανατολισμό: μιας επιστήμης της οποίας η δραστηριότητα επεκτείνεται πέρα από τους θεωρητικούς προβληματισμούς προς το θετικό ιδανικό της ολοκληρωμένης ανθρώπινης ευημερίας.

Ολοκληρώνοντας, είναι καλό να αναφερθεί πως είναι χρέος όλων των πολιτών, υπηρεσιών, αρμόδιων φορέων, να συνεργαστούν για να πάψουν οι θυσίες στο Μολώχ της ασφάλτου.

Καθήκον του υπεύθυνου οδηγού και πολίτη είναι να αποφεύγει το ατύχημα. Όχι, στο σύνθημα «τρακάρω με ασφάλεια» όπως διαφημίζουν μερικές αυτοκινητοβιομηχανίες. Ναι στα συστήματα ασφάλειας που επιτρέπουν την επιβίωση κατά το ατύχημα. Ναι, σε ό,τι βοηθά την αποφυγή των ατυχημάτων. (Καββαθάς Κ. ).

Η άγνοια και η απεισκευσία είναι συνήθως οι αιτίες που σκοτώνουν.

Απαιτείται εκπαίδευση, διαφώτιση, κυκλοφοριακή αγωγή σε όλες τις ηλικίες και όχι μόνο τα προστατευτικά μέσα, τα οποία χωρίς σύνεση και λογική δεν προστατεύουν πάντα από το χειρότερο.

### **ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

1. Αποφυγή δημιουργίας κινδύνου με πρόληψη έκλυσης της υπεύθυνης ενεργειακής μορφής
2. Ειδικές ρυθμίσεις για μείωση του κινδύνου στην πηγή δημιουργίας
3. Αποφυγή ή έλεγχος της διασποράς της υπεύθυνης ενεργειακής πηγής
4. Μείωση του χρονικού ρυθμού ή αύξηση του χώρου στον οποίο διασπείρεται η ενέργεια
5. Τοπικός ή χρονικός διαχωρισμός του ενεργειακού αιτίου από τον ευαίσθητο οργανισμό
6. Παρεμβολή προστατευτικού φράγματος ή καλύμματος μεταξύ του ενεργειακού αιτίου και του οργανισμού



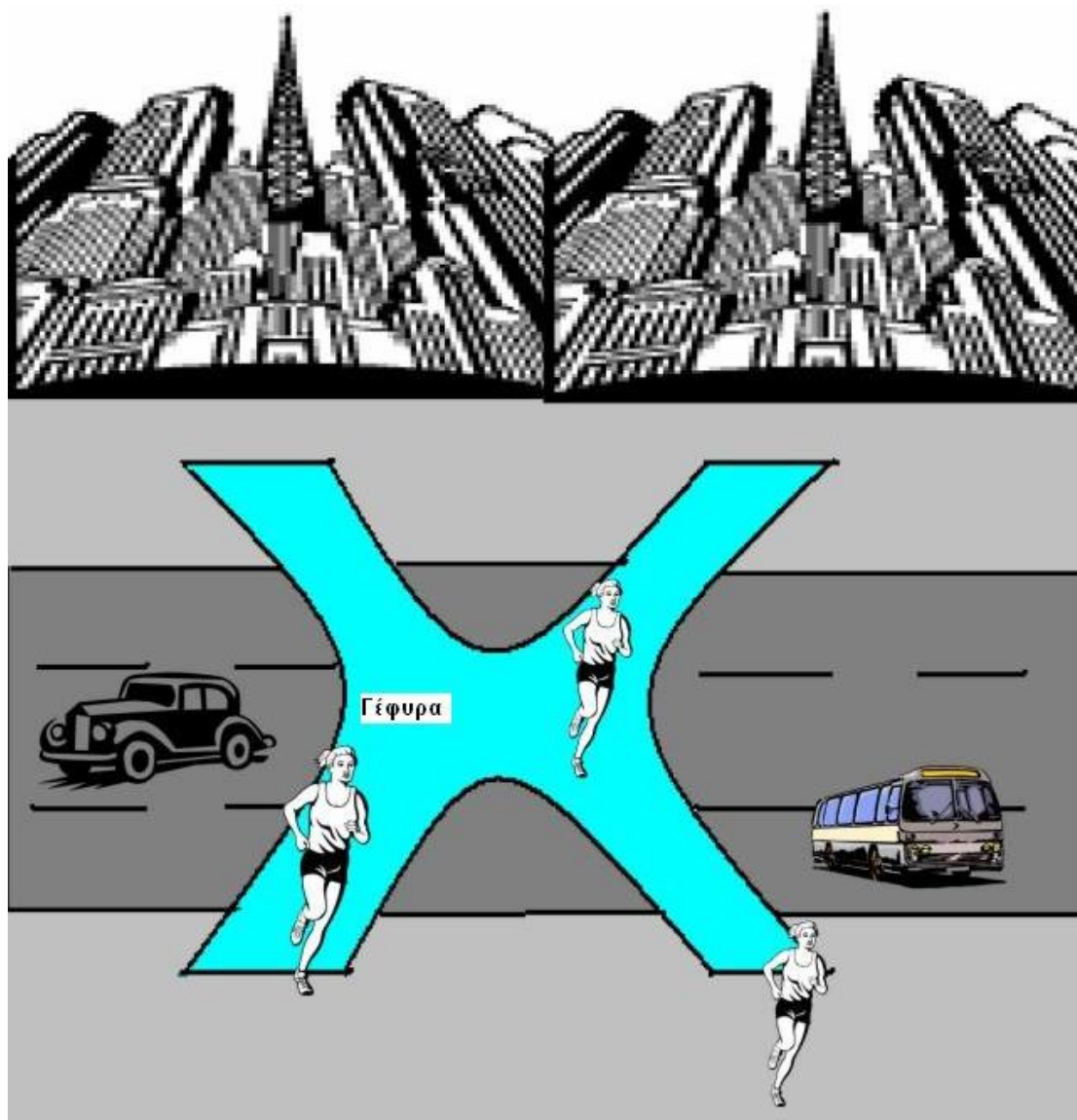
7. Τροποποίηση χαρακτηριστικών της ενεργειακής πηγής, τα οποία παροξύνουν τον κίνδυνο

8. Αύξηση των ορίων αντοχής του οργανισμού

9. Παροχή έγκαιρης περίθαλψης που μπορεί να αναστείλει την εξέλιξη των παθογενετικών μηχανισμών

10. Σταθεροποίηση, θεραπεία και αποκατάσταση της βλάβης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ X



**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ  
ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ  
ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

## 10. 1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΕΝΙΚΑ

Οι προτάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των τροχαίων ατυχημάτων συγκεντρώνονται στην , προς κάθε κατεύθυνση έντονη και επίμονη **διαφώτιση** του κοινού, με βασικούς στόχους:

1. Αδιαπραγμάτευτη αποδοχή από όλους, ότι στα τροχαία δυστυχήματα, αποκλειστικός σχεδόν υπαίτιος είναι ο οδηγός του τροχοφόρου.
  
2. Κατεδάφιση του τείχους των προαιώνιων προκαταλήψεων, απέναντι σε μεταφυσικές, ή υπερφυσικές «δυνάμεις». Στις προκαταλήψεις πρέπει, να εντάξουμε και τις αμέσως παρακάτω, λάθος αντιλήψεις που καθιερώθηκαν με τα χρόνια. Έτσι ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΟΥΝ ΜΟΝΑΧΑ ΑΥΤΕΣ ΣΑΝ «ΑΙΤΙΕΣ» ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ:
  - α) Η ταχύτητα, οποιουδήποτε μεγέθους
  - β) Το προσπέρασμα οποιασδήποτε μορφής
  - γ) Η απόσταση ασφαλείας
  - δ) Η έλλειψη ορατότητας (στροφή, ανήφορος, ομίχλη κ. ά)
  - δ) Η ολισθηρότητα
  - στ) Ο κακός φωτισμός
  - ζ) Η κακή κατάσταση του δρόμου
  - η) Η απουσία οπουδήποτε και οποιουδήποτε μέτρου ασφαλείας κ. ά.

Πρόκειται για αναγκαίες και αναμενόμενες συνθήκες, που για να ξεπεραστούν, αρκεί το ΑΓΡΥΠΙΝΟ ΒΛΕΜΜΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ. Με τον

συνεχή έλεγχο του οπτικού πεδίου θα είναι ικανός να παίρνει και τις σχετικές και κατάλληλες αποφάσεις, για την **προσαρμογή**, κάθε φορά, της συμπεριφοράς των ποδιών και των χεριών του, δηλ. :

-Για τη ρύθμιση της ταχύτητας

-Για τη θεμιτή κανονική προσπέραση

-Για τη διατήρηση των αποστάσεων ασφαλείας

-Για τον σεβασμό της ορατότητας, ολισθηρότητας κακού φωτισμού κακών συνθηκών οδοστρώματος κλπ

-Για την εκμετάλλευση των προσφερόμενων μέτρων ασφαλείας

**3.** Επειδή, δυστυχώς, η εμπειρία σοβαρού δυστυχήματος με θύματα, ούτε επηρεάζει, αλλά ούτε και πείθει κανένα(δεν. . . τολμάει να πιστέψει ότι μπορεί να το πάθει! ), θα είναι πολύτιμη η συμβολή της διαφώτισης, με τη συνεχή ενόχληση της συνείδησης χιλιάδων υποψήφιων, πιθανών τέτοιων ατυχημάτων, με στόχο, ότι ο αφανισμός ξένων ζώων και η δημιουργία αναπήρων, αποτελούν εγκλήματα, που δε διαφέρουν εκείνων από πρόθεση. Και όταν τα Μ. Μ. Ε δείχνουν το σωρό του «τσαλακωμένου» αυτοκινήτου, να μη λέει ο αστυνομικός συντάκτης, ότι παρεξέκλινε και προσέκρουσε λόγω υπερβολικής ταχύτητας κλπ, κλπ. . . », αλλά να παρουσιάζεται ένα χέρι, με το δείκτη στραμμένο προς τους θεατές, ένιωθα ακούγεται μια φωνή νέμεσης που να λέει: «ΕΣΥ ΟΔΗΓΕ ΕΙΣΑΙ Ο ΥΠΑΙΤΙΟΣ ΤΟΥ ΔΡΑΜΑΤΟΣ»κάτι τέτοιο.

**4.** Να συστηθεί από τα Μ. Μ. Ε. στα οποιαδήποτε δίτροχα, να ΜΗΝ ελίσσονται ανάμεσα στα σταματημένα αυτοκίνητα για να βρεθούν μπροστά από την πολύστιχη φάλαγγα, στα φανάρια. Επειδή έτσι, γίνονται υπαίτια σοβαρών δυστυχημάτων, με θύματα πεζούς, που έστω και με παράβαση κι αυτοί, μπορούν και «συνεννοούνται» με τους οδηγούς των αυτοκινήτων και για οικονομία αποστάσεων(! )από τις διαβάσεις,

καταφέρνουν να περάσουν ανάμεσά τους απέναντι! Ένα αναγκαίο κακό μέσα στη γενικότερη σύγχυση που επικρατεί στα αστικά κέντρα με τη «στατική»κυκλοφορία των οχημάτων.

### Τελικός Στόχος, Πιλότος:

Η έκθεση αυτή είχε σαν μοναδικό σκοπό, να αποδείξει την πραγματική αιτία της έκλυσης των ατυχημάτων. Για να μπορέσει στη συνέχεια να υποδείξει και τις δυνατές πηγές πληροφοριών, σχετικές με τις συνθήκες, που συμβάλλουν στην ενεργοποίηση ή ικανοποίηση της αιτίας αυτής. Πιστεύω ότι εκτός από τη γνώση των συνθηκών αυτών, άλλος δρόμος, για μια ιδεώδη προσπάθεια πρόληψης των δυστυχημάτων δεν υπάρχει. Γι' αυτό και γίνεται η εξής πρόταση:

Να διενεργούνται έρευνες, με συγκεκριμένα εμπειρικά ερωτηματολόγια, μόνο για τα τροχαία, προς τους οδηγούς μιας αρκετά μεγάλης αντιπροσωπευτικής ομάδας. Οι ερωτήσεις θα αφορούν στις συνθήκες, κάτω από τις οποίες, ή έγινε το δυστύχημα(με συνέπειες ή όχι), αλλά που σώθηκε ο οδηγός(μοναδικός πληροφοριοδότης), ή άρχισε η διαδικασία του δυστυχήματος, αλλά σε κάποιο βαθμό αποσοβήθηκε, από άλλες συνθήκες, η τελική του έκβαση. Για την αξιοπιστία των απαντήσεων, τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα.

Στη συνέχεια, θα γίνει η στατιστική αξιολόγηση των απαντήσεων αυτών, που θα αποτελέσει και το περιεχόμενο της διαφώτισης. Τέτοιες έρευνες θα μπορούσαν να επεκταθούν και σε άλλους χώρους διαβίωσης και διακίνησης ανθρώπων(εργασία, σπίτι, σχολείο κ. ά).

Τότε θα μπορέσουμε να πείσουμε και τους μαθητές των σχολείων, για το πώς θα γίνονται πρόξενοι, αλλά και θύματα των ατυχημάτων, αλλά θα είναι και μια ευκαιρία άσκησης της νοημοσύνης τους στο θέμα. Οι τόσο πολλές τυποποιημένες οδηγίες και απαγορεύσεις είναι αδύνατο να

χωρέσουν σε οποιοδήποτε μυαλό. Μια διαφώτιση, με τέτοιο περιεχόμενο, θα αποτελέσει μια μεγάλη προσφορά στο κοινωνικό σύνολο.

ΟΧΙ, πλέον και επί τέλους, μακάβριες στατιστικές δημοσιεύσεις. Και είναι πολύ γνωστό, ότι ο εκφοβισμός αποτελεί το χειρότερο τρόπο διαπαιδαγώγησης. Επειδή, οι στατιστικές αυτές δεν οδηγούν πουθενά, αλλά και αποπροσανατολίζουν από τις κύριες αιτίες πρόληψης των δυστυχημάτων, με αποτέλεσμα, να μην συγκινούν και κανένα! Αλλιώς τα δυστυχήματα θα σταματήσουν μόνο όταν και οι ταρατσες θα γεμίσουν αυτοκίνητα, για να μη μπορούν να κινηθούν. Και το τελευταίο αυτό είναι πολύ προβλεπτό!

### **Βασικές Προτάσεις-Μέτρα**

Το 1996 μια διακομματική επιτροπή της Βουλής προχώρησε στην διενέργεια ενός πορίσματος σχετικά με τα τροχαία ατυχήματα και το θέμα της οδικής ασφάλειας στην Ελλάδα. Μέσα στο παρόν πόρισμα προτείνονται δέσμη μέτρων, δράσεων και νομοθετικών ρυθμίσεων για την μείωση των ατυχημάτων όσο το δυνατόν ταχύτερα και την ασφαλή μετακίνηση των πολιτών κατά μήκος του οδικού δικτύου.

Μερικές από τις προτάσεις που προτείνονται για την επίλυση του προβλήματος:

### **Γενικά**

Οι οδηγοί πρέπει να αντιμετωπίζονται από τις Αρχές ως εν δυνάμει θύματα, ανεξάρτητα από την εμπλοκή τους στην πρόκληση ατυχήματος.

Να βελτιωθούν συντονισμένα όλοι οι παράγοντες τροχαίων ατυχημάτων(Οδός- Όχημα- Χρήστης- Έλεγχος συστήματος) με άμεσες παρεμβάσεις των αρμόδιων υπηρεσιών. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να

δοθεί στην οδική υποδομή, η οποία πρέπει να «συγχωρεί» σφάλματα των οδηγών.

Η ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών οδικής ασφάλειας, άμεσα τουλάχιστον με στόχο την μείωση των βαρειών και θανατηφόρων ατυχημάτων, απαιτεί να τεθεί το όλο θέμα σε άμεση προτεραιότητα, στο πρόγραμμα δράσης όλων των εμπλεκόμενων Υπουργείων και λοιπών Αρχών. Από πλευράς χρηματοδότησης, να προβλεφθούν όλα τα απαιτούμενα κονδύλια και γενικότερα να ληφθούν άμεσα μέτρα από πλευράς ενδιαφέροντος του Κράτους.

Απαραίτητη κρίνεται επίσης η έναρξη ενημερωτικής εκστρατείας για τους χρήστες με έμφαση στα μέτρα άμεσης προτεραιότητας που εκτίθενται στις επόμενες παραγράφους.

Ανεξάρτητα από τις όποιες μεσο-μακροπρόθεσμες επιλογές, όπως το προτεινόμενο Εθνικό Συμβούλιο Οδικής Ασφάλειας και το Ινστιτούτο Οδικής Ασφάλειας κρίνεται σκόπιμο, μέχρι την θεσμοθέτηση νέων οργάνων, να διατηρηθεί η Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας του ΚΟΚ(Άρθρο 109). Θα πρέπει όμως να της δοθούν περισσότερες αρμοδιότητες, οικονομική αυτοτέλεια κλπ, διότι πράγματι υφίσταται πρόβλημα συντονισμού των συναρμόδιων υπουργείων και υπηρεσιών, καθώς και έλλειψη των απαραίτητων κονδυλίων.

Για την ενίσχυση της προτείνεται να προβλεφθούν μεταξύ άλλων τα εξής:

- Συντονισμός ενεργειών μεταξύ Κεντρικής και Νομαρχιακών επιτροπών Οδικής Ασφάλειας
- Στελέχωση με επαρκές προσωπικό των υπηρεσιών που συμμετέχουν στην Κεντρική και στις Νομαρχιακές επιτροπές, καθώς και της υπηρεσίας του Υπ. Μεταφορών και Επικ. Που ασκεί καθήκοντα Γραμματείας της ΕΟΑ

- Δημιουργία Εθνικού Ταμείου για την Οδική Ασφάλεια που θα αντλεί πόρους π. χ. από φόρους επί των καυσίμων, τέλη κυκλοφορίας και παράβολα, περιοδικού ελέγχου οχημάτων κ. α. Οι πόροι αυτοί θα διατίθενται αποκλειστικά για την εφαρμογή προγραμμάτων που θα καταρτίζει και θα υιοθετεί η ΕΟΑ.
- Καλύτερη συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων, όπως η Ελληνική Αστυνομία, το Πυροσβεστικό Σώμα, το ΕΚΑΒ
- Οι οικονομικές επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης ειδικής επιτροπής, η οποία θα εξετάσει και την τροποποίηση του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου(Ν. 1654/85). , με σκοπό την θέσπιση ενιαίων αρχών για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς.

### **Οδική Υποδομή και Οδικό περιβάλλον**

- Αναδιάρθρωση των υπηρεσιών του ΥΠΕΧΩΔΕ(δημιουργία Τμήματος Οδικής Ασφάλειας)
- Άμεση παρέμβαση των υπηρεσιών του ΥΠΕΧΩΔΕ για την εξάλειψη των «μελανών σημείων» του οδικού δικτύου. Έναρξη συστηματικού και συνεχούς εντοπισμού «μελανών σημείων» και καθορισμού των απαιτούμενων βελτιώσεων με ευθύνη του ΥΠΕΧΩΔΕ, καθώς και έλεγχος κατά τακτά διαστήματα του οδικού δικτύου από ειδικά συνεργεία, όπως στο εξωτερικό, για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων
- Με τις βελτιώσεις της οδικής υποδομής θα πρέπει να ενθαρρύνεται η ήρεμη οδήγηση, η επιλογή χαμηλότερων



ταχυτήτων, η αρμονική συνύπαρξη των διαφόρων χρηστών της οδού, να γίνεται εύκολα κατανοητή από τους χρήστες η οδική υποδομή, η σήμανση και σηματοδότηση

- Συστηματική βελτίωση της σήμανσης, ώστε-πέραν της βελτίωσης της οδικής ασφάλειας- να αποκατασταθεί η αξιοπιστία της στο σύνολο του αστικού και υπεραστικού δικτύου της χώρας.
- Επανεξέταση των ορίων ταχύτητας στο σύνολο του υπεραστικού οδικού δικτύου
- Βελτίωση των διελεύσεων πεζών στα αστικά και υπεραστικά δίκτυα της χώρας
- Σωστή εγκατάσταση, σήμανση και λειτουργία των εργοταξίων συντήρησης και κατασκευής οδικών έργων, όσον αφορά στην ασφάλεια των χρηστών της οδού, αλλά και του προσωπικού που εκτελεί τις σχετικές εργασίες
- Πέραν της προτεινόμενης μεσομακροπρόθεσμης εισαγωγής από το Υπουργείο Παιδείας στα σχολεία των
- θεμάτων Κυκλοφοριακής Αγωγής θεωρείται σκόπιμη στο μεταξύ η άμεση διαπαιδαγώγηση στην Οδική Ασφάλεια σε νηπιαγωγεία, δημοτικά, γυμνάσια-λύκεια κλπ, τόσο με άμεση ενεργοποίηση της Κυβέρνησης όσο και με πρωτοβουλία των διδασκόντων, των μαθητικών συμβουλίων και συλλόγου γονέων

## Έλεγχος του συστήματος

- Συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων τροχαίων ατυχημάτων στο οδικό δίκτυο όλης της χώρας
- Εντατικοποίηση της αστυνόμευσης(με παράλληλη αποφυγή αυθαιρεσιών και περιορισμού των ατομικών ελευθεριών), ικανοποιητική επιτήρηση των οδικών δικτύων, αυστηρή τήρηση του ΚΟΚ και τιμωρία των παραβατών
- Επιμόρφωση των αστυνομικών για την ορθή συμπλήρωση της εκθέσεως αυτοψίας και τη σύνταξη σχεδιαγράμματος τροχαίου ατυχήματος
- Έμφαση στον έλεγχο της ταχύτητας λεωφορείων, φορτηγών και του επιτρεπόμενου βάρους των οχημάτων
- Παροχή εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες, μαζί με τα μαθήματα οδήγησης
- Θεωρείται αναγκαία η ανάπτυξη πρωτοβουλιών από Υπουργεία, για προγραμματικές συμβάσεις με την τοπική αυτοδιοίκηση σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής , στο πλαίσιο κοινοτικών προγραμμάτων όπως π. χ. «υγιείς πόλεις» όπου συμμετέχουν-πέραν των αρχών-οι
- σύλλογοι γονέων, οι σχολικές επιτροπές, τοπικοί φορείς, έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης

## **10. 2. ΤΙ ΠΡΟΤΕΙΝΕΙ ΤΟ ΕΚΑΒ:**

A) Καμιά σύσταση επιτροπών, υποεπιτροπών και συμβουλίων

B) Αυστηρή εφαρμογή των ισχυόντων νόμων, κανονισμών και ΚΟΚ

Γ) Κάθε Υπουργείο και υπηρεσία θα φτιάξει το δικό της πρόγραμμα που θα αφορά την υπευθυνότητα της στα εξής σημεία και μόνο, που θα πιέσει για εφαρμογή επί 3 χρόνια

-- Πληροφόρηση του πληθυσμού (συνεχής και ουσιώδης) για την ζώνη, κράνος, τοποθέτηση και καθίσματα παιδιών, αλκοολούχα ποτά

-- Συνεχής αστυνόμευση, με ένταση, των προαναφερθέντων σημείων

-- Εκπαίδευση των αστυνομικών για τα προαναφερθέντα σημεία

-- Ευαισθητοποίηση των ομάδων με λειτουργία παραδείγματος όπως των υπουργών (όταν τους παίρνουν π. χ. τηλεοπτικές κάμερες να βγαίνουν από αυτοκίνητο. Το ίδιο για ηθοποιούς, Πρόεδρο Δημοκρατίας κλπ), γιατρών, αξιωματικών και οπωσδήποτε αστυνομικών σε υπηρεσιακά αυτοκίνητα.

-- Σε συνεννόηση με ασφαλιστικές εταιρείες, μείωση αποζημίωσης εάν ο τραυματίας δε φορούσε ζώνη κράνος

-- Αυστηροί και συνεχείς έλεγχοι για αλκοολούχα ποτά

Δ) Ίδρυση (νομοσχέδιο υπάρχει εγκεκριμένο) σχολών για τους δασκάλους

E) Αυστηροποίηση των εξετάσεων για δίπλωμα και εξασφάλιση της νομιμότητάς τους

### Τι χρειάζεται να γίνει

- λίγα
- συγκεκριμένα
- μακροχρόνια εφαρμοζόμενα
- συνεχώς εφαρμοζόμενα
- όχι από βαρύγδουπες εξαγγελίες συνοδευόμενα
- από όλα τα αρμόδια Υπουργεία πραγματοποιούμενα

Είναι σαφές ότι στην χώρα μας έχουν ξεκινήσει και γίνονται βήματα για την μείωση των τροχαίων ατυχημάτων με θετικά αποτελέσματα. Τα βήματα αυτά πρέπει να συνεχιστούν και να ενταθούν με κύριο αυτό της Αστυνόμευσης. Είναι πολύ εύκολο να συνεχίσει να βελτιώνεται η Οδική Ασφάλεια στη χώρα μας. Το μόνο που χρειάζεται είναι επιμονή των ευαισθητοποιημένων πολιτών ώστε η "Πολιτική Βούληση" να μείνει ενεργοποιημένη.

Ο βασικότερος παράγοντας του ατυχήματος είναι ο οδηγός η βελτίωση της συμπεριφοράς του οποίου από μόνη της μπορεί να αποτελέσει την κυριότερη συνισταμένη μείωσης των ατυχημάτων και να συντελέσει στην αύξηση του βαθμού οδικής ασφάλειας γενικά.

### **Θα πρέπει άμεσα :**

- να θεσπιστεί και να λειτουργήσει ΚΑΙ Οργανισμός Οδικής Ασφάλειας με κεντρική Διοίκηση και ανάπτυξη περιφερειακών Διοικήσεων σε κάθε Νομό της Ελλάδος
- κάθε Νομός της Ελλάδος να έχει δική του ομάδα Οδικής Ασφάλειας για τη αξιοποίηση των στατιστικών δεδομένων τροχαίων ατυχημάτων μέσα στο πλαίσιο που θα χαραχθεί σε

κεντρικό επίπεδο ώστε τα μέτρα που θα λαμβάνονται να αφορούν τις ιδιαιτερότητες του κάθε Νομού

- κάθε εξάμηνο να γίνεται ανάπτυξη των προγραμμάτων οδικής ασφάλειας και των αποτελεσμάτων για κάθε Νομό της χώρας ώστε να παρουσιάζονται οι περισσότερο επιτυχημένες δράσεις και να υλοποιούνται και σε άλλους Νομούς
- να δημιουργηθεί Σώμα Ειδικών Ορκωτών Πραγματογνομόνων τροχαίων Ατυχημάτων
- να γίνει εκπαίδευση Δικαστών με εξειδίκευση στα τροχαία ατυχήματα οι οποίοι θα έχουν την δυνατότητα να κατανοήσουν όλες τις Τεχνικές λεπτομέρειες της ανακατασκευής ενός τροχαίου συμβάντος ώστε η απονομή Δικαιοσύνης να είναι ΚΑΙ τεχνικά σωστή
- δια Νόμου να γίνει υποχρεωτική η ασφάλιση για σωματικές βλάβες που θα προκαλέσει το μεταφερόμενο φορτίο φορτηγού οχήματος
- να γίνει εγκατάσταση σταθερών γεφυροπλαστιγγών σε όλους τους σταθμούς διοδίων της χώρας μας
- να γίνονται έλεγχοι από τεχνικούς σε επιλεγμένους σταθμούς διοδίων της χώρας που θα ελέγχουν τα λεωφορεία και τα φορτηγά για την κατάσταση ελαστικών, την λειτουργία του ταχογράφου (κλέφτης, κόφτης κλπ), τον χρόνο εργασίας και την ασφαλή ή όχι φόρτωση
- δια Νόμου να γίνει υποχρεωτική η ασφάλιση λεωφορείων και φορτηγών με ασφάλιση απεριόριστου ορίου ασφαλιστικής

κάλυψης για σωματικές βλάβες (και όχι μόνο για 500, 000 Ευρώ που είναι σήμερα)

### **10. 3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΖΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

- 1) Να μη διασχίζουν ένα δρόμο από τα σημεία που δεν υπάρχει καλή ορατότητα
- 2) Να περνάνε τους δρόμους πάντα με πράσινο, όταν υπάρχουν φωτεινοί σηματοδότες
- 3) Να περνάνε από τις διαβάσεις των πεζών όταν είναι εφικτό
- 4) Να βαδίζουν πάντα στο πεζοδρόμιο
- 5) Το βράδυ χρειάζεται να προσέχουν περισσότερο διότι η ορατότητα είναι μειωμένη
- 6) Να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του τροχονόμου και των σημάτων κυκλοφορίας
- 7) Να μη βαδίζουν στην άκρη του πεζοδρομίου
- 8) Τα παιδιά πάντα από τη μέσα πλευρά του πεζοδρομίου
- 9) Να περνάνε πάντα από το πίσω μέρος σταθμευμένου μεγάλου οχήματος για να έχουν μεγαλύτερη ορατότητα

### **10. 4. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Η κυκλοφοριακή αγωγή και η πρόληψη των ατυχημάτων αποτελεί το κύριο μέσο εφαρμογής κάθε πολιτικής υγείας για πρόληψη και διασφάλιση της υγείας των πολιτών και ιδιαίτερα των παιδιών και των εφήβων. Όσον αφορά την Ελλάδα, ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων είναι πολύ υψηλός σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης. Σε συνδυασμό με τα ατυχήματα που οφείλονται σε άλλους παράγοντες όπως

πτώση, πνιγμοί κ. λ. π, μπορούμε να πούμε ότι τα ατυχήματα κάθε είδους, αποτελούν μια από τις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας της παιδικής και νεανικής ηλικίας.

Όπως επισημαίνεται και στην εισαγωγή του εκπαιδευτικού υλικού ο όρος ατύχημα αναφέρεται σε σωματικές βλάβες που προκαλούνται χωρίς πρόθεση. Ειδικότερα, περιλαμβάνονται: 1) τα τροχαία ατυχήματα όπου οι νέοι συμμετέχουν ως πεζοί, οδηγοί μηχανοκινήτων δικύκλων και αυτοκινήτων (άνω των 18 ετών), οδηγοί ποδηλάτων, επιβάτες δικύκλων και αυτοκινήτων, 2) οι πνιγμοί και οι παρ' ολίγο πνιγμοί, 3) οι πτώσεις, 4) τα εγκαύματα, 5) τα αθλητικά ατυχήματα, 6) οι δηλητηριασμοί και 7) τα ατυχήματα από κακή χρήση εργαλείων.

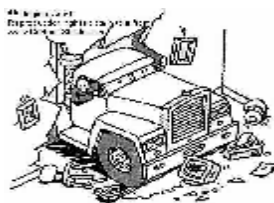
Οι παραδοσιακές ιατρικές παρεμβάσεις δεν αρκούν για την αντιμετώπιση των ατυχημάτων. Η ανάγκη για παρεμβάσεις στην αλλαγή του τρόπου ζωής, των στάσεων και των συμπεριφορών των πολιτών και ιδιαίτερα των νέων γίνεται όλο και πιο έντονη. Όταν παρεμβάσεις μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία γίνονται σε νεαρή ηλικία, η διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς που προάγουν την υγεία και αξιοποιούν τις ανθρώπινες δυνατότητες, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, οδηγούν σε βαθύτερες και ουσιαστικότερες αλλαγές.

Στην προσπάθεια να προωθηθούν νέα πρότυπα συμπεριφοράς συνήθως αντιμετωπίζουμε δυο σημαντικούς ανασταλτικούς παράγοντες: την ήδη υπάρχουσα λανθασμένη συμπεριφορά που αναπαράγεται καθημερινά και της οποίας είναι μάρτυρες τα νέα παιδιά, και την τάση των νέων παιδιών να οδηγούνται σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές που θέτουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων σε κίνδυνο. Η μειωμένη ικανότητα πρόβλεψης των ατυχημάτων είναι αναμενόμενη στα παιδιά και στους εφήβους που ακόμα δεν έχουν αναπτύξει όλες τις ικανότητές τους και δεν έχουν ιδιαίτερη πείρα. Η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά των νέων συνδέεται με την απροσεξία και την υποτίμηση

του κινδύνου. Τα νεαρά άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές λόγω της αναζήτησης περιπέτειας και εμπειριών και της επιθετικής και επιδεικτικής συμπεριφοράς που αναπτύσσουν μερικές φορές. Οι νέοι δηλαδή, παρουσιάζουν έντονη τάση να δοκιμάζουν τα όρια τους, να εκθέτουν τους εαυτούς τους σε κινδύνους χωρίς να έχουν συναίσθηση των πιθανών επιπτώσεων.

Στη βάση αυτή, το προτεινόμενο εκπαιδευτικό υλικό λοφοριακής αγωγής και πρόληψης των ατυχημάτων δομείται με μεθόδους και πρακτικές που βοηθούν τους μαθητές να εντοπίσουν τους παράγοντες που δημιουργούν τα προβλήματα και να εστιάσουν τις ενέργειές τους για να αλλάξουν και να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους στην καθημερινή ζωή. Ενθαρρύνονται να παρατηρήσουν ότι οι προτάσεις σε θέματα υγείας, λαμβάνονται στο πλαίσιο άλλων επιλογών και ότι οι επιλογές αυτές επηρεάζονται, υποστηρίζονται, προωθούνται ή περιορίζονται από επιδράσεις της οικογένειας, των φίλων, της κουλτούρας και της κοινωνίας. Η πρόληψη των ατυχημάτων απαιτεί δράση σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, μέσω στρατηγικών που θα περιλαμβάνουν την τεχνολογία, τη νομική διάσταση και την εκπαίδευση.

Η κυκλοφοριακή αγωγή και η πρόληψη των ατυχημάτων αποτελεί το κύριο μέσο εφαρμογής κάθε πολιτικής υγείας για πρόληψη και διασφάλιση της υγείας των πολιτών και ιδιαίτερα των παιδιών και των εφήβων. Όσο αφορά την Ελλάδα, ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων είναι πολύ υψηλός, σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης.





## 10. 5. ΓΙΑΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΔΙΑΙΩΝΙΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΔΥΣΤΥΧΗΜΑΤΑ

Στο ερώτημα «Γιατί ο άνθρωπος αντιδρά παράλογα, προκαλώντας δυστυχήματα, αφού γνωρίζει ότι ο ίδιος θα υποστεί τις καταστρεπτικές τους συνέπειες; » είναι εύλογο και σκόπιμο σε αυτό να σημείο να δοθεί μια αληθοφανής και εμπειριστατωμένη απάντηση.

Οι περισσότεροι άνθρωποι απαντώντας σε αυτό το ερώτημα θα έλεγαν: «Μα φυσικά στην απροσεξία μας! ». Για να καταντήσει κι αυτή μια προκατάληψη, σαν ένα ανθρώπινο πλέον δεδομένο και άρα αναπόφευκτο ή μοιραίο.

Έτσι, με το δέος που νιώθουμε από τα βιώματα αυτά, αρνούμαστε υποσυνείδητα την υπόδειξη της «προσοχής», που πέφτει στο κενό, αλλά δε μας άφησε, μέχρι σήμερα, να τολμήσουμε να αναρωτηθούμε **«Γιατί ο άνθρωπος είναι απρόσεκτος; »**. Και πραγματικά, η απάντηση στο ερώτημα αυτό, νομίζω ότι θα μας οπλίσει με ελπίδα και αυτοπεποίθηση, για σωτηρία. Με το απλό σκεπτικό ότι, αφού η απροσεξία είναι μια ανθρώπινη «αδυναμία»-μη έχοντας, έτσι, σχέση με «υπερφυσικές δυνάμεις»-με ποιο δικαίωμα αρνούμαστε στον άνθρωπο τη ΔΥΜΑΝΗ και ικανότητα, ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΕΙ; Και μάλιστα, όπως θα δούμε αμέσως, όταν η «αδυναμία»της απροσεξίας του είναι εξαρτημένη από τόσο ΓΝΩΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ;

Το δυστύχημα φαίνεται να είναι μια ιδιόμορφη «εγγενής» εκδήλωση του μηχανισμού των διανοητικών και ψυχικών λειτουργιών του ανθρώπου. Μια «προδιάθεση», **επίκτητη** όμως, που δημιουργήθηκε απέναντι στους ΑΦΥΣΙΚΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ διαβίωσης, που ο ίδιος προκάλεσε και που, από τη Γένεση, ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΠΛΑΣΜΕΝΟΣ ΓΙ' ΑΥΤΟΥΣ. Πρόκειται δηλ. καθαρά, για πρόβλημα **προσαρμογής** του ανθρώπου, στο κάθε φορά νέο περιβάλλον του. Και η άγνοια αυτής

ακριβώς της πραγματικότητας δημιούργησε και σχεδόν επέβαλε την αντίληψη του «μοιραίου» και «αναπόφευκτου» στο δυστύχημα, αλλά και την αποδοχή του, σαν «αρρώστιας».

Αν, λοιπόν, αποδεχτούμε την απροσεξία, σαν αποτέλεσμα έλλειψης προσαρμογής προς το περιβάλλον, θα έχουμε την έννοια του λάθους, που μας οδηγεί στην αθέλητη σύγκρουση, με τα δικά μας δημιουργήματα. Που, αν και «αναγκαία», αποτελούν αφύσικες παρεμβολές στη βιολογική μας υπαρξιακή σκοπιμότητα και αποστολή, επάνω στη γη.

Η αποδοχή της αναμφισβήτητης αυτής αλήθειας, με κατάλληλη διαπαιδαγώγηση του κόσμου, θα τον απαγκιστρώσει από το δέος της προκατάληψης και θα του χαρίσει την αυτοπεποίθηση, ότι ΑΥΤΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΥΡΙΟΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ. Και δε θα χρειαστεί, παρά μια απλή **προσαρμογή συμπεριφοράς απέναντι ορατών, ακουστών, χειροπιαστών πραγμάτων**, που δημιούργησε για να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Για να έρθουν τα δυστυχήματα και να την υποβαθμίσουν πάλι.

Τελικός στόχος της μελέτης αυτής είναι η πρόσκληση ανάληψης ουσιαστικού αγώνα κατά των δυστυχημάτων, όλων των ειδών, επάνω σε υγιείς βάσεις και που είναι αυτές, που έγινε προσπάθεια να εξηγηθούν, όσο το δυνατό πληρέστερα και σαφέστερα. Ο αγώνας αυτός αποτελεί, εκ των ων ουκ άνευ, **εθνική ανάγκη και επιταγή**, επειδή αφορά στην ίδια τη φυλή μας, που πέρα από την υπογεννητικότητα και τη γήρανση, κινδυνεύει με αφανισμό, από τις απώλειες των ηλικιών αναπαραγωγής, που κατά κύριο λόγο καταβροχθίζει ο μινώταυρος των δυστυχημάτων.

Είναι εκπληκτικό το γεγονός, ότι μέχρι σήμερα, καμία κυβέρνηση, η πολιτεία γενικότερα, παρ' όλη την κραυγαλέα και επίμονη καθημερινή πρόκληση από τον κοινωνικό, δημογραφικό, και οικονομικό τομέα, για το άγχος των δυστυχημάτων, δεν ενδιαφέρθηκε να το αντιμετωπίσει

υπεύθυνα, παρά το άφησε στην τύχη του, πιστεύοντας και η πολιτεία ότι τα δυστυχήματα είναι μοιραία και αναπόφευκτα. Έτσι, κάθε κυβέρνηση, ταυτισμένη με τη νοοτροπία του λαού, δε φοβάται και το τυχόν πολιτικό κόστος(!), για την αδιαφορία αυτή.

Η επίσημη προσπάθεια, που με ειδικές υπηρεσίες, επιτελεί ένα μεγάλο άθλο, περιορίζεται αναγκαστικά, στη δημιουργία όλο και περισσότερων προϋποθέσεων ασφαλείας στους δρόμους, στην αστυνόμευση της κυκλοφορίας οχημάτων, στα αστικά κυρίως κέντρα-πρακτικά αδύνατο έξω απ' αυτά-στην επιβολή μέτρων ασφαλείας, για τα υποψήφια θύματα, στην καταστολή των παραβάσεων και στη φροντίδα των θυμάτων. Δεν αμφισβητούνται οι τεράστιες προσπάθειες των Υπουργείων Δ. Τάξης, Συγκοινωνιών, Υγείας, ΥΠΕΧΩΔΕ, Οικονομικών κ. ά. στην αντιμετώπιση προβλημάτων ασφαλείας των δρόμων και των αυτοκινήτων. Μέτρα, οπωσδήποτε απαραίτητα, χωρίς όμως να γνωρίζουμε, πόσο σωτήρια είναι(δεν υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες στατιστικές), με την κατάσταση που επικρατεί και που μπορεί να την ονομάσουμε «βιομηχανία ατυχημάτων». Μια βιομηχανία, που οδηγεί στο αδιαχώρητο τα νεκροταφεία και τα νοσοκομεία, τους δρόμους με τα αναπηρικά καροτσάκια, στο «κλείσιμο» σπιτιών και στην οικονομική αιμορραγία, με τα ιλιγγιώδη ποσά.

Το θέμα αυτό υπερεπείγει! Πρέπει η πολιτεία να ευαισθητοποιηθεί και να συσταθεί, στην αρχή τουλάχιστο, μια επιστημονική ομάδα εργασίας, με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ψυχολόγους, παιδαγωγούς, κοινωνιολόγους κ. ά. Και στη συνέχεια, να δημιουργηθεί μια Δ/ση Δυστυχημάτων, π. χ. στο Υπουργείο Δημόσιας Υγείας, που θα αναλάβει την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας με μια σωστή, αλλά και επίμονη διαφώτιση του λαού, που πρέπει να απαλλαγεί από το βραχνά του «μοιραίου» και του «αναπόφευκτου» των ατυχημάτων.

Πολύτιμη, όμως είναι η συμβολή του Υπουργείου Παιδείας, με την καθιέρωση μαθήματος πρόληψης δυστυχημάτων γενικά, κοντά σ' εκείνα των άλλων προκλήσεων της εποχής μας, όπως και της σχέσης των δυο φύλων, της αιμοδοσίας, του καπνίσματος, του αλκοολισμού, των ναρκωτικών, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κ. ά.

Επιγραμματικά και καταλήγοντας, αξίζει ν' αναφερθεί ότι όλες οι παραπάνω προκλήσεις αφορούν άμεσα στη συμπεριφορά απέναντι του εαυτού μας. Αν αυτή καλύψει τις προσδοκίες μας, θα γίνει δυνατή και η τροποποίηση της συμπεριφοράς μας απέναντι των άλλων.

Για να επιβιώσει λοιπόν αυτός ο «εαυτός»μας, με «ανθρώπινο»πρόσωπο, χρειάζεται πρώτα ο ΑΥΤΟΣΕΒΑΣΜΟΣ, που οπωσδήποτε θα πρέπει να τον υποβάλουμε στα παιδιά μας. Όχι όμως με την πειθώ, ή σε κάποιο τρόπο εξαναγκασμού αποδοχής των αξιών της ζωής, ακόμη και με μορφή απειλής, διαφόρων προελεύσεων, όπως προσπαθούμε συνήθως, για να τις επιβάλουμε. Με εκείνα τα απαγορευτικά «μη», να επαναλαμβάνονται από το πρωί ως το βράδυ, αλλά και με την προσβολή ξένων προτύπων, για σύγκριση ή μίμηση.

Η ιδανική ανατροφή των παιδιών μας, μέσα στην ανθρώπινη κοινότητα, περνάει μόνο **μέσα από το δικό μας παράδειγμα** και σε όλους του χώρους, που βρισκόμαστε με παιδιά, δικά μας ή ξένα.

Για να μην ανοίξουμε «αύριο» διάπλατα το στόμα, από έκπληξη, όταν θα διαπιστώσουμε, ότι τα παιδιά μας δεν είναι εκείνα, που θα θέλαμε να είναι. επειδή ήμασταν σίγουροι, ότι τους προσφέραμε όλες εκείνες τις «φρόνιμες»συμβουλές, για οικογένεια, θρησκεία, πατρίδα, κοινωνία, πολιτισμό, σεβασμό, οικονομία, για βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, του αλκοολισμού κλπ. , που θα τους έκαναν «άξιους ανθρώπους στην κοινωνία»Κάνουμε όμως το μεγάλο σφάλμα, να υποτιμούμε τη νοημοσύνη των παιδιών, που διαβλέπουν την «απάτη», αφού άλλα ακούνε και άλλα βλέπουν, να γίνονται γύρω του.

Ο αυτοσεβασμός και η αυτογνωσία λοιπόν θα οδηγήσουν τους ανθρώπους στο να ανέχονται ο ένας τον άλλον, με τις ιδιοτυπίες τους, ή αν θέλουμε μια πιο εύστοχη έκφραση στο να κατανοούν ο ένας τον άλλον. Αυτή ακριβώς η ανοχή, ή η κατανόηση αποτελούν ή συνθέτουν τη μεγάλη έννοια της αγάπης. Άλλωστε μόνο στην, με ίσους όρους, αμοιβαία διαπροσωπική ανοχή(κατανόηση)μπορεί να αναπτυχθεί η ανθρώπινη αξία, του αλληλοσεβασμού και της προσωπικότητας, που η αποδοχή της, με το «αγαπάτε αλλήλους», επιβεβαιώνει την ύπαρξη του κάθε ατόμου, μέσα στην κοινωνία που ζει. Όχι με επιβολή, ή παραίνεση, αλλά ελεύθερη επιλογή, για αποδοχή της πραγματικότητας.

Οι τελευταίες παράγραφοι μπήκαν, σαν μια παρένθεση αυθόρμητης έκφρασης, στο μέτρο της μεγάλης σημασίας, που δίνουμε στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Επειδή αποτελεί μοναδικό παράγοντα και για την περιστολή των δυστυχημάτων.

Τελειώνοντας, η πρόθεση για μια μορφή «ανοιχτής επιστολής», με την οικειότητα που την χαρακτηρίζει, **αναζήτησε την απαραίτητη αμεσότητα επαφής, σε ένα τέτοιο θέμα.** Μ' αυτό τον τρόπο λοιπόν γίνεται μια προσπάθεια κατάρριψης του παραπετάσματος των προκαταλήψεων και του κτισίματος εκείνου της πρόληψης όλων των δυστυχημάτων.

## **10. 6. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ**

Είναι δεδομένο ότι και αυταπόδεικτο ότι. . .

-Το οποιοδήποτε «δυστύχημα», αποτελεί μια έννοια μοναδική και ταυτόσημη, με το ΛΑΘΟΣ! Αλλά και το αντίστροφο ότι. . .

-Το οποιοδήποτε «λάθος»είναι επίσης μια έννοια μοναδική και ταυτόσημη με το ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ! Αλλά και ότι. . .

-Το οποιοδήποτε «λάθος», ή «δυστύχημα», αποτελεί έννοια μοναδική και ταυτόσημη, με τον άνθρωπο! Κανένα άλλο, από τα δημιουργήματα του Θεού επάνω στη Γη, δε μπορεί να κάνει λάθος και επομένως, να προκαλέσει δυστυχήματα, άρα

ΔΥΣΤΥΧΗΜΑ=ΛΑΘΟΣ=ΑΝΘΡΩΠΟΣ

Είναι επίσης δεδομένο και διαπιστωμένο, ότι. . .

-Το δυστύχημα γίνεται αντιληπτό αντικειμενικά, μόνο από τις συνέπειες. Έτσι, ο κόσμος ευαισθητοποιείται μόνο, με τα τυχόν θύματα, φτάνοντας και μέχρι του σημείου, να τα ταυτίσει με την ίδια την έννοια του δυστυχήματος. Που, όπως τονίστηκε, αποτελεί λάθος, επειδή μια τέτοια ταύτιση μας απομακρύνει, από την πραγματική ουσία της έννοιας του δυστυχήματος, που στην αντιμετώπισή του, ασχολούμαστε μόνο με τα θύματα και τις ζημιές! Μια τακτική, που δεν απέχει από το «κουβάλημα νερού, με το καλάθι»! Και να πληρώνει σήμερα ο Ελληνικός Λαός πάνω από 180 δισεκατομμύρια το χρόνο, για τις δαπάνες αντιμετώπισης των θυμάτων και των ζημιών, από τα δυστυχήματα.

-Σε δυστύχημα, που ξεκίνησε και έφτασε μέχρι το τέλος, ελάχιστα μπορούμε να διασώσουμε, με οποιοδήποτε από τα «μέσα ασφαλείας», που

διαθέτουμε, αλλά και με κείνα, που με απόγνωση προσπαθούμε να ανακαλύψουμε, στο μέλλον. Πρέπει λοιπόν να σταματήσει, επιτέλους, ο άνθρωπος την ακαταλόγιστη συμπεριφορά του, κάποιες στιγμές, για να μη ξεπροβάλουν οι συνθήκες, που είναι γνωστές και δρομολογούν το δυστύχημα. Κάποιες στιγμές ελάχιστων δευτερολέπτων μονάχα.

Αφού, λοιπόν, αποδεικνύεται ότι ο άνθρωπος είναι ο μοναδικός αίτιος των δυστυχημάτων, είναι υποχρεωμένος να αποδείξει, ότι έχει και μυαλό και εξυπνάδα, συμβάλλοντας ενεργά στο περιορισμό των

παρορμήσεων, που οδηγούν στην αυτοκαταστροφή και που τον καταλαμβάνουν, μερικές φορές.

Είναι όμως και αλήθεια, ότι αν η αυτογνωσία-γέννημα αυτοκριτικής-κυριαρχούσε, σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής, θα δημιουργούσε έναν άνθρωπο ψυχρό και απομονωμένο. Θα ζούσαμε διαρκώς σε ένα καθεστώς προγραμματισμού, που αποτελεί δέσμευση και τόπου και χρόνου. Υπάρχουν όμως μέσα μας και τα πράγματα, που δε θα πρέπει να «αγγίζουμε», ή να «ενοχλούμε», με την αυτοκριτική. Είναι εκείνα, που εκδηλώνονται με **παρορμήσεις**, από κάποια βαθιά κίνητρα μέσα μας, ευχάριστα(διαλείμματα δουλειάς, «χόμπι», ψυχαγωγία, διάβασμα κ. ά)αλλά και «αναγκαία», στην ικανοποίηση τους(διάφοροι προβληματισμοί, ευχάριστοι, ή δυσάρεστοι προσανατολισμοί της σκέψης, που οδηγούν και στην πολύ επικίνδυνη αφηρημάδα κατά τη διάρκεια της απασχόλησης)Κίνητρα δηλ. που δεν μπορούμε, να συγκεκριμενοποιήσουμε.

Φαίνεται, ότι κι αυτά αποτελούν πτυχές αντιδράσεων των ενστίκτων μας, αλλά και των «απολαυστικών»συνηθειών μας και που δεν μπορούμε να ελέγξουμε πολλές φορές. Γι' αυτό είναι αδύνατο, να δεχτούμε, ότι η αυτογνωσία μόνη μπορεί, να οδηγήσει στην ολοκληρωμένη κατανόηση του εαυτού μας. Έχουμε μέσα μας «κρύπτες», που μας επηρεάζουν υποσυνείδητα.

Όλα αυτά, όμως, μπορούν να δικαιολογηθούν σαν «φυσιολογικές»εκδηλώσεις, αλλά μόνο μέχρι του σημείου, που ο άνθρωπος αρχίζει να καταστρέφει(δυστυχήματα)τον εαυτό του, τους γύρω του, το περιβάλλον του, δηλαδή τις πηγές της υγείας και της ίδιας της ζωής του. Μια τέτοια συμπεριφορά σημαίνει αναρχία και οδηγεί σε μια, χωρίς ενδιαφέροντα, ζωή. Και εννοούμε τα συνειδητοποιημένα ενδιαφέροντα, για να ικανοποιηθούν, θα πρέπει να αποτελούν **προγραμματισμένους** στόχους, με υπολογισμούς και

προτεραιότητες(χρονοδιαγράμματα). Και που χρειάζονται την αποκλειστική προσήλωση της προσοχής μας, στα αντικείμενα που μας απασχολούν την ώρα εκείνη και μέχρι το τέλος τους. Επειδή, σ' αυτά ακριβώς τα διαστήματα είμαστε συνήθως υποψήφιοι δυστυχημάτων, από την παρεμβολή διαφόρων παρορμήσεων.

Από κει και πέρα, ας αφήσουμε να κυριαρχήσουν οι παρορμήσεις και οι απολαυστικές μας συνήθειες, μέχρι που να μην ενοχλούμε κανέναν, αλλά και κάτι άλλο η απόλαυση βρίσκεται στην εγκράτεια! Μια αχαλίνωτη ικανοποίηση «απολαύσεων» οδηγεί και πάλι σε δυστυχήματα! Τη βλάβη δηλαδή της υγείας, από την κατάχρηση τέτοιων παρορμήσεων και συνηθειών. Ας μη ξεχνάμε, όμως και το περιβάλλον, που, από κακή μεταχείρισή του, γίνεται εχθρικό απέναντί μας και μάλιστα από πράγματα που εμείς δημιουργήσαμε, για τις ανάγκες(σκαλοπάτια, στύλοι, δέντρα, ηλεκτρισμός, μηχανοκίνητα οχήματα, φυτοφάρμακα, ή φάρμακα, μπαλκόνια και τόσα άλλα), ή για παράλογη εκμετάλλευση(πυρκαγιές, κλείσιμο χειμάρρων, σαθρές οικοδομικές κατασκευές, πολεοδομικές ρυθμίσεις χωρίς υποδομές και προβλέψεις. . . )

### **10. 7. ΘΕΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ** **ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΩΘΗΘΟΥΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ** **ΤΡΟΧΑΙΑ**

Παρακάτω παραθέτονται ορισμένα θέματα τα οποία είναι καλό να προωθηθούν από την πλευρά της επιστημονικής έρευνας, είτε γιατί δεν έχουν εξετασθεί μέχρι σήμερα, είτε γιατί η σχετική μελέτη των θεμάτων αυτών, κρίνεται ανεπαρκής ή πολύ λίγο διαφωτιστική. Τα παρατιθέμενα δεν αποσκοπούν στην χάραξη πλήρους καταλόγου αλλά αποτελούν παραδείγματα διπλής αξιοποίησης, τόσο από την σκοπιά του



επιστημονικού ενδιαφέροντος, όσο και από την σκοπιά της εφαρμοσμένης πρακτικής έρευνας:

- Επιχειρησιακή έρευνα για τη συμπεριφορά των πεζών
- Βιομηχανική των κακώσεων από τροχαίο ατύχημα
- Σχεδίαση συστήματος κατόπτρων για την αύξηση της ορατότητας του οδηγού του οχήματος
- Μελέτη του θέματος των βλαβών στους αεροθαλάμους των τροχών
- Προσπάθεια κατασκευής από τις βιομηχανίες αυτοκινήτων, συσκευής που επιθεωρεί τα οχήματα
- Ταξινόμηση σε νέες βάσεις των συνήθων τύπων ατυχήματος και αιτιολογικών παραγόντων αυτών
- Αντικειμενική εκτίμηση των ικανοτήτων οδήγησης καθώς και των προσόντων για ασφαλή οδήγηση
- Πειραματική και κλινική δοκιμασία για την επίδραση του οιοπνεύματος στην οδήγηση
- Μελέτη της επίδρασης της κόπωσης στην οδήγηση
- Μελέτη της σχέσης μεταξύ ιπποδύναμης του οχήματος και συχνότητας ατυχημάτων
- Έρευνα στις βιομηχανίες αυτοκινήτων για τη σημασία των βλαβών του αυτοκινήτου και το τροχαίο ατύχημα
- Ανάλυση των κινήτρων για οδική ασφάλεια

Λεπτομερής μελέτη των “κρίσιμων επεισοδίων” που είναι σαφές ότι στην χώρα μας έχουν ξεκινήσει και γίνονται βήματα για την μείωση των τροχαίων ατυχημάτων με θετικά αποτελέσματα. Τα βήματα αυτά πρέπει να συνεχιστούν και να ενταθούν με κύριο αυτό της Αστυνόμευσης. Είναι πολύ εύκολο να συνεχίσει να βελτιώνεται η Οδική Ασφάλεια στη

χώρα μας. Το μόνο που χρειάζεται είναι επιμονή των ευαισθητοποιημένων πολιτών ώστε η "Πολιτική Βούληση" να μείνει ενεργοποιημένη.

Ο βασικότερος παράγοντας του ατυχήματος είναι ο οδηγός η βελτίωση της συμπεριφοράς του οποίου από μόνη της μπορεί να αποτελέσει την κυριότερη συνισταμένη μείωσης των ατυχημάτων και να συντελέσει στην αύξηση του βαθμού οδικής ασφάλειας γενικά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ



**ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ  
ΣΤΟ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ**

Σε αυτό το σημείο της εργασίας σκόπιμο θα ήταν να αναλυθεί η έννοια της **Περιθανάτιας Συμβουλευτικής** ξεκινώντας πρωτίστως με τον ίδιο τον ορισμό του **θανάτου**:

### **Ορισμός του Θανάτου:**

Όπως αναφέρει ο Επιβατιανός(1988, 13): «Το βιολογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζει η οριστική παύση των λειτουργιών της ζωής και ιδιαίτερα της αναπνοής και της κυκλοφορίας καλείται **σωματικός θάνατος**, ενώ η οριστική παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου καλείται **εγκεφαλικός θάνατος**, που γίνεται με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και την αρτηριογραφία των αγγείων του εγκεφάλου...Ο θάνατος των κυττάρων και των ιστών δεν επέρχεται ταυτόχρονα αλλά διαδοχικά, ανάλογα με την βαθμίδα της λειτουργικής και μορφολογικής διαφοροποίησης τους...Μετά το σωματικό θάνατο ακολουθεί η αποσύνθεση της ζώσας ύλης που ονομάζεται **μοριακός θάνατος**»

Στο χώρο της Ιατρικής υπάρχει μια διαμάχη σχετικά με τη χρονική στιγμή έλευσης του θανάτου. Εάν δηλαδή αυτό συμβαίνει με το λεγόμενο καρδιακό θάνατο(παύση λειτουργίας της καρδιάς) ή με το λεγόμενο εγκεφαλικό θάνατο. Οι τελευταίες απόψεις σχετικά με τον ορισμό του θανάτου αναφέρουν ότι «ένα άτομο που υπέστη είτε α)μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφοριακής και αναπνευστικής λειτουργίας είτε β)μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό. Ο ορισμός του θανάτου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους παραδεδομένους ιατρικούς κανόνες»(Αβραμίδης 1995, 38 και 33-41).

## Είδη Θανάτου

Σύμφωνα με τον Επιβατιανό(1998, 13, 41-47, 58-88)ανάλογα με τον τρόπο που επέρχεται ο θάνατος διακρίνεται σε φυσικό και βίαιο:

«1)**Φυσικός** είναι ο θάνατος ως αποτέλεσμα φθοράς και εκφύλισης των κυττάρων λόγω παρόδου της ηλικίας, είτε λόγω παθολογικής κατάστασης του οργανισμού.

Ο θάνατος, επίσης, σε σχέση με τη διάρκεια εκδήλωσης του επεισοδίου διακρίνεται σε βραδύ και σε αιφνίδιο.

**Βραδύς** είναι αυτός που επέρχεται ύστερα από νόσηση του οργανισμού για ημέρες, εβδομάδες ή μήνες λόγω ενδογενών παραγόντων.

**Αιφνίδιος** είναι ο θάνατος που επέρχεται γρήγορα και απροσδόκητα, χωρίς φανερή αιτία, μέσα σε δευτερόλεπτα, λεπτά ή ώρες(έως 24).

2)**Βίαιος** είναι ο θάνατος που επέρχεται ως αποτέλεσμα στον ανθρώπινο οργανισμό εξωτερικής βίας φυσικής, χημικής ή μηχανικής ή ως αποτέλεσμα στέρησης κάποιου παράγοντα για την διατήρηση της ζωής».

Οι αιφνίδιοι θάνατοι οφείλονται σε παθήσεις κάποιου από τα ανθρώπινα συστήματα λειτουργίας όπως του κυκλοφορικού συστήματος, του κεντρικού νευρικού συστήματος, του αναπνευστικού συστήματος κ.λ.π. ή σε θάνατο του λίκνου, όπως καλείται για τις περιπτώσεις νεογνών ή βρεφών.

Οι βίαιοι θάνατοι οφείλονται σε ψύξη, θερμοπληξία, κεραυνοπληξία, έκθεση σε ακτινοβολίες, σε έλλειψη τροφής ή έλλειψη οξυγόνου, σε διάφορες καυστικές ουσίες και δηλητήρια ή ύστερα από τη δράση οποιασδήποτε μηχανικής βίας(π. χ. αυτοκινητιστικά δυστυχήματα)

### **11. 1. ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**

Η **Περιθανάτια Συμβουλευτική** είναι εκείνο το είδος συμβουλευτικής που χρησιμοποιείται, όπως αναφέρει ο Δημητρόπουλος (1998, 328, 329), στις εξής περιπτώσεις:

α) Στην προετοιμασία του ίδιου του ατόμου σε σχέση με τον επικείμενο θάνατό του, είτε πρόκειται για ομαλές περιπτώσεις είτε για φοβία του θανάτου.

β) Στην προετοιμασία των οικείων για τον επικείμενο θάνατο προσφιλούς τους προσώπου.

γ) Για την αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων πένθους οικείων μετά το θάνατο προσφιλούς τους προσώπου.

Η προληπτική «εκπαίδευση θανάτου» με στόχο την έγκαιρη εξοικείωση του ανθρώπου με όλα τα θέματα που σχετίζονται με το θάνατο, πολλά μπορεί να προσφέρει.

Ειδικότερα, όπως αναφέρει και ο Worden (1991, 38), «ο γενικός σκοπός της Περιθανάτιας Συμβουλευτικής είναι να βοηθήσουμε τον επιζήσαντα να τελειώσει κάθε εκκρεμή υπόθεση με το νεκρό και να μπορεί να πει το τελικό αντίο».

Υπάρχουν συγκεκριμένοι στόχοι, που είναι:

1. Να αυξήσουμε την πραγματικότητα της απώλειας.
2. Να τον βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την εκφρασμένη και τη λανθάνουσα επίδραση.
3. Να τον βοηθήσουμε να ξεπεράσει διάφορα κωλύματα στην επαναπροσαρμογή του με την απώλεια.
4. Να τον ενθαρρύνουμε να πει το πρέπον αντίο και να αισθάνεται άνετα γυρνώντας πίσω στη ζωή.

## 11. 2. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Επειδή ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει σπουδαίο ρόλο στην προσφορά της Περιθανάτιας Συμβουλευτικής, γι' αυτό και θα πρέπει να εξεταστεί και να μελετηθεί το ζήτημα που αφορά τις ικανότητες και δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού.

### Ικανότητες και Δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού

Η προσωπικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της Περιθανάτιας Συμβουλευτικής.

Σύμφωνα με την Bright(198, 180, 181)οι **ικανότητες** και οι συναισθήματα του άλλου προσώπου. **δεξιότητες** που θα πρέπει να έχει ένας Κοινωνικός Λειτουργός είναι:

- Η ύπαρξη **ισχυρού ενδιαφέροντος** για τον άνθρωπο, σε συνδυασμό με **στοργική προσέγγιση** ώστε ο σύμβουλος να θέλει πραγματικά να βοηθήσει.
- Η ύπαρξη ικανότητας ο Κοινωνικός Λειτουργός **να ακούει** τον ασθενή, να διαθέτει εμπραθητική δυνατότητα(**ενσυναίσθηση**)που θα του δείξει που είναι ακριβώς το πρόβλημα και ηνεύοντας τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία τονισμός στην ομιλία, στάσεις του σώματος κ.λπ. ), να διαπιστώσει τα πραγματικά συναισθήματα του άλλου προσώπου.
- Η **ύπαρξη γνώσεων** ώστε ο κοινωνικός λειτουργός να κατανοεί πως αισθάνονται οι άνθρωποι σε διάφορες καταστάσεις για να μπορεί στη συνέχεια να καταλάβει πως θα αντιδράσουν στις παρεμβάσεις του.

- Διαθέτοντας γνώσεις και ενσυναίσθηση θα μπορεί να **αντιλαμβάνεται** τις αντιδράσεις των ανθρώπων. π. χ. πώς θα αισθανθεί ένας άνδρας ασθενής αν η Σύμβουλος-Θεραπευτής τον αγγίζει με το χέρι της;
- Η ύπαρξη της αίσθησης του **χιούμορ** και διασκέδασης ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής αλλά και ο ίδιος ο Σύμβουλος.
- Η ύπαρξη εκείνης της ικανότητας που κάνει τον κοινωνικό λειτουργό να **παραδέχεται τα λάθη του, να ζητάει συμβουλές** από τους άλλους, να αντέχει την αποτυχία όταν οι προσπάθειες του δεν καρποφόρησαν, να αλλάξει τρόπους προσέγγισης όταν το απαιτούν οι συνθήκες.
- Η **ύπαρξη δημιουργικότητας** ώστε να επινοεί αυτός τρόπους που θα βοηθήσουν τον ασθενή και που ταιριάζουν στον τρόπο ζωής του ασθενή.
- Η ικανότητα να **διαθέτει κουράγιο** και εμπιστοσύνη στις ικανότητές του ώστε να μην αισθάνεται ότι είναι δεσμευμένος με τις παραδοσιακές και κατεστημένες μεθόδους εργασίας.
- Η **ύπαρξη ενδιαφερόντων πέρα από την θεραπεία**, δηλαδή τη δύναμη να «σταματήσει» τη δουλειά προσωρινά και να αλλάξει δράση διασκεδάζοντας, χωρίς να νιώθει ενοχή γι' αυτό.

### **11. 3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΝΑΤΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ**

Ένα άλλο αξιοπρόσεκτο θέμα, σχετικά με τη βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ο Κοινωνικός Λειτουργός, έχει σχέση με τις δικές του προσωπικές ανάγκες και τα προβλήματα(προσωπικά, οικογενειακά κ. λπ.



που αντιμετωπίζει. Επειδή και αυτός είναι άνθρωπος και μπορεί να αντιμετωπίσει μια σειρά προβλημάτων, είναι πολύ φυσικό και συχνό να του θυμίζει ο πελάτης μια δύσκολη σχέση καθώς του αναφέρει τα προβλήματά του.

Για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τέτοια ζητήματα θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αποκτήσει αυτογνωσία και εφόσον διαπιστώσει ότι επηρεάζεται με τον συγκεκριμένο ασθενή και δυσκολεύεται να τον βοηθήσει, τότε θα πρέπει να τον παραπέμψει σε άλλον ειδικό. Για μια τέτοια ενέργεια, όχι μόνο δεν θα πρέπει να νιώθει λύπη ή αμηχανία, αλλά αντίθετα, να χαίρεται διότι είναι ικανός να αναγνωρίζει τα όρια και τις δυνατότητές του (Bright, 1986, 185). Πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όσοι εργάζονται με τους «θλιμμένους», προέρχονται από τους ίδιους τους «θλιμμένους». Η λύπη που αισθάνονται, το άγχος, ο θυμός, η απελπισία, η μετάνοια, οι τύψεις, η απογοήτευση καθώς και άλλα αρνητικά συναισθήματα, επηρεάζουν το Σύμβουλο-Θεραπευτή.

Επίσης υπάρχουν μέσα στον ίδιο τον κοινωνικό λειτουργό διάφοροι φόβοι και απογοητεύσεις που του δημιουργούν επιπρόσθετες δυσκολίες.

Δυσκολίες μπορούν να δημιουργηθούν και λόγω της αμηχανίας που μπορεί να νιώσει ο κοινωνικός λειτουργός λόγω των αυστηρά προσωπικών πληροφοριών που μπορεί να του εκμυστηρευτεί ο πελάτης.

Ακόμη, είναι συχνό το φαινόμενο να διαπιστωθεί ο σύμβουλος-θεραπευτής άσχημη και αγενή συμπεριφορά από το άτομο, διότι το τελευταίο, λόγω του πόνου και της αγωνίας που νιώθει, μπορεί να δείξει τον χειρότερο εαυτό του.

Διαπιστώνουμε επομένως ότι οι δυσκολίες και το άγχος που μπορεί να συναντήσει ο κοινωνικός λειτουργός είναι πολλές, γι' αυτό θα πρέπει να βρει τρόπους άμυνας για ν' αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις και κυρίως να μειώσει και να ελέγξει μ' επιτυχία το άγχος.

Μεγάλη βοήθεια μπορεί να έχει, εφόσον και ο ίδιος ο Σύμβουλος έχει ένα άλλο πρόσωπο που τον παρακολουθεί στην προσωπική του ανάπτυξη και στην επαγγελματική του δραστηριότητα.

Δεν θα πρέπει όμως να μας διαφεύγει ότι μερικές φορές οι τρόποι άμυνας μπορεί να φαίνονται στα μάτια ενός τρίτου σαν συμπεριφορά κακή και άκαρδη(π. χ. τρόπος ομιλίας), όμως ίσως να είναι ο μόνος τρόπος που έχει αυτός για να αντιμετωπιστεί το άγχος που νιώθει (Bright, 1986, 181, 182).

#### **11. 4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ WORDEN**

Ο Worden(1991, 52, 53, 54) μας παρουσιάζει τις εξής τεχνικές:

##### **1)Η χρήση της υποβλητικής γλώσσας**

Χρησιμοποιώντας σκληρή γλώσσα με στόχο να αναβιώνουν συναισθήματα σχετικά με το νεκρό, βοηθάει το θλιμμένο να προσγειώνεται στην πραγματικότητα. Έτσι ο Σύμβουλος παραδείγματος χάριν μπορεί να πει: «Ο άνδρας σου πέθανε»αντί «έχασες τον άνδρα σου». Στις εκφράσεις θα πρέπει να χρησιμοποιείται ο αόριστος χρόνος π. χ «Ο άνδρας σου ήταν. . . »

##### **2)Η χρήση συμβόλων.**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να ζητά από το θλιμμένο να φέρει στις συνεδρίες, διάφορα αντικείμενα του νεκρού όπως κάποιο ρούχο, κόσμημα, άλλα προσωπικά είδη του, ακόμη φωτογραφίες, Βιντεοταινίες ή μαγνητοφωνημένες κασέτες. Μ' αυτόν τον τρόπο και ο ίδιος Ο σύμβουλος διαμορφώνει μια καθαρότερη εικόνα για τον νεκρό ενώ ταυτόχρονα δημιουργείται μια αμεσότητα με τον νεκρό και εστιάζόμαστε στο να μιλάμε γι' αυτόν (τον νεκρό).

### **3) Η χρήση γραφής και ζωγραφικής.**

Πολύ ωφέλιμο είναι να ζητά ο Σύμβουλος από το θλιμμένο να γράφει γράμματα προς τον νεκρό στα οποία να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Ακόμη η τήρηση ημερολογίου ή το γράψιμο ποιημάτων με στόχο την έκφραση των συναισθημάτων για την απώλεια νεκρού. Αλλά και η χρήση της ζωγραφικής μπορεί να βοηθήσει στην έκφραση συναισθημάτων τόσο για τους ενήλικες θλιμμένους, πολύ περισσότερο όμως για τα θλιμμένα παιδιά.

### **4) Το παίξιμο ρόλων**

Ο Σύμβουλος μπορεί να ζητήσει από το άτομο να παίξει το ρόλο διαφόρων καταστάσεων τις οποίες φοβάται ή αισθάνεται παράξενα γι' αυτές. Μ' αυτό τον τρόπο αποκτά δεξιότητες γι' αυτά τα ζητήματα. Στο παίξιμο ρόλων μπορεί να πάρει μέρος και ο Σύμβουλος είτε διευκολύνοντας είτε κατευθύνοντας το άτομο και βοηθώντας το έτσι ν' αποκτήσει νέους τρόπους συμπεριφοράς.

**Η δραματοθεραπεία και το ψυχόγραμμα** αποτελούν ισχυρά όπλα που μπορούν να βοηθήσουν τους θλιμμένους (Worden, 1991, 53, 189). Αξίζει να μελετηθούν αυτοί οι τομείς και σ' αυτό συμβάλλει και το έργο των Jennings-Ase Minde «Μάσκες της ψυχής» (εικαστικά και θέατρο στην θεραπεία) εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1996.

### **5) Η δημιουργία ενός βιβλίου αναμνήσεων.**

Τα μέλη μιας οικογένειας μπορούν να φτιάξουν ένα βιβλίο αναμνήσεων του νεκρού όσο και στο να πενθούν μια πιο πραγματική εικόνα αυτού (του νεκρού). Ειδικότερα τα παιδιά μπορούν να ξεφυλλίζουν αυτό το βιβλίο για να επαναλαμβάνουν την απώλεια όσο μεγαλώνουν.

### **6) Η χρήση κατευθυντικών συμβόλων**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθώντας το άτομο να φανταστεί το νεκρό, είτε με κλειστά μάτια είτε σαν να το βλέπει να είναι παρών και να

κάθεται σε μία άδεια καρέκλα, ενθαρρύνει το άτομο να μιλήσει τώρα, στο παρόν, απευθείας στο νεκρό και να του πει αυτά που θέλει.

Να σημειωθεί όμως ότι αυτή η τεχνική απαιτεί καλά εκπαιδευμένο Σύμβουλο και αντενδείκνυται σε σχιζοφρενείς και όσους είναι στα πρόθυρα νευρικής κρίσης (Worden, 1991, 54).

### **7) Η Γνωστική ανάπλαση**

Επειδή οι σκέψεις μας επηρεάζουν τα συναισθήματά μας ιδίως οι συγκαλυμμένες, μπορεί ο Σύμβουλος να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει τέτοιου είδους σκέψεις και να εξετάσει εάν είναι ακριβείς ή υπεργενικευμένες και έτσι να μειωθούν τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθει από παράλογες σκέψεις, όπως π. χ. «κανείς πια δε θα με ξαναγαπήσει» κ.λπ.

Στόχος όλων αυτών των τεχνικών είναι να διευκολυνθεί η πληρέστερη έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων σχετικά με το νεκρό, που μπορεί να αναφέρονται και σε απογοητεύσεις και σε μετάνοια για τυχόν πράξεις ή παραλείψεις και λάθη (Worden, 1991, 54).

### **Τα Φάρμακα και η Θλίψη**

Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί σχετικά με τη θλίψη αποτελεί και η χρήση διαφόρων φαρμάκων στην αντιμετώπισή της. Οι θλιμμένοι, όπως υποστηρίζει πληθώρα ειδικών, δεν πρέπει να παίρνουν καταπραϋντικά φάρμακα, ιδίως στις περιπτώσεις ομαλής θλίψης ακόμα κοιμόταν είναι σε οξεία μορφή αλλά θα πρέπει να αφεθούν να εκφραστούν με κλάμα, με φωνές κ. λπ. για να ξεθυμάνουν.

Η βίωση του πόνου που μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένες ενέργειες έχει ως αποτέλεσμα να λειτουργήσει η ίδια ως φάρμακο για να περιοριστεί η αιτία του ψυχικού πόνου που αισθάνεται ο θλιμμένος.

Βεβαίως σε **εξαιρετικές καταστάσεις**, όπως πανικός ή σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια ή όταν υπάρχει υπερβολική εξάντληση του ατόμου και εφόσον προηγουμένως γίνει από ειδικό κατάλληλη αξιολόγηση, μπορεί να βοηθήσει η χορήγηση φαρμάκων, που όμως θα πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.

Γενικά πάντως τα φάρμακα(αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά κ. λπ.)θα πρέπει **να αποφεύγονται** με κύριο στόχο να εκφραστεί η θλίψη από το άτομο, διότι σε αντίθετη περίπτωση υπάρχουν κίνδυνοι για παθολογική έκφραση και αντίδραση της θλίψης(Φάρος 1993, 328, Worden 1991, 54)

### **11. 5. Η ΟΜΑΔΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η Περιθανάτια Συμβουλευτική μπορεί να λάβει τόσο τη μορφή της ατομικής συμβουλευτικής, όσο και τη μορφή της ομαδικής συμβουλευτικής.

Σχετικά με την ομαδική συμβουλευτική σε περιπτώσεις θλίψης και πένθους είναι πολύ χρήσιμες οι παρακάτω κατευθυντήριες υποδείξεις, όπως μας τις δίνει ο Worden(1991, 54-61):

1)Κατ' αρχήν ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να εντοπίσει το σκοπό της ομάδας, τη δομή της καθώς και το οικονομικό κόστος της λειτουργίας ενός τέτοιου γκρουπ. Ειδικότερα όσο αφορά το **σκοπό**, οι συνήθεις σκοποί έχουν σχέση είτε με συναισθηματική υποστήριξη, είτε με ενημέρωση-εκπαίδευση, είτε με κοινωνικούς λόγους.

Σχετικά με τη **δομή**, παρουσιάζονται δυο ειδών γκρουπ. Αυτά που είναι περιορισμένου χρόνου, τα οποία διαρκούν ορισμένο χρονικό διάστημα και τα άτομα έρχονται και αποχωρούν ταυτόχρονα.

Συμμετέχουν 8-10 άτομα, που συναντώνται κάθε βδομάδα για οκτώ συνεδριάσεις, ενενήντα λεπτών η κάθε μία.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα γκρουπ απεριορίστου χρόνου, όπου τα άτομα έρχονται και αποχωρούν όταν η ομάδα εκπληρώσει τις προσωπικές τους ανάγκες. Δυσκολίες και προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν σ' αυτή την κατηγορία γκρουπ είναι η δυσκολία ανάπτυξης εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη. Όσον αφορά το οικονομικό ζήτημα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο αριθμός των συναντήσεων, η διάρκεια, η τοποθεσία, το εύρος και το κόστος των συναντήσεων. Η οικονομική συνεισφορά έχει ως στόχο να παρακινήσει και να ενθαρρύνει τα άτομα στην παρακολούθηση και συμμετοχή τους σ' αυτά τα γκρουπ.

2) Άλλο σημαντικό στοιχείο στην ομαδική συμβουλευτική αποτελεί η **επιλογή των μελών.**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να φροντίσει ώστε να υπάρχει ομοιογένεια μεταξύ των μελών, δηλαδή να συμμετέχουν άτομα που έχουν τις ίδιες απώλειες. π. χ. η δημιουργία ενός γκρουπ για θλιμμένους γονείς, άλλο για χήρους και χήρες κ. λπ.

Εάν όμως κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, **θα πρέπει να υπάρχουν στην ομάδα τουλάχιστον δυο άτομα με το ίδιο είδος απώλειας.** Δηλαδή τουλάχιστον δυο χήροι ή δυο γονείς με απώλεια των παιδιών τους κ.λπ. ,ωστε να μην αισθάνονται ξένοι ή άβολα στην ομάδα.

Άλλο σημείο που θα πρέπει να λάβει υπόψη του ο Σύμβουλος είναι **ο χρόνος που παρήλθε από την απώλεια.**

Δεν ενδείκνυται να συμπεριλαμβάνονται άτομα που έχουν απώλεια σε διάστημα μικρότερο από έξι εβδομάδες, διότι πολλά άτομα με πρόσφατη απώλεια δικών τους δεν είναι ακόμη έτοιμα να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους ομάδες.

Ακόμη ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να αποκλείει από την ομαδική συμβουλευτική άτομα με σοβαρή παθολογία και με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα. Γι' αυτά τα άτομα ενδείκνυται η ατομική συμβουλευτική.

Τέλος ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να λάβει υπόψη του και τις εξής παραμέτρους:

α) **Άτομα με πολλαπλές απώλειες αγαπημένων τους προσώπων, σε σύντομο χρονικό διάστημα** βρίσκονται σε τέτοια συναισθηματική κατάσταση που δεν μπορούν να συμμετέχουν αποτελεσματικά σε τέτοιες ομάδες. Εδώ ανήκουν περιπτώσεις ατόμων που έχασαν πολλά μέλη της οικογένειάς τους **ξαφνικά σε δυστύχημα, σε πυρκαγιά, σε σεισμό** η που έχασαν τους δικούς τους ανθρώπους σε σύντομα χρονικά διαστήματα.

β) **Άτομα που έχασαν κάποιο δικό τους λόγω αυτοκτονίας ή λόγω AIDS**

Θάνατοι από τέτοιους λόγους μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τα υπόλοιπα μέλη του γκρουπ.

Το καλύτερο θα ήταν να υπάρχουν ειδικές ομάδες θλιμμένων που έχασαν δικούς τους εξαιτίας αυτοκτονίας ή AIDS.

3) Κάθε άτομο που αποφασίζει να συμμετέχει σε μια τέτοια ομάδα, έχει κάποιες προσδοκίες. Εάν αυτές οι προσδοκίες του δεν ικανοποιηθούν, τότε θα εγκαταλείψει την προσπάθεια, γεγονός που θα βλάψει το άτομο αλλά και την ομάδα διότι χάνει το ηθικό της.

Γι' αυτό πριν την πρώτη συνάντηση της ομάδας θα πρέπει να δίνει το άτομο συνέντευξη, να προσδιορίζονται οι προσδοκίες του και να ξεκαθαρίζονται τυχόν εσφαλμένες απόψεις ή τυχόν ψεύτικοι φόβοι σχετικά με τη συμμετοχή του στην ομάδα. (Ανδρουλάκης Σ. , Αθήνα 2004)

4)Απαραίτητο επίσης είναι να τίθενται από την αρχή κάποιοι **βασικοί κανόνες** από τον συντονιστή της ομάδας.

Αυτό δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και υποστήριξης στα μέλη, ενώ ο ηγέτης-διευκολυντής μπορεί πιο εύκολα να ελέγχει την ομάδα. Αυτοί οι κανόνες θα πρέπει να εξηγούνται στην πρώτη συνάντηση και να επαναλαμβάνονται στις δυο επόμενες συνεδριάσεις της ομάδας.

Τέτοιου είδους κανόνες για περιπτώσεις περιθανάτια συμβουλευτικής είναι ενδεικτικά οι εξής:

- α)Να συγκεντρώνονται τα μέλη στην ώρα τους και να μην απουσιάζουν από τις συνεδρίες.
- β)Να είναι εχέμυθα σχετικά με όσα πληροφορούνται μέσα στην ομάδα.
- γ)Όλοι να έχουν τον ίδιο χρόνο για να αναφερθούν στο πρόβλημά τους
- δ)Τα μέλη είναι ελεύθερα να αναφέρουν λίγα ή πολλά στοιχεία σχετικά με την απώλεια που είχαν.
- ε)Ο Κοινωνικός Λειτουργός δεν δίνει συμβουλές παρά εάν αυτό του ζητηθεί

5)Ένα άλλο σοβαρό ζήτημα που πρέπει να καθοριστεί στην ομαδική συμβουλευτική αποτελεί **το είδος της ηγεσίας** που θα έχει το γκρουπ.

Σε ένα μοντέλο τέτοιων ομάδων, ηγέτες-διευκολυντές είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σ' άλλο είναι μη ειδικοί αλλά με επαγγελματική προϋπηρεσία, ενώ σ' ένα τρίτο αρχηγοί είναι θλιμμένοι που καθοδηγούν άλλους θλιμμένους. Το είδος της αρχηγίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τους σκοπούς της ομάδας. Εάν οι ομάδες είναι μεγάλες, η συνδιευκόλυνση-συνηγεσία είναι απαραίτητη. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται ως αρχηγοί, εκπαιδευμένοι στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας με συναρχηγούς φοιτητές εκπαιδευμένους σε κάποιο επάγγελμα ψυχικής υγείας.



6) Ένα άλλο σοβαρό θέμα που πρέπει να προσεχθεί σε τέτοιου είδους ομάδες συμβουλευτικής είναι το τι ζητάει το κάθε μέλος από την ομάδα. Συνήθως επιζητούν ασφάλεια, να νιώθουν ότι τα άλλα μέλη νοιάζονται και ενδιαφέρονται γι' αυτούς.

7) Μέσα σε μια ομάδα μπορεί να εμφανιστούν **διασπαστικές συμπεριφορές**. Ο ή οι διευκολυντές-ηγέτες θα πρέπει να εντοπίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές και να τις χειρίζονται κατάλληλα ώστε να τις αμβλύνουν και να τις οδηγούν σε εξάλειψη. (Ανδρουλάκης Σ. , Αθήνα 2004)

**Τέτοιου είδους άτομα** που μπορεί να επιδείξουν διασπαστικές συμπεριφορές είναι τα παρακάτω:

**α) Το άτομο που πιστεύει ότι η δική του απώλεια είναι πιο μεγάλη από των άλλων μελών.**

Αυτού του είδους η αντίδραση μπορεί να αντιμετωπιστεί λέγοντας ο διευκολυντής-ηγέτης ότι : «Η απώλεια του καθενός είναι σημαντική για την ομάδα» και ότι «Δεν ήρθαμε εδώ για να συγκρίνουμε απώλειες».

**β) Το άτομο που δίνει συμβουλές.**

Αυτή η περίπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί ενθαρρύνοντας το να λέει «Να τι θα έκανα εγώ» αντί «Να τι έπρεπε να κάνεις εσύ»

**γ)Το άτομο που δε συμμετέχει**

Για να αντιμετωπιστεί μία τέτοια συμπεριφορά ο διευκολυντής-ηγέτης θα πρέπει να βοηθήσει όλα τα μέλη να μοιραστούν κάτι από την απώλειά τους στην πρώτη συνάντηση.

**δ)Το άτομο που συζητάει με το θεραπευτή μετά την ομάδα.**

Ο διευκολυντής-ηγέτης θα πρέπει να πει στο άτομο «Νομίζω ότι είναι σημαντικό να το ακούσουν όλοι αυτό. Ας αρχίσουμε την επόμενη συζήτηση μιλώντας γι' αυτό. Εντάξει; »

**ε)Το άτομο που αναφέρει κάτι σημαντικό στα τελευταία λεπτά της συνεδρίας.**

Ο διευκολυντής ηγέτης θα πρέπει να ενθαρρύνει το άτομο να συζητήσουν αυτό το θέμα ως πρώτο στην επόμενη συνάντηση, αντί να καθυστερήσει η ομάδα.

**στ)Το άτομο που διακόπτει**

Αυτή η περίπτωση θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με απόκρουση από την διευκολυντή-ηγέτη και σε πιο κατάλληλο χρόνο να επιτραπεί στον διακόπτοντα να πει αυτό που θέλει.

**ζ)Το άτομο που κάνει άσχετα σχόλια**

Ο διευκολυντής-ηγέτης θα πρέπει να το ρωτήσει: «Δεν καταλαβαίνω τί σχέση έχει αυτό με το θέμα μας; Μπορείς να μου πεις πως είναι αυτό σχετικό με όσα θα κάνουμε τώρα εδώ; »

**η)Το άτομο που δείχνει ανάρμοστη συμπεριφορά και αδιαφορία.** Για παράδειγμα ενώ όλοι είναι λυπημένοι, αυτό γελάει. Ο διευκολυντής-ηγέτης θα πρέπει να το αντιμετωπίσει ρωτώντας το: «Αναρωτιέμαι τί

νιώθεις όταν συμβαίνουν αυτά τα πράγματα στην ομάδα μας. Σε βλέπω να γελάς και αναρωτιέμαι τί αισθάνεται μέσα σου. »

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές φορές τα άγχη και οι ανησυχίες μπορούν να εκφραστούν με γέλια.

**θ) Το άτομο που αποκαλύπτει πολλά προσωπικά γεγονότα και καταστάσεις στην αρχή της λειτουργίας της ομάδας, πράγμα που αργότερα μπορεί να το οδηγήσει σε υποχώρηση και πιθανόν σε εγκατάλειψη της ομάδας.**

Ο διευκολυντής-ηγέτης διαπιστώνοντας τέτοια συμπεριφορά θα πρέπει να το προειδοποιήσει ότι είναι πολύ νωρίς για να αποκαλύψει τόσα πολλά στους άλλους

**ι) Το άτομο που κριτικάρει και προκαλεί το διευκολυντή-ηγέτη.**

Μια τέτοια συμπεριφορά μπορεί να αντιμετωπιστεί με συζήτηση και διευκρινίσεις παρά με επιθετικότητα, διότι το τελευταίο θα επιτείνει το πρόβλημα.

Θα πρέπει τέλος να σημειωθεί η δυνατότητα να δημιουργήσουν τα μέλη μεταξύ τους φιλίες, οι οποίες είναι ωφέλιμο να συνεχίζονται και πέρα από τις συναντήσεις, διότι έτσι απαλύνεται η θλίψη και το πένθος των μελών. (Worden, 1991, 59, 60, 61).



**11. 6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ,  
ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΒΑΡΙΕΣ  
ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ, ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την αναπηρία με την ίδια περίπου στενοχώρια που αντιμετωπίζουν και τον ίδιο τον θάνατο. Η κατάσταση χειροτερεύει όταν η αναπηρία είναι πολύ βαριά και το άτομο εξαρτάται απόλυτα από την φροντίδα των άλλων.

Φυσικά η ίδια αναπηρία παίρνει διαφορετικές διαστάσεις στον κάθε άνθρωπο, ανάλογα με την προσωπικότητά του η οποία έχει διαμορφωθεί από την κληρονομικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον απ' όπου προέρχεται. Γι' αυτό κάθε ανάπηρο άτομο, έχει τον δικό του τρόπο προσαρμογής στην αναπηρία του και στην κοινωνία που ζει.

Εάν το άτομο γεννηθεί με κάποια αναπηρία ή την αποκτήσει στην παιδική του ηλικία, τότε οι γονείς παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού και στον τρόπο που αντιμετωπίζει την αναπηρία του. Η προσαρμογή του πάντως στη φυσική του κατάσταση γίνεται πιο ομαλά απ' ότι σε κάποιον ενήλικο που μένει ξαφνικά ανάπηρος.

Όταν γίνεται αναφορά στους παραπληγικούς συμπεριλαμβάνονται και όλες οι βαριές αναπηρίες, που επιφέρει κάποιο ατύχημα. Όπως προαναφέρθηκε, κάθε άτομο αντιδρά στην αναπηρία του ανάλογα με την προ του τραυματισμού του προσωπικότητα. Σε γενικές γραμμές όμως όπως έχει δείξει και η κλινική πείρα, τα άτομα περνούν από διάφορα στάδια αυτολύπησης.

### **11. 7. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ**

Στην αρχή του προγράμματος του, ο Κοινωνικός Λειτουργός, θα πρέπει να έχει σαφή περιγραφή του περιστατικού, για να έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν εξαιτίας της πνευματικής και συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή όπως και των μελών της οικογένειάς του, τη στιγμή του τραυματισμού.

Ο ασθενής από τις πρώτες δυσκολίες που αντιμετωπίζει είναι η αλλαγή περιβάλλοντος με την τοποθέτησή του στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός τον βοηθά να αντεπεξέλθει αυτές τις πρώτες δυσκολίες ώστε να προσαρμοστεί στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, κάτι που θα τον βοηθήσει και θα εξυπηρετήσει την επανένταξή του.

#### **Προβλήματα προκύπτουν από:**

- Τα αισθήματα του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του για τον τραυματισμό και τις πιθανά μόνιμες και πρόσκαιρες αλλαγές ρόλων
- Σωματική λειτουργία
- Ελκυστική εμφάνιση

Η διατάραξη των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή είναι σημαντικό γεγονός διότι οικογενειακά και άλλα σημαίνοντα πρόσωπα, φίλοι , υπηρετούν τον ασθενή σαν το κύριο σύστημα υποστήριξης κατά και πολλές φορές μετά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. (Ρουμελιώτης Δημήτριος, Αθήνα 1993)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, γνωρίζοντας την κατάσταση των σχέσεων πριν το ατύχημα του ασθενή με την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, θα βοηθήσει στη διάγνωση των

νέων σχέσεων και ρόλων που θα υπάρξουν, μετά το ατύχημα που συνέβη. Αποτέλεσμα είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να χρησιμοποιήσει ανάλογα τις παραμέτρους αυτές στη θεραπεία του ασθενή.

Ο ασθενής στη διάρκεια της νοσηλείας του περνά τρεις φάσεις. Οι φάσεις αυτές είναι:

**-Κρίση**

**-Ανάρρωση**

**-Αποκατάσταση**

Η φάση της κρίσης είναι άμεσο επακόλουθο του τραυματισμού. Η διάρκεια της κρίσης προσδιορίζεται από την έκταση του τραύματος. Χαρακτηρίζεται από φόβο, σύγχυση και πανικό. Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρεμβαίνει στη φάση αυτή με σύντομες επαφές ενδιαφέροντος και φροντίδας. Όλη του η εργασία βασίζεται στην ελάττωση του άγχους και της έγνοιας του ασθενή και της οικογένειάς του.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι σημαντικός για ένα ακόμη λόγο. Βοηθά την οικογένεια να αποδεχθεί όπως και τους φίλους αρχικά την ζημιά και να προσαρμοστούν στον τραυματισμό και τις πιθανές συνέπειές του. Επίσης βοηθά στην ελάττωση της στενοχώριας και της αγωνίας που διαστρέφουν την πραγματικότητα και τον άμεσο προγραμματισμό. Ακόμα ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθά στην κατανόηση και συμμόρφωση της οικογένειας στην πολιτική της κλινικής κάτι που συντελεί στη γρηγορότερη θεραπεία. (Ρουμελιώτης Δ. , Αθήνα 1993)

Στην φάση της ανάρρωσης που είναι μία περίοδος συνειδητοποίησης της έκτασης και της οριοθέτησης της λειτουργίας(μιας πιθανής παραμόρφωσης ως συνέπεια του ατυχήματος), ο ασθενής

παλεύει με το φόβο, την αντίληψη του εαυτού και αντιδράσεις των άλλων.

Στη φάση αυτή ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να κερδίσει πάλι τον έλεγχο της κοινωνικής κατάστασης, δουλεύοντας με τον ίδιο, την οικογένεια αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον.

Η επόμενη φάση είναι αυτή της Αποκατάστασης. Η δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού και της κλινικής, από τη στιγμή της εισαγωγής στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα συγκλίνει στην Αποκατάσταση-έξοδο από το ίδρυμα.

Ο ασθενής πρέπει να απομακρυνθεί από το προστατευτικό περιβάλλον του Νοσοκομείου και μόνος να προσπαθήσει, όσο φυσικά του το επιτρέπουν οι διάφοροι περιορισμοί.

Οι επιπτώσεις του ιδρυματισμού είναι συχνές. Έτσι ο ασθενής πρέπει να λειτουργεί όσο το δυνατόν ανεξάρτητα.

Η βοήθεια στη γνώση και αντιμετώπιση από τον ασθενή των αναγκών και συναισθηματικών καταστάσεων του μετά την έξοδο είναι αυτό που απασχολεί τώρα τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Στη φάση της Αποκατάστασης, η βοήθεια για γνώση μετανοσοκομειακής φροντίδας και των εναλλακτικών λύσεων φροντίδας και οικονομικών πόρων είναι τα πρώτα βήματα στην επίλυση των προβλημάτων αυτής της φάσης.

### Προβλήματα του ασθενούς κατά την έξοδό του

- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Οικονομικά
- Απασχόληση

Η Αποκατάσταση των αναπήρων αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα τόσο των αναπτυγμένων χωρών όσο και των υπό ανάπτυξη.

### **11. 8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν συμπληρώσει πάνω από σαράντα χρόνια παρουσίας στο χώρο της Υγείας. Η προσφορά τους στηρίζεται στις αρχές και τις αξίες της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή, καθώς το ενδιαφέρον δεν περιορίζεται μόνο στο «πάσχων μέλος», αλλά σε όλη την ψυχοκοινωνική οντότητα του ασθενή, καθώς και στο ευρύτερο περιβάλλον. Η ολιστική προσέγγιση δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στη χώρα μας εξαιτίας κυρίως της απουσίας διεπιστημονικής συνεργασίας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση του σωματικού τραύματος περιλαμβάνει τα εξής στάδια παρέμβασης:

**Α ΦΑΣΗ:** Αντιμετώπιση της «κρίσης»- Εκτίμηση των κοινωνικών αναγκών.

Σ' αυτήν τη φάση, που το «τραύμα» είναι Αποτέλεσμα ενός αιφνίδιου γεγονότος, ο Κ. Λ συνεργάζεται με την οικογένεια του ασθενή προκειμένου:

-Να συλλέξει πληροφορίες για το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά και γενικότερα για τα υποστηρικτικά του συστήματα

-Να μοιραστεί την αγωνία των συναισθημάτων των συγγενών και να βοηθήσει στην έκφρασή τους

-Να δώσει ορισμένες ψύχραιμες συμβουλές για την αντιμετώπιση πρακτικών θεμάτων



### **Β ΦΑΣΗ:** Ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενή στο νοσοκομείο

Σ' αυτήν τη φάση, όταν πλέον έχουν προγραμματιστεί ιατρικές παρεμβάσεις, το ενδιαφέρον του ΚΛ επικεντρώνεται στον ασθενή προκειμένου να μπορέσει να εκφράσει όλους τους φόβους και τις αγωνίες του, όλα τα συναισθήματα, που αποφεύγει να εκφράσει στο συγγενικό του περιβάλλον, προκειμένου να το «προστατεύσει» από αρνητικά συναισθήματα. Μέσα από τη συζήτηση και την έκφραση των συναισθημάτων ο Κ. Λ επιδιώκει την ενθάρρυνση και την υποστήριξη του ασθενή, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική του κατάσταση και η πίστη του για μια θετική εξέλιξη των πραγμάτων.

### **Γ ΦΑΣΗ:** Αποκατάσταση του ασθενή- Πληροφόρηση για τις πηγές της Κοινότητας

Στην Τρίτη φάση, λίγο πριν την επιστροφή του τραυματία στο περιβάλλον του ο Κ. Λ διερευνά την καταλληλότητα του περιβάλλοντος ή σε συνεργασία με τον γιατρό προτείνει στον ασθενή και την οικογένεια του άλλες υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για τη φυσική Αποκατάσταση ασθενών (π. χ. ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ, Κ. Α. Φ. Κ. Α. , ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ), υπηρεσίες που ασχολούνται με οικονομικές παροχές σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει οικονομική αδυναμία κλπ. Ειδικότερα όταν οι τραυματίες είναι ηλικιωμένοι, ο Κ. Λ σε συνεργασία με την οικογένεια του ασθενή, αναζητά μια μόνιμη λύση φροντίδας, ίσως ιδρυματικής, έξω απ' το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (Μιχάκου Μ. , Internet 2002)

## **Κοινωνική υποστήριξη-Κοινωνική εργασία**

Συχνά όταν γίνεται τροχαίο ατύχημα, υπάρχουν περιπτώσεις εγκαυμάτων στα άτομα που εμπλέκονται στο ατύχημα. Ο εγκαυματίας αντιμετωπίζει κοινωνικά και ψυχικά προβλήματα. Οι επιπτώσεις του εγκαύματος δεν αφορούν μόνο το δέρμα αλλά ανατρέπουν, συχνά την ισορροπία όλων των συστημάτων του οργανισμού. Ακόμη κι αν ο ασθενής επιζήσει, η πιθανή σωματική αναπηρία και η αλλοίωση της εικόνας του σώματος, είναι τόσο σοβαρές ώστε η υποστήριξη του εγκαυματία και του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, από ψυχοκοινωνικής πλευράς να είναι απαραίτητη.

Η προσέγγιση του εγκαυματία από τον κοινωνικό λειτουργό πρέπει να γίνει αμέσως μετά τη σταθεροποίηση της γενικής κατάστασης του. Οι πρώτες ώρες είναι σημαντικές και καθοριστικές για την δημιουργία και ανάπτυξη καλών σχέσεων ανάμεσα στον ασθενή και την ομάδα Αποκατάστασης. Όταν από τις πρώτες ώρες μέσα στην μονάδα εγκαυμάτων ο ασθενής και οι συγγενείς του βλέπουν ζεστασιά και φιλική αντιμετώπιση από το προσωπικό νιώθουν καλύτερα και εμπιστεύονται το προσωπικό.

Ο κοινωνικός λειτουργός για την παρέμβασή του πρέπει να γνωρίζει:

- τα μορφωτικά πρότυπα
- των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συστημάτων
- διαταραχών συμπεριφοράς
- ανάπτυξης προσωπικότητας
- δυναμικής της οικογένειας
- θεραπευτικών μεθοδολογιών
- ομαδικών διαδικασιών
- της ερευνητικής μεθοδολογίας

Ξεκινώντας ο κοινωνικός λειτουργός τη δουλειά του πρέπει να έχει την ακριβή περιγραφή του περιστατικού για να κατανοήσει τυχόν προβλήματα που πηγάζουν από την πνευματική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και των μελών της οικογένειας.

### **Φάσεις δραστηριότητας του κοινωνικού λειτουργού**

A) **αρχική φάση** στην εφημερία

B) φάση επαφής του εγκαυματία και των συγγενών με τη μονάδα εγκαυμάτων

Γ) **μεσαία φάση** όπου ο εγκαυματίας αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και προσαρμόζεται

Δ) **τελική φάση** ή φάση προετοιμασίας για την έξοδο από το νοσοκομείο

### **Πιστεύεται πως οι φάσεις είναι τρεις:**

*-αρχική φάση*

όπου χαρακτηρίζεται από φόβο, σύγχυση, πανικός. Σε αυτή την φάση ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί τον σύνδεσμο επικοινωνίας των συγγενών και του ιατρικού προσωπικού. Ενώ η προσοχή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εστιάζεται στην επιβίωση του ασθενή οι συγγενείς περιμένουν μέσα σε κλίμα σύγχυσης, πανικού και ταραχής. Θα ικανοποιηθούν αν ένα πρόσωπο άγνωστο αλλά φιλικό τους λύσει μία σειρά από πρακτικές απορίες. Αυτό το ρόλο τον έχει ο κοινωνικός λειτουργός.

*-μέση φάση-ανάρρωση*

όπου χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα που αντιπροσωπεύει ένα ακόμη εμπόδιο για την οικογένεια. Επίσης υπάρχει συνειδητοποίηση της έκτασης του προβλήματος. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τον ασθενή να ξανακερδίσει τον έλεγχο της κοινωνικής του κατάστασης δουλεύοντας (ο Κ. Λ) με τον ασθενή αλλά και τους συγγενείς.

*-τελική φάση-Αποκατάσταση*

όπου ο ασθενής πρέπει να προσπαθήσει μόνος του πλέον αφού η δουλειά του νοσοκομείου τελείωσε. Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να εστιάσει τις προσπάθειες των συγγενών προς τη σωστή προσαρμογή του ασθενή στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον.

**υποστήριξη μετά την έξοδο από το νοσοκομείο:**

Ο κοινωνικός λειτουργός θα ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένειά του για την μετανοσοκομειακή φροντίδα και τις εναλλακτικές λύσεις, καθώς και την εξεύρεση οικονομικών πόρων. Σε αυτήν τη φάση τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός είναι:

- 1) οικονομικά
- 2) διαπροσωπικών σχέσεων
- 3) απασχόλησης

Η προσπάθεια του Κ. Λ εστιάζεται τώρα στην εξεύρεση οικονομικών πόρων, στη δυνατότητα επανατοποθέτησης του ασθενούς στην εργασία του ή σε άλλη εργασία, ανάλογη των δυνατοτήτων του. Πηγή σε αυτήν τη φάση αποτελούν τα προγράμματα της χώρας και της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής. ( Μιχάκου Μ. , Internet 2002)

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ



Οι χώρες υψηλού βιοτικού επιπέδου ήταν οι πρώτες που ανέπτυξαν την αυτοκίνηση και τώρα έχουν το μεγαλύτερο αριθμό αυτοκινήτων. Διαθέτουν δηλαδή τα περισσότερα κατά κεφαλή οχήματα και χιλιόμετρα δρόμου ετησίως. Παρόλο που οι χώρες αυτές έχουν τον υψηλότερο βαθμό αυτοκίνησης, οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά θανάτων από τραυματισμούς σε τροχαία ατυχήματα σε σύγκριση με τις χώρες χαμηλού επιπέδου ανάπτυξης. Παράδειγμα αποτελούν χώρες σαν την Φιλανδία, την Σουηδία κ. α. όπου η κίνηση στους δρόμους αυξήθηκε αλλά ο αριθμός των θανάτων από τροχαία ατυχήματα μειώθηκε.

Μολονότι η μεγάλης κλίμακας αυτοκίνηση προέκυψε αργότερα για τις περισσότερες χώρες χαμηλού βιοτικού επιπέδου, πολλές από αυτές έχουν εφαρμόσει μέτρα για την οδική ασφάλεια που αποσκοπούν στην επίλυση των ιδιαίτερων προβλημάτων τους.

Η βελτίωση της οδικής ασφάλειας απαιτεί μελετημένες ενέργειες τόσο από τις κυβερνήσεις όσο και τους διάφορους εταίρους τους.

Το γεγονός ότι η οδική ασφάλεια δεν έχει αντιμετωπιστεί σφαιρικά στο παρελθόν, οφείλεται σε δύο λόγους. Πρώτον οι άνθρωποι έχουν μια μοιρολατρική στάση. Από τη στιγμή όμως που πολλοί κίνδυνοι οι οποίοι συνδέονται με τα τροχαία ατυχήματα βρίσκονται ολοκληρωτικά υπό έλεγχο, τα περισσότερα ατυχήματα και οι τραυματισμοί μπορούν να προληφθούν και συνεπώς, δεν είναι εξ ολοκλήρου τυχαίοι. Δεύτερον, οι άνθρωποι δεν έχουν πλήρη επίγνωση της μεγάλης βλάβης που προκαλούν τα τροχαία ατυχήματα. Ούτε αντιλαμβάνονται πως αφ' ενός πολλά ατυχήματα μπορούν να προληφθούν και αφ' ετέρου να μειωθούν οι συνέπειες πολλών άλλων. ( Ξενάκης Α. , Αθήνα 2005)

Η συγκεκριμένη λοιπόν εργασία δεδομένων των συνθηκών που επικρατούν στις χώρες της Ευρώπης και συγκρίνοντας τις με την

παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα καταδεικνύει αφ' ενός την διαρκώς αυξανόμενη τάση των τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα και αφ' ετέρου μια γενικότερη στασιμότητα όσον αφορά την νοοτροπία του ατόμου-οδηγού και τις ενέργειες που γίνονται για την εξυγίανση αυτής της «μάστιγας».

Όπως και προαναφέρθηκε, το τροχαίο ατύχημα πρέπει πλέον να παύσει να γίνεται ορατό μονάχα υπό το πρίσμα της «ατυχούς συγκυρίας», αλλά ν' αντιμετωπίζεται ως μια πραγματικότητα συναρτήσει πολλών παραγόντων και κυρίως ενός συγκεκριμένου: της ημιμάθειας, της κενοδοξίας, του εγωκεντρισμού, της έλλειψης ευσυνειδησίας και σεβασμού απέναντι στο συνάνθρωπο και τις κρατικές δομές, της γενικότερης «αλλοτρίωσης», στην οποία έχει υποπέσει ο σύγχρονος άνθρωπος, ώστε να παραγνωρίζει και να υπεκφεύγει των ουσιωδών προβλημάτων που τον ταλανίζουν και παρεμποδίζουν την ανέλιξη του.

Όλες όμως οι ριζοσπαστικές αλλαγές προϋποθέτουν μαζί με τον δημιουργικό προβληματισμό και την ευαισθητοποίηση **την κινητοποίηση** των ανθρώπων, ώστε να δημιουργηθούν φορείς για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου των τροχαίων ατυχημάτων. Προσφάτως βέβαια γίνονται φιλότιμες προσπάθειες από διάφορες οργανώσεις π. χ ΚΕΠΠΑ, Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α, οι οποίες παρέχουν ενημέρωση και ψυχοκοινωνική στήριξη αντίστοιχα στα άτομα που ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα. Ωστόσο τα μέσα που προσφέρονται σήμερα εμφανώς δεν επαρκούν και απ' ότι φαίνεται θα απαιτηθεί πολύς χρόνος, ώσπου να γίνει συνειδητή από τη σύγχρονη κοινωνία η αξία του αγαθού της ποιότητας ζωής μέσα στην κοινωνική μας συμβίωση. Αυτή η κοινωνική ωριμότητα που λείπει, ως υπόβαθρο της κοινωνικής ανόδου, δεν μπορεί στη δική μας εποχή να αποκτηθεί ούτε με αστυνομικά μέτρα, ούτε με την παιδαγωγική, που υποτίθεται ότι παρέχουν τα σχολεία.

Έτσι λοιπόν ακόμη και η συμπεριφορά μας στο οδικό δίκτυο αντικατοπτρίζει την παιδεία μας και επιτάσσει ευγένεια, ανοχή και αλληλεγγύη στο συνοδηγό. **Ο Άνθρωπος μόνον ως Συνάνθρωπος μπορεί να νοηθεί, και μόνον αυτό συμφέρει όλους. Ιδιαίτερα στην οδήγηση αν ΔΕΝ φέρεται κανείς ως Συνάνθρωπος και παρανομεί σκοτώνει και σκοτώνεται!**

Στο σημείο αυτό ο οδηγός στην Ελλάδα υστερεί κατά πολύ. Η πολυπόθητη «ποιότητα ζωής»η διευκόλυνση της κίνησης και ο εκμηδενισμός των αποστάσεων υπήρξε μια παγίδα για να μετατρέψει τον όρο « εξυπηρέτηση»σε κυριαρχία, λατρεία τυραννία, αλλοτρίωση. Την παλιά απλή ζωή τη διαδέχτηκε η ξέφρενη, η γεμάτη άγχος και τρέξιμο αστική ζωή. Μας «εξυπηρετεί»να τρέχουμε περισσότερο το αυτοκίνητο μας έγινε απαραίτητο, και από υπηρέτης έγινε δυνάστης μας.

Η ασφαλτος έχει πλέον γίνει ένα θέατρο, όπου παίζουν καθημερινά πλήθος θεατρίνοι, οδηγώντας αυτοκίνητα βαριά ή ελαφριά, τρίκυκλα, δίκυκλα ή κυκλοφορώντας πεζοί. Οι σκηνές είναι γεμάτες δράση, κίνηση, αδιάκοπη κίνηση και συχνά αγριότητα και σκληρότητα. Η ασφαλτος έχει μετατραπεί σε ζούγκλα, όπου οι «δυνατοί», «μεγάλοι» , «τρώνε» τους «αδύνατους» και τους «μικρούς». Ζούγκλα χωρίς δέντρα, με εντυπωσιακή ορατότητα, πλήρη διαφάνεια. Κανείς δεν μπορεί να κρυφτεί.

Μπορεί όμως να εξαφανιστεί, με την ταχύτητα, που είναι το κύριο χαρακτηριστικό του κλίματος της ασφάλτου. Του κλίματος που ευνοεί το φασισμό, αφού μπορεί κανείς να παρανομεί και να εξαφανίζεται. Όσοι λοιπόν έχουν αυτή την τάση και έχουν και όχημα πιο δυνατό και πιο γρήγορο από τους άλλους εύκολα αυθαιρετούν σε βάρος των άλλων και ιδιαίτερα των πεζών.



Η τέχνη λοιπόν και συγκεκριμένα η ποίηση έχει βαθύτατα επηρεαστεί από αυτό το φαινόμενο των καιρών, το οποίο εκφράζεται με τον πλέον παραστατικό τρόπο στο παρακάτω ποίημα του Χαρ. Αθανασόπουλου:

ΟΙ ΓΥΠΕΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΤΟΥ

**Ακόμα κι η άσφαλτος έχει ιεραρχία**

*και την αποτελούνε γύπες-οδηγοί  
μ' ανάλογη καθένας κυριαρχία  
και που βάφουνε αιματηρή συχνά τη γη.*

*Εκείνοι με τα φορτηγά ' ναι θηριώδεις,  
στα λεωφορεία γίγαντες προσεκτικοί  
μικροί σε μηχανάκια, όμως μανιώδεις  
κι όσοι οδηγούνε τα ταξί αλαζονικοί*

*Λεπτοί, γιωταχήδες, υπερόπτες,  
που κρύφια να' ναι οι πρώτοι πεθιμούν,  
μα μάρτυρες, οι πεζοπόροι, αυτόπτες:  
ποιος τον άλλονε θα φάει προτιμούν!*

### **Συμπερασματικά:**

Τα οδικά τροχαία ατυχήματα ουδέποτε θα εξαλειφθούν. Στατιστικά είναι δυστυχώς συνυφασμένα με την κίνηση και την ζωή. Θα ήταν ευχής έργων αν οι κοινωνίες μπορούσαν να αντικαταστήσουν την ευρεία χρήση ΙΧ αυτοκινήτων με άλλους τρόπους μετακίνησης, τόσο για λόγους οδικής ασφάλειας όσο και για περιβαλλοντικούς λόγους.

Είναι όμως δυνατό να μειωθούν αισθητά τα οδικά ατυχήματα, αν τεθούν επίσημα λογικοί στόχοι, ενταγμένοι στο πλαίσιο ένα ορθολογικού, σύγχρονου, ευέλικτου και πρακτικά εφαρμόσιμου προγράμματος, με σκοπό την μικρότερη συμμετοχή των παραγόντων που επηρεάζουν και την εξάλειψη ή μείωση των αιτίων που δημιουργούν ατυχήματα.

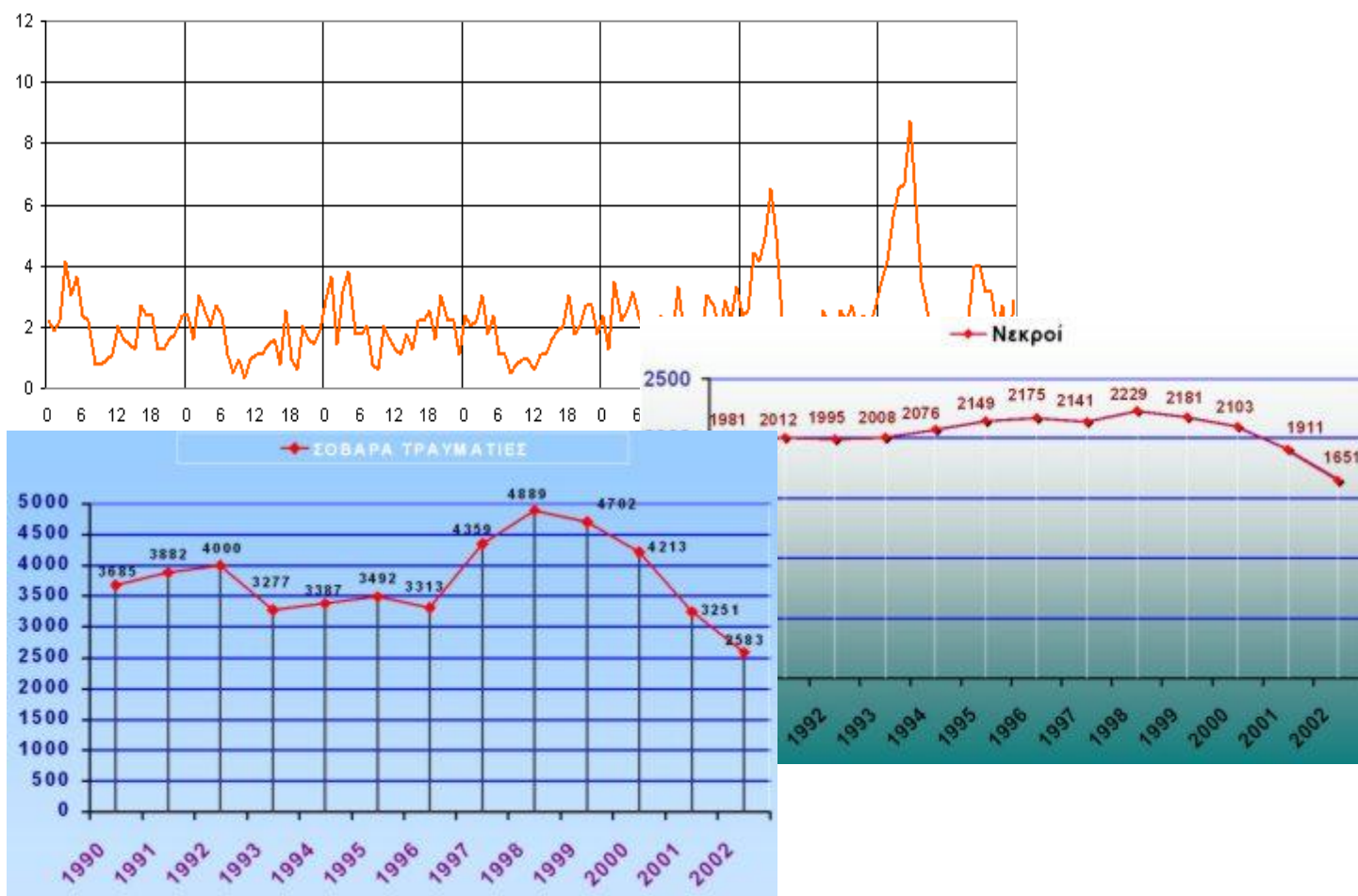
Για να γίνουν τα παραπάνω χρειάζεται γενναία κυβερνητική απόφαση χωρίς υπολογισμό του τυχόν πολιτικού κόστους, σημαντικές πιστώσεις, διαρκής και συστηματικός συντονισμός, ενώ στην υλοποίηση τους απαιτείται συνέχεια και συνέπεια.

Αντίθετα τα ευχολόγια και οι εξορκισμοί ποτέ δεν απέδωσαν, απεναντίας περιέπλεξαν το πρόβλημα και έτσι οι προταθείσες κατά καιρούς λύσεις δεν έγιναν παραδεκτές από τους ειδικούς και από το κοινό, με Αποτέλεσμα ο "ο κύκλος του αίματος" κάθε μέρα να μεγαλώνει ανησυχητικά.

Προϋπόθεση επιτυχίας της όποιας προσπάθειας είναι η συνειδητοποίηση της πολιτικής ηγεσίας, της επιστημονικής κοινότητας και των επικεφαλής των αρμοδίων υπηρεσιών, ότι η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και των συνεπειών τους σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% είναι εφικτή, όπως προκύπτει από διεθνή στατιστικά στοιχεία και τα αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών σε άλλες χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Σουηδία. ( Βουλή των Ελλήνων, 1996)

## Β' ΜΕΡΟΣ

Ellas



**EPEYNA**

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες το φαινόμενο των τροχαίων ατυχημάτων λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες, σαφώς ανησυχητικότερες διαστάσεις, αποτελώντας πλέον μια κοινωνική μάστιγα με τεράστιες επιπτώσεις για το άτομο αλλά και το σύνολο του πληθυσμού παγκοσμίως.

Τα οδικά δυστυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου των νέων (ηλικίας 15-24 ετών) στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε. Ε), με υψηλότερα ποσοστά στην Πορτογαλία, την Ελλάδα, το Βέλγιο και την Αυστρία και χαμηλότερα στη Σουηδία. Σύμφωνα με στοιχεία του στατιστικού δελτίου της Ε. Ε, Eurostat (της περιόδου 1994-1997), 29.000 νέοι αυτών των ηλικιών, κατά μέσο όρο, χάνουν τη ζωή τους, κάθε χρόνο στην Ένωση. Η πρόοδος που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας και της περίθαλψης, δεν φαίνεται να επιδρά στους νέους, όσο σε άλλες κατηγορίες του πληθυσμού, διατηρώντας σταθερό το ποσοστό των θανάτων σ' αυτές τις ηλικίες. (Περιοδικό «Αναπηρία Τώρα», Internet 2001)

Τα ατυχήματα στα μέσα μεταφοράς - περιλαμβάνονται όλοι οι τύποι ατυχημάτων, σιδηροδρομικά, εναέρια, θαλάσσια, με αιχμή όμως τα οδικά που αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία - είναι η αιτία για το 40% των θανάτων στους νέους αυτών των ηλικιών. Το 80% περίπου από τα θύματα είναι άνδρες, οι οποίοι διατρέχουν δυο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να χαθούν σε οδικό δυστύχημα από τους άνδρες των 35 έως 44 ετών.

Στην Ε. Ε καταγράφονται επίσης κάθε χρόνο 3.600 αυτοκτονίες για τους νέους 15-24 ετών και 2.400 θάνατοι από καρκίνο. Γενικά, όπως προκύπτει από την έρευνα, οι άνδρες διατρέχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τις γυναίκες να πεθάνουν μεταξύ 15 και

24 ετών. Ωστόσο, οι αιτίες θανάτου διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ποσοστό θανάτων από καρκίνο για τις νέες γυναίκες φθάνει το 13%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες της ίδιας ηλικίας δεν υπερβαίνει το 7%.

Ειδικότερα, η Ελλάδα κατέχει, δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια μια θέση ανάμεσα στις χώρες που πλήττονται θανάσιμα εξαιτίας των τροχαίων ατυχημάτων. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(Π. Ο. Υ) και αφορούν το δείκτη θνησιμότητας (ανά 100.000κατοίκους)των ευρωπαϊκών χωρών η Ελλάδα κατέχει μια πολύ υψηλή θέση όσον αφορά τους θανάτους λόγω τροχαίων ατυχημάτων, μολονότι αξίζει να σημειωθεί ότι προσφάτως υπάρχει μια μικρή μείωση των θανάτων(14, 9 θανόντες)σε σχέση με το 1979 που είχαμε 20, 43 θανάτους. Παρόλα αυτά η Ελλάδα απέχει κατά πολύ από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης **που για το 2003 είναι 11, 6 θανόντες. Επίσης συγκριτικά με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η Ελλάδα κατέχει την 10<sup>η</sup> θέση για το έτος 2002 με 15, 5 κατοίκους ανά 100. 000(την πρώτη κατέχει με 27, 8 θανόντες η Ρωσία)**

## **2. ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να προσεγγίσουμε επιδημιολογικά τα τροχαία ατυχήματα που γίνονται στην ευρύτερη περιοχή της πόλης των Πατρών και για τα δύο τελευταία χρόνια (2003-04)να ερευνήσουμε και να επισημάνουμε σε τοπικό επίπεδο, τους παράγοντες που οδηγούν σε οδικά ατυχήματα τους ντόπιους κατοίκους και αφού τα αξιολογήσουμε να δημιουργήσουμε πρακτικές πρόληψης.

Στόχοι της έρευνας είναι να εκθέσουμε κάποια επιμέρους στοιχεία που θα μας οδηγήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τους λόγους για τους οποίους έχουμε αυτό το μεγάλο αριθμό ατυχημάτων στην περιοχή της Πάτρας και από κει να αναγάγουμε το φαινόμενο σε όλο το κομμάτι της ελληνικής επικράτειας. Επίσης να οδηγηθούμε σε χρήσιμα συμπεράσματα τόσο για το προφίλ των ατόμων που έχουν την ευθύνη του ατυχήματος κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης όσο και για το γενικότερο προφίλ των ατυχημάτων και να δώσουμε απαντήσεις σε ζητήματα όπως:

- Σε ποια ηλικία βρίσκονται οι οδηγοί που παραβιάζουν τον ΚΟΚ
- Τα αίτια(παραβιάσεις) που οδηγούν σε οδικά ατυχήματα
- Ημερομηνία και ώρα που γίνονται τα περισσότερα τροχαία ατυχήματα
- Τα μεταφορικά μέσα των οδηγών κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης
- Το σημείο του οδικού δικτύου που γίνονται τα περισσότερα ατυχήματα
- Ο τύπος της σύγκρουσης(πχ μετωπική)
- Το προφίλ των πεζών-θυμάτων στα τροχαία ατυχήματα

### **3. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Για τη διερεύνηση των τροχαίων ατυχημάτων κατασκευάστηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στο οποίο γινόταν η καταγραφή των τροχαίων ατυχημάτων για τα έτη 2003-04 σύμφωνα με τα στοιχεία που είχε στα αρχεία του το γραφείο ατυχημάτων της Διεύθυνσης Τροχαίας Πατρών.

Αποφασίστηκε να ακολουθηθεί αυτή η μεθοδολογία για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να μη γίνει η ανεύρεση ατόμων που έχουν υπάρξει θύματα τροχαίων ατυχημάτων για τους παρακάτω λόγους:

- Για μεγαλύτερη ακρίβεια στην εμφάνιση των αποτελεσμάτων και κατά συνέπεια στην εξασφάλιση χρήσιμων συμπερασμάτων από τη πορεία της έρευνας
- Λόγω της δύσκολης ανεύρεσης επαρκούς αριθμού ατόμων για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη επιτυχή περάτωση της έρευνας

Την βασική ερευνητική υπόθεση αποτελεί το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες τις Ευρώπης και στον υπόλοιπο κόσμο-σύμφωνα με επίσημες έρευνες- υπάρχει μείωση στα τροχαία ατυχήματα. Στην Ελλάδα ο δείκτης των τροχαίων ατυχημάτων παραμένει σε ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα όπως και ο αριθμός των θανόντων και των βαριά τραυματισμένων. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό και δημογραφικό πρόβλημα με οδυνηρές συνέπειες για τη χώρα μας.

#### **4. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Το ερευνητικό εργαλείο επιλέχθηκε και συντάχθηκε το Φεβρουάριο του 2005. Στο ερωτηματολόγιο έγιναν ορισμένες διορθώσεις ύστερα από επισκέψεις στο γραφείο τροχαίων ατυχημάτων της διεύθυνσης Τροχαίας Πατρών-και τις επισημάνσεις που σημειώθηκαν από τους εκεί υπεύθυνους-για να φτάσει στην τελική του μορφή.

Το διάστημα κατά το οποίο συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια προσδιορίζεται από τα μέσα Μαρτίου 2005 έως το τέλος του συγκεκριμένου μηνός. Από την 1<sup>η</sup> Απριλίου του 2005 έως τις 31 Μαΐου ολοκληρώθηκε η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων και η στατιστική

τους ανάλυση μέσω του προγράμματος SPSS 8. 0. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Ιουνίου-Αυγούστου 2005.

## **5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο πληθυσμός της έρευνας είναι το σύνολο των τροχαίων ατυχημάτων που έχουν γίνει στα όρια του οδικού δικτύου της ευρύτερης περιοχής της Πάτρας κατά τα έτη 2003-2004 και έχουν καταγραφεί από την Τροχαία.

Το δείγμα τελικά ήταν το μέρος εκείνο των ατυχημάτων που η Τροχαία έχει καταγράψει με αναλυτικά στοιχεία και αφορά στη συντριπτική πλειοψηφία αυτά που έχουν άτομα με τραυματισμό.

## **6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ**

Το έντυπό καταγραφής-ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιείχε τα εξής είδη ερωτήσεων: οι ερωτήσεις 1 και 2 αφορούν δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία και το φύλο του οδηγού που ευθύνεται για το τροχαίο ατύχημα. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν χαρακτηριστικά του ατυχήματος. Η ερώτηση 3 αφορά το μεταφορικό μέσο του οδηγού που διέπραξε την παράβαση καθώς και τα υπόλοιπα οχήματα που ενεπλάκησαν όπως επίσης και τους πεζούς, αν και εφόσον υπήρξαν θύματα και μάρτυρες του τροχαίου ατυχήματος. Η ερώτηση 4 αφορά την ημερομηνία, κατά την οποία έγινε το τροχαίο ατύχημα. Η ερώτηση 5 εξετάζει την ημέρα της εβδομάδας που συνέβη το ατύχημα. Η ερώτηση 6 αφορά την ώρα που έγινε το ατύχημα, η οποία καταγράφεται χωρισμένη κατηγορίες. Η ερώτηση 7 εξετάζει το σημείο του οδικού δικτύου στην περιοχή της Πάτρας που είχαμε το τροχαίο ατύχημα. Η ερώτηση 8 αφορά



τα αίτια του τροχαίου ατυχήματος. Η ερώτηση 9 αναφέρεται στο είδος παραβίασης του Κ. Ο. Κ που υπέπεσε ο οδηγός κατά τη σύγκρουση. Η ερώτηση 10 αναφέρεται στη χρήση μέτρων ασφαλείας κατά τη σύγκρουση. Η ερώτηση 11 αναφέρεται στο τύπο της σύγκρουσης(π. χ. μετωπική). Η ερώτηση 12 εξετάζει τον συνολικό αριθμό τραυματισμών που είχαμε στο τροχαίο ατύχημα. Η ερώτηση 13 εξετάζει τη σοβαρότητα του τραυματισμού του κάθε ατόμου ξεχωριστά που υπέστη τραυματισμό κατά το ατύχημα. Οι ερωτήσεις 14 και 15 αναφέρουν το φύλο και την ηλικία του πεζού -όπου υπάρχει- στο ατύχημα.

## **7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**Στις υποενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα τις έρευνας:**

Στο πίνακα 1 έχουμε τη κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:Φύλο οδηγού**

<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>2003-04</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>
ΑΝΔΡΑΣ	404	89,4	215	89,2	189	89,6
ΓΥΝΑΙΚΑ	38	8,8	22	9,1	16	7,6
ΑΓΝΩΣΤΟ	10	2,2	4	1,7	6	2,8
	452	100	241	100	211	100

**Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι οδηγοί ήταν άνδρες(89,4%)**

Τον πίνακα 2 ακολουθεί η κατανομή του δείγματος κατά ηλικιακές ομάδες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ηλικιακή ομάδα του οδηγού**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΠΟΙΗΜΕ ΝΗ ΗΛΙΚΙΑ	<b><u>2003-04</u></b>		<b><u>2003</u></b>		<b><u>2004</u></b>	
	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>
<18	17	3, 8	11	4, 6	5	2, 4
18≤25	121	26, 8	60	24, 9	61	28, 9
26≤30	70	15, 5	36	14, 9	34	16, 1
31≤40	74	16, 4	45	18, 7	30	14, 2
41≤50	63	13, 4	34	14, 1	30	14, 2
51≤60	44	9, 7	22	9, 1	22	10, 4
61≤70	27	6, 0	16	6, 6	11	5, 2
71<	17	3, 8	7	2, 9	10	4, 7
	452	100	241	100	211	100

**Σε ποσοστό 26, 8% οι οδηγοί ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-25**

**Στον πίνακα 3 έχουμε το μεταφορικό μέσο του οδηγού που φέρει την ευθύνη για το τροχαίο ατύχημα.**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:Μεταφορικό μέσο οδηγού**

ΜΕΤΑΦΟΡΙΚ Ο ΜΕΣΟ	<b>2003-04</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b><u>%</u></b>
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ	335	74, 1	179	74, 3	156	73, 9
ΜΗΧΑΝΗ	105	23, 2	57	23, 7	48	22, 7
ΆΛΛΟ	12	2, 7	5	2, 1	7	3, 3
	452	100	241	100	211	100

**Το μεταφορικό μέσο που έχουν οι περισσότεροι οδηγοί είναι το αυτοκίνητο(74, 1%)**

**Στο πίνακα 4 παρουσιάζονται τα οχήματα που εμπλέκονται στο τροχαίο ατύχημα.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:Χαρακτηριστικά τροχαίου ατυχήματος

<b>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΟΧΑΙΟΥ</b>	<b>2003-04</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ ΜΗΧΑΝΗ</b>	47	10,4	14	5,8	33	15,6
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ-ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ</b>	29	6,4	13	5,4	16	7,6
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ-ΜΗΧΑΝΗ</b>	103	22,8	54	22,4	49	23,2
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ-ΠΕΖΟΣ</b>	159	35,2	95	39,4	64	30,3
<b>ΜΗΧΑΝΗ-ΠΕΖΟΣ</b>	45	10,0	26	10,8	19	9
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ-ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ</b>	24	5,3	9	3,7	15	7,1
<b>ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ-ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ</b>	2	0,4	2	0,8	-	-
<b>ΑΝΩ ΤΩΝ ΔΥΟ ΟΧΗΜΑΤΩΝ</b>	25	5,5	18	7,5	7	3,3
<b>ΑΛΛΟ</b>	18	4,0	10	4,1	8	3,8
	452	100	241	100	211	100

**Στα περισσότερα ατυχήματα οι συγκρούσεις συμβαίνουν μεταξύ αυτοκινήτου και μηχανής**

Στο πίνακα 5 έχουμε καταγραφή του μήνα κατά τον οποίο συνέβησαν τα τροχαία ατυχήματα

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Μήνας τέλεσης τροχαίου ατυχήματος

ΜΗΝΑΣ ΤΡΟΧΑΙΟΥ	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ	18	4,0	8	3,3	10	4,7
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ	32	7,1	16	6,6	16	7,6
ΜΑΡΤΙΟΣ	33	7,3	23	9,5	10	4,7
ΑΠΡΙΛΙΟΣ	54	11,9	28	11,6	26	12,3
ΜΑΪΟΣ	38	8,4	22	9,1	16	7,6
ΙΟΥΝΙΟΣ	51	11,3	26	10,8	25	11,8
ΙΟΥΛΙΟΣ	42	9,3	23	9,5	19	9,0
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	44	9,7	20	8,3	24	11,4
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	29	6,4	13	5,4	16	7,6
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	46	10,2	29	12,0	17	8,1
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ	36	8,0	19	7,9	17	8,1
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ	29	6,4	14	5,8	15	7,1
	452	100	241	100	211	100

Ο μήνας κατά τον οποίο γίνονται τα περισσότερα ατυχήματα είναι ο Απρίλιος(11,9%)

Στο πίνακα 6 έχουμε το έτος τέλεσης των τροχαίων ατυχημάτων.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Έτος τέλεσης τροχαίου ατυχήματος

<u>ΕΤΟΣ</u>	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%
2003	241	53,3
2004	211	46,7
	452	100

Το 2004 έχουμε μια ελαφριά μείωση των τροχαίων ατυχημάτων σε σχέση με το 2003(6,6%)

Στο πίνακα 7 έχουμε χωρισμό των τροχαίων σύμφωνα με την ημέρα κατά την οποία συνέβησαν

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7:Μέρα τέλεσης του τροχαίου ατυχήματος**

<b><u>ΜΕΡΑ ΤΡΟΧΑΙΟΥ</u></b>	<b>2003-04</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>	
	<b><u>ΣΥΧΝ.</u></b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>	<b>ΣΥΧΝ.</b>	<b>%</b>
ΔΕΥΤΕΡΑ	68	15,0	39	16,2	29	13,7
ΤΡΙΤΗ	42	9,3	26	10,8	16	7,6
ΤΕΤΑΡΤΗ	51	11,3	36	14,9	15	7,1
ΠΕΜΠΤΗ	72	15,9	32	13,3	40	19
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	75	16,6	42	17,4	33	15,6
ΣΑΒΒΑΤΟ	55	12,2	26	10,8	29	13,7
ΚΥΡΙΑΚΗ	89	19,7	40	16,6	49	23,2
	452	100	241	100	211	100

**Η Κυριακή είναι η μέρα της εβδομάδας κατά την οποία έχουμε το υψηλότερο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων(19,7%)**

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται η ώρα που έγιναν τα τροχαία  
ατυχήματα  
χωρισμένη σε κατηγορίες.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Ώρα τέλεσης τροχαίου ατυχήματος

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΜ ΕΝΗ ΏΡΑ ΤΡΟΧΑΙΟΥ	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
00≤02	37	8, 2	19	7, 9	18	8, 5
02≤04	22	4, 9	10	4, 1	12	5, 7
04≤06	16	3, 5	6	2, 5	10	4, 7
06≤08	30	6, 6	10	4, 1	20	9, 5
08≤10	26	5, 8	13	5, 4	13	6, 2
10≤12	40	8, 8	15	6, 2	25	11, 8
12≤14	56	12, 4	34	14, 1	22	10, 4
14≤16	47	10, 4	28	11, 6	19	9
16≤18	41	9, 1	20	8, 3	21	10
18≤20	52	11, 5	35	14, 5	17	8, 1
20≤22	52	11, 5	31	12, 9	21	10
22≤24	32	7, 1	20	8, 3	12	5, 7
ΑΓΝΩΣΤΟ	1	0, 2	-	-	1	0, 5
	452	100	241	100	211	100

Η πιο συνήθης ώρα τέλεσης τροχαίων ατυχημάτων είναι 12. 00' μ. μ-14.  
00' μ. μ(12, 4%)

Το σημείο του οδικού δικτύου που σημειώθηκε το τροχαίο ατύχημα φαίνεται στο πίνακα 9

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Τόπος τέλεσης τροχαίου ατυχήματος**

ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΕΘΝΙΚΗ ΟΔΟΣ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΑΤΡΩΝ	37	8, 2	15	6, 2	22	10, 4
ΕΘΝΙΚΗ ΟΔΟΣ ΠΑΤΡΩΝ-ΠΥΡΓΟΥ	59	13, 1	24	10, 0	35	16, 6
ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΟΔΟΣ	60	13, 3	45	18, 7	15	7, 1
ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ	278	61, 5	152	63, 1	126	59, 7
ΧΩΡΙΟ	7	1, 5	2	0, 8	9	4, 3
ΕΘΝΙΚΗ ΠΑΤΡΩΝ-ΤΡΙΠΟΛΕΩΣ	7	1, 5	3	1, 2	4	1, 9
	452	100	241	100	211	100

**Σε ποσοστό 61, 5% τα περισσότερα ατυχήματα διαδραματίζονται κατά μήκος του αστικού δικτύου Πατρών**

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Αίτια ατυχήματος**

ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ Κ. Ο. Κ.	429	94, 9	229	95, 0	200	94, 8
ΕΡΕΥΝΟΝΤΑΙ	23	5, 1	12	5, 0	11	5, 2
	452	100	241	100	211	100

**Στην συντριπτική τους πλειοψηφία τα ατυχήματα οφείλονται σε παραβιάσεις του Κ. Ο. Κ**

Στο πίνακα 11 ποια άρθρα του κώδικα του Κ. Ο. Κ. παραβίασαν οι οδηγοί κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης

### ΠΙΝΑΚΑΣ 11:Είδος παραβίασης του ΚΟΚ

ΕΙΔΟΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ Κ. Ο. Κ.	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΠΑΡΑΒΑΣΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ	132	29, 2	52	21, 6	80	37, 9
ΠΑΡΑΒΑΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤ ΑΣ-ΣΗΜΑΤΩΝ	158	34, 5	92	38, 2	66	31, 1
ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ	30	6, 6	20	8, 3	6	4, 7
ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΑΝΤΙΘΕΤΟ ΡΕΥΜΑ	69	15, 2	43	17, 9	24	12, 3
ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΟΧΗ	125	27, 3	60	24, 9	65	30, 8
ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ	12	2, 6	7	2, 9	5	2, 3
ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	7	1, 5	3	1, 2	4	1, 9
ΠΑΡΑΒΑΣΗ ΠΕΖΟΥ	36	8	16	6, 6	20	9, 5
ΑΝΤΙΚΑΝΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΡΑΣΗ	6	1, 3	4	1, 6	2	1
ΑΛΛΗ	12	2, 1	185	76, 7	8	3, 8
	587		482			

Η πιο συχνή παράβαση των οδηγών κατά το ατύχημα με ποσοστό 34, 5% είναι τα άρθρα του Κ. Ο. Κ που αφορούν την παραβίαση σηματοδότη, προτεραιότητας και πινακίδων



Στο πίνακα 12 παρουσιάζονται τα μέτρα ασφαλείας που έχουν πάρει οι οδηγοί κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Μέτρα ασφαλείας οδηγών

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	2003-04		2003		2004	
	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
<b>ΖΩΝΗ</b>	132	29, 2	71	29, 6	61	28, 9
ΚΡΑΝΟΣ	34	7, 5	20	8, 3	14	6, 6
ΚΑΝΕΝΑ ΜΕΤΡΟ	169	37, 5	84	34, 9	85	40, 3
ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΕΞΑΚΡΙΒΩΘΕΙ	117	25, 7	66	27, 4	51	24, 2
	452	100	241	100	211	100

Σε ποσοστό 37, 5% οι οδηγοί δεν λαμβάνουν κανένα μέτρο ασφάλειας κατά την διάρκεια της σύγκρουσης

Στο πίνακα 13 βλέπουμε το τύπο του ατυχήματος

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Τύπος ατυχήματος**

ΤΥΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	2003-04		2003		2004	
	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΠΛΑΓΙΟΜΕΤΩΠΙΚ Η ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	140	31	86	35,7	54	25,6
ΜΕΤΩΠΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	61	13,5	31	12,9	30	14,2
ΠΛΑΓΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	43	9,5	26	10,8	17	8,1
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΑΠΟ ΠΙΣΩ	17	3,6	7	2,9	10	4,7
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΜΕ ΤΡΕΝΟ	3	0,7	1	0,4	2	0,9
ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ ΣΕ ΑΚΙΝ. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	41	9,1	18	7,5	22	10,4
ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ ΣΕ ΣΤΑΘΜ. ΟΧΗΜΑ	14	3,1	8	3,3	7	3,3
ΕΚΤΡΟΠΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΡΟΜΟ	62	13,7	25	10,4	36	17,1
ΠΑΡΑΣΥΡΣΗ ΠΕΖΟΥ	73	16,1	37	15,4	35	16,6
ΑΝΑΤΡΟΠΗ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	29	6,4	15	6,2	11	5,2
ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΤΥΠΟΣ	43	8,8	18	7,5	22	10,4
	526		280		246	

**Το 31% των συγκρούσεων είναι πλαγιομετωπικές**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ	2003-04		2003		2004	
	<u>ΣΥΧΝ.</u>	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ	64	8,7	30	7,5	34	10,2
ΜΕ ΒΑΡΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ	114	15,6	55	13,7	59	17,8
ΜΕ ΕΛΑΦΡΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ	555	75,7	316	78,8	239	72,0
	733	100	401	100	332	100

**Το 8,7% του συνόλου των τραυματιών τραυματίστηκαν θανάσιμα**

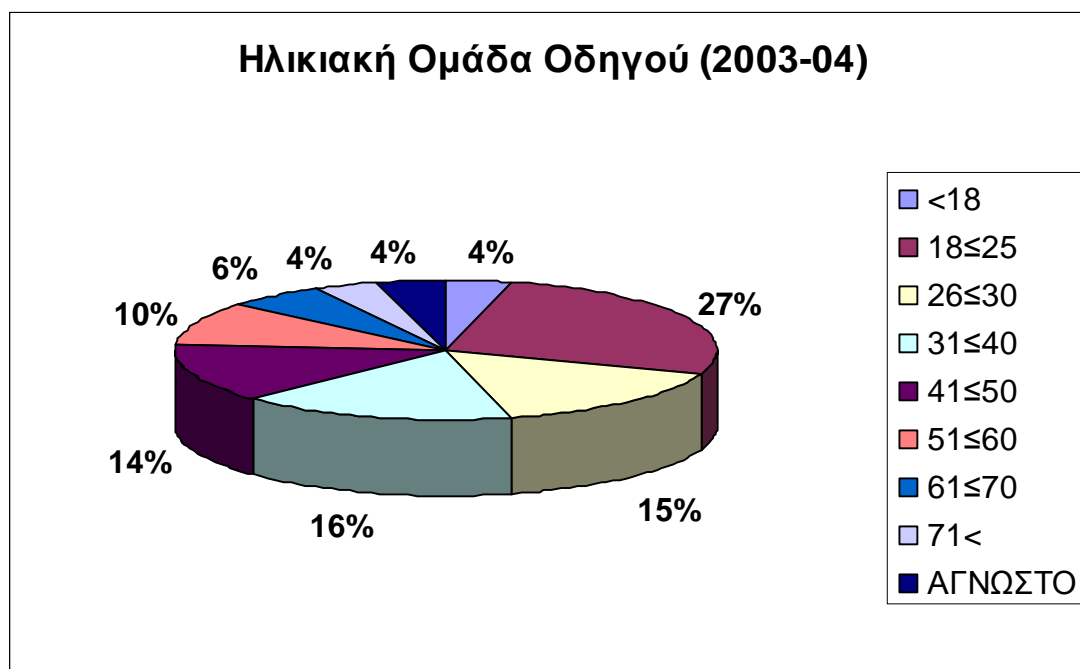
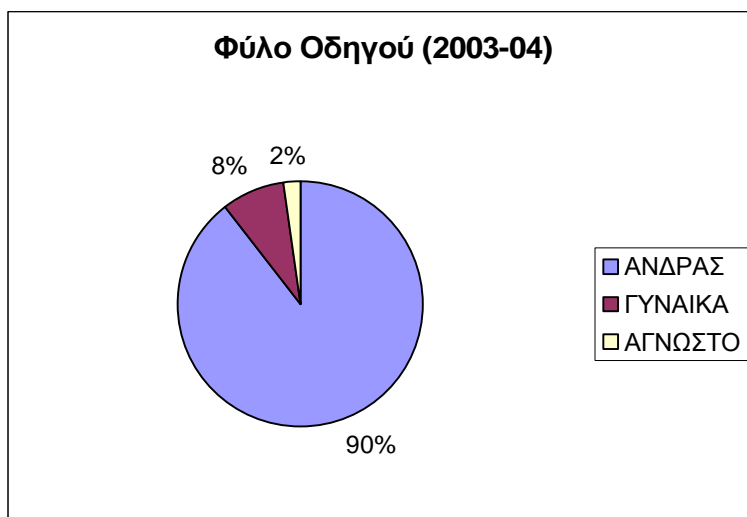
**Στο πίνακα 14 έχουμε χωρισμό των πεζών-θυμάτων στα τροχαία ατυχήματα σύμφωνα με το τραυματισμό τους**

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 14:Είδος τραυματισμού πεζών**

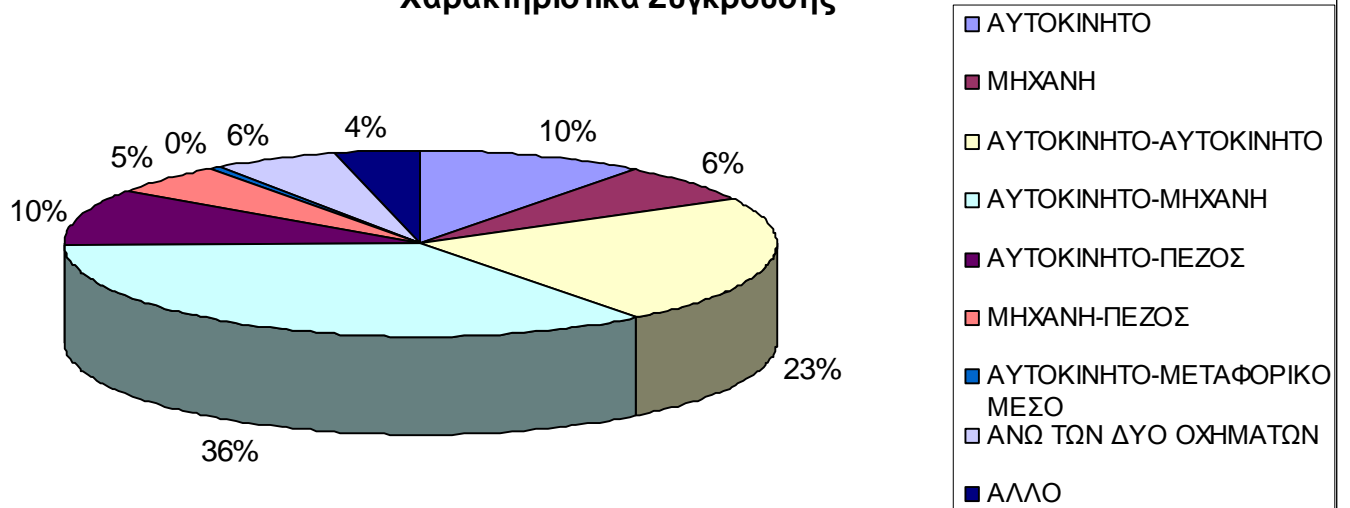
	2003-04		2003		2004	
	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%	ΣΥΧΝ.	%
ΘΑΝΑΤΟΣ	13	15,5	4	9,1	9	27,5
ΕΛΑΦΡΥΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	55	65,5	35	79,5	20	50,0
ΒΑΡΥΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	16	19,0	5	11,4	11	22,5
	84	100	44	100	40	100

**Το 65,5% των πεζών-θυμάτων των τροχαίων υπέστησαν ελαφρύ τραυματισμό**

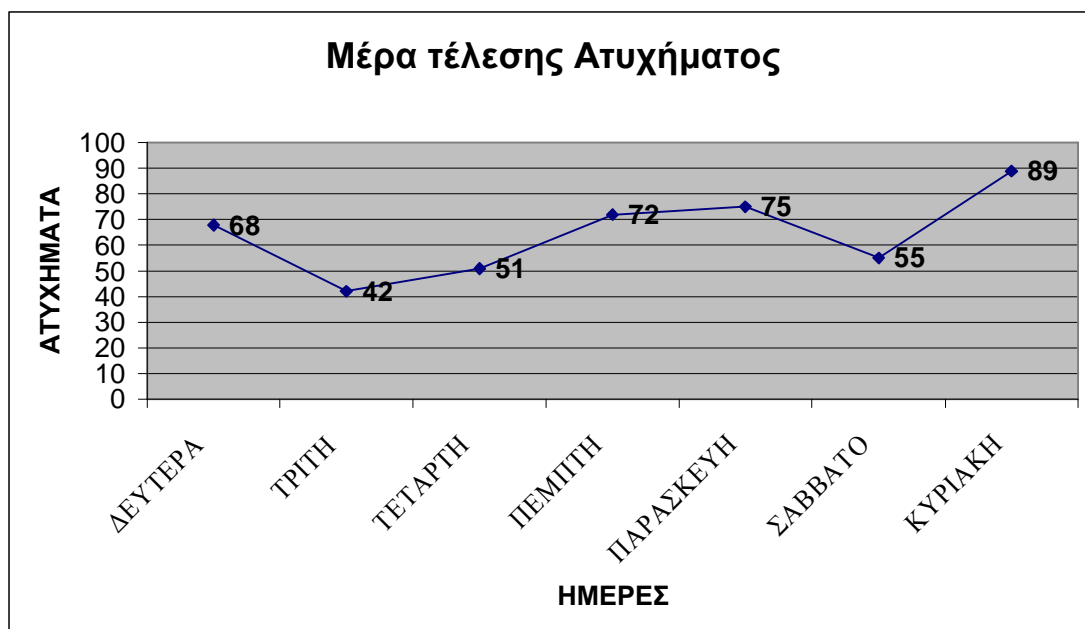
## 8. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ



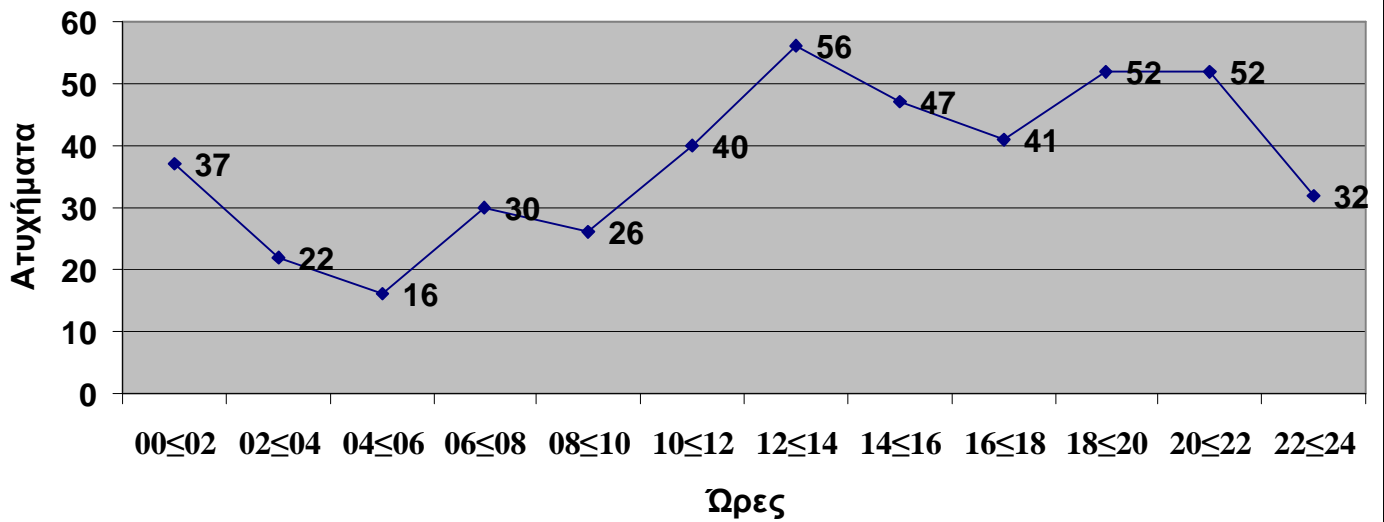
### Χαρακτηριστικά Σύγκρουσης



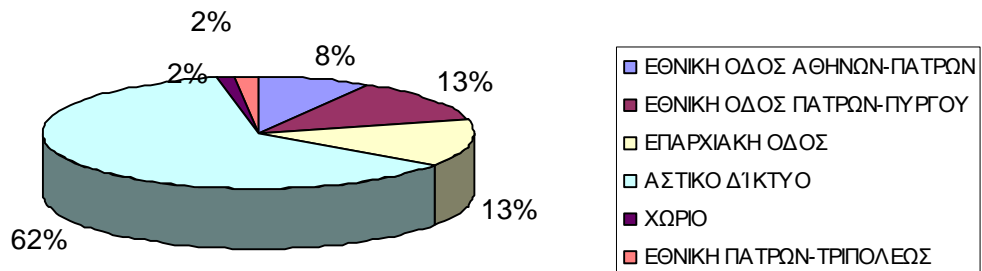
### Μέρα τέλεσης Ατυχήματος

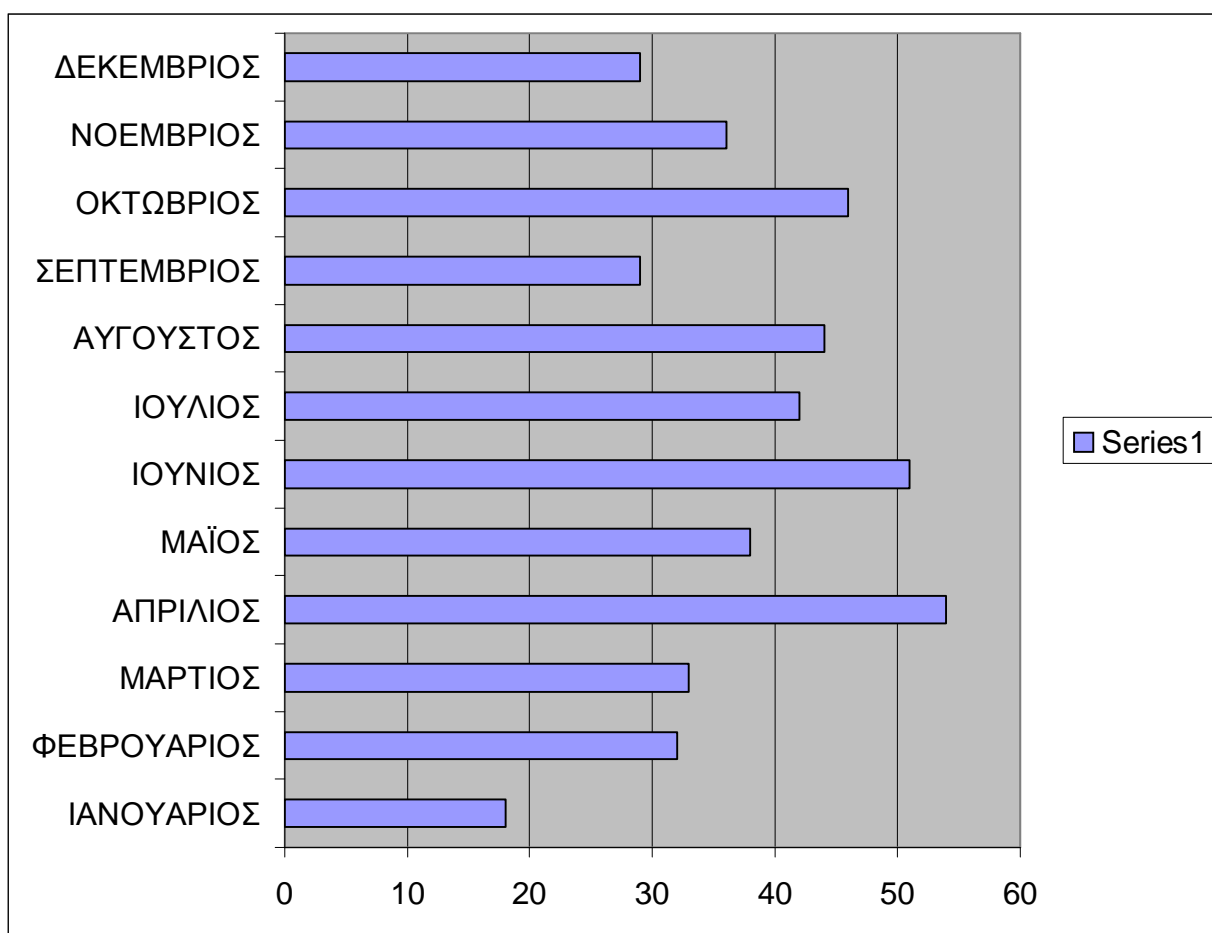


### Ωρα Τέλεσης Ατυχήματος



### Τόπος Τέλεσης Ατυχήματος





**Μήνας Τέλεσης του Ατυχήματος**

## **9. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Το σύνολο του δείγματος ανέρχεται σε 452 άτομα και αφορά τους οδηγούς που έκαναν παραβίαση του ΚΟΚ κατά τη διάρκεια του τροχαίου ατυχήματος για τα έτη 2003 και 2004. Ο μέσος όρος ηλικίας των οδηγών είναι τα 36, 45 έτη.

Ως προς το φύλο των οδηγών(**Πίνακας 1**) βλέπουμε συνολικά πως η συντριπτική πλειοψηφία των οδηγών είναι άνδρες. Συγκεκριμένα οι άνδρες είναι 404(89, 4%), έναντι 38(8, 8%) οδηγών του γυναικείου φύλου και ένα ποσοστό 2, 2% των ατυχημάτων όπου το φύλο του οδηγού είναι άγνωστο. Ανάμεσα στα έτη δεν έχουμε ιδιαίτερες αυξομειώσεις, παρά μόνο το ποσοστό στις γυναίκες-οδηγούς είναι μειωμένο για το 2004 κατά 1, 5% σε σχέση με το 2003(9, 1% έναντι 7, 6 %).

Στο σύνολο των 2 ετών η ηλικιακή ομάδα(**Πίνακας 2**) όπου ανήκουν οι περισσότεροι οδηγοί που ευθύνονται για τα τροχαία ατυχήματα είναι μεταξύ των ετών 18 και 25(121 οδηγοί, 26, 8%), ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός του ιδιαίτερα υψηλού ποσοστού των νέων οδηγών. Τα άτομα που ξεκινούν από την εφηβική ηλικία και φτάνουν μέχρι τα 30 έτη αποτελούν το 46, 1% του συνόλου των οδηγών που παραβιάζουν τον ΚΟΚ κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης. Δεύτερη κατά σειρά ηλικιακή ομάδα είναι οι οδηγοί μεταξύ 31 και 40 ετών(16, 4%) και μετά αυτοί από 26 μέχρι 30 ετών(15, 5%).

Παρακάτω βλέπουμε το μεταφορικό μέσο του οδηγού που έχει την ευθύνη του ατυχήματος(**Πίνακας 3**). Οι περισσότεροι οδηγοί(74, 1%) χρησιμοποιούν ως μεταφορικό μέσο το αυτοκίνητο, ένα 23, 2% των οδηγών χρησιμοποιεί τη μηχανή για μέσο και το 2, 7% άλλα οχήματα.



Στο **Πίνακα 4** υπάρχει αναφορά στα χαρακτηριστικά του ατυχήματος. Τα πιο πολλά ατυχήματα(35, 2%) γίνονται μεταξύ αυτοκινήτου και μηχανής και ακολουθούν τα ατυχήματα μεταξύ αυτοκινήτου με ένα άλλο αυτοκίνητο σε ποσοστό 22, 3%. Σε ένα σημαντικό μέρος των ατυχημάτων(10%) έχουμε σύγκρουση μεταξύ αυτοκινήτου και πεζού.

Στον **Πίνακα 5** γίνεται αναφορά στο μήνα τέλεσης του τροχαίου ατυχήματος. Στην πλειοψηφία τους τα ατυχήματα διαδραματίζονται κατά τους μήνες Απρίλιο(11, 9%) και Ιούνιο(11, 3%), που είναι οι μήνες κατά τους οποίους παρατηρείται μεγάλη κίνηση στους δρόμους, πιθανότατα λόγω διακοπών. Άλλοι μήνες κατά τους οποίους συντρέχουν αξιοσημείωτα ποσοστά ατυχημάτων είναι ο Οκτώβριος(10, 2%) και οι μήνες Ιούλιος(9, 3%) και Αύγουστος(9, 7%). Συγκριτικά με τα έτη 2003-2004 παρατηρούμε ότι οι μήνες Μάρτιος και Οκτώβριος είναι οι μήνες με την μεγαλύτερη απόκλιση όσον αφορά τα τροχαία ατυχήματα. Το Μάρτιο και τον Οκτώβρη του 2004 έχουμε μείωση 4, 8% και 3, 9% αντίστοιχα σε σχέση με τους ίδιους μήνες του 2003.

Στον **Πίνακα 6** βλέπουμε ξεκάθαρα ότι τα περισσότερα ατυχήματα έλαβαν χώρα κατά το έτος 2003. Συγκεκριμένα το 2003 έχουμε 241 ατυχήματα(53, 3%) και το 2004 211(46, 7%) δηλ. η μείωση των ατυχημάτων κατά το δυο αυτά έτη αντιστοιχεί στο ποσοστό 6, 6%.

Στον **Πίνακα 7** έχουμε των τροχαίων ατυχημάτων σύμφωνα με τη μέρα τέλεσής τους. Η μέρα που γίνονται τα περισσότερα ατυχήματα είναι η Κυριακή. Ένα λογικό συμπέρασμα είναι ότι τα ατυχήματα έχουν συμβεί από οδηγούς, οι οποίοι επιστρέφουν στα σπίτια τους κατόπιν της καθιερωμένης νυκτερινής εξόδου του Σαββάτου και οι οποίοι πιθανολογούμε ότι βρίσκονται υπό την επήρεια του αλκοόλ, που έχουν καταναλώσει το προηγούμενο βράδυ. Οι λοιπές επίσης αξιοσημείωτες

μέρες τέλεσης τροχαίων ατυχημάτων είναι: η Παρασκευή(16, 6%), η Πέμπτη(15, 9%) και η Δευτέρα(15%)

Στον **Πίνακα 8** εξετάζεται η ώρα τέλεσης των τροχαίων ατυχημάτων και την οποία- για την εξαγωγή εγκυρότερων συμπερασμάτων- θεωρήσαμε σκόπιμο να χωρίσουμε σε 12 κατηγορίες. Τα περισσότερα ατυχήματα διαδραματίζονται μεταξύ των ωρών 12. 00' μ. μ και 14. 00' μ. μ, οι οποίες είναι οι συνηθέστερες ώρες αιχμής στους δρόμους καθώς ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων επιστρέφει από τις δουλειές του. Οι επόμενες πιο «επικίνδυνες» ώρες για την πρόκληση ατυχημάτων είναι οι εξής: 18. 00' μ. μ με 20. 00' μ. μ (11, 5%) και 20. 00' μ. μ με 22. 00' μ. μ(11, 5%). .

Ο **Πίνακας 9** αναφέρεται στον τόπο τέλεσης των ατυχημάτων κατά μήκος του οδικού δικτύου της ευρύτερης περιοχής των Πατρών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατυχημάτων συντελείται κατά μήκος του αστικού δικτύου των Πατρών(61, 5%), δεύτερο έρχεται το επαρχιακό οδικό δίκτυο(13, 1%). Ιδιαίτερα επικίνδυνη κρίνεται η εθνική οδός Πατρών-Πύργου με ένα αρκετά μεγάλο αριθμό ατυχημάτων(13, 1%). Και μάλιστα κατά το έτος 2004 έχουμε αύξηση της τάξεως του 6, 6% στα τροχαία σε σχέση με το προηγούμενο έτος όσον αφορά το συγκεκριμένο δρόμο.

Στον **Πίνακα 10** διαφαίνονται τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων, που στην πλειοψηφία τους αφορούν παραβιάσεις του Κ. Ο. Κ (94, 9%) ενώ στα υπόλοιπα διενεργείται έρευνα από τις αρμόδιες Αρχές. Αυτό, πιθανόν, υποδηλώνει την έλλειψη γνώσης των άρθρων του Κ. Ο. Κ στην οποία βασίζεται η σωστή οδική συμπεριφορά.

Συνεχίζοντας ο **Πίνακας 11** αναλύει το είδος παραβίασης του Κ. Ο. Κ που συνέβη κατά το ατύχημα. Οι παραβιάσεις κυρίως αφορούν

την παράβαση προτεραιότητας σημάτων(34, 5%), πράγμα που υποδεικνύει αφ' ενός την ανεπαρκή οδική εκπαίδευση των ατόμων σήμερα αλλά και την έλλειψη σηματοδότησης σε κομβικά σημεία των οδών. Ακολουθεί με ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό(29, 2%) η παράβαση ταχύτητας και η χωρίς σύνεση και προσοχή οδήγηση(27, 3), γεγονός που τονίζει την απερίσκεπτη στάση των σύγχρονων οδηγών στους δρόμους με την εμμονή τους στην υπέρβαση των ορίων ταχύτητας. Άλλες συνήθεις παραβάσεις είναι η είσοδος στο αντίθετο ρεύμα(15, 2%) και η παράβαση- παράσυρση πεζού (8%)

Ο **Πίνακας 12** αναφέρεται στα μέτρα ασφαλείας, που είχαν λάβει οι οδηγοί κατά την διάρκεια του ατυχήματος. Οι περισσότεροι οδηγοί δεν είχαν λάβει κανένα μέτρο ασφαλείας(37, 5%) κάτι που θεωρείται εξαιρετικά αξιοσημείωτο και στο οποίο πιθανότατα οφείλονται οι τραυματισμοί των τροχαίων. Σε ένα, ακόμη, μεγάλο ποσοστό των ατυχημάτων(25, 7%) τα μέτρα ασφαλείας δεν έχουν εξακριβωθεί.

Ο επόμενος πίνακας(**Πίνακας 13**)εμφανίζει τον τύπο της σύγκρουσης του οχήματος κατά το ατύχημα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό του ο τύπος του ατυχήματος είναι πλαγιομετωπική σύγκρουση(31%), ακολουθεί η παράσυρση πεζού με 16, 1%, η μετωπική σύγκρουση οχημάτων με 13, 5% και η πλάγια σύγκρουση με 9, 5%. Σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό(8, 8%) ο τύπος του ατυχήματος είναι άγνωστος.

Ο **Πίνακας 14** αναφέρεται στο είδος του τραυματισμού των άμεσα εμπλεκομένων στο ατύχημα. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι τραυματίες είχαν ελαφρύ τραυματισμό(75, 7%), με βαρύ τραυματισμό έχουμε ένα ποσοστό 15, 6% και θανατηφόρα υπήρξαν τα ατυχήματα της τάξεως του 8, 7%.

Ολοκληρώνοντας ο **Πίνακας 15**επισημαίνει το είδος τραυματισμού των πεζών. Οι περισσότεροι πεζοί(65, 5%) τραυματίστηκαν

ελαφριά, το 19% είναι βαριά τραυματισμένοι και στο 15, 5% τα τραύματα υπήρξαν θανατηφόρα. Αξιοπρόσεκτο τέλος είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των πεζών που ενεπλάκησαν και ακόμη υπήρξαν η αιτία πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος είναι αρκετά μεγάλος, κι αυτό εμφανέστατα δείχνει την απροσεξία και την λανθασμένη οδική συμπεριφορά των πεζών στους δρόμους.

### **10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**

**Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρατίθενται στην παρούσα έρευνα** βλέπουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό(46, 1%)των ατόμων που προβαίνουν σε παραβιάσεις κατά την διάρκεια ατυχημάτων ηλικιακά κυμαίνονται στις ηλικίες 18> έως 30<. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των νεαρών οδηγών μειονεκτεί όσον αφορά την κυκλοφοριακή αγωγή τους και την ορθή οδική συμπεριφορά. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες προτάσεις που ξεκινούν από την παιδική ηλικία και βοηθούν την εξέλιξη του ατόμου σχετικά με την οδική συνείδησή του.

- Στα δημοτικά σχολεία, διανομή εικονογραφημένων φυλλαδίων και βιβλία-εγχειρίδια στα γυμνάσια και στα λύκεια. Ακόμα μάθημα κυκλοφοριακής αγωγής, σωστής οδικής συμπεριφοράς και γνώση του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας(Κ. Ο. Κ)από κατάλληλα καταρτισμένους εκπαιδευτικούς και ψυχολόγους.
- Σεμινάρια οδικής ασφάλειας και κυκλοφορίας καθώς και πρακτικά μαθήματα σε αντίστοιχα πάρκα κυκλοφοριακής αγωγής-

από ειδικούς στην αυτοκίνηση-όπως συγκοινωνιολόγους και ειδικά εκπαιδευμένους τροχονόμους.

- Συμβουλές και επιδείξεις ασφαλούς και γρήγορης σωστής οδήγησης από επώνυμους οδηγούς αγώνων καθώς και show κυκλοφοριακής αγωγής δοσμένα καλλιτεχνικά και με χιούμορ από αγαπημένους(ειδικά για παιδιά)καλλιτέχνες.
- Στο σπίτι με κυκλοφοριακά και ενημερωτικά δελτία και φυλλάδια που θα αποστέλλονται ταχυδρομικά μέσω της Δ. Ε. Η, Ο. Τ. Ε και εφορίας με θέματα και πληροφορίες για σωστή ενημέρωση στο κυκλοφοριακό που θα απευθύνεται στους γονείς και που θα τους βοηθούν ουσιαστικά να τα μεταδώσουν στην θεωρία αλλά και στην πράξη(ζωντανό παράδειγμα)στα παιδιά τους.

Σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση διαδραματίζουν και τα Μ. Μ. Ε, καθώς αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου και συμβάλλουν κατά ένα μεγάλο βαθμό στην ιδεολογική του διαμόρφωση και εξέλιξη. Στον τομέα αυτό μπορούν να προταθούν τα εξής:

#### **Ενημέρωση πολιτών:**

- **Μέσα από τα Μ. Μ. Ε ενημέρωση καθημερινά για το πόσο επικίνδυνο είναι η οδήγηση του αυτοκινήτου, συμβουλές**

ασφαλούς οδήγησης, σωστής συμπεριφοράς, καλής φυσικής κατάστασης (αλκοόλ) από επώνυμους(ειδικούς στην αυτοκίνηση).

- Ακόμη σε συνεργασία με λέσχες αυτοκινήτου(ΕΛΠΑ) τοποθέτηση μεγάλων αφισών στις εξόδους των πόλεων που να προειδοποιούν και να ενημερώνουν τους οδηγούς(ζώνες ασφαλείας, τα παιδιά πίσω, προσοχή, ηρεμία κ. ά)για το πώς θα ταξιδεύουν με ασφάλεια.

Βλέπουμε ότι τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά μήκος του αστικού δικτύου των Πατρών(61, 5%)και τα υπόλοιπα στα μέρη των εθνικών οδών που συνδέουν την πόλη με τις άλλες περιοχές. Σκόπιμη λοιπόν σε αυτή την περίπτωση θα ήταν η παρέμβαση των αρμόδιων φορέων που ασχολούνται με το κομμάτι της Οδικής Ασφάλειας(Τροχαία, Υπουργείο Συγκοινωνιών κ. ά)

- Διανομή στα διόδια, τα Σαββατοκύριακα και τα τριήμερα εξόδου, φυλλαδίων που να πληροφορούν, να προβληματίζουν ακόμη και να σοκάρουν(με αναφορά στα δραματικά νούμερα και τα αποτελέσματα των ατυχημάτων)ώστε τελικά να συνετίσουν τους εκδρομείς.
- Η τοποθέτηση προστατευτικών μπαρών σε κομβικά σημεία των εθνικών οδών, τα οποία συνιστούν μεγάλη επικινδυνότητα όσον αφορά την πρόκληση ατυχημάτων, ώστε να επιτευχθεί η μείωση των διαφόρων τύπων συγκρούσεων(π. χ. μετωπικές)

- Η βελτίωση της σηματοδότησης και της αστυνόμευσης-εντός πόλεως-εκεί όπου έχουν γίνει τα περισσότερα ατυχήματα.

Παρατηρείται επίσης ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων σημειώνεται κατά τη διάρκεια των διακοπών και των εορτών όπου έχουμε αυξημένη κίνηση από προς τις διάφορες περιοχές και κυρίως τις πόλεις. Γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και σύνεση από φορείς και οδηγούς τις συγκεκριμένες αυτές περιόδους.

- Ένα ακόμη στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα και προκαλεί έντονο προβληματισμό αφορά τα μέτρα ασφαλείας, όπου παρατηρείται σ' ένα ποσοστό της τάξεως(37, 5%), καθώς παρουσιάζεται σχεδόν παντελής έλλειψη χρήσης του προστατευτικού κράνους και της ζώνης ασφαλείας. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού προτείνεται η επιβολή αυστηρότερων ποινών και κυρώσεων, για τη συμμόρφωση των απρόσεκτων οδηγών και η παράλληλη ενημέρωση του κοινού από ειδικούς για την χρηστικότητα και την αποφυγή σοβαρών τραυματισμών, όσον αφορά τα τροχαία.

**ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ****1) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**Ηλικίες οδηγών : 

Φύλο οδηγού :

ΑΡΡΕΝ

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

ΘΗΛΥ

**2) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

Α. Είδος τροχαίου

Αυτοκίνητο

Μηχανή

Ποδήλατο

Πεζός

Β. Ημερομηνία :

Ημ.

Μήνας

Έτος



Γ. Ημέρα :  Δευτέρα  Πέμπτη  Κυριακή  
 Τρίτη  Παρασκευή  
 Τετάρτη  Σάββατο

Δ. Ώρα :  06-<10  14-<18  22-<02  
 10-14  18-<22  02-<06

Ε. Τόπος Ατυχήματος :

- Εθνική Οδός Αθηνών –Πατρών  
 Εθνική Οδός Πατρών –Πύργου  
 Επαρχιακή Οδός  
 Κέντρο Πόλης  
 Χωριό  
 Εθνική Οδός Πατρών-Αθηνών  
 Εθνική Οδός Πατρών-Τριπόλεως

ΣΤ. Αίτια Ατυχήματος :

Παραβίαση του Κ. Ο. Κ

Άλλο. . . . .

Z. Είδος Παραβίασης του Κ. Ο. Κ :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Υπερβολική Ταχύτητα         | <input type="checkbox"/> Προσπέραση από Αριστερά                |
| <input type="checkbox"/> Παραβίαση Σηματοδότη ή Stop | <input type="checkbox"/> Είσοδος στην εθνική οδό                |
| <input type="checkbox"/> Απότομο Φρενάρισμα          | <input type="checkbox"/> Έξοδος από την εθνική οδό              |
| <input type="checkbox"/> Αλλαγή Λωρίδας              | <input type="checkbox"/> Αντικανονική προσπέραση                |
| <input type="checkbox"/> Είσοδος στο αντίθετο Ρεύμα  | <input type="checkbox"/> Χρήση Ουνοπνευμ.                       |
| <input type="checkbox"/> Προσπέραση από Δεξιά        | <input type="checkbox"/> Χρήση ναρκωτικών ή ναρκωτικών φαρμάκων |
| <input type="checkbox"/> Κάτι άλλο. ....             |   |

H. Παραβίαση Πεζού

Θ. Ηλικία Πεζού



I. Χρήση μέτρων ασφαλείας την ώρα του ατυχήματος :

- Ζώνη
- Κράνος

- Κανένα μέτρο ασφαλείας
- Δεν έχει εξακριβωθεί

Κ. Τύπος Ατυχήματος :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Πλαγιομετωπική Σύγκρουση | <input type="checkbox"/> Πρόσκρουση σε ακιν. αντικείμενο |
| <input type="checkbox"/> Παράσυρση Πεζού          | <input type="checkbox"/> Ανατροπή στο δρόμο              |
| <input type="checkbox"/> Πλάγια Σύγκρουση         | <input type="checkbox"/> Εκτροπή από το δρόμο            |
| <input type="checkbox"/> Σύγκρουση από πίσω       | <input type="checkbox"/> Πρόσκρουση σε σταθ. όχημα       |
| <input type="checkbox"/> Μετωπική Σύγκρουση       | <input type="checkbox"/> Κατακρήμιση οχήματος            |
| <input type="checkbox"/> Παράσυρση Ζώου           | <input type="checkbox"/> Άγνωστος τύπος                  |
| <input type="checkbox"/> Σύγκρουση με τρένο       | <input type="checkbox"/> Άλλο. ....                      |
|   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Πυρκαγιά                 |  |

Κ. Πόσα άτομα τραυματίστηκαν από το ατύχημα ;

Λ. Σοβαρότητα Τραυματισμού :

<u>ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ :</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b><u>Ελαφρά/ Μέτρια</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><u>Βαριά</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θάνατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Μ. Ηλικίες συνεπιβατών**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σ' αυτήν την εργασία καταγράφονται διεξοδικά οι επιπτώσεις του τροχαίου ατυχήματος στο άτομο και τον κοινωνικό περίγυρό του –κυρίως τον οικογενειακό-, και τονίζεται η έκταση του φαινομένου αυτού καθώς και οι προσπάθειες διαφόρων φορέων για την ευαισθητοποίηση του κοινού και την περαιτέρω καλλιέργεια της σωστής οδικής συμπεριφοράς.

Το **Πρώτο Μέρος** αυτής της εργασίας το οποίο είναι θεωρητικό συνοψίζεται στα εξής κεφάλαια:

Το **Πρώτο** κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή της εργασίας, όπου παρατίθενται γενικά στοιχεία που αφορούν τα τροχαία ατυχήματα σε παγκόσμια κλίμακα και στην Ελλάδα. Ακόμα, γίνεται αναφορά σε συγκριτικά στοιχεία για τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες της Ε. Ε. , καθώς και σε ορισμούς τραυμάτων που σχετίζονται με τα ατυχήματα αυτά.

**Στο Δεύτερο κεφάλαιο εκτίθεται μια επιστημονική θεώρηση του τροχαίου ατυχήματος υπό το πρίσμα των ειδικών που έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό.**

Το **Τρίτο** κεφάλαιο πραγματεύεται τη σχέση των μηχανοκίνητων οχημάτων και του πεζού με το τροχαίο ατύχημα.

Στο **Τέταρτο** κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στους τύπους οδηγών της σύγχρονης καθημερινότητας, όπως και τα απαραίτητα στοιχεία του σωστού οδηγού και τέλος η οδική συμπεριφορά της γυναίκας στους δρόμους.

Στο **Πέμπτο** κεφάλαιο επισημαίνονται οι ευπαθείς ομάδες σε σχέση με τα τροχαία ατυχήματα(ηλικιωμένοι, παιδιά κτλ) και αναλύονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας.

Στο **Έκτο** κεφάλαιο παρουσιάζονται διεξοδικά όλοι εκείνοι οι παράγοντες που οδηγούν σε τροχαίο ατύχημα και οι οποίοι χωρίζονται

στις εξής υποενότητες: α)έλλειψη κυκλοφοριακής αγωγής και εκπαίδευσης, β)αλκοόλ, φάρμακα και ναρκωτικά, γ)έλλειψη υποδομής του οδικού δικτύου, δ)κακή συνεργασία των φορέων που σχετίζονται με την οδική ασφάλεια.

Στο **Έβδομο** κεφάλαιο γίνεται λεπτομερής καταγραφή των συνεπειών των τροχαίων ατυχημάτων καθώς και διαχωρισμός τους στις παρακάτω κατηγορίες: α)οικονομικές συνέπειες, β)σωματικές συνέπειες(τραύμα, αναπηρία), γ)ψυχολογικές (ψυχοτραυματικό στρες κ. α. ) και δ)κοινωνικές συνέπειες τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον του.

Στο **Όγδοο** κεφάλαιο παρουσιάζεται η χρησιμότητα των Πρώτων Βοηθειών και συγκεκριμένα οι τεχνικές-μέθοδοι, οι οποίες προλαμβάνουν την επιδείνωση της κατάστασης του τραυματία στο τροχαίο ατύχημα.

Στο **Ένατο** κεφάλαιο περιγράφονται τα μέτρα και η έννοια της ασφάλειας στο οδικό δίκτυο, ενώ παράλληλα αναλύεται εκτενέστερα η έννοια της πρόληψης και τα επιμέρους είδη της.

Το **Δέκατο** κεφάλαιο αναφέρεται σε προτάσεις για την εξάλειψη ή μείωση του φαινομένου των τροχαίων ατυχημάτων από ειδικούς που ασχολούνται με το θέμα αυτό καθώς και από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς.

Ολοκληρώντας, το **Ενδέκατο** και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αυτής τονίζει τον ουσιώδη ρόλο του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά την ψυχολογική στήριξη και την κοινωνική Αποκατάσταση τόσο του ίδιου του τραυματία όσο και των προσφιλών του προσώπων και ειδικότερα του οικογενειακού του περιγύρου. Γίνεται επίσης λόγος για την έννοια και την προσφορά της Περιθανάτιας Συμβουλευτικής στη μάστιγα των τροχαίων ατυχημάτων.

Το **Δεύτερο Μέρος** της εργασίας αυτής αποτελείται από την έρευνα, της οποίας σκοπός και στόχος είναι να καταδείξει τους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν στην πρόκληση τροχαίων όσον αφορά το ίδιο το άτομο αλλά και τις συνθήκες που επικρατούν στο οδικό δίκτυο των Πατρών.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



## **Η ΕΛΛΑΔΑ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΠΡΩΤΗ ..... ΣΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ.**

Ιωάννης Μ. Βαρβιτσιώτης

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Δημοκρατίας Κωνσταντίνος  
Καραμανλής

Σε διαρκή επικαιρότητα βρίσκεται στη χώρα μας το θέμα των ανθρωπίνων ζώων που χάνονται σε τροχαία ατυχήματα. Οι αριθμοί είναι αμείλικτοι. Έχουμε τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας στην Ε.Ε. (20 νεκροί ανά 100.000 κατοίκους). Ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και υπερτριπλάσιος από τις χώρες με το ασφαλέστερο οδικό δίκτυο (Σουηδία και Βρετανία – 6 νεκροί ανά 100.000 κατοίκους).

Η Ελληνική Αστυνομία προσπαθώντας να διασκεδάσει τις έντονες ανησυχίες της κοινής γνώμης από τις εκατόμβες του αίματος –κυρίως τις ημέρες των εορτών- με τις κατά καιρούς ανακοινώσεις της ισχυρίζεται ότι έχει σημειωθεί μείωση των νεκρών από τροχαία ατυχήματα. Αυτή όμως είναι η μισή αλήθεια. Διότι στην περίοδο 1980-1997 ενώ στην Ε.Ε. σημειώθηκε μείωση των νεκρών κατά 30%, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση κατά 60%. Από το 1997 έως το 2003 οι νεκροί μειώθηκαν από 2200 ετησίως σε 1600 αλλά παρά ταύτα εξακολουθεί η χώρα μας να έχει αναλογικά διπλάσιο αριθμό θυμάτων από τον μέσο όρο της Ε.Ε. Με αυτό τον αργό ρυθμό βελτίωσης (5% ετησίως) αποκλίνουμε αντί να συγκλίνουμε με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η μείωση αυτή επιτεύχθηκε κυρίως με μέτρα «πρώτου βαθμού» -πιο αυστηρής επιτήρησης- σύμφωνα με το πρόγραμμα 'Καθ' οδόν 2001-2005'.

Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Οδικής Ασφάλειας έθεσε ως στόχο τη μείωση του αριθμού των θυμάτων από τροχαία ατυχήματα κατά το ήμισυ στην περίοδο 2003-2010. Για να επιτευχθεί όμως σύγκλιση της Ελλάδας με την Ε.Ε χρειάζεται πρόοδος της τάξης του 10% μέχρι το 2010. Θα πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι η Ε.Ε έχει ήδη θέσει στη διάθεσή μας ειδικά κονδύλια 14,5 εκατομμυρίων Ευρώ για την Οδική Ασφάλεια.

Η δική μου όμως εμπειρία λέει ότι η αστυνόμευση τόσο στο εθνικό όσο και στο επαρχιακό οδικό δίκτυο είναι τραγικά ελλειμματική. Αφού όσες φορές ταξιδεύω από την Αθήνα στη Σπάρτη, και αυτό συμβαίνει αρκετές φορές το μήνα, δεν συναντάω αστυνομικό όχημα, ούτε της ειδικής υπηρεσίας εθνικών οδών ούτε των κατά τόπους υπηρεσιών. Και γενικά παρατηρώ ότι τα μέτρα της τροχαίας είναι σπασμωδικά και εφαρμόζονται άνισα ενώ επιδεικνύεται ανεπίτρεπτη ανοχή σε πολλές παρεμβάσεις.

Ο παράγοντας όμως της αστυνόμευσης, επιτήρησης και του ελέγχου του όλου συστήματος είναι, σύμφωνα με τους ειδικούς, ο ένας μόνο από τους τέσσερις συνολικά παράγοντες που 'διαπλέκονται' στο θέμα των τροχαίων ατυχημάτων. Οι άλλοι τρεις είναι ο χρήστης (οδηγός, επιβάτης, πεζός) και η συμπεριφορά του, το όχημα (συντήρηση, ταχύτητα) και η οδική υποδομή και το περιβάλλον (οδόστρωμα, σήμανση, φωτισμός, ανισόπεδες σιδηροδρομικές διαβάσεις κ.α.) Έτσι στο πρόβλημα αυτό εμπλέκονται οι υπηρεσίες των Υπουργείων Μεταφορών, Δημοσίων Έργων αλλά και Υγείας. Αφού το 30% των νεκρών μπορεί να σωθεί την πρώτη «χρυσή» ώρα μετά το ατύχημα αν γίνουν οι σωστές ενέργειες.

Πριν από μια δεκαετία, το 1995, η Βουλή συνέστησε ειδική διακομματική Επιτροπή τροχαίων ατυχημάτων και οδικής ασφάλειας. Σύμφωνα με το πόρισμα της Επιτροπής, που αποτελεί σημαντικό οδηγό καταγραφής των αιτιών των τροχαίων ατυχημάτων στον τόπο μας, αλλά και της στρατηγικής αντιμετώπισής τους, επισημαίνεται ότι η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων είναι, κατ' αρχήν, υπόθεση του κράτους και είναι εφικτή σε ποσοστό μέχρι και 50%. Η κοινοβουλευτική Επιτροπή εντόπισε τα προβλήματα και στα τέσσερα επίπεδα (χρήστη, οχήματος, δικτύου και ελέγχου του συνολικού συστήματος) και πρότεινε βραχυπρόθεσμες (πιο οικονομικές) και μακροπρόθεσμες στρατηγικές. Μεταξύ άλλων στο πόρισμα επισημαίνεται ότι στο επίπεδο του κράτους και της Δημόσιας Διοίκησης υπάρχουν αλληλοεπικαλύψεις και κενά αρμοδιοτήτων μεταξύ των πολλών φορέων που εμπλέκονται στο θέμα των τροχαίων, υπάρχει, δηλαδή,

σοβαρό πρόβλημα συντονισμού. Όσον αφορά το οδικό δίκτυο «με τους ίδιους οδηγούς και την ίδια κυκλοφορία οι δείκτες ατυχημάτων για τους αυτοκινητόδρομους είναι πολύ χαμηλότεροι από τους δείκτες για τους συμβατικούς δρόμους». Σε μη αναβαθμισμένο οδικό δίκτυο μια αύξηση ταχύτητας κατά 10% επιφέρει αύξηση θανάτων κατά 50%. Στους Ελληνικούς δρόμους έχουμε αυξημένη βαριά κυκλοφορία, αυξημένη κινητικότητα και αυξημένο αριθμό δικύκλων σε σχέση με άλλους Ευρωπαίους. Το αλκοόλ προκαλούσε μέχρι το 1996 το 7,5% των ατυχημάτων αλλά το 43% των νεκρών!

Οι βραχυπρόθεσμες λύσεις είναι η αυστηρή επιτήρηση, η βελτίωση της σήμανσης και της σηματοδότησης, η επιβολή χρήσης ζώνης, κράνους και παιδικών καθισμάτων (σήμερα η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης παιδικού καθίσματος σε όλη την Ε.Ε., 15%), η εκπαίδευση και η συνεχής διαπαιδαγώγηση για 'ήρεμη οδήγηση' και καταστολή της επιθετικής οδικής συμπεριφοράς καθώς και συνεχής συντήρηση του οδικού δικτύου με ειδικά συνεργεία. Οι μακροπρόθεσμες είναι: καλύτερος συντονισμός και, σύμφωνα πάντοτε με το πόρισμα, η συγκρότηση Εθνικού Συμβουλίου Οδικής ασφάλειας και Ινστιτούτου Οδικής Ασφάλειας για εμπεριστατωμένη μελέτη όλων των σχετικών προβλημάτων. Από όλη αυτή τη δέσμη των προτάσεων, το μόνο που έγινε ήταν να συσταθεί η Εθνική Επιτροπή οδικής ασφάλειας, όργανο που υπολειτούργησε.

Έτσι τα μέτρα που ανακοινώθηκαν προ ημερών, με την ευκαιρία του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας – που φέτος είχε αφιερωθεί στην μείωση των τροχαίων ατυχημάτων - από τους Υπουργούς Μεταφορών και ΠΕΧΩΔΕ γεννούν βάσιμες ελπίδες ότι επιτέλους κάτι ουσιαστικό θα γίνει στον τομέα αυτόν.

Το σοβαρό όμως αυτό πρόβλημα απαιτεί μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και καλύτερο συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Γι' αυτό θα άξιζε να μελετηθεί τόσο το πόρισμα της διακομματικής επιτροπής, όσο και η Παγκόσμια Μελέτη για την πρόβλεψη των τραυματισμών

από τροχαία (World Report on Road Traffic Injury Prevention) που δόθηκε πρόσφατα στη δημοσιότητα.

## ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΚΥΚΛΟ

Το κείμενο που ακολουθεί είναι μια μελέτη που έγινε από τον δικηγόρο κ. Θόδωρο Γαζούλη, αντιπρόεδρο και νομικό σύμβουλο της ΜΟΤ.Ο.Ε., το καλοκαίρι του 1995. Παρότι από την διεξαγωγή της έρευνας αυτής έχουν περάσει μερικά χρόνια, τα αποτελέσματά της είναι πάντα επίκαιρα και τα συμπεράσματα μας δείχνουν ότι δυστυχώς δεν έχει βελτιωθεί σχεδόν τίποτα από τότε. Δεν θα κουράσουμε τον αναγνώστη παραθέτοντας τα πλήρη στοιχεία της στατιστικής, αλλά θα παρουσιάσουμε μόνον τα κυριότερα, καθώς και τα συμπεράσματα που προέκυψαν. Σε παρένθεση κάποια σημερινά σχόλια.

### Πρόλογος

Αποτελεί κοινό τόπο ότι τα σχετικά με τα τροχαία ατυχήματα ζητήματα βρίσκονται στο στόχαστρο της επικαιρότητας. Εμφανίζονται στοιχεία και διατυπώνονται απόψεις, τόσο γενικότερα, όσο και ειδικότερα, για τα τροχαία ατυχήματα και το δίκυκλο. Κοινό χαρακτηριστικό των τελευταίων είναι ότι διαμορφώνονται ερήμην των άμεσα εμπλεκόμενων δικυκλιστών, που τυχαίνει να είναι τα κατά προτίμηση βέβαια θύματα των ατυχημάτων, σε κάθε περίπτωση εμπλοκής δίκυκλου σε αυτά. (μερικά χρόνια μετά, οι παρατηρήσεις αυτές μοιάζουν να γράφτηκαν σήμερα)

Η μελέτη αυτή έγινε, αντίθετα, από μοτοσυκλετιστή για τους μοτοσυκλετιστές, από τους οποίους αντλήθηκαν όλα τα στοιχεία. Η έρευνα διεξήχθη το πρώτο δεκαπενθήμερο του Ιουνίου του 1995. Εξακόσιοι ένας μοτοσυκλετιστές απάντησαν σε σειρά ερωτήσεων και έδωσαν τις πληροφορίες στις οποίες βασίζεται η παρούσα μελέτη. Η χρήση της λέξης "μοτοσυκλετιστές" δεν είναι τυχαία: Στη συντριπτική τους πλειονότητα οι ερωτηθέντες δεν είναι ευκαιρικοί χρήστες δίκυκλων, αλλά αναβάτες με μόνιμη και πολυετή σχέση με τα δίκυκλα διαφόρων κατηγοριών. Όμως η πρωτοτυπία και το

ενδιαφέρον της παρούσας δεν έγκειται μόνον στην προέλευση, αλλά και στο είδος των πληροφοριών, πολλές από τις οποίες συγκεντρώνονται για πρώτη - στο Ελλαδικό χώρο τουλάχιστον - φορά.

### Διάκριση των στοιχείων

#### 1. Γενικά

Εδώ συμπεριλαμβάνονται η κατοικία, η ηλικία, τα έτη κατοχής άδειας οδήγησης, ο τύπος των μοτοσυκλετών.

#### 2. Ειδικά

Βασικός στόχος υπήρξε η **προσέγγιση των τροχαίων ατυχημάτων με τραυματισμούς στα οποία εμπλέκονται δίκυκλα, μέσω της αντίληψης των ιδίων των αναβατών**. Σε όποιον αντιτείνει ισχυριζόμενος ότι πρόκειται για υποκειμενική - και άρα λανθασμένη - γνώμη των αναβατών, θα αντιτάξω ότι και τα επίσημα στοιχεία είναι υποκειμενικά και, σε σημαντικό ποσοστό, λανθασμένα: Πράγματι, στα επίσημα στοιχεία η εικόνα των αναβατών για το ατύχημα αγνοείται συνήθως, ενώ αντίθετα αποτυπώνεται συχνά (στις εκθέσεις αυτοψίας, στα σχεδιαγράμματα κτλ.) η άποψη των οδηγών τετράτροχων. Αυτό δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι τα αστυνομικά όργανα μεροληπτούν εις βάρος των μοτοσυκλετιστών. Απλούστατα, πολλές φορές μετά από συγκρούσεις οι τραυματισμένοι αναβάτες και συνεπιβάτες αδυνατούν να δώσουν στοιχεία στα αστυνομικά όργανα (ώστε να συνταχθεί ακριβής έκθεση αυτοψίας και σχεδιάγραμμα) είτε για λόγους **υποκειμενικούς** (κατάγματα κτλ.) είτε για λόγους **αντικειμενικούς** (ήδη έχουν διακομιστεί σε νοσοκομείο κτλ.). Έτσι ενώ οι τραυματισμένοι αναβάτες κείτονται στο κρεβάτι του πόνου, οι οδηγοί τετράτροχων προσπαθούν (και συχνά επιτυχώς) να "περάσουν" τις απόψεις τους για το ατύχημα στα αστυνομικά όργανα που καταφθάνουν. Για το λόγο αυτό (αλλά και άλλους που δεν είναι του παρόντος να εκτεθούν) δεν θα ήταν υπερβολή να λεχθεί ότι τα επίσημα στοιχεία κατά ένα μέρος αντικατοπτρίζουν, (σε ότι αφορά τα ατυχήματα με δίκυκλο) την εκδοχή των οδηγών εις βάρος των αναβατών (!!). Όσο για τα αστυνομικά όργανα, συνύθως ή δεν μπορούν ελλείψει στοιχείων, ή δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις, ή δεν έχουν "μεράκι" για τη δουλειά τους, ώστε να ανεύρουν την αλήθεια, χωρίς να μπορούν να αποκλειστούν και περιπτώσεις μεροληψίας.

Εν όψει και όλων αυτών, την βασιμότητα των οποίων επιφυλάσσομαι να αποδείξω μελλοντικά, η εικόνα για τα τροχαία ατυχήματα με δίκυκλο που θα δοθεί στη συνέχεια αποκτά εντελώς ξεχωριστή σημασία. Χωρίς να αποβλέπει στον πρόσκαιρο εντυπωσιασμό, αποσκοπεί στο **να προβληματίσει και να ευαισθητοποιήσει, ιδίως όσους επιμένουν να νομοθετούν και να εφαρμόζουν τους νόμους αγνοώντας τα πραγματικά δεδομένα** (δυστυχώς ακόμη δεν ιδρώνει το αυτί τους).

## Η Έρευνα

### **1. Δείγμα - Σύνθεση**

Τα στοιχεία έδωσαν 601 αναβάτες προερχόμενοι από διάφορες περιοχές όλης της χώρας

### **2. Ηλικία**

Η ηλικία των ερωτηθέντων (μέσος όρος 30 έτη περίπου) αποτελεί σαφή ένδειξη για το ότι πρόκειται κατά κανόνα για αναβάτες με πολυετή εμπειρία και όχι για πρόσκαιρους ή ευκαιριακούς χρήστες δίκυκλου.

### **3. Κατοχή άδειας οδήγησης μοτοσυκλέτας**

Τα στοιχεία αυτά (μέσος όρος 10 έτη περίπου) έρχονται να προστεθούν στα προηγούμενα για στηρίξουν το ίδιο συμπέρασμα: Ότι το δείγμα αποτέλεσαν μοτοσυκλετιστές.

### **4. Ατύχημα με υλικές ζημιές**

Από τους ερωτηθέντες, οι 52 (8,65%) είχαν ατύχημα μόνο με υλικές ζημιές. Από τα ατυχήματα αυτά έλαβε γνώση η Αστυνομία σε ποσοστό μόλις 44,23%. Η κατηγορία αυτή ατυχημάτων, αν και όχι τόσο σημαντική, δεν θα πρέπει να περάσει απαρατήρητη: **Σε μεγάλο μέρος πρόκειται για πτώσεις που προκλήθηκαν από την παράλειψη του κράτους να συντηρεί το οδόστρωμα** (ολισθηρό οδόστρωμα, λακούβες, "σαμαράκια", πετρέλεια κτλ.). Έτσι οι αναβάτες φεύγουν από τον τόπο του ατυχήματος (ευχαριστώντας την τύχη τους που δεν έπαθαν τίποτε) χωρίς να ειδοποιούν την Αστυνομία.

### **5. Ατύχημα με τραυματισμό**

Από τους ερωτηθέντες οι 165 (27,45%) ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα με σωματικές βλάβες, οδηγώντας δίκυκλο.

## 6. Τραυματισθέντα πρόσωπα

Εδώ μεταξύ άλλων φαίνεται πόσο **τεράστιο σφάλμα** κάνουν όσοι εξωμοιώνουν τις παραβάσεις των δικυκλιστών με αυτές των οδηγών τετρατροχών. Διότι σε κάθε περίπτωση, "την πληρώνουν" οι αναβάτες. Ενώ οι οδηγοί (ποσοστό τραυματισμών 1,21%) παραβιάζουν την προτεραιότητα των αναβατών, "εκ του ασφαλούς"... Άρα οι ίδιες παραβάσεις των μεν και των δε διαφέρουν ουσιωδώς λόγω του εντελώς διαφορετικού αποτελέσματος που επιφέρουν. Οι δικυκλιστές - παραβάτες βάζουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους, ενώ οι οδηγοί - παραβάτες θέτουν σε κίνδυνο, όχι τη δική τους ζωή, αλλά των αναβατών.

## 7. Είδος τραυματισμού

Στον σχετικό πίνακα κατεγράφη ο κατά περίπτωση σοβαρότερος τραυματισμός. Παράδειγμα: Όταν ο ερωτηθείς ανέφερε "κάταγμα ποδιού και βγάλσιμο χεριού", ή "κάταγμα χεριού και ράμματα στο πρόσωπο", καταγράφηκε μόνο ο σοβαρότερος τραυματισμός.

Οι συχνότεροι τραυματισμοί ήταν: Κάταγμα ποδιού (25,45%), κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή κάταγμα (14,55%), κάταγμα χεριού (12,73%).

## 8. Τόπος ατυχήματος

Τα ατυχήματα συνέβησαν ως επί το πλείστον σε κατοικημένες περιοχές (84,25%). Σε επαρχιακούς δρόμους έγινε το 10,30% των ατυχημάτων και σε εθνικές οδούς το υπόλοιπο 5,45%.

## 9. Ηλικία κατά τον χρόνο του ατυχήματος

Το 58,78% των εμπλακέντων σε ατύχημα ήταν 18-25 ετών και το 22,42% ήταν 26-30 ετών όταν αυτό συνέβη.

Τα στοιχεία αυτά είναι εντυπωσιακά, ιδίως αν ληφθεί υπ' όψιν ο προηγούμενος πίνακας ηλικιών (αριθ. 2). Η αυξημένη εμπλοκή των νεότερων στα τροχαία ατυχήματα έχει ήδη επισημανθεί από πολλούς στο παρελθόν. Εδώ επιβεβαιώνεται και σε ότι αφορά τα δίκυκλα.

## 10. Έτη κατοχής άδειας οδήγησης κατά το χρόνο του ατυχήματος.

Οι πρώτες κατηγορίες (0-2 και 3-5 έτη) αποτελούν το 60,61% του συνόλου! Τα συμπεράσματα βγαίνουν μόνα τους. Θα πρέπει επίσης να συνυπολογιστεί ότι, συχνά, και στην τρίτη

κατηγορία (6-10 έτη, 25,44%) ο αναβάτης είναι "καινούργιος" σε μεγαλύτερους κυβισμούς. Αυτό συμβαίνει πολύ λιγότερο στην τέταρτη κατηγορία (11 έτη και άνω, 13,94%).

### **11. Ενημέρωση αστυνομικής αρχής**

Οι αστυνομικές αρχές δεν έλαβαν γνώση του ατυχήματος σε 45 περιπτώσεις (ποσοστό 27,27%). Το ποσοστό αυτό εξηγείται, μεταξύ άλλων, διότι:

- α) Σε περιπτώσεις εκτροπών ή πτώσεων (λόγω ολισθηρού οδοστρώματος, λακούβες κτλ.) συχνά δεν ειδοποιείται η αστυνομία.
- β) Επίσης ενίοτε δεν λαμβάνει γνώση η αστυνομία όταν, μετά από τη σύγκρουση με δίκυκλο και τον τραυματισμό του αναβάτη, ο οδηγός φεύγει, ή όταν υπήρξε πτώση και τραυματισμός χωρίς το δίκυκλο να έρθει σε επαφή με το άλλο όχημα, που ενδέχεται να ήταν και αποκλειστικά υπαίτιο του ατυχήματος.

### **12. Είδος ατυχήματος**

- α) Σύγκρουση με Ι.Χ.Ε. αυτοκίνητο: 51,52%
- β) Σύγκρουση με άλλο όχημα (αγροτικό, τρακτέρ κτλ.), ζώο ή εκτροπή: 34,54%
- γ) Σύγκρουση με TAXI: 8,48%
- δ) Σύγκρουση με φορτηγό ή λεωφορείο: 4,64%
- ε) Σύγκρουση με δίκυκλο: 1,82%

### **13. Η μεγαλύτερη σε κυβισμό μοτοσυκλέτα των εμπλακέντων και μη εμπλακέντων σε ατύχημα με τραυματισμό**

Από τα στοιχεία γίνεται φανερό ότι **δεν υπάρχει εμφανής σχέση μεταξύ εμπλοκής σε ατύχημα και κατοχής μοτοσυκλέτας ορισμένου κυβισμού**. Οι παράγοντες των ατυχημάτων συνεπώς, πρέπει να αναζητηθούν αλλού.

### **14. Ο κυβισμός της μοτοσυκλέτας που οδηγούσαν κατά τη στιγμή του ατυχήματος οι εμπλακέντες**

Η αντιπαραβολή των στοιχείων αυτών με τα προηγούμενα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι **τα (περισσότερα) τροχαία ατυχήματα γίνονται με μικρότερου κυβισμού δίκυκλα**. Εξέχουσα θέση κατέχουν τα "400RR".

### **15. Αναβάτες εμπλακέντες σε στύχημα με μοτοσυκλέτα άνω των 500cc που δεν είχαν προηγούμενων μοτοσυκλέτα ίδιου ή μεγαλύτερου κυβισμού**



Ο στόχος εδώ ήταν να ανευρεθεί το κατά πόσον ο αναβάτης ήταν **έμπειρος** στην κατηγορία των κυβικών της μοτοσυκλέτας με την οποία είχε το ατύχημα.

Το 81,35% όσων είχαν ατύχημα με μοτοσυκλέτα άνω των 500cc ήταν κατά τεκμήριο **άπειροι στην κατηγορία των κυβικών με την οποία ενεπλάκησαν στο ατύχημα.**

Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό ανεβαίνει όσο ανεβαίνουν τα κυβικά.

### **16. Μοτοσυκλέτες ισχύος άνω των 100 HP**

Από τους ερωτηθέντες οι 89 (ποσοστό 14,80%) έχουν μοτοσυκλέτα ισχύος άνω των 100 ίππων. Από αυτούς, 30 (33,7%) έχουν αμπλακεί σε ατύχημα. Από αυτούς πάλι μόνον 8 (26,6%) είχαν το ατύχημα τους οδηγώντας μοτοσυκλέτα άνω των 100 HP, ενώ οι υπόλοιποι οδηγούσαν μικρότερες σε ισχύ μοτοσυκλέτες. Δηλαδή επί του συνόλου των κατόχων μοτοσυκλετών ισχύος άνω των 100 HP, μόνο το 4,8% των ατυχημάτων έγινε με τέτοια μοτοσυκλέτα. Φαίνεται έτσι, ότι η **θέση ορισμένων Ευρωπαϊκών χωρών για τον περιορισμό της ιπποδύναμης των μοτοσυκλετών στους 100 HP κατ' ανώτατο όριο, υποτίθεται για λόγους ασφάλειας, δεν βρίσκει έρεισμα στην πραγματικότητα, τουλάχιστον στην Ελληνική.**

### **17. Ευθύνη αναβάτη - άλλου οδηγού**

Για το τροχαίο ατύχημα η ευθύνη ήταν:

α) Αποκλειστική άλλου οδηγού: 56,36%

β) Αποκλειστική του αναβάτη: 27,90%

γ) Συνυπαιτιότητα: 10,3%

δ) Δεν ευθύνονταν καθόλου αναβάτης ή οδηγός: 3,64%

Όπως είναι φυσικό, οι αναβάτες δεν θεωρούν τους εαυτούς τους συνυπαίτιους (και σωστά) όταν π.χ. δεν φορούν κράνος (πράγμα που κάνουν τα δικαστήρια...)

### **18. Ευθύνη του αναβάτη**

Στο τροχαίο ατύχημα η ευθύνη του αναβάτη συνίσταται σε: Απροσεξία (8,48%), υποτίμηση κινδύνου (7,88%), υπερβολική ταχύτητα (7,27%), αλκοόλ (6,06%), παραβίαση προτεραιότητας (3,64%), κακή κατάσταση δικύκλου (2,42%), άγχος - νευρικότητα (1,82%), κ.α. Κάποιος έγραψε: "Έφταιγε το άγχος από την εταιρία, δούλευα σαν courier"!

## 19. Ευθύνη άλλου οδηγού

Για το τροχαίο ατύχημα ευθύνονταν (αποκλειστικά ή εν μέρει) άλλος οδηγός για τον εξής λόγο: Παραβίαση STOP (19,39%), παραβίαση φωτεινού σηματοδότη (12,12%), παραβίαση προτεραιότητας από δεξιά (9,09%), αιφνίδια αλλαγή λωρίδας κατεύθυνσης (9,09%), κίνηση στο αντίθετο ρεύμα (6,67%) και άλλα (πρόσκρουση από πίσω, υπερβολική ταχύτητα, άνοιγμα πόρτας, έλλειψη φώτων STOP αυτοκινήτου κ.α.). **Οφθαλμοφανής είναι η κυριαρχία των παραβάσεων που σχετίζονται με την προτεραιότητα.**

## 20. Το οδόστρωμα και η σήμανση

Η συνεισφορά τους στη δημιουργία ατυχημάτων αναλύεται ως εξής: Ολισθηρό οδόστρωμα (10,91%), λάδια - πετρέλαια στο οδόστρωμα (3,03%), λακούβες - σαμαράκια (3,03%), ελλειπής ή λάθος σήμανση (4,24%), ελλειπής φωτισμός τη νύχτα, "ανάποδη κλίση" οδοστρώματος, γυαλιά ή χαλίκια στο οδόστρωμα, πέτρες, καφάσια κτλ.

Αν υπογραμμιστεί ότι η λειτουργία των τριών πρώτων στην παραγωγή ατυχημάτων έχει δύο όψεις: Πρώτον προκαλεί ευθέως αρκετά ατυχήματα με τραυματισμού και ακόμη περισσότερα με υλικές ζημιές και με φθορές στα ρούχα των αναβατών. Δεύτερον, δεν βοηθά τους αναβάτες στο να αποφύγουν το ατύχημα διότι **δεν τους επιτρέπει ούτε να εκτελέσουν ελιγμούς, ούτε να τροχοπεδήσουν αποτελεσματικά.**

Δυστυχώς, οι υπεύθυνοι για την κακή κατάσταση των οδοστρωμάτων (ΥΠΕΧΩΔΕ, Νομαρχίες, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης) **αδρανούν εκμεταλλεόμενοι την δυσχέρεια που έχουν οι διοικούμενοι στο να στραφούν κατά του Δημοσίου** για αποζημιωθούν σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος οφειλομένου σε παράνομη πράξη, ή - συχνότερα - παράλειψη της Διοίκησης.

## 21. Street ή enduro

Όπως είναι γνωστό, οι δυο αυτές κατηγορίες μοτοσυκλετών έχουν τη "μερίδα του λέοντος" στο σύνολο των δικύκλων. Όπως έχει γραφτεί, οι ερωτηθέντες ήταν κατά κανόνα "συνηδοτοποιημένοι" μοτοσυκλετιστές, έτσι το ποσοστό των σκούτερ εμφανίζεται εξαιρετικά μειωμένο.

Οι εμπλεκόμενοι σε ατύχημα με τραυματισμό οδηγούσαν κατά τη στιγμή του ατυχήματος: Street μοτοσυκλέτα (61,21%), enduro μοτοσυκλέτα (27,87%), custom μοτοσυκλέτα (9,09%)

και σκούτερ (1,81%). Θα πρέπει μήπως να συναχθεί το συμπέρασμα ότι οι enduro είναι μοτοσυκλέτες ασφαλέστερες (με τα Ελληνικά δεδομένα φυσικά); Μάλλον ναι. Όμως δεν νομίζω ότι αυτό συμβαίνει επειδή "τα street τρέχουν περισσότερο", αλλά διότι τα enduro είναι περισσότερο προσαρμοσμένα στην Ελληνική οδική πραγματικότητα.

## **Συμπεράσματα**

### **A. Γενικά**

Τα τροχαία ατυχήματα με δίκυκλο προσδιορίζονται κυρίων από τους εξής τρεις παράγοντες:

Πρώτον, την **ωριμότητα** και την **οδηγική εμπειρία του αναβάτη**, ώστε να μην υποτιμά τους κινδύνους, αλλά να τους προβλέπει, ενώ συγχρόνως θα έχει την ικανότητα να χειρίζεται σωστά τη μοτοσυκλέτα του.

Δεύτερον, την **ανευθυνότητα**, ή την **θρασύτητα**, μιας μερίδας οδηγών τετράτροχων που αισθάνονται αρκετά ισχυροί και ασφαλείς μέσα στα οχήματά τους, ώστε να **παραβιάζουν συστηματικά** (και συχνά προκλητικά) την προτεραιότητα των "ασθενέστερων", που είναι τα δίκυκλα.

Τρίτον, την **αδιαφορία** του Ελληνικού κράτους, του οποίου **το οδικό δίκτυο είναι ακατάλληλο για τα δίκυκλα, που είναι πολύ πιο ευάλωτα** (στις κακοτεχνίες, στα ελαττώματα, στην έλλειψη συντήρησης των οδοστρωμάτων κτλ.) σε σχέση με τα τετράτροχα.

Κάθε προσπάθεια βελτίωσης της οδικής ασφάλειας πρέπει να περνάει αναγκαστικά μέσα από τις τρεις αυτές διόδους. Δηλαδή να επιδρά βελτιωτικά στους τρεις παραπάνω παράγοντες. Σε αντίθετη περίπτωση θα πρόκειται για πυροτέχνημα, χωρίς ελπίδες επιτυχίας (ή θα αποβλέπει μόνον στις εισπράξεις).

### **B. Ειδικότερα**

1. Στα τροχαία ατυχήματα εμπλέκονται περισσότερο οι **νέοι και άπειροι** αναβάτες. Αυτό δεν συμβαίνει αναγκαστικά επειδή κάνουν περισσότερες παραβάσεις, αλλά διότι δεν έχουν εμπειρία, έχουν λιγότερες δυνατότητες, διακινδυνεύουν περισσότερο και προβλέπουν λιγότερο.

2. Το ιδιαίτερα αυξημένο ποσοστό τραυματισμών αναβατών δείχνει πόσο ευάλωτοι είναι οι δικυκλιστές, τους οποίους **το κράτος συστηματικά υποτιμά και αγνοεί**.

3. Το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων

δικύκλων γίνεται σε κατοικημένες περιοχές, δότι εκεί γίνονται οι συχνές παραβάσεις της προτεραιότητας. Ενώ στους υπόλοιπους δρόμους παρ' όλο που οι ταχύτητες είναι πολύ μεγαλύτερες, τα ατυχήματα είναι λίγα. **Άρα η "θεωρία της αυξημένης ταχύτητας", ως κύριας αιτίας των ατυχημάτων, είναι αβάσιμη.**

4. Οι αστυνομικές αρχές δεν ενημερώνονται για μεγάλο ποσοστό ατυχημάτων. Άρα και **η εικόνα που δίνουν δεν μπορεί παρά να είναι ελλιπής.**

5. **Δεν υπάρχει εμφανής σχέση μεταξύ κυβισμού ή ιπποδύναμης των μοτοσυκλετών και ατυχημάτων.** Άρα τα αίτια βρίσκονται αλλού. Και όσον αφορά στα δίκυκλα, ανάγονται περισσότερο στην **καλή ή κακή κατάσταση του δίκυκλου**, στις **δυνατότητες** (να φρενάρει, να στρίβει κτλ.) που έχει αυτό εκ κατασκευής κτλ.

6. **Η κύρια αιτία των ατυχημάτων είναι οι παραβιάσεις της προτεραιότητας.** Δεν θα πρέπει όμως να αγνοείται η συμβολή της κακής κατάστασης των δρόμων στην εκδήλωση ατυχημάτων με δίκυκλα.

**Γ. Τι θα μπορούσε να γίνει** (αλλά δυστυχώς δεν γίνεται)

Για την βελτίωση της κατάστασης πρέπει μεταξύ άλλων:

1. Να υπάρξει **εκπαίδευση** των αναβατών. Γνώση των κανόνων οδικής κυκλοφορίας, εφ' ενός και εκμάθηση της οδήγησης μοτοσυκλέτας, αφ' ετέρου.

2. Να υπάρξει **πρόληψη** των ατυχημάτων με τη **βελτίωση** των οδοστρωμάτων και της σήμανσης των δρόμων.

3. Να υπάρξει **καταστολή που να στρέφεται κατά των επικίνδυνων οδηγών** (συστηματικοί και θρασεείς παραβάτες) **και να αφορά κατά προτίμηση στις παραβιάσεις που εγκυμονούν κινδύνους για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα των ανθρώπων** και, εν προκειμένω, των αναβατών. Και τέτοις είναι πρώτα - πρώτα οι παραβιάσεις της προτεραιότητας. Μέχρι σήμερα η καταστολή είναι επιλεκτική, εις βάρος των δικυκλιστών. Οι οποίοι πληρώνουν πρόστιμο επειδή δεν φορούν κράνος και, επί πλέον, χρεώνονται με βαθμούς στο point system τη στιγμή που:

- Δεν τιμωρούνται, αντίστοιχα, οι οδηγοί που δεν φορούν ζώνες ασφαλείας.

- Δεν τιμωρούνται τα οχήματα που διοχετεύουν πετρέλαια, λάδια ή αδρανή υλικά στα οδοστρώματα.

- Δεν επιβάλλονται κυρώσεις στους ισχυρούς (πρώην και νυν δημόσια πρόσωπα, αριστοκρατία του πλούτου, κρατικά

οχήματα).

- Δεν τιμωρούνται όσοι δήμαρχοι υπονομεύουν την οδική ασφάλεια.

- Δεν τιμωρούνται οι εργολάβοι και οι κατασκευάστριες εταιρίες ελαττωματικών και "ψεύτικων" δρόμων.

Ο κατάλογος θα μπορούσε να είναι μακρύς. Οι αναβάτες που κύρια, πρηρώνουν τον "φόρο του αίματος", τον γνωρίζουν. Οι κάθε είδους "αρμόδιοι" ας τους ρωτήσουν. Σίγουρα θα λάβουν απαντήσεις. Εξ' άλλου, χωρίς αυτές, τούτη η έρευνα δεν θα υπήρχε...

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασόπουλος Κ. , «Το αυτοκίνητο και η πόλη στην ελληνική ποίηση Μελέτη-Ανθολογία»Αχαϊκές εκδόσεις Πάτρα 1988, σελ. 121
- Δρ. Απόστολόπουλος Απ. « Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι αγωγή υγείας», Πάτρα, 2001
- Απόστόλου Γ. , Επιστημονική έρευνα«Οδικά-Τροχαία Ατυχήματα», Αθήνα, 1995
- Βουλή των Ελλήνων, «Πόρισμα για την Οδική Ασφάλεια και τα Τροχαία Ατυχήματα», Μάιος 1996
- Γερμένης Α. , «Μάθημα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγελματίες Υγείας», εκδ. β' , Αθήνα 1986
- Γιώτης Κ. Αλ. , «Τα παιδικά ατυχήματα και η πρόληψη τους»εκδ. Βασδέκης , Αθήνα 1985
- Διεύθυνση Οδικής Ασφάλειας- Οδηγός Κυκλοφοριακής Αγωγής, «70 Βήματα με Οδική Ασφάλεια», Αθήνα, 1993
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σε συνεργασία με το Υπουργείο Μεταφορών & Επικοινωνιών, Φυλλάδιο «Αν οδηγείς και παίρνεις φάρμακα. . . για την ασφάλεια σου πρόσεξε αυτές τις οδηγίες», Αθήνα 1986
- Ελληνική Παιδιατρική Εταιρία, «Παιδιατρική», Τόμος 61, τεύχος 1, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1998
- Δρ. Ηλιοπούλου Ε. , Βεζυράκης Δημήτρης, Καστανάς Κ. , «Έγκλημα τι γίνεται μετά; »εκδ. Παριζιάνου, Ναυαρίνου 20, Αθήνα 1999
- Θάνος Θ. Θάνος/Θάνος Κ. , «Ο σωστός οδηγός», Αθήνα 1997
- Θεοδώρου Κ. Β. , «Τροχαία Ατυχήματα-η επόμενη μέρα»επιμέλεια

έκδοσης Ανανιάδου Γ. , Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α, χ. χ

- Θεοδώρου Κ. Β. , «Προβλήματα και Κίνδυνοι των Ηλικιωμένων στην Οδική Κυκλοφορία», Ε. Υ. ΘΥ. Τ. Α, Αθήνα, 2000
- Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής(ΙΚΠΙ), αποτελέσματα Συνεδρίου, Αθήνα 1995
- Καΐλας Μ. , Φιλίππου Γ. , «Άτομα με ειδικές ανάγκες»τόμος β' , εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997
- Κανελαΐδης Γ. , Γιώτης Α. , Γκόλιας Ι. , «Εκπαίδευση των εκπαιδευτών και εξεταστών των υποψηφίων οδηγών στην Ελλάδα», ΕΛΠΑ, Αθήνα 1993
- Καρακατσάνης Σ. , Μπιτσάκου Γ. , Πετρίδου Ε. , «Κλίμακες εκτίμησης της Βαρύτητας του Τραύματος», Ελληνική Χειρουργική, Αθήνα 1999
- Κατόγλου Χ. , Θεοδώρου Κ. Β. , Ανδρουλάκης Σ. , Νερολιάτσιου Α. , «Το διαρκές έγκλημα των τροχαίων ατυχημάτων και οι επιπτώσεις του στην ελληνική οικογένεια», εκδ. Lege Artis, Αθήνα, Οκτώβριος 2004
- Κοκκέβη Α. , «Η χρήση νόμιμων και παρανόμων τοξικών ουσιών στην εφηβεία στα σύγχρονα θέματα παιδιατρικής», τόμος β' , εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1988
- Κοτсуφάκης Σ. , «Οδικά-Τροχαία Ατυχήματα», Αθήνα 1994
- Κουκλογιάννου-Δορζιώτου , «Αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες:Φυσική, κοινωνική, επαγγελματική», εκδ. Εσθήρ, Αθήνα 1990
- Κουτσελίνης Α. , «Η ζώνη Ασφαλείας», Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 5, τεύχος 4, Ιούλιος-Αύγουστος 1988

- **Λαμπρακάκης Σ. Π. , Λ. , «Τροχαία Ατυχήματα Πρόληψη-Αίτια-Έρευνα», έκδοση βελτιωμένη, εκτύπωση Αλτιτζής Α. , Θεσσαλονίκη, 2001**
- **Λυμπεράτος Δ. Γ, «Ζητήματα ανάπτυξης και Περιβάλλοντος», Αχαϊκές εκδόσεις, χ. χ**
- Μάνου Νίκου «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» αναθεωρημένη έκδοση Θεσσαλονίκη 1997
- Μηνούδης Γ. , « Οδήγηση... Οι «κανόνες» του παιχνιδιού! » εκδόσεις Έλλα, Αθήνα 1999
- **Μπελεχρή Μ. , «Το ατύχημα στην παιδική ηλικία», 4η επιστημονική ημερίδα, Αθήνα, 2005**
- **Μπέλος Αθ. «Πρώτες βοήθειες για οδηγούς αυτοκινήτων», εκδ. Βασδέκης , Αθήνα 1986**
- Νίλσεν Μ. , Παπαδάτου Δ. , «Το Πένθος στη Ζωή Μας» Εκδ. Μέριμνα α' έκδοση 1998
- **Ξενάκης Ανδ. , «Τα Αυτονόητα», εκδ. Προσήλιο ΕΠΕ, Αθήνα, Απρίλιος 2005**
- **ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (Π. Ο. Υ. ), άρθρο του Dr-Lee Jong Wook, «Μην αφήνεις τη ζωή σου στην τύχη», Απρίλιος 2004**
- Παπαδόπουλος , Ι. ΣΤ. «Βασικές Πρώτες Βοήθειες Στον Τόπο Του Ατυχήματος, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε. Κ. Α. Β. )», χ. χ.
- Παπαδόπουλος , ΣΤ. Ι « Πρόταση πρόληψης ατυχημάτων και μείωσης των συνεπειών τους (Προς την Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για την πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων, τομέας πρόληψης ατυχημάτων ΕΚΑΒ), Νοέμβριος 1995



- Παπαδόπουλος Ι. ΣΤ. , «Ατυχήματα: Η Πρόληψη τους είναι κατορθωτή, Ανώτατη Συνομοσπονδία Πολυτέκνων Ελλάδας», Αθήνα 1996
- Παπαδόπουλος ΣΤ. Ι, «Γιατρός-Ασθενής μια ανεκμετάλλευτη σχέση», ΤΥΠΑΤΕ, 1998
- Παπαδοπούλου Χρ. , «Θέματα Κοινωνικής Εργασίας-Διδακτικές Σημειώσεις» στο Μάθημα Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας ΙΙ Θεωρία, ΑΤΕΙ Πάτρας 1998
- Πετρίδου Ε. , Τριχόπουλος Δ. , Μέγεθος του προβλήματος και περιγραφική επιδημιολογία, Αθήνα 2000
- Ποταμιάνος Γ. , «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης αλκοόλ», εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 1991
- Πουλογιάννη Μ. , Υγειονομική Διαφώτιση-Διαπαιδαγώγηση (Αγωγή Υγείας), Αθήνα 1991
- Ριζομυλιώτης Χ. , Μαζαράκου Ε. , «Τροχαία Ατυχήματα σε αστικούς κόμβους –Διπλωματική εργασία» Τομέας Μεταφορών και Συγκοινωνιακής Υποδομής, Ε. Μ. Π. , Αθήνα 1984
- Ρουμελιώτης Δ. , Ιατρική «Αποκατάσταση ατόμων με Ειδικές Ανάγκες», εκδ. Ιατρικές Ζ', Αθήνα 1993
- Σιμισιόγλου Σπ. , «Το ατύχημα(έναν παραλογισμό αυτοκαταστροφής σε όλους τους διαβίωσης) μια πολύπλευρη προσέγγιση», Σχολή Προληπτικής & Κοινωνικής Ιατρικής, Αθήνα, 1998
- Σταθόπουλος Π. , « Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση», έκδοση 2<sup>η</sup> ' εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
- Σύγχρονη Εγκυκλοπαίδεια «Ευρώπη Ελλάδα Κόσμος-Ενσωματωμένο Πενταλεξικό Europe-Greece-Word, εκδ. οργ. Χριστόπουλος Θ. ΑΒ. Ε. Ε. 1993
- Συναρέλλη Μ. , Δρόμοι και λιμάνια στην Ελλάδα 1830-1880, Πολιτιστικό-Τεχνολογικό Ίδρυμα ΕΤΒΑ, χ. χ

- Σώκου Κ. , «Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας, πρότυπο πρόγραμμα αλκοόλ και ατύχημα», εκδόσεις Ελλ. Γράμματα, 1993
- **Τριχόπουλος Δ. , Καλαπόθακη Α. , Πετρίδου Ε. , «Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία», εκδ. Ζ' , Αθήνα 2000**
- Τριχοπούλου Α. , Τριχόπουλος Δ. , Προληπτική Ιατρική-Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή, εκδ. Παριζιάνος, Αθήνα 1986
- Τσαρούχας Κώστας, Αλκοόλ: Ένα σκληρό ναρκωτικό, εκδ. Άγκυρα, Αθήνα 2000
- **Τσαχαγέας Χρ. Π. , Το τροχαίο ατύχημα υπό το φως της επιστημονικής έρευνας, Αθήνα 1973**
- **Τσαχαγέας Χ. Π, Βιομετρία, Αθήνα 1988**
- **Τσόχας Κ. , Πετρίδης Αγ. , Πρώτες Βοήθειες (Βασικές Γνώσεις), Εκδ. Λύχνος, χ. χ.**
- Υπουργείο Εθν. Παιδείας και Θρησκευμάτων. Διεύθυνση Σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, «Κυκλοφοριακή αγωγή-ατυχήματα. Αγωγή υγείας στα σχολεία»
- **Φραντζεσκάκης Ι. Μ και συνεργάτες ΕΠΕ, Κυκλοφοριακή Μελέτη Πόλεως Ρόδου , Έκθεση α' , 1974**
- **Φραντζεσκάκης Ι. Μ, «Οδική Ασφάλεια, σημερινή πραγματικότητα και βασικές προϋποθέσεις βελτιώσεως», επιστημονικό διήμερο για τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, Χανιά, 19-20 Ιουλίου 1991**
- **Χατζηπουλίδης Αρ. Χ. , «100 Οδηγίες Οδηγών», επιμέλεια Νίκος Γρηγοριάδης, Αθήνα 1998**

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Dr. Bacque Marie-Frederique, «Πένθος και Υγεία Άλλοτε και σήμερα», εκδόσεις Θυμάρι, Ιούλιος 2001
- Peace A. , Peace B. , «Μα γιατί δε με καταλαβαίνεις»μτφ Οικονόμου Κ. , έκδοση 3<sup>η</sup> εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα, 2000

### ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

- ΤΟ ΒΗΜΑ, Νικολακόπουλος Δ. , 19-8-1997
- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, «Τάξη στα δίκυκλα», 3-9-2000
- ΤΑ ΝΕΑ, «Περισσότεροι πεζοί θύματα τροχαίων», 4-9-1995
- ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, «5 Νεκροί την ημέρα σε τροχαίο! », 6-7-2001
- ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ εβδομαδιαία επιστημονική έκδοση Ε Ιατρικά, «Παιδικά ατυχήματα –ο εφιάλτης των μεγάλων», τεύχος 83 , Οκτώβριος 2003,

### ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ΑΥΤΟ ΜΟΤΟ SPORT(AMS), «Οδήγηση στην Τρίτη ηλικία», τεύχος 6, Μάρτιος 1992
- 4 ΤΡΟΧΟΙ, «Πίνουμε και Οδηγούμε», Παπαδόπουλος ΣΤ. Ι, τεύχος 6
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος(ΣΚΛΕ), «Κοινωνική Εργασία», τεύχος 34<sup>ο</sup> , Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος, σελ. 99-102Αθήνα 1994

- **Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ),  
»Κοινωνικός Λειτουργός-Θέματα Κοινωνικής Εργασία και  
Πρόνοιας», τεύχος 1, Ιανουάριος, Φεβρουάριος, Μάρτιος,  
Αθήνα 2004**
- **Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ),  
»Κοινωνικός Λειτουργός-Θέματα Κοινωνικής Εργασία και  
Πρόνοιας», τεύχος 2, Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος, Αθήνα 2004**
- **Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ),  
»Κοινωνικός Λειτουργός-Θέματα Κοινωνικής Εργασία και  
Πρόνοιας», τεύχος 3, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος Αθήνα  
2004**
- **Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ),  
»Κοινωνικός Λειτουργός-Θέματα Κοινωνικής Εργασία και  
Πρόνοιας», τεύχος 4,  
Οκτώβριος, Νοέμβρης, Ιανουάριος, Αθήνα 2004**

### INTERNET

- [www.patrastoday.gr](http://www.patrastoday.gr)
- [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)
- [www.efthita.gr](http://www.efthita.gr)
- [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
- [www.paidiatros.gr](http://www.paidiatros.gr)
- [www.e-go/autokinhto.gr](http://www.e-go/autokinhto.gr)
- [www.asfaleia.gr](http://www.asfaleia.gr)
- [www.asxetos.gr](http://www.asxetos.gr)
- [www.bloka.gr](http://www.bloka.gr)

- [www.elpa.gr](http://www.elpa.gr)
- [www.who.dk](http://www.who.dk)