



**Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Κρήτης**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΙΑΝΝΗΣ

ΟΡΦΑΝΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

ΙΑΚΩΒΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΡΟΒΙΘΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, Καθηγητής Εφαρμογών

ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΠΙΟΝΗΣΗΣ: 1 ΧΡΟΝΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | | |
|------------------------|---|-----------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | | 5 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | | 6 |
| Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | | 7 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | Τροχαία Ατυχήματα | 8 |
| | 1.1. Τροχαία ατυχήματα..... | 8 |
| | 1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία- Σύγκριση ετών για τα τροχαία ατυχήματα | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | Πρώτες Βοήθειες σε τροχαία ατυχήματα | |
| | Αντιμετώπιση πολυτραυματία..... | 12 |
| | 2.1. Εκτίμηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς και πρώτες ενέργειες ανάνηψης..... | 12 |
| | 2.2. Απελευθέρωση των ανώτερων αναπνευστικών οδών..... | 14 |
| | 2.3. Εκτίμηση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας..... | 15 |
| | 2.4 Αντιμετώπιση έλεγχος αιμορραγίας..... | 17 |
| | 2.4.1 Αντιμετώπιση εξωτερικής αιμορραγίας | 20 |
| | 2.4.2. Αντιμετώπιση εσωτερικής αιμορραγίας..... | 21 |
| | 2.5. Αντιμετώπιση ορθοπεδικών κακώσεων | 22 |
| | 2.5.1. Αντιμετώπιση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων..... | 25 |
| | 2.5.2. Αντιμετώπιση κακώσεων σπονδυλικής στήλης | 28 |

| | |
|--|----|
| 2.5.3. Αντιμετώπιση θωρακικών κακώσεων..... | 29 |
| 2.5.4. Αντιμετώπιση κακώσεων άνω και κάτω άκρων..... | 31 |
| 2.6 Μεταφορά του πολυτραυματία | 37 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

| | |
|---|-----------|
| Παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων και Μέτρα Πρόληψης στα πλαίσια της Κοινότητας... | 39 |
| 3.1 Τροχαία ατυχήματα: Κακοί δρόμοι, απροσεξία και επιθετική οδήγηση..... | 39 |
| 3.2 Αλκοόλ, φάρμακα, ναρκωτικά και οδήγηση..... | 41 |
| 3.3 Υπερβολική ταχύτητα..... | 44 |
| 3.4 Κούραση, ύπνος στο τιμόνι..... | 47 |
| 3.5 Μη τήρηση κανόνων οδικής ασφάλειας..... | 49 |
| 3.6 Προβλήματα κακής συντήρησης οδικού δικτύου..... | 51 |
| 3.7 Μέτρα πρόληψης, παρεμβάσεις | 55 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

| | |
|---|-----------|
| Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε Κέντρα Υγείας – περιφερικά ιατρεία για την αντιμετώπιση τροχαίων ατυχημάτων στο πλαίσιο της κοινότητας..... | 57 |
|---|-----------|

| | |
|------------------------------|-----------|
| Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 59 |
|------------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------------|----|
| Σκοπός έρευνας..... | 60 |
| Ερευνητικά ερωτήματα..... | 60 |
| Είδος μελέτης..... | 60 |
| Ερευνητικό πεδίο..... | 60 |
| Δειγματοληπτική μέθοδος..... | 61 |
| Ερευνητικό εργαλείο..... | 62 |
| Δεοντολογία της έρευνας..... | 64 |
| Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης..... | 66 |
| Αποτελέσματα ερωτηματολογίου..... | 67 |
| Συζήτηση - Συμπεράσματα..... | 76 |
| Προτάσεις..... | 78 |
| Βιβλιογραφία..... | 80 |
| Παράρτημα Α Ερωτηματολόγιο..... | 85 |

*Αφιερώνεται σε εκείνους τους Νοσηλευτές
που διεκπεραιώνουν όσο το δυνατόν καλύτερα την εργασία τους
παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν...*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας

που με την πολύτιμη συμπαράσταση και βοήθειά τους,

μας έδωσαν τα εφόδια να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας.

Επιπλέον, ευχαριστούμε πολύ τον καθηγητή εφαρμογών Ροβίθη Μιχαήλ,

τόσο στο ότι στάθηκε αρωγός στην προσπάθειά μας για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας,

όσο και για τις καινοτόμες ιδέες που προσφέρει στο χώρο της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και όλους όσοι

μας βοήθησαν να φέρουμε εις πέρας την εργασία αυτή.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

1.1 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν ένα σύνθετο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα. Συμβαίνουν συνήθως σε άτομα νέων ηλικιών που αποτελούν ένα ιδιαίτερα ενεργό τμήμα του πληθυσμού.

Όσο αφορά τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων οι σπουδαιότεροι παράγοντες κινδύνου, είναι η χρήση αλκοόλ, η μη χρήση ζώνης ασφαλείας για τους αυτοκινητιστές και κράνους για τους δικυκλιστές και γενικότερα η μη ασφαλής οδήγηση. Το κακό οδικό δίκτυο, αποτελεί ένα ακόμη αρνητικό παράγοντα, όπου κάθε χρόνο χάνονται σε τροχαία ατυχήματα περισσότερα από 15 άτομα ανά 100.00 κατοίκους. Παράλληλα υπάρχουν πολλές φορές παράγοντες μη εμφανείς που δύσκολα ενοχοποιούνται, όπως για παράδειγμα η υπνηλία, που σχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας, καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες που σε συνδυασμό με τη συμπεριφορά των πεζών, μπορούν να συσχετισθούν με τα τροχαία ατυχήματα. (Ανώνυμος 2009)

Επίσης τα τροχαία ατυχήματα εκτιμάται διεθνώς ότι αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου, μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Μάλιστα, θα έλεγε κανείς, ότι οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα είναι περισσότερο οδυνηροί από οποιαδήποτε άλλη αιτία και δραστήρια, μέχρι βεβαίως, τη στιγμή που θα συμβεί το μοιραίο ατύχημα. Είναι δε ακόμα τραγικότερα τα ατυχήματα αυτά όταν έχουν σαν αποτέλεσμα το "ξεκλήρισμα" ολόκληρων οικογενειών. Η χώρα μας δυστυχώς, εμφανίζει υψηλό δείκτη τροχαίων ατυχημάτων με αυξητικές μάλιστα τάσεις. Κάθε χρόνο, περίπου 2.500 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα και περισσότεροι από 30.000 τραυματίζονται σοβαρά ή ελαφρά.

Ακόμα, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι ο συνολικός δείκτης τροχαίων ατυχημάτων επιβαρύνεται σημαντικά με το μεγάλο αριθμό των ατυχημάτων που προκαλούνται από τους οδηγούς δίτροχων μοτοσυκλετιστών και μοτοποδηλάτων. Δυστυχώς, πολλοί οδηγοί της κατηγορίας αυτής, που συνήθως είναι νεαρά άτομα, περιφρονούν τους κανόνες κυκλοφορίας, ενεργούν επικίνδυνους χειρισμούς και ελιγμούς, δεν πειθαρχούν στα σήματα των τροχονόμων και γενικά προκαλούν κινδύνους και

ανασφάλεια στην κυκλοφορία. Τα βαθύτερα αίτια της οδικής αυτής συμπεριφοράς τους είναι πολλά και σύνθετα και δεν παρέχεται ο χρόνος για περαιτέρω ανάλυσής

τους. Περιοριζόμαστε να συστήσουμε στους οδηγούς δίκυκλων να τηρούν τους κανόνες κυκλοφορίας και προ πάντων να φέρουν προστατευτικό κράνος κατά την οδήγηση. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι πολλοί από τους οδηγούς αυτούς που έχασαν τη ζωή τους από σοβαρό χτύπημα στο κεφάλι, θα ζούσαν σήμερα αν φορούσαν το κράνος τους.(Καβαζίδης 2008)

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιείσαι η αστυνομία ο αριθμός των νεκρών στην ασφαλτο το 2008, παρά τη μείωση των θυμάτων των θανατηφόρων τροχαίων σε σχέση με το 2007 παρέμεινε υψηλός. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τα προσωρινά στατιστικά στοιχεία της ΕΛΑΣ, οι νεκροί πέρυσι μειώθηκαν σε 1.522 από 1.612 το 2007. Ο αρχηγός της ελληνικής αστυνομίας ανέφερε πως για το έτος 2009 πέραν των δράσεων του τριετούς προγράμματος έχει θέσει πρόσθετους στόχους όπως :

- μείωση των θυμάτων στο 15% αντί 10% για το 2008
- αύξηση των ελέγχων στο 12% αντί 8% για το 2008
- μηδενική ανοχή στις επικίνδυνες παραβάσεις Κ.Ο.Κ.
- ένταση των ελέγχων στις νησιωτικές περιοχές τους καλοκαιρινούς μήνες.
- Εντατική αστυνόμευση του δικτύου εκτός .Π.Α.Θ.Ε και ενεργοποίηση όλου του διαθέσιμου προσωπικού της ελληνικής αστυνομίας και όχι μόνο υπηρεσιών τροχαίας.

Κατά τη διάρκεια της σύσκεψης πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση και ανάλυση των τροχαίων ατυχημάτων του έτους 2008.

Οι πρώτες εκτιμήσεις δείχνουν ότι:

- παρατηρείται αύξηση του αριθμού των σοβαρά τραυματιών κατά 4,9%, ήτοι (89)
- παρατηρείται μείωση του αριθμού των ελαφρά τραυματιών κατά 7,0%, ήτοι (1.255)
- στα θανατηφόρα ατυχήματα ποσοστό 50.7% των θυμάτων δεν έκανα χρήση ζώνης ασφαλείας και προστατευτικού κράνους (στο 23,1% των θυμάτων δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί αν χρησιμοποιήθηκαν τα προστατευτικά μέσα)
- στις περιπτώσεις σύγκρουσης- παράσυρσης πεζού από όχημα καταγράφονται 258 θάνατοι πεζών, ενώ οι θάνατοι που αποδίδονται σε εκτροπή, πρόσκρουση και ανατροπή οχήματος ανέρχονται στους 570. (Ανώνυμος 2009)

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Εμμανουέλλα Μαραγκουδάκη (2009) ένα αρνητικό ρεκόρ διεκδικεί για άλλη μια φορά η Κρήτη, όσον αφορά τα τροχαία ατυχήματα που σημειώθηκαν το 2009. Συνολικά ο αριθμός των νεκρών φτάνει τους 102 νεκρούς, με το νομό Ηρακλείου να βρίσκεται τρίτος στη θανατηφόρα λίστα, μετά την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Σύμφωνα με τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία που δημοσίευσε το υπουργείο προστασίας του πολίτη, στους 52 ανέρχονται οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα στο Ηράκλειο, ενώ πολύ λιγότεροι είναι σε Χανιά, Ρέθυμνο και τελευταίο το Λασιθί. Συγκεκριμένα, τα Χανιά αριθμούν 22 νεκρούς, το Ρέθυμνο 18 και το Λασιθί 10. Ένας αριθμός αναμενόμενος, εάν αναλογιστούμε τον πληθυσμό του νομού σε συνδυασμό με το κακό σε ποιότητα οδικό δίκτυο και την κακή οδηγική συμπεριφορά των κατοίκων της μεγαλονήσου, σύμφωνα με τις αρμόδιες τοπικές αρχές. Τα νούμερα αυτά όμως μπορούν να αλλάξουν εάν υπάρχει παιδεία, ήδη από τη μικρή ηλικία, αλλά και σωστή ενημέρωση. «γιατί σε πολύ μεγάλο ποσοστό ο οδηγός είναι υπεύθυνος για τα τροχαία ατυχήματα», αναφέρει στην «Τ» ο αστυνομικός διευθυντής Ηρακλείου, Κώστας Κουζέλης.

Και αν όλα αυτά μας φαίνονται απλά νούμερα, το θέμα είναι τι κρύβεται πίσω από αυτούς τους αριθμούς. Ποιες είναι δηλαδή οι συνέπειες ενός τροχαίου ατυχήματος; Οι επιπτώσεις, κοινωνικές αλλά και οικονομικές, των τροχαίων ατυχημάτων επιβαρύνουν την ανθρώπινη δραστηριότητα, τόσο τον παθόντα όσο και τους ανθρώπους γύρω του

Τρίτος σε σειρά κατάταξης βρίσκεται ο νομός Ηρακλείου όσον αφορά στον αριθμό νεκρών από τροχαία ατυχήματα το 2009, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που δημοσίευσε πρόσφατα το υπουργείο προστασίας του πολίτη. Πρόκειται για μια θέση, η οποία δεν μας κάνει ιδιαίτερα περήφανους, ενώ ταυτόχρονα φανερώνει το μεγάλο πρόβλημα που υπάρχει στο οδικό δίκτυο του νομού αλλά και ολόκληρης της Κρήτης.

Συγκεκριμένα το Ηράκλειο με 52 νεκρούς, ακολουθεί τη Θεσσαλονίκη με 93 νεκρούς και την Αθήνα, που βρίσκεται στην πρώτη θέση με 344 νεκρούς, ενώ οι υπόλοιποι νομοί του νησιού ακολουθούν πολύ πιο χαμηλά στη λίστα με μικρότερους

αριθμούς. Ο νομός Χανίων αριθμεί 22 νεκρούς, ο νομός Ρεθύμνης 18 και τέλος ο νομός Λασιθίου μόλις 10.

«Είναι λογικό να έχουμε τόσους νεκρούς από θανατηφόρα τροχαία στο Ηράκλειο, δεδομένου ότι είμαστε μία πολύ μεγάλη πόλη. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορούμε να μειώσουμε τα τροχαία ατυχήματα και κατά συνέπεια τους νεκρούς. Αυτό όμως είναι πολύ δύσκολο, καθώς θα πρέπει αρχικά να αλλάξει η νοοτροπία των οδηγών», επισημαίνει ο διευθυντής Ηρακλείου, Κώστας Κουζέλης. Με αυτό συμφωνεί και η αναπληρώτρια διοικητού της τροχαίας Ηρακλείου, Ζωή Αλεξάκη. «Δεν υπάρχει άλλος τρόπος να μειώσουμε αυτούς τους αριθμούς. Πρέπει να αλλάξει η νοοτροπία των οδηγών και αυτό θα γίνει μόνο εάν υπάρχει από πολύ μικρή ηλικία η ανάλογη εκπαίδευση», συμπληρώνει η ίδια. (Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

2.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Για τη διατήρηση της ζωής, πρέπει να φθάνει στους πνεύμονες ικανοποιητική ποσότητα οξυγόνου και να μεταφέρεται σε όλα τα κύτταρα, μέσω της κυκλοφορίας. Συγκεκριμένα, αν ο εγκέφαλος – το όργανο που ελέγχει όλες τις λειτουργίες του σώματος – δεν τροφοδοτείται συνεχώς με οξυγόνο, μετά από 3 ή 4 λεπτά θα υποστεί βλάβη. Χωρίς οξυγόνο, ο πάσχων θα χάσει τις αισθήσεις του, η λειτουργία της καρδιάς και η αναπνοή θα σταματήσουν, και θα επέλθει ο θάνατος.

Τρεις είναι οι παράγοντες που συντελούν στη μεταφορά του οξυγόνου στον εγκέφαλο. Πρώτον, οι αναπνευστικές οδοί πρέπει να είναι ανοιχτές για να μπορεί το οξυγόνο να φθάσει στους πνεύμονες, δεύτερον, πρέπει να υπάρχει αναπνοή για να μπορεί το οξυγόνο να περάσει, μέσω πνευμόνων, στο αίμα και τρίτον, το αίμα πρέπει να κυκλοφορεί μέσα στο σώμα, μεταφέροντας το οξυγόνο σε όλους τους ιστούς και τα όργανα, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου. (Λίτσας 2000)

Κατά την αρχική εκτίμηση του τραυματία μπορεί να αναγνωριστούν απειλητικά για τη ζωή του προβλήματα, οπότε και αρχίζει άμεσα η εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων, στον τόπο του ατυχήματος. Στις παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνονται η βασική υποστήριξη της ζωής, η ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, η εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού και η αντιμετώπιση της αιμορραγίας και shock.

Η ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης του τραυματία αποτελεί ζωτικής σημασίας θεραπευτική παρέμβαση. Ο ασθενής τοποθετείται σε ειδικό σκληρό φορείο και για την ακινητοποίηση της κεφαλής και της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης χρησιμοποιείται ειδικό αυχενικό κολάρο. Η αυχενικά μοίρα είναι δυνατόν, επίσης, να ακινητοποιηθεί κυλώντας τον τραυματία πάνω στην ειδική σανίδα/φορείο μεταφοράς. Εάν ο τραυματίας φορούσε κράνος τη στιγμή του τραυματισμού του, το κράνος παραμένει στη δέση του μέχρι την άφιξη του στο νοσοκομείο, εκτός εάν ο αεραγωγός του τραυματία διατρέχει κίνδυνο απόφραξης. Εάν καταστεί απαραίτητο, το προσωπικό φροντίδας υγείας αφαιρεί το κράνος στον

τόπο του ατυχήματος, μετακινώντας το πάνω από τη μύτη και τα αυτιά του τραυματία, ενώ η κεφαλή και ο τράχηλος διατηρούνται ακινητοποιημένα σε ουδέτερη θέση. Για την αφαίρεση του κράνους απαιτούνται δύο τουλάχιστον άτομα. Η αφαίρεσή του με λάθος τρόπο μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό του νωτιαίου μυελού ή επιδείνωση του ήδη υπάρχοντος τραυματισμού.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι που μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση της βαρύτητας των κακώσεων και στον προσδιορισμό της πιθανότητας επιβίωσης. Διάφορα συστήματα ταξινόμησης είναι δυνατόν να αποβούν χρήσιμα, όπως για παράδειγμα το champion revised trauma scoring system (αναθεωρημένο σύστημα αξιολόγησης τραυμάτων). Μια γρήγορη αλλά συστηματική εκτίμηση του τραυματία, που μπορεί να ολοκληρωθεί στον τόπο του τραυματισμού, περιλαμβάνει:

- εκτίμηση του αεραγωγού και της αναπνευστικής λειτουργίας προκειμένου να διαπιστωθούν: εάν ο αεραγωγός είναι βατός, εάν η βατότητα του είναι δυνατόν να διατηρηθεί ή όχι, εάν έχει επηρεασθεί η αναπνευστική λειτουργία, π.χ. λόγω καταγμάτων των πλευρών ή λόγω πνευμονικής ατελεκτασίας.
- Εκτίμηση της κυκλοφορίας με ψηλάφηση των σφίξεων σε περιφερικές και κεντρικές αρτηρίες, με αξιολόγηση του χρόνου επαναπλήρωσης των τριχοειδών, του χρώματος και της θερμοκρασίας του δέρματος και με έλεγχο για τυχόν ύπαρξη εξωτερικής αιμορραγίας.
- Αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης και των αντανακλαστικών της κόρης του οφθαλμού.
- Αναγνώριση τυχόν εμφανών κακώσεων (Lemone et al 2006)

2.2 ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ

Μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου πριν την άφιξη του τραυματία στο νοσοκομείο είναι η ασφυξία λόγω αποφράξεως των ανωτέρων αεροφόρων οδών από υπόλοιπα τροφής, πύγματα αίματος και εμέσματα. Στους τραυματίες χωρίς απώλεια συνειδήσεως αυτό είναι σπάνιο και συνήθως οφείλεται σε κατάγματα των οστών του προσώπου και κυρίως της κάτω γνάθου.

Ο πολυτραυματίας διατρέχει μεγάλο κίνδυνο απόφραξης του αεραγωγού και άπνοιας. Οι κακώσεις του προσώπου, τα χαλαρά δόντια, η ύπαρξη αίματος και οι έμετοι αυξάνουν τον κίνδυνο εισρόφησης και απόφραξης. Οι κακώσεις του νευρικού συστήματος και το οίδημα του εγκεφάλου επηρεάζουν το αναπνευστικό κέντρο του τραυματία και την ικανότητα του να διατηρεί ανοιχτό τον αεραγωγό.

- Εκτιμήστε τη βατότητα των αεραγωγών και εάν η βατότητά του είναι δυνατόν να διατηρηθεί ή όχι. Εκτιμήστε τον τραυματία για εκδηλώσεις απόφραξης: συριγμός, ταχύπνοια, βραδύπνοια, βήχας, κύανωση, δύσπνοια, ελάττωση ή απουσία του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, μεταβολές των επιπέδων του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα και μεταβολές του επιπέδου συνείδησης. Η εκτίμηση του αεραγωγού και η εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων, αποτελούν τα πρώτα βήματα στην αντιμετώπιση του πολυτραυματία.

- Παρακολουθήστε τον κορεσμό του αίματος σε οξυγόνο χρησιμοποιώντας παλμικό οξύμετρο. Προσαρμόστε τη ροή οξυγόνου ώστε ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο να διατηρείται σε επίπεδα από 94% έως 100%. Οι μεταβολές του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο, όπως μετρώνται με το παλμικό οξύμετρο, αντανακλούν την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του αεραγωγού.

- Παρακολουθήστε το επίπεδο συνείδησης. Η μεταβολή του επιπέδου συνείδησης και της συμπεριφοράς του τραυματία αποτελεί πρώιμο σημείο απόφραξης του αεραγωγού. Εάν ο τραυματίας γίνει ανήσυχος, παρουσιάσει άγχος, είναι διεγερτικός ή δεν απαντά στα ερεθίσματα, να αξιολογηθεί και πάλι ο αεραγωγός όσον αφορά τη βατότητά του και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις. (Iemone et al 2006)

2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η μειωμένη καρδιακή παροχή αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα για τον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση shock. αν και ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας που σχετίζεται με τη διάγνωση αυτή, παρέχεται στα πλαίσια της συντονισμένης φροντίδας, εντούτοις αρκετές ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι ζωτικής σημασίας για τη φροντίδα του ασθενούς αυτού.

Με την προοδευτική επιδείνωση του shock, η μειωμένη ιστική αιμάτωση προκαλεί ισχαιμία και υποξία στα βασικά οργανικά συστήματα. Σταδιακά, παρατηρείται ελάττωση της ροής του αίματος και της οξυγόνωσης των πνευμόνων, της καρδιάς και του εγκεφάλου. Η υποξία και η ισχαιμία είναι αποτέλεσμα της ελαττωμένης αιμάτωσης των νεφρών, του εγκεφάλου, της καρδιάς, των πνευμόνων, του πεπτικού σωλήνα και των περιφερικών ιστών του οργανισμού.

* Παρακολουθήστε το χρώμα, τη θερμοκρασία, τη σπαργή και την υγρασία του δέρματος. Η ελάττωση της ιστικής αιμάτωσης γίνεται εμφανής και από το ωχρό, ψυχρό και υγρό δέρμα. Καθώς τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης ελαττώνονται, εμφανίζεται κυάνωση.

* Παρακολουθήστε την καρδιοπνευμονική λειτουργία, εκτιμώντας και παρακολουθώντας τα εξής:

- την αρτηριακή πίεση (μέτρηση με σφυγμομανόμετρο ή με αιμοδυναμική παρακολούθηση – monitoring)
- την συχνότητα και το βάθος των αναπνοών
- τους αναπνευστικούς ήχους
- την παλμική οξυμετρία
- τις περιφερικές σφίξεις (βραχίονα, κερκιδική, ραχιαία του ποδός και οπίσθια κνημιαία αρτηρία). Εκτιμώνται η ύπαρξη σφίξεων, η συμμετρία τους και η ποιότητα τους. (εάν δεν είναι δυνατή η ψηλάφηση των σφίξεων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια συσκευή όπως το υπερηχογράφημα ροής με doppler για την εκτίμηση της περιφερικής αρτηριακής αιματικής ροής).
- Τη διάταση των σφαγιτίδων
- Τις τιμές της κεντρικής φλεβικής πίεσης

Αρχικά να γίνεται μέτρηση των ζωτικών σημείων ώστε να είναι δυνατόν να προσδιοριστούν τυχόν μεταβολές τους στις επόμενες μετρήσεις. Καθώς

επιδεινώνεται τα shock, η αρτηριακή πίεση του αίματος μειώνεται, και ο σφυγμός καθίσταται ταχύς, ασθενής και νηματοειδής. Καθώς η αιμάτωση των πνευμόνων μειώνεται, συνήθως εμφανίζονται ξηροί και υγροί ρόγχοι και δύσπνοια. Παρατηρείται παράταση του χρόνου πλήρωσης των τριχοειδών και οι περιφερικές σφίξεις εξασθενούν ή καθίστανται μη ψηλαφητές. Οι σφαγίτιδες μπορεί να μην πληρούνται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση, κάτι που υποδηλώνει μείωση του ενδαγγειακού όγκου. Η κεντρική φλεβική πίεση είναι μια ακριβής παράμετρος για την αξιολόγηση της κατάστασης του ισοζυγίου των υγρών στον ασθενή που βρίσκεται σε shock. Στο υποογκαιμικό shock η κεντρική φλεβική πίεση είναι χαμηλή λόγω της μείωσης του όγκου αίματος.

* παρακολουθήστε τη θερμοκρασία του σώματος. Η αυξημένη θερμοκρασία του σώματος προκαλεί αύξηση των μεταβολικών απαιτήσεων, ελαττώνοντας τις εφεδρείες του οργανισμού σε ενέργεια. Αυξάνει, επίσης, τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και έτσι ο ασθενής με προϋπάρχοντα καρδιολογικά προβλήματα, διατρέχει ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο υποαιμάτωσης του μυοκαρδίου.

* παρακολουθήστε ανά μια ώρα την αποβολή των ούρων με τη βοήθεια ενός καθετήρα foley. Η αποβολή των ούρων αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της αιμάτωσης των νεφρών.

* εκτιμήστε τη διανοητική κατάσταση και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς. Η λογική συμπεριφορά και οι σωστές αντιδράσεις του ασθενούς υποδηλώνουν επαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου. Η ανησυχία και το άγχος αποτελούν συνηθισμένα πρώιμα κλινικά σημεία του shock. Σε πιο προχωρημένα στάδια, ο ασθενής ενδέχεται να γίνει ληθαργικός και κινδυνεύει να πέσει σε κώμα. Η έκπτωση του επιπέδου συνείδησης είναι αποτέλεσμα τόσο της υποξίας του εγκεφάλου όσο και της δράσης της οξέωσης στα εγκεφαλικά κύτταρα. (Lemone et al 2006)

2.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Σύμφωνα με το Μπαλτόπουλο (2001) η αιμορραγία πρόκειται για απώλεια αίματος από το κυκλοφορικό σύστημα, που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία στην οξυγόνωση των ιστών του σώματος. Μεγάλη ευαισθησία στην έλλειψη οξυγόνου έχουν τα λεγόμενα ζωτικά όργανα (εγκέφαλος, νεφροί, ήπαρ).

Το είδος του αγγείου που τραυματίστηκε καθορίζει τον τύπο της αιμορραγίας. Η αρτηριακή αιμορραγία προκαλείται από βλάβη στο αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας όπου επικρατούν υψηλές πιέσεις. Το μέγεθος της αιμορραγίας στην περίπτωση αυτή είναι μεγαλύτερο και οι απώλειες πιο σοβαρές. Υπάρχει αντίστοιχα η φλεβική και η τριχοειδή αιμορραγία.

Η περίπτωση αιμορραγίας, σε ελαφρά ή σοβαρότερα ατυχήματα, επιβάλλει την άμεση παροχή πρώτων βοηθειών από το περιβάλλον, έως των λήψη της ενδεδειγμένης ιατρικής βοήθειας. Στις περιπτώσεις τραυμάτων στον αυχένα, στη ράχη ή στο κεφάλι δεν πρέπει να μετακινείται καθόλου ο τραυματίας, μέχρι να έρθει ιατρική βοήθεια.

Οι αιμορραγίες ελέγχονται με κρύο νερό και άμεση πίεση με καθαρό επίδεσμο, μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία. Χαλαρώνετε περιοδικά την πίεση, κοιτάζοντας εάν ελέγχθηκε η αιμορραγία και επί διακοπής της αιμορραγίας δένετε απαλά με καθαρή επίδεση. Το ίδιο μπορείτε να κάνετε και σε ρινορραγίες, πιέζοντας σταθερά τα πτερύγια της μύτης μεταξύ τους και εφαρμόζοντας πάνω της πάγο ή κρύο επίδεσμο. Εάν η αιμορραγία είναι ακατάσχετη και απειλητική για τη ζωή του θύματος εφαρμόζετε σφιχτή επίδεση με ύφασμα πλάτους τουλάχιστον πέντε εκατοστών, όπως λωρίδα από σεντόνι ή μαντήλι, κεντρικά ακριβώς πάνω από το σημείο της ακατάσχετης αιμορραγίας. Τέτοιο ύφασμα καλό είναι να βρίσκεται πάντα στο αυτοκίνητο. Στις περιπτώσεις που έχει κοπεί μεγάλο αγγείο στο πόδι ή στο χέρι, λόγω σοβαρού ατυχήματος π.χ. τροχαίου – το αίμα αναβλύζει άφθονο, υπό πίεση. Το είδος αυτό της επίδεσης εφαρμόζεται μόνο σε μέλος, π.χ. στο χέρι ή στο πόδι και ποτέ στον θώρακα, κεφάλι ή κοιλιά. Επειδή ανακόπτεται η κυκλοφορία του αίματος στο μέλος, μπορεί να προκληθούν βλάβες από την διακοπή της κυκλοφορίας που να οδηγήσουν ακόμη και σε απώλεια άκρου. Η διάρκεια της περίδεσης δεν πρέπει να υπερβαίνει τα δεκαπέντε λεπτά, τοποθετείται μόνο ως έσχατη λύση και πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για γρήγορη μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο. (Ανώνυμος 2007)

Καμιά φορά, σ' έναν τραυματισμό μπορεί να κοπεί ένα αγγείο που μεταφέρει αίμα και τότε το αίμα τρέχει συνέχεια από το τραύμα ή πετά σαν πίδακας με το ρυθμό του σφυγμού.

Τα αγγεία που γυρίζουν το αίμα πίσω στην καρδιά είναι οι φλέβες, ενώ αυτά που φέρουν αίμα από την καρδιά είναι οι αρτηρίες. Πιο συχνά αιμορραγούν οι φλέβες και τότε το αίμα είναι σκούρο κόκκινο και τρέχει συνέχεια. Η αιμορραγία από μεγάλη φλέβα είναι επικίνδυνη. Πιο επικίνδυνη όμως είναι η αιμορραγία από τις αρτηρίες. Το αίμα τότε είναι ανοιχτό κόκκινο, αφρίζει και πετιέται με το ρυθμό του σφυγμού και με ορμή.

Ο κίνδυνος από την αιμορραγία οφείλεται στο άδειασμα των αγγείων από το αίμα. Αν χαθεί ένα λίτρο περίπου αίμα προκαλείται καταπληξία (σοκ). Αν το αίμα που θα χαθεί είναι περίπου δύο κιλά προκαλείται θάνατος.

Καταπληξία ή και θάνατος μπορεί να προκληθεί και από μια μεγάλη εσωτερική αιμορραγία, που προκαλείται από τον τραυματισμό ενός μεγάλου αγγείου μέσα στο θώρακα ή στην κοιλιά. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχει εξωτερικό τραύμα.

Προσοχή: Αν το τραύμα έχει γίνει από ένα ξένο σώμα (ξύλο, πέτρα, σίδερο κ.λ.π.) που εξακολουθεί να βρίσκεται σφηνωμένο στην περιοχή του τραύματος, δεν πρέπει να γίνει προσπάθεια να αφαιρεθεί το ξένο σώμα, επειδή μπορεί να προκληθεί μεγαλύτερη αιμορραγία.

Φλεβική αιμορραγία: πάνω στην περιοχή της αιμορραγίας εφαρμόζεται ένας ειδικός πιεστικός επίδεσμος. Αν δεν υπάρχει διαθέσιμος, τέτοιος επίδεσμος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα καθαρό μαντήλι διπλωμένο πολλές φορές. Το μαντήλι πιέζεται δυνατά με τα δάχτυλα πάνω στην περιοχή που αιμορραγεί και δένεται πιεστικά με ένα συνηθισμένο επίδεσμο. Ο πιεστικός επίδεσμος δεν πρέπει να λύνεται ποτέ. Αν το τραύμα εξακολουθεί να αιμορραγεί μπορεί να δεθεί δεύτερος επίδεσμος πάνω από τον πρώτο ή και τρίτος επίδεσμος πάνω από το δεύτερο.

Αρτηριακή αιμορραγία: η αιμορραγία από αρτηρία σταματάει πολύ πιο δύσκολα από τη φλεβική αιμορραγία. Σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να πιεστεί η αρτηρία σε μια θέση που βρίσκεται ανάμεσα στην καρδιά και στην περιοχή της αιμορραγίας η να τοποθετηθεί το μέρος που αιμορραγεί πιο ψηλά απ' το υπόλοιπο σώμα. Όταν η αρτηρία πιεστεί στη θέση που πρέπει, τότε η αιμορραγία σταματά. Μόλις σταματήσει η αιμορραγία τοποθετείται στη θέση της πίεσης ένας πιεστικός επίδεσμος.

Στην περίπτωση που η αιμορραγία εντοπίζεται σ' ένα μέλος και δεν υπάρχει πιεστικός επίδεσμος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα μεγάλο μαντήλι διπλωμένο στο μάρκος.

Με αυτό το μαντήλι θα τυλιχθεί πολλές φορές το μέλος. Οι άκρες του μαντηλιού θα δεθούν σε κόμπο, αφού κάτω απ' τον κόμπο περαστεί ένα ξύλο, έτσι που το ξύλο να δεθεί και αυτό με τον κόμπο. Στρίβοντας το ξύλο μπορούμε να σφίξουμε το μαντήλι αρκετά ώστε να σταματήσει η αιμορραγία.

Η θέση που προκληθεί η πίεση και θα τοποθετηθεί ο πιεστικός επίδεσμος εξαρτάται από τη θέση της αιμορραγίας. Όταν αιμορραγεί κάποιο σημείο στο χέρι, η πίεση πρέπει να εφαρμόζεται στην εσωτερική επιφάνεια του μπράτσου και στα δύο τρίτα της απόστασης από τον αγκώνα στη μασχάλη. Όταν η αιμορραγία είναι στο πόδι, η πίεση εφαρμόζεται στην εσωτερική επιφάνεια του μηρού και στα δύο τρίτα της απόστασης από το γόνατο στη ρίζα του μηρού.

Αν η αιμορραγία είναι στο κεφάλι, η αντίστοιχη αρτηρία πρέπει να πιεστεί σταθερά πάνω στο κόκαλο που βρίσκεται από κάτω της, η θέση της αρτηρίας εντοπίζεται με τη βοήθεια του σφυγμού της που γίνεται αισθητός κάτω από τα δάκτυλα μας.

Προσοχή: δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται σχοινί, κορδόνι, σύρμα ή στενό λουρί γιατί μπαίνει βαθιά και προκαλεί βλάβες που μπορούν να προκαλέσουν γάγγραινα και να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό.

Ο επίδεσμος πρέπει να χαλαρώνεται για λίγο κάθε μια ώρα και να σφίγγεται και πάλι μετά. Το σφίξιμο πρέπει να είναι τόσο, όσο χρειάζεται για να σταματήσει η αιμορραγία. Το υπερβολικό σφίξιμο είναι επικίνδυνο. Αν δεν υπάρχει πρόχειρος επίδεσμος, τότε η αρτηρία πρέπει να πιέζεται συνέχεια με τα δάκτυλα μέχρι να φθάσει ο τραυματίας στο νοσοκομείο. Αυτό ισχύει και για τις περιπτώσεις που η αιμορραγία εντοπίζεται στο κεφάλι οπότε δεν μπορεί, φυσικά, να χρησιμοποιηθεί επίδεσμος. (Ανώνυμος 2008)

2.4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Όταν ο τραυματίας έχει υποστεί κάκωση που προκαλεί εξωτερική αιμορραγία (π.χ. τρώση αρτηρίας), χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Ο έλεγχος της αιμορραγίας είναι δυνατόν να γίνει με άμεση εφαρμογή πίεσης στο σημείο της αιμορραγίας και άσκηση πίεσης σε ειδικά για την κάθε αρτηρία σημεία.

A) Σε μικρή εξωτερική αιμορραγία:

Η επίσχεση της αιμορραγίας επιτυγχάνεται συνήθως με απλή πίεση στο σημείο αυτό.

Ενέργειες:

- πλύσιμο του τραύματος με τρεχούμενο νερό
- πίεση με αποστειρωμένη γάζα
- περίδεση με αποστειρωμένο υλικό (γάζα, αυτοκόλλητη ταινία).
- Αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για εκτίμηση (πιθανή συρραφή, αντιτετανικός ορός/ εμβόλιο)

Προσοχή: στα τραύματα αυτού του είδους η ίδια η αιμορραγία δεν αποτελεί συνήθως πρόβλημα, σε αντίθεση με τον κίνδυνο της μόλυνσης ο οποίος είναι υπαρκτός.

B) Σε μεγάλη εξωτερική αιμορραγία:

Σκοπός είναι η επίσχεση της αιμορραγίας και η ασφαλής μεταφορά στο νοσοκομείο

- αφαίρεση των ενδυμάτων του πάσχοντος από το σημείο του τραύματος
- εφαρμογή άμεσης πίεσης με γάζες και επιθέματα
- αν πρόκειται για αρτηριακή αιμορραγία σε άκρο: μπορεί να εφαρμοστεί έμμεση πίεση στην αρτηρία που αιματώνει το άκρο.

Προσοχή: η άσκηση πίεσης πρέπει να διακόπτεται ανά 15 λεπτά και να ελέγχεται το μέλος για πιθανή ισχαιμία ή νέκρωση.

- τοποθέτηση αποστειρωμένης γάζας και περίδεση με επίδεσμο
- έλεγχος για συμπτώματα καταπληξίας
- φροντίδα για ασφαλή μεταφορά στο νοσοκομείο

Προσοχή: πολύ σημαντική είναι η προφύλαξη από μολυσματικές ασθένειες που μεταδίδονται με το αίμα . Συνιστάται η χρήση ελαστικών γαντιών. (Lemone et al 2006)

2.4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Ο αφορισμός ότι « κάθε αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, όσο μικρή κι αν φαίνεται, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως επείγον περιστατικό και ο ασθενής να διακομίζεται το ταχύτερο δυνατό σε καλά οργανωμένο νοσοκομείο» στηρίζεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν ασφαλή κριτήρια που να μας επιτρέπουν να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο μια μικρή αιμορραγία να μετατραπεί ξαφνικά σε μεγάλη, θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Πρόκειται για διαφυγή αίματος από τη συστηματική κυκλοφορία προς μια άλλη κοιλότητα του οργανισμού χωρίς να υπάρχει άμεση διαφυγή προς το εξωτερικό περιβάλλον. Χρειάζεται να ληφθεί σύντομο ιστορικό από τον πάσχοντα ή από παρευρισκομένους, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν προηγήθηκε κάκωση ή παθολογική κατάσταση που να δικαιολογεί την αιμορραγία.

Τα πιο συνηθισμένα σημεία που συγκεντρώνεται το αίμα είναι η περιτοναϊκοί κοιλότητα του μηρού και της λεκάνης.

Εσωτερική θεωρείται η αιμορραγία από τον γαστρεντερικό σωλήνα (παρουσιάζεται ως αιματέμεση, αιμορραγία από το ορθό ή μέλαινα κένωση), η αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα συνήθως της γυναίκας (κολπορραγία, μηνορραγία) και η αιμορραγία από το ουροποιητικό (αιματοουρία). Οι αιμορραγίες αυτές χρειάζονται ιατρική παρακολούθηση και διερεύνηση.

Ενέργειες:

- καλέστε για βοήθεια και φροντίστε για τη γρήγορη μεταφορά στο νοσοκομείο
- ξαπλώστε τον πάσχοντα με το κεφάλι χαμηλά
- προσπαθήστε να τον ηρεμήσετε
- ελέγχετε τη συχνότητα αναπνοής και σφυγμών ανά 10 λεπτών
- σε περίπτωση που ο πάσχων δεν έχει αναπνοή ή σφυγμό αρχίστε αμέσως καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση
- κρατήστε τον πάσχοντα ζεστό
- σε απώλεια αισθήσεων τοποθετήστε τον σε θέση ανάνηψης
- μη δίνεται τίποτα από το στόμα

Προσοχή: σε περίπτωση ατυχήματος/ τραυματισμού όλες οι κινήσεις γίνονται με την απαραίτητη προφύλαξη για πιθανή κάκωση της σπονδυλικής στήλης.(Iemone et al 2006)

2.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

ΓΕΝΙΚΑ

Οι κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος, αν και συχνές, συνήθως δεν είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, έκτοτε και αν έχει προκληθεί σοβαρή αιμορραγία, είτε εξωτερική, είτε εντός του τραυματισμένου μέλους.

Θα πρέπει να εκτιμούνται έγκαιρα και να αντιμετωπίζονται με σκοπό τόσο την επιβίωση του ασθενούς, όσο και τη βιοσιμότητα τραυματισμένων μελών και τη μείωση του βαθμού αναπηρίας.

Στην πρωτογενή εκτίμηση αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται άμεσα οι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

Αν δεν υπάρχουν τέτοιες κακώσεις, οι κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος αντιμετωπίζονται κατά τη δευτερογενή εκτίμηση.

(Μπαλτοπουλος 2001)

Συνέπειες Τραυματισμού του Μυοσκελετικού

Οι κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος ενδέχεται να συμβούν είτε μόνες τους είτε σε συνδυασμό με πολλαπλές άλλες κακώσεις, ως αποτέλεσμα αμβλέων τραυματισμών ή τραυματισμών από διατιτραίνοντα όργανα. Οι μυοσκελετικές κακώσεις, συνήθως, δεν θεωρούνται υψηλής προτεραιότητας κατά την αντιμετώπιση του πολυτραυματία. Εξάιρεση είναι οι μυοσκελετικές κακώσεις που είναι απειλητικές για τη ζωή ή ένα άκρο, όπως για παράδειγμα το εξάρθρωμα του ισχίου, το άσφυγμο, τραυματισμένο άκρο και οι κακώσεις που συνδυάζονται με σημαντική απώλεια αίματος, όπως τα κατάγματα της πυέλου. Οι κακώσεις του μυοσκελετικού μπορεί να αποτελούν ένδειξη και για την παρουσία άλλων σοβαρών κακώσεων. Για παράδειγμα, το κάταγμα της κλείδας μπορεί να υποδηλώνει τη συνύπαρξη κάκωσης του θώρακα. (Lemone et al 2006)

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ατόμων που υφίστανται κάποιο κάταγμα (σπάσιμο) των οστών. Αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι από την μία έχει αυξηθεί ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που λόγω

οστεοπόρωσης σπάνε κάποιο οστό με σχετική ευκολία με περισσότερο συχνά τα κατάγματα του ισχίου, του καρπού και του ώμου, από την άλλη έχει αυξηθεί ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων στη χώρα μας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι την τελευταία 20ετία 1980-2000 στην Ελλάδα υπήρχε αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων κατά 50% ενώ στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες μείωση έως και 30%.

Οι σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης των καταγμάτων βασίζονται στις εξής αρχές:

1. την όσο το δυνατό **γρηγορότερη σταθεροποίηση** των καταγμάτων με σκοπό την ταχύτατη κινητοποίηση των ασθενών. Μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο φλεβικών θρομβώσεων, πνευμονικής εμβολής, αποφυγή κατακλίσεων και επίτευξη της αιμοδυναμικής σταθεροποίησης του ασθενούς.

2. την **ανατομική ανάταξη** ιδιαίτερα των ενδοαρθρικών καταγμάτων με σκοπό την ανώδυνη φυσιολογική κίνηση των αρθρώσεων και την αποφυγή μετατραυματικής αρθρίτιδας.

3. την διενέργεια όσο το δυνατόν πιο ατραυματικής χειρουργικής τεχνικής (**τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας**) ακολουθώντας τη φιλοσοφία της λεγόμενης βιολογικής οστεοσύνθεσης που δίνει μεγάλη σημασία στη όσο το δυνατόν μικρότερη καταστροφή των πέριξ μαλακών μορίων και κατά συνέπεια την διατήρηση της αγγείωσης των οστών. Μεγάλη πρόοδος υπάρχει και στη δημιουργία υλικών οστεοσύνθεσης όπως το τιτάνιο που έχουν μεγάλη αντοχή κι ταυτόχρονα μικρότερο προφίλ (καταλαμβάνουν μικρότερο όγκο)

Αν και κανένα κάταγμα δεν είναι το ίδιο και σε κάθε περίπτωση η θεραπεία εξατομικεύεται επιγραμματικά μπορεί να αναφερθεί ότι ο σύγχρονος και καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των καταγμάτων του ισχίου είναι με την κλειστή διατροχαντήρια ενδομυελική ήλωση ή με τη χρήση ειδικών ολισθαινόντων πλακών, για τα κατάγματα των μακρών οστών όπως μηριαίου και κνήμης με τη μέθοδο της κλειστής ενδομυελικής ήλωσης χωρίς να ανοίγεται η εστία του κατάγματος και για τα ενδοαρθρικά ή περιαρθρικά κατάγματα με τη χρήση αυτοκλειδούμενων μειωμένης επαφής και χαμηλού προφίλ πλακών ή με την χρήση συσκευών εξωτερικής οστεοσύνθεσης.(**Τσουστάνης 2010**)

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Είναι απαραίτητη η ακινητοποίηση επειδή μειώνει τη δυναμική της συνεχιζόμενης κάκωσης και τον πόνο του ασθενούς. Η κινητικότητα των οξέων άκρων των οστών εντός των μαλακών μορίων των μυών, αλλά και εγγύς των αγγείων και των νεύρων μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπρόσθετες βλάβες.

Τα κατάγματα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στα κλειστά και στα ανοικτά κατάγματα.

Κλειστά κατάγματα: Είναι κατάγματα, χωρίς λύση της συνέχειας του δέρματος, από τα οποία όμως μπορεί να προκληθεί σημαντική αιμορραγία έως και 1000cc αίματος από τρώση μεγάλων αγγείων, αλλά και από τους αγγειοβριθείς μυς πλησίον του κατάγματος. Η περαιτέρω απώλεια αίματος μπορεί να περιορισθεί μέσω του φυσικού επιπωματισμού από τους γύρω ιστούς, μυς και δέρμα.

Ανοικτά κατάγματα: Υπάρχει απώλεια της συνέχειας του δέρματος που οφείλεται σε διατομή του δέρματος είτε εκ των έσω από τα άκρα των οστών, είτε από τη σύγκρουση με αντικείμενο κατά τη στιγμή της κάκωσης.

Αντιμετώπιση:

1. Η πρώτη ενέργεια στα ανοικτά κατάγματα είναι ο έλεγχος της αιμορραγίας και η ανάταξη της καταπληξίας. Τοποθέτηση φλεβικής γραμμής και χορήγηση όγκου.
2. Τα ανοικτά τραύματα καλύπτονται με αποστειρωμένα πεδία ή γάζες.
3. Ασκείται άμεσα εξωτερική πίεση με σκοπό τη αιμόσταση.
4. Η χρήση επιθεμάτων πάγου μειώνει το οίδημα και τον πόνο.
5. Σε ανοικτά και κλειστά κατάγματα το άκρο σταθεροποιείται και ακινητοποιείται με νάρθηκες άκαμπους ή αερονάρθηκες.
6. Πριν και μετά τη ακινητοποίηση γίνεται έλεγχος περιφερικού σφυγμού, η δε απώλεια του απαιτεί άμεση κινητοποίηση και ενημέρωση του ειδικού ορθοπαιδικού ιατρού.

2.5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Αφαίρεση κράνους σε περίπτωση ατυχήματος

Η έγκαιρη αφαίρεση κράνους από κάποιον αναβάτη που έχει εμπλακεί σε ατύχημα μπορεί να του σώσει την ζωή. Απλώς πρέπει να γίνει γρήγορα και με τον σωστό τρόπο.

Παλιότερα πίστευαν ότι η αφαίρεση του κράνους μοτοσικλετιστή που έχει εμπλακεί σε ατύχημα έπρεπε να γίνεται αποκλειστικά από έμπειρους γιατρούς και νοσηλευτές πρώτων βοηθειών και όχι από τους παρευρισκόμενους; στον τόπο του ατυχήματος. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι το ρίσκο να προκληθεί σοβαρός τραυματισμός της σπονδυλικής; στήλης στην περιοχή του αυχένα από την επιπόλαιη προσπάθεια κάποιου να αφαιρέσει το κράνος ενός αναβατή που έχει χάσει τις αισθήσεις του.

Πρόσφατες έρευνες όμως των επιστημόνων που ασχολούνται με τις συνθήκες και τις επιπτώσεις διαφόρων ατυχημάτων δείχνουν ότι το σωστό είναι να αφαιρείται άμεσα το κράνος από κάποιον που έχει εμπλακεί σε ατυχημάτων. Φυσικά αυτό πρέπει να γίνει από τους άμεσα παρευρισκόμενους στον τόπο του ατυχήματος, αφού ο χρόνος που θα περάσει μέχρι την άφιξη του ασθενοφόρου, μπορεί να αποβεί εις βάρος του παθόντα.

Οι πιθανότητες πνιγμού από αίμα λόγω εσωτερικής αιμορραγίας ή ακόμη από κατάποση σπασμένων τμημάτων του προσώπου είναι πολύ μεγαλύτερες, ενώ δεν μπορεί να του δοθεί το "φιλί της ζωής" σε περίπτωση που έχει σταματήσει η αναπνοή. Όλα αυτά ισχύουν και στην περίπτωση διαιρούμενου κράνους, στο οποίο το εμπρος τμήμα του ανασηκώνεται ή κράνους τύπου Jet. Δυστυχώς, η πλειονότητα των Ελλήνων οδηγών βρίσκονται εντελώς απροετοίμαστοι και χωρίς καμιά εξοικείωση στην θέα ενός μοτοσικλετιστή στην άσφαλτο και αρκούνται μόνο στο να καλέσουν την Τροχαία ή τις Πρώτες Βοήθειες.

Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκά; χώρες είναι σχεδόν υποχρεωτική η στοιχειώδης εκπαίδευση όλων των οδηγών στην παροχή πρώτων βοηθειών, με τρίωρα μαθήματα που γίνονται δωρεάν από τον Ερυθρό Σταυρό ή από αντίστοιχα ιδρύματα, κάτι που δεν ισχύει στην χώρα μας. (Ανώνυμος 2009)

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΥ

Οι συνηθέστερες κακώσεις της κεφαλής είναι τα κατάγματα της ρινός, των ζυγωματικών οστών, καθώς και το κάταγμα ή η εξάρθρωση της κάτω γνάθου.

Κατάγματα του προσώπου

Τα κατάγματα του προσώπου προκαλούν συχνά παραμόρφωση λόγω του οιδήματος και των εκχυμώσεων, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να συνυπάρχει αιμορραγία από τη μύτη, απώλεια οδόντων και απόφραξη αεραγωγού.

Αντιμετώπιση:

1. Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας και αφαίρεση ξένων σωμάτων. Οι χειρισμοί αυτοί πρέπει να γίνονται πολύ προσεκτικά, προκειμένου να αποφευχθεί απόφραξη της τραχείας.
2. Τοποθέτηση του ασθενούς σε πλαγία θέση ανάντησης.
3. Κλήση ασθενοφόρου.
4. Τοποθέτηση στο φορείο σε πλαγία θέση ανάντησης.

Κατάγματα Ζυγωματικών οστών και ρινός

Χαρακτηρίζονται από οίδημα, πόνο και εκχυμώσεις. Πρέπει να γίνεται ειδικότερος έλεγχος στο νοσοκομείο.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων (κομπρέσες, γάζες) με σκοπό τη μείωση του οιδήματος.
2. Έλεγχος της ρινορραγίας, αν είναι εφικτό.
3. Μεταφορά σε νοσοκομείο.

Κατάγματα κάτω γνάθου

Είναι αποτέλεσμα άμεσης εφαρμογής δύναμης στην κάτω γνάθο. Στόχος είναι η διατήρηση ελεύθερου αεραγωγού και η διακομιδή του πάσχοντος για περαιτέρω εκτίμηση στο νοσοκομείο.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς με τη κεφαλή προς τα πάνω, ώστε να παροχετεύονται εκτός της στοματικής κοιλότητας εμέσματα, αίμα και πτύελα.
2. Στήριξη με μαλακό επίθεμα της κάτω γνάθου από τον ίδιο τον ασθενή.
3. Μεταφορά στο νοσοκομείο με συνεχή υποστήριξη της γνάθου (Μπαλτοπουλος 2001)

2.5.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

ΠΙΘΑΝΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΣΤΗΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ

Η έλλειψη καλά οργανωμένης προνοσοκομειακής περίθαλψης επειγόντων περιστατικών κάνει ώστε πολλοί τραυματίες να μεταφέρονται εσπευσμένα με άλλα οχήματα: ιδιωτικής χρήσης, ταξί, ή σε ανοικτά ημιφορτηγά.. Έτσι, ένα μερικό ή ασταθές κατάγμα της Σπονδυλικής Στήλης γίνεται πλήρες και ο ασθενής φτάνει στον σταθμό Α' Βοηθειών με εγκατεστημένη βλάβη του νωτιαίου μυελού που θα οδηγήσει συχνά σε τεραπληγία. Όπως ήδη είπαμε στην αρχή, η προστασία του ασθενούς με πιθανά κατάγματα σπονδυλικής στήλης αρχίζει ήδη από τον απεγκλωβισμό του από τον τόπο του ατυχήματος. (Ροζενμπεργκ 2005)

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Οι κακώσεις αυτές μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Οι πιο επικίνδυνες όμως για πρόκληση βλάβης στο νωτιαίο μυελό, εστιάζονται στον αυχένα και στην οσφυϊκή μοίρα. Σε περίπτωση βλάβης μόνο στην σπονδυλική στήλη, υπάρχει πόνος και ευαισθησία στην περιοχή της κάκωσης και πιθανή παραμόρφωση της φυσιολογικής της καμπύλης. Αν συνυπάρχει, και κάκωση νωτιαίου μυελού, τότε εμφανίζονται διαταραχές της κινητικότητας, της αισθητικότητας και του μυϊκού τόνου, καθώς και πιθανή αναπνευστική δυσχέρεια, αν η κάκωση εντοπίζεται στην αυχενική μοίρα.

Αντιμετώπιση:

1. Ακινητοποίηση του ασθενούς και αποφυγή κάθε μετακίνησης, εκτός των εκουσίων κινήσεων, εφ' όσον διατηρεί τις αισθήσεις του.
2. Έλεγχος της κινητικότητας και της αισθητικότητας
3. Σταθεροποίηση της κεφαλής σε "ουδέτερη" θέση και συνεχής στήριξη από τον ανανήπτη με τα χέρια του τοποθετημένα εκατέρωθεν της κεφαλής.
4. Σε υπεροψία κάκωσης του αυχένα, ακινητοποίηση της αυχενικής μοίρας με τοποθέτηση, χωρίς οποιαδήποτε κίνηση της κεφαλής, αυτοσχέδιου κολάρου από ύφασμα και συνεχής στήριξη της κεφαλής.
5. Μεταφορά στο νοσοκομείο. (Μπαλτοπουλος 2001)

2.5.3 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Σε περιπτώσεις θωρακικών κακώσεων η μηχανική της αναπνοής μεταβάλλεται σημαντικά. Υπάρχει σημαντικό βαθμό διαταραχή αερώσεως-αιματώσεως που ενισχύεται από την ασύμμετρη ενδοτικότητα των διαφόρων περιοχών ανταλλαγής αερίων. Πιο συγκεκριμένα σε περιπτώσεις μονόπλευρων μαζικών διαφυγών αέρα, σε συνθήκες μηχανικού αερισμού απαιτείται η χορήγηση μεγάλων εισπνεόμενων όγκων ώστε να αποδοθεί τελικά στον τραυματισμένο πνεύμονα όγκος ικανός για την αναπνοή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο μηχανικός αερισμός μέσω των συνήθων τραχειοσωλήνων οδηγεί μεγάλο ποσοστό του εισπνεόμενου όγκου σε υγιείς περιοχές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επίταση της διαταραχής αερώσεως αιματώσεως των περιοχών με κάκωση ενώ αυξάνει την πιθανότητα βαροτραύματος των υγιών περιοχών. Πιθανώς λύση στο παραπάνω πρόβλημα δίνει η εφαρμογή του διαφορικού αερισμού μέσω τραχειοσωλήνα διπλού αυλού με εκλεκτική διασωλήνωση του κάθε πνεύμονα και τη χρήση δύο αναπνευστήρων. Περιγράφονται δύο περιπτώσεις ασύμμετρης θωρακικής κάκωσης με μονόπλευρη μαζική διαφυγή αέρα όπου εφαρμόστηκε η αρχή του διαφορικού αερισμού. Έμφαση δίδεται στη μεταβολή των αναπνευστικών και αιμοδυναμικών παραμέτρων αλλά και στις τεχνικές ιδιαιτερότητες της μεθόδου.(Ανώνυμος 2005)

Ο θωρακικός τραυματισμός Στήθος Επισκόπηση Τραυματισμοί Α μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα μιας τυχαίας ή σκόπιμης διείσδυσης ενός ξένου αντικειμένου στο στήθος. Ένα στήθος ζημία μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της ακούσιας ή εκούσιας διείσδυσης ξένων αντικείμενο στο στήθος. Αυτός ο τύπος τραυματισμού μπορεί επίσης να προκύψει από ένα αμβλύ τραύμα, που προκαλεί ζημία θωρακικών τοιχωμάτων (που προκαλεί τους μώλωπες πλευρών, μώλωπες σπασίματος, πνευμόνων ή καρδιών). Αυτό το είδος της ζημίας που μπορεί επίσης να προκύψει από ένα αμβλύ τραύμα, που οδηγεί σε τραυματισμό στο στήθος τοίχο (προκαλώντας πλευρό μώλωπες, κατάγματα, πνεύμονα ή καρδιάς κάκωση). Δυσκολία στην αναπνοή, βλάβη του θώρακα να επεκτείνει κανονικά, τραγάνισμα ήχους στα πλευρά, μώλωπες, και βήχει επάνω αίμα υποδεικνύουν έναν τραυματισμό στο στήθος.

Ένα τμήμα του θωρακικού τοιχώματος μπορεί να μην κινηθεί με την αναπνοή ή να

μην κινηθεί απέναντι από το υπόλοιπο του θωρακικού τοιχώματος (flail στήθος). Ένα τμήμα του θωρακικού τοιχώματος, δεν μπορεί να μετακινηθεί με την αναπνοή ή να μετακινήσετε απέναντι στο υπόλοιπο του θωρακικού τοιχώματος (κόπανος στήθος).

Ακόμη και χωρίς έναν προφανή εξωτερικό τραυματισμό, μια σημαντική εσωτερική ζημία μπορεί να εμφανιστεί. Ακόμη και χωρίς προφανή εξωτερική ζημία, ένα σημαντικό εσωτερικό τραυματισμό μπορεί να συμβούν.

- Ένα αντικείμενο που παραμένει στο θωρακικό τραυματισμό δεν πρέπει να αφαιρεθεί. Ένα αντικείμενο που παραμένει στο στήθος ζημία δεν θα πρέπει να αφαιρεθεί.

- Μια αεροστεγής σάλτσα όπως το φύλλο αλουμινίου κασσίτερου ή ένας πλαστικός σάκος πρέπει να χρησιμοποιηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα για να καλύψει οποιαδήποτε τρύπα που επεκτείνεται στη θωρακική κοιλότητα. Αεροστεγές σάλτσα όπως αλουμινόχαρτο ή πλαστικό σάκο θα πρέπει να χρησιμοποιείται όσο το δυνατόν συντομότερα για να καλύψει κάθε τρύπα η οποία εκτείνεται σε θωρακική κοιλότητα.

- Το τραυματισμένο πρόσωπο πρέπει να τοποθετηθεί με την τραυματισμένη πλευρά κάτω. Ο ζημιωθής θα πρέπει να τοποθετείται με την πλευρά κάτω τραυματίες.

- Στο τραυματισμένο πρόσωπο πρέπει να δοθεί το καθαρό οξυγόνο για να αναπνεύσει. Ο ζημιωθής θα πρέπει να δοθεί καθαρό οξυγόνο για να αναπνεύσουν.

- Ο λαιμός και η πλάτη του τραυματισμένου προσώπου πρέπει να ακινητοποιηθούν μετά από έναν πιθανό θωρακικό τραυματισμό. Το λαιμό και πίσω του ο ζημιωθής θα πρέπει να ακινητοποιείται μετά από ένα πιθανό τραυματισμό στο στήθος.

- CPR μπορεί να είναι απαραίτητο. CPR μπορεί να είναι απαραίτητη.

(Anonymous 2008)

2.5.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ

Κάταγμα κλείδας

Τα κατάγματα κλείδας προκαλούνται από δυνάμεις που εφαρμόζονται άμεσα στον ώμο, ή έμμεσα στην κλείδα μετά από πώση πάνω σε τετωμένο χέρι. χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο που επιδεινώνεται με τη κίνηση. Ο ασθενής προσπαθεί να λάβει στάσεις που χαλαρώνουν τους μυς και μειώνουν τον πόνο, όπως η στήριξη του χεριού στον αγκώνα και η κλίση της κεφαλής προς το τραυματισμένο άκρο.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση και του σύστοιχου προς το κάταγμα χεριού, πάνω στο θώρακα.
2. Ανάρτηση του μέλους με τριγωνικό επίδεσμο
3. Σταθεροποίηση του χεριού με δεύτερο φαρδύτερο επίδεσμο πάνω από τον αναρτήρα επίδεσμο.
4. Μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο

Εξάρθρωση ώμου

Η εξάρθρωση του βραχιονίου οστού από τη άρθρωση του ώμου προκαλείται από πώση στον ώμο βαρέος αντικειμένου ή δυνατή έλξη του άκρου. Χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο και τη εμφάνιση εξογκώματος στον ώμο. Ο ασθενής στηρίζει το χέρι του, αποφεύγει τις κινήσεις και κλίνει τη κεφαλή προς το τραυματισμένο άκρο προκειμένου να ανακουφισθεί.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση και του μέλους πάνω στο θώρακα υπό τη γωνία που προκαλεί τον ελάχιστο πόνο.
2. Ανάρτηση του μέλους με επίδεσμο
3. Τοποθέτηση μαλακού επιθέματος μεταξύ χεριού και θώρακα.
4. Αποφυγή χειρισμών για ανάταξη της εξάρθρωσης.

5. Αποφυγή λήψης τροφής ή νερού από τον πάσχοντα.
6. Μεταφορά στο νοσοκομείο

Κάταγμα του βρακίονα

Μπορεί να προκληθεί από άμεση εφαρμογή δύναμης πάνω στο Οστούν. Εμφανίζει πόνο και ευαισθησία στην περιοχή του κατάγματος, οίδημα και προοδευτικά εκχυμώσεις.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση και του τραυματισμένου μέλους πάνω στον θώρακα, σε θέση που να προκαλεί τον λιγότερο δυνατό πόνο.
2. Ανάρτηση του μέλους με επίδεσμο
3. Τοποθέτηση μαλακού επιθέματος μεταξύ μέλους και θώρακα.
4. Σταθεροποίηση του μέλους πάνω στο θώρακα με πρόσθετο φαρδύ επίδεσμο.
5. Μεταφορά του πάσχοντος στο νοσοκομείο.

Κακώσεις του αγκώνα

Οι κακώσεις αυτές είναι συχνές και αφορούν συνήθως κατάγματα του βραχιονίου οστού και της κεφαλής της κερκίδας. Χαρακτηρίζονται από πόνο και ευαισθησία στην περιοχή της κάκωσης, οίδημα και εκχυμώσεις και ακαμψία του αγκώνα σε κάταγμα της κεφαλής της κερκίδας. Επίσης, υπάρχει κίνδυνος τρώσης αγγείων και νεύρων από τα άκρα του οστού, γι' αυτό είναι απαραίτητος ο έλεγχος της κυκλοφορίας του άκρου με τη συχνή ψηλάφηση του περιφερικού σφυγμού στον καρπό και της νευρολογικής κατάστασης του άκρου.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε μία θέση και του τραυματισμένου μέλους πάνω στο κορμό χωρίς χειρισμούς κάμψης ή έκτασης στην περιοχή του αγκώνα.
2. Τοποθέτηση επιθέματος μεταξύ μέλους και σώματος, έτσι ώστε η επίδεση να μην προκαλέσει μετακίνηση των καταγματικών επιφανειών.
3. Επίδεση του μέλους πρώτα στο ύψος του καρπού με τη πύελο, και

στη συνέχεια πάνω και κάτω από τον αγκώνα με τον θώρακα και τη κοιλία αντίστοιχα .

4. Έλεγχος του περιφερικού σφυγμού σε τακτά χρονικά διαστήματα.

5. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

Κατάγματα του πήχεως και του καρπού

Τα κατάγματα του πήχεως (της κερκίδας και της ωλένης), προκαλούνται από άμεση εφαρμογή δύναμης πάνω σε αυτά και συνήθως είναι ανοικτά λόγω της μικρής μάζας των μαλακών μορίων που τα καλύπτει .Τα κατάγματα του καρπού συμβαίνουν κυρίως από πώση πάνω στο τεντωμένο άκρο, ενώ η διάκριση από το διάστρεμμα του καρπού δεν είναι πάντα εύκολη.

Αντιμετώπιση :

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση και του τραυματισμένου πήχεως πάνω στο θώρακα.
2. Περιποίηση εξωτερικού τραύματος, αν υπάρχει και τοποθέτηση επιθέματος.
3. Ανάρτηση του μέλους με επίδεσμο.
4. Σταθεροποίηση του μέλους με φαρδύ επίδεσμο γύρω από τον αναρτήρα επίδεσμο και κοντά στην περιοχή του αγκώνα
5. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

Κατάγματα του άκρου χεριού και των δακτύλων

Στο άκρο χέρι που αποτελείται από πολλά οστά, προκαλούνται συχνά τραυματισμοί από άμεση ή έμμεση εφαρμογή δύναμης.

Συνθλιπτικές κακώσεις συνυπάρχουν με πολλαπλά κατάγματα, ενώ άμεσες κακώσεις προκαλούν μικρότερα κατάγματα. Συχνή κάκωση αποτελεί το κάταγμα της φαλαγγικής άρθρωσης του μικρού δακτύλου, καθώς και η εξάρθρωση του αντίχειρα που προκαλείται από πτώση πάνω στο χέρι,

Αντιμετώπιση:

1. Κάλυψη του χεριού με μαλακά επιθέματα.

2. Στήριξη και ανάρτηση του μέλους με επίδεσμο.
3. Σταθεροποίηση του μέλους πάνω στο θώρακα με φαρδύ επίδεσμο
4. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

(Μπαλτοπουλος 2001)

ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΥΕΛΟΥ

Πρόκειται για διάσπαση του πυελικού δακτυλίου, που οδηγεί σε τρώση του πυελικού φλεβικού πλέγματος και δυνητικά σε ρήξη του λαγονίου αρτηριακού συστήματος, κυρίως όταν ο μηχανισμός που ευθύνεται είναι η προσθοπίσθια συμπιεστική κάκωση.

Κατά τη κλινική εκτίμηση διαπιστώνεται αιμοδυναμική αστάθεια παρά τη χορήγηση υγρών, εκχυμώσεις και οιδήματα στο περίνεο και το όσχεο, πυελική αστάθεια, ανισοσκελία ή προς τα έξω παραμόρφωση του κάτω άκρου χωρίς να συνυπάρχει κάταγμα. Επίσης, η ανεύρεση ανοικτών τραυμάτων στην ιερειϊκή χώρα αποτελούν ένδειξη πυελικής αστάθειας. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει δυσχέρεια στη βάδιση, πόνο και ευαισθησία στην σπονδυλική στήλη και τη βουβωνική χώρα, και πιθανώς δυσουρικά ενοχλήματα και αίμα στην ουρήθρα, αν είναι άνδρας.

Αντιμετώπιση:

1. Αντιμετώπιση καταπληξίας
2. Τοποθέτηση και ακινητοποίηση του ασθενούς σε ύπτια θέση.
3. Ακινητοποίηση των κάτω άκρων, επιδένοντας το ένα μαζί με το άλλο, αφού πρώτα τοποθετηθούν επιθέματα μεταξύ των γονάτων και των άκρων ποδιών
4. Εναλλακτικά, η ακινητοποίηση της πυέλου και ο περιορισμός του όγκου της μπορεί να γίνει με τη εφαρμογή ενός υφάσματος περίξ της πυέλου σαν αιώρα.
5. Αν συνυπάρχουν ανοικτά κατάγματα πυέλου με εμφανή αιμορραγία απαιτείται πιεστική επίδεση.
6. Ταχεία μεταφορά στο νοσοκομείο.

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Κακώσεις του ισχίου και του μηρού

Τα κατάγματα του μηριαίου οστού στην περιοχή του ισχίου είναι συνήθη στα ηλικιωμένα άτομα. Μερικές φορές είναι σταθερά και επιτρέπουν ακόμα και τη βάδιση. Κατά τη κλινική εκτίμηση διαπιστώνεται πρόνοο, οίδημα, αδυναμία βάδισης, ασυμμετρία και ανισοσκελία, και έξω στροφή γόνατος και ποδιού. Επίσης, μπορεί να υπάρχουν σημεία καταπληξίας.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση.
2. Αντιμετώπιση της καταπληξίας, χωρίς ανάρροπη θέση ποδιών.
3. Ευθυγράμμιση του ποδιού με έλξη κατά τον επιμήκη άξονα.
4. Ακινητοποίηση του άκρου με απλά μέσα, όπως το δέσιμο με το υγιές.
5. Τοποθέτηση επιθεμάτων ανάμεσα στα δύο άκρα, ώστε να μην μετακινηθούν κατά τη επίδεση τα σπασμένα οστά, και επίδεση των δύο άκρων στο ύψος των μηρών, των γονάτων και των αστραγάλων
6. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

Κακώσεις του γόνατος

Οι κακώσεις της άρθρωσης του γόνατος οφείλονται σε άμεση εφαρμογή διαφόρων δυνάμεων ή στροφικών κινήσεων και ρήξη συνδέσμων, που προκαλούν οίδημα και πόνο που επεκτείνεται σ' όλη τη άρθρωση

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση.
2. Στήριξη του γόνατος σε μαλακό υποστήριγμα.
3. Αποφυγή προσπαθειών για ευθειασμό του γόνατος.
4. Τοποθέτηση επιθέματος γύρω από τη άρθρωση και σταθεροποίηση της με επίδεση .
5. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

Κακώσεις της κνήμης

Το κατάγμα της κνήμης προκαλείται από τη δράση μεγάλης δύναμης. Κατά τη κλινική εξέταση διαπιστώνεται πόνος, οίδημα, κριγμός και αδυναμία βάδισης.

Αντιμετώπιση:

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση.
2. Ευθυγράμμιση του ποδιού με έλξη κατά τον επιμήκη άξονα.
3. Τοποθέτηση επιθεμάτων μεταξύ γονάτων και αστραγάλων και στην συνέχεια ακινητοποίηση του άκρου πάνω στο υγιές.
4. Επίδεση στο ύψος των γονάτων και των αστραγάλων.
5. Επίδεση πάνω και κάτω από το σημείο του κατάγματος.
6. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

Διάστρεμμα αστραγάλου

Το διάστρεμμα οφείλεται σε στροφή του ποδιού και χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο ιδιαίτερα κατά τις κινήσεις και οίδημα.

Αντιμετώπιση:

1. Ακινητοποίηση του ποδιού στην πιο άνετη για τον ασθενή θέση.
2. Τοποθέτηση κρύων ειθέματων προκειμένου να μειωθεί το οίδημα.
3. Σταθερή επίδεση πάνω από παχύ στρώμα επιθεμάτων.
4. Τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση.

Επί υποψίας κατάγματος μεταφορά στο νοσοκομείο, στην αντίθετη περίπτωση οδηγίες για ξεκούραση

Κάταγμα στον άκρο πόδα

Τα κατάγματα των μικρών οστών του άκρου ποδός οφείλονται σε κακώσεις σύνθλιψης, προκαλούν δυσκολία στη βάδιση και περιορισμό της κινητικότητας, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν εκχυμώσεις και οίδημα.

Αντιμετώπιση:

1. Στήριξη του ποδιού σε ανάρροπη θέση.
2. Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων.
3. Μεταφορά στο νοσοκομείο.

(Μπαλτοπουλος 2001)

2.6 ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Κατά την μεταφορά του ασθενούς πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην διάγνωση και ακινητοποίηση τυχόν υπάρχόντων καταγμάτων. Κακή σταθεροποίηση καταγμάτων επιτείνει το shock, και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες από την τρώση αγγείων ή νεύρων από παρασχίδες ή τα ανώμαλα χείλη των σπασμένων οστών. Τα κατάγματα ακινητοποιούνται "όπως είναι" χωρίς να γίνει προσπάθεια ανάταξης τους στον τόπο του ατυχήματος. Χρησιμοποιούνται πρόχειροι νάρθηκες από σανίδια, μαξιλάρια, που να εξασφαλίζουν ακινητοποίηση του κατάγματος χωρίς να τραυματίζουν χειρότερα τους ιστούς.(Ροζενμπεργκ 2005)

ΦΟΡΕΙΑ

Χρησιμοποιούνται για να μεταφέρουν πάσχοντες σε ασθενοφόρο ή σε καταφύγιο. Το ανθεκτικό τυπικό φορείο βρίσκεται σε πολλά αθλητικά γήπεδα, σχολεία και χώρους δουλειάς Το ελαφρύτερο, από караβόπανο και κοντάρια χρησιμοποιείται για να μεταφερθεί ο πάσχων σε ισχυρότερο φορείο. Τα ορθοπεδικά φορεία πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν υποψιάζεστε τραυματισμό της σπονδυλικής

Γενικοί κανόνες για τα φορεία:

- Εξετάστε τα φορεία για φθορές και βεβαιωθείτε ότι μπορούν να σηκώσουν το βάρος του πάσχοντος.
- Όταν μεταφέρετε πάσχοντα με το φορείο, εξηγήστε του πάντα τι συμβαίνει,

•Βεβαιωθείτε ότι ένας αναισθητος πάσχων ή ένας πάσχων που πρέπει να μεταφερθεί σε κάποια απόσταση είναι δεμένος καλά στο φορείο.

ΤΥΠΙΚΑ ΦΟΡΕΙΑ

Το φορείο Furley και το πτυσσόμενο φορείο Utila είναι τυπικά φορεία Πρώτων Βοηθειών, Το φορείο Furley αποτελείται από ένα κομμάτι караβόπανο ή πλαστικό προσαρτημένο σε δύο κοντάρια με πόδια από κάτω, Εγκάρσιες μπάρες με μεντεσέδες η τραβέρσες κρατούν ανοιχτό το φορείο. Το Utila είναι παρόμοιο με το Furley

ΕΙΔΙΚΑ ΦΟΡΕΙΑ

Υπάρχουν δύο τύποι φορείων που χρησιμοποιούνται συχνά μόνο από εκπαιδευμένο προσωπικό ΤΟ φορείο με ρόδες υπάρχει συνήθως στο ασθενοφόρο. Μπορεί να προσαρμοστεί με πολλούς τρόπους, από οριζόντια θέση μέχρι σαν καρέκλα, ώστε να ταιριάζει στον πάσχοντα.

Ο άλλος τύπος ειδικού φορείου είναι το φορείο διάσωσης Είναι σχεδιασμένο για τη μετακίνηση πασχόντων από μαιρεί που προσεγγίζονται δύσκολα, όπως απότομες πλαγιές, και πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο από εκπαιδευμένο προσωπικό διάσωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

3.1 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ: ΚΑΚΟΙ ΔΡΟΜΟΙ, ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΟΔΗΓΗΣΗ

Η κακή κατάσταση των δρόμων αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες πρόκλησης ατυχημάτων, όπως και η επιθετική οδήγηση, οι πολλαπλές παραβάσεις των οδηγών και η έλλειψη κυκλοφοριακής αγωγής.

Ο παράγοντας δρόμος είναι υπεύθυνος για το 1/3 των τροχαίων ατυχημάτων. Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι η δημιουργία αριστερών και δεξιών λωρίδων κυκλοφορίας για τη στροφή των οχημάτων προκάλεσε μείωση κατά 20–30% στις μετωπικές συγκρούσεις. Η ανακατασκευή των ολισθηρών οδοστρωμάτων μείωσε κατά 30–40% τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων. Ο ικανοποιητικός φωτισμός του οδικού δικτύου επέφερε μια μείωση της τάξης του 20–30% των συγκρούσεων. Η αυξημένη ορατότητα των σημάτων του οδικού δικτύου ελάττωσε κατά 30–40% τον αριθμό των μετωπικών συγκρούσεων. Η ικανοποιητική ορατότητα του δρόμου και οι περιορισμοί στάθμευσης βρέθηκε ότι μειώνουν κατά 20–30% τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων. Τέλος, η κατασκευή διαβάσεων για τους πεζούς, καθώς και ο κατάλληλος φωτισμός τους, μείωσαν κατά 10–20% τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων

. Η έρευνα υποδεικνύει ότι ο ανθρώπινος παράγοντας είναι υπεύθυνος για την πρόκληση των περισσότερων τροχαίων ατυχημάτων και έχει βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των οδηγών και του κινδύνου πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος. Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες ανθρώπινων παραγόντων που θεωρούνται υπεύθυνοι για τον αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος: (α) η επιδεξιότητα, (β) η εμπειρία, (γ) το ατομικό επίπεδο ανάπτυξης και η ωριμότητα και (δ) η κοινωνική κατάσταση και ο τρόπος ζωής. Η γενική ιδέα είναι ότι ο τρόπος που ένας οδηγός ζει, τα ενδιαφέροντά του και η προσωπικότητά του θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον κίνδυνο τροχαίου ατυχήματος που διατρέχει, καθώς επίσης και τις αντιλήψεις του για την κίνηση και την οδήγηση.

Η τάση των οδηγών να δημιουργούν παραβάσεις, η γρήγορη οδήγηση και η έλλειψη συγκέντρωσης κατά τη λήψη απόφασης έχουν βρεθεί να συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο τροχαίου ατυχήματος. Για παράδειγμα, οδηγοί που ανέφεραν ένα σχετικά μεγάλο αριθμό παραβάσεων αντιπροσωπεύονταν περισσότερο στα τροχαία ατυχήματα απ' ό,τι οι οδηγοί που διέπραξαν σφάλμα. Στη μελέτη αυτή, ως παράβαση ορίστηκε η εσκεμμένη απόκλιση από την ασφαλή οδήγηση –παραβίαση ερυθρού σηματοδότη– και ως σφάλμα ορίστηκε το λάθος ή η παράλειψη κατά την οδήγηση (μη έλεγχος καθρέπτη). Επομένως, μια μεγάλη αναλογία ατυχημάτων πιθανόν να προέρχεται από παραβάσεις σε άτομα με καλή τεχνική οδήγησης παρά από την τάση των οδηγών να διαπράττουν κάποιο σφάλμα.

Τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στην πρόκληση τροχαίου ατυχήματος είναι αντικρουόμενα. Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι οι οδηγοί μεγάλης ηλικίας παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα να εμπλακούν σε τροχαίο ατύχημα. Αντίθετα, σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η ηλικία αποτελεί βασικό παράγοντα πρόκλησης ατυχήματος και μάλιστα η ηλικία >60 ετών συσχετίζεται με υψηλό κίνδυνο θανατηφόρου τραυματισμού. Οι νεαρότεροι οδηγοί είναι πιθανότερο να τραυματιστούν θανάσιμα σε τροχαίο ατύχημα με ένα εμπλεκόμενο όχημα, ενώ οι πιο ηλικιωμένοι με δύο ή περισσότερα εμπλεκόμενα οχήματα. Αυτό συμβαίνει επειδή οι νεαρότεροι οδηγοί έχουν την τάση να οδηγούν με μεγαλύτερες ταχύτητες, ενώ οι πιο ηλικιωμένοι παρουσιάζουν έλλειψη συγκέντρωσης και αδυναμία παρατήρησης. Ένα άλλο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν αρκετές μελέτες είναι το γεγονός ότι οι νέοι οδηγοί έχουν πολύ υψηλή αναλογία οδικών τροχαίων ατυχημάτων επειδή διανύουν περισσότερα χιλιόμετρα. Μελέτη στη χώρα μας έδειξε ότι για τα οδικά τροχαία ατυχήματα στα άτομα νεαρής ηλικίας ευθύνεται κυρίως η επιθετική συμπεριφορά, που έχει ως αποτέλεσμα την πραγματοποίηση παραβιάσεων και την απροσεξία από μέρους του οδηγού. (Καρδαρά, Παπαζαφειροπούλου 2009)

3.2 ΑΛΚΟΟΛ, ΦΑΡΜΑΚΑ, ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΗΣΗ

Η κακή και ανεξέλεγκτη χρήση αλκοολούχων ποτών δημιουργεί μεγάλα και σοβαρά προβλήματα με συνέπειες τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το φαινόμενο είναι παγκόσμιο και δε φαίνεται να μειώνεται. Μεταξύ άλλων, το αλκοόλ αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες δημιουργίας παντός είδους ατυχημάτων, από τα οποία τα περισσότερα είναι τροχαία με σημαντικό αριθμό νεκρών. Σύμφωνα και με πρόσφατες μελέτες, το πρόβλημα εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην Ελλάδα. Παράλληλα, τα φάρμακα φαίνεται ότι εμπλέκονται σε ένα σημαντικό βαθμό στα τροχαία ατυχήματα. Η επίδραση των φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης είναι πολλαπλή. Αν και σε μεγάλο αριθμό φαρμάκων, στο φύλο οδηγίων αναφέρεται υποχρεωτικά η πληροφορία σχετικά με το εάν επηρεάζουν ή όχι την οδήγηση, πολύ σπάνια οι γιατροί, κατά τη συνταγογράφηση επικίνδυνων στην οδήγηση φαρμάκων ενημερώνουν τους ασθενείς για την επίδραση που μπορεί να έχουν αυτά στην ικανότητα οδήγησης. (Σίμου 2008)

Μην έχετε ψευδαισθήσεις: Ακόμη και ένα αλκοολούχο ποτό είναι αρκετό για να επηρεάζει σοβαρά την ικανότητα σας να οδηγείτε καλά, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες σας να σκορπίσετε θάνατο. Έχει υπολογιστεί ότι ένα ποτήρι μπίρα ή μια μεζούρα ενός άλλου αλκοολούχου ποτού, λικέρ ή ουίσκι, αυξάνει το περιεχόμενο σε αλκοόλ του αίματος σε σημείο που να είναι αρκετό για να διπλασιάζει τον κίνδυνο θανάτου σε οδικό δυστύχημα με εμπλοκή ενός μόνο αυτοκινήτου. Πράγματι το αλκοόλ στο αίμα δεν είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει την ασφάλεια. Άλλοι παράγοντες που δυνατόν να συνυπάρχουν, αυξάνουν δραματικά τον κίνδυνο θανάτου ακόμη και μετά από την κατανάλωση 1 ή 2 αλκοολούχων ποτών, έστω και εάν η ποσότητα αλκοόλ αίματος βρίσκεται εντός των επιτρεπτών ορίων.

Το αλκοόλ μπορεί να δρα συνεργιστικά με ορισμένα φάρμακα όπως τα ηρεμιστικά, μερικά αναλγητικά ή τα αντισταμινικά. Η συνεργεία αυτή ακόμη και μετά από 1 έως 2 αλκοολούχα ποτά, δημιουργούν πολύ μεγάλη νύστα στον οδηγό. Έτσι αυξάνονται δραματικά οι κίνδυνοι δυστυχήματος. Το αλκοόλ μειώνει τη ετοιμότητα του νευρικού μας συστήματος. Μειώνει την ταχύτητα αντίδρασης διότι καταστέλλει τα αντανακλαστικά μας. Επηρεάζει την κρίση και επιβραδύνει τη λήψη αποφάσεων. Σε μια πολύπλοκη και σύνθετη διαδικασία

όπως η οδήγηση αυτοκινήτου που απαιτεί πολλές δεξιότητες και λήψη ταχύτατων αποφάσεων, ένα αλκοολούχο ποτό μόνο του ή σε συνδυασμό με στέρηση ύπνου ή κάποια φάρμακα, δυσκολεύει τον οδηγό να βλέπει σωστά το δρόμο, να παρακολουθεί τα άλλα αυτοκίνητα, να προσέχει τους πεζούς, να αντιλαμβάνεται την ταχύτητα του, να μπορεί να παρκάρει και να χειρίζεται έγκαιρα και σωστά το τιμόνι του. Στατιστικά στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνουν ότι 40% όλων των θανάτων σε οδικά δυστυχήματα οφείλονται σε οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Αυτό σημαίνει ότι στη χώρα αυτή κάθε χρόνο, πεθαίνουν περίπου 17.000 άνθρωποι λόγω οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ.

Εάν είστε με φίλους κάπου, αποθαρρύνετε με έντονο τρόπο αυτούς που θα οδηγήσουν, να πουν έστω και ένα αλκοολούχο ποτό. Μην μπαίνετε σε αυτοκίνητο που θα οδηγήσει άτομο που έχει πει αλκοόλ. Προτιμήστε να καλέσετε ένα ταξί για να πάτε στο προορισμό σας αντί να δεχτείτε να μείνετε σε αυτοκίνητο με οδηγό που έχει πει αλκοόλ. Εάν έχετε καλεσμένους στο σπίτι σας, μην δίνετε ιδιαίτερη σημασία σε αλκοολούχα ποτά. Να προσφέρετε περισσότερα μη αλκοολούχα ποτά και είναι καλό να υπενθυμίζετε στους καλεσμένους σας, τους κινδύνους του έστω και ενός αλκοολούχου ποτού για τη ασφάλεια τους κατά την οδήγηση. Σταματάτε να προσφέρετε αλκοόλ, περίπου ενάμισι ώρα πριν το χρόνο κατά τον οποίο υπολογίζετε ότι το πάρτι ή το δείπνο σας θα τελειώσει και οι καλεσμένοι σας θα επιστρέψουν πίσω στα σπίτια τους.

Η πρόληψη των θανάτων, τραυματισμών και αναπηριών λόγω των οδικών δυστυχημάτων είναι υπόθεση όλων μας. Μόνο με κοινή, συνεχή προσπάθεια θα έχουμε αποτελέσματα και μείωση του ατέλειωτου κατάλογου θυμάτων οδικών δυστυχημάτων. Στο τομέα της καταπολέμησης της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, μπορούμε όλοι μας, σε πολλές ευκαιρίες να συμβάλλουμε αποτρέποντας άτομα που θα οδηγήσουν να πίνουν έστω και ένα αλκοολούχο ποτό. Πολλοί «ασυνείδητοι» οδηγοί ψάχνουν τρόπους όχι πως να μην οδηγήσουν αφού έχουν πει αλλά το πως θα αποφύγουν τον έλεγχο και το αλκοτέστ εάν τους σταματήσουν. Εφαρμόζουν πρακτικές όπως να τρώνε σοκολάτες ή να αναζητούν στους φαρμακοποιούς φίλους τους σκευάσματα που θα τους βγάλουν από την δύσκολη θέση εάν τους πιάσουν να οδηγούν μετά που θα έχουν πει. Θα πρέπει όλοι αυτοί οι «ανεγκέφαλοι», υποψήφιοι «δολοφόνοι» να καταλάβουν ότι

ΟΔΗΓΗΣΗ + ΑΛΚΟΟΛ = ΘΑΝΑΤΟΣ.

Και ακόμη όλοι οι νέοι θα πρέπει να βάλουν βαθιά μέσα στο μυαλό και στην ψυχή τους ότι ένα ποτήρι μύρα η ένα σφηνάκι ούισκι παραπάνω δεν μπορούν πότε να ανταλλάγουν με μία ανθρωπινή Ζωή.

Καλό είναι να αποφεύγεται το αλκοόλ αλλά όταν χρησιμοποιείται να χρησιμοποιείται με μέτρο για την διασκέδασή μας και ποτέ μα ποτέ μετά το αλκοόλ, οδήγηση. Υπάρχουν τόσοι άλλοι τρόποι να επιστρέψεις σπίτι σου ζωντανός δεν χρειάζεται ούτε να αυτοκτονήσεις οδηγώντας μεθυσμένος ούτε να σκοτώσεις κάποιον συνάνθρωπό σου. (Ανώνυμος 2007)

Πώς το αλκοόλ επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης;

Η ικανότητα οδήγησης επηρεάζεται σημαντικά ακόμα και στην περίπτωση που ο οδηγός εξακολουθεί να αισθάνεται ‘καλά’. Το αλκοόλ είναι ουσία με κατασταλτική δράση, η οποία επηρεάζει πολλές περιοχές του εγκεφάλου.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν οδηγείς μηχανοκίνητο δίκυκλο ή ποδήλατο διατρέχεις μεγαλύτερο κίνδυνο διότι μειώνεται η αίσθηση της ισορροπίας ακόμα και με μικρή ποσότητα αλκοόλ.

Συγκεκριμένα, το Αλκοόλ:

- Επιβραδύνει τις λειτουργίες του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την αργή λήψη αποφάσεων.
- Μειώνει την ικανότητα του ατόμου να υπολογίζει την ταχύτητα και την απόσταση από αυτοκίνητα, ανθρώπους ή αντικείμενα.
- Δημιουργεί τη ψευδαίσθηση ότι “οδηγείς καλύτερα”.
- Αυξάνει την αίσθηση της κούρασης και την υπνηλία.
- Μειώνει τα αντανακλαστικά και το συντονισμό των κινήσεων.
- Μειώνει το οπτικό πεδίο.

Τα ναρκωτικά είναι απαγορευμένες ουσίες και η χρήση τους απαγορεύεται σύμφωνα με τον περί Ναρκωτικών και Ψυχοτρόπων Ουσιών Νόμο. Η οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών είναι ακόμα ένας συντελεστής θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων. Οι χρήστες ναρκωτικών όπως και οι καταναλωτές οινοπνεύματος αν εμπλακούν σε δυστύχημα μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο όχι μόνο τη ζωή τους αλλά και τις ζωές αθώων συνανθρώπων τους.

Πώς τα ναρκωτικά επηρεάζουν την οδήγηση;

Κάνναβης:

- Επηρεάζει την οδήγηση ακόμη και όταν δεν υπάρχουν φανερά σημεία επίδρασης
- Εξασθενεί τις πνευματικές λειτουργίες
- Αποσπά τη συγκέντρωση κατά την οδήγηση
- Επηρεάζει την όραση και την αντίληψη
- Μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές.

MDMA (έκσταση) και άλλες Αμφεταμίνες:

- Προκαλούν υπερεκτίμηση των ικανοτήτων οδήγησης
- Επηρεάζουν την όραση
- Ωθούν το άτομο σε ριψοκίνδυνες πράξεις
- Αποσπών τη συγκέντρωση κατά την οδήγηση
- Ορισμένες φορές προκαλούν παραισθήσεις
- Αυξάνουν την επιθετικότητα
- Το άτομο γίνεται υπερευαίσθητο με αποτέλεσμα ο οδηγός να γίνεται επιθετικός
- Οδηγεί σε ανωμαλίες στη μορφολογία και λειτουργία του εγκεφάλου

Κοκαΐνη:

- Αυξάνει την πιθανότητα ριψοκίνδυνης οδήγησης
- Δρα όπως η έκσταση και οι άλλες αμφεταμίνες
- Προκαλεί ακραία επιθετικότητα και βίαιη συμπεριφορά
- Προκαλεί απόσπαση της προσοχής
- Μερικές φορές προκαλεί αντικοινωνική και παρανοϊκή συμπεριφορά
- Μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικά προβλήματα – σπασμούς
- Μερικές φορές προκαλεί ψευδαισθήσεις
- Μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ανακοπή

Οπιοειδή (Ηρωίνη):

- Αποσπών την προσοχή
- Μειώνουν την αντίληψη
- Προκαλούν υπνηλία
- Μειώνουν τα αντανακλαστικά
- Έχουν κατασταλτική δράση
- Θολώνουν την όραση
- Μειώνουν την ισορροπία, τον προσανατολισμό και τη συγκέντρωση

3.3 ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑ

Άγνοια, στενοκεφαλιά, αλλά και μία ανόητη πρακτική για προαγωγές, είναι η αιτία που η Τροχαία στήνει «παγανιές», μοιράζει όσο περισσότερες κλήσεις μπορεί και αποδίδει όλα τα τροχαία δυστυχήματα στη δήθεν υπερβολική ταχύτητα. Πολλά χρόνια τώρα, απαιτούμε από τους αρμοδίους της Τροχαίας να ερευνούν (και να ανακοινώνουν) τις πραγματικές αιτίες όλων των τροχαίων δυστυχημάτων. Γιατί αυτό θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε τα λάθη μας, αλλά και να βρούμε αυτούς που πραγματικά ευθύνονται για τα δυστυχήματα.

Η τροχαία όμως δεν είχε τις γνώσεις, τα μέσα και τις εντολές να ερευνά σε βάθος κάθε δυστύχημα. Έφευγε λοιπόν ένα αυτοκίνητο από το δρόμο, σκοτωνόταν κάποιος συνάνθρωπός μας κι εμείς μαθαίναμε από τα ΜΜΕ ότι αιτία ήταν (και πάλι) η... υπερβολική ταχύτητα. Λέγαμε λοιπόν τα γνωστά: «Καλά να πάθουν αφού έτρεχαν», «να γιατί σκοτώνονται», «εμείς δεν τρέχουμε, άρα δεν θα σκοτωθούμε» κι άλλες τέτοιες ανοησίες, που βεβαίως μας οδηγούσαν σε λάθος συμπεράσματα και δεν μας βοηθούσαν καθόλου. Αν όμως η Τροχαία είχε την απαραίτητη εκπαίδευση στη νέα τεχνολογία και σύγχρονα ηλεκτρονικά βοηθήματα, θα μπορούσε να βρει και να μας πει τις πραγματικές αιτίες. Θα μας έλεγε, δηλαδή, ότι ο οδηγός του αυτοκινήτου που τράκαρε ήταν μεθυσμένος. Ότι ο οδηγός και οι επιβάτες που έχασαν τη ζωή τους δεν φορούσαν ζώνη ασφαλείας. Ότι ο αναβάτης που έμεινε παράλυτος δεν φορούσε κράνος. Ότι ο οδηγός που σκότωσε τον πεζό δεν φορούσε τα γυαλιά του, έπαιρνε χάρη για την πίεση ή κοιμήθηκε στο τιμόνι γιατί έπασχε από υπνική άπνοια. Ότι το αυτοκίνητο που πέρασε στο απέναντι διάζωμα είχε λάστιχα φαγωμένα (ή φρέναρε μόνον ο ένας τροχός), αλλά είχε πάρει συγχωροχάρτι από το ΚΤΕΟ με τον γνωστό τρόπο. Ότι (στο σημείο όπου έγινε το δυστύχημα) ο δρόμος είχε μια «παγίδα», γλιστρούσε υπερβολικά, είχε ανάποδη κλίση κ.λπ.

Όλα αυτά, δηλαδή, που πρέπει να μαθαίνουμε, όχι για να ικανοποιήσουμε την περιέργειά μας, αλλά για να βάλουμε το μυαλό μας να δουλέψει και να αποφύγουμε τα ίδια λάθη. Γιατί, όπως είπαμε, όταν μας λένε ότι για όλα φταίει η υπερβολική ταχύτητα, εμείς δεν δίνουμε καμία σημασία. Όταν όμως μας πουν, για παράδειγμα,

ότι το αυτοκίνητο που έπεσε στον γκρεμό είχε φαγωμένα λάστιχα, θα μπορούμε σε σκέψεις. Και θα λέμε: Είδες τι έπαθε αυτός; Μήπως είναι καλύτερα να μη βάλουμε στο αυτοκίνητό μας εκείνο το πανάκριβο στερεοφωνικό, αλλά να πάρουμε 4 καινούργια λάστιχα;

Από την άλλη πλευρά, η υπερβολική ταχύτητα δεν είναι ένα απόλυτο νούμερο κι εξαρτάται από τις συνθήκες. Πρώτον, γιατί όταν οδηγούμε σε έναν κλειστό αυτοκινητόδρομο με ιδανικές συνθήκες, μπορεί τα 140 χλμ./ώρα να μην είναι υπερβολική ταχύτητα, αλλά μέσα στους στενούς, γεμάτους κόσμο, δρόμους της πόλης, ακόμα και τα 30 χλμ./ώρα μπορεί να είναι. Και δεύτερον, υπερβολική ταχύτητα δεν είναι πάντα η υπέρβαση του ορίου ταχύτητας γιατί στη χώρα μας υπάρχουν σήματα με ανώτατο όριο τα 30 ή και 20 χλμ./ώρα, τα οποία μας κάνουν με το ζόρι παραβάτες και (το χειρότερο) μας μαθαίνουν να αδιαφορούμε για όλα τα σήματα. Βλέπουμε, δηλαδή, το όριο των 20 χλμ./ώρα (σε ένα δρόμο όπου μπορούμε να κινηθούμε πολύ πιο γρήγορα και με απόλυτη ασφάλεια), λέμε ότι το έβαλε (ή το ξέχασε) κάποιος ανόητος, το προσπερνάμε με 50 - 60 χλμ./ώρα και πέφτουμε πάνω στα μπλόκα της Τροχαίας που στήνεται εκεί για να μοιράσει κλήσεις. Πάμε μετά πιο κάτω, όπου κάποιος μελέτησε και αποφάσισε ότι η ανώτατη ταχύτητα πρέπει να είναι τα 70 χλμ./ώρα, σκεφτόμαστε ότι και αυτό το όριο είναι λάθος, περνάμε με 110 - 120 χλμ./ώρα και βγαίνουμε από το δρόμο. (Σταθάκης 2008)

3.4 ΚΟΥΡΑΣΗ, ΥΠΝΟΣ ΣΤΟ ΤΙΜΟΝΙ

Η κόπωση είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την ασφαλή οδήγηση. Τα τροχαία ατυχήματα που έχουν προκληθεί από οδηγούς που έχουν αποκοιμηθεί στο τιμόνι είναι μοιραία, καθώς ο οδηγός δεν είναι σε θέση να αντιδράσει (φρένο, αλλαγή πορείας κτλ). Ο καλός προγραμματισμός του ταξιδιού μας και η ανάδρασή μας σε συνθήκες κόπωσης κατά την οδήγηση μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες ατυχήματος και να παρέχουν ασφάλεια σε εμάς και τους γύρω μας.

Συμβουλές για την αντιμετώπιση της κόπωσης:

1. Ξεκινήστε το ταξίδι σας ξεκούραστοι. Εξασφαλίστε έναν καλό ύπνο τουλάχιστον 7 -κατά προτίμηση βραδινών- ωρών πριν οδηγήσετε.
2. Μην κάνετε μεγάλα γεύματα πριν από το ταξίδι σας.
3. Μην πίνετε αλκοόλ πριν οδηγήσετε και ενώ είστε κουρασμένοι. Η κούραση πολλαπλασιάζει κατά πολύ την επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό.
4. Προσπαθήστε να αποφύγετε την οδήγηση τις ώρες που γνωρίζετε ότι ο οργανισμός σας είναι βιολογικά προγραμματισμένος για ύπνο.
5. Προτιμήστε να οδηγείτε με συνεπιβάτη. Έτσι μπορεί κάποιος να ελέγχει το βαθμό της κούρασής σας και επιπλέον να σας ξεκουράσει με εναλλαγή της οδήγησης
6. Κατά τη διάρκεια του ταξιδιού σας κάνετε μικρά διαλείμματα, περίπου κάθε δύο ώρες, για ξεκούραση
7. Αν αισθανθείτε κουρασμένοι ενώ οδηγείτε, σταματήστε σε ασφαλή χώρο ανάπαυσης, τον οποίο είναι καλό να έχετε εντοπίσει από πριν, και ξεκουραστείτε για 15-30 λεπτά
8. Ο καφές βελτιώνει σημαντικά την εγρήγορση, αλλά δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον ύπνο. Επιδρά στον οργανισμό μισή ώρα μετά την κατανάλωσή του και η

επίδραση διαρκεί 2-3 ώρες. Η επίδραση αυτή μπορεί να είναι αρκετά μειωμένη σε οργανισμούς που είναι συνηθισμένοι στη λήψη καφεΐνης

9. Ειδικά αν είστε επαγγελματίας οδηγός, ο καλός προγραμματισμός των καθημερινών δρομολογίων σας με ξεκούραση πριν την οδήγηση και μικρά διαλείμματα κάθε δύο ώρες, παρέχει ασφάλεια στο ταξίδι σας

Αν αγνοήσετε τα προμηνύματα της κόπωσης υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να κοιμηθείτε στο τιμόνι 3-5 δευτερόλεπτα. **Στον ύπνο αυτόν του δευτερολέπτου οφείλονται τα περισσότερα ατυχήματα στους αυτοκινητόδρομους.** Αν συμβεί αυτό ενώ οδηγείτε με 100 χλμ. την ώρα, το αυτοκίνητό σας διανύει απόσταση 100 μέτρων, χωρίς έλεγχο, ενώ ο χρόνος είναι αρκετός για να βγείτε εκτός δρόμου ή στο αντίθετο ρεύμα και να συγκρουσθείτε με άλλο όχημα. Η πιο σωστή αντιμετώπιση είναι ο ύπνος! Αν νιώσετε κουρασμένοι, σταματήστε σε ασφαλή χώρο ανάπαυσης και κοιμηθείτε για 15-30 λεπτά. (Ανώνυμος 2009)

3.5 ΜΗ ΤΗΡΗΣΗ ΚΑΝΟΝΩΝ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η οδική ασφάλεια είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στον οποίο δεν έχει δοθεί από την πολιτεία η σημασία που θα έπρεπε. Τα θύματα είναι κυρίως νέοι άνθρωποι, αυτό δεν το θέλουμε. Σκοπός μας είναι η ενημέρωση για την μάστιγα αυτή της κοινωνίας μας. Αναδεικνύοντας το πρόβλημα αποδεικνύουμε πως υπάρχει και ότι στοιχίζει ζωές. Πρέπει ως πολίτες να γίνουμε πιο υπεύθυνοι, πιο προσεκτικοί, πιο ενημερωμένοι, πιο σκεπτικοί, τα τροχαία δεν κάνουν διακρίσεις, συμβαίνουν στον καθένα. Η πολιτεία πρέπει να παρέχει εκπαίδευση και να βελτιώνει στις συνθήκες των οδικών αρτηριών. Η οδική ασφάλεια είναι εθνικό ζήτημα αλλά και ευθύνη του καθενός μας.

Ο δεκάλογος της οδικής ασφάλειας σύμφωνα με τον Ιαβέρη είναι ο εξής :

(Για τους λίγους που δεν γνωρίζουν, ο Ιαβέρης έτρεχε σε αγώνες Ράλι Ακρόπολης, είναι επαγγελματίας οδηγός και έχει ιδρύσει μια Σχολή Ασφαλούς Οδήγησης.)

- Η ασφαλής οδήγηση είναι και φιλική προς το περιβάλλον
- Η συνομιλία μέσω κινητού με χρήση συσκευής ανοικτής ακρόασης επιτρέπεται, καλό είναι όμως να γνωρίζουμε ότι μπορεί να προκαλέσει την απόσπαση της προσοχής του οδηγού.
- Αποφεύγουμε τις σοβαρές συζητήσεις στη διάρκεια της οδήγησης. Αν είναι αναγκαίο να μιλήσουμε στο κινητό για ένα θέμα που απαιτεί προσοχή, επιβάλλεται αν σταματήσουμε σε ασφαλές σημείο στάθμευσης για να πραγματοποιήσουμε την κλήση.
- Η πληκτρολόγηση η ανάγνωση σύντομου μηνύματος κατά την οδήγηση πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος.
- Αλκοόλ και οδήγηση δεν πάνε ΠΟΤΕ μαζί. Εάν πρόκειται να πιούμε , επιλέγουμε τον οδηγό της παρέας που δεν πίνει η χρησιμοποιούμε ταξί η Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Ακόμη και μικρή ποσότητα αλκοόλ μειώνει την ικανότητα του οδηγού να αντιδράσει σωστά σε πιθανό εμπόδιο η κίνδυνο. Ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά σε περίπτωση ταυτόχρονης λήψης φαρμάκων.
- Η λήψη φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται γενικότερα κατά την οδήγηση. Αν υπάρχει απαγόρευση οδήγησης και στις σχετικές οδηγίες δεν πρέπει να την παραβούμε σε καμιά περίπτωση.

- Πριν από το ταξίδι φροντίζουμε να έχουμε κοιμηθεί καλά ενώ κατά την διάρκειά του κάνουμε κάθε δύο η τρεις ώρες στάσεις για ξεμούδιασμα και ξεκούραση.
- Πέρα από τον απαραίτητο εξοπλισμό που πρέπει να έχουμε όπως (πυροσβεστήρα, τρίγωνο, και πρώτες βοήθειες) καλό είναι να έχουμε μαζί μας και αντανακλαστικό γιλέκο, μια κουβέρτα η ζεστά ρούχα για περίπτωση ανάγκης, όπως και να ενημερωνόμαστε για τον καιρό πριν την αναχώρηση, αλλά και κατά την διάρκεια, αν αυτό είναι εφικτό.
- Μόνο η τήρηση των αναγκαίων αποστάσεων ασφαλείας είναι σε θέση να μας εξασφαλίσει τον απαραίτητο χρόνο αντίδρασης για την αποφυγή ενός ατυχήματος.
- Τα βρέφη έως και 12 μηνών θα πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικό κάθισμα και με φορά αντίθετη με την κίνηση του αυτοκινήτου.
- Τα παιδιά ηλικίας ως και 12 ετών κάθονται πάντα σε ειδικό παιδικό κάθισμα, κατάλληλο για το βάρος και το ύψος τους.
- Η προοπτική κάλυψης μια μεγάλης απόστασης κατά την διάρκεια ενός ταξιδιού μας επιβάλλει την ανάγκη για αύξηση της ταχύτητας, δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να υποτιμάμε τους κινδύνους που κρύβει η υπερβολική ταχύτητα και αν υποκύπτουμε αυξάνοντας την πέρα από τα νόμιμα όρια.
- Διατηρούμε πάντα το όχημα στη βέλτιστη τεχνική κατάσταση κυρίως το χειμώνα όμως, ώστε να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις. (Ανώνυμος 2009)

3.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΚΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΔΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ

Προβληματισμός προκύπτει από την καταγραφή της άποψης των Κρητικών σχετικά με τον βαθμό επικινδυνότητας του κάθε νομού τους σε σχέση με τους άλλους νομούς της Κρήτης και της υπόλοιπης Ελλάδας, αλλά και αισιοδοξία από τη θετική στάση τους απέναντι στα προληπτικά μέτρα της τροχαίας. Υψηλής επικινδυνότητας κρίνεται το οδικό δίκτυο της Κρήτης αφού οι κάτοικοι της Μεγαλονήσου υποστηρίζουν σε ποσοστό 71,4% ότι είναι δίκτυο υψηλής επικινδυνότητας, το 24,2% το χαρακτηρίζει δίκτυο με μέτρια επικινδυνότητα και μόλις το 4,4% δηλώνει ότι το οδικό δίκτυο της Κρήτης είναι χαμηλής επικινδυνότητας. Τα δεδομένα αυτά προκύπτουν αφού η συντριπτική πλειοψηφία των κατοίκων κάθε Νομού της Κρήτης σε ποσοστό άνω του 70% θεωρούν ότι το οδικό δίκτυο του Νομού τους είναι υψηλής επικινδυνότητας σε σχέση με τους άλλους Νομούς της Ελλάδας με εξαίρεση τους κατοίκους του Νομού Λασιθίου οι οποίοι κατατάσσουν τον Νομό τους επικίνδυνο σε ποσοστό της τάξεως του 50,1%, με μέτρια επικινδυνότητα 36%, ενώ σε ποσοστό της τάξεως του 13% οι κάτοικοι του Λασιθίου χαρακτηρίζουν το οδικό δίκτυο του Νομού τους δίκτυο χαμηλής επικινδυνότητας.

Η υπερβολική ταχύτητα (24,7%) ακολουθούμενη από την κατανάλωση αλκοόλ (19,0%) αποτελούν τα κύρια αίτια για την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων σύμφωνα με την παρούσα δημοσκόπηση, γεγονός που αντικατοπτρίζει το τον υψηλό βαθμό υπευθυνότητας και υπαιτιότητας των ίδιων των οδηγών ανεξαρτήτου ποιότητας και λειτουργικότητας του οδικού δικτύου και των υπόλοιπων υποδομών σχετικά με την υπάρχουσα δυσάρεστη κατάσταση του αυξανόμενου αριθμού ατυχημάτων στην Κρήτη. Το 6,5% των ερωτηθέντων υπέδειξε την κακή συμπεριφορά και οδήγηση ως σημαντικότερο πρόβλημα ενώ δεν έλειψαν και εκείνοι που ανέφεραν τις αντικανονικές προσπεράσεις, την παραβίαση προτεραιότητας, την μη χρήση ζώνης και κράνους ασφαλείας ως τα σημαντικότερα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων.

Οι πολίτες της Κρήτης σε ποσοστό μεγαλύτερο των 2/3 του δείγματος (69,4%) υποστηρίζουν σύμφωνα με την εμπειρία τους ότι τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν στο εθνικό δίκτυο 69,4%, στο επαρχιακό δίκτυο 22,0%, ενώ μόλις ένα ποσοστό ύψους 8,6% υποστηρίζει ότι τα περισσότερα τροχαία συμβαίνουν σε αστικές περιοχές.

Όσο αφορά στα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα η πλειοψηφούσα άποψη 75,1 % είναι ότι συμβαίνουν στο εθνικό δίκτυο της Κρήτης, 18,2 % στο επαρχιακό και 6,7 % στις αστικές περιοχές. Ενώ για τα ατυχήματα με τραυματισμούς παρατηρείται ότι οι Κρητικοί έχουν κάνει διαφορετική εκτίμηση και σε ποσοστό 42,6% δηλώνουν ότι αυτά συμβαίνουν στο εθνικό δίκτυο, 29,7 % στο επαρχιακό και ποσοστό της τάξεως του 27,7 % στις αστικές περιοχές. Η δημοσκόπηση εξέτασε την άποψη του κοινού σε θέματα υποδομών ,εξοπλισμού και λειτουργικότητας του οδικού δικτύου της Κρήτης όπου οι πολίτες της Μεγαλονήσου εξέφρασαν την έντονη δυσαρέσκεια τους για την ποιότητα και την κατάσταση του οδοστρώματος , τον μη λειτουργικό του φωτισμό και την ελλιπή σηματοδότηση του οδικού δικτύου. Τη διάσταση αυτή που αναπτύχθηκε την εξετάσαμε μέσα στις τάσεις που αναπτύσσονται στους κατοίκους κάθε Νομού. Συγκεκριμένα οι κάτοικοι του Νομού Ηρακλείου χαρακτηρίζουν 59,8 % κακή την κατάσταση και ποιότητα του οδικού δικτύου του Νομού τους ,οι κάτοικοι του Νομού Χανίων 57,2 % και οι κάτοικοι του νομού Λασιθίου 56,4 % , με τους κατοίκους του Νομού Ρεθύμνου να διατυπώνουν περίπου δύο στους τρεις ότι το οδόστρωμα του Νομού τους βρίσκεται σε κακή κατάσταση.

Από την συγκριτική ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι οι Ρεθυμνιώτες αξιολογούν πιο αυστηρά την ποιότητα και τη λειτουργικότητα του φωτισμού του δικτύου στο Νομό τους , και τη σηματοδότηση από ότι οι υπόλοιποι Κρήτες τον Νομό τους αντίστοιχα. Σε ποσοστό 61,7 % δηλώνουν ότι κρίνουν κακή την ποιότητα και τη λειτουργικότητα του φωτισμού, ενώ ακολουθεί η άποψη των κατοίκων του Νομού Χανίων με 47,3 % , του Ηρακλείου 45,7 % και τελευταία η γνώμη των κατοίκων του Νομού Λασιθίου οι οποίοι χαρακτηρίζουν ανεπαρκή και μη λειτουργικό τον φωτισμό στον Νομό τους σε ποσοστό της τάξεως του 44,8 %.

Όσο αφορά στην αξιολόγηση της επάρκειας της σηματοδότησης του οδικού δικτύου κάθε Νομού και εδώ οι κάτοικοι του Ρεθύμνου φαίνεται να μην είναι καθόλου ευχαριστημένοι αφού σε ποσοστό 76,6 % κρίνουν τη σηματοδότηση << καθόλου >> ή λίγο επαρκή και λειτουργική , με τους κατοίκους του Ηρακλείου να ακολουθούν και να εκφράζουν την ίδια άποψη σε ποσοστό της τάξεως του 63,6 % , με 53,1 % οι κάτοικοι του Νομού Χανίων και τέλος σε ποσοστό 47 % οι κάτοικοι Λασιθίου οι οποίοι όπως διαφαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι και αυτοί που τοποθετούνται με περισσότερη επιείκεια σε σχέση με τους υπόλοιπους Κρητικούς σε θέματα αξιολόγησης του οδικού δικτύου και των άλλων σχετικών

παραμέτρων.

Η κοινή γνώμη φαίνεται να αξιολόγησε αρνητικά τον Βόρειο Οδικό Άξονα της Κρήτης αφού υποστηρίζει σχεδόν στο σύνολο της ότι δεν παρέχει την απαιτούμενη ασφάλεια για κυκλοφορία χωρίς τροχαία ατυχήματα και παρουσιάζει αρκετά προβλήματα.

Η έλλειψη από ράμπες εισόδου-εξόδου σημειώνεται ως το κυριότερο πρόβλημα (21,3%) του ΒΟΑΚ , ενώ η κυκλοφορία αγροτικών μηχανημάτων ακολουθεί με ποσοστό 15,6 %. Ως σημαντικό πρόβλημα του ΒΟΑΚ (10,8 %) και (10, 7%) αντίστοιχα σημειώνεται και η συχνή διέλευση του δρόμου από πεζούς αλλά και ζώα. Το 7,9 % και το 7,5 % αντίστοιχα του δείγματος κατέδειξε ως κύριο πρόβλημα τα σταθμευμένα οχήματα από τα κέντρα διασκέδασης και τις στάσεις των υπεραστικών λεωφορείων κατά μήκος του δρόμου. Ενδεικτικό της έλλειψης της απαιτούμενης ασφάλειας του οδικού δικτύου, εθνικού και επαρχιακού των Νομών της Κρήτης είναι ότι οι πολίτες σε ποσοστό 80,1 % δηλώνουν πως κυκλοφορούν μεγάλα οχήματα όπως φορτηγά, νταλίκες και αγροτικά μηχανήματα τα οποία εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα.

Αίσθηση πάντως προκαλεί η κριτική που ασκεί στην πολιτεία το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της Κρήτης αφού οι πολίτες δηλώνουν σε ποσοστό ύψους 92,0% ότι υπάρχουν κάποια σημεία στο εθνικό ή το επαρχιακό δίκτυο που κρίνονται ως ιδιαίτερα επικίνδυνα .Δηλαδή που δίνουν συχνά τροχαία ατυχήματα κυρίως θανατηφόρα ή με σοβαρούς τραυματισμούς ,και ταυτόχρονα δεν θεωρούν αρκετή και αποτελεσματική την προσπάθεια της πολιτείας για τη μείωση τους σε αυτά τα σημεία σε ποσοστό της τάξης του 75,0 %.

Ως αποτέλεσμα της αυστηρής κριτικής που ασκεί το κοινό στην πολιτεία, κρίνει την απόδοση της τροχαίας στην πρόληψη των ατυχημάτων μέτρια με ποσοστό 44,2 % , κακή 30,8 % , καλή 17,8 % και τέλος πολύ καλή σε ποσοστό 3,5 %. Αντίθετά με την άποψη που διατυπώνουν οι πολίτες απέναντι στην πολιτεία φαίνεται να είναι η γνώμη του κοινού για την προσπάθεια που καταβάλλουν οι τοπικές αρχές όσο αφορά στην ενημέρωση των πολιτών για τα τροχαία ατυχήματα και την οδική ασφάλεια γενικότερα. Σε σχετική ερώτηση το 48,8 % του δείγματος κρίνει ικανοποιητική την προσπάθεια των τοπικών αρχών στην ενημέρωση του κοινού, ενώ το 46,8 % την κρίνει ως ελλιπή. Αναφορικά με τον βαθμό ευθύνης που φέρουν οι οδηγοί σε ένα τροχαίο ατύχημα η άποψη της κοινής γνώμης είναι σαφής. Το 91,3 % του δείγματος υποστηρίζει ότι ευθύνονται οι οδηγοί και η συμπεριφορά τους στα

τροχαία ατυχήματα. Γεγονός που εκτιμάται ως θετικό αφού οι πολίτες της Κρήτης αναγνωρίζουν ότι ο ανθρώπινος παράγοντας είναι αρκετά σημαντικός στη πρόληψη και καταστολή των ατυχημάτων πέραν της κατάστασης και των προβλημάτων του οδικού δικτύου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 54,6 % των οδηγών δηλώνει πως η οδική τους συμπεριφορά επηρεάζεται από τους δρόμους που κυκλοφορούν και εκνευρίζονται εύκολα με τους άλλους οδηγούς. Σε αυτή την ερώτηση το 25,9 % απάντησε ότι η οδική συμπεριφορά τους επηρεάζεται λίγο και το 18,3 % καθόλου. Ταυτόχρονα με το ικανοποιητικό μερίδιο ευθύνης που φαίνεται να λαμβάνουν οι οδηγοί στην πρόκληση των ατυχημάτων, αντίφαση προκαλεί ότι ένα ποσοστό ύψους 40 % δηλώνει ευθαρσώς ότι αναγκάζεται να παρανομήσει για να φτάσει γρηγορότερα στον προορισμό του. Επεκτείνοντας την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι πολίτες θεωρούν τη σχέση μεταξύ συντήρησης οχήματος και τροχαίων ατυχημάτων σημαντική. Σε ποσοστό 53,9 % δηλώνουν ότι είναι άμεση , 25,4 % μάλλον άμεση , το 8,3 % ότι μάλλον δεν είναι άμεση και μόλις το 7,6 % ότι δεν είναι άμεση.

Σημαντική από την κοινή γνώμη κρίνεται και η λειτουργία του ΚΤΕΟ , αφού το 46,6 % των κατοίκων του νησιού πιστεύει ότι λειτουργεί σωστά, βοηθάει και δεν περιορίζεται σε τυπικούς ελέγχους των οχημάτων. Στην ίδια ερώτηση το 26,2 % απάντησε ότι η λειτουργία του είναι μάλλον σημαντική , το 12,6% μάλλον δεν είναι σημαντική και το 14,5% του δείγματος ότι δεν είναι σημαντική. Όπως προκύπτει από την πρόσφατη μέτρηση της των διαθέσεων κοινής γνώμης , οι κάτοικοι της Κρήτης υποστηρίζουν ότι οι μέθοδοι αστυνόμευσης π.χ. τα ραντάρ, τα συχνά μπλόκα, οι περιπολίες, η εμφανής αστυνόμευση κτλ. συμβάλλουν στη μείωση των ατυχημάτων. Σε σχετική ερώτηση το 36,9 % δηλώνει πως οι μέθοδοι αστυνόμευσης συμβάλλουν θετικά , το 13,5 % δηλώνει πολύ , το 10,8 % πάρα πολύ , το 25,3 % λίγο και το 10,8 % του δείγματος καθόλου.

Τέλος ,εντυπωσιακό είναι όπως χαρακτηριστικά σημειώνεται από την ανάλυση των δεδομένων ότι το 35,3 % του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει την εμπειρία ενός τροχαίου ατυχήματος , ενώ το 24,3 % ότι είχαν φίλοι ή συγγενείς. Ως συμπέρασμα, τα αποτελέσματα της δημοσκοπήσης αυτής μπορούν να επεκταθούν σε κάθε νομό της Ελλάδος, χωρίς μεγάλες διαφορές. Ζοπουνίδης (2009)

3.7 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι ακούσιοι τραυματισμοί είναι ένας κίνδυνος για την υγεία και την ευεξία σας, ανεξάρτητα από την ηλικία σας. Οι τραυματισμοί αυτοί μπορούν να συμβούν οπουδήποτε: στο δρόμο, στο χώρο εργασίας, στους δρόμους, στους χώρους αναψυχής, μέσα ή έξω από το σπίτι σας. Τα περισσότερα ατυχήματα μπορούν να προληφθούν καθώς δεν τα φέρνει η κακιά στιγμή, ούτε αποτελούν τυχαία γεγονότα που δεν μπορείτε να ελέγξετε.

Είναι πολλά αυτά που μπορείτε να κάνετε για να γίνει η ζωή σας ασφαλέστερη. Γνωρίζοντας περισσότερα σχετικά με το πώς συμβαίνουν τα ατυχήματα και πώς να διαχειρίζεστε τους κινδύνους, ώστε να υιοθετείτε ασφαλείς συμπεριφορές, θα είσαστε σε θέση να προάγετε τόσο την δική σας ασφάλεια όσο και των δικών σας ανθρώπων.

Ένας από τους ακούσιους τραυματισμούς που είναι και ο πιο μεγάλος στην ζωή μας και απαιτεί πλήρη συγκέντρωση είναι η οδήγηση που με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή και λάθη από απροσεξία μπορεί να αποβούν μοιραία.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε πως τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν μεγάλο κεφάλαιο για την χώρα μας. Σίγουρα μπορούμε όλοι να ευαισθητοποιηθούμε πάνω στο θέμα αυτό, και γιατί όχι να βοηθήσουμε ο καθένας με το δικό του τρόπο στην αποτελεσματική μείωση αυτής της χρόνιας μάστιγας που απειλεί τις ζωές μας.

Τι μπορείτε εσείς να κάνετε:

- όταν οδηγείτε προσπαθείτε να μειώνετε στο ελάχιστο οτιδήποτε μπορεί να αποσπάσει την προσοχή σας: αποφεύγετε να καπνίζετε, να τρώτε, να πίνετε, να μιλάτε στο κινητό
- το αλκοόλ και η οδήγηση δεν πάνε μαζί. Αν είστε έξω και έχετε καταναλώσει αλκοόλ, χρησιμοποιείστε τα μέσα μαζικής μεταφοράς για τις μετακινήσεις σας. Αν βγαίνετε έξω με παρέα αποφασίστε εκ των προτέρων ποιος από την παρέα δε θα πει αλκοόλ ώστε να φροντίσει ότι όλοι θα γυρίσουν στα σπίτια τους ασφαλείς.
- Έχετε υπόψη σας ότι η κόπωση και έλλειψη ύπνου επιβραδύνουν τις αντανακλαστικές αντιδράσεις σας και συνεπώς αυξάνουν τον κίνδυνο ατυχημάτων. Κάνετε τακτικές στάσεις στα μεγάλα ταξίδια. Αρκεί μια δεκαπεντάλεπτη στάση ανάπαυσης τουλάχιστον για κάθε δύο ώρες συνεχούς οδήγησης.

- Τηρείται τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας: μην ξεπερνάτε τα συνιστώμενα ανώτατα όρια ταχύτητας, λαμβάνετε πάντα υπόψη σας την προειδοποιητική σήμανση και διατηρείται μια απόσταση ασφαλείας από το προπορευόμενο όχημα. Θυμηθείτε ότι οδηγείτε ένα όχημα που μπορεί να τραυματίσει και ίσως να σκοτώσει άλλους χρήστες του δρόμου (π.χ. πεζούς, ποδηλάτες κοκ)
- Πείτε όχι σε πιθανές προκλήσεις άλλων οδηγών και διατηρείτε την ψυχραιμία σας. Μην οδηγείτε επιθετικά.
- Έχετε πάντα στο νου σας ότι μοιράζεστε τον δρόμο με άλλους που είναι πιο ευπαθείς από εσάς (π.χ. πεζοί, μοτοσικλετιστές, ποδηλάτες.)
- Προσαρμόστε την οδήγησή σας στις ανάγκες του δρόμου και στις καιρικές συνθήκες.
- Αν είστε νέος οδηγός καλό είναι να έχετε συνοδηγό σας ένας πιο έμπειρο οδηγό.(Ανώνυμος 2009, Πετρίδου 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Η Κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα αποτελεί μια από τις 3 βασικές λειτουργίες του κέντρου υγείας μαζί με την Ιατρική και Διοικητική υπηρεσία, όπως καθορίστηκαν από το νόμο 1379/83 που διέπει τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, αφού σύμφωνα με τον ίδιο νόμο τα ΚΥ αποτελούν επικεντρωμένες λειτουργικές μονάδες των νοσοκομείων.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής που εργάζεται στο κέντρο υγείας σύμφωνα με όσα αναφέραμε στο ανάλογο κεφάλαιο για τους παράγοντες που επέδρασαν και επιδρούν στη διαμόρφωση του ρόλου του, θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος με την ανάλογη εκπαίδευση ώστε να μπορεί να δίδει προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε όλα τα άτομα της κοινότητας. (Κυριακίδου 2000)

Σύμφωνα με το ANCC(1999a) , η δράση του κοινοτικού νοσηλευτή γενικών καθηκόντων αποτελεί ένα συγκερασμό της άσκησης της νοσηλευτικής, καθώς και της νοσηλευτικής δημόσιας υγείας, με στόχο την προαγωγή και τη διαφύλαξη της υγείας των πληθυσμών. Η άσκηση της νοσηλευτικής είναι γενική, περιεκτική, δεν περιορίζεται σε μία συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ή διάγνωση, είναι συνεχής και όχι περιστασιακή. Όταν οι κοινοτικοί νοσηλευτές ασχολούνται με τη φροντίδα ατόμων, οικογενειακών και ομάδων της κοινότητας, ο τρόπος με τον οποίο εργάζονται έχει ολιστικό χαρακτήρα. Η προαγωγή της υγείας, η διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση περιστατικού, ο συντονισμός και η συνέχιση της φροντίδας αποτελούν σημαντικές συνιστώσες της άσκησης της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Ο ειδικευμένος κοινοτικός νοσηλευτής είναι πτυχιούχος και οι ικανότητες τις οποίες έχει προάγουν την υγεία ολόκληρης της κοινότητας. Ο ειδικευμένος νοσηλευτής έχει μεγάλη κλινική εμπειρία σε ότι αφορά την εκτίμηση της κοινοτικής υγείας και την ικανότητα σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης προγραμμάτων που έχουν ως αντικείμενο τους τον πληθυσμό.(Nies and McEwen 2001)

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών που συμβαίνουν στη κοινότητα.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΑΒ Κρήτης το 2006 οι τραυματίες από τροχαία ατυχήματα ανήλθαν στους 2475 με μέσο όρο 9,4 τραυματίες ανά ημέρα. Το 71% ήταν ηλικίες από 17 έως 49 ετών. (Βουρβαχάκης 2008).

Αντίστοιχα σύμφωνα με μελέτη του Πολυτεχνείου Κρήτης (2008), πανελλαδικά ο νομός Ηρακλείου βρίσκεται στην 34 θέση σε τροχαία ατυχήματα και δυστυχήματα, ο νομός Χανίων στην 24 θέση. Ο νομός Ρεθύμνης καταλαμβάνει τη 46 θέση και ο νομός Λασιθίου τη 50 θέση δηλαδή την προτελευταία θέση πανελλαδικά.

Η αύξηση τροχαίων ατυχημάτων στη κοινότητα υπογραμμίζει τη σημασία του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή και την ανάγκη επαρκής στελέχωσης με νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων υγείας. Ο νοσηλευτής στη κοινότητα μέσω προγραμμάτων αγωγή υγείας ενημερώνει και ευαισθητοποιεί το πληθυσμό στη κατεύθυνση της πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων. Αντίστοιχα καθοριστικός είναι και ο ρόλος του στην αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων και στη σταθεροποίηση των σοβαρών περιστατικών για την άμεση μεταφορά τους σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κέντρα περίθαλψης.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί το σχεδιασμό της περιγραφικής μελέτης.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει το βαθμό αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών και τροχαίων ατυχημάτων σε επίπεδο κοινότητας (Κέντρα Υγείας).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- 1) Ποιες είναι οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα κέντρα υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών;
- 2) Ποιες είναι οι υποδομές των κέντρων υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών;
- 3) Σε ποιο βαθμό ο γενικός πληθυσμός εμπιστεύεται τα κέντρα υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών και τροχαίων ατυχημάτων;

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ-ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Η έρευνα διεξήχθη στο Νομό Ηρακλείου και ειδικότερα στη περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας Αγίας Βαρβάρας.

Η συλλογή των δεδομένων για την έρευνα διήρκησε 2 εβδομάδες και έγινε στις αρχές Μαρτίου 2010

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του δείγματος η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας η οποία σύμφωνα με τη μεθοδολογία έρευνας της Σαχίνη (1997), δεν διασφαλίζει στο κάθε μέλος ή στοιχείο του πληθυσμού ότι θα έχει την ίδια ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Με τη δειγματοληψία μη πιθανότητας τα αποτελέσματα μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος, αλλά συνήθως τα στοιχεία δεν μπορούν να γενικευθούν για το σύνολο του πληθυσμού.

Η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας χωρίζεται σε δύο τύπους δειγματοληψίας: α) στη δειγματοληψία ευκολίας και β) την σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία.

Από τους δύο τύπους δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής (Burns et al 1995).

Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και όχι στην ανάλυση των αιτιάσεων που επιδρούν και καθορίζουν το συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον.

Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Στην παρούσα μελέτη κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, το είδος της μελέτης και ο σκοπός της καθόρισαν και υπέδειξαν την ανάγκη για χρήση του συγκεκριμένου ερευνητικού εργαλείου.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους ίδιους τους ερευνητές, το οποίο σχεδιάστηκε και διαμορφώθηκε στην τελική του μορφή μετά από πολλές παρεμβάσεις και διορθώσεις ώστε να αποδώσει ακριβή και αξιόπιστα αποτελέσματα που θα απαντούσαν στις ερευνητικές ερωτήσεις που είχαν τεθεί. Κατά το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε ώστε η εμφάνισή του να προκαλεί το ενδιαφέρον του αποκρινόμενου. Καταβλήθηκε δε προσπάθεια ώστε το μέγεθος του ερωτηματολογίου να είναι τέτοιο ώστε να μην κουράζει τον αποκρινόμενο και να αποφεύγεται η πιθανότητα να μην απαντηθεί.

Όταν σχεδιάζεται ένα ερωτηματολόγιο, ο ερευνητής είναι αναγκαίο να δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε κάποια στοιχεία που σχετίζονται μ' αυτό, όπως είναι η γλώσσα που θα χρησιμοποιηθεί, το μέγεθος του, η εμφάνισή του, το είδος και η σειρά των ερωτήσεων (Jenkins & Dillman 1995).

Για τον λόγο αυτό, η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε κατά την σύνταξη του ερωτηματολογίου επιλέχθηκε ώστε να είναι απλή, σαφής, ακριβής και κατανοητή από τον αποκρινόμενο και οι όροι που περιλάμβανε έγινε προσπάθεια να έχουν το ίδιο νόημα και να κατανοούνται με τον ίδιο τρόπο από όλους τους αποκρινόμενους.

Το είδος, η συχνότητα και η σειρά των ερωτήσεων διαμορφώθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να απαντήσουν χωρίς να αποπροσανατολιστούν από τα θέματα που όριζε η έρευνα.

Στο ερωτηματολόγιο επίσης, υπήρχε ένα προσεκτικά σχεδιασμένο εξώφυλλο ούτως ώστε να προκαλέσει το ενδιαφέρον του αποκρινόμενου.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε ευχαριστήριο σημείωμα για τους αποκρινόμενους που αναφερόταν στον χρόνο που αφιέρωσαν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών έγινε επίσκεψη στο γενικό πληθυσμό της περιοχής Αγίας Βαρβάρας.

Τα άτομα ερωτήθηκαν προφορικά εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα τους παρέχονταν από τον ερευνητή οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την σωστή συμπλήρωσή του.

Ο χρόνος που δόθηκε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε κάθε άτομο ήταν 4 λεπτά.

Μέσω της προσωπικής επαφής έγινε προσπάθεια να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιστροφή ερωτηματολογίων, ενώ παράλληλα δόθηκε η ευκαιρία στην περίπτωση που υπήρχε κάποια απορία σχετικά με τις ερωτήσεις να γίνουν οι απαραίτητες διευκρινήσεις.

Για να διαμορφωθεί στην τελική του μορφή το ερωτηματολόγιο, προηγήθηκε πιλοτική μελέτη.

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Με την πιλοτική μελέτη ο ερευνητής διαπιστώνει εάν οι ερωτήσεις και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιήσει είναι κατανοητές, αφαιρεί τις διαφορούμενες λέξεις και ελέγχει αν τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να αναλυθούν. Ακόμη βεβαιώνεται ότι τα δεδομένα που συγκεντρώνονται ικανοποιούν τους σκοπούς της μελέτης και ότι είναι αξιόπιστα και έγκυρα επιστημονικά (Polit & Hungler 1995, Burns et al 1995).

Αφού εγκρίθηκε το πρωτόκολλο της μελέτης από το Συμβούλιο της σχολής, λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω θέσεις που αναφέρονται στην σχετική βιβλιογραφία που αφορά στη μεθοδολογία της έρευνας, εφαρμόστηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 10 ατόμων του γενικού πληθυσμού. Τα άτομα αυτά επιλέχθηκαν τυχαία.

Από την πιλοτική μελέτη προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία βοήθησαν στον επανασχεδιασμό του ερωτηματολογίου σε σχέση με τον τύπο των ερωτήσεων, στην τελική διαμόρφωση της εμφάνισης του ερωτηματολογίου και στην ορθή και αντικειμενική διατύπωση των ερωτήσεων σε απλή και κατανοητή γλώσσα.

Οι παρατηρήσεις, τα σχόλια καθώς και οι απορίες των ατόμων του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην πιλοτική μελέτη βοήθησαν σημαντικά στην αντικειμενική και ακριβή επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, που συμπεριλήφθηκαν και αποτέλεσαν στο σύνολό τους την τελική, ολοκληρωμένη μορφή του ερωτηματολογίου, ενώ έδωσαν την ευκαιρία να διευκρινιστούν και να καθοριστούν με ακρίβεια οι έννοιες και οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ώστε να έχουν την ίδια μονοσήμαντη έννοια για όλους τους αποκρινόμενους.

Στα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν από την πιλοτική μελέτη βασίστηκαν οι αλλαγές που διαμόρφωσαν το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (1997), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

A) Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη. Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο (Σαχίνη-Καρδάση Α.1997).

Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό να συμπληρώσει ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιαδήποτε

είδους πίεση. Ο απαιτούμενος χρόνος ήταν ελάχιστος. Οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και δε προσέβαλλαν την προσωπικότητα των ατόμων.

B) Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. «*Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη*» (Σαχίνη-Καρδάση Α.1997 σελ. 22).

Στη συγκεκριμένη έρευνα οι νοσηλευτές πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα μας. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Επισημάναμε ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν.

Γ) Δικαίωμα αυτοαπόφασης. «*Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει τα δυνητικά υποκείμενα έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στην τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιοδήποτε είδους*» (Σαχίνη-Καρδάση Α. 1997 σελ. 23).

Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για την συμπλήρωσή του ή όχι.

Δ) Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

«*Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν*» (Σαχίνη-Καρδάση Α.1997 σελ. 24).

Επισημάνθηκε στους νοσηλευτές ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις τους με πλήρη εχεμύθεια. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Δεν θα γίνει καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων ή οργανισμών από τις εκθέσεις που θα προκύπτουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (υπολογιστικό φύλο Excel, Microsoft Office- version 2003).

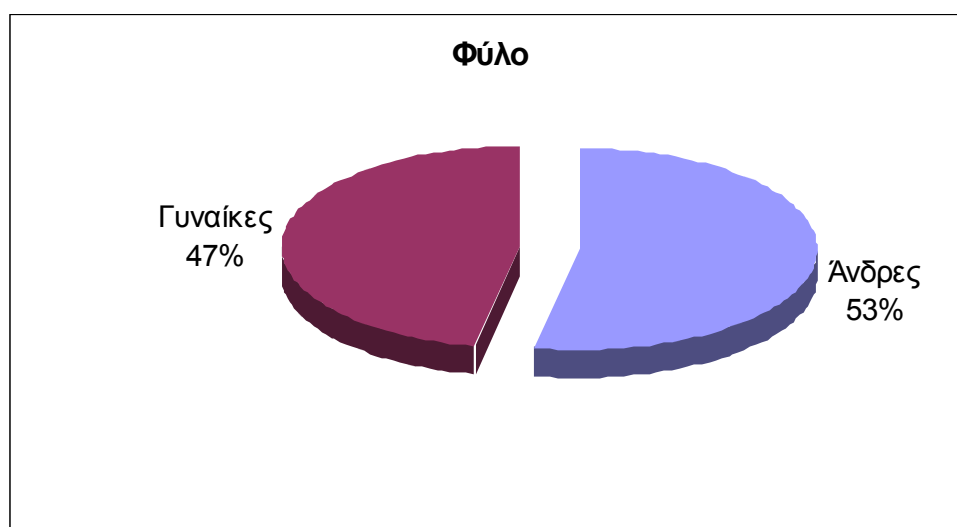
Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν με ραβδόγραμμα, γιατί σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση Α.: *«είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου»* και με κυκλικό διάγραμμα όπου *«το μέγεθος του κάθε τμήματος αντιπροσωπεύει την αναλογία των δεδομένων που εμπίπτουν μέσα σ' αυτή την κατηγορία.»* (Σαχίνη-Καρδάση Α. 1997, σελ.173).

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε εκατοστιαίες αναλογίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 1. Φύλο

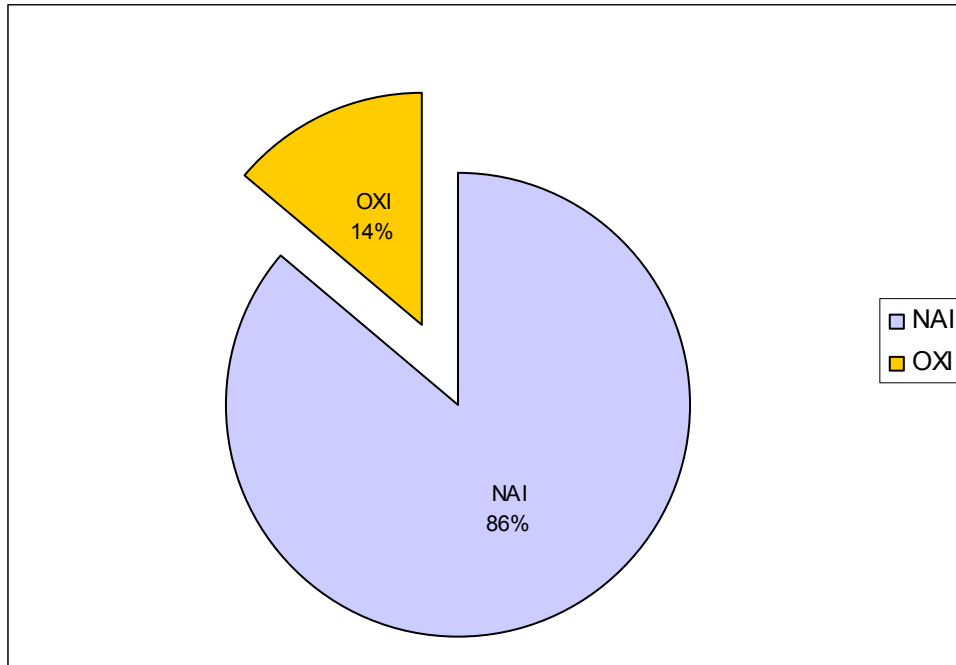


Το δείγμα της μελέτης ήταν 100 άτομα. Από αυτά ποσοστό 47% ήταν γυναίκες και ποσοστό 53% ήταν άντρες. Όσο αφορά την ηλικιακή κατανομή το 13% του πληθυσμού ήταν ηλικία από 15 έως 25 ετών, το 20% ήταν 26 έως 36 ετών, ποσοστό 31% ήταν μεταξύ 37 έως 47 ετών, ποσοστό 17% ήταν μεταξύ 48 έως 58 ετών, ποσοστό 14% ήταν μεταξύ 59 έως 69 ετών και τέλος ποσοστό 5% ήταν μεταξύ 70 έως 80 ετών.

Όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού 23% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 32% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 35% ήταν απόφοιτοι λυκείου, 8% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και μόλις 2% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ.

Όσο αφορά τα αποτελέσματα των ερωτήσεων τα ποσοστά των απαντήσεων αναφέρονται στη συνέχεια:

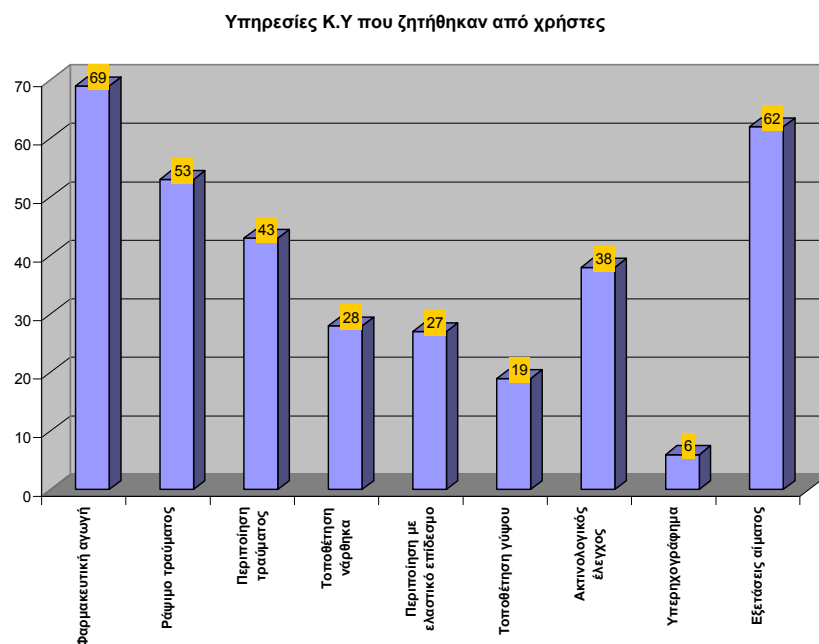
Ερώτηση 1. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας για κάποιο έκτακτο περιστατικό που σας έχει συμβεί;



Το 86% του πληθυσμού έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας για κάποιο έκτακτο περιστατικό που τους είχε συμβεί ενώ το 14% έχει απαντήσει πως δεν χρησιμοποιεί το Κέντρο Υγείας για κάποιο έκτακτο περιστατικό.

Ερώτηση 2.

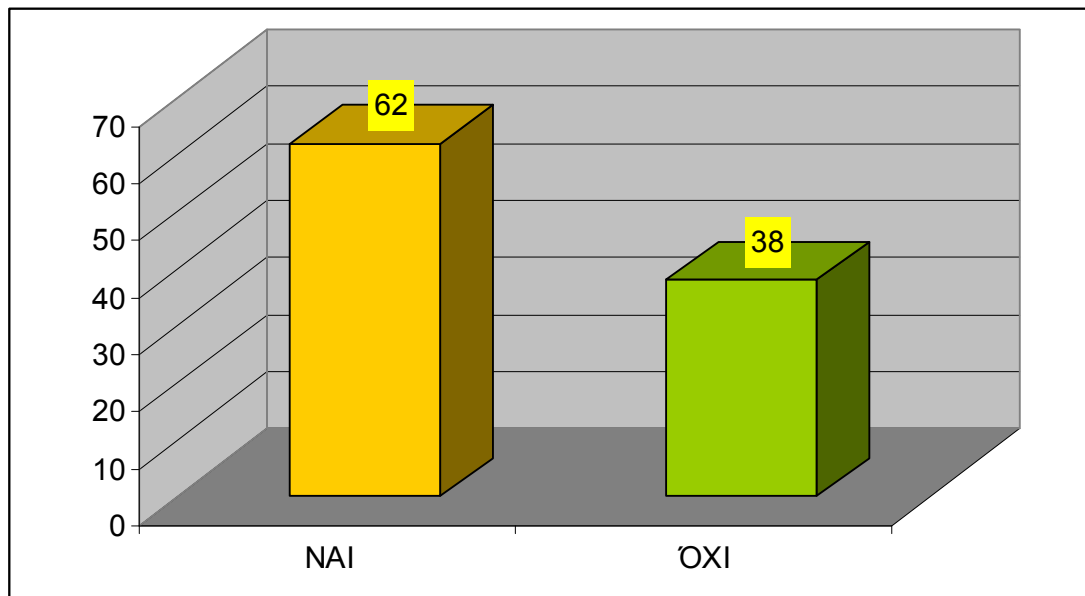
Ποιες από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας έχετε χρησιμοποιήσει;



Από τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας το 69% έχει χρησιμοποιήσει το Κέντρο Υγείας για φαρμακευτική αγωγή, το 53% για ράψιμο τραύματος, το 43% για περιποίηση τραύματος, το 28% για τοποθέτηση νάρθηκα, το 27% για περιποίηση με ελαστικό επίδεσμο, το 19% για τοποθέτηση γύψου, το 38% για ακτινολογικό έλεγχο, το 6% για υπερηχογράφημα και το 62% έχει χρησιμοποιήσει το Κέντρο Υγείας για εξετάσεις αίματος.

Ερώτηση 3.

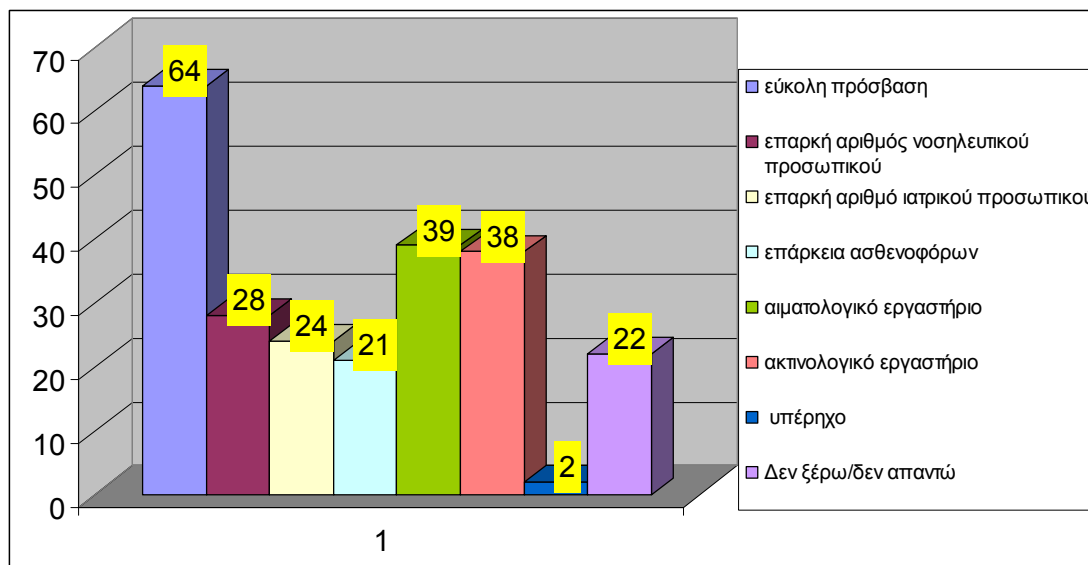
Ένα σοβαρό τροχαίο περιστατικό θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο Κέντρο Υγείας της περιοχής σας;



Ένα σοβαρό περιστατικό θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο Κέντρο Υγείας της περιοχής απάντησε το 62% ενώ το υπόλοιπο 38% απάντησε πως δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί στο Κέντρο Υγείας

Ερώτηση 4.

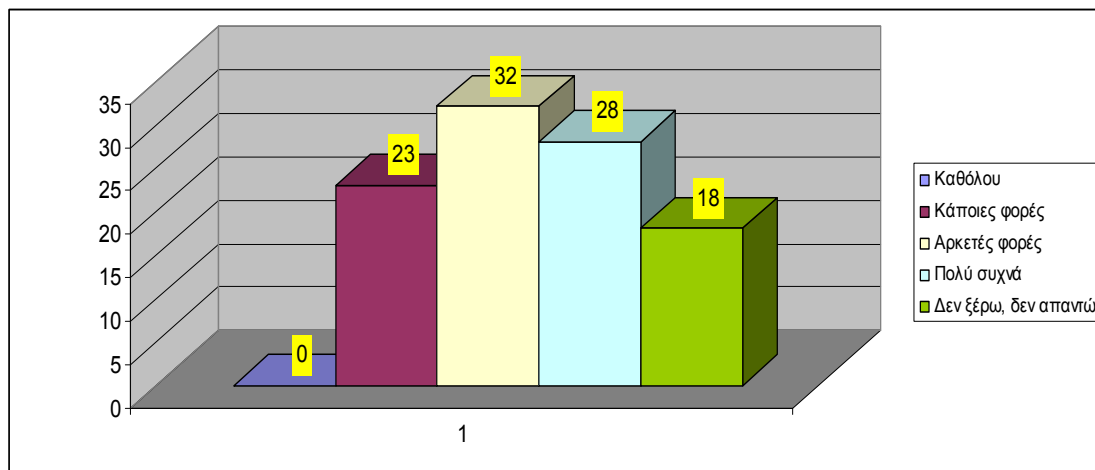
Ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι το Κέντρο Υγείας της περιοχής σας διαθέτει για την αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών:



Με ποσοστό 64% είναι η εύκολη πρόσβαση που διαθέτει ένα Κέντρο Υγείας της περιοχής, με 28% είναι ο επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, με 24% ο επαρκής αριθμός ιατρικού προσωπικού, με 21% η επάρκεια ασθενοφόρων, το 39% για αιματολογικό εργαστήριο, το 38% για ακτινολογικό εργαστήριο, το 2% για υπέρηχο και το 22% δεν απάντησε ή δεν γνώριζε.

Ερώτηση 5.

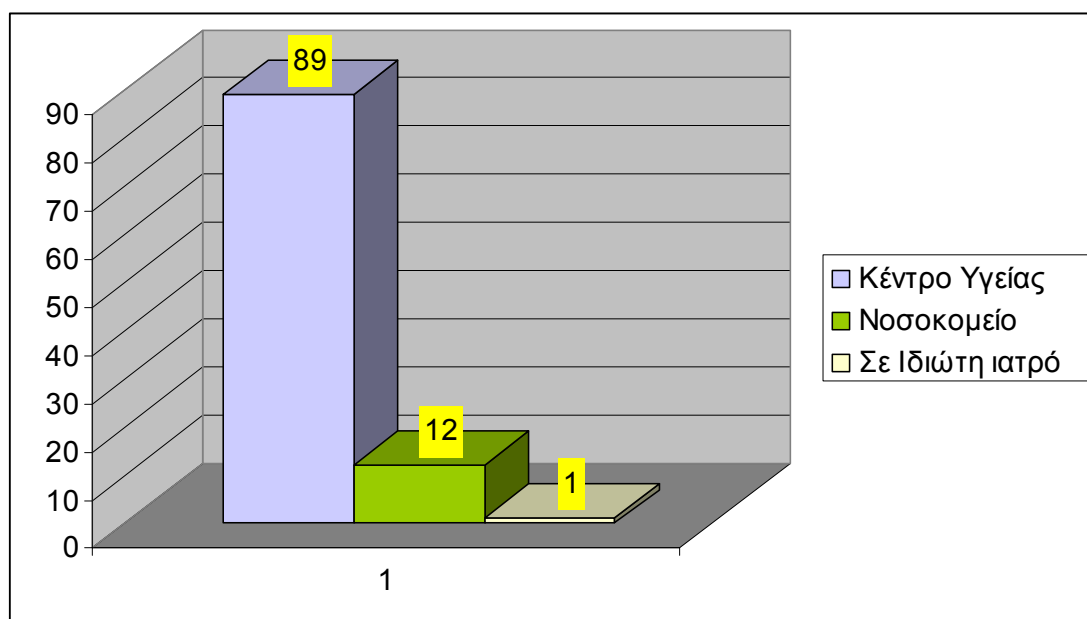
Πόσο συχνά πιστεύετε ότι γίνονται διακομιδές τροχαίων ατυχημάτων από το Κέντρο Υγείας σε Νοσοκομεία;



Με ποσοστό 0% δεν γίνονται καθόλου διακομιδές τροχαίων ατυχημάτων από το Κέντρο Υγείας σε νοσοκομεία, ενώ με ποσοστό 23% απάντησε πως γίνονται κάποιες φορές, με 32% αρκετές φορές, με 28% πολύ συχνά και με ποσοστό 18% δεν απάντησε ή δεν γνωρίζει.

Ερώτηση 6.

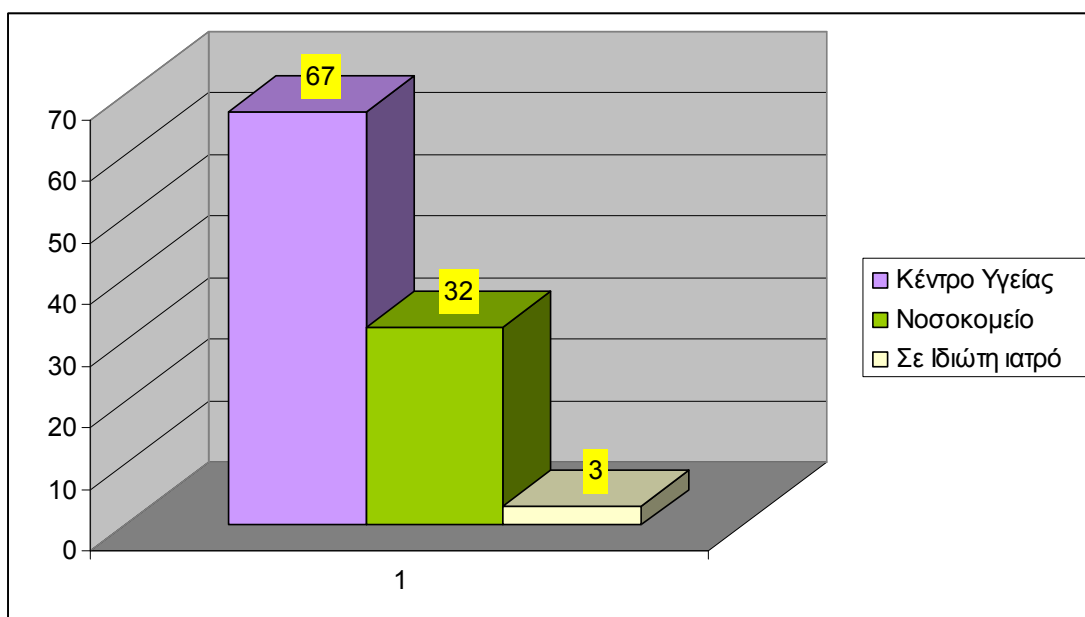
Σε περίπτωση μικρού τραύματος που θα χρειαζότανε ράμματα θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:



Σε περίπτωση μικρού τραύματος που θα χρειαζότανε ράμματα το 89% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του στο Κέντρο Υγείας, το 12% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του στο νοσοκομείο και μια ποσοστό 1% θα προτιμούσε να απευθυνθεί σε ιδιώτη ιατρό.

Ερώτηση 7.

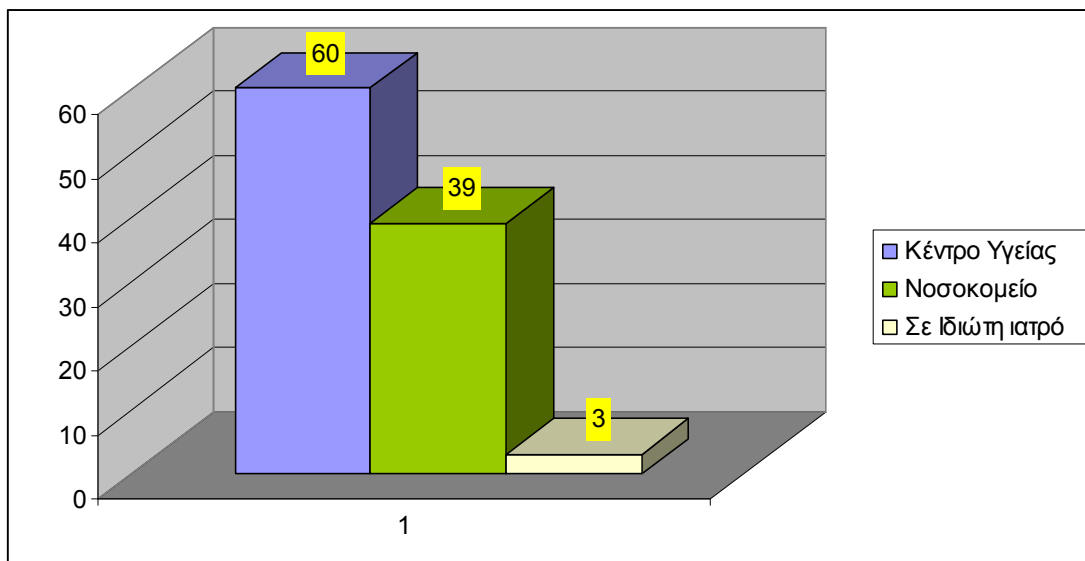
Σε περίπτωση διαστρέμματος θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:



Σε περίπτωση διαστρέμματος το 67% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του στο Κέντρο Υγείας, το 32% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του σε νοσοκομείο και το 3% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του σε ιδιώτη ιατρό.

Ερώτηση 8.

Σε περίπτωση κατάγματος που θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:



Σε περίπτωση κατάγματος το 60% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του στο Κέντρο Υγείας, το 39% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του στο νοσοκομείο και το 3% θα προτιμούσε να απευθυνθεί για την αντιμετώπιση του σε ιδιώτη ιατρό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ιδιαίτερη συζήτηση γίνεται σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και διεθνώς (WHO 2000; Evans et al 2003; Schoen 2004) για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας και των οργανωτικών δομών τους.

Στην Ελλάδα, αρκετοί Έλληνες ερευνητές, εκφράζουν σοβαρές επιφυλάξεις, ως προς τον βαθμό στον οποίο τα Κέντρα Υγείας στη χώρα μας, έχουν αναπτύξει επαρκώς δραστηριότητες δημόσιας υγείας (Ζηλίδης 1995), ενώ διαπιστώνεται η μικρή συμμετοχή των Κέντρων Υγείας, σε προγράμματα αγωγής υγείας και σε προγράμματα πρόληψης (Γεωργούση και συν. 2002). Επίσης, όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, η εμπλοκή των γενικών ιατρών που εργάζονται σε αυτά ενώ είναι σημαντική όσον αφορά στη δυνατότητα ανάπτυξης και εφαρμογής ιατρικών τεχνικών, υστερεί στη διαχείριση της ασθένειας, (Κυριόπουλος και συν. 1996). Ανάλογα, το προσωπικό (νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες, επισκέπτριες υγείας), παρά την σημαντική συνεισφορά του, δεν έχει εμπλακεί ενεργά στην κοινότητα, θέτοντας συγκεκριμένους στόχους παρέμβασης και πρόληψης, ενώ αδυνατεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που νομοθετικά τα Κέντρα Υγείας καλούνται να επιτελέσουν, ενώ διαπιστώνετε ασάφεια σχετικά με τις αρμοδιότητες τους. (Μαρκάκη 2003).

Στη παρούσα μελέτη αντίθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο γενικός πληθυσμός επισκέπτεται τα Κέντρα Υγείας και χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών κυρίως όμως υπηρεσίες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση περιστατικών και όχι με την πρόληψη. Οι κυριότερες υπηρεσίες που τα Κέντρα Υγείας παρείχαν στο πληθυσμό, ήταν να λάβει φαρμακευτική αγωγή, να κάνει εξετάσεις αίματος και να δεχτεί υπηρεσίες όπως συρραφή- περιποίηση τραύματος,

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι η εύκολη πρόσβαση αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα για το Κέντρο Υγείας καθώς επίσης και η ύπαρξη ακτινολογικού και αιματολογικού εργαστηρίου ενώ ακολουθεί η επάρκεια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η ευκολία πρόσβασης ιδιαίτερα για τον αγροτικό πληθυσμό (ασθενέστερες οικονομικά τάξεις) είναι το κυρίαρχο στοιχείο το οποίο διαφοροποιεί τα Κέντρα Υγείας από τις υπόλοιπες δομές Υγείας. Ενώ στον αστικό πληθυσμό όπως έδειξαν αποτελέσματα ανάλογης έρευνας, παρατηρείται μεγαλύτερη πρόσβαση και

χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις ισχυρότερες οικονομικά τάξεις και πολύ λιγότερο από τις ασθενέστερες οικονομικά ομάδες (Mergoupis 2001).

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τέλος τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού που εκφράζουν την εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες που τα Κέντρα Υγείας προσφέρουν, τόσο σε σοβαρές επείγουσες καταστάσεις (τροχαία ατυχήματα) όσο και σε μικρότερου βαθμού επείγοντα περιστατικά (ορθοπεδικές κακώσεις – τραύματα). Αντίθετα, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, Medical Errors 2006), οι Έλληνες ασθενείς αντιμετωπίζουν με δυσπιστία το Εθνικό Σύστημα υγείας και θεωρούν σε ποσοστό 75% (ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης), ότι οι ασθενείς στην Ελλάδα θα πρέπει να ανησυχούν ιδιαίτερα για τα ιατρικά λάθη και μόνο το 24% των Ελλήνων εμπιστεύονται το ιατρικό προσωπικό. Το γεγονός της αυξημένης εμπιστοσύνης προς τα Κέντρα Υγείας που εκφράζει ο αγροτικός πληθυσμός στην παρούσα μελέτη, ίσως να οφείλεται στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του πληθυσμού και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας σε σχέση με δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες δομές υγείας. Σε κάθε περίπτωση όμως τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν θα μπορούσαν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό και να αφορούν το σύνολο των Κέντρων Υγείας της Ελλάδας και κατά συνέπεια να μπορούν να αξιολογηθούν και να συγκριθούν με ανάλογα αποτελέσματα μελετών όπως της μελέτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, Medical Errors 2006), που αναφέρθηκε παραπάνω.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ο πληθυσμός εμπιστεύεται τα Κέντρα Υγείας, για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών των τροχαίων ατυχημάτων.

Για την ενίσχυση των υπηρεσιών τους όσο αφορά την πρόληψη θα πρέπει να υπάρξει ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τα τροχαία ατυχήματα. Το προσωπικό των Κέντρων Υγείας θα πρέπει να οργανώνει ενημερωτικές ημερίδες, να καλεί ειδικούς οι οποίοι θα ενημερώνουν το πληθυσμό για τους παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων και τις επιπτώσεις που αυτά έχουν, σε βιολογικό, ψυχικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο για τον πληθυσμό. Ιδιαίτερα σημαντική επίσης είναι η ενημέρωση στα σχολεία της περιοχής ευθύνης των Κέντρων Υγείας και η διοργάνωση εκδηλώσεων που θα απευθύνονται στα νεαρά άτομα που αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου στα τροχαία ατυχήματα.

Στο τομέα αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων και τροχαίων ατυχημάτων θα πρέπει τα Κέντρα Υγείας να στελεχωθούν με επαρκή αριθμό ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και με τον απαραίτητο εργαστηριακό και ιατρικό εξοπλισμό για να μπορέσουν να καλύψουν αυτά τα περιστατικά.

Απαραίτητο, επίσης στοιχεία για την αποτελεσματική προσφορά αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας είναι η συνεχής επιμόρφωση και κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η διενέργεια ερευνών που θα αποτυπώνουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού ώστε να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων και τροχαίων ατυχημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- World Health Organization (2000) Introduction to quality assurance and accreditation of health care services. WHO Department of Health Service Provision (OSD). available from: <http://www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/>. [Accessed: 2 Jan.2010]
- Evans (2003) The future for primary care: increased choice for patients. Editorial, Qual Saf Health Care, 1283-84.
- Schoen (2004) Primary Care and Health Systems Performance: Adult's experiences in five countries. Health affairs. Project HOPE, available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w4.487/DC1>, [accessed: 2 Feb. 2010]
- Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ. (2002) «Η Δημόσια Υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Ζηλίδης Χ., (1995) « Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Κυριόπουλος, Γ., Ανδριώτη, Δ.,Γεωργούση Ε., Boerma W., Μερκούρης Μ.,Π., (1996) «Η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και η διαχείριση της ασθένειας από τους γενικούς γιατρούς» Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 8 (1),31-41.
- Μαρκάκη Α. (2003) Νέες προσεγγίσεις στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα: Διεθνής και Ελληνική εμπειρία. Στο:1^ο Περιφερειακό Συνέδριο Κρήτης «Καινοτομία & Υγεία στον 21^ο αιώνα», 12-13 Δεκεμβρίου 2003. Ηράκλειο ΠΕ.ΣΥ.Π Κρήτης, 1 – 24.

- Mergoupis Th. (2001) Access to health care in Greece: a micro-level analysis.
Paper presented at the First Conference of the Hellenic Social Policy Association,
at the Democritus University of Thrace, Komotini, May 9-13.
- European Commission (2006) Special Eurobarometer 241, Medical Errors, Opinion Survey
- A. Σαχίνη- Καρδάση (1997) Μεθοδολογία Έρευνας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα
- Burns N. & Grove S.K.(1995) Understanding Nursing Research. W.B. Saunders. London.
- Polit D.F. & Hungler B.P. (1995) Nursing Research. Principles and Methods. J.B. Lippincott Comp. Philadelphia.
- Σάββας Καβαζίδης (2008) "Όδικά τροχαία ατυχήματα"
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.aspe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=266&Itemid=2 Προσπελάστηκε 5/2/10
- Ανώνυμος (2009) "Τροχαία ατυχήματα"
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://gymnasiokrestenon.blogspot.com/2009/03/blog-post.html>
Προσπελάστηκε 5/3/10
- Εμμανουέλα Μαραγκουδάκη (2009) "Ένα αρνητικό ρεκόρ διεκδικεί για άλλη μια φορά η Κρήτη"
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:http://www.2618.gr/crete/index.php?option=com_content&view=article&id=2577:070110-622015588877336-9998-9654-98954-4&catid=2:kriti-more&Itemid=86 Προσπελάστηκε: 29/3/10

- Ανώνυμος (2005) ``Θωρακικές κακώσεις``
- Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://trauma-society.gr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=71&limit=5&limitstart=10
- Προσπελάστηκε 27/3/10
- Anonymous (2008) ``Τραυματισμός θώρακα``
- Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.emedicinehealth.com/wilderness_chest_injuries/article_em.htm
- Προσπελάστηκε 18/3/10
- Σταθάκης Άρης (2008) Υπερβολική ταχύτητα - Κλήσεις και προαγωγές
- Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://trans.kathimerini.gr/auto>
- Προσπελάστηκε 21/3/10
- Ανώνυμος (2009) Νύσταξες, κοιμήσου... αλλά όχι στο τιμόνι
- Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://troxokinisi.blogspot.com/2009/03/blog-post.html>
- Προσπελάστηκε 22/4/10
- . Κυριακίδου (2000) ``Κοινοτική Νοσηλευτική``
- εκδόσεις ``Η ΤΑΒΙΘΑ`` Σ.Α. Αθήνα
- Mary A. Nies et al(2001) ``Κοινοτική Νοσηλευτική`` ΤΟΜΟΣ 1 ΚΑΙ 2, Επιμέλεια έκδοσης: Σαπουντζή Κρέπια Δέσποινα,
- (Προάγοντας την Υγεία των πληθυσμών) Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Αθήνα.

- Ανώνυμος (2007) Αλκοόλ και οδήγηση: Θανατηφόρος συνδυασμός
 Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.inout.gr/showthread.php?p=148318>
 Προσπελάστηκε 23/4/10
- Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος (2001) "Πρώτες Βοήθειες."
 Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Ανώνυμος (2009) " Τα τροχαία ατυχήματα είναι θέμα εκπαίδευσης και πρόληψης"
 Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.kastoria4u.gr/news/koinonika/2916--q-q.html>
 Προσπελάστηκε 23/4/10
- Μ. Καρδαρά, Α. Παπαζαφειροπούλου (2009) Οδικά τροχαία ατυχήματα
 Επιδημιολογία, παράγοντες κινδύνου και μέτρα πρόληψης
 Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.mednet.gr/archives/2009-6/pdf/751.pdf>
 Προσπελάστηκε 23/4/10
- Κ. Ζοπουνίδη
 Γ. Ματαλλιωτάκη
 Μ. Νικολαράκης (2009) Δημοσκόπηση του Πολυτεχνείου Κρήτης για τα τροχαία ατυχήματα και την ποιότητα του οδικού δικτύου στην Κρήτη
 Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.esyprota.gr/arithmoi/ereunes-meletes/154-2010-01-15-10-14-10>
 Προσπελάστηκε 26/4/10

- M., Web & P., Beale (2000) Πρώτες Βοήθειες, Οδηγός Ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις Διακοπές. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κ. Λίτσας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Ε. Πετρίδου, Ε. Γερμενή, Α. Ντιναπόγιας, Ε. Μάντη, Α. Τσιριγώτη (2008) Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά των Ατυχημάτων, Κέντρο Έρευνας και πρόληψης Ατυχημάτων, Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Αθηνών. Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα 2008- 2012, Αθήνα
- Cleo R. Jenkins & Don A. Dillman (1995) Survey Measurement and Process Quality, Towards a theory of self-administered questionnaire design edited by L. Lyberg, P. Biemer, M. Collins, E. DeLeeuw, C. Dippo, N. Schwarz, and D. Trewin. Wiley-Interscience. New York
- Π. Τσουτσάνης (2009) Κατάγματα οστών, Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.arthrosi.gr> Προσπελάστηκε 26/4/10

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας, οι δε πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας. Τα δεδομένα θα διαφυλαχθούν με κάθε ευσυνειδησία και θα τα χειριστούμε ως αυστηρώς εμπιστευτικά. Ενώ δεν θα γίνει καμία αναφορά που να διευκολύνει την αναγνώριση προσώπων σε καμία από τις εκθέσεις που θα προκύψουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.



ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: 4 λεπτά

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας για κάποιο έκτακτο περιστατικό που σας έχει συμβεί;

Ναι

Όχι

Εάν ΝΑΙ ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες σας προσέφερε;

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Φαρμακευτική αγωγή

Ράψιμο τραύματος

Περιποίηση τραύματος

Τοποθέτηση νάρθηκα

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Περιποίηση με ελαστικό επίδεσμο

Τοποθέτηση γύψου

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Ακτινολογικός έλεγχος

Υπερηχογράφημα

Εξετάσεις αίματος

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

Άλλο: _____

2. Ένα σοβαρό τροχαίο περιστατικό θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο Κέντρο Υγείας της περιοχής σας;

Ναι Όχι

3. Ποιά από τα παρακάτω πιστεύετε ότι το Κέντρο Υγείας της περιοχής σας διαθέτει για την αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | εύκολη πρόσβαση |
| <input type="checkbox"/> | επαρκή αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού |
| <input type="checkbox"/> | επαρκή αριθμό ιατρικού προσωπικού |
| <input type="checkbox"/> | επάρκεια ασθενοφόρων |
| <input type="checkbox"/> | αιματολογικό εργαστήριο |
| <input type="checkbox"/> | ακτινολογικό εργαστήριο |
| <input type="checkbox"/> | υπέρηχο |
| <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω/δεν απαντώ |

4. Πόσο συχνά πιστεύετε ότι γίνονται διακομιδές τροχαίων ατυχημάτων από το Κέντρο Υγείας σε Νοσοκομεία;

| | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Καθόλου |
| <input type="checkbox"/> | Κάποιες φορές |
| <input type="checkbox"/> | Αρκετές φορές |
| <input type="checkbox"/> | Πολύ συχνά |
| <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω, δεν απαντώ |

5. Σε περίπτωση μικρού τραύματος που θα χρειαζότανε ράμματα θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:

| | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Κέντρο Υγείας |
| <input type="checkbox"/> | Νοσοκομείο |
| <input type="checkbox"/> | σε Ιδιώτη ιατρό |

6. Σε περίπτωση διαστρέμματος θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:

| | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Κέντρο Υγείας |
| <input type="checkbox"/> | Νοσοκομείο |
| <input type="checkbox"/> | σε Ιδιώτη ιατρό |

7. Σε περίπτωση κατάγματος που θα προτιμούσατε να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του:

| | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Κέντρο Υγείας |
| <input type="checkbox"/> | Νοσοκομείο |
| <input type="checkbox"/> | σε Ιδιώτη ιατρό |



ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άντρας
Γυναίκα

Ηλικία: _____

Είστε απόφοιτος/η:

Δημοτικού Γυμνασίου Λυκείου

ΤΕΙ ΑΕΙ

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

