

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

ΘΕΜΑ

«ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.

**ΑΙΤΙΑ, ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.»**

Μετέχουσα Σπουδάστρια
ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ ΣΟΦΙΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Κα ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΩ

Εργασία για τη λήψη του πτυχίου στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της
Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών

ΠΑΤΡΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2005





ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια κα Γεωργίου Διαμάντω για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Οι γνώσεις και κατευθύνσεις που παρείχε κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μας ήταν ιδιαίτερα σημαντικές.

Επιπλέον, ευχαριστώ τις εξής συναδέλφους:

Κα Δουρουδή Τούλα, Κοινωνική Λειτουργός στο Νοσοκομείο Παιδών «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού»,

κα Αγγελάκου Σπυριδούλα, συνάδελφος στο Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας στη Σπάρτη,

κα Πρελορέντζου Πόλυ, Κοινωνική Λειτουργός στο Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων,

καθώς και το προσωπικό του Τ.Ο.Τ.Α. (Τμήμα Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων) της Διεύθυνσης Τροχαίας Αττικής,

για τις χρήσιμες πληροφορίες και το υλικό που μου παραχώρησαν προκειμένου να διεκπεραιωθεί η μελέτη μου.

Τέλος, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τον αγαπημένο μου, που με στήριζαν συναισθηματικά και υλικά καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	5-9
Πρόλογος	
Εισαγωγή	
Σκοπός μελέτης	
Ορισμοί Όρων	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	10-82
Α. Αίτια.....	11-13
α. Ο Άνθρωπος- Οδηγός	
β. Το Όχημα	
γ. Το Οδικό Δίκτυο	
Β. Συνέπειες.....	14-19
α. Κοινωνικο- οικονομικές Συνέπειες	
β. Ψυχосυναισθηματικές και άλλες Δευτερογενείς Συνέπειες	
Γ. Τροχαίο Ατύχημα και Παιδί.....	20-30
α. Το παιδί πεζός	
1. Ο χάρτης των δικαιωμάτων του πεζού	
β. Το παιδί οδηγός	
γ. Το παιδί επιβάτης	
Δ. Αποκατάσταση.....	31-49
α. Η αντιμετώπιση του τραυματία μετά το ατύχημα	
β. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Αποκατάσταση	
γ. Κέντρα Αποκατάστασης	
1. Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.)	
δ. Ημερήσιες Μονάδες Αποκατάστασης	
1. Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας	
Ε. Πρόληψη.....	50-67
α. Ενεργητική πρόληψη	
β. Παθητική πρόληψη	
γ. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων	
δ. Η διδασκαλία της Κυκλοφοριακής Αγωγής στα σχολεία	
ε. Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Π.Α.)	

ΣΤ. Οδική Ασφάλεια.....	68-82
α. Παγκόσμια Ημέρα Οδικής Ασφάλειας	
β. Προγράμματα δράσης για την οδική ασφάλεια	
γ. Οι θέσεις του Συνδέσμου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων για την οδική ασφάλεια	
δ. Συμβουλές για την οδική σας ασφάλεια	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
Μεθοδολογία.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
Συμπεράσματα.....	84-85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Προτάσεις.....	86-88
Βιβλιογραφία.....	89-93
Παράρτημα	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τροχαία ατυχήματα, αποτελούν για την Παγκόσμια κοινότητα, την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, και κατά μείζονα λόγο για τη χώρα μας, Εθνικό και Κοινωνικό πρόβλημα άμεσης αντιμετώπισης.

Στην Παγκόσμια Κοινότητα, καταγράφονται ένα εκατομμύριο θανατηφόρα οδικά ατυχήματα ετησίως (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σημειώνονται 3,5 εκατομμύρια οδικά ατυχήματα με 42.000 νεκρούς και 1,7 εκατομμύρια τραυματίες, εκ των οποίων το 10 – 12% θα περιπέσουν σε μόνιμες αναπηρίες (οι αριθμοί αυτοί είναι υποτιμημένοι λόγω πλημμελούς καταγραφής).

Στην Ελλάδα, κατά μέσο όρο, σημειώνονται 22.000 οδικά ατυχήματα, με 2.100 νεκρούς και 32.000 τραυματίες, εκ των οποίων 3.200 έως 3.500 άτομα απολήγουν σε μόνιμες αναπηρίες. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε 24ωρο έχουμε 6 νεκρούς και 67 τραυματίες, από Τροχαία Ατυχήματα.

Χαρακτηριστικά, έχει αποδειχθεί ότι ο συνολικός αριθμός νεκρών και τραυματιών στη χώρα μας από τους δύο Παγκόσμιους Πολέμους, τους Βαλκανικούς και της Κύπρου, είναι μικρότερος από το συνολικό αριθμό των νεκρών και των τραυματιών που προέκυψαν από τα τροχαία ατυχήματα για την χρονική περίοδο από το 1964 έως το 2000.

Όλα αυτά δεν μπορούν να αφήνουν ασυγκίνητο τον κάθε σκεπτόμενο πολίτη, τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τον Κοινωνικό Λειτουργό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της πτυχιακής μου εργασίας το επέλεξα στην αρχή της εξάμηνης πρακτικής μου άσκησης στο Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού». Προτού ξεκινήσω την πρακτική άσκηση είχα συλλέξει σχεδόν ολόκληρο το υλικό για τη συγγραφή εργασίας με άλλο θέμα.

Αποφάσισα λοιπόν να διερευνήσω το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων, όταν ασχολήθηκα στο νοσοκομείο με περιπτώσεις παιδιών που είχαν πέσει θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Για να αποκτήσετε μια εικόνα, σας αναφέρω ενδεικτικά κάποια από αυτές.

Ο Ρ. είναι 14 ετών και τραυματίστηκε σοβαρά όταν οδηγούσε νύχτα το ποδήλατό του σε πολυσύχναστη οδό της Αθήνας και εκτινάχτηκε στο έδαφος όταν συγκρούστηκε με διερχόμενο όχημα. Ο Ρ. υπέστη κρανιοεγκεφαλική κάκωση και βαρύ κάταγμα γονάτου. Νοσηλεύτηκε για ένα μήνα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και αργότερα μεταφέρθηκε στη Χειρουργική Κλινική. Η σοβαρότητα της κατάστασης ήταν ο λόγος που με ευαισθητοποίησε ιδιαίτερα απέναντι στο παιδί. Έτσι, καθημερινά παρακολουθούσα την πορεία της υγείας του Ρ. και διερευνούσα το σημαντικό πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων.

Αρχικά συλλέγοντας πληροφορίες για τα αίτια που προκαλούν τα ατυχήματα διαπίστωσα ότι τα ατυχήματα δεν οφείλονται σε καμία περίπτωση σε έλλειψη καλής τύχης, οπότε δεν πρέπει να λέγονται ατυχήματα ή δυστυχήματα. Επίσης, ένα τροχαίο ατύχημα δεν είναι ένα απρόβλεπτο γεγονός. Και ό,τι μπορεί να προβλεφθεί, μπορεί και να προληφθεί. Έτσι και η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων είναι κατορθωτή μέσα από μέτρα που σχετίζονται με τους παράγοντες που τα συνθέτουν. Ο βασικότερος παράγοντας του ατυχήματος είναι ο οδηγός. Η βελτίωση της συμπεριφοράς του μπορεί να αποτελέσει την κυριότερη συνισταμένη μείωσης των ατυχημάτων και να συντελέσει στην αύξηση του βαθμού οδικής ασφάλειας γενικά.

Από τη στιγμή που συμβεί το ατύχημα και έπειτα, ο τραυματίας έχει ανάγκη από περίθαλψη και αποκατάσταση, για την καλύτερη έκβαση του τραυματισμού του και την αποφυγή της αναπηρίας. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η σωστή αντιμετώπιση σε όλες τις φάσεις της περίθαλψης (προνοσοκομειακή, νοσηλεία, αποκατάσταση).

Μετά από τρεις μήνες παραμονής στο νοσοκομείο, η κατάσταση του Ρ. είχε βελτιωθεί αρκετά. Το προσωπικό του νοσοκομείου αντιμετώπισε

το παιδί με τον καλύτερο τρόπο. Μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας έλαβα οικονομική στήριξη από σύλλογο για την αγορά αναπηρικού καροτσιού για τον Ρ. Οι γιατροί εξέφραζαν την ανησυχία τους ότι ο Ρ. δε θα απέφευγε την αναπηρία. Για την αποκατάσταση του παιδιού ήταν πολύ δύσκολο να βρεθεί δημόσιο Κέντρο κατάλληλο για την ηλικία του. Με τους συναδέλφους του νοσοκομείου πιάσαμε το προσωπικό του Εθνικού Ιδρύματος Αποκατάστασης Αναπήρων να δεχτούν το Ρ., παρόλο που δέχονται άτομα άνω των 16 ετών. Έτσι, επισκέφτηκε το παιδί φυσίατρος του Ιδρύματος για να το εξετάσει και αποφάσισε να τοποθετήσει το παιδί στο κέντρο για αποκατάσταση. Με τις υπηρεσίες του Ε.Ι.Α.Α. ο Ρ. κατόρθωσε να περπατήσει ξανά και με λογοθεραπεία αποκαταστάθηκε και η ομιλία του.

Συγκλονιστική για μένα ήταν η συνέντευξη που είχα με έναν πατέρα που έχασε το υιό του σε τροχαίο δυστύχημα. Σας παραθέτω τη μαρτυρία του:

«...Έχουν περάσει ήδη 7 χρόνια από τότε... Όσα χρόνια όμως και να ζήσω ακόμα, εκείνη η νύχτα δεν θα βγει ποτέ από το μυαλό μου. Ένα τροχαίο, που παίρνει μακριά ένα μέλος της οικογένειάς σου σε σημαδεύει για πάντα.... Ο πόνος, ο θυμός και η πικρία ξεχειλίζουν ακόμα, κι ας έχουν περάσει 7 ολόκληρα χρόνια από τότε. Το τροχαίο δυστύχημα είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα, όπως τα ναρκωτικά, το αλκοόλ... Δεν το καταλαβαίνεις όμως μέχρι το «πρόβλημα» να σου χτυπήσει και τη δική σου πόρτα...

Τότε έρχεσαι αντιμέτωπος με απίστευτες καταστάσεις... Μαϊμού διπλώματα, ολιγορία αστυνομικών, αυτόπτες μάρτυρες που φοβούνται τελικά να καταθέσουν.... Ασφαλιστικές εταιρείες που προσπαθούν με κάθε τρόπο να διασφαλίσουν τα συμφέροντά τους... Προσωπικά, πέρασα ένα γολγοθά μέχρι να βρω στοιχεία. Έφτασα στο σημείο να κάνω τον ντετέκτιβ. Η διαδικασία από τη στιγμή που θα γίνει το τροχαίο και μετά, έχει πολλά κενά. Πρώτα πάει στον τόπο του δυστυχήματος το ΕΚΑΒ, μετά η πυροσβεστική να «ξεπλύνει» τα αίματα και κατά συνέπεια και τα στοιχεία και τρίτη η τροχαία για να μετρήσει και να βγάλει το πόρισμα. Είναι δυνατόν να μη γίνουν λάθος εκτιμήσεις; Και μετά η υπόθεση πάει στα δικαστήρια. Εκεί ο δικαστής καλείται να καταλάβει τι ακριβώς έχει συμβεί, την ίδια ώρα που μπορεί να μην ξέρει καν να οδηγεί...»

Η ενασχόλησή μου με αυτό το θέμα με έκανε να αποκομίσω πολλές εμπειρίες και να διαπιστώσω ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί και οφείλει να εμπλακεί τόσο στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, όσο και στην αποκατάσταση των τραυματιών.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η επιλογή του θέματος είχε σαν κίνητρο την επιθυμία της σπουδάστριας για τη διερεύνηση του προβλήματος των τροχαίων ατυχημάτων.

Σκοπός της μελέτης λοιπόν ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν τα τροχαία ατυχήματα και των τρόπων πρόληψής τους, με **επιμέρους στόχο** το βαθμό αποτελεσματικότητας της εμπλοκής του Κοινωνικού Λειτουργού στην Πρόληψη των ατυχημάτων και την Αποκατάσταση των τραυματιών.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Οδικό τροχαίο ατύχημα (με σωματικές βλάβες) : Θεωρείται το συμβάν που γίνεται στους δρόμους ή στις πλατείες, που είναι ελεύθερες στη δημόσια χρήση (όχι σε αυλές, βιομηχανικούς χώρους, αμαξοστάσια των επιχειρήσεων μεταφορών κλπ.), με συμμετοχή σε αυτό ενός ή περισσοτέρων οχημάτων, από τα οποία το ένα τουλάχιστον βρισκόταν σε κίνηση κατά τη στιγμή του ατυχήματος και είχε ως αποτέλεσμα τον θάνατο ή τον τραυματισμό προσώπου ή προσώπων.

Νεκρός : Θεωρείται το πρόσωπο εκείνο, του οποίου ο θάνατος, επέρχεται την ίδια στιγμή και μέσα σε διάστημα 30 ημερών από αυτό (τον ορισμό αυτό ακολουθεί η Ελλάδα από 1-1-1996).

Τραυματίας : Θεωρείται το παθόν πρόσωπο, που υπέστη σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του.

Σοβαρά τραυματίας : Θεωρείται το παθόν πρόσωπο, που υπέστη σοβαρή βλάβη, όπως κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ακρωτηριασμό, πολλαπλό τραυματισμό με αποτέλεσμα το άτομο να χάσει την διανοητική του επαφή με το περιβάλλον και να κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του.

Ελαφρά τραυματίας : Θεωρείται το παθόν πρόσωπο, που υπέστη απλή σωματική κάκωση, μη ικανή να θέσει την ζωή του σε κίνδυνο.

Όχημα : Στα οχήματα, για την παρακολούθηση του στατιστικού αντικειμένου, περιλαμβάνονται τα αυτοκίνητα οχήματα, τα ηλεκτροκίνητα λεωφορεία (τρόλεϋ), οι μοτοσικλέτες, τα ποδήλατα και μοτοποδήλατα, τα αγροτικά μηχανήματα, τα μηχανήματα οδοποιίας και οι χειράμαξες. Στα οχήματα δεν περιλαμβάνονται οι σιδηρόδρομοι, εκτός αν στο ατύχημα συμμετέχει όχημα μιας (1) από τις παραπάνω κατηγορίες, οπότε και οι σιδηρόδρομοι θεωρούνται οχήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

A. ΑΙΤΙΑ

Η λήψη ενδεδειγμένων και αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη και μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, προϋποθέτει την πλήρη διερεύνηση των ατυχημάτων για τον ακριβή εντοπισμό των αιτίων τους. Η διερεύνηση αυτή δεν είναι τόσο εύκολη, καθώς ένα τροχαίο ατύχημα σπάνια αποδίδεται αποκλειστικά σε έναν μόνο παράγοντα. Είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γεγονότων και καταστάσεων. Η ενοχοποίηση ενός μόνο παράγοντα σαν αιτίου του ατυχήματος μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένες εκτιμήσεις και συμπεράσματα.

Οι παράγοντες που συνθέτουν το τροχαίο ατύχημα είναι οι εξής:

- α. Ο άνθρωπος-οδηγός,
- β. Το όχημα και
- γ. Το οδικό δίκτυο.

α. Ο άνθρωπος-οδηγός.

Στην κατηγορία των αιτίων που σχετίζονται με τον άνθρωπο, ανήκουν:

- 1) Η ανεπαρκής γνώση κανόνων οδικής κυκλοφορίας,
- 2) Οι λάθος χειρισμοί των οργάνων του οχήματος, πράγμα που δηλώνει την κακή εκπαίδευση του οδηγού,
- 3) Παράγοντες που ελαττώνουν την ικανότητα οδήγησης, είτε
 - A. *Μακροπρόθεσμα*:
 - α. απειρία,
 - β. ηλικία,
 - γ. νόσος και αναπηρία,
 - δ. επιρρέπεια σε ατύχημα,
 - ε. αλκοολισμός και
 - στ. κατάχρηση φαρμάκων, είτε
 - B. *Βραχυπρόθεσμα*:
 - α. υπνηλία,
 - β. κόπωση,

- γ. οξεία μέθη,
- δ. ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων,
- ε. γαστρικός φόρτος,
- στ. οξεία ψυχική επιβάρυνση,
- ζ. παροδική απόσπαση προσοχής, συχνά λόγω της χρήσης κινητού τηλεφώνου κατά τη διάρκεια της οδήγησης.

4) Αντικανονική οδήγηση λίγο πριν συμβεί το ατύχημα.

Περιλαμβάνονται:

- α. Υπερβολική ταχύτητα,
- β. παραβίαση προτεραιότητας,
- γ. αντικανονικό προσπέρασμα,
- δ. κίνηση στο αντίθετο ρεύμα της κυκλοφορίας,
- ε. αντικανονική στροφή,
- στ. παραβίαση σηματοδότησης,
- ζ. μη τήρηση απόστασης ασφαλείας,
- η. αντικανονική αλλαγή λωρίδας κυκλοφορίας.

5) Ανυπακοή στους κανόνες ασφαλούς μεταφοράς του παιδιού με το αυτοκίνητο. Συχνά οι γονείς αφήνουν το παιδί τους να κάθεται σε λάθος θέση (στο μπροστινό κάθισμα) ή δε χρησιμοποιούν τα παιδικά καθίσματα και τη ζώνη ασφαλείας.

6) Ο τρόπος ζωής του οδηγού.

Οι άνθρωποι οδηγούν όπως ζουν. Αναμφίβολα, ο τρόπος ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την οδική συμπεριφορά, η οποία με τη σειρά της είναι ο κύριος παράγοντας πρόκλησης ατυχημάτων.

Στον ελληνικό τρόπο ζωής, περισσότερο από άλλες χώρες, ο άλλος είναι ανύπαρκτος. Επομένως και στην οδική κυκλοφορία προσπερνώ, σταματώ, καταλαμβάνω μόνιμα τη λωρίδα ταχείας κυκλοφορίας σα να μην υπάρχει άλλος. Ο δρόμος είναι μόνο δικός μου. Η παρανομία συνηθέστατα αμείβεται, ποτέ δεν έχει συνέπειες για όσους έχουν εξουσία και δύναμη και επιβεβαιώνει τα δύο τελευταία στοιχεία. Επομένως, παρανομώντας και περιφρονώντας τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας δείχνω ότι έχω δύναμη, εξουσία και «καπατσωσύνη». Η εξουσία δεν έχει καμία αξιοπιστία και πρακτικά δε λαμβάνουμε υπόψη αυτά που υποστηρίζει και εξαγγέλλει. Και όχι μόνο αυτό αλλά, μετά από επώδυνες εμπειρίες, έχουμε διαπιστώσει ότι η εξουσία μας εξαπατά περνώντας διάφορους νόμους με κοινωφελή μεταμφίεση. Έτσι, ακόμα και ένας λειτουργικός νόμος όπως είναι ο Κ.Ο.Κ., χάνει σε αξιοπιστία και εγκυρότητα, τοποθετούμενος κι αυτός στα γενικότερα κλισέ και διαπιστώσεις. Η ελληνική κοινωνία, πολύ περισσότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες είναι μια κοινωνία αλληλοβασανισμού των

πολιτών και μάλιστα χωρίς κανένα ορθολογικό λόγο και συμφέρον. Ο αλληλοβασανισμός αυτός περνά και στην οδική μας συμπεριφορά η οποία προσφέρει μεγάλο φάσμα δυνατοτήτων. Η αυτοδικαιολογία, σε όλες της τις μορφές, αποτελεί πια εθνικό σπορ. Εγώ δεν φταίω ποτέ, εγώ έχω πάντα κάποια δικαιολογία, εγώ δικαιούμαι να παραβαίνω στοιχειώδεις κανόνες ασφαλούς οδήγησης. Φταίει πάντα οι άλλοι, το Κράτος, ο Υπουργός, η Αστυνομία, το σύστημα γενικά.

β. Το όχημα

Στην κατηγορία των αιτίων που έχουν σχέση με το όχημα, εντάσσονται:

1) Η κακή τεχνική και μηχανολογική του κατάσταση. Για παράδειγμα, βλάβη ή ελαττωματικότητα τροχών, έλλειψη φώτων ή αντικανονικά φώτα βλάβη ή ελαττωματικότητα συστήματος οδήγησης.

2) Η απουσία περιοδικού ελέγχου και συντήρησης του οχήματος. Τα Κ.Τ.Ε.Ο. και ο πλημμελής έλεγχος που γίνεται σ' αυτά είναι αιτία ατυχήματος, τη στιγμή που στην κυκλοφορία εμπλέκονται κακοσυντηρημένα οχήματα με επικίνδυνες ελλείψεις.

3) Η παλαιότητα του οχήματος. Τα οχήματα παλαιάς τεχνολογίας αυξάνουν τις πιθανότητες τραυματισμού των επιβαινόντων σε αυτά. Κι αυτό διότι δεν υπάρχουν τα σύγχρονα συστήματα διευκόλυνσης του οδηγού. Επιπλέον, απουσιάζουν από τα πίσω καθίσματα οι ζώνες ασφαλείας και τα στηρίγματα κεφαλής.

γ. Το οδικό δίκτυο

Τέλος, στην κατηγορία των αιτίων που σχετίζονται με την κατάσταση του οδικού δικτύου, περιλαμβάνονται:

1) Η αρχιτεκτονική κατασκευή του δρόμου. Υπάρχουν αρκετά προβλήματα, όπως: πολλές στροφές, κακή ορατότητα, επικίνδυνες διασταυρώσεις, καθώς και αμετακίνητα αντικείμενα και εμπόδια κοντά στο κράσπεδο, όπως δέντρα και κολώνες.

2) Η ποιότητα κατασκευής του οδοστρώματος. Οι λακκούβες και ο κακής ποιότητας ασφαλτοτάπητας, ευθύνονται για μεγάλο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων.

3) Η ελλιπής σήμανση των οδών σε καίρια σημεία. Αξιοσημείωτο είναι το ότι πολλά από τα επικίνδυνα σημεία των δρόμων διαπιστώνονται από τους οδηγούς, όχι από προειδοποιητικά σήματα, αλλά από μικρά εικονοστάσια που έχουν τοποθετηθεί εκεί από συγγενείς παθόντων! Η τοποθέτηση του εικονοστασίου γίνεται από ευγνωμοσύνη σε περίπτωση σωτηρίας και για τη μνήμη του απολεσθέντα σε περίπτωση θανάτου.

4) Ο ακατάλληλος φωτισμός των οδών. Αρκετά από τα τροχαία ατυχήματα έχουν συμβεί τη νύχτα και λόγω ανυπαρξίας ή ακατάλληλου φωτισμού.

5) Η ανεπαρκής συντήρηση του δικτύου τόσο εντός των πόλεων, όσο και στο επαρχιακό και το εθνικό δίκτυο.

6) Η ανυπαρξία προστατευτικών μέσων, όπως η έλλειψη διαχωριστικών κατευθύνσεων είναι ένας από τους κύριους παράγοντες πρόκλησης οδικών ατυχημάτων.

Το ποσοστό ευθύνης για τον καθένα από τους παραπάνω παράγοντες χωριστά, δεν είναι σταθερό. Πάντως, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στο ατύχημα έχει ο άνθρωπος, γύρω στο 92%, και από 4% περίπου το όχημα (Ιωάννης Τάκος, Διευθυντής Διεύθυνσης Τροχαίας του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας). Κατά την προσωπική μου άποψη, αποκλειστικά υπαίτιος για το τροχαίο ατύχημα είναι ο άνθρωπος, που ευθύνεται για την κανονική οδήγηση, την καλή συντήρηση του οχήματός του και τη σωστή πορεία σε δρόμους μειωμένης ασφαλείας.



B. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα από τροχαία ατυχήματα, εκτός από τους τραυματίες και νεκρούς, κατά μέσο όρο έχουμε ετήσιο κοινωνικοοικονομικό κόστος 1 δις ευρώ. Το κόστος αυτό ορίζεται σαν το κόστος αποζημιώσεων θετικών ζημιών (υλικές ζημιές, σωματικές βλάβες) και αποθετικών ζημιών (απώλεια εισοδήματος, ηθική βλάβη κλπ). Ο κοινωνικός αντίκτυπος μιας ζημίας προκύπτει από την απώλεια ανθρώπινου δυναμικού και από το αυξημένο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στα ανωτέρω ποσά δεν συνυπολογίζεται η απώλεια ανθρώπινης ζωής, η οποία σαν αγαθό έχει ανεκτίμητη αξία.

α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων είναι παγκόσμιο. Διεθνώς εκτιμάται ότι αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο. Άξιο μνείας είναι το γεγονός ότι, το 90% των θανάτων από καταστροφικές αιτίες σε όλο τον κόσμο οφείλονται σε συγκοινωνιακά ατυχήματα. Σε ετήσια βάση σε όλο τον κόσμο οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα φθάνουν στα 1,6 εκατομμύρια άτομα και οι τραυματίες σε 15-20 εκατομμύρια. Η παγκόσμια τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπολογίζουν το ετήσιο κόστος σε 500 δισεκατομμύρια δολάρια.

Το όλο πρόβλημα των μεταφορών για την Ευρωπαϊκή Ένωση εστιάζεται στις μετακινήσεις με αυτοκίνητο. Μέχρι το 2010, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, θα γίνουν με αυτοκίνητο περισσότερα από 35 δισεκατομμύρια χιλιόμετρα.

Αυτό καταδεικνύει ότι στην Ευρώπη περίπου το 70% των μεταφορών ανθρώπων και αγαθών πραγματοποιούνται οδικά, τοποθετώντας έτσι το αυτοκίνητο στο κέντρο των συζητήσεων που αφορούν στις μεταφορές, με ιδιαίτερη έμφαση στα θέματα οδικής ασφάλειας.

Η παράμετρος αυτή όπως εξελίσσεται φανερώνει ότι το πρόβλημα της οδικής ασφάλειας και κυκλοφορίας έπαψε να αποτελεί τοπικό πρόβλημα, έχει αναχθεί σε διεθνές και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Η ελεύθερη μετακίνηση των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλες τις χώρες της, αυξάνει τις πιθανότητες εμπλοκής πολιτών μιας χώρας σε τροχαίο ατύχημα στο έδαφος οποιασδήποτε άλλης. Αυτή η διάσταση του προβλήματος, μας υποχρεώνει να αναζητήσουμε τρόπους επίλυσης των θεμάτων που δημιουργούνται, είτε αυτά αφορούν στην

χώρας σε τροχαίο ατύχημα στο έδαφος οποιασδήποτε άλλης. Αυτή η διάσταση του προβλήματος, μας υποχρεώνει να αναζητήσουμε τρόπους επίλυσης των θεμάτων που δημιουργούνται, είτε αυτά αφορούν στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, είτε στην καταβολή αποζημιώσεων, είτε σε άλλη παράμετρο.

Σοβαρές είναι οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες των τροχαίων ατυχημάτων. Οι πρώτες ανάγονται στην οικονομική απώλεια που προκαλείται από το ατύχημα. Διάφοροι ερευνητές, κατά καιρούς έχουν περιλάβει πολλά στοιχεία στην κοστολόγηση αυτών των δαπανών που μπορούν να συνοψισθούν:

- α) Στις υλικές ζημιές των οχημάτων που εμπλέκονται στο ατύχημα, καθώς και τις υλικές ζημιές προς τρίτους.
- β) Στα έξοδα νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης,
- γ) Στην αξία του εργάσιμου χρόνου που απώλεσε το τραυματισμένο άτομο.
- δ) Στην αξία του χρόνου που απώλεσαν λόγω καθυστερήσεων από το ατύχημα οι άλλοι οδηγοί.
- ε) Στην απώλεια της χρήσης του αυτοκινήτου του ατυχήματος.
- στ) Στις διάφορες διοικητικές δαπάνες, όπως τα δικαστικά έξοδα, τα έξοδα της Αστυνομίας, τα διοικητικά έξοδα των ασφαλιστικών εταιρειών κ.λ.π.

Διαφορετικά είναι τα οικονομικά μεγέθη στις περιπτώσεις των ατυχημάτων που έχουν σαν αποτέλεσμα τον θάνατο προσώπου ή την πλήρη ανικανότητα του. Στις περιπτώσεις αυτές προστίθεται ένας ακόμα παράγοντας, η αξία της ανθρώπινης ζωής.

Το μέγεθος του προβλήματος καταδεικνύεται σαφώς και από το γεγονός ότι στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για τον θάνατο σχεδόν 120 Ευρωπαίων Πολιτών κάθε ημέρα. Σε ετήσια βάση τα θύματα στην Ένωση είναι περίπου συνολικά 50.000, και οι τραυματίες, συνολικά, ανέρχονται σε 1.500.000.

Σήμερα μόνο στην Ελλάδα τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για το θάνατο 5 ανθρώπων ημερησίως ενώ κάθε χρόνο σκοτώνονται περισσότερα από 1500 άτομα και τραυματίζονται συνολικά πάνω από 20.000 άτομα.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο αριθμός των νεκρών από τα οδικά ατυχήματα παρουσίασε μία θεαματική πτώση της τάξης 30% κατά την περίοδο από το έτος 1980 έως το 1997.

Κατά την ίδια χρονική περίοδο (80-97), η συντριπτική πλειοψηφία των κρατών (14 από τα 15) παρουσίασαν μείωση του αριθμού των νεκρών από οδικά ατυχήματα. Η μοναδική χώρα που αποτέλεσε την

εξαιρέση υπήρξε η Ελλάδα όπου ο αριθμός των νεκρών αυξήθηκε.

Ο μοναδικός παράγοντας που αμβλύνει την αίσθηση αυτής της επιδείνωσης του επιπέδου Οδικής Ασφάλειας είναι η αύξηση στο τριπλάσιο του στόλου των κυκλοφορούντων οχημάτων στη χώρα μας κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Οι νεκροί, οι τραυματίες και οι υλικές ζημιές των οδικών ατυχημάτων έχουν ένα τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος το οποίο ανέρχεται σε 70 δις EURO περίπου κατ' έτος στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο περιορισμός τους αποτελεί προτεραιότητα τόσο για την Ε.Ε. όσο και για κάθε μέλος της χωριστά.

Το κοινωνικο-οικονομικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων, σε ετήσια βάση, υπολογίζεται:

Για την Ε.Ε. σε 160 δις Ευρώ (54,5 τρις δρχ).

Για την Ελλάδα σε 2.500.000 Ευρώ (» 850 δις δρχ) μόνο για την απώλεια ζωής (νεκροί).

Ο αριθμός αυτός είναι πλήρως υποτιμημένος διότι δεν περιλαμβάνει το κόστος των τραυματιών και του ανθρωπίνου κεφαλαίου – (απωλεσθέν παραγωγικό έργο – πόνος, θλίψη, οδύνη) και άλλων παραμέτρων, τα οποία συνεκτιμούμενα ανέρχονται σε 1 δις Ευρώ.

Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα νεοπλάσματα, η θνησιμότητα από τα οδικά τροχαία ατυχήματα αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου και μια από τις σοβαρότερες πηγές νοσηρότητας και αναπηρίας σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης. Λόγω της μεγάλης επίπτωσης στην παιδική, νεανική και πρώτη ώριμη ηλικία, η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες αυτές. Στην Ελλάδα κύρια αιτία θανάτου στην ηλικία 15-19 ετών αποτελούν τα οδικά τροχαία ατυχήματα στα οποία οι νέοι συμμετέχουν είτε ως επιβάτες είτε ως οδηγοί.

Οι συχνότερες κακώσεις που προκαλούνται από τροχαία ατυχήματα είναι οι εξής:

1. Κρανιοεγκεφαλικές που είναι θανατηφόρες σε ποσοστό 85% και σχετίζονται κυρίως με δίκυκλα των οποίων οι οδηγοί δεν φορούν κράνος.
2. Θλάσεις και κατάγματα των άκρων ποδών και κνημών.
3. Κατάγματα της περιοχής του γονάτου και του ισχίου.
4. Βλάβες του θώρακα, πνευμόνων, καρδιάς και μεγάλων αγγείων, κατάγματα του στέρνου και των πλευρών.
5. Ρήξεις σπλάχνων και αιμορραγίες.
6. Κατάγματα στα άνω άκρα (ώμος, αγκώνας, καρπός).

Το κοινωνικο-οικονομικό κόστος, με οποιαδήποτε μέθοδο κι αν αποτιμηθεί (ανθρώπινος πόνος και δυστυχία, μόνιμη αναπηρία και απώλεια οικονομικών πόρων, αριθμός θανάτων και αναπηρικών καταστάσεων, χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής, κόστος θεραπείας και αποκατάστασης), είναι ιδιαίτερα υψηλό. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι το κόστος των τροχαίων ατυχημάτων στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι διπλάσιο από τον ετήσιο προϋπολογισμό της.

β. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Απώλεια μνήμης, κατάθλιψη, ανορεξία και σεξουαλικά προβλήματα, ακόμη και η σκέψη της αυτοκτονίας βασανίζουν τα άτομα που τραυματίζονται σοβαρά σε τροχαία ατυχήματα αλλά και τις οικογένειές τους, για πολλά χρόνια μετά το ατύχημα. Πολλοί από αυτούς δεν θα το ξεπεράσουν ποτέ. Η πτώση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου διαβίωσης είναι δραματική, ενώ η ψυχολογική επιβάρυνση των οικογενειών των θανόντων ή αυτών που καθίστανται ανάπηροι είναι μακροχρόνια και αιτία εμφάνισης πολλών διαταραχών.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις αποτελούν μερικά μόνο από τα συμπεράσματα έρευνας που διεξήχθη πρόσφατα από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Θύματων Τροχαίων Ατυχημάτων για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό την εξακρίβωση των δευτερογενών συνεπειών των τροχαίων ατυχημάτων στα θύματα και στους συγγενείς τους και τη χάραξη συγκεκριμένης πολιτικής για την αντιμετώπιση αυτών των συνεπειών.

· Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια καταγραφή, βάσει ερωτηματολογίου που δόθηκε στα θύματα και στους συγγενείς τους, των αλλαγών που προκάλεσε το ατύχημα στην πορεία της ζωής τους, στις σχέσεις τους μέσα στην οικογένεια, με φίλους και συναδέλφους, στην επαφή τους με ψυχοτρόπα φάρμακα και στη δυνατότητα να απολαμβάνουν τη ζωή.

· Ως προς τις δευτερογενείς συνέπειες των ατυχημάτων, σύμφωνα, πάντα, με την έρευνα, περίπου τα μισά θύματα δήλωσαν ότι η κατάστασή τους -ψυχολογική και σωματική- σταθεροποιήθηκε μέσα σε τρία χρόνια, ενώ για τους υπόλοιπους αυτό συνέβη πολύ αργότερα ή και καθόλου.

Εξάλλου, το 72% των συγγενών θανόντων, έως και για τρία χρόνια μετά το ατύχημα, χάνει το ενδιαφέρον του για τις καθημερινές δραστηριότητες -επαγγελματική εργασία, δουλειές του σπιτιού, μελέτη- και αντιμετωπίζει σεξουαλικά προβλήματα, ενώ το 37% σκέφτεται

ακόμη και την αυτοκτονία.

· Επίσης, το 70% παρουσιάζει δυσκολίες στην οδήγηση, το 49% χάνει γενικά την αυτοπεποίθησή του, το 46% έχει τάσεις μελαγχολίας, το 27% φοβίες, το 35% διαταραχές φαγητού, ενώ το 78% αναπτύσσει αισθήματα θυμού και το 71% μνησικακίας. Μετά την παρέλευση τριών χρόνων, τα παραπάνω ποσοστά μειώνονται μόνο κατά δέκα ποσοστιαίες μονάδες, ένδειξη μακροχρόνιας και σε κάποιες περιπτώσεις μόνιμης διαταραχής. Οι συγγενείς των ανάπηρων θυμάτων παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα, με εξαίρεση την τάση για αυτοκτονία. Παραδόξως, τα ίδια τα θύματα φαίνεται να είναι ελαφρώς καλύτερα ψυχολογικά από τους συγγενείς τους, ιδιαίτερα όσον αφορά τη φοβία, τις διαταραχές τροφής, το θυμό και την πικρία. Μετά τα τρία χρόνια, πάντως, τα ποσοστά -για θύματα και συγγενείς- σε όλες τις κατηγορίες συμπτωμάτων, αντί να μειώνονται, αυξάνονται κατά 5 μονάδες!

· Για το 84% των συγγενών των θανόντων θυμάτων, η ικανότητα να απολαύσει τη ζωή όπως πριν από το ατύχημα εξαφανίζεται απελπιστικά, ακόμη και μετά την παρέλευση των τριών χρόνων, ενώ για πολλούς η απώλεια αυτή θα είναι μόνιμη.

· Μικρότερο ωστόσο είναι το ποσοστό στους συγγενείς ανάπηρων θυμάτων (68%) και στους ίδιους τους ανάπηρους (54%), ενώ περίπου το 50% των παραπάνω καταναλώνει περισσότερα ψυχοτρόπα προϊόντα (ηρεμιστικά, υπνωτικά χάπια, αλκοόλ) απ' ό,τι πριν το περιστατικό.

· Όσον αφορά τις σχέσεις με τους φίλους και με τις οικογένειές τους, η έρευνα έδειξε πως στο 23% των συγγενών των θανόντων χειροτέρευσαν, αλλά στο 20% καλυτέρευσαν. Για την πλειοψηφία δε των συγγενών των αναπήρων και των ίδιων των θυμάτων, οι κοινωνικές τους σχέσεις δεν παρουσιάζουν μεταβολές.

Σωματικές συνέπειες:

Συμπτώματα σωματικά, τόσο για τα θύματα των ατυχημάτων, όσο και για τους συγγενείς τους, είναι οι διαταραχές του ύπνου, οι κεφαλαλγίες, οι αγωνιώδεις εφιάλτες, τα σεξουαλικά προβλήματα και τα προβλήματα γενικής υγείας.

Ψυχολογικές συνέπειες:

Ψυχολογικές επιπτώσεις είναι η αδιαφορία για τις συνήθεις ασχολίες, η αδυναμία οδήγησης, οι διαταραχές της διατροφής, η έλλειψη αυτοκτονιών, κατάθλιψη, φοβία, θυμός, μνησικακία και πικρία.

Συνέπειες στην Εργασία:

Όσον αφορά, δε, τις επαγγελματικές συνέπειες, η αποχή των θυμάτων από την εργασία -είτε λόγω θανάτου είτε από αναπηρία- έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια παραγωγικότητας. Περίπου 60% των συγγενών

των θανόντων, 80% των συγγενών αναπήρων και 70% των ίδιων των θυμάτων άλλαξε επάγγελμα εξαιτίας των περιστάσεων. Από αυτούς, 65%, 33% και 33% αντίστοιχα το αποδίδουν σε ψυχολογικούς λόγους και οι υπόλοιποι σε σωματικούς ή ιατρικούς.

Χωρισμοί και διαζύγια :

Ενδοοικογενειακές αλλαγές ωστόσο δηλώνουν περίπου τα μισά θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Οι οικογένειες θανόντων θυμάτων υφίστανται χωρισμό σε ποσοστό 6%, και διαζύγιο 5%. Στο 28% έχουν απομακρυνθεί από το σπίτι τα παιδιά, ενώ μόλις το 3% αυτών που έχουν χάσει τον/τη σύζυγο ξαναπαντρεύεται. Για τους ανάπηρους και τις οικογένειές τους τα αντίστοιχα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα.

Δημογραφικές Συνέπειες:

Το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων έχει και δημογραφικά επακόλουθα. Οι θάνατοι νέων ανθρώπων από τα τροχαία ατυχήματα, μπορούν να θεωρηθούν σημαντική απώλεια μελλοντικών γονέων και λόγος έντασης του δημογραφικού προβλήματος.

Γ. ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ

Τα ατυχήματα και ειδικότερα τα τροχαία ατυχήματα είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες των παιδικών θανάτων.

Προκειμένου να αποκτήσω μια σαφή εικόνα για την εμπλοκή παιδιών στα τροχαία ατυχήματα των τελευταίων ετών, επισκέφτηκα το Τμήμα Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων (ΤΟΤΑ) της Διεύθυνσης Τροχαίας Αττικής.

Το προσωπικό του αρμοδίου τμήματος μου παρείχε στοιχεία για τα άτομα ηλικίας 0 έως 14 ετών που έπεσαν θύματα τροχαίων ατυχημάτων στην Αττική από το 2002 μέχρι τον Ιούλιο του 2005.

Συγκεκριμένα, το 2002 είχαμε 60 παθόντες, από τους οποίους οι 3 τραυματίστηκαν σοβαρά όντες πεζοί. Από τους υπόλοιπους 53 που τραυματίστηκαν ελαφρά, οι 39 ήταν πεζοί, οι 5 οδηγοί δικύκλων και οι 13 ήταν επιβάτες. Από αυτούς, οι 7 επέβαιναν σε Ιδιωτικής Χρήσης (Ι. Χ.) οχήματα, οι υπόλοιποι 6 σε δίκυκλα.

Το έτος 2003 τα παιδιά που έπεσαν θύματα τροχαίων ατυχημάτων ήταν 45. Από αυτά, 2 έχασαν τη ζωή τους. Το ένα επέβαινε σε μοτοσικλέτα, ενώ το άλλο -που ήταν βρέφος- μεταφερόταν στο παιδικό καροτσάκι από τη μητέρα του. 3 άτομα τραυματίστηκαν σοβαρά, 2 από τα οποία ήταν πεζοί και 1 επιβάτης σε Ι. Χ. Ελαφρά τραυματίστηκαν 40 άτομα, από τα οποία 14 ήταν πεζοί, 3 οδηγούσαν ποδήλατα και τα υπόλοιπα 13 ήταν επιβάτες. Από τους επιβάτες, οι 7 επέβαιναν σε Ι.Χ., οι 3 σε δίκυκλα, ο 1 σε πούλμαν και οι 2 σε σχολικά λεωφορεία.

Το επόμενο έτος, το 2004, από τους 44 παθόντες ηλικίας έως 14 ετών, 7 ήταν οι σοβαρά τραυματίες. Από αυτούς, 5 ήταν πεζοί, 1 οδηγός ποδηλάτου και 1 επιβάτης μοτοσικλέτας. Ελαφρά τραυματίστηκαν 37 άτομα, από τα οποία 25 ήταν πεζοί, 1 οδηγός ποδηλάτου και 11 επιβάτες. 5 επέβαιναν σε Ι.Χ., 5 σε δίκυκλα και 1 σε τρόλεϋ.

Μέχρι τον Ιούλιο του 2005, είχαμε 14 παθόντες, από τους οποίους ο 1 τραυματίστηκε ελαφρά και ήταν πεζός και οι άλλοι 13 τραυματίστηκαν σοβαρά. 6 από τους σοβαρά τραυματίες ήταν πεζοί και 7 επιβάτες. Από τους επιβάτες, οι 5 μεταφέρονταν με Ι.Χ., ο 1 με δίκυκλο και ο 1 με λεωφορείο του ΚΤΕΛ.

α. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΕΖΟΣ

Το 65% των παιδιών θυμάτων τροχαίων ατυχημάτων στην Αττική τα τελευταία 3,5 χρόνια είναι πεζοί. Το παιδί ως πεζός μειονεκτεί σημαντικά σε σχέση με τους ενήλικες, εξαιτίας των παρακάτω λόγων:

1. Του χαμηλού του αναστήματος, που περιορίζει αισθητά τον ορίζοντά του.
2. Της αισθητηριακής και ψυχοκινητικής του ανωριμότητας.
3. Της αδυναμίας του να «μεταφράσει» τα σήματα και τα σύμβολα του Κ.Ο.Κ.
4. Της έμφυτης ορμητικότητάς του σε κάθε κίνηση (τρέχει, πηδάει, ορμάει, κρύβεται κλπ).
5. Της γοητείας που εξασκεί πάνω του ο κίνδυνος.

Σκόπιμο είναι να σταθούμε στο θέμα της αισθητηριακής και ψυχοκινητικής ανωριμότητας.

Τα τελευταία χρόνια αρκετές μελέτες έδειξαν πως το παιδί:

1. Έχει στενό πεδίο όρασης σε σύγκριση με τους μεγάλους, που διευρύνεται σταδιακά με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, δεν μπορεί να πάρει πληροφορίες για ό,τι συμβαίνει έξω από το στόχο των ματιών του. Έχει δηλαδή, ανώριμη πλάγια όραση. Επίσης δυσκολεύεται να προσαρμόσει γρήγορα τη ματιά του από τη μακρινή στην κοντινή απόσταση.
2. Δεν έχει τη δυνατότητα να εντοπίσει με ακρίβεια θορύβους, ιδιαίτερα μάλιστα όταν παράγονται πολλοί ταυτόχρονα.
3. Δυσκολεύεται να προσδιορίσει την ταχύτητα κινούμενου σημείου και την απόσταση που το χωρίζει από αυτό, όπως και να ξεχωρίσει προς ποιά κατεύθυνση κινούνται τα αυτοκίνητα σε μονής κατεύθυνσης δρόμους.
4. Δεν είναι εύκολο να συντονίσει και να αφομοιώσει πολλά αισθητηριακά ερεθίσματα, όπως χρώμα, ήχο κλπ.
5. Συγκεντρώνεται σε ένα ή το πολύ δύο σημεία και δεν έχει τη δυνατότητα να συνδυάσει την πιθανή θεωρητική του γνώση με την πρακτική της εφαρμογή.

Για όλους αυτούς τους λόγους,

- α. παιδιά κάτω των 5 χρόνων έχουν ανάγκη από συνεχή και σωστή επιτήρηση όταν βρίσκονται στο δρόμο.
- β. Παιδιά μικρότερα των 7 χρόνων είναι ακόμη ανώριμα, παρορμητικά στις αντιδράσεις τους και έτοιμα να ακολουθήσουν το παράδειγμα της παρέας χωρίς σκέψη.
- γ. Παιδιά 9 χρόνων μπορούν να διασχίσουν ένα δρόμο με ομαλές κυκλοφοριακές συνθήκες, χωρίς μεγάλο κίνδυνο, αν μόλις πριν έχουν διδαχτεί τι θα κάνουν.

δ. Και μόνο από τα 12 χρόνια τους και πάνω μπορούν να συμπεριφερθούν συνειδητά σωστά σαν πεζοί ή ποδηλάτες.

Σαν συμπέρασμα, η ψυχοβιολογική ωρίμανση των μικρών παιδιών είναι δυνατόν να βοηθηθεί, αλλά είναι βέβαιο ότι δεν μπορεί να επιταχυνθεί με τη θεωρητική ή πρακτική εκπαίδευσή του. Γι' αυτό το μικρό παιδί, τουλάχιστον πριν τα 12 χρόνια του, ποτέ δεν είναι νομικά ή ηθικά υπεύθυνο για ένα τροχαίο ατύχημα που θα του συμβεί.

Ο χαρακτήρας του παιδιού συμμετέχει σημαντικά στο βαθμό κινδύνου για τραυματική κάκωση. Το αφηρημένο και απρόσεκτο παιδί διασχίζει το δρόμο χωρίς να υπολογίσει την απόσταση και την ταχύτητα του επερχομένου οχήματος με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του. Ανάλογα προβλήματα συμπεριφοράς στο δρόμο μπορεί να δημιουργήσουν παιδιά με παρορμητικό, υπερκινητικό, ανήσυχο, βίαιο και απείθαρχο χαρακτήρα. Η προβληματική αυτή συμπεριφορά, που χαρακτηρίζει το δύσκολο παιδί, οφείλεται σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ψυχική διάθεση του παιδιού στο δρόμο αντανακλά την ψυχική γαλήνη ή τρικυμία στην οικογένεια. Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον συμμετέχει σημαντικά στην ψυχοκοινωνική διάπλαση του χαρακτήρα του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του.

Συμβουλές για πεζούς

1. Βαδίζετε πάντα στο πεζοδρόμιο.
2. Όπου δεν υπάρχει πεζοδρόμιο, καλό είναι να βαδίζετε στην άκρη του δρόμου αντίθετα στην κίνηση των οχημάτων, για να βλέπετε τα διερχόμενα οχήματα και ταυτόχρονα να σας βλέπουν και οι οδηγοί τους.
3. Όταν θέλετε να περάσετε στην απέναντι πλευρά του δρόμου ελέγξτε προσεκτικά αριστερά και δεξιά και διασχίστε το δρόμο κάθετα, μόνο όταν είστε απόλυτα σίγουροι ότι δεν περνούν οχήματα.
4. Ακόμα και στην περίπτωση που διασχίζετε τις διαβάσεις των πεζών πρέπει να είστε πολύ προσεκτικοί. Και στην περίπτωση αυτή ισχύει ο προσεκτικός έλεγχος του δρόμου δεξιά και αριστερά.
5. Μην περνάτε ανάμεσα από σταματημένα αυτοκίνητα, γιατί ούτε εσείς έχετε ορατότητα, αλλά και οι διερχόμενοι οδηγοί μπορούν να σας δουν εύκολα.
6. Όταν περπατάτε να εφαρμόζετε τις διατάξεις του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (Κ.Ο.Κ.). Ακολουθείτε πάντα τις υποδείξεις των ρυθμιστών τροχονόμων και τους σηματοδότες που ρυθμίζουν την κυκλοφορία.

7. Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν συνοδεύετε μικρά παιδιά ή ηλικιωμένους. Μη ξεχνάτε ότι ειδικά τα μικρά παιδιά δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου.

8. Ιδιαίτερος κίνδυνος μη έγκαιρης διάκρισης του πεζού υπάρχει σε δρόμους χωρίς πεζοδρόμια το σούρουπο και τη νύχτα, όταν ο πεζός βαδίζει στην άκρη του δρόμου. Γι' αυτό είναι περισσότερο ασφαλές να βαδίζετε στην αριστερή πλευρά του δρόμου, για να βλέπετε τα αυτοκίνητα που έρχονται.

ΓΟΝΕΙΣ

1. Επιτηρήστε τα παιδιά σας και μην υπερεκτιμάτε τις ικανότητές τους για προστασία από τα τροχοφόρα ατυχήματα.

2. Μην επιτρέπετε στα παιδιά σας να παίζουν παιχνίδια μεταξύ σταθμευμένων αυτοκινήτων, όπως κρυφτό, κυνηγητό, ποδόσφαιρο κ.ά. Γίνονται πιο επιρρεπή σε τροχαίο ατύχημα γιατί αποσπάται εύκολα η προσοχή τους, εκτιμούν λάθος την ταχύτητα των αυτοκινήτων και γενικά υποτιμούν τους κινδύνους.

3. Περιορίστε τις εξόδους των παιδιών σε δρόμους χωρίς πεζοδρόμιο, χωρίς φωτεινή σήμανση, χωρίς ορατότητα και άλλες παγίδες και κυρίως κατά τις βραδινές ώρες.

4. Εκπαιδεύστε τα παιδιά σας να ελέγξουν αφενός τα σήματα για πεζούς και αφετέρου τα σήματα που αφορούν τροχοφόρα. Γενικά, δώστε τους το μήνυμα να σέβονται και να υπακούουν στον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (Κ.Ο.Κ.). Τηρήστε, πρώτα εσείς τον κώδικα για να σας μιμηθούν.

5. Παίξτε με τα παιδιά σας κατάλληλα προσαρμοσμένα επιτραπέζια παιχνίδια, με τα οποία να τους δώσετε την ευκαιρία να μάθουν σωστούς κανόνες οδικής κυκλοφορίας.

6. Απαιτήστε από την πολιτεία τον έλεγχο και τη φύλαξη πολυσύχναστων δρόμων και διαβάσεων, πλησίον των σχολείων, κατά την έναρξη και το τέλος της σχολικής ημέρας από αρμόδια άτομα της τροχαίας και ζητήστε την τοποθέτηση κατόπτρων στις στροφές των δρόμων που δεν χαρακτηρίζονται από ορατότητα.

α.1 Ο ΧΑΡΤΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων Αριθ. C 290/53

Τετάρτη, 12 Οκτωβρίου 1988

6. Προστασία των πεζών -έγγρ. Α2-154/88

ΨΗΦΙΣΜΑ

σχετικά με την προστασία των πεζών και τον ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων του πεζού

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο,

-έχοντας υπόψη την πρόταση ψηφίσματος του κ. Ulburghs για την προστασία των πεζών (έγγρ. Β2-859/86),

-έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 18.2.1986 για τη λήψη κοινών μέτρων με στόχο τον περιορισμό των οδικών ατυχημάτων,

-έχοντας υπόψη το ψήφισμά του της 13.3.1987 για το ποδήλατο ως μέσο μεταφοράς,

-έχοντας υπόψη τα αποτελέσματα των πρωτοβουλιών που ανελήφθησαν επ' ευκαιρία του Ευρωπαϊκού Έτους Οδικής Ασφάλειας,

-έχοντας υπόψη την έκθεση της Επιτροπής Περιβάλλοντος Δημοσίας Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών (έγγρ. Α2-154/88),

Α. λαμβάνοντας υπόψη ότι το τέταρτο πρόγραμμα δράσης της Κοινότητας σε θέματα περιβάλλοντος δίνει όλο και μεγαλύτερη προτεραιότητα στα προβλήματα του αστικού περιβάλλοντος και ότι, στο πλαίσιο αυτό, η προστασία της κυκλοφορίας των πεζών μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στην ευημερία των πολιτών, την αναβάθμιση των συλλογικών χώρων και την προστασία των ιστορικο-πολεοδομικών και περιβαλλοντικών αξιών,

Β. λαμβάνοντας υπόψη ότι κάθε άνθρωπος, σε κάποια εποχή της ζωής του, κυκλοφορεί πεζός, ότι στις αστικές περιοχές, οι μετακινήσεις με τα πόδια αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό της κυκλοφορίας (25 έως 45%) και ότι αφορά κυρίως τις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες (παιδιά, ηλικιωμένους),

Γ. έχοντας υπόψη ότι το ένα τρίτο περίπου των θανατηφόρων οδικών ατυχημάτων αφορά πεζούς και ότι το ήμισυ σχεδόν των θανάτων παιδιών αποδίδεται σε παρόμοια ατυχήματα,

Δ. λαμβάνοντας υπόψη, ότι η αιτία πολλών οδικών ατυχημάτων, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, πρέπει να αναζητηθεί στην κινούμενη με μεγάλη ταχύτητα κυκλοφορία αυτοκινήτων,

Ε. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η κοινωνική ιδεολογία του “προτεραιότητα στην οδική κυκλοφορία σε κάθε περίπτωση”, η οργάνωση των πόλεων, η κατάσταση του οδικού δικτύου και η εισβολή των ιδιωτικών αυτοκινήτων, περιορίζουν τις δυνατότητες μετακίνησης των πεζών και αποκλείουν από τους δημόσιους χώρους τις ασθενέστερες κατηγορίες και ιδίως τους ανάπηρους και τα μειονεκτούντα άτομα που αποτελούν σημαντικό ποσοστό του ευρωπαϊκού πληθυσμού,

ΣΤ. έχοντας υπόψη ότι η προϊούσα γήρανση του πληθυσμού καθιστά οξύτερο το πρόβλημα της προστασίας των πεζών τόσο από ποιοτική όσο και από ποσοτική άποψη,

Ζ. έχοντας υπόψη ότι στις πόλεις και ιδίως στα ιστορικά κέντρα και τις βιομηχανικές ζώνες οι συνθήκες μετακίνησης των πεζών είναι απαράδεκτες, εξαιτίας του υψηλού ποσοστού ηχορύπανσης και ατμοσφαιρικής ρύπανσης, και ότι τα παιδιά είναι η πιο εκτεθειμένη ομάδα πεζών στα καυσαέρια (στα οποία συγκαταλέγεται ο μόλυβδος) και στις βλάβες του ακουστικού και νευροφυτικού συστήματος, λόγω του αναστήματός τους και του ευαίσθητου οργανισμού τους

Η. έχοντας υπόψη ότι ως χώροι για τους πεζούς τις περισσότερες φορές θεωρούνται όσοι έχουν απομείνει από τους χώρους που προορίζονται για την οικοδόμηση και τις ανάγκες της κυκλοφορίας των οχημάτων

Θ. έχοντας υπόψη ότι, στις περισσότερες χώρες, τα μέτρα που αποβλέπουν στην αύξηση της οδικής ασφάλειας (διαφημιστικές εκστρατείες, νομοθετικά μέτρα, συντήρηση και βελτίωση των οδικών υποδομών) ευνοούν κυρίως τους αυτοκινητιστές και ότι στα εκπαιδευτικά προγράμματα καθώς και σε εκείνα για την απόκτηση άδειας οδηγήσεως αυτοκινήτου, ελάχιστη προσοχή δίδεται σε προσαρμοσμένη προς τους πεζούς συμπεριφορά

Ι. έχοντας υπόψη ότι όλο και περισσότερες ομάδες του πληθυσμού θεωρούν ως επιτακτική ανάγκη τη στροφή προς μία αξιοπρεπή και φιλική προς το περιβάλλον εξέλιξη στον τομέα της οδικής κυκλοφορίας.

1. Θεωρεί ότι η πολιτική υπέρ των πεζών οφείλει να είναι το κεντρικό στοιχείο δράσης που θα αποβλέπει στη δημιουργία μιας νέας και περισσότερο ανθρώπινης πολεοδομικής αντίληψης και επομένως οφείλει

να καταστεί ουσιαστικός παράγοντας της πολιτικής των κρατών μελών στον τομέα των μεταφορών, της πολεοδομίας και των οικοδομικών κατασκευών.

2. Για το σκοπό αυτό εγκρίνει τον ακόλουθο Ευρωπαϊκό Χάρτη των δικαιωμάτων του πεζού:

“I. ο πεζός έχει δικαίωμα να ζει σε ένα υγιές περιβάλλον και να απολαμβάνει ελεύθερα τους δημόσιους χώρους μέσα σε κατάλληλες συνθήκες που θα εξασφαλίζουν τη σωματική και ψυχική του υγεία.

II. ο πεζός έχει δικαίωμα να ζει σε αστικά κέντρα ή χωριά οργανωμένα για την εξυπηρέτηση του ανθρώπου και όχι του αυτοκινήτου, τα οποία να διαθέτουν υποδομή προσιτή στους πεζούς και στους ποδηλάτες.

III. τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και τα μειονεκτούντα άτομα δικαιούνται μία πόλη που να αποτελεί χώρο κοινωνικοποίησής τους και όχι χώρο επιδείνωσης της κατάστασης αδυναμίας τους.

IV. Τα μειονεκτούντα άτομα δικαιούνται ειδικών μέτρων τα οποία θα τους εγγυώνται την όσο το δυνατό μεγαλύτερη ανεξαρτησία κινητικότητας μέσω προσαρμογής του δημόσιου χώρου, τεχνικών συστημάτων κυκλοφορίας και δημοσίων μέσων μεταφοράς (διαχωριστικές γραμμές, προειδοποιητικές ενδείξεις, ακουστική σήμανση, πρόσβαση με ευκολία σε λεωφορεία, τραμ και τρένα),

V. Ο πεζός δικαιούται να έχει στην αποκλειστική του χρήση αφενός μεν αστικές ζώνες, κατά το δυνατόν εκτεταμένες, οι οποίες δεν θα αποτελούν απλώς “νησίδες πεζών” αλλά θα εντάσσονται αρμονικά στη γενική συγκρότηση της πόλης, αφετέρου δε διασυνδεδεμένες σύντομες, λογικές και ασφαλείς διαδρομές.

VI. Συγκεκριμένα, ο πεζός έχει δικαίωμα:

α) στην τήρηση των προδιαγραφών που θεωρούνται αποδεκτές από επιστημονική άποψη και αφορούν τις εκπομπές θορύβου και χημικών ουσιών από τα αυτοκίνητα,

β) στη γενικευμένη χρήση, στα δημόσια μεταφορικά μέσα, αυτοκινήτων που δεν αποτελούν πηγή ατμοσφαιρικής ρύπανσης ή ηχορύπανσης,

γ) στη δημιουργία πνευμόνων πράσινου, μεταξύ άλλων, μέσω της δενδροφύτευσης αστικών περιοχών,

- δ) στον καθορισμό ορίων ταχύτητας και στην επανευθέτηση των οδών και των διασταυρώσεων ώστε να υπάρχουν πραγματικές εγγυήσεις για την κυκλοφορία των πεζών και των ποδηλατών,
- ε) στην απαγόρευση των διαφημίσεων που προβάλλουν την επικίνδυνη και αντικανονική χρήση του αυτοκινήτου,
- στ) σε αποτελεσματικά συστήματα σήμανσης που να εξυπηρετούν και όσους στερούνται όρασης ή ακοής,
- ζ) σε ειδικά μέτρα που θα επιτρέπουν τη στάση, την πρόσβαση και τη διάβαση οδών και πεζοδρομίων,
- η) στην προσαρμογή του οχήματος και εξοπλισμού των αυτοκινήτων κατά τρόπο ώστε να αμβλυνθούν τα πιο αιχμηρά μέρη τους και να καταστούν αποτελεσματικότερα τα συστήματα προειδοποιητικών φωτεινών σημάτων,
- θ) στην καθιέρωση ενός συστήματος ευθύνης περί του κινδύνου ούτως ώστε εκείνοι που δημιουργούν τον κίνδυνο να υφίστανται και τις οικονομικές συνέπειες (όπως π.χ. στη Γαλλία από το 1985),
- ι) σε εκπαίδευση οδηγών αυτοκινήτων που θα αποβλέπει σε προσαρμοσμένη οδική συμπεριφορά ως προς τους πεζούς και όσους κυκλοφορούν με μικρή ταχύτητα.

VII. Ο πεζός έχει δικαίωμα για απόλυτη και πλήρη ελευθερία μετακίνησης, η οποία είναι δυνατή με τη χρησιμοποίηση όλων των μέσων μεταφοράς. Συγκεκριμένα, έχει δικαίωμα:

- α) σε φιλικό για το περιβάλλον πλήρες δίκτυο δημοσίων μεταφορικών μέσων κατάλληλο για την ικανοποίηση των αναγκών όλων των πολιτών, μειονεκτούντων ή μη,
- β) σε διευκολύνσεις για τα ποδήλατα που θα καλύπτουν ολόκληρη την πόλη,
- γ) στη διαμόρφωση χώρων στάθμευσης κατά τέτοιο τρόπο που δεν παρεμποδίζουν την κινητικότητα των πεζών και θα τους επιτρέπουν να επωφελούνται από τα αρχιτεκτονικά πλεονεκτήματα.

VIII. Κάθε κράτος πρέπει να εξασφαλίζει την πλήρη ενημέρωση των πεζών ως προς τα δικαιώματά τους καθώς και ως προς τις εναλλακτικές δυνατότητες κυκλοφορίας που είναι φιλικές τόσο για τα άτομα όσο και για το περιβάλλον, μέσω των καταλληλότερων διαύλων και ήδη από τις πρώτες βαθμίδες της σχολικής εκπαίδευσης.”

3. Καλεί την Επιτροπή να καθιερώσει Ευρωπαϊκή Ημέρα των Δικαιωμάτων των Πεζών, να γνωστοποιήσει το περιεχόμενο του παρόντος Χάρτη και να υποβάλει σχετική πρόταση οδηγίας.

4. Ζητεί από τα κράτη μέλη να λάβουν όλα τα αναγκαία μέτρα για την υλοποίηση του Χάρτη αυτού, δηλαδή άσκηση προσεκτικού ελέγχου για την ουσιαστική εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας περί προστασίας των πεζών, και ιδίως των κοινοτικών οδηγιών που αναφέρονται στη ρύπανση από τα αυτοκίνητα και στην απαγόρευση της βενζίνης με μόλυβδο, και να προβλέψουν επιτέλους αυστηρές κυρώσεις για τους παραβάτες.

5. Θεωρεί σκόπιμο να συσταθεί στο πλαίσιο της Επιτροπής ομάδα μελέτης επιφορτισμένη με τη χαρτογράφηση των πιο επικίνδυνων και πιο υποβαθμισμένων αστικών περιοχών και την εξεύρεση, των ενδεδειγμένων λύσεων σε κάθε περίπτωση.

6. Αναθέτει στον Πρόεδρό του να διαβιβάσει το παρόν ψήφισμα στο Συμβούλιο, την Επιτροπή, τις κυβερνήσεις των κρατών μελών και τις ενδιαφερόμενες οργανώσεις.

β. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΟΔΗΓΟΣ

Τα παιδιά ηλικίας μέχρι 14 χρόνων οδηγούν νόμιμα μόνο ποδήλατα. Η οδήγηση μοτοσικλέτας ή αυτοκινήτου επιτρέπεται μετά το 16^ο και 18^ο έτος της ηλικίας αντίστοιχα.

Το ποδήλατο χρησιμοποιείται συχνά από τα παιδιά σαν παιχνίδι και σαν μέσο μετάβασής τους στο σχολείο. Η συχνότητα χρησιμοποίησής του, ο αριθμός χιλιομέτρων που διανύει κάθε μέρα, ο τρόπος οδήγησης και οι δρόμοι που κυκλοφορεί, προδικάζουν την πιθανότητα θανατηφόρου ή μη τραυματισμού του οδηγού του.

Δυστυχώς, πολλοί γονείς δεν είχαν διδαχτεί τη συμπεριφορά με ποδήλατο και δεν έχει δημιουργηθεί σ' αυτούς η νοοτροπία της ασφάλειας και η αίσθηση των κινδύνων της κυκλοφορίας με ποδήλατο. Έτσι, όχι μόνο δεν είναι σε θέση να συμβουλεύουν ουσιαστικά τα παιδιά τους αλλά και να αντιληφθούν τις επικίνδυνες συμπεριφορές των τελευταίων.

Κάποιοι βασικοί λόγοι που επιδρούν δυσμενώς στην ασφάλεια των παιδιών που χρησιμοποιούν ποδήλατο στην Ελλάδα, είναι οι εξής:

α. Οι γονείς, μην έχοντας ποδήλατο, τουλάχιστον σε μεγάλες πόλεις, δεν μπορούν να συνοδεύσουν το παιδί τις πρώτες ημέρες μέσα στην πόλη και να του δείξουν σωστές και λανθασμένες συμπεριφορές καθώς και παγίδες.

- β. Οι ίδιοι οι γονείς δεν έχουν τις γνώσεις που απαιτούνται για μια καλή οδήγηση (πολύ ελαττωματική η εκμάθηση σε σχολές οδήγησης).
- γ. Η ελληνική κοινωνία, στην πραγματικότητα, δεν είναι δομημένη για διευκολύνσεις παιδιών ιδιαίτερα στην κυκλοφορία.
- δ. Οι μεγάλες και μεγαλύτερες ελληνικές πόλεις (τουλάχιστον) δεν προσφέρουν διευκολύνσεις για τα ποδήλατα.

Το παιδί ως ποδηλάτης πρέπει να συμπεριφέρεται πια όπως ο οδηγός αυτοκινήτου. Τα μέτρα που θα του εξασφαλίσουν αυξημένη προστασία, είναι τα παρακάτω:

1. Η ποδηλάτηση σε δρόμους της γειτονιάς συνιστάται να αρχίζει από την ηλικία των 6-7 χρόνων.
2. Η ποδηλάτηση σε πολυσύχναστους δρόμους από παιδιά ηλικίας κάτω των 9 χρόνων, χωρίς την επίβλεψη ενήλικου ατόμου πρέπει να αποφεύγεται.
3. Η εκπαίδευση των παιδιών, πριν οδηγήσουν ποδήλατο, θεωρείται απαραίτητη. Και εκπαίδευση δε σημαίνει μόνο ισορροπία, αλλά κυρίως γνώση των κανόνων ασφαλούς ποδηλάτησης. Για την εκπαίδευση των παιδιών στην οδήγηση ποδηλάτου έχουν προταθεί πολλά προγράμματα, μεταξύ των οποίων και το πάρκο κυκλοφοριακής αγωγής.
4. Το πιο βασικό μέτρο προφύλαξης είναι η συστηματική χρήση του κράνους του ποδηλατιστή.
5. Πρέπει να αποφεύγεται η κυκλοφορία σε πολυσύχναστους δρόμους και να χρησιμοποιείται πάντοτε η δεξιά λωρίδα των δρόμων.
6. Τα στερεοφωνικά ακουστικά δεν πρέπει να φοριούνται κατά την οδήγηση, για να ακούει ο ποδηλατιστής τυχόν επερχόμενο όχημα.
7. Ιδιαίτερα επικίνδυνη θεωρείται βέβαια η χρήση κινητού τηλεφώνου κατά την οδήγηση ποδηλάτου από παιδιά, όσο και αυτοκινήτου από ενήλικες.
8. Κατά τη νυχτερινή οδήγηση, πρέπει να υπάρχουν στο ποδήλατο έγχρωμες ταινίες, που αντανακλούν το φως, για αποφυγή σύγκρουσης και τραυματισμών από αυτήν.
9. Τέλος, είναι αναγκαία η φροντίδα για καλή συντήρηση του ποδηλάτου και ο τακτικός έλεγχός του.

8. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΕΠΙΒΑΤΗΣ

Για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες:

1. Ποτέ μην τοποθετείτε τα παιδιά στο μπροστινό κάθισμα (ειδικά αν έχει

αερόσακο), πάντοτε στο πίσω. Και σε ελαφρά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα το παιδί κινδυνεύει να χτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου.

2. Ποτέ στο πορτμπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου.

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

3. Πάντοτε στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας, με την ειδική ζώνη ασφαλείας.

Υπολογίζεται ότι αν όλα τα παιδιά ταξίδευαν δεμένα στα ειδικά παιδικά καθίσματα οι θάνατοι από τροχαία θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 70% και οι τραυματισμοί κατά 67%. Όμως, παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου αγοράζουν μόνο 58% των γονιών που μένουν στην Αθήνα και έχουν αυτοκίνητο, και ακόμα λιγότεροι (32%) στην επαρχία, ενώ, δυστυχώς, μόνο 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.

Τα καθίσματα αυτά φέρουν το σήμα ECE R 4403 στη συσκευασία.

4. Ποτέ 2 παιδιά μαζί σε μία ζώνη ασφαλείας.

Η ύπαρξη ζώνης ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 22% και τους τραυματισμούς κατά 50%. Προσοχή! Η ζώνη ασφαλείας θεωρείται κατάλληλη όταν το διαγώνιο τμήμα της περνά από το μέσο, περίπου, της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και του λαιμού.

5. Ποτέ τα παιδιά στο αυτοκίνητο με επικίνδυνα παιχνίδια.

6. Οι πόρτες του αυτοκινήτου πρέπει να ασφαρίζονται απ' έξω.

Πολλά παιδιά τραυματίζονται ή και σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου που ανοίγει απότομα σε στροφή ή όταν παίζουν με την πόρτα χωρίς να φορούν ζώνη.



Δ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η Αποκατάσταση ακολουθεί τη νοσηλεία των πολυτραυματιών και σημαίνει την πολυδιάστατη θεραπευτική προσέγγιση του πάσχοντος από ομάδα ειδικευμένων θεραπειών. οφείλει να έχει ρεαλιστικό στόχο την κοινωνική (οικογενειακή, προσωπική, επαγγελματική) επανένταξή τους, παρούσας της σωματικής δυσλειτουργίας.

Για την επίτευξη της αποκατάστασης ενός ατόμου-θύματος τροχαίου ατυχήματος συνεργάζεται μια ομάδα ειδικών, όπου ο καθένας προσθέτει το δικό του κομμάτι, ώστε να γίνει μια σύνθεση προς όφελος του παθόντα. Η ομάδα αποκατάστασης οφείλει να περιλαμβάνει:

- Γιατρό Φ.Ι.Απ
- Νοσηλεύτη Αποκατάστασης
- Φυσικοθεραπευτή
- Γυμναστή
- Κοινωνικό Λειτουργό
- Ψυχολόγο
- Ψυχίατρο
- Εργοθεραπευτή
- Λογοθεραπευτή

Εκτός από αυτή τη βασική στελέχωση, σε πάρα πολλές περιπτώσεις απαιτείται μια διεπιστημονική συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως Χειρουργική, Ορθοπαιδική.

Η συνεργασία αυτή είναι αμφίδρομη και στηρίζεται στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και παρεμβάσεων και στην ανταλλαγή επιστημονικής εμπειρίας και γνώσεων προς όφελος του ασθενούς. Αυτή η λειτουργία της ομάδας είναι μια δύσκολη κατάκτηση, διότι απαιτεί οργανωμένες δομές περίθαλψης, καθορισμό ρόλων, ειδικές γνώσεις στον κάθε τομέα και μια ώριμη αντίληψη της αυτονομίας και ορίων που θέτει η ίδια η συνεργασία.

Την παρουσία των συγκεκριμένων στελεχών επιβάλλει η ίδια η αποστολή της Αποκατάστασης: Η επιστροφή του τετραπληγικού ή παραπληγικού στην καθημερινή ζωή και η επανένταξή του στην παραγωγική διαδικασία, μέσω παροχής ψυχοσωματικών κινήτρων για την αφύπνιση των κινητικών αποθεμάτων του.

α. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στη μείωση των τροχαίων θυμάτων, δηλαδή των επιπτώσεων του γενομένου ατυχήματος (εκτός της ενημέρωσης και της πρόληψης), είναι η βελτίωση της φροντίδας και των υποδομών των τραυματιών, με στόχο τη μείωση των θανάτων και των σοβαρών αναπηριών.

Κυρίως κρίνεται απαραίτητη η **βελτίωση των υπηρεσιών και των υποδομών της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής**, διότι εξασφαλίζει τη χρυσή ώρα και σώζει ζωές. Αφορά την έγκαιρη παρουσία των μονάδων: της Αστυνομίας, του Πυροσβεστικού σώματος και του ΕΚΑΒ, για τη σύντομη μεταφορά και διακομιδή των τραυματιών στο νοσοκομείο.

Επίσης έχει παρατηρηθεί έλλειψη επικοινωνίας και συντονισμού των υπηρεσιών της Αστυνομίας, της Πυροσβεστικής και του ΕΚΑΒ, λόγω διαφορετικού τηλεφωνικού αριθμού αναγγελίας του περιστατικού – 100, 199, 166 αντίστοιχα -.

Μείωση του χρόνου μετακίνησης των τραυματιών από τον τόπο του ατυχήματος στο νοσοκομείο.

Ο χρόνος μετακίνησης των τραυματιών στο πλησιέστερο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς οι πρώτες στιγμές μετά το ατύχημα είναι οι πλέον κρίσιμες. Η ταχύτερη και καλύτερη διακομιδή των θυμάτων μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια και θα ελαχιστοποιήσει τις συνέπειες. Η αργοπορημένη μεταφορά δίνει τη χαριστική βολή στους βαριά τραυματίες. «Γι' αυτό, ο δεύτερος βασικός λόγος για τον μεγάλο αριθμό νεκρών και βαριά τραυματιών, κυρίως στους δρόμους εκτός διοικήσεως πρωτεύουσας, είναι η αργοπορημένη μεταφορά τους στο πλησιέστερο ειδικό νοσοκομείο και η έλλειψη Κέντρων Αντιμετώπισεως Ατυχημάτων», υπογραμμίζει ο Γιάννης Τεσσέρης (επίκουρος καθηγητής Νευροχειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών), «Όλοι οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα δεν ήταν από τη στιγμή του ατυχήματος νεκροί ούτε οι βαριά τραυματίες τόσο βαριά. Έτσι, η αναλογία νεκρών στους Εθνικούς μας δρόμους κατά το πρώτο 24ωρο από το ατύχημα αποτελεί "ρεκόρ" για τη χώρα μας».

Σε μελέτη με δείγμα 200 νεκρών από τροχαία ατυχήματα κατά το 1998, οι 150 μετατραυματικοί θάνατοι συνέβησαν εκτός διοικήσεως πρωτεύουσας και οι 50 στην Αθήνα. Το 66% των θανάτων από τα τροχαία στην περιφέρεια παρατηρήθηκε μέσα στο πρώτο 24ωρο, έναντι του 48% στην Αθήνα, όπου η μεταφορά των βαριά τραυματιών ήταν πιο γρήγορη.

Αναδιοργάνωση Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών σε κάθε Γενικό Νοσοκομείο.

Εξίσου απαραίτητη κρίνεται η αναδιοργάνωση των Τμημάτων Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και η συγκρότηση τους ως αναπόσπαστο σκέλος σε όλα τα μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία, με χωροταξική, εξοπλιστική και πλήρη στελεχιακή αυτοτέλεια και αυτονομία. Απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και εξειδίκευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού όσον αφορά τη διαχείριση των θυμάτων τροχαίων ατυχημάτων. Εάν η μεταφορά των θυμάτων από τους υπεραστικούς τόπους των ατυχημάτων προς τα πλησιέστερα νοσοκομεία γινόταν έγκαιρα και η ιατρική αντιμετώπισή τους ήταν άμεση και επαρκής σε χωροταξικά κατανομημένα και υψηλού επιπέδου περιφερειακά νοσοκομεία, είναι βέβαιο ότι οι νεκροί και οι βαριά τραυματίες δεν θα απειλούσαν τη δημογραφική μας δομή. «Ας μην ξεχνάμε ότι η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία κατέχουν την πρώτη θέση στη λίστα των πιο γηρασμένων χωρών του κόσμου, με το 22,3% του πληθυσμού να είναι άνω των 60 χρόνων» (Τεσσέρης).

Αύξηση κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε κάθε Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο.

Οι κλίνες των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), κρίνονται εντελώς ανεπαρκείς, για το μεγάλο αριθμό των τραυματιών από τροχαία ατυχήματα, ειδικά σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων, (λεωφορεία κ.τ.λ.).

Στην Ελλάδα 4 στους 6 θανάτους των τραυματιών ,κρίνονται άδικοι, και οφείλονται στην ανεπάρκεια των υπηρεσιών της Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής ,των Τ.Ε.Π και των Μ.Ε.Θ.

Στατιστικά στην Ελλάδα, αναφέρεται «κακή έκβαση» των τραυματιών σε ποσοστό 78%, έναντι του 30-35% των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Εκτιμάται ότι εάν το επίπεδο ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών φροντίδας του τραυματία στη χώρα μας, πλησιάσει τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε., οι θάνατοι των τραυματιών των τροχαίων ατυχημάτων μπορούν να μειωθούν έως και 43%.

Βελτίωση του συστήματος στήριξης όσων υφίστανται άμεσα ή έμμεσα τις επιπτώσεις από την ύπαρξη θυμάτων στα τροχαία ατυχήματα.

Οι ίδιοι οι τραυματίες, οι κάθε ηλικίας μετέχοντες σε ένα ατύχημα αλλά και οι οικείοι τους έχουν συχνά ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας και των προβλημάτων που τη συνοδεύουν. Γι' αυτό κρίνεται αναγκαία η δημιουργία Μονάδων

Κοινωνικής και Ψυχολογικής Στήριξης καθώς και η βελτίωση των υπηρεσιών των υπαρχουσών δομών.

Δημιουργία Σύγχρονων Κέντρων Αποκατάστασης των τραυματισμών από οδικά ατυχήματα.

Τέτοια κέντρα είναι απαραίτητα ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις πολυτραυματιών, ακρωτηριασμών και κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Το προσωπικό για τη στελέχωση αυτών των κέντρων πρέπει να είναι εξειδικευμένο και να αποτελείται από τους εξής επιστήμονες: Ιατρούς Αποκατάστασης, Φυσιάτρους, Φυσικοθεραπευτές, Γυμναστές, Εργοθεραπευτές, Λογοθεραπευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς και Ψυχολόγους.



β Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Γενικός στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Αποκατάσταση είναι η ενημέρωση, η καθοδήγηση καθώς και η Συμβουλευτική υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών τους που βίωσαν πρόσφατα ένα δυσάρεστο γεγονός, όπως ένας σοβαρός τραυματισμός από τροχαίο ατύχημα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο ειδικός που βοηθά τον ασθενή να ανταπεξέλθει στις πρώτες δυσκολίες και να προσαρμοστεί στο πρόγραμμα του Κέντρου με απώτερο στόχο την αποκατάσταση και κοινωνικής του επανένταξη. Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού κατά την διάρκεια της παρακολούθησης του Προγράμματος Αποκατάστασης αφορά τρεις φάσεις που περνάει ο ασθενής:

- A. Κρίση
- B. Ανάρρωση
- Γ. Αποκατάσταση

A. Η Φάση της Κρίσης, είναι άμεσο επακόλουθο της ασθένειας και συχνά χαρακτηρίζεται από φόβο, σύγχυση και πανικό. Εδώ παρεμβαίνει ο Κοινωνικός Λειτουργός για να υποστηρίξει τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του να συνειδητοποιήσουν τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους το πρόβλημα υγείας και τις δυνατότητες που δίνονται για την αντιμετώπιση του.

B. Στη Φάση της Ανάρρωσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξανακερδίσει τον έλεγχο της κοινωνικής κατάστασης δουλεύοντας με τον ίδιο, την οικογένεια και το περιβάλλον.

Γ. Στη Φάση της Αποκατάστασης, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις στον ασθενή για την αντιμετώπιση των αναγκών του μετά την έξοδο του από το Κέντρο.

Συγκεκριμένα η Κοινωνική Υπηρεσία και ειδικότερα ο Κοινωνικός Λειτουργός παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες:

1. Συντονιστική εργασία για την εισαγωγή του ασθενή.
2. Αρχική επαφή με τον ασθενή. Αποσαφήνιση του προβαλλόμενου προβλήματος, λήψη κοινωνικού ιστορικού. Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ατόμου με το κινητικό προβλήματα, στοιχεία που αφορούν τη δυναμική της οικογένειας και τη στάση της απέναντι στο άτομο μέλος της.
3. Συμβουλευτική υποστήριξη του κινητικά αναπήρου καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης. Κοινωνική Συμβουλευτική εργασία με τον ασθενή.
4. Υποστήριξη, καθοδήγηση και ενθάρρυνση της οικογένειας για συμμετοχή στην προσπάθεια αποκατάστασης του ασθενή. Συμβουλευτική γονέων. Κοινωνική Συμβουλευτική εργασία με ομάδες

και με κοινότητες (το έμμεσο περιβάλλον: οργανώσεις, σχολείο, εργασία, εκκλησία, φίλους κλπ).

5. Ιδιαίτερη παρακολούθηση νέων εισερχομένων για ομαλότερη προσαρμογή στο Κέντρο.
6. Ειδική εργασία με άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα συνεργασίας και προσαρμογής.
7. Παραπομπή ασθενών σε άλλους φορείς όπου κρίνεται απαραίτητο.
8. Διοργάνωση εκδηλώσεων ψυχαγωγίας, ενημερωτικών διαλέξεων κ.α.
9. Καθοδήγηση και παρακολούθηση ασθενών μετά το πέρας του προγράμματος Αποθεραπείας –Αποκατάστασης.
10. Παροχή βοήθειας για επανένταξη. Πληροφόρηση για τις υπάρχουσες πηγές της κοινότητας (πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι), για τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, επαγγελματικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.
11. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας προς διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης του ασθενή.
12. Ενημέρωση για δικαιώματα και τις προϋποθέσεις αξιοποίησής τους (παροχές, θέματα ασφαλιστικών ταμείων, συνταξιοδοτικά, επιδοματική πολιτική).

Συμπερασματικά, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Αποκατάσταση, συνοψίζεται στα εξής:

Α. Αντιμέτωπιση των ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.

Β. Ενημέρωση των ιδίων και των οικογενειών τους για τις δομές που παρέχουν υπηρεσίες (ενημέρωση, καθοδήγηση).

Γ. Διατήρηση ή αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του (οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό), ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία.

δ. ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

- ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Κ.Α.Φ.Κ.Α)
- ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (Κ.Α.Α.Κ.Υ.Α.ΜΕ.Α),
- ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (Κ.Α.Α.ΜΕ.Α),
- ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ (Ε.Ι.Α.Α),
- ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ,
- ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ (Κ.Α.Α.Π ΒΟΥΛΑΣ).

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει Κέντρο Αποκατάστασης ειδικά για τους τραυματίες από τροχαία ατυχήματα κι έτσι αναγκαστικά αυτά τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των κέντρων για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ).

Τα παραπάνω κέντρα, απευθύνονται σε άτομα με Αναπηρίες και ειδικότερα σε άτομα με συγγενείς διαταραχές ή βλάβες -μόνιμες ή προσωρινές- του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος καθώς και σε άτομα με νοητική υστέρηση, τα οποία έχουν ανάγκη φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, με στόχο την πρόληψη της αναπηρίας ή τη μείωσή της.

Στα Κέντρα αυτά, στην πλήρη μορφή τους (κλειστή περίθαλψη-νοσηλεία) υπάρχει η δυνατότητα διανυκτέρευσης ή νοσηλείας των ασθενών στις εγκαταστάσεις τους.

Σκοποί τους είναι:

1. Η παροχή υπηρεσιών αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης στα ανωτέρω άτομα, ανεξαρτήτως ηλικίας (ή οριζόμενης εκ των οργανισμών της εκάστοτε Υπηρεσίας).
2. Η παροχή ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης των ιδίων και των οικογενειών τους.
3. Η εκπαίδευση του ατόμου στο να αυτοεξυπηρετείται και να εργάζεται έπειτα από την ασθένεια ή το ατύχημα.

4. Η λειτουργία προστατευμένων εργαστηρίων και κινητών μονάδων αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης, για την κατ' οίκον περίθαλψη των ΑΜΕΑ και την επανένταξή τους στην κοινότητα.
5. Η υλοποίηση προγραμμάτων για έρευνα, θεμάτων που αφορούν τα ΑΜΕΑ.

8.1 ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ (Ε.Ι.Α.Α.)

Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Στους χώρους του παρέχονται στους πάσχοντες υπηρεσίες αποκατάστασης από την ομάδα Αποκατάστασης.

Σήμερα το Ε.Ι.Α.Α. είναι το μοναδικό κέντρο στην Ελλάδα, που προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες Ιατρικής Αποκατάστασης κατά το οξύ και υποξύ στάδιο πληθώρας παθήσεων και τραυματικών καταστάσεων, από το νευρικό, μυοσκελετικό, κυκλοφορικό και αναπνευστικό σύστημα.

Στο ίδρυμα λειτουργούν δύο κλινικές Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Φ.Ι.ΑΠ.) στελεχωμένες με ιατρούς Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. Η λειτουργία των κλινικών αυτών υποστηρίζεται από πληθώρα εργαστηρίων, μερικά των οποίων είναι μοναδικά στην Ελλάδα.

Η Ιατρική υπηρεσία του Εθνικού Ιδρύματος Αποκατάστασης Αναπήρων έχει ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Επίσης, παρέχει υπηρεσίες Κοινωνικής Αποκατάστασης σε άτομα με Ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ).

Η εκπαίδευση, κατάρτιση και επαγγελματική αποκατάσταση των ΑΜΕΑ είναι επίσης ένας δραστήριος κλάδος που έχει αναπτύξει το Ε.Ι.Α.Α.

Α. Η Ομάδα Αποκατάστασης του Ε.Ι.Α.Α.

Την ομάδα Αποκατάστασης αποτελούν ειδικοί επιστήμονες:

Ιατροί Αποκατάστασης.

Εξειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία αποκατάστασης.

Φυσικοθεραπευτές.

Εργοθεραπευτές.

Λογοθεραπευτές.

Ειδικοί τεχνίτες ορθώσεων και προσθέσεων.

Ψυχολόγοι.

Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Η ιατρική στελέχωση συμπληρώνεται και από συμβούλους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Η ομάδα συντονίζεται από τον ιατρό Αποκατάστασης και στοχεύει στην οργάνωση και ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης του συγκεκριμένου ασθενούς, που ανήκει και ο ίδιος στην ομάδα Αποκατάστασης και αποτελεί στην πραγματικότητα τον πυρήνα της.

Μεγάλος αριθμός ασθενών έχει ανάγκη υπηρεσιών της ομάδας Αποκατάστασης, όπως ασθενείς με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις νωτιαίου μυελού, ακρωτηριασμούς, σκλήρυνση κατά πλάκας αλλά και διάφορα άλλα ορθοπαιδικά, νευρολογικά, ρευματολογικά νοσήματα.

Παρουσίαση της Ομάδας Αποκατάστασης

1. Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης.

(Physician who specialize in Physical Medicine and Rehabilitation P.M.& R).

Καθορίζει το πρόγραμμα και τους στόχους της Αποκατάστασης, μετά λεπτομερή διάγνωση, ανάλυση των φυσικών δυνατοτήτων και του επιλεγμένου στόχου. Καθορίζει την φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθεί την συνολική πορεία του αρρώστου ασκώντας την γενική εποπτεία παρεμβαίνοντας σε κάθε επίπεδο και καθοδηγώντας την συνεργασία των μελών της ομάδας, ανάλογα με το στάδιο της Αποκατάστασης.

Συνταγογραφεί με πλήρεις προδιαγραφές όλα τα βοηθήματα υποστηρικτικής τεχνολογίας (assistive technology) για κάθε ασθενή.

Λειτουργεί σαν ειδικός ιατρός στα εξωτερικά ιατρεία Αποκατάστασης και τα ειδικά ιατρεία.

2. Νοσηλεύτρια Αποκατάστασης.

(Rehabilitation nursing)

Φροντίζει τη νοσηλεία του αναπήρου με στόχο την αποφυγή επιπλοκών, τη διατήρηση βασικών λειτουργιών του και την προετοιμασία του για την λειτουργική Αποκατάσταση.

Με εντολή και εποπτεία του ιατρού Αποκατάστασης, αναλαμβάνει ρόλο επανεκπαίδευσης ούρησης σε νευρογενή κύστη, και εκτελεί και άλλα προγράμματα νοσηλευτικής αποκατάστασης.

3. Φυσικοθεραπευτής.

(Physical therapist)

Εκτελεί το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας-κινησιοθεραπείας σε στενή συνεργασία με τον ιατρό για την τροποποίησή του κατά την μετάβαση του ασθενούς σε άλλο στάδιο.

4.Εργοθεραπευτής.

(Occupational therapist)

Εκμάθηση λειτουργικής χρήσης χεριών, εκμάθηση αυτοεξυπηρέτησης με την χρήση ή όχι τροποποιημένων αντικειμένων ή προσπελάσιμων χώρων διαβίωσης, λειτουργικά tests, επανεκπαίδευση νοητικών λειτουργιών για εκτέλεση έργου.

5.Λογοθεραπευτής

(Speech and language therapist)

Εκμάθηση όλων των ειδών επικοινωνίας με μεγαλύτερο βάρος στην λεκτική επικοινωνία. Επανεκπαίδευση νοητικών λειτουργιών, συνειρμού, μνήμης, προσοχής και εκφραστικού “λόγου”.

6.Κλινικός Ψυχολόγος

(Clinical Psychologist)

Υποστήριξη ασθενή και της οικογένειας, χειρισμός δυναμικών ομάδας.

7.Κοινωνική λειτουργός Αποκατάστασης.

(Social worker)

Παρέμβαση στον ανάπηρο και την οικογένειά του, καθορισμός των κοινωνικών αναγκών του και σύνδεση της υπηρεσίας αποκατάστασης με την ευρύτερη κοινωνική πρόνοια.

8.Επαγγελματικός σύμβουλος.

(Vocational counselor)

Επαγγελματικό test, καθορισμός δυνατοτήτων ενός επιλεγμένου επαγγέλματος, σύνδεση με ανάλογες υπηρεσίες.

9.Τεχνίτης ή Σχεδιαστής Μηχανημάτων

(Rehabilitation engineer)

Κατασκευή ναρθίκων, ορθώσεων, προσθέσεων σε στενή συνεργασία με τον ιατρό και τον άρρωστο.

Πρέπει να τονιστεί ότι στην ομάδα αποκατάστασης εντάσσεται ο άρρωστος και η οικογένεια του.

Εκτός από αυτή τη βασική στελέχωση σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται μια διεπιστημονική συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως νευροχειρουργική, ορθοπεδική, ουρολογική, Ψυχιατρική κ.α.

B. Η Κοινωνική Υπηρεσία του Ε.Ι.Α.Α.

Απευθύνεται κυρίως στους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς των κλινικών. Αντιμετωπίζει επίσης και περιπτώσεις κινητικά αναπήρων που δεν έχουν σχέση με το χώρο του Ε.Ι.Α.Α., σε επίπεδο αξιολόγησης κοινωνικών αναγκών, πληροφόρησης, παραπομπής σε άλλες υπηρεσίες.

Συνοπτικά, το έργο της περιλαμβάνει:

- Αρχική επαφή, επικοινωνία με φορέα παραπομπής του νέου περιστατικού (συνθήκες, στόχοι, ανταπόκριση).
- Υποδοχή νέας περίπτωσης, αποσαφήνιση του προβαλλόμενου προβλήματος, λήψη κοινωνικού ιστορικού, διάκριση επείγουσας παρέμβασης.
- Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ατόμου με κινητικά προβλήματα, στοιχεία που αφορούν τη δυναμική της οικογένειας, της στάση της απέναντι στο άτομο μέλος της .
- Συμμετοχή στην ομάδα αποκατάστασης.
- Συμβουλευτική – υποστήριξη του κινητικά αναπήρου και της οικογένειας καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης.
- Πληροφόρησης – ενημέρωση για τις υπάρχουσες πηγές της κοινότητας (πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι) για τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής επαγγελματικής αποκατάστασης, κοινωνικής επανένταξης και τα δικαιώματα και τις προϋποθέσεις αξιοποίησής τους (παροχές, συνταξιοδοτικά, επιδοματική πολιτική).
- Ενημέρωση της λειτουργίας του Ε.Ι.Α.Α. σε εκπαιδευτικούς φορείς (ΤΕΙ, ΑΕΙ, ΤΕΕ), σε φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης κ.ά.
- Παροχή επιδόματος σε φοιτητές ΑΕΙ –ΤΕΙ άτομα με κινητικά προβλήματα.

Δ. ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι Ημερήσιες Μονάδες Αποκατάστασης, (Νοσοκομεία Ημέρας) αποτελούν το συνδετικό κρίκο μεταξύ πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο θεσμός της Ημερήσιας Μονάδας Αποκατάστασης σαν μια ανεξάρτητη μονάδα με τη δική της δυναμική, είναι πλέον γεγονός σε

όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και επιταγή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Κι αυτό, γιατί λειτουργεί σαν ενδιάμεση σύνδεση μεταξύ του Νοσοκομείου και της Κοινωνίας, βοηθώντας τόσο τα άτομα που νοσηλεύονται να αποκτήσουν τις δυνατότητες εκείνες για να επανενταχθούν με τον καλύτερο δυνατό δυναμικό, όσο και τα άτομα που ήδη λειτουργούν κοινωνικά αλλά έχουν ανάγκη συνέχισης ή προσθήκης της θεραπείας, να απασχοληθούν δημιουργικά κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Εκπαιδεύει τον ασθενή στο να συμβιώνει με την ασθένειά του μέσα από την αποδοχή της. Δίνει τη δυνατότητα προγραμματισμένων εκ των προτέρων εξετάσεων και μια γρήγορη διαγνωστική διερεύνηση που δεν κουράζει τον ασθενή και αποσυμφορεί το Νοσοκομείο.

Επιγραμματικά αναφέρονται οι δραστηριότητες που μπορούν να παρασχεθούν στους ασθενείς μέσα από μία δομή Νοσοκομείου Ημέρας Αποκατάστασης:

- α) Διαγνωστική και θεραπευτική Μονάδα Νευρογενούς Ουροδόχου Κύστεως.
- β) Διαγνωστική και θεραπευτική μονάδα ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και τεκνοποίησης κινητικά αναπήρων.
- γ) Ειδικό τμήμα διερεύνησης και αντιμετώπισης σπαστικότητας
- δ) Εργοθεραπεία.
- ε) Αυτοεξυπηρέτηση - Δραστηριότητες καθημερινής ζωής
- στ) Λογοθεραπεία.
- η) Επανεκπαίδευση ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών (μνήμη, προσοχή, προσανατολισμό κ.α.).
- θ) Αξιολόγηση και εκπαίδευση αισθητικοκινητικής ανάπτυξης.
- ι) Ψυχολογική Υποστήριξη - Δυναμικά Ομάδας.
- κ) Συμβουλευτική κοινωνικών παροχών.
- λ) Προ-επαγγελματική αξιολόγηση.
- μ) Αθλητισμός αναπήρων.
- ν) Αρχιτεκτονικές συμβουλές για τροποποιήσεις σπιτιού και εργασιακού χώρου.
- ξ) Ενημερωτικές, εκλαϊκευμένες διαλέξεις και βίντεο-παρουσιάσεις πάνω σε προβλήματα της πάθησης, όπου ζητείτε η συμμετοχή του αρρώστου και του περιβάλλοντός του (π.χ. πως γίνεται ο αυτο-καθετηριασμός).
- ο) Σύσταση και εκπαίδευση Μυο-ηλεκτρικής πρόθεσης σε ακρωτηριασμό άνω άκρου.
- π) Ανάλυση και Επανεκπαίδευση σύλληψης.
- ρ) Εκμάθηση οδήγησης σε τροποποιημένο αυτοκίνητο.

Η διεύρυνση του τομέα της Αποκατάστασης σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης αποτελεί τη μοναδική προσέγγιση αντιμετώπισης ειδικής

κατηγορίας ασθενών που έχουν κάθε δικαίωμα αλλά και όλες τις δυνατότητες να ζήσουν μέσα στο κοινωνικό σύνολο με αξιοπρέπεια και χαρά.

Δ.1 ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης είναι ένα πρωτοποριακό έργο της Ιεράς Μητροπόλεως Μονεμβασίας και Σπάρτης. Η δημιουργία του κέντρου προέκυψε μέσα από την προσπάθεια της τοπικής εκκλησίας και του Σεβασμιότατου Μητροπολίτου κ.κ. Ευσταθίου να προσφερθούν κάθε είδους υπηρεσίες που απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο. Η νέα αυτή υπερσύγχρονη μονάδα είναι ένα εξειδικευμένο διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο.

Η κατασκευή του κέντρου ξεκίνησε το 1996 και ολοκληρώθηκε το 2000. Καταλαμβάνει μια επιφάνεια 2000 τ.μ. και αποτελείται από τρεις ορόφους, διαθέτει υπερσύγχρονα μηχανήματα και έχει στελεχωθεί με άριστα καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό.

Είναι ένα φιλανθρωπικό μη κερδοσκοπικό ίδρυμα και διοικείται από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και λειτουργεί υπό την επίβλεψη και την εποπτεία της Ιεράς Μητροπόλεως Μονεμβασίας και Σπάρτης.

Σκοπός του κέντρου είναι η έγκυρη διάγνωση και η σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενή. Το κέντρο απευθύνεται σε άτομα με ειδικές ανάγκες και ασθενείς με παθήσεις του μυσκελετικού, του νευρικού και του κυκλοφορικού συστήματος. Επίσης, άτομα με διαταραχές του λόγου (δυσλεξία, δυσαρθρία κ.ά) μπορούν να απευθυνθούν στο κέντρο.

Ο στόχος κάθε παρέμβασης είναι η θεραπεία, αποθεραπεία και αποκατάσταση, η καλύτερη ποιότητα ζωής. Εκτός από τον ασθενή το ενδιαφέρον μας μεταφέρεται και στο περιβάλλον του, γνωρίζοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει στην αποκατάστασή του.

Το κέντρο διευθύνεται από ειδικό Ιατρό Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, ο οποίος καθοδηγεί, συντονίζει και την ομάδα αποκατάστασης που αποτελείται από τους εξής επιστήμονες: τον Φυσίατρο, τους Φυσικοθεραπευτές, την Κοινωνική Λειτουργό, την Ψυχολόγο, τον Λογοπεδικό, την Εργοθεραπεύτρια, τον Λογοθεραπευτή, την Γυμνάστρια και τις Νοσηλεύτριες. Ο κάθε ασθενής αξιολογείται από την ομάδα η οποία και σχεδιάζει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας και επιφέρει τις αναγκαίες τροποποιήσεις σε αυτό. Για την επίτευξη των στόχων είναι αναγκαία και απαραίτητη επίσης η συνεργασία με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. Νευρολόγο,

Νευροχειρουργό, Παθολόγο, Ορθοπαιδικό, Ενδοκρινολόγο, Ακτινολόγο
κ.ά.)



Η Είσοδος του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης



Ο Χώρος Υποδοχής



Η Ξενοδοχειακή Υποδομή του Κέντρου

Τα Τμήματα του κέντρου

1. Τμήμα Ιατρικής Αποκατάστασης

Το Τμήμα Ιατρικής Αποκατάστασης είναι εξοπλισμένο με μηχανήματα που ανταποκρίνονται στις τελευταίες εξελίξεις και τα διεθνή πρότυπα όσον αφορά τεχνικές αποκατάστασης

2. Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Η Φυσικοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί φυσικά και τεχνικά μέσα για την αποκατάσταση των διαφόρων παθήσεων κυρίως του νευρομυϊκού και του σκελετικού συστήματος

3. Τμήμα Εργοθεραπείας

Ο εργοθεραπευτής στοχεύει στη βελτίωση της κινητικής ικανότητας και στην όσο γίνεται επιτυχή η προσαρμογή του ασθενή, εκπαιδεύοντάς τον στη χρήση και εφαρμογή καταλλήλων βοηθημάτων στο χώρο.

4. Τμήμα Λογοθεραπείας

Οι υπεύθυνοι του τμήματος ασχολούνται με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία όλων των διαταραχών λόγου και ομιλίας. Ο λογοπεδικός καλείται να εκτιμήσει και να αξιολογήσει κάθε ασθενή κατά περίπτωση με σκοπό να παρέμβει θεραπευτικά στις διαταραχές του λόγου.

5. Τμήμα Κοινωνικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης

Το Τμήμα Κοινωνικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης ασχολείται με την πρόληψη, την έγκυρη διάγνωση, την παρέμβαση και την στήριξη των ενδιαφερομένων και των οικογενειών τους.



Το τμήμα της Ιατρικής Αποκατάστασης



Τμήμα Φυσικοθεραπείας - Ο χώρος της Ηλεκτροθεραπείας



Τμήμα Φυσικοθεραπείας - Κινησιοθεραπεία



Η Θερμαινόμενη πισίνα της Υδροθεραπείας

Ο Ξενώνας του κέντρου

Το κέντρο διαθέτει ξενώνα για τη φιλοξενία ασθενών που προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές της επαρχίας μας ή από άλλους νομούς και οι οποίοι έχουν ενταχθεί στο Κέντρο για ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αποκατάστασης. Στους ασθενείς αυτούς θα γινόταν θεραπευτικές πράξεις σε ολόημερο πρόγραμμα και για το λόγο αυτό θα πρέπει να εξασφαλιστεί η δυνατότητα διαμονής τους.

Ο ξενώνας του Κέντρου είναι εξοπλισμένος με υπερσύγχρονα μέσα. Διαθέτει ειδικά κρεβάτια που διευκολύνουν τόσο τον ασθενή όσο και το προσωπικό που θα του παρέχει υπηρεσίες. Διαθέτει επίσης μπάνια σε κάθε δωμάτιο που είναι εξοπλισμένα με μέσα κατάλληλα για την άριστη φροντίδα των ασθενών και διαθέτουν ρυθμισμένους νιπτήρες, καθρέπτες και πλούσιο εξοπλισμό προσαρμοσμένο στις ανάγκες κάθε ασθενούς. Ο ξενώνας διαθέτει επίσης ένα όμορφο καθιστικό τραπεζαρία για την εξυπηρέτηση των ασθενών που θα τον χρησιμοποιήσουν, αλλά και για την καθημερινή τους ψυχαγωγία αφού θα μπορούν να ακούσουν μουσική, να παρακολουθήσουν τηλεόραση, να διαβάσουν βιβλία από τη βιβλιοθήκη του Κέντρου κ.λπ.

Οι ασθενείς του ξενώνα αλλά και γενικότερα του Κέντρου εξυπηρετούνται για την μετακίνησή τους στους χώρους του, από το ευρύχωρο ασανσέρ που δύναται να μεταφέρει τον ασθενή με το κρεβάτι του στους χώρους της θεραπείας.

Παρέχονται επίσης υπηρεσίες από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό καθ' όλη την διάρκεια του 24ώρου.



Ε. ΠΡΟΛΗΨΗ

Από την ανάλυση των αιτιών που προκαλούν τα τροχαία ατυχήματα και των παραγόντων που τα συνθέτουν (άνθρωπος, όχημα, οδικό δίκτυο), προκύπτουν τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την πρόληψη των ατυχημάτων και των συνεπειών τους. Τα μέτρα που συμβάλλουν στο να μη δημιουργηθεί το ατύχημα περιλαμβάνονται στην *ενεργητική πρόληψη*. Τέτοια μέτρα, για παράδειγμα, είναι τα καλά φρένα και τα καλά ελαστικά του αυτοκινήτου. Από την άλλη πλευρά, τα μέτρα που θα βοηθήσουν στο να μην τραυματιστεί κανείς ή να τραυματιστεί όσο το δυνατό λιγότερο στην περίπτωση που συμβεί το ατύχημα, αποτελούν την *παθητική πρόληψη*. Οι ζώνες ασφαλείας και οι πυροσβεστήρες είναι μέτρα παθητικής πρόληψης.

α. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

1. Μέτρα για την αύξηση της ασφάλειας του οδικού δικτύου, είναι τα εξής:

- α. Έλεγχος και συντήρηση σε τακτά χρονικά διαστήματα.* Η έγκαιρη επισήμανση και η άμεση αποκατάσταση των φθορών είναι απαραίτητες για την αποφυγή ατυχημάτων.
- β. Βελτίωση σήμανσης.* Επιβάλλεται ο εκσυγχρονισμός της σηματοδότησης των πόλεων και ιδιαίτερα της Αθήνας για την αποτροπή των ατυχημάτων από τις συχνές βλάβες του δικτύου.
- γ. Βελτίωση οδοστρώματος*, με χρήση αντιολισθηρών επιστρώσεων.
- δ. Βελτίωση ηλεκτροφωτισμού.* Ο καλός φωτισμός των οδών, τα ευδιάκριτα χρώματα και οι αντανακλαστικές επιφάνειες των πινακίδων βελτιώνουν την ορατότητα
- ε. Διαπλάτυνση των οδών* και ιδιαίτερα των τμημάτων που παρουσιάζουν απότομες στενώσεις.
- στ. Κατασκευή διαχωριστικών νησίδων ασφαλείας.* Οι δρόμοι πρέπει να σχεδιάζονται ή να βελτιώνονται έτσι ώστε να υπάρχουν ξεχωριστές λωρίδες ανάλογα με την κατεύθυνση και την κυκλοφορία.
- ζ. Επισήμανση επικίνδυνων σημείων που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα ατυχημάτων.*

2. Μέτρα πρόληψης που σχετίζονται με το όχημα.

- α. Τακτικός έλεγχος.* Η συχνή και λεπτομερής εκτίμηση τεχνικής και μηχανολογικής

2. Μέτρα πρόληψης που σχετίζονται με το όχημα.

α. *Τακτικός έλεγχος.* Η συχνή και λεπτομερής εκτίμηση τεχνικής και μηχανολογικής κατάστασης του οχήματος από εξειδικευμένα συνεργεία, έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει μεγάλο αριθμό ατυχημάτων. Γι' αυτό, είναι απαραίτητος και ο εκσυγχρονισμός των Κέντρων Τεχνικού Ελέγχου Οχημάτων (ΚΤΕΟ).

β. Όπως προαναφέρθηκε, η παλαιότητα του οχήματος είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόκλησης τραυματισμών σε περίπτωση ατυχήματος. Η *απόσυρση παλαιών αυτοκινήτων* ήταν ένα πολύ σωστό μέτρο που έλαβε η πολιτεία.

3. Μέτρα πρόληψης που σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά.

α. *Βελτίωση συστήματος εκπαίδευσης και εξέτασης των υποψήφιων οδηγών.* Πρωταρχικής σημασίας παράγοντες για την ασφαλή κυκλοφορία και επομένως τη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων είναι η ικανότητα και σωστή αγωγή των οδηγών. Προϋποθέσεις αυτών είναι:

1. Η εντατική εκπαίδευση των υποψήφιων οδηγών και
2. η αυστηρή και αντικειμενική εξέταση τους για την απόκτηση αδείας ικανότητας οδηγού.

β. *Κυκλοφοριακή αγωγή μαθητών και κοινού.* Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ενημέρωση των μαθητών κυρίως για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί τα άτομα νεαρής ηλικίας είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα τροχαία ατυχήματα και δεύτερον, γιατί η εκπαίδευση των ατόμων στη νεαρή τους ηλικία έχει θετικά αποτελέσματα στην κυκλοφοριακή τους συμπεριφορά ως ενηλίκων οδηγών. Το σχολείο είναι ο πιο πρόσφορος τόπος για την ενημέρωση των μαθητών, η οποία πρέπει να γίνεται με την καθιέρωση του μαθήματος της Κυκλοφοριακής Αγωγής. Η διαφώτιση του ευρύτερου κοινού πάνω στα θέματα κυκλοφοριακής συμπεριφοράς μπορεί να ενταθεί μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου.

Στην εκστρατεία ενημέρωσης θα βοηθήσει αρκετά η διανομή στο κοινό εντύπου πληροφοριακού υλικού.

γ. *Ένταση της αστυνόμευσης.* Όταν οι οδηγοί έχουν στο νου τους την έντονη αστυνόμευση, είναι πιο προσεκτικοί στην οδήγησή τους. Στα μέτρα πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων εντάσσεται και η συνεχής και μεθοδική εκπαίδευση και εξειδίκευση όλων των Αστυνομικών και κυρίως αυτών που εξυπηρετούν την Τροχαία με σκοπό την αύξηση της ικανότητας και αποδοτικότητάς τους. Επίσης ο συνεχής εξοπλισμός των υπηρεσιών της Τροχαίας με σύγχρονα τεχνικά και επιστημονικά μέσα και όργανα, είναι αναγκαία προϋπόθεση για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών αυτών.

δ. *Αλλαγή του τρόπου οδήγησης.* Ο τρόπος οδήγησης δηλώνει τον τρόπο ζωής και σκέψης του οδηγού. Αν δεν υπάρχει ποιότητα στον τρόπο ζωής, δεν είναι δυνατό να υπάρχει στον τρόπο οδήγησης. Αν ο τρόπος ζωής ενός ανθρώπου είναι νεφελώδης, νεφελώδης θα είναι και η οδική του συμπεριφορά. Η ποιότητα ζωής λοιπόν είναι πολύ βασικός παράγοντας πρόληψης ατυχημάτων. Δυστυχώς όμως οι συμπεριφορές δύσκολα μεταβάλλονται. Σύμφωνα με τον Παπαδόπουλο, η Αμερικανίδα γιατρός Flanders Dubar μετά από μελέτη πολλών ατόμων που είχαν επανειλημμένα ατυχήματα, διαπίστωσε στο 80% αυτών των ατόμων μια «προσωπικότητα ατυχηματία» και την περιγράφει ως εξής: τα άτομα αυτά είναι παρορμητικά, αγαπούν την περιπέτεια, ζουν για τη στιγμή κι όχι για το μέλλον και δεν μπορούν να ελέγξουν την επιθετικότητά τους προς άλλα άτομα ιδιαίτερα προς άτομα εξουσίας. Ταυτόχρονα δείχνουν μια τάση αυτοτιμωρίας που προέρχεται από ένα υποσυνείδητο συναίσθημα ενοχής (Παπαδόπουλος, 1996).



β. ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η παθητική ασφάλεια των παιδιών που μεταφέρονται με το αυτοκίνητο καθορίζεται από τη **θέση του παιδιού στο αυτοκίνητο** κι από τη σωστή χρήση ειδικών συστημάτων συγκράτησης και πρόσδεσης. Τα συστήματα αυτά είναι η **ζώνη ασφαλείας** και τα **παιδικά καθίσματα**, τα οποία μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τον αριθμό των τραυματισμών παιδιών-επιβατών, τόσο από πτώση μέσα στο αυτοκίνητο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και κατά τη σύγκρουση του οχήματος.

Η θέση του παιδιού στο αυτοκίνητο.

Τα παιδιά κάτω των 14 ετών δεν πρέπει να ταξιδεύουν ποτέ στο μπροστινό κάθισμα του αυτοκινήτου. Το έτος 2000, το 35% των παιδιών ηλικίας από 12 ετών και κάτω που έχασαν τη ζωή τους σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, κάθονταν στο μπροστινό κάθισμα του αυτοκινήτου.

Ο κίνδυνος για τα παιδιά στο μπροστινό κάθισμα είναι ιδιαίτερα μεγάλος και προέρχεται από δύο πηγές. Πρώτον, σε περίπτωση σύγκρουσης η μπροστινή θέση είναι περισσότερο επικίνδυνη για βαρύ τραυματισμό ή θάνατο. Δεύτερον, ο αερόσακος που θα ανοίξει στη θέση αυτή μπορεί να προκαλέσει σοβαρές κακώσεις ή να σκοτώσει το παιδί, ακόμα και σε περίπτωση ατυχήματος που θα συμβεί σε χαμηλές ταχύτητες.

Είναι λοιπόν επιτακτικό, όλα τα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών να τοποθετούνται στα πισινά καθίσματα του αυτοκινήτου. Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες, σημειώνονται 30% λιγότεροι θανάσιμοι τραυματισμοί για παιδιά που βρίσκονται στο πίσω κάθισμα και το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 46% αν το αυτοκίνητο έχει αερόσακο στο μπροστινό κάθισμα.

Όσο μεγαλώνουν τα παιδιά, τόσο περισσότερο επιθυμούν να κάθονται στο μπροστινό κάθισμα. Οι γονείς όμως πρέπει να είναι ιδιαίτερα αυστηροί και να έχουν πάντα στο νου τους ότι η τοποθέτηση του παιδιού τους στο μπροστινό κάθισμα είναι δυνατό να προκαλέσει πολύ σοβαρούς τραυματισμούς ή θάνατο στην περίπτωση δυστυχήματος.

Ωστόσο, είναι σαφές ότι μόνο η τοποθέτηση του παιδιού στο πίσω κάθισμα, χωρίς τη χρήση σωστού παιδικού καθίσματος ή ζώνης ασφαλείας, δεν το προστατεύει από βαρύ τραυματισμό.

Ο ρόλος της ζώνης ασφαλείας.

Ένας παράγοντας ευρύτατα γνωστός και ιδιαίτερα αποτελεσματικός ως προς την πρόληψη των τραυματισμών και θανάτων από τροχαία ατυχήματα, είναι η ζώνη ασφαλείας. Η σωστή και συστηματική χρήση ζώνης ασφαλείας μειώνει σημαντικά τον αριθμό των θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά.

Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας, η χρήση της ζώνης ασφαλείας είναι υποχρεωτική, τόσο για τον οδηγό όσο και για κάθε επιβάτη του οχήματος, μπροστά ή πίσω, του οποίου η θέση έχει ζώνη ασφαλείας. Όλα τα επιβατηγά αυτοκίνητα και τα μικρά φορτηγά μέγιστου επιτρεπόμενου βάρους μέχρι 3,5 kg, επιβάλλεται να είναι εφοδιασμένα με ζώνες ασφαλείας στα μπροστινά καθίσματα. Επιπλέον, τα επιβατηγά αυτοκίνητα που τίθενται σε κυκλοφορία στη χώρα μας από 01/01/1993, επιβάλλεται να είναι εφοδιασμένα με ζώνες ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα. Για λόγους ασφαλείας όλων των

επιβατών, αλλά κυρίως των παιδιών που πρέπει να μεταφέρονται πάντοτε στο πίσω κάθισμα, είναι απαραίτητο να τοποθετούνται ζώνες ασφαλείας και στα πισινά καθίσματα των οχημάτων που δεν διαθέτουν.

Για την πρόσδεση των παιδιών με τη ζώνη ασφαλείας πρέπει να τηρούνται οι εξής κανόνες ασφαλείας:

1. Για παιδιά κάτω των 12 ετών, πρέπει να χρησιμοποιείται ζώνη κατάλληλη της ηλικίας τους. Σε ηλικία άνω των 12 ετών τα παιδιά μπορούν να φορούν τις ζώνες ασφαλείας που χρησιμοποιούν οι ενήλικοι επιβάτες, με την προϋπόθεση ότι φορούν σωστά τη ζώνη.
2. Απαγορεύεται να δένονται δύο παιδιά με μία ζώνη ασφαλείας, διότι είναι εξαιρετικά επικίνδυνο.
3. Απαγορεύεται το παιδί να ταξιδεύει στην αγκαλιά της μητέρας του, είτε στο μπροστινό είτε στο πισινό κάθισμα. Αυτή η κίνηση είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη. Ακόμη και σε σύγκρουση μέτριας βαρύτητας, αν το παιδί κρατιέται στην αγκαλιά, μπορεί:
 - α. να εκσφενδονιστεί μέσα ή έξω από το αυτοκίνητο, με αποτέλεσμα να υποστεί βαρύτερες σωματικές κακώσεις.
 - β. να λειτουργήσει σαν "αερόσακος" για τον ενήλικα που το κρατάει. Έχει βρεθεί ότι το 90% των ατόμων που ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα κρατώντας στην αγκαλιά τους ένα παιδί, σώθηκαν επειδή το παιδί λειτούργησε γι' αυτά ως ασπίδα προστασίας.

Έξι μύθοι γύρω από τη χρήση της ζώνης ασφαλείας.

1. Η ζώνη ασφαλείας πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο στις εθνικές οδούς ή όταν αναπτύσσονται μεγάλες ταχύτητες. Αυτή η πεποίθηση είναι λάθος, αφού μία σύγκρουση με 40 χλμ. ανά ώρα ισοδυναμεί με πτώση στο έδαφος από το δεύτερο όροφο μιας κατοικίας.
2. Η ζώνη δεν χρειάζεται για τους επιβάτες των πίσω καθισμάτων. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει, αφού ο σχετικός βαθμός προστασίας είναι περίπου της ίδιας τάξης μεγέθους όσο και για τους επιβάτες των πρόσθιων καθισμάτων.
3. Είναι λάθος ο ισχυρισμός ότι η χρήση της ζώνης δεν είναι απαραίτητη όταν διανύονται μικρές αποστάσεις, αφού έχει αποδειχθεί ότι τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν σε ακτίνα 50 χλμ. από το σπίτι μας.
4. Είναι λάθος ότι η εκτίναξη από το αυτοκίνητο, την οποία αποτρέπει η 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.
5. Οι αυτοαποκαλούμενος «προσεκτικός οδηγός» θεωρεί ότι δεν είναι ανάγκη να χρησιμοποιούν τη ζώνη ασφαλείας ο ίδιος και οι επιβαίνοντες στο όχημά του-είτε παιδιά, είτε ενήλικες-αφού ένα ατύχημα μπορεί να

προκληθεί με βασική ευθύνη κάποιου άλλου οδηγού ή εξαιτίας κάποιων απρόβλεπτων συνθηκών.

6. Η χρήση της ζώνης από τον οδηγό δεν είναι συμβατή με τη γενναιότητα και την υψηλή αυτοεκτίμηση. Αντιθέτως, γενναίος είναι ο οδηγός που σέβεται τις διατάξεις του Κ.Ο.Κ., τη ζωή των ατόμων που μεταφέρει και τέλος τη δική του ζωή. Επιπλέον, ο οδηγός που φορά ζώνη αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση για τα άτομα που επιβαίνουν στο όχημά του. Εκτός αυτού, έχει βρεθεί ότι ο οδηγός αντιδρά καλύτερα σε μια δύσκολη στιγμή, εάν ξέρει ότι οι συνεπιβάτες του είναι δεμένοι με ασφάλεια.

Κανένα δηλητήριο και στην πραγματικότητα όλα τα δηλητήρια μαζί δεν σκοτώνουν τόσους ανθρώπους, όσο η μυθολογία που περιτριγυρίζει τη χρήση της ζώνης ασφαλείας (Παπής, Χατζηκωνσταντάς 1986).

Τα παιδικά καθίσματα ασφαλείας

Έχει αποδειχθεί ότι η μη χρήση ειδικών συστημάτων πρόσδεσης και μεταφοράς σε βρέφη και νήπια αυξάνει τον κίνδυνο τραυματισμού περισσότερο από τρεις φορές. Η αποτελεσματικότητα των ειδικών αυτών συστημάτων στην αποφυγή τραυματισμών σε παιδιά μικρής ηλικίας είναι περίπου 70%. Αρκετές είναι οι μελέτες των οποίων τα στοιχεία παρέχουν ενδείξεις αυξημένης προστασίας παιδιών που μεταφέρονται στο πίσω κάθισμα αλλά συγχρόνως χρησιμοποιούν και το ειδικό σύστημα πρόσδεσης.

Κατηγορίες καθισμάτων

1^η κατηγορία: Βρεφικά παιδικά καθίσματα για μωρά έως 9 μηνών.
Μέχρι να αποκτήσει δηλαδή το παιδί βάρος περίπου 10 κιλών. Τοποθετούνται πάντα με φορά αντίθετη προς την πορεία του αυτοκινήτου και πολλές φορές μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως ρηλάξ. Εφαρμόζονται στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου με την προϋπόθεση βέβαια να έχει το αυτοκίνητο ζώνες ασφαλείας στο πίσω κάθισμα. Η ασφαλέστερη θέση για τα παιδικά καθίσματα θεωρείται εκείνη στο μέσο του πίσω καθίσματος, οπότε η πρόσδεση γίνεται με ζώνη δύο σημείων.

2^η κατηγορία: Παιδικά καθίσματα «0+».

Είναι κατάλληλα για μωρά από τη στιγμή της γέννησής τους ώσπου να συμπληρώσουν τα 13 κιλά και τοποθετούνται πάντα με φορά αντίθετη προς την πορεία του αυτοκινήτου.

3^η κατηγορία: Παιδικά καθίσματα για παιδιά ηλικίας από 6 μηνών έως 4

ετών. Χρησιμοποιούνται ώσπου να αποκτήσει το παιδί βάρος περίπου 18 κιλών και τοποθετούνται στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου με το παιδί να κοιτάζει προς τα εμπρός.

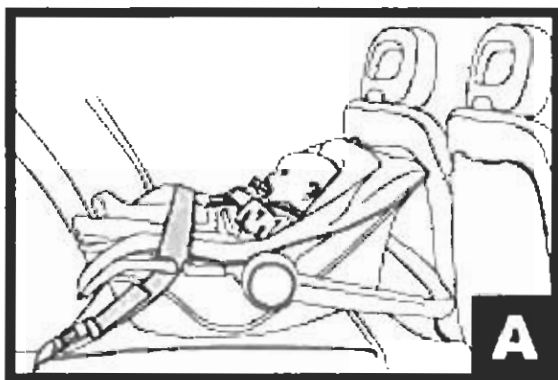
4^η κατηγορία: Παιδικά καθίσματα συνδυασμένα για παιδιά ηλικίας 0-4 ετών (βάρους 0-18 κιλών).

Τοποθετούνται με φορά αντίθετη προς την πορεία του αυτοκινήτου για τη μεταφορά βρεφών έως 9 μηνών και εφαρμόζονται στο κάθισμα του αυτοκινήτου με τη βοήθεια ζώνης ασφαλείας τριών ή δύο σημείων του αυτοκινήτου. Για τη μεταφορά μωρών ηλικίας πάνω από 9 μηνών τοποθετούνται με φορά προς τα εμπρός και εφαρμόζονται στο κάθισμα του αυτοκινήτου με τη βοήθεια ζώνης ασφαλείας αποκλειστικά δύο σημείων.

5^η κατηγορία: Ανυψωτικά παιδικά καθίσματα για παιδιά ηλικίας 4-12 ετών (βάρους 15-36 κιλών και ύψους μέχρι 1,50 μ.).

Τοποθετούνται στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου και χρησιμοποιούνται για να ανασηκώσουν το παιδί και να επιτρέψουν τη σωστή προσαρμογή της ζώνης ασφαλείας τριών σημείων του αυτοκινήτου στο σώμα του παιδιού.

Ακολουθούν σχετικές φωτογραφίες:



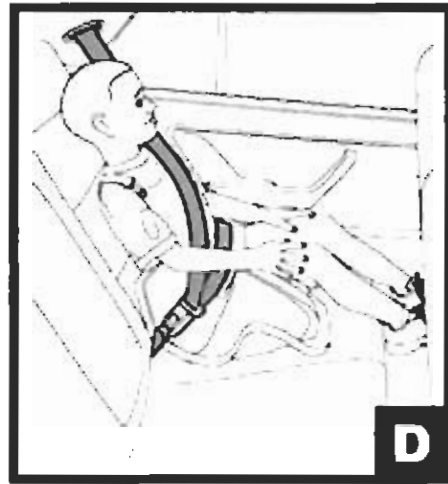
1^η κατηγορία



2^η κατηγορία



3^η κατηγορία



4^η κατηγορία



5^η κατηγορία



Ενδεδειγμένη μεταφορά βρέφους και μικρού παιδιού με ασφάλεια

8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων είναι ένα κεφάλαιο στο οποίο μπορεί να εμπλακεί αποτελεσματικά ο Κοινωνικός Λειτουργός. Όπλο του, όπως σε κάθε περίπτωση πρόληψης, η διαφώτιση σε θέματα υγείας.

Α. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών

Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας είναι ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία στην εποχή μας. Διεθνείς Οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και του περιβάλλοντος.

Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων σε θέματα που αφορούν την υγεία και ασφάλεια των μαθητών εφαρμόζει προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία με στόχο την Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας αυτών.

Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μια καινοτόμος δράση η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα. Η Αγωγή Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτή, τους γονείς και την κοινωνία. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ίσως ο πιο κατάλληλος επαγγελματίας για την προώθηση αυτής της δράσης.

Συγκεκριμένα για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών όλων των ηλικιών γύρω από το θέμα των τροχαίων ατυχημάτων, ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να χρησιμοποιεί τις εξής μεθόδους:

1. Παθητικές μέθοδοι: Διαλέξεις, προβολές video ή ταινίας, διαφάνειες.
2. Μέθοδοι ενεργητικής συμμετοχής: Έρευνα, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια κλπ
3. Βιωματικές μέθοδοι. Δραματοποίηση, θεατρικό παιχνίδι, γράψιμο μιας ιστορίας, συμβουλευτική, διάγραμμα βιωματικών εμπειριών, δημιουργική έκφραση με σχήματα ζωγραφικής, φωτογραφίες κλπ.

B. Διαφώτιση του ευρύτερου κοινού.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να οργανώνει και να συντονίζει επιμορφωτικές και ενημερωτικές εκστρατείες, που περιλαμβάνουν τις εξής δραστηριότητες:

Διοργάνωση ενημερωτικών προγραμμάτων, διαλέξεων και επιμορφωτικών συζητήσεων σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τροχαία ατυχήματα και τους τρόπους αποφυγής τους.

Έντυπο υλικό, όπως η σύνταξη φυλλαδίων για την οδική ασφάλεια και πρόληψη των ατυχημάτων. Το υλικό θα μοιράζεται σε οδηγούς από άνδρες της Τροχαίας, θα ταχυδρομείται σε μέλη των επιστημονικών εταιριών της χώρας και θα δίνεται σε ιδιώτες ιατρούς για χρήση κατά την εξάσκηση του επαγγέλματός τους.

Τηλεοπτικά και Ραδιοφωνικά μηνύματα. Θα δημιουργούνται σε συνεργασία με την Τροχαία και θα επισημαίνουν, για παράδειγμα, την ανάγκη χρήσης της ζώνης ασφαλείας ανεξάρτητα από την ταχύτητα του αυτοκινήτου, το είδος της διαδρομής (εθνικό ή επαρχιακό δίκτυο, κυκλοφορία στην πόλη) και τη θέση επιβίβασης. Θα μεταδίδονται από κρατικούς και ιδιωτικούς τηλεοπτικούς και ραδιοφωνικούς σταθμούς, οι οποίοι καλό είναι να παραχωρούν δωρεάν τηλεοπτικό χρόνο στο πλαίσιο κοινωνικής διαφήμισης.

Βιντεοταινία. Δημιουργία βιντεοταινίας διάρκειας 15 λεπτών περίπου, σχετικά με την αναγκαιότητα της χρήσης της ζώνης ασφαλείας και των παιδικών καθισμάτων, την οποία θα σχολιάζουν δημοφιλείς Έλληνες ηθοποιοί και επιστήμονες. Η ταινία θα αναπαράγεται σε χιλιάδες αντίτυπα, τα οποία θα διανέμονται σε τηλεοπτικούς σταθμούς καθώς και

στους διευθυντές ιδρυμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε όλη τη χώρα. Επίσης, θα προβάλλεται σε σταθμούς της Τροχαίας και σε αίθουσες αναμονής νοσοκομείων. Με σχετικό περιεχόμενο προσαρμοσμένο για παιδιά, θα ήταν καλό να δημιουργηθεί ταινία ηλεκτρονικού κουκλοθεάτρου, που προβάλλεται σε παιδικούς σταθμούς και δημοτικά σχολεία.

Παρουσία στο διαδίκτυο. Αν και είναι χαμηλό το ποσοστό των Ελλήνων που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σε συνεργασία με άλλους φορείς πρόληψης, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν πολύ διαφωτιστικούς διαδικτυακούς τόπους (sites).

Συγγραφή άρθρων και δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά για ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας.

Αφίσες, που θα δίνουν οδηγίες για την αποφυγή τροχαίων ατυχημάτων. Θα κυκλοφορούν για χρονικό διάστημα τριών μηνών περίπου σε προθήκες δημόσιων μέσων μεταφοράς, όπως επίσης σε δημόσια κτίρια, σταθμούς και αεροδρόμια.

Άλλο υλικό. Αντικείμενα γραφείου, συμπεριλαμβανομένων ημερολογίων, ευχετηρίων καρτών, καθώς επίσης μπλουζάκια και βοηθητικά εξαρτήματα ηλεκτρονικών υπολογιστών (π.χ. Mousepads), θα μπορούσαν να δημιουργηθούν και να διανεμηθούν σε καθηγητές, ιατρούς και άλλα άτομα που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης.

Τα παιδιά μπροστά στην κυκλοφοριακή απειλή

Μια πρόσκληση συνεργασίας από έναν Κοινωνικό Λειτουργό και γονιό -για καλύτερη οδική ασφάλεια

Χέρι, χέρι

Είναι γεγονός ότι δεν μπορούμε να προστατεύουμε τα παιδιά μας σε κάθε τους βήμα, και κάθε δευτερόλεπτο, μπορούμε όμως να τα δώσουμε μια αληθινή ευκαιρία.

Είναι γεγονός ότι δεν μπορούμε να επιταχύνουμε την ανάπτυξη της ωριμότητάς τους, μπορούμε όμως να τα αναθρέψουμε ώστε να γίνουν περισσότερο ενήμερα για τους κινδύνους της κυκλοφορίας.

Είναι γεγονός ότι δεν μπορούμε να τα διαπλάσουμε και να τα κάνουμε τέλειους χρήστες στην κυκλοφορία, μπορούμε όμως ναβάλουμε

τα θεμέλια για μια συνεχόμενη και αυξανόμενη γνώση και επίγνωση με στόχο την τελειοποίησή τους στο μέλλον.

Το γεγονός είναι να παρουσιάσουμε το κυκλοφοριακό πρόβλημα με αφετηρία την παιδική πραγματικότητα. Πως σκέφτονται και ενεργούν τα παιδιά; Πως είναι το περιβάλλον τους; Με το να ακούμε μηνύματα από τα παιδιά μας και να συνεργαζόμαστε μαζί τους μπορούμε εμείς οι μεγάλοι να διαμορφώσουμε και να εξασφαλίσουμε ένα καλύτερο ξεκίνημα γ' αυτά.

Τι μπορούμε να κάνουμε μαζί;

Για να μπορέσουμε να φτάσουμε σε ένα αποτέλεσμα πρέπει να υιοθετήσουμε την αλληλοβοήθεια και τον εθελοντισμό σαν προϋπόθεση για να συνεργαστούμε όλοι για την κυκλοφορία και το περιβάλλον του παιδιού. Παιδιά, γονείς, κοινωνικοί λειτουργοί, αστυνομία, νηπιαγωγοί, δάσκαλοι και γενικά το προσωπικό των σχολείων, δημοτικοί και κρατικοί λειτουργοί, και όλοι οι άλλοι κοινωνικοί φορείς στενά συνεργαζόμενοι θα καλυτερεύσουν την ασφαλή ζωή ανάπτυξη και κίνηση του παιδιού.

Μπορούμε π.χ.:

- Να εγείρουμε απαιτήσεις για αλλαγή και διαμόρφωση του περιβάλλοντος όπου χρειάζεται.
- Να δημιουργήσουμε πυρήνες δράσης στο χωριό, στη συνοικία, στο νηπιαγωγείο, και στο σχολείο όλων των σταδίων.
- Να δραστηριοποιηθούμε στους συλλόγους "Γονέων και Κηδεμόνων" και να μεριμνούμε ώστε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο κυκλοφοριακό και στο λοιπό περιβάλλον να προγραμματίζονται και να μπαίνουν πάντα για συζήτηση στις γενικές συνελεύσεις.
- Να οργανώνονται ημερίδες για την οδική και λοιπή ασφάλεια των παιδιών και να συμμετέχουμε όλοι.
- Να μεριμνήσουμε να υπάρχει κάποιος υπεύθυνος-προστάτης ή αρμόδιος για θέματα ασφαλείας των παιδιών σε κάθε παιδική χαρά, νηπιαγωγείο, και σε όλα τα άλλα σχολεία όλων των σταδίων.
- Να εγείρουμε απαίτηση να προσλάβει ο Δήμος έναν συνήγορο του παιδιού που να υπερασπίζεται τα δικαιώματα του παιδιού τόσο στο στάδιο εκπόνησης σχεδιασμού πολεοδόμησης όσο και στην εκτέλεση των έργων κοινωνικής υποδομής.
- Να μεριμνούμε πάντα ώστε να δίνουμε στα παιδιά μας μια καλή κυκλοφοριακή ανατροφή στο σπίτι, στο νηπιαγωγείο, στις παιδικές χαρές και στα κυκλοφοριακά πάρκα, καθώς και σε όλα τα σχολικά στάδια. Να διατίθενται στα παιδιά όλα τα χρήσιμα υλικά προστασίας τους στην

κυκλοφορία, όπως το κατάλληλο κάθισμα προστασίας σαν επιβάτες αυτοκινήτων, κράνος όταν κάνουν ποδήλατο καθώς και ανακλαστικά.

Το λιγότερο που μπορούμε να απαιτήσουμε

Αν δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός παιδιών και κυκλοφορίας μπορούμε να αρκεστούμε στα επί μέρους σημεία. Τα παρακάτω είναι ό,τι λιγότερο μπορούμε να απαιτήσουμε όσον αφορά το περιβάλλον των παιδιών:

- Πεζοδρόμια, μονοπάτια περιπάτου, πεζόδρομοι και ποδηλατόδρομοι ώστε να εξασφαλίζεται ελεύθερη και ασφαλή προσπέλαση.
- Παιδικές χαρές, παιδικά κυκλοφοριακά πάρκα, αρκετά πράσινα τοπία ασφαλή και να ευπρόσιτα.
- Καλή προσπέλαση και καλή ορατότητα. Αυλές με πολύ ψηλούς θάμνους που μειώνουν την ορατότητα εκεί όπου περνούν παιδιά ιδιαίτερα στις γωνίες των οικοπέδων στις διασταυρώσεις πρέπει να κουρευούνται και να είναι χαμηλά ώστε να διέρχεται το βλέμμα σε όσο το δυνατόν περισσότερη απόσταση για να ελέγχεται η περιοχή. Λάθος σταθμευμένα αυτοκίνητα ή ότι άλλο επικίνδυνο αντικείμενο που θα εμπόδιζε την προσπέλαση των παιδιών θα πρέπει να απομακρύνεται.
- Μέτρα ασφαλείας στις διαβάσεις πεζών με ευκρινή χρώματα και με καλή επιλογή του τόπου της διάβασης ώστε να είναι εμφανής και με καλή ορατότητα γύρω-γύρω.
- Μείωση της κυκλοφορίας. Εννοούμε τόσο το σύνολο των αυτοκινήτων όσο και το όριο της ταχύτητας. Στις περιοχές όπου κινούνται πολλά παιδιά πρέπει να υπάρχουν προειδοποιητικές πινακίδες. Η κυκλοφορία μπορεί να μειωθεί με την επιβολή χαμηλού ορίου ταχύτητας 30 χιλιομέτρων την ώρα καθώς και εμπόδια τα αποκαλούμενα σαμαράκια με διακόσμηση πρασίνου σαν προειδοποίηση στον οδηγό ότι φτάνει σε περιοχή που θα επιβληθεί σε χαμηλή ταχύτητα.
- Ασφαλή και μελετημένη επιλογή στάσεων των λεωφορείων έτσι ώστε να παρέχεται στα παιδιά ένας ασφαλής τόπος αναμονής αλλά και εύκολη προσέγγιση και απομάκρυνση από αυτήν χωρίς κίνδυνο.

Δ. Η ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ

Το σχολείο αποτελεί, μετά την οικογένεια, το σημαντικότερο θεσμό κοινωνικοποίησης του παιδιού και ασκεί σημαντική επίδραση στην ψυχική του ωρίμανση. Ασφαλώς έχει τη δυνατότητα να διαδραματίσει

σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη διδασκαλία της κυκλοφοριακής αγωγής.

Έτσι, οι υπουργοί Μεταφορών, Μιχάλης Λιάπης και Παιδείας, Μαριέττα Γιαννάκου, αποφάσισαν την άμεση προώθηση της διδασκαλίας της κυκλοφοριακής αγωγής υποχρεωτικά για όλους τους μαθητές των δημοτικών σχολείων των Νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας και Ηρακλείου από το σχολικό έτος 2005-2006 και των υπολοίπων νομών το σχολικό έτος 2006-2007.

Πρόκειται για μία από τις 13 δράσεις που αποφασίστηκαν κατά τη διάρκεια συνάντησης των δύο υπουργών, στην οποία διερευνήθηκαν τρόποι ανάπτυξης σχετικών πρωτοβουλιών.

Αποφασίστηκε παράλληλα:

- Διδασκαλία της κυκλοφοριακής αγωγής σε όλα τα γυμνάσια της χώρας με συστηματικό τρόπο στα θέματα της ελεύθερης ζώνης.
- Εισαγωγή διδασκαλίας θεωρητικής εκπαίδευσης οδήγησης στους μαθητές της Β' και Γ' λυκείου.
- Επιμόρφωση εκπαιδευτικών για τη διδασκαλία της κυκλοφοριακής αγωγής.
- Σύνταξη κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού για τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς.
- Καθιέρωση υποχρεωτικής επίσκεψης σε Πάρκα Κυκλοφοριακής Αγωγής (Π.Κ.Α.) όλων των δημοτικών σχολείων της χώρας, από το σχολικό έτος 2005-2006. Το πρόγραμμα επισκέψεων καταρτίζεται από τις οικείες Διευθύνσεις Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τους Δήμους που διαθέτουν Π.Κ.Α.
- Σύνταξη κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού για την επίσκεψη των σχολείων στα Π.Κ.Α.
- Συστηματική παρακολούθηση της λειτουργίας των Π.Κ.Α, με την αποστολή ειδικού εντύπου αξιολόγησης στο υπουργείο Μεταφορών από τους εκπαιδευτικούς που θα τα επισκέπτονται.
- Επιβράβευση των Δήμων που θα μεριμνούν για τη σωστή λειτουργία και συντήρηση των Π.Κ.Α.
- Επιβράβευση των σχολείων που θα επιδεικνύουν ενεργή συμμετοχή στα προγράμματα κυκλοφοριακής αγωγής.
- Οι οργανωμένες μεταφορές μαθητών από και προς το σχολείο, καθώς επίσης οι σχολικές εκδρομές θα πραγματοποιούνται μόνο με λεωφορεία που διαθέτουν ζώνες ασφαλείας.
- Καθορισμός ανώτατης επιτρεπομένης ηλικίας των λεωφορείων για μεταφορές μαθητών από και προς το σχολείο, όπως επίσης στα υπόλοιπα λεωφορεία και στα 15 έτη για σχολικές εκδρομές.

- Καθορισμός ειδικής άδειας για τους οδηγούς και τους συνοδούς των σχολικών λεωφορείων ύστερα από προηγούμενη επιμόρφωσή τους και ιατρική εξέταση (ψυχοσωματική).

«Η οδική ασφάλεια ξεκινάει πρωτίστως από την εκπαίδευση των μαθητών. Για αυτό βρίσκομαι στο υπουργείο Παιδείας, για να συνεργαστούμε για ευαισθητοποίηση των νέων σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής. Να εκπαιδευτούν στα θεωρητικά μαθήματα, αλλά και να συνειδητοποιήσουν τους κινδύνους των δρόμων» δήλωσε ο κ. Λιάπης.



Γονείς και κυκλοφοριακή αγωγή των παιδιών

Συμβουλές προς τους γονείς
από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης

Όλοι μας θέλουμε τα παιδιά μας να πηγαίνουν και να επιστρέφουν από τα σχολεία τους ασφαλή. Να θυμάστε ότι οι γονείς είναι εκείνοι που δίνουν τα πρώτα μαθήματα κυκλοφοριακής αγωγής στο παιδί.

Γι αυτό:

- Αναζητήστε την πιο ασφαλή διαδρομή, που πρέπει να ακολουθεί το παιδί σας, για να φθάσει και να επιστρέψει από το σχολείο του.
- Η πιο σύντομη διαδρομή δεν είναι απαραίτητα και η πιο ακίνδυνη. Ελέγξτε πολλές φορές το δρομολόγιο για το σχολείο του παιδιού σας. Όταν καταλήξετε στην πιο κατάλληλη διαδρομή, φροντίστε να τη διανύσετε πολλές φορές μαζί του, έτσι ώστε να του αποτυπωθεί σωστά.
- Ακολουθώντας καθημερινά την ίδια διαδρομή, θα μπορεί σιγά-σιγά να γνωρίσει όλες τις ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες του δρομολογίου και κατά συνέπεια τους ενδεχόμενους κινδύνους.
- Το παιδί πρέπει να μάθει να σταματά στην άκρη του πεζοδρομίου, πριν περάσει στην απέναντι πλευρά του δρόμου. Πρέπει να μάθει να ελέγχει προσεκτικά αριστερά και δεξιά το δρόμο και να τον διασχίζει μόνο όταν θα είναι απόλυτα σίγουρο ότι δεν περνούν οχήματα.
- Μάθετε στο παιδί σας να αντιλαμβάνεται σωστά πότε ένα όχημα είναι μακριά ή κοντά του. Μια κακή εκτίμηση μπορεί να οδηγήσει σε ατύχημα.
- Κρατάτε πάντα από το χέρι το παιδί σας που πρέπει να βαδίζει στην εσωτερική πλευρά του πεζοδρομίου.
- Μάθετε στο παιδί σας ότι ακόμα και στις διαβάσεις των πεζών πρέπει να είναι εξίσου προσεκτικό. Και στην περίπτωση αυτή ισχύει ο προσεκτικός έλεγχος του δρόμου δεξιά και αριστερά.
- Ιδίως τις βραδινές ώρες, το κίτρινο χρώμα στα ρούχα του παιδιού ή τα αντανακλαστικά αυτοκόλλητα, βοηθούν τους οδηγούς να αντιληφθούν καλύτερα την παρουσία του στο δρόμο.
- Αν στο σχολείο ή τη διαδρομή υπάρχει έλλειψη ή φθορές σε σηματοδότες ή πινακίδες (οδικά σήματα), ενημερώστε άμεσα τους αρμόδιους φορείς.

Η σημασία του παραδείγματος

Δεν έχει κανένα απολύτως νόημα να διδάσκονται τα παιδιά διάφορους κανόνες κυκλοφοριακής συμπεριφοράς στο σχολείο (συνήθως κατά τρόπο εξιδανικευμένο) και μετά, στην πράξη, να βλέπουν σωρεία παραβάσεων όχι μόνο από άλλους οδηγούς αλλά και από τους ίδιους τους γονείς τους. Οι τελευταίοι όταν βιάζονται, κρατώντας το μικρό παιδί από το χέρι, περνούν διαβάσεις με κόκκινο και σε αντιρρήσεις του παιδιού απαντούν ότι «αυτοί είναι μεγάλοι και προσέχουν».

Το παράδειγμα μπορεί να σώσει χωρίς καμιά διδασκαλία και παράλληλα μπορεί να εξουδετερώσει μια καλή διδασκαλία. Αυτή η κατάσταση χάσματος μεταξύ θεωρίας και εφαρμογής που συναντάται σε μεγάλο βαθμό στην Ελλάδα έχει - σε σχέση με τα παιδιά - και ένα άλλο πολύ άσχημο επακόλουθο: τα παιδιά παύουν να παίρνουν στα σοβαρά τους μεγαλύτερους και σε άλλα ακόμα πιο επικίνδυνα θέματα, μειώνεται δηλαδή η αξιοπιστία των μεγαλύτερων.

Το ίδιο συμβαίνει και με το παράδειγμα της εξουσίας, οποιασδήποτε εξουσίας μικρής ή μεγάλης, από υπουργό μέχρι αστυνομικό. Εάν αυτή η εξουσία, λόγω εξουσίας, περιφρονεί νόμους και κανονισμούς, οι τελευταίοι σιγά σιγά χάνουν σε σημασία και δεν εφαρμόζονται από κανέναν. Θεωρώ μεγάλο λάθος, σαν παράδειγμα, το ότι οι Έλληνες αστυνομικοί έχουν «απαλλαγή» από την υποχρέωση να φορούν ζώνες ασφαλείας στα υπηρεσιακά τους αυτοκίνητα. Δηλαδή, το Κράτος απάλλαξε τους αστυνομικούς από την πιθανότητα επιβίωσης σε περίπτωση ατυχήματος;

Ε. ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ (Κ.Ε.Π.Π.Α.)

Το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Π.Α.) εδρεύει στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το Κ.Ε.Π.Π.Α. έχει ως πρωταρχικό σκοπό τη μείωση των ατυχημάτων που οδηγούν στο θάνατο και έχει σαν όραμα την προώθηση ενός υγιούς τρόπου ζωής και τη δημιουργία ενός ασφαλούς κοινωνικού περιβάλλοντος. Για την επίτευξη αυτών των στόχων το Κ.Ε.Π.Π.Α. αναλαμβάνει το συντονισμό και την εφαρμογή εγχώριων και διεθνών ερευνών και προγραμμάτων δράσης για την πρόληψη των ατυχημάτων και είναι το βασικό ίδρυμα για την εκπροσώπηση της χώρας μας σε εθνικά και διεθνή επιστημονικά προγράμματα και έρευνες. (Βλέπετε παράρτημα)

Πρόγραμμα Δανεισμού Παιδικών Καθισμάτων Αυτοκινήτου

Με πρωτοβουλία του Κ.Ε.Π.Π.Α. και σε συνεργασία με το Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα» το 1996, προωθήθηκε αυτό το πρόγραμμα που στοχεύει στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των γονέων σχετικά με την ανάγκη ασφαλούς μεταφοράς με το αυτοκίνητο των βρεφών κάτω των οκτώ μηνών, μέσω της διάθεσης παιδικών καθισμάτων αυτοκινήτου.

Τα παιδικά καθίσματα δανείζονται με ένα μικρό κόστος στους ενδιαφερόμενους γονείς (από τις εταιρείες UNIKID και CHICCO), συνήθως για μια περίοδο έξι μηνών, προσφέροντας έτσι μια οικονομική εναλλακτική λύση, καθώς συχνά τα παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου είναι ακριβά.

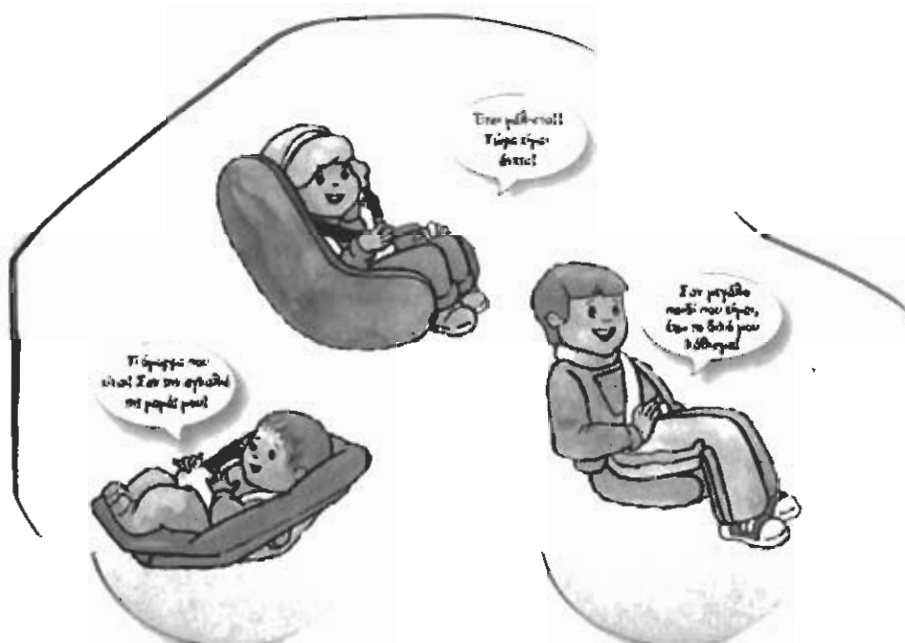
Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Λεπτομερή περιγραφή, εξήγηση και παρουσίαση της σωστής χρήσης των παιδικών καθισμάτων αυτοκινήτου στους ενδιαφερόμενους από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό επισκέπτη.
- Επιμόρφωση των γονέων σχετικά με τους διαφορετικούς τύπους παιδικών καθισμάτων ανάλογα με την ηλικία.

Επίσης, το Κ.Ε.Π.Π.Α. συνείσφερε επιστημονικά στις Υγειονομικές Αρχές της Περιφέρειας Αιγαίου για την ανάπτυξη του προγράμματος τοπικά.

Αποτελέσματα:

Το πρόγραμμα θεωρείται μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους μείωσης παιδικών ατυχημάτων και θανάτων που οφείλονται σε τροχαία και η εμπειρία που αποκτήθηκε μέσα σε αυτά τα χρόνια εφαρμογής του προγράμματος δείχνει πως είναι επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας εξειδικευμένων μέτρων πρόληψης σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας για την σύγκλιση των διαφορών σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο για την αποτελεσματική εφαρμογή των μέτρων ασφαλείας.



ΣΤ. ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων και των θυμάτων από αυτά, είναι απαραίτητη η βελτίωση της οδικής ασφάλειας μέσα από προγράμματα και στρατηγικές δράσεις.

α. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ 07/04/2004

Η 7η Απριλίου, Παγκόσμια Ημέρα Υγείας 2004, αποτέλεσε μία ευκαιρία να εστιαστεί η προσοχή όλων στο πολύ κρίσιμο και ραγδαία διογκούμενο πρόβλημα. Με κεντρικό σύνθημα: «Οδική ασφάλεια –Μην αφήνεις τη ζωή σου στην τύχη», ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας, αφιέρωσε την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας στην οδική ασφάλεια, τονίζοντας ότι οι τραυματισμοί σε τροχαία ατυχήματα μπορούν να προληφθούν, εφόσον αντιμετωπιστούν ως ένα ζήτημα ατομικής και συλλογικής ευθύνης. Ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που χρειάζεται την κινητοποίηση κυβερνήσεων και φορέων και την ευαισθητοποίηση του κοινού και ιδιαιτέρως των νέων στην υιοθέτηση ασφαλούς οδικής συμπεριφοράς.

Σε μήνυμά του ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Dr.Lee Jong-Wook, διαπιστώνει πως πολύ συχνά η οδική ασφάλεια αντιμετωπίζεται ως θέμα των μεταφορών, όχι της δημόσιας υγείας, ενώ και οι τραυματισμοί σε τροχαία ονομάζονται «ατυχήματα», μολονότι θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.

Οι σημερινές στατιστικές που έχουν σχέση με τα τροχαία ατυχήματα είναι πολύ ανησυχητικές. Το ίδιο και οι τάσεις.

Αν συνεχιστούν έτσι, εκτιμά πως το 2020 ο αριθμός των ανθρώπων που σκοτώνονται, ή μένουν ανάπηροι κάθε μέρα στους δρόμους όλου του κόσμου, θα αυξηθεί πάνω από 60% καθιστώντας τα τροχαία ατυχήματα ως μια κύρια αιτία θανάτου και τραυματισμών παγκοσμίως.

Περισσότερο, σύμφωνα με το Γενικό Διευθυντή του Π.Ο.Υ. αναμένεται να επηρεαστούν οι χώρες χαμηλού και μεσαίου επιπέδου ανάπτυξης, όπου σ' αυτές το ποσοστό θανάτων και αναπηριών από τροχαία ατυχήματα θα φτάσει σύντομα το 95% από 90% που είναι σήμερα.

Ο κ. Dr.Lee Jong-Wook επισημαίνει ακόμη πως οι χώρες που έχουν επιτύχει μεγαλύτερη μείωση των βλαβών από τροχαία ατυχήματα, κινητοποίησαν πολλούς και διαφορετικούς εταίρους -κυβερνήσεις, πολίτες και βιομηχανία- σε συντονισμένα προγράμματα έρευνας, ανάπτυξης και εφαρμογής για την οδική ασφάλεια.

κινητοποίησαν πολλούς και διαφορετικούς εταίρους -κυβερνήσεις, πολίτες και βιομηχανία- σε συντονισμένα προγράμματα έρευνας, ανάπτυξης και εφαρμογής για την οδική ασφάλεια.

Σήμερα σε κάποιες χώρες με ανεπτυγμένες 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. Αντιθέτως σε πολλές άλλες χώρες ξεπερνούν τα 28 θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 100.000 κατοίκους.

Καταλήγοντας, στο μήνυμά του ο Γενικός Διευθυντής του Π.Ο.Υ. εκφράζει τη βεβαιότητα ότι η παρούσα τάση, με την κατάλληλη δράση και συνεργασία μπορεί να αντιστραφεί και εκατομμύρια ενήλικες και παιδιά να σωθούν από το θάνατο και την αναπηρία μέχρι το 2020.

Ομάδες ευπαθείς σε τροχαία ατυχήματα:

Πεζοί και αναβάτες δικύκλων.

Οι πεζοί και οι αναβάτες δικύκλων (ποδηλάτων, μοτοσικλετών και μοτοποδηλάτων) είναι οι λιγότερο προστατευμένοι.

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 οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να σκοτωθεί απ' ότι ο επιβαίνων σε ένα αυτοκίνητο, ένας πεζός εννέα και ένας μοτοσικλετιστής είκοσι.

Άνδρες

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

Ως παιδιά οι άνδρες είναι πιθανότερο 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 αναπτύσσουν 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). Οι άνδρες είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να σκοτωθούν σε τροχαίο ατύχημα απ' ότι οι 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 οικογένειας 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 τροχαία στην περιοχή της ανατολικής Μεσογείου ήταν 26,3 ανά 100.000 ανθρώπους. 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.

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.

Σε όλες τις χώρες τα παιδιά που ζουν σε φτωχές αστικές γειτονιές κινδυνεύουν πολύ περισσότερο είτε είναι πεζά, είτε σε ποδήλατο, επειδή θεωρούν το δρόμο ως παιδική χαρά ελλείψει άλλων επιλογών.

Είναι μικροκαμωμένα και λιγότερο ορατά από τους ενήλικες και γι' αυτό τραυματίζονται πολύ συχνά από οχήματα.

Ποιοι άλλοι επηρεάζονται

Οι νεκροί και οι ανάπηροι μπορεί να είναι κατά πρώτο λόγο τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων όμως δεν είναι τα 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 ή μακροπρόθεσμες 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 οικογένειάς τους από τροχαίο ατύχημα, πρόσφατο

ή παλαιότερο.

Οι οικογένειες αυτές θρηνούν τους νεκρούς ή φροντίζουν τους αναπήρους. Συχνά έχουν περιορισμένα εισοδήματα, αυξημένα έξοδα και μεγάλη δυσκολία συναλλαγής με την αστυνομία τις δικαστικές αρχές τις ασφαλιστικές εταιρείες τα συστήματα περίθαλψης και την υπόλοιπη γραφειοκρατία.

Πάσχουν από ψυχολογικό και οικονομικό άγχος που κάποιες φορές τους οδηγεί σε κατάθλιψη, σωματικές ασθένειες ή ακόμη και σε αυτοκτονία. Πολλές οικογένειες ωθούνται σε ανέχεια και πολλά παιδιά μένουν ορφανά λόγω τροχαίων ατυχημάτων.

Πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και των τραυματισμών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τόσο οι κίνδυνοι όσο και οι παρεμβάσεις, διακρίνονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες.

Η πρώτη αφορά την έκθεση σε τροχαία ατυχήματα και οι υπόλοιπες τον χρόνο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το ατύχημα..

Ακολουθούν ορισμένες παρεμβάσεις του ΠΟΥ οι οποίες μπορούν να περιορίσουν τους κινδύνους των ατυχημάτων και των τραυματισμών, στα επίπεδα αυτά.

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, να εργάζονται, να πηγαίνουν στο σχολείο και να ψωνίζουν χωρίς να χρειάζεται να διανύουν μεγάλες αποστάσεις.

-Τα οδικά δίκτυα πρέπει να είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο 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 να αποθαρρύνουν την 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.

Μείωση συχνότητας των ατυχημάτων

-Πρέπει να παρέχεται ασφαλές περιβάλλον.

-Οι δρόμοι πρέπει να σχεδιάζονται ή να βελτιώνονται έτσι ώστε να υπάρχουν ξεχωριστές λωρίδες ανάλογα με την κατεύθυνση και την κυκλοφορία.

-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 αντανακλαστικές επιφάνειες των πινακίδων, αλλά και τα ευδιάκριτα χρώματα και οι ανακλαστήρες στα ρούχα των πεζών και των ποδηλατών βελτιώνουν την ορατότητα.

Μείωση της βλάβης μετά την 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 ώστε σε περίπτωση ατυχήματος 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 επειγόντων περιστατικών και 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.

Τι μπορεί να γίνει

Οι χώρες υψηλού βιοτικού επιπέδου ήταν οι πρώτες που ανέπτυξαν την αυτοκίνηση και τώρα έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό αυτοκινήτων. Διαθέτουν τα περισσότερα κατά κεφαλή οχήματα ανά χιλιόμετρα δρόμου, ενώ και οι πληθυσμοί τους διανύουν τις μεγαλύτερες κατά κεφαλή αποστάσεις ετησίως. Επί δεκαετίες οι χώρες αυτές όχι μόνο έχουν απολαύσει τα αγαθά των μηχανοκίνητων μεταφορών, αλλά έχουν αντιμετωπίσει και ορισμένες από τις δυσμενείς επιπτώσεις τους.

Μολονότι έχουν τον υψηλότερο βαθμό αυτοκίνησης, οι αναπτυγμένες χώρες έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά θανάτων από τραυματισμούς σε τροχαία ατυχήματα σε σύγκριση με τις χώρες χαμηλού και μέσου βιοτικού επιπέδου ανάπτυξης.

Η Φινλανδία είναι μια τυπική περίπτωση. Την τελευταία 30ετία η κίνηση στους δρόμους της αυξήθηκε κατά 200%, όμως ο αριθμός των θανάτων από τροχαία ατυχήματα κατ' έτος μειώθηκε κατά 50%. Αναμένει μάλιστα να συνεχίσει την βελτίωση της οδικής της ασφάλειας και να επιτύχει ακόμη χαμηλότερα ποσοστά τα επόμενα χρόνια.

Άλλες χώρες όπως η Αυστραλία, η Σουηδία, η Μεγάλη Βρετανία και οι ΗΠΑ βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση.

Στο μεταξύ μολονότι η μεγάλης κλίμακας αυτοκίνηση προέκυψε αργότερα για τις περισσότερες χώρες χαμηλού και μέσου βιοτικού επιπέδου, πολλές από αυτές έχουν ήδη εφαρμόσει μέτρα για την οδική ασφάλεια που αποσκοπούν στην επίλυση των ιδιαίτερων προβλημάτων τους.

Η Μαλαισία, έχει μειώσει τον αριθμό των ατυχημάτων και των τραυματισμών, με την κατασκευή ειδικά σχεδιασμένων αυτοκινητόδρομων αποκλειστικά για τις μοτοσικλέτες και τα μοτοποδήλατα με την απαίτηση να χρησιμοποιούν και την ημέρα τα φώτα πορείας τους.

Η Γκάνα έχει προλάβει πολλούς τραυματισμούς σε τροχαία ατυχήματα, με την εισαγωγή λωρίδων με βομβητές περιοριστών ταχύτητας (σαμαράκια) και άλλων μέτρων για τη διευκόλυνση της κίνησης σε δρόμους όπου κυκλοφορούν πολλοί πεζοί.

Στην Μπογκοτά της Βολιβίας έχουν μειωθεί τα ποσοστά συγκρούσεων με λεωφορεία, χάρη στην παροχή αποκλειστικών λωρίδων κυκλοφορίας για λεωφορεία και κατάλληλων διαβάσεων πεζών στις στάσεις των λεωφορείων.

Συμπέρασμα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το γεγονός ότι η οδική ασφάλεια δεν αντιμετωπίστηκε σφαιρικά στο παρελθόν, οφείλεται σε δύο λόγους:

-Πρώτον ότι οι άνθρωποι έχουν μια μοιρολατρική στάση.

Από τη στιγμή όμως που πολλοί κίνδυνοι, που συνδέονται με τα τροχαία ατυχήματα βρίσκονται ολοκληρωτικά υπό έλεγχο, τα περισσότερα ατυχήματα και οι τραυματισμοί μπορούν να προληφθούν.

-Δεύτερον οι άνθρωποι δεν έχουν πλήρη επίγνωση της μεγάλης βλάβης που προκαλούν τα τροχαία ατυχήματα. Ούτε αντιλαμβάνονται πως αφενός πολλά απ' αυτά μπορούν να προληφθούν και αφετέρου να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες πολλών άλλων.

Το κόστος της οδικής ασφάλειας μπορεί να καλυφθεί με την εξοικονόμηση πόρων από την πρόληψη των ατυχημάτων και τραυματισμών.

β. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1. «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005», ΕΛΛΑΔΑ



Το 2000 μετά από πόρισμα σχετικής Διακομματικής επιτροπής συστήθηκε η διυπουργική επιτροπή οδικής ασφάλειας από τα εξής Υπουργεία :

Υπουργείο Δημόσιας Τάξης (προεδρείο επιτροπής)
Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών
Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας
Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης
Υπουργείο Χωροταξίας Περιβάλλοντος Δημοσίων Έργων
Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Έχει θεσπιστεί με την συμβολή της Πανεπιστημιακής Κοινότητας του Εθνικού Μετσόβειου Πολυτεχνείου, αλλά και με παρεμβάσεις του Συλλόγου Συγκοινωνιολόγων Ελλάδος και του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, το πρόγραμμα οδικής ασφάλειας «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005» με **βασικό στόχο** την μείωση των νεκρών από τροχαία ατυχήματα σε ποσοστό 20% κατά την πενταετία 2001-2005 και 40% μέχρι το έτος 2015 με έτος βάσης το 2000.

Η αλήθεια είναι ότι υπήρξαν αποτελέσματα αφού στο σύνολο της Ελλάδος από το 2001 έως το 2003 υπήρξε μείωση των θανατηφόρων σε ποσοστό που προσεγγίζει το 15%.

Οι επιμέρους άξονες δράσης των συμμετεχόντων Υπουργείων κινούνται ως εξής :

ΥΠΕΧΩΔΕ

Υποσχέδιο Δράσης επικίνδυνων θέσεων, σήμανσης, οδικής ασφάλειας σε αστικές περιοχές, έλεγχος Οδικής Ασφάλειας.

Άξονες Δράσης που αφορούν προγράμματα συντήρησης του οδικού δικτύου της Χώρας.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ

Τεχνικός και ειδικός έλεγχος των οχημάτων (αναβάθμιση δημοσίων ΚΤΕΟ και ίδρυση ιδιωτικών).

Κυκλοφοριακή αγωγή (πρόγραμμα χρηματοδότησης κατασκευής πάρκων κυκλοφοριακής αγωγής).

Αναβάθμιση της εκπαίδευσης και εξέταση με μηχανογραφικό σύστημα υποψηφίων οδηγών.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Πρόληψη ατυχημάτων (αλκοολούχα ποτά, φάρμακα, παθήσεις και οδήγηση, παρέμβαση σε διαφημιστικές εταιρείες για τον τρόπο διαφήμισης αλκοολούχων ποτών και αυτοκινήτων).

Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών προνοσοκομειακής αντιμετώπισης μετά το ατύχημα.

Ταχεία άφιξη - καλή επί τόπου αντιμετώπιση - καλή μεταφορά και παράδοση στο νοσοκομείο - ποιότητα πληρωμάτων - αεροδιακομιδές - αποκατάσταση τραυματιών - συλλογή στατιστικών στοιχείων για τα αποτελέσματα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (θάνατοι, αυτοεξυπηρέτηση, εργασία).

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Παρέμβαση σε επικίνδυνες θέσεις.

Βελτίωση οριζόντιας και κατακόρυφης σήμανσης οδών.

Βελτίωση οδοστρωμάτων.

Εφαρμογή μέτρων οδικής ασφάλειας στις υπόψη περιοχές.

Παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος

ΕΤΟΣ 2001

Κατά το έτος 2001 σημειώθηκε μείωση στα θανατηφόρα ατυχήματα κατά 8,3% και στα σοβαρά ατυχήματα κατά 23%. Ο αριθμός των νεκρών από τροχαία ατυχήματα μειώθηκε κατά 9,1 %, των σοβαρά τραυματιών

κατά 23% και του συνόλου των παθόντων κατά 14,3 %. Σε απόλυτους αριθμούς, το 2001 καταγράφηκαν 192 λιγότεροι νεκροί, 963 λιγότεροι σοβαρά τραυματίες και 3.438 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα αυτά ανταποκρίνονται πλήρως στους ποσοτικοποιημένους στόχους για τα τροχαία ατυχήματα που τέθηκαν βάση του Στρατηγικού Σχεδιασμού «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005» για τη Βελτίωση της Οδικής Ασφάλειας στην Ελλάδα.

ΕΤΟΣ 2002

Μειώθηκαν και το 2002 σε ποσοστό 14,9% τα τροχαία ατυχήματα σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εργασιών της Διυπουργικής Επιτροπής Οδικής Ασφάλειας για το 2002. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005», το 2002 σε σύγκριση με το 2001 και το 2000, μειώθηκαν σημαντικά τα τροχαία ατυχήματα και οι παθόντες από αυτά.

Ειδικότερα:

Το έτος 2002 σε σύγκριση με το 2001, υπήρξαν :

- Τροχαία Ατυχήματα
 - ο 258 λιγότερα θανατηφόρα ατυχήματα μείωση 15,1%
 - ο 473 λιγότερα σοβαρά τροχαία ατυχήματα μείωση 18,8%
 - ο 2.203 λιγότερα ελαφρά τροχαία ατυχήματα μείωση 14,3%

- Παθόντες
 - ο 260 λιγότεροι νεκροί μείωση 13,6%
 - ο 668 λιγότεροι σοβαρά τραυματίες μείωση 20,5%
 - ο 3.177 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες μείωση 14%

Το έτος 2002 σε σύγκριση με το 2000, υπήρξαν :

- Τροχαία Ατυχήματα
 - ο 413 λιγότερα θανατηφόρα ατυχήματα μείωση 22,1%
 - ο 1.222 λιγότερα σοβαρά τροχαία ατυχήματα μείωση 37,5%
 - ο 4.581 λιγότερα ελαφρά τροχαία ατυχήματα μείωση 25,7%

- Παθόντες
 - ο 452 λιγότεροι νεκροί μείωση 21,5%
 - ο 1.630 λιγότεροι σοβαρά τραυματίες μείωση 38,7%
 - ο 6.585 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες μείωση 25,2%

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα αυτά ξεπέρασαν τους στόχους για τα τροχαία ατυχήματα, όπως αυτοί τέθηκαν για το 2002 βάσει του Στρατηγικού Σχεδιασμού «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001 - 2005».

2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ 2003-2010 ΣΤΗΝ Ε.Ε.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θέσει ως θέμα προτεραιότητας την Οδική Ασφάλεια αφού αποφασίστηκε ομόφωνα από τα Κράτη Μέλη η ενδυνάμωση των μέτρων για την οδική ασφάλεια ώστε μέχρι το 2010 να υπάρξει μείωση τουλάχιστον κατά 50% των θανάτων από τροχαία δυστυχήματα.

Ο Κοινοτικός αυτός στόχος περιλαμβάνει :

- α) την ίδρυση Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Οδικής Ασφάλειας και
- β) την Δημιουργία Ευρωπαϊκής Χάρτας για την Οδική Ασφάλεια.

Παράλληλα τα Κράτη-Μέλη δεσμεύτηκαν να διατηρήσουν σε πρώτη προτεραιότητα την Οδική Ασφάλεια στις Εθνικές τους πολιτικές.

δ. ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας του Συνδέσμου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων (Σ.Ε.Σ.) που προς το παρόν αποτελείται από τους: Γιάννη Δημητρόπουλο (συντονιστή), Γιώργο Γιαννή (σύνδεσμο με το Δ.Σ.), Βασίλη Βαβάκο και Νίκο Ποριώτη (εκπρόσωπο και αναπληρωτή εκπρόσωπο αντίστοιχα στην Εθνική Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας), προετοίμασε τις παρακάτω θέσεις του Σ.Ε.Σ. απέναντι στην οδική ασφάλεια, οι οποίες υιοθετήθηκαν από το Διοικητικό Συμβούλιο του Σ.Ε.Σ.

Η οδική ασφάλεια στην Ελλάδα και διεθνώς

- Τα οδικά ατυχήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η αιτία για τον θάνατο σχεδόν 120 Ευρωπαίων πολιτών κάθε ημέρα. Μόνο στην Ελλάδα τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για τον κατά μέσο όρο θάνατο 6 πολιτών ημερησίως, ενώ σε ετήσια βάση στη χώρα συμβαίνουν περίπου 20.000 οδικά ατυχήματα με θύματα (1.200.000 στην Ε.Ε.), στα οποία σκοτώνονται περισσότεροι από 2.200 (42.000 στην Ε.Ε.) οδηγοί, επιβάτες και πεζοί και τραυματίζονται περίπου 30.000 (1.500.000 στην Ε.Ε.).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο αριθμός των νεκρών από τα οδικά ατυχήματα παρουσίασε μία θεαματική πτώση της τάξης του 30% κατά την περίοδο από το 1980 (61.844 νεκροί) έως το 1997 (43.404 νεκροί) ως αποτέλεσμα συντονισμένων πολυετών προσπαθειών. Η μοναδική χώρα από τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αποτέλεσε εξαίρεση ήταν η Ελλάδα όπου ο αριθμός των νεκρών για την περίοδο 1980 - 1997 αυξήθηκε κατά 60%!

- Οι νεκροί, οι τραυματίες και οι υλικές ζημιές των οδικών ατυχημάτων έχουν ένα τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος και ο περιορισμός τους αποτελεί προτεραιότητα τόσο για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα όσο και για κάθε μέλος της χωριστά. Ορισμένοι ειδικοί εκτιμούν ότι το οικονομικό κόστος των ατυχημάτων που συμβαίνουν ετησίως στους Ευρωπαϊκούς δρόμους ανέρχεται περίπου σε 70 δισεκατομμύρια Ευρώ (24 τρις δραχμές).

Ανάλυση του προβλήματος

Στην Ελλάδα τα βασικότερα προβλήματα της οδικής ασφάλειας συνοψίζονται στα παρακάτω έξι σημεία:

1. Αποσπασματικότητα στην εφαρμογή των κάθε είδους μέτρων και έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στους εμπλεκόμενους φορείς μειώνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα των μέτρων και την αποδοχή τους από τους πολίτες.
2. Έλλειψη συστηματικής παρακολούθησης του επιπέδου και των προβλημάτων οδικής ασφάλειας (σοβαρές μελέτες σε τακτά διαστήματα) και της κατάλληλης αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των επεμβάσεων.
3. Έλλειψη συστηματικής και συνεχούς αστυνόμευσης για την οδική ασφάλεια με ποσοτικοποιημένη παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της.
4. Ελλείψεις του οδικού δικτύου και ανεπαρκής συντήρησή του τόσο εντός των πόλεων όσο και στο επαρχιακό και στο εθνικό οδικό δίκτυο.
5. Έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την οδική ασφάλεια, καθώς και αξιόπιστου συστήματος τεχνικού ελέγχου των οχημάτων.
6. Ανεπάρκεια προϋπολογισμού για τη σοβαρή υποστήριξη των δράσεων οδικής ασφάλειας από όλες σχεδόν τις υπηρεσίες και οργανισμούς της Πολιτείας.

Η προσέγγιση του Συλλόγου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων.

Για την μεσοπρόθεσμη βελτίωση του επιπέδου οδικής ασφάλειας στην Ελλάδα είναι απαραίτητη η επεξεργασία και εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης πολιτικής οδικής ασφάλειας για την Ελλάδα. Η ολοκληρωμένη αυτή πολιτική θα πρέπει να βασίζεται στην αξιοποίηση

των επιτυχημένων εμπειριών από τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη και την προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα. Η επιτυχία της πολιτικής αυτής εξαρτάται από την αποτελεσματική και οπωσδήποτε συνδυασμένη προώθηση των παρακάτω αρχών:

- Θεσμοθέτηση κατάλληλα επεξεργασμένου πενταετούς εθνικού προγράμματος οδικής ασφάλειας που θα περιλαμβάνει συγκεκριμένους ποσοτικοποιημένους στόχους και θα αποτελείται από επιμέρους προγράμματα αποκλειστικής ευθύνης των επιμέρους υπηρεσιών.
- Διαχωρισμός του συντονισμού (ετήσια κατανομή προϋπολογισμού, έλεγχος και παρακολούθηση) και της εκτέλεσης (μελέτη και εφαρμογή δράσεων) του εθνικού προγράμματος οδικής ασφάλειας. Ο συντονισμός πρέπει να είναι αρμοδιότητα φορέα επιτελικού χαρακτήρα (διαφορετικού από τους εκτελεστικούς φορείς) και η εκτέλεση πρέπει να είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των επιμέρους υπηρεσιών (Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε., Υ.ΜΕ., Υ.Δ.Τ., κλπ).
- Διάθεση στις αρμόδιες υπηρεσίες σε ετήσια βάση του κατάλληλου προϋπολογισμού αποκλειστικά για τη βελτίωση της οδικής ασφάλειας, ο οποίος θα επανακαθορίζεται κάθε χρόνο με βάση θεσμοθετημένες διαδικασίες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των δράσεων στη μείωση του αριθμού των ατυχημάτων και των συνεπειών τους.
- Ύπαρξη πολιτικής βούλησης για επιβολή της κατάλληλης αστυνόμευσης, η οποία θα αφορά σωστά μελετημένο και εκλογικευμένο σύστημα προστίμων και οπωσδήποτε συνέπεια και συνέχεια που θα ελέγχεται και θα δημοσιοποιείται σε τακτά διαστήματα.
- Δημιουργία δυναμικής στην ελληνική κοινωνία για την αναστροφή της σημερινής κατάστασης με την πρόβλεψη των απαραίτητων μηχανισμών (προϋπολογισμός, θεσμοθετημένες διαδικασίες) για την ενεργή συμμετοχή και συνεργασία όλων των Κυβερνητικών και μη φορέων, καθώς και του συνόλου των πολιτών.

Οι προτεινόμενες δράσεις

Η διεθνής και η ελληνική εμπειρία δείχνουν ότι η μείωση του αριθμού των οδικών ατυχημάτων είναι δυνατή μόνο σε μεσοπρόθεσμο ορίζοντα (2 - 5 χρόνια) αφού οποιαδήποτε ξαφνική κίνηση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με αποτελεσματικότητα το πολύπλοκο ζήτημα των οδικών ατυχημάτων. Οι απαραίτητες επιμέρους δράσεις που πρέπει να ξεκινήσουν με προτεραιότητα για τη μεσοπρόθεσμη βελτίωση του επιπέδου οδικής ασφάλειας στη χώρα συνοψίζονται ως ακολούθως:

Οδικό περιβάλλον

Εντοπισμός επικίνδυνων θέσεων και επεμβάσεις

Βελτίωση της σήμανσης

*Χρήση αντιολισθηρών επιστρώσεων
Βελτίωση Ηλεκτροφωτισμού
Έλεγχος Οδικής Ασφάλειας
Σύνταξη Κανονισμών
Βελτίωση συστήματος εκπαίδευσης και εξέτασης υποψηφίων οδηγών
Εκσυγχρονισμός κέντρων τεχνικού ελέγχου
Προγράμματα κυκλοφοριακής αγωγής
Εκστρατείες ενημέρωσης των πολιτών
Έρευνες για τα αίτια των ατυχημάτων
Κίνητρα για την απόκτηση εξοπλισμού ασφαλείας
Αντιμετώπιση μετά το ατύχημα
Εξοπλισμός μονάδων επέμβασης
Ανάπτυξη σχεδίων επέμβασης
Βελτίωση άμεσης περίθαλψης στα νοσοκομεία
Αστυνόμευση
Εξοπλισμός ελέγχου κυκλοφορίας και καταγραφής παραβάσεων
Ολοκληρωμένο πρόγραμμα επιτήρησης
Βελτίωση συστήματος άμεσης αντιμετώπισης ατυχημάτων*

Η στρατηγική του Συλλόγου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων

Η στρατηγική του Σ.Ε.Σ. για την προώθηση της οδικής ασφάλειας στην Ελλάδα αφορά στις παρακάτω δράσεις:

- ενεργή συμμετοχή στην Εθνική Πολιτική Οδικής Ασφάλειας με την προώθηση των θέσεων του Σ.Ε.Σ. και τη συνεισφορά στις εργασίες της Επιτροπής,
- εκπόνηση χρηματοδοτούμενων έργων υποστήριξης της οδικής ασφάλειας (π.χ. από την Εθνική Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας),
- συνεργασία με άλλους φορείς για την προώθηση της οδικής ασφάλειας (Ελληνική Λέσχη Περιηγήσεων και Αυτοκινήτου - Ε.Λ.Π.Α., Ασφαλιστικές Εταιρείες, κλπ),
- συναντήσεις για την προώθηση των θέσεων του Σ.Ε.Σ. σε όλους τους αρμόδιους φορείς,
- διαβήματα για την πρόσληψη Συγκοινωνιολόγων για την οδική ασφάλεια στα αρμόδια Υπουργεία (Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε., Υ.ΜΕ., Υ.Δ.Τ.),
- πραγματοποίηση ημερίδων και δημόσιων συζητήσεων για επιμέρους θέματα της οδικής ασφάλειας.

Δ.ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΙΚΗ ΣΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Υπουργείο Δημόσιας Τάξης

Οδηγώ με Ασφάλεια σημαίνει:

Μαθαίνω και εφαρμόζω τον Κ.Ο.Κ.

Δεν οδηγώ όταν έχω καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά.

Σέβομαι τα όρια ταχύτητας.

Δεν κάνω αντικανονικά προσπεράσματα.

Δεν παραβιάζω τον κόκκινο σηματοδότη.

Σταματώ στο STOP και δίνω προτεραιότητα.

Δίνω προτεραιότητα στους πεζούς και στα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Σέβομαι τα σήματα και τις υποδείξεις των τροχονόμων.

Φορώ πάντοτε ζώνη ασφαλείας.

Τοποθετώ τα παιδιά στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου και τους φορώ ζώνη ασφαλείας.

Σε περίπτωση που οδηγώ ή είμαι συνεπιβάτης σε μοτοσικλέτα φορώ πάντα κράνος.

Πριν ξεκινήσω για ταξίδι ελέγξω το όχημα που θα οδηγήσω.

Τι κάνουμε σε ένα τροχαίο ατύχημα:

Τι ορίζει ο Κ.Ο.Κ.

Αν συμβεί ένα οδικό τροχαίο ατύχημα ο οδηγός που εμπλέκεται σε αυτό θα πρέπει:

- α) Να σταματήσει αμέσως στον τόπο του ατυχήματος, χωρίς όμως να δημιουργήσει πρόσθετους κινδύνους στην κυκλοφορία.
- β) Να λάβει μέτρα κυκλοφοριακής ασφάλειας και να ειδοποιήσει την πλησιέστερη Αστυνομική Αρχή.
- γ) Να ανταλλάξει τα στοιχεία της ταυτότητάς του, καθώς και κάθε χρήσιμη πληροφορία. Σε περίπτωση μόνον υλικών ζημιών και όταν ο ζημιωθής δεν είναι παρών, πρέπει μέσα σε 24 ώρες να τον ενημερώσει για όλες τις σχετικές πληροφορίες με τον πιο κατάλληλο τρόπο ή μέσω του πλησιέστερου Αστυνομικού Τμήματος.

Αν από το Τροχαίο ατύχημα προκλήθηκε θάνατος ή σωματική βλάβη, κάθε οδηγός και οποιοσδήποτε άλλος που ενεπλάκη θα πρέπει:

- Να προσφέρει την αναγκαία βοήθεια και συμπαράσταση στους παθόντες.

- Να ειδοποιήσει την πλησιέστερη αστυνομική αρχή και να παραμείνει στον τόπο του ατυχήματος έως ότου φθάσουν εκεί οι αρμόδιες αρχές.
- Να εμποδίσει οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων (μετακίνηση οχημάτων, εξαρτημάτων).

Βοηθήστε τους συνανθρώπους και την Τροχαία στο έργο της.
Κρατήστε τα στοιχεία ταυτότητας αυτοπτών μαρτύρων, η οποιαδήποτε στοιχεία μπορείτε (όπως φυσιολογικά χαρακτηριστικά, αριθμό κυκλοφορίας, τύπο και χρώμα οχήματος κ.α.), όσων εγκαταλείπουν τον τόπο του ατυχήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η σπουδάστρια προκειμένου να συλλέξει το υλικό για την εκπόνηση της πτυχιακής της εργασίας, χρησιμοποίησε την εμπειρία από την εξάμηνη πρακτική της άσκηση στο νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού». Εκεί είχε ασχοληθεί με περιπτώσεις παιδιών που είχαν πέσει θύματα τροχαίων ατυχημάτων και έλαβε χρήσιμες γνώσεις τόσο από τα ίδια τα θύματα όσο και από τις οικογένειές τους.

Επιπλέον επισκέφθηκε τις εξής βιβλιοθήκες για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας: Δημοτική Βιβλιοθήκη Μεγάρων, Εθνική Βιβλιοθήκη της Ελλάδος, βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών, του ΑΤΕΙ Πατρών, καθώς και τις βιβλιοθήκες των Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Δυστυχώς, το σχετικό υλικό για τα τροχαία ατυχήματα που βρέθηκε από τις παραπάνω βιβλιοθήκες ήταν ελάχιστο. Περισσότερο υλικό η σπουδάστρια βρήκε στις βιβλιοθήκες των Νοσοκομείων ΚΑΤ και Παίδων «Η Αγία Σοφία» και «Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού» καθώς και στη βιβλιοθήκη του «Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού». Σημαντικό υλικό για αυτή την χρησιμοποιήθηκε από το διαδίκτυο, και συγκεκριμένα από ιατρικές ιστοσελίδες, ιστοσελίδες για την οδική ασφάλεια καθώς και αυτών των Υπουργείων.

Ιδιαίτερα ωφέλιμες ήταν οι επαφές και συζητήσεις που είχε η σπουδάστρια με συναδέλφους και ιατρούς του Νοσοκομείου όπου ασκήθηκε. Ακόμα, η σπουδάστρια επισκέφθηκε το Τμήμα Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων (Τ.Ο.Τ.Α.) της Διεύθυνσης Τροχαίας Αττικής και συνέλλεξε στατιστικά στοιχεία από το Διευθυντή του τμήματος. Για να λάβει πληροφορίες σχετικά με την Αποκατάσταση των Τραυματιών, ήρθε σε επαφή με τους υπεύθυνους του Εθνικού Ιδρύματος Αποκατάστασης Αναπήρων (Ε.Ι.Α.Α.) και του ΚΑΤ και έκανε τηλεφωνική επικοινωνία με τη συνάδελφο του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης στη Σπάρτη. Στα πλαίσια της έρευνας για τα υπάρχοντα κέντρα πρόληψης τροχαίων ατυχημάτων, η σπουδάστρια επισκέφθηκε το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Π.Α.) που εδρεύει στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και το Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης Παιδικών Ατυχημάτων που βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη του προβλήματος των τροχαίων ατυχημάτων, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

A. Κύριος υπαίτιος για το τροχαίο ατύχημα είναι ο άνθρωπος, που ευθύνεται για την κανονική οδήγηση, την καλή συντήρηση του οχήματός του και τη σωστή πορεία σε δρόμους μειωμένης ασφαλείας.

B. Το κοινωνικο-οικονομικό κόστος, με οποιαδήποτε μέθοδο κι αν αποτιμηθεί (ανθρώπινος πόνος και δυστυχία, μόνιμη αναπηρία και απώλεια οικονομικών πόρων, αριθμός θανάτων και αναπηρικών καταστάσεων, χαμένα χρόνια αναμενόμενης ζωής, κόστος θεραπείας και αποκατάστασης), είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Γ. Τα τροχαία ατυχήματα έχουν τις εξής συνέπειες, τόσο για τα θύματα, όσο και για τις οικογένειές τους:

- α. Σωματικές συνέπειες, όπως προβλήματα γενικής υγείας.
- β. Ψυχολογικές συνέπειες, όπως αδυναμία οδήγησης, κατάθλιψη, φοβία.
- γ. Επαγγελματικές συνέπειες.
- δ. Δημογραφικές συνέπειες.

Δ. Το παιδιά είναι ιδιαίτερα ευπαθή στο τροχαίο ατύχημα, γι' αυτό οι γονείς πρέπει να φροντίζουν για την ασφάλειά τους, συνοδεύοντάς τα όταν είναι πεζοί, εκπαιδεύοντάς τα πριν οδηγήσουν ποδήλατο και τηρώντας τους κανόνες ασφαλούς μεταφοράς τους με το αυτοκίνητο.

Ε. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Αποκατάσταση, συνοψίζεται στα εξής:

- α. Αντιμετώπιση των ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών.
- β. Ενημέρωση των ιδίων και των οικογενειών τους για τις δομές που παρέχουν υπηρεσίες (ενημέρωση, καθοδήγηση).
- γ. Διατήρηση ή αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του (οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό), ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία.

ΣΤ. Τα τροχαία ατυχήματα είναι δυνατό να προληφθούν μέσα από μέτρα που σχετίζονται με τους παράγοντες που τα συνθέτουν. Στην πρόληψη

των τροχαίων ατυχημάτων μπορεί να εμπλακεί αποτελεσματικά ο Κοινωνικός Λειτουργός, με δύο τρόπους:

- α. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών, χρησιμοποιώντας παθητικές μεθόδους, ενεργητικής συμμετοχής και βιωματικές μεθόδους.
- β. Διαφώτιση του ευρύτερου κοινού. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να οργανώνει και να συντονίζει επιμορφωτικές και ενημερωτικές εκστρατείες.

Σε μήνυμά του ο Γενικός Διευθυντής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εκφράζει τη βεβαιότητα ότι η παρούσα τάση, με την κατάλληλη δράση και συνεργασία μπορεί να αντιστραφεί και εκατομμύρια ενήλικες και παιδιά να σωθούν από το θάνατο και την αναπηρία μέχρι το 2020.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα τροχαία ατυχήματα, αποτελούν για την Παγκόσμια κοινότητα, και κατά κύριο λόγο για τη χώρα μας, Εθνικό και Κοινωνικό πρόβλημα άμεσης αντιμετώπισης. Τα οδικά ατυχήματα είναι δυνατό να προβλεφθούν, άρα το πρόβλημα μπορεί να προληφθεί. Για την πρόληψη και μείωση των τραυματισμών, θανάτων και αναπηριών, διατυπώνονται οι εξής προτάσεις:

- 1.** Διαπίστωση των παραγόντων που συνθέτουν τα τροχαία ατυχήματα και των συνεπειών που προκύπτουν σε ατομικό, οικογενειακό επίπεδο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.
- 2.** Μείωση της έκθεσης σε κίνδυνο κατά την κίνηση στους δρόμους.
 - α.** Τα οδικά δίκτυα πρέπει να είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο ώστε τα διάφορα είδη κυκλοφορίας να διοχετεύονται σε διαφορετικούς δρόμους ανάλογα με το είδος.
 - β.** Πρέπει να παρέχεται βολική και φθηνή δημόσια συγκοινωνία με ασφαλή μέσα.
- 3.** Μείωση συχνότητας των ατυχημάτων.

Οι δρόμοι πρέπει να σχεδιάζονται ή να βελτιώνονται έτσι ώστε να υπάρχουν ξεχωριστές λωρίδες ανάλογα με την κατεύθυνση και την κυκλοφορία.
- 4.** Μείωση των επιπτώσεων μετά την σύγκρουση.

Είναι αναγκαίο να δίνονται κατάλληλες πρώτες βοήθειες στο σημείο του ατυχήματος, κατάλληλη ιατρική φροντίδα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα τμήματα νοσηλείας και αποκατάστασης.
- 5.** Δημιουργία Σύγχρονων Κέντρων Αποκατάστασης των τραυματισμών από οδικά ατυχήματα.

Τέτοια κέντρα είναι απαραίτητα ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις πολυτραυματιών, ακρωτηριασμών και κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων.
- 6.** Εξειδικευμένη εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι χειρίζονται περιστατικά τραυματισμών, λόγω του ότι η φύση των

συγκεκριμένων περιστατικών παρουσιάζει ιδιαιτερότητες με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένοι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας.

7. Ανάπτυξη προγραμμάτων Κυκλοφοριακής Αγωγής σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης για την αύξηση της οδικής ασφάλειας των παιδιών που είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα τροχαία ατυχήματα. Η διαφώτιση του ευρύτερου κοινού πάνω στα θέματα κυκλοφοριακής συμπεριφοράς μπορεί να ενταθεί μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου.

8. Όσον αφορά το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην πρόληψη των ατυχημάτων, προτείνονται η οργάνωση και ο συντονισμός επιμορφωτικών και ενημερωτικών εκστρατειών, που περιλαμβάνουν τις εξής δραστηριότητες:

α. *Διοργάνωση ενημερωτικών προγραμμάτων, διαλέξεων και συζητήσεων* σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τροχαία ατυχήματα και τους τρόπους αποφυγής τους.

β. *Έντυπο υλικό*, όπως η σύνταξη φυλλαδίων για την οδική ασφάλεια και πρόληψη των ατυχημάτων.

γ. *Παρουσία στο διαδίκτυο*. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί σε συνεργασία με άλλους φορείς πρόληψης, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν πολύ διαφωτιστικούς διαδικτυακούς τόπους.

δ. *Συγγραφή άρθρων* και δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά για ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας.

ε. *Αφίσες*, που θα δίνουν οδηγίες για την αποφυγή τροχαίων ατυχημάτων. Θα κυκλοφορούν σε προθήκες δημόσιων μέσων μεταφοράς, όπως επίσης σε δημόσια κτίρια, σταθμούς και αεροδρόμια.

στ. *Τηλεοπτικά και Ραδιοφωνικά μηνύματα*. Θα δημιουργούνται σε συνεργασία με την Τροχαία και θα επισημαίνουν, για παράδειγμα, την ανάγκη χρήσης της ζώνης ασφαλείας. Θα μεταδίδονται από κρατικούς και ιδιωτικούς τηλεοπτικούς και ραδιοφωνικούς σταθμούς, οι οποίοι καλό είναι να παραχωρούν δωρεάν τηλεοπτικό χρόνο στο πλαίσιο κοινωνικής διαφήμισης.

9. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στη φάση της αποκατάστασης πρέπει να παρέχει υποστηρικτικές υπηρεσίες τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του προκειμένου να συνειδητοποιήσουν τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους το πρόβλημα υγείας και τις δυνατότητες που δίνονται για την αντιμετώπιση του.

10. Μίμηση μέτρων και παραδειγμάτων άλλων χωρών προσαρμόζοντάς τα στην ελληνική πραγματικότητα. Ένα τυπικό παράδειγμα είναι αυτό της Μαλαισίας, στην οποία έχει μειωθεί ο αριθμός των ατυχημάτων και των τραυματισμών, με την κατασκευή ειδικά σχεδιασμένων αυτοκινητόδρομων αποκλειστικά για τις μοτοσικλέτες και τα μοτοποδήλατα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία - Εγκυκλοπαίδειες

1. Αδάμ Γ., «Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Τροχαία ατυχήματα. Το παιδί επιβάτης», Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1982, τόμος 29, τεύχος 2, σελ. 82-85
2. Αναγνωστάκης Δ., Κοτοπούλη- Αναγνωστάκη Β., «Το πρόβλημα της γονιμότητας στην Ελλάδα. Πού πάμε;», Ιατρική, 1992, τόμος 62, τεύχος 2, σελ. 127-130
3. Αναγνωστόπουλος Δ., Πετρόπουλος Α., Τσαγκάρη Κ., Σινωπίδης Ξ., Καλλέργης Κ., Κασελάς Β., «Κακώσεις θώρακος σε παιδιά από τροχαία ατυχήματα.», Ελληνική Παιδοχειρουργική, 1995, τόμος 2, τεύχος 13, σελ. 15-19
4. Αναστασέα- Βλάχου Κ., «Ατυχήματα στην εφηβεία», Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1997, τόμος 44, τεύχος 3, σελ. 138-142
5. Αναστασίου Α., «Σοβαρά παιδικά ατυχήματα. Αίτια- πρόληψη- παρέμβαση.», Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 1998, τόμος 10, τεύχος 1, σελ. 13-19
6. Δημόπουλος Ν., «Τροχαία ατυχήματα. Πρόληψη- Αντιμετώπιση.», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 1995, τόμος 6, τεύχος 1, σελ. 81-84
7. Κασελάς Β., «Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στους δρόμους από την τροχαία κίνηση», Γαληνός, 1997, τόμος 39, τεύχος 1, σελ. 89-93
8. Κρουσταλλάκης Γεώργιος, Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες, Εκδόσεις Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση, Αθήνα 2003
9. Κωσταρίδου Σ., Αναστασέα- Βλάχου Κ., Σωτηροπούλου Φ., Παναγοπούλου Μ., Παναγοπούλου Γ., Ζαχαριάδη Α., Παπαθανασίου Δ., «Πρόληψη τροχαίων κακώσεων: Συνθήκες μεταφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας με το αυτοκίνητο. (Χρήση των ειδικών καθισμάτων ασφαλείας)», Παιδιατρική, 1996, τόμος 59, τεύχος 5, σελ. 325-333

10. Παπαδόπουλος Ιωάννης, Ατυχήματα: η πρόληψή τους είναι κατορθωτή, Εκδόσεις Α.Σ.Π.Ε., Αθήνα 1996
11. Παππής Κ., «Κακώσεις θώρακος στα παιδιά», Ελληνική Παιδοχειρουργική, 1987, τεύχος 4, σελ. 30-33
12. Παππής Κ., Χατζηκωνσταντάς Γ., «Τροχαίες κακώσεις στα παιδιά. Η ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο και η συνοδεία στη διασταύρωση των δρόμων.», Παιδιατρική, 1986, τόμος 49, τεύχος 3, σελ. 146-153
13. Παππής Κ., «Οδική ασφάλεια στα παιδιά», Ιατρική, 1986, τόμος 50, τεύχος 5, σελ. 439-448
14. Πετρίδου Ε., Τριχόπουλος Δ., «Το εθνικό πρόβλημα υγείας της Ελλάδας: Τροχαία ατυχήματα.», Παιδιατρική, 1986, τόμος 61, τεύχος 1, σελ. 31-36
15. Σκαλκίδου Α., Πετρίδου Ε., Σκεντέρης Ν., Ανδρουλακάκης Ε., Σκόνδρας Κ., Πιστεύος Γ., Βεράνης Ν., Τριχόπουλος Δ., «Τροχαία ατυχήματα και ασφαλής μεταφορά του παιδιού: Καθίσματα ασφαλείας και ασφαλής θέση.», Παιδιατρική, 1999, τόμος 62, τεύχος 3, σελ. 211-216
16. Τζουμάκα- Μπακούλα Χ., «Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Τροχαία ατυχήματα. Το παιδί πεζός.», Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1982, τόμος 29, τεύχος 2, σελ. 86-90
17. Χατζησυμεών- Χατζηβασιλειάδη Μ., «Ατυχήματα στην παιδική ηλικία», Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1992, τόμος 39, τεύχος 4, σελ. 254-262

Συνέδρια - Επιστημονικά Περιοδικά

1. Γουργουλιάνης Κ., «Πρόληψη ατυχημάτων: Εκπαίδευση σε σύγχρονες ιατρικές σχολές.», ανακοίνωση στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Μετά το ατύχημα περιορίζοντας τις συνέπειες της κακής τύχης, σελ. 44

2. Βλαζάκης Σ., Γαρδίκης Σ., Πασπαλάκη Π., Χαρίσης Γ., «Εποχιακή και ηλικιακή ταξινόμηση των ατυχημάτων στην παιδική ηλικία.», ανακοίνωση στο 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 213ΑΑ
3. Ζαβιτσάνος Ξ., Μανδυλά Μ., Πετρίδου Ε., Τριχόπουλος Δ., «Έφηβοι σε τροχιά υψηλού κινδύνου: Η συρροή των χαρακτηριστικών της ρισοκίνδυνης συνπεριφοράς.», ανακοίνωση στο 34^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 117ΒΑ
4. Τσαρμακλής Γ., Νεστορίδου Α., Σαρπασίδης Κ., Κεσίδου Β., Θωμαΐδης Θ., «Συχνότητα ατυχημάτων σε παιδιά. Συγκριτική μελέτη δύο περιοχών της Ελλάδας.», ανακοίνωση στο 33^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 207ΑΑ
5. Πανταζή- Χατζηκωνσταντίνου Α., Λεπίδας Γ., Κατερινάκης Κ., Χαλκείδης Χ., Καρανικολάου Ε., «Ατυχήματα στην παιδική ηλικία: Μια διαρκής απειλή για την υγεία των παιδιών.», περίληψη ανακοίνωσης στο 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 212ΑΑ
6. Καραμολέγκου Ε., «Ατυχήματα στα παιδιά.», ανακοίνωση στο 38^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 078
7. Λαρίου Μ., Μουστάκη Μ., Κιοσέ Σ., Πετρίδου Ε., «Κατάγματα στον ελληνικό παιδικό πληθυσμό: Προοπτικές πρόληψης.», ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Εφοδιάζοντας τα παιδιά μας με δεξιότητες ζωής., σελ. 079
8. Φεκετέ- Πασσά Κ., Κυπαρίσση Α., Μπεκριδέλης Α., Βασιλειάγκου Σ., Κομνηνού Δ., «Πολλαπλό τραύμα παιδιών σε γενική Μ.Ε.Θ.», ανακοίνωση στο 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 291ΑΑ
9. Παπαδόπουλος Φ., Πετρίδου Ε., «Αύξηση του ποσοστού χρήσης προστατευτικού κράνους: Μια πρόταση για ανάληψη πρωτοβουλίας.», ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Ταξιδεύοντας: Παιδί και τουρισμός., σελ. 51
10. Σταμπολίδου Μ., Πανταζή Α., Ανδρουλάκης Ι., «Η προσέγγιση των ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας με βάση το αναπτυξιακό επίπεδο.» Αφιετήρια για ενημέρωση και πρόληψη.» ανακοίνωση στο 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, σελ. 375ΕΑ
11. Κλημεντοπούλου Α., Μαραγκάκη Ε., Κιοσέ Σ., Δεσύπρης Ν., Πετρίδου Ε., «Ατυχήματα σε νέους ποδηλάτες: Χάραξη πολιτικής

υγείας με βάση τα δεδομένα του Κ.Ε.Π.Π.Α.», ανακοίνωση στο 11^ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Ταξιδεύοντας: Παιδί και τουρισμός., σελ. 52

12. Παπαδόπουλος Ι., «Μετά το ατύχημα: Οι συνέπειες του να παραμείνεις ζωντανός.», ανακοίνωση στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Μετά το ατύχημα περιορίζοντας τις συνέπειες της κακής τύχης., σελ. 02

13. Τσίφτης Γ., Κιοσέ Σ., Αδαμοπούλου Μ., Πετρίδου Ε., «Παιδί και παιδικός σταθμός: Πόσο ασφαλής είναι η μεταφορά των φιλοξενούμενων παιδιών.», ανακοίνωση στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Οι δοκιμασίες διαλογής ως ασπίδα πρόληψης., σελ. 02

14. Τσαρμακλής Γ., Νεστορίδου Α., Τσίφτης Γ., Θωμαΐδης Θ., «Συχνότητα ατυχημάτων σε παιδιά.», ανακοίνωση στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Μετά το ατύχημα περιορίζοντας τις συνέπειες της κακής τύχης. σελ. 12

15. Καρασταμάτη Ι., «Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Φυσικοθεραπεία στην Π.Μ.Ε.Θ.», ανακοίνωση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Υγεία και ποιότητα ζωής: Όραμα και επιδίωξη για το παιδί του Δημοτικού Σχολείου., σελ. 36

16. Φιλιππακόπουλος Π., «Δυνατότητες του τύπου για τον έλεγχο ατυχημάτων.», ανακοίνωση στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Μετά το ατύχημα περιορίζοντας τις συνέπειες της κακής τύχης. σελ. 43

17. Kanellaidis G., Yannis G., Harvatis M., "Attitude of Greek drivers toward road safety", Transportation Quarterly, 1999, Vol. 53, No 1, pp 109-121

18. Kanellaidis G., Muhlrad N., Yannis G., "Pedestrian safety problems and implementation of countermeasures", Journal of IATSS, 1999, Vol. 23, No 2, pp 15-25

19. Yannis G., Matsoukis E., Golias J., "Road Accidents in Greece", Journal of International Association for Traffic and Safety Sciences (IATSS), 1997, Vol. 21, No 1, pp. 108-109

Διαδίκτυο

1. www.disabled.gr (Αύγουστος 2005)
2. www.learn2drive.gr (Αύγουστος 2005)
3. www.yme.gr (Αύγουστος 2005)
4. www.ydt.gr (Αύγουστος 2005)
5. www.yrpyr.gr (Αύγουστος 2005)
6. www.greekmeds.gr (Αύγουστος 2005)
7. www.paidiatros.gr (Αύγουστος 2005)
8. health.in.gr (Αύγουστος 2005)
9. www.iatroclub.gr (Αύγουστος 2005)
10. www.iatrikionline.gr (Αύγουστος 2005)
11. www.medlook.net (Σεπτέμβριος 2005)
12. www.pezh.gr (Σεπτέμβριος 2005)
13. www.e-child.gr (Σεπτέμβριος 2005)
14. www.pedtrauma.gr (Σεπτέμβριος 2005)
15. www.roadsafety.gr (Σεπτέμβριος 2005)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

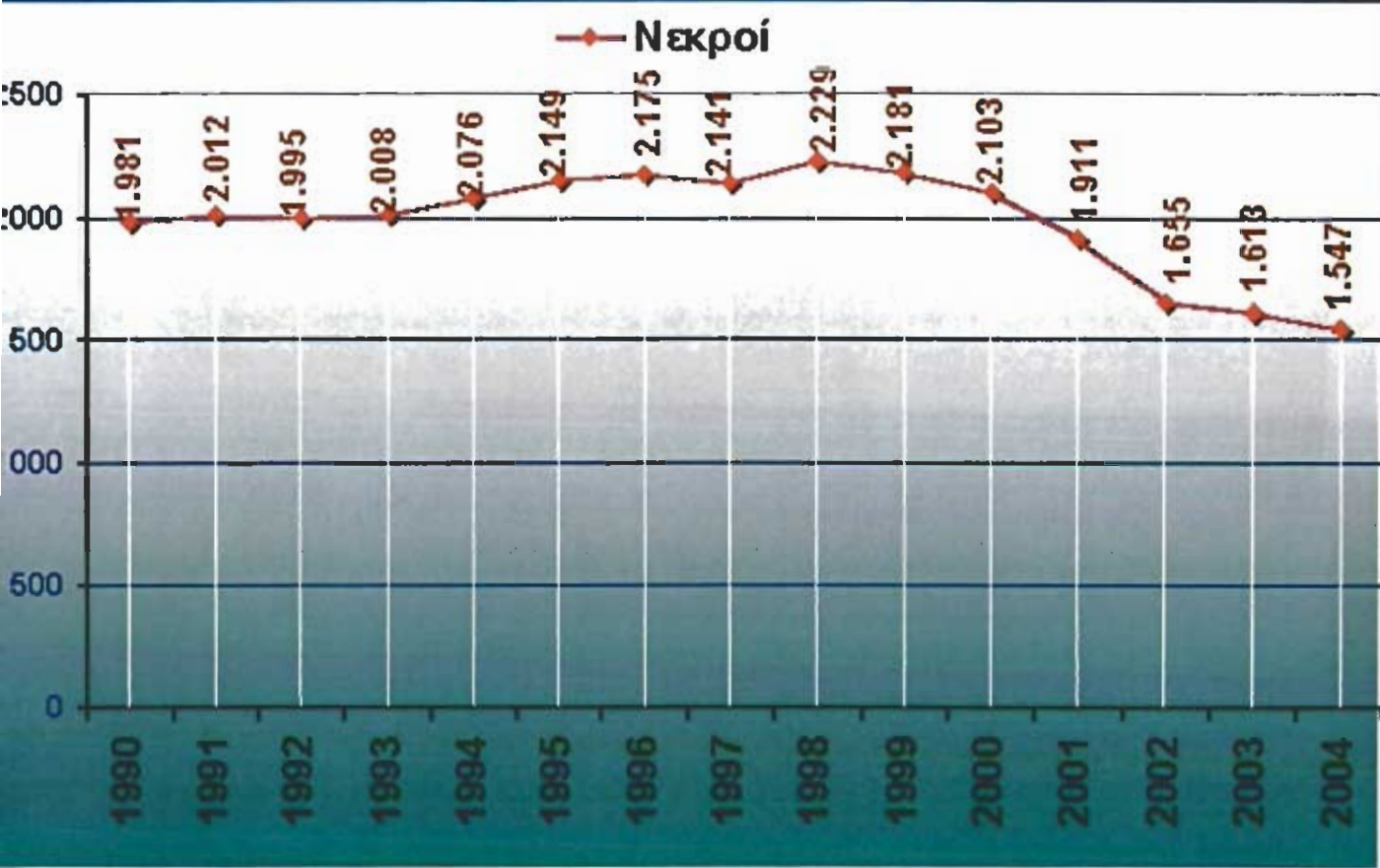
Μόνιμη τετραπληγία σε βρέφος ηλικίας 5 μηνών μετά από χρήση ακατάλληλου παιδικού καθίσματος ασφαλείας

Βρέφος ηλικίας 5 μηνών τραυματίστηκε όταν το όχημα στο οποίο επέβαινε συγκρούστηκε μετωπικά με αντίθετα ερχόμενο όχημα. Ο οδηγός του αυτοκινήτου, ο οποίος είχε προσδεθεί με ζώνη ασφαλείας δεν υπέστη καμία βλάβη. Το βρέφος το οποίο είχε προσδεθεί σε παιδικό κάθισμα ασφαλείας στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου, βρέθηκε να κρέμεται από το λαιμό από το εγκάρσιο τμήμα της ζώνης του καθίσματος, το οποίο φυσιολογικά τοποθετείται πάνω από τη λεκάνη. Ήταν αναισθητό, κυανωτικό και χωρίς αναπνοή. Μόλις απελευθερώθηκε από το κάθισμα άρχισε αμέσως να αναπνέει και να κλαίει. Κατά την αντικειμενική εξέταση είχε διαφραγματική μόνο αναπνοή και πλήρη τετραπληγία. Η ακτινογραφική εξέταση έδειξε κάταγμα και των δύο τόξων του δευτέρου αυχενικού σπονδύλου και πρόσθια σπονδυλολίση του A2 επί του A8. Αντιμετωπίστηκε συντηρητικά σε Μονάδα Κακώσεων Σπονδυλικής Στήλης, όπου και απεβίωσε μετά από 5 μήνες από σηψαιμία. Η εξέταση του παιδικού καθίσματος έδειξε ότι ήταν σχεδιασμένο για χρήση από ηλικία 9 μηνών έως 4 χρόνων και ήταν ακατάλληλο για την ηλικία των 5 μηνών. Επίσης, διαπιστώθηκαν πολλές παραλείψεις στο δέσιμο του βρέφους, η κυριότερη από τις οποίες ήταν η μη πρόσδεση μεταξύ των σκαλών του σχετικού τμήματος της ζώνης. Κατά την απότομη επιβράδυνση του οχήματος, το βρέφος γλίστρησε μέσα στο κάθισμα με αποτέλεσμα να «απαγχονιστεί» από τη ζώνη. Η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης λόγω της έντονης έλξης και υπερέκτασης υπέστη το χαρακτηριστικό κάταγμα του A2.

Είναι απαραίτητη η διαπαιδαγώγηση των γονέων για τη συνεχή χρήση καθώς και σωστή επιλογή και εφαρμογή του παιδικού καθίσματος ασφαλείας στο αυτοκίνητο. Σε αντίθετη περίπτωση η παιδική θνησιμότητα μετά από τροχαία ατυχήματα θα παραμείνει σε υψηλά επίπεδα με τα γνωστά τραγικά αποτελέσματα στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΟΧΑΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΕΚΡΟΥΣ,
ΣΒΑΡΑ ΚΑΙ ΕΛΑΦΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 1990-2004

ΝΕΚΡΟΙ 1990-2004

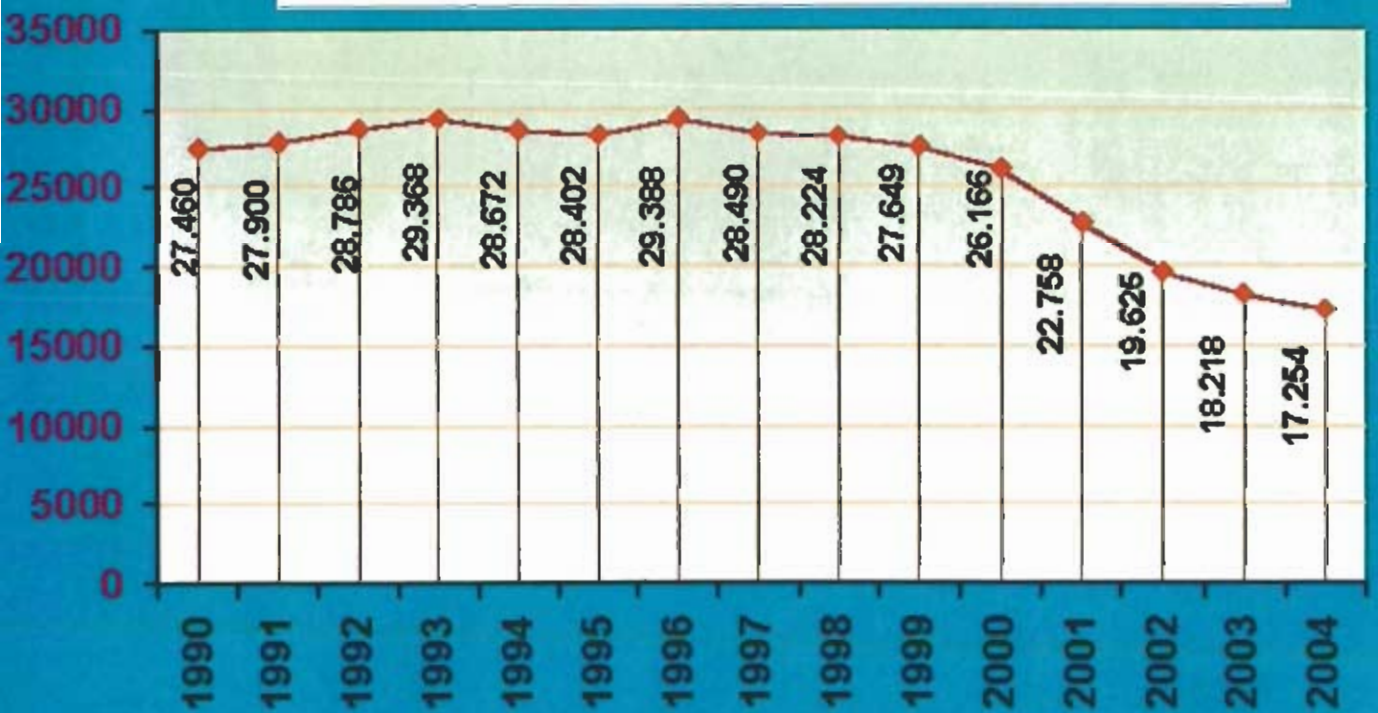


ΣΟΒΑΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ 1990-2004



ΕΛΑΦΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ 1990-2004

◆ ΕΛΑΦΡΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ

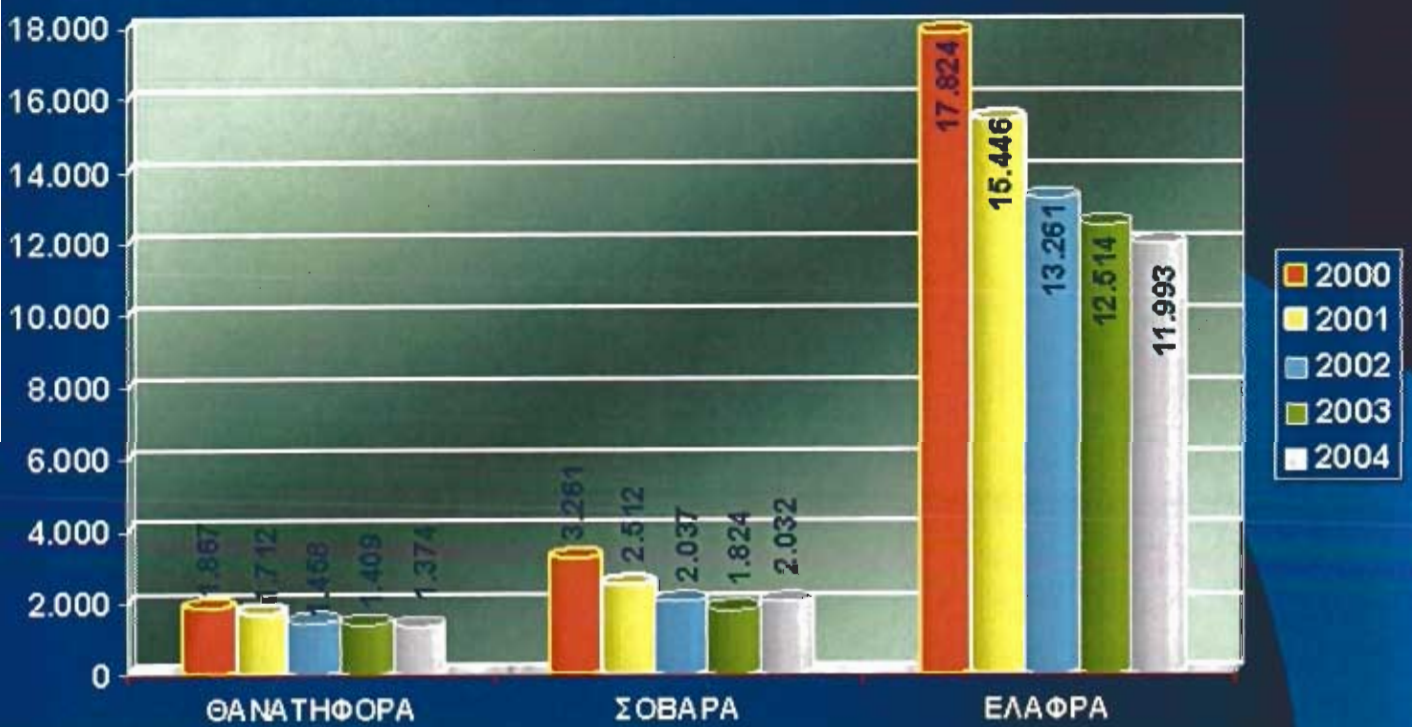


στατιστικά στοιχεία Τροχαίας για το σύνολο των ατυχημάτων τα
 έτη 2000 έως 2004

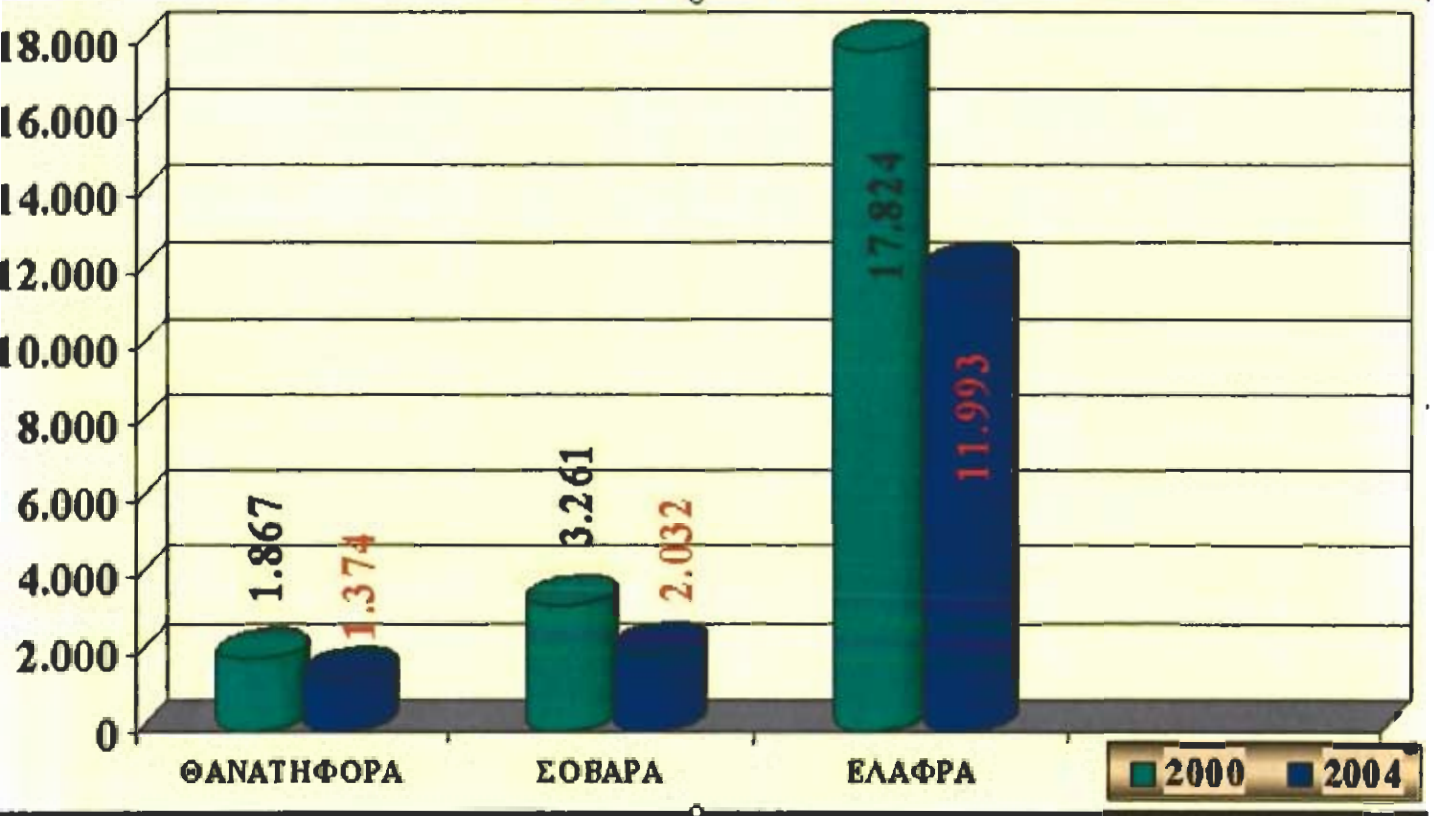
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ 2000–2004 ΑΝΑ ΕΤΟΣ

	ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ	ΣΟΒΑΡΑ	ΕΛΑΦΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	1.867	3.261	17.824	22.952
2001	1.712	2.512	15.446	19.670
ΠΟΣΟΣΤΟ	- 8,3 %	- 23,0 %	- 13,3 %	- 14,3 %
2001	1.712	2.512	15.446	19.670
2002	1.458	2.037	13.261	16.756
ΠΟΣΟΣΤΟ	- 14,8 %	- 18,9 %	- 14,1 %	- 14,8 %
2002	1.458	2.037	13.261	16.756
2003	1.409	1.824	12.514	15.747
ΠΟΣΟΣΤΟ	- 3,4 %	- 10,5 %	- 5,6 %	- 6,0 %
2003	1.409	1.824	12.514	15.747
2004	1.374	2.032	11.994	15.399
ΠΟΣΟΣΤΟ	- 2,5 %	11,4 %	- 4,2 %	- 2,2 %

ΓΡΑΦΗΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ 2000-2004 ΑΝΑ ΕΤΟΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ 2000 - 2004



ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ 2000-2004

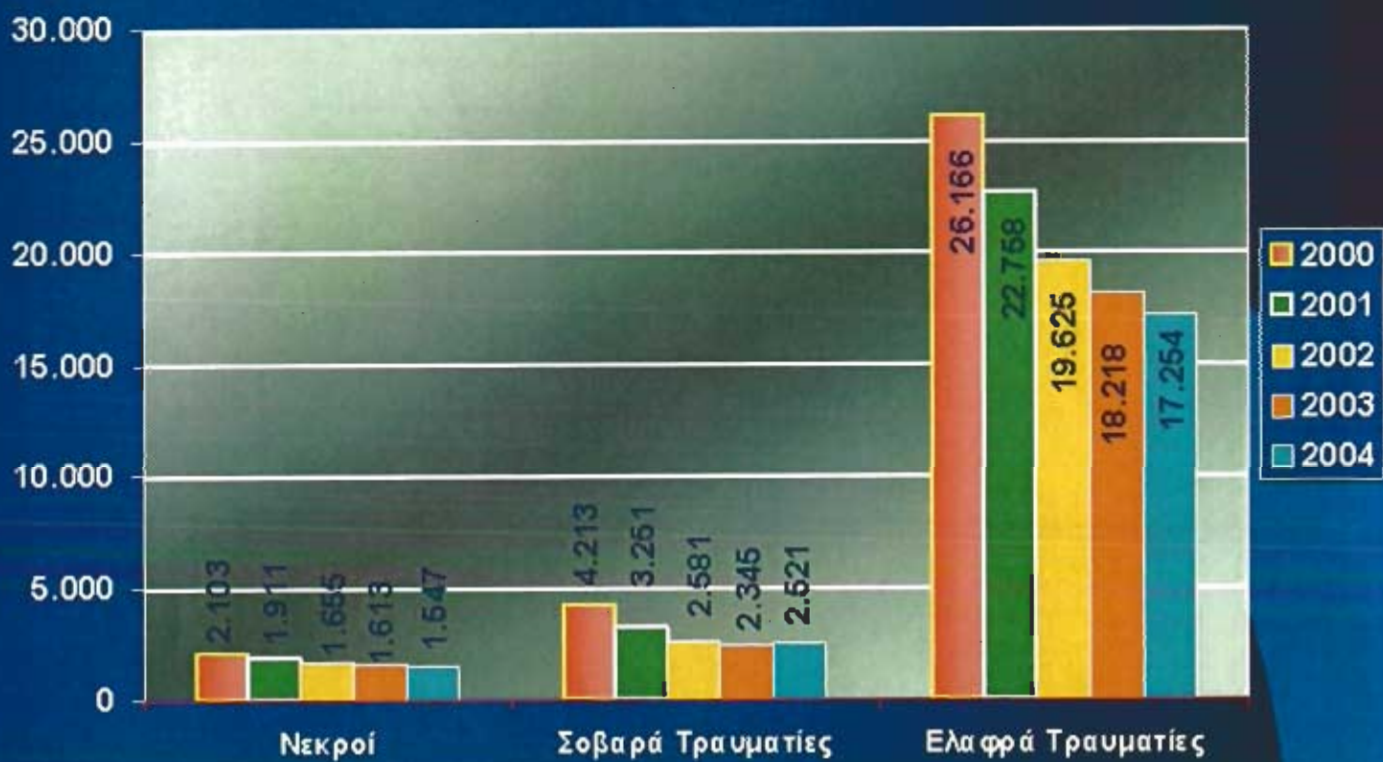
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	2000	2004	Διαφορά	Ποσοστό
Θανατηφόρα	1.867	1.374	- 493	- 26,4 %
Σοβαρά	3.261	2.032	-1.229	- 37,7 %
Ελαφρά	17.824	11.993	-5.831	- 32,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	22.952	15.399	-7.553	- 32,9 %

Στατιστικά στοιχεία Τροχαίας για τους παθόντες ατυχημάτων τα έτη 2000 έως 2004

ΠΑΘΟΝΤΕΣ 2000–2004 ΑΝΑ ΕΤΟΣ

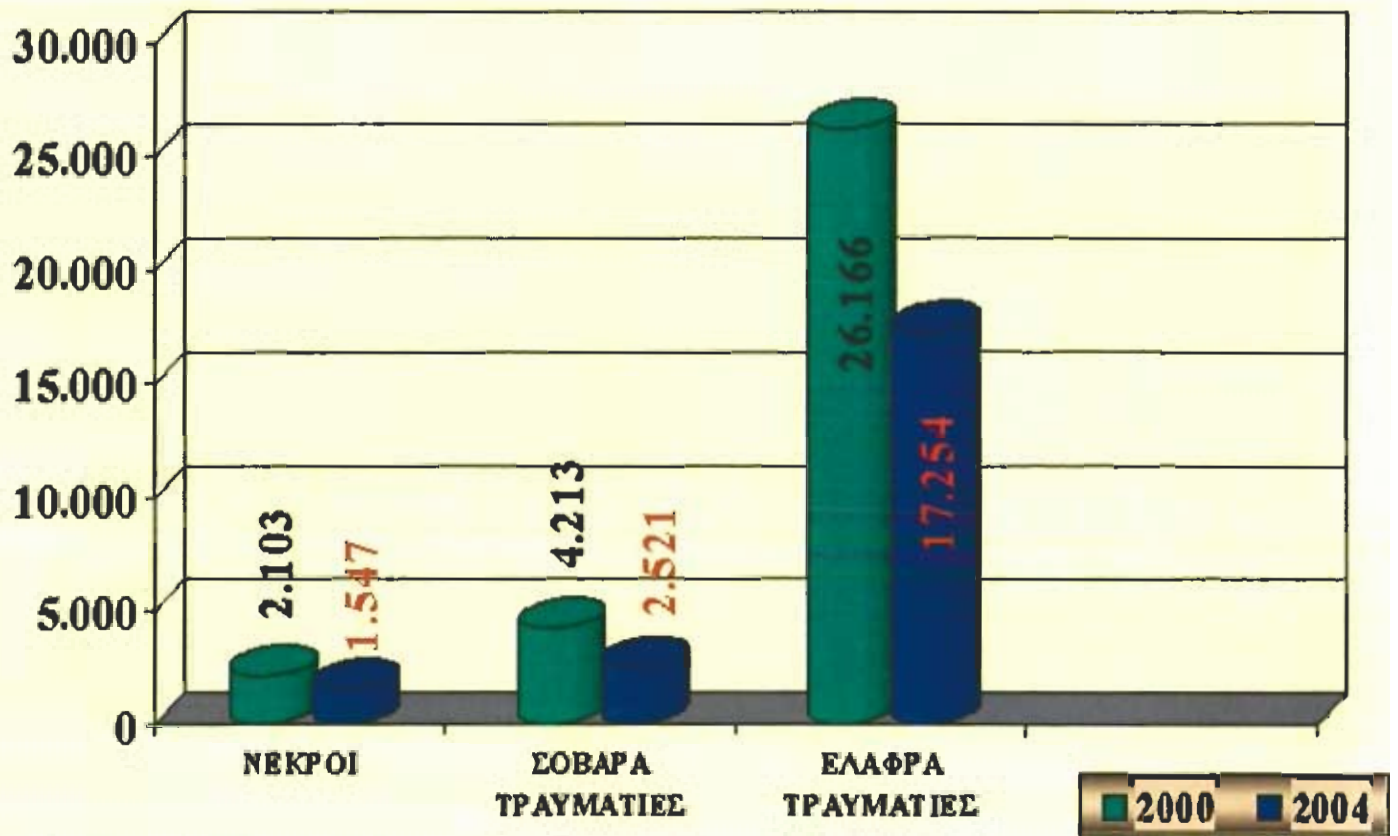
	ΝΕΚΡΟΙ	ΣΟΒΑΡΑ	ΕΛΑΦΡΑ	ΣΥΝΟΛΟ
2000	2.103	4.213	26.166	32.482
2001	1.911	3.251	22.758	27.920
ΠΟΣΟΣΤΟ	-9,1 %	-22,8 %	-13,0 %	-14,0 %
2001	1.911	3.251	22.758	27.920
2002	1.655	2.581	19.625	23.861
ΠΟΣΟΣΤΟ	-13,4 %	-20,6 %	-13,8 %	-14,5 %
2002	1.655	2.581	19.625	23.861
2003	1.613	2.345	18.218	22.176
ΠΟΣΟΣΤΟ	-2,5 %	-9,1 %	-7,2 %	-7,1 %
2003	1.613	2.345	18.218	22.176
2004	1.547	2.521	17.254	21.322
ΠΟΣΟΣΤΟ	- 4,1 %	7,5 %	- 5,3 %	- 3,9 %

ΓΡΑΦΗΜΑ ΠΑΘΟΝΤΩΝ 2000-2004 ΑΝΑ ΕΤΟΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ ΠΑΘΟΝΤΩΝ

2000 - 2004



ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΘΟΝΤΩΝ 2000-2004

ΠΑΘΟΝΤΕΣ	2000	2004	Διαφορά	Ποσοστό
Νεκροί	2.103	1.547	-556	-26,4 %
Σοβαρά Τραυματίες	4.213	2.521	-1.692	-40,2 %
Ελαφρά Τραυματίες	26.166	17.254	-8.912	-34,1 %
ΣΥΝΟΛΟ	32.482	21.322	-11.160	-34,4 %

Ποσοστιαία συμμετοχή παθόντων ανάλογα με την θέση που είχαν και την λήψη προστατευτικών μέτρων ή μη που έλαβαν

	Οδηγοί		Επιβάτες		Πεζοί
	Με χρήση ζώνης ή κράνους	Χωρίς την χρήση ζώνης ή κράνους	Με χρήση ζώνης ή κράνους	Χωρίς την χρήση ζώνης ή κράνους	
2000	14,8 %	45,8 %	5,6 %	21,1 %	12,7 %
2001	15,5 %	44,5 %	5,3 %	22,3 %	12,3 %
2002	17,3 %	42,0 %	4,6 %	23,0 %	13,1 %
2003	21,5 %	38,6 %	5,7 %	20,4 %	13,9 %
2004	22,9 %	36,7 %	7,4 %	19,6 %	13,4 %

Η ΠΟΣΟΣΤΩΣΗ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΘΟΝΤΩΝ

Λόγος Υπουργού Δημοσίας Τάξης

ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ - ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΣΤΟΧΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ

Κυρίες και Κύριοι,

Παίρνω την ευκαιρία που μου δίνει η παρουσίαση των δραστηριοτήτων και των αποτελεσμάτων των ενεργειών της Διυπουργικής Επιτροπής να σας παρουσιάσω, ως αρμόδιος Υφυπουργός, τους στόχους, τους άξονες, τις δράσεις και τα προγράμματα, αποκλειστικά, των Υπηρεσιών της Ελληνικής Αστυνομίας.

Σε εφαρμογή αποφασισθέντων από τη Διυπουργική Επιτροπή και στα πλαίσια του Στρατηγικού Σχεδίου, για τη βελτίωση της οδικής ασφάλειας στη Ελλάδα 2001-2005, αποφασίσθηκε, για τις Υπηρεσίες Τροχαίας, η άμεση εκδήλωση ενεργειών, βάσει προγράμματος, με ποσοτικοποιημένους στόχους, συγκεκριμένους άξονες και προκαθορισθείσες δράσεις.

Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού τέθηκε για το έτος 2002 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ η μείωση των νεκρών από τροχαία ατυχήματα σε ποσοστό 5% σε σύγκριση με τους νεκρούς του έτους 2001 καθώς επίσης και η μείωση συνολικά των παθόντων στο ίδιο ποσοστό.

Ο στόχος αυτός για το έτος 2002 επετεύχθη σε ποσοστό 13,6 στους νεκρούς και 14,7 στους παθόντες γενικά. Οι παράγοντες που συνέβαλαν ουσιαστικά στην επιτυχία των στόχων αυτών είναι:

α) Η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών Τροχαίας και η ίδρυση Νέων.

Υλοποιείται το σχετικό Π.Δ. που εκδόθηκε το 2001.

β) Ο εφοδιασμός των Υπηρεσιών με μέσα.

Εφοδιάσθηκαν οι Υπηρεσίες με ικανό αριθμό οχημάτων και μέσων νέας τεχνολογίας (Ραντάρ, Αλκοολόμετρα).

γ) Η ακύρωση παραβάσεων.

Συνεχίσθηκε η μηδενική παρέμβαση στην ακύρωση των παραβάσεων.

δ) Η εκπαίδευση του προσωπικού.

Καθιερώθηκε η εκπαίδευση του προσωπικού στις σχολές Τροχαίας σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Λειτουργούν ταχύρυθμα σεμινάρια σε επίπεδο Αστυνομικής Διεύθυνσης.

ε) Σχολικός τροχονόμος.

Επεκτείνεται ο θεσμός και ήδη γίνεται ευρεία χρήση.

στ) Έλεγχοι οχημάτων με ξένες πινακίδες.

Το θέμα κρίνεται σοβαρό και καταβάλλονται συνεχείς και ουσιώδεις προσπάθειες, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ζ) Έλεγχοι με συμβατικά αυτοκίνητα.

Υλοποιείται στο μεγαλύτερο μέρος της Επικράτειας. Καταβάλλονται προσπάθειες εφοδιασμού όλων των υπηρεσιών, με συμβατικά οχήματα. Αποτελέσματα ικανοποιητικά.

η) Αυτοσχέδιοι αγώνες οχημάτων και μοτοσικλετών.

Με σχέδιο και πρόγραμμα περιορίστηκαν σε σχεδόν μηδενικά επίπεδα.

θ) Εκδηλώσεις Τροχαίας.

Εκθέσεις Τροχαίας. Διανομή φυλλαδίων, διαλέξεις σε σχολεία, εκπομπές.

ι) Οδηγίες λόγω κακών καιρικών συνθηκών.

Έχουν δοθεί εντολές, οδηγίες και κατευθύνσεις.

ια) Ενημέρωση κοινού, οδηγών, πεζών.

Δελτία Τύπου και ανακοινώσεις στα Μέσα Μαζικής ενημέρωσης.

ιβ) Προγράμματα Αστυνόμευσης.

Λειτουργήσαν Πιλοτικά Προγράμματα σε Τμήματα της ΠΑΘΕ και στις πόλεις Αθηνών και Θεσσαλονίκης με θετικά αποτελέσματα. Θα συνεχίσουν να εφαρμόζονται.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στον άξονα αστυνόμευσης και συγκεκριμένα, τέθηκαν ποσοτικοποιημένοι στόχοι αύξηση των ελέγχων και παραβάσεων για το έτος 2002.

α) Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνευματωδών ποτών.

Στόχος 20%. Επετεύχθη αύξηση ελέγχου σε ποσοστό 45,5%.

β) Υπερβολική ταχύτητα.

Στόχος 20%. Επετεύχθη αύξηση σε ποσοστό 32,2%.

γ) Ζώνη ασφαλείας.

Στόχος 20%. Επετεύχθη αύξηση σε ποσοστό 73,7%.

δ) Κράνος Δικυκλιστών.

Στόχος 20%. Επετεύχθη αύξηση σε ποσοστό 55,3%

ε) Σύνολο επικινδύνων παραβάσεων.

Διατήρηση στα επίπεδα του 2001. Επετεύχθη αύξηση σε ποσοστό 31%.

Η ποσοτικοποίηση των στόχων και η εκδήλωση ενεργειών με Πρόγραμμα και Σχέδιο απέφεραν, μέχρι σήμερα, μεγαλύτερα των αναμενόμενων αποτελέσματα.

(22-1-2002) Σημαντική μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά το 2001, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Προγράμματος Οδικής Ασφάλειας «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005»

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Σημαντική μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά το 2001, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Προγράμματος Οδικής Ασφάλειας «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001 - 2005»

Μείωση των τροχαίων ατυχημάτων κατά 14,4 % σε σχέση με το προηγούμενο έτος σημειώθηκε το 2001, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εργασιών της Διυπουργικής Επιτροπής Οδικής Ασφάλειας για τα 2001, που παραυσίασε σήμερα σε Συνέντευξη Τύπου ο Υπουργός Δημόσιας Τάξης και Πρόεδρος της Διυπουργικής Επιτροπής, κ. Μιχάλης Χρυσχοϊδης.

Ειδικότερα, κατά το έτος 2001 σημειώθηκε μείωση στα θανατηφόρα ατυχήματα κατά 8,3% και στα σοβαρά ατυχήματα κατά 23%. Ο αριθμός των νεκρών από τροχαία ατυχήματα μειώθηκε κατά 9,1 %, των σοβαρά τραυματιών κατά 23% και του συνόλου των παθόντων κατά 14,3 %. Σε απόλυτους αριθμούς, το 2001 καταγράφηκαν 192 λιγότεροι νεκροί, 963 λιγότεροι σοβαρά τραυματίες και 3.438 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα αυτά ανταποκρίνονται πλήρως στους ποσοτικοποιημένους στόχους για τα τροχαία ατυχήματα που τέθηκαν βάση του Στρατηγικού Σχεδιασμού «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005» για τη Βελτίωση της Οδικής Ασφάλειας στην Ελλάδα, τον οποίο συνέταξε και εφαρμάζει από πέρσι η Διυπουργική Επιτροπή. Οι στόχοι αυτοί, όπως είναι γνωστό, προβλέπουν τη μείωση των νεκρών από οδικά τροχαία ατυχήματα κατά 20% για την περίοδο 2001-2005 και κατά 40% μέχρι το 2015 σε σχέση με το 2000.

Όπως ανέφερε ο κ. Χρυσχοϊδης, η επιτυχία αυτή, οφείλεται, πέρα από το σχέδιο αστυνόμευσης, στη αρμονική και συντονισμένη συνεργασία μεταξύ των συναρμόδιων Υπουργείων και φορέων στα πλαίσια του «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005». Παράλληλα τόνισε ότι την ίδια κατεύθυνση θα έχουν οι ενέργειες της Διυπουργικής Επιτροπής και το 2002, με στόχο τη μείωση των νεκρών αλλά και των συνολικά παθόντων από τροχαία ατυχήματα κατά 5% σε σχέση με το 2001.

Εκτός του Υπουργού και Προέδρου της Επιτροπής κ. Χρυσχοϊδη, στη Συνέντευξη Τύπου μίλησαν επίσης ο Υφυπουργός Εθνικής Οικονομίας κ. Χρήστος Πάχτας, ο Υφυπουργός Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης κ. Λάμπρος Παπαδήμας, ο Υφυπουργός ΠΕΧΩΔΕ κ. Ιωάννης Τσακλίδης, ο Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας κ. Εκτορας Νασιώκας, ο Υφυπουργός Μεταφορών και Επικοινωνιών κ. Σπύρος Βούγιας και ο Υφυπουργός Δημόσιας Τάξης κ. Ευάγγελος Μαλέσιος, που αναφέρθηκαν στα ειδικότερα θέματα των Υπουργείων που εκπροσωπούν, αναλύοντας τη δραστηριότητα, τα μέτρα και τα προγράμματά τους.

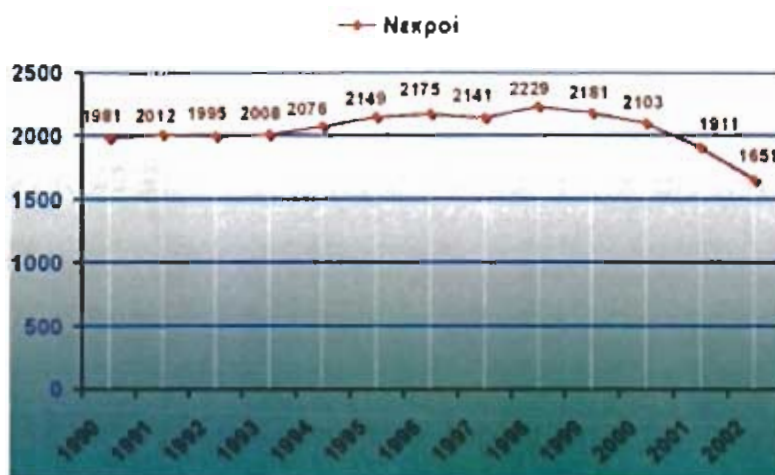
Τέλος, όλοι οι ομιλητές επεσήμαναν την πολυπλοκότητα του τροχαίου ατυχήματος, την ανάγκη συνολικής αντιμετώπισής του αλλά και την ομαλή συνεργασία όλων των συναρμόδιων Υπουργείων στα πλαίσια της Διυπουργικής Επιτροπής. Παράλληλα εξέφρασαν για άλλη μια φορά τη δέσμευσή τους για

συνέχιση των κοινών προσα-θειών και ουσιαστική συμβολή στο Πρόγραμμα Οδικής Ασφάλειας «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005», που στοχεύει στη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και αντιμετωπίζει ριζικά, συνολικά και μακροπρόθεσμα το θέμα της οδικής ασφάλειας στη χώρα μας.

Αθήνα, 22 Ιανουαρίου 2002

Καθ' Οδόν 2001 - 2005 - Παρουσίαση 15/1/2003

Νεκροί από τροχαία ατυχήματα μεταξύ 1990 - 2002



Σοβαρά τραυματίες από τροχαία ατυχήματα μεταξύ 1990 - 2002



Ελαφρά τραυματίες 1990 - 2002



Πίνακας ατυχημάτων 2000 - 2002 (επικράτειας)

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	2000	2001	Διαφορά	Ποσοστό	2001	2002	Διαφορά	Ποσοστό
Θανατηφόρα	1.867	1.712	-115	-8,3%	1.712	1.454	-258	-15,1%
Σοβαρά	3.261	2.512	-749	-23%	2.512	2.039	-473	-18,8%
Ελαφρά	17.824	15.446	-2.378	-13,3%	15.446	13.243	-2.203	-14,3%
ΣΥΝΟΛΟ	22.952	19.670	-3.282	-14,3%	19.670	16.736	-2.934	

Πίνακας παθόντων 2000 - 2002

ΠΑΘΟΝΤΕΣ	2000	2001	Διαφορά	Ποσοστό	2001	2002	Διαφορά	Ποσοστό
Νεκροί	2.103	1.911	-192	-9,1%	1.911	1.651	-260	-13,6%
Σοβαρά Τραυματίες	4.213	3.251	-962	-22,8%	3.251	2.583	-668	-20,5%
Ελαφρά Τραυματίες	26.166	22.758	-3.408	-13%	22.758	19.581	-3.177	-14%
ΣΥΝΟΛΟ	32.482	27.920	-4.562	-14%	27.920	23.815	-4.105	-14,7%

Συγκριτικός πίνακας ατυχημάτων 2000 - 2002

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ 2000-2002 (Επικράτειας).				
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	2000	2002	Διαφορά	Ποσοστό
Θανατηφόρα	1.867	1.454	-413	-22,1%
Σοβαρά	3.261	2.039	-1.222	-37,5%
Ελαφρά	17.824	13.243	-4.581	-25,7%
ΣΥΝΟΛΟ	22.952	16.736	-6.216	-27,1%

Συγκριτικός πίνακας παθόντων 2000 - 2002

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΘΟΝΤΩΝ 2000-2002 (ΜΕ ΧΡΗΣΗ Η ΜΗ ΖΩΝΗΣ-ΚΡΑΝΟΥΣ & ΠΕΖΟΙ)					
ΠΑΘΟΝΤΕΣ		2000	%	2002	%
ΟΔΗΓΟΙ	ΜΕ ΖΩΝΗ	2.661	8,2	2.026	8,5
	ΜΕ ΚΡΑΝΟΣ	2.160	6,6	2.098	8,3
	ΧΩΡΙΣ ΖΩΝΗ Η ΚΡΑΝ.	14.870	45,8	10.014	42,0
ΕΠΙΒΑΤΕΣ	ΜΕ ΖΩΝΗ	1.399	4,3	907	3,8
	ΜΕ ΚΡΑΝΟΣ	407	1,3	182	0,8
	ΧΩΡΙΣ ΖΩΝΗ Η ΚΡΑΝ.	6.852	21,1	5.479	23,0
ΠΕΖΟΙ		4.133	12,7	3.113	13,1
ΣΥΝΟΛΟ		32.482	100	23.815	100

Συγκριτικός πίνακας παραβάσεων 2000 - 2002

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΒΑΣΕΩΝ 2000-2002

	ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΜΗ ΧΡΗΣΗΣ		ΜΕΘΗ			ΤΑΧΥΤΗΤΑ
	ΖΩΝΗΣ	ΚΡΑΝΟΥΣ	ΕΛΕΓΧΟΙ	ΠΤΑΞΕΜΑΤΑ	ΠΛΗΜΜΥΙΑ	
2000	63.061	81.252	365.388	22.211	8.296	175.075
2002	171.037	235.881	1.034.630	40.622	8.325	418.421
ΜΕΤΑ ΒΟΛΗ	+171,2%	+190,3%	+183,2%	+82,9%	+0,3%	+139,0%

(15-1-2003) Σημαντική μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και το 2002

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Σημαντική μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και το 2002

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος
«ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005»

Μειώθηκαν και το 2002 σε ποσοστό 14,9% τα τροχαία ατυχήματα σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εργασιών της Διυπουργικής Επιτροπής Οδικής Ασφάλειας για το 2002, που παρουσίασε σήμερα σε Συνέντευξη Τύπου ο Υπουργός Δημόσιας Τάξης και Πρόεδρος της Επιτροπής, κ. Μιχάλης Χρυσοχοϊδης.

Στη Συνέντευξη Τύπου εκτός από τον Υπουργό Δημόσιας Τάξης κ. Μιχάλη Χρυσοχοϊδη, παρέστησαν και μέλη της Διυπουργικής Επιτροπής. Συγκεκριμένα, ο Υφυπουργός Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης κ. Λάμπρος Παπαδήμας, ο Υφυπουργός ΠΕΧΩΔΕ κ. Ιωάννης Τσακλίδης, ο Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας κ. Έκτορας Νασιώκας, ο Υφυπουργός Μεταφορών και Επικοινωνιών κ. Εμμανουήλ Στρατάκης, ο Υφυπουργός Δημόσιας Τάξης κ. Ευόγγελος Μαλέσιος και ο Σύμβουλος του κ. Πρωθυπουργού για θέματα Ποιότητας Ζωής κ. Αντώνιος Αγγελίδης. Τα μέλη της επιτροπής είχαν την ευκαιρία να αναφερθούν στα ειδικότερα θέματα των Υπουργείων που εκπροσωπούν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005», το 2002 σε σύγκριση με το 2001 και το 2000, μειώθηκαν σημαντικά τα τροχαία ατυχήματα και οι παθόντες από αυτά.

Ειδικότερα:

Το έτος 2002 σε σύγκριση με το 2001, υπήρξαν :

- Τροχαία Ατυχήματα
 - ο 258 λιγότερα θανατηφόρα ατυχήματα μείωση 15,1%
 - ο 473 λιγότερα σοβαρά τροχαία ατυχήματα μείωση 18,8%
 - ο 2.203 λιγότερα ελαφρά τροχαία ατυχήματα μείωση 14,3
- Παθόντες
 - ο 260 λιγότεροι νεκροί μείωση 13,6%
 - ο 668 λιγότεροι βαριά τραυματίες μείωση 20,5%
 - ο 3.177 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες μείωση 14%

Το έτος 2002 σε σύγκριση με το 2000, υπήρξαν :

- Τροχαία Ατυχήματα
 - ο 413 λιγότερα θανατηφόρα ατυχήματα μείωση 22,1%
 - ο 1.222 λιγότερα σοβαρά τροχαία ατυχήματα μείωση 37,5%
 - ο 4.581 λιγότερα ελαφρά τροχαία ατυχήματα μείωση 25,7%

- Παθόντες
 - ο 452 λιγότεροι νεκροί μείωση 21,5%
 - ο 1.630 λιγότεροι βαριά τραυματίες μείωση 38,7%
 - ο 6.585 λιγότεροι ελαφρά τραυματίες μείωση 25,2%

Αξιζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα αυτά ξεπέρασαν τους στόχους για τα τροχαία ατυχήματα, όπως αυτοί τέθηκαν για το 2002 βάσει του Στρατηγικού Σχεδιασμού «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001 - 2005».

Όπως δήλωσε ο Υπουργός Δημόσιας Τάξης, η επιτυχία αυτή, οφείλεται, πέρα από το σχέδιο αστυνόμευσης, στη αρμονική και συντονισμένη συνεργασία μεταξύ των συναρμόδιων Υπουργείων και φορέων στα πλαίσια του «ΚΑΘ' ΟΔΟΝ 2001-2005». Παράλληλα, τόνισε ότι την ίδια κατεύθυνση θα έχουν οι ενέργειες της Διυπουργικής Επιτροπής και το 2003, με στόχο τη μείωση των νεκρών αλλά και των συνολικά παθόντων από τροχαία ατυχήματα κατά 5% σε σχέση με το 2002. Επεσήμανε, ακόμα, ότι βασική προτεραιότητα στην όλη προσπάθεια αποτελεί η επικοινωνία με τον Πολίτη, ο οποίος θα πρέπει να γίνει κοινωνός του προβλήματος και να συμμετάσχει ενεργά στην αντιμετώπισή του.

Στη συνέχεια, οι υπόλοιποι ομιλητές αναφέρθηκαν στις επιμέρους δράσεις του προγράμματος στον τομέα ευθύνης τους. Επιπλέον, τόνισαν την απόφαση για συνέχιση και εντατικοποίηση των κοινών προσπαθειών με στόχο τη μείωση των τροχαίων ατυχημάτων και τη ριζική αντιμετώπιση του θέματος της οδικής ασφάλειας στη χώρα μας.

Αθήνα, 15 Ιανουαρίου 2003

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών
Ατυχημάτων
(Κ.Ε.Π.Π.Α.)

Κ.Ε.Π.Π.Α.



A. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ

Το **Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Π.Α.)** ιδρύθηκε με πρωτοβουλία του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων το **Δεκέμβριο του 1991**. Το Κ.Ε.Π.Π.Α. εδρεύει στο **Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών**.

Το Κ.Ε.Π.Π.Α. έχει ως πρωταρχικό **σκοπό** τη **μείωση των ατυχημάτων που οδηγούν στο θάνατο** και έχει σαν **όραμα** την **προώθηση** ενός **υγιούς τρόπου ζωής** και τη **δημιουργία** ενός **ασφαλούς κοινωνικού περιβάλλοντος**. Για την επίτευξη αυτών των στόχων το Κ.Ε.Π.Π.Α. αναλαμβάνει το συντονισμό και την εφαρμογή εγχώριων και διεθνών ερευνών και προγραμμάτων δράσης για την πρόληψη των ατυχημάτων και είναι το **βασικό ίδρυμα** για την **εκπροσώπηση της χώρας μας** σε εθνικά και διεθνή επιστημονικά προγράμματα και έρευνες.

Το Κ.Ε.Π.Π.Α. είναι πάντα σε **εγρήγορση** στα θέματα που έχουν να κάνουν με **νέους, πιθανούς κινδύνους** για το κοινωνικό σύνολο και έχει πάντα **ενδιαφέρουσες** και **επιστημονικά τεκμηριωμένες προτάσεις**, όσον αφορά την πρόληψη των ατυχημάτων. Για την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση του κοινωνικού συνόλου και της εγχώριας και διεθνούς επιστημονικής κοινότητας για τα παραπάνω θέματα δημοσιεύει άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά όπως και σε γνωστές εφημερίδες, συμμετέχει σε επιστημονικά συνέδρια και εκπρόσωποι του Κέντρου είναι συχνά παρόντες σε ραδιοτηλεοπτικές εκπομπές. Επιπλέον, στα ίδια πλαίσια το Κέντρο οργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια, ετοιμάζει ενημερωτικό υλικό και διοτηρεί μια πλήρως ενημερωμένη βιβλιοθήκη με πληροφορίες πάνω στο θέμα των ατυχημάτων.

Το Κ.Ε.Π.Π.Α. **χρηματοδοτείται** από δημόσιους, ιδιωτικούς φορείς, όπως και από την Ευρωπαϊκή Ένωση. **Η οικονομική υποστήριξη** από τους οργανισμούς αυτούς είναι **απαραίτητη** για τη διαρκή δραστηριοποίηση του Κέντρου και την αποτελεσματική συμβολή του στη δραστική μείωση κάθε είδους ατυχήματος.

B. ΤΟ Κ.Ε.Π.Π.Α. ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Το Κ.Ε.Π.Π.Α. θέτει το δικό του στίγμα στην πρόληψη των ατυχημάτων:

- **Μελετώντας** και **υπολογίζοντας** την έκταση του **προβλήματος** των ατυχημάτων μέσω της συστηματικής **συλλογής**, του ελέγχου και της ανάλυσης των **δεδομένων που καταγράφονται στη βάση δεδομένων του Κ.Ε.Π.Π.Α.** η οποία περιέχει στοιχεία που προέρχονται από το **Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων στα Εξωτερικά Ιατρεία**, από το έτος 1996.
- **Αναγνωρίζοντας** τους **κρίσιμους παράγοντες** της πρόκλησης των ατυχημάτων καθώς και τις συσχετιζόμενες **κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις** στην οικογένεια και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.
- **Θέτοντας** συγκεκριμένους **στόχους** για την μείωση των ατυχημάτων που οδηγούν σε θάνατο.
- **Αναπτύσσοντας καινοτόμα προγράμματα** πρόληψης ατυχημάτων και ενημέρωσης σχετικά με την υγεία.
- **Δημιουργώντας συνεργασίες** με **εγχώριους ή διεθνείς** οργανισμούς για την προαγωγή ενός πιο ασφαλούς περιβάλλοντος και για την εφαρμογή της «παθητικής ασφάλειας» σε κοινωνικό επίπεδο.
- **Κάνοντας ανταλλαγή γνώσεων** με οργανισμούς καθώς και με ιδιώτες και **παρεμβαίνοντας** σε επίκαιρα θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη των ατυχημάτων.

Γ. ΤΟ Κ.Ε.Π.Π.Α. ΚΑΙ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ:

Το Πρόβλημα: Τα τροχαία ατυχήματα είναι από τους κύριους λόγους θανάτων στη χώρα μας.

Η Έρευνα: Το Κ.Ε.Π.Π.Α. διεξάγει μελέτες, όπως επίσης παρέχει επιστημονικά στοιχεία, με σκοπό την **ανάπτυξη στρατηγικών** για την ασφάλεια στους δρόμους

Δ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Το προσωπικό του Κ.Ε.Π.Π.Α. είναι στη διάθεση όσων ενδιαφέρονται για τις δραστηριότητες και τα προγράμματα του Κέντρου.

Κ.Ε.Π.Π.Α.

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης παιδικών Ατυχημάτων

Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Ιατρική Σχολή Αθηνών - Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο

Μικράς Ασίας 75, 115 27, Αθήνα

Tel: 210 7462 187, 210 7462 201

Fax: 210 7462 105



Συμβουλές προς τους οδηγούς σε περίπτωση κακοκαιρίας

- Σε περίπτωση που μετακινηθείτε εκτός πόλεως:
 - φροντίστε, πριν ξεκινήσετε, να ενημερωθείτε για τον καιρό και την κατάσταση του οδικού δικτύου.
 - προγραμματίστε το ταξίδι σας, έτσι ώστε να μη συμπέσει με την αιχμή των καιρικών φαινομένων.
 - ελέγξτε την καλή λειτουργία των συστημάτων του αυτοκινήτου σας.
 - βεβαιωθείτε ότι το ρεζερβουάρ του αυτοκινήτου σας είναι γεμάτο καύσιμα.
 - φροντίστε να έχετε μαζί σας αντιολισθητικές αλυσίδες.
 - φροντίστε να έχετε μαζί σας κουτί πρώτων βοηθειών.
- Σε περίπτωση που μετακινηθείτε μέσα στην πόλη:
 - προτιμήστε τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς.
 - κινηθείτε με ιδιαίτερη προσοχή και ακολουθήστε τις υποδείξεις των Τροχονόμων.
 - αποφύγετε τις άσκοπες μετακινήσεις.
- Σε περίπτωση που αποκλειστείτε:
 - παραμείνετε στο αυτοκίνητό σας και φροντίστε να ανάβετε τη μηχανή για 10 λεπτά ανά ώρα.
 - τοποθετήστε στην κεραία του ραδιοφώνου ένα ύφασμα με έντονο χρώμα για τον ευκολότερο εντοπισμό σας από τις διασωστικές ομάδες.
 - εξοπλισμός όπως αδιάβροχα, ομπρέλες, σφυρίχτρα, γαλότσες, φακός, κουβέρτες, νερό, πρόχειρο φαγητό, σταφίδες, σοκολάτες μπορεί να φανεί χρήσιμος.

Χιλιομετρικές θέσεις στις οποίες πρέπει οι οδηγοί να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή

Επισημαίνονται οι διαδρομές (χιλιομετρικές θέσεις) στις οποίες παρακαλούνται οι οδηγοί να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή κατά την κίνησή τους, επειδή κατά το παρελθόν έχουν σημειωθεί πολλά τροχαία ατυχήματα:

Ξάνθη – Κομοτηνή
Κομοτηνή - Αλεξ/πολη
Θεσσαλονίκη – Ξάνθη
Θεσσαλονίκη – Καβάλα
Θεσσαλονίκη - Μουδανιά
Τρίκαλα - Ιωάννινα
Λαμία – Θεσσαλονίκη
Αθήνα – Λαμία
Αθήνα - Λαμία Κόμβος
Αθήνα - Κόρινθος
Κόρινθος – Πάτρα
Κόρινθος – Τρίπολη
Τρίπολη – Καλαμάτα
Αντίρριο Ιωάννινα

Χιλιομετρική θέση 2-25
Χιλιομετρική θέση 5-14
Χιλιομετρική θέση 31-39
Χιλιομετρική θέση 75-77
Χιλιομετρική θέση 52
Κατάρτα
Χιλιομετρική θέση 216-260, Τέμπη, 410-473
Χιλιομετρική θέση 117-131, Πέταλο Μαλιακού
Κηφισίας, Χιλιομετρική Θέση 36-37, 92-98
Δαφνί, Ασπρόπυργος, Κακιά Σκάλα
Χιλιομετρικές θέσεις 120-129, 137, 190-205
Χιλιομετρικές θέσεις 105, 123, 129, 161
Καλογερικά - Μεγαλόπολη - Τσάκωνα
Χιλιομετρικές θέσεις 1, 6-10, 60-68, 78-79, 183-198



Χρήσιμα Τηλέφωνα:

- 100** Άμεση αστυνομική επέμβαση σε κάθε νομό της χώρας
- 166** Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- 199** Άμεση επέμβαση της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας σε κάθε νομό της χώρας

Το μάτι σας 14!

1	Ξάνθη – Κομοτηνή	Χιλιομετρική θέση 2-25
2	Κομοτηνή – Αλεξ/πολη	Χιλιομετρική θέση 5-14
3	Θρα/νίκη – Ξάνθη	Χιλιομετρική θέση 31-39
4	Θρα/νίκη – Καβάλα	Χιλιομετρική θέση 75-77
5	Θρα/νίκη – Μουδανιά	Χιλιομετρική θέση 52
6	Τρίκαλα – Ιωάννινα	Κατάρτα
7	Λαμία – Θεσσα/νίκη	Χιλιομετρική θέση 216-260, Τέμπη, 410-473
8	Αθήνα – Λαμία	Χιλιομετρική θέση 117-131, 132, Πέταλο Μαλιακού
9	Αθήνα – Λαμία	Κόμβος Κηφισίας, Χιλιομετρική θέση 36-37, 92-98
10	Αθήνα – Κόρινθος	Δαφνί, Ασπρόπυργος, Κακιά Σκάλα
11	Κόρινθος – Πάτρα	Χιλιομετρικές θέσεις 120-129, 137, 190-205
12	Κόρινθος – Τρίπολη	Χιλιομετρικές θέσεις 105, 123, 129, 161
13	Τρίπολη – Καλαμάτα	Καλογερικά – Μεγαλόπολη – Τσάκωνα
14	Αντίρριο – Ιωάννινα	Χιλιομετρικές θέσεις 1, 6-10, 60-68, 78-79, 183-198



[Links](#) | [Χάρτης του Site](#) | [Web site Info](#) | [Print this page](#)

ΟΥΡΓΕΙΟ

» Ελληνική Αστυνομία » Τροχαία » Θέσεις Εθνικού Οδικού Δικτύου, που παρατηρε

Κατάσταση θέσεων Εθνικού Οδικού Δικτύου, που π πρόκλησης θανατηφόρων ατυχημάτων

ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΡΟΧΑΙΑΣ

Κ Α Τ Α Σ Τ Α Σ Η

(στην οποία φαίνονται σημεία και θέσεις Εθνικού Οδικού Δικτύου Χώρας, κατά Υψηρ
θανατηφόρων ατυχημάτων)

ργείο Δημόσιας

ς

ληνική Αστυνομία

νωτική Δομή

όπινο Δυναμικό

Α.Α.

ς Υπηρεσίες

σία

μες συμβουλές για την

λειά σας

τα Αλλοδαπών

η Επικοινωνία -

ριοι αριθμοί

ση Αδειών

στικά Στοιχεία

τήριο Υπηρεσιών

προσβεστικό Σώμα

Υ.Π.

ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

1. Δ/ΝΣΗ ΤΡΟΧΑΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Τ.Τ. Αιγάλεω: Ν.Ε.Ο. Αθηνών Κορίνθου 10ο , 11ο , 15ο Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Ελευσίνας Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Κορίνθου 17ο , 22ο , 24ο , Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Μεγάρων Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Κορίνθου 47ο , 48ο , 51ο , Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Ν. Ιωνίας Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 4ο , 5ο , 8ο , 9α , 12ο Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Κηφισίας Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 15ο , 17ο , 23ο , 24ο , Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Μαλακάσας Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 36ο , 45ο , 49ο , 52ο , Χ.Λ.Μ.

Δ/ΝΣΗ ΤΡΟΧΑΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Τ.Τ. Σίνδου και

Υποδ/νση Τροχαίας Θεσσαλονίκης (πρώην Γ. Τ.Τ. Θεσ/νίκης)

Ν.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Αθηνών 47ο , 482, 498, 500, 507ο Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Θέρμης Ν.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Ν. Μουδανιών 9ο , 14ο , 23ο , Χ.Λ.Μ.

Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Πολυγύρου 27ο Χ.Λ.Μ.

2.- ΥΠΟΔ/ΝΣΗ ΤΡΟΧΑΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Τ.Τ. Σίνδου και Υποδ/νση Τροχαίας Θεσσαλονίκης (Πρώην Α' Τ.Τ. Θεσ/νίκης)

Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Καβάλας 11ο , 46ο , 53ο , 77ο , 83ο , Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Λητής Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Ν. Σερρών 14ο , 280 Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Σίνδου Ε.Ο. Θεσ/νίκης Π. Κιλκίς 8ο Χ.Λ.Μ. (ελαφρά)

Τ.Τ. Χαλκηδόνας Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Έδεσσας 33ο Χ.Λ.Μ.

3.- Α.Δ. ΑΙΤΩΛΙΑΣ

Τ.Τ. Μεσολογγίου Ε.Ο. Αντιρρίου - Αγρινίου 32ο , 34ο , 44ο , 48ο , Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Αντιρρίου - Μεσολογγίου 1ο , 4ο , 8ο , Χ.Λ.Μ.

4.- Α.Δ. ΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ

Τ. Τ. Αγρινίου
Ε.Ο. Αντιρρίου - Ιωαννίνων 64ο , 65ο , 66ο , 68ο , 73ο , 78ο , 88ο , Χ.Λ. Μ.
Ε.Ο. Αγρινίου - Θέρμου 8ο Χ.Λ.Μ.

5.- Α.Δ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Τ.Τ. Αλεξανδρούπολης Ε.Ο.. Αλ/πολης - Ορεστιάδας 1ο , 2ο, 27ο, 28ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Σουφλίου Ε.Ο. Αλ/πολης - Ορεστιάδας Καστανέτου 62ο, 67ο, Χ.Λ.Μ.

6.- Α.Δ. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

Α.Δ. Ναυπλίου Ε.Ο. Ναυπλίου - Λυγουριού - Θεάτρου Επιδαύρου
1ο, 4ο, 23ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ναυπλίου - Αργους 1ο , 2ο, 4ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Αργους Ε.Ο. Κορίνθου - Αργους - Τρίπολης 48ο, 49ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ναυπλίου - `Αργους 7ο , 8ο, 10ο, 11ο, Χ.Λ.Μ.

7.- Α.Δ. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

- Τ.Τ. Τριπόλεως Ε.Ο. Τρίπολης - Καλαμάτας 18ο, 19ο, 14ο, (Ε) 56ο, (Ε)
Ε.Ο. Τρίπολης - Πύργου 4ο, 5ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Τρίπολης - Σπάρτης 5ο, 6ο, Χ.Λ.Μ.

8.- Α.Δ. ΑΡΤΑΣ

Τ.Τ. `Αρτας Ε.Ο. `Αρτας - Αγρινίου 2ο, 3ο, 6ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. `Αρτας - Ιωαννίνων 2ο, 3ο, 8ο, 10ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. `Αρτας - Τρικάλων 1ο Χ.Λ.Μ.

8.- Α.Δ. ΑΧΑΪΑΣ

Τ.Τ. Πάτρας Ν.Ε.Ο. Πατρών - Πύργου 13ο, 20ο, 21ο, 22ο, 23ο, 33ο, Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Αθηνών Πατρών 195ο, 196ο, 200ο, 203ο, 208ο, 209ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Αιγίου Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Πατρών 145ο, 165ο, 171ο, 178ο, 179ο, 192ο, Χ.Λ.

10.- Α.Δ. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

Τ.Τ. Διοδίων Σχηματαρίου Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λομίας 54ο, 55ο, 59ο, 73ο,
76ο, 90ο, 97ο, 98ο, 101ο, 117α Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Λειβαδιάς Π.Ε.Ο. Θηβών - Λειβαδιάς 19ο, 20ο, 23ο, 39ο, 37ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Λειβαδιάς - Δελφών 2ο, 3ο, Χ.Λ.Μ.

Π.Ε.Ο. Λομίας - Λειβαδιάς 89ο , 84ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Θηβών Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 70ο, 78(ε), 79ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Θηβών - Χαλκίδας 9ο

11.- Α.Δ. ΓΡΕΒΕΝΩΝ

Τ.Τ. Γρεβενών Ε.Ο. Γέφυρα Μουργκάνι, Γρεβενά, Νεάπολη κ.λ.π.56ο, 58ο, Χ.Λ.Μ.

12.- Α.Δ. ΔΡΑΜΑΣ

Τ.Τ. Δρόμας Ε.Ο. Δράμας - Καβάλας 4ο, 5ο, 9ο, 12ο, 13ο, 15ο, Χ.Λ.Μ.

13.- Α.Δ. ΔΩΔ/ΝΗΣΟΥ

Τ.Τ. Ρόδου Ε.Ο. Ρόδου - Λίνδου 3ο, 12ο, 13ο, 16ο, 32ο, 48ο, Χ.Λ.Μ.

14.- Α.Δ. ΕΥΒΟΙΑΣ

Τ.Τ. Χαλκίδος Ε.Ο. Χαλκίδας - Λέπουρα 3ο, 5ο, 6ο, 9ο, 10ο, 11ο, 13ο, 16ο, 17ο, 18ο, 19ο(Ε), 22ο(Ε), 24ο, 26ο, 30ο, 35ο(Ε), 46ο, 47(Ε) Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Χαλκίδας - Αιδηψού 3ο, 4ο, 5ο, 6ο, 8ο, 15ο, 25ο, 53ο, 144(Ε), 145ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Χαλκίδας - Σχηματαρίου 3ο, 4ο, 5ο, 6ο, 8ο(Ε), 9ο, 10ο, 11ο Χ.Λ.Μ.

15.- Α.Δ. ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ

/0/

16.- Α.Δ. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

Α.Τ. Ζακύνθου Ε.Ο. Ζακύνθου - Κεριού 2ο, 3ο, 4ο(Ε).

17.- Α.Δ. ΗΛΕΙΑΣ

Τ.Τ. Πύργου Ν.Ε.Ο. Πατρών - Πύργου. 94ο, 91ο, 90ο, 88ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Τρίπολης - Πύργου 143ο, 141ο, 134ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Πύργου - Κυπαρισσίας 2ο, 4ο, 6ο, 32ο, 34ο, 35ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Αμαλιάδας Ε.Ο. Πύργου - Πατρών 16ο, 18ο, 33ο, 39ο, 42ο, 45ο, 46ο, 47ο, 48ο

18.- Α.Δ. ΗΜΑΘΙΑΣ

Τ.Τ. Βέροιας Ε.Ο. Ν. Θεσ/νίκης - Βέροιας 67ο, 74ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Κοζάνης 81ο Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Βέροιας 67ο, 68ο, 69ο, 70ο, 71ο, 72ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Αλεξάνδρειας Π.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Αθηνών (Κυψέλη) 53ο, 54ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Βέροιας 42ο, 50ο, 51ο, 53ο, 60ο, Χ.Λ.Μ.

19.- Α.Δ. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Τ.Τ. Ηρακλείου Ε.Ο. Ηρακλείου - Τυμπακίου 3ο, 4ο, 6ο, 50ο, 58ο, 60ο, 64ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ηρακλείου - Ρεθύμνου 3ο, 4ο, 5ο, 6ο, 15ο, Χ.Λ.Μ.

Ε.Ο. Ηρακλείου - Αρχ. Κνωσσού 2ο, 5ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Π. Ηρακλείου - Λασιθίου 1ο, 2ο, 4ο, 12ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ν. Ηρακλείου - Λασιθίου 2ο, 3ο, 5ο, 6ο, 10ο, 14ο, 19ο, 20ο,
25ο, 27ο, 28ο, 29ο, 30ο, 31ο, 33ο, 35ο, 37ο, Χ.Λ.Μ.

20.- Α.Δ. ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ

Τ.Τ. Ηγουμενίτσας Ε.Ο. Ιωαννίνων - Ηγουμενίτσας 85ο, 86ο, 89ο, 90ο, 92ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Πρέβεζας - Ηγουμενίτσας 92ο, Χ.Λ.Μ.

21.- Α.Δ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Τ.Τ. Ιωαννίνων Ε.Ο. Ιωαννίνων - Άρτας 3ο, 5ο, 31ο, 35ο, 36ο, 37ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ιωαννίνων - Ηγουμενίτσας 4ο, 8ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ιωαννίνων - Τρικάλων 11ο, 13ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ιωαννίνων - Κόνιτσας 4ο, 5ο, 14ο, Χ.Λ.Μ.

22.- Α.Δ. ΚΑΒΑΛΑΣ

Τ.Τ. Καβάλας Ε.Ο. Αμφίπολης - Καβάλας 35ο, 44ο, 56ο, 57ο(Ε), Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Καβάλας - Ξάνθης 105ο, 137ο, 140ο, 141ο,
143ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Καβάλας - Ξάνθης 6ο, 8ο, 9ο, 10ο, 12ο, 17ο, 18ο, 19ο, 23ο,
27ο, 36ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Δράμας - Καβάλας 20ο, 22ο, 29ο, 30ο, Χ.Λ.Μ.

23.- Α.Δ. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

Τ.Τ. Καρδίτσας Ε.Ο. Λαμίας - Ν. Μοναστηρίου - Καρδίτσας - Τρικάλων 310α,
319ο, 324ο, 328ο, Χ.Λ.Μ.

24.- Α.Δ. ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

Τ.Τ. Καστοριάς Ε.Ο. Κοζάνης - Καστοριάς. 79ο, 80ο, 83ο, 84ο, 86ο, 87(Ε),
88(Ε), Χ.Λ.Μ.

25.- Α.Δ. ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Τ.Τ. Κέρκυρας Ε.Ο. Κέρκυρας - Παλαιοκαστρίτσας 2ο, 3α, 4ο, 5ο, 7ο, 8ο, 9ο,
10ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κέρκυρας - Τύρου Αχιλείου 1ο, 2ο, 3ο, 4ο, 5ο, 6ο, Χ.Λ.Μ.

26.- Α.Δ. ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

-0-

27.- Α.Δ. ΚΙΛΚΙΣ

Τ.Τ. Κιλκίς Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Κιλκίς 21ο, 30ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Κιλκίς 40ο, 41α, 43ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κιλκίς - Πετρισίου - Σερρών 1ο, 2ο, 8ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Δροσάτου Ε.Ο. Κιλκίς Πετρισίου - Σερρών 20ο, 16(Ε), 36(Ε) Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Πολυκάστρου Π.Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Ευζώνων 57ο, 64ο, 519ο, 520ο, Χ.Λ.Μ.

28.- Α.Δ. ΚΟΖΑΝΗΣ

Τ.Τ. Κοζάνης Ε.Ο. Κοζάνης - Θεσσαλονίκης 3ο, 17ο, 33ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κοζάνης - Λάρισας 4ο, 24ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κοζάνης - Ιωαννίνων 3ο, 50ο, 68ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κοζάνης - Φλώρινας 6ο Χ.Λ.Μ.

Α.Σ. Ποντοκόμης Ε.Ο. Κοζάνης - Φλώρινας 19ο, 22ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Πτολεμαΐδας Ε.Ο. Κοζάνης Φλώρινας 27ο Χ.Λ.Μ. (Ε)

Α.Σ. Φιλώτα Ε.Ο. Φλώρινας - Έδεσσας 52ο Χ.Λ.Μ.

29.- Α.Τ. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

Τ.Τ. Κορίνθου Ε.Ο. Κορίνθου - Αργους 15ο Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Αθηνών - Πατρών 87ο, 93ο, 94ο, 95ο, 96ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Ξυλοκάστρου Π.Ε.Ο. Αθηνών - Πατρών 106ο (Ε), 114ο, 113ο, 116ο, Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Ποτρών 115ο, 116ο, 117ο (Ε), 124ο, 129ο,
125ο, Χ.Λ.Μ.

30.- Α.Δ. ΚΥΚΛΑΔΩΝ

Δεν υπάρχει ελεγχόμενο Εθνικό Οδικό Δίκτυο.

31.- Α.Δ. ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Τ.Τ. Σπάρτης Ε.Ο. Σπάρτης - Τρίπολης 31ο, 35ο, 41ο, 47ο, 56ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Σπάρτης - Γυθείου 1ο, 4ο, 9ο, 10ο, 17ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Σπάρτης - Μυστρά 3ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Σκάλας 18ο, (Ε) 19ο, (Ε) Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Γυθείου Ε.Ο. Σπάρτης - Γυθείου 36ο, 37ο, 38ο, Χ.Λ.Μ.

32.- Α.Δ. ΛΑΡΙΣΑΣ

Τ.Τ. Λαρίσης Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Θεσσαλονίκης 352ο, 354ο, 355ο, 356ο, 357ο,
360α, 361ο, 362ο, 370ο, 373ο, 377ο, 379ο, 380α, 388ο, Χ.Λ.Μ.
Αθηνών - Φαρσάλων - Λαρίσης 317ο, 319ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Λάρισας Κοζάνης 2ο, 3ο, 5ο, 11ο, 17ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Λαρίσης - Βόλου 3ο, 4ο, 5ο, 7ο, 18ο, 29ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Λάρισας - Τρικάλων 4ο, 10ο, 17ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Λαρίσης - Καρδίτσας 22ο Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Ελασσόνας Ε.Ο. Λαρίσης - Κοζάνης 62ο Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Φαρσάλων Π.Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας - Λάρισας 282ο, 283ο Χ.Λ.Μ.

33.- Α.Δ. ΛΑΣΙΘΙΟΥ

Τ.Τ. Αγ. Νικολάου Ε.Ο. Αγ. Νικολάου - Ηρακλείου 0, 7α, 14ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Σητείας Ε.Ο. Σητείας - Αγ. Νικολάου 3ο Χ.Λ.Μ.

34.- Α.Δ. ΛΕΣΒΟΥ

Τ.Τ. Μυτιλήνης Ε.Ο. Μυτιλήνης - Καλλονής 10ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Μυτιλήνης - Θέρμης 6ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Μυτιλήνης - Κρατηγού 3ο Χ.Λ.Μ.

35.- Α.Δ. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

Α.Τ. Λευκάδας Ε.Ο. Λευκάδας - Αμφιλοχίας 1ο Χ.Λ.Μ.

36.- Α.Δ. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Τ.Τ. Βόλου Π.Ε.Ο. Βόλου - Λαρίσης 5ο, 16ο, 20ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Βόλου - Μικροθυβών - Φαρσάλων 5ο, 12ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Βόλου - Νεοχωρίου - Χορευτού 7ο, 11ο, Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λαρίσης 313ο, 314ο, Χ.Λ.Μ.

37.- Α.Δ. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

Τ.Τ. Καλαμάτας Ε.Ο. Καλαμάτας - Κυπαρισσίας 4ο, 5ο, 17ο, 39ο, Χ.Λ.Μ.
Καλαμάτας - Πύλου Μεθώνης 2ο, 5ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Κυπαρισσίας Κυπαρισσίας - Καλαμάτας 11ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κυπαρισσίας - Καΐφα 5ο Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Κυπαρισσίας - Πύλου 6ο Χ.Λ.Μ.

38.- Α.Δ. ΞΑΝΘΗΣ

Τ.Τ. Ξάνθης Ε.Ο. Καβάλας - Ξάνθης 47ο, 48ο, 50ο, 51ο, 52ο, 53ο, 54ο,
55ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Ξάνθης - Κομοτηνής 3ο, 4ο, Χ.Λ.Μ.

39.- Α.Δ. ΟΡΕΣΤΙΑΔΑΣ

Τ.Τ. Ορεστιάδας Ε.Ο. Αλεξανδρούπολης - Ορεστιάδας - Καστανέων 75ο, 106ο,
108ο, Χ.Λ.Μ.

40.- Α.Δ. ΠΕΛΛΑΣ

Τ.Τ. Γιαντισών Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Έδεσσας 40ο, 42ο, 51ο, 52ο, 54ο, 83ο,
85ο, Χ.Λ.Μ.

Τ.Τ. Έδεσσας Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Φλώρινας 102ο Χ.Λ.Μ.

41.- Α.Δ. ΠΙΕΡΙΑΣ

Τ.Τ. Κατερίνης Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Θεσσαλονίκης 400ο, 402ο, 403ο, 404ο, 406ο,
410ο, 414ο, 418ο, 423ο, 436ο, 437ο, 438ο, 457ο, 473ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Κατερίνης 62ο, 66ο, 92ο, 93ο,
95ο, Χ.Λ.Μ.

42.- Α.Δ. ΠΡΕΒΕΖΑΣ

Τ.Τ. Πρέβεζας Ε.Ο. Πρέβεζας - Ιωαννίνων 1ο, 19ο, 22ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Φιλιπιάδας Ε.Ο. Ιωαννίνων - Αρτας 57ο, 60ο, 64ο, Χ.Λ.Μ.

43.- Α.Δ. ΡΕΘΥΜΝΗΣ

Τ.Τ. Ρεθύμνου Π.Ε.Ο. Ρεθύμνου - Χανίων 1ο, Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Ρεθύμνου - Χανίων 4ο, 10ο, 12ο, Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Ρεθύμνου - Ηρακλείου 4ο, 13ο, 45ο, 47ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Ρεθύμνου - Ηρακλείου 9ο, 10ο, Χ.Λ.Μ.

44.- Α.Δ. ΡΟΔΟΠΗΣ

Τ.Τ. ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ Ε.Ο. Θεσσαλονίκης Αλεξ/πολης 278ο, 282ο, 291ο,

45.- Α.Δ. ΣΑΜΟΥ

Α.Σ. Κοκκαρίου Ε.Ο. Σάμου - Καρλοβασίου

46.- Α.Δ. ΣΕΡΡΩΝ

Τ.Τ. Σερρών Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Σερρών 1ο, 22ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Σερρών - Δράμας 6ο Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Νέας Ζίχνης Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Αμφίπολης - Δράμος 112 Χ.Λ.Μ.

47.- Α.Δ. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Τ.Τ. Τρικάλων Ε.Ο. Λάρισας - Τρικάλων - Ιωαννίνων 4ο, 6ο, 9ο, 20ο, 25ο, 26α,
37ο, Χ.Λ.Μ.
Καρδίτσας - Λάρισας - Ριζαρίου 2ο, 4ο, 5ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Τρικάλων - Ιωαννίνων 6α, 8ο, 16ο, 18ο, 20ο, Χ.Λ.Μ.
Ε.Ο. Τρικάλων - Αρτας

48.- Α.Δ. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

Τ.Τ. Λαμίας Ε.Ο. Λαμίας - Καρπενησιού 2ο, 3ο, Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Λαμίας - Αθηνών 4ο Χ.Λ.Μ.
Π.Ε.Ο. Λαμίας - Λάρισας 5α Χ.Λ.Μ.
Ν.Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 189, 190ο, 191ο, 193ο, 194ο, 198ο, 199,
200ο, 201, 202, 205ο, 208, 209, 212, 216, Χ.Λ.Μ.

Α.Σ. Λιανοκλαδίου Π.Ε.Ο. Λαμίας - Καρπενησιού 12ο, 13α, 18ο, Χ.Λ.Μ.

Α.Τ. Στυλίδας Ν. Αθηνών - Λάρισας 217ο, 219ο, 223ο, 224ο, 226ο, 230, 234,
Χ.Λ.Μ.

-
- Κατάσταση θέσεων Εθνικού Οδικού Δικτύου, που παρατηρείται συχνότητα πρόκλησης θανατηφόρων ατυχημάτων
 - Χιλιομετρικές θέσεις στις οποίες πρέπει οι οδηγοί να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή

