

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΒΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ

ΒΛΑΧΟΥ Δ. ΑΡΙΣΤΕΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2012

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΒΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

ΜΑΡΒΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Καθηγήτρια, Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας (Επιβλέπουσα)

ΚΟΥΤΣΟΥΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

ΝΕΣΤΩΡ ΑΘΑΝΑΣΙΑ, Καθηγήτρια, Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΒΛΑΧΟΥ Δ. ΑΡΙΣΤΕΑ

ΑΘΗΝΑ 2012

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

**ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Βλάχου Αριστέας

Εξεταστική Επιτροπή

- Μαρβάκη Χριστίνα Επιβλέπων
- Κουτσούκου Αντωνία
- Νέστωρ Αθανασία

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίας κ. Βλάχου Αριστέας, συνεδρίασε σήμερα ... / .. /

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Βλάχου Αριστέα με τίτλο «**Κακώσεις από βία στο ΤΕΠ**», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «**ΑΡΙΣΤΑ**» ψήφους , για τον βαθμό «**ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ**» ψήφους , και για τον βαθμό «**ΚΑΛΩΣ**» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Μαρβάκη Χριστίνα, Επιβλέπων (Υπογραφή) _____
- Κουτσούκου Αντωνία (Υπογραφή) _____
- Νέστωρ Αθανασία (Υπογραφή) _____

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

Αφιερώνεται:

Στον αγαπημένο μου σύζυγο Αλέξανδρο

και

Στα πολυαγαπημένα μου παιδιά Βάσω και Λάμπρο

«Βία: κόρη του Τιτάνα Πάλλαδος και της Ωκεανίδος Στυγός, αδερφή του Κράτους, του Ζήλου και της Νίκης, βοηθός του Δια στον αγώνα ενάντια στους Τιτάνες. Η βία είναι η προσωποποίηση της υπέρτατης ισχύος.»

Πήγα: Κοντάκος Χ. Σύγχρονοι μηχανισμοί βίας και καταπίεσης: Πρακτικά επιστημονικού συμποσίου, (15-18 Μαρτίου 2005) Αθήνα: Εταιρία Σπουδών Νεοελληνικού Πολιτισμού και Γενικής Παιδείας 2006.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
1. ΒΙΑ.....	12
1.2. Ορισμός της Βίας.....	12
1.2.1. Διαπροσωπική βία.....	13
1.2.2. Συντροφική βία	13
1.2.3. Σεξουαλική κακοποίηση.....	14
1.2.4. Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών.....	14
1.2.5. Ηλικιωμένα άτομα.....	15
1.3. Βία στη Κοινότητα.....	15
1.3.1. Αλκοόλ και Χρήση Ναρκωτικών.....	15
1.3.2.. Μετανάστες.....	16
1.4. Στοιχεία Εγκληματικότητας.....	16
1.4.1. Σκοτεινός Αριθμός.....	17
1.4.2. Η Κατάσταση στην Ελλάδα.....	18
1.4.3. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Βία.....	19
2. ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	20
3. ΤΡΑΥΜΑ.....	23
3.1. Κακώσεις Στο Ανθρώπινο Σώμα.....	24
3.1.1. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ.....	24
3.1.2. Εγκεφαλικές βλάβες.....	25
3.1.3. Κακώσεις κρανίου.....	25
3.1.4. Κακώσεις Προσώπου.....	25
3.1.5. Τραύματα τριχωτού της κεφαλής.....	26
3.2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΡΜΟΥ.....	26
3.2.1. Κακώσεις θώρακα.....	26
3.2.2. Κακώσεις της κοιλιάς.....	27
3.3. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.....	29

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	32
1.1. Σκοπός.....	32
1.2. Υλικό – Μέθοδος.....	32
1.3. Πληθυσμός	32
1.4. Περιορισμοί της μελέτης.....	33
1.5. Συλλογή δεδομένων.....	33
2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	35
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	36
3.2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	36
3.3. Χώρα Προέλευσης Άλλοδαπών.....	37
3.4. Χαρακτηριστικά τραυματισμών.....	38
3.5. Τρόπος τραυματισμών ή μηχανισμός κακώσεων.....	40
3.6. Τύποι τραυματισμών	42
3.7. Ανατομική θέση τραυματισμών.....	44
3.8. ΕΚΒΑΣΗ.....	48
4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	50
4.1. Συσχέτιση μεταξύ αιτίας τραυματισμού και δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	50
4.2. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και τρόπου τραυματισμού.....	52
4.3. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και τύπου τραυματισμού.....	53
4.4. Συσχέτιση μεταξύ τύπου τραυματισμού και φύλου.....	54
4.5. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και ανατομικής θέσης του τραυματισμού.....,,,	55
4.6. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση.....	56
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
7. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	63
8. ABSTRACT.....	65
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	77

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το φαινόμενο της βίας τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε έξαρση καθώς περισσότεροι από 1.000.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους ως αποτέλεσμα πράξεων βίας. Όπως διαπιστώνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002), η βία αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως για τα άτομα ηλικίας 15-44 ετών.

Ως πρόβλημα δημόσιας υγείας η βία επηρεάζει όλα τα κοινωνικά στρώματα ανεξαρτήτως ηλικίας. Στο παρελθόν, στην Ελλάδα διαπιστώθηκαν χαμηλά ποσοστά εγκληματικότητας σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονη έξαρση των περιστατικών βίας. Στον Ελλαδικό χώρο έχουν γίνει αρκετές μελέτες του φαινομένου σε κοινωνιολογικό επίπεδο ενώ δεν έχουν πραγματοποιηθεί σε ιατρονοσηλευτικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό στάθηκε αφορμή ώστε να γίνει η εκπόνηση της μελέτης μου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψει και να κατηγοριοποιήσει τις κακώσεις των ατόμων που υπέστησαν βία, με απώτερο στόχο να διερευνηθούνε όλες οι σημαντικές στατιστικές μεταβλητές, όπως οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτία τραυματισμού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Η μελέτη απαρτίζεται από το γενικό μέρος στο οποίο περιγράφεται το φαινόμενο της βίας τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως. Επίσης, παρουσιάζονται όλα τα δεδομένα που υπάρχουν στην βιβλιογραφία σχετικά με τους ορισμούς του θέματος. Στο ειδικό μέρος αναφέρονται τα δεδομένα και τα αποτελέσματα της ερευνητικής μου εργασίας, καθώς επίσης και η συζήτηση που αφορά την αξιολόγηση τον δικό μου ευρημάτων σε σχέση με αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στο σημείο αυτό αισθάνομαι ιδιαίτερη την ανάγκη και μέσα από τις σελίδες αυτές να ευχαριστήσω ολόψυχα όλους όσους βοήθησαν στη διενέργεια της παρούσας μελέτης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής μου. Ιδιαιτέρως ευχαριστώ τη σεβαστή μου δασκάλα, κ. Χριστίνα Μαρβάκη, Καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής της Νοσηλευτικής Α΄ ΑΤΕΙ Αθήνας και Επιβλέπουσα, για την πολύτιμη βοήθειά της σε κάθε στάδιο της

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

εκπόνησης αυτής της μελέτης, η οποία αποτέλεσε πηγή έμπνευσης και δημιουργίας.

Την κ. Αναστασία Κοτανίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας του ΕΚΠΑ, ευχαριστώ για την αμέριστη στήριξη και για τις πολύτιμες συμβουλές της

Επίσης, την κ. Ελένη Δοκούτσίδου, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής της Ά Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Αθήνας, για τη συμμετοχή της στην γενικότερη βοήθεια της σε όλα τα στάδια εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς, τους συναδέλφους μου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου « Ο Ευαγγελισμός» όπου και εργάζομαι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Dr. Mark Rosenberg του Κρατικού Κέντρου Ελέγχου Νόσων της Ατλάντα ορίζει τη βία ως μια κοινωνική αρρώστια που μπορεί να αντιμετωπισθεί με τα εργαλεία της επιδημιολογίας και της προληπτικής ιατρικής, ενώ οι επιδημιολόγοι επισημαίνουν τη σημαντικότητα της πρόληψης των επιδημιών, αντιθέτως ο Rosenberg υποστηρίζει ότι η κοινωνία οφείλει να προβάλει αυστηρά μέτρα κατά των εκρήξεων βίας¹.

Το 1996 ο Golding A. επισημαίνει ότι η βία αποτελεί ένα αναδυόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας διεθνώς². Το συμπέρασμα αυτό ενισχύει ο Hofner et al το 2009, αναφέροντας ότι η βία παρατηρείται κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Στη μελέτη του Hofner et al το 2009, παρατηρείτε ότι κατά τη διάρκεια 12 μηνών καταγράφθηκαν περιστατικά βίας σε ποσοστό 10% όλων των ανδρών και το 8% του συνόλου των γυναικών που ζουν στην Ελβετία όπου θεωρείται μία ειρηνική ευρωπαϊκή πόλη³.

Από την βιβλιογραφία το φαινόμενο της βίας αναδεικνύεται ως μία τρομακτική πηγή κακώσεων παγκοσμίως, με τις Η.Π.Α. να είναι η χώρα με τα περισσότερα εγκλήματα βίας, και το ποσοστό των ανθρώπων που χάνουν τη ζωή τους από πράξεις βίας να ανέρχεται στο 1.000.000 ετησίως. Από τη άλλη πλευρά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. 2002), διαπιστώνει καθημερινά ότι η βία αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, σε άτομα ηλικίας 15-44 ετών⁴.

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΒΙΑ

Στα ιστορικά κείμενα, η βία είναι συνυφασμένη με την εξέλιξη του ανθρώπου και αναφέρεται σε όλες τις εποχές και σε όλα τα μέρη του κόσμου, η οποία αποτελούσε τη μετουσίωση των επιθετικών συναισθημάτων του ανθρώπου και προχωρά παράλληλα με την εξέλιξη της κοινωνίας. Φαίνεται ότι η επιθετικότητα είναι δεδομένη στον άνθρωπο ως αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της βιολογικής του οντότητας όσο και της κοινωνικής του ύπαρξης, με αποτέλεσμα η επιθετικότητα και κατ' επέκταση η βία του ανθρώπου να είναι γεγονός αναμφισβήτητο⁵.

Αντιλαμβανόμαστε ότι η βία ήταν πάντα μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας και ο αντίκτυπός της φαίνεται, σε διάφορες μορφές, σε όλα τα μέρη του κόσμου. Σύμφωνα με τον Δημητρίου (2003), κατανοούμε ότι η βία δεν είναι ένα απλό και στιγμιαίο συμβάν, «αλλά συνιστά μία διαδικασία που συνεπάγεται πρόθεση και εξάσκηση.»⁶

1.2. Ορισμός της Βίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ., 1996), ορίζει τη βία ως: «τη σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, με μορφή απειλής ή πράξης, ενάντια στον εαυτό, σε κάποιο άλλο πρόσωπο, ή ενάντια σε μια ομάδα ή κοινότητα, η οποία είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε αυξάνει τις πιθανότητες να επέλθει τραυματισμός, θάνατος, ψυχολογική βλάβη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή αποστέρηση.» Με τον ορισμό αυτό δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόθεση και όχι μόνο στο αποτέλεσμα μιας πράξης βίας. Οι όροι «δύναμη» και «εξουσία» παραπέμπουν σε πράξεις που απορρέουν από σχέσεις εξουσίας και περιλαμβάνουν τόσο τις απειλές όσο και τους εκφοβισμούς. Εκτός από το θάνατο ή τον τραυματισμό η έννοια του πηγαίνει πέρα από τη σωματική κακοποίηση και περιλαμβάνει και άλλες συνέπειες ως πράξεις βίας όπως για παράδειγμα την ψυχολογική βία, την αποστέρηση και την κακή ανάπτυξη⁷. Επίσης, ο Π.Ο.Υ. διαχωρίζει τη βία σε τρεις κατηγορίες (2002), α) την αυτο-κατευθυνόμενη βία, που περιλαμβάνει την αυτοκτονική συμπεριφορά και τον αυτο-τραυματισμό, β) τη διαπροσωπική βία, που περιλαμβάνει τη βία στην οικογένεια, την κακοποίηση παιδιών και

ηλικιωμένων και γ) τη βία στην κοινότητα, που ασκείται έξω από το σπίτι μεταξύ ανθρώπων, που δεν σχετίζονται μεταξύ τους, και περιλαμβάνει τις τυχαίες πράξεις βίας, τους βιασμούς ή τις σεξουαλικές επιθέσεις από αγνώστους καθώς και τα περιστατικά βίας που παρατηρούνται σε θεσμικό πλαίσιο όπως τα σχολεία, οι χώροι εργασίας, οι φυλακές και τα γηροκομεία⁴. Παρακάτω θα αναλύσουμε τις κατηγορίες της βίας.

1.2.1. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΙΑ

Η διαπροσωπική βία περιλαμβάνει τη βία μεταξύ συζύγων, τις επιθέσεις μεταξύ των παιδιών και τις εντάσεις από τους γονείς προς αυτά, και επίσης την κακομεταχείριση και την εκμετάλλευση των ηλικιωμένων ατόμων από την οικογένειάς τους, οι οποίες αποτελούν εκφάνσεις της ενδοοικογενειακής βίας⁶.

1.2.2. Συντροφική Βία

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2002) η συντροφική βία (Intimate Partner Violence – IPV) ορίζεται ως «οποιαδήποτε συμπεριφορά μέσα σε μία οικεία σχέση που προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη»⁴. Η βία κατά των γυναικών εμφανίζεται σε όλες τις χώρες ανεξάρτητα από το πολιτισμικό πλαίσιο, την κοινωνική τάξη, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, την εθνικότητα και την ηλικία⁸. Αναμφισβήτητα, η κακοποίηση που ασκείται στις γυναίκες αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν διάφοροι επιστήμονες και ερευνητές, οι πολιτικές ηγεσίες των χωρών καθώς και οι διεθνείς οργανισμοί. Όπως επισημαίνουν οι CI Lau et al (2008) σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε όλο τον κόσμο, το 10-69% των γυναικών ανέφεραν σωματική επίθεση από οικείο άνδρα σε κάποια στιγμή στη ζωή τους.⁹ Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν επίθεση στο πλαίσιο της συντροφικής βίας, μέσα στους τελευταίους 12 μήνες από τη διεξαγωγή μετααναλυτικής έρευνας, κυμαίνεται από 3% και λιγότερο στην Αυστραλία, στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνει έως και 38% στην Κορέα και 52% στην Παλαιστίνη^{10,11}.

1.2.3. Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση και ο βιασμός, συχνά φαινόμενα των ημερών μας, δεν αφορούν μόνο τις γυναίκες αλλά και τους άνδρες καθώς και τα παιδιά. Ορισμένες φορές τα θύματα αυτά μπορεί να έχουν υποστεί πολλαπλές κακώσεις και να χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση¹².

Με βάση τα δεδομένα της Εθνικής Υπηρεσίας Έκτακτης Ανάγκης των Η.Π.Α. οι σεξουαλικές επιθέσεις αντιπροσωπεύουν το 10% του συνόλου των επιθέσεων που σχετίζονται με τραυματισμό των γυναικών όπου και επισκέπτονταν το ΤΕΠ το 2006.(cdc-2007). Μεταξύ των θυμάτων σεξουαλικής βίας βιάστηκε το 31,5% των γυναικών ηλικίας άνω των 18^o έτους και το 16,1% και των ανδρών ανέφερε σωματική βλάβη, ως αποτέλεσμα ενός βιασμού. Το 36,2% των τραυματισμένων γυναικών που έπεσαν θύματα έλαβαν ιατρική φροντίδα¹³.

Στον ποινικό Κώδικα του κεφαλαίου ΙΘ' «Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής». παλαιότερα ονομαζόταν <<εγκλήματα κατά των ηθών>>. Στο άρθρο 366 περί «Βιασμός» αναφέρει ότι όποιος με σωματική βία ή με απειλή σπουδαίου και άμεσου κινδύνου εξαναγκάζει σε συνουσία εξώγαμη ή σε ανοχή ή επιχείρηση ασελγούς πράξης τιμωρείται με κάθειρξη.

Επομένως ως σωματική βία ορίζεται η άσκηση στο σώμα του θύματος βίας, με σκοπό την καταστολή ή την εξουδετέρωση της αντίστασής του. Επίσης, σωματική βία συνιστά και η περιαγωγή άλλου σε κατάσταση αναισθησίας ή ανικανότητας για αντίσταση με υπνωτικά ή ναρκωτικά ή άλλα μέσα¹⁴.

1.2.4. Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών

Η κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών αναγνωρίστηκε ως ιδιαίτερη μορφή άσκησης βίας τις τελευταίες δεκαετίες . Η εκτίμηση της συχνότητας του φαινομένου αποτελεί δύσκολο εγχείρημα διεθνώς, για τρεις κυρίως λόγους: α) την αποτυχία διάγνωσης των κακώσεων, β) την αποτυχία της αναγνώρισης ότι οι κακώσεις προέρχονται από κακοποίηση, και γ) την έλλειψη ενός εθνικού συστήματος αναφοράς τέτοιων περιστατικών βίας σε πολλές χώρες¹⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι 40.000.000 παιδιά σε ολόκληρο τον κόσμο πέφτουν θύματα βίας κάθε χρόνο σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Π.Ο.Υ. το 1999¹⁶. Στην Ελλάδα το 2011 (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) αναφέρεται ότι περίπου 30.000 παιδιά κακοποιούνται και παραμελούνται κάθε χρόνο και 8.000 από αυτά είναι κάτω των 5 ετών.¹⁷

1.2.5. Ηλικιωμένα Άτομα

Καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων αυξάνεται, η βία κατά των ατόμων προχωρημένης ηλικίας αποτελεί ένα αναπτυσσόμενο κοινωνικό πρόβλημα. Οι Janisch et al (2010) στην έρευνα τους αναφέρουν ότι το 63,6% των ηλικιωμένων ανθρώπων που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π. αφορούσαν επιθέσεις βίας, στο οποίο το 38,2% αφορούσε την άσκηση βίας κατά τη διάρκεια ληστείας. Η ανάλυση λοιπόν, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα ληστείας και θύματα βίας, λόγω ευάλωτου χαρακτήρα τους, αποτελούν προνομιακό στόχο.¹⁸

1.3. Βία στη Κοινότητα

1.3.1. Αλκοόλ και Χρήση Ναρκωτικών

Ένας δυνητικά κρίσιμος παράγοντας στην άσκηση βίας είναι το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών. Όπως αναφέρουν διάφορες έρευνες η κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών φαίνεται να είναι συνυφασμένες με την άσκηση βίας^{19,20,21,22}

Αυτή την άποψη έρχεται να ενισχύσει και ο Δουζένης (2009), ο οποίος αναφέρει ότι συνολικά η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ²³ καθώς και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών συνδυάζεται με παραπτωματικότητα και επιθετικότητα και παίζει σημαντικό ρόλο στη διάπραξη εγκλημάτων και παραβάσεων²⁴. Αυτό επιβεβαιώνεται από έρευνα της Galvani (2006) η οποία ανέδειξε ότι ένα ποσοστό 70% των ατόμων που κακοποιούν, πριν από τη βίαιη συμπεριφορά, είχε καταναλώσει αλκοόλ²⁵. Επίσης, οι Cherpitel (2008) και Ye Y. (2010) αναφέρουν ότι το αλκοόλ έχει βρεθεί να είναι πιο στενά

συνδεδεμένο με τους τραυματισμούς που προκύπτουν από άσκηση βίας από ότι με τραυματισμούς από λοιπές αιτίες.^{26,27}

1.3.2. Μετανάστες

Όπως αναφέρει ο Χρήστος Μανούρας, εκπρόσωπος τύπου της Ελληνικής Αστυνομίας σε άρθρο του BBC εκτιμάται ότι περισσότεροι από 1.000.000 αδήλωτοι μετανάστες υπάρχουν στην Ελλάδα, η οποία λόγω της γεωγραφικής της θέσης έχει γίνει η κύρια πύλη διαφυγής προς την Ευρώπη. Κάθε μέρα περίπου 300 μετανάστες μπαίνουν παράνομα από τον Έβρο σχεδιάζοντας ότι θα συνεχίσουν το ταξίδι τους στην Ευρώπη. Αντί για αυτό όμως, εγκλωβίζονται στην Ελλάδα, ανήμποροι να βρουν δουλειά και καταφύγιο, συμβάλλοντας έτσι – στην προσπάθειά τους να επιβιώσουν – στην αύξηση της εγκληματικότητας²⁸.

1.4. Στοιχεία Εγκληματικότητας

Δείκτης Εγκληματικότητας είναι «ο δείκτης που απεικονίζει τη σχέση μεταξύ του πληθυσμού μιας χώρας και του αριθμού των εγκλημάτων που καταγράφονται επισήμως σε ορισμένη χρονική περίοδο»²⁹. Όπως διαπιστώνει ο Καρύδης (2004), ο Δείκτης Εγκληματικότητας (Crime Index) στις ΗΠΑ περιλαμβάνει οκτώ εγκλήματα κατά σειρά σοβαρότητας: Ανθρωποκτονία από πρόθεση – Βιασμός – Ληστεία - Βαριές και επικίνδυνες σωματικές βλάβες – Διάρρηξη – Κλοπή - Κλοπή μηχανοκίνητου – Εμπρησμός.³⁰

Στις ευρωπαϊκές χώρες τα δεδομένα είναι απογοητευτικά διότι τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η συχνότητα των επιθέσεων και των άλλων βίαιων εγκλημάτων αυξάνονται^{31,32}.

Το 2008 σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από την Ελληνική Αστυνομία στο πρώτο εξάμηνο του έτους σημειώθηκε ρεκόρ εγκληματικότητας. Οι κλοπές και οι διαρρήξεις κατέγραψαν άνοδο της τάξεως του 21,87% ενώ ιδιαιτέρως αυξημένοι ήταν και οι βιασμοί, δεδομένου ότι από τον Ιανουάριο σημειώθηκαν 107 έναντι 118 όλο το 2007³³. Ο ρυθμός των βίαιων εγκλημάτων στην Ελλάδα, αναφορικά με την έκθεση της Eurostat

(2010) η οποία βασίζεται στα επίσημα στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, συνεχώς αυξάνει από 7.507 το 2002 σε 11.220 το 2008³². Πιο συγκεκριμένα, αύξηση σημειώνεται και στον αριθμό των κλοπών-διαρρήξεων, όπου το 2002 ήταν 31.805 και το 2008 ήταν 44.150. Ο αριθμός αυτός, το πρώτο εξάμηνο του 2011 έφτασε τις 48.262, δηλαδή 3.367 περισσότερες σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010, σύμφωνα με το Δελτίο Τύπου του αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας³⁴.

1.4.1. Σκοτεινός Αριθμός

Όπως δηλώνει ο Γεωργούλας, Εγκληματολόγος στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σε άρθρο του BBC πολλά θύματα βίας (κλοπή, βιασμός, ξυλοδαρμός κ.λπ.) δεν πηγαίνουν στην αστυνομία να δηλώσουν το συμβάν²⁸. Έτσι, δημιουργείται ο «σκοτεινός αριθμός», ένας όρος που περιγράφει τα μη καταγγελθέντα εγκλήματα που διαπράττονται³⁵. Ο πραγματικός αριθμός των εγκλημάτων, λοιπόν, τείνει να είναι κατά πολύ υψηλότερος από τα επίσημα καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία. Με άλλα λόγια, τα στατιστικά στοιχεία της αστυνομίας για την εγκληματικότητα καθώς και τα υπόλοιπα στοιχεία ερευνών του εγκλήματος και των περιστατικών βίας είναι γνωστό ότι δεν αντικατοπτρίζουν τα πραγματικά επίπεδα της βίας στην κοινωνία³⁶. και φαίνεται να υποτιμούν σημαντικά τη συχνότητα των περιστατικών βίας που παρατηρείται σε μία κοινωνία³⁷. Με την άποψη αυτή φαίνεται να συμφωνεί και ο Τσιγκρής (1996) ο οποίος σημειώνει ότι «η μελέτη των επίσημων αστυνομικών, δικαστικών και σωφρονιστικών στατιστικών μας οδηγεί σε λανθασμένα και παραπλανητικά συμπεράσματα όσον αφορά στην πραγματική έκταση των εγκλημάτων, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των θυμάτων και των δραστών»³⁸.

Δυστυχώς, είναι αδύνατον να παραχθούν στατιστικά στοιχεία τα οποία να περιλαμβάνουν όλα τα περιστατικά βίας που σημειώνονται ανά έτος. Αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία (Brink, 1998), η οποία αναφέρει ότι το 68% όλων των θυμάτων βίας που νοσηλευτήκαν σε νοσοκομεία της χώρας δεν ανέφεραν το συμβάν στην αστυνομία, συνεπώς δεν συμπεριλήφθηκαν στα επίσημα στατιστικά³⁹. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Π.Ο.Υ. (2002) η χρήση βίας που δεν καταλήγει σε

θάνατο σπάνια δηλώνεται. Τα θύματα μπορεί να είναι απρόθυμα ή να διστάζουν να συζητήσουν και να δηλώσουν τις βίαιες εμπειρίες τους όχι μόνο από ντροπή ή λόγω κάποιων ταμπού αλλά και επειδή φοβούνται⁴.

1.4.2. Η Κατάσταση στην Ελλάδα

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι αύξηση των εγκληματικών πράξεων που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, είναι σημαντικό να αποτυπωθούν τα πιθανά αίτια καθώς και η παρούσα κατάσταση που επικρατεί στον Ελλαδικό χώρο. Η Ελληνική Αστυνομία αναφέρει ότι ένοπλες συμμορίες μπαίνουν στη χώρα από την Αλβανία και τη Βουλγαρία με σκοπό να επιδοθούν σε διαρρήξεις καθώς οι Έλληνες καταθέτες κρύβουν τα χρήματά τους στο σπίτι. Αυτό το γεγονός φαίνεται να αποτελεί έναν από τους λόγους στους οποίους οφείλεται η αύξηση της εγκληματικότητας στη χώρα μας^{28,34}.

Σύμφωνα με πόρισμα της έρευνας του καθηγητή Πατεινιώτη (2000) η ανεργία που παρατείνεται αποξενώνει το άτομο από την κοινωνία, αποτελεί σοβαρή απειλή για τη ψυχική υγεία και ευνοεί την εγκληματικότητα και τις ποικίλες μορφές της⁴⁰. Το πόρισμα αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει το γεγονός ότι το ρεκόρ των ανθρωποκτονιών που έχει καταγραφεί ποτέ στις ΗΠΑ σημειώθηκε το 1933, όταν η ανεργία είχε φτάσει στο 25%.⁴¹ Το δεύτερο τρίμηνο του 2012 το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα αγγίζει το 23,6% , γεγονός που προβλέπεται να συμβάλει στην περαιτέρω αύξηση των φαινομένων βίας⁴².

Τα τελευταία χρόνια, επίσης, δεν είναι τυχαίο ότι παρατηρείται ιδιαίτερα σημαντική αύξηση των περιστατικών βίας που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια πορειών και διαδηλώσεων καθώς σύμφωνα με τον Δημητρίου (2003), η αύξηση αυτή λειτουργεί «ως βαλβίδα έκρηξης της διαμαρτυρίας των ανθρώπων»⁶. Σύμφωνα με τον Αυγερινό (2007) η έξαρση της βίας αντανακλά τις διακυμάνσεις των κοινωνικών προβλημάτων (ανεργία, ανέχεια και άλλες δύσκολες καταστάσεις) που καλούνται οι άνθρωποι να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητά τους⁵. Είναι λογικό, λοιπόν, να συμπεράνουμε ότι όσο μεγαλύτερα είναι τα κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται, τόσο μεγαλύτερες είναι οι εξάρσεις βίας που παρατηρούνται σε μία κοινωνία.

Αντιλαμβανόμαστε ότι, η αύξηση των περιστατικών βίας και της εγκληματικότητας που παρατηρείται στη χώρα μας συνδέεται άμεσα με την παρούσα κατάσταση που επικρατεί όπως η οικονομική κρίση, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ανέργων, η μείωση μισθών και συντάξεων, η ύφεση και η αύξηση παράνομων μεταναστών. Έτσι, δεν είναι τυχαίο ότι η Ελλάδα, μέχρι και πριν μερικά χρόνια είχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς δεν καλούνταν να αντιμετωπίσει τα τρέχοντα κοινωνικά προβλήματα²⁸.

1.4.3. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Βία

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του κάθε νοσοκομείου φαίνεται να ανησυχεί περισσότερο από όλες τις ιατρικές υπηρεσίες, σχετικά με το γεγονός ότι τα περιστατικά βίας παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις. Τα τελευταία 10 χρόνια, στα Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων της Ελβετίας έχει καταγραφεί μία σημαντική αύξηση των κρουσμάτων που σχετίζονται με την βία, η οποία συνοδεύεται από έναν ολοένα αυξανόμενο αριθμό ιατρικών εκθέσεων.³

Όπως αναφέρει η McBrearty (2011), δεδομένου του υψηλού επιπολασμού της εγκληματικότητας στην κοινωνία σήμερα, τα θύματα εγκληματικών πράξεων προσδιορίζονται ως ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών που προσέρχονται στα Τ.Ε.Π.⁴³

Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών της Αμερικής το 1994, το προσωπικό των Τ.Ε.Π. αντιμετώπισε κατ' εκτίμηση 1.400.000 ανθρώπους για τραυματισμούς που προέκυψαν από διαπροσωπική βία. Αυτοί οι ασθενείς αντιπροσωπεύουν περίπου το 1,5% όλων των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν στα Τ.Ε.Π της χώρας. Ακόμα, το 1997 ο Rand αναφέρει ότι πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τους ασθενείς ή από συγγενικά τους πρόσωπα κατά τη διάρκεια της έρευνάς του, δείχνουν ότι το 94% των ανθρώπων που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π λόγω τραυματισμού ήταν αποτέλεσμα επίθεσης⁴⁴. Πιο πρόσφατες έρευνες αποτυπώνουν ότι κάθε χρόνο περισσότεροι από 37.000.000 ασθενείς που παρουσιάζουν κάποιο είδος τραυματισμού, επισκέπτονται τα Τ.Ε.Π. Οι τραυματισμοί που σχετίζονται με

επιθέσεις και βία έχουν φτάσει αριθμούς επιδημίας, υπερβαίνοντας τα 2.000.000 ετησίως³¹. Με τις έρευνες του εξωτερικού δείχνουν να συμφωνούν και οι Ηλιοπούλου και Παραρά (2008) οι οποίες αναφέρουν στην έρευνά τους σχετικά με τα θύματα ξυλοδαρμού ότι «η προσέλευση θυμάτων ξυλοδαρμού έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία διετία στα Τ.Ε.Π. Τα δεδομένα αυτά συμβαδίζουν με την άνοδο της εγκληματικότητας και τα φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας»⁴⁵.

Επιπλέον, οι ασθενείς που ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ εντός έξι ωρών πριν την επίσκεψή τους στο Τ.Ε.Π. σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν καταναλώσει καθόλου αλκοόλ είχαν περισσότερες πιθανότητες να τραυματιστούν από χρήση βίας και οι ασθενείς που εξαρτώνται από το αλκοόλ είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν βίαιοι⁴⁶. Επίσης, η Cherpitel (2008) ισχυρίζεται ότι ασθενείς με τραυματισμούς από βία που είχαν υψηλή συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα τους (Blood Alcohol Concentration, BAC), και είχαν καταναλώσει αλκοόλ πριν τον τραυματισμό ή ήταν αλκοολικοί είχαν περισσότερες πιθανότητες να προσέλθουν στο Τ.Ε.Π. από τους ασθενείς που την ίδια χρονική περίοδο παρουσίασαν τραυματισμούς από άλλες αιτίες²⁶.

2. ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (European Society for Emergency Medicine – EuSEM, 2007; 2009) το Τ.Ε.Π. είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει σαν στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείρισή τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό.»^{47,48} Επομένως, το Τ.Ε.Π. είναι ένα κατάλληλα στελεχωμένο και εξοπλισμένο τμήμα νοσοκομείου που παρέχει γρήγορη και ποικίλη φροντίδα έκτακτης ανάγκης σε εκείνους που υποφέρουν από κάποια ξαφνική και οξεία νόσο ή από κάποιο σοβαρό τραυματισμό⁴⁹.

Το Τ.Ε.Π. αποτελεί μία ξεχωριστή ιατρική μονάδα που ειδικεύεται στην άμεση φροντίδα των ασθενών που προσέρχονται ή διακομίζονται σε αυτήν,

χωρίς προκαθορισμένο ραντεβού. Λόγω της απρόβλεπτης φύσης της προσέλευσης των ασθενών, το τμήμα πρέπει να παρέχει την αρχική θεραπεία για ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και τραυματισμών που ίσως να είναι απειλητικά για τη ζωή των ασθενών και να απαιτούν άμεση προσοχή⁵⁰. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές απαιτήσεις από ένα Τ.Ε.Π. είναι:

- Η υποδοχή όλων των ειδών των επειγόντων περιστατικών
- Η καταγραφή και η διαλογή των προσερχόμενων ασθενών.
- Η αρχική εκτίμηση και αντιμετώπιση των βαριά ασθενών.
- Η λεπτομερής εκτίμηση και διερεύνηση της αιτίας προσέλευσης των ασθενών.
- Η αρχική διάγνωση, η αξιολόγηση των παρακλινικών εξετάσεων και ο σχεδιασμός πλάνου νοσηλείας για όλους τους ασθενείς.
- Το εξιτήριο μετά την παροχή της ιατρικής φροντίδας ή μεταφορά του ασθενούς στο χώρο τελικής φροντίδας⁵¹.

Σύμφωνα με εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2005 για την ιατρική φροντίδα στα δημόσια νοσοκομείο, σχετικά με τις επισκέψεις στα Τ.Ε.Π. καταγράφηκαν συνολικά περίπου 115,3 εκατομμύρια επισκέψεις κατά τη διάρκεια του έτους⁵². Με άλλα λόγια, εκτιμάται ότι το 1/5 του αμερικανικού πληθυσμού επισκέφθηκε κάποιο Τ.Ε.Π. μία ή περισσότερες φορές μέσα σε ένα χρόνο⁵³. Από το 1995 έως το 2005 ο ετήσιος αριθμός των επισκέψεων στο Τ.Ε.Π. αυξήθηκε από 96,5 εκατομμύρια σε 115,3 εκατομμύρια, μία αύξηση της τάξης του 20%. Το πιοσσότο αυτό αντιπροσωπεύει μία μέση αύξηση μεγαλύτερη του 1,7 εκατομμύρια επισκέψεων ετησίως⁵². Από τις 115,3 εκατομμύρια επισκέψεις οι 41,9 εκατομμύρια αφορούσαν τραυματισμό και οι 2,2 εκατομμύρια από αυτές αφορούσαν σκόπιμους τραυματισμούς που προέκυψαν από επιθέσεις ή βία⁵².

Στην Ελλάδα το 2011, σύμφωνα με την Έκθεση Αποτελεσμάτων του ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ (ΥΥΚΑ / ΕΣΥ, 2012), το σύνολο των εξετασθέντων στα Τ.Ε.Π. ήταν 4.848.849 ασθενείς, παρουσιάζοντας μία οριακή μείωση σε σχέση με το 2010. Στην 1^η ΔΥΠε οι περισσότερες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν στο Γ.Ν. Ευαγγελισμός (106.217) και ακολουθούν το Νοσοκομείο Παιδων Αγία Σοφία (100.442) και το Νοσοκομείο Παιδων Αγ. Κυριακού (87.176). Στην 2^η ΔΥΠε τα τρία (3) πρώτα Νοσοκομεία

ήταν τα Γ.Ν. Νίκαιας (131.039), Γ.Ν. Ασκληπιείο (90.193) και το Γ.Ν. Τζάνειο (84.565)⁵⁴.

Το Τ.Ε.Π. αποτελεί σημείο αναφοράς για κάθε ιατρικό επείγον περιστατικό, συγκεντρώνει ένα τεράστιο όγκο περιστατικών, αφορά όλο το φάσμα της ιατρικής και ο ρόλος του είναι καθοριστικός, σε πολλά επίπεδα της αντιμετώπισης των προσερχόμενων ασθενών⁵⁵. Συχνό φαινόμενο και κύριο πρόβλημα στα Τ.Ε.Π. αποτελεί ο συνωστισμός που δημιουργείται λόγω της μεγάλης και ταυτόχρονης προσέλευσης ασθενών που προφανώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα⁵⁶. Μερικοί λόγοι στους οποίους οφείλεται η μεγάλη προσέλευση στα Τ.Ε.Π είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η μείωση του προσωπικού, η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς καθώς και η προσέλευση μη επειγόντων περιστατικών που επισκέπτονται το εκάστοτε εφημερεύον νοσοκομείο λόγω έλλειψης πρωτοβάθμιας περίθαλψης⁵⁶.

Ο συνωστισμός στα Τ.Ε.Π., οφείλεται σύμφωνα με την Ασκητοπούλου (2009) στη «διαταραχή της ροής των ασθενών, που καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ της εισροής ασθενών, του χρόνου παραμονής στο Τ.Ε.Π και της εκροής των ασθενών». Πιο συγκεκριμένα, η εισροή των ασθενών εξαρτάται από τη διαλογή και το είδος των ασθενών σε αριθμό και βαρύτητα. Ο χρόνος παραμονής των ασθενών και των διεργασιών στα Τ.Ε.Π εξαρτάται από το ιστορικό, την αρχική διάγνωση και την έναρξη αντιμετώπισης. Τέλος, η εκροή ασθενών εξαρτάται από τις δυνατότητες παρακολούθησης και βραχείας νοσηλείας και τα πρωτόκολλα εξόδου στο νοσηλευτικό τμήμα ή σπίτι.

Συμπερασματικά, το Τ.Ε.Π. αποτελεί το συνδετικό κρίκο και έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο (interface) μεταξύ του ασθενούς και της οριστικής του αντιμετώπισης, καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας⁵⁷.

3. ΤΡΑΥΜΑ

Τραύμα είναι η κάκωση του σώματος⁵⁸. Με τον όρο κάκωση στη χειρουργική εννοείται κάθε διατάραξη ανατομικής ακεραιότητας οποιουδήποτε ιστού ή οργάνου του σώματος από την επίδραση ενός εξωτερικού παράγοντα, ποικίλης φύσης (μηχανικής, φυσικής, και χημικής) σε ποσά που υπερβαίνουν τις φυσιολογικές αντοχές^{59,50}. Ταξινομείται σε ακούσιο στο οποίο ανήκουν τα τροχαία, τα εργατικά ατυχήματα, τα ατυχήματα ελευθέρου χρόνου, οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις, και σε εκούσιο στο οποίο ανήκουν οι αυτοτραυματισμοί, η εγκληματικότητα και οι πόλεμοι⁵⁸.

Η άμεση αντιμετώπιση του τραυματία στον τόπο του ατυχήματος μέχρι και την οργανωμένη νοσοκομειακή μονάδα επηρεάζει σημαντικά την πορεία και την αποκατάσταση του ασθενούς καθώς είναι σημαντικές οι επιπλοκές που προκύπτουν σε τραυματίες από την κακή αντιμετώπισή τους στο προνοσοκομειακό περιβάλλον. Συνήθως οι πρώιμοι θάνατοι οφείλονται σε βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, σε μαζική αιμορραγία ή σε οξύτατη απόφραξη του αεραγωγού. Τα πυροβόλα όπλα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από εκούσιο τραυματισμό (αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία). Το 30% των τραυματιών θα πεθάνει τις πρώτες 4 ώρες έως και τις πρώτες 2 ημέρες και συνήθως οφείλεται σε απόφραξη του αεραγωγού, σε αιμορραγία και σε διαταραχές της αναπνοής. Στη χώρα μας προκύπτει ότι το 4,87% των θανάτων είναι πλήρως αποτρέψιμοι, ενώ το 42.65% είναι πιθανόν αποτρέψιμοι^{61,62,63}.

Τα τραύματα που προκαλούνται από οξύαιχμα όργανα παραδοσιακά διακρίνονται: σε τραύματα τομής από όργανα που τέμνουν (κόβουν) και σε τραύματα διάτρησης από όργανα που τρυπούν («νύσσοντα» όργανα). Ο τραυματισμός με κοινότερα όργανα τομής και διάτρησης που μερικές φορές έχουν αμβλείς επιφάνειες έχουν ως συνέπεια να εμφανίζουν και χαρακτηριστικά θλαστικών τραυμάτων, όπως εκδορές και εκχυμώσεις στα τραυματικά χείλη. Αυτά είναι τα μαχαίρια διαφόρων τύπων (σουγιάδες, φαλτσέτες, μαχαίρια κουζίνας ή με κατσαβίδι). Τα σχετικά αμβλέα άκρα του οργάνου προκαλούν ευδιάκριτη εκδορά και εκχύμωση γύρω από το άνοιγμα του δέρματος. Τα τραύματα τομής κατά ζεύγη που σχηματίζουν ελαφρά γωνία

μεταξύ τους, κατά κανόνα σε κάθε ζεύγος το ένα τραύμα εμφανίζει και θλαστικούς χαρακτήρες όπως πλήξη με μισάνοιχτο ψαλίδι είτε με σπασμένη φιάλη από γυαλί ή πλήξη με τσεκούρι. Ακόμη, οι κακώσεις από όπλα οφείλονται τόσο στα πυροβόλα όσο και στα κυνηγετικά όπλα⁶⁴. Τέλος, δάγκωμα από άνθρωπο είναι σπάνιο αλλά εμφανίζεται στα γήπεδα⁶⁵.

3.1. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ

Σύμφωνα με την ανατομική θέση οι κακώσεις διακρίνονται: α) σε κακώσεις του σκελετού της κεφαλής, οι οποίες χωρίζονται σε κακώσεις του εγκεφαλικού και του προσωπικού ή σπλαγχνικού κρανίου, β) σε κακώσεις του σκελετού του κορμού, οι οποίες χωρίζονται σε κακώσεις του θώρακα και της σπονδυλικής στήλης, επίσης, συμπεριλαμβάνονται και οι κακώσεις της κοιλιακής χώρας και γ) σε κακώσεις των άκρων οι οποίες χωρίζονται σε κακώσεις των άνω και των κάτω άκρων.

3.1.1. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

Με τον όρο τραυματική εγκεφαλική κάκωση εννοούμε τη βλάβη που προκαλείται στον εγκέφαλο από μία εξωτερική μηχανική δύναμη, όπως απότομη επιτάχυνση ή επιβράδυνση, πρόσκρουση, έκρηξη ή διείσδυση από βλήμα πυροβόλου όπλου⁶⁴. Η εγκεφαλική λειτουργία διαταράσσεται είτε προσωρινά είτε μόνιμα. Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) είναι η πρώτη αιτία θανάτου και ανικανότητας παγκοσμίως⁶⁷ και αποτελούν ένα μεγάλο κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα υγείας.⁶⁶ Η επίπτωση των ΚΕΚ ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την περιοχή και άλλους παράγοντες⁶⁸. Το 34% των ΚΕΚ στις ΗΠΑ οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, το 39% σε πυροβόλα όπλα, το 10% σε πτώσεις και το 17% σε άλλα αίτια⁶⁹. Ο μεγαλύτερος αριθμός ΚΕΚ παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 15-24 ετών^{70,71}. Στις ΗΠΑ, ασθενείς με ΚΕΚ οφειλόμενη σε πτώση έχουν ποσοστό επιβίωσης 89%, όταν μόνο το 9% των ατόμων με ΚΕΚ οφειλόμενη σε πυροβόλα όπλα επιζούν⁷². Τα πιο κοινά αίτια ΚΕΚ θεωρούνται η βία, η οικογενειακή βία τα ατυχήματα με τα μέσα μεταφοράς, τα εργατικά, τα βιομηχανικά και τα αθλητικά ατυχήματα.^{73,74,75} Τα πυροβόλα όπλα και οι τραυματισμοί από

εκρηκτικούς μηχανισμούς αποτελούν άλλες αιτίες KEK, οι οποίες είναι πρωταρχικές αιτίες θανάτου και ανικανότητας στις εμπόλεμες ζώνες^{76,77,78}. Η κλινική εικόνα του KEK τραυματία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ή όχι διαταραχών του επιπέδου συνείδησης, νευρολογικών εκδηλώσεων από τα κρανιακά και περιφερικά νεύρα και συστηματικές εκδηλώσεις. Την όλη εικόνα περιπλέκουν, τις περισσότερες φορές, εκδηλώσεις των συνοδών εξωκρανιακών τραυμάτων^{79,80}.

3.1.2. Εγκεφαλικές βλάβες

Οι ιστικές καταστροφές του εγκεφάλου που προκαλούνται κατευθείαν και άμεσα από το κλειστό ή ανοιχτό τραύμα αποτελούν τις πρωτογενείς (ή πρωτοπαθείς) εγκεφαλικές βλάβες, οι οποίες είναι η θλάση, οι διασχίσεις, η αιμορραγία και η εγκεφαλική διάσειση, και έχουν ως συνέπεια τη λειτουργική απώλεια των κακοποιημένων περιοχών του εγκεφάλου. Σειρά όμως πολύπλοκων παθοφυσιολογικών μηχανισμών τείνουν να επιδεινώσουν την αρχική αυτή κατάσταση τροφοδοτώντας την εγκατάσταση νέων βλαβών με τελικό αποτέλεσμα τη μερική ή συνολική επιβάρυνση της εγκεφαλικής λειτουργίας. Οι επιγενείς αυτές ιστικές καταστροφές αποτελούν τις δευτερογενείς (ή δευτεροπαθείς) εγκεφαλικές βλάβες.⁸¹ Η εγκατάστασή τους μπορεί να ξεκινά αμέσως μετά την κάκωση ή οποιοδήποτε χρόνο μετά και εμφανίζονται ως εγκεφαλικό οίδημα^{79,82}, ισχαιμία, ισχαιμικά έμφρακτα, ενδοκράνια αιμορραγία, υγρώματα, αποφρακτικό υδροκέφαλο και μετατραυματική λοίμωξη (μηνιγγίτιδα, εμπύημα, απόστημα).^{79,81,83}

3.1.3. Κακώσεις κρανίου

Παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία, αναλόγως του οργάνου της κάκωσης, της θέσης τους και της πιθανότητας εγκεφαλικής βλάβης, τέτοια είναι τα απλά γραμμοειδή (ρωγμώδη) κατάγματα και τα εμπιέσματα .

3.1.4. Κακώσεις Προσώπου

Τα τραύματα της κεφαλής αφορούν τα μαλακά μόρια του τριχωτού της κεφαλής, το κρανίο και τον εγκέφαλο⁸⁴. Τα κατάγματα σπλαχνικού κρανίου αποτελούν το 35% των καταγμάτων του ανθρώπινου σκελετού και συμβαίνουν συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (3-4:1) και κυρίως στην 2η και 3η δεκαετία της ζωής⁸⁵. Ως κύρια αιτία καταγμάτων θεωρούνται τα τροχαία ατυχήματα και ακολουθούν οι φιλονικίες (από άμεση πλήξη στο πρόσωπο), ο αθλητισμός, τα εργατικά ατυχήματα και τα τραύματα από πυροβόλα όπλα⁸⁶. Μπορεί να αφορούν ένα μόνο οστό ή και περισσότερα οστά προσώπου ή να συνυπάρχουν και με κακώσεις στο κρανίο (ΚΕΚ), στον θώρακα, την κοιλιά ή τα άκρα. Οι κακώσεις του προσώπου διακρίνονται στα κατάγματα κάτω γνάθου και μέσου τριτημορίου (άνω γνάθος, ζυγωματικό σύμπλεγμα και οφθαλμικός κόγχος).⁸⁶ Επίσης, τα κατάγματα ρινικού οστού και χόνδρου είναι συνήθη⁶⁵. Οι περισσότερες από αυτές απαιτούν 24ωρη νοσηλεία μετά την χειρουργική τους αντιμετώπιση και μόνο κατάγματα του μετωπιαίου οστού ή τα ολοπροσωπικά κατάγματα συνήθως χρειάζονται νοσηλεία ολίγων ημερών⁸⁶.

Τα τραύματα της κεφαλής αφορούν: τα μαλακά μόρια του τριχωτού της κεφαλής, το κρανίο και τον εγκέφαλο⁸⁴.

3.1.5. Τραύματα τριχωτού της κεφαλής

Είναι τα ανοικτά (θλαστικά, τέμνοντα, διατίτραίνοντα) ή κλειστά (θλάσεις, εκχυμώσεις, αιματώματα) και αφορούν το δέρμα, το υποδόριο και την επικράνια απονεύρωση. Το είδος και η μορφή του τραύματος βοηθούν στην εκτίμηση της σφοδρότητας της πρόσκρουσης⁷⁹.

3.2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΡΜΟΥ

Είναι οι κακώσεις του θώρακα και της σπονδυλικής στήλης, επίσης, και της κοιλιακής χώρας του ανθρώπινου σώματος

3.2.1. Κακώσεις θώρακα

Η πρώτη αναφορά σε θωρακικό τραύμα υπάρχει σε Αιγυπτιακό πάπυρο (3000π.Χ.) και περιέχει λεπτομέρειες για την αντιμετώπιση τριών ασθενών από το Αιγύπτιο Imhotep⁸⁷. Στη συνέχεια ακολουθεί ο Όμηρος με την ‘Ιλιάδα’ (950 π.Χ.) που με γλαφυρό τρόπο περιγράφει θωρακικές κακώσεις κατά τη διάρκεια μαχών⁸⁸. Οι τραυματικές κακώσεις αποτελούν την Τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτων, μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τα κακοήθη νεοπλάσματα στις Η.Π.Α. και τη Δυτική Ευρώπη⁸⁹ (Hood RM1990).

Στην Ελλάδα, το τραύμα είναι η πρώτη αιτία θανάτου για τις ηλικίες 18-38 ετών. Κάθε χρόνο χάνονται περίπου 2.000 νέα άτομα. Συνολικά γίνονται περί τα 22.000 ατυχήματα με 32.000 τραυματίες.⁹⁰ Περίπου το 25% των θανάτων οφείλονται σε τραύματα του θώρακα που επηρεάζουν τη θνητότητα και τη νοσηρότητα κατά 50% επιπλέον.⁹¹

Τα δύο τρίτα των θανάτων από θωρακικές κακώσεις λαμβάνουν χώρα μετά την έλευση του ασθενούς στο νοσοκομείο και είναι, ως εκ τούτου, αποφεύξιμοι⁹⁰.

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θωρακικών κακώσεων(70% των περιπτώσεων)⁹² ενώ το υπόλοιπο οφείλεται σε τραυματισμούς από νύσσοντα όργανα και πυροβόλα όπλα⁹³.

Τα διατιτραίνοντα τραύματα του θώρακα έχουν υψηλό δείκτη θνησιμότητας (<10%) λόγω τραυματισμού των πνευμόνων και πρόκλησης πνευμονικής ρήξης, πνευμονικής θλάσης, πνευμοθώρακα ή αιμοθώρακα ή λόγω τραυματισμού της καρδιάς⁹¹. Οι Κακώσεις του θώρακα περιλαμβάνουν κακώσεις:

- Θωρακικού τοιχώματος (θλάση, κατάγματα, αιμάτωμα, υποδόριο εμφύσημα)
- Υπεζωκοτικού χώρου (πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, αιμοπνευμοθώρακας)
- Πνευμόνων (πνευμονική θλάση, ρήξη πνεύμονα,
- Δομών του μεσαυλίου (ρήξη τραχείας – βρόγχων, ρήξη οισοφάγου, τραύματα καρδιάς και μεγάλων αγγείων).
- Διαφράγματος⁹¹

Τα απειλητικά για τη ζωή θωρακικά τραύματα, που απαιτούν άμεσα θεραπεία, είναι ο μεγάλος ασταθής θώρακας, η θλάση του μυοκαρδίου, ο υπό τάση πνευμοθώρακας και ο καρδιακός επιπωματισμός. Η πλειονότητα των

θωρακικών κακώσεων δεν απαιτούν θωρακοτομή παρά μόνο τοποθέτηση σωλήνα κλειστής θωρακικής παροχέτευσης (Billau).^{91,94}

Οι θωρακικές κακώσεις προκαλούνται συνήθως με τρεις συγκεκριμένους μηχανισμούς. Ο πρώτος και ο συχνότερος είναι ο μηχανισμός επιταχύνσεως-επιβραδύνσεως με αιφνίδια μεταβολή της κινητικής κατάστασης του σώματος. Κλασικό παράδειγμα τα τροχαία ατυχήματα (acceleration-deceleration injury) . Δεύτερος σε συχνότητα είναι ο μηχανισμός συμπίεσης (chest compression), όταν η εξασκούμενη δύναμη (πίεση) υπερβαίνει κατά πολύ την ανθεκτικότητα του σκελετού με παράδειγμα τα τραύματα εξ αιτίας άμεσης πλήξης σε τροχαία ή σε πτώσεις από ύψος. Ο τρίτος συχνότερος μηχανισμός είναι η υψηλής ταχύτητας πρόσκρουση (high speed impact) αντικειμένου με μεγάλη κινητική ενέργεια. Αυτός ο μηχανισμός κάκωσης διαφέρει από τους προηγούμενους, γιατί η κινητική ενέργεια μεταφέρεται τον θώρακα. Στην κατηγορία αυτή κατ' εξοχήν ανήκουν τα τραύματα από πυροβόλα όπλα. Τα βλήματα πυροβόλου όπλου μεγάλης ταχύτητας , προκαλούν μεγάλες βλάβες των γύρω ιστών ακόμη και σε αρκετή απόσταση από την πορεία του βλήματος , διότι κατά την διέλευσή τους διαμέσου των οργάνων εκλύουν ενέργεια στους γύρω ιστούς. Σε μικρότερο ποσοστό, παρατηρούνται άλλοι μηχανισμοί κακώσεων όπως τα τραύματα από νύσσοντα όργανα (stab wounds), η απόφραξη των αναπνευστικών οδών, η κατάποση καυστικών ουσιών, τα εγκαύματα και η ηλεκτροπληξία⁹⁵.

3.2.2. Κακώσεις της κοιλιάς

Το κοιλιακό τραύμα είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων. Αναγνώριση των σοβαρών ενδο-κοιλιακών κακώσεων είναι συχνά δύσκολη. Πολλοί τραυματισμοί δεν εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της αρχικής αξιολόγησης. Ενδο-κοιλιακοί τραυματισμοί που δεν έχουν γίνει αντιληπτοί καθώς και η κρυφή αιμορραγία είναι συχνές αιτίες της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερα σε ασθενείς που επιβιώνουν την αρχική φάση μετά από έναν τραυματισμό⁹⁶

Τα είδη των κακώσεων στην κοιλιακή χώρα ανάλογα με το μηχανισμό κάκωσης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: α) αμβλέα τραύματα :Προκύπτουν από άμεση πλήξη και δημιουργούν μια συμπιεστική ή συνθλιπτική κάκωση

στα κοιλιακά σπλάχνα. Αποτέλεσμα μιας τέτοιας κάκωσης, είναι η ρήξη οργάνων, η αιμορραγία και κατόπιν η περιτονίτιδα και β) διατριτραίνοντα τραύματα : προκύπτουν από τραυματισμούς από μαχαίρι ή πυροβόλα όπλα και προκαλούν βλάβη των ιστών λόγω ρήξης ή διατομής.

Οι τραυματισμοί από μαχαίρι εντοπίζονται συνήθως: στο ήπαρ (40%), στο λεπτό έντερο (30%), στο διάφραγμα(20%) και στο κόλον (15%) .

Οι κακώσεις από πυροβόλα όπλα είναι άλλοτε άλλης βαρύτητας, κάτι που εξαρτάται από την απόσταση βολής , από το είδος της πυρίτιδας, το είδος του χρησιμοποιηθέντος όπλου⁵⁹ . Τα τραύματα από πυροβολισμούς προκαλούν περισσότερες ενδοκοιλιακές κακώσεις, συνέπεια της μακρύτερης τροχιάς του βλήματος μέσα στο σώμα, όπως επίσης και της μεγαλύτερης κινητικής ενέργειας. Οι κακώσεις αυτές εντοπίζονται συχνότερα στο λεπτό έντερο (50%), στο κόλον (40%), στο ήπαρ (30%) και στις ενδοκοιλιακές αγγειακές δομές (25%).⁹⁷

Η θεραπευτική στρατηγική για τους ασθενείς με τραύματα από πυροβολισμό στο κορμό εξαρτάται κυρίως από την αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς. Εκτιμώντας τους αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς απαιτούνται άμεσα λειτουργικά μέτρα όπως λαταροτομία. Οι αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μικρές χειρουργικές επεμβάσεις ή και ακόμη χειρουργικά. Τα ευρήματα και ο βαθμός κάκωσης θα πρέπει να αξιολογούνται με βάση την κλίμακα κακώσεων American Association for the Surgery of Trauma Injury Scale (AAST)⁹⁷.

3.3. Κακώσεις άνω και κάτω άκρων

Οι κακώσεις των άκρων του ανθρώπινου σώματος χωρίζονται σε κακώσεις άνω και κάτω άκρων των οστών και των αρθρώσεων. Υπάρχουν κλειστές και ανοιχτές (επιπεπλεγμένες) κακώσεις. Στις κλειστές αλλάζει η στηρικτική δομή του οστού χωρίς εξωτερικό τραύμα. Στις ανοιχτές υφίσταται τραυματισμός από νύσσον, τέμνον όργανο, βλήμα ή θραύσμα. Σε τέτοιες κακώσεις είναι δυνατόν να υπάρχει μεγάλη απώλεια ιστών και καταστροφή των μυών της περιοχής. Στην περίπτωση αυτή, τον κυριότερο ρόλο διαδραματίζει η νευροαγγειακή κατάσταση του μέλους, δηλαδή η καλή

αιμάτωση τοπικά και περιφερικά καθώς και η αισθητικότητα του μέλους τοπικά και περιφερικά αντιστοίχως. Επίσης, το βαθμό της βλάβης μπορούν να καθορίσουν α) η συμμετοχή της άρθρωσης, εάν έχει επηρεασθεί ο αρθρικός υμένας ή ο θύλακας, επικίνδυνη θεωρείται η υπάρξει απώλειας μεγάλου μέρους της, όπου διεισδύουν μικρόβια και επέρχεται μόλυνσή της, β) οστεοσύνθεση (εσωτερική ή εξωτερική), όπου είναι η μόνη θεραπεία αποκατάστασης του μέλους, γ) το σύνδρομο διαμερίσματος, όπου το αιμάτωμα περικλείει τα οστά και τις περιτονίες τους, με αποτέλεσμα να εμποδίζει τη καλή αιμάτωση του και σύντομα να επέρχεται η νέκρωση του. Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του μέλους είναι η άμεση ανάταξη του σε 4-6 ώρες από τη στιγμή της βλάβης ώστε να αποφευχθεί ο ακρωτηριασμός του.^{98,99}

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψει και να κατηγοριοποιήσει τις κακώσεις των ατόμων που υπέστησαν βία, με απώτερο στόχο να διερευνηθούνε όλες οι σημαντικές στατιστικές μεταβλητές, όπως οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτία τραυματισμού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ώστε να διαπιστωθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της έκβασης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών έκβασης των περιστατικών αυτών, οι σχέσεις μεταξύ της έκβασης τους και του τρόπου τραυματισμού, οι σχέσεις μεταξύ της έκβασης τους και του τύπου τραυματισμού και οι σχέσεις μεταξύ έκβασης τους και της ανατομικής θέσης του τραυματισμού.

1.2. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ερευνητική μελέτη ήταν προοπτική και πραγματοποιήθηκε σε χρονική περίοδο τεσσάρων μηνών, από τον Σεπτέμβριο του 2011 έως και τον Δεκέμβριο του 2011, σε ημέρες γενικής εφημερίας του Γ. Ν. Α. «Ο Ευαγγελισμός».

1.3. Πληθυσμός

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 124 περιστατικά που έφεραν κακώσεις από βία, πρόκειται για δείγμα ευκολίας (Bryman, 2001), και αφορά άτομα ηλικίας από 16 ετών και άνω. τα οποία προσέρχονταν μόνα τους ή μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Το πρωτόκολλο της μελέτης υποβλήθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο- Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του νοσοκομείου Γ. Ν. Α. «Ο Ευαγγελισμός». Από τα περιστατικά που συμπεριλήφθησαν στην μελέτη ζητήθηκε γραπτή συναίνεση από όλους τους συμμετέχοντες. Όσον αφορά

στην τήρηση του απορρήτου, πρόσβαση στα δεδομένα αυτά είχε μόνο η ερευνήτρια.

1.4. Περιορισμοί της μελέτης

Τα κριτήρια περιορισμού της μελέτης που υπήρξαν ήταν το ότι οι καταγραφές των περιστατικών πραγματοποιήθηκαν σε ένα μόνο νοσοκομείο, οι οποίες γινόταν σε ημέρες γενικής εφημερίας, με συνέπεια να υπάρχει μεγάλος όγκος προσέλευσης διαφόρων περιστατικών και αδυναμία από την ερευνήτρια να εντοπίσει τα περιστατικά κακώσεων από βία διότι στο ΤΕΠ δεν γινόταν διαλογή των περιστατικών και εμπλέκονταν διάφορες χειρουργικές ειδικότητες, όπως γναθοχειρουργική, νευροχειρουργική και θωρακοχειρουργική.

Στους περιορισμούς της μελέτης συγκαταλέγονται και οι συγκεκριμένες ώρες κατά τις οποίες πραγματοποιήθηκε η καταγραφή των περιστατικών. Το σύνολό τους προσδιορίζεται στις 240 ώρες, εκ των οποίων οι 16 αφορούσαν πρωινή εφημερία, οι 136 απογευματινή βάρδια γενικής εφημερίας και οι 96 νυχτερινή βάρδια γενικής εφημερίας, οπότε τα δεδομένα δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά του συνόλου των περιστατικών βίας Πανελλαδικώς.

Επιπλέον, ως περιορισμός της μελέτης πρέπει να επισημανθεί ότι σε πολλά συμβάντα οι πληροφορίες συλλέγονταν από τα συνοδά μέλη τους, λόγω της κρίσιμης κατάστασης των περιστατικών ή από την ερευνήτρια σε δεύτερο χρόνο.

Τέλος, περιορισμό της μελέτης αποτελεί και η μη παραδοχή της αλήθειας ή αλλιώς η τάση ψεύδους του δείγματος που παρατηρήθηκε από ορισμένους συμμετέχοντες όπως π.χ. γυναίκες, οι οποίες δήλωσαν ότι ο τραυματισμός τους προήλθε από ατύχημα και όχι από ξυλοδαρμό ή παράνομοι μετανάστες που δεν έχουν νόμιμα χαρτιά, οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τον δράστη και επιθυμούσαν να αποχωρήσουν άμεσα από το νοσοκομείο επειδή φοβόντουσαν την πιθανότητα σύλληψης και απέλασής τους από την Αστυνομία.

1.5. Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση εργαλείου, που δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης και το οποίο συμπεριλάμβανε το ειδικό έντυπο δημογραφικών στοιχείων των περιστατικών και το ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση τους. Πριν την τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα (προ-έρευνα) για να προσδιορισθεί η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου, να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες και να διαμορφωθεί οριστικά η δομή του.

Το τελικό ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των περιστατικών όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, τα έτη εκπαίδευσης και η ασφαλιστική κάλυψη, επίσης, και η ημερομηνία εισαγωγής των περιστατικών στο ΤΕΠ. Επίσης, σημειώθηκαν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά τους όπως το επάγγελμα, η υπηκοότητα αλλά και η χώρα προέλευσης των αλλοδαπών. Ακόμη, στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου συμπεριελήφθησαν ερωτήσεις σχετικές με τα χαρακτηριστικά των τραυματισμών όπως ο τόπος του τραυματισμού, τα πιθανά αίτια, η ταυτότητα του ατόμου που άσκησε βία και το ενδεχόμενο κατανάλωσης αλκοόλ ή χρήσης ουσιών. Τέλος, στη συλλογή των πληροφοριών περιελήφθησαν και το μέσο μεταφοράς των τραυματιών στο Νοσοκομείο, η ημέρα που συνέβη το συμβάν και η ώρα του τραυματισμού τους.

Στο δεύτερο μέρος χρησιμοποιήθηκε φόρμα καταγραφής, όπου σημειώθηκαν οι μηχανισμοί κάκωσης και οι τύποι των τραυματισμών, οι οποίοι διαπιστώθηκαν από την κλινική εξέταση και το διαγνωστικό έλεγχο. Επίσης, καταχωρήθηκαν τόσο ο συνδυασμός των κακώσεων που έφεραν τα περιστατικά όσο και η ανατομική θέση των τραυματισμών τους. Στο τελευταίο τμήμα του εντύπου καταγραφής σημειώθηκε η τελική έκβαση των περιστατικών, η οποία επιβεβαιώθηκε και σε δεύτερο χρόνο, όπου αυτό ήταν απαραίτητο, από το βιβλίο καταγραφής των ασθενών. Για τη συλλογή των δεδομένων, το βιβλίο αυτό αποτέλεσε σημαντικό εργαλείο για την μελέτη αυτή, διότι σ' αυτό καταγράφονταν οι κακώσεις των ασθενών μετά την δευτεροβάθμια αξιολόγηση.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών, όπως η ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης. Βρέθηκε ότι οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test) ή ο ακριβής έλεγχος του Fisher (Fisher's exact test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p<0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ

3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά 124 περιστατικά περιελήφθησαν στη μελέτη. Το 72,6% (N=90) των συμμετεχόντων ήταν άντρες, ενώ το 27,4% (N=34) ήταν γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία τους ήταν 37 έτη ($\pm 16,7$). Η οικογενειακή κατάσταση τους ήταν 59,7% (N=74) άγαμοι, το 33,1% (N=41) έγγαμοι και το 7,2% (N=9) διαζευγμένοι. Όσον αφορά τα έτη εκπαίδευσης τους ο μέσος αριθμός είναι τα 10,4 ($\pm 3,3$) έτη. Επίσης, προκύπτει ότι το 67,7% (N=84) των περιστατικών ήταν ασφαλισμένοι ενώ το 32,3% (N=40) ήταν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους αναφέρονται στον **Πίνακα 1**.

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρες	90 (72,6)
Γυναίκες	34 (27,4)
Ηλικία	37 (16,7) ^a
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	74 (59,7)
Έγγαμοι	41 (33,1)
Διαζευγμένοι/χήροι	9 (7,2)
Παιδιά	
Ναι	45 (36,3)
Όχι	79 (63,7)
Έπι έκπαίδευσης	10,4 (3,3) ^a
Ασφαλιστική κάλυψη	
Ναι	84 (67,7)
Όχι	40 (32,3)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

3.2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 2**, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν 34,7% (N=43) άνεργοι, 25,8% (N=32) υπάλληλοι, 14,5% (N=18) εργάτες, 7,3% (N=9) συνταξιούχοι και 6,5% (N=8) φοιτητές. Το 55,6%

(N=69) των περιστατικών είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 9,7% (N=12) προερχόταν από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε. Ε.) και το 34,7% (N=43) από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε. Ε.). Μεταξύ των 43 αλλοδαπών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 18,5% (N=23) είχαν άδεια παραμονής στην Ελλάδα, το 14,5% (N=18) δεν διέθετε άδεια παραμονής και το 1,6% (N=2) ήταν πολιτικοί πρόσφυγες, και παρατηρήθηκε ότι η μέση διάρκεια παραμονής τους στην Ελλάδα ήταν 74 μήνες, ($\pm 62,3$).

Πίνακας 2. Κατανομή του πληθυσμού με βάση τα κοινωνικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
Επάγγελμα	
Υπάλληλοι	32 (25,8)
Εργάτες	18 (14,5)
Συνταξιούχοι	9 (7,3)
Φοιτητές/μαθητές	8 (6,5)
Οικιακά	5 (4)
Άνεργοι	43 (34,7)
Άλλο (επιστήμονες, ελεύθεροι επαγγελματίες, οικιακές βοηθοί)	9 (7,2)
Υπηκοότητα	
Ελληνική	69 (55,6)
Χώρα Ευρωπαϊκής Ένωσης	12 (9,7)
Χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης	43 (34,7)
Άδεια Παραμονής	
Ναι	23 (18,5)
Όχι	18 (14,5)
Πολιτικός Πρόσφυγας	2 (1,6)
Χρόνος Παραμονής στην Ελλάδα (μήνες)	74 (62,3) ^a

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

3.3. Χώρα Προέλευσης Αλλοδαπών

Οι χώρες προέλευσης των αλλοδαπών του δείγματος παρουσιάζονται διεξοδικά στο **Πίνακα 3** ενώ στο **Πίνακα 4** παρουσιάζεται ο τόπος κατοικίας τους στο λεκανοπέδιο της Αθήνας.

Πίνακα 3. Χώρα Προέλευσης Αλλοδαπών

Χώρα Προέλευσης	Αλλοδαπών	
Ευρώπη N=19(34,5%)	Ασία N=21(38,2 %)	Αφρική N=15(27,3%)
Αλβανία	Αφγανιστάν	Αλγερία
Βουλγαρία	Ινδία	Αίγυπτος
Λετονία	Ιράκ	Γκάνα
Πολωνία	Κίνα	Ερυθραία
Ρουμανία	Μπαγκλαντές	Καμερούν
	Πακιστάν	Μαρόκο
		Ν. Αφρική
		Σιέρα Λεόνε
		Σουδάν

Πίνακας 4. Τόπος κατοικίας

Τόπος κατοικίας	N(%)
Κεντρική Αθήνα	74 (59,7)
Βόρεια Αθήνα	13 (10,5)
Νότια Αθήνα	17 (13,7)
Δυτική Αθήνα	10 (8,1)
Αιανολική Αθήνα	3 (2,4)
Πειραιάς	3 (2,4)
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4 (3,2)

3.4. Χαρακτηριστικά τραυματισμών

Στην παρούσα μελέτη αναφέρονται τα γενικά χαρακτηριστικά των τραυματισμών του πληθυσμού. Το 51,6% (N=64) των τραυματισμών πραγματοποιήθηκαν πλησίον της μόνιμης κατοικίας τους, το 25,8% (N=32) σε

δημόσιο χώρο, το 15,3% (N=19) εντός της οικίας τους, το 4,8% (N=6) στον επαγγελματικό χώρο τους, το 2,4% (N=3) των τραυματισμών στο αστυνομικό τμήμα και το 0,8% (N=1) σε φυλακές. Επίσης, το 27,4% (N=34) ως πιθανή αιτία τραυματισμού αναφέρθηκε η ληστεία, ενώ το 26,6% (N=33) ως η επίλυση διαφορών/οργή και ακολουθούν η ενδοοικογενειακή/συντροφική βία το 13,7% (N=17), ο χουλιγκανισμός και οι διαδηλώσεις στο 6,5% (N=8) (**Πίνακας 5**).

Πίνακας 5. Τόπος τραυματισμού και Πιθανά αίτια

Χαρακτηριστικό	N (%)
Τόπος τραυματισμού	
Πληρίων της μόνιμης κατοικίας	64 (51,6)
Δημόσιος χώρος	32 (25,8)
Εντός της οικίας	19 (15,3)
Επαγγελματικός χώρος	6 (4,8)
Αστυνομικό τμήμα	3 (2,4)
Φυλακές	1 (0,8)
Πιθανά αίτια	
Ληστεία	34 (27,4)
Επίλυση διαφορών/οργή	33 (26,6)
Εγκληματική ενέργεια	20 (16,1)
Ενδοοικογενειακή βία/συντροφική βία	17 (13,7)
Χουλιγκανισμός	8 (6,5)
Διαδηλώσεις	8 (6,5)
Άλλο	4 (3,2)

Στον **Πίνακα 6** αναφέρονται τα γενικά χαρακτηριστικά των ατόμων που άσκησαν βία και εάν υπήρξε κατά τη διάρκεια του συμβάντος υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση εξαρτησιογόνων ουσίας ή ψυχιατρική νόσος. Επίσης, αναφέρονται ο τρόπος προσέλευσης στο

νοσοκομείο, όπως με ασθενοφόρο ή όχι, οι μέρες και οι ώρες που διεξήχθη το συμβάν.

Πίνακας 6. Γενικά χαρακτηριστικά των τραυματισμών του πληθυσμού

Χαρακτηριστικό	N (%)
Άτομο που άσκησε τη βία	
Άγνωστος	93 (75,0)
Σύζυγος/σύντροφος	15 (12,1)
Συνεργάτης	3 (2,4)
Συγγενής/φίλος	2 (1,6)
Αυτοτραυματισμός	2 (1,6)
Γονιός	1 (0,8)
Άλλος	8 (6,5)
Κατά τη διάρκεια του συμβάντος	
υπήρξε	
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	14 (11,3)
Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	11 (8,9)
Ψυχιατρική νόσος	2 (1,6)
Διακομιδή με ασθενοφόρο	
Ναι	74 (59,7)
Όχι	50 (40,3)

3.5. Τρόπος τραυματισμών ή μηχανισμός κακώσεων

Οι τρόποι πρόκλησης των τραυματισμών του πληθυσμού ανέρχονται στα ακόλουθα: ξυλοδαρμός 71,0% (N=88), γροθιές/χαστούκια 66,1% (N=82), νύσσον όργανο 24,2% (N=30), αμβλύ όργανο 13,7% (N=17), πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα 13,7% (N=17) και ρίψη αντικειμένων 8,1% (N=10) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Οι τρόποι πρόκλησης των τραυματισμών του πληθυσμού

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πτώση από ύψος	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	97,6 (121)
Πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα	
Ναι	17 (13,7)
Όχι	107 (86,3)
Ξυλοδαρμός	
Ναι	88 (71,0)
Όχι	36 (29,0)
Γροθιές/χαστούκια	
Ναι	82 (66,1)
Όχι	42 (33,9)
Στραγγαλισμός	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Βιασμός	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Πυροβολισμός	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)
Ρίψη αντικειμένων	
Ναι	10 (8,1)
Όχι	
Αμβλύ όργανο	
Ναι	17 (13,7)
Όχι	107 (86,3)
Νύσσον όργανο	
Ναι	30 (24,2)
Όχι	94 (75,8)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σε ποσοστό 79% (N=98) των περιπτώσεων οι κακώσεις προκλήθηκαν αποκλειστικά και μόνο από έναν τρόπο τραυματισμού, ενώ σε ποσοστό 21% (N=26) παρατηρήθηκαν περισσότεροι από ένας τρόποι τραυματισμού. Επιπλέον, στην περίπτωση των 88 ξυλοδαρμών, σε ποσοστό 58% (N=51) ο τραυματισμός προκλήθηκε από ένα άτομο, ενώ σε ποσοστό 42% (N=37) ενεπλάκησαν περισσότερα από ένα άτομα.

3.6. Τύποι τραυματισμών

Από την ανάλυση των δεδομένων αναδεικνύεται η κατάταξη των συχνότερων τύπων τραυματισμών που προσήλθαν στα ΤΕΠ και είναι οι εξής: θλαστικά τραύματα 41,9% (N=52), εκδορές/γδαρσίματα 29,8% (N=37), μώλωπες/εκχυμώσεις 29,8% (N=37), κατάγματα 15,3% (N=19), κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις 14,5% (N=180), διατιτραίνοντα τραύματα 12,9% (N=16), αιματώματα 6,5% (N=8), μυϊκές θλάσεις 5,6% (N=7), κακώσεις σπονδυλικής στήλης 3,2% (N=4) και τραυματισμοί αρθρώσεων 3,2% (N=4) (**Πίνακας 8**). Ακόμη, φαίνεται ότι σε ποσοστό 58% (N=72) των περιπτώσεων υπήρξε ένας τύπος τραυματισμού, ενώ στο 42% (N=52) των περιπτώσεων υπήρξαν περισσότεροι από ένας τύποι τραυματισμού. Αναφορικά με τα 52 θλαστικά τραύματα, που εντοπίστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας το 33,9% (N=18) των περιστατικών αφορούσε ένα θλαστικό τραύμα, ενώ το 66,1% (N=34) των περιπτώσεων αφορούσε περισσότερα του ενός θλαστικά τραύματα

Πίνακας 8. Οι τύποι των τραυματισμών στον πληθυσμό

Τύπος τραυματισμού	N (%)
Εκδορές/γδαρσίματα	
Ναι	37 (29,8)
Όχι	87 (70,2)
Μώλωπες/εκχυμώσεις	
Ναι	37 (29,8)
Όχι	87 (70,2)
Θλαστικά τραύματα	
Ναι	52 (41,9)
Όχι	72 (58,1)
Διατηριώντα τραύματα	
Ναι	16 (12,9)
Όχι	108 (87,1)
Διαμπτερή τραύματα	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)
Αιματώματα	
Ναι	8 (6,5)
Όχι	116 (93,5)
Εγκαύματα	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Κατάγματα	
Ναι	19 (15,3)
Όχι	105 (84,7)
Μυϊκές θλάσσεις	
Ναι	7 (5,6)
Όχι	117 (94,4)
Τραυματισμοί αρθρώσεων	
Ναι	4 (3,2)
Όχι	120 (96,8)
Κραμοεγκεφαλικές κακώσεις	
Ναι	18 (14,5)
Όχι	106 (85,5)
Κακώσεις σπονδυλικής σπήλης	
Ναι	4 (3,2)
Όχι	120 (96,8)

3.7. Ανατομική θέση τραυματισμών

Ως προς την ανατομική θέση των τραυματισμών διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη θέση τραυματισμού ήταν η κεφαλή, τράχηλος και πρόσωπο σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων και ακολούθως ο κορμός (26,6%), τα άνω άκρα (15,3%) και τα κάτω άκρα (9,7%) (**Πίνακας 9**). Ο συνολικός αριθμός ανατομικών θέσεων των τραυματισμών, ανέρχεται στο 50% των τραυματισμών και αφορούσε μια ανατομική θέση, ενώ το 19,4% αφορούσε περισσότερες από τρεις ανατομικές θέσεις (**Πίνακας 10**).

Πίνακας 9. Ανατομική θέση των τραυματισμών στον πληθυσμό

Θέση	N (%)
Κεφαλή, τράχηλος, πρόσωπο	
Ναι	53 (75,0)
Όχι	31 (25,0)
Κορμός	
Ναι	33 (26,6)
Όχι	91 (73,4)
Άνω άκρα	
Ναι	19 (15,3)
Όχι	105 (84,7)
Κάτω άκρα	
Ναι	12 (9,7)
Όχι	112 (90,3)

Πίνακας 10. Ο συνολικός αριθμός ανατομικών θέσεων των τραυματισμών των 124 ατόμων του πληθυσμού

Συνολικός αριθμός ανατομικών θέσεων των τραυματισμών	N (%)
Ένας	62 (50)
Δυο	25 (20,2)
Τρεις	13 (10,5)
Περισσότερες από τρεις	24 (19,4)

Επίσης, από την στατιστική ανάλυση διαπιστώνεται ότι τα πιο συνήθη σημεία τραυματισμού στο κεφαλή, τράχηλο και πρόσωπο ήταν η κεφαλή 46% (N=57) με τα υψηλότερα ποσοστά και ακολουθούν τα ζυγωματικά 21% (N=26), ο οφθαλμός 17,7% (N=22), η κάτω γνάθος 14,5% (N=18), τα χείλη 11,3% (N=14), η μύτη 10,5% (N=13), η άνω γνάθος 10,5% (N=13), ο λαιμός 5,6% (N=7), η στοματική κοιλότητα 2,4% (N=3) και τέλος το αυτί 0,8% (N=1) με τα χαμηλότερα ποσοστά (**Πίνακας 11**).

Πίνακας 11. Τα σημεία τραυματισμού αναφορικά με την κεφαλή, τον τράχηλο και το πρόσωπο.

Σημείο τραυματισμού	N (%)
Κεφαλή	
Ναι	57 (46,0)
Όχι	67 (54,0)
Οφθαλμός	
Ναι	22 (17,7)
Όχι	102 (82,3)
Μύτη	
Ναι	13 (10,5)
Όχι	111 (89,5)
Ζυγωματικά	
Ναι	26 (21,0)
Όχι	98 (79,0)
Άνω γνάθος	
Ναι	13 (10,5)
Όχι	111 (89,5)
Κάτω γνάθος	
Ναι	18 (14,5)
Όχι	106 (85,5)
Στοματική κοιλότητα	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)
Χείλη	
Ναι	14 (11,3)
Όχι	110 (88,7)
Αυτί	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Λαιμός	
Ναι	7 (5,6)
Όχι	117 (94,4)

Ακόμη, ως προς τα σημεία τραυματισμού αναφορικά με τον κορμό, τα υψηλότερα ποσοστά ήταν στον θώρακας 21% (N=27) και ακολουθούν η κοιλιά 9,7% (N=12), η αυχενική μοίρα 4% (N=5) και το ισχίο 3,2% (N=4). Ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά ήταν στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης 1,6% (N=2) και στη λεκάνη 1,6% (N=2). Ενώ, στη ράχη, το διάφραγμα, το στομάχι και το έντερο κυμάνθηκαν 0,8% (N=1) (**Πίνακας 12**)

Πίνακας 12. Τα σημεία τραυματισμού αναφορικά με τον κορμό.

Σημείο τραυματισμού	N (%)
Ράχη	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης	
Ναι	5 (4,0)
Όχι	119 (96,0)
Θωρακική μοίρα σπονδυλικής στήλης	
Ναι	2 (1,6)
Όχι	122 (98,4)
Θώρακας	
Ναι	27 (21,8)
Όχι	97 (78,2)
Διάφραγμα	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Λεκάνη	
Ναι	2 (1,6)
Όχι	122 (98,4)
Ισχίο	
Ναι	4 (3,2)
Όχι	120 (96,8)
Κοιλιά	
Ναι	12 (9,7)
Όχι	112 (90,3)
Στόμαχος	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Έντερο	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)

Επιπλέον, τα άνω και κάτω άκρα αποτέλεσαν τα λιγότερα συνήθη σημεία τραυματισμού του δείγματος. Έτσι, ο βραχίονας κυμάνθηκε στο 5,6% (N=7) και η κνήμη στο 4% (N=5) (**Πίνακας 13 και 14**).

Πίνακας 13. Τα σημεία τραυματισμού αναφορικά με τα άνω άκρα.

Σημείο τραυματισμού	N (%)
Ωμος	
Ναι	5 (4,0)
Όχι	119 (96,0)
Κλειδιά	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)
Αγκώνας	
Ναι	2 (1,6)
Όχι	122 (98,4)
Βραχίονας	
Ναι	7 (5,6)
Όχι	117 (94,4)
Πήχης	
Ναι	2 (1,6)
Όχι	122 (98,4)
Καρπός	
Ναι	4 (3,2)
Όχι	120 (96,8)
Άκρα χείρα/δάκτυλα	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)

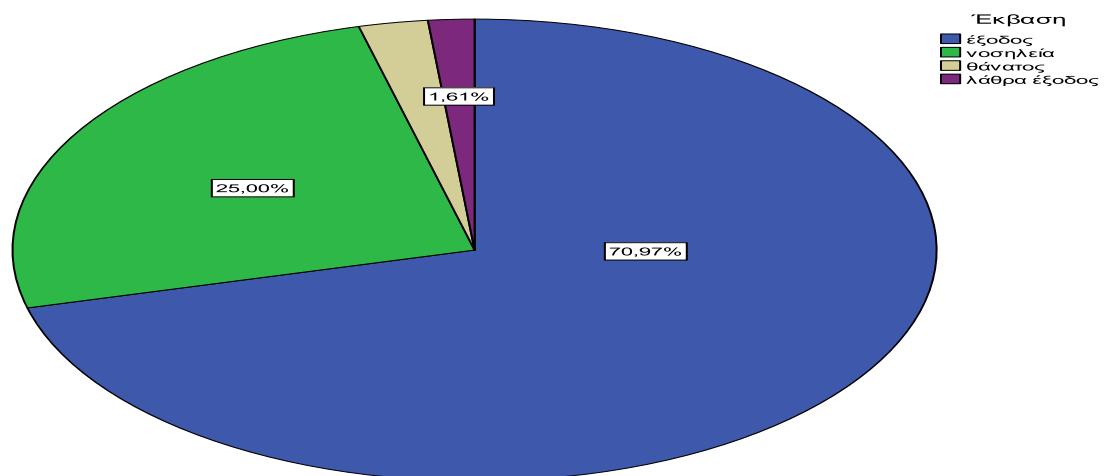
Πίνακας 14. Τα σημεία τραυματισμού αναφορικά με τα κάτω áκρα.

Σημείο τραυματισμού	N (%)
Μηρός	
Ναι	4 (3,2)
Όχι	120 (96,8)
Γόνατο	
Ναι	2 (1,6)
Όχι	122 (98,4)
Κνήμη	
Ναι	5 (4,0)
Όχι	119 (96,0)
Ποδοκνημική	
Ναι	1 (0,8)
Όχι	123 (99,2)
Άκρο πόδι/δάκτυλα	
Ναι	3 (2,4)
Όχι	121 (97,6)

3.8. ΕΚΒΑΣΗ

Στο γράφημα 3 παρουσιάζεται η έκβαση των τραυματισμών των 124 ατόμων του πληθυσμού. Στο 71% των περιπτώσεων πραγματοποιήθηκε έξοδος, ενώ το 25% παρέμεινε για νοσηλεία με μέση διάρκεια νοσηλείας τις 5,3 (5,1) ημέρες. Μεταξύ των περιπτώσεων που εξήλθαν από το νοσοκομείο, αφού πρώτα τους παρασχέθηκαν οι πρώτες βιόθειες το 63,7% αναχώρησε με ιατρικές οδηγίες και φαρμακευτική αγωγή, το 3,2% και με αναρρωτική άδεια ενώ στο 31,5% πραγματοποιήθηκε έξοδος μόνο με ιατρικές οδηγίες. Επίσης τρεις περιπτώσεις (2,4%) νοσηλεύτηκαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ενώ 7 περιπτώσεις (5,7%) οδηγήθηκαν στο χειρουργείο. Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται συγκεντρωτικά η κλινική νοσηλείας.

Διάγραμμα 1: Έκβαση



Πίνακας 15. Κατανομή του πληθυσμού με βάση την κλινική νοσηλείας

Κλινική νοσηλείας	N (%)
Πλαστική	2 (8,5)
Ορθοπεδική	7 (22,6)
Γναθοχειρουργική	3 (9,7)
Θωρακοχειρουργική	3 (9,7)
Καρδιοχειρουργική	1 (3,2)
Γενική χειρουργική	5 (18,1)
Νευροχειρουργική	9 (32,1)
Ω.Ρ.Λ	1 (3,2)

4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

4.1. Συσχέτιση μεταξύ αιτίας τραυματισμού και δημογραφικών χαρακτηριστικών

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτία τραυματισμού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παρατηρούμε ότι στις γυναίκες η συχνότερη αιτία τραυματισμού ήταν η ενδοοικογενειακή /συντροφική βία σε ποσοστό 45,5% έναντι των αντρών 2,3%. Στους άντρες, οι συχνότερες αιτίες τραυματισμού ήταν η εγκληματική ενέργεια/ληστεία (49,4%) η επίλυση διαφορών/οργή (32,2%), και ο χουλιγκανισμός/διαδηλώσεις (16,1%), με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Επίσης, παρατηρούμε ότι η σχέση μεταξύ υπηκοότητας και αιτίας τραυματισμού ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,003$). Ως προς τα άτομα υπό την επήρεια αλκοόλ, χρήστες ναρκωτικών ουσιών και άτομα με ψυχιατρική νόσο, έναντι των ατόμων που δεν έκαναν χρήση αυτών, ήταν στατιστικά σημαντική η σχέση ($p=0,004$). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, καθώς οι παραπάνω τρεις μεταβλητές σχετίζονταν με την αιτία τραυματισμού και δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις τρεις αυτές μεταβλητές και την αιτία τραυματισμού.

Πίνακας 16. Σχέσεις ανάμεσα στην αιτία τραυματισμού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Δημογραφικό χαρακτηριστικό	Αιτία τραυματισμού				P value
	Ενδοοικο γενειακή βία / συντροφι κή βία	Επίλωση διαφορών/ οργή	Εγκληματι κή ενέργεια / ληστεία	Χουλιγκανισ μός/ διαδηλώσεις	
Φύλο					<0,001 ^a
Άντρας	2 (2,3)	28 (32,2)	43 (49,4)	14 (16,1)	
Γυναίκα	15 (45,5)	5 (15,2)	11 (33,3)	2 (6,1)	
Οικογενειακή κατάσταση					0,28 ^a
Ελεύθερος / Χωρισμένος/ χήρος	8 (9,9)	24 (29,6)	38 (46,9)	11 (13,6)	
Παντρεμένος	9 (23,1)	9 (23,1)	16 (41,0)	5 (12,8)	
Παιδιά					0,64 ^a
Ναι	8 (18,6)	13 (30,2)	17 (39,5)	5 (11,6)	
Όχι	9 (11,7)	20 (26,0)	37 (48,1)	11 (14,3)	
Υπηκοότητα					0,003 ^a
Ελληνική/εντός ΕΕ	15 (19,2)	20 (25,6)	28 (35,9)	15 (19,2)	
Εκτός ΕΕ	2 (4,8)	13 (31,0)	26 (61,9)	1 (2,4)	
Επήρεια αλκοόλ/χρήση ναρκωτικών/ψυχιατρική νόσος					0,004 ^a
Ναι	6 (22,2)	13 (48,1)	8 (29,6)	0 (0,0)	
Όχι	11 (11,8)	20 (21,5)	46 (49,5)	16 (17,2)	
Ηλικία ^b	36,0 (12,6)	33,7 (11,0)	35,8 (17,7)	36,8 (16,8)	0,5 ^c
Έτη εκπαίδευσης ^b	11,1 (2,5)	9,7 (3,0)	10,0 (3,4)	12,1 (3,5)	0,1 ^c

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%), εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά: ΕΕ = Ευρωπαϊκή Ένωση, ^a Έλεγχος χ^2 , ^b Μέση τιμή (τυπική απόκλιση), ^c Ανάλυση διασποράς

4.2. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και τρόπου τραυματισμού

Αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ έκβασης και τρόπου τραυματισμού παρατηρήθηκε οριακή στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,07$) ως προς το νύσσον όργανο. Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα περιγράφονται στο **Πίνακα 17.**

Πίνακας 17. Σχέσεις ανάμεσα στην έκβαση και τον τρόπο τραυματισμού.

Τρόπος τραυματισμού	Έκβαση		P value
	Έξοδος από το νοσοκομείο	Νοσηλεία	
Πτώση από ύψος			0,99^a
Ναι	2 (66,7)	1 (33,3)	
Όχι	86 (74,1)	30 (25,9)	
Πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα			0,12^a
Ναι	9 (56,3)	7 (43,8)	
Όχι	79 (76,7)	24 (23,3)	
Ξυλοδαρμός			0,4^a
Ναι	64 (76,2)	20 (23,8)	
Όχι	24 (68,6)	11 (31,4)	
Γροθιές/χαστούκια			0,1^a
Ναι	62 (78,5)	17 (21,5)	
Όχι	26 (65,0)	14 (35,0)	
Στραγγαλισμός			0,3^a
Ναι	0 (0,0)	1 (100,0)	
Όχι	88 (74,6)	30 (25,4)	
Βιασμός			0,3^a
Ναι	0 (0,0)	1 (100,0)	
Όχι	88 (74,6)	30 (25,4)	
Πυροβολισμός			0,2^a
Ναι	1 (33,3)	2 (66,7)	
Όχι	87 (75,0)	29 (25,0)	
Ρίψη αντικειμένων			0,12^a
Ναι	5 (50,0)	5 (50,0)	
Όχι	83 (76,1)	26 (23,9)	
Αμβλύ όργανο			0,99^a
Ναι	13 (76,5)	4 (23,5)	
Όχι	75 (73,5)	27 (26,5)	
Νύσσον όργανο			0,07^a
Ναι	17 (60,7)	11 (39,3)	
Όχι	71 (78,0)	20 (22,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%), ^a Ακριβής έλεγχος του Fisher, ^b Έλεγχος χ^2

4.3. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και τύπου τραυματισμού

Τα αποτελέσματα της σχέσης μεταξύ έκβασης και τύπου τραυματισμού φαίνονται στους πίνακες 18α και 18β και παρατηρούμε ότι οι τραυματίες με μώλωπες/εκχυμώσεις εξέρχονταν συχνότερα από το νοσοκομείο σε σχέση με τους αυτούς που νοσηλεύονται, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,03$). Το ίδιο σημαντική διαφορά ($p=0,03$) φαίνεται και στους τραυματίες με αιματώματα. Επίσης, οι τραυματίες με κατάγματα νοσηλεύονταν συχνότερα σε σχέση με τους αυτούς που δεν έχουν κατάγματα, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Ακόμη, οι τραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις νοσηλεύονταν συχνότερα σε σχέση με τους τραυματίες χωρίς κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, με συνέπεια η σχέση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$).

Πίνακας 18α. Σχέσεις ανάμεσα στην έκβαση και τον τύπο τραυματισμού.

Τύπος τραυματισμού	Έκβαση		P value
	Έξοδος από το νοσοκομείο	Νοσηλεία	
Εκδορές/γδαρ σίματα			0,1 ^a
Ναι	31 (83,8)	6 (16,2)	
Όχι	57 (69,5)	25 (30,5)	
Μόλις πτες/εκχυμώσεις			0,03 ^a
Ναι	30 (88,2)	4 (11,8)	
Όχι	58 (68,2)	27 (31,8)	
Θλαστικά τραύματα			0,5 ^a
Ναι	40 (76,9)	12 (23,1)	
Όχι	48 (71,6)	19 (28,4)	
Διαπιτραίνοντα τραύματα			0,2 ^a
Ναι	8 (57,1)	6 (42,9)	
Όχι	80 (76,2)	25 (23,8)	
Διαμπτερή τραύματα			0,2 ^a
Ναι	1 (33,3)	2 (66,7)	
Όχι	87 (75,0)	29 (25,0)	
Αιματώματα			0,03 ^a
Ναι	3 (37,5)	5 (62,5)	
Όχι	85 (76,6)	26 (23,4)	
Εγκαύματα			0,3 ^a
Ναι	0 (0,0)	1 (100,0)	
Όχι	88 (74,6)	30 (25,4)	
Κατάγματα			<0,001 ^b
Ναι	5 (26,3)	14 (73,7)	
Όχι	83 (83,0)	17 (17,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%), ^a Έλεγχος χ^2 , ^b Ακριβής έλεγχος του Fisher

Πίνακας 18β. Σχέσεις ανάμεσα στην έκβαση και τον τύπο τραυματισμού.

Τύπος τραυματισμού	'Έκβαση		P value
	'Έξοδος από το νοσοκομείο	Νοσηλεία	
Μυϊκές θλάσσεις			0,7 ^a
Ναι	6 (85,7)	1 (14,3)	
Όχι	82 (73,2)	30 (26,8)	
Τραυματισμοί αρθρώσεων			0,3 ^a
Ναι	2 (50,0)	2 (50,0)	
Όχι	86 (74,8)	29 (25,2)	
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις			<0,001 ^b
Ναι	4 (26,7)	11 (73,3)	
Όχι	84 (80,8)	20 (19,2)	
Κακώσεις σπονδυλικής στήλης			0,6 ^b
Ναι	4 (100,0)	0 (0,0)	
Όχι	84 (73,0)	31 (27,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%), ^aΈλεγχος χ^2 , ^b Ακριβής έλεγχος του Fisher

4.4. Συσχέτιση μεταξύ τύπου τραυματισμού και φύλου

Σημαντική ήταν και η σχέση μεταξύ τύπου τραυματισμού και φύλου. Σε ποσοστό 44,1% οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μώλωπες/εκχυμώσεις, ενώ οι άντρες σε ποσοστό 22,4%, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,03$). Αντιθέτως, οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά στα διατιτραίνον τραύματα σε σχέση με τις γυναίκες (17,8% έναντι 0%, $p=0,006$) (**Πίνακας 19**).

Πίνακας 19 . Σχέσεις ανάμεσα στο φύλο και τον τύπο τραυματισμού.

Τύπος τραυματισμού	Φύλο		P value
	Αντρες	Γυναίκες	
Μώ/Λωπες/εκχυμώσεις			0,03 ^a
Ναι	22 (22,4)	15 (44,1)	
Όχι	68 (75,6)	19 (55,9)	
Διατηριώντα ραύμα			0,006 ^b
Ναι	16 (17,8)	0 (0,0)	
Όχι	74 (82,2)	34 (100,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%), ^a Έλεγχος χ^2 , ^b Ακριβής έλεγχος του Fisher

4.5. Συσχέτιση μεταξύ έκβασης και ανατομικής θέσης του τραυματισμού

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στην έκβαση και την ανατομική θέση του τραυματισμού. Τα άτομα με τραυματισμό στην κεφαλή/στον τράχηλο/στο πρόσωπο εξέρχονταν συχνότερα από το νοσοκομείο σε σχέση με άτομα χωρίς τραυματισμό στην κεφαλή/στον τράχηλο/στο πρόσωπο. Η σχέση αυτή μεταξύ τραυματισμού στην κεφαλή/στον τράχηλο/στο πρόσωπο και έκβασης ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,03$). Τα άτομα με τραυματισμό στον κορμό νοσηλεύονταν συχνότερα σε σχέση με άτομα χωρίς τραυματισμό στον κορμό. Η σχέση αυτή μεταξύ τραυματισμού στον κορμό και έκβασης ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,02$). Οι άλλες δύο ανατομικές θέσεις (άνω και κάτω άκρα) δεν παρουσίασαν καμία στατιστική διαφορά.

Πίνακας 20. Σχέσεις ανάμεσα στην έκβαση και την ανατομική θέση του τραυματισμού.

Ανατομική θέση τραυματισμού	Έκβαση		P value
	Έξοδος από το νοσοκομείο	Νοσηλεία	
Κεφαλή/τράχηλος/πρόσωπο			0,03 ^a
Ναι	71 (78,9)	19 (21,1)	
Όχι	17 (58,6)	12 (41,4)	
Κορμός			0,02 ^a
Ναι	18 (58,1)	13 (41,9)	
Όχι	70 (79,5)	18 (20,5)	
Άνω άκρα			0,5 ^b
Ναι	13 (72,2)	5 (27,8)	
Όχι	75 (74,3)	26 (25,7)	
Κάτω άκρα			0,3 ^b
Ναι	7 (58,3)	5 (41,7)	
Όχι	81 (75,7)	26 (24,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) , ^aΈλεγχος χ^2 , ^b Ακριβής έλεγχος του Fisher

4.6. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την έκβαση

Κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι οι 8 ανεξάρτητες μεταβλητές που σχετίζονταν με την έκβαση (πίνακες 17α, 17β, 18, 18 και 20). Οι μεταβλητές αυτές ήταν οι εξής: τραυματισμός από νύσσον όργανο, ύπαρξη μωλώπων/εκχυμώσεων, ύπαρξη αιματωμάτων, ύπαρξη καταγμάτων, ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, τραυματισμός σε κεφαλή/τράχηλο/πρόσωπο, τραυματισμός σε κορμό και ηλικία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 21.

Πίνακας 21. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την έκβαση.

	Λόγος των odds	95% διάσπημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	P value
Κατάγματα (ύπαρχη σε σχέση με μη ύπαρχη)	32,6	6,8 έως 157	<0,001
Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ύπαρχη σε σχέση με μη ύπαρχη)	29	5,3 έως 158	<0,001
Τραυματισμός από νύσσον όργανο (ναι σε σχέση με όχι)	12	2,9 έως 48	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 21, προκύπτουν τα εξής: Οι τραυματίες με κατάγματα νοσηλεύτηκαν 32,6 φορές συχνότερα σε σχέση με τους τραυματίες χωρίς κατάγματα. Η σχέση αυτή μεταξύ καταγμάτων και έκβασης ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0,001$) (95% CL:6,8-157). Οι τραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις νοσηλεύτηκαν 29 φορές συχνότερα σε σχέση με τους τραυματίες χωρίς κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Η σχέση αυτή μεταξύ κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και έκβασης ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0,001$) (95% CL:5,3-158). Ακόμη, οι τραυματίες από νύσσον οργανο νοσηλεύτηκαν 12 φορές συχνότερα σε σχέση με τους τραυματίες χωρίς νύσσον οργανο. Η σχέση αυτή μεταξύ τραυματισμού από νύσσον οργανο και έκβασης ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,001$) (95% CL:2,9-48).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση περιστατικών στο ΤΕΠ που αφορούν κακώσεις μετά από βία. Η σημασία αυτών των κακώσεων αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της μεγάλης προσέλευσης οικονομικών και πολιτικών μεταναστών αλλά και της εκτεταμένης εγκληματικότητας που πρόσφατα βιώνει και η Ελλάδα. Υπάρχουν παράγοντες όπως, η ανεργία, η ραγδαία αύξηση των ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών, η ενδοοικογενειακή βία, το οργανωμένο έγκλημα, η διαπροσωπική βία και θύματα ληστειών (κυρίως ηλικιωμένοι) βίαια επεισόδια σε δημόσιο χώρο (πορείες και διαδηλώσεις) καθιστούν επιτακτική την ανάγκη καταγραφής και διερεύνησης των αιτιών των περιστατικών αυτών.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 124 περιστατικά, αριθμός σχετικά μικρός σε σχέση με αυτές που έχουν διεξαχθεί σε χώρες του εξωτερικού.

Τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας δείχνουν ότι το 72,6% των περιστατικών ήταν άντρες. Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώνεται από διάφορες έρευνες που διαπιστώνουν ότι οι άντρες, ανεξαρτήτως ηλικίας, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά τραυματισμών που προσήλθαν από βία σε σύγκριση με τις γυναίκες.^{44,100}

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι το ποσοστό του δείγματος που δεν κατείχε κοινωνική ασφάλιση έφτανε το 32,3%, ποσοστό το οποίο ίσως δικαιολογείται από το γεγονός ότι στον μελετώμενο πληθυσμό υπήρχαν μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής (14,5%), πολιτικοί πρόσφυγες (1,6%) και ένα μεγάλο ποσοστό ανέργων (34%). Παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική (Buss, 1995) έδειξε ότι το ποσοστό του μελετώμενου πληθυσμού που δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη ή κοινωνική ασφάλιση ήταν ιδιαίτερα υψηλό, αγγίζοντας το 55%.¹⁰¹ Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνεται η άποψη των Παπαγιαννοπούλου και Γκούβα (2009)⁸ που υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών εμφανίζεται ανεξάρτητα από το επίπεδο της εκπαίδευσης και την ηλικία (μέση ηλικία τα 36 έτη και μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης τα 11,1, αντίστοιχα).

Παρατηρήθηκε στη παρούσα μελέτη ότι ποσοστό 77,4% των επιθέσεων, συμβαίνει σε δημόσιο χώρο (δημόσιοι χώροι και πλησίον της μόνιμης κατοικίας) ενώ το 15,3% να πραγματοποιείται εντός της οικίας. Με αυτά τα δεδομένα συμφωνούν και τα αποτελέσματα των Curtis et al. 2012; Shepherd; 1990 (2) όπου οι δημόσιοι χώροι όπως δρόμοι, μπαρ ή κλαμπ ήταν οι πιο συνήθη χώροι στους οποίους σημειώθηκαν επιθέσεις.^{102,103}

Στην παρούσα έρευνα, διαπιστώθηκε ότι η συχνότερη θέση τραυματισμού ήταν η κεφαλή, τράχηλος και πρόσωπο σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων και ακολούθως ο κορμός (26,6%), τα άνω άκρα (15,3%) και τα κάτω άκρα (9,7%). Επίσης, διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο τραυματισμός κεφαλής/ προσώπου ήταν οι συχνότερες βλάβες, ενώ οι τραυματισμοί των άνω άκρων εμφανίζονται δεύτεροι σε συχνότητα. (McBrearty⁴³ (2011) Shepherd,¹⁰⁴ 1990; Brink³⁹,) 2009¹⁰⁵ Shepherd and Rivara, 1998¹⁰⁶

Επίσης, αξιόλογο εύρημα στην παρούσα μελέτη ήταν ότι τα πιο συνήθη σημεία τραυματισμού ήταν στην κεφαλή, τον τράχηλο και το πρόσωπο με ποσοστό να φθάνει το 46%, και να ακολουθούν τα ζυγωματικά 21%, ο οφθαλμός 17,7%, η κάτω γνάθος 14,5%, τα χείλη 11,3%, η μύτη 10,5%, και η άνω γνάθος 10,5%. Ανάλογα αποτελέσματα ενισχύονται από την μελέτη του Ηλιάδη (2011), ο οποίος αναφέρει ότι τα πιο συχνά κατάγματα του προσωπικού κρανίου ήταν τα κατάγματα του οφθαλμικού κόγχου (24,2%) και τα ρινικά κατάγματα (23,2%).¹⁰⁷

Στη παρούσα μελέτη διαπιστώνεται ότι ο πιο κοινός τύπος τραυματισμού αποτελούν τα θλαστικά τραύματα σε ποσοστό 41,9%, οι εκδορές/γδαρσίματα στο 29,8%, οι μώλωπες/εκχυμώσεις στο 29,8%, και κατάγματα στο 15,3%. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα του Prekker (2009) όπου τα θλαστικά τραύματα σε ποσοστό 48% είναι τα πιο συχνά, με 27% ακολουθούν οι μώλωπες / εκδορές και με 25% τα κατάγματα¹⁰⁰.

Επίσης, η παρούσα μελέτη, ανέδειξε υψηλό ποσοστό περιπτώσεων που αποχώρησαν από το νοσοκομείο, να ανέρχεται σε ποσοστό 70% ενώ το 25% των περιπτώσεων νοσηλεύθηκε. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι από το ποσοστό των περιπτώσεων που εξήλθαν από το νοσοκομείο, έλαβαν τις πρώτες βιοήθειες, το 63,7% αναχώρησε με ιατρικές οδηγίες και φαρμακευτική

αγωγή, ενώ το 3,2% με αναρρωτική άδεια και το 31,5% πραγματοποίησε έξοδο μόνο με ιατρικές οδηγίες. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα του Rand⁴⁴, 1997 και Nunez et al, 2000, όπου το 92% των θυμάτων της βίας που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ πήραν εξιτήριο, σχεδόν αμέσως μετά την επίσκεψή τους και περίπου το 7% πραγματοποίησε εισαγωγή για περαιτέρω νοσηλεία¹⁰⁸.

Στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,004$) παρατηρήθηκε στα άτομα, όπου κατά την σύγκρουση τους ήταν υπό την επήρεια αλκοόλ ή είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών ή ήταν άτομα με ψυχιατρική νόσο. Μελέτες με αλκοολικούς και χρήστες ουσιών, οι οποίοι εμπλέκονται σε επεισόδια βίας από ελλιπή έλεγχο της παρορμητικότητας, ενισχύουν το παραπάνω αποτέλεσμα. Η Γκιμπιρίτη (2010) σε μελέτη μετα-ανάλυσης ανέδειξε τη θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της βίας από άρρενες συντρόφους και της κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος την ίδια μέρα¹⁰⁹.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει στη μελέτη μου, η συχνότητα με την οποία η ενδοοικογενειακή/συντροφική βία καταγράφηκε σαν αίτιο τραυματισμού στις γυναίκες, αγγίζοντας το 45,5% ($p<0,001$). Το ποσοστό αυτό συνάδει με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την καταγραφή του φαινομένου της ενδοοικογενειακής/συντροφικής βίας στην Ελλάδα, το οποίο ανέρχεται στο 31%. Το ποσοστό δεν αποτελεί την πραγματική διάσταση του προβλήματος καθώς είναι αδύνατο να εκτιμηθεί εξαιτίας του άδηλου αριθμού κακοποιήσεων¹¹⁰. Οι κακοποιημένες γυναίκες που απευθύνονται στους χώρους νοσηλείας, προσπαθούν να αλλάξουν τα αίτια των τραυμάτων τους και να καλύψουν τον δράστη (Γάτσας, 2008)¹¹¹. Οι Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης (2003) συμφωνούν θεωρώντας ότι ο φόβος, η ντροπή, οι παραδοσιακές κοινωνικές αντιλήψεις για την οικογένεια, ο ρόλος των φύλων, η έλλειψη γνώσης των δικαιωμάτων των γυναικών αποτελούν τους κύριους λόγους που οι γυναίκες δεν μιλούν για την κακοποίησή τους¹¹⁰. Σε δύο μελέτες, ο Rodriguez et al, 1996; και ο Yam et al. 2000, αναφέρονται οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιθυμία της γυναίκας να ζητά και να λαμβάνει φροντίδα και τέτοιες είναι ο φόβος της κλιμακούμενης βίας, η ντροπή, η οικονομική εξάρτησή τους, η μοναξιά, η ανησυχία τους για την απώλεια της επιμέλειας των παιδιών τους, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, η πιθανή εμπλοκή της αστυνομίας, η έλλειψη γνώσης σχετικά με την κατάλληλη

υποστήριξη και προστασία έχουν αναφερθεί ως παράγοντες που επηρεάζουν την επιθυμία της γυναίκας να ζητά και να λαμβάνει φροντίδα.^{112,113}

Σύμφωνα με τους Rand (1997) και Hofner et al (2009) η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που απευθύνθηκαν για φροντίδα στο Τ.Ε.Π. έφεραν τραύματα που είχαν προκληθεί από κάποιο οικείο πρόσωπο, συνήθως από τον τωρινό ή πρώην σύζυγο/σύντροφο^{44,5}. Το ακριβώς αντίθετο συμβαίνει με τους άντρες τραυματίες που αναζήτησαν βιόθεια στο Τ.Ε.Π., οι οποίοι δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό ότι ο δράστης της επίθεσης ήταν κάποιος άγνωστος⁵. Δεδομένου, λοιπόν, ότι στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό του μελετώμενου πληθυσμού αποτελείται από άντρες, είναι λογικό στα αποτελέσματα να αναφέρεται με ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό (75%) ότι το άτομο που άσκησε τη βία ήταν κάποιος άγνωστος.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι οι τραυματίες με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις νοσηλεύτηκαν 29 φορές συχνότερα από τους τραυματίες χωρίς κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Όπως αναφέρει και ο Ηλιάδης, η περισσότερο συχνή αιτία για τις βλάβες του εγκεφαλικού και σπλαχνικού κρανίου είναι τα τροχαία ατυχήματα (41%) και οι κακοποιήσεις (26,5%)¹⁰⁷. Το 23,3% της έρευνάς μου όπου ήταν με ΚΕΚ όπου τα 13 άτομα ήταν από ληστεία.

Στην παρούσα έρευνα, οι πυροβολισμοί ανέρχονται στο 2,4% όλων των περιστατικών που συμμετείχαν ενώ οι τραυματισμοί από νύσσον όργανο φτάνουν στο 24,2%. Στην Αυστραλία, σύμφωνα με τους Curtis et al (2012), οι τραυματισμοί από πυροβόλα όπλα λαμβάνουν χαμηλό ποσοστό σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο. Για παράδειγμα, τα πυροβόλα όπλα χρησιμοποιούνται μόλις στο 8% των επιθέσεων στη Νέα Ζηλανδία σε σύγκριση με το 50% στις ΗΠΑ. Από την άλλη, τα μαχαιρώματα εντοπίζονται πολύ πιο συχνά (19%) από τους πυροβολισμούς¹⁰².

Όσο αφορά τον τρόπο πρόκλησης τραυματισμού παρατηρούνται παρόμοια αποτελέσματα μεταξύ της παρούσας έρευνας και του Brink (2009) καθώς ο ξυλοδαρμός (γροθιές / χειροδικία) έφτασε τα 68,5% και το 66,5% αντίστοιχα, η πρόσκρουση σε σταθερά αντικείμενα ανήλθε στο 13,7% και στο 11,5% αντίστοιχα¹⁰⁵.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έξαρση του φαινομένου της βίας γίνεται όλο και πιο έντονη τόσο στη χώρα μας όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω ηθικής, πνευματικής και οικονομικής κρίσης. Μελλοντικές έρευνες, λοιπόν, θα μπορούσαν να εστιάσουν στις ψυχολογικές βλάβες και τις συνέπειές τους στα θύματα βίας.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.) θα πρέπει να είναι καθοριστικός στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των θυμάτων βίας που προσέρχονται στο χώρο των Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων, με εντατική εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να αξιολογούν, να αναγνωρίζουν τα αίτια της πρόκλησης τους και να κατευθύνουν κατάλληλα.

Τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων φιλοξενούν συχνά κακοποιημένες γυναίκες με σοβαρή συμπτωματολογία κακοποίησης. Πολύ συχνά όμως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, είτε λόγω άγνοιας για τα ζητήματα κακοποίησης είτε λόγω φόρτου εργασίας, δεν εμβαθύνει στην ανεύρεση της αιτίας των συμπτωμάτων και τα περιστατικά δεν καταγράφονται ούτε και αντιμετωπίζονται σαν περιστατικά κακοποίησης, ούτε λαμβάνονται υπόψη οι ψυχολογικές βλάβες που πιθανά προκαλούνται από τις βίαιες επιθέσεις.

Η έξαρση του φαινομένου της βίας γίνεται όλο και πιο έντονη τόσο στη χώρα μας όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω ηθικής, πνευματικής και οικονομικής κρίσης. Μελλοντικές έρευνες, λοιπόν, θα μπορούσαν να εστιάσουν στις ψυχολογικές, σωματικές, **οικονομικές** βλάβες και τις συνέπειές τους στα θύματα βίας.

7. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΒΙΑ ΣΤΟ Τ Ε Π

ΒΛΑΧΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η βία αποτελεί ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας που επηρεάζει όλα τα κοινωνικά στρώματα και αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Το φαινόμενο της βίας έχει ιατρικές, οικονομικές και κοινωνιολογικές προεκτάσεις. Η έξαρση της βίας που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια πταγκοσμίως έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη αύξηση των περιστατικών που προσέρχονται στο Τ.Ε.Π. και αφορούν κακώσεις που προκλήθηκαν από βία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψει και να κατηγοριοποιήσει τις κακώσεις των ατόμων που υπέστησαν βία και προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κεντρικού νοσοκομείου της Αθήνας. Η διερεύνηση πιθανών συσχετισμών μεταξύ των καταγεγραμμένων κακώσεων με τα δημογραφικά στοιχεία, τα αίτια τραυματισμού και την έκβαση των περιστατικών αποτελεί απώτερο στόχο αυτής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Η ερευνητική μελέτη ήταν προοπτική και διήρκεσε τέσσερις μήνες, από τον Σεπτέμβριο του 2011 έως και τον Δεκέμβριο του 2011, σε ημέρες γενικής εφημερίας του Γ. Ν. Α. «Ο Ευαγγελισμός». Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 124 περιστατικά που έφεραν κακώσεις από βία και περιελήφθησαν άτομα ηλικίας από 16 ετών και άνω. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός δομημένο ερωτηματολόγιο κλειστών ερωτήσεων. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα 124 περιστατικά της μελέτης, το 72.6% ήταν άνδρες ενώ το 27.4% ήταν γυναίκες. Το (51,6%) μεγαλύτερο ποσοστό των επιθέσεων που καταγράφηκαν συνέβησαν πλησίον της μόνιμης κατοικίας των θυμάτων και η κύρια αιτία επίθεσης αποτέλεσε η ληστεία (27.4%). Το άτομο

που φαίνεται να áσκησε τη βία, δηλώθηκε από τα θύματα ότι ήταν áγνωστος (75%) και ο πιο συνήθης τρόπος πρόκλησης τραυματισμού ήταν ο ξυλοδαρμός (71,0%). Τέλος, η παρούσα μελέτη επεσήμανε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε παραμέτρους όπως η αιτία τραυματισμού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η σχέση μεταξύ φίλου και αιτίας τραυματισμού ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Η σχέση μεταξύ υπηκοότητας και αιτία τραυματισμού ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,003$). Στατιστικά σημαντική ($p=0,004$) αποδείχτηκε η σχέση μεταξύ επήρειας αλκοόλ, της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και της ύπαρξης ψυχιατρικής νόσου και αιτίας τραυματισμού. Προέκυψε οριακά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ έκβασης και τρόπου τραυματισμού ($p=0,07$) ανάμεσα στη χρήση ή όχι νύσσοντος οργάνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έξαρση του φαινομένου της βίας γίνεται όλο και πιο έντονη τόσο στη χώρα μας όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω ηθικής, πνευματικής και οικονομικής κρίσης. Μελλοντικές έρευνες, λοιπόν, θα μπορούσαν να εστιάσουν στις ψυχολογικές βλάβες και τις συνέπειές τους στα θύματα βίας.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.) θα πρέπει να είναι καθοριστικός στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των θυμάτων βίας που προσέρχονται στο χώρο των Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων, με εντατική εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να αξιολογούν, να αναγνωρίζουν τα αίτια της πρόκλησης τους και να κατευθύνουν κατάλληλα.

Λέξεις-κλειδιά: βία, κάκωση, τραύμα, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), μηχανισμός βλάβης

8. ABSTRACT

INJURIES FROM VIOLENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

INTRODUCTION: Violence is a public health problem that affects all aspects of life and age groups. The phenomenon of violence appears medical, economic and sociological implications. The rise of violence has resulted in an increase of cases with injuries caused by violence which are presented at the Emergency Department (ED).

PURPOSE: The purpose of this study was to record and categorize the kind of injuries which came from violence and presented to ED in a central hospital of Athens. To investigate possible correlations between injuries and demographics, causes of injury and outcome of the cases.

MATERIAL - METHOD: The research study was perspective and lasted from September 2011 to December 2011, for four months. The sample of the study included 124 incidents with injuries from violence and included people aged 16 and over. Data was collected when the hospital was on call through a structured questionnaire. A Statistical Package for Social Sciences (SPSS) n.19.0 was used for the data analysis.

RESULTS: A 72.6% were male and a 27.4% were women out of 124 cases of the study. The highest percentage of attacks (51.6%) occurred near the victims residence and the main cause of attack was robbery (27.4%). The victims did not know their offender in a high percentage (75%) and the most common mode of injury was beating (71.0%). This study indicated statistically significant correlations between the cause of injury and demographic characteristics, and between friends and source of injury ($p < 0,001$). The correlation between citizenship and source of injury was also statistically significant ($p = 0,003$). The correlation between drinking alcohol, drug use and the presence of psychiatric illness and cause injury was found statistically significant ($p = 0,004$). Marginally statistically significant correlations were found between the outcome and mode of injury ($p = 0,07$) and between using or not sharp instrument.

CONCLUSIONS: The outbreak of violence becomes increased in our country and globally, in general. Future research, therefore, could focus on the

psychological injuries and their consequences for victims of violence. The role of health professionals (nurses, doctors, social workers, etc.) is crucial in the treatment and rehabilitation of the victims of violence who arrive at the hospital emergency. They also should be able to identify the causes of the challenge and to steer properly.

Keywords: violence, injury, trauma, Emergency Department (ED), mechanism of injury

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Richard B. “A social disease” Mother Jones MJ93 May/June 1993
<http://www.motherjones.com/politics/1993/05/motherjones-mj93-social-disease> [Πρόσβαση 24-7-2012]
2. Golding A. violence and public health. JR Soc Med 1996; 89: 501-505.
3. Hofner MC, Burquier R, Huissoud T, Romain N, Graz B, Mangin P. Characteristics of victims of violence admitted to a specialized medico-legal unit in Switzerland. Journal of Forensic and Legal Medicine 2009, 16:269-272.
4. WHO. World Report on Violence and health. Violence – A global public health problem. Geneva. 2002.
5. Αυγερινός Θ. Κοινωνιολογία του Αθλητισμού. University Studio Press. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών. Θεσσαλονίκη 2007.
6. Δημητρίου Σ. Μορφές Βίας. Εκδόσεις Σαββάλα. Αθήνα 2003
7. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996.
8. Παπαγιαννοπούλου Ε., Γκούβα Μ. Οι επαγγελματίες υγείας και η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Interscientific Health Care (2009) Vol 1, Issue 2, 51-55.
9. Lau CL, Ching WM, Tong WL, Chan KL, Tsui KL, Kam CW. 1700 victims of intimate partner violence: characteristics and clinical outcomes. Hong Kong Med Journal. 2008, 14: 451-7.
10. Wu V. et al, Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2010, TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE ,11(2) 71-82.
11. Klopfsteina U, Kamberb J, Zimmermannb H. “On the way to light the dark”: a retrospective inquiry into the registered cases of domestic violence towards women over a six year period with a semi-quantitative analysis of the corresponding forensic documentation Swiss Med Wkly. 2010;140:w1304
12. Ρούσσος Χ. Επείγουσα Ιατρική – Μεταφορά και Αντιμετώπιση Βαρέως Πάσχοντα και Τραυματία. Τόμος 1^{ος} Αθήνα, Πασχαλίδης, 2006.

13. Centers for Disease Control and Prevention. 2007. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System [online]. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [cited 2007 July 09].
Διαθέσιμο από: www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm [Πρόσβαση στις 28-5-2012]
14. Σπηλιοπούλου Χ. «Εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας» Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής 2006 Διαθέσιμο από: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=244> [Πρόσβαση στις:21-01-12]
15. Μπαλούρδος Δ, Γκιωνάκης Ν, Παπαλιού Ο, Παπαπέτρου Γ, & Φρονίμου Ε. Ολοκλήρωση του παραδοτέου για τις καλές πρακτικές σε θέματα κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος «Δίκτυο Ξενώνων Αντιμετώπισης Κρίσης & Θεραπείας Κακοποιημένων Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη & Ιωάννινα» 2011.
16. WHO. *Multi-country study on women's health and domestic violence*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FCH/GWH/02.01).
17. Ημερίδα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών και των Παιδικών Χωριών SOS Ελλάδος. (2011) «Προσεγγίσεις στην παιδική κακοποίηση: από την προστασία στη θεραπεία και την αποκατάσταση» Διαθέσιμο από: <http://www.sos-villages.gr/content/news/68-hmerida-paroysiashs-toy-diktyoy-ksenwnwn-kakopoihmenwn-paidiwn> [Πρόσβαση: 1.12.2012]
18. Bode-Janisch S, Havermann R, Germerott T, Fieguth A. 2010. Examination Results and autopsy findings in assaults on elderly people. Arch Kriminol. Nov-Dec; 226 (5-6): 176-86.
19. Cunningham R, Walton MA, Maio RF, Blow FC, Weber JE, Mirel L. Violence and substance use among an injured emergency department population. Acad Emerg Med. 2003 Jul, 10 (7): 764-75.
20. Brickley MR, Shepherd JP: The relationship between alcohol intoxication, injury severity and Glasgow Coma Score in assault patients. Injury 1995, 26:311-314
21. Shepherd JP. Alcohol and violence. Med Leg J 1991, 59:112-117
22. Lawrence R. the anatomy of violence. Med Law 1994, 13: 407-413,416

23. Δουζένης Α. Αλκοόλ και Έγκλημα. Εγκέφαλος 2009, 46(2):79-83.
Διαθέσιμο από: <http://www.encephalos.gr/full/46-2-04g.htm> [Πρόσβαση στις 21/10/2012]
24. Μαλλιώρη Μ, Δουζένης Α. Διαπροσωπική βία και κατανάλωση αλκοόλ, Ψυχιατροδικαστική, Ιούλιος-Δεκέμβριος 2010, (3):6-9.
25. Galvani S. Alcohol and Domestic violence. Women's views, J violence against women. 2006 Vol 12, no 7, July, pp. 641-622.
26. Cherpitel C. Alcohol and Violence-Related Injuries in the Emergency Room. Soc Sci Med. 2008 March; 66 (5): 1197-203.
27. Cherpitel, C.J. & Ye, Y. () Alcohol and violence-related injuries among emergency room patients in an international perspective. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2010, 16:227-235.
28. Hadjimatheous C. (2012) BBC News: Greeks confront crime wave amid austerity.
Διαθέσιμο από: <http://www.bbc.co.uk/news/world-radio-and-tv-19269891> [Πρόσβαση στις 10/10/2012]
29. Μπαμπινιώτης Γ. «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας», 4^η έκδοση, 2012, Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
30. Καρύδης Β., «Η Αθέατη Εγκληματικότητα», Εθνική Θυματολογική Έρευνα, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 2004.
31. Cunningham R, Murray R, Walton M, Chermack S, Wojnar M, Wozniak P, Booth B, Blow F. Prevalence of Past Year Assault Among Inner-City Emergency Department Patients. Annals of Emergency Medicine. June 2009, 53 (6): 814-823.
32. Eurostat (European Commission). Population and social conditions. Statistics in focus 58/2010.
33. Πολίτης της Θράκης: «Σπάει ρεκόρ η εγκληματικότητα στην Ελλάδα» 16.07.2008
34. Αρχηγείο Ελληνικής Αστυνομίας. Δελτίο Τύπου – Δημοσίευση στατιστικών στοιχείων εγκληματικότητας, παράνομης διακίνησης μεταναστών και απολογισμού της αστυνομικής ανταπόκρισης στο πρώτο (α') εξάμηνο του 2011. Αθήνα. 12 Αυγούστου 2011.
35. Ροϊνιώτη E. Η γνώση μας για το έγκλημα στη βάση ποσοτικών δεδομένων. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 129 Β', 2009, 33-59.

Διαθέσιμο από: http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=425 [Πρόσβαση στις 10/11/2012]

36. Shepherd JP, Ali MA, Hughes AO, Levers BGH. Trends in urban violence: a comparison of accident department and police records. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Feb 1993, 86:87-88.
37. Shepherd JP, Shapland M, Scully C. Recording by the police of violent offences: an accident and emergency department perspective. *Medicine, Science, Law*. 1989, 29:251-7.
38. Τσιγκρής Α. Η εγκληματολογική σημασία της αναφοράς των πτοινικών αδικημάτων στην αστυνομία. *Υπεράσπιση*. Τόμος 6, 1996, 4: 735-754..
39. Brink O. «The Epidemiology of Violence in Denmark» *JOURNAL OF Clinical Forensic Medicine* 1998, 5:38-44.
40. Πατηνιώτης Ν. (2000). Ψυχικά ασθενής ο Έλληνας άνεργος. *Η Καθημερινή*, 13/2/2000 Αρ. Φύλλου 24.400. Διαθέσιμο από: <http://wwk.kathimerini.gr/kath/edition/2000/13-02-2000.pdf>
41. Adler C, «Violence, gender and social change». ISSJ 132 1992
42. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) Δείκτης Ανεργίας .Διαθέσιμο από: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE> [Πρόσβαση στις 20/11/2012]
43. McBrearty P. The lived experience of victims of crime. *International Emergency Nursing*. 2011 Jan 19 (1):20-26
44. Rand M. Violence-Related injuries Treated in Hospital Emergency Departments. Bureau of Justice Statistics, Special Report, US Department of Justice-Office of Justice Programs, August 1997.
45. Ηλιοπούλου Ε, Παραρά Σ. Τα θύματα ξυλοδαρμού. *Ιατρικό Βήμα*. 2008 Ιούλιος- Αύγουστος- Σεπτέμβριος σελ.36-42
46. Borges G, Cherpitel CJ, Medina-Mora ME, Mondragon L. Violence related to injuries in the emergency room: alcohol, depression and conduct problems. *Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente*, Mexico, 2004 May, 39 (6): 911-30
47. European Society for Emergency Medicine. "Policy Statement on Emergency Medicine in Europe". 2007
48. UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine and European Society for Emergency Medicine. "European Curriculum for

- Emergency Medicine” 2009. Διαθέσιμο από :http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf [Πρόσβαση στις 26/08/2012]
49. Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing and Health Professions. Elsevier Inc. 8th edition. 2008
50. Wikipedia. “Emergency Department” .2012 Διαθέσιμο από: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_room [Πρόσβαση στις 27/08/2012]
51. European Society for Emergency Medicine. “EuSEM Core Curriculum for Emergency Medicine”. *European Journal of Emergency Medicine*. 2002,(9),4:308-314
52. Nawar EW, Niska RW, Xu J. (2007) National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 Emergency Department Summary; (386): 1-32
53. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Centre for Health Statistics. Health, United States, 2007 with Chartbook on Trends in the Health of Americans. Διαθέσιμο από: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf> [Πρόσβαση στις 27/10/2012]
54. Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011- Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013», Αθήνα Εκδόσεις Διόνικος, 2012
55. Αγγουριδάκης Π. & Σμπυράκης Ν., «Ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ελλάδα – Εισήγηση της Ε.Ε.Ε.Ι. για την αρμόδια Επιτροπή του Υ.Υ.Κ.Α.», Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, 2010
56. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med. 2000 Jan;35(1):63–68.
57. Ασκητοπούλου Ε. «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση και Ανάπτυξη», 2009 Διαθέσιμο από:www.ygeianet.gr/box/cal/7449.doc [Πρόσβαση στις 27/08/2012]
58. Βώρος Δ. Χειρουργική, Β' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Β' Τόμος Παρισιάνου Αθήνα 2010.

59. Κουτσελίνης Σ. Αντ. Ιατροδικαστική. Ε' Έκδοση , Αθήνα Παρισιάνου 2002 σελ.162-174.
60. Σέχα Μ. Χειρουργική-Τραύμα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα,2004:367-375.
61. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι.,Γολεμάτης Β., Χειρουργική Παθολογία - Αντιμετώπιση πολυτραυματία.4^η έκδοση. Αθήνα,Π.Χ. Πασχαλίδης, 2010:247-271.
62. Gerard M., Lawrence W. 'Πολυτραυματίας'. Current – Σύγχρονη Χειρουργική- Διάγνωση κ θεραπεία .1^η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα Π.Χ. Πασχαλίδης, 2007:285-333
63. Αποστολίδης Ν.Σ, Μανουράς Α.Ι.. *Εγχειρίδιο Συνοπτικής Χειρουργικής - Τραυματικές κακώσεις.* Εκδοτική Παραγωγή Επτάλοφος, Αθήνα, 2001:663-685.
64. Μιχαλοδημητράκης Μ., Ιατροδικαστική, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1997, σελ. 107-111.
65. David J. Dandy, Dennis J. Endwards, Βασική Ορθοπαιδική και Τραυματολογία , 5^η Έκδοση, Αθήνα, Παρισιάνου, 2010.
66. Maas AI, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury in adults. Lancet Neurology. (Aug) 2008, 7(8):728-41.
67. Alves OL, Bullock R. Excitotoxic damage in traumatic brain injury. In: Clark RSB, Kochanek P. Brain injury. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001, p.1.
68. Narayan RK, Michel MF, Ansell B, et al. Clinical trials in head injury. Journal of Neurotrauma, 2002 (May); 19 (5): 503-557.
69. Leon-Carrion J, et al. Epidemiology of traumatic brain injury and subarachnoid hemorrhage. Pituitary, 2005,8 (3-4): 197-202.
70. Collins C, Dean J. Aquired brain injury. In Tuner A, Foster M, Johnson SE. Occupational therapy and physical dysfunction: Principles, skills and practice. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2002, pp 395-96.
71. Hardman JM, Manoukian A. Pathology of head trauma. Neuroimaging Clinics of North America, 2002,12 (2): 175-187, vii.
72. Tolias C, Sgouros S. Initial evaluation and management of CNS injury. e-Medicine.com, 2005 (February 4).

73. Kusner D. Mild traumatic brain injury: Toward understanding manifestations and treatment. *Archives of Internal Medicine*, 1998; 158 (15): 1617-1624.
74. Comper P, Bisschop SM, Carnide N, et al. A systematic review of treatments for mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 2005; 19 (11): 863-880.
75. Bay E, Mc Lean SA. Mild traumatic brain injury: An update for advanced practice nurses. *Journal of Neuroscience*, 2007 (Feb); 39 (1): 43-51.
76. Hannay HJ, Howieson DB, Loring DW, Fischer JS, Lesak MD. Neuropathology for neuropsychologists. In: Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological assessment*. Oxford [Oxfordshire], Oxford University Press, 2004, pp 158-62.
77. Park E, Bell JD, Baker AJ. Traumatic brain injury: Can the consequences be stopped?. *Canadian Medical Associations Journal*, 2008 (April); 178 (9): 1163-1170.
78. The Lancet. Grappling with traumatic brain injury. *Lancet* 2007 (Dec); 370 (9603): 1879.
79. Πιταρίδης Μ. κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Ρούσσος Χ. Εντατική Θεραπεία III. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009, σελ. 1380-1424.
80. Moulton R. Closed and open head injury. In: Hall J, Schmidt G, Wood L (eds). *Principals of critical care*. Mc Graw-Hill Inc. New York 1992, pp. 702-714.
81. Kauffman M, Castelli I, Sheidrger D. Severe head injury; What about outcome. In: Vincent J (ed). 1993 *Yearbook of intensive care and emergency medicine*. Springer-Verlang, Berlin 1993, pp. 553-563.
82. Seidermurm DI. Introduction to brain imaging. In: Brant WE, Helms CA. *Fundamentals of diagnostic radiology*. Philadelphia: Lipincott, Williams and Wilkins, 2007, pp. 53-55.
83. Smith DH, Meaney DF, Shull WH. Diffuse axonal injury in head trauma. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2003, 18 (4): 307-316.
84. Συγκούνας Ε.Γ., Σακάς Δ.Ε. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Σακάς Δ. Εισαγωγή στη Νευροχειρουργική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2003, σελ. 175-200.

85. Μποσινάκου Μ., Κατάγματα των οστών του προσώπου. Στους ρυθμούς της καρδιάς, Διαθέσιμο από: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=227 [Πρόσβαση 01/12/2012]
86. Παπαδογιωργάκης Ν. *Κατάγματα σπλαχνικού κρανίου*. Ρούσσος Χ. Εντατική Θεραπεία III. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009, σελ. 1431-1452.
87. Castiglioni A: A history of Medicine (Translated by EB Krumbaar),1958, New York, AA Knopf, p. 617.
88. Lindskog GW: Some historical aspects of thoracic trauma: J Thorac Cardiovasc Surg, 1961;42:1.
89. Hood RM: Trauma to the chest . In Sabiston and Spenser: Surgery of the Chest (chapter 12) (fifth edition) WB Saunders Company,1990
90. Ζήσης Χ. Θωρακικό Τραύμα, Ρούσσος Χ. Εντατική Θεραπεία III.3^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009, σελ. 1364-1378.
91. Σίμογλου Χ,. Σίμογλου Λ, Γυμνόπουλος Δ. Τραύμα Θώρακος: Αρχές Διάγνωσης και Αντιμετώπισης (Επιστημονικά Χρονικά 2012;17(2):55-65)
92. Batistella FD, Benfield JR : Blunt and penetrating injuries of the chest wall, pleura and lungs.In Shields TW. Lo Cisero J, Ponn RB (Eds), General Thoracic Surgery , 5th Edition Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia- USA,1999, vol I, pp815-831.
93. Westaby S:Thoracic trauma . In P. Mooris, R. Malt (eds.): Oxford Textbook of Surgery, vol. 2, 1994, Oxford University Press.
94. Μαρβάκη Χ, Κοτανίδου Α. Επείγουσα Νοσηλευτική, Τόμος Α', Αθήνα, Έλλην 2008.
95. Viano DC. Lou VK: Role of impact velocity and chest compression in thoracic surgery. Aviat space Environ Med, 1983;54;16-21.
96. Jansen JO, Yule SR, don MA. Investigation of blunt abdominal trauma. BMJ. Apr 26 2008;336(7650):938-42.
97. American College of Surgeons Committee on Trauma. Abdominal Trauma. In: ATLS Student Course Manual. 8th. American College of Surgeons; 2008.)

98. Λίτης Δ. Η σωματική βλάβη από πρόθεση, οριοθέτηση αυτής και η απότοκη ποινική μεταχείριση του δράστη, Έκδοση Δ.Φ. Λίτης, Αθήνα 2012, σελ 157-158
99. Τσολάκης Ι. Παπαδούλας Σ. «Κακώσεις περιφερικών αγγείων», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2002,19(3):280-292.
100. Prekker M.E. et al, The Prevalence of Injury of Any Type in an Urban Emergency Department Population, *The Journal of TRAUMA_ Injury, Infection, and Critical Care* 2009;66:1688–1695
101. Buss T, Abdu R, Walker J," Alcohol, Drugs, and Urban Violence in a Small City Trauma Center" Pergamon ,Journal of Substance Abuse Treatment vol. 12 pp.75-83 1995., F
102. Curtis, K., Caldwell, E., Delprado A., and Munroe, B. (2012) Traumatic Injury in Australia and New Zealand. Australasian Emergency Nursing Journal, 15 (1): 45-54.
103. Shepherd JP. Violent Crime in Bristol – An accident and emergency department perspective. *British Journal of Criminology*. 1990 (2);30;3:289–305
104. Shepherd JP, Shapland M, Pearce NX, Scully C. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *J R Soc Med*. 1990 Feb; 83 (2):75-8.
105. Brink O. When violence strikes the head, neck and face. *J Trauma*. 2009 Jul; 67 (1): 147-51
106. Shepherd JP, Rivara FP. Vulnerability, victims and violence. *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 1998;15(1):39–45
107. Ηλιάδης Χ και συνεργάτες (2011) -ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ Πρακτικά συνεδρίου 16ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου
108. Nunez, S., Garcia-Marin, P. and Aguirre-Jaime A (2000) Victims of violence in an emergency department. *Eur J Emerg Med*. Mar; 7(1): 45-9.
109. Γκιμπιρίτη Μ. «Διαπροσωπική Βία & Κατανάλωση Αλκοόλ» Ψυχιατροδικαστική Ιούλιος – Δεκέμβριος 2010;(3):6-9

110. Αρτινοπούλου Β. και Φαρσεδάκη Ι. Πρώτη Πανελλαδική Έρευνα για την Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών με Πρωτοβουλία του Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ), Αθήνα, 2003.
111. Γάτσης Β. Διδακτορική Διατριβή: Σωματική Κακοποίηση Γυναικών από το Σύντροφό τους και η Αντιμετώπιση του Φαινομένου από την Αστυνομία. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τομέας Γενικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας. 2008.
112. Rodriguetz MA, Szkupinski QS, Bauer HM. Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care. Archives of Family Medicine. 1996;5:153–158
113. Yam M. Seen but not heard: battered women's perceptions of the ED experience. Journal of Emergency Nursing. 2000;26:464–470

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΠΜΣ <<ΜΕΘ και Επείγουσα Νοσηλευτική>>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, αποτελεί ερευνητική διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Επείγουσα Νοσηλευτική» με θέμα: «Κακώσεις από βία στο ΤΕΠ». Το οποίο διενεργείται για να μελετήσει:

- 1.Την καταγραφή κατηγοριών των κακώσεων
- 2.Την αναζήτηση των αιτιών που οδήγησαν στον συμβάν
- 3.Την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων για αναζήτηση συσχετίσεων.

Η ερευνήτρια: Βλάχου Αριστέα
Νοσηλεύτρια

ΜΕΡΟΣ 1^ο

Αριθμός /Περιστατικού:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ:..... ΗΜΕΡΑ ΩΡΑ(24ωρη μορφή).....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ /Η ΕΓΓΑΜΟΣ /Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ /Η ΧΗΡΟΣ /Α
ΠΑΙΔΙΑ NAI OXI

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΆΛΛΗ

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΕΝΤΟΣ Ε.Ε. ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΕΚΤΟΣ Ε.Ε.
ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ:ΧΡΟΝΙΑ.

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΑΦΡΙΚΗ ΑΣΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ: NAI OXI ΠΟΛΙΤ. ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ :

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛ ΙΔ. ΥΠΑΛΛ. ΆΝΕΡΓΟΣ ΟΙΚΙΑΚΑ
ΕΡΓΑΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΜΑΘΗΤΗΣ – ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΑΣΦΑΛΕΙΑ: NAI OXI

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΠΟΛΗ..... ΠΕΡΙΟΧΗ..... ΤΟΠΟΣ
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ.....

ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΣΚΗΘΗΚΕ ΒΙΑ: ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΣ/
ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ
ΓΟΝΙΟΣ ΠΑΙΔΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΆΛΛΟ
(προσδιορίστε).....

ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ: ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ /ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ ΕΠΙΛΥΣΗ
ΔΙΑΦΟΡΩΝ-ΟΡΓΗ
ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΛΗΣΤΕΙΑ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ: ΕΠΗΡΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛ ΧΡΗΣΗ
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΜΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ (ΕΚΑΒ): NAI OXI

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΚΩΣΗΣ/ ΤΡΟΠΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ
ΠΡΟΣΚΡΟΥΣΗ ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ
ΞΥΛΟΔΑΡΜΟΣ
ΑΠΟ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ

ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ
ΛΑΚΤΙΣΜΑΤΑ
ΒΙΑΣΜΟΣ
ΠΥΡΟΒΟΛΙΣΜΟΣ
ΡΗΨΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ
ΝΥΣΣΟΝ ΟΡΓΑΝΟ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ: ENA ΔΥΟ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

ΤΥΠΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΕΚΔΟΡΕΣ/ ΓΔΑΡΣΙΜΑΤΑ
ΜΩΛΩΠΕΣ/ ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ
ΘΛΑΣΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ: ΕΝΑ ΔΥΟ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ
ΕΚΑΤΟΣΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ.....
ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΤΡΑΥΜΑ
ΔΙΑΜΠΕΡΕΣ ΤΡΑΥΜΑ
ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ
ΜΥΪΚΗ ΘΛΑΣΗ
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ
Κ. Ε. Κ.
ΚΑΚΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ :

ΚΕΦΑΛΗ, ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΚΕΦΑΛΗ
ΟΦΘΑΛΜΟΣ
ΜΥΤΗ
ΖΥΓΩΜΑΤΙΚΑ
ΑΝΩ ΓΝΑΘΟ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

ΑΥΤΙ
ΛΑΙΜΟΣ

ΚΟΡΜΟΣ

ΡΑΧΗ
ΑΜΣΣ
ΘΜΣΣ
ΘΩΡΑΚΑΣ
ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ
ΙΣΧΙΟ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ
ΕΝΤΕΡΟ

ΑΝΩ ΑΚΡΑ

ΩΜΟΣ
ΚΛΕΙΔΑ
ΑΓΚΩΝΑΣ
ΒΡΑΧΙΟΝΑΣ
ΠΗΧΗΣ
ΑΚΡΑ ΧΕΙΡΑ/ ΔΑΚΤΥΛΑ

ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ

ΜΗΡΟΣ
ΓΟΝΑΤΟ
ΚΝΗΜΗ
ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗ
ΑΚΡΟ
ΠΟΔΙ/ ΔΑΚΤΥΛΑ
ΑΛΛΗ ΘΕΣΗ.....
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΣΗΣ (ΑΡΙΘΜ.)...

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΆΛΛΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ:

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ-ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

Κακώσεις από Βία στο Τ.Ε.Π,

ΕΞΟΔΟΣ	<input type="checkbox"/>	ΝΟΣΗΛΕΙΑ	<input type="checkbox"/>	ΘΑΝΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/>		
ΑΠΛΗ ΠΑΡΟΧΗ Α' ΒΟΗΘΕΙΩΝ				ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>
• ΕΞΟΔΟΣ ΜΕ ΟΔΗΓΙΕΣ/ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>			
• ΕΞΟΔΟΣ ΜΕ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>			
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>			
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>			
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>			
ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	(ΑΡΙΘΜΟΣ :.....)						