



ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

*Δημογραφική απεικόνιση των ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων από το
1958 έως 2020.*

Της μεταπτυχιακής φοιτήτριας: Γκόγκα Γεωργίας



IONIAN UNIVERSITY

HISTORICAL DEMOGRAPHY

POSTGRADUATE EDUCATIONAL PROGRAM

THESIS TITLE

Demographic representation of accidents, poisonings, injuries from 1958 to 2020.

Postgraduate student: Goga Georgia

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ - ΠΕΛΕΪ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΜΑΝΔΥΛΑ ΚΟΥΣΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ευχαριστίες

Η συγγραφή της παρούσας εργασίας αποτελεί ένα ακόμα προσωπικό στοίχημα, αλλά και της οικογένειάς μου και έρχεται να επισφραγίσει όλη αυτή την προσπάθεια που κατέβαλα, ώστε να οδηγήσει στην επιτυχή ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν σε αυτό το εγχείρημα με οποιοδήποτε τρόπο, για την συγγραφή της μεταπτυχιακής εργασίας, αλλά και ολόκληρου του μεταπτυχιακού. Ξεκινώντας θα αναφέρω τον σύζυγο μου, με την αμέριστη στήριξή του, τον γιο μου που με στερήθηκαν όλο αυτό το διάστημα για χάρη του μεταπτυχιακού. Θα ήθελα να ευχαριστήσω και την τριμελή επιτροπή της μεταπτυχιακής μου για την άψογη συνεργασία μας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι τραυματισμοί αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Τα εκάστοτε στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι οι τραυματισμοί έχουν ως αποτέλεσμα σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε όλο τον κόσμο, ωστόσο οι τραυματισμοί δεν είναι νέο φαινόμενο. Πέντε εκατομμύρια θάνατοι αποδίδονται σε τραυματισμούς παγκοσμίως κάθε χρόνο και το 12% αυτών υπολογίζεται ότι συμβαίνουν στην παιδική ηλικία. Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης είναι η δημογραφική απεικόνιση των ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων από το 1958 έως 2020.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ενδεδειγμένη αναζήτηση των πρωτογενών δεδομένων σε διάφορες ιστοσελίδες πληροφοριακών βάσεων που προσφέρουν δημογραφικά-στατιστικά δεδομένα για τις δηλητηριάσεις, κακώσεις, και ατυχήματα. Η δημογραφική απεικόνιση ξεκίνησε από τη συλλογή των δεδομένων. Για τα έτη 1958- 2000, η συλλογή των δεδομένων έγινε από την Ψηφιακή Βιβλιοθήκη της ΕΛΣΤΑΤ, και τα στοιχεία λήφθηκαν από τα ψηφιοποιημένα Δελτία Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής που έχουν δημοσιευθεί. Η εισαγωγή των δεδομένων στο Excel έγινε ανά έτος για κάθε μεταβλητή της ανάλυσης και τα δεδομένα αυτά διαμορφώθηκαν σε πίνακες και ενοποιήθηκαν με τα αρχεία που βρίσκονται ήδη σε μορφή Excel από τις Στατιστικές της ΕΛΣΤΑΤ.

Αποτελέσματα: Οι εξέλθοντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αποτελούσαν ποσοστό περί το 11% των ασθενών από όλα τα νοσήματα την περίοδο ως το 1990 και το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 7,5% του συνόλου των εξελθόντων ασθενών το 2015. Προέκυψε ότι ως και το 1985 για κάθε μία γυναίκα ασθενή από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις καταγράφονταν σχεδόν δύο άνδρες ασθενείς, λόγος ο οποίος μειώνεται και εξισορροπείται (προσεγγίζει τη μονάδα) μετά το 2011. Το γεωγραφικό διαμέρισμα με τα υψηλότερα ποσοστά εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις είναι η Περιφέρεια Πρωτευούσης (κατά μέσο όρο 27%). Σχετικά με τις ηλικιακές κατηγορίες, παρατηρήθηκε ότι τα υψηλότερα ποσοστά (70-90%) των εξελθόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αφορούν τους ενήλικες, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους τα ποσοστά βρίσκονται μεταξύ 20-30% ως το 2011 και στη συνέχεια

μειώνονται κάτω από 20% την περίοδο 2011-2015. Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας, παρατηρήθηκε μείωση των συνολικών ημερών νοσηλείας από 11 ημέρες το 1965 στις 6 ημέρες το 2015, για αμφότερα τα φύλα. Τέλος, σχετικά με τους θανάτους από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αυτοί μειώνονται σε ποσοστό επί των συνολικών θανάτων από 8% το 1959 σε 4% το 2018.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη των τραυματισμών είναι κρίσιμη για τη μείωση της παγκόσμιας επιβάρυνσης και τον περιορισμό της επιζήμιας επίδρασης που μπορεί να έχουν οι τραυματισμοί στα άτομα, τις οικογένειές τους και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αλλά για να επιτευχθεί μια αποτελεσματική λύση στα εργατικά ατυχήματα, είναι κρίσιμο να εντοπιστούν και να ελέγχονται οι βασικές αιτίες που οδηγούν στις άμεσες αιτίες και που περιλαμβάνουν προσωπικούς παράγοντες και εργασιακούς παράγοντες

Λέξεις κλειδιά: κακώσεις, δηλητηριάσεις, ατυχήματα, δημόσια υγεία, δημογραφική απεικόνιση

Abstract

Introduction: Injuries are a global public health problem. Statistics show that injuries result in significant morbidity and mortality worldwide, but injuries are not a new phenomenon. Five million deaths are attributed to injuries worldwide each year, and an estimated 12% of these occur in childhood. The purpose of this postgraduate study is the demographic representation of accidents, poisonings, injuries from 1958 to 2020.

Material and method: A thorough search of the primary data was carried out in various websites of information bases that offer demographic-statistical data on poisonings, injuries, and accidents. Demographic visualization began with data collection. For the years 1958-2000, the data was collected from the ELSTAT Digital Library, and the data was taken from the digitized Social Welfare and Health Statistical Bulletins that have been published. The data was entered into Excel per year for each variable of the analysis and these data were formatted in tables and consolidated with the files already in Excel format from ELSTAT Statistics.

Results: Accidents, poisonings and injuries accounted for about 11% of all illnesses in the period up to 1990 and this figure dropped to 7.5% of all patients leaving in 2015. It turned out that as well as in 1985 for every female patient from poisoning and injury accidents almost two male patients were recorded, a reason which decreases and balances (approaches the unit) after 2011. The geographical area with the highest rates of poisoning and injury accidents is the Region Capital (average 27%). Regarding the age categories, it was observed that the highest percentages (70-90%) of those who came out of accidents, poisonings and injuries concern adults, while for children and adolescents the percentages are between 20-30% until 2011 and thereafter. are reduced below 20% in the period 2011-2015. Regarding the days of hospitalization, there was a reduction of the total days of hospitalization from 11 days in 1965 to 6 days in 2015, for both sexes. Finally, with regard to deaths from accidents, poisonings and injuries, these are reduced as a percentage of total deaths from 8% in 1959 to 4% in 2018.

Conclusions: Injury prevention is crucial to reducing the global burden and limiting the harmful effects that injuries can have on individuals, their families and healthcare systems.

But in order to achieve an effective solution to accidents at work, it is crucial to identify and control the root causes that lead to the immediate causes and that include personal factors and occupational factors.

Keywords: injuries, poisonings, accidents, public health, demographics

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract	7
Περιεχομενα	9
Κατάλογος πινάκων	11
Κατάλογος γραφημάτων	12
Κατάλογος εικόνων	15
Συντομογραφίες	16
Εισαγωγή.....	17
<i>Α' Μέρος – Θεωρητικές αναφορές</i>	21
A.1 Η έννοια των ατυχημάτων.....	22
A.1.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις	22
A.1.2 Τα είδη των ατυχημάτων	26
A.1.2.1 Τροχαία ατυχήματα	26
A.1.2.2 Επαγγελματικά ή εργατικά ατυχήματα.....	31
A.1.2.3 Ατυχήματα στο χώρο της άθλησης ή κατά τον ελεύθερο χρόνο του ατόμου	35
A.1.3 Παράγοντες κινδύνου	36
A.1.4 Επιπολαστικά δεδομένα	39
A.1.5 Νομικό πλαίσιο.....	43
A.2 Δηλητηριάσεις.....	48
A.2.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις	48
A.2.2 Τα είδη των δηλητηριάσεων.....	52
A.2.3 Παράγοντες κινδύνου	53
A.2.4 Επιπολαστικά δεδομένα	57
A.2.5 Νομικό πλαίσιο.....	65

A.3 Κακώσεις.....	66
A.3.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις	66
A.3.2 Παράγοντες κινδύνου	68
A.3.3 Τα είδη των κακώσεων	71
A.3.4 Νομικό πλαίσιο.....	72
<i>B' Μέρος - Ερευνητική αναφορά</i>	<i>74</i>
B.1 Σκοπός της έρευνας	75
B.2 Μεθοδολογία έρευνας	75
B.3 Αποτελέσματα	78
<i>Γ' Μέρος – Συμπεράσματα</i>	<i>143</i>
Συγκεντρωτικά αποτελέσματα	144
Συμπεράσματα	147
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	149
Ξενόγλωσσες αναφορές	149
Ελληνόγλωσσες αναφορές	172

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Ορισμοί τροχαίου ατυχήματος από διάφορες χώρες (Μπαρούτα, 2015)	28
Πίνακας 2 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στο σύνολο και ανά φύλο σε καθαρούς αριθμούς και ποσοστό επί του συνόλου των εξελθόντων.....	82
Πίνακας 3 Εξελθόντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στην Ελλάδα κατά φύλο και έκβαση νοσηλείας από 1958-2020.....	87
Πίνακας 4 Εξελθόντες ασθενείς με νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στη Ελλάδα κατά γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής από 1958-2020	97
Πίνακας 5 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων την περίοδο 1963-2015, ηλικίας έως και 19 ετών (παιδιά και έφηβοι)	112
Πίνακας 6 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων την περίοδο 1963-2015 ηλικίας άνω των 20 ετών (ενήλικες).....	114
Πίνακας 7 Εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις κατά φύλο και οικογενειακή κατάσταση στην Ελλάδα από 1958 -1998	120
Πίνακας 8 Εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα κατά φύλο και μέσο όρο ημέρων νοσηλείας από 1958-2020	123
Πίνακας 9 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις και από όλα τα νοσήματα για την περίοδο 1958-2020	128
Πίνακας 10 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο για παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών	131
Πίνακας 11 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο για τους ενήλικες άνω των 20 ετών	133

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Εξεληθέντες ασθενείς από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις σε καθαρούς αριθμούς και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015.....	78
Γράφημα 2. Εξεληθέντες ασθενείς ανά φύλο από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις σε καθαρούς αριθμούς και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών ανά φύλο στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015.	79
Γράφημα 3. Λόγος ανδρών/ γυναικών εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015.....	80
Γράφημα 4. Έκβαση εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015	84
Γράφημα 5. Συγκριτικό διάγραμμα των κατανομών της έκβασης τα έτη 1962 και 2015 ...	86
Γράφημα 6. Ποσοστά ίασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο	91
Γράφημα 7. Ποσοστά βελτίωσης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο.....	91
Γράφημα 8. Ποσοστά αμετάβλητης κατάστασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο	92
Γράφημα 9. Ποσοστά επιδείνωσης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο.....	92
Γράφημα 10. Ποσοστά θανάτων επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο	93
Γράφημα 11. Ποσοστά μη δηλωμένης κατάστασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο.....	93
Γράφημα 12 Αθροιστικό διάγραμμα περιοχής για την κατανομή των εξελθόντων ασθενών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα.	95
Γράφημα 13 Μέση τιμή των ποσοστών κατανομής των εξελθόντων ασθενών από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων την περίοδο 1963-2015	96
Γράφημα 14 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή κατηγορία	100
Γράφημα 15 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία παιδιών και εφήβων ως 19 ετών	101

Γράφημα 16 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία των ενηλίκων άνω των 20 ετών	102
Γράφημα 17 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα νεογνά ως 29 ημερών	104
Γράφημα 18 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα βρέφη 1-11 μηνών	105
Γράφημα 19 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα παιδιά 1-4 ετών	105
Γράφημα 20 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα παιδιά 5-9 ετών	106
Γράφημα 21 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους εφήβους 10-14 ετών.....	106
Γράφημα 22 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους εφήβους 15-19 ετών.....	107
Γράφημα 23 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 20-29 ετών	108
Γράφημα 24 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 30-39 ετών	108
Γράφημα 25 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 40-49 ετών	109
Γράφημα 26 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 50-59 ετών	109
Γράφημα 27 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 60-69 ετών	110
Γράφημα 28 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 70-79 ετών	110
Γράφημα 29 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες άνω των 80 ετών	111
Γράφημα 30 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα άτομα με άγνωστης ηλικίας	111

Γράφημα 31 Ποσοστά ανά οικογενειακή κατάσταση των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1963-1998	116
Γράφημα 32 Χρονική εξέλιξη ποσοστών άγαμων εξελθόντων ανά φύλο	117
Γράφημα 33 Χρονική εξέλιξη ποσοστών έγγαμων εξελθόντων ανά φύλο	118
Γράφημα 34 Χρονική εξέλιξη ποσοστών χήρων εξελθόντων ανά φύλο	118
Γράφημα 35 Χρονική εξέλιξη ποσοστών διαζευγμένων εξελθόντων ανά φύλο	119
Γράφημα 36 Χρονική εξέλιξη ποσοστών των εξελθόντων άγνωστης οικογενειακής κατάστασης ανά φύλο	119
Γράφημα 37 Μέσος όρος ημερών νοσηλείας συνολικά και ανά φύλο των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1965-2015.....	122
Γράφημα 38 Θανόντες στο σύνολο και ανά φύλο από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018, σε ποσοστά επί του συνόλου των θανόντων από όλα τα νοσήματα.....	126
Γράφημα 39 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για αμφότερα τα φύλα, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών.....	136
Γράφημα 40 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για τους άρρενες, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών.....	137
Γράφημα 41 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για τις θήλεις, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών.....	138
Γράφημα 42 Θάνατοι ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020 μη δηλωθείσας ηλικίας στο σύνολο και ανά φύλο.	139
Γράφημα 43 Θερμικός χάρτης (heatmap) ανά ηλικιακή ομάδα των θανόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018.....	140
Γράφημα 44 Θερμικός χάρτης (heatmap) ανά ηλικιακή ομάδα των θανόντων ανά φύλο (μπλε: άνδρες, πορτοκαλί: γυναίκες) από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018.....	142

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1. Θάνατοι από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηρίασης στην Ιταλία 2018, ανά φύλο (Statista 2018b).....	39
Εικόνα 2. Συνολικοί τραυματισμοί και τραυματισμοί πεζών σε τροχαία ατυχήματα στις ΗΠΑ το 2009 (Statista 2009).....	40
Εικόνα 3. Ποσοστό θανατηφόρων ατυχημάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες ανά μήνα το 2020 (ανά 100 εκατομμύρια μίλια οχημάτων που διανύθηκαν) (Statista 2020d).....	41
Εικόνα 4. Αριθμός θανάτων λόγω ακούσιων τραυματισμών στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1930 έως το 2020 (Statista 2020b).....	42
Εικόνα 5. Θάνατοι από δηλητηρίαση (ακούσια) στις ΗΠΑ από το 1950 έως το 2018 (ανά 100.000 πληθυσμού) (Statista 2018a).....	57
Εικόνα 6. Αριθμός ανθρώπων που επλήγησαν από κρούσματα τροφικής δηλητηρίασης στο Χονγκ Κονγκ από το 2010 έως το 2020 (Statista 2020c)	58
Εικόνα 7. Ποσοστό σαλμονέλας στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 2018, ανά πολιτεία (νέα κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού) (Statista 2018c).....	60
Εικόνα 8. Αριθμός θανάτων από τυχαία δηλητηρίαση από φάρμακα, φάρμακα και βιολογικές ουσίες στην Αγγλία και την Ουαλία από το 1993 έως το 2020 (Statista 2020a)	61
Εικόνα 9. Τα πιο κοινά προϊόντα για δηλητηρίαση παιδιών κάτω των 10 ετών στη Σουηδία το 2020 (Statista 2020e).....	62
Εικόνα 10. Ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε θανάτους από παιδική δηλητηρίαση στις ΗΠΑ το 2019 (Statista 2019b).....	63
Εικόνα 11. Ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε παιδιατρικές δηλητηριάσεις στις ΗΠΑ το 2019 (Statista 2019a).....	64

Συντομογραφίες

ΓΣΕΕ Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας

ΕΛΙΥΑΕ Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας

ΙΚΑ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ο.Δ.Δ.Υ. Οργανισμός Διαχείρισης Δημόσιου Υλικού

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

OSHA Διοίκηση Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία

Εισαγωγή

Οι τραυματισμοί αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι εθνικές στατιστικές που συλλέχθηκαν ως μέρος του έργου Global Burden of Disease 2000 αναφέρουν ότι περίπου πέντε εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν παγκοσμίως το 2000 μετά από τραυματισμό, που αντιπροσωπεύει το 9% των θανάτων παγκοσμίως, γεγονός που σύμφωνα με τα περισσότερα πρόσφατα δεδομένα το φαινόμενο αυτό φαίνεται να μη βελτιώνεται (M Peden, McGee, and Sharma 2002). Δεδομένα νοσηρότητας συλλέχθηκαν επίσης ως μέρος του έργου GBD 2000 και έδειξαν ότι οι τραυματισμοί αντιπροσώπευαν το 12% της διεθνούς επιβάρυνσης των ασθενειών.

Τα εκάστοτε στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι οι τραυματισμοί έχουν ως αποτέλεσμα σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε όλο τον κόσμο, ωστόσο οι τραυματισμοί δεν είναι νέο φαινόμενο. Τα προϊστορικά σκελετικά απολιθώματα παρουσιάζουν σημάδια καταγμάτων, στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι τραυματισμοί ταλαιπωρούν τον άνθρωπο από την αρχαιότητα. Η αναδρομική ανάλυση του τραυματισμού στον άνθρωπο είναι δύσκολη, καθώς οι σκελετοί μπορεί να μην παρέχουν ενδείξεις για την πραγματική αιτία θανάτου (Mitchell 2011) και φυσικά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η διαφορετικότητα της κουλτούρας και των τεχνολογικών επιτευγμάτων της εκάστοτε μελετούμενης εποχής. Ωστόσο, είναι κατανοητό ότι ορισμένες από τις κοινές αιτίες θανάτου από τραυματισμό που υπάρχουν στη σύγχρονη εποχή, όπως οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι δηλητηριάσεις και η διαπροσωπική βία, οδήγησαν επίσης σε θάνατο προερχόμενο εκ τραυματισμού και τον άνθρωπο της αρχαιότητας.

Οι αιτίες τραυματισμού μπορεί να περιλαμβάνουν πλείστες κατηγοριοποιήσεις όπως για παράδειγμα τροχαία ατυχήματα, επαγγελματικά ατυχήματα, δηλητηριάσεις, τραυματισμούς προερχόμενους από δόλο, αλλά και από αμέλεια, τραυματισμού προερχόμενους από την εκάστοτε ενασχόληση του ατόμου στο πλαίσιο των κοινωνικών του συνηθειών, όπως η άθληση ή οι διάφορες οικιακές εργασίες.

Οι κοινές αιτίες τραυματισμού συμπεριλήφθηκαν στο πρώτο σύστημα ταξινόμησης που υιοθετήθηκε από τη διεθνή κοινότητα για την καταγραφή της αιτίας θανάτου. Το σύστημα, ο International List of Causes of Death (ILCD-1), κυκλοφόρησε από το Διεθνές

Στατιστικό Ινστιτούτο το 1900. Οι θάνατοι που προκλήθηκαν από τραυματισμό αναφέρονταν ως «βίαιοι θάνατοι» στο ILCD-1 και αποτελούνταν από 27 από τους 191 κωδικούς. Υπήρχε μόνο ένας κωδικός για κάθε αιτία τραυματισμού (δηλαδή, βίαιοι θάνατοι: δηλητήρια, δηλητηριώδεις ατμοί) και αυτοί οι κωδικοί δεν έδιναν καμία ένδειξη για την πρόθεση του τραυματισμού (π.χ. ακούσιος).

Η δεύτερη αναθεώρηση το 1909 (ICLD-2) οδήγησε σε μια αλλαγή από τη χρήση του όρου «βίαιος θάνατος» σε «τραυματισμός» και στην αναγνώριση διαφορετικών μεθόδων ανθρωποκτονίας και αυτοκτονίας. Η τρίτη αναθεώρηση, που κυκλοφόρησε το 1920, περιελάμβανε τη χρήση της λέξης «τυχαίο» με «τραυματισμό», υπονοώντας ότι ορισμένοι τραυματισμοί προκλήθηκαν «ακούσια». Λίγες αλλαγές έγιναν μέχρι την έκτη αναθεώρηση, η οποία μετονομάστηκε σε International Classification of Disease, Sixth revision (ICD-6).

Η έκτη αναθεώρηση του ICD, που κυκλοφόρησε το 1948, περιελάμβανε τους προδρόμους της τρέχουσας έκδοσης ICD (ICD-10). Προκειμένου να αναγνωριστεί τόσο η εξωτερική αιτία ενός τραυματισμού (π.χ. δηλητηρίαση από φάρμακα) όσο και η φυσική φύση ενός τραυματισμού (π.χ. εγκαύματα περιμετρικά της περιοχής της στοματικής κοιλότητας), αναπτύχθηκαν δύο ξεχωριστά σύνολα κωδικών. Εισήχθη ένα αλφαριθμητικό σύστημα ταξινόμησης, τόσο για τις εξωτερικές αιτίες τραυματισμού (κωδικός E) (π.χ. πτώση, δηλητηρίαση) όσο και για τη φύση του τραυματισμού (κωδικός N) (π.χ. κάταγμα, ανοιχτό τραύμα). Στην περίπτωση δηλητηρίασης και εγκαυμάτων, ο ίδιος όρος χρησιμοποιείται τόσο για την αιτία όσο και για τη φύση του τραυματισμού.

Οι κωδικοί N παρέχουν σημαντικές πληροφορίες από κλινική σκοπία, αλλά αυτές οι πληροφορίες δεν επαρκούν για να στοχεύσουν σε συγκεκριμένα προγράμματα για να αποτρέψουν την εμφάνιση του ίδιου σωματικού τραυματισμού στο μέλλον. Αντίθετα, πρέπει να χρησιμοποιούνται οι κωδικοί E. Οι κωδικοί βασίζονται στον μηχανισμό και την πρόθεση ενός σωματικού τραυματισμού. Οι μηχανισμοί συνήθως αντανakλούν το είδος της ενέργειας που προκαλεί τον φυσικό τραυματισμό (δηλαδή μηχανικό, ηλεκτρικό, χημικό, θερμικό). Οι προθέσεις είναι συνήθως ακούσιες ή σκόπιμες στη φύση, αλλά μπορεί επίσης να είναι άγνωστες (δηλαδή, απροσδιόριστες). Η δομή κωδικοποίησης ICD περιέχει συγκεκριμένους κωδικούς για κάθε μηχανισμό και συνδυασμό προθέσεων.

Υποκατηγορίες προστέθηκαν σε κάθε αιτία τραυματισμού (μηχανισμός τραυματισμού) στην έκτη αναθεώρηση για να παρέχουν περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αιτία του τραυματισμού (π.χ. πτώση σε σκάλες, δηλητηρίαση από στρυχνίνη) και δεκαδικά ψηφία χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά για να αποδώσουν πρόσθετες λεπτομέρειες σχετικά με την αιτία και τη φύση του τραυματισμού (π.χ. πτώση από τη σκάλα στο σπίτι, ανοιχτή πληγή με μόλυνση).

Οι αλλαγές στην ταξινόμηση των συμβάντων τραυματισμών με την πάροδο του χρόνου παρέχουν μια γενική ένδειξη ότι το πρόβλημα του τραυματισμού έχει καταστεί διεθνώς ένα αναγνωρισμένο ζήτημα. Η χρήση ενός τυποποιημένου συστήματος ταξινόμησης επιτρέπει τη σύγκριση και την κατάταξη των ποσοστών θνησιμότητας από τραυματισμούς για διαφορετικούς πληθυσμούς για τον εντοπισμό των κυρίων αιτιών τραυματισμού ανά ηλικία και γεωγραφική περιοχή.

Οι παγκόσμιες στατιστικές που δημοσιεύθηκαν το 2002 κατέταξαν τους τραυματισμούς και τις ασθένειες, καθώς και τις αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες και μεμονωμένες ηλικιακές ομάδες (δηλαδή, 0-4, 4-14, 15-29, 30-44, 45-59, 60+). Από τις 15 κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες, οι μόνες αιτίες τραυματισμού που εντοπίστηκαν ήταν οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα και η αυτοπροκαλούμενη βία. Αυτές οι δύο αιτίες τραυματισμών κατατάσσονται ως η 9η και 14η κύρια αιτία, αντίστοιχα, της παγκόσμιας θνησιμότητας, αλλά μόνο οι τραυματισμοί από τροχαία κατατάσσονται ως η κύρια αιτία παγκόσμιας νοσηρότητας για όλες τις ηλικίες (Mille Peden et al. 2002).

Οι κατατάξεις των ηλικιακών ομάδων έδειξαν διαφορετική εικόνα για τις κύριες αιτίες της παγκόσμιας νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι τραυματισμοί από τροχαία ήταν η κύρια αιτία παγκόσμιας θνησιμότητας και νοσηρότητας. Ο πνιγμός και οι πτώσεις κατατάσσονται ως η κύρια αιτία τραυματισμού παγκόσμιας θνησιμότητας και νοσηρότητας, αντίστοιχα, για παιδιά ηλικίας 0-4 ετών. Ωστόσο, κανένα αίτιο τραυματισμού δεν κατατάσσεται στις 15 κορυφαίες αιτίες παγκόσμιας θνησιμότητας ή νοσηρότητας για άτομα ηλικίας 60+ ετών (Mille Peden et al. 2002).

Ο George Engel παρουσίασε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο το 1977 για να προσφέρει μια εναλλακτική προοπτική στο βιοϊατρικό μοντέλο (Engel 1977). Εκείνη την

εποχή, το βιοϊατρικό μοντέλο εστίαζε καθαρά σε βιολογικές πτυχές της νόσου, όπου οι ψυχολογικές πτυχές δεν λαμβάνονταν επαρκώς υπόψη. Ο Engel υποστήριξε ότι, για να κατανοηθούν τα αίτια της νόσου οι κλινικοί ιατροί πρέπει να λάβουν υπόψη τον ασθενή, το κοινωνικό πλαίσιο του ασθενούς και την κοινωνία, που περιβάλλει τον ασθενή.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο λαμβάνει υπόψη τόσο βιολογικούς (π.χ. ηλικία, φύλο), ψυχολογικούς (π.χ. διάθεση, στρες) και κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. πολιτισμό, κοινωνικοοικονομικούς) και την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών. Είναι σαφές ότι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει επηρεάσει τη θεωρία των Cott et al. σχετικά με το συνεχές κίνησης. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο μπορεί επομένως να προσφέρει μια πιο ολιστική άποψη του κινδύνου τραυματισμού, η οποία λαμβάνει υπόψη άλλους παράγοντες εκτός από τις βιολογικές πτυχές, όπως υποτίθεται στο μοντέλο βιοϊατρικής. Ωστόσο, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει επικριθεί επειδή εισάγει την υποκειμενικότητα, έχει ασαφή όρια μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών παραγόντων και παρατηρείται έλλειψη σαφών πλαισίων στην αναλυτική προσέγγιση. Ακόμα κι έτσι, η διερεύνηση άλλων παραγόντων, εκτός από τις βιολογικές πτυχές, μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση άλλων παραγόντων κινδύνου τραυματισμού που μπορεί να είναι εξίσου σημαντικοί με τους βιολογικούς παράγοντες που διερευνώνται πιο συχνά (Bjørneboe et al. 2011).

Η παρούσα μεταπτυχιακή μελέτη διαρθρώνεται σε τρία βασικά κεφάλαια που περιλαμβάνουν το θεωρητικό μέρος, το ερευνητικό μέρος και τα συμπεράσματα. Στο θεωρητικό μέρος επιχειρείται η αποτύπωση της έννοιας των ατυχημάτων και δηλητηριάσεων και πραγματοποιείται κατηγοριοποίηση των ατυχημάτων και των δηλητηριάσεων. Πρόσθετα παρατίθεται σύντομη αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο. Το θεωρητικό πλαίσιο ολοκληρώνεται με την παράθεση της έννοιας και των παραγόντων κινδύνου των κακώσεων. Σε ότι αφορά το ερευνητικό πλαίσιο παρατίθεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα αυτής. Η μεταπτυχιακή μελέτη ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα βάσει των ανωτέρω.

Α' Μέρος – Θεωρητικές αναφορές

A.1 Η έννοια των ατυχημάτων

A.1.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Τα ατυχήματα αποτελούν μία σημαντική παράμετρο νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Σύμφωνα με την Μπαρούτα (2015) «Τα ατυχήματα αποτελούν ένα μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και μπορούν να συμβούν ανά πάσα στιγμή και οπουδήποτε, όπως για παράδειγμα στο δρόμο, στην εργασία, στους χώρους αναψυχής, στο σπίτι, κ.ά. Η μελέτη και η βαθύτερη γνώση για τα ατυχήματα μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψή τους και την υιοθέτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών».

Τα ατυχήματα μπορούν να διαχωριστούν σε διάφορες κατηγορίες, χωρίς η κατηγοριοποίηση αυτή να αποτελεί μία καθολική επιστημονική κατηγοριοποίηση, γεγονός που μπορεί να αποτελεί τροχοπέδη για τις διάφορες στατιστικές και δημογραφικές αναλύσεις. Τα βασικά ατυχήματα ως εκ τούτου κατηγοριοποιούνται σε τροχαία ατυχήματα, σε εργατικά ατυχήματα, σε ατυχήματα οικιακού περιβάλλοντος και προκύπτοντα από ασχολίες ελεύθερου χρόνου και σε ατυχήματα προκύπτοντα από αθλητικές δραστηριότητες (Αλεξόπουλος, 2007).

Πέντε εκατομμύρια θάνατοι αποδίδονται σε τραυματισμούς παγκοσμίως κάθε χρόνο, και το 12% αυτών υπολογίζεται ότι συμβαίνουν στην παιδική ηλικία (Alonge and Hyder 2014). Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας μεταξύ των παιδιών (Sminkey 2008a). Περισσότερα από 900.000 παιδιά κάτω των 18 ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω ακούσιων τραυματισμών (Sminkey 2008b). Βάσει των ανωτέρω, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής έρευνας, τα προγράμματα πρόληψης τραυματισμών, τόσο του παιδικού πληθυσμού, αλλά και του γενικού πληθυσμού, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικά.

Ενώ οι περισσότερες αναφορές επικεντρώνονται στα ποσοστά θνησιμότητας από τραυματισμούς, η νοσηρότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την εκτίμηση του αντίκτυπου των τραυματισμών στο άτομο, την κοινωνία και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι τα άτομα που έχουν κάποιο είδος αναπηρίας είναι γενικά πιο πιθανό «να πεθάνουν νέα, ή να

παραμεληθούν, να υποσιτιστούν και να μην έχουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους» (Paudel, Bhandari, and Bhandari 2017).

Η πυραμίδα του τραυματισμού είναι μια γνωστή έννοια που απεικονίζει τον τεράστιο αριθμό ατόμων που τραυματίζονται και χρειάζονται ιατρική φροντίδα (Sminkey 2008b). Η σημασία της πρόληψης τραυματισμών είναι ακόμα μεγαλύτερη, αναφερόμενη σε άτομα παιδικής ηλικίας. Σε ένα δείγμα 250.000 ατόμων από 5 διαφορετικές χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας, η UNICEF και η Alliance for Safe Children (TASC) διαπίστωσαν ότι για κάθε αναφερόμενο τραυματισμό σε παιδιά, 12 παιδιά εισήχθησαν στο νοσοκομείο ή ήταν μόνιμα ανάπηρα, ενώ 34 παιδιά χρειάζονταν ιατρική περίθαλψη ή δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν τις σχολικές τους υποχρεώσεις λόγω του τραυματισμού (Linnan et al. 2007). Επομένως, η πρόληψη των τραυματισμών είναι κρίσιμη για τη μείωση της παγκόσμιας επιβάρυνσης και τον περιορισμό της επιζήμιας επίδρασης που μπορεί να έχουν οι τραυματισμοί στα άτομα, τις οικογένειές τους και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Linnan et al. 2007).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε μια έκθεση για την πρόληψη των παιδικών τραυματισμών το 2008, περιγράφοντας λεπτομερώς τους κύριους τύπους τραυματισμών και τρόπους πρόληψης (Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Injury Prevention and Control 2012). Οι πέντε κύριες κατηγορίες που ορίζονται από τον ΠΟΥ περιλαμβάνουν τραυματισμούς ως απόρροια της οδικής κυκλοφορίας, πνιγμούς, εγκαύματα, πτώσεις και δηλητηριάσεις (Sminkey 2008b).

Το ενενήντα τρία τοις εκατό της παιδικής θνησιμότητας, λόγω τραυματισμών, ως απόρροια της οδικής κυκλοφορίας, εμφανίζεται σε αναπτυσσόμενες χώρες με μη επαρκείς κώδικες οδικής κυκλοφορίας και οδηγική συμπεριφορά (Sminkey 2008b). Μέχρι το 2030, οι τραυματισμοί, ως απόρροια της οδικής κυκλοφορίας, προβλέπονται να είναι η πέμπτη κύρια αιτία θανάτου και η έβδομη κύρια αιτία απώλειας ετών ζωής προσαρμοσμένης στην αναπηρία (DALYs) παγκοσμίως. Όσον αφορά τον πνιγμό, το 98% των περιστατικών συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό κεφάλαιο, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές με ανοιχτά υδάτινα μέρη (Sminkey 2008b). Τα παιδιά κάτω των πέντε ετών διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για πνιγμό και οι επιζώντες από πνιγμό μπορεί να υποστούν μόνιμη νευρολογική βλάβη (Al-Qurashi et al. 2019; Pearn, Bart, and Yamaoka 1979).

Σε ό,τι αφορά τα εγκαύματα, το ποσοστό θνησιμότητας ποικίλλει πολύ μεταξύ των αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών, σε 4,3 ανά 100.000 έναντι 0,4 ανά 100.000, αντίστοιχα. Τα εγκαύματα είναι η μόνη κατηγορία ακούσιων τραυματισμών, στην οποία οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άνδρες. Αν και δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, οι αναφορές, έχουν αναφέρει υψηλότερα ποσοστά αυτοτραυματισμού σε νεαρές γυναίκες ως αποτέλεσμα ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και ως μια άμεση μορφή διαπροσωπικής βίας κατά των γυναικών, η οποία θα μπορούσε να έχει αναφερθεί ως ακούσιοι τραυματισμοί (Lama et al. 2015; World Health Organization 2022). Ο αυξημένος κίνδυνος στη Νοτιοανατολική Ασία σχετίζεται συγκεκριμένα με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Forjuoh 2006). Σε μια ανασκόπηση για τα εγκαύματα, η κύρια αιτία εγκαυμάτων ήταν το ακούσιο ατύχημα με ποσοστό 59%, ακολουθούμενο από το εκούσιο συμβάν στο 33%. Η αναλογία ανδρών γυναικών ήταν σχεδόν παρόμοια και τα εγκαύματα επηρέασαν δυσανάλογα παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών, βάσει του 83% των αναφερόμενων εγκαυμάτων (Nthumba 2016).

Η πλειονότητα της θνησιμότητας που προκαλείται από πτώσεις παρατηρείται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά οι μη θανατηφόρες πτώσεις αποτελούν κύρια αιτία απώλειας ετών ζωής προσαρμοσμένης στην αναπηρία (Sminkey 2008b). Παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση με τη θνησιμότητα από πτώση και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς πολλές πρωτοβουλίες πρόληψης χρησιμοποιούνται ευρύτερα (Reuben et al. 2017; Verma et al. 2016). Τα ποσοστά θανατηφόρων δηλητηριάσεων είναι περισσότερο από τέσσερις φορές υψηλότερα στα αναπτυσσόμενες χώρες σε σύγκριση με τις αναπτυγμένες χώρες, με τις οξείες δηλητηριάσεις να σχετίζονται συχνά με καύσιμα που χρησιμοποιούνται συνήθως στα νοικοκυριά για μαγείρεμα και φωτισμό, όπως η παραφίνη ή η κηροζίνη (Sminkey 2008b). Οι δηλητηριάσεις, ως αποτέλεσμα της ενδοοικογενειακής βίας μπορεί επίσης να αναφερθούν ως «ακούσιες» σε νοσοκομειακές εγκαταστάσεις (Bartlett 2002).

Περισσότερα από 10 χρόνια μετά από την έκθεση του ΠΟΥ, η πρόληψη έναντι των ατυχημάτων παραμένει μία παράμετρος που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Πολυάριθμες οικονομικά αποδοτικές στρατηγικές πρόληψης τραυματισμών έχουν αποδειχθεί επιτυχείς σε κάποιες χώρες, αλλά η πλειονότητα αυτών των ακούσιων

τραυματισμών συμβαίνει σε άτομα που διαβιούν σε χώρες με χαμηλό κοινωνικομορφωτικό κεφάλαιο και οικονομικά προβλήματα (Bartlett 2002).

Ενώ οι τραυματισμοί είναι συχνά προβλέψιμοι και αποτρέψιμοι, λόγω πολλών υφιστάμενων αποτελεσματικών και χαμηλού κόστους πρωτοβουλιών πρόληψης, δεν αξιολογούνται ευρέως μεταξύ των παιδιών, τα οποία είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε παράγοντες κινδύνου για τραυματισμό (Forward and Loubani 2017; Hyder et al. 2009; Zwi et al. 1996). Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αυξηθεί η έρευνα και η ευαισθητοποίηση σχετικά με αποτελεσματικές πρωτοβουλίες πρόληψης για παιδικούς τραυματισμούς (Bhalla et al. 2010; Hofman et al. 2005). Αυτό πρέπει να δρομολογηθεί για να μειωθεί η σημαντική οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνία, το άτομο και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης υγείας (Lao, Gifford, and Dalal 2012), πέρα από την επιβάρυνση και τις πλείστες δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για συντονισμό μεταξύ και μεταξύ των χωρών που αντιμετωπίζουν αυτό το βάρος για τη δημιουργία λύσεων που να είναι επεκτάσιμες και κατάλληλες για το πλαίσιο αναφοράς.

Σύμφωνα με την Μπαρούτα (2015) «Σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα, ετησίως πεθαίνουν 4.500 άνθρωποι από ατυχήματα, από τα οποία το 90% είναι ακούσια και το υπόλοιπο 10% εκούσιες αυτοπρόκλητες ή ετεροπρόκλητες βλάβες. Όσον αφορά στο είδος των ατυχημάτων, την πρωτιά στην Ελλάδα κατέχουν τα τροχαία, με 1.800 ανθρώπους να χάνουν τη ζωή και 20.000 να τραυματίζονται ελαφρά κάθε χρόνο και ακολουθούν οι πτώσεις και οι πνιγμοί».

A.1.2 Τα είδη των ατυχημάτων

A.1.2.1 Τροχαία ατυχήματα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέφερε μια παγκόσμια εκτίμηση για 1,25 εκατομμύρια θανάτους από τροχαία ατυχήματα ετησίως και το ένα πέμπτο των θανάτων από τροχαία ατυχήματα παρατηρείται στην Κίνα, ως εύλογη απόρροια του υπερπληθυσμού της (World Health Organization 2015). Τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα είχαν ως αποτέλεσμα 3,6 από τους 18,8 θανάτους ανά 100.000 άτομα το 2013 στην Κίνα (World Health Organization 2015). Ωστόσο, η κατοχή οχημάτων στις ΗΠΑ ήταν 4,2 φορές από την αναφερόμενη στην Κίνα το 2014, ενώ ο αριθμός των θανάτων από τροχαία ατυχήματα στις ΗΠΑ ήταν μόλις 1,9 φορές από αυτόν στην Κίνα το 2013 (ITF 2016), γεγονός που επικυρώνει τη συσχέτιση των τροχαίων ατυχημάτων με τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά του πολιτισμού ως παραμέτρους κινδύνου. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΠΟΥ, που δημοσιεύθηκαν το 2018, οι θάνατοι από τροχαία δυστυχήματα στην Ελλάδα έφτασαν τους 943 ή το 0,94% των συνολικών θανάτων. Το ποσοστό θνησιμότητας προσαρμοσμένο στην ηλικία είναι 7,35 ανά 100.000 πληθυσμού κατατάσσει την Ελλάδα στην 140^η θέση στον κόσμο.

Οι συνήθεις τραυματισμοί που προκαλούν θάνατο σε τροχαία ατυχήματα περιλαμβάνουν τραυματικές βλάβες στον εγκέφαλο, εσωτερική αιμορραγία, κακώσεις στο κύριο μέρος του κορμού ή κακώσεις νωτιαίου μυελού. Αυτοί οι τύποι τραυματισμών συμβαίνουν συνήθως λόγω μετωπικών συγκρούσεων, πρόσκρουσης από την πλευρά του οδηγού ή του συνοδηγού ή ανατροπής που προκαλούνται από αμέλεια ή απερίσκεπτη συμπεριφορά του οδηγού.

Ως εκ τούτου, ο θάνατος από τροχαίο δυστύχημα είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως και απαιτεί διεξοδική διερεύνηση. Μεταξύ των τροχαίων ατυχημάτων ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στα εξαιρετικά σοβαρά τροχαία ατυχήματα. Με βάση τη βιβλιογραφία, τα εξαιρετικά σοβαρά τροχαία ατυχήματα αναφέρονται σε τροχαία ατυχήματα που προκαλούν περισσότερους από 10 θανάτους, περισσότερους από 50 σοβαρούς τραυματισμούς ή περίπου 7,9 εκατομμύρια δολάρια σε άμεσες οικονομικές

ζημίες (Liu et al. 2018). Σύμφωνα με τη Στατιστική Ετήσια Έκθεση Οδικών Ατυχημάτων που εκδόθηκε από το Γραφείο Διαχείρισης Κυκλοφορίας της Κίνας του Υπουργείου Δημόσιας Ασφάλειας, 925 εξαιρετικά σοβαρά τροχαία ατυχήματα συνέβησαν από το 1993 έως το 2012 με μέσο ετήσιο μέσο όρο 46 περιπτώσεις (Liu et al. 2018). Παρά τη σχετικά χαμηλότερη επίπτωση από τα γενικά τροχαία ατυχήματα, τα εξαιρετικά σοβαρά τροχαία ατυχήματα προκαλούν σημαντικές απώλειες. Λόγω των περιορισμένων δειγμάτων και των ελλιπών αρχείων περιπτώσεων, οι έρευνες για τα εξαιρετικά σοβαρά τροχαία ατυχήματα είναι σπάνιες και βρίσκονται ακόμη σε προκαταρκτικό στάδιο (Li et al. 2011). Η έκθεση των εκάστοτε βιβλιογραφικών αναφορών αποκάλυψε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, όπως υπερφόρτωση, αναλύοντας την αναλογία κάθε παράγοντα κινδύνου ανά έτος (δηλαδή, ο αριθμός των ατυχημάτων που εμπλέκουν έναν συγκεκριμένο παράγοντα σε ένα έτος / ο συνολικός αριθμός των ατυχημάτων κατ' έτος) (Li et al. 2011).

Πρόσθετα αναφέρεται σχετικά με τα τροχαία ατυχήματα ότι τα φορτηγά, η ακατάλληλη λειτουργία, η ταχύτητα, οι ασυνήθιστες καιρικές συνθήκες και ο προηγμένος αυτοκινητόδρομος εμπερικλείονται στους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, αυτή η μελέτη δεν αφορούσε πολλούς σημαντικούς παράγοντες, όπως την εδαφική ετερογένεια, την κούραση στην οδήγηση, την οδήγηση υπό επιρροή κ.λ.π. (Liu et al. 2018). Η διατριβή του Liu επικεντρώθηκε στους παράγοντες που σχετίζονται με τον οδηγό, χωρίς ωστόσο να λαμβάνει υπόψη την κατηγορία, εάν ο οδηγός ήταν επαγγελματίας ή όχι (Liu et al. 2018). Συνολικά, η πολυπλοκότητα και η αβεβαιότητα των εξαιρετικά σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων οδήγησε σε μία αδιαμφισβήτητη ανάγκη να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου και να κατανοηθούν πλήρως οι κίνδυνοι με βάση ένα μεγάλο δείγμα (Liu et al. 2018).

Ο ορισμός των τροχαίων ατυχημάτων ποικίλει ανάλογα με τη χώρα και το νομοθετικό-νομολογιακό τους πλαίσιο. Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρατίθενται οι βασικοί ορισμοί του τροχαίου ατυχήματος.

Πίνακας 1. Ορισμοί τροχαίου ατυχήματος από διάφορες χώρες (Μπαρούτα, 2015)

Χώρα	Ορισμός
Αυστρία	Ένα ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο, με τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα και αναφέρεται στην αστυνομία.
Βέλγιο	Ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο, αναφέρεται στην αστυνομία και οδηγεί σε απώλειες. Μέχρι το 1973 τα ατυχήματα που είχαν μόνο υλικές ζημιές δεν περιλαμβάνονται στις στατιστικές του Βελγίου για τα ατυχήματα.
Καναδάς	Ένα τροχαίο ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο και περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μηχανοκίνητο όχημα, με αποτέλεσμα το θάνατο ή τον τραυματισμό τουλάχιστον ενός ατόμου ή υλικές ζημιές άνω κάποιου χρηματικού ποσού που ορίζεται από το νόμο.
Τσεχία	Αποτελεί ένα συμβάν οδικής κυκλοφορίας (δυστύχημα, σύγκρουση κ.α.) που περιλαμβάνει ανθρώπινο θάνατο ή τραυματισμό ή υλικές ζημιές.
Δανία	Αποτελεί ατύχημα που προήλθε σε δρόμο με ένα τουλάχιστον κινούμενο όχημα, με αποτέλεσμα το θάνατο ή τραυματισμό τουλάχιστον ενός προσώπου ή υλικές ζημιές. Συνεπώς περιλαμβάνει τις συγκρούσεις μεταξύ οχημάτων, μεταξύ οχήματος και πεζού, καθώς και μεταξύ οχημάτων και ζώων ή σταθερών εμποδίων.
Γερμανία	Ατυχήματα που συμβαίνουν σε δημόσιους δρόμους και περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα, το οποίο προκαλεί τραυματισμό ή θάνατο ή υλικές ζημιές. Στη Γερμανία τα ατυχήματα με μόνο υλικές ζημιές θεωρούνται ως τροχαία ατυχήματα μόνο σε περίπτωση που η αιτία αποτελεί αδίκημα, όπως για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ.

Αγγλία	Ατυχήματα σε δημόσιους δρόμους, τα οποία περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα όχημα και έχουν ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό ή το θάνατο τουλάχιστον ενός ανθρώπου. Τα ατυχήματα με μόνο υλικές ζημιές δεν περιλαμβάνονται.
Ουγγαρία	Κάθε απρόσμενο, ακούσιο τροχαίο συμβάν, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την θνησιμότητα ή τον τραυματισμό ή κάποια υλική ζημιά.
Ιρλανδία	Σύγκρουση που περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα οχήματα σε δημόσιο δρόμο, αναφερόμενο στις Αστυνομικές Αρχές με την ακριβή τοποθεσία του, στο οποίο προκαλείται τραυματισμός ή υλική ζημιά.
Ιταλία	Αποτελεί ένα γεγονός στο οποίο εμπλέκεται τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα και έχει ως αποτέλεσμα τραυματισμό ή θάνατο.
Ιαπωνία	Αποτελεί ατύχημα με αποτέλεσμα θάνατο ή τραυματισμό, το οποίο προκαλείται από οχήματα μαζικής μεταφοράς ή ιδιωτικά οχήματα.
Λουξεμβούργο	Σύγκρουση μεταξύ ενός οχήματος με ένα άλλο όχημα ή παραπάνω οχήματα, ή σύγκρουση με ένα όχημα και ένα πεζό ή ένα αντικείμενο (π.χ κολώνα, δέντρο).
Ολλανδία	Ατύχημα σε δημόσιο δρόμο με ένα τουλάχιστον κινούμενο όχημα με αποτέλεσμα τουλάχιστον ένα τραυματία.
Νέα Ζηλανδία	Ένα ατύχημα με ένα τουλάχιστον κινούμενο όχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο και αναφέρεται στην αρμόδια Αστυνομική Αρχή.
Νορβηγία	Ατύχημα σε δημόσιο ή ιδιωτικό δρόμο ή πλατεία ανοιχτή στην κυκλοφορία, που περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα και έχει ως αποτέλεσμα τραυματισμό, θάνατο ή υλικές ζημιές.
Πολωνία	Ατυχήματα που αναφέρονται στην Αστυνομία και συμβαίνουν σε δημόσιο δρόμο, τα οποία περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα, με αποτέλεσμα θάνατο, τραυματισμό ή υλικές ζημιές.

Πορτογαλία	Ατυχήματα που συμβαίνουν σε δημόσιο δρόμο, τα οποία περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα, με αποτέλεσμα θάνατο, τραυματισμό ή υλικές ζημιές.
Ισπανία	Ατυχήματα σε δημόσιο δρόμο με τουλάχιστον ένα κινούμενο όχημα, με αποτέλεσμα τουλάχιστον ένα τραυματισμένο άνθρωπο. Τα ατυχήματα με μόνο υλικές ζημιές δεν περιλαμβάνονται.
Σουηδία	Ατυχήματα που συμβαίνουν σε δρόμο με ένα τουλάχιστον κινούμενο όχημα, με αποτέλεσμα υλικές ζημιές ή προσωπικό τραυματισμό.
Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Ένα συμβάν που προκαλεί τραυματισμό και /ή ζημιές, το οποίο περιλαμβάνει ένα μηχανοκίνητο όχημα σε κίνηση σε δρόμο.

Αντίστοιχα με τον ορισμό του τροχαίου ατυχήματος εκάστη χώρα αναφέρει διάφορους ορισμούς σε ότι αφορά τον τραυματία από τροχαίο ατύχημα. Για παράδειγμα στην Αυστραλία ορίζεται ως τραυματίας ο έχων ελαφρύ ή βαρύ τραυματισμό από όχημα σε δημόσιο χώρο, ενώ στον Καναδά αναφέρεται σε τραυματισμό που προκύπτει από τροχαία σύγκρουση σε δημόσιο δρόμο με αποτέλεσμα μη θανάσιμο τραυματισμό. Στη Δανία αντίστοιχα ορίζεται ως τραυματίας το άτομο που απαιτεί ιατρική φροντίδα ή νοσοκομειακή περίθαλψη, ορισμό που παρόμοια αναφέρει και η Φιλανδία, ήτοι το άτομο που δεν σκοτώθηκε, αλλά υπέστη τραύματα, τα οποία απαιτούν περίθαλψη σε νοσοκομείο ή στο σπίτι. Αντίστοιχες διαφοροποιήσεις ενυπάρχουν στις διάφορες χώρες για την κατηγοριοποίηση του ελαφρά τραυματισμένου και του βαριά τραυματισμένου (Μπαρούτα, 2015).

A.1.2.2 Επαγγελματικά ή εργατικά ατυχήματα

Ο κατασκευαστικός τομέας εμπεριέχει ένα σύνολο επαγγελματικών κινδύνων, που είναι συγκεκριμένοι για την αναφερόμενη δραστηριότητα, που περιλαμβάνουν εργασίες ανύψωσης, εργασίες εκσκαφής, ανύψωση υλικών, την εποχιακή φύση των χώρων εργασίας τους και άλλα. Αυτό σημαίνει ότι η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης για την ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων εφαρμόζεται διαφορετικά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι δραστηριότητες που γίνονται σε εργοτάξια θεωρούνται υψηλού κινδύνου και ως εκ τούτου μπορεί να οδηγήσουν σε εργατικά ατυχήματα. Όμως, παρόλη την εύλογη επικινδυνότητα που μπορεί να παρουσιάζουν οι χώροι των εργοταξίων, επαγγελματικά ή εργατικά ατυχήματα μπορούν να συμβούν σε κάθε εργασιακό χώρο.

Η Διοίκηση Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία, που συχνά αποκαλείται εν συντομία OSHA, έχει έναν συνοπτικό ορισμό για ένα ατύχημα στο χώρο εργασίας. Είναι ένα «απρογραμματίστο συμβάν που οδηγεί σε σωματικές βλάβες ή υλικές ζημιές». Ο OSHA είναι ένας κυβερνητικός φορέας που έχει επιφορτιστεί να βοηθήσει να διατηρηθούν οι χώροι εργασίας ασφαλείς για τους υπαλλήλους του. Πρόσθετα, σύμφωνα με την Μπαρούτα (2015) «Ορίζονται ως τα ατυχήματα που συμβαίνουν στον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εργασίας ή με αφορμή την εργασία και οφείλονται σε απότομο γεγονός που προκαλεί στον εργαζόμενο ανικανότητα να εργαστεί». Επιπλέον, βάσει των ορισθέντων από την ΓΣΕΕ «Βίαιο γεγονός, σημαίνει να υπάρχει έκτακτη και αιφνίδια επίδραση εξωτερικού παράγοντα, που δεν έχει σχέση με την οργανική κατάσταση του εργαζόμενου. Η επίδραση αυτή μπορεί να έχει σαν αιτία την επιβάρυνση των όρων εργασίας κάτω από απρόβλεπτες και έκτακτες συνθήκες. Συνεπώς προϋπάρχουσα ασθένεια, η οποία εκδηλώνεται ή επιδεινώνεται κατά την εκτέλεση της εργασίας κάτω από κανονικές συνθήκες, δεν αποτελεί εργατικό ατύχημα. Αν όμως η ασθένεια προήλθε κατά την εκτέλεση της εργασίας κάτω από εξαιρετικές και ασυνήθιστες συνθήκες χαρακτηρίζεται ως εργατικό ατύχημα».

Τα εργατικά ατυχήματα μπορεί να προκύψουν από άμεσες ή βασικές αιτίες. Οι άμεσες αιτίες προκαλούν άμεσα το ατύχημα και αποτελούνται από επικίνδυνες ενέργειες (ακατάλληλη συμπεριφορά των εργαζομένων που θα μπορούσε να οδηγήσει σε περιστατικό στο χώρο εργασίας) και ανασφαλείς συνθήκες (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, μηχανήματα και εργαλεία που είναι ελαττωματικά και που θέτουν τους εργαζόμενους σε κίνδυνο για ένα ατύχημα). Αλλά για να επιτευχθεί μια αποτελεσματική λύση στα εργατικά ατυχήματα, είναι κρίσιμο να εντοπιστούν και να ελέγχονται οι βασικές αιτίες που οδηγούν στις άμεσες αιτίες και που περιλαμβάνουν προσωπικούς παράγοντες (λανθασμένες συνήθειες εργασίας, εσφαλμένη χρήση εξοπλισμού, εργαλείων ή εγκαταστάσεων, σωματικά ή ψυχικά ελαττώματα, ελλείψεις ακοής, κ.λ.π.) και εργασιακούς παράγοντες (ελλιπής επίβλεψη και ηγεσία, ακατάλληλες πολιτικές, διαδικασίες, οδηγοί ή πρακτικές, ακατάλληλος προγραμματισμός εργασίας ή προγραμματισμός) (Carlos Aníbal 2002).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εργασίας (Organización Internacional del Trabajo ή OIT), στην έκθεσή της για την παγκόσμια ημέρα για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, «περίπου το 4% του παγκόσμιου Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) χάνεται λόγω του κόστους απωλειών, θανάτων και ασθενειών, με αποτέλεσμα απουσίες από την εργασία, θεραπείες και πληρωμές λόγω αναπηρίας ή θανάτου» (Internacional and Trabajo 2017).

Η θεωρία της τυχαίας πυραμίδας που αναπτύχθηκε από τον Bird το 1969 έδειξε ότι για κάθε σοβαρό ατύχημα υπάρχουν 10 λιγότερο σοβαρά ατυχήματα, 30 ατυχήματα με υλικές ζημιές και 600 ατυχήματα χωρίς ορατές ζημιές ή απώλειες (Carlos Aníbal 2002). Ομοίως, ο Fornés (2011) αναφέρεται στη σύγκριση του αριθμού των περιστατικών που δεν προκαλούν προσωπικούς τραυματισμούς με εκείνα που οδηγούν σε τραυματισμούς. Δηλώνει επίσης ότι η εφαρμογή ενός συστήματος ανάλυσης των περιστατικών μπορεί να αποτελέσει βασικό δρόμο για την πρόληψη ή τον έλεγχο των εργατικών ατυχημάτων (Fornés 2011).

Από την άλλη πλευρά, οι Páez & Mejía (2011) αναφέρουν ότι επί του παρόντος στη βιομηχανική υγεία και ασφάλεια είναι σύνηθες να χρησιμοποιούνται αντίστοιχα πρότυπα. Ωστόσο, αυτά τα πρότυπα συχνά εφαρμόζονται ελάχιστα, δημιουργώντας δυσκολίες στην ανάπτυξη έργων που σχετίζονται με κινδύνους. Εάν αυτοί οι κίνδυνοι δεν αξιολογηθούν,

μπορεί να καταλήξουν να επηρεάσουν την τακτική πρόοδο της εργασίας. Οι συγγραφείς αναφέρουν τις καθυστερήσεις στην εργασία, τις οικονομικές απώλειες και τις υπερτιμήσεις ως τα κύρια προβλήματα που προκύπτουν από την έλλειψη σχεδιασμού κινδύνων στην επαγγελματική ασφάλεια και υγεία. Αυτή η έρευνα δείχνει ότι οι συνθήκες ασφάλειας ενός εργοταξίου της Κολομβίας είναι ανεπαρκείς και ως εκ τούτου οδηγούν σε ατυχήματα που προκαλούν όλους τους τύπους τραυματισμών, αναπηρίας και θανάτου (González et al. 2016).

Ο Buendía (2013) αναφέρεται στη σημασία του εντοπισμού των αιτιών των ατυχημάτων στην εργασία, τονίζοντας ότι πρέπει να αναζητηθεί η πραγματική προέλευση όλων των αιτιών που πυροδότησε το συμβάν (Buendía 2013). Ομοίως, ο Véjar (2009) δηλώνει ότι η αξιολόγηση κινδύνου είναι μια διαδικασία που επικεντρώνεται στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με το είδος των προληπτικών ενεργειών που πρέπει να ληφθούν για την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών κινδύνων (González et al. 2016).

Ο Rodríguez (2014) τονίζει ότι ο κατασκευαστικός κλάδος είναι μια από τις επαγγελματικές δραστηριότητες με τον υψηλότερο κίνδυνο, δεδομένης της υψηλής συχνότητας των ατυχημάτων που παρουσιάζονται και έχουν ως αποτέλεσμα ανθρώπινες και υλικές απώλειες. Οι στατιστικές είναι θεμελιώδεις για τον εντοπισμό των αιτιών των ατυχημάτων, για την καθοδήγηση πιθανών σχεδίων παρέμβασης, καθώς και για την αποτελεσματικότητα αυτών των σχεδίων (González et al. 2016).

Οι Mocondino & Ojeda (2012) βεβαιώνουν ότι για το 2011 στην Κολομβία, ο κατασκευαστικός τομέας είχε το υψηλότερο ποσοστό ατυχημάτων 22,71%, εκ των οποίων το 11% των ατυχημάτων ήταν σοβαρά ή θανατηφόρα. Στην Κολομβία το 2012, από τους 532 θανάτους που καταγράφηκαν σε εργατικά ατυχήματα, οι 136 προέρχονται από τον τομέα των ακινήτων, οι 125 από τον κατασκευαστικό τομέα. στους τομείς των μεταφορών, αποθήκευσης και επικοινωνιών υπήρξαν συνολικά 78 θανατηφόρα θύματα. Αυτό αντανακλά ότι 44 άνθρωποι πέθαιναν κάθε μήνα λόγω εργατικών ατυχημάτων. Αυτά τα στατιστικά στοιχεία περιλαμβάνονται σε αναφορές από 10 διαχειριστές επαγγελματικού κινδύνου (González et al. 2016).

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, χαρακτηριστικά αναφέρεται από την Μπαρούτα (2015) «... σε παγκόσμιο επίπεδο λαμβάνει χώρα ένα εργατικό ατύχημα κάθε 20 δευτερόλεπτα, ενώ στην Ελλάδα συμβαίνουν ετησίως χιλιάδες εργατικά ατυχήματα. Οι συνέπειες των εργατικών ατυχημάτων είναι πολλές και αφορούν πόνο και κοινωνικά προβλήματα στο θύμα ή στην οικογένειά του, μείωση του εργατικού δυναμικού, πτώση του ηθικού των εργαζομένων, μείωση της παραγωγικότητας και δυσφήμιση της επιχείρησης που λαμβάνει χώρα το εργατικό ατύχημα».

Σε μελέτη που διεξήχθη από το ΕΛΙΥΑΕ σχετικά με τα εργατικά ατυχήματα αναφέρεται ότι «Η πληθώρα των στοιχείων του ΙΚΑ για τα εργατικά ατυχήματα αποτελεί τον «κρυμμένο θησαυρό» για την ελληνική οικονομία, τη δημόσια υγεία και γενικότερα για τη δυνατότητα σχεδιασμού και εφαρμογής στρατηγικών στο χώρο των εργασιακών σχέσεων... Η συλλογή των στοιχείων για όλη τη χρονική περίοδο ύπαρξης του ΙΚΑ (1938-1994) κάτω από μία ενιαία παρουσίαση δίνει τη δυνατότητα για μία πρώτη αποτίμηση της ιστορικής εξέλιξης των εργατικών ατυχημάτων.... Οι αριθμοί δεν δημιουργούν ευχάριστη εντύπωση στον προσεκτικό αναγνώστη και μελετητή. Η ανάγκη για εντονότερη ρύθμιση της Υγιεινής και Ασφάλειας στον εργοστασιακό χώρο έχει καταστεί αδήριτη για να αναπνεύσει η χώρα από τη μαστίγα των ατυχημάτων. Η συνεχής μείωση των ατυχημάτων μετά από το 1981 δεν αντιστοιχεί εξ ολοκλήρου σε βελτίωση των όρων ασφαλείας αλλά συνδέεται σε ένα βαθμό με τη συνεχή αποβιομηχάνιση της Ελλάδας» (Μπράνης, 1998).

A.1.2.3 Ατυχήματα στο χώρο της άθλησης ή κατά τον ελεύθερο χρόνο του ατόμου

Ο μεγαλύτερος αριθμός τραυματισμών που σχετίζονται με αθλήματα συμβαίνουν σε νέους που παίζουν ποδόσφαιρο (27%) και ράγκμπι (10%) – επειδή αυτά είναι τα αθλήματα που παίζονται πιο ευρέως. Όταν λαμβάνονται υπόψη τα ποσοστά δραστηριότητας, το ράγκμπι είναι κατά πολύ το πιο επικίνδυνο άθλημα μαζικής συμμετοχής. Τα αθλήματα που βασίζονται στη χρήση ράβδου, όπως το χόκεϊ, έχουν επίσης υψηλά ποσοστά τραυματισμών και οι τραυματισμοί στα μάτια είναι πιο συνηθισμένοι στα αθλήματα με ρακέτα.

Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι μισοί από τους τραυματισμούς νεαρών ατόμων σε ένα τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών αφορούσαν τον αθλητισμό και οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων διαπίστωσαν ότι οι νεαροί άνδρες υπέφεραν περισσότερους τραυματισμούς από τις νεαρές γυναίκες. Η Έρευνα Υγείας για την Αγγλία διαπίστωσε ότι τα ποσοστά ατυχημάτων στον αθλητισμό/την άσκηση κορυφώθηκαν σε νέους ηλικίας μεταξύ 13 και 15 ετών. Οι τραυματισμοί στον στίβο μειώνονται εάν υπάρχει προπονητής και υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η επίβλεψη ενός ενήλικου μπορεί να μειώσει τους τραυματισμούς σε πισίνες και παραλίες. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις απέτυχαν να βρουν ισχυρά στοιχεία για παρεμβάσεις για τη μείωση των αθλητικών τραυματισμών και καμία μελέτη σε καμία από τις ανασκοπήσεις δεν αντιμετώπισε το ζήτημα του τραυματισμού σε σχέση με την κοινωνική στέρηση. Μεγάλο μέρος της έρευνας επικεντρώνεται σε μικρότερα παιδιά και το ερώτημα εάν αυτές οι παρεμβάσεις είναι κατάλληλες ή όχι για ένα εφηβικό κοινό (Kavanagh and Tucker H 2007).

Οι πτώσεις είναι μακράν τα πιο κοινά ατυχήματα, καθώς ευθύνονται για σχεδόν τους μισούς τραυματισμούς ή θανάτους στο σπίτι. Σύμφωνα με τη Βασιλική Εταιρεία για την Πρόληψη των Τραυματισμών, το σπίτι είναι η πιο κοινή τοποθεσία για να συμβεί ένα ατύχημα, με 2,7 εκατομμύρια Βρετανούς να χρειάζονται επίσκεψη στο νοσοκομείο μετά από ένα ατύχημα στο σπίτι. Με εκτιμώμενο ετήσιο κόστος για το NHS £45,63 δισεκατομμύρια από τραυματισμούς που συμβαίνουν στο σπίτι, είναι ιδιαίτερα σημαντική η πρόληψη τέτοιων ατυχημάτων.

A.1.3 Παράγοντες κινδύνου

Μια μελέτη έδειξε ότι οι επαγγελματίες οδηγοί είχαν περισσότερο από το μισό ποσοστό ατυχημάτων από τους απλούς οδηγούς χωρίς προσαρμογή της μεγαλύτερης χιλιομετρικής απόστασης των επαγγελματιών οδηγών (Petridou and Moustaki 2000). Ο McKenna πρότεινε το επαγγελματικό άγχος των οδηγών εταιρικών αυτοκινήτων ως βασικό παράγοντα πρόβλεψης των ποσοστών ατυχημάτων (McKenna 1982). Ο παράγοντας του επαγγελματία οδηγού θα μπορούσε να συνδυαστεί με άλλους παράγοντες, όπως το φύλο του οδηγού, τη χρήση κινητού τηλεφώνου, τον τρόπο ζωής και οι πολλαπλές ευθύνες (Dorn 2008; Papadakaki et al. 2016; Wang et al. 2014).

Η κόπωση ορίστηκε ως η οδήγηση για περισσότερες από τέσσερις ώρες, χωρίς τουλάχιστον 20 λεπτά ανάπαυσης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο, η υπνηλία και η κόπωση ήταν οι αιτίες των θανάτων από τροχαία στο 2,6% και 3% όλων των περιπτώσεων αντίστοιχα (ITF 2016). Ορισμένες προηγούμενες μελέτες ανέφεραν ότι ένα παράπονο για υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, που θα μπορούσε να έχει παρόμοια αποτελέσματα κόπωσης, συσχετίστηκε θετικά με σημαντικά αυξημένο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων σε οδηγούς εμπορικών φορτηγών κατά τη διάρκεια μεγάλων αποστάσεων (Pelayo 2014; Stoohs et al. 1994; Yamamoto et al. 2000). Επιπλέον, οι μελετητές εντόπισαν τους άνδρες οδηγούς, τα φορτηγά, την οδήγηση από τα μεσάνυχτα έως τα ξημερώματα και τις πρωινές ώρες αιχμής ως παράγοντες κινδύνου ατυχημάτων που σχετίζονται με την κόπωση (Zhang et al. 2016).

Έλληνες ερευνητές ανέφεραν ότι σε σύγκριση με το αυτοκίνητο (8,4%) και το λεωφορείο (3,6%), η αναλογία των θανάτων έναντι όλων των ατόμων που συμμετείχαν ήταν τόσο υψηλή όσο 12,7% σε τροχαία ατυχήματα (George, Athanasios, and George 2017). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, συνολικά 3757 άνθρωποι σκοτώθηκαν σε ατυχήματα με μεγάλα φορτηγά το 2011 και τα θανατηφόρα ατυχήματα μεγάλων φορτηγών αυξήθηκαν κατά 11% από το 2009 έως το 2011 (Islam, Jones, and Dye 2014). Άλλες αποδείξεις έδειξαν ότι οι κρίσεις των οδηγών επηρεάζονταν από τα μετωπικά μεγάλα οχήματα στο δρόμο (Mathieu et al. 2017). Επομένως, ο μεγάλος τύπος οχήματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου.

Προηγούμενη βιβλιογραφία έδειξε ότι η υψηλότερη ταχύτητα παρατηρήθηκε σε βαρύτερα αυτοκίνητα (Wasielewski 1984). Η υπερφόρτωση συσχετίστηκε με άλλες τροχαίες παραβάσεις και παρουσίαζε αυξημένο κίνδυνο σοβαρών ατυχημάτων (Zhang, Yau, and Chen 2013). Μεταξύ των περιπτώσεων υπερβολικής ταχύτητας, το ποσοστό υπερφόρτωσης ήταν τόσο υψηλό όσο 11,66% (Zhang, Yau, and Gong 2014). Η συσχέτιση μεταξύ υπερφόρτωσης και άλλων παραβιάσεων θα μπορούσε να διερευνηθεί στο μέλλον. Σε άλλες χώρες, οι αναφορές υπερφόρτωσης ήταν ελάχιστες. Η υπερφόρτωση αντιπροσώπευε το 5,1% στα τροχαία ατυχήματα της Κένυας το 1990 (Odero, Garner, and Zwi 1997). Η ανεπαρκής κερδοφορία έναντι κάθε μεταφοράς στην Κολομβία ανάλογα με τον αριθμό των επιβατών έκανε τους οδηγούς να επιλέξουν την υπερφόρτωση για περισσότερα κέρδη (Rodríguez, Fernández, and Acero Velásquez 2003).

Όσον αφορά το έδαφος, προηγούμενες μελέτες παρατήρησαν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ δυσμενούς γεωμετρικού εδάφους και τοποθεσίας με υψηλό ποσοστό ατυχημάτων (Shankar, Mannering, and Barfield 1995). Στην έρευνα που διεξήχθη από την κινεζική κυβέρνηση, το ποσοστό θνησιμότητας σε κυρτό δρόμο ήταν τόσο υψηλό όσο 0,8, ενώ το μέσο ποσοστό θνησιμότητας ήταν 0,3 μεταξύ όλων των ατυχημάτων το 2014 (Deng et al. 2019). Το εύρημα ότι το υψηλότερο ποσοστό ατυχημάτων συσχετίστηκε με μικρότερη ακτίνα καμπυλότητας επιβεβαίωσε την επίδραση της καμπύλης διαδρομής (Ikeda and Mori 2005). Γενικά, το ποσοστό ατυχημάτων αυξήθηκε με συνέπεια με τον αυξημένο βαθμό οριζόντιας καμπυλότητας (Mcgee et al. 2015).

Τα ναρκωτικά δεν είναι τόσο σημαντική αιτία τραυματισμού μεταξύ των νέων όσο, για παράδειγμα, τα ατυχήματα κατά τη μεταφορά. Ωστόσο, δεδομένου ότι ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται με τη διάρκεια της χρήσης ναρκωτικών, αυτό δεν σημαίνει ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις δεν πρέπει να στοχεύουν σε αυτή τη νεότερη ηλικιακή ομάδα. Ενώ η χρήση ναρκωτικών συνολικά έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, η χρήση ορισμένων ναρκωτικών – όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη και το έκσταση – έχει αυξηθεί. Πολλοί περισσότεροι νέοι άνδρες από τις γυναίκες πεθαίνουν από υπερβολική δόση ναρκωτικών, επειδή περισσότεροι άνδρες λαμβάνουν ναρκωτικά, αλλά οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο. Ορισμένες άλλες ομάδες νέων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από άλλες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται νέοι σε υποβαθμισμένες

περιοχές και άνδρες που αποφυλακίστηκαν πρόσφατα. Κατά ειρωνικό τρόπο, πολλές από τις συσχετιστικές μελέτες προσαρμόστηκαν για την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, προκειμένου να υπολογιστούν τυποποιημένα ποσοστά, αφαιρώντας έτσι τις ίδιες τις πληροφορίες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη χάραξη πολιτικής για να βοηθηθούν οι περιθωριοποιημένες ομάδες (Kavanagh and Tucker H 2007).

Οι ανέκδοτες αναφορές των τμημάτων ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών που γεμίζουν με θύματα που σχετίζονται με το αλκοόλ την Παρασκευή και το Σάββατο το βράδυ είναι συνηθισμένες, αλλά επί του παρόντος είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί η έκταση του προβλήματος με βάση τις εθνικές στατιστικές. Ορισμένοι τραυματισμοί κατηγοριοποιούνται σαφέστατα στις στατιστικές νοσοκομειακών επεισοδίων ως εμπλοκής αλκοόλ, αλλά επειδή αυτός είναι ένας συμπληρωματικός κωδικός και βασίζεται σε εξέταση αίματος ή υποκειμενική κρίση, δεν είναι σαφές εάν αυτά τα στατιστικά στοιχεία είναι πλήρη. Δεν είναι σαφές επίσης για τραυματισμούς που σχετίζονται με το αλκοόλ και δεν οδηγούν σε νοσηλεία. Ωστόσο, αναγνωρίζεται πόσοι νέοι εισάγονται στο νοσοκομείο από δηλητηρίαση από αλκοόλ και επίσης ότι σχεδόν όλοι όσοι εισάγονται για αυτόν τον λόγο είναι ηλικίας μεταξύ 11 και 17 ετών. Η εμπλοκή στο αλκοόλ μειώνεται αργά μεταξύ 16 και 30 ετών (Kavanagh and Tucker H 2007).

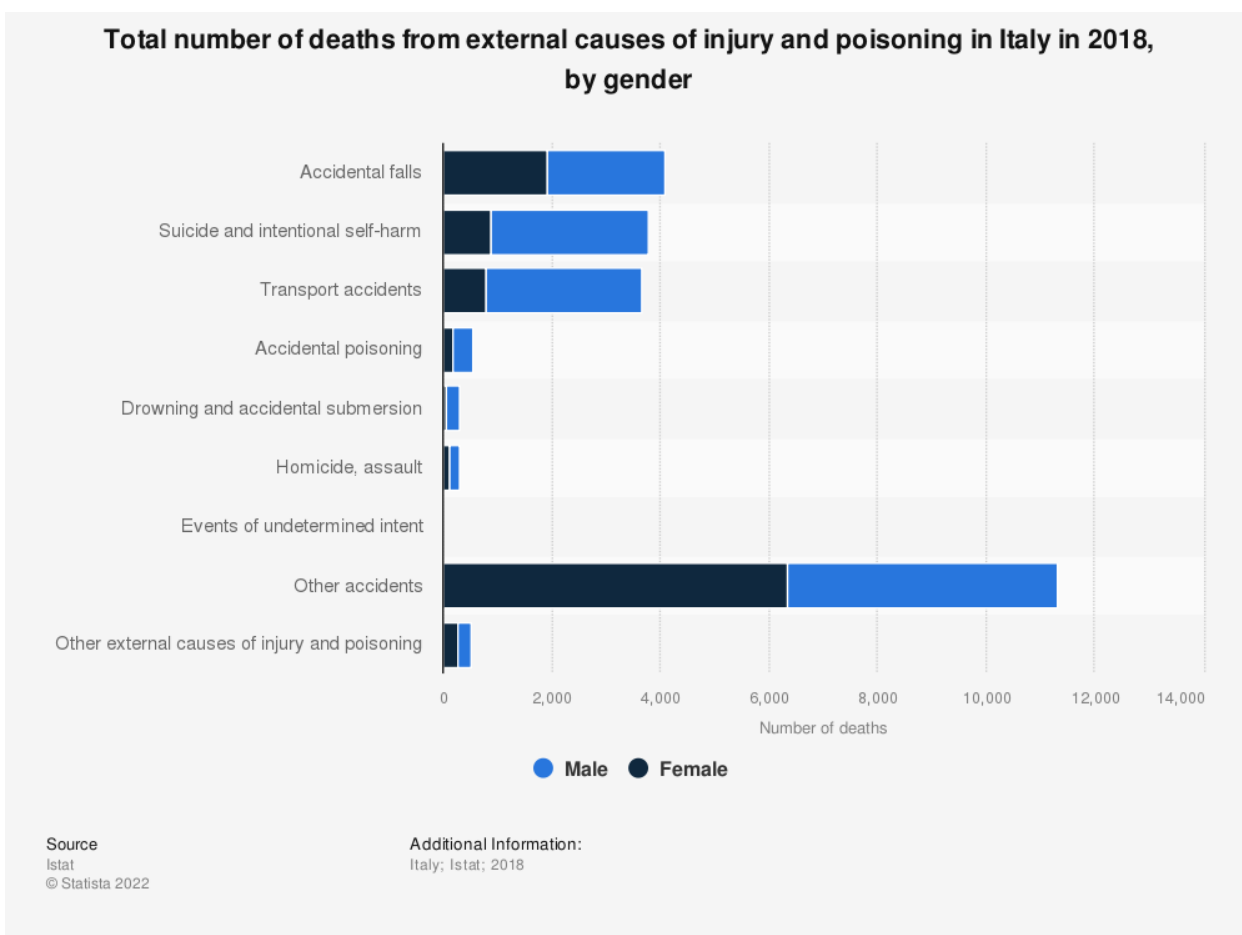
Μελέτες συσχέτισης έχουν δείξει ότι το αλκοόλ θέτει τον χρήστη σε αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού, καθώς και ότι οι νέοι είναι περισσότερο πιθανό να τραυματιστούν από τους μεγαλύτερους σε ηλικία και ότι οι νέοι άνδρες κινδυνεύουν περισσότερο από τις νεαρές γυναίκες. Στη μία μελέτη που εξέτασε την εθνικότητα, το καθεστώς της μειονότητας δεν αύξησε τους τραυματισμούς που σχετίζονται με το αλκοόλ και μπορεί στην πραγματικότητα να είχε προστατευτική σχέση (Kavanagh and Tucker H 2007).

A.1.4 Επιπολαστικά δεδομένα

Στη συνέχεια παρατίθενται διάφορα δεδομένα σχετικά με τα ατυχήματα.

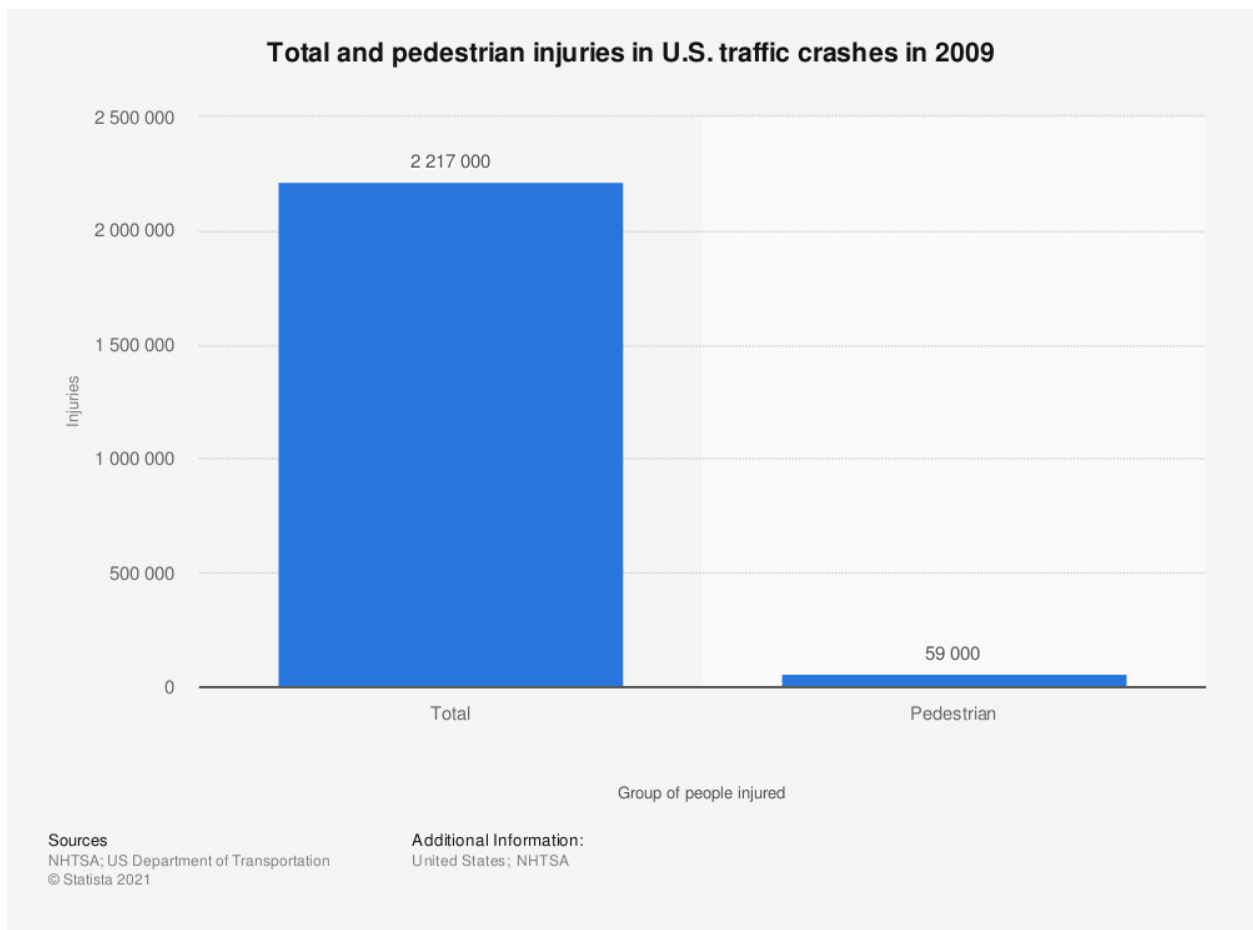
Το 2018, σχεδόν 24,6 χιλιάδες άνθρωποι στην Ιταλία πέθαναν από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηρίασης. Στη συνέχεια η Εικόνα 1 αναλύει αυτόν τον αριθμό ανά είδος ατυχήματος και φύλο. Εκείνο το έτος, οι τυχαίες πτώσεις ήταν το ατύχημα που προκάλεσε τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων, με 4.085 συνολικά. Επιπλέον, 2.915 άνδρες πέθαναν από αυτοκτονία και εκ προθέσεως αυτοτραυματισμό (Statista 2018b).

Εικόνα 1. Θάνατοι από εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηρίασης στην Ιταλία 2018, ανά φύλο (Statista 2018b)



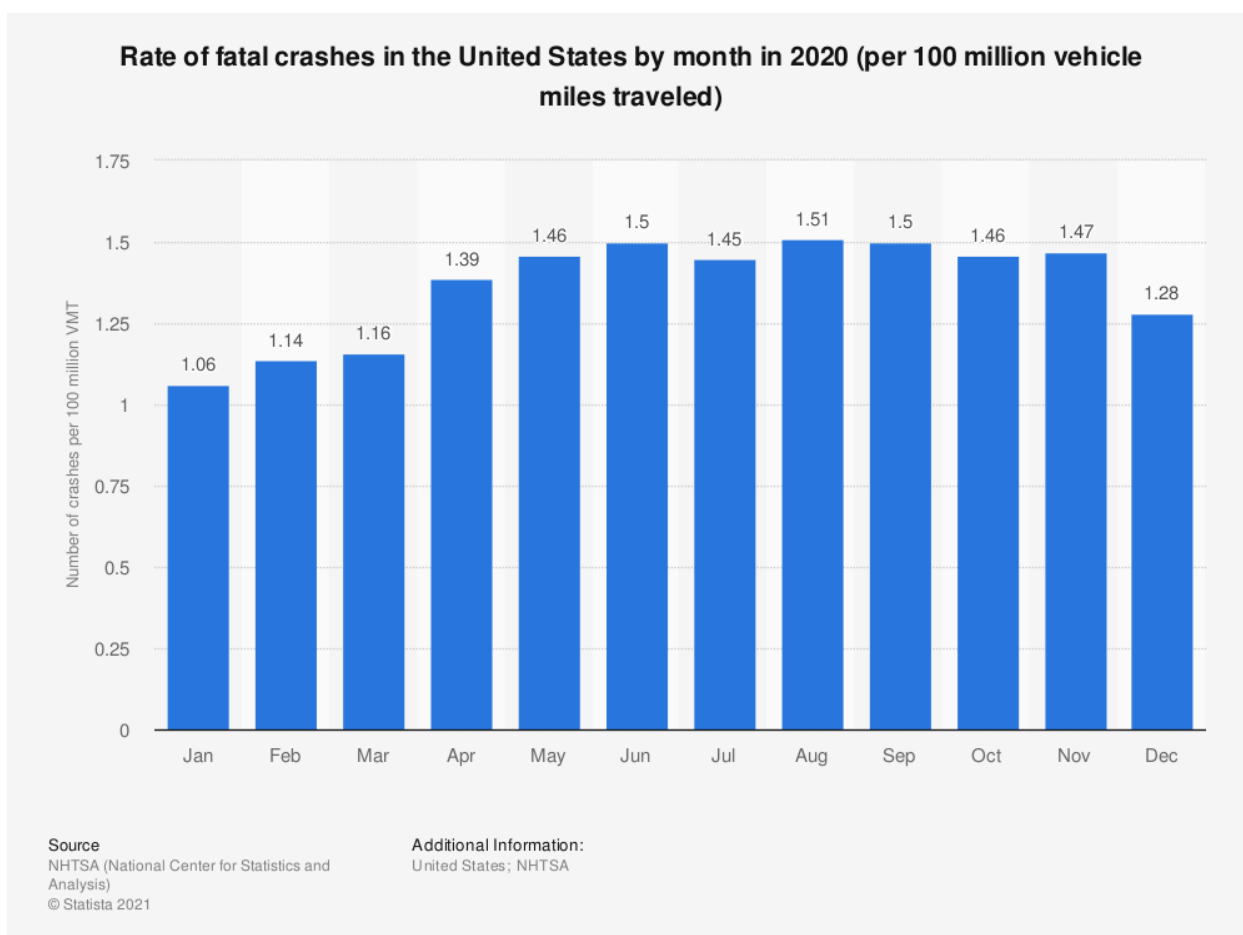
Πρόσθετα αναφέρονται οι αριθμοί συνολικών τραυματισμών και τραυματισμών πεζών σε τροχαία ατυχήματα στις ΗΠΑ το 2009. Εκείνο το έτος, 59.000 πεζοί τραυματίστηκαν σε τροχαία ατυχήματα στις ΗΠΑ (Statista 2009) (Εικόνα 2).

Εικόνα 2. Συνολικοί τραυματισμοί και τραυματισμοί πεζών σε τροχαία ατυχήματα στις ΗΠΑ το 2009 (Statista 2009)



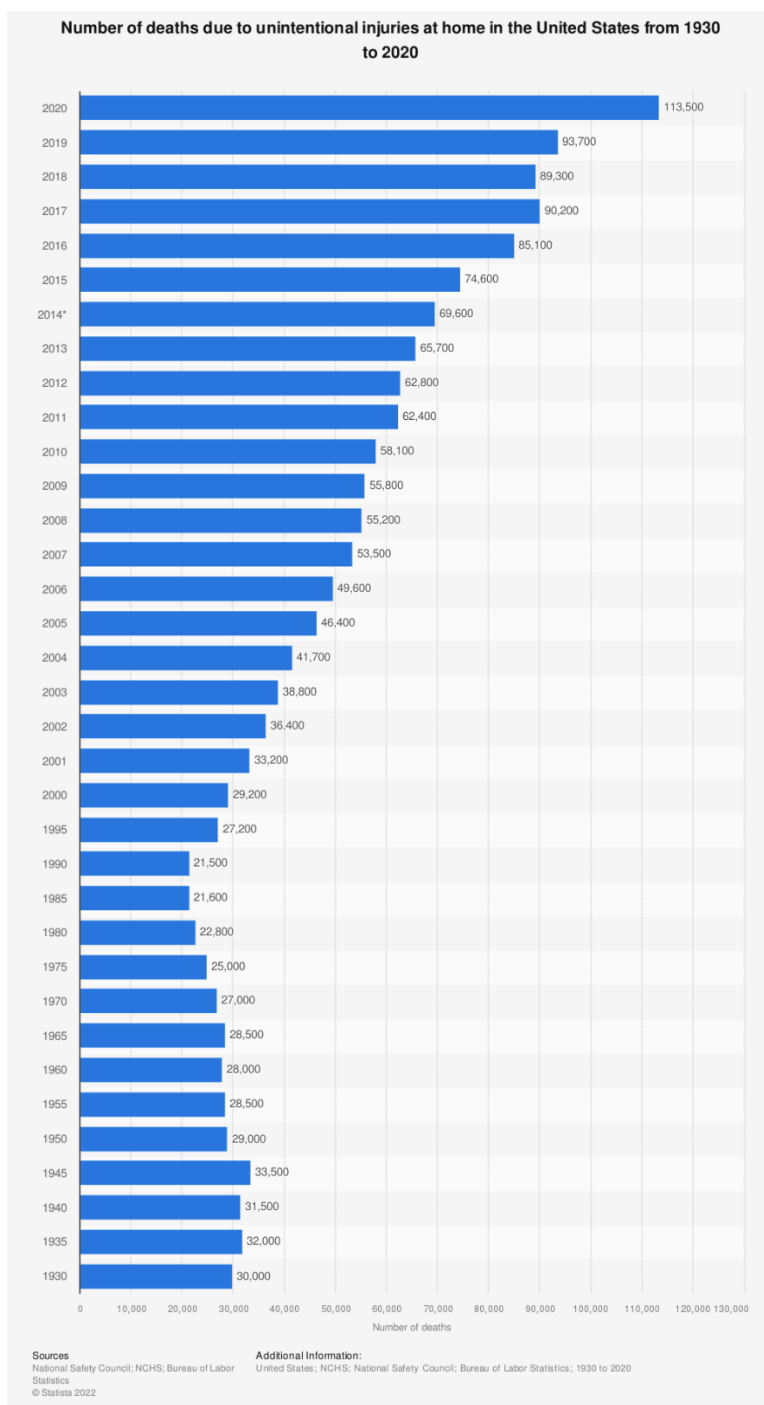
Η επόμενη στατιστική αποτύπωση (Εικόνα 3) αντιπροσωπεύει τον συνολικό αριθμό ατυχημάτων ανά 100 εκατομμύρια διανυόμενα μίλια οχήματος (VMT) στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2020, με ανάλυση ανά μήνα. Το ποσοστό σύγκρουσης τον Δεκέμβριο του 2020 ήταν 1,28 ανά 100 εκατομμύρια διανυόμενα μίλια οχήματος (VMT) (Statista 2020d).

Εικόνα 3. Ποσοστό θανατηφόρων ατυχημάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες ανά μήνα το 2020 (ανά 100 εκατομμύρια μίλια οχημάτων που διανύθηκαν) (Statista 2020d)



Η στατιστική αποτύπωση στη συνέχεια δείχνει ένα χρονοδιάγραμμα του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με ακούσιο τραυματισμό στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1930 έως το 2020. Ο υψηλότερος αριθμός τέτοιων θανάτων στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 113.500 το 2020 (Statista 2020b) (Εικόνα 4).

Εικόνα 4. Αριθμός θανάτων λόγω ακούσιων τραυματισμών στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1930 έως το 2020 (Statista 2020b)



A.1.5 Νομικό πλαίσιο

Σε ό,τι αφορά τα τροχαία ατυχήματα, το άρθρο 43 του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας, με τίτλο τη συμπεριφορά σε περίπτωση ατυχήματος αναφέρει ότι:

- 1) Αν συμβεί οδικό τροχαίο ατύχημα, από το οποίο επήλθε βλάβη σε πρόσωπα ή πράγματα, κάθε οδηγός ή άλλος που χρησιμοποιεί την οδό, ο οποίος ενεπλάκη με οποιονδήποτε τρόπο στο ατύχημα υποχρεούται: α) Να σταθμεύσει αμέσως στον τόπο του ατυχήματος, χωρίς να δημιουργήσει πρόσθετους κινδύνους στην κυκλοφορία. β) Να λάβει μέτρα κυκλοφορικής ασφάλειας στον τόπο του ατυχήματος και, αν δεν μπορεί, να ειδοποιήσει για το ατύχημα την πλησιέστερη Αστυνομική Αρχή. γ) Να δώσει τα στοιχεία της ταυτότητός του ως και κάθε χρήσιμη σχετική με το όχημά του πληροφορία, αν οι εμπλακέντες στο ατύχημα ζητήσουν αυτά. Σε περίπτωση υλικών ζημιών, αν ο ζημιωθείς δεν είναι παρών τα εμπλακέντα στο ατύχημα πρόσωπα υποχρεούνται, μέσα σε είκοσι τέσσερις (24) ώρες, να του δώσουν τις πιο πάνω πληροφορίες κατά τον καταλληλότερο τρόπο ή δια του πλησιέστερου Αστυνομικού Τμήματος, το οποίο φροντίζει για την ενημέρωση του ζημιωθέντα.
- 2) Αν από το οδικό τροχαίο επήλθε θάνατος ή σωματική βλάβη, κάθε οδηγός ή άλλος που χρησιμοποιεί την οδό, ο οποίος ενεπλάκη με οποιονδήποτε τρόπο στο ατύχημα, υποχρεούται επιπλέον: α) Να δώσει την αναγκαία βοήθεια και συμπαράσταση στους παθόντες, β) Να ειδοποιήσει την πλησιέστερη Αστυνομική Αρχή και να παραμείνει στον τόπο του ατυχήματος μέχρι την άφιξή της, εκτός αν είναι αναγκαία η απομάκρυνσή του για την ειδοποίηση της Αστυνομίας ή για την περίθαλψή των τραυματιών ή του ίδιου. Και στην περίπτωση αυτήν ο οδηγός υποχρεούται να αναγγείλει το ατύχημα στην Αστυνομική Αρχή το ταχύτερο δυνατόν, γ) Να αποτρέψει οποιαδήποτε μεταβολή στον τόπο του ατυχήματος η οποία θα μπορούσε να δυσκολέψει το έργο της Αστυνομίας, με εξαίρεση τις ενέργειές του εκείνες οι οποίες αποβλέπουν στην αποκατάσταση της τυχόν διακοπείσας κυκλοφορίας.
- 3) Αυτός που παραβαίνει τις διατάξεις της παρ. 1 και παρ. 2 περίπτωση γ' του άρθρου αυτού, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός (1) μήνα, αν δε πρόκειται για οδηγό μηχανοκίνητου οχήματος ή μοτοποδήλατου και με αφαίρεση της άδειας

ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα ενός (1) έως τριών (3) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.

- 4) Αυτός που παραβαίνει τις διατάξεις της παραγράφου 2 περίπτωση α' και β' του άρθρου αυτού, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Αν από τη συμπεριφορά του ο παθών περιήλθε σε κίνδυνο ζωής ή επήλθε θάνατος ή βαριά σωματική βλάβη αυτού, ο υπαίτιος τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών εφόσον η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα με άλλη διάταξη στις δύο πιο πάνω περιπτώσεις και με αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα τριών (3) έως έξι (6) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.
- 5) Σε περίπτωση σωματικής βλάβης, η οποία προκαλείται από όχημα, αν ο οδηγός αυτού συμμορφώθηκε με τις υποχρεώσεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις για κράτηση του άρθρου 419 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Στην περίπτωση αυτήν οι αστυνομικοί που επιλαμβάνονται ως προανακριτικοί υπάλληλοι, μετά τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων και την ενέργεια των σχετικών προανακριτικών πράξεων, παύουν την προσωρινή κράτηση του οδηγού. Αν πρόκειται για οδηγούς οι οποίοι είναι ύποπτοι φυγής ή ιδιαίτερα επικίνδυνοι, προκύπτουν δε σε βάρος τους στοιχεία ενοχής, οι πιο πάνω υπάλληλοι, προσάγουν αυτούς στον αρμόδιο εισαγγελέα, ο οποίος μπορεί να εφαρμόσει τις διατάξεις του άρθρου 419 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.
- 6) Δεν έχουν επίσης εφαρμογή στα αυτοκίνητα οχήματα, στα τρίτροχα οχήματα και τις μοτοσυκλέτες, κατά την έννοια του παρόντος Κώδικα, οι για την κράτηση από την Αστυνομική Αρχή διατάξεις του άρθρου 11 του ν. ΓΠΝ/1911, αν ο οδηγός συμμορφώθηκε με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κατέθεσε αποδεικτικό ασφάλισης (βεβαίωση αναγνωρισμένης στην Ελλάδα ασφαλιστικής εταιρείας) του οχήματος ή αποδείξει ότι είναι κάτοχος δελτίου διεθνούς ασφάλισης, τα οποία αποτελούν δήλωση αναδοχής χρέους για τα ισχύοντα στην Ελλάδα ελάχιστα ποσό ασφαλιστικής κάλυψης, τα οποία προβλέπονται από τα νομίμως εγκεκριμένα τιμολόγια ασφαλιστρών ή προκειμένου για αυτοκίνητα και τρίτροχα οχήματα δημόσιας χρήσης, καταθέσει δήλωση αναδοχής χρέους αλληλοασφαλιστικού συνεταιρισμού ή αλληλοασφαλιστικού ταμείου συνεταιρισμού, που λειτουργεί νόμιμα, στον οποίο το όχημα είναι ασφαλισμένο.

- 7) Τα οχήματα που εγκαταλείπονται για οποιονδήποτε λόγο στον τόπο του ατυχήματος, καθώς και τα απομακρυνθέντα και μη παραληφθέντα οχήματα λόγω παράνομης στάθμευσης, σύμφωνα με την παρ. 8 του άρθρου 34 του παρόντος Κώδικα, εφόσον εμποδίζουν την οδική κυκλοφορία, απομακρύνονται με μέριμνα των ιδιοκτητών ή κατόχων τους και σε περίπτωση αδυναμίας ή αδιαφορίας αυτών, απομακρύνονται από την αρμόδια Αστυνομική Αρχή, η οποία, μετά παρέλευση διμήνου, τα παραδίδει στον Ο.Δ.Δ.Υ. για εκποίηση. Οι λεπτομέρειες καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης.

Ακριβής ορισμός του εργατικού ατυχήματος δεν υπάρχει στην ελληνική νομοθεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, αλλά μία προσπάθεια πραγματοποιήθηκε ανωτέρω. Γενικά, στη νομολογία, ως εργατικό ατύχημα χαρακτηρίζεται ο θάνατος ή η ανικανότητα του ασφαλισμένου για εργασία που προκλήθηκε από ένα βίαιο περιστατικό που έγινε κατά την εκτέλεση της εργασίας ή εξαιτίας αυτής (και κατά τη μετάβαση του εργαζόμενου στον τόπο της εργασίας ή κατά την επιστροφή στο σπίτι του).

Επίσης, σύμφωνα με την ασφαλιστική νομοθεσία και συγκεκριμένα με την εγκύκλιο Αρ. 45/24.6.2010 του ΙΚΑ ως εργατικό ατύχημα ορίζεται: «Ο θάνατος ή η ανικανότητα του εργαζόμενου για εργασία που προκλήθηκε από ένα βίαιο περιστατικό που έγινε κατά την εκτέλεση της εργασίας ή εξαιτίας αυτής». Για τον παραπάνω λόγο η ασφαλιστική πρακτική και κυρίως η νομολογία των δικαστηρίων έχουν προσδιορίσει τις περιπτώσεις που, με ορισμένες προϋποθέσεις, ένα ατύχημα μπορεί να χαρακτηριστεί ως εργατικό.

Ο όρος «εργασία» αναφέρεται σε οποιαδήποτε εργασία η οποία, κατά εντολή εργοδότη, παρέχεται από τον εργαζόμενο ακόμα και εάν αυτή είναι πέρα από τα καθήκοντά του που απορρέουν από τη σχετική σύμβαση εργασίας του. Με βάση τη γενική αυτή παραδοχή, έχει γίνει δεκτό πως ως εργατικά ατυχήματα χαρακτηρίζονται και οι εξής περιπτώσεις:

- Ο θάνατος ή η αναπηρία του εργαζόμενου που αποδεικνύεται ότι οφείλεται στην υπέρμετρη προσπάθεια που κατέβαλε σε δεδομένο χρόνο ο εργαζόμενος για να ανταποκριθεί σε ασυνήθιστους κατά το χρόνο αυτό όρους εργασίας ή στο γεγονός

ότι υποχρεώθηκε να εργασθεί για ορισμένο χρόνο κάτω από εξαιρετικά δυσμενείς (καιρικές ή άλλες) συνθήκες οι οποίες είχαν σαν αποτέλεσμα τον θάνατο ή την αναπηρία του ασφαλισμένου ακόμη και εάν ο ασφαλισμένος υπέφερε ήδη από νόσο που επιδεινώθηκε από την εργασία του λόγω της υπέρμετρης προσπάθειας που κατέβαλε για να ανταποκριθεί στις δυσμενείς αυτές συνθήκες (Σ.τ.Ε. 3968/81, 1664/84, 4084/85, 762/88, 242/89 κ.ά.).

- Για να θεωρηθεί πως υπάρχει εργατικό ατύχημα πρέπει να αποδειχθεί πως ο θάνατος ή η αναπηρία του ασφαλισμένου οφείλεται σε κάποιο ξαφνικό και έκτακτο περιστατικό που δεν μπορεί να θεωρηθεί πως βρίσκεται μέσα στον κύκλο των συνηθισμένων, ανάλογα με την περίπτωση, συνθηκών παροχής εργασίας του.
- Για το λόγο αυτό δεν χαρακτηρίζεται ως εργατικό ατύχημα ο θάνατος ή η αναπηρία που προκλήθηκε από ειδικές συνθήκες, εάν η εργασία του ασφαλισμένου, από τη φύση της παρέχεται με τις δυσμενείς αυτές συνθήκες.
- Ο θάνατος ή η αναπηρία που προκλήθηκε από βίαιο περιστατικό που έγινε κατά τη μετάβαση του ασφαλισμένου από το σπίτι του στην εργασία του ή κατά την επιστροφή του χαρακτηρίζεται ως εργατικό ατύχημα, αρκεί να υπάρχει στη συγκεκριμένη περίπτωση αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ εργασίας και ατυχήματος.

Σύμφωνα με τη ΓΣΕΕ «Οι σχετικές με τα εργατικά ατυχήματα διατάξεις καλύπτουν τρεις περιπτώσεις ατυχημάτων:

Κατά την εκτέλεση της εργασίας: Εκείνα που συμβαίνουν κατά την εκτέλεση της εργασίας ως άμεση συνέπεια αυτής (τραυματισμός του εργαζομένου από μηχάνημα, πτώση κατά την εκτέλεση της εργασίας, κ.λ.π.).

Με αφορμή την εργασία: Εκείνα που συμβαίνουν με αφορμή την εργασία, δηλαδή εκτός του τόπου και του χρόνου εργασίας, με την προϋπόθεση να έχουν έστω και έμμεση σχέση με την εργασία. Έχει κριθεί από τα Δικαστήρια ότι αποτελούν εργατικά ατυχήματα και εκείνα που συμβαίνουν κατά την μετάβαση στην εργασία, ή κατά την ενέργεια μιας πράξης προς το συμφέρον του εργοδότη, ακόμα και χωρίς την εντολή του, ή κατά την διάρκεια της μεσημβρινής διακοπής στον τόπο της εργασίας κατά την προσέλευση ή αναχώρηση και για χρονικό διάστημα μιας ώρας αντίστοιχα.

Από επαγγελματική ασθένεια: Εκείνα που οφείλονται σε επαγγελματική ασθένεια. Επαγγελματικές ασθένειες είναι αυτές που οφείλονται στις επιδράσεις των συνθηκών εργασίας, όπως αναλυτικά αναφέρονται στον Κανονισμό Ασθένειας του ΙΚΑ. Ευρύτερα, όμως, και κάθε επιδείνωση προϋπάρχουσας ασθένειας που συνέβη λόγω εξακολούθησης της αυτής εργασίας αποτελεί επίσης εργατικό ατύχημα».

A.2 Δηλητηριάσεις

A.2.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Η δηλητηρίαση αφορά στην επιδείνωση των λειτουργιών του σώματος με την κατάποση οποιασδήποτε ουσίας που είναι τοξική για το σώμα ή από υπερβολική δόση μιας μη τοξικής ουσίας σε κανονική δόση (Lee, Connolly, and Calello 2017). Η δηλητηρίαση που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Ενώ το 0,7–5,0% των περιπτώσεων που απευθύνονται στο τμήμα επειγόντων παιδιατρικών περιστατικών οφείλονται σε δηλητηρίαση και ένα σημαντικό μέρος αυτών των περιπτώσεων παρατηρείται κατά την προσχολική περίοδο (Kizilyildiz et al. 2018). Η ραγδαία ανάπτυξη των βιομηχανιών που απασχολούνται στον τομέα των φαρμάκων και των χημικών προϊόντων, επιδείνωσε περεταίρω το πρόβλημα, ιδιαίτερα μετά το πέρας του Β' παγκοσμίου πολέμου (Βλάχος, 1983).

Οι περιπτώσεις δηλητηρίασης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τα γεωγραφικά και εποχικά χαρακτηριστικά της περιοχής, την κοινωνικοπολιτισμική δομή του πληθυσμού, τον δείκτη ζωής και τις ηλικιακές ομάδες (Karadeniz et al. 2015; Lee et al. 2015; Nguyen et al. 2016; Yimaer et al. 2017). Η δηλητηρίαση μπορεί να συμβεί τυχαία, κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή σκόπιμα. Η παιδική δηλητηρίαση εμφανίζεται συνήθως τυχαία λόγω οικιακών προϊόντων καθαρισμού, φυτοφαρμάκων και άλλων φαρμακευτικών προϊόντων, ενώ η δηλητηρίαση ενηλίκων είναι κυρίως αυτοκτονική μέσω της χρήσης διαφόρων φαρμάκων (Kendrick et al. 2017). Παρατηρείται ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για ιατρικούς σκοπούς στην τυχαία έκθεση σε δηλητηρίαση είναι τα περισσότερα, για παράδειγμα τα κοινά αναλγητικά και αντιπυρετικά φάρμακα (Bilgen Sivri and Ozpulat 2015; Hines 2017).

Η δηλητηρίαση είναι μια κοινή μορφή τραυματισμού. Αποτελεί όπως αναφέρθηκε ανωτέρω την κύρια αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί σε μικρά παιδιά και είναι μια κοινή μέθοδος αυτοκτονίας μεταξύ εφήβων και ενηλίκων. Διάφορα μοτίβα και τάσεις δηλητηρίασης λόγω παιδιατρικών διερευνητικών καταπομπών, ακούσιων εκθέσεων και απόπειρες αυτοκτονίας περιγράφονται καλά στη βιβλιογραφία (Lai et al. 2006; Litovitz et

al. 2000, 2001, 2002). Τα δεδομένα για την ανθρωποκτονία είναι λιγότερο διαθέσιμα. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης των ΗΠΑ εκτιμά ότι από το 1999 οι ανθρωποκτονίες συμβαίνουν ετησίως με ρυθμό περίπου 5,5 θανάτων ανά 100.000 πληθυσμού. Η ανθρωποκτονία είναι ένα μοναδικό υποσύνολο στο πλαίσιο του βίαιου εγκλήματος. Τα κίνητρα και οι μέθοδοι των δηλητηριαστών είναι μοναδικά μεταξύ των εγκληματιών. Συνήθως θεωρείται ως μια εξαιρετικά προσωπική, κρυφή και προμελετημένη μέθοδος πρόκλησης βλάβης (Westveer, Trestrail, and Pinizzotto 1996). Ο εντοπισμός και η αξιολόγηση τέτοιων περιπτώσεων είναι πιο περίπλοκη από ό,τι για ανθρωποκτονίες με εμφανή σωματικό τραύμα. Η ανθρωποκτονική δηλητηρίαση συζητείται συχνά στη μυθοπλασία και στη λαϊκή λογοτεχνία, αλλά λίγα αντικειμενικά δεδομένα που περιγράφουν σύγχρονα θύματα ανθρωποκτονίας είναι διαθέσιμα (Trestrail 2007).

Η έκθεση σε δηλητηρίαση κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η Αμερικανική Ένωση Κέντρων Ελέγχου Δηλητηριάσεων Εθνικό Σύστημα Δεδομένων Δηλητηριάσεων εκτιμά ότι οι δηλητηριάσεις στην εγκυμοσύνη αντιπροσωπεύουν περίπου το 0,3% των περισσότερων από δύο εκατομμυρίων εκθέσεων που αναφέρονται ετησίως στα κέντρα δηλητηριάσεων των ΗΠΑ. Αν και τα δεδομένα είναι ασαφή, αυτό ανέρχεται σε περίπου 1 δηλητηρίαση ανά 500 γεννήσεις ζωντανών γεννήσεων κάθε χρόνο. Μετά τα τροχαία ατυχήματα και τις πτώσεις, οι δηλητηριάσεις αντιπροσωπεύουν την επόμενη πιο συχνή αιτία νοσηλειών που σχετίζονται με τραυματισμούς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Zipursky et al. 2020).

Επιπλέον, ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός είναι η τέταρτη κύρια αιτία μητρικού θανάτου στη Βόρεια Αμερική. Οι εκθέσεις σε δηλητηρίαση έχουν επίσης συσχετιστεί με δυσμενή νεογνικά αποτελέσματα – πρόωρο τοκετό, νεογνικό θάνατο και μικρή για παιδιά ηλικίας κύησης – και υπάρχει επίσης η πιθανότητα τερατογένεσης (Zipursky et al. 2020).

Η παιδική δηλητηρίαση, η οποία είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας που μπορεί να προληφθεί, είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στον κόσμο. Ενώ ένας σημαντικός αριθμός περιπτώσεων δηλητηρίασης παρατηρείται στην ηλικία της προσχολικής ηλικίας, λόγω τυχαίας έκθεσης, οι απόπειρες αυτοκτονίας παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών (Mintegi et al. 2015).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα μεταξύ 2006 και 2015, αναφέρθηκε ότι οι περιπτώσεις δηλητηρίασης παρατηρήθηκαν κυρίως στην προσχολική περίοδο με ποσοστό 45,6%. Σε διαφορετική μελέτη από τους Özdemir et al., (Özdemir et al. 2012) βρέθηκε ότι η δηλητηρίαση παρατηρήθηκε συχνότερα σε άνδρες ηλικίας κάτω των 5 ετών και σε γυναίκες ηλικίας άνω των 13 ετών.

Στη μελέτη των Andiran και Sarikayalar,(Andiran and Sarikayalar 2004) αναφέρθηκε ότι υπήρχαν περισσότερες περιπτώσεις δηλητηρίασης σε άνδρες ηλικίας κάτω των 10 ετών σε σύγκριση με γυναίκες άνω των 10 ετών. Σε μια συγχρονική μελέτη που εξέτασε περιπτώσεις δηλητηρίασης εντός ενός διαστήματος 7 ετών στη Γαλλία, σημειώθηκε ότι οι δηλητηριάσεις είχαν κορυφωθεί σε άνδρες κάτω των 4 ετών και σε δύο ηλικιακές ομάδες γυναικών που είναι 12 και 15 ετών (Lamireau et al. 2002).

Τα ακούσια συμβάντα δηλητηρίασης σε μικρά παιδιά μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα των δικών τους πράξεων ή των πράξεων άλλων. Για παράδειγμα, οι φροντιστές μπορεί να δώσουν ακούσια στα μικρά παιδιά μια εσφαλμένη δόση φαρμάκου ή τη λάθος ουσία (δηλαδή, θεραπευτικά λάθη). Ωστόσο, η έρευνα έχει δείξει ότι τα θεραπευτικά λάθη αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των ακούσιων δηλητηριάσεων σε μικρά παιδιά (Anon 2006; Chien et al. 2003; Franklin and Rodgers 2008; Ozanne-Smith et al. 2001; Schillie et al. 2009). Επιπλέον, οι Marchi et al. (1998) διαπίστωσαν ότι τα μικρά παιδιά διαδραμάτισαν ενεργό ρόλο σε περισσότερο από το 90 τοις εκατό των περιστατικών ακούσιας δηλητηρίασης που μελετήθηκαν. Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα περισσότερα ακούσια περιστατικά δηλητηρίασης σε μικρά παιδιά προκύπτουν από τις δικές τους πράξεις (Marchi et al. 1998).

Τα ακούσια περιστατικά δηλητηρίασης, στα οποία τα μικρά παιδιά διαδραματίζουν ενεργό ρόλο, συμβαίνουν όταν συνδυάζονται τρία στοιχεία: ένα παιδί, μια ουσία και ένα κατώφλι ευκαιρίας. Εάν τα μέτρα ασφαλείας ή η επαρκής επίβλεψη εμποδίζουν τον συνδυασμό αυτών των τριών στοιχείων, δεν μπορεί να συμβεί δηλητηρίαση.

Το πρώτο στοιχείο, το παιδί, πρέπει να αναζητήσει και να έχει την ικανότητα να αποκτά ουσίες στο περιβάλλον του. Το δεύτερο στοιχείο, η ουσία, πρέπει να αποθηκεύεται με τρόπο που να είναι προσβάσιμο στο παιδί, δεδομένου του επιπέδου ανάπτυξής του. Τέλος, το τρίτο στοιχείο, το κατώφλι ευκαιρίας, πρέπει να υπάρχει για μια χρονική περίοδο

αρκετά μεγάλη, ώστε το παιδί να αποκτήσει την ουσία και να έχει πρόσβαση στο περιεχόμενο.

A.2.2 Τα είδη των δηλητηριάσεων

Η δηλητηρίαση γενικότερα είναι ιδιαίτερα συχνή, με την περισσότερο συχνή δηλητηρίαση να αναφέρεται από μονοξείδιο του άνθρακα το χειμώνα (Battal et al. 2016). Πιστεύεται ότι η δηλητηρίαση από μη φαρμακολογικούς παράγοντες παρατηρείται συχνότερα το καλοκαίρι λόγω της ευκολότερης πρόσβασης σε ανοιχτά προϊόντα καθαρισμού και της μεγαλύτερης έκθεσης σε μη οικιακές τοξίνες.

Η παρακεταμόλη είναι ένα από τα πιο ευρέως προτιμώμενα και εύκολα προσβάσιμα αναλγητικά και αντιπυρετικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην παιδική ηλικία σε όλο τον κόσμο (Kominek and Kamieniak 2015). Ως εκ τούτου, η παρακεταμόλη θεωρείται συνήθως ως δραστική ουσία σε περιπτώσεις δηλητηρίασης. Έχει αναφερθεί παλαιότερα ότι οι αυτοκτονικές συμπεριφορές κατά την εφηβεία σχετίζονται με γενετικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες και ιδιαίτερα με την παιδική κατάθλιψη (Cluver et al. 2015). Προηγούμενα οικογενειακά περιστατικά, όπως αυτοκτονία και θάνατος, κακοποίηση και ύπαρξη ψυχιατρικών παθήσεων μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου (Björkenstam, Kosidou, and Björkenstam 2017).

Από την άλλη πλευρά, έχει αναφερθεί ότι το χαμηλό επίπεδο εισοδήματος και η ανεργία των γονέων μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία επίσης σε ορισμένες από τις μελέτες (Ludvigsson et al. 2016). Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε ενήλικες πληθυσμούς από τους Park et al. τονίστηκε ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών, ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση (Park, Lee, and Kim 2018). Αν και τα ποσοστά θνησιμότητας σε παιδικές δηλητηριάσεις ποικίλλουν ανά χώρα και περιοχή, τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική μείωση της θνησιμότητας για διάφορους λόγους (Gummin et al. 2017).

Τα είδη των δηλητηριάσεων ως εκ τούτου αφορούν σε δηλητηριάσεις από φαρμακευτικά προϊόντα, δηλητηριάσεις από προϊόντα οικιακής χρήσης, δηλητηριάσεις από λοιπά προϊόντα και χημικούς παράγοντες σχετικούς με τη γεωργία και τη βιομηχανία, οι τροφικές δηλητηριάσεις και τέλος οι δηλητηριάσεις από λοιπούς παράγοντες.

A.2.3 Παράγοντες κινδύνου

Η ακούσια παιδική δηλητηρίαση προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα στα παιδιά σε όλο τον κόσμο (Sminkey 2008b). Στη Νέα Νότια Ουαλία (NSW) Αυστραλία, τα ποσοστά θνησιμότητας από ακούσια δηλητηρίαση είναι πολύ χαμηλά κατά τα παιδικά χρόνια συνολικά (Henley et al. 2009), ωστόσο η ακούσια δηλητηρίαση παραμένει ένα συνεχές πρόβλημα δημόσιας υγείας για τα μικρά παιδιά (δηλαδή, ηλικίες 0-4 ετών) ιδιαίτερα. Το 2010, το Κέντρο Πληροφοριών για τα Δηλητήρια της περιοχής της Νότιας Ουαλίας έλαβε περισσότερα από 23.500 τηλεφωνήματα που προέρχονται σχετικά με ακούσια δηλητηρίαση σε παιδιά ηλικίας 0-4 ετών (Moore, Taylor, and Jorm 2000), και περίπου 8.500 παιδιά ηλικίας 0-4 ετών νοσηλεύτηκαν για ακούσια δηλητηρίαση από το 1994 έως το 2005 (Schmertmann, Williamson, and Black 2008).

Τα στατιστικά στοιχεία ακούσιων δηλητηριάσεων συχνά ομαδοποιούν τα μικρά παιδιά, αλλά τα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα όσον αφορά τον κίνδυνο δηλητηρίασης. Μια ανάλυση στη Νότια Ουαλία των εισαγωγών από ακούσια δηλητηρίαση ανά ηλικία ενός έτους έδειξε ότι τα παιδιά ηλικίας 1-3 ετών είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας σε σύγκριση με παιδιά ηλικίας <1 έτους και παιδιά ηλικίας 4 ετών (Schmertmann et al. 2008).

Μελέτες που έγιναν σε μικρά παιδιά σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες έχουν αναφέρει παρόμοια ηλικιακά πρότυπα ακούσιας δηλητηρίασης. Αυτές οι μελέτες χρησιμοποίησαν δεδομένα νοσοκομείων (παρουσιάσεις και εισαγωγές) και δεδομένα και ανέφεραν συχνότητες (Deeths and Breeden 1971; LANGLEY, DODGE, and SILVA 1979; MELLINS, CHRISTIAN, and BUNDESEN 1956), ρυθμούς (Agran et al. 2001; Ferguson, Sellar, and Goldacre 1992; Hoy et al. 1999; Spady et al. 2004) και μερικές φορές τόσο συχνότητες όσο και επιπολαστικά δεδομένα (Franklin and Rodgers 2008; Marchi et al. 1998). Τα ευρήματα αυτών των μελετών δείχνουν ότι τα παιδιά ηλικίας 1-3 ετών βιώνουν τα υψηλότερα επίπεδα κινδύνου ακούσιας δηλητηρίασης μεταξύ των παιδιών ηλικίας 0-4 ετών.

Τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν επίσης διαφορετικά ηλικιακά πρότυπα σχετικά με τον τύπο της ουσίας που προκαλεί ακούσια δηλητηρίαση. Μια μελέτη της Νέας Νότιας Ουαλίας έδειξε ότι οι πιθανότητες δηλητηρίασης από φαρμακευτικές ουσίες σε σύγκριση με μη φαρμακευτικές ουσίες άλλαζαν με την ηλικία (σε μεσοδιαστήματα τριών μηνών) (Schmertmann, Williamson, and Black 2014). Τα μικρότερα παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες να δηλητηριαστούν από μη φαρμακευτικές ή οικιακές ουσίες σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά. Άλλοι συγγραφείς έχουν επίσης σημειώσει πρότυπα ηλικίας ανά τύπο ουσίας (Agran et al. 2003; Gulliver, Dow, and Simpson 2005; Hjern, Ringbäck-Weitof, and Andersson 2007; O'Connor 2005). Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι τα μικρά παιδιά είναι ευάλωτα σε ακούσια δηλητηρίαση από διαφορετικούς τύπους ουσιών καθώς μεγαλώνουν.

Αρκετοί συγγραφείς έχουν αποδώσει αυτά τα ηλικιακά πρότυπα για ακούσια δηλητηρίαση στην ανάπτυξη του παιδιού (Christoffel et al. 1992; Schmertmann, Williamson, and Black 2012). Συγκεκριμένα, τα μικρά παιδιά διαφέρουν ευρέως στο επίπεδο φυσικής, γνωστικής και αυτορυθμιζόμενης ανάπτυξής τους (Shoaib and Ullah 2021) και αυτές οι διαφορές είναι πιθανό να οδηγήσουν σε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε δηλητηρίαση για τα μικρά παιδιά λόγω του τρόπου με τον οποίο αλληλεπιδρούν με κινδύνους στο περιβάλλον τους (Agran et al. 2001).

Για παράδειγμα, τα μικρά παιδιά που είναι σε θέση να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους χρειάζονται μεγαλύτερη επίβλεψη και περισσότερες προστατευτικές πρακτικές αποθήκευσης για τα δηλητήρια από εκείνα που είναι λιγότερο κινητικά. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι αποφάσεις επίβλεψης και οι πρακτικές ασφάλειας μπορούν να επηρεαστούν από τις αντιλήψεις των φροντιστών για το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού (Gibbs et al. 2005; Morrongiello 2005; Morrongiello, Corbett, and Brison 2009; Morrongiello and Kiriakou 2004; Pollack-Nelson and Drago 2002). Ως εκ τούτου, η ανακριβής αντίληψη μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή επίβλεψη και πρακτικές αποθήκευσης δηλητηρίων και να αυξήσει την έκθεση ενός μικρού παιδιού σε δηλητήρια.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα μικρά παιδιά ηλικίας 1-3 ετών είναι τα πιο ευάλωτα σε ακούσια δηλητηρίαση και ότι παράγοντες, όπως ο τύπος της ουσίας, η ανάπτυξη του παιδιού, η επίβλεψη και τα μέτρα ασφαλείας, μπορεί να συμβάλλουν στον κίνδυνο δηλητηρίασης. Στην Αυστραλία, η πολιτεία της Νέας Νότιας Ουαλίας έχει τον

μεγαλύτερο πληθυσμό παιδιών ηλικίας 1-3 ετών, που περιλαμβάνει περίπου το 32,5 τοις εκατό όλων των παιδιών της Αυστραλίας αυτής της ηλικιακής ομάδας που εντοπίστηκαν στην Απογραφή του 2006 (Schmertmann et al. 2013). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου για ακούσια δηλητηρίαση για παιδιά 1-3 ετών, έτσι ώστε να εφαρμοστούν κατάλληλα στοχευμένα μέτρα πρόληψης για αυτήν την ηλικιακή ομάδα στη ΝΝΟ. Ωστόσο, καθώς τα παιδιά ηλικίας 1-3 ετών διαφέρουν σημαντικά ως προς το επίπεδο κινδύνου δηλητηρίασης από παιδιά ηλικίας <1 και ηλικίας 4 ετών, οι μελέτες παραγόντων κινδύνου ακούσιας δηλητηρίασης που συνδυάζουν παιδιά ηλικίας 1-3 ετών με άλλες ηλικίες ενδέχεται να συγκαλύψουν σημαντικά ευρήματα για αυτό το τρίμηνο.

Ιστορικά, οι περισσότερες μελέτες παραγόντων κινδύνου για ακούσιο τραυματισμό, και ειδικότερα ακούσια δηλητηρίαση, έχουν την τάση να συνδυάζουν όλα τα παιδιά ηλικίας 0-4 ετών. Ωστόσο, ενώ μελέτες από τη δεκαετία του 1950 έχουν δείξει διαφορές ηλικίας ως προς τον κίνδυνο ακούσιας δηλητηρίασης σε παιδιά ηλικίας 0-4 ετών (Haggerty 1959), μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπίστωσε ότι υπήρχε μικρή έρευνα που προσπάθησε να διαφοροποιήσει τους παράγοντες κινδύνου σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

Παρόλο που έχουν διεξαχθεί 56 μελέτες παραγόντων κινδύνου ακούσιας δηλητηρίασης σε ανεπτυγμένες χώρες, μόνο έξι εντάχθηκαν σε ηλικιακό εύρος ηλικίας μικρότερης των 4 ετών (Marcia 2012). Σε μία μελέτη συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 0-2 ετών, σε τέσσερις μελέτες συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 0-3 ετών (BEAUTRAIS, FERGUSON, and SHANNON 1981; Bithoney et al. 1985; Lewis et al. 1966; Newberger et al. 1977) και μία μελέτη ενέγραψε παιδιά ηλικίας 3 ετών (Silva et al. 1978). Δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να συμμετείχαν μόνο παιδιά ηλικίας 1-3 ετών. Επιπλέον, αυτές οι έξι μελέτες διέφεραν σε μεγάλο βαθμό ως προς τις μεθοδολογίες που χρησιμοποιήθηκαν και τους παράγοντες κινδύνου που εξετάστηκαν.

Πρώτον, διέφεραν στους ορισμούς των περιπτώσεων δηλητηρίασης. Οι περισσότεροι ορισμοί ήταν πολύ γενικοί, όπως «η κατάποση ή η εισπνοή μιας ουσίας που θα μπορούσε να είναι επιβλαβής», ο ορισμός που χρησιμοποιήθηκε από τους Beautrais et al. (BEAUTRAIS et al. 1981). Καμία μελέτη δεν απέκλεισε τα θεραπευτικά λάθη από τους φροντιστές. Αυτό είναι σημαντικό, καθώς οι παράγοντες κινδύνου για ακούσιες δηλητηριάσεις, στις οποίες τα παιδιά διαδραματίζουν παθητικό ρόλο λόγω των ενεργειών

άλλων ανθρώπων (Schmertmann et al. 2014) και εκείνων όπου τα παιδιά εμπλέκονται ενεργά στην αυτοδηλητηρίαση τους, είναι πιθανό να είναι πολύ διαφορετικοί.

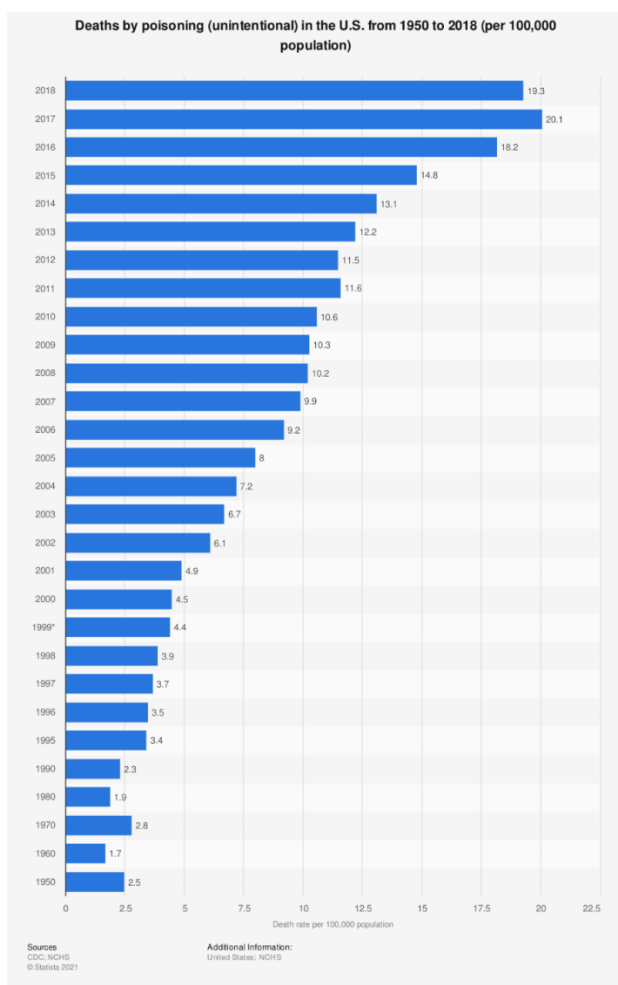
Δεύτερον, τρεις από τις μελέτες χρησιμοποίησαν ένα σχέδιο περίπτωσης-μάρτυρα και ενώ αυτός είναι ένας κατάλληλος σχεδιασμός μελέτης, δεδομένης της σπάνιας φύσης των περιστατικών ακούσιας δηλητηρίασης σε μικρά παιδιά, και οι τρεις χρησιμοποίησαν ελέγχους που βασίζονταν στο νοσοκομείο. Οι νοσοκομειακοί έλεγχοι αντιπροσωπεύουν συχνά ένα δείγμα ευκολίας (Mann 2003) και μπορούν να εισάγουν μεροληψία δειγματοληψίας (Grimes and Schulz 2005), καθώς μπορεί να αντικατοπτρίζουν φροντιστές που αναζητούν ιατρική φροντίδα για δευτερεύοντα ιατρικά ζητήματα. Ως αποτέλεσμα, οι έλεγχοι στα νοσοκομεία μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικοί του πληθυσμού που κινδυνεύει για ένα συμβάν δηλητηρίασης. Έτσι, η χρήση μόνο νοσοκομειακών ελέγχων μπορεί να έχει επηρεάσει τους παράγοντες κινδύνου που προσδιορίζονται από αυτές τις τρεις μελέτες περιπτώσεων ελέγχου.

Τέλος, οι μελέτες εξέτασαν ένα περιορισμένο φάσμα παραγόντων κινδύνου. Η τρέχουσα γνώση των παραγόντων που συμβάλλουν στον τραυματισμό γενικά υπογραμμίζει τη σημασία τριών παραγόντων συμπεριφοράς - τη συμμόρφωση του παιδιού, την επίβλεψη φροντιστή και τη σχέση φροντιστή-παιδιού, ως πιθανούς προστατευτικούς παράγοντες για παιδιά ηλικίας 1-3 ετών (Cole et al. 2009; Morrongiello and Schell 2010). Μόνο δύο μελέτες που εξετάστηκαν περιελάμβαναν οποιονδήποτε από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου και καμία δεν περιελάμβανε όλους αυτούς. Σαφώς, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με το φάσμα των παραγόντων κινδύνου για ακούσια δηλητηρίαση στην πιο ευάλωτη ηλικιακή ομάδα, τα παιδιά.

A.2.4 Επιπολαστικά δεδομένα

Στη συνέχεια παρατίθενται σχετικά επιπολαστικά δεδομένα για τις δηλητηριάσεις. Στην Εικόνα 5 παρουσιάζονται οι θάνατοι από ακούσια δηλητηρίαση στις ΗΠΑ για τα έτη 1950-2018. Όπως φαίνεται, ο αριθμός των θανάτων είναι αυξητικός με την πάροδο των ετών που εικάζεται ότι μπορεί να συμβαίνει λόγω της μεγαλύτερης έκθεσης των ατόμων σε παράγοντες κινδύνου δηλητηρίασης ή λόγω του βέλτιστου τρόπου καταγραφής των περιστατικών.

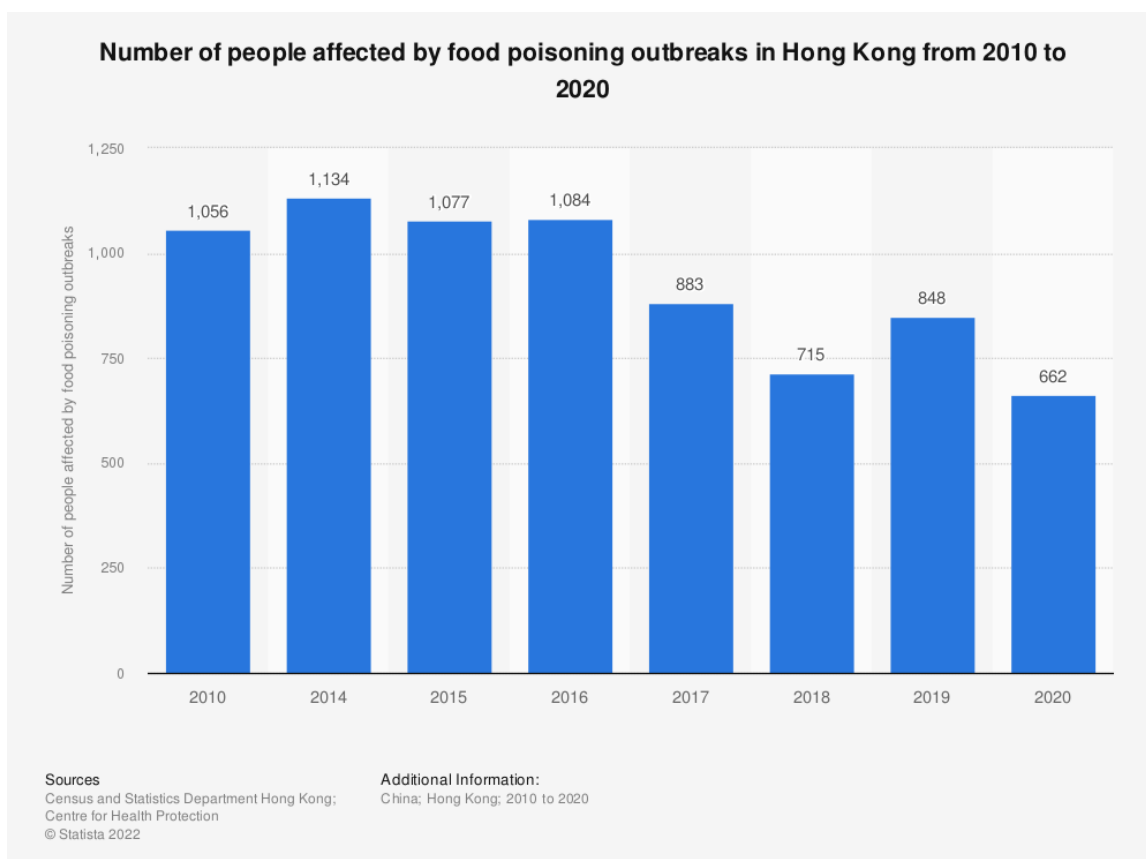
Εικόνα 5. Θάνατοι από δηλητηρίαση (ακούσια) στις ΗΠΑ από το 1950 έως το 2018 (ανά 100.000 πληθυσμού) (Statista 2018a)



Όλες οι τιμές προσαρμόζονται ανάλογα με την ηλικία. Τα ποσοστά προσαρμοσμένα ανάλογα με την ηλικία υπολογίζονται με βάση τον τυπικό πληθυσμό του έτους 2000. Πριν από το 2001, τα ποσοστά προσαρμοσμένα ανάλογα με την ηλικία υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τυπικές αναλογίες εκατομμυρίων με βάση στρογγυλεμένους αριθμούς πληθυσμού. Ξεκινώντας με τα δεδομένα του 2001, χρησιμοποιούνται μη στρογγυλεμένοι αριθμοί πληθυσμού για τον υπολογισμό των ποσοστών προσαρμοσμένων ανάλογα με την ηλικία.

Στο Χονγκ Κονγκ, 662 άτομα καταγράφηκαν ότι επηρεάστηκαν από εστίες τροφικής δηλητηρίασης το 2020. Ο αριθμός των ανθρώπων που επλήγησαν εκείνο το έτος ήταν περίπου ο μισός από εκείνον του 2010, υποδηλώνοντας μεγάλη μείωση την τελευταία δεκαετία (Statista 2020c) (Εικόνα 6).

Εικόνα 6. Αριθμός ανθρώπων που επλήγησαν από κρούσματα τροφικής δηλητηρίασης στο Χονγκ Κονγκ από το 2010 έως το 2020 (Statista 2020c)

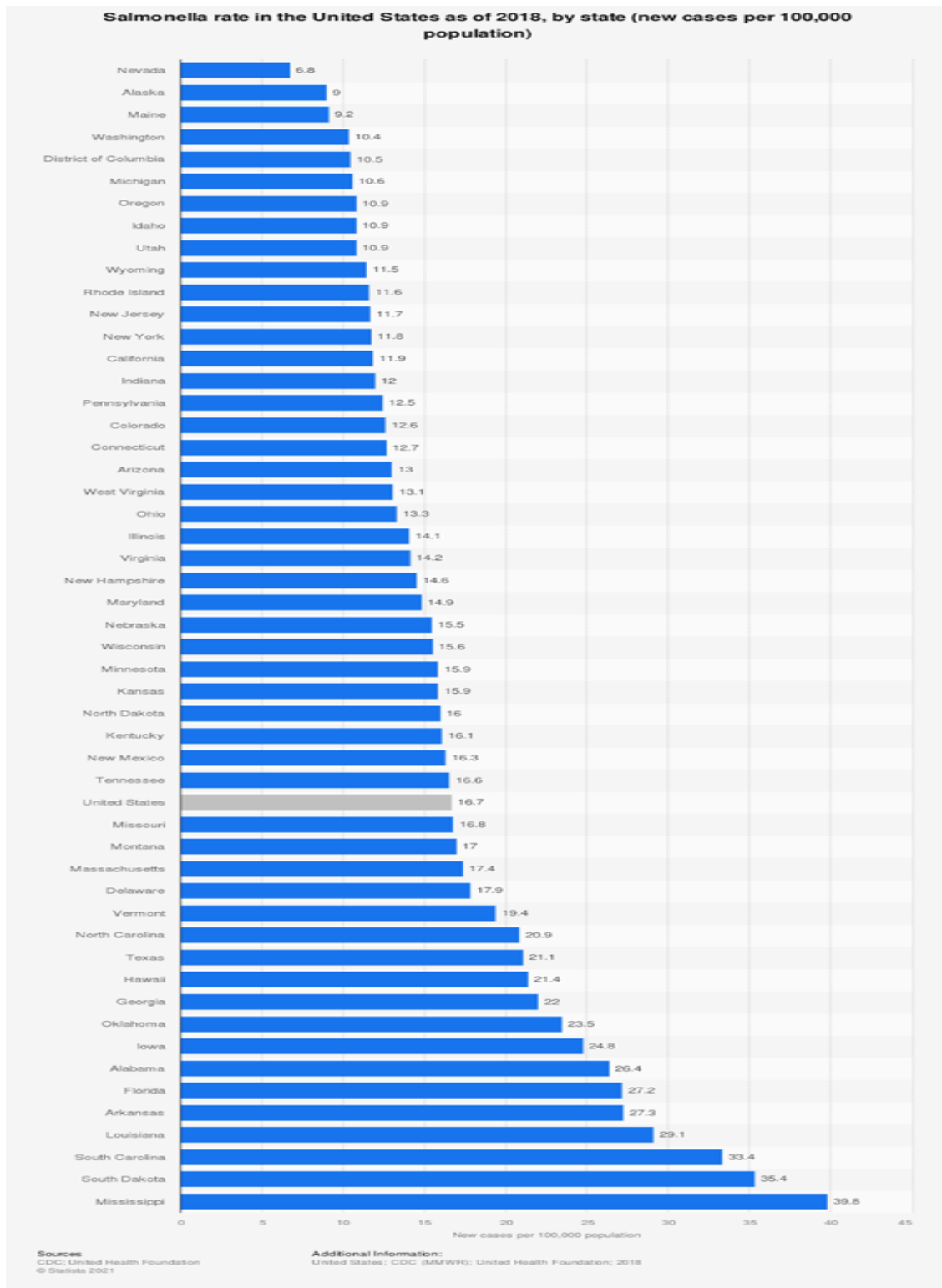


Η στατιστική αποτύπωση στη συνέχεια (Εικόνα 7) αντιπροσωπεύει το ποσοστό της δηλητηρίασης από σαλμονέλα στις Ηνωμένες Πολιτείες, από το 2018, ανά πολιτεία. Από εκείνη τη χρονιά, η Νότια Ντακότα είχε το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό δηλητηρίασης από σαλμονέλα στις Ηνωμένες Πολιτείες με σχεδόν 35 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού.

Εντός των ΗΠΑ, το ποσοστό δηλητηρίασης από σαλμονέλα ήταν το δεύτερο υψηλότερο στη Νότια Ντακότα, συνολικά περίπου 35,4 νέα κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού, από το 2018, ενώ στην κορυφή βρίσκεται μόνο ο Μισισιπής με 39,8 νέα κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού. Συνολικά, υπήρχαν 16,7 περιπτώσεις σαλμονέλλωσης ανά 100.000 πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μεταξύ 1991 και 2016, υπήρξαν 3.796 ασθένειες λόγω σαλμονέλλωσης που συνδέονται με ζωντανά πουλερικά στη χώρα καθώς και 6 θάνατοι.

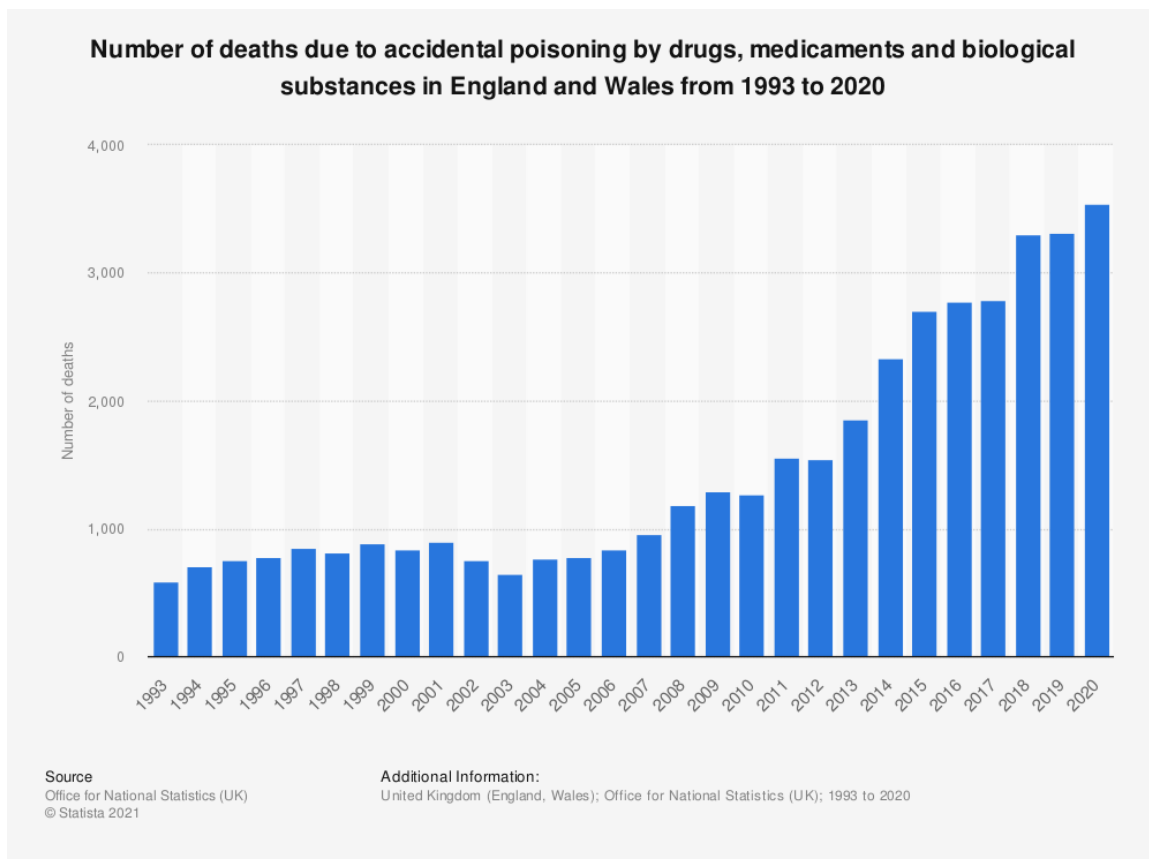
Η σαλμονέλλωση, μια λοίμωξη που προκαλείται από τη σαλμονέλα, διαρκεί συνήθως από 4 έως 7 ημέρες και γενικά οι ασθενείς αναρρώνουν χωρίς καμία θεραπεία. Η σαλμονέλα μπορεί να μεταδοθεί από τα ζωικά προϊόντα στον άνθρωπο. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η διασταυρούμενη μόλυνση αυτών των τροφίμων. Σε πολύ νέους και ηλικιωμένους ασθενείς τα βακτήρια μπορεί να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και να απαιτήσουν θεραπεία με αντιβιοτικά για τη θεραπεία του ασθενούς. Η σαλμονέλα μπορεί επίσης να οδηγήσει σε άλλες ασθένειες, όπως ο τυφοειδής πυρετός, ο παρατυφοειδής πυρετός και η τροφική δηλητηρίαση (Statista 2018c).

Εικόνα 7. Ποσοστό σαλμονέλας στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 2018, ανά πολιτεία (νέα κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού) (Statista 2018c)



Η στατιστική αποτύπωση στη συνέχεια δείχνει τον αριθμό των θανάτων λόγω τυχαίας δηλητηρίασης από φάρμακα στην Αγγλία και την Ουαλία από το 1993 έως το 2020. Ο αριθμός των θανάτων από δηλητηρίαση από φάρμακα αυξήθηκε σε 3.550 το 2020, ο υψηλότερος αριθμός στην καταγεγραμμένη περίοδο (Statista 2020a) (Εικόνα 8).

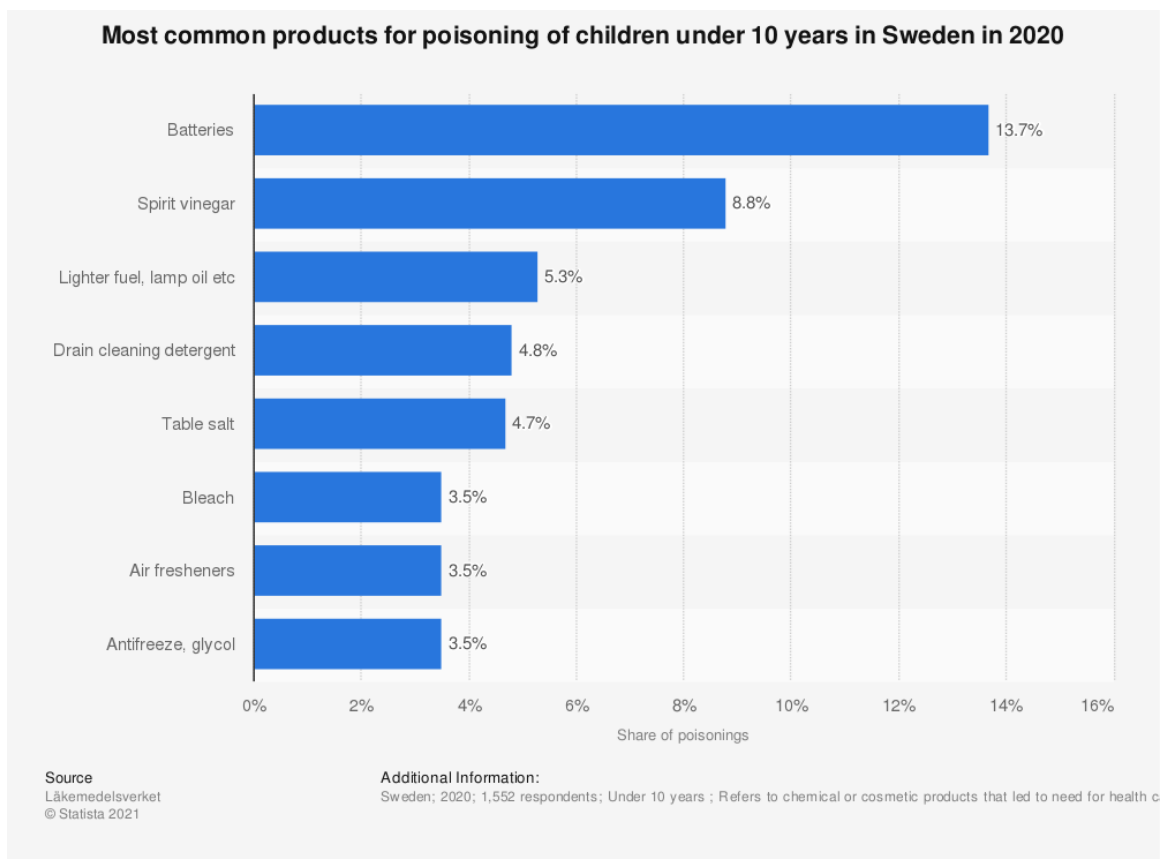
Εικόνα 8. Αριθμός θανάτων από τυχαία δηλητηρίαση από φάρμακα, φάρμακα και βιολογικές ουσίες στην Αγγλία και την Ουαλία από το 1993 έως το 2020 (Statista 2020a)



Το πιο κοινό προϊόν που προκάλεσε δηλητηριάσεις σε παιδιά κάτω των δέκα ετών στη Σουηδία το 2020 ήταν από μπαταρίες, οι οποίες αντιπροσώπευαν το 13,7 τοις εκατό όλων των δηλητηριάσεων που οδήγησαν σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Το δεύτερο πιο κοινό

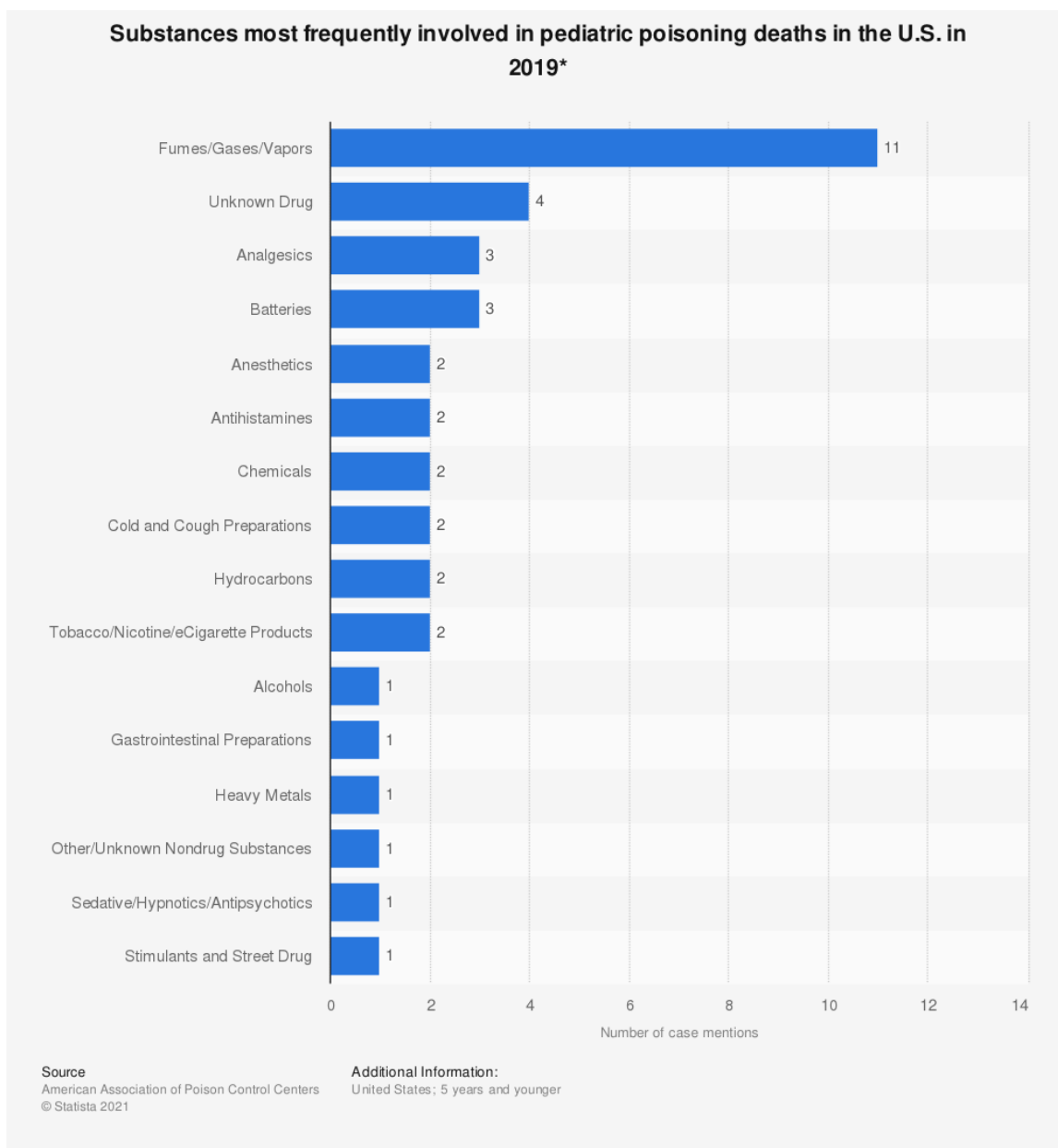
προϊόν για δηλητηρίαση ήταν τα αλκοολούχα προϊόντα, με 8,8 τοις εκατό (Statista 2020e) (Εικόνα 9).

Εικόνα 9. Τα πιο κοινά προϊόντα για δηλητηρίαση παιδιών κάτω των 10 ετών στη Σουηδία το 2020 (Statista 2020e)



Η στατιστική αποτύπωση στη συνέχεια (Εικόνα 10) δείχνει τις ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε θανάτους από παιδική δηλητηρίαση στις ΗΠΑ το 2019, με βάση τον αριθμό των αναφερόμενων περιπτώσεων. Εκείνη τη χρονιά, οι μπαταρίες προκάλεσαν το θάνατο τριών παιδιών ηλικίας πέντε ετών και κάτω. Οι μπαταρίες μπορούν να καταποθούν από μικρά παιδιά και μπορεί να κολλήσουν στον οισοφάγο, προκαλώντας εγκαύματα, σοβαρούς τραυματισμούς, ακόμη και θάνατο (Statista 2019b).

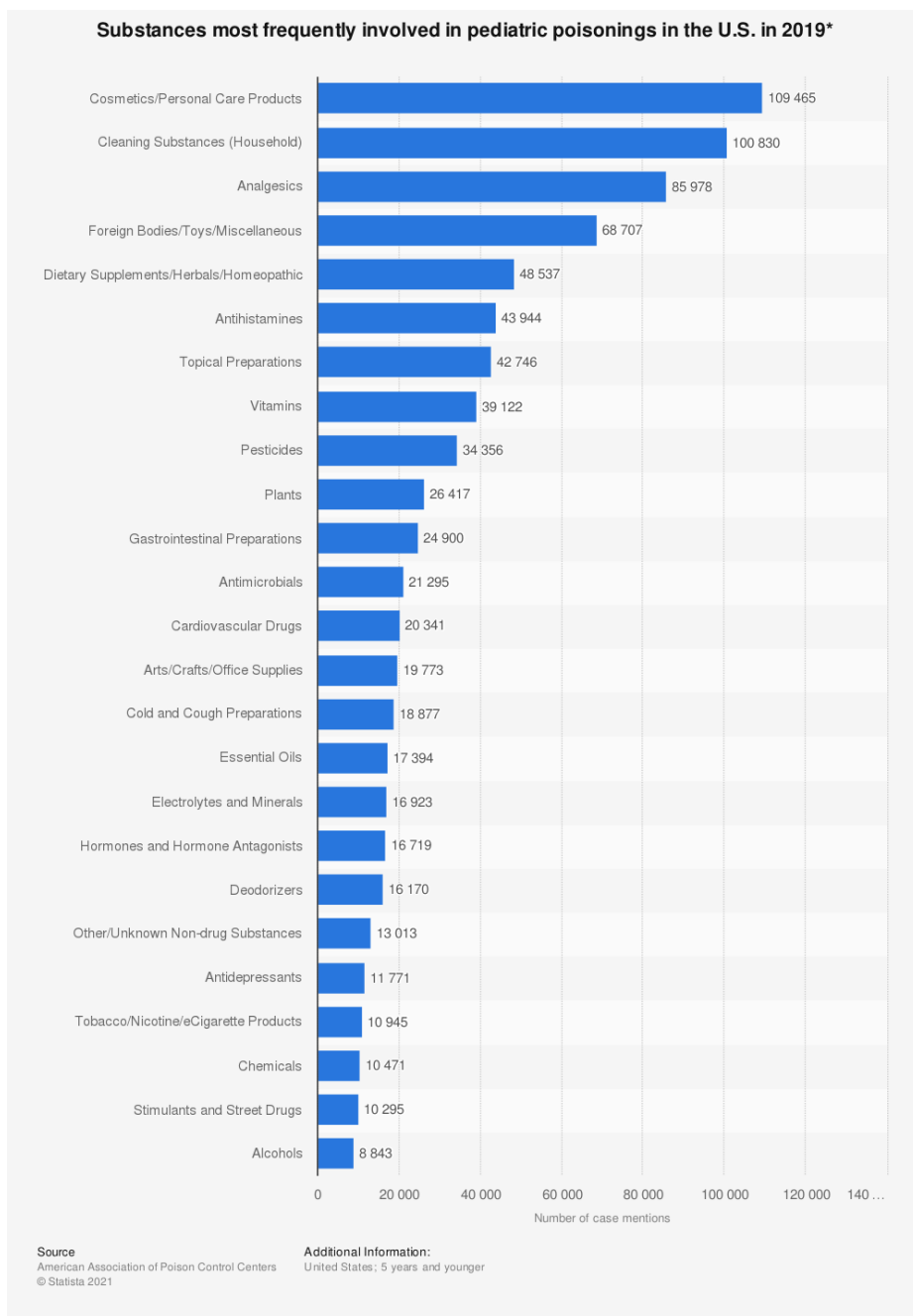
Εικόνα 10. Ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε θανάτους από παιδική δηλητηρίαση στις ΗΠΑ το 2019 (Statista 2019b)



Η επόμενη στατιστική αποτύπωση (Εικόνα 11) δείχνει τις ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε παιδικές δηλητηριάσεις στις ΗΠΑ το 2019, με βάση τον αριθμό των αναφερόμενων περιπτώσεων. Εκείνο το έτος, τα καλλυντικά και τα είδη προσωπικής

φροντίδας προκάλεσαν τις περισσότερες δηλητηριάσεις σε παιδιά ηλικίας πέντε ετών και κάτω με περίπου 109.465 αναφερόμενα κρούσματα (Statista 2019a).

Εικόνα 11. Ουσίες που εμπλέκονται συχνότερα σε παιδιατρικές δηλητηριάσεις στις ΗΠΑ το 2019 (Statista 2019a)



A.2.5 Νομικό πλαίσιο

Σε ό,τι αφορά το νομικό πλαίσιο, το Άρθρο 279 του Ποινικού Κώδικα (Νόμος 4619/2019) αναφέρεται στη Δηλητηρίαση πραγμάτων προορισμένων για χρήση από το κοινό. Συγκεκριμένα αναφέρει:

- 1) Όποιος δηλητηριάζει: α) πηγές, πηγάδια, βρύσες ή άλλες διοχετεύσεις ή δεξαμενές νερού, β) τρόφιμα, ποτά ή άλλα πράγματα που είναι προορισμένα για πώληση ή για χρήση από το κοινό, των οποίων η χρήση μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο για άνθρωπο, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα (10) έτη και χρηματική ποινή. Με την ίδια ποινή τιμωρείται και όποιος εισάγει σε κάποιο από αυτά άλλες ύλες που μπορούν να προκαλέσουν το ίδιο αποτέλεσμα. Με την ίδια ποινή τιμωρείται επίσης όποιος κατέχει προς πώληση, πωλεί ή θέτει με οποιοδήποτε τρόπο σε κυκλοφορία τα υπό στοιχείο β' πράγματα.
- 2) Οι πράξεις της παρ. 1 τιμωρούνται: α) με κάθειρξη, αν είχαν ως αποτέλεσμα τη βαριά σωματική βλάβη, β) με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα (10) ετών, αν είχαν ως αποτέλεσμα το θάνατο άλλου. Αν προκλήθηκε ο θάνατος μεγάλου αριθμού ανθρώπων, το δικαστήριο μπορεί να επιβάλει ισόβια κάθειρξη.
- 3) Αν στις περιπτώσεις της παρ. 1 η πράξη τελείται από αμέλεια και από αυτήν μπορεί να προκύψει κίνδυνος για άνθρωπο, επιβάλλεται φυλάκιση έως τρία (3) έτη.

Πρόσθετα στο Άρθρο 281 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται η Νοθεία τροφίμων. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι:

- 1) Όποιος κατασκευάζει ή επεξεργάζεται τρόφιμα, ποτά, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα, έτσι που η χρήση τους να μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία ή κίνδυνο για τη ζωή ανθρώπου, καθώς και όποιος θέτει σε κυκλοφορία τέτοια πράγματα, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών.
- 2) Αν κάποια από τις προαναφερόμενες πράξεις τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή χρηματική ποινή.

A.3 Κακώσεις

A.3.1 Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Σύμφωνα με την Μπαρούτα (2015) «Αναφέρεται ότι ετησίως πεθαίνουν 790.000 άνθρωποι στην Ευρώπη από ακούσιες κακώσεις και ο δείκτης θνησιμότητας είναι 90 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους, όταν στις ΗΠΑ ο αντίστοιχος αριθμός είναι μόλις 53 ανά 100.000. Παρότι η Ευρωπαϊκή Ένωση περιγράφεται ως μία από τις πιο ασφαλείς περιοχές του κόσμου, υπάρχει ακόμα σημαντικό περιθώριο για βελτίωση, όσον αφορά στα ατυχήματα».

Οι συνήθειες κακώσεις αναφέρονται σε αθλητικές δραστηριότητες. Στη Σουηδία, δύο από τα τρία παιδιά και εφήβους συμμετέχουν σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες, οι οποίες συμβάλλουν στην καλή δημόσια υγεία και παρέχουν σωματική αναψυχή, δραστηριότητες αναψυχής, κοινωνικοποίηση και φιλία. Μερικά από τα παιδιά και τους εφήβους συνεχίζουν την πορεία τους προς τα ελίτ αθλήματα, τα οποία συνοδεύονται από μεγαλύτερες απαιτήσεις, για παράδειγμα αυξημένη διάρκεια προπόνησης, ένταση ή ανταγωνιστικότητα, όλα σε μια προσπάθεια να γίνουν κορυφαίοι αθλητές. Κατά συνέπεια, αυτό είναι πιθανό να αυξήσει τον κίνδυνο για μυοσκελετικούς τραυματισμούς (Difiori et al. 2014).

Ακόμη και αν είναι διαθέσιμες λίγες προοπτικές μακροχρόνιες μελέτες για την επιτήρηση τραυματισμών σε εφήβους αθλητές (Steffen and Engebretsen 2010), οι υπάρχουσες έχουν δείξει υψηλό κίνδυνο τραυματισμού σε νεαρούς αθλητές (Le Gall, Carling, and Reilly 2008; Moller et al. 2012; Westin, Alricsson, and Werner 2012).

Οι αναφορές επιτήρησης τραυματισμών χρησιμεύουν ως ένα σημαντικό βήμα για την κατανόηση του προφίλ τραυματισμών, της συχνότητας και του επιπολασμού των τραυματισμών, των τάσεων τραυματισμών και της πρόληψης τραυματισμών. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για να χρησιμεύσει ως θεωρητική βάση για προληπτικές στρατηγικές που αντιμετωπίζουν τη βελτίωση της αθλητικής ασφάλειας (Finch 1997), και όχι μόνο στο πλαίσιο του αθλητισμού. Τα πρώτα ντοκουμέντα τραυματισμών (πυγμαχικοί

τραυματισμοί), έχουν εντοπιστεί στην ιστορική περίοδο της αρχαίας Ελλάδας (Nomikos et al. 2010).

Ο καθορισμός και η ταξινόμηση των τραυματισμών έχουν μεγάλη σημασία για την ακριβή περιγραφή των προτύπων τραυματισμών σε ένα αθλητικό πλαίσιο (van Mechelen, Hlobil, and Kemper 1992). Η έλλειψη σαφούς ορισμού αυξάνει τον κίνδυνο είτε υπο- ή υπερβολικής αναφοράς ενός προβλήματος τραυματισμού που, κατά συνέπεια, θα επηρεάσει την ανάπτυξη και την αποτελεσματικότητα των προληπτικών στρατηγικών (Palmer-Green et al. 2013).

Ένα σημαντικό πρόβλημα στην επιδημιολογία των τραυματισμών είναι ότι δεν υπάρχει ενιαία συναίνεση για τον ορισμό του τραυματισμού (Goldberg et al. 2007). Παρόμοιο ζήτημα υπάρχει για την ταξινόμηση των επακόλουθων τραυματισμών, που ορίζονται ως ο δεύτερος τραυματισμός, ανεξάρτητα από την εμφάνιση και τη σχέση με προηγούμενους τραυματισμούς (Hamilton et al. 2011), όπου έχουν προταθεί διάφορες προτάσεις για την ταξινόμηση μεταγενέστερων τραυματισμών (Finch and Cook 2014; Fuller et al. 2006).

Η επιλογή του ορισμού του τραυματισμού επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το αναφερόμενο ποσοστό τραυματισμών, όπου ο ορισμός της επιλογής «οποιοδήποτε σωματικό παράπονο» είναι πιθανό να προσδιορίσει τον υψηλότερο αριθμό τραυματισμών, ακολουθούμενο από τραυματισμούς που έχουν λάβει «ιατρική φροντίδα» και στη συνέχεια μόνο τραυματισμούς με βάση «απώλεια χρόνου» στο άθλημα. Οι τραυματισμοί θα μπορούσαν περαιτέρω να ταξινομηθούν ανάλογα με την έναρξή τους ή με τη σειρά που συμβαίνει ένας τραυματισμός. Οι τραυματισμοί ξαφνικής έναρξης στη συνέχεια υποκατηγοριοποιούνται σε τραυματικό τραυματισμό, έναντι τραυματισμού κατάχρησης, με βάση το γεγονός εάν ο τραυματισμός σχετίζεται με μια αναγνωρίσιμη μεμονωμένη εξωτερική μεταφορά ενέργειας ή όχι (Timpka et al. 2014).

A.3.2 Παράγοντες κινδύνου

Η σωματική δραστηριότητα και ο αθλητισμός συμβάλλουν σε μια σειρά από οφέλη για την υγεία, όπως η μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη, καρκίνο, υπέρταση, παχυσαρκία, κατάθλιψη, οστεοπόρωση και πρόωρο θάνατο (Warburton, Nicol, and Bredin 2006). Παρά αυτές τις θετικές επιπτώσεις στην υγεία που σχετίζονται με τη συμμετοχή στον αθλητισμό, οι αθλητικοί τραυματισμοί είναι συνηθισμένοι και μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη συμμετοχή στον αθλητισμό και να οδηγήσουν σε απώλεια εργασίας και μόνιμη αναπηρία στις χειρότερες περιπτώσεις (van Mechelen et al. 1992). Επιπλέον, η σωματική αδράνεια ως πιθανή συνέπεια τραυματισμού έχει βρεθεί ότι αντιπροσωπεύει το 1,5–3,0% του συνολικού άμεσου κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Oldridge 2008).

Ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου είναι ένα κρίσιμο βήμα για την πρόληψη τραυματισμών. Η αιτιολογία των τραυματισμών είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει τόσο εσωτερικούς όσο και εξωτερικούς παράγοντες κινδύνου. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να τροποποιηθούν (π.χ. φόρτος εργασίας, εξοπλισμός), ενώ άλλοι είναι μη τροποποιήσιμοι (π.χ. φύλο, ηλικία) (Bahr and Krosshaug 2005).

Για να συμβεί ο τραυματισμός, πρέπει επίσης να λάβει χώρα ένα συμβάν υποκίνησης (ο μηχανισμός τραυματισμού), ως το τελικό γεγονός που προκαλεί τραυματισμό, σύμφωνα με τον Meeuwisse (Meeuwisse 1994). Συχνά, το διεγερτικό συμβάν σχετίζεται με την έναρξη του οξέος τραυματισμού, αλλά θα μπορούσε επίσης να είναι πιο μακρινό για την εμφάνιση τραυματισμών κατάχρησης. Οι Meeuwisse et al. επέκτειναν αργότερα το μοντέλο, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι παράγοντες κινδύνου και η αιτιολογία τραυματισμού αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου σε δυναμικούς, αναδρομικούς κύκλους (Meeuwisse et al. 2007).

Παρόλο που αυτή η προσέγγιση μπορεί να περιπλέξει την ανάλυση δεδομένων, μπορεί να αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την πραγματική φύση της αιτιολογίας του τραυματισμού και να λαμβάνει υπόψη τα συμβάντα μετά τον τραυματισμό. Τέλος, για να κατανοήσει ο ερευνητής πώς αλληλεπιδρούν οι παράγοντες κινδύνου, πρέπει να γνωρίζει

την αλληλεπίδραση μεταξύ παραγόντων κινδύνου και πιθανών συσχετικών μεταβλητών, προκειμένου να κατανοήσει πλήρως τη σύνθετη διαδικασία τραυματισμού.

Η βέλτιστη ποιότητα ύπνου ως πρόδρομος για τραυματισμό παραμένει ασαφής. Ωστόσο, η έλλειψη ύπνου έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη κατάθλιψης, άγχους και τάσεων αυτοκτονίας μεταξύ των εφήβων (Owens et al. 2014). Η αυτοεκτίμηση, που ορίζεται ως προσωπική κρίση για την αξία κάποιου, έχει συσχετιστεί με διατροφικές διαταραχές, κατάθλιψη, αντικοινωνική συμπεριφορά, φτωχότερη ψυχική και σωματική υγεία (Bratland-Sanda and Sundgot-Borgen 2013; Trzesniewski et al. 2006), αλλά δεν έχει μελετηθεί σε σχέση με την εμφάνιση τραυματισμών.

Αρκετές ψυχολογικές μεταβλητές, όπως ευερεθιστότητα (Ivarsson and Johnson 2010), αυτοκατηγορία (Timpeka et al. 2015), αρνητικό στρες γεγονότων ζωής (Ivarsson, Johnson, and Podlog 2013; Johnson and Ivarsson 2011), καθώς και το αυτοαντιλαμβανόμενο άγχος ή καθημερινές ταλαιπωρίες έχουν συσχετιστεί με τον κίνδυνο τραυματισμού (Gunnloe et al. 2001; Ivarsson et al. 2014; Ivarsson and Johnson 2010; Steffen, Pensgaard, and Bahr 2009). Η αυξημένη διάσπαση της προσοχής, η κόπωση και ο μειωμένος συντονισμός είναι παραδείγματα μηχανισμών που το άγχος προκαλεί κίνδυνο τραυματισμού (Soligard et al. 2016).

Λόγω των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών των τραυματισμών και του συναφούς οικονομικού κόστους, η πρόληψη τραυματισμών αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα. Οι Van Mechelen et al. τόνισαν ότι χωρίς γνώση της συχνότητας, της αιτιολογίας και του μηχανισμού του τραυματισμού, δεν είναι δυνατή η αποτελεσματική πρόληψη των τραυματισμών. Ως εκ τούτου, εισήχθη η «ακολουθία της πρόληψης», περιγράφοντας τα απαραίτητα βήματα για την πρόληψη τραυματισμών. Πρώτον, το μοντέλο τονίζει ότι προσδιορίζεται το πρόβλημα του τραυματισμού όσον αφορά τα μέτρα επίπτωσης και σοβαρότητας. Δεύτερον, πρέπει να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου και οι μηχανισμοί τραυματισμού. Τρίτον, εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα, βασισμένα σε πληροφορίες από το πρώτο και το δεύτερο βήμα. Τέλος, το πρώτο βήμα επαναλαμβάνεται για το συμπέρασμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων, κατά προτίμηση μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (van Mechelen et al. 1992).

Ο Finch επέκτεινε το μοντέλο για να εξετάσει το πλαίσιο στο οποίο θα εφαρμοστούν οι παρεμβάσεις για να διασφαλίσει την υιοθέτηση των παρεμβάσεων σε ένα πραγματικό πλαίσιο. Ως εκ τούτου, εισήχθη ένα νέο ερευνητικό πλαίσιο, το Translating Research into Injury Prevention Practice Framework (TRIPP), το οποίο αποτυπώνει πρόσθετα και διευρυμένα βήματα. Αυτό το νέο πλαίσιο λαμβάνει επίσης υπόψη τα συμφραζόμενα και τους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα ενός προληπτικού μέτρου. Αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν, για παράδειγμα, να είναι υιοθετημένες συμπεριφορές ασφαλείας ή γνώσεις και στάσεις σχετικά με τις προτεινόμενες προληπτικές ενέργειες (Finch 2006).

A.3.3 Τα είδη των κακώσεων

Σοβαροί τραυματισμοί, όπως τραυματισμοί του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου (ACL), σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο επανατραυματισμού και αυξημένο κίνδυνο οστεοαρθρίτιδας ή συνδρόμων χρόνιου πόνου 10-15 χρόνια μετά την αρχική έναρξη (Caine and Golightly 2011; Lohmander et al. 2004). Η συχνότητα τραυματισμού του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου είναι ιδιαίτερα υψηλή στις γυναίκες έφηβες (Arendt, Agel, and Dick 1999).

Οι σοβαροί τραυματισμοί, ο εκ νέου τραυματισμός ή ο φόβος επανατραυματισμού είναι επίσης πιθανό να αναγκάσουν τους αθλητές να μην συνεχίσουν το προηγούμενο επίπεδο δραστηριότητάς τους, να σταματήσουν τη συμμετοχή στον αθλητισμό και να τερματίσουν πρόωρα την καριέρα τους (Kvist et al. 2005; Ristolainen et al. 2012). Επιπλέον, ένας αυξημένος επαγγελματισμός του ανταγωνισμού νέων έχει λάβει χώρα τις τελευταίες δεκαετίες, (Cassas and Cassettari-Wayhs 2006; Williams 2010) που μπορεί να ώθησε τα αθλήματα των νέων πιο κοντά στα αθλήματα των ενηλίκων, όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα, αυξάνοντας πιθανώς τον κίνδυνο εμφάνισης τραυματισμών ακόμη περισσότερο. Ωστόσο, λόγω της έλλειψης προοπτικών μελετών εγγραφής τραυματισμών, οι συνέπειες του τραυματισμού στην υγεία και της συνεχιζόμενης αθλητικής συμμετοχής στην απόδοση είναι λιγότερο κατανοητές στους εφήβους αθλητές, σε αντίθεση με τους ενήλικες αθλητές (Steffen and Engebretsen 2010). Η κατανόηση της συχνότητας/επιπολασμού των τραυματισμών, των παραγόντων κινδύνου και των αντιλήψεων τραυματισμών μεταξύ των εφήβων αθλητών είναι το πρώτο βήμα προς την ανάπτυξη αποτελεσματικών στοχευμένων προληπτικών παρεμβάσεων (van Mechelen et al. 1992). Σε προηγούμενες έρευνες, τα διαγράμματα διατομής έχουν χρησιμοποιηθεί συχνά για τον εντοπισμό τραυματισμών, κυρίως σε αγώνες ή παιχνίδια (Alonso et al. 2009, 2010; Tuominen et al. 2016, 2017).

A.3.4 Νομικό πλαίσιο

Ενδεικτικά αναφέρεται η βασική νομοθεσία που αφορά στον τραυματισμό και σε γενικότερες έννοιες προς επίρρωση της κατανόησης των κινδύνων τραυματισμού, αλλά και της προκληθείσας βλάβης.

Συγκεκριμένα το Άρθρο 26 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται στην έννοια της Υπαιτιότητας. Ως εκ τούτου:

- 1) Τα κακουργήματα και πλημμελήματα τιμωρούνται μόνο όταν τελούνται με δόλο. Κατ' εξαίρεση στις περιπτώσεις που ορίζει ειδικά ο νόμος, τα πλημμελήματα τιμωρούνται και όταν τελούνται από αμέλεια.
- 2) Τα παίσματα τιμωρούνται πάντοτε και όταν τελέστηκαν από αμέλεια, εκτός από τις περιπτώσεις για τις οποίες ο νόμος απαιτεί ρητά δόλο.

Το Άρθρο 27 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται στην έννοια του δόλου, που αποτελεί σημαντική παράμετρο σε ό,τι αφορά τον εκάστοτε τραυματισμό. Συγκεκριμένα αναφέρει:

- 1) Με δόλο (με πρόθεση) πράττει όποιος θέλει την παραγωγή των περιστατικών που κατά το νόμο απαρτίζουν την έννοια κάποιας αξιόποινης πράξης· επίσης όποιος γνωρίζει ότι από την πράξη του ενδέχεται να παραχθούν αυτά τα περιστατικά και το αποδέχεται.
- 2) Όπου ο νόμος απαιτεί να έχει τελεστεί η πράξη εν γνώσει ορισμένου περιστατικού, δεν αρκεί ο ενδεχόμενος δόλος. Και όπου ο νόμος απαιτεί η πράξη να έχει τελεσθεί με σκοπό την πρόκληση ορισμένου αποτελέσματος απαιτείται ο δράστης να έχει επιδιώξει να προκαλέσει αυτό το αποτέλεσμα.

Στο Άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα γίνεται αναφορά στην έννοια της αμέλειας. Συγκεκριμένα:

- 1) Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν.

Το Άρθρο 308 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται στην απλή σωματική βλάβη, ήτοι:

- 1) Όποιος με πρόθεση προξενεί σε άλλον σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών. Αν η κάκωση ή η βλάβη της υγείας που του προξένησε είναι όλως ελαφρά τιμωρείται με κράτηση έως έξι (6) μήνες ή με πρόστιμο έως τρεις χιλιάδες (3.000) ευρώ.
- 2) Η σωματική βλάβη της παρ. 1 δεν είναι άδικη, όταν επιχειρείται με τη συναίνεση του παθόντος και δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη.
- 3) Ο υπαίτιος της πράξης της παρ. 1 είναι δυνατό να απαλλαγεί από κάθε ποινή αν παρασύρθηκε στην πράξη από δικαιολογημένη αγανάκτηση εξαιτίας μιας αμέσως προηγούμενης πράξης που τέλεσε ο παθών εναντίον του ή ενώπιόν του και που ήταν ιδιαίτερα σκληρή ή βάνανυση.

Το Άρθρο 308Α του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται στην Απρόκλητη σωματική βλάβη και συγκεκριμένα αναφέρει ότι:

- 1) Με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών τιμωρείται η απλή σωματική βλάβη (άρθρο 308 παρ. 1, εδ. α), αν έγινε χωρίς πρόκληση από τον παθόντα.
- 2) Αν η πράξη της προηγούμενης παραγράφου έχει το χαρακτήρα επικίνδυνης σωματικής βλάβης (άρθρο 309) ή αν σ' αυτήν συμμετείχαν δύο ή περισσότεροι, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους.

Τέλος το Άρθρο 309 του Ποινικού Κώδικα αναφέρεται στην επικίνδυνη σωματική βλάβη, όπου ορίζεται αν η πράξη του άρθρου 308 τελέστηκε με τρόπο που μπορούσε να προκαλέσει στον παθόντα κίνδυνο για τη ζωή του ή βαριά σωματική βλάβη (άρθρο 310 παρ. 2), επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών.

Β΄ Μέρος - Ερευνητική αναφορά

B.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης είναι η δημογραφική απεικόνιση των ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων από το 1958 έως 2020. Διενεργήθηκε ως εκ τούτου αρχικά η ερευνητική διαδικασία της συγκέντρωσης των απαιτούμενων δημογραφικών στοιχείων και στη συνέχεια η στατιστική επεξεργασία τους. Η αποτύπωση των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται επί του συνόλου των ατυχημάτων, δηλητηριάσεων και κακώσεων και όχι επί του διαχωρισμού βάσει ICD-10. Στα αποτελέσματα εμπεριέχονται τα ατυχήματα από μεταφορικά μέσα, από τυχαία ή εκούσια δηλητηρίαση, τα συμβάματα κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης, τα ατυχήματα από πτώση, φωτιά και πυρκαγιές, γεγονός που καθιστά σημαντική την αναφορά και τη σύγκριση με άλλες έρευνες στο θεωρητικό πλαίσιο της παρούσης.

B.2 Μεθοδολογία έρευνας

Τα ατυχήματα-δηλητηριάσεις-κακώσεις είναι μια υποκατηγορία νόσων και εξετάζονται συνολικά (όχι ανά είδος ή αιτία). Για παράδειγμα το 2000 έχουν καταγραφεί στο σύνολο 160179 περιπτώσεις εξελθόντων ασθενών από τα νοσοκομεία από ατυχήματα-δηλητηριάσεις-κακώσεις. Βέβαια, στα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ αυτά αναλύονται ανά αίτιο, αλλά με διαφορετικές υποκατηγορίες ανά χρονικά διαστήματα, ενώ μετά το 2011 δεν αναφέρονται τα αίτια, αλλά το σύνολο.

Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής αναζήτηση των πρωτογενών δεδομένων σε διάφορες ιστοσελίδες πληροφοριακών βάσεων που προσφέρουν δημογραφικά-στατιστικά δεδομένα για τις δηλητηριάσεις, κακώσεις, και ατυχήματα.

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων εξετάστηκε το σύνολο των περιστατικών (εξελθόντες ασθενείς) και διερευνήθηκε η χρονική εξέλιξη ανά έκβαση (Ιαση- Cured, Βελτίωση- Improved, Αμετάβλητη-Unchanged, Επιδείνωση-Aggravated, Θάνατος-Died, Δεν δηλώθηκε-Undeclared), ανά φύλο, ανά ηλικία, ανά γεωγραφικό διαμέρισμα ή περιφέρεια και ανά ημέρες νοσηλείας.

Υπάρχουν στοιχεία για τους εξέλθοντες ανά επάγγελμα, αλλά δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανά επαγγελματικό τομέα (πρωτογενής δευτερογενής-τριτογενής), ώστε να έχει κάποιο ενδιαφέρον σε επίπεδο ανάλυσης δεδομένων. Επίσης, διερευνήθηκαν ξεχωριστά οι θάνατοι (σύνολο) ανά φύλο και ηλικία.

Οι επιμέρους αιτίες θανάτων που αναλύθηκαν είναι οι εξής:

- Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα
- Τυχαία δηλητηρίαση
- Συμβάματα κατά τη διάρκεια ιατρικής περίθαλψης, ανώμαλες αντιδράσεις, όψιμες επιπλοκές
- Ατυχήματα από πτώση
- Ατυχήματα από φωτιά και φλόγες
- Άλλα ατυχήματα (περιλαμβάνονται και όψιμες επιπλοκές)
- Φάρμακα, φαρμακευτικές ουσίες που προκαλούν παρενέργειες κατά τη θεραπευτική χρήση
- Αυτοκτονία και αυτοεπιβαλλόμενη κάκωση
- Αθροποκτονία και κάκωση επιβαλλόμενη εκ προθέσεως από άλλα πρόσωπα
- Άλλη βίαιη ενέργεια

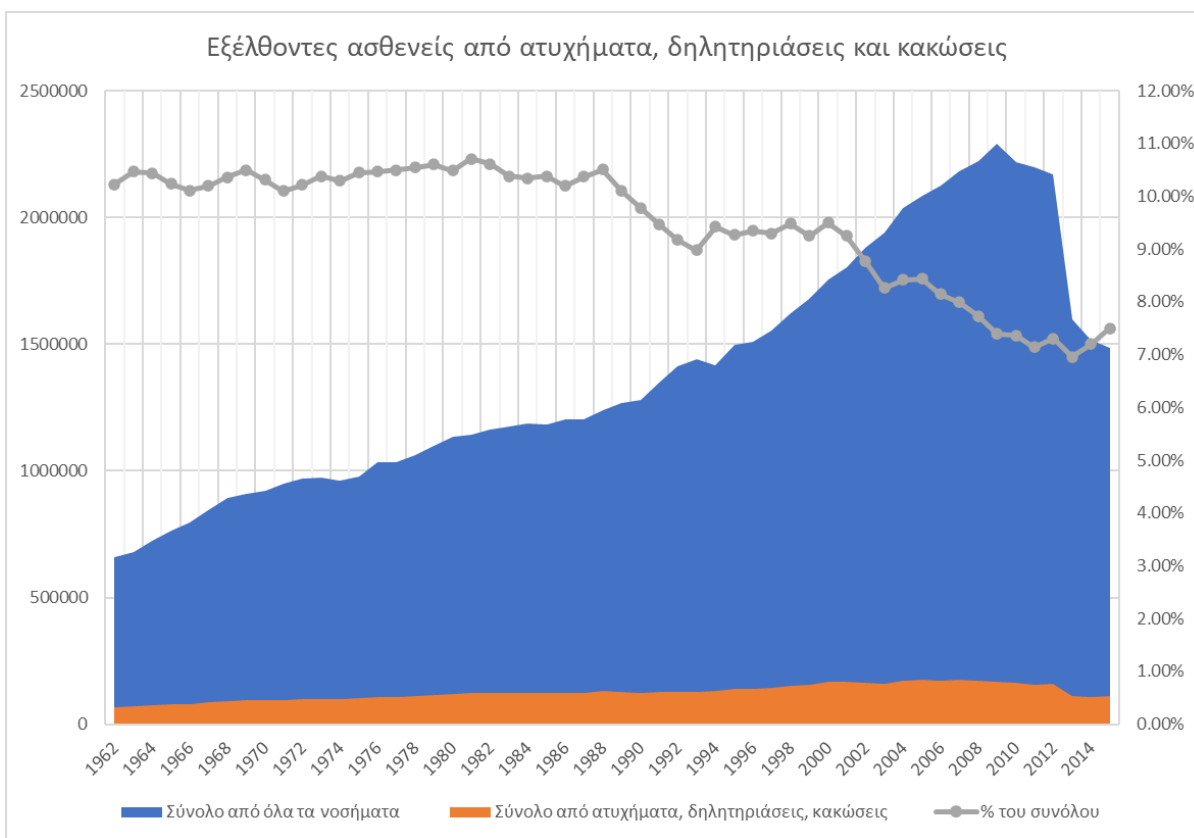
Η αντιστοίχιση των αιτιών θανάτων με τους κωδικούς των αρχείων της ΕΛΣΤΑΤ, καθώς και τους κωδικούς του icd-10 ανά κατηγορία, δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Κωδικός	Αιτίες θανάτων	Κωδικοί icd-10 ανά κατηγορία
E47.	Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα	V01-V99
E48.	Τυχαία δηλητηρίαση	N143, X40-X49

E49.	Συμβάματα κατά τη διάρκεια ιατρικής περίθαλψης, ανώμαλες αντιδράσεις, όψιμες επιπλοκές	M020, Y600-Y849, Y881, Y882, Y883
E50.	Ατυχήματα από πτώση	W00-W19, X590
E51.	Ατυχήματα από φωτιά και φλόγες	X00-X09
E52.	Άλλα ατυχήματα (περιλαμβάνονται και όψιμες επιπλοκές)	W20-W99, X10-X39, X50-X58, X599, Y850, Y859, Y86, Y899
E53.	Φάρμακα, φαρμακευτικές ουσίες που προκαλούν παρενέργειες κατά τη θεραπευτική χρήση	M022, Y400-Y599, Y880
E54.	Αυτοκτονία και αυτοεπιβαλλόμενη κάκωση	X60-X84, Y870
E55.	Αθροιστική και κάκωση επιβαλλόμενη εκ προθέσεως από άλλα πρόσωπα	X85-Y09, Y871
E56.	Άλλη βίαιη ενέργεια	Y100-Y369, Y872, Y890, Y891

Η δημογραφική απεικόνιση ξεκίνησε από τη συλλογή των δεδομένων. Για τα έτη 1958-2000, η συλλογή των δεδομένων έγινε από την Ψηφιακή Βιβλιοθήκη της ΕΛΣΤΑΤ, και τα στοιχεία λήφθηκαν από τα ψηφιοποιημένα Δελτία Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής που έχουν δημοσιευθεί. Η εισαγωγή των δεδομένων στο Excel έγινε ανά έτος για κάθε μεταβλητή της ανάλυσης και τα δεδομένα αυτά διαμορφώθηκαν σε πίνακες και ενοποιήθηκαν με τα αρχεία που βρίσκονται ήδη σε μορφή Excel από τις Στατιστικές της ΕΛΣΤΑΤ. Για κάθε μεταβλητή που αναλύθηκε παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα σε πίνακες και διαγράμματα. Η οπτικοποίηση των στοιχείων έγινε με διαγράμματα διασποράς, ραβδογράμματα, area charts και θερμικούς χάρτες, αναλόγως του τύπου των στοιχείων και της βέλτιστης παρουσίασης των δεδομένων.

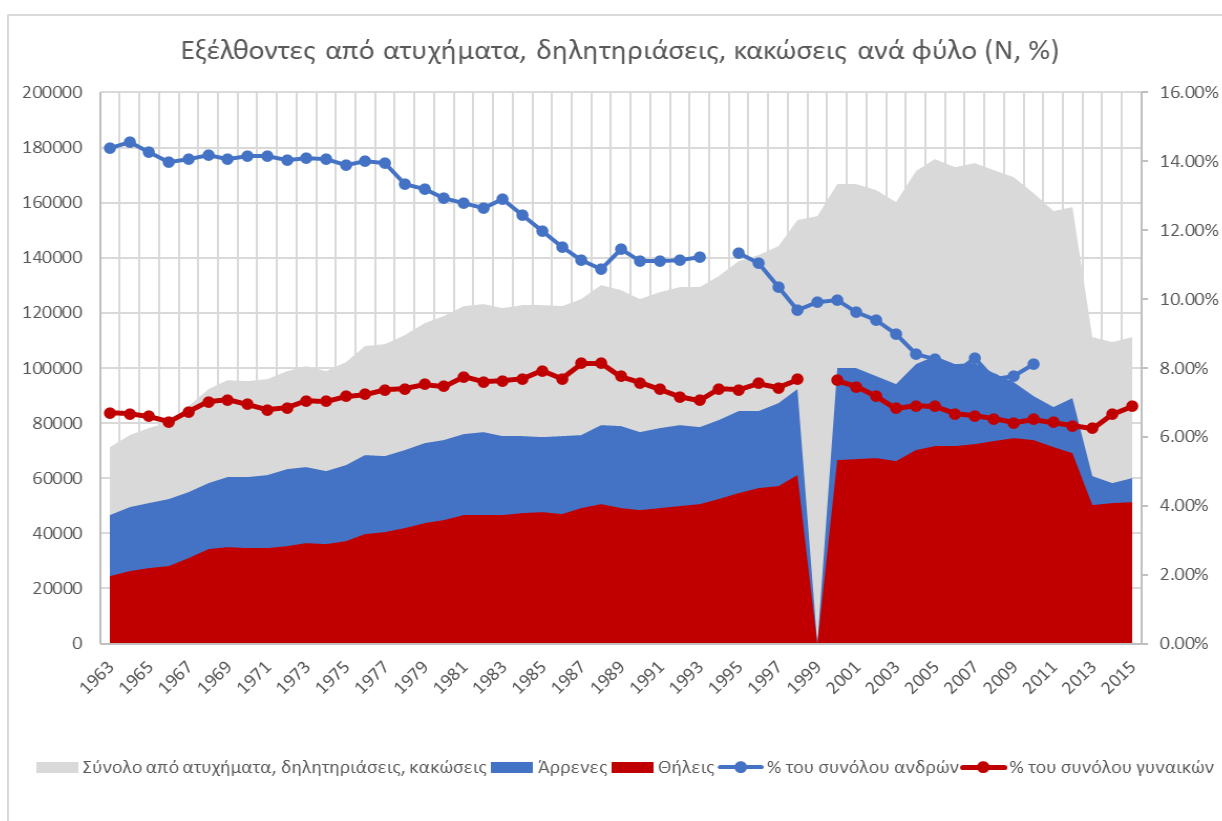
Β.3 Αποτελέσματα



Γράφημα 1. Εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις σε καθαρούς αριθμούς και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται οι εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε καθαρούς αριθμούς (N) και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών (%) στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015. Αρχικά, να σημειωθεί εδώ ότι οι καθαροί αριθμοί εξελθόντων ασθενών από όλα τα νοσήματα μειώνονται κατά 32,5% το 2015 σε σύγκριση με το 2011, ενώ παρόμοια μείωση (20,9%) παρατηρείται μεταξύ 2011-2015 και στους εξέλθοντες από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις. Παρατηρείται ότι

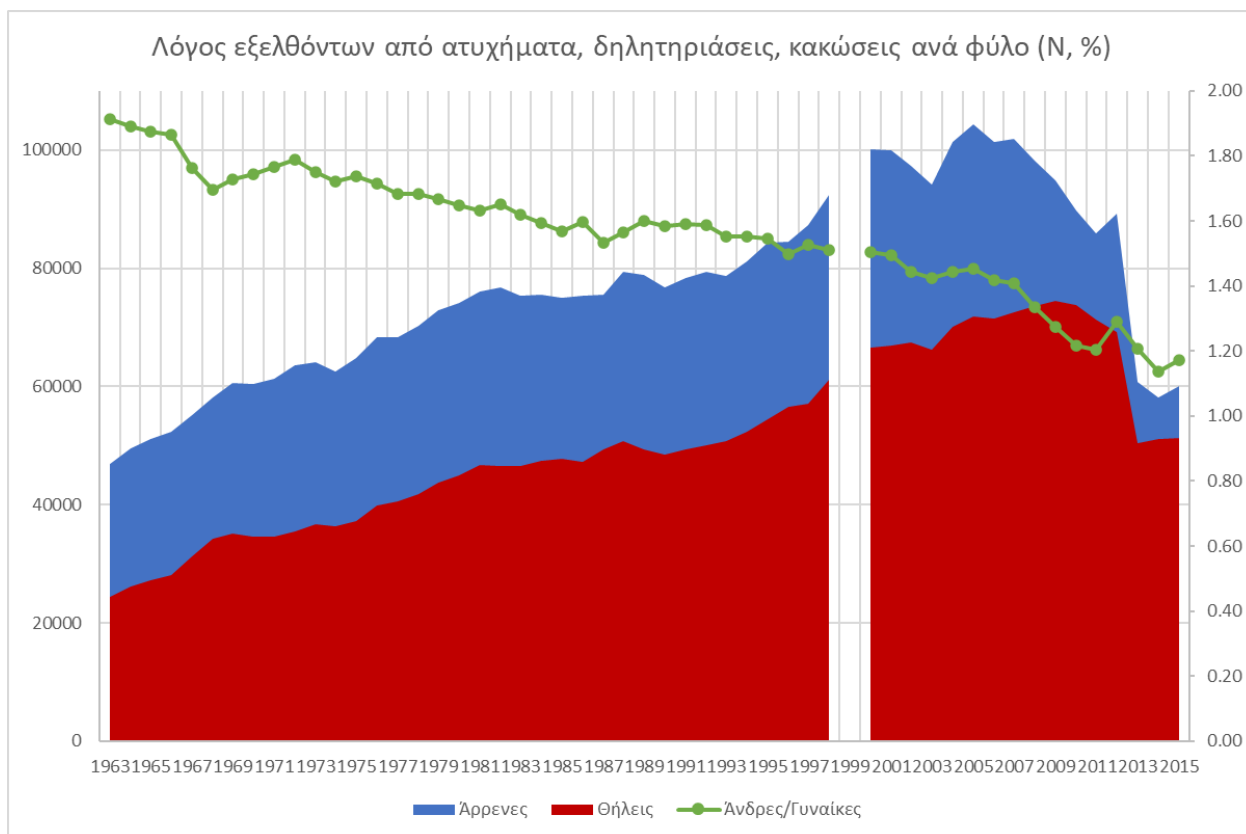
το σύνολο των εξελθόντων από όλα τα νοσήματα αυξάνεται καθ' όλη την περίοδο μελέτης, ενώ, υπάρχει μικρή αύξηση των εξελθόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις, με αποτέλεσμα το ποσοστό των εξελθόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών να ξεκινά από 10,22% το 1962 και μετά το 1990 να μειώνεται κάτω του 10%. Από το 2002 και έπειτα το ποσοστό αυτό παραμένει κάτω του 9%, καταλήγοντας στο 7,5% το 2015.



Γράφημα 2. Εξελθόντες ασθενείς ανά φύλο από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις σε καθαρούς αριθμούς και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών ανά φύλο στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο συγκριτικό Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται οι εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις, ανά φύλο, σε καθαρούς αριθμούς (N) και επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών (%) στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015. Παρατηρούμε ότι καθ' όλη την περίοδο μελέτης, οι άνδρες εξελθόντες ξεπερνούν σημαντικά τις γυναίκες

σε καθαρούς αριθμούς κατά 20.000-30.000 άτομα, ενώ μετά το 2010 η διαφορά μειώνεται σε κάτω από 20.000 άτομα. Επί του συνόλου των ανδρών εξελθόντων από όλα τα νοσήματα, το ποσοστό των εξελθόντων ανδρών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ξεκινά από 14,83% το 1962 και μετά το 1990 να μειώνεται κάτω του 12%. Από το 2003 και έπειτα το ποσοστό αυτό παραμένει κάτω του 10%, καταλήγοντας στο 8,12% το 2015. Αντίστοιχα, το ποσοστό των εξελθόντων γυναικών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ξεκινά από 6,7% το 1962, παραμένει άνω του 7% για την περίοδο 1973-2002 και στη συνέχεια μειώνεται, καταλήγοντας στο 6,89% το 2015. Επομένως, ενώ οι άνδρες εξέλθοντες από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις μειώνονται σε όλη την περίοδο μελέτης, οι γυναίκες παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση την περίοδο 1973-2002 και στη συνέχεια επανέρχονται σε παρόμοια ποσοστά με αυτά του 1963.



Γράφημα 3. Λόγος ανδρών/ γυναικών εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Οι παραπάνω διαφορές ανά φύλο, διαφαίνονται καθαρότερα στο Διάγραμμα 3, όπου υπολογίζεται και παρουσιάζεται ο λόγος ανδρών προς τις γυναίκες εξέλθοντες από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1963-2015. Οι εξέλθοντες άνδρες σε καθαρούς αριθμούς ξεπερνούν τις γυναίκες καθ' όλη την περίοδο μελέτης. Συγκεκριμένα, για κάθε μία εξελθούσα γυναίκα ασθενή από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις παρατηρούνται 1,91 (περίπου 2) εξέλθοντες άνδρες το 1963, λόγος ο οποίος μειώνεται σε 1,65 το 1980, σε 1,50 το 1996 και καταλήγει στο 1,17 το 2015. Επομένως, παρατηρούμε ότι ο λόγος ανδρών/ γυναικών εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις, παραμένει άνω της μονάδας την περίοδο 1963-2015, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι άνδρες εξέλθοντες είναι πάντα περισσότεροι από τις γυναίκες ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα οι καθαροί αριθμοί εξελθόντων ανά φύλο τείνουν προς τη σύγκλιση μετά το 2000.

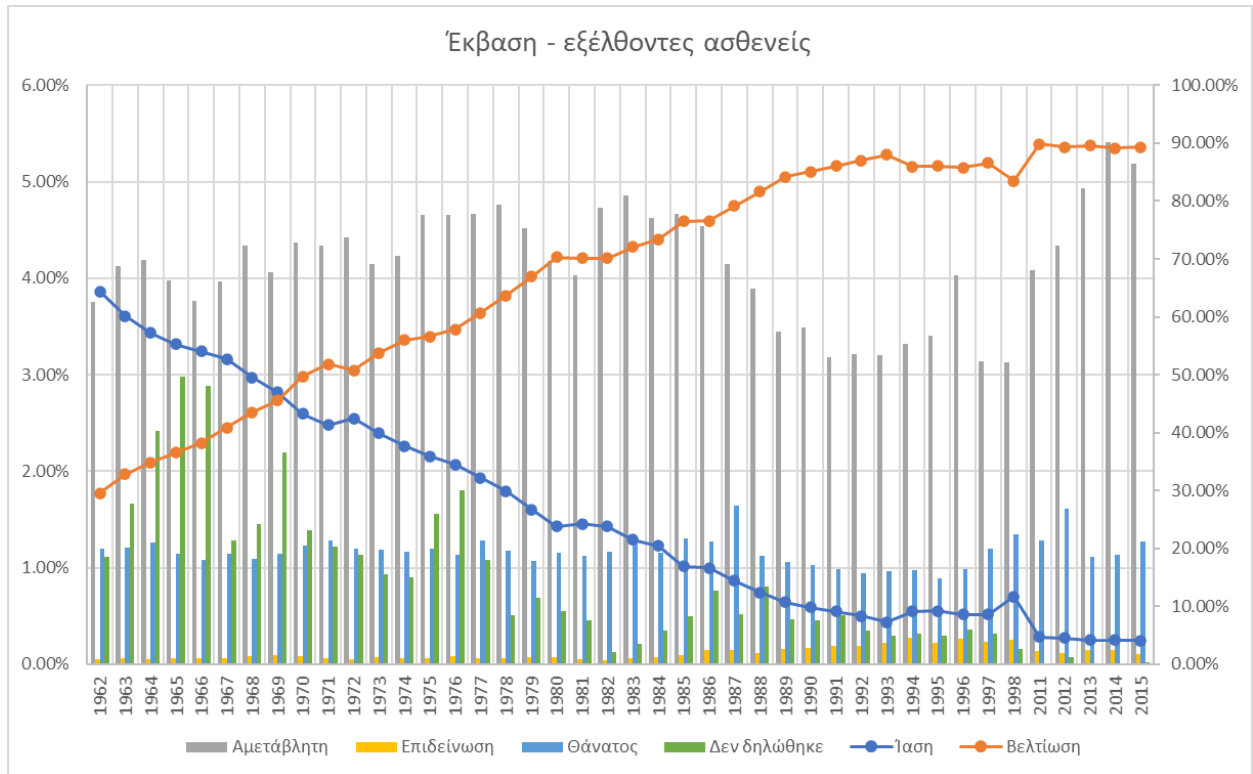
Συγκεντρωτικά τα στοιχεία των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στο σύνολο, ανά φύλο και ως ποσοστό επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών από όλα τα νοσήματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Όπως φαίνεται στα ευρήματα οι άντρες παρουσιάζονται περισσότερο επιρρεπείς σε ότι αφορά τους τραυματισμούς, τις κακώσεις και τις δηλητηριάσεις. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι συνήθως οι άντρες εκτίθενται και ιδιαίτερα τα παλαιότερα χρόνια σε περισσότερους παράγοντες κινδύνου σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Πίνακας 2 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στο σύνολο και ανά φύλο σε καθαρούς αριθμούς και ποσοστό επί του συνόλου των εξελθόντων στην Ελλάδα, την περίοδο 1962-2015

ΕΤΗ	Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων					
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	% του συνόλου των εξελθόντων	% του συνόλου εξελθόντων ανδρών	% του συνόλου εξελθουσών γυναικών
1958	-	-	-	-	-	-
1959	-	-	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-
1961	-	-	-	-	-	-
1962	67260	-	-	10.22%	-	-
1963	71277	46814	24463	10.46%	14.83%	6.70%
1964	75697	49511	26186	10.43%	14.88%	6.67%
1965	78391	51134	27257	10.24%	14.51%	6.60%
1966	80343	52312	28031	10.11%	14.55%	6.45%
1967	86300	55075	31225	10.20%	14.40%	6.73%
1968	92461	58157	34304	10.36%	14.39%	7.02%
1969	95565	60541	35024	10.50%	14.58%	7.07%
1970	95126	60467	34659	10.31%	14.26%	6.96%
1971	95887	61237	34650	10.10%	13.97%	6.78%
1972	99064	63534	35530	10.22%	14.08%	6.85%
1973	100823	64176	36647	10.38%	14.19%	7.06%
1974	98767	62480	36287	10.29%	14.07%	7.04%
1975	102113	64813	37300	10.45%	14.14%	7.19%
1976	108130	68322	39808	10.47%	14.16%	7.24%
1977	108780	68258	40522	10.50%	14.03%	7.37%
1978	112134	70330	41804	10.55%	14.11%	7.40%
1979	116512	72813	43699	10.61%	14.07%	7.52%
1980	119003	74054	44949	10.49%	13.90%	7.47%
1981	122620	76005	46615	10.71%	14.00%	7.75%
1982	123300	76798	46502	10.62%	13.96%	7.61%
1983	121910	75370	46540	10.38%	13.36%	7.63%
1984	122833	75456	47377	10.34%	13.20%	7.69%
1985	122733	74952	47781	10.38%	12.94%	7.92%
1986	122502	75345	47157	10.19%	12.81%	7.69%
1987	124940	75596	49344	10.37%	12.65%	8.13%
1988	130224	79463	50761	10.51%	12.91%	8.14%
1989	128243	78946	49297	10.10%	12.44%	7.77%

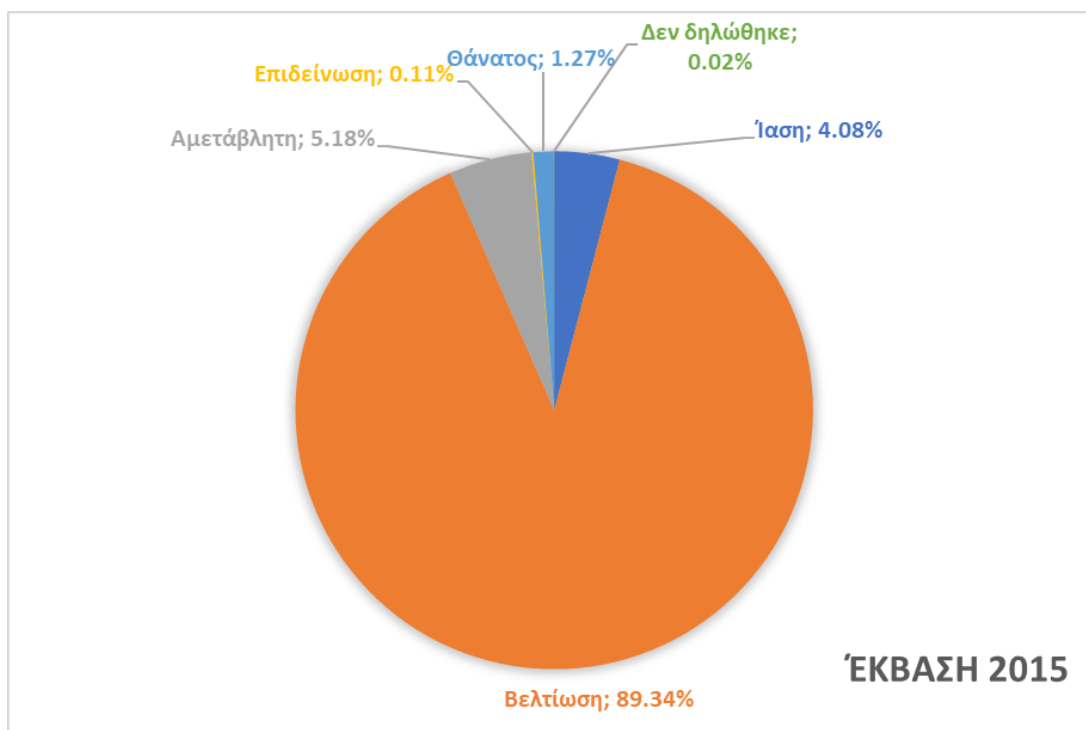
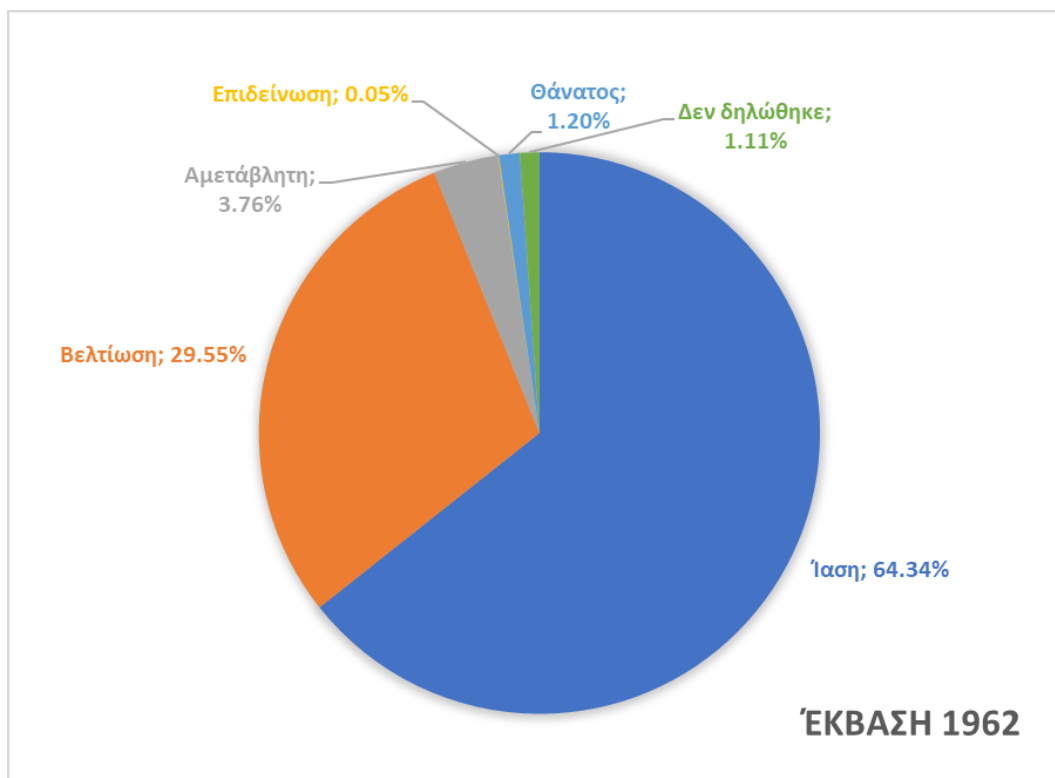
1990	125164	76707	48457	9.78%	11.97%	7.58%
1991	127598	78336	49262	9.47%	11.52%	7.38%
1992	129432	79423	50009	9.17%	11.13%	7.17%
1993	129389	78708	50681	8.98%	10.87%	7.07%
1994	133517	81174	52343	9.43%	11.45%	7.40%
1995	138768	84272	54496	9.27%	11.12%	7.37%
1996	141002	84543	56459	9.35%	11.11%	7.55%
1997	144378	87261	57117	9.30%	11.13%	7.43%
1998	153630	92467	61163	9.48%	11.21%	7.68%
1999	155204	-	-	9.25%	-	-
2000	166813	100180	66633	9.50%	11.34%	7.64%
2001	166839	99947	66892	9.25%	11.04%	7.45%
2002	164713	97270	67443	8.76%	10.34%	7.18%
2003	160397	94212	66185	8.27%	9.70%	6.83%
2004	171458	101319	70139	8.42%	9.93%	6.91%
2005	176022	104255	71767	8.44%	9.98%	6.89%
2006	172966	101415	71551	8.14%	9.64%	6.68%
2007	174431	101958	72473	8.00%	9.39%	6.62%
2008	171810	98261	73549	7.74%	8.98%	6.53%
2009	169420	94935	74485	7.39%	8.39%	6.42%
2010	163550	89737	73813	7.37%	8.26%	6.52%
2011	157117	85847	71270	7.14%	7.87%	6.43%
2012	158524	89274	69250	7.31%	8.30%	6.33%
2013	111164	60768	50396	6.96%	7.68%	6.26%
2014	109358	58212	51146	7.20%	7.76%	6.66%
2015	111354	60070	51284	7.50%	8.12%	6.89%
2016	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-
2019	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-

(πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 4. Έκβαση εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται τα ποσοστά των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις ανά έκβαση, στην Ελλάδα την περίοδο 1962-2015. Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (άνω του 80%) σε όλη την περίοδο μελέτης εξέρχεται είτε με βελτίωση ή με ίαση. Πριν το 1968 επικρατούσαν οι ασθενείς με ίαση και ακολουθούσαν οι ασθενείς με βελτίωση, ενώ μετά την περίοδο 1968-1970, η αναλογία αυτή αντιστράφηκε και οι καταγραφές της βελτίωσης αυξάνονται συνεχώς από 49,71% το 1970 σε 89,34% το 2015. Αντίθετα, οι καταγραφές της ίασης μειώνονται έντονα, από 43,23% 1970 σε 4,08% το 2015. Τα ποσοστά των ασθενών με αμετάβλητη ή μη δηλωθείσα κατάσταση, επιδείνωση και θάνατο παραμένουν χαμηλά και σχετικά σταθερά καθ' όλη την περίοδο μελέτης. Στο συγκριτικό Διάγραμμα 5, φαίνεται ότι το 1962 το ποσοστό των ασθενών με ίαση έφτανε το 64,34% ενώ το 2015 το 4,08%. Αντίθετα, το ποσοστό των ασθενών με βελτίωση αυξήθηκε από 29,55% το 1962 σε 89,34% το 2015. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία για τους εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα κατά φύλο και έκβαση νοσηλείας την περίοδο 1958-2020. Όπως διαφαίνεται στα δεδομένα το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (άνω του 80%) σε όλη την περίοδο μελέτης εξέρχεται είτε με βελτίωση ή με ίαση. Ειδικότερα παρατηρείται μεγαλύτερος αριθμός αντρών να προσέρχονται με νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στην Ελλάδα.



Γράφημα 5. Συγκριτικό διάγραμμα των κατανομών της έκβασης τα έτη 1962 και 2015(πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Πίνακας 3 Εξεληθόντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στην Ελλάδα κατά φύλο και έκβαση νοσηλείας από 1958-2020 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

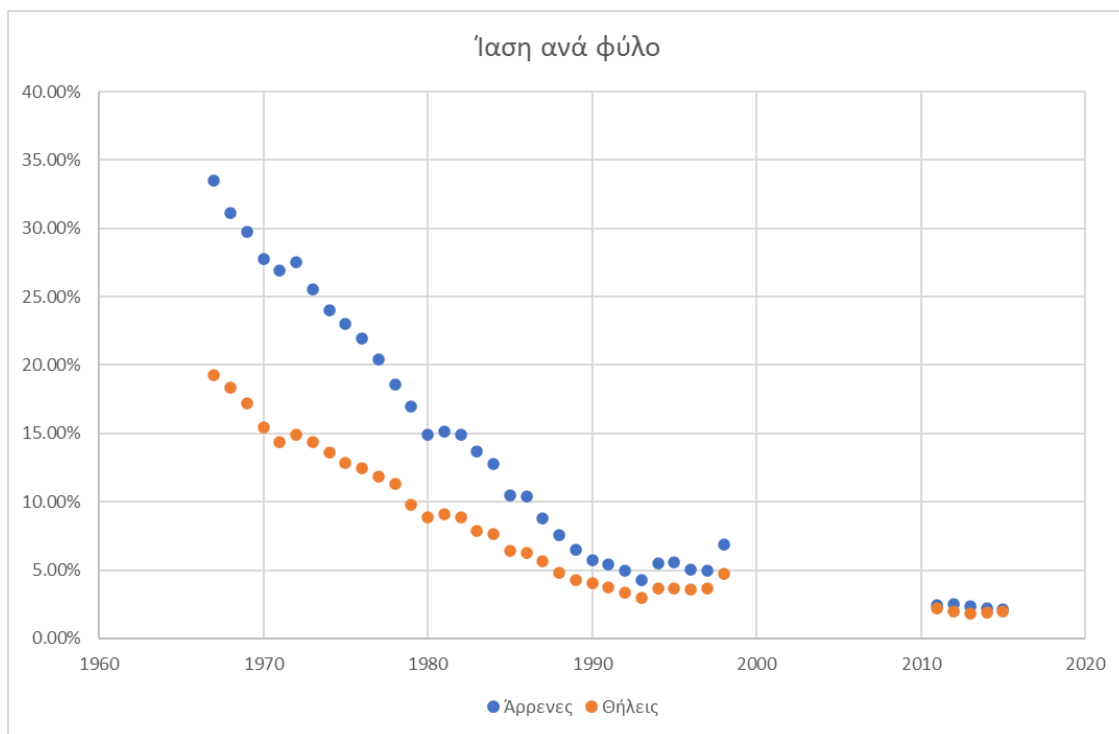
ΕΤΗ	Εξεληθόντες ασθενείς κατά Έκβαση νοσηλείας - Result of treatment																	
	Ίαση			Βελτίωση			Αμετάβλητη			Επιδείνωση			Θάνατος			Δεν δηλώθηκε		
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	43274	-	-	19872	-	-	2527	-	-	31	-	-	807	-	-	749	-	-
1963	42860	-	-	23394	-	-	2939	-	-	41	-	-	859	-	-	1184	-	-
1964	43334	-	-	26374	-	-	3168	-	-	41	-	-	954	-	-	1826	-	-
1965	43359	-	-	28634	-	-	3119	-	-	48	-	-	898	-	-	2333	-	-
1966	43413	-	-	30672	-	-	3023	-	-	49	-	-	869	-	-	2317	-	-
1967	45501	28881	16620	35239	22663	12576	3421	2169	1252	49	26	23	987	607	380	1103	729	374
1968	45753	28774	16979	40256	25454	14802	4013	2490	1523	80	53	27	1012	562	450	1347	824	523
1969	44888	28465	16423	43511	27659	15852	3883	2413	1470	90	57	33	1093	654	439	2100	1293	807
1970	41122	26435	14687	47284	29845	17439	4155	2631	1524	76	44	32	1171	680	491	1318	832	486
1971	39610	25799	13811	49663	31255	18408	4158	2588	1570	57	37	20	1233	725	508	1166	833	333
1972	42089	27297	14792	50250	31996	18254	4376	2832	1544	49	34	15	1181	679	502	1119	696	423
1973	40257	25787	14470	54181	34460	19721	4179	2610	1569	69	41	28	1193	658	535	944	620	324
1974	37197	23740	13457	55288	34937	20351	4178	2569	1609	65	43	22	1147	660	487	892	531	361

1975	36677	23537	13140	57793	36477	21316	4756	3024	1732	65	43	22	1226	709	517	1596	1023	573
1976	37273	23768	13505	62563	39252	23311	5029	3246	1783	87	52	35	1228	668	560	1950	1336	614
1977	35047	22175	12872	66018	41295	24723	5076	3211	1865	72	42	30	1396	762	634	1171	773	398
1978	33483	20831	12652	71354	45041	26313	5335	3368	1967	74	52	22	1324	724	600	564	314	250
1979	31147	19764	11383	77970	48464	29506	5263	3334	1929	84	53	31	1244	698	546	804	500	304
1980	28313	17774	10539	83686	51975	31711	4973	3166	1807	92	61	31	1378	681	697	651	397	254
1981	29714	18525	11189	85961	53357	32604	4942	3014	1928	59	36	23	1381	730	651	563	343	220
1982	29375	18402	10973	86455	53793	32662	5826	3704	2122	52	31	21	1436	781	655	156	87	69
1983	26255	16695	9560	87875	53830	34045	5920	3830	2090	70	40	30	1535	830	705	255	145	110
1984	25057	15647	9410	90155	55231	34924	5676	3492	2184	92	58	34	1423	758	665	430	270	160
1985	20759	12878	7881	93922	57246	36676	5732	3573	2159	109	74	35	1603	831	772	608	350	258
1986	20428	12756	7672	93840	57649	36191	5562	3487	2075	179	122	57	1560	809	751	933	522	411
1987	18048	11010	7038	98830	59878	38952	5176	3204	1972	184	122	62	2050	1012	1038	652	370	282
1988	16161	9859	6302	106332	65017	41315	5067	3097	1970	152	101	51	1460	768	692	1052	621	431
1989	13740	8282	5458	107923	66749	41174	4424	2729	1695	204	128	76	1353	738	615	599	320	279
1990	12282	7200	5082	106454	65662	40792	4366	2683	1683	208	139	69	1291	679	612	563	344	219
1991	11629	6896	4733	109763	67696	42067	4057	2528	1529	241	146	95	1255	685	570	653	385	268
1992	10763	6450	4313	112593	69250	43343	4156	2595	1561	240	163	77	1226	689	537	454	276	178
1993	9426	5552	3874	113900	69555	44345	4143	2471	1672	291	190	101	1251	709	542	378	231	147
1994	12199	7308	4891	114808	70059	44749	4426	2571	1855	360	212	148	1300	753	547	424	271	153
1995	12729	7690	5039	119353	72721	46632	4721	2728	1993	310	189	121	1238	687	551	417	257	160
1996	12139	7096	5043	120912	72752	48160	5681	3392	2289	369	237	132	1388	776	612	513	290	223
1997	12366	7129	5237	124956	75766	49190	4531	2860	1671	337	217	120	1736	1024	712	452	265	187
1998	17912	10612	7300	128218	77231	50987	4800	3047	1753	395	235	160	2068	1189	879	237	153	84
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

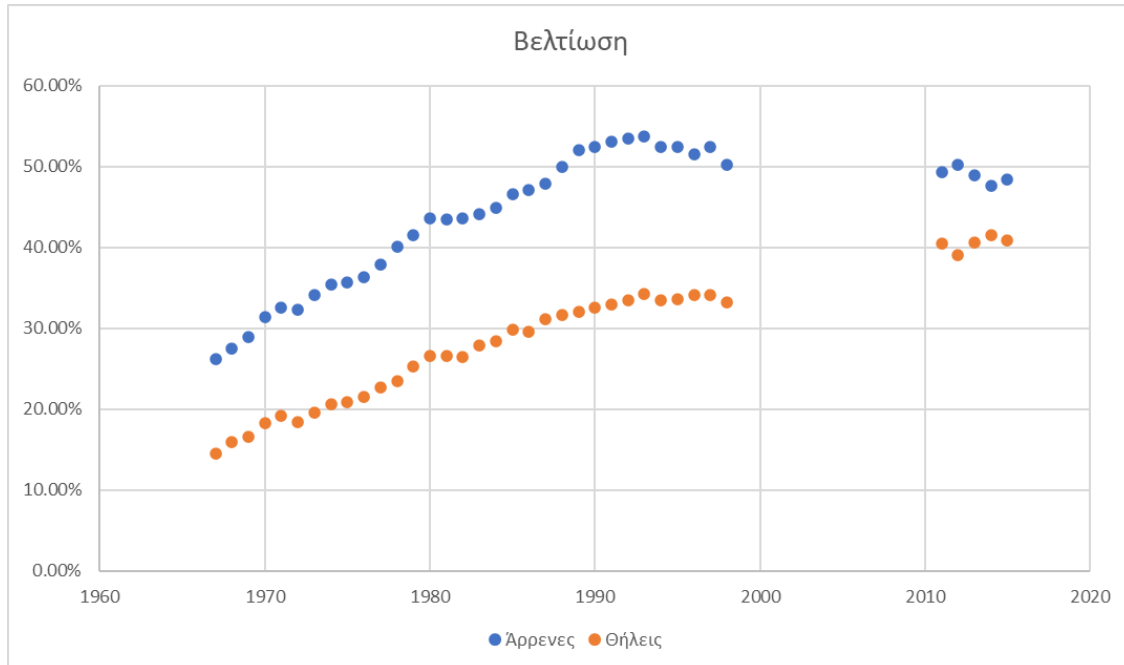
2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2011	7373	3857	3516	141109	77427	63682	6411	3331	3080	216	160	56	2008	1072	936	0	0	0
2012	7201	4041	3160	141587	79702	61885	6879	3882	2997	176	88	88	2561	1465	1096	120	96	24
2013	4667	2607	2060	99603	54464	45139	5477	2901	2576	166	111	55	1242	677	565	9	8	1
2014	4520	2410	2110	97516	52100	45416	5921	2942	2979	156	87	69	1236	666	570	9	7	2
2015	4546	2379	2167	99484	53954	45530	5773	2893	2880	118	60	58	1411	770	641	22	14	8
2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Στα Διαγράμματα 6 έως 11 παρουσιάζονται τα ποσοστά των κατηγοριών έκβασης των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ανά έκβαση, ανά φύλο υπολογισμένα επί του συνόλου των εξελθόντων ασθενών ανά φύλο, στην Ελλάδα για την περίοδο 1967-2015, όπου και υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα. Όσον αφορά την ίαση (Διάγραμμα 6) παρατηρείται ότι τα ποσοστά ίασης των ανδρών είναι υψηλότερα από αυτά των γυναικών, κατά μέσο όρο 5,5%, καθ' όλη την περίοδο μελέτης. Σχετικά με τη βελτίωση (Διάγραμμα 7) παρατηρείται ότι τα ποσοστά βελτίωσης των ανδρών είναι υψηλότερα από αυτά των γυναικών, με μέση διαφορά 15,36%, για την περίοδο μελέτης. Η μείωση των ποσοστών ίασης και η αύξηση των ποσοστών βελτίωσης που αναφέρθηκαν παραπάνω, επιβεβαιώνονται και για τα δύο φύλα με σχεδόν γραμμική σχέση, τόσο για του άνδρες, όσο και για τις γυναίκες ασθενείς ως και το 1990, ενώ για την μετέπειτα περίοδο τα ποσοστά παραμένουν σχετικά σταθερά. Επίσης παρατηρείται ότι τα ποσοστά ίασης την περίοδο 2011- 2015 συγκλίνουν για τα δύο φύλα, ενώ όσον αφορά τη βελτίωση παραμένει μια διαφορά περί το 8% την ίδια περίοδο με υψηλότερα ποσοστά βελτίωσης να αναφέρονται για του άνδρες ασθενείς.

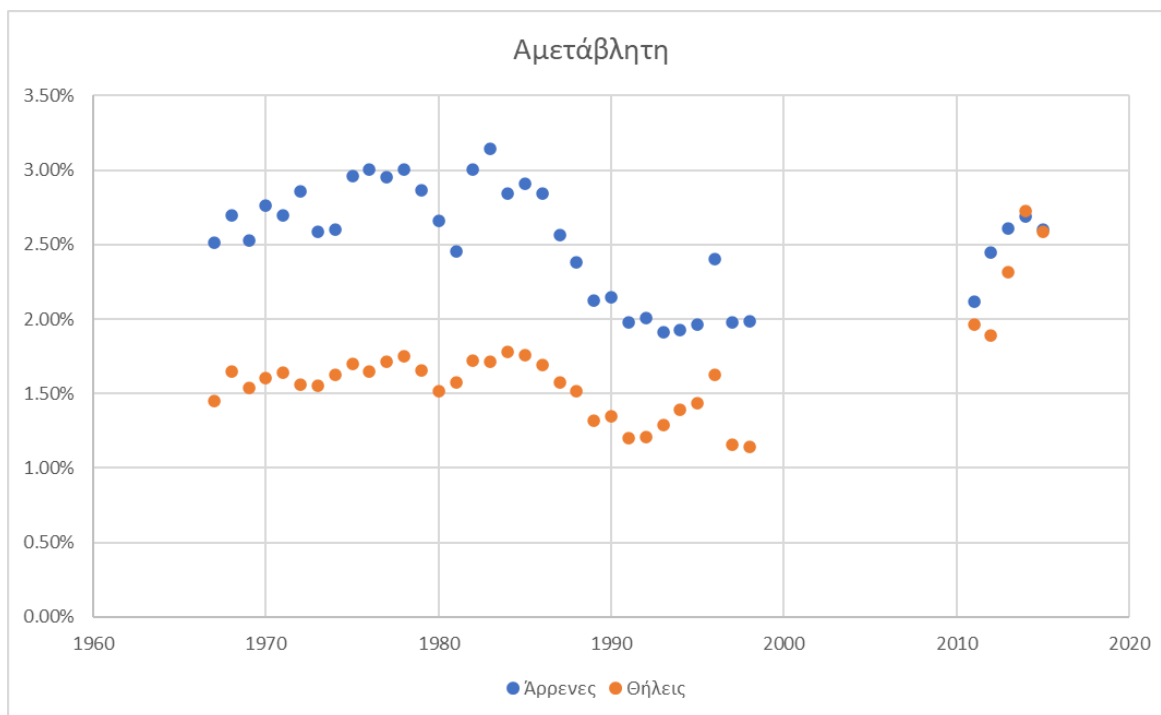
Τα ποσοστά της αμετάβλητης κατάστασης ανά φύλο (Διάγραμμα 8) παραμένουν κάτω του 3,5% για τους άνδρες και του 2% για τις γυναίκες, ως και το 1998, ενώ την περίοδο 2011-2015 τα ποσοστά των δύο φύλων συγκλίνουν και μεταβάλλονται στο εύρος μεταξύ 2%-3%. Η μέση διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την περίοδο μελέτης, όσον αφορά την αμετάβλητη κατάσταση είναι 0,90% με τους άνδρες να υπερτερούν έναντι των γυναικών. Τα ποσοστά της επιδείνωσης ανά φύλο (Διάγραμμα 9) παραμένουν σταθερά κάτω του 0.10% ως και το 1990, ενώ στη συνέχεια αυξάνονται, φθάνοντας το 0,16% για τους άνδρες και το 0,12% για τις γυναίκες ασθενείς, το 1998. Μετά το 2011 τα ποσοστά επιδείνωσης είναι παρόμοια και για τα δύο φύλα και μικρότερα του 0,10%. Η μέση διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την περίοδο μελέτης όσον αφορά την επιδείνωση είναι 0,03% με τους άνδρες να υπερτερούν ελάχιστα έναντι των γυναικών. Στο Διάγραμμα 10 παρουσιάζονται τα ποσοστά θανάτων ανά φύλο των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις. Η μέση διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την περίοδο μελέτης όσον αφορά τους θανάτους είναι 0,12% με τους άνδρες να υπερτερούν ελάχιστα έναντι των γυναικών. Η διαφορά αυτή είναι σχετικά σταθερή χρονικά. Τέλος, η μέση διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για την περίοδο μελέτης όσον αφορά τη μη δηλωμένη έκβαση (Διάγραμμα 11) είναι 0,16% με τους άνδρες να υπερτερούν ελάχιστα έναντι των γυναικών, ενώ οι μη δηλωθείσες περιπτώσεις έκβασης μειώνονται με το χρόνο.



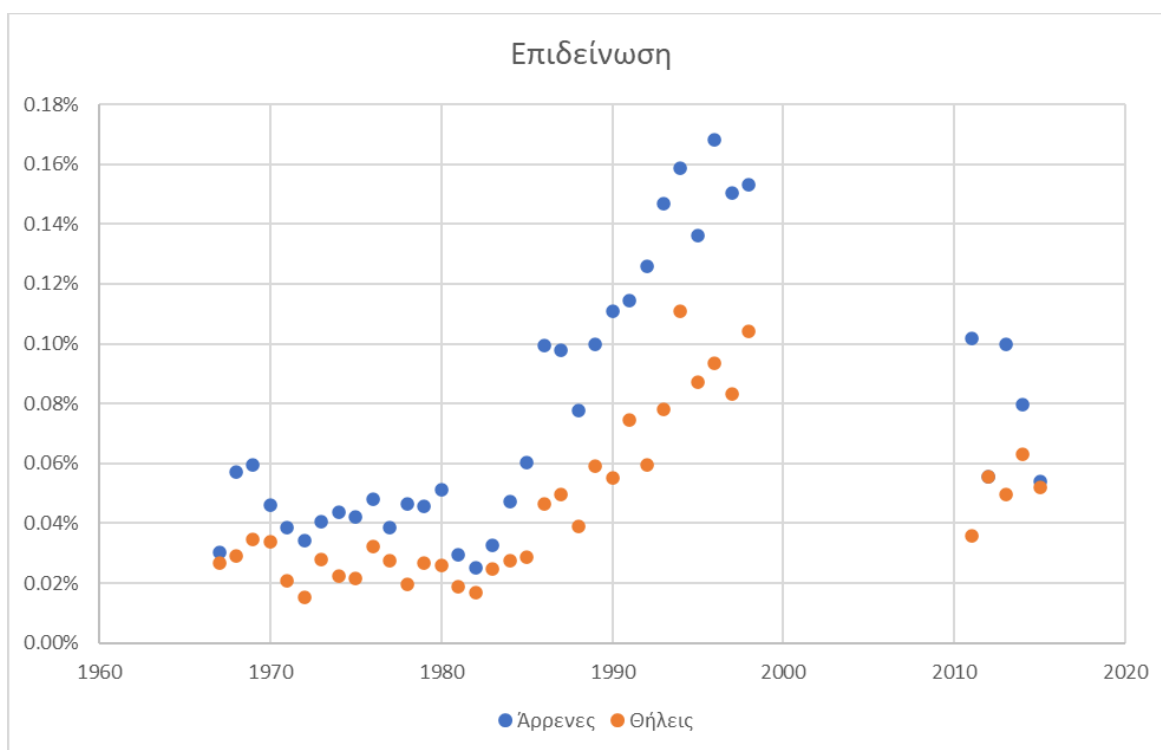
Γράφημα 6. Ποσοστά ίασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



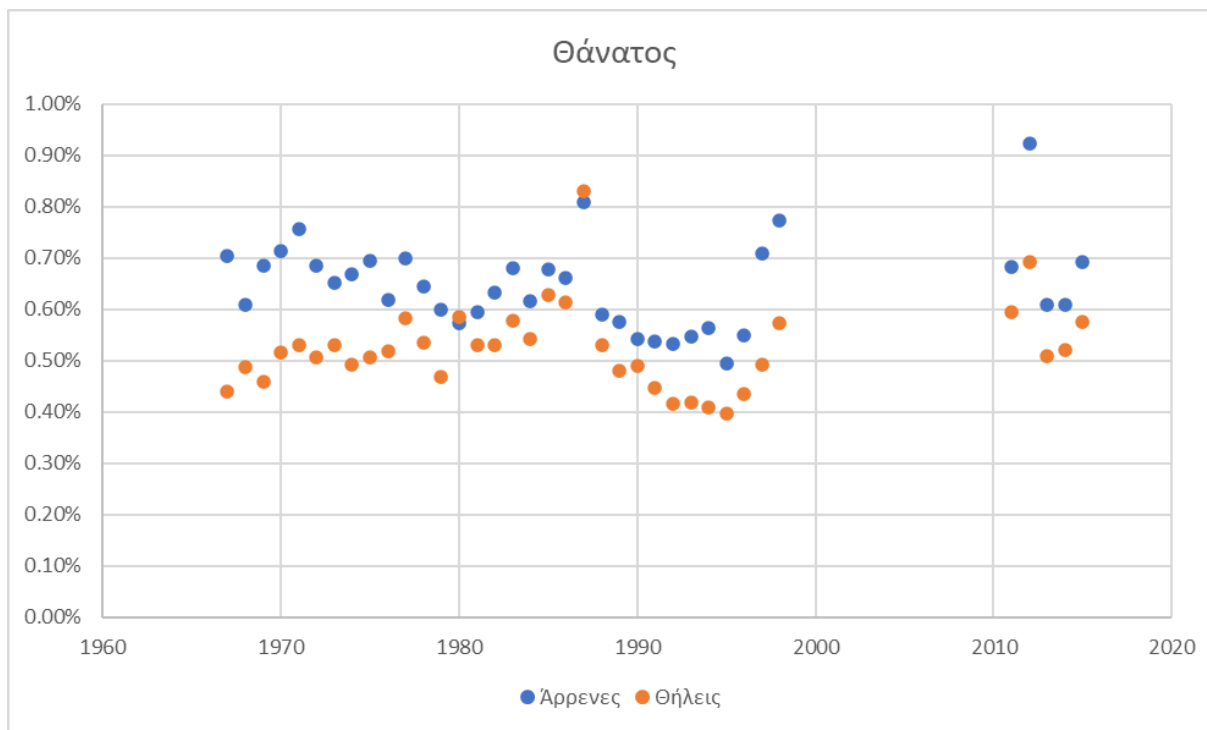
Γράφημα 7. Ποσοστά βελτίωσης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



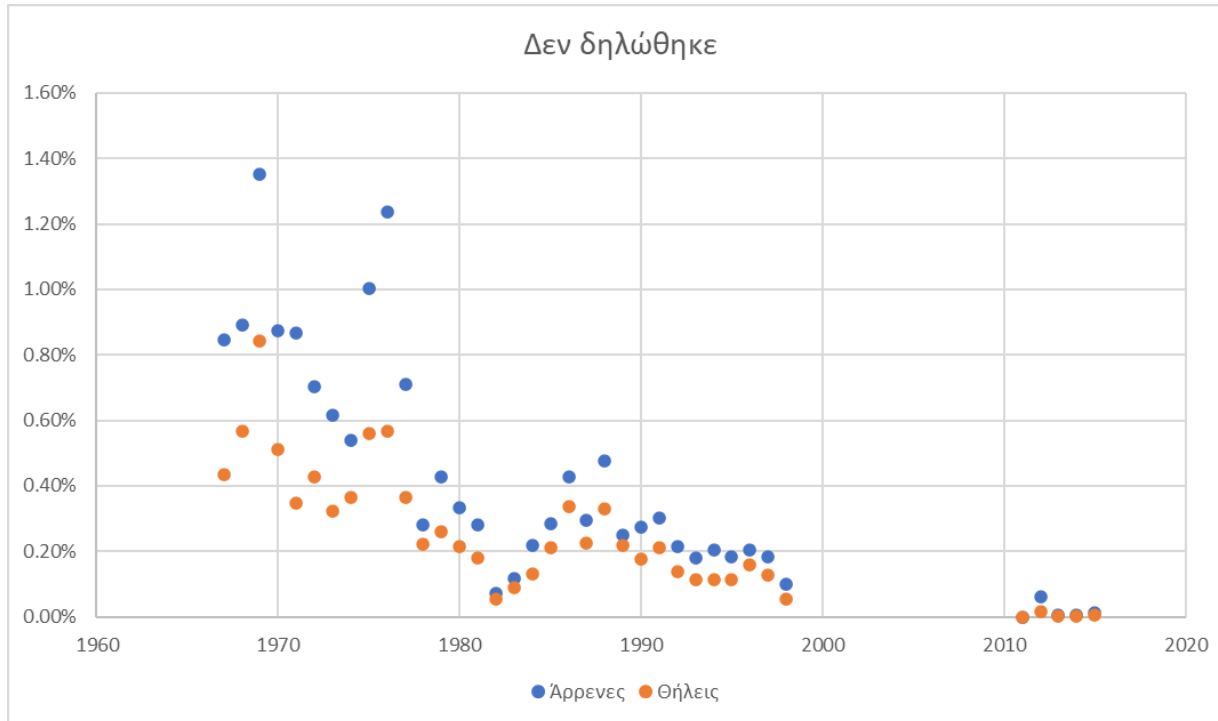
Γράφημα 8. Ποσοστά αμετάβλητης κατάστασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 9. Ποσοστά επιδείνωσης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

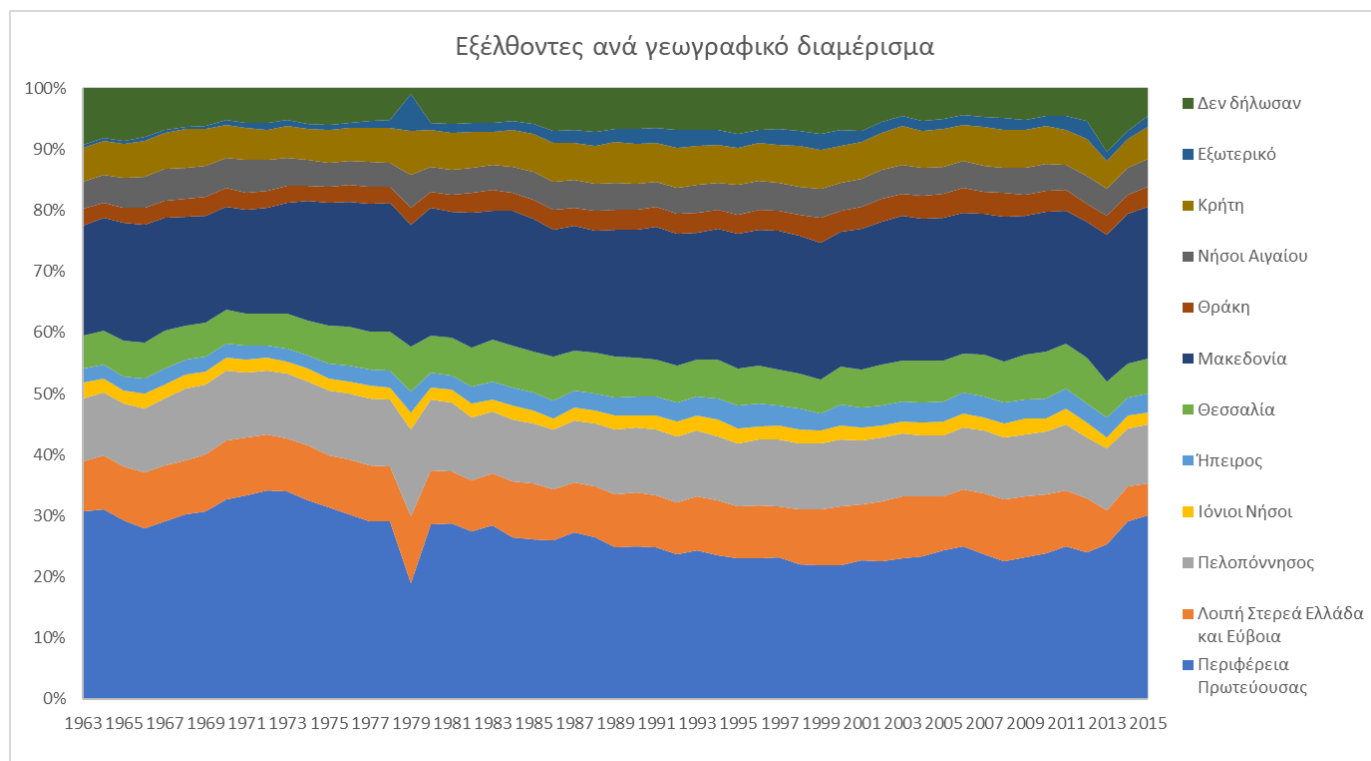


Γράφημα 10. Ποσοστά θανάτων επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

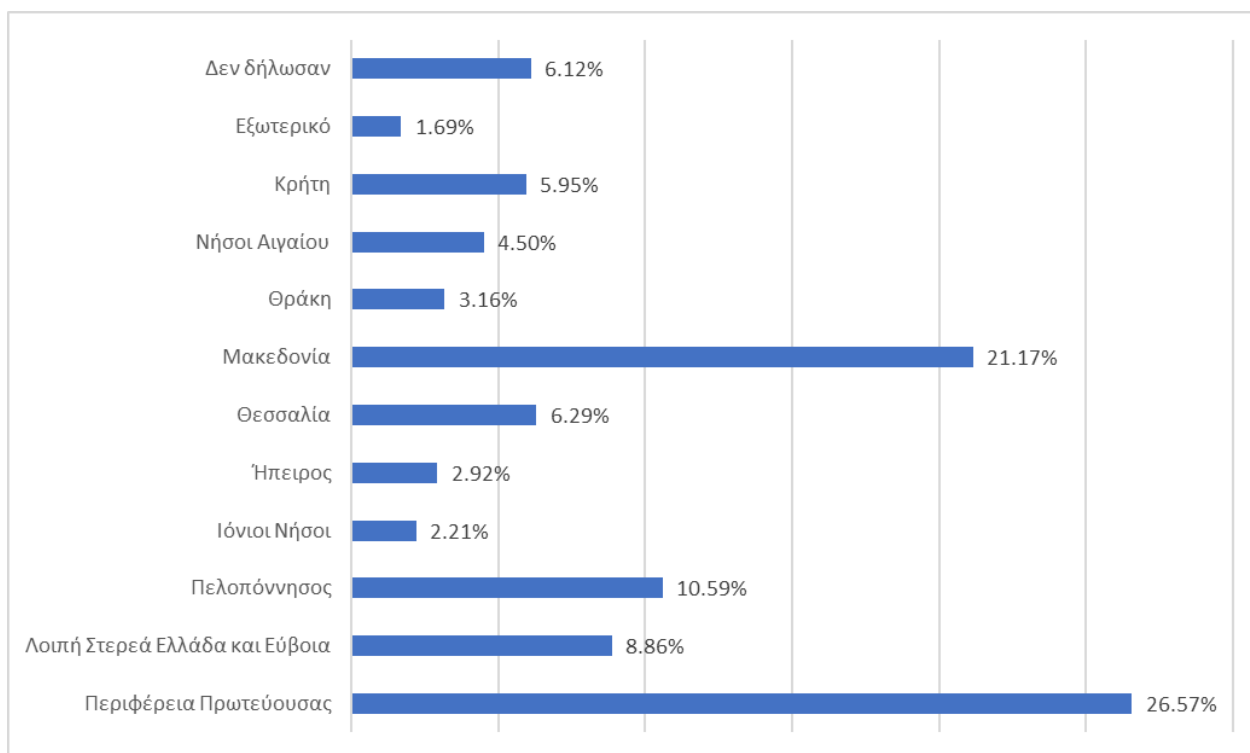


Γράφημα 11. Ποσοστά μη δηλωμένης κατάστασης επί του συνόλου των εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1967-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

Το Διάγραμμα 12 παρουσιάζει την κατανομή των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Παρατηρείται ότι το 19-34% των εξελθόντων ασθενών προέρχονται από το γεωγραφικό διαμέρισμα της Περιφέρειας Πρωτεύουσας (Αττική), ενώ υψηλά ποσοστά (17-25%) καταλαμβάνει και το γεωγραφικό διαμέρισμα της Μακεδονίας. Ακολουθούν οι περιοχές της Πελοποννήσου (9,5-14%) και της λοιπής Στερεάς Ελλάδας και Εύβοιας (5-11%). Συγκεκριμένα, κατά μέσο όρο, στην Περιφέρεια της Πρωτεύουσας καταγράφεται το 26,57% των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις, στη Μακεδονία το 21,17%, στην Πελοπόννησο το 10,59%, στη λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια το 8,86%, στη Θεσσαλία το 6,29%, στην Κρήτη το 5,95%, στα νησιά του Αιγαίου το 4,5% στη Θράκη το 3,16%, στην Ήπειρο το 2,92% και στα Ιόνια νησιά το 2,21% (Διάγραμμα 13). Αναλυτικά τα στοιχεία των εξελθόντων ασθενών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2020 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Όπως είναι φυσικό λόγω της αστικοποίησης στην Περιφέρεια Πρωτεύουσας ο μεγαλύτερος αριθμός εξελθόντων παρουσιάζεται σε αυτό το γεωγραφικό διαμέρισμα.



Γράφημα 12 Αθροιστικό διάγραμμα περιοχής για την κατανομή των εξελθόντων ασθενών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 13 Μέση τιμή των ποσοστών κατανομής των εξελθόντων ασθενών από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

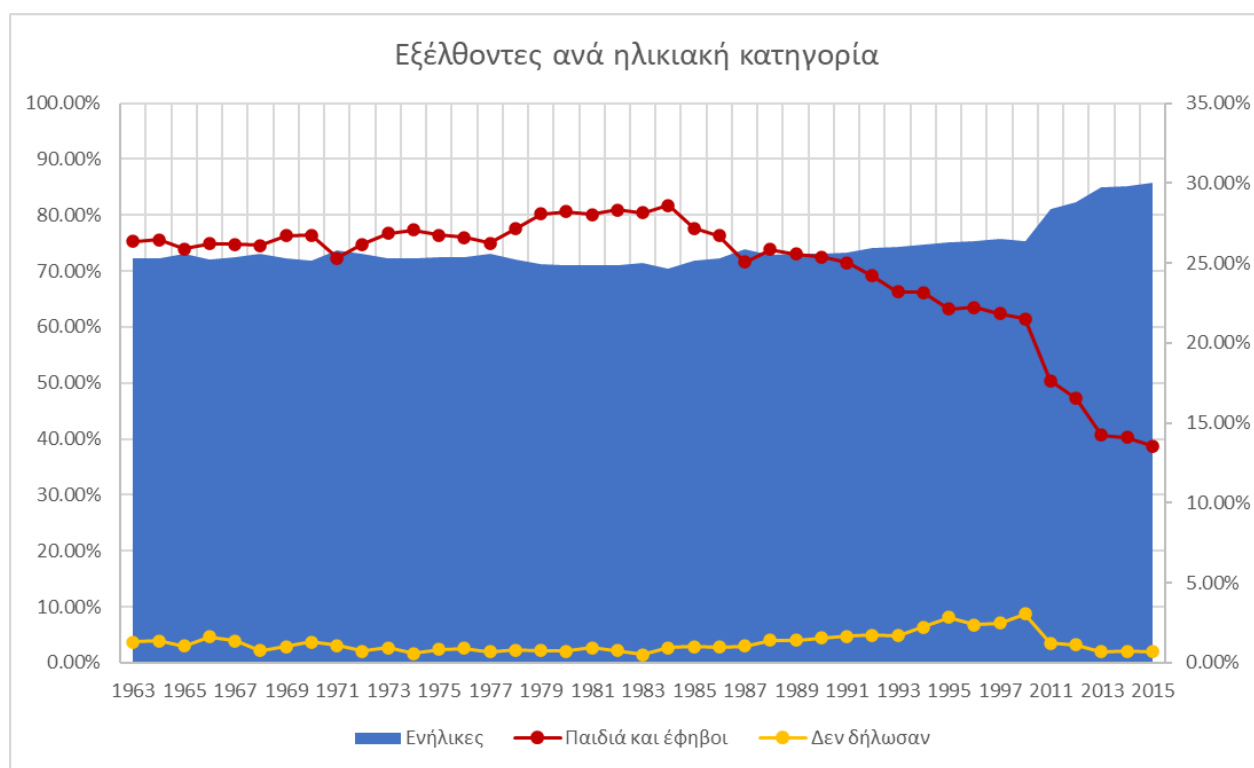
Πίνακας 4 Εξελθόντες ασθενείς με νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων στην Ελλάδα κατά γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής από 1958-2020 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΗ	Γενικό σύνολο	Γεωγραφικό διαμέρισμα										Εξωτερικό	Δεν δήλωσαν
		Περιφέρεια Πρωτεύουσας	Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	Πελοπόννησος	Ιόνιοι Νήσοι	Ήπειρος	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νήσοι Αιγαίου	Κρήτη		
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	67260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1963	71277	21822	5882	7300	1855	1683	3853	12848	1919	3192	3930	386	6557
1964	75697	23462	6698	7757	1840	1709	4231	13942	1868	3469	4207	352	6162
1965	78391	22942	6919	8030	1719	1771	4638	15100	1954	3771	4453	390	6704
1966	80343	22386	7418	8427	1926	1923	4800	15550	2233	4025	4751	476	6428
1967	86300	25134	7827	9434	2037	2249	5367	15954	2397	4566	4978	445	5912
1968	92461	27900	8271	10812	2158	2196	5130	16470	2792	4642	5908	406	5776
1969	95565	29336	8877	10926	2094	2290	5289	16752	2947	4989	5701	512	5852
1970	95126	31096	9171	10830	2053	2173	5386	16029	2846	4708	5201	638	4995
1971	95887	31948	9062	10216	2094	2161	5039	16338	2656	5083	5049	790	5451
1972	99064	33825	9064	10400	2021	2013	5232	17100	2781	4962	4956	1086	5624
1973	100823	34276	8711	10686	1937	2232	5710	18416	2676	4698	5191	992	5298
1974	98767	32071	8960	10364	1951	2247	5625	19369	2470	4155	4977	757	5821
1975	102113	31935	8761	10818	2096	2495	6243	20549	2761	3966	5528	903	6058
1976	108130	32660	9698	11778	2115	2722	6903	22083	3018	4373	5712	984	6084
1977	108780	31650	9868	12057	2260	2802	6810	22803	2967	4442	6066	1213	5842

1978	112134	32592	10113	12267	2268	3001	7214	23613	3047	4416	6346	1423	5834
1979	116512	21960	12838	16594	3241	3996	8657	23203	3291	6311	8210	7170	1041
1980	119003	34065	10365	13903	2327	2968	7123	25030	3124	4726	7217	1472	6683
1981	122620	35176	10545	13715	2606	2963	7616	25262	3397	4935	7499	1703	7203
1982	123300	33834	10300	12686	2768	3410	7869	27367	3931	5031	7233	1824	7047
1983	121910	34625	10405	12290	2515	3495	8325	25785	4215	4940	6625	1760	6930
1984	122833	32536	11222	12419	2728	3704	8362	27292	3589	5272	7299	1779	6631
1985	122733	32144	11110	12052	2649	3563	8283	26680	3799	5587	7642	1973	7251
1986	122502	31727	10322	11914	2340	3587	8718	25607	3956	5573	7898	2283	8577
1987	124940	34082	10172	12702	2570	3558	8100	25538	3800	5608	7636	2600	8574
1988	130224	34465	10827	13381	2846	3621	8666	26090	4266	5626	8257	2833	9346
1989	128243	31763	11228	13568	2928	3881	8563	26562	4148	5696	8552	2884	8470
1990	125164	31349	10949	13230	2577	3865	7886	26348	4118	5275	8200	2975	8392
1991	127598	31586	10885	13825	2822	4039	7774	27814	4103	5306	7937	3184	8323
1992	129432	30636	11089	13928	3160	4090	7778	27890	4201	5501	8536	3758	8865
1993	129389	31459	11447	13908	3288	3938	7764	27060	4242	5825	8209	3504	8745
1994	133517	31414	12039	13906	3637	4758	8392	28600	4173	5845	8280	3467	9006
1995	138768	31917	11884	14278	3361	5205	8361	30693	4399	6817	8239	3361	10253
1996	141002	32540	12182	15183	3022	5194	8853	31353	4594	6711	8696	3052	9622
1997	144378	33346	12220	15822	3253	4813	8380	32889	4742	6447	9197	3670	9599
1998	153630	33764	13943	16427	3722	5280	8650	34781	5216	7032	10268	3767	10780
1999	155204	33891	14155	16977	3136	4280	8705	34762	6338	7318	10072	3915	11655
2000	166813	36567	15964	18449	3561	5793	10356	36956	5824	7395	10324	4216	11408
2001	166839	37821	15225	17672	3432	5384	10512	38437	6034	7554	10099	3011	11658
2002	164713	37088	16226	17120	3304	5360	11130	38344	6313	7862	10065	2911	8990
2003	160397	37011	16266	16328	3289	5152	10898	37903	5816	7600	10275	2723	7136
2004	171458	40133	16569	17289	3544	5584	11760	39947	6402	7919	10411	2684	9216
2005	176022	42665	15721	17544	4032	5624	11940	41226	6880	7866	10907	2935	8682
2006	172966	43139	16113	17521	3928	6160	10979	39964	6904	7584	10232	2769	7673
2007	174431	41332	17488	17880	3792	5968	11971	40184	6248	7384	11288	2712	8184

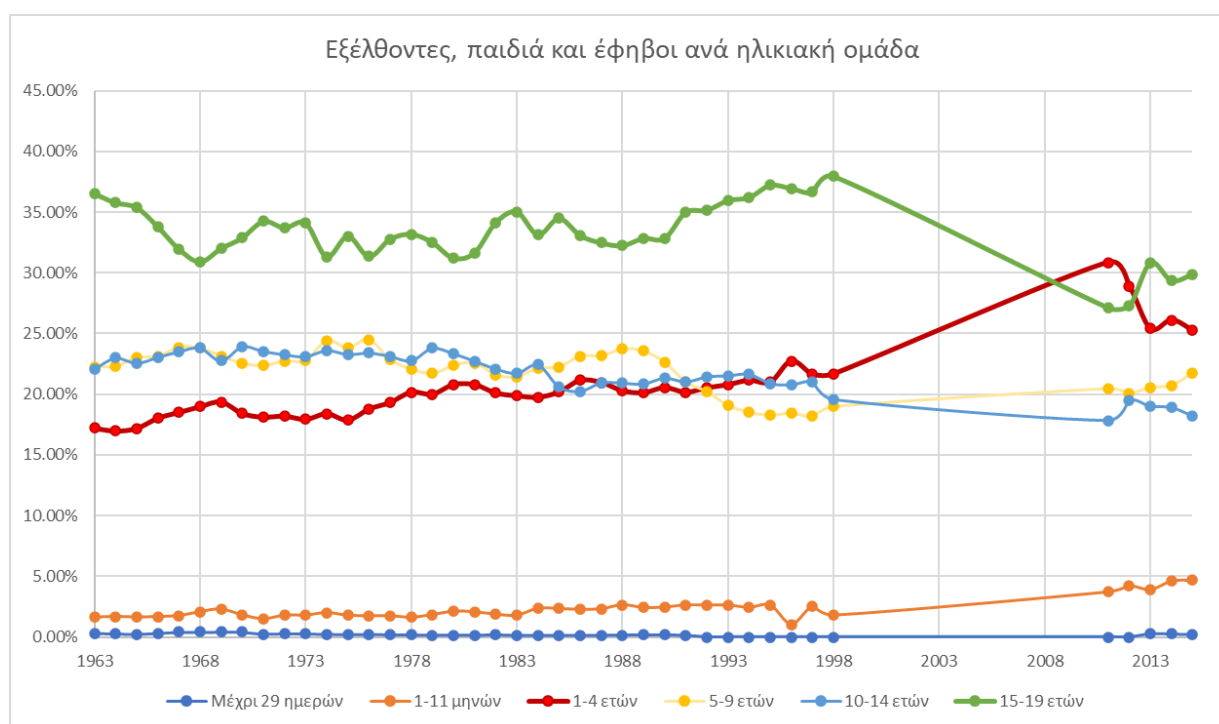
2008	171810	38690	17400	17312	4009	6096	11443	40569	6872	7033	10592	3386	8408
2009	169420	39247	16960	17264	4241	5448	12311	38468	5857	7512	10600	2793	8719
2010	163550	38960	15704	16864	3536	5296	12618	37609	5504	7193	10176	2729	7361
2011	157117	39272	14330	17096	4088	5112	11472	34223	5400	6402	9137	3560	7025
2012	158524	37987	14016	15848	3832	5056	11984	35038	4872	7072	9776	4523	8520
2013	111164	28289	6160	11267	2109	3665	6598	26761	3593	4899	5087	1654	11638
2014	109358	31877	6203	10383	2288	3224	6200	26821	3358	4835	5307	1391	7654
2015	111354	33583	5820	10877	2225	3452	6454	27798	3615	5191	5850	1960	5087
2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κατανομές των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις και για τα δύο φύλα μαζί, ανά ηλικιακή κατηγορία και ηλικιακή ομάδα (Διαγράμματα 14-16). Στο Διάγραμμα 14 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών σε ποσοστά ανά ηλικιακή κατηγορία, συγκεκριμένα για τα παιδιά και τους εφήβους ως και 19 ετών και για τους ενήλικες άνω των 20 ετών. Παρατηρείται ότι τα υψηλότερα ποσοστά (>90%) των εξελθόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αφορούν τους ενήλικες, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους τα ποσοστά βρίσκονται μεταξύ 20-30% ως το 2011 και στη συνέχεια μειώνονται κάτω από 20% την περίοδο 2011-2015. Τα ποσοστά των ασθενών με μη δηλωμένη ηλικία παραμένουν κάτω του 5% σε όλη την περίοδο μελέτης.



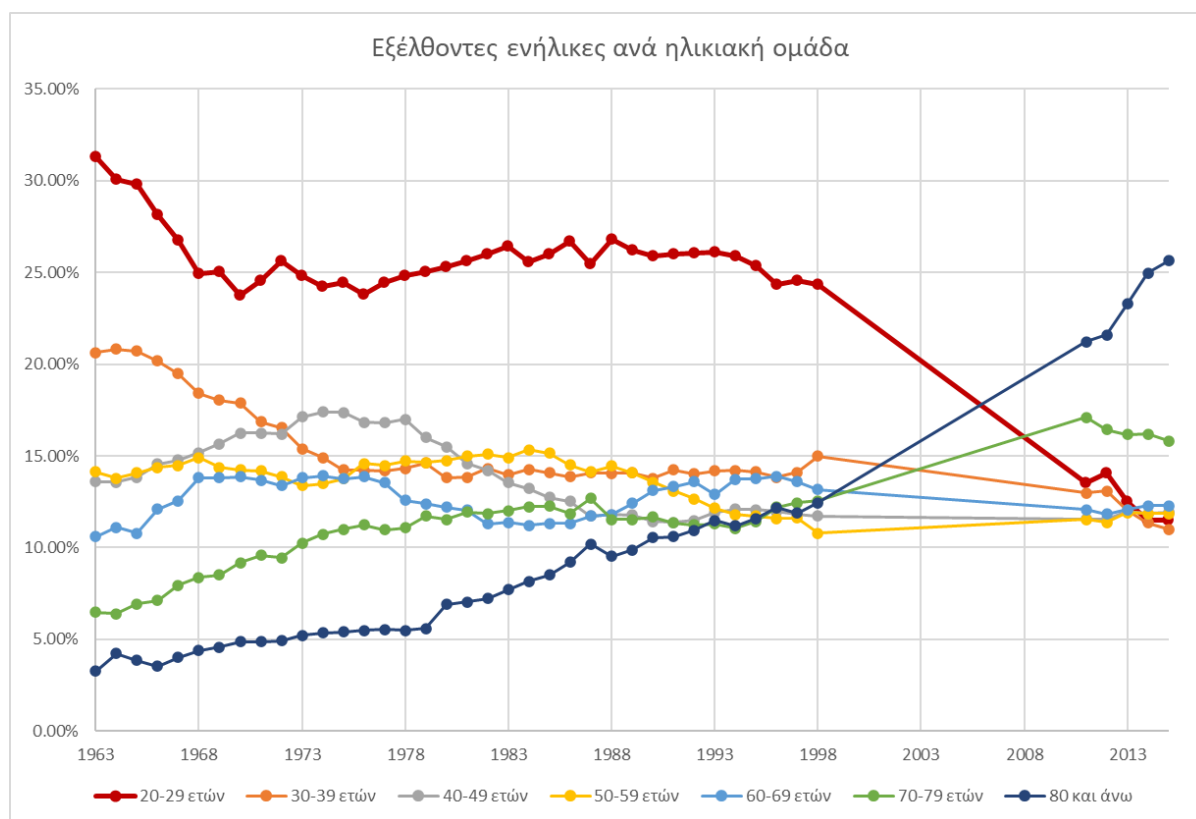
Γράφημα 14 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή κατηγορία στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 15 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία παιδιών και εφήβων ως 19 ετών, όπου παρατηρούμε ότι τα υψηλότερα ποσοστά αφορούν την κατηγορία των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών και ακολουθούν τα παιδιά 1-14 ετών, ενώ τα ποσοστά για τα νεογνά και τα βρέφη παραμένουν χαμηλά (κάτω του 3%), ως και το 1998. Την περίοδο 2011-2015 γίνεται μια μεταστροφή και μείωση στα ποσοστά των εφήβων 15-19 ετών και αύξηση στα ποσοστά των παιδιών 1-4 ετών, φθάνοντας οι δύο αυτές κατηγορίες σχεδόν στα ίδια επίπεδα. Επίσης, παρατηρείται αύξηση στο 5% των βρεφών ηλικίας 1-11 μηνών, ενώ τα βρέφη και οι ηλικιακές ομάδες 5-9 και 10-14 ετών παρουσιάζουν σχετικά αμετάβλητα ποσοστά.



Γράφημα 15 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία παιδιών και εφήβων ως 19 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 16 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία των ενηλίκων άνω των 20 ετών, όπου παρατηρούμε ότι ως και το 1998, τα υψηλότερα ποσοστά (>30%) αφορούν την κατηγορία 20-29 ετών και ακολουθούν οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με χαμηλότερα ποσοστά (ως και 12%) για τις ηλικίες άνω των 80 ετών. Την περίοδο 2011-2015 γίνεται μια μεταστροφή που περιλαμβάνει μείωση στα ποσοστά για την ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών κάτω από το 15% και ταυτόχρονη αύξηση στα ποσοστά των ασθενών άνω των 80 ετών σε επίπεδα 20-25%. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες των ενηλίκων τα ποσοστά παραμένουν μεταξύ 10-15% για όλη την περίοδο μελέτης.

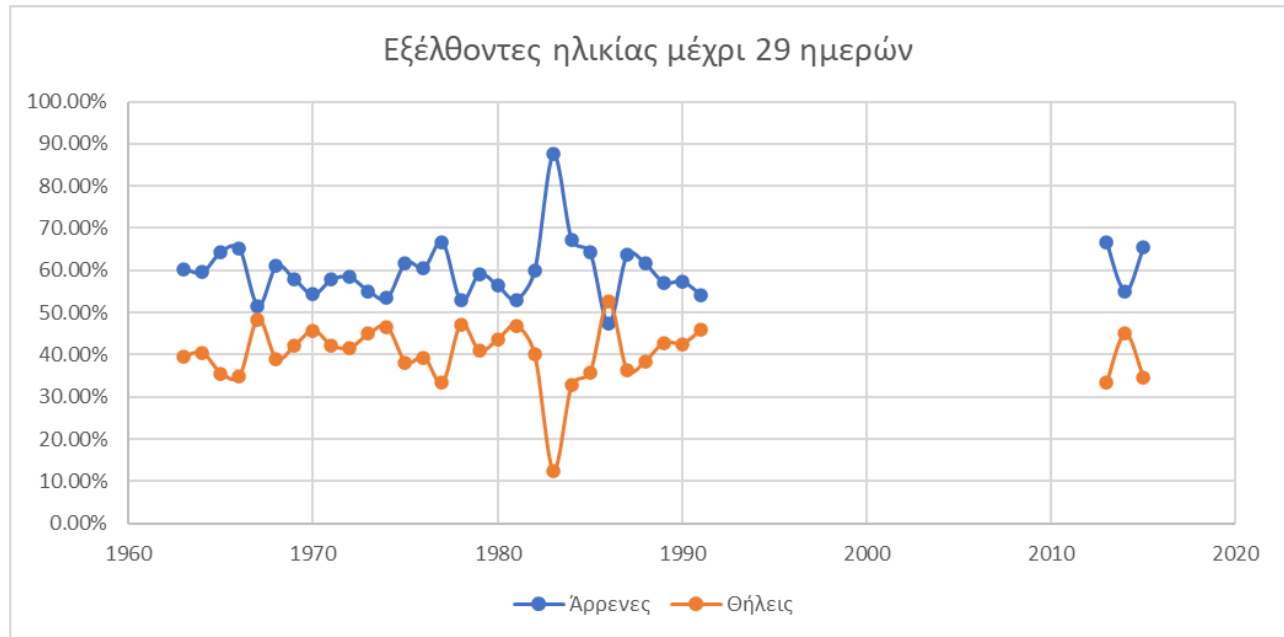


Γράφημα 16 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα για την κατηγορία των ενηλίκων άνω των 20 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

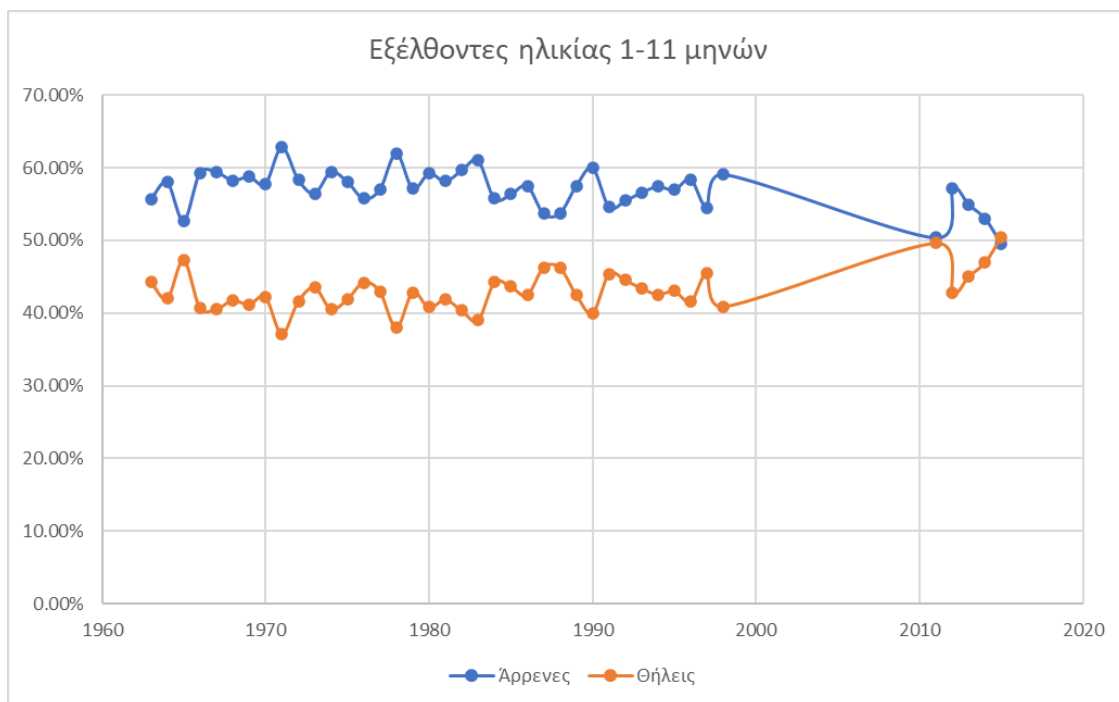
Στα Διαγράμματα 17-22 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο επί του συνόλου των ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, για την κατηγορία των παιδιών και των εφήβων ως 19 ετών (αναλυτικά στοιχεία στον Πίνακα 4). Για τα νεογνά μέχρι 29 ημερών και τα βρέφη 1-11 μηνών (Διαγράμματα 17 και 18), η πλειοψηφία των ασθενών (άνω του 50%) είναι άρρενες για όλη την περίοδο μελέτης. Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων οξύνεται (Διάγραμμα 19) για τις ηλικίες 1-4 ετών με τους άρρενες να αποτελούν το 60% των εξελθόντων και για τις ηλικίες 5-9 (Διάγραμμα 20) ετών, όπου οι άρρενες αποτελούν το 60-70% των εξελθόντων για όλη την περίοδο μελέτης. Για τις ηλικιακές ομάδες των εφήβων 10-14 ετών και 15-19 ετών (Διαγράμματα 21 και 22), η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων γίνεται ακόμα μεγαλύτερη με τους άρρενες να αποτελούν το 70-80% των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για όλη την περίοδο μελέτης.

Η μελέτη των Petridou et al (1996), έδειξε πως παιδιά έχοντας ιστορικό δηλητηρίασης ή που διαμένουν χωριστά από τους γονείς τους, αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου για ακούσια δηλητηρίαση. Επίσης, η μελέτη έδειξε πως οι ακούσιες δηλητηριάσεις που προκλήθηκαν αφορούσαν παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν καπνιστές. Η έρευνα αφορούσε την μελέτη για τον προσδιορισμό των παραγόντων που λειτουργούν ως κίνδυνοι για την ακούσια δηλητηρίαση παιδιών στην Ελλάδα. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 100 παιδιά που εισήχθησαν στα τμήματα επείγοντων περιστατικών δύο παιδιατρικών νοσοκομείων (Petridou et al. 1996).

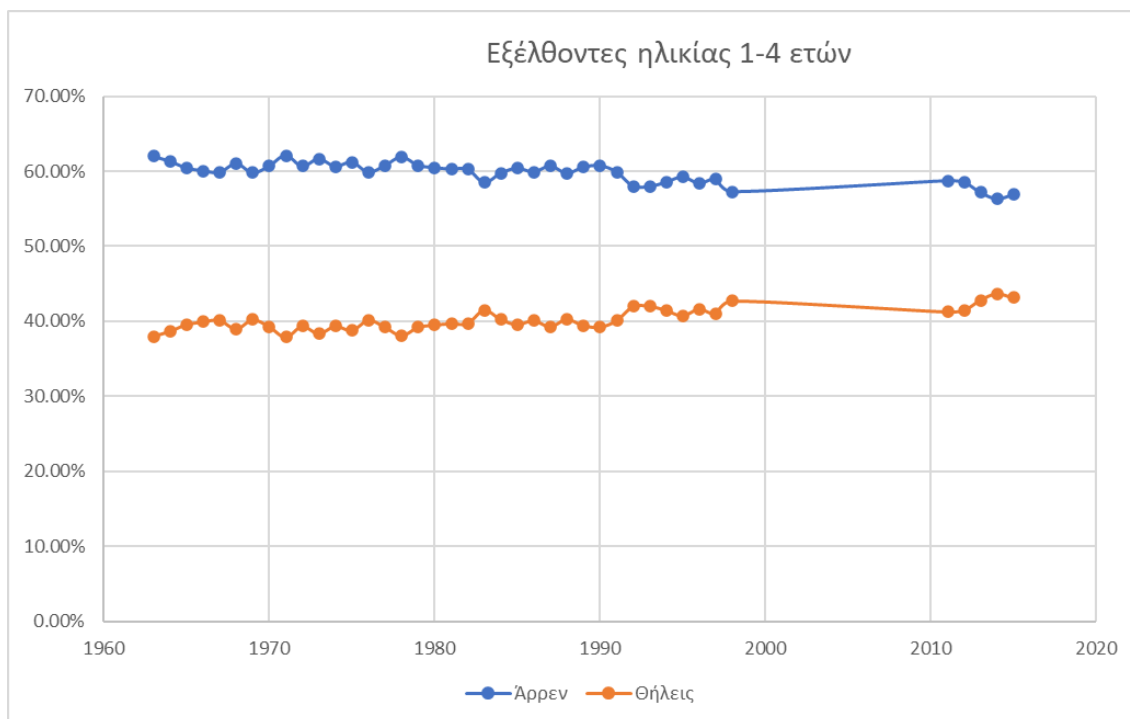
Η μελέτη των Paritsis et al (2014) διεξήχθη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα οικογενειών που ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας που περιλαμβάνει 1245 παιδιά ηλικίας έως 5 ετών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από μια ομάδα ερευνητών (παιδιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς) και αφορούσαν μια δομημένη συνέντευξη και μια παιδιατρική εξέταση. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η δηλητηρίαση στην παιδική ηλικία συσχετίζεται με: (1) βιολογικές μεταβλητές, όπως σκελετικές ανωμαλίες, γλωσσικές διαταραχές, αριθμό πρόσφατων λοιμώξεων και επιπλοκές της εγκυμοσύνης και (2) κοινωνικοί παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και ο συνωστισμός. Το φύλο του παιδιού δεν βρέθηκε να επηρεάζει το ποσοστό δηλητηρίασης (Paritsis et al. 1994).



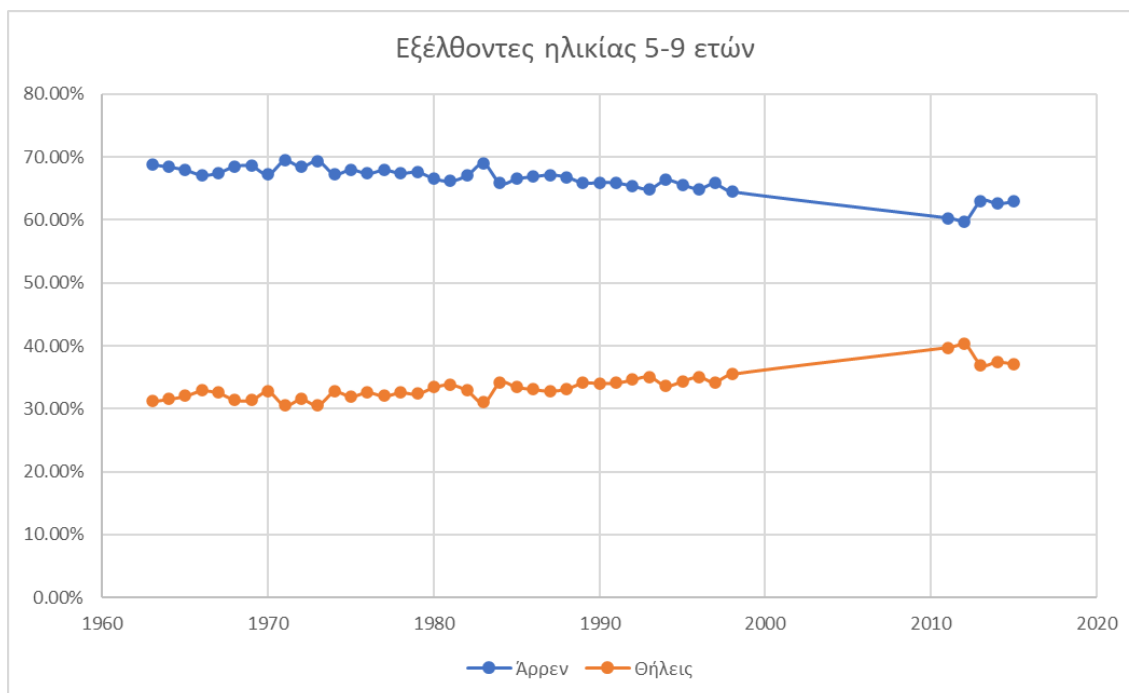
Γράφημα 17 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα νεογνά ως 29 ημερών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



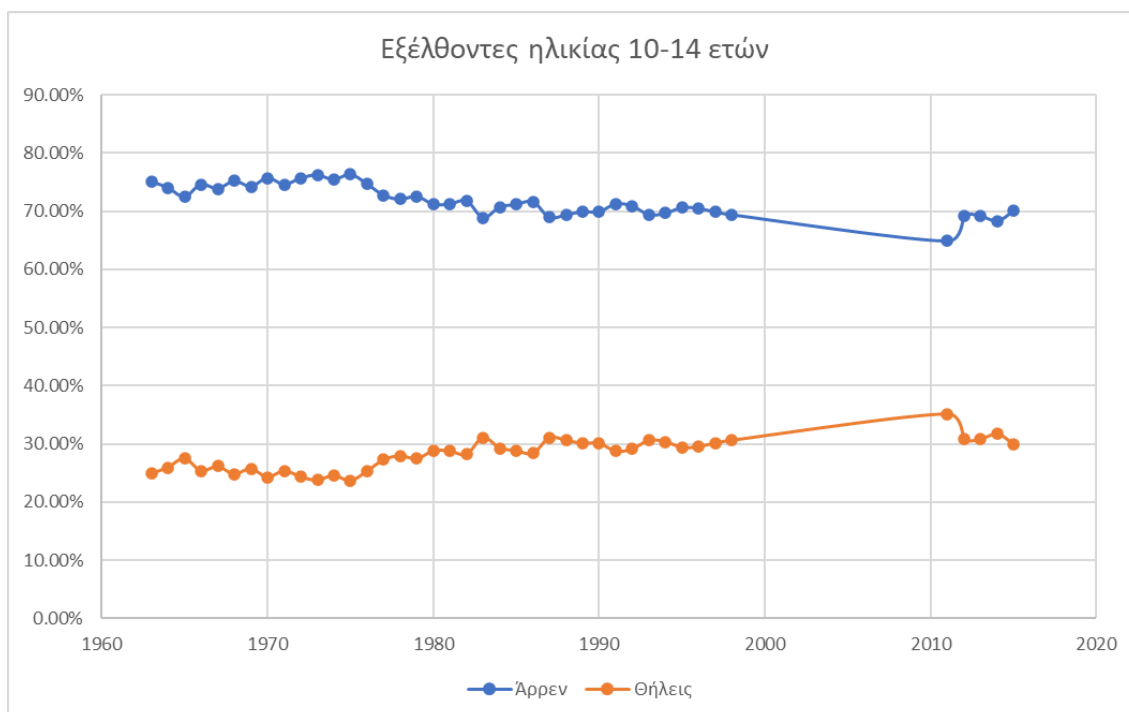
Γράφημα 18 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα βρέφη 1-11 μηνών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



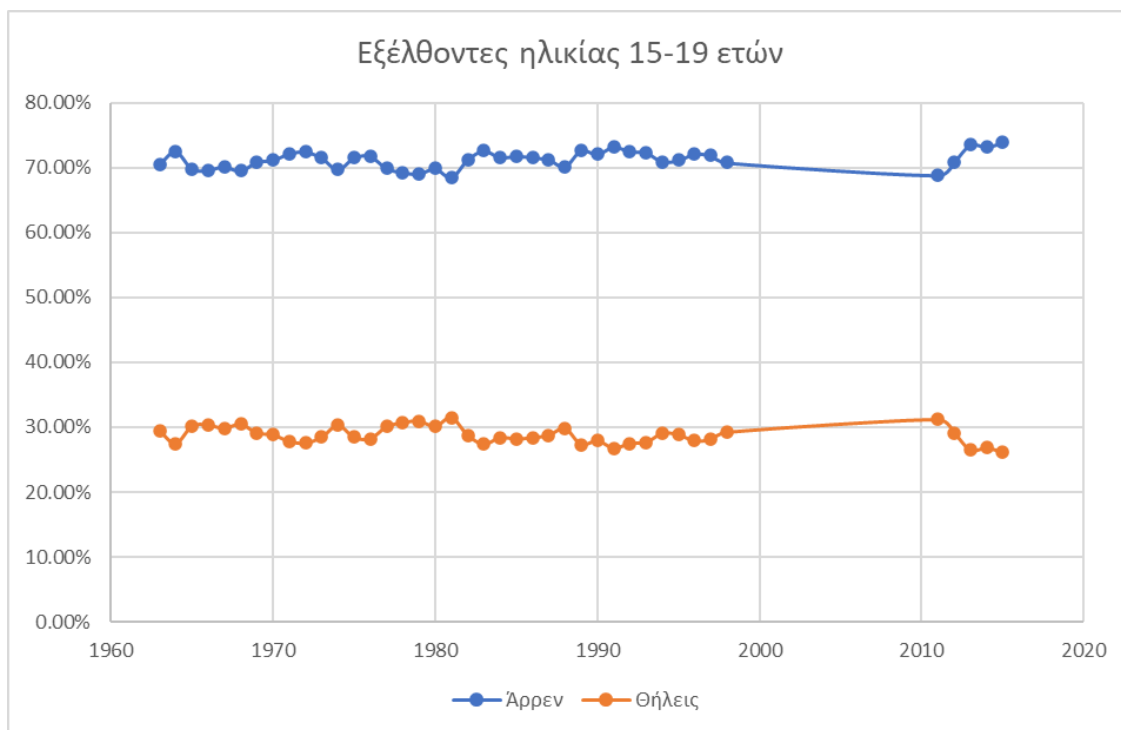
Γράφημα 19 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα παιδιά 1-4 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 20 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα παιδιά 5-9 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

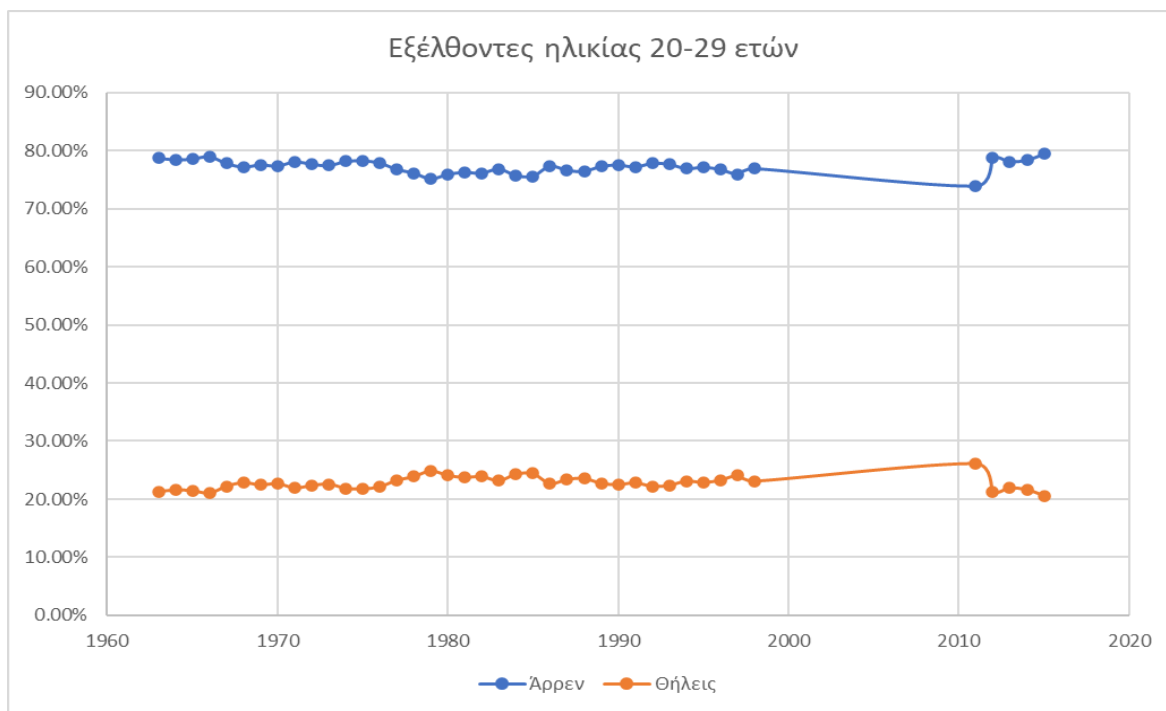


Γράφημα 21 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους εφήβους 10-14 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

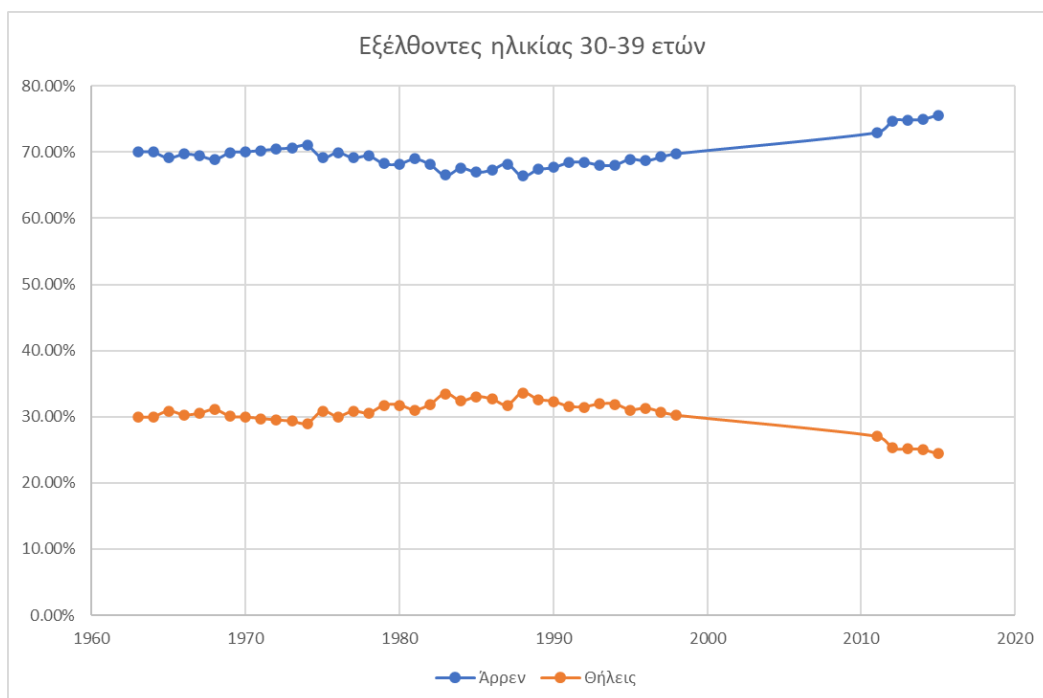


Γράφημα 22 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους εφήβους 15-19 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

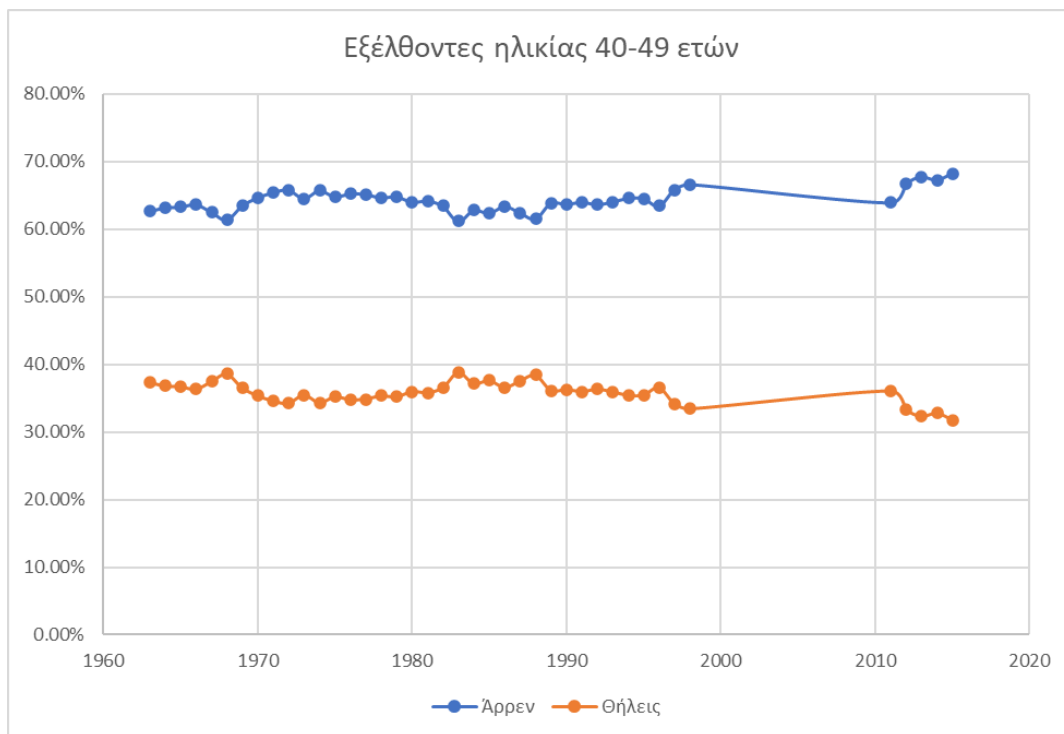
Στα Διαγράμματα 23-30 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο επί του συνόλου των ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, για την κατηγορία των ενηλίκων άνω των 20 ετών (αναλυτικά στοιχεία στον Πίνακα 6). Για τους ενήλικες 20-29 ετών και 30-39 ετών (Διαγράμματα 23 και 24), επικρατούν οι άνδρες με 70-80%, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών (Διάγραμμα 25) η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται με τους άνδρες να αποτελούν το 60-70% των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για όλη την περίοδο μελέτης. Περαιτέρω μείωση της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων, παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα 50-59 ετών (Διάγραμμα 26) με τους άνδρες να αποτελούν το 50-60% των εξελθόντων ασθενών, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών (Διάγραμμα 27) η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων γίνεται αμελητέα. Το μοτίβο αντιστρέφεται στην ηλικιακή ομάδα 70-79 ετών (Διάγραμμα 28) με τις γυναίκες ασθενείς να επικρατούν με ποσοστό 60% και στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών (Διάγραμμα 29) και άνω, όπου το ποσοστό των γυναικών φθάνει το 70%. Στις περιπτώσεις άγνωστης ηλικίας, επικρατούν οι άνδρες με ποσοστό 60-70% (Διάγραμμα 30).



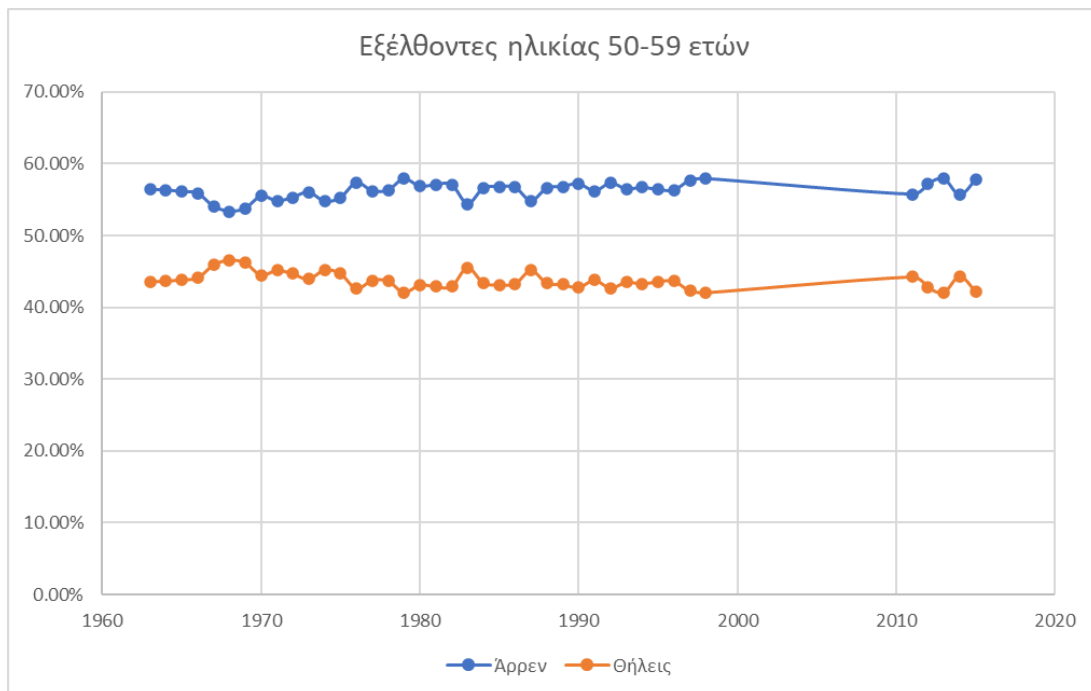
Γράφημα 23 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 20-29 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



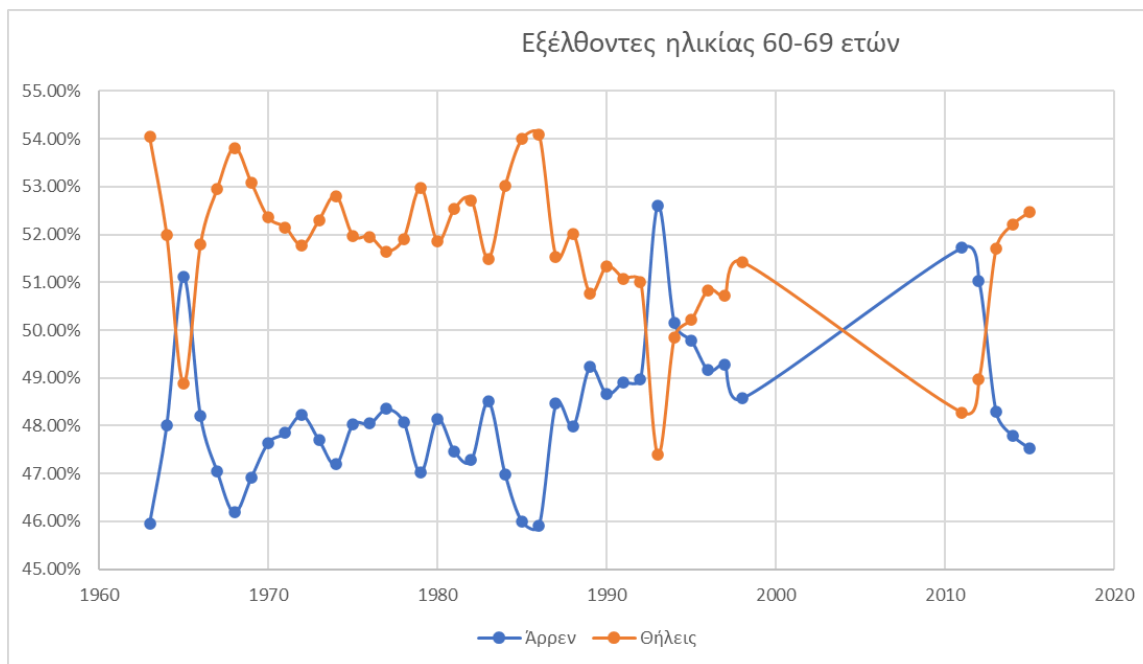
Γράφημα 24 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 30-39 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



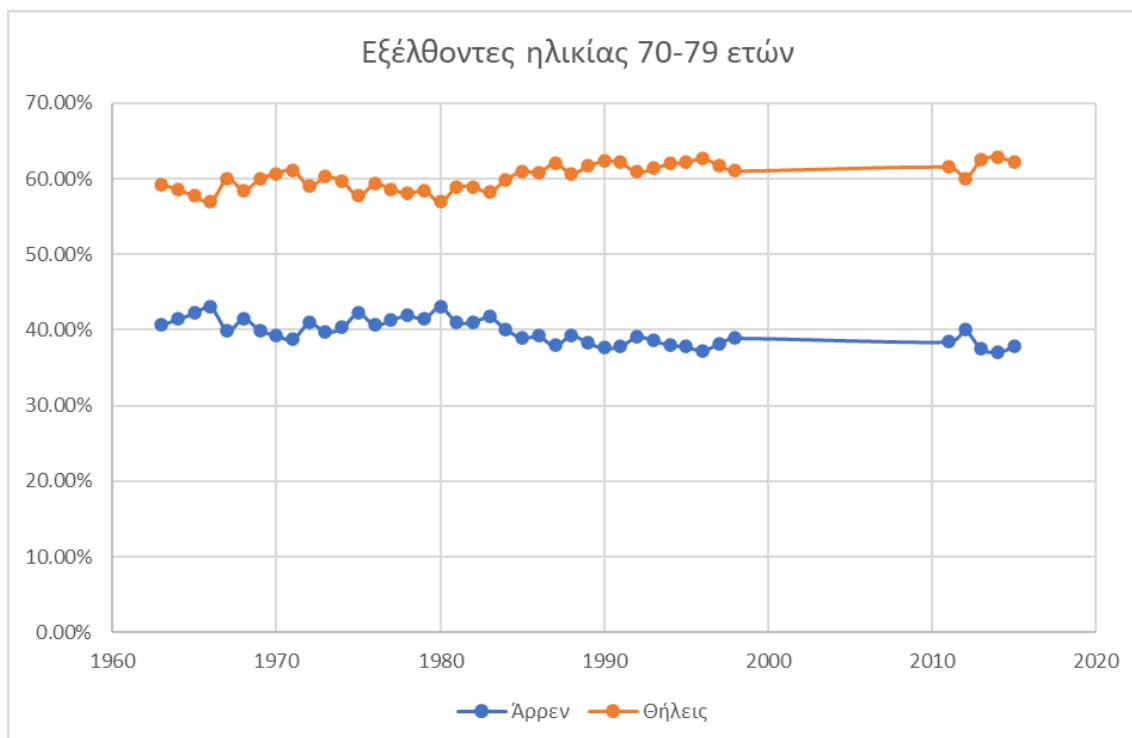
Γράφημα 25 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 40-49 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



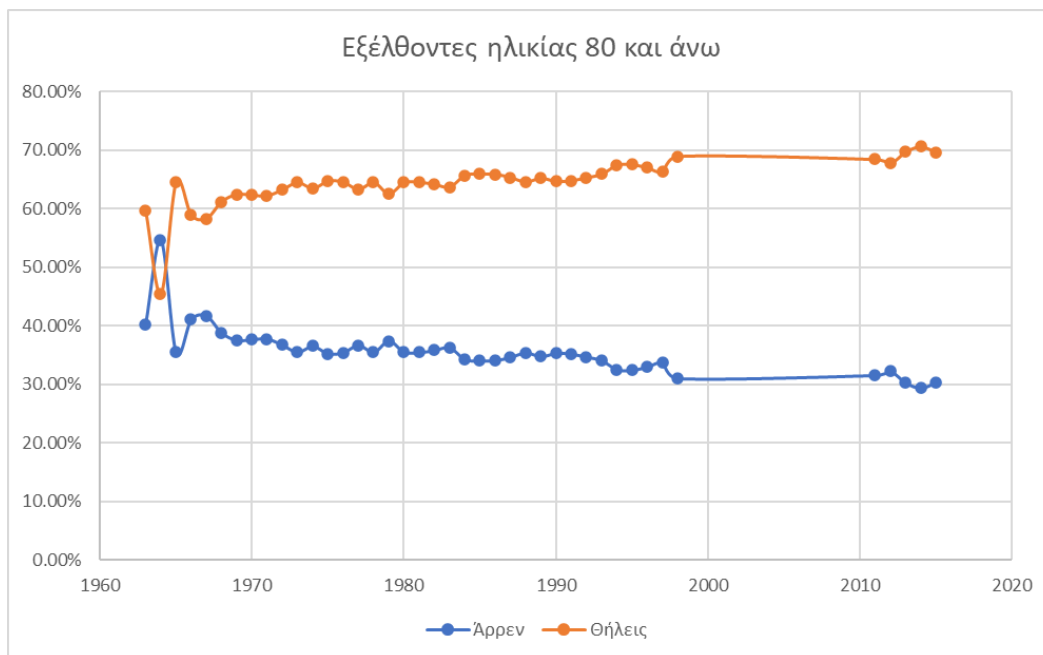
Γράφημα 26 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 50-59 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



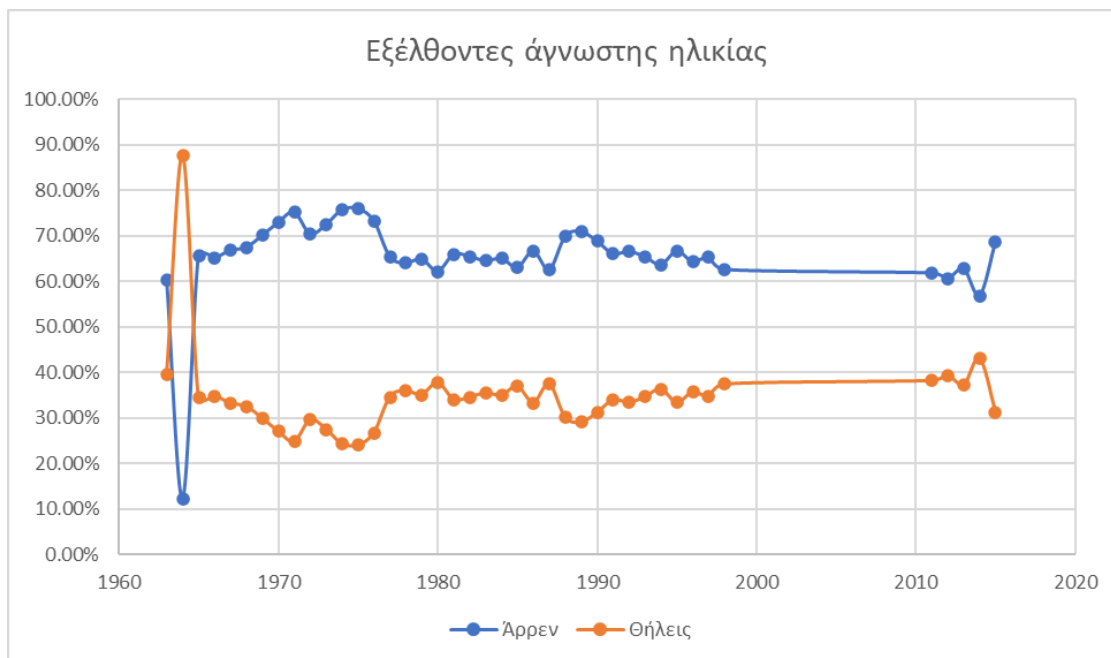
Γράφημα 27 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 60-69 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 28 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες 70-79 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 29 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τους ενήλικες άνω των 80 ετών στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 30 Εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο για τα άτομα με άγνωστης ηλικίας στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Πίνακας 5 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων την περίοδο 1963-2015, ηλικίας έως και 19 ετών (παιδιά και έφηβοι) στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΗ	Γενικό σύνολο	Σύνολο		Ομάδες ηλικιών (παιδιά και έφηβοι)																	
				Μέχρι 29 ημερών			1-11 μηνών			1-4 ετών			5-9 ετών			10-14 ετών			15-19 ετών		
		Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλειες
1963	71277	46814	24463	58	35	23	305	170	135	3233	2004	1229	4178	2876	1302	4150	3116	1034	6863	4840	2023
1964	75697	49511	26186	52	31	21	338	196	142	3398	2084	1314	4466	3056	1410	4603	3408	1195	7166	5195	1971
1965	78391	51134	27257	45	29	16	332	175	157	3490	2109	1381	4669	3174	1495	4581	3321	1260	7184	5016	2168
1966	80343	52312	28031	66	43	23	354	210	144	3797	2281	1516	4870	3269	1601	4856	3623	1233	7123	4961	2162
1967	86300	55075	31225	93	48	45	397	236	161	4179	2501	1678	5385	3633	1752	5311	3922	1389	7219	5067	2152
1968	92461	58157	34304	100	61	39	503	293	210	4579	2795	1784	5745	3938	1807	5749	4323	1426	7460	5185	2275
1969	95565	60541	35024	109	63	46	587	345	242	4941	2954	1987	5904	4049	1855	5805	4309	1496	8168	5790	2378
1970	95126	60467	34659	105	57	48	462	267	195	4688	2846	1842	5738	3859	1879	6091	4612	1479	8370	5956	2414
1971	95887	61237	34650	57	33	24	363	228	135	4395	2730	1665	5425	3766	1659	5713	4262	1451	8309	5996	2313
1972	99064	63534	35530	72	42	30	464	271	193	4719	2863	1856	5892	4033	1859	6035	4565	1470	8741	6332	2409
1973	100823	64176	36647	69	38	31	487	275	212	4857	2995	1862	6173	4283	1890	6257	4769	1488	9237	6606	2631
1974	98767	62480	36287	58	31	27	537	319	218	4920	2983	1937	6524	4390	2134	6317	4763	1554	8380	5844	2536
1975	102113	64813	37300	55	34	21	487	283	204	4878	2987	1891	6504	4425	2079	6358	4852	1506	9016	6450	2566
1976	108130	68322	39808	61	37	24	502	280	222	5401	3233	2168	7042	4744	2298	6732	5027	1705	9014	6468	2546
1977	108780	68258	40522	51	34	17	498	284	214	5511	3349	2162	6514	4427	2087	6602	4802	1800	9351	6537	2814
1978	112134	70330	41804	53	28	25	492	305	187	6137	3800	2337	6718	4528	2190	6929	4992	1937	10099	6999	3100
1979	116512	72813	43699	44	26	18	602	344	258	6544	3978	2566	7100	4802	2298	7787	5648	2139	10637	7345	3292
1980	119003	74054	44949	55	31	24	711	421	290	6981	4223	2758	7508	4999	2509	7845	5585	2260	10482	7324	3158
1981	122620	76005	46615	49	26	23	712	414	298	7147	4309	2838	7763	5137	2626	7818	5569	2249	10884	7457	3427
1982	123300	76798	46502	65	39	26	654	390	264	7019	4231	2788	7539	5058	2481	7713	5536	2177	11916	8486	3430
1983	121910	75370	46540	40	35	5	615	375	240	6820	3990	2830	7360	5075	2285	7460	5140	2320	12025	8730	3295
1984	122833	75456	47377	52	35	17	832	464	368	6944	4148	2796	7787	5126	2661	7885	5576	2309	11652	8341	3311

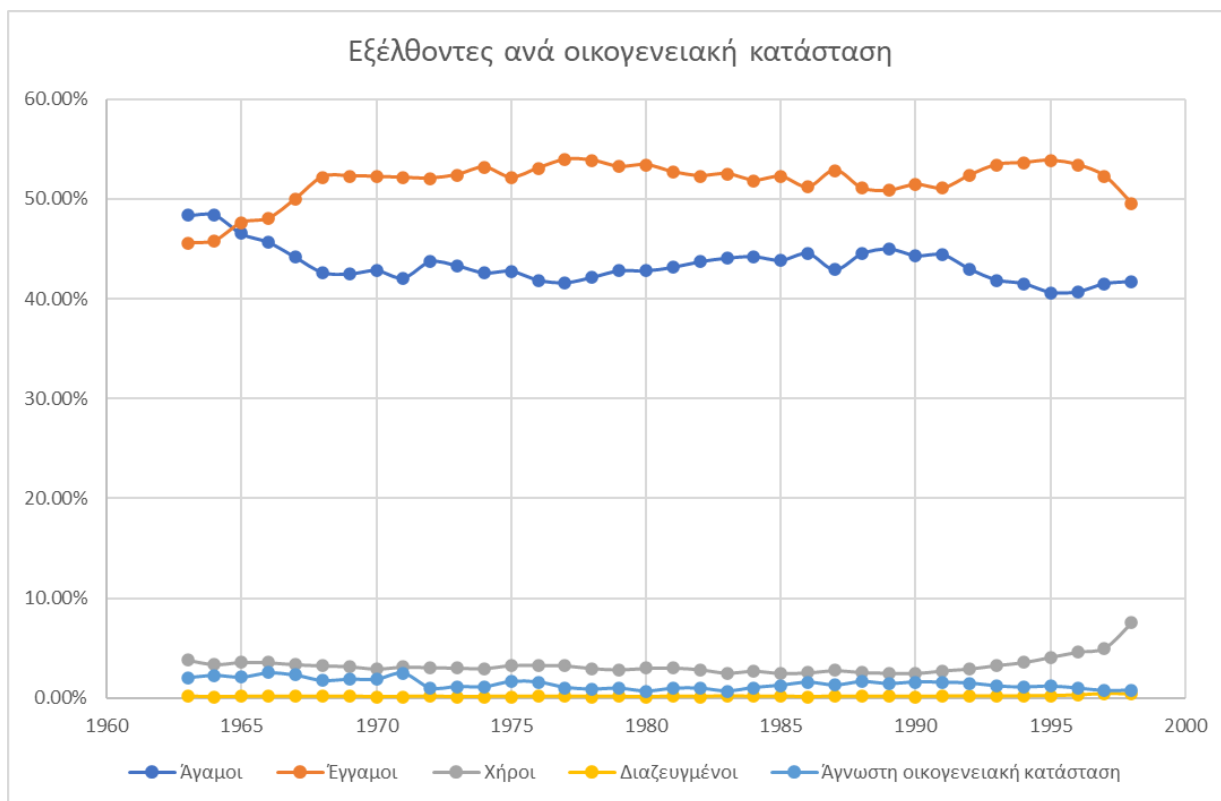
1985	122733	74952	47781	42	27	15	781	440	341	6728	4065	2663	7411	4933	2478	6868	4886	1982	11498	8255	3243
1986	122502	75345	47157	38	18	20	744	428	316	6917	4143	2774	7569	5063	2506	6621	4743	1878	10822	7746	3076
1987	124940	75596	49344	44	28	16	726	390	336	6564	3986	2578	7250	4870	2380	6554	4518	2036	10166	7242	2924
1988	130224	79463	50761	52	32	20	893	480	413	6827	4077	2750	7980	5334	2646	7037	4883	2154	10847	7613	3234
1989	128243	78946	49297	63	36	27	795	457	338	6593	3993	2600	7715	5083	2632	6830	4775	2055	10762	7819	2943
1990	125164	76707	48457	54	31	23	782	469	313	6533	3969	2564	7192	4744	2448	6783	4741	2042	10440	7522	2918
1991	127598	78336	49262	48	26	22	844	461	383	6439	3858	2581	6709	4422	2287	6713	4784	1929	11174	8182	2992
1992	129432	79423	50009	0	0	0	822	456	366	6431	3731	2700	6333	4141	2192	6714	4758	1956	11014	7983	3031
1993	129389	78708	50681	0	0	0	788	446	342	6237	3616	2621	5724	3716	2008	6458	4481	1977	10794	7807	2987
1994	133517	81174	52343	0	0	0	754	433	321	6539	3827	2712	5727	3800	1927	6692	4661	2031	11193	7940	3253
1995	138768	84272	54496	0	0	0	804	458	346	6447	3820	2627	5606	3678	1928	6411	4527	1884	11428	8132	3296
1996	141002	84543	56459	0	0	0	327	191	136	7124	4157	2967	5782	3755	2027	6511	4588	1923	11576	8346	3230
1997	144378	87261	57117	0	0	0	789	430	359	6825	4025	2800	5724	3772	1952	6620	4623	1997	11546	8297	3249
1998	153630	92467	61163	0	0	0	594	351	243	7171	4107	3064	6277	4049	2228	6473	4490	1983	12554	8884	3670
2011	157117	85847	71270	0	0	0	1032	520	512	8558	5027	3531	5675	3422	2253	4948	3210	1738	7522	5177	2345
2012	158524	89274	69250	0	0	0	1107	633	474	7575	4436	3139	5266	3145	2121	5115	3537	1578	7147	5066	2081
2013	111164	60768	50396	45	30	15	619	340	279	4023	2300	1723	3256	2052	1204	3012	2083	929	4883	3590	1293
2014	109358	58212	51146	40	22	18	711	377	334	4023	2265	1758	3193	1998	1195	2912	1989	923	4523	3310	1213
2015	111354	60070	51284	29	19	10	707	350	357	3814	2169	1645	3285	2068	1217	2746	1925	821	4507	3330	1177

Πίνακας 6 Εξέλθοντες ασθενείς από νοσήματα ατυχημάτων, δηλητηριάσεων, κακώσεων την περίοδο 1963-2015 ηλικίας άνω των 20 ετών (ενήλικες) στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΗ	Ομάδες ηλικιών (ενήλικες)																							
	20-29 ετών			30-39 ετών			40-49			50-59			60-69 ετών			70-79 ετών			80 και άνω			Δεν δήλωσαν		
	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις
1963	16129	12701	3428	10644	7458	3186	7003	4387	2616	7288	4111	3177	5457	2508	2949	3343	1361	1982	1688	680	1008	938	567	371
1964	16421	12883	3538	11381	7968	3413	7418	4688	2730	7537	4247	3290	6075	2916	3159	3492	1447	2045	2316	1265	1051	1034	127	907
1965	17068	13410	3658	11871	8206	3665	7927	5016	2911	8066	4526	3540	6172	3155	3017	3961	1675	2286	2204	783	1421	821	539	282
1966	16321	12894	3427	11694	8153	3541	8443	5375	3068	8339	4661	3678	7015	3382	3633	4119	1771	2348	2043	839	1204	1303	850	453
1967	16718	13007	3711	12186	8468	3718	9234	5776	3458	9052	4894	4158	7847	3691	4156	4977	1990	2987	2512	1047	1465	1190	795	395
1968	16857	13008	3849	12454	8582	3872	10253	6298	3955	10085	5383	4702	9332	4310	5022	5667	2352	3315	2972	1153	1819	705	476	229
1969	17308	13425	3883	12457	8713	3744	10815	6863	3952	9926	5336	4590	9532	4472	5060	5876	2349	3527	3156	1185	1971	981	688	293
1970	16249	12566	3683	12238	8573	3665	11109	7182	3927	9737	5404	4333	9487	4520	4967	6279	2467	3812	3341	1259	2082	1232	899	333
1971	17355	13552	3803	11905	8365	3540	11476	7505	3971	10011	5486	4525	9651	4618	5033	6764	2626	4138	3438	1299	2139	1025	771	254
1972	18568	14424	4144	11974	8440	3534	11729	7715	4014	10042	5555	4487	9696	4676	5020	6850	2805	4045	3571	1312	2259	711	501	210
1973	18076	13993	4083	11201	7914	3287	12471	8046	4425	9730	5453	4277	10049	4794	5255	7460	2966	4494	3796	1348	2448	960	696	264
1974	17312	13531	3781	10661	7570	3091	12429	8165	4264	9641	5279	4362	9942	4692	5250	7659	3087	4572	3818	1395	2423	569	431	138
1975	18086	14156	3930	10533	7284	3249	12846	8325	4521	10174	5624	4550	10180	4889	5291	8126	3434	4692	4004	1412	2592	866	658	208
1976	18658	14533	4125	11149	7801	3348	13196	8606	4590	11432	6559	4873	10867	5221	5646	8806	3580	5226	4307	1527	2780	963	706	257
1977	19424	14909	4515	11280	7799	3481	13369	8709	4660	11517	6476	5041	10773	5209	5564	8719	3606	5113	4408	1618	2790	763	499	264
1978	20068	15275	4793	11559	8028	3531	13727	8874	4853	11902	6704	5198	10161	4886	5275	8954	3757	5197	4428	1573	2855	907	581	326
1979	20755	15583	5172	12124	8278	3846	13270	8600	4670	12139	7031	5108	10264	4826	5438	9725	4041	5684	4632	1734	2898	889	577	312
1980	21408	16249	5159	11669	7962	3707	13109	8391	4718	12473	7092	5381	10312	4964	5348	9746	4196	5550	5827	2071	3756	876	545	331
1981	22302	17002	5300	12056	8317	3739	12697	8148	4549	13055	7457	5598	10485	4977	5508	10391	4269	6122	6122	2172	3950	1139	751	388
1982	22728	17293	5435	12511	8525	3986	12434	7887	4547	13207	7541	5666	9886	4674	5212	10379	4264	6115	6316	2263	4053	933	611	322
1983	22995	17670	5325	12155	8085	4070	11785	7210	4575	12970	7060	5910	9895	4800	5095	10460	4365	6095	6710	2435	4275	620	400	220
1984	22147	16760	5387	12334	8340	3994	11430	7183	4247	13272	7513	5759	9699	4557	5142	10589	4247	6342	7069	2424	4645	1141	742	399

1985	22905	17310	5595	12405	8311	4094	11241	7011	4230	13347	7585	5762	9978	4589	5389	10799	4209	6590	7498	2554	4944	1232	777	455
1986	23672	18306	5366	12282	8269	4013	11105	7040	4065	12844	7284	5560	10032	4605	5427	10500	4116	6384	8150	2780	5370	1206	804	402
1987	23520	18014	5506	12986	8862	4124	10810	6750	4060	13042	7154	5888	10824	5246	5578	11706	4440	7266	9418	3264	6154	1330	832	498
1988	25411	19423	5988	13321	8846	4475	11187	6888	4299	13702	7757	5945	11180	5364	5816	10940	4300	6640	9039	3202	5837	1808	1264	544
1989	24582	18995	5587	13187	8886	4301	11032	7044	3988	13185	7492	5693	11620	5720	5900	10816	4146	6670	9258	3220	6038	1805	1280	525
1990	23663	18346	5317	12595	8526	4069	10460	6662	3798	12422	7111	5311	11999	5840	6159	10675	4016	6659	9649	3410	6239	1917	1320	597
1991	24312	18766	5546	13324	9119	4205	10645	6814	3831	12249	6883	5366	12464	6097	6367	10624	4022	6602	9920	3493	6427	2133	1409	724
1992	24992	19450	5542	13454	9219	4235	11017	7013	4004	12127	6952	5175	13033	6384	6649	10769	4212	6557	10504	3644	6860	2222	1480	742
1993	25100	19494	5606	13632	9280	4352	11462	7342	4120	11675	6595	5080	12402	6524	5878	10860	4196	6664	11047	3766	7281	2210	1445	765
1994	25807	19842	5965	14169	9647	4522	12063	7788	4275	11752	6665	5087	13674	6857	6817	11020	4189	6831	11156	3633	7523	2971	1892	1079
1995	26385	20354	6031	14709	10144	4565	12578	8117	4461	12202	6883	5319	14319	7129	7190	11891	4499	7392	12065	3916	8149	3923	2615	1308
1996	25876	19856	6020	14714	10110	4604	12707	8060	4647	12333	6946	5387	14765	7259	7506	12969	4835	8134	12957	4278	8679	3361	2162	1199
1997	26818	20366	6452	15425	10685	4740	12929	8512	4417	12687	7321	5366	14871	7327	7544	13594	5195	8399	12980	4376	8604	3570	2332	1238
1998	28217	21697	6520	17360	12114	5246	13582	9044	4538	12495	7241	5254	15271	7418	7853	14529	5659	8870	14418	4478	9940	4689	2935	1754
2011	17249	12737	4512	16550	12069	4481	14744	9424	5320	14703	8197	6506	15381	7957	7424	21783	8375	13408	27044	8540	18504	1928	1192	736
2012	18393	14472	3921	17101	12779	4322	15103	10070	5033	14862	8508	6354	15452	7884	7568	21448	8589	12859	28187	9083	19104	1768	1072	696
2013	11839	9247	2592	11392	8524	2868	11326	7670	3656	11269	6527	4742	11422	5515	5907	15280	5735	9545	22027	6671	15356	771	484	287
2014	10702	8390	2312	10580	7927	2653	11050	7429	3621	11039	6145	4894	11429	5462	5967	15090	5596	9494	23254	6840	16414	812	462	350
2015	10962	8710	2252	10507	7941	2566	11388	7771	3617	11327	6541	4786	11737	5578	6159	15098	5706	9392	24489	7441	17048	758	521	237

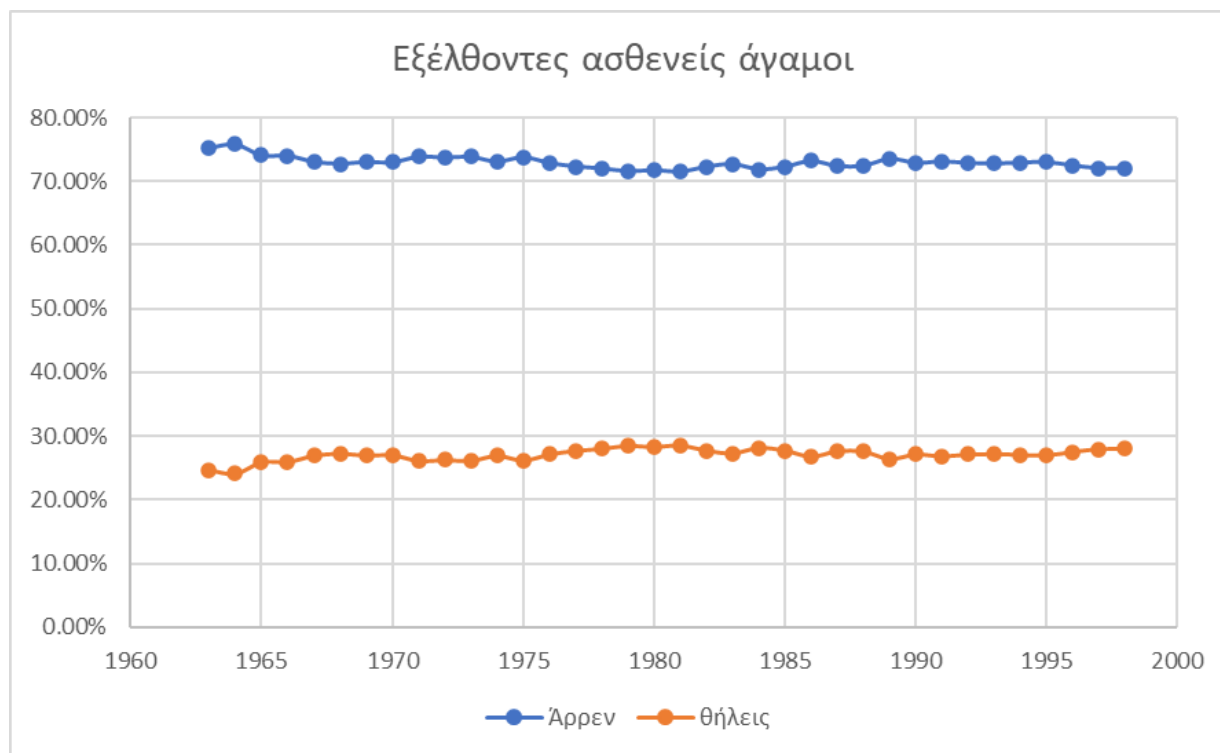
Η εξέλιξη των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις σε ποσοστά ανά φύλο επί του συνόλου των ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, για την κατηγορία των ενηλίκων άνω των 20 ετών παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.



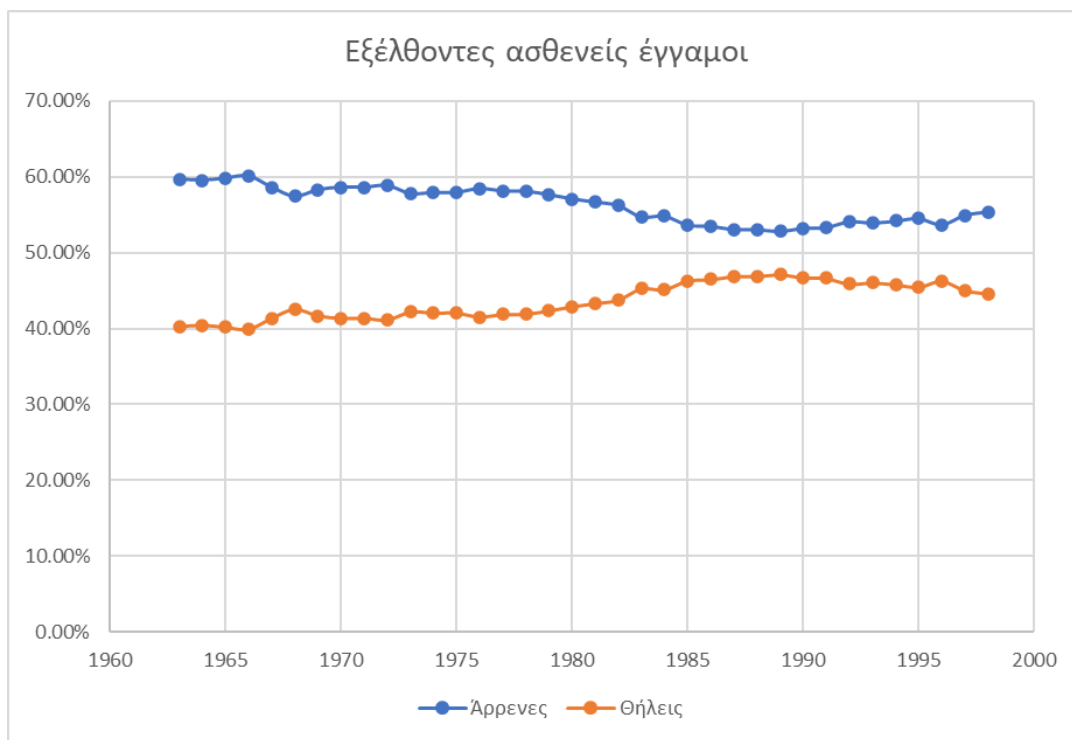
Γράφημα 31 Ποσοστά ανά οικογενειακή κατάσταση των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1963-1998 στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 31 παρουσιάζεται η κατανομή των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ανά οικογενειακή κατάσταση την περίοδο 1963-1998 (από το 1998 και έπειτα δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα). Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (50-60%) καθ' όλη την περίοδο μελέτης των εξελθόντων ασθενών ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων, ενώ ακολουθεί η κατηγορία των άγαμων με ποσοστά από 40% ως και 50%, στη συνέχεια η κατηγορία των χήρων με ποσοστά από 2,5% ως και 7.5%, η κατηγορία των διαζευγμένων με ποσοστά ως και 0,49% και η κατηγορία της άγνωστης οικογενειακής κατάστασης με ποσοστά ως και 2.55%. Η κατανομή των εξελθόντων ασθενών ανά οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι παραμένει σχετικά σταθερή όλο το διάστημα από το 1963 ως και το 1998. Αναλυτικά τα στοιχεία ανά οικογενειακή κατάσταση των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1963-1998 παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

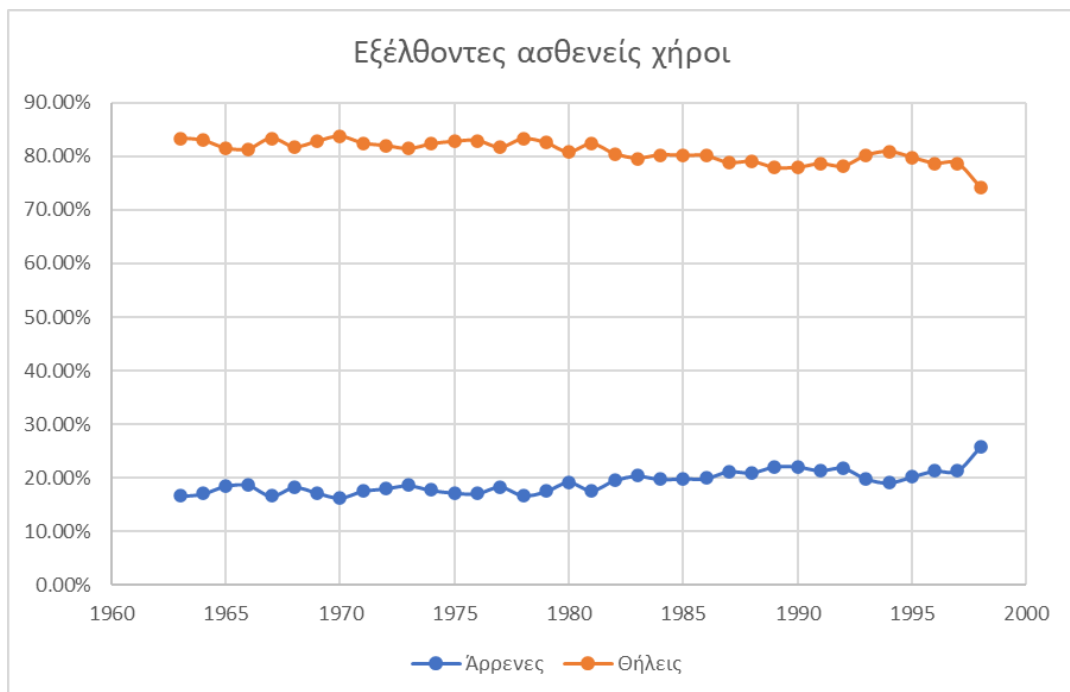
Στη συνέχεια (Διαγράμματα 32-36) αναλύονται οι κατανομές των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις ανά φύλο για κάθε οικογενειακή κατάσταση. Από το Διάγραμμα 32 παρατηρούμε ότι στους άγαμους εξελθόντες ασθενείς οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά (70%) με διαφορά περίπου 40% σε σύγκριση με τις γυναίκες (ως 30%), ενώ στους έγγαμους (Διάγραμμα 33) οι άνδρες αποτελούν το 60% ως και το 1985 όπου οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων μειώνονται. Για τους χήρους εξελθόντες ασθενείς (Διάγραμμα 34) οι γυναίκες παρουσιάζουν την συντριπτική πλειοψηφία (80%) σε αντίθεση με τους άνδρες που αποτελούν μόνο το 20%. Στους διαζευγμένους εξελθόντες ασθενείς (Διάγραμμα 35) επικρατούν οι γυναίκες με ποσοστά γύρω στο 60%, ενώ στους ασθενείς με άγνωστη οικογενειακή κατάσταση (Διάγραμμα 36) επικρατούν οι άνδρες με ποσοστά 60-70%.



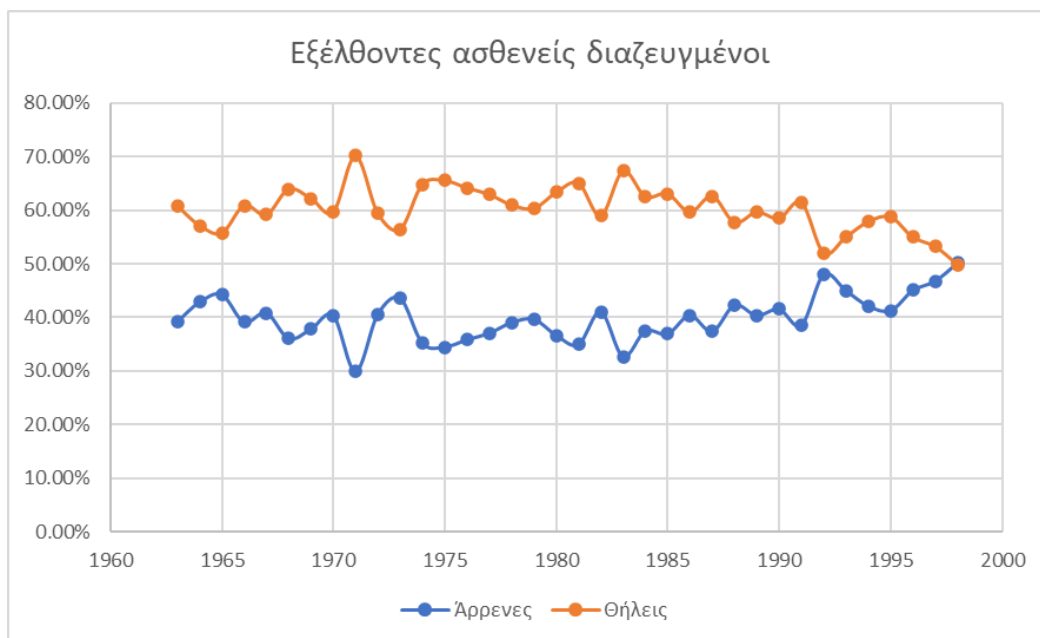
Γράφημα 32 Χρονική εξέλιξη ποσοστών άγαμων εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



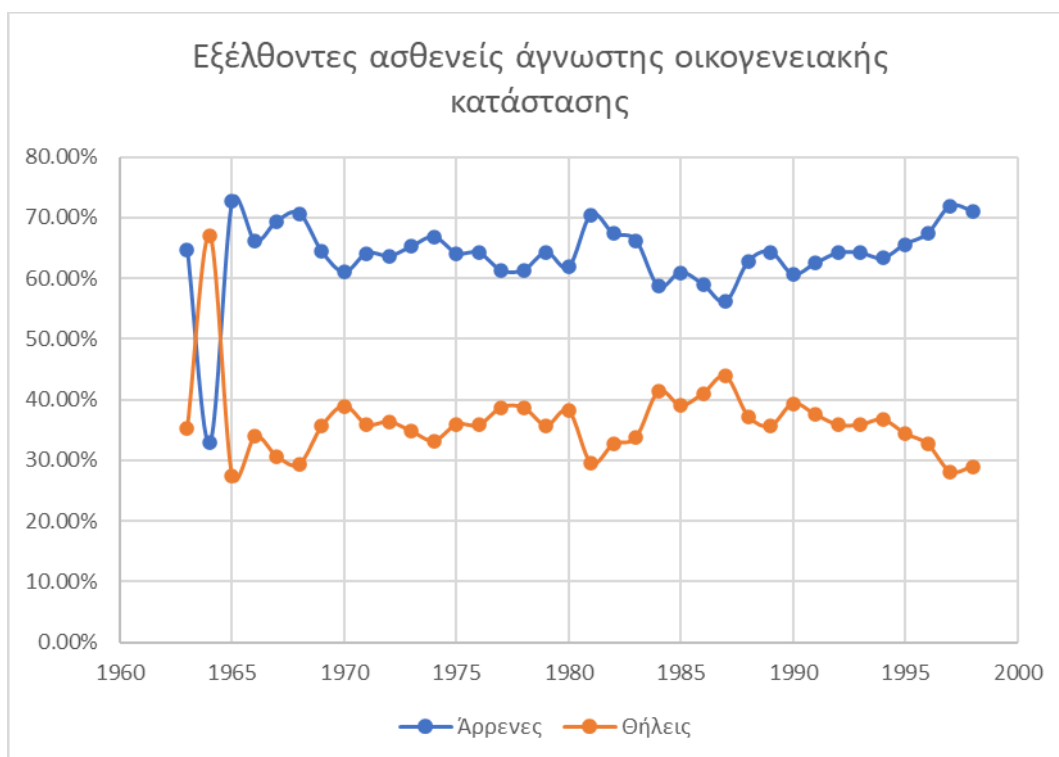
Γράφημα 33 Χρονική εξέλιξη ποσοστών έγγαμων εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 34 Χρονική εξέλιξη ποσοστών χήρων εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 35 Χρονική εξέλιξη ποσοστών διαζευγμένων εξελθόντων ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



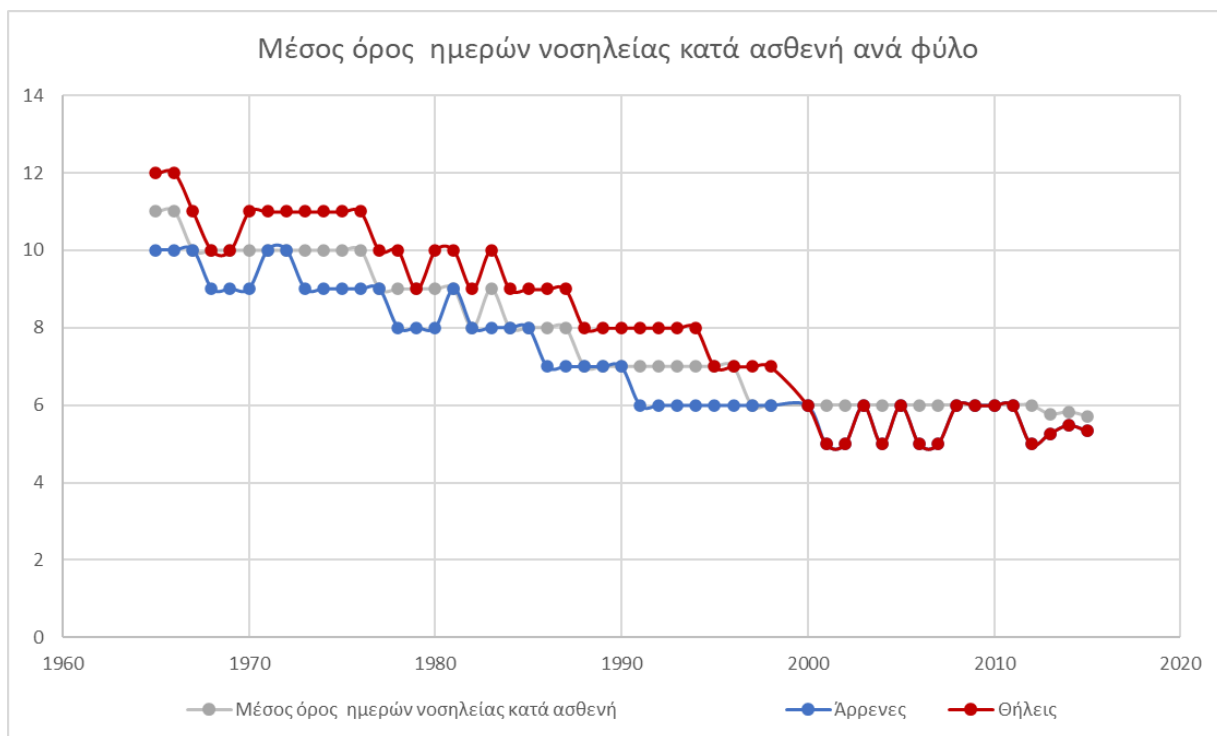
Γράφημα 36 Χρονική εξέλιξη ποσοστών των εξελθόντων άγνωστης οικογενειακής κατάστασης ανά φύλο στην Ελλάδα από το 1963-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Πίνακας 7 Εξεληθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις κατά φύλο και οικογενειακή κατάσταση στην Ελλάδα από 1958 -1998 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΗ	Οικογενειακή κατάσταση														
	Άγαμοι			Έγγαμοι			Χήροι			Διαζευγμένοι			Άγνωστη οικογενειακή κατάσταση		
	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερα	Άρρενες	Θήλειες
1958	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1963	34481	25967	8514	32488	19400	13088	2725	453	2272	120	47	73	1463	947	516
1964	36656	27821	8835	34669	20647	14022	2551	435	2116	91	39	52	1730	569	1161
1965	36479	27030	9449	37324	22329	14995	2815	521	2294	122	54	68	1651	1200	451
1966	36697	27174	9523	38604	23199	15405	2858	533	2325	138	54	84	2046	1352	694
1967	38107	27845	10262	43151	25299	17852	2897	482	2415	142	58	84	2003	1391	612
1968	39427	28686	10741	48258	27720	20538	3003	549	2454	147	53	94	1626	1149	477
1969	40589	29651	10938	49982	29141	20841	3017	520	2497	164	62	102	1813	1167	646
1970	40737	29733	11004	49687	29134	20553	2786	454	2332	114	46	68	1802	1100	702
1971	40350	29814	10536	49993	29307	20686	2987	525	2462	144	43	101	2413	1548	865
1972	43305	31938	11367	51579	30357	21222	3028	546	2482	175	71	104	977	622	355
1973	43663	32254	11409	52853	30555	22298	3041	566	2475	117	51	66	1149	750	399
1974	42066	30746	11320	52511	30422	22089	2936	520	2416	145	51	94	1109	741	368
1975	43655	32226	11429	53259	30865	22394	3345	577	2768	148	51	97	1706	1094	612
1976	45256	32980	12276	57403	33554	23849	3557	608	2949	173	62	111	1741	1118	623
1977	45252	32723	12529	58683	34121	24562	3528	648	2880	170	63	107	1147	703	444
1978	47255	34021	13234	60399	35084	25315	3335	559	2776	164	64	100	981	602	379
1979	49868	35679	14189	62022	35758	26264	3315	580	2735	179	71	108	1128	725	403

1980	50927	36518	14409	63564	36300	27264	3560	685	2875	150	55	95	802	496	306
1981	52916	37823	15093	64615	36625	27990	3704	655	3049	209	73	136	1176	829	347
1982	53909	38965	14944	64498	36266	28232	3522	689	2833	173	71	102	1198	807	391
1983	53745	39075	14670	64010	35035	28975	3065	625	2440	260	85	175	830	550	280
1984	54329	39036	15293	63698	34935	28763	3326	658	2668	195	73	122	1285	754	531
1985	53831	38909	14922	64097	34410	29687	3042	605	2437	195	72	123	1568	956	612
1986	54556	39945	14611	62714	33562	29152	3114	621	2493	171	69	102	1947	1148	799
1987	53630	38810	14820	66040	35068	30972	3448	732	2716	198	74	124	1624	912	712
1988	57984	42004	15980	66513	35309	31204	3347	703	2644	227	96	131	2153	1351	802
1989	57723	42469	15254	65215	34477	30738	3218	712	2506	228	92	136	1859	1196	663
1990	55487	40437	15050	64371	34279	30092	3096	685	2411	183	76	107	2027	1230	797
1991	56675	41462	15213	65179	34776	30403	3503	750	2753	218	84	134	2023	1264	759
1992	55617	40531	15086	67797	36678	31119	3790	829	2961	277	133	144	1951	1252	699
1993	54183	39441	14742	69132	37300	31832	4242	843	3399	271	122	149	1561	1002	559
1994	55418	40426	14992	71602	38800	32802	4767	912	3855	280	118	162	1450	918	532
1995	56376	41163	15213	74727	40744	33983	5694	1151	4543	327	135	192	1644	1079	565
1996	57375	41580	15795	75294	40444	34850	6509	1389	5120	444	200	244	1379	929	450
1997	59931	43172	16759	75448	41460	33988	7254	1551	5703	703	329	374	1042	749	293
1998	64094	46158	17936	76127	42164	33963	11586	2987	8599	660	331	329	1163	827	336

Παρατηρείται στους άγαμους εξέλθοντες ασθενείς οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά (70%) με διαφορά περίπου 40% σε σύγκριση με τις γυναίκες (ως 30%), ενώ στους έγγαμους οι άνδρες αποτελούν το 60% ως και το 1985 όπου οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων μειώνονται. Για τους χήρους εξέλθοντες ασθενείς οι γυναίκες παρουσιάζουν την συντριπτική πλειοψηφία (80%) σε αντίθεση με τους άνδρες που αποτελούν μόνο το 20%. Στους διαζευγμένους εξέλθοντες ασθενείς επικρατούν οι γυναίκες με ποσοστά γύρω στο 60%, ενώ στους ασθενείς με άγνωστη οικογενειακή κατάσταση επικρατούν οι άνδρες με ποσοστά 60-70%.



Γράφημα 37 Μέσος όρος ημερών νοσηλείας συνολικά και ανά φύλο των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1965-2015 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 37 παρουσιάζεται ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας συνολικά και ανά φύλο των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1965-2015. Παρατηρείται μείωση των συνολικών ημερών νοσηλείας από 11 ημέρες το 1965 στις 5.7 ημέρες το 2015, για αμφότερα τα φύλα. Ως και το 2000, οι ημέρες νοσηλείας των ανδρών ήταν λιγότερες από αυτές των γυναικών με διαφορές από 1 έως 2 ημέρες νοσηλείας ανά ασθενή. Μετά το 2000 η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι μηδενική, και ο αριθμός για του άνδρες και τις γυναίκες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις είναι ίδιο, ενώ κυμαίνεται σε ένα εύρος από 5 έως 6 μέρες κατά μέσο όρο.

Αναλυτικά τα στοιχεία των ημερών νοσηλείας των ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα κατά φύλο και μέσο όρο ημερών νοσηλείας από 1958-2020, παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

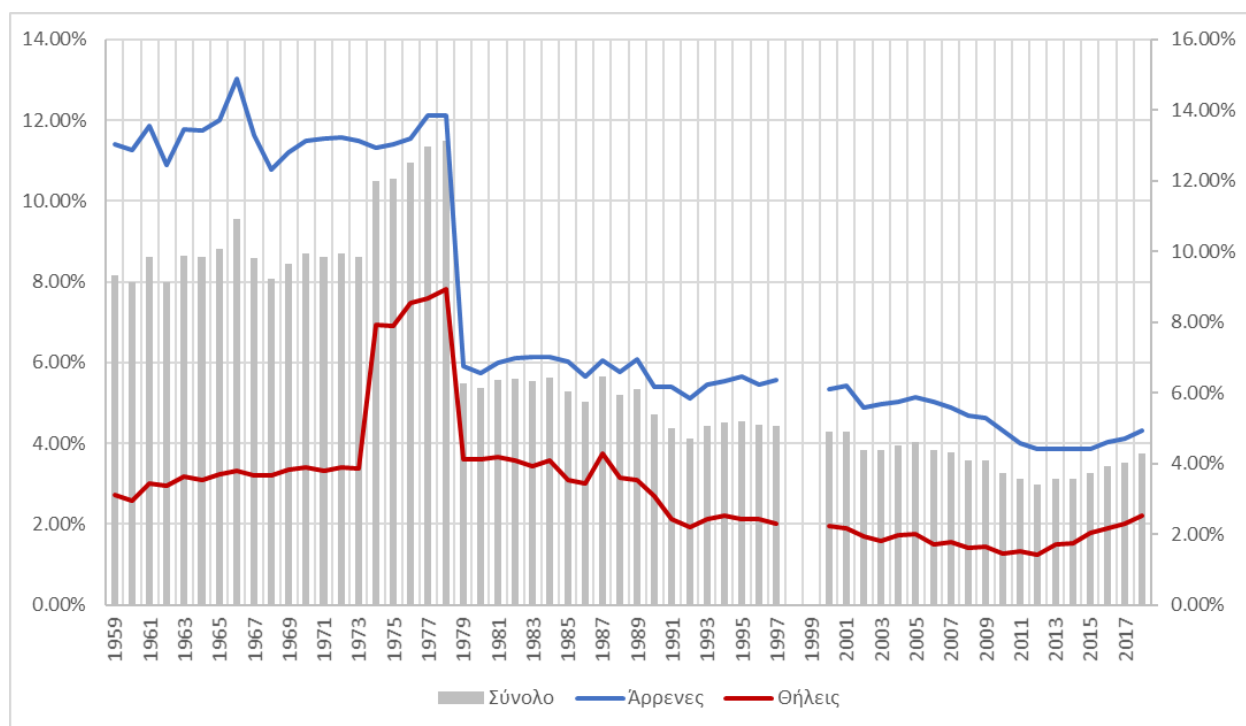
Πίνακας 8 Εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις στην Ελλάδα κατά φύλο και μέσο όρο ημερών νοσηλείας από 1958-2020 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΟΣ	Σύνολο εξελθόντων ασθενών	Μέσος όρος ημερών νοσηλείας κατά ασθενή	Άρρενες		Θήλεις	
			Εξελθόντες ασθενείς	Μέσος όρος ημερών νοσηλείας	Εξελθόντες ασθενείς	Μέσος όρος ημερών νοσηλείας
1958	-	-	-	-	-	-
1959	-	-	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-
1961	-	-	-	-	-	-
1962	-	-	-	-	-	-
1963	71277	11	-	-	-	-
1964	75697	11	49511	-	26186	-
1965	78391	11	51134	10	27257	12
1966	80343	11	52312	10	28031	12
1967	86300	10	55075	10	31225	11
1968	92461	10	58157	9	34304	10
1969	95565	10	60541	9	35024	10
1970	95126	10	60467	9	34659	11

1971	95887	10	61237	10	34650	11
1972	99064	10	63534	10	35530	11
1973	100823	10	64176	9	36647	11
1974	98767	10	62480	9	36287	11
1975	102113	10	64813	9	37300	11
1976	108130	10	68322	9	39808	11
1977	108780	9	68258	9	40522	10
1978	112134	9	70330	8	41804	10
1979	116512	9	72813	8	43699	9
1980	119003	9	74054	8	44949	10
1981	122620	9	76005	9	46615	10
1982	123300	8	76798	8	46502	9
1983	121910	9	75370	8	46540	10
1984	122833	8	75456	8	47377	9
1985	122733	8	74952	8	47781	9
1986	122502	8	75345	7	47157	9
1987	124940	8	75596	7	49344	9
1988	130224	7	79463	7	50761	8
1989	128243	7	78946	7	49297	8
1990	125164	7	76707	7	48457	8
1991	127598	7	78336	6	49262	8
1992	129432	7	79423	6	50009	8
1993	129389	7	78708	6	50681	8
1994	133517	7	81174	6	52343	8
1995	138768	7	84272	6	54496	7
1996	141002	7	84543	6	56459	7

1997	144378	6	87261	6	57117	7
1998	153630	6	92467	6	61163	7
1999	-	-	-	-	-	-
2000	166813	6	100180	6	66633	6
2001	166839	6	99947	5	66892	5
2002	164713	6	97270	5	67443	5
2003	160397	6	94212	6	66185	6
2004	171458	6	101319	5	70139	5
2005	176022	6	104255	6	71767	6
2006	172966	6	101415	5	71551	5
2007	174431	6	101958	5	72473	5
2008	171810	6	98261	6	73549	6
2009	169420	6	94935	6	74485	6
2010	163550	6	89737	6	73813	6
2011	157117	6	85847	6	71270	6
2012	158524	6	89274	5	69250	5
2013	111164	6	60768	5	50396	5
2014	109358	5.8	58212	5.5	51146	5.5
2015	111354	5.7	60070	5.3	51284	5.3
2016	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-
2019	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-

Παρατηρείται μείωση των συνολικών ημερών νοσηλείας από 11 ημέρες το 1965 στις 5.7 ημέρες το 2015, για αμφότερα τα φύλα. Ως και το 2000, οι ημέρες νοσηλείας των ανδρών ήταν λιγότερες από αυτές των γυναικών με διαφορές από 1 έως 2 ημέρες νοσηλείας ανά ασθενή. Μετά το 2000 η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι μηδενική, και ο αριθμός για του άνδρες και τις γυναίκες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις είναι ίδιο, ενώ κυμαίνεται σε ένα εύρος από 5 έως 6 μέρες κατά μέσο όρο.



Γράφημα 38 Θανόντες στο σύνολο και ανά φύλο από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018, σε ποσοστά επί του συνόλου των θανόντων από όλα τα νοσήματα. (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Στο Διάγραμμα 38 παρουσιάζονται οι θάνατοι από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1959-2018, σε ποσοστά επί του συνόλου των θανάτων από όλα τα νοσήματα (για το 1958 και την περίοδο μετά το 2018 δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Τα ποσοστά είναι υπολογισμένα με βάση τα αναλυτικά στοιχεία για τους θανάτους ανά φύλο από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις και από όλα τα νοσήματα για την περίοδο 1958-2020, τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Από το Διάγραμμα 38 παρατηρείται ότι ως και το 1978 και για τα δύο φύλα τα ποσοστά των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αποτελούσαν το 8-12% των συνολικών θανάτων στην Ελλάδα (την περίοδο 1974-1978 παρατηρείται αύξηση των ποσοστών που κυμαίνονται άνω του 10%), ενώ μετά το 1979 το ποσοστό αυτό μειώθηκε κάτω από το 7% και μετά το 2001 κάτω από το 5%. Όσον αφορά το φύλο, οι άνδρες καταλαμβάνουν διαχρονικά τα μεγαλύτερα ποσοστά που κυμαίνονταν άνω του 13% πριν το 1978 και στη συνέχεια μειώθηκαν στο 7%, φθάνοντας στο 5-6% την περίοδο μετά το 2015. Οι γυναίκες παρουσίαζαν ποσοστά μικρότερα του 4% πριν το 1973 και στη συνέχεια παρουσίασαν μέγιστες τιμές με τα ποσοστά να κυμαίνονται άνω του 8% για την περίοδο 1974-1978, ενώ ως και το 2018 τα ποσοστά των θανάτων στις γυναίκες κυμαίνονται σε ένα εύρος 2-4%. Αναλυτικά παρουσιάζονται τα στοιχεία στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις και από όλα τα νοσήματα για την περίοδο 1958-2020 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΗ	Θανόντες Εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις			Θανόντες από όλα τα νοσήματα εσωτερικό-εξωτερικό		
	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
1958	-	-	835	58,160	29,554	28,606
1959	4956	4026	930	60852	30865	29987
1960	4839	3963	876	60563	30774	29789
1961	5500	4431	1069	63955	32687	31268
1962	5319	4222	1097	66554	33924	32630
1963	5781	4597	1184	66813	34133	32680
1964	5982	4792	1190	69429	35679	33750
1965	5927	4719	1208	67269	34441	32828
1966	6478	5234	1244	67912	35128	32784
1967	6177	4888	1289	71975	36733	35242
1968	5919	4606	1313	73309	37360	35949
1969	6064	4728	1336	71825	36973	34852
1970	6431	5046	1385	74009	38387	35622
1971	6352	4990	1362	73819	37837	35982
1972	6679	5222	1457	76859	39460	37399
1973	6698	5242	1456	77648	39891	37757
1974	8010	5080	2930	76303	39279	37024
1975	8450	5390	3060	80077	41361	38716
1976	8950	5566	3384	81818	42206	39612
1977	9502	5988	3514	83750	43249	40501
1978	9380	5884	3496	81615	42487	39128
1979	4518	2892	1626	82338	42802	39536
1980	4695	2950	1745	87282	44942	42340
1981	4798	3060	1738	86261	44735	41526

1982	4828	3145	1683	86345	45134	41211
1983	5004	3299	1705	90586	47024	43562
1984	4964	3235	1729	88397	46217	42180
1985	4902	3328	1574	92886	48452	44434
1986	4607	3094	1513	91783	47798	43985
1987	5403	3439	1964	95656	49675	45981
1988	4790	3206	1584	92407	48546	43861
1989	4942	3381	1561	92720	48635	44085
1990	4434	3053	1381	94152	49433	44719
1991	4187	3087	1100	95498	50105	45393
1992	4036	3012	1024	98231	51568	46663
1993	4309	3182	1127	97419	51139	46280
1994	4422	3253	1169	97807	51373	46434
1995	4549	3407	1142	100158	52850	47308
1996	4482	3324	1158	100740	53253	47487
1997	4422	3335	1087	99738	52548	47190
1998	-	-	-	102668	53637	49031
1999	-	-	-	103304	54212	49092
2000	4496	3380	1116	105170	55422	49748
2001	4400	3345	1055	102559	53853	48706
2002	3993	3034	959	103915	54406	49509
2003	4041	3120	921	105529	54942	50587
2004	4147	3167	980	104942	55084	49858
2005	4244	3248	996	105091	55435	49656
2006	4031	3179	852	105476	55290	50186
2007	4143	3206	937	109895	57366	52529
2008	3849	3012	837	107979	56390	51589
2009	3868	3018	850	108316	57015	51301
2010	3554	2791	763	109084	56480	52604
2011	3460	2656	804	111099	57999	53100
2012	3466	2659	807	116668	60135	56533
2013	3473	2549	924	111794	57630	54164
2014	3554	2586	968	113740	58546	55194

2015	3946	2734	1212	121183	61778	59405
2016	4062	2794	1268	118788	60538	58250
2017	4391	2976	1415	124495	63165	61330
2018	4518	3025	1493	120291	61382	58909
2019	-	-	-	124965	63088	61877
2020	-	-	-	130288	65800	64488

Πίνακας 10 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο για παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

Έτη	Αμφότερα τα φύλα						Άρρενες						Θήλεις					
	Σύνολο	Ηλικία του θανόντος					Σύνολο	Ηλικία του θανόντος					Σύνολο	Ηλικία του θανόντος				
		< 1 έτους	1-4	5-9	10-14	15-19		< 1 έτους	1-4	5-9	10-14	15-19		< 1 έτους	1-4	5-9	10-14	15-19
1959	1090	140	315	166	156	313	838	104	218	139	121	256	252	36	97	27	35	57
1960	1050	91	284	191	151	333	867	72	209	168	130	288	183	19	75	23	21	45
1961	1126	138	265	189	188	346	926	111	199	156	161	299	200	27	66	33	27	47
1962	952	109	240	155	145	303	765	87	165	124	132	257	187	22	75	31	13	46
1963	1155	172	242	208	164	369	935	123	185	169	143	315	220	49	57	39	21	54
1964	1165	160	247	203	144	411	961	127	181	166	118	369	204	33	66	37	26	42
1965	1076	127	228	174	177	370	883	101	169	135	151	327	193	26	59	39	26	43
1966	1095	91	279	178	196	351	904	64	216	146	168	310	191	27	63	32	28	41
1967	1022	133	191	156	171	371	864	100	148	124	156	336	158	33	43	32	15	35
1968	814	101	207	136	116	254	656	68	150	106	104	228	158	33	57	30	12	26
1969	928	134	200	141	132	321	740	86	148	120	110	276	188	48	52	21	22	45
1970	995	111	217	122	171	374	844	84	166	104	148	342	151	27	51	18	23	32
1971	853	104	179	147	116	307	706	78	140	122	100	266	147	26	39	25	16	41
1972	947	122	171	144	146	364	774	96	120	112	118	328	173	26	51	32	28	36
1973	961	138	179	114	155	375	770	104	130	80	132	324	191	34	49	34	23	51
1974	1108	168	222	150	172	396	772	96	144	88	124	320	336	72	78	62	48	76
1975	1180	174	228	170	160	448	826	98	136	116	106	370	354	76	92	54	54	78
1976	1244	204	228	168	156	488	830	110	130	100	110	380	414	94	98	68	46	108
1977	1280	198	216	170	174	522	890	108	116	122	124	420	390	90	100	48	50	102
1978	1298	166	236	158	170	568	880	80	132	94	114	460	418	86	104	64	56	108
1979	580	82	96	71	85	246	404	41	53	49	62	199	176	41	43	22	23	47
1980	625	113	99	68	99	246	442	59	63	44	72	204	183	54	36	24	27	42
1981	576	104	88	69	79	236	409	57	59	44	59	190	167	47	29	25	20	46
1982	644	85	82	83	93	301	450	53	42	46	75	234	194	32	40	37	18	67
1983	658	87	70	58	100	343	470	51	39	35	66	279	188	36	31	23	34	64
1984	573	71	76	64	58	304	399	35	50	44	39	231	174	36	26	20	19	73

1985	595	63	76	71	73	312	424	40	45	44	48	247	171	23	31	27	25	65
1986	529	57	82	52	65	273	379	29	49	38	52	211	150	28	33	14	13	62
1987	456	55	65	50	58	228	321	32	39	35	41	174	135	23	26	15	17	54
1988	477	42	69	72	46	248	331	19	46	36	29	201	146	23	23	36	17	47
1989	468	59	67	64	53	225	336	38	41	39	41	177	132	21	26	25	12	48
1990	478	42	41	71	63	261	351	22	28	43	50	208	127	20	13	28	13	53
1991	488	45	39	38	68	298	383	19	27	24	59	254	105	26	12	14	9	44
1992	442	30	41	34	65	272	330	18	22	19	48	223	112	12	19	15	17	49
1993	419	35	31	40	59	254	289	17	16	23	36	197	130	18	15	17	23	57
1994	444	20	49	45	42	288	319	8	27	27	23	234	125	12	22	18	19	54
1995	414	25	25	36	54	274	299	11	15	21	35	217	115	14	10	15	19	57
1996	418	24	34	34	55	271	306	12	17	20	38	219	112	12	17	14	17	52
1997	435	22	32	36	54	291	308	13	19	22	34	220	127	9	13	14	20	71
2000	362	13	26	31	28	264	268	11	17	17	21	202	94	2	9	14	7	62
2001	361	19	23	23	41	255	267	9	14	12	28	204	94	10	9	11	13	51
2002	310	17	34	26	28	205	231	10	22	16	13	170	79	7	12	10	15	35
2003	317	11	21	22	35	228	234	6	14	18	20	176	83	5	7	4	15	52
2004	275	6	22	22	27	198	199	2	12	14	18	153	76	4	10	8	9	45
2005	287	5	21	38	36	187	205	3	14	23	16	149	82	2	7	15	20	38
2006	242	7	21	17	25	172	194	4	12	12	21	145	48	3	9	5	4	27
2007	253	9	24	21	32	167	190	6	14	12	21	137	63	3	10	9	11	30
2008	200	7	25	15	22	131	155	5	12	12	17	109	45	2	13	3	5	22
2009	215	10	23	16	30	136	166	6	13	8	24	115	49	4	10	8	6	21
2010	200	6	21	14	18	141	147	3	14	9	9	112	53	3	7	5	9	29
2011	168	7	14	24	15	108	123	3	5	18	9	88	45	4	9	6	6	20
2012	147	3	14	9	14	107	115	3	6	6	10	90	32	0	8	3	4	17
2013	135	5	13	17	19	81	97	2	9	11	12	63	38	3	4	6	7	18
2014	145	7	15	15	15	93	113	2	12	10	12	77	32	5	3	5	3	16
2015	114	4	12	9	9	80	77	2	8	2	4	61	37	2	4	7	5	19
2016	109	2	16	16	12	63	83	0	9	11	11	52	26	2	7	5	1	11
2017	117	3	8	17	9	80	94	3	6	13	6	66	23	0	2	4	3	14
2018	113	4	8	15	17	69	85	4	4	8	11	58	28	0	4	7	6	11

Πίνακας 11 Θάνατοι εσωτερικό-εξωτερικό από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο για τους ενήλικες άνω των 20 ετών (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

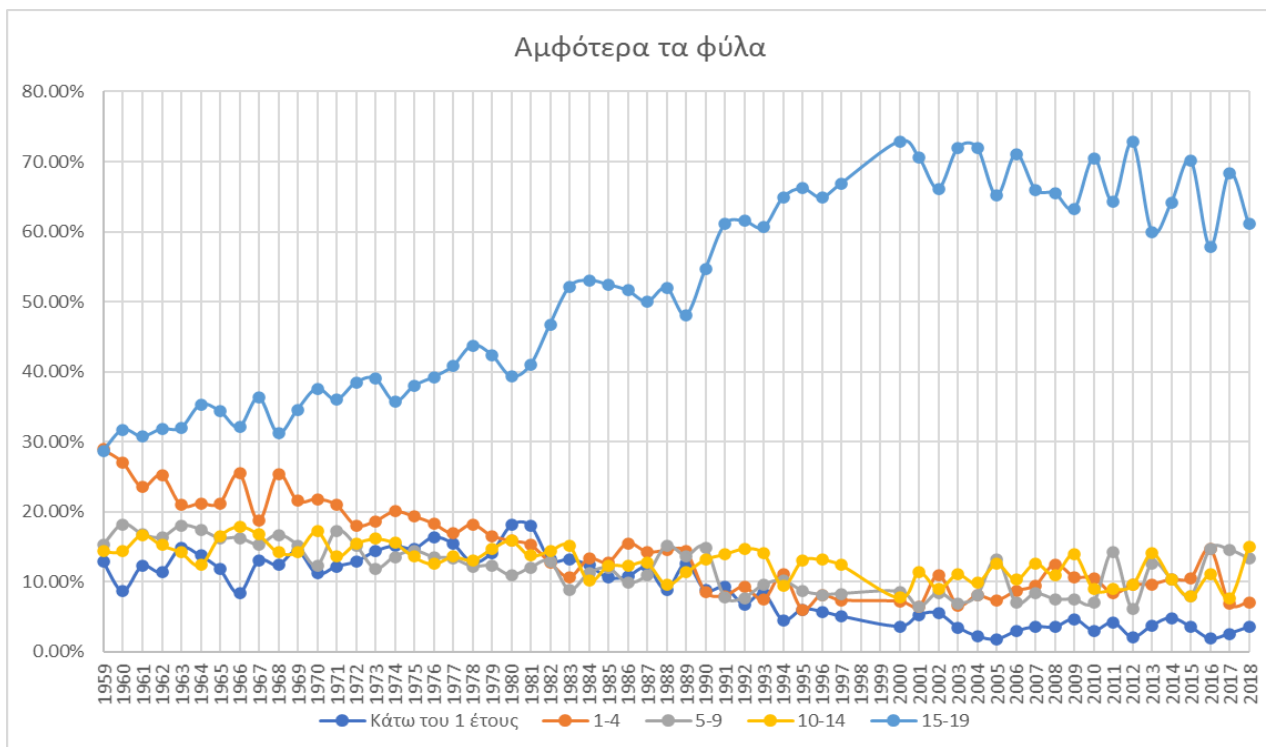
	Σύνολο	20-29 ετών			30-39 ετών			40-49 ετών			50-59 ετών			60-69 ετών			70-79 ετών			80 ετών και άνω			μη δηλωθείσα ηλικία		
		Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις	Αμφότερα	Άρρεν	Θήλεις
1959	3843	910	799	111	621	557	64	566	499	67	531	467	64	433	324	109	457	309	148	325	214	111	21	19	2
1960	3777	774	682	92	539	470	69	498	433	65	582	494	88	461	375	86	474	339	135	449	296	153	15	10	5
1961	4364	843	746	97	620	548	72	493	431	62	602	517	85	531	394	137	624	447	177	651	415	236	10	7	3
1962	4356	767	688	79	720	658	62	430	364	66	622	520	102	497	387	110	667	440	227	653	390	263	11	10	1
1963	4602	844	761	83	690	607	83	442	380	62	627	542	85	608	479	129	646	413	233	745	458	287	24	22	2
1964	4794	839	762	77	742	672	70	535	465	70	693	592	101	649	506	143	633	391	242	703	423	280	23	20	3
1965	4836	856	786	70	671	606	65	551	483	68	637	533	104	618	470	148	751	481	270	752	465	287	15	12	3
1966	5344	1105	1018	87	799	710	89	652	572	80	744	610	134	687	520	167	634	420	214	723	444	279	39	36	3
1967	5146	880	804	76	739	654	85	543	474	69	677	566	111	713	548	165	775	472	303	819	498	321	9	8	1
1968	5100	808	734	74	648	576	72	568	506	62	655	560	95	715	548	167	761	462	299	945	560	385	5	4	1
1969	5130	739	674	65	753	696	57	625	550	75	624	542	82	700	516	184	774	488	286	915	516	399	6	6	0
1970	5477	822	760	62	701	590	111	697	622	75	679	564	115	873	684	189	770	464	306	935	514	421	4	4	0
1971	5489	777	696	81	697	616	81	669	584	85	676	576	100	787	600	187	871	570	301	1012	634	378	10	8	2
1972	5708	899	808	91	680	620	60	656	576	80	704	598	106	832	660	172	912	586	326	1025	576	449	4	4	0
1973	5727	874	784	90	619	556	63	732	664	68	703	592	111	795	636	159	942	616	326	1062	616	446	10	8	2
1974	6886	1040	874	166	706	564	142	742	582	160	734	534	200	968	594	374	1260	582	678	1436	562	874	16	16	0
1975	7256	1056	868	188	768	612	156	918	712	206	710	488	222	1048	644	404	1244	628	616	1512	602	910	14	10	4
1976	7702	1128	904	224	762	610	152	930	716	214	790	592	198	998	646	352	1444	670	774	1650	596	1054	4	2	2
1977	8143	1084	904	180	842	686	156	984	758	226	925	654	271	1174	656	518	1598	752	846	1536	676	860	13	12	1
1978	8370	1104	920	184	856	704	152	1002	744	258	848	600	248	1082	674	408	1556	726	830	1922	926	996	12	10	2
1979	3931	551	452	99	402	318	84	455	344	111	525	374	151	522	337	185	695	332	363	781	326	455	7	5	2
1980	4063	544	444	100	383	305	78	481	381	100	461	343	118	500	330	170	740	339	401	954	361	593	7	5	2
1981	4221	619	511	108	388	316	72	449	347	102	483	368	115	552	345	207	836	418	418	894	345	549	1	1	0
1982	4183	665	544	121	427	342	85	445	343	102	505	379	126	516	330	186	789	441	348	836	315	521	1	1	0
1983	4346	651	545	106	468	373	95	445	352	93	570	426	144	538	340	198	733	389	344	941	404	537	0	0	0

1984	4391	730	605	125	475	375	100	448	350	98	560	412	148	515	321	194	792	416	376	871	357	514	0	0	0
1985	4307	730	627	103	480	377	103	470	376	94	605	432	173	523	339	184	713	414	299	786	339	447	0	0	0
1986	4048	683	549	134	445	345	100	422	309	113	608	452	156	494	314	180	731	449	282	665	267	398	0	0	0
1987	4947	738	611	127	477	383	94	426	335	91	611	435	176	591	362	229	989	513	476	1115	479	636	0	0	0
1988	4311	701	552	149	498	400	98	433	330	103	578	431	147	588	391	197	735	415	320	778	354	424	2	2	0
1989	4474	786	657	129	506	406	100	449	339	110	619	476	143	603	391	212	739	422	317	772	354	418	0	0	0
1990	3956	785	627	158	469	375	94	422	334	88	537	408	129	519	346	173	553	313	240	671	299	372	0	0	0
1991	3699	871	716	155	537	418	119	453	372	81	496	370	126	503	351	152	432	254	178	407	223	184	0	0	0
1992	3594	788	653	135	569	466	103	423	334	89	517	404	113	500	345	155	437	273	164	360	207	153	0	0	0
1993	3890	788	672	116	531	440	91	469	382	87	519	405	114	572	418	154	556	329	227	455	247	208	0	0	0
1994	3978	844	707	137	578	469	109	432	346	86	491	374	117	621	442	179	522	325	197	490	271	219	0	0	0
1995	4135	878	741	137	657	542	115	498	414	84	522	386	136	609	433	176	529	323	206	442	269	173	0	0	0
1996	4064	894	747	147	695	569	126	475	388	87	447	332	115	660	470	190	513	299	214	380	213	167	0	0	0
1997	3987	897	759	138	652	530	122	504	405	99	499	388	111	573	410	163	503	325	178	359	210	149	0	0	0
2000	4134	864	740	124	646	534	112	508	398	110	484	371	113	610	426	184	641	411	230	381	232	149	0	0	0
2001	4039	879	753	126	618	495	123	510	424	86	468	364	104	565	417	148	622	414	208	377	211	166	0	0	0
2002	3683	751	643	108	556	465	91	468	378	90	396	309	87	559	411	148	615	398	217	338	199	139	0	0	0
2003	3724	712	626	86	592	498	94	519	431	88	478	380	98	487	350	137	571	397	174	365	204	161	0	0	0
2004	3872	808	691	117	630	535	95	510	411	99	455	356	99	472	345	127	604	386	218	393	244	149	0	0	0
2005	3957	879	744	135	694	573	121	496	385	111	429	335	94	437	324	113	618	446	172	404	236	168	0	0	0
2006	3789	818	718	100	640	548	92	526	438	88	439	354	85	404	303	101	603	413	190	359	211	148	0	0	0
2007	3890	840	719	121	620	531	89	515	432	83	422	343	79	424	316	108	630	428	202	439	247	192	0	0	0
2008	3649	696	609	87	574	499	75	514	418	96	423	334	89	418	300	118	617	438	179	407	259	148	0	0	0
2009	3653	662	574	88	622	530	92	517	433	84	417	351	66	434	335	99	596	379	217	405	250	155	0	0	0
2010	3354	554	479	75	541	459	82	491	421	70	432	350	82	379	300	79	529	354	175	428	281	147	0	0	0
2011	3292	513	436	77	509	420	89	509	436	73	425	338	87	359	274	85	544	362	182	433	267	166	0	0	0
2012	3319	425	367	58	518	451	67	462	399	63	457	371	86	400	294	106	571	392	179	486	270	216	0	0	0
2013	3338	370	302	68	417	334	83	440	370	70	464	371	93	446	318	128	650	431	219	551	326	225	0	0	0
2014	3409	320	250	70	383	313	70	457	373	84	465	368	97	437	340	97	607	416	191	740	413	327	0	0	0
2015	3832	311	262	49	426	347	79	446	370	76	432	368	64	503	353	150	720	465	255	994	492	502	0	0	0
2016	3953	286	239	47	372	316	56	419	336	83	468	365	103	510	379	131	725	468	257	1173	608	565	0	0	0
2017	4274	283	249	34	340	291	49	425	346	79	474	387	87	516	385	131	741	486	255	1495	738	757	0	0	0
2018	4405	266	218	48	406	349	57	412	339	73	470	368	102	524	409	115	805	504	301	1522	753	769	0	0	0

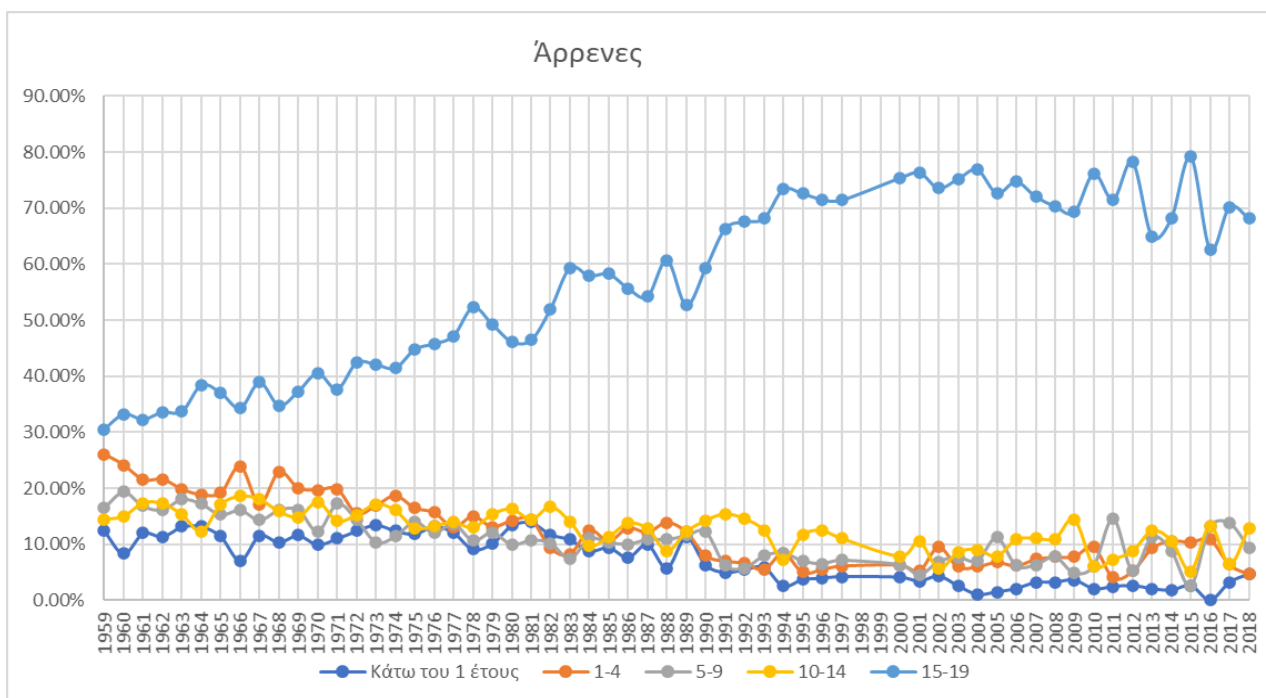
Οι Πίνακες 10 και 11 παρουσιάζουν αναλυτικά στοιχεία για τους θανάτους από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις σε παιδιά και εφήβους ως 19 ετών, καθώς και στους ενήλικες, αντίστοιχα, ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο. Σχετικά με τους θανάτους που παρουσιάστηκαν σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών, δημιουργήθηκαν τα Διαγράμματα 39-41. Από το Διάγραμμα 39 για αμφότερα τα φύλα διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά των θανάτων στα παιδιά και τους εφήβους ως και 14 ετών παραμένουν χαμηλά (κάτω του 30%) και μειώνονται μετά το 1980 σε κάτω του 20% ανά ηλικιακή ομάδα. Αντίθετα, η πλειοψηφία των θανάτων αφορά σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, το ποσοστό των οποίων αυξάνεται αναλογικά με την πάροδο του χρόνου και φθάνει το 60-70% μετά το 2000. Το ίδιο μοτίβο ακολουθείται και στους άρρενες (Διάγραμμα 40), όπου παρατηρείται ότι μετά το 2000 τα ποσοστά των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών μεταβάλλονται στο εύρος 60-80% μετά το 2000. Όσον αφορά τις θήλεις, οι θάνατοι όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, είναι λιγότεροι συγκριτικά με τους άρρενες και στην κατηγορία των παιδιών και εφήβων και συγκεκριμένα οι διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων είναι μικρότερες. Στο Διάγραμμα 41 παρατηρούμε ότι η ηλικία των θηλέων 15-19 ετών καταλαμβάνει το 40-60% των θανάτων, ενώ οι λοιπές ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά (κάτω του 30%). Στο Διάγραμμα 42 παρουσιάζονται οι θάνατοι στο σύνολο και ανά φύλο των ασθενών χωρίς δηλωθείσα ηλικία.

Το Διάγραμμα 43 αποτελεί θερμικό χάρτη όπου αντιπαραβάλλονται τα ποσοστά των θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων 20 ετών και άνω, με τα χρονολογικά έτη και για τα δύο φύλα. Παρατηρείται ότι την περίοδο ως και το 1967 τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων αναλογούσαν στην ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών. Στη συνέχεια, από το 1968 ως και το 1988 τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων σημειώθηκαν στις ηλικιακές ομάδες 70-79 ετών και άνω των 80 ετών, ενώ την περίοδο από το 1988 ως και το 2011 τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων παρουσιάζει η ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών. Από το 2014 ως το 2018 τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω. Οι θερμικοί χάρτες ανά φύλο (Διάγραμμα 44) παρουσιάζουν τα ποσοστά των θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα των ενηλίκων 20 ετών και άνω, με τα χρονολογικά έτη για κάθε φύλο ξεχωριστά. Παρατηρείται ότι στους ενήλικες άνδρες τα μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων παρατηρούνται στις ηλικίες των 20-29 ετών ως και το 2011, ενώ την περίοδο 2014-2018

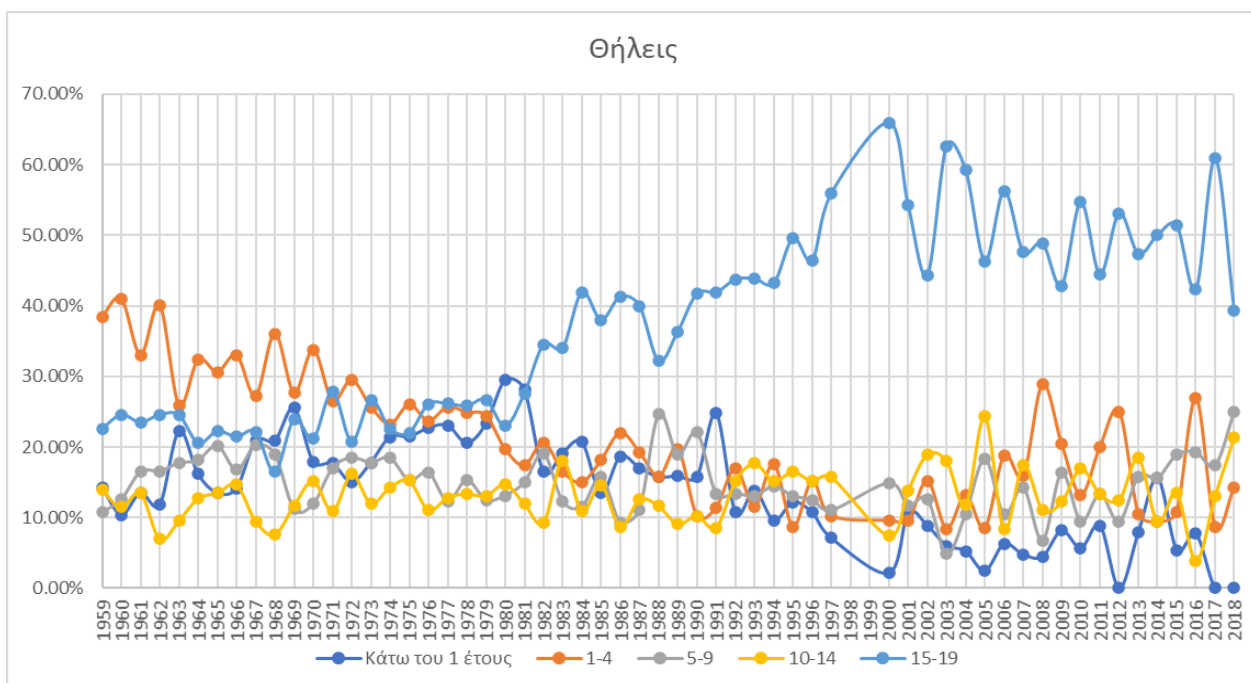
τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικίες άνω των 80 ετών. Αντίθετα, για τις γυναίκες, σε όλη την περίοδο μελέτης τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις εμφανίζονται σε ηλικίες άνω των 70 ετών.



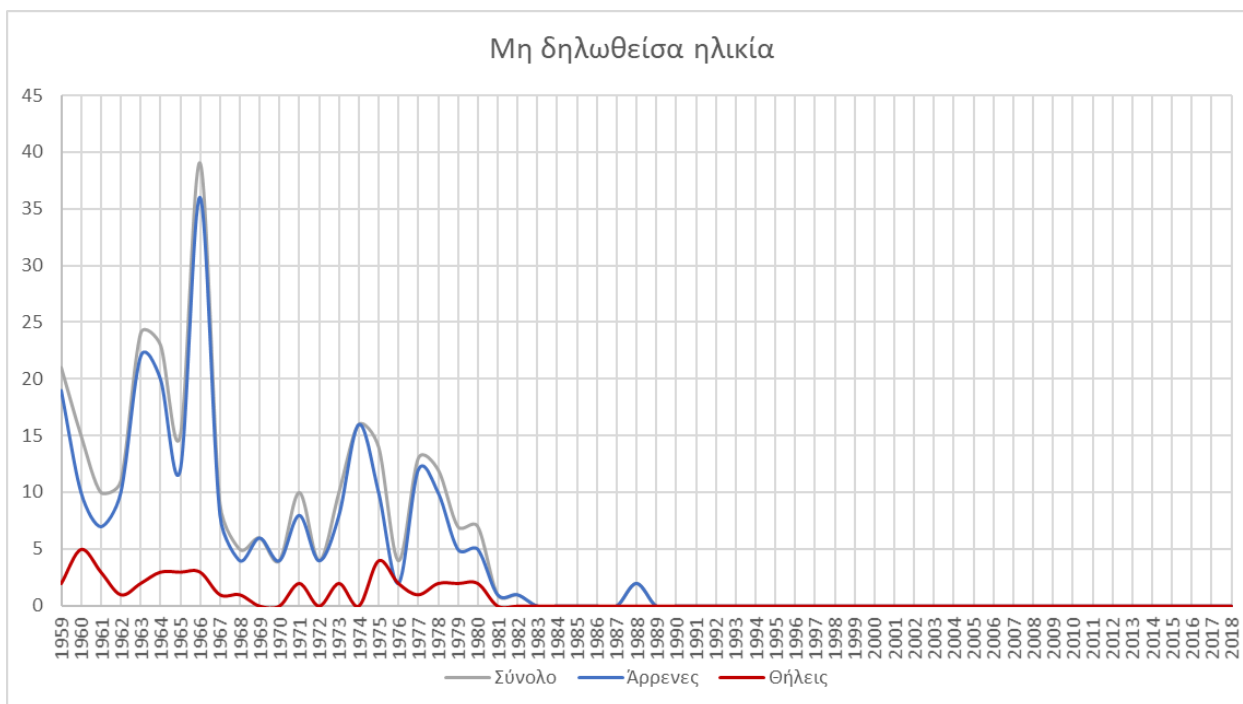
Γράφημα 39 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για αμφότερα τα φύλα, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 40 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για τους άρρενες, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 41 Ποσοστά θανάτων ανά ηλικιακή ομάδα για τις θήλεις, επί του συνόλου των θανάτων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020, σε παιδιά και εφήβους ως και 19 ετών (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)



Γράφημα 42 Θάνατοι ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις για την περίοδο 1958-2020 μη δηλωθείσας ηλικίας στο σύνολο και ανά φύλο (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΟΣ	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 και άνω
1959	23.68%	16.16%	14.73%	13.82%	11.27%	11.89%	8.46%
1960	20.49%	14.27%	13.19%	15.41%	12.21%	12.55%	11.89%
1961	19.32%	14.21%	11.30%	13.79%	12.17%	14.30%	14.92%
1962	17.61%	16.53%	9.87%	14.28%	11.41%	15.31%	14.99%
1963	18.34%	14.99%	9.60%	13.62%	13.21%	14.04%	16.19%
1964	17.50%	15.48%	11.16%	14.46%	13.54%	13.20%	14.66%
1965	17.70%	13.88%	11.39%	13.17%	12.78%	15.53%	15.55%
1966	20.68%	14.95%	12.20%	13.92%	12.86%	11.86%	13.53%
1967	17.10%	14.36%	10.55%	13.16%	13.86%	15.06%	15.92%
1968	15.84%	12.71%	11.14%	12.84%	14.02%	14.92%	18.53%
1969	14.41%	14.68%	12.18%	12.16%	13.65%	15.09%	17.84%
1970	15.01%	12.80%	12.73%	12.40%	15.94%	14.06%	17.07%
1971	14.16%	12.70%	12.19%	12.32%	14.34%	15.87%	18.44%
1972	15.75%	11.91%	11.49%	12.33%	14.58%	15.98%	17.96%
1973	15.26%	10.81%	12.78%	12.28%	13.88%	16.45%	18.54%
1974	15.10%	10.25%	10.78%	10.66%	14.06%	18.30%	20.85%
1975	14.55%	10.58%	12.65%	9.79%	14.44%	17.14%	20.84%
1976	14.65%	9.89%	12.07%	10.26%	12.96%	18.75%	21.42%
1977	13.31%	10.34%	12.08%	11.36%	14.42%	19.62%	18.86%
1978	13.19%	10.23%	11.97%	10.13%	12.93%	18.59%	22.96%
1979	14.02%	10.23%	11.57%	13.36%	13.28%	17.68%	19.87%
1980	13.39%	9.43%	11.84%	11.35%	12.31%	18.21%	23.48%
1981	14.66%	9.19%	10.64%	11.44%	13.08%	19.81%	21.18%
1982	15.90%	10.21%	10.64%	12.07%	12.34%	18.86%	19.99%
1983	14.98%	10.77%	10.24%	13.12%	12.38%	16.87%	21.65%
1984	16.62%	10.82%	10.20%	12.75%	11.73%	18.04%	19.84%
1985	16.95%	11.14%	10.91%	14.05%	12.14%	16.55%	18.25%
1986	16.87%	10.99%	10.42%	15.02%	12.20%	18.06%	16.43%
1987	14.92%	9.64%	8.61%	12.35%	11.95%	19.99%	22.54%
1988	16.26%	11.55%	10.04%	13.41%	13.64%	17.05%	18.05%
1989	17.57%	11.31%	10.04%	13.84%	13.48%	16.52%	17.26%
1990	19.84%	11.86%	10.67%	13.57%	13.12%	13.98%	16.96%
1991	23.55%	14.52%	12.25%	13.41%	13.60%	11.68%	11.00%
1992	21.93%	15.83%	11.77%	14.39%	13.91%	12.16%	10.02%
1993	20.26%	13.65%	12.06%	13.34%	14.70%	14.29%	11.70%
1994	21.22%	14.53%	10.86%	12.34%	15.61%	13.12%	12.32%
1995	21.23%	15.89%	12.04%	12.62%	14.73%	12.79%	10.69%
1996	22.00%	17.10%	11.69%	11.00%	16.24%	12.62%	9.35%
1997	22.50%	16.35%	12.64%	12.52%	14.37%	12.62%	9.00%
2000	20.90%	15.63%	12.29%	11.71%	14.76%	15.51%	9.22%
2001	21.76%	15.30%	12.63%	11.59%	13.99%	15.40%	9.33%
2002	20.39%	15.10%	12.71%	10.75%	15.18%	16.70%	9.18%
2003	19.12%	15.90%	13.94%	12.84%	13.08%	15.33%	9.80%
2004	20.87%	16.27%	13.17%	11.75%	12.19%	15.60%	10.15%
2005	22.21%	17.54%	12.53%	10.84%	11.04%	15.62%	10.21%
2006	21.59%	16.89%	13.88%	11.59%	10.66%	15.91%	9.47%
2007	21.59%	15.94%	13.24%	10.85%	10.90%	16.20%	11.29%
2008	19.07%	15.73%	14.09%	11.59%	11.46%	16.91%	11.15%
2009	18.12%	17.03%	14.15%	11.42%	11.88%	16.32%	11.09%
2010	16.52%	16.13%	14.64%	12.88%	11.30%	15.77%	12.76%
2011	15.58%	15.46%	15.46%	12.91%	10.91%	16.52%	13.15%
2012	12.81%	15.61%	13.92%	13.77%	12.05%	17.20%	14.64%
2013	11.08%	12.49%	13.18%	13.90%	13.36%	19.47%	16.51%
2014	9.39%	11.23%	13.41%	13.64%	12.82%	17.81%	21.71%
2015	8.12%	11.12%	11.64%	11.27%	13.13%	18.79%	25.94%
2016	7.24%	9.41%	10.60%	11.84%	12.90%	18.34%	29.67%
2017	6.62%	7.96%	9.94%	11.09%	12.07%	17.34%	34.98%
2018	6.04%	9.22%	9.35%	10.67%	11.90%	18.27%	34.55%

Γράφημα 43 Θερμικός χάρτης (heatmap) ανά ηλικιακή ομάδα των θανόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ίδια στατιστική επεξεργασία)

ΕΤΟΣ	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 και άνω
1959	25.21%	17.58%	15.75%	14.74%	10.22%	9.75%	6.75%
1960	22.08%	15.22%	14.02%	15.99%	12.14%	10.97%	9.58%
1961	21.33%	15.67%	12.32%	14.78%	11.26%	12.78%	11.86%
1962	19.96%	19.09%	10.56%	15.09%	11.23%	12.76%	11.31%
1963	20.91%	16.68%	10.44%	14.89%	13.16%	11.35%	12.58%
1964	19.99%	17.63%	12.20%	15.53%	13.28%	10.26%	11.10%
1965	20.55%	15.85%	12.63%	13.94%	12.29%	12.58%	12.16%
1966	23.71%	16.53%	13.32%	14.21%	12.11%	9.78%	10.34%
1967	20.02%	16.28%	11.80%	14.09%	13.65%	11.75%	12.40%
1968	18.60%	14.60%	12.82%	14.19%	13.89%	11.71%	14.19%
1969	16.93%	17.48%	13.81%	13.61%	12.96%	12.26%	12.96%
1970	18.10%	14.05%	14.82%	13.43%	16.29%	11.05%	12.24%
1971	16.28%	14.41%	13.66%	13.47%	14.03%	13.33%	14.83%
1972	18.26%	14.01%	13.02%	13.52%	14.92%	13.25%	13.02%
1973	17.56%	12.46%	14.87%	13.26%	14.25%	13.80%	13.80%
1974	20.36%	13.14%	13.56%	12.44%	13.84%	13.56%	13.09%
1975	19.06%	13.44%	15.63%	10.72%	14.14%	13.79%	13.22%
1976	19.10%	12.89%	15.12%	12.51%	13.65%	14.15%	12.59%
1977	17.77%	13.49%	14.90%	12.86%	12.90%	14.79%	13.29%
1978	17.38%	13.30%	14.05%	11.33%	12.73%	13.71%	17.49%
1979	18.20%	12.81%	13.85%	15.06%	13.57%	13.37%	13.13%
1980	17.74%	12.19%	15.22%	13.70%	13.18%	13.54%	14.42%
1981	19.28%	11.92%	13.09%	13.89%	13.02%	15.77%	13.02%
1982	20.19%	12.69%	12.73%	14.07%	12.25%	16.37%	11.69%
1983	19.26%	13.18%	12.44%	15.06%	12.02%	13.75%	14.28%
1984	21.33%	13.22%	12.34%	14.53%	11.32%	14.67%	12.59%
1985	21.59%	12.98%	12.95%	14.88%	11.67%	14.26%	11.67%
1986	20.45%	12.85%	11.51%	16.83%	11.69%	16.72%	9.94%
1987	19.60%	12.28%	10.74%	13.95%	11.61%	16.45%	15.36%
1988	19.21%	13.92%	11.49%	15.00%	13.61%	14.44%	12.32%
1989	21.58%	13.33%	11.13%	15.63%	12.84%	13.86%	11.63%
1990	23.21%	13.88%	12.36%	15.10%	12.81%	11.58%	11.07%
1991	26.48%	15.46%	13.76%	13.68%	12.98%	9.39%	8.25%
1992	24.35%	17.38%	12.45%	15.06%	12.86%	10.18%	7.72%
1993	23.23%	15.21%	13.20%	14.00%	14.45%	11.37%	8.54%
1994	24.10%	15.99%	11.79%	12.75%	15.06%	11.08%	9.24%
1995	23.84%	17.44%	13.32%	12.42%	13.93%	10.39%	8.66%
1996	24.75%	18.85%	12.86%	11.00%	15.57%	9.91%	7.06%
1997	25.07%	17.51%	13.38%	12.82%	13.54%	10.74%	6.94%
2000	23.78%	17.16%	12.79%	11.92%	13.69%	13.21%	7.46%
2001	24.46%	16.08%	13.78%	11.83%	13.55%	13.45%	6.86%
2002	22.94%	16.59%	13.49%	11.02%	14.66%	14.20%	7.10%
2003	21.69%	17.26%	14.93%	13.17%	12.13%	13.76%	7.07%
2004	23.28%	18.03%	13.85%	11.99%	11.62%	13.01%	8.22%
2005	24.45%	18.83%	12.65%	11.01%	10.65%	14.66%	7.76%
2006	24.05%	18.36%	14.67%	11.86%	10.15%	13.84%	7.07%
2007	23.84%	17.61%	14.32%	11.37%	10.48%	14.19%	8.19%
2008	21.32%	17.47%	14.63%	11.69%	10.50%	15.33%	9.07%
2009	20.13%	18.58%	15.18%	12.31%	11.75%	13.29%	8.77%
2010	18.12%	17.36%	15.92%	13.24%	11.35%	13.39%	10.63%
2011	17.21%	16.58%	17.21%	13.34%	10.82%	14.29%	10.54%
2012	14.43%	17.73%	15.68%	14.58%	11.56%	15.41%	10.61%
2013	12.32%	13.62%	15.09%	15.13%	12.97%	17.58%	13.30%
2014	10.11%	12.66%	15.08%	14.88%	13.75%	16.82%	16.70%
2015	9.86%	13.06%	13.93%	13.85%	13.29%	17.50%	18.52%
2016	8.82%	11.66%	12.39%	13.46%	13.98%	17.26%	22.43%
2017	8.64%	10.10%	12.01%	13.43%	13.36%	16.86%	25.61%
2018	7.41%	11.87%	11.53%	12.52%	13.91%	17.14%	25.61%

ΕΤΟΣ	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 και άνω
1959	16.47%	9.50%	9.94%	9.50%	16.17%	21.96%	16.47%
1960	13.37%	10.03%	9.45%	12.79%	12.50%	19.62%	22.24%
1961	11.20%	8.31%	7.16%	9.82%	15.82%	20.44%	27.25%
1962	8.69%	6.82%	7.26%	11.22%	12.10%	24.97%	28.93%
1963	8.63%	8.63%	6.44%	8.84%	13.41%	24.22%	29.83%
1964	7.83%	7.12%	7.12%	10.27%	14.55%	24.62%	28.48%
1965	6.92%	6.42%	6.72%	10.28%	14.62%	26.68%	28.36%
1966	8.29%	8.48%	7.62%	12.76%	15.90%	20.38%	26.57%
1967	6.73%	7.52%	6.11%	9.82%	14.60%	26.81%	28.41%
1968	6.41%	6.24%	5.37%	8.23%	14.47%	25.91%	33.36%
1969	5.66%	4.97%	6.53%	7.14%	16.03%	24.91%	34.76%
1970	4.85%	8.68%	5.86%	8.99%	14.78%	23.92%	32.92%
1971	6.68%	6.68%	7.01%	8.24%	15.42%	24.81%	31.16%
1972	7.09%	4.67%	6.23%	8.26%	13.40%	25.39%	34.97%
1973	7.13%	4.99%	5.38%	8.79%	12.59%	25.81%	35.31%
1974	6.40%	5.47%	6.17%	7.71%	14.42%	26.14%	33.69%
1975	6.96%	5.77%	7.62%	8.22%	14.95%	22.80%	33.68%
1976	7.55%	5.12%	7.21%	6.67%	11.86%	26.08%	35.51%
1977	5.89%	5.10%	7.39%	8.86%	16.94%	27.67%	28.13%
1978	5.98%	4.94%	8.39%	8.06%	13.26%	26.98%	32.38%
1979	6.84%	5.80%	7.67%	10.43%	12.78%	25.07%	31.42%
1980	6.41%	5.00%	6.41%	7.56%	10.90%	25.71%	38.01%
1981	6.87%	4.58%	6.49%	7.32%	13.18%	26.61%	34.95%
1982	8.13%	5.71%	6.85%	8.46%	12.49%	23.37%	34.99%
1983	6.99%	6.26%	6.13%	9.49%	13.05%	22.68%	35.40%
1984	8.04%	6.43%	6.30%	9.52%	12.48%	24.18%	33.05%
1985	7.34%	7.34%	6.70%	12.33%	13.11%	21.31%	31.86%
1986	9.83%	7.34%	8.29%	11.45%	13.21%	20.69%	29.20%
1987	6.94%	5.14%	4.98%	9.62%	12.52%	26.03%	34.77%
1988	10.36%	6.82%	7.16%	10.22%	13.70%	22.25%	29.49%
1989	9.03%	7.00%	7.70%	10.01%	14.84%	22.18%	29.25%
1990	12.60%	7.50%	7.02%	10.29%	13.80%	19.14%	29.67%
1991	15.58%	11.96%	8.14%	12.66%	15.28%	17.89%	18.49%
1992	14.80%	11.29%	9.76%	12.39%	17.00%	17.98%	16.78%
1993	11.63%	9.13%	8.73%	11.43%	15.45%	22.77%	20.86%
1994	13.12%	10.44%	8.24%	11.21%	17.15%	18.87%	20.98%
1995	13.34%	11.20%	8.18%	13.24%	17.14%	20.06%	16.85%
1996	14.05%	12.05%	8.32%	10.99%	18.16%	20.46%	15.97%
1997	14.38%	12.71%	10.31%	11.56%	16.98%	18.54%	15.52%
2000	12.13%	10.96%	10.76%	11.06%	18.00%	22.50%	14.58%
2001	13.11%	12.80%	8.95%	10.82%	15.40%	21.64%	17.27%
2002	12.27%	10.34%	10.23%	9.89%	16.82%	24.66%	15.80%
2003	10.26%	11.22%	10.50%	11.69%	16.35%	20.76%	19.21%
2004	12.94%	10.51%	10.95%	10.95%	14.05%	24.12%	16.48%
2005	14.77%	13.24%	12.14%	10.28%	12.36%	18.82%	18.38%
2006	12.44%	11.44%	10.95%	10.57%	12.56%	23.63%	18.41%
2007	13.84%	10.18%	9.50%	9.04%	12.36%	23.11%	21.97%
2008	10.98%	9.47%	12.12%	11.24%	14.90%	22.60%	18.69%
2009	10.99%	11.49%	10.49%	8.24%	12.36%	27.09%	19.35%
2010	10.56%	11.55%	9.86%	11.55%	11.13%	24.65%	20.70%
2011	10.14%	11.73%	9.62%	11.46%	11.20%	23.98%	21.87%
2012	7.48%	8.65%	8.13%	11.10%	13.68%	23.10%	27.87%
2013	7.67%	9.37%	7.90%	10.50%	14.45%	24.72%	25.40%
2014	7.48%	7.48%	8.97%	10.36%	10.36%	20.41%	34.94%
2015	4.17%	6.72%	6.47%	5.45%	12.77%	21.70%	42.72%
2016	3.78%	4.51%	6.68%	8.29%	10.55%	20.69%	45.49%
2017	2.44%	3.52%	5.68%	6.25%	9.41%	18.32%	54.38%
2018	3.28%	3.89%	4.98%	6.96%	7.85%	20.55%	52.49%

Γράφημα 44 Θερμικός χάρτης (heatmap) ανά ηλικιακή ομάδα των θανόντων ανά φύλο (μπλε: άνδρες, πορτοκαλί: γυναίκες) από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις την περίοδο 1958-2018 (πρωτογενή δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ιδία στατιστική επεξεργασία)

Γ' Μέρος – Συμπεράσματα

Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

Οι εξελθόντες ασθενείς από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αποτελούσαν ποσοστό περί το 11% των ασθενών από όλα τα νοσήματα την περίοδο ως το 1990 και το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 7,5% του συνόλου των εξελθόντων ασθενών το 2015. Οι άνδρες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών σε όλη την περίοδο μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ανδρών εξελθόντων ασθενών επί του συνόλου των ανδρών εξελθόντων από όλα τα νοσήματα ξεκινά από το 14% το 1963 και φθάνει το 8% το 2015, αντίθετα το ποσοστό των γυναικών παραμένει σχεδόν σταθερό και χαμηλότερο, ενώ κυμαίνεται μεταξύ 6% και 8%. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία προέκυψε ότι ως και το 1985 για κάθε μία γυναίκα ασθενή από ατυχήματα δηλητηριάσει, και κακώσεις καταγράφονταν σχεδόν δύο άνδρες ασθενείς, λόγος ο οποίος μειώνεται και εξισορροπείται (προσεγγίζει τη μονάδα) μετά το 2011. Όσον αφορά την έκβαση, τη δεκαετία του 1960 οι περισσότεροι ασθενείς (άνω του 50%) καταγράφονταν ως πλήρως θεραπευμένοι (ίαση), ενώ μετά το 1970 οι περισσότερες καταγραφές αφορούν σε βελτίωση της κατάστασης των εξελθόντων ασθενών, με αποτέλεσμα το 2015 η βελτίωση να αποτελεί το 90% των περιστατικών, ενώ η ίαση το 4%, η επιδείνωση το 0,11%, η μη μεταβολή το 5% και ο θάνατος το 1,3%. Η χρονική μεταβολή των καταγραφών κάθε έκβασης δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Σε κάθε έκβαση, οι άνδρες καταλαμβάνουν υψηλότερα ποσοστά από τις γυναίκες, καθώς αποτελούν και υψηλότερα μερίδα των εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις.

Το γεωγραφικό διαμέρισμα με τα υψηλότερα ποσοστά εξελθόντων ασθενών από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις είναι η Περιφέρεια Πρωτευούσης (κατά μέσο όρο 27%), υψηλά ποσοστά καταλαμβάνει και το γεωγραφικό διαμέρισμα της Μακεδονίας (μέσος όρος 21%), ενώ ακολουθούν η Πελοπόννησος (11%), η λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια (9%), η Θεσσαλία (6%) και η Κρήτη (6%).

Σχετικά με τις ηλικιακές κατηγορίες, παρατηρήθηκε ότι τα υψηλότερα ποσοστά (70-90%) των εξελθόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αφορούν τους ενήλικες, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους τα ποσοστά βρίσκονται μεταξύ 20-30% ως

το 2011 και στη συνέχεια μειώνονται κάτω από 20% την περίοδο 2011-2015. Οι εξέλθοντες ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία των παιδιών και εφήβων ως 19 ετών, εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά στους εφήβους ηλικίας 15-19 ετών και ακολουθούν τα παιδιά ως 14 ετών, ενώ τα ποσοστά για τα νεογνά και τα βρέφη παραμένουν χαμηλά (κάτω του 3%), ως και το 1998. Σημαντική μεταστροφή παρατηρήθηκε την περίοδο 2011-2015 με μείωση στα ποσοστά των εφήβων 15-19 ετών και αύξηση στα ποσοστά των παιδιών 1-4 ετών, φθάνοντας οι δύο αυτές κατηγορίες σχεδόν στα ίδια επίπεδα (30% έκαστη), με παράλληλη αύξηση στις καταγραφές βρεφών ηλικίας 1-11 μηνών στο 5%. Οι εξέλθοντες ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία των ενηλίκων 20 ετών και άνω παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά (25-30%) στην ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών με χαμηλότερα ποσοστά (ως και 12%) για τις ηλικίες άνω των 80 ετών, ως και το 1998. Από το 1999 ως και το 2010 δεν υπάρχουν στοιχεία, ενώ την περίοδο 2011-2015 παρατηρείται μεταβολή στο μοτίβο με μείωση στα ποσοστά για την ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών κάτω από το 15% και ταυτόχρονη αύξηση στα ποσοστά των ασθενών άνω των 80 ετών σε επίπεδα 20-25%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικά με τις κατανομές των εξελθόντων ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα. Συγκεκριμένα, στα νεογνά και τα βρέφη ως 1 έτους, τις ηλικίες 1-4 ετών και 5-9 ετών, περίπου το 60% με 70% των ασθενών είναι άρρενες σε όλη την περίοδο μελέτης. Τα ποσοστά των ανδρών αυξάνονται σημαντικά φθάνοντας το 80% στην ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών και στη συνέχεια μειώνονται στις επόμενες ηλικιακές ομάδες ως και τις ηλικίες 60-69 ετών, όπου τα ποσοστά ανδρών και γυναικών είναι παρόμοια. Μετά τα 70 έτη, επικρατούν οι γυναίκες ασθενείς με ποσοστά από 60% ως και 70%. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εξελθόντων ασθενών ανήκει στην κατηγορία των έγγαμων (50-60%) καθ' όλη την περίοδο μελέτης, ενώ ακολουθεί η κατηγορία των άγαμων με ποσοστά από 40% ως και 50%. Στους άγαμους και έγγαμους εξέλθοντες ασθενείς επικρατούν οι άνδρες με ποσοστά 60-70%, ενώ στους χήρους και τους διαζευγμένους επικρατούν οι γυναίκες ασθενείς με ποσοστά 80% και 60% αντίστοιχα. Στους ασθενείς με άγνωστη ηλικία και άγνωστη οικογενειακή κατάσταση επικρατούν οι άνδρες.

Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας, παρατηρήθηκε μείωση των συνολικών ημερών νοσηλείας από 11 ημέρες το 1965 στις 6 ημέρες το 2015, για αμφότερα τα φύλα. Ως και το 2000, οι ημέρες νοσηλείας των ανδρών ήταν λιγότερες από αυτές των γυναικών με διαφορές από 1 έως 2 ημέρες νοσηλείας ανά ασθενή. Μετά το 2000 η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων παραμένει μηδενική.

Τέλος, σχετικά με τους θανάτους από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις αυτοί μειώνονται σε ποσοστό επί των συνολικών θανάτων από 8% το 1959 σε 4% το 2018. Παρατηρήθηκε μείωση των θανάτων και στα δύο φύλα, αλλά όσον αφορά τους άνδρες, οι θάνατοι από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις καταλαμβάνουν μεγαλύτερα ποσοστά (από 14% το 1960 σε 5% το 2018) σε σύγκριση με τους θανάτους στις γυναίκες που παραμένουν στο 2-4%. Όσον αφορά τις ηλικίες των θανόντων από ατυχήματα, δηλητηριάσεις και κακώσεις, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά των θανάτων στην κατηγορία των παιδιών και εφήβων παραμένουν χαμηλά (κάτω του 30%) και μειώνονται μετά το 1980 (< 20% ανά ηλικιακή ομάδα) για τις ηλικίες ως και 14 ετών, ενώ η πλειοψηφία των θανάτων αφορά σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, το ποσοστό των οποίων αυξάνεται αναλογικά με την πάροδο του χρόνου και φθάνει το 60-70% μετά το 2000. Το ίδιο μοτίβο παρατηρήθηκε και ανά φύλο, με μεγαλύτερη επικράτηση στους θανάτους εφήβων ηλικίας 15-19 ετών στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στους ενήλικες, οι θάνατοι στους άνδρες συγκεντρώνονται στις ηλικίες 20-29 ετών ως και το 2011, ενώ την περίοδο 2014-2018 τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικίες άνω των 80 ετών. Αντίθετα, για τις γυναίκες, σε όλη την περίοδο μελέτης τα υψηλότερα ποσοστά θανάτων από ατυχήματα δηλητηριάσεις και κακώσεις εμφανίζονται στις ηλικιακές ομάδες 70-79 ετών και άνω των 80 ετών.

Συμπεράσματα

Οι τραυματισμοί αποτελούν σημαντική πηγή επειγόντων περιστατικών και εισαγωγών στο νοσοκομείο. Τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί είναι κοινά σε άτομα όλων των ηλικιών. Ωστόσο, τα παιδιά είναι από τη φύση τους περίεργα και δραστήρια, επομένως είναι πιο επιρρεπή σε τραυματισμούς και ατυχήματα. Οι τραυματισμοί είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Οι περισσότεροι άνθρωποι σκέφτονται τη δηλητηρίαση ως θέμα παιδικής ηλικίας. Αυτό ισχύει για τις εκθέσεις σε δηλητηρίαση, αλλά όχι για τις μη θανατηφόρες και θανατηφόρες δηλητηριάσεις.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Michas και Micha (2013) η Ελλάδα ήταν δεύτερη στην ΕΕ με 187 θανάτους/ένα εκατομμύριο κατοίκους το 2000 και διατήρησε τη θέση της με 129 θανάτους το 2009 (δεύτερη μόνο μετά τη Ρουμανία). Τα πράγματα, ωστόσο, φαίνεται ότι έχουν αλλάξει τα τελευταία τρία χρόνια. Υπό το πρίσμα της μεγάλης χρηματοπιστωτικής κρίσης που λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα από το τελευταίο τρίμηνο του 2008, επιδιώξαμε να διερευνήσουμε τον αντίκτυπο αυτής της κρίσης στα περιστατικά τροχαίων ατυχημάτων, τραυματισμών και θανάτων. Σύμφωνα με προηγούμενες αναφορές, οι θάνατοι και οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα μειώνονται κατακόρυφα στην Ελλάδα με τους οδηγούς να στρέφονται σε φθηνότερους τρόπους μεταφοράς ή να περιορίζουν τις μετακινήσεις τους. Από την αρχή της κρίσης, η Αττική Οδός (ένα από τα κύρια οδικά δίκτυα της μητροπολιτικής περιοχής Αθηνών) εκτιμάται ότι έχει χάσει το ένα τρίτο της κυκλοφορίας της. Κατά μέσο όρο, οι ημερήσιες διελεύσεις ήταν 307.000 το 2009, 250.000 το 2011 και 216.000 το 2012. Τα τροχαία ατυχήματα για τη χώρα συνολικά μειώθηκαν από 13.577 το 2008 σε 12.187 το 2012 (202% μείωση (10)). Οι σοβαροί τραυματισμοί από τροχαία μειώθηκαν επίσης σημαντικά, από 1886 το 2008 σε 1443 το 2012 (μείωση 23,5%) και το ίδιο ισχύει για τα θανατηφόρα που μειώθηκαν από 1550 το 2008 σε 976 το 2012 (μείωση 37%). Είναι επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης των μέτρων δημόσιας υγείας προκειμένου να διατηρηθεί μακροπρόθεσμα η θετική επίδραση της ελληνικής οικονομικής κρίσης στην οδική ασφάλεια, όταν η οικονομία θα αρχίσει να αναπτύσσεται και τα οχήματα θα αρχίσουν να κυκλοφορούν ξανά στους δρόμους (Michas and Micha 2013).

Σύμφωνα με τα όσα εκτέθηκαν στην μεταπτυχιακή μελέτη, είναι σημαντικό να υπάρχουν οι πόροι και ο συνεχής σχεδιασμός από τους παράγοντες που εμπλέκονται σε περιπτώσεις τραυματισμών, δηλητηριάσεων και κακώσεων, έτσι ώστε τόσο ο γενικός πληθυσμός όσο και ο εργασιακός τομέας να μπορεί να συμμορφώνεται πλήρως με τις απαιτούμενες δραστηριότητες ασφάλειας και υγείας. Με τα αποτελέσματα που προέκυψαν σε αυτή την έρευνα, προτείνεται να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα ασφάλειας και ενημέρωσης. Αυτό το πρόγραμμα θα έχει ως στόχο τον κατάλληλο εντοπισμό, επίγνωση, αξιολόγηση και έλεγχο των διαφόρων κινδύνων που μπορεί να οδηγήσουν σε τραυματισμό, δηλητηρίαση και κάκωση, ώστε να προστατεύονται τα άτομα όλων των ηλικιών.

Ομοίως, προτείνεται να παρέχεται η απαραίτητη εκπαίδευση και πληροφόρηση του γενικού πληθυσμού. Η καθημερινή εκπαίδευση σχετικά με τις βασικές συμπεριφορές ασφάλειας είναι κρίσιμης σημασίας για κάθε άτομο. Και τέλος προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων εκτίμησης και ευαισθητοποίησης για την ασφάλεια ως ουσιαστική αξία, ώστε να συμβάλει στη μείωση των επισφαλών ενεργειών που συμβαίνουν συνεχώς κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας του ατόμου και δη στον εργασιακό χώρο.

Επιπλέον, όπως αναφέρεται στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002), η δέσμευση της διοίκησης είναι απαραίτητη για τη θέσπιση σαφών πολιτικών σχετικά με την υγεία και την ασφάλεια, και έτσι ώστε να παρέχει τους απαραίτητους πόρους για την εφαρμογή της

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες αναφορές

- Agran, P. F., D. Winn, C. Anderson, R. Trent, and L. Walton-Haynes. 2001. "Rates of Pediatric and Adolescent Injuries by Year of Age." *Pediatrics* 108(3). doi: 10.1542/peds.108.3.e45.
- Agran, Phyllis F., Craig Anderson, Diane Winn, Roger Trent, Lynn Walton-Haynes, and Sharon Thayer. 2003. "Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age." *Pediatrics* 111(6 Pt 1). doi: 10.1542/peds.111.6.e683.
- Al-Qurashi, Faisal O., Abdullah A. Yousef, Abdullah Aljoudi, Saleh M. Alzahrani, Nasser Y. Al-Jawder, Abdulrahman K. Al-Ahmar, Mosab S. Al-Majed, and Hussam M. Abouollo. 2019. "A Review of Nonfatal Drowning in the Pediatric-Age Group: A 10-Year Experience at a University Hospital in Saudi Arabia." *Pediatric Emergency Care* 35(11):782–86. doi: 10.1097/PEC.0000000000001232.
- Alonge, Olakunle, and Adnan A. Hyder. 2014. "Reducing the Global Burden of Childhood Unintentional Injuries." *Archives of Disease in Childhood* 99(1):62–69.
- Alonso, Juan Manuel, Astrid Junge, Per Renström, Lars Engebretsen, Margo Mountjoy, and Jiri Dvorak. 2009. "Sports Injuries Surveillance during the 2007 IAAF World Athletics Championships." *Clinical Journal of Sport Medicine* 19(1):26–32. doi: 10.1097/JSM.0b013e318191c8e7.
- Alonso, Juan Manuel, Philippe M. Tscholl, Lars Engebretsen, Margo Mountjoy, Jiri Dvorak, and Astrid Junge. 2010. "Occurrence of Injuries and Illnesses during the 2009 IAAF World Athletics Championships." *British Journal of Sports Medicine* 44(15):1100–1105. doi: 10.1136/bjsm.2010.078030.
- Andiran, Nesibe, and Fikriye Sarikayalar. 2004. "Pattern of Acute Poisoning in Childhood in Ankara: What Has Change in Twenty Years?" *Turkish Journal of Pediatrics* 46(2):147–52.

- Anon. 2006. "Nonfatal, Unintentional Medication Exposures among Young Children--US, 2001-2003." *The Annals of Pharmacotherapy* 40(2):371-72. doi: 10.1345/aph.1N102.
- Arendt, Elizabeth A., Julie Agel, and Randall Dick. 1999. "Anterior Cruciate Ligament Injury Patterns among Collegiate Men and Women." *Journal of Athletic Training* 34(2):86-92.
- Bahr, R., and T. Krosshaug. 2005. "Understanding Injury Mechanisms: A Key Component of Preventing Injuries in Sport." *British Journal of Sports Medicine* 39(6):324-29.
- Bartlett, Sheridan N. 2002. "The Problem of Children's Injuries in Low-Income Countries: A Review." *Health Policy and Planning* 17(1):1-13.
- Battal, Dilek, Ayca Aktas, Mehmet Ali Sungur, Nursel Gamsiz Bilgin, and Necmi Cekin. 2016. "Evaluation of Poisoning Deaths in the Cukurova Region, Turkey, 2007-2011." *Toxicology and Industrial Health* 32(3):476-84. doi: 10.1177/0748233713503376.
- BEAUTRAIS, A. L., D. M. FERGUSON, and F. T. SHANNON. 1981. "Accidental Poisoning in the First Three Years of Life." *Journal of Paediatrics and Child Health* 17(2):104-9. doi: 10.1111/j.1440-1754.1981.tb01915.x.
- Bhalla, Kavi, James E. Harrison, Saeid Shahraz, and Lois A. Fingerhut. 2010. "Availability and Quality of Cause-of-Death Data for Estimating the Global Burden of Injuries." *Bulletin of the World Health Organization* 88(11):831. doi: 10.2471/BLT.09.068809.
- Bilgen Sivri, Birsen, and Funda Ozpulat. 2015. "Mothers' Knowledge Levels Related to Poisoning." *Turkish Journal of Emergency Medicine* 15(1):13-22. doi: 10.5505/1304.7361.2014.25582.
- Bithoney, William G., Jane Snyder, Joanne Michalek, Eli H. Newberger, and Joanne Michalek. 1985. "Childhood Ingestions as Symptoms of Family Distress." *American*

Journal of Diseases of Children 139(5):456–59. doi:
10.1001/archpedi.1985.02140070030023.

Björkenstam, Charlotte, Kyriaki Kosidou, and Emma Björkenstam. 2017. “Childhood Adversity and Risk of Suicide: Cohort Study of 548 721 Adolescents and Young Adults in Sweden.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 357:j1334. doi:
10.1136/bmj.j1334.

Bjørneboe, John, T. W. Flørenes, R. Bahr, and T. E. Andersen. 2011. “Injury Surveillance in Male Professional Football; Is Medical Staff Reporting Complete and Accurate?” *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 21(5):713–20. doi: 10.1111/j.1600-0838.2009.01085.x.

Bratland-Sanda, Solfrid, and Jorunn Sundgot-Borgen. 2013. “Eating Disorders in Athletes: Overview of Prevalence, Risk Factors and Recommendations for Prevention and Treatment.” *European Journal of Sport Science* 13(5):499–508. doi: 10.1080/17461391.2012.740504.

Buendía, Sergio. 2013. *EL COORDINADOR EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD DURANTE LA ELABORACION DEL PROYECTO DE OBRA: PIEZA ANGULAR DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN*. Universidad de Granada.

Caine, Dennis J., and Yvonne M. Golightly. 2011. “Osteoarthritis as an Outcome of Paediatric Sport: An Epidemiological Perspective.” *British Journal of Sports Medicine* 45(4):298–303.

Carlos Aníbal, Rodríguez. 2002. *Salud y Seguridad En El Trabajo: Desafíos de La Formación Profesional*. Vol. 2439.

Cassas, Kyle J., and Amelia Cassettari-Wayhs. 2006. “Childhood and Adolescent Sports-Related Overuse Injuries.” *American Family Physician* 73(6):1014–22.

Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control. 2012. “National Action Plan for Child Injury Prevention: An Agenda to

Prevent Injuries and Promote the Safety of Children and Adolescents in the United States.” *National Action Plan for Child Injury and Prevention* 1–92.

Chien, C., J. L. Marriott, K. Ashby, and J. Ozanne-Smith. 2003. “Unintentional Ingestion of over the Counter Medications in Children Less than 5 Years Old.” *Journal of Paediatrics and Child Health* 39(4):264–69. doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00148.x.

Christoffel, K. K., P. C. Scheidt, P. F. Agran, J. F. Kraus, E. McLoughlin, and J. A. Paulson. 1992. “Standard Definitions for Childhood Injury Research: Excerpts of a Conference Report.” Pp. 1027–34 in *Pediatrics*. Vol. 89.

Cluver, Lucie, Mark Orkin, Mark E. Boyes, and Lorraine Sherr. 2015. “Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: A Prospective Study.” *Journal of Adolescent Health* 57(1):52–59. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.001.

Cole, Robert, Christina Kouloughlioti, Harriet Kitzman, Kimberly Sidora-Arcoleo, and Elizabeth Anson. 2009. “Maternal Rules, Compliance, and Injuries to Preschool Children.” *Family and Community Health* 32(2):136–46. doi: 10.1097/FCH.0b013e318199477f.

Deeths, Tony M., and James T. Breeden. 1971. “Poisoning in Children—a Statistical Study of 1,057 Cases.” *The Journal of Pediatrics* 78(2):299–305. doi: 10.1016/S0022-3476(71)80015-X.

Deng, Zejian, Duanfeng Chu, Chaozhong Wu, Yi He, and Jian Cui. 2019. “Curve Safe Speed Model Considering Driving Style Based on Driver Behaviour Questionnaire.” *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour* 65:536–47. doi: 10.1016/j.trf.2018.02.007.

Difiori, John P., Holly J. Benjamin, Joel S. Brenner, Andrew Gregory, Neeru Jayanthi, Greg L. Landry, and Anthony Luke. 2014. “Overuse Injuries and Burnout in Youth Sports: A Position Statement from the American Medical Society for Sports Medicine.” *British Journal of Sports Medicine* 48(4):287–88. doi: 10.1136/bjsports-

2013-093299.

- Dorn, Lisa. 2008. *Driver Behaviour and Training*. Vol. 3. Ashgate Publishing Ltd.
- Engel, George L. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." *Science* 196(4286):129–36. doi: 10.1126/science.847460.
- Ferguson, J. A., C. Sellar, and M. J. Goldacre. 1992. "Some Epidemiological Observations on Medicinal and Non-Medicinal Poisoning in Preschool Children." *Journal of Epidemiology and Community Health* 46(3):207–10. doi: 10.1136/jech.46.3.207.
- Finch, Caroline. 2006. "A New Framework for Research Leading to Sports Injury Prevention." *Journal of Science and Medicine in Sport* 9(1–2):3–9.
- Finch, Caroline F. 1997. "An Overview of Some Definitional Issues for Sports Injury Surveillance." *Sports Medicine* 24(3):157–63. doi: 10.2165/00007256-199724030-00002.
- Finch, Caroline F., and Jill Cook. 2014. "Categorising Sports Injuries in Epidemiological Studies: The Subsequent Injury Categorisation (SIC) Model to Address Multiple, Recurrent and Exacerbation of Injuries." *British Journal of Sports Medicine* 48(17):1276–80. doi: 10.1136/bjsports-2012-091729.
- Forjuoh, S. N. 2006. "Burns in Low- and Middle-Income Countries: A Review of Available Literature on Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Treatment, and Prevention." *Burns* 32(5):529–37.
- Fornés, Gustavo. 2011. "Accidentes e Incidentes: La Piramide | VINSER Consultora." Retrieved February 9, 2022 (https://gustavofornes.com.ar/seguridad/accidentes-e-incidentes-piramide-de-accidentalidad?fbclid=IwAR2-dFihjBBvc0pME_CRFE5pDxAMSBLa18bGLnzFY8m1BcwzXS2nSLt8YpU).
- Forward, Karen E., and Eman Loubani. 2017. "Predictable and Preventable: Historical and Current Efforts to Improve Child Injury Prevention." *Current Pediatric Reviews* 14(1):48–51. doi: 10.2174/1573396313666171010111722.

- Franklin, Robert L., and Gregory B. Rodgers. 2008. "Unintentional Child Poisonings Treated in United States Hospital Emergency Departments: National Estimates of Incident Cases, Population-Based Poisoning Rates, and Product Involvement." *Pediatrics* 122(6):1244–51. doi: 10.1542/peds.2007-3551.
- Fuller, C. W., J. Ekstrand, A. Junge, T. E. Andersen, R. Bahr, J. Dvorak, M. Häggglund, P. McCrory, and W. H. Meeuwisse. 2006. "Consensus Statement on Injury Definitions and Data Collection Procedures in Studies of Football (Soccer) Injuries." *British Journal of Sports Medicine* 40(3):193–201.
- Le Gall, Franck, Christopher Carling, and Thomas Reilly. 2008. "Injuries in Young Elite Female Soccer Players: An 8-Season Prospective Study." *American Journal of Sports Medicine* 36(2):276–84. doi: 10.1177/0363546507307866.
- George, Yannis, Theofilatos Athanasios, and Pispiringos George. 2017. "Investigation of Road Accident Severity per Vehicle Type." Pp. 2076–83 in *Transportation Research Procedia*. Vol. 25. Elsevier.
- Gibbs, L., E. Waters, J. Sherrard, J. Ozanne-Smith, J. Robinson, S. Young, and A. Hutchinson. 2005. "Understanding Parental Motivators and Barriers to Uptake of Child Poison Safety Strategies: A Qualitative Study." *Injury Prevention* 11(6):373–77. doi: 10.1136/ip.2004.007211.
- Goldberg, Andrea S., Leslie Moroz, Angela Smith, and Theodore Ganley. 2007. "Injury Surveillance in Young Athletes: A Clinician's Guide to Sports Injury Literature." *Sports Medicine* 37(3):265–78.
- González, A., Jasmin Bonilla-Santos, M. Quintero, C. Reyes, and A. Chavarro. 2016. "Análisis de Las Causas y Consecuencias de Los Accidentes Laborales Ocurridos En Dos Proyectos de Construcción." *Revista Ingenieria de Construcción* 31(1):5–16. doi: 10.4067/s0718-50732016000100001.
- Grimes, David A., and Kenneth F. Schulz. 2005. "Compared to What? Finding Controls for Case-Control Studies." *Lancet* 365(9468):1429–33.

- Gulliver, Pauline, Nicola Dow, and Jean Simpson. 2005. "The Epidemiology of Home Injuries to Children under Five Years in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 29(1):29–34. doi: 10.1111/j.1467-842X.2005.tb00744.x.
- Gummin, David D., James B. Mowry, Daniel A. Spyker, Daniel E. Brooks, Michael O. Fraser, and William Banner. 2017. "2016 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 34th Annual Report." Pp. 1072–1252 in *Clinical Toxicology*. Vol. 55. Taylor & Francis.
- Gunnoe, Aimee J., Mary Beth Horodyski, L. Keith Tennant, and Milledge Murphey. 2001. "The Effect of Life Events on Incidence of Injury in High School Football Players." *Journal of Athletic Training* 36(2):150–55.
- Haggerty, Robert J. 1959. "Home Accidents in Childhood." *The New England Journal of Medicine* 260(26):1322–31. doi: 10.1056/NEJM195906252602607.
- Hamilton, Gavin M., Willem H. Meeuwisse, Carolyn A. Emery, and Ian Shrier. 2011. "Subsequent Injury Definition, Classification, and Consequence." *Clinical Journal of Sport Medicine* 21(6):508–14. doi: 10.1097/JSM.0b013e31822e8619.
- Henley, Geoff., James E. Harrison, Australian Institute of Health and Welfare., and Flinders University. 2009. "Injury Deaths, Australia 2004–05." (51):127.
- Hines, Elizabeth Quaal. 2017. "Pediatric Poisonings: The Risk of over-the-Counter Pharmaceuticals." *Pediatric Annals* 46(12):e454–58. doi: 10.3928/19382359-20171120-02.
- Hjern, A., G. Ringbäck-Weitoft, and R. Andersson. 2007. "Socio-Demographic Risk Factors for Home-Type Injuries in Swedish Infants and Toddlers." *Acta Paediatrica* 90(1):61–68. doi: 10.1111/j.1651-2227.2001.tb00257.x.
- Hofman, Karen, Aron Primack, Gerald Keusch, and Sharon Hrynkow. 2005. "Addressing the Growing Burden of Trauma and Injury in Low- and Middle-Income Countries." *American Journal of Public Health* 95(1):13–17.

- Hoy, Julie L., Lesley M. Day, James Tibballs, and Joan Ozanne-Smith. 1999. "Unintentional Poisoning Hospitalisations among Young Children in Victoria." *Injury Prevention* 5(1):31–35. doi: 10.1136/ip.5.1.31.
- Hyder, Adnan A., David E. Sugerman, Prasanthi Puvanachandra, Junaid Razzak, Hesham El-Sayed, Andres Isaza, Fazlur Rahman, and Margie Peden. 2009. "Global Childhood Unintentional Injury Surveillance in Four Cities in Developing Countries: A Pilot Study." *Bulletin of the World Health Organization* 87(5):345–52. doi: 10.2471/BLT.08.055798.
- Ikeda, Takeshi, and Nozomu Mori. 2005. "Analysis of Correlation Between Roadway Alignment and Traffic Accidents." P. 20p in.
- Internacional, Organización, and Del Trabajo. 2017. *TSMOGI/2016 OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, GINEBRA*.
- Islam, Samantha, Steven L. Jones, and Daniel Dye. 2014. "Comprehensive Analysis of Single- and Multi-Vehicle Large Truck at-Fault Crashes on Rural and Urban Roadways in Alabama." *Accident Analysis and Prevention* 67:148–58. doi: 10.1016/j.aap.2014.02.014.
- ITF. 2016. *Road Safety Annual Report 2016*. OECD.
- Ivarsson, Andreas, and Urban Johnson. 2010. "Psychological Factors as Predictors of Injuries among Senior Soccer Players. A Prospective Study." *Journal of Sports Science and Medicine* 9(2):347–52.
- Ivarsson, Andreas, Urban Johnson, Magnus Lindwall, Henrik Gustafsson, and Mats Altemyr. 2014. "Psychosocial Stress as a Predictor of Injury in Elite Junior Soccer: A Latent Growth Curve Analysis." *Journal of Science and Medicine in Sport* 17(4):366–70. doi: 10.1016/j.jsams.2013.10.242.
- Ivarsson, Andreas, Urban Johnson, and Leslie Podlog. 2013. "Psychological Predictors of Injury Occurrence: A Prospective Investigation of Professional Swedish Soccer Players." *Journal of Sport Rehabilitation* 22(1):19–26. doi: 10.1123/jsr.22.1.19.

- Johnson, U., and A. Ivarsson. 2011. "Psychological Predictors of Sport Injuries among Junior Soccer Players." *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 21(1):129–36. doi: 10.1111/j.1600-0838.2009.01057.x.
- Karadeniz, Hulya, Ismail Birincioglu, Ozgur Turna, Huseyin Cetin Ketenci, and Naz Im Ercument Beyhun. 2015. "Fatal Poisoning of Childhood in the Eastern Black Sea Region of Turkey (2009-2013)." *Journal of Forensic and Legal Medicine* 34:109–12. doi: 10.1016/j.jflm.2015.06.001.
- Kavanagh, Thomas J., and Tucker H. 2007. *Niall Mackenzie (Department of Health), Katrina Phillips (Child Accident Prevention Trust), Mushi Rahman (Department of Health)*.
- Kendrick, Denise, Gosia Majsak-Newman, Penny Benford, Carol Coupland, Clare Timblin, Mike Hayes, Trudy Goodenough, Adrian Hawkins, and Richard Reading. 2017. "Poison Prevention Practices and Medically Attended Poisoning in Young Children: Multicentre Case-Control Study." *Injury Prevention* 23(2):93–101. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041828.
- Kizilyildiz, Baran S., Kamuran Karaman, Selvi Ozen, and Abdurrahman Uner. 2018. "Acute Intoxications among Turkish Children." *Minerva Pediatrica* 70(1):46–50. doi: 10.23736/S0026-4946.16.04254-7.
- Kominek, Katarzyna, and Agnieszka Pawłowska- Kamieniak. 2015. "Intentional and Accidental Paracetamol Poisoning in Childhood – a Retrospective Analysis Celowe i Przypadkowe Zatrucia Paracetamolem Wśród Dzieci – Analiza Retrospektywna." *Original Article Postepy Hig Med Dosw* 69:452–56.
- Kvist, Joanna, Anna Ek, Katja Sporrstedt, and Lars Good. 2005. "Fear of Re-Injury: A Hindrance for Returning to Sports after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction." *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 13(5):393–97. doi: 10.1007/s00167-004-0591-8.
- Lai, Melisa W., Wendy Klein-Schwartz, George C. Rodgers, Joseph Y. Abrams, Deborah A. Haber, Alvin C. Bronstein, and Kathleen M. Wruk. 2006. "2005 Annual Report

of the American Association of Poison Control Centers' National Poisoning and Exposure Database." *Clinical Toxicology* 44(6–7):803–932.

Lama, Bir Bahadur, Janine M. Duke, Narayan Prasad Sharma, Buland Thapa, Peeyush Dahal, Nara Devi Bariya, Wendy Marston, and Hilary J. Wallace. 2015. "Intentional Burns in Nepal: A Comparative Study." *Burns* 41(6):1306–14. doi: 10.1016/j.burns.2015.01.006.

Lamireau, T., B. Llanas, A. Kennedy, M. Fayon, F. Penouil, J. C. Favarell-Garrigues, and J. L. Demarquez. 2002. "Epidemiology of Poisoning in Children: A 7-Year Survey in a Paediatric Emergency Care Unit." *European Journal of Emergency Medicine* 9(1):9–14. doi: 10.1097/00063110-200203000-00004.

LANGLEY, J., J. DODGE, and P. A. SILVA. 1979. "Accidents in the First Five Years of Life: A Report from the Dunedin Multidisciplinary Child Development Study." *Journal of Paediatrics and Child Health* 15(4):255–59. doi: 10.1111/j.1440-1754.1979.tb01240.x.

Lao, Zhiqin, Mervyn Gifford, and Koustuv Dalal. 2012. "Economic Cost of Childhood Unintentional Injuries." *International Journal of Preventive Medicine* 3(5):303–12.

Lee, Soo Hoon, Dong Hoon Kim, Changwoo Kang, Jin Hee Jeong, Seong Chun Kim, Dong Seob Kim, and Tae Sin Kang. 2015. "The Comparison of Accidental Poisonings between Pharmaceuticals and Nonpharmaceuticals in Children Younger than 3 Years." *Pediatric Emergency Care* 31(12):825–29. doi: 10.1097/PEC.0000000000000506.

Lee, Vincent R., Michael Connolly, and Diane P. Calello. 2017. "Pediatric Poisoning by Ingestion: Developmental Overview and Synopsis of National Trends." *Pediatric Annals* 46(12):e443–48. doi: 10.3928/19382359-20171121-01.

Lewis, Melvin, Albert J. Solnit, Mary H. Stark, Ira W. Gabrielson, and Ethelyn H. Klatskin. 1966. "AN EXPLORATION STUDY OF ACCIDENTAL INGESTION OF POISON IN YOUNG CHILDREN." *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 5(2):255–71. doi: 10.1016/S0002-7138(09)62057-4.

- Li, Fangyuan, Dawei Hu, Chunxia Zhou, Chanchan Wei, and Zhang Cheng. 2011. "Factor Analysis of Grievous Road Traffic Accidents in China." Pp. 1966–77 in *ICCTP 2011: Towards Sustainable Transportation Systems - Proceedings of the 11th International Conference of Chinese Transportation Professionals*. American Society of Civil Engineers.
- Linnan, Laura, Bryan Weiner, Amanda Graham, and Karen Emmons. 2007. "Manager Beliefs Regarding Worksite Health Promotion: Findings from the Working Healthy Project 2." *American Journal of Health Promotion* 21(6):521–28. doi: 10.4278/0890-1171-21.6.521.
- Litovitz, Toby L., Wendy Klein-Schwartz, George C. Rodgers, Daniel J. Cobaugh, Jessica Youniss, Judith C. Omslaer, Mary E. May, Alan D. Woolf, and Blaine E. Benson. 2002. "2001 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System." *American Journal of Emergency Medicine* 20(5):391–452. doi: 10.1053/ajem.2002.34955.
- Litovitz, Toby L., Wendy Klein-Schwartz, Suzanne White, Daniel J. Cobaugh, Jessica Youniss, Alison Drab, and Blaine E. Benson. 2000. "1999 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System." *American Journal of Emergency Medicine* 18(5):517–74. doi: 10.1053/ajem.2000.9261.
- Litovitz, Toby L., Wendy Klein-Schwartz, Suzanne White, Daniel J. Cobaugh, Jessica Youniss, Judith C. Omslaer, Alison Drab, and Blaine E. Benson. 2001. "2000 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System." *American Journal of Emergency Medicine* 19(5):337–95. doi: 10.1053/ajem.2001.25272.
- Liu, Guodong, Siyu Chen, Ziqian Zeng, Huijie Cui, Yanfei Fang, Dongqing Gu, Zhiyong Yin, and Zhengguo Wang. 2018. "Risk Factors for Extremely Serious Road Accidents: Results from National Road Accident Statistical Annual Report of China." *PLoS ONE* 13(8). doi: 10.1371/journal.pone.0201587.

- Lohmander, L. S., A. Östenberg, M. Englund, and H. Roos. 2004. "High Prevalence of Knee Osteoarthritis, Pain, and Functional Limitations in Female Soccer Players Twelve Years after Anterior Cruciate Ligament Injury." *Arthritis and Rheumatism* 50(10):3145–52. doi: 10.1002/art.20589.
- Ludvigsson, Jonas F., Catarina Almqvist, Anna Karin Edstedt Bonamy, Rickard Ljung, Karl Michaëlsson, Martin Neovius, Olof Stephansson, and Weimin Ye. 2016. "Registers of the Swedish Total Population and Their Use in Medical Research." *European Journal of Epidemiology* 31(2):125–36. doi: 10.1007/s10654-016-0117-y.
- Mann, C. J. 2003. "Observational Research Methods. Research Design II: Cohort, Cross Sectional, and Case-Control Studies." *Emergency Medicine Journal* 20(1):54–60.
- Marchi, A. G., S. Renier, G. Messi, and F. Barbone. 1998. "Childhood Poisoning: A Population Study in Trieste, Italy, 1975-1994." *Journal of Clinical Epidemiology* 51(8):687–95. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00045-6.
- Marcia, Schmertmann. 2012. "UNINTENTIONAL POISONING IN YOUNG CHILDREN: IDENTIFICATION OF RISK FACTORS."
- Mathieu, Julie, Reinoud J. Bootsma, Catherine Berthelon, and Gilles Montagne. 2017. "Judging Arrival Times of Incoming Traffic Vehicles Is Not a Prerequisite for Safely Crossing an Intersection: Differential Effects of Vehicle Size and Type in Passive Judgment and Active Driving Tasks." *Acta Psychologica* 173:1–12. doi: 10.1016/j.actpsy.2016.11.014.
- Mcgee, H., W. Hughes, K. Daily, and Bellomo-McGee. 2015. "Report 374 Effect of Highway Standards on Saf."
- McKenna, Frank P. 1982. "The Human Factor in Driving Accidents an Overview of Approaches and Problems." *Ergonomics* 25(10):867–77. doi: 10.1080/00140138208925047.
- van Mechelen, Willem, Hynek Hlobil, and Han C. G. Kemper. 1992. "Incidence, Severity, Aetiology and Prevention of Sports Injuries: A Review of Concepts."

Sports Medicine: An International Journal of Applied Medicine and Science in Sport and Exercise 14(2):82–99.

Meeuwisse, W. H. 1994. “Assessing Causation in Sport Injury: A Multifactorial Model.” *Clinical Journal of Sport Medicine* 4(3):166–70. doi: 10.1097/00042752-199407000-00004.

Meeuwisse, Willem H., Hugh Tyreman, Brent Hagel, and Carolyn Emery. 2007. “A Dynamic Model of Etiology in Sport Injury: The Recursive Nature of Risk and Causation.” *Clinical Journal of Sport Medicine* 17(3):215–19.

MELLINS, R. B., J. R. CHRISTIAN, and H. N. BUNDESEN. 1956. “The Natural History of Poisoning in Childhood.” *Pediatrics* 17(3):315–26.

Mintegi, S., M. J. Esparza, J. C. González, B. Rubio, F. Sánchez, J. J. Vila, F. Yagüe, and M. T. Benítez. 2015. “Recommendations for the Prevention of Poisoning.” *Anales de Pediatría* 83(6):440.e1-440.e5. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.01.003.

Mitchell, Piers D. 2011. “Retrospective Diagnosis and the Use of Historical Texts for Investigating Disease in the Past.” *International Journal of Paleopathology* 1(2):81–88.

Moller, Merete, Jorn Attermann, Grethe Myklebust, and Niels Wedderkopp. 2012. “Injury Risk in Danish Youth and Senior Elite Handball Using a New SMS Text Messages Approach.” *British Journal of Sports Medicine* 46(7):531–37.

Moore, Helen, Lee Taylor, and Louisa Jorm. 2000. “The Health of the People of New South Wales: Report of the Chief Health Officer, 2000.” *New South Wales Public Health Bulletin* 11(6):89. doi: 10.1071/nb00043.

Morrongiello, B. A., M. Corbett, and R. J. Brison. 2009. “Identifying Predictors of Medically-Attended Injuries to Young Children: Do Child or Parent Behavioural Attributes Matter?” *Injury Prevention* 15(4):220–25. doi: 10.1136/ip.2008.019976.

Morrongiello, Barbara A. 2005. “Caregiver Supervision and Child-Injury Risk: I. Issues in Defining and Measuring Supervision; II. Findings and Directions for Future

- Research.” *Journal of Pediatric Psychology* 30(7):536–52.
- Morrongiello, Barbara A., and Sophie Kiriakou. 2004. “Mothers’ Home-Safety Practices for Preventing Six Types of Childhood Injuries: What Do They Do, and Why?” *Journal of Pediatric Psychology* 29(4):285–97. doi: 10.1093/jpepsy/jsh030.
- Morrongiello, Barbara A., and Stacey L. Schell. 2010. “Child Injury: The Role of Supervision in Prevention.” *American Journal of Lifestyle Medicine* 4(1):65–74.
- Newberger, E. H., R. B. Reed, J. H. Daniel, J. N. Hyde, and M. Kotelchuck. 1977. “Pediatric Social Illness: Toward an Etiologic Classification.” *Pediatrics* 60(2):178–85. doi: 10.1542/peds.60.2.178.
- Nguyen, Margaret B., Anthony F. Pizon, Charles C. Branas, and Anthony Fabio. 2016. “Regional Variations in Pediatric Medication Exposure: Spatial Analysis of Poison Center Utilization in Western Pennsylvania.” *Clinical Toxicology* 54(1):47–52. doi: 10.3109/15563650.2015.1113543.
- NICHOLS, EDWARD H., and HOMER B. SMITH. 1906. “The Physical Aspect of American Football.” *The Boston Medical and Surgical Journal* 154(1):1–8. doi: 10.1056/nejm190601041540101.
- Nomikos, Nikitas N., George N. Nomikos, Konstantinos S. Nikolopoulos, and Demetrios S. Korres. 2010. “The First Sport Injuries in the History of Medicine.” *Archives of Medical Science* 6(1):1–3.
- Nthumba, Peter M. 2016. “Burns in Sub-Saharan Africa: A Review.” *Burns* 42(2):258–66.
- O’Connor, P. J. 2005. “Differentials in Poisoning Rates of Young Australian Children According to Residential Location and Geographical Remoteness.” *Injury Prevention* 11(4):204–6. doi: 10.1136/ip.2004.005926.
- Odero, W., P. Garner, and A. Zwi. 1997. “Road Traffic Injuries in Developing Countries: A Comprehensive Review of Epidemiological Studies.” *Tropical Medicine and International Health* 2(5):445–60.

- Oldridge, Neil B. 2008. "Economic Burden of Physical Inactivity: Healthcare Costs Associated with Cardiovascular Disease." *European Journal of Preventive Cardiology* 15(2):130–39.
- Owens, Judith, Rhoda Au, Mary Carskadon, Richard Millman, Amy Wolfson, Paula K. Braverman, William P. Adelman, Cora C. Breuner, David A. Levine, Arik V. Marcell, Pamela J. Murray, and Rebecca F. O'Brien. 2014. "Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences." *Pediatrics* 134(3):e921–32. doi: 10.1542/peds.2014-1696.
- Ozanne-Smith, J., L. Day, B. Parsons, J. Tibballs, and M. Dobbin. 2001. "Childhood Poisoning: Access and Prevention." *Journal of Paediatrics and Child Health* 37(3):262–65. doi: 10.1046/j.1440-1754.2001.00654.x.
- Özdemir, Ramazan, Benan Bayrakci, Özlem Tekşam, Bilgehan Yalçın, and Gülsev Kale. 2012. "Thirty-Three-Year Experience on Childhood Poisoning." *Turkish Journal of Pediatrics* 54(3):251–59.
- Palmer-Green, Debbie, Colin Fuller, Rod Jaques, and Glenn Hunter. 2013. "The Injury/Illness Performance Project (IIPP): A Novel Epidemiological Approach for Recording the Consequences of Sports Injuries and Illnesses." *Journal of Sports Medicine* 2013:1–9. doi: 10.1155/2013/523974.
- Papadakaki, Maria, Georgia Tzamalouka, Charalampos Gnardellis, Timo Juhani Lajunen, and Joannes Chliaoutakis. 2016. "Driving Performance While Using a Mobile Phone: A Simulation Study of Greek Professional Drivers." *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour* 38:164–70. doi: 10.1016/j.trf.2016.02.006.
- Park, Soo Kyung, Chung Kwon Lee, and Haeryun Kim. 2018. "Suicide Mortality and Marital Status for Specific Ages, Genders, and Education Levels in South Korea: Using a Virtually Individualized Dataset from National Aggregate Data." *Journal of Affective Disorders* 237:87–93. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.003.
- Paudel, Sudarshan, Lilanath Bhandari, and Dil Bahadur Bhandari. 2017. "Disability: A

- Case Screening Program Approach.” *Journal of Biosciences and Medicines* 05(02):10–21. doi: 10.4236/jbm.2017.52002.
- Pearn, J. H., R. D. Bart, and R. Yamaoka. 1979. “Neurologic Sequelae after Childhood Near-Drowning: A Total Population Study from Hawaii.” *Pediatrics* 64(2):187–91. doi: 10.1542/peds.64.2.187.
- Peden, M, K. McGee, and G. Sharma. 2002. “The Injury Chart Book : A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries.” *Geneva, World Health Organization* 6–76.
- Peden, Mille, Kile MacGee, Elise Krug, and World Health Organization. 2002. “Injury : A Leading Cause of the Global Burden of Disease / Edited by E. Krug.” 35–50.
- Pelayo, R. 2014. “Excessive Daytime Sleepiness.” Pp. 233–35 in *Encyclopedia of the Neurological Sciences*.
- Petridou, Eleni, and Maria Moustaki. 2000. “Human Factors in the Causation of Road Traffic Crashes.” *European Journal of Epidemiology* 16(9):819–26. doi: 10.1023/A:1007649804201.
- Pollack-Nelson, Carol, and Dorothy A. Drago. 2002. “Supervision of Children Aged Two through Six Years.” *Injury Control and Safety Promotion* 9(2):121–26. doi: 10.1076/icsp.9.2.121.8696.
- Reuben, David B., Priscilla Gazarian, Neil Alexander, Katy Araujo, Dorothy Baker, Jonathan F. Bean, Chad Boulton, Peter Charpentier, Pamela Duncan, Nancy Latham, Rosanne M. Leipzig, Lisa M. Quintiliani, Thomas Storer, and Siobhan McMahon. 2017. “The Strategies to Reduce Injuries and Develop Confidence in Elders Intervention: Falls Risk Factor Assessment and Management, Patient Engagement, and Nurse Co-Management.” *Journal of the American Geriatrics Society* 65(12):2733–39. doi: 10.1111/jgs.15121.
- Ristolainen, Leena, Jyrki A. Kettunen, Urho M. Kujala, and Ari Heinonen. 2012. “Sport Injuries as the Main Cause of Sport Career Termination among Finnish Top-Level

Athletes.” *European Journal of Sport Science* 12(3):274–82. doi: 10.1080/17461391.2011.566365.

Rodríguez, Deysi Yasmin, Francisco José Fernández, and Hugo Acero Velásquez. 2003. “Road Traffic Injuries in Colombia.” *Injury Control and Safety Promotion* 10(1–2):29–35. doi: 10.1076/icsp.10.1.29.14119.

Schillie, Sarah F., Nadine Shehab, Karen E. Thomas, and Daniel S. Budnitz. 2009. “Medication Overdoses Leading to Emergency Department Visits Among Children.” *American Journal of Preventive Medicine* 37(3):181–87. doi: 10.1016/j.amepre.2009.05.018.

Schmertmann, M., A. Williamson, and D. Black. 2008. “Stable Age Pattern Supports Role of Development in Unintentional Childhood Poisoning.” *Injury Prevention* 14(1):30–33. doi: 10.1136/ip.2007.016253.

Schmertmann, M., A. Williamson, and D. Black. 2014. “Unintentional Poisoning in Young Children: Does Developmental Stage Predict the Type of Substance Accessed and Ingested?” *Child: Care, Health and Development* 40(1):50–59. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01424.x.

Schmertmann, Marcia, Ann Williamson, and Deborah Black. 2012. “Leading Causes of Injury Hospitalisation in Children Aged 0–4 Years in New South Wales by Injury Submechanism: A Brief Profile by Age and Sex.” *Journal of Paediatrics and Child Health* 48(11):978–84.

Schmertmann, Marcia, Ann Williamson, Deborah Black, and Leigh Wilson. 2013. “Risk Factors for Unintentional Poisoning in Children Aged 1–3 Years in NSW Australia: A Case-Control Study.” *BMC Pediatrics* 13(1):1–15. doi: 10.1186/1471-2431-13-88.

Shankar, Venkataraman, Fred Mannering, and Woodrow Barfield. 1995. “Effect of Roadway Geometrics and Environmental Factors on Rural Freeway Accident Frequencies.” *Accident Analysis and Prevention* 27(3):371–89. doi: 10.1016/0001-4575(94)00078-Z.

- Shoaib, Muhammad, and Hazir Ullah. 2021. "Classroom Environment, Teacher, and Girl Students' Learning Skills." *Education and Urban Society*. doi: 10.1177/00131245211001908.
- Silva, P. A., P. Buckfield, G. F. Spears, and S. Williams. 1978. "Poisoning, Burns, and Other Accidents Experienced by a Thousand Dunedin Three Year Olds: A Report from the Dunedin Multidisciplinary Child Development Study." *New Zealand Medical Journal* 87(609):242–44.
- Sminkey, L. 2008a. "World Report on Child Injury Prevention." *Injury Prevention* 14(1):69.
- Sminkey, L. 2008b. "World Report on Child Injury Prevention." *Injury Prevention* 14(1):69.
- Soligard, Torbjørn, Martin Schwellnus, Juan Manuel Alonso, Roald Bahr, Ben Clarsen, H. Paul Dijkstra, Tim Gabbett, Michael Gleeson, Martin Hägglund, Mark R. Hutchinson, Christa Janse Van Rensburg, Karim M. Khan, Romain Meeusen, John W. Orchard, Babette M. Pluim, Martin Raftery, Richard Budgett, and Lars Engebretsen. 2016. "How Much Is Too Much? (Part 1) International Olympic Committee Consensus Statement on Load in Sport and Risk of Injury." *British Journal of Sports Medicine* 50(17):1030–41. doi: 10.1136/bjsports-2016-096581.
- Spady, Donald William, Duncan Leslie Saunders, Donald Peter Schopflocher, and Lawrence Walter Svenson. 2004. "Patterns of Injury in Children: A Population-Based Approach." *Pediatrics* 113(3 I):522–29. doi: 10.1542/peds.113.3.522.
- Statista. 2009. "Total and Pedestrian Injuries in U.S. Traffic 2009." Retrieved February 9, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/198493/total-and-pedestrian-injuries-in-us-traffic-crashes-2009/>).
- Statista. 2018a. "Deaths by Poisoning U.S. 1950-2018." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/184603/deaths-by-unintentional-poisoning-in-the-us-since-1950/>).

- Statista. 2018b. "Italy: Deaths from of Injury and Poisoning." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/668808/number-of-deaths-from-external-causes-of-injury-and-poisoning-italy/>).
- Statista. 2018c. "Salmonella Rate U.S. by State 2018." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/379025/us-salmonella-rate-by-state/>).
- Statista. 2019a. "Substances Most Often Causing Child Poisonings U.S. 2019." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/654412/pediatric-poisonings-major-substances-united-states/>).
- Statista. 2019b. "Substances Most Often Causing Pediatric Poisoning Deaths U.S. 2019." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/654778/pediatric-poisoning-deaths-major-substances-united-states/>).
- Statista. 2020a. "Accidental Drug Poisoning Deaths England & Wales 2020." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/470783/drug-poisoning-deaths-accidental-poisoning-in-england-and-wales/>).
- Statista. 2020b. "Deaths Unintentional-Injury-Related at Home U.S. 1930-2020." Retrieved February 9, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/526260/deaths-due-to-injuries-at-home-in-the-us/>).
- Statista. 2020c. "Hong Kong: Number of People Affected by Food Poisoning Outbreaks 2020." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/1191323/hong-kong-number-of-people-affected-by-food-poisoning-outbreaks/>).
- Statista. 2020d. "Rate of Fatal U.S. Crashes by Month." Retrieved February 9, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/193018/number-of-us-crashes-by-month/>).
- Statista. 2020e. "Sweden: Most Common Children Poisoning Products." Retrieved February 8, 2022 (<https://www.statista.com/statistics/1024351/most-common-products-for-poisoning-of-children-under-10-years-in-sweden/>).
- Steffen, K., A. M. Pensgaard, and R. Bahr. 2009. "Self-Reported Psychological

Characteristics as Risk Factors for Injuries in Female Youth Football.” *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 19(3):442–51. doi: 10.1111/j.1600-0838.2008.00797.x.

Steffen, Kathrin, and Lars Engebretsen. 2010. “More Data Needed on Injury Risk among Young Elite Athletes.” *British Journal of Sports Medicine* 44(7):485–89.

Stoohs, R. A., C. Guilleminault, A. Itoi, and W. C. Dement. 1994. “Traffic Accidents in Commercial Long-Haul Truck Drivers: The Influence of Sleep-Disordered Breathing and Obesity.” *Sleep* 17(7):619–23. doi: 10.1093/sleep/17.7.619.

Timpka, Toomas, Juan Manuel Alonso, Jenny Jacobsson, Astrid Junge, Pedro Branco, Ben Clarsen, Jan Kowalski, Margo Mountjoy, Sverker Nilsson, Babette Pluim, Per Renström, Ola Rønsen, Kathrin Steffen, and Pascal Edouard. 2014. “Injury and Illness Definitions and Data Collection Procedures for Use in Epidemiological Studies in Athletics (Track and Field): Consensus Statement.” *British Journal of Sports Medicine* 48(7):483–90. doi: 10.1136/bjsports-2013-093241.

Timpka, Toomas, Jenny Jacobsson, Örjan Dahlström, Jan Kowalski, Victor Bargaría, Joakim Ekberg, Sverker Nilsson, and Per Renström. 2015. “The Psychological Factor ‘self-Blame’ Predicts Overuse Injury among Top-Level Swedish Track and Field Athletes: A 12-Month Cohort Study.” *British Journal of Sports Medicine* 49(22):1472–77. doi: 10.1136/bjsports-2015-094622.

Trestrail, John Harris. 2007. *Criminal Poisoning*. Humana Press.

Trzesniewski, Kali H., M. Brent Donnellan, Terrie E. Moffitt, Richard W. Robins, Richie Poulton, and Avshalom Caspi. 2006. “Low Self-Esteem during Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects during Adulthood.” *Developmental Psychology* 42(2):381–90. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.381.

Tuominen, Markku, Michael J. Stuart, Mark Aubry, Pekka Kannus, and Jari Parkkari. 2017. “Injuries in World Junior Ice Hockey Championships between 2006 and 2015.” *British Journal of Sports Medicine* 51(1):36–43. doi: 10.1136/bjsports-2016-

095992.

- Tuominen, Markku, Michael J. Stuart, Mark Aubry, Pekka Kannus, Kari Tokola, and Jari Parkkari. 2016. "Injuries in Women's International Ice Hockey: An 8-Year Study of the World Championship Tournaments and Olympic Winter Games." *British Journal of Sports Medicine* 50(22):1406–12. doi: 10.1136/bjsports-2015-094647.
- Verma, Santosh K., Joanna L. Willetts, Helen L. Corns, Helen R. Marucci-Wellman, David A. Lombardi, and Theodore K. Courtney. 2016. "Falls and Fall-Related Injuries among Community-Dwelling Adults in the United States." *PLoS ONE* 11(3). doi: 10.1371/journal.pone.0150939.
- Wang, Yonggang, Linchao Li, Lei Feng, and Hui Peng. 2014. "Professional Drivers' Views on Risky Driving Behaviors and Accident Liability: A Questionnaire Survey in Xining, China." *Transportation Letters* 6(3):126–35.
- Warburton, Darren E. R., Crystal Whitney Nicol, and Shannon S. D. Bredin. 2006. "Health Benefits of Physical Activity: The Evidence." *CMAJ* 174(6):801–9.
- Wasielewski, Paul. 1984. "Speed as a Measure of Driver Risk: Observed Speeds versus Driver and Vehicle Characteristics." *Accident Analysis and Prevention* 16(2):89–103. doi: 10.1016/0001-4575(84)90034-4.
- Westin, Maria, Marie Alricsson, and Suzanne Werner. 2012. "Injury Profile of Competitive Alpine Skiers: A Five-Year Cohort Study." *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 20(6):1175–81. doi: 10.1007/s00167-012-1921-x.
- Westveer, Arthur E., John H. Trestrail, and Anthony J. Pinizzotto. 1996. "Homicidal Poisonings in the United States: An Analysis of the Uniform Crime Reports from 1980 through 1989." *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 17(4):282–88. doi: 10.1097/00000433-199612000-00002.
- Williams, Craig. 2010. "Environmental Factors Affecting Elite Young Athletes." *Medicine and Sport Science* 56:150–70. doi: 10.1159/000320646.
- World Health Organization, WHO. 2022. "Burns." Retrieved February 9, 2022

(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns?fbclid=IwAR1XDVBALTCc1yh3ZvGmeOXSHIDRUqwp5UpPAu6f1WBJ4fB9Kd6Lq53347E>).

World Health Organization. 2015. “Global Status Report on Road Safety 2015.” Retrieved February 7, 2022 (https://www.afro.who.int/publications/global-status-report-road-safety-2015?fbclid=IwAR3Rr275O5qHRckQ8D_WM45JkErpWNxGv7snnerdRG3V9QBFTxJrglGsj_g).

Yamamoto, H., T. Akashiba, N. Kosaka, D. Ito, and T. Horie. 2000. “Long-Term Effects Nasal Continuous Positive Airway Pressure on Daytime Sleepiness, Mood and Traffic Accidents in Patients with Obstructive Sleep Apnoea.” *Respiratory Medicine* 94(1):87–90. doi: 10.1053/rmed.1999.0698.

Yimaer, Aziguli, Guangdi Chen, Meibian Zhang, Lifang Zhou, Xinglin Fang, and Wei Jiang. 2017. “Childhood Pesticide Poisoning in Zhejiang, China: A Retrospective Analysis from 2006 to 2015.” *BMC Public Health* 17(1):1–8. doi: 10.1186/s12889-017-4505-3.

Zhang, Guangnan, Kelvin K. W. Yau, and Guanghan Chen. 2013. “Risk Factors Associated with Traffic Violations and Accident Severity in China.” *Accident Analysis and Prevention* 59:18–25. doi: 10.1016/j.aap.2013.05.004.

Zhang, Guangnan, Kelvin K. W. Yau, and Xiangpu Gong. 2014. “Traffic Violations in Guangdong Province of China: Speeding and Drunk Driving.” *Accident Analysis and Prevention* 64:30–40. doi: 10.1016/j.aap.2013.11.002.

Zhang, Guangnan, Kelvin K. W. Yau, Xun Zhang, and Yanyan Li. 2016. “Traffic Accidents Involving Fatigue Driving and Their Extent of Casualties.” *Accident Analysis and Prevention* 87:34–42. doi: 10.1016/j.aap.2015.10.033.

Zipursky, Jonathan S., Hannah Yaphe, Heather Hudson, Albert Wong, and Margaret Thompson. 2020. “Acute Poisoning in Pregnancy: A Province-Wide Perspective from a Poison Center.” *Clinical Toxicology* 58(7):736–41. doi:

10.1080/15563650.2019.1676898.

Zwi, A. B., S. Forjuoh, S. Murugusampillay, W. Odero, and C. Watts. 1996. "Injuries in Developing Countries: Policy Response Needed Now." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 90(6):593–95. doi: 10.1016/S0035-9203(96)90399-5.

Ελληνόγλωσσες αναφορές

Αλεξόπουλος Ε. (2007). Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ

Αποφάσεις Σ.τ.Ε. 3968/81, 1664/84, 4084/85, 762/88, 242/89

Βλάχος, Π. (1983): Δηλητηριάσεις - Συμπτώματα - Θεραπεία, Εκδόσεις Ζερμπίνη, Αθήνα.

ΓΣΕΕ.	Εργατικό	Ατύχημα.	Διαθέσιμο:
https://www.kepea.gr/aarticle.php?id=2074&fbclid=IwAR0u9ZrdtL7NjXtSxTRGACMyAL84iw101EM6Ml3WqBABWdsI1oSf2uOhCxw#			(Πρόσβαση:
14/01/2022)			

Εγκύκλιος του ΙΚΑ Αρ. 45/24.6.2010

Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας

Κώδικας Ποινικής Δικονομίας

Μπαρούτα, Μ. 2015. Τα ατυχήματα στον ελληνικό πληθυσμό: Κριτική αναδρομική μελέτη. Εκδόσεις Κυριακίδη

Μπράνης, Σ. (1998) Στατιστικές εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα.

Νόμος ΓΠΝ/1911

Ποινικός Κώδικας της Ελλάδας