



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΣΤΗΝ  
ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ»

ΙΩΑΝΝΑ ΑΛΕΞΙΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Επίκουρος  
καθηγητής

Καλαμάτα 2005

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

## ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ: ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΠΟΥ  
ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ

ΦΑΡΜΑΚΩΝ .....	10
1.1 Η εξήγηση των ατυχημάτων από την οικονομική επιστήμη.....	10
1.2 Το κόστος των τροχαίων ατυχημάτων .....	11
1.3 Τροχαία ατυχήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλης.....	13
1.3.1 Κατανάλωση οινοπνεύματος από νεαρά άτομα .....	17
1.3.2 Οδικά θανατηφόρα ατυχήματα στις νεαρές ηλικίες .....	17
1.4 Φάρμακα και οδήγηση .....	18

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ  
ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ.....

2.1 Οινόπνευμα και ικανότητα οδήγησης.....	21
2.1.1 Το μέγεθος του προβλήματος από την κακή χρήση της αιθυλικής αλκοόλης.....	21
2.1.2 Κατανάλωση και ηλικίες .....	22
2.1.3 Περιεκτικότητα οινοπνεύματος στα διάφορα οινοπνευματώδη ποτά..	25
2.1.4 Οι επιπτώσεις στην ικανότητα οδήγησης, ανάλογα με την ποσότητα οινοπνεύματος .....	26
2.1.5 Ταχύτητα με την οποία απορροφάται το οινόπνευμα από τον οργανισμό .....	27

2.1.6	Παράγοντες που επηρεάζουν και μπορούν να επιδεινώσουν τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος .....	28
2.1.7	Η πορεία του οινοπνεύματος στον οργανισμό και οι επιδράσεις του..	30
2.2	Χρήση φαρμάκων και ικανότητα οδήγησης.....	30
2.2.1	Ποιες κατηγορίες φαρμάκων θεωρούνται σήμερα ότι επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητα οδήγησης .....	31
2.2.2	Διαταραχές από φάρμακα που μειώνουν την ικανότητα οδήγησης....	34
2.2.3	Χαρακτηριστικά παθήσεων που θα μπορούσαν να μειώσουν την ικανότητα οδήγησης .....	37
2.3	Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων με αιθυλική αλκοόλη.....	39

### **ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

	<b>ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ .....</b>	<b>41</b>
3.1	Έρευνα για την ενημέρωση των οδηγών σχετικά με τις συνέπειες από τη χρήση ουσιών κατά την οδήγηση.....	41
3.1.1	Ταυτότητα της έρευνας .....	41
3.1.2	Περιγραφή του δείγματος.....	42
3.1.2.1	Πολίτες οδηγοί .....	42
3.1.2.1.1	Αποτελέσματα της έρευνας για την ενημέρωση των οδηγών.....	45
3.1.2.2	Γιατροί.....	53
3.1.2.2.1	Αποτελέσματα έρευνας για τις πρακτικές ενημέρωσης των ασθενών από τους γιατρούς .....	53

### **ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....**

4.1	Βασικά συμπεράσματα για την ενημέρωση των οδηγών από την κατανάλωση αλκοόλης και φαρμάκων κατά την οδήγηση.....	62
4.1.1	Συμπεράσματα της έρευνας για την ενημέρωση των οδηγών .....	62
4.1.2	Συμπεράσματα της έρευνας για τις πρακτικές ενημέρωσης των ασθενών από τους γιατρούς .....	64
4.2	Προτάσεις πολιτικής για πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλης και τη χρήση φαρμάκων .....	65

4.2.1 Αλκοόλη και οδήγηση.....	66
4.2.2 Φάρμακα και οδήγηση .....	67
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>69</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ.
<b>Πίνακας 1.1:</b> Στοιχεία ελέγχων με αλκοτέστ από τη Δ/νση Τροχαίας Αττικής (1999).....	16
<b>Πίνακας 1. 2:</b> Φάρμακα στο αίμα οδηγών σε έρευνα που έγινε από λήψεις που είχαν σκοπό τον καθορισμό αιθυλικής αλκοόλης (από 4.000 λήψεις εξετάστηκε τυχαίο δείγμα) .....	18
<b>Πίνακας 1.3:</b> Έρευνα σε περισσότερους από 400 οδηγούς που προκάλεσαν ατύχημα ή η συμπεριφορά τους διέφερε από την “κανονική”. Σε αυτούς τους οδηγούς είχε αποκλειστεί η λήψη αλκοόλης .....	19
<b>Πίνακας 1.4:</b> Θετικές απαντήσεις 2.327 οδηγών για το εάν έχουν πάρει φάρμακα πριν από την οδήγηση.....	20
<b>Πίνακας 1.5:</b> Κατανομή των ουσιών σε 87 θετικά ευρήματα (οδηγοί).....	20
<b>Πίνακας 2.1:</b> Κατανάλωση αλκοόλης ανάλογα με την ηλικία, Γερμανία (1995,1997) .....	23
<b>Πίνακας 2.2:</b> Κατανάλωση αλκοόλης από νεαρά άτομα τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα, Ελλάδα 1998.....	24
<b>Πίνακας 2.3:</b> Περιεκτικότητα οινόπνευματος σε διάφορα οινόπνευματώδη ποτά.....	26
<b>Πίνακας 2.4:</b> Παραδείγματα αλληλεπιδράσεων φαρμάκων με αιθυλική αλκοόλη .....	40
<b>Πίνακας 3.1:</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Φύλο .....	42
<b>Πίνακας 3.2:</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά ηλικία .....	43
<b>Πίνακας 3.3:</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Τόπο Διαμονής .....	44
<b>Πίνακας 3.4:</b> Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων οδηγών .....	45
<b>Πίνακας 3.5:</b> Εμπλοκή του δείγματος των οδηγών ή μελών των οικογενειών τους σε αυτοκινητιστικό ατύχημα.....	46

<b>Πίνακας 3.6:</b>	Η αιτία (ευθύνη του/ της οδηγού) που προκάλεσε το ατύχημα σύμφωνα με τους ερωτηθέντες.....	47
<b>Πίνακας 3.7:</b>	Ενέργειες που ακολουθούνται από τους ερωτηθέντες οδηγούς σε περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλης.....	48
<b>Πίνακας 3.8:</b>	Έλεγχοι τροχαίας / Λόγοι για τους οποίους έλεγχοι της τροχαίας δεν αποτρέπουν την οδήγηση, μετά από κατανάλωση αλκοόλης.....	49
<b>Πίνακας 3.9:</b>	Επίπεδο γνώσεων των οδηγών σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα .....	50
<b>Πίνακας 3.10:</b>	Βαθμός επίδρασης φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης .....	50
<b>Πίνακας 3.11:</b>	Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει ακολουθήσει κάποια φαρμακευτική αγωγή .....	51
<b>Πίνακας 3.12:</b>	Ενημερωμένοι οδηγοί για τις επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθούν, στην ικανότητα οδήγησης.....	52
<b>Πίνακας 3.13:</b>	Πηγή ενημέρωσης των ερωτηθέντων οδηγών για τις επιπτώσεις των φαρμάκων που λαμβάνουν.....	52
<b>Πίνακας 3.14:</b>	Βαθμός επίδρασης της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοόλης και φαρμακευτικών ουσιών στην ικανότητα οδήγησης.....	53
<b>Πίνακας 3.15:</b>	Επίδραση αλκοόλης στη μείωση της ικανότητας οδήγησης.....	55
<b>Πίνακας 3.16:</b>	Παράγοντες που ενισχύουν την αρνητική δράση της αλκοόλης στην οδήγηση .....	55
<b>Πίνακας 3.17:</b>	Γνώση των γιατρών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα .....	56
<b>Πίνακας 3.18:</b>	Επιδράσεις φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης .....	57
<b>Πίνακας 3.19:</b>	Λόγοι αποφυγής της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων ή παράλληλων φαρμακευτικών αγωγών .....	57
<b>Πίνακας 3.20:</b>	Ενημέρωση, σχετικά με το επάγγελμα των ασθενών τους, των ερωτηθέντων γιατρών.....	58

<b>Πίνακας 3.21:</b> Χορήγηση ιατρικών σημειωμάτων απαλλαγής σε επαγγελματίες οδηγούς, λόγω φαρμακευτικής αγωγής .....	59
<b>Πίνακας 3.22:</b> Ανάγκη ολιγοήμερης αποχής από την οδήγηση κατά την άποψη του δείγματος των γιατρών .....	59
<b>Πίνακας 3.23:</b> Περιπτώσεις που προτείνεται ολιγοήμερη αποχή από την οδήγηση, κατά την άποψη του δείγματος των γιατρών .....	60
<b>Πίνακας 3.24:</b> Απαραίτητες συμβουλές προς ασθενείς όταν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες γιατρούς.....	61
<b>Πίνακας 3.25:</b> Βαθμός αντίληψης από τους οδηγούς των οδηγικών τους ικανοτήτων, κατά τη γνώμη του δείγματος των ερωτηθέντων γιατρών.....	61

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ.
<b>Διάγραμμα 3.1</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Φύλο .....	42
<b>Διάγραμμα 3.2</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά ηλικία .....	43
<b>Διάγραμμα 3.3</b> Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Τόπο Διαμονής .....	44
<b>Διάγραμμα 3.4</b> Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων οδηγών .....	45



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, του Τ. Ε. Ι. Καλαμάτας.

**Αντικείμενο** της εργασίας είναι η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, που προκαλούνται από οδηγούς που έχουν καταναλώσει αλκοόλη ή/και βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή.

**Αφορμή** αποτέλεσαν οι επανειλημμένες αναφορές στα μέσα μαζικής έρευνας αποτελεσμάτων ερευνών στατιστικών υπηρεσιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου η Ελλάδα φέρεται να κατέχει την πρώτη θέση, όσον αφορά τις απώλειες στα τροχαία, ανά αριθμό οχημάτων στην Ευρώπη και ότι η κατανάλωση ουσιών από τους Έλληνες οδηγούς είναι μια από τις βασικότερες αιτίες των ατυχημάτων αυτών. Στη χώρα μας τελευταία γίνεται πολύ λόγος για την αλκοόλη και τις επιπτώσεις της στην οδήγηση, ο οποίος όμως είναι επιγραμματικός, καθόλου επεξηγηματικός και όπως αποδεικνύεται από τις στατιστικές ελάχιστα πειστικός στους οδηγούς. Για τα φάρμακα όμως και τις επιπτώσεις τους στην οδήγηση, οι αναφορές είναι σπανιότατες αν και όχι ανύπαρκτες.

**Σκοπός** της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των οδηγών, για τους κινδύνους που διατρέχουν να προκαλέσουν τροχαίο ατύχημα, όταν κάνουν χρήση φαρμάκων ή έχουν καταναλώσει αλκοόλη.

**Η μεθοδολογία** που ακολουθήσαμε ήταν αρχικά να προετοιμάσουμε την έρευνα για τη διερεύνηση της ενημέρωσης των οδηγών αλλά και των γιατρών που χορηγούν φαρμακευτική αγωγή σε οδηγούς, με ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας περί των επιπτώσεων της αλκοόλης και των φαρμάκων στην οδήγηση. Ακολούθως η έρευνα πραγματοποιήθηκε με δύο ερωτηματολόγια κλειστού τύπου. Το πρώτο απαντήθηκε από πολίτες που είναι οδηγοί και το δεύτερο από γιατρούς. Η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων έγινε με το λογισμικό στατιστικό πακέτο SPSS/PC.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με δυσκολία, καθώς αντιμετωπίσαμε σχετική αδιαφορία από πλευράς πολλών ερωτηθέντων να συμμετέχουν σε μια έρευνα, που είχε αντικείμενο τα τροχαία ατυχήματα. Προφανώς μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχει «βάλει» στη ζωή του τα τροχαία ατυχήματα, δεν αναμένει κάποια αλλαγή από εφαρμογή συλλογικών πολιτικών και επομένως δύσκολα κινητοποιείται να συμμετέχει σε ενέργειες που θα βοηθούσαν σε αλλαγή πολιτικών στην πρόληψη ατυχημάτων. Γι' αυτό έπρεπε να επιμείνουμε, πετύχαμε προσωπικές συναντήσεις και συνεντεύξεις με την πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος και με περίσσια πειθώ κινητοποιήσαμε τους επιλεγέντες να συμμετάσχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια που τους απευθύνουμε.

Η εργασία είναι δομημένη σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, επικαλούμενοι διεθνείς μετρήσεις και πορίσματα ερευνών αναδεικνύουμε το μέγεθος του προβλήματος των τροχαίων ατυχημάτων, που προκαλούνται από την κατανάλωση και τη χρήση φαρμάκων. Στο δεύτερο κεφάλαιο και προκειμένου να προετοιμάσουμε τη έρευνά μας για το βαθμό ενημέρωσης των Ελλήνων οδηγών, σχετικά με τις επιπτώσεις από την κατανάλωση και τη χρήση φαρμάκων στην ικανότητα του οδηγού στην οδήγηση, παρουσιάζουμε πορίσματα επιστημονικών μελετών που σχετίζονται με τις επιπτώσεις αυτές. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται η ταυτότητα και τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και διατυπώνονται προτάσεις πολιτικής.

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, για την πολύτιμη βοήθεια και συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στους ανθρώπους που απάντησαν στα ερωτηματολόγια και έτσι συνέβαλαν στη διεκπεραίωση της έρευνας για την ενημέρωση των πολιτών, σχετικά με την επίδραση της χρήσης ουσιών στην οδήγηση.
- Στον κο Λ. Παρασκευόπουλο, επίκουρο καθηγητή του Τ. Ε. Ι. Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος της εργασίας μου.
- Στην οικογένειά μου και όλους όσους βοήθησαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

## ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ: ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

#### 1.1 Η εξήγηση των ατυχημάτων από την οικονομική επιστήμη

Η οικονομική επιστήμη εξηγεί την αμέλεια που παρατηρείται ότι επιδεικνύουν άτομα στις καθημερινές τους δραστηριότητες και η οποία μπορεί να προκαλέσει ατύχημα, ως αποτέλεσμα της μη άμεσης αναγνώρισης του κόστους των παραλήψεων ή ασυμβίβαστων με την ασφάλεια ενεργειών τους. Οι ενέργειες των ατόμων που προκαλούν επιβαρύνσεις (ή οφέλη) σε άλλους, καλούνται από τους οικονομολόγους εξωτερικότητες ή εξωτερικές οικονομίες<sup>1</sup>.

Η επιβολή ρυθμίσεων των συμπεριφορών των πολιτών από την οργανωμένη κοινωνία, με την επιβολή ποινών για επίδειξη αμέλειας ή για ενσυνείδητες ενέργειες που απειλούν την ασφάλεια ανθρώπων ή περιουσιών, περιορίζει τις ελευθερίες των ατόμων, αλλά με την αναγνώριση του κόστους των παραλείψεων ή ενεργειών τους, τα άτομα αναμένεται να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους και έτσι να μειωθούν τα ατυχήματα που προκαλούν. Μέσω των επιβαλλόμενων ποινών «εσωτερικεύεται» το κόστος, το οποίο κινητοποιεί τα άτομα να ενεργούν ασφαλέστερα. Ο βαθμός επιτυχίας της προσαρμογής των ατόμων σε ασφαλέστερες συμπεριφορές, είναι ανάλογος με την πιθανότητα που τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι υπάρχει να συλληφθούν και να τιμωρηθούν για τις αντισυμβατικές τους συμπεριφορές. Για παράδειγμα, επειδή η πιθανότητα να συλληφθεί κάποιος και να τιμωρηθεί για στάθμευση οχήματος σε σημείο συνάντησης δύο οδών (γωνία) είναι μικρή και συχνά μηδενική, αφού υπάρχει μεγάλη ανοχή των οργάνων αστυνόμευσης, λόγω έλλειψης χώρων στάθμευσης αυτοκίνητων στις μεγάλες πόλεις, είναι μόνιμο φαινόμενο η κατάληψη από οχήματα τέτοιων σημείων στις πόλεις, με αποτέλεσμα τη μείωση της ορατότητας

<sup>1</sup> Παρασκευόπουλος, Λ., (2004), «Κανονιστική ανάλυση δημοσίων προγραμμάτων», Διδακτικές Σημειώσεις για το μάθημα Δημόσια Οικονομική Ι, Τμήμα Δ.Μ.Υ.Π. ΤΕΙ Καλαμάτας, σελ. 14-18 κεφ. 2

από τους οδηγούς των διερχόμενων οχημάτων και την πρόκληση συχνά ατυχημάτων εξαιτίας της.

Από τον ημερήσιο και περιοδικό τύπο σταχυολογήσαμε εκφράσεις, με τις οποίες αρθρογράφοι προσπαθούν να περιγράψουν συμπεριφορές από οδηγούς και να τις εξηγήσουν με το δικό τους τρόπο. Οι επινοήσεις τους είναι τουλάχιστον λογοτεχνικά ενδιαφέρουσες: «αντίληψη εφαρμογής του ΚΟΚ μόνο από εξωγήινους», «ειδική αχρωματοψία για φωτεινούς σηματοδότες», «ακλόνητη πίστη κατοχής ειδικών ικανοτήτων (π.χ. αύξηση δυνατοτήτων οδήγησης με αιθυλική αλκοόλη)», «πίστη κατοχής μιας γενετικής προτεραιότητας», «ψευδαίσθηση ανυπαρξίας των άλλων», «ιδιαίτερη τάση εισόδου στο αντίθετο ρεύμα κυκλοφορίας», «εμετική απέχθεια σε κανόνες προσπεράσματος», «μόνιμη χρήση πεζοδρομίων σαν διευκολυντικών λωρίδων», «θεώρηση των πεζών σαν βλαπτικό είδος περιβάλλοντος υπό καταδίωξη», «παθολογική εξάρτηση από μία τουλάχιστον εβδομαδιαία εξαγγελία αυστηρών μέτρων», «απέχθεια σε κάθε αποτελεσματική ενέργεια πρόληψης», «ανικανότητα διαρκούς προσπάθειας και υλοποίησης», «αστείουτε παραγωγή δικαιολογιών αναποτελεσματικότητας», «κατάργηση κάθε προγράμματος προκατόχων υπουργών», «έντονη αγάπη για χρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης», «χρήση και όχι λύση του προβλήματος».

Όλα τα προαναφερθέντα έχουν αναφερθεί κυρίως για τροχαία ατυχήματα, αλλά κάποια αφορούν και σε άλλα είδη ατυχημάτων (εργατικά, θαλάσσια, πυρκαγιές, οικιακά, σχολικά κλπ.).

## **1.2 Το κόστος των τροχαίων ατυχημάτων**

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα, μαζί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η οικονομική επιβάρυνση των κοινωνιών από τις απώλειες σε επιδόματα και συντάξεις, είναι μεγάλη.

Τα τροχαία ατυχήματα, όπως και κάθε άλλης μορφής ατυχήματα, έχουν κόστος, που μπορεί να διακριθεί στις παρακάτω κατηγορίες:

- α) Ανθρώπινο κόστος
- β) Οικονομικό κόστος, το οποίο, με τη σειρά του, διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο
- γ) Κόστος κοινωνικής προστασίας
- δ) Κοινωνικό κόστος

#### α) Το ανθρώπινο κόστος

Με την εξάπλωση των οχημάτων στις πόλεις, τα τροχαία ατυχήματα επέφεραν σημαντικές επιδράσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Επηρεάζεται αρνητικά το επίπεδο νοσηρότητας, δηλαδή ο αριθμός των τραυματιών προς το συνολικό πληθυσμό και το επίπεδο θνησιμότητας, δηλαδή ο αριθμός των θανάτων. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ένας τραυματίας τροχαίου ατυχήματος δεν είναι πάντα σίγουρο ότι θα επανέλθει στην κοινωνία τελείως υγιής ή αρτιμελής.

#### β) Το οικονομικό κόστος

##### *Άμεσο κόστος*

Ως άμεσο κόστος μπορούν να θεωρηθούν οι δαπάνες του κράτους και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (δημόσιο ή ιδιωτικό) για τη σωματική ή ψυχική αποκατάσταση ενός τραυματία, τα πιθανά έξοδα από την πλευρά του θύματος και η αποζημίωση αυτού.

##### *Έμμεσο κόστος*

Έμμεσο κόστος μπορεί να θεωρηθεί η απουσία του τραυματία από την εργασία του και μετράται από το κόστος αντικατάστασής του από άλλον. Έμμεσο κόστος μπορεί να θεωρηθεί και το κόστος αποκατάστασης υλικών ζημιών του οχήματος, είτε το αναλαμβάνουν οι εταιρείες ασφάλισης είτε οι ίδιοι οι εμπλεκόμενοι στο τροχαίο ατύχημα.

### γ) Το κόστος κοινωνικής προστασίας

Το κόστος κοινωνικής προστασίας περιλαμβάνεται στο άμεσο οικονομικό κόστος και αποτελείται από:

- Επιδότηση τραυματιών
- Έξοδα νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης
- Έξοδα φαρμακευτικής αγωγής, ορθοπεδικών εργαλείων κ.ά.
- Έξοδα για αποκατάσταση – φυσιοθεραπεία
- Έξοδα επείγουσας ιατρικής
- Δαπάνες για προσωρινή σύνταξη ή επίδομα

### δ) Το κοινωνικό κόστος

Στο κοινωνικό κόστος περιλαμβάνεται το ανθρώπινο κόστος, δηλαδή η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή στην «καλύτερη» περίπτωση προβλήματα υγείας, πιθανή αναπηρία, απώλεια εισοδήματος, ψυχολογικά προβλήματα, ρήξη οικογενειακών και φιλικών σχέσεων κ.ά. Παράλληλα, δημιουργούνται σημαντικά προβλήματα από τη μη προσφορά παραγωγικού έργου προς το κοινωνικό σύνολο.

## 1.3 Τροχαία ατυχήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλης

Η κατανάλωση οινοπνεύματος αναφέρεται<sup>2</sup> ως σημαντικός παράγοντας στην πρόκληση οδικών ατυχημάτων. Επίσης, θεωρείται υπεύθυνο και για πολλά άλλα «ατυχήματα». Στη Γαλλία, σύμφωνα με στατιστικές<sup>3</sup>, το οινόπνευμα θεωρείται υπεύθυνο για:

- το 15% των ατυχημάτων κατά την εργασία
- το 60% των φόνων
- το 65% των βιασμών
- το 45% των εμπρησμών

<sup>2</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 11

<sup>3</sup> Parsons, T., (1951), <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 28

Στην ίδια χώρα οι καταδίκες για ανάρμοστη συμπεριφορά εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλης διπλασιάζονται ανά δεκαετία: Το 1960 ήταν 10.491, το 1970 20.780, το 1980 40.919 και το 1987 74.659.

Τα ποσοστά θανάτων που οφείλονται στον αλκοολισμό σε χώρες της Ευρώπης, ανά 100.000 κατοίκους είναι:

- 34,2% στη Γαλλία
- 22,9% στην Ιταλία
- 22,5% στην πρώην Δ. Γερμανία
- 4,0% στη Νορβηγία
- 3,4% στη Φιλανδία
- 2,9% στην Αγγλία.

Στη Γαλλία, μεταξύ του 1970 και του 1988, η κατανάλωση αλκοόλης από τον ενήλικο πληθυσμό μειώθηκε κατά 24%. Την ίδια περίοδο οι θάνατοι από κίρρωση του ήπατος μειώθηκαν κατά 42%, ενώ οι θάνατοι που οφείλονται στον αλκοολισμό μειώθηκαν κατά 27%<sup>4</sup>. Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλης είναι αιτία πολλών κοινωνικών προβλημάτων. Είναι αιτία κακών σχέσεων, επιθετικής συμπεριφοράς και κακοποίησης στην οικογένεια, μειώνει την παραγωγική ικανότητα των ατόμων, αυξάνει τη συχνότητα απουσιών από την εργασία και έχει σχέση με την κατανάλωση παράνομων εθιστικών ουσιών<sup>5</sup>. Όλα αυτά δείχνουν το μέγεθος του προβλήματος και τις επιπτώσεις από την τακτική υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος από τον πληθυσμό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει τη συναίνεση όλων των κρατών που είναι μέλη του για μια συστηματική προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά 25%, μεταξύ του έτους 1980 και 2000. Σε πολλά κράτη έχει ήδη ξεκινήσει έντονη προσπάθεια. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει την προσπάθεια για τη μείωση της κατανάλωσης

<sup>4</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 18-19

<sup>5</sup> The Health Policy for Europe, (1992), <<Targets for Health for All>>, World Health Organization, Copenhagen, p. 13-14

οινοπνεύματος και έχει προχωρήσει στη λήψη αποφάσεων για αλλαγές στην πολιτική της διακίνησης της αλκοόλης από τα κράτη - μέλη<sup>6</sup>.

Το ατύχημα γενικά αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου στον κόσμο και στην Ελλάδα την πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 1-40 χρόνων. Ένα μεγάλο μέρος των ατυχημάτων είναι οδικά<sup>7</sup>. Στην Ελλάδα το 1988, από το σύνολο των θανάτων με αιτία ατύχημα, το 42% των θανάτων οφείλονταν σε οδικά ατυχήματα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις στη Γαλλία, σχεδόν το 1 στα 2 θανατηφόρα ατυχήματα οφείλονται στο οινόπνευμα, ενώ στην Αγγλία η αντίστοιχη αναλογία είναι περίπου 1 στα 3 οδικά ατυχήματα<sup>8</sup>. Στη Γαλλία το 1986, καταγράφηκαν 4.000 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα, που οφείλονταν σε κατανάλωση οινοπνεύματος από τους οδηγούς<sup>9</sup>. Στην πρώην Ομοσπονδιακή Γερμανία πάνω από 1.200 θάνατοι το χρόνο οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, που συμβαίνουν μετά από κατανάλωση οινοπνεύματος<sup>10</sup>. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κατανάλωση οινοπνεύματος από οδηγούς ευθύνεται για το θάνατο 22.000 περίπου ατόμων. Πάνω από το 22% του συνόλου των νεκρών σε τροχαία και 560.000 των τραυματιών ετησίως, έχουν αιτία την κατανάλωση οινοπνεύματος. Εκτιμήσεις που βασίζονται σε πληροφορίες από διάφορα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνουν ότι το 8-10% των θανάτων που συμβαίνουν στις ηλικίες 16-74 χρόνων και το 6-20% των επειγόντων περιστατικών που εισάγονται στο νοσοκομείο, έχει σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών<sup>11</sup>.

Το κόστος από τις δαπάνες που προκύπτουν από τα οδικά ατυχήματα με αιτία το οινόπνευμα, υπερβαίνει το ποσό των 1.6 δισ. ευρώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση<sup>12</sup>. Μόνο στη Γαλλία το ετήσιο κοινωνικό κόστος από ατυχήματα που έχουν αιτία την

<sup>6</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 20-21

<sup>7</sup> Anderson, R., (1984), <<An Overview in European Monographs in Health Education>>, Health Promotion, Research 6, Scottish Health Education Group, Edinburgh, p. 17

<sup>8</sup> Parsons, T., (1951), <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 40

<sup>9</sup> Dubos, R., (1961), <<Mirage of Health>>, Anchor Garden City, N.Y. p. 32

<sup>10</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή της Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 24

<sup>11</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή της Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 28

<sup>12</sup> Parsons, T., (1951), <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 42



αλκοόλη ανέρχεται στο ποσό των 500 εκ. έως 2,5 δισ. γαλλικών φράγκων<sup>13</sup>. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το οικονομικό κόστος από την κατανάλωση οινοπνεύματος στα κράτη που είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεταξύ 2-3% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος<sup>14</sup>.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να δείχνουν τη σχέση των οδικών ατυχημάτων με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα υπάρχοντα στοιχεία που αναφέρονται στο συγκεκριμένο θέμα υποτιμούν την έκταση του προβλήματος. Έμμεσα στοιχεία είναι περισσότερο αξιόπιστα. Το 1987 έγιναν έλεγχοι (αλκοτέστ) σε διάφορα μέρη της Ελλάδας (εκτός Αττικής) σε 2.911 οδηγούς, για τη διερεύνηση τυχόν υπάρχουσας ποσότητας αλκοόλης στο αίμα. Διαπιστώθηκε ότι το 18% των οδηγών οδηγούσε με υψηλή ποσότητα αλκοόλης στο αίμα. Σε ανάλογη διερεύνηση που έγινε το 1988 στην περιοχή της Αττικής σε 668 οδηγούς, βρέθηκε ότι το 37%, δηλαδή πάνω από 1 στους 3 οδηγούς, οδηγούσε με μεγάλη ποσότητα αλκοόλης στο αίμα. Παρόμοιο αποτέλεσμα βρέθηκε και το 1990 σε 207 ελέγχους, όπου διαπιστώθηκε ότι ο ένας στους πέντε οδηγούς (20%) είχε στο αίμα του αλκοόλη σε ποσοστό υψηλότερο από το επιτρεπόμενο όριο<sup>15</sup>.

**Πίνακας 1.1:** Στοιχεία ελέγχων με αλκοτέστ από τη Δ/ση Τροχαίας Αττικής (1999)

Έλεγχοι με αλκοτέστ 1996-99					
Έτη	Συνεργεία ελέγχων	Άτομα που ελέγχθηκαν	Με ένδειξη άνω του 0,5gr/lt		Οδηγήθηκαν στο Αυτόφωρο
1996	1.599	30.148	3.621	12%	-
1997	2.137	45.022	4.944	11%	444
1998	3.146	82.502	6.492	7,8%	980
1999*	2.617	72.258	4.871	6,7%	723

\* Το δεκάμηνο Ιανουάριος – Οκτώβριος

**ΠΗΓΗ:** Δ/ση Τροχαίας Αττικής(1999)

<sup>13</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή της Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 30

<sup>14</sup> Parsons, T., (1951), <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 48

<sup>15</sup> Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 27-28

### 1.3.1 Κατανάλωση οινοπνεύματος από νεαρά άτομα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία από έρευνα που έγινε το 1984, φαίνεται ότι περίπου το 90% των μαθητών, ηλικίας 12-17 χρόνων, «έχει πει». Στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι το 70% των μαθητών καταναλώνει αλκοολούχα ποτά (πίνει) κατά μέσο όρο 1-2 φορές την εβδομάδα, το 9,5% πίνει 4 φορές την εβδομάδα, ενώ το 5,9% πίνει καθημερινά<sup>16</sup>. Στη Σκοτία, πρόσφατη έρευνα έδειξε, ότι το 68% των μαθητών και το 54% των μαθητριών ηλικίας 13 χρόνων, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά. Ας σημειωθεί ότι στη Σκοτία απαγορεύεται η αγορά και δημόσια κατανάλωση οινοπνεύματος σε άτομα κάτω των 16 ετών<sup>17</sup>. Στοιχεία σε πολλές χώρες της Ευρώπης δείχνουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος στους νέους αυξάνεται. Στην Ελλάδα όλα τα στοιχεία από μικρότερες και μεγαλύτερες έρευνες δείχνουν ότι το οινόπνευμα τείνει να καταναλώνεται από άτομα όλο και νεαρότερης ηλικίας και σε μεγαλύτερη ποσότητα. Τα ποτά που προτιμούνται είναι πρώτα η μπίρα και μετά τα ποτά με υψηλό βαθμό αλκοόλης (βότκα, ουίσκι, κ.λπ)<sup>18</sup>.

### 1.3.2 Οδικά θανατηφόρα ατυχήματα στις νεαρές ηλικίες

Το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα στις ηλικίες 15-24 χρόνων είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Ελλάδα<sup>19</sup>. Το 1982, το 64% των θανάτων στις ηλικίες 15-24 χρόνων οφείλονταν σε τροχαίο ατύχημα. Το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 1986 ήταν 49% και για το 1989 ήταν 52%. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να συνδέουν το ατύχημα με το επίπεδο αλκοολαιμίας. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>20</sup> το 50% των θανάτων νέων 15-24 χρόνων, οφείλεται σε ατυχήματα.

<sup>16</sup> Parsons, T., (1951), <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 48-49

<sup>17</sup> Antonovsky, A., (1981), <<Health Stress and Coping>>, Jossey Bass, N.Y., p. 15

<sup>18</sup> The Health Policy for Europe, (1992), <<Targets for Health for All>>, World Health Organization, Copenhagen, p. 20-21

<sup>19</sup> Anderson, R., (1984), <<An Overview in European Monographs in Health Education>>, Health Promotion, Research 6, Scottish Health Education Group, Edinburgh, p. 26

<sup>20</sup> The Health Policy for Europe, (1992), <<Targets for Health for All>>, World Health Organization, Copenhagen, p. 17

## 1.4 Φάρμακα και οδήγηση

Σε μεγάλο ποσοστό η χρήση φαρμάκων προκαλεί παρενέργειες, τις οποίες συνήθως τα άτομα παραβλέπουν, ενώ έχουν άμεση επίδραση στην οδηγική τους ικανότητα και μπορεί να αποτελέσουν αιτία για επικίνδυνες καταστάσεις. Η διαπίστωση ότι το 25% των ατυχημάτων στη Γερμανία μπορεί να προέρχεται από τη μείωση ικανότητας οδήγησης, που προκαλούν τα φάρμακα που έχει πάρει ο οδηγός, είναι εντυπωσιακή. Θα ήταν απίστευτη, αλλά προέρχεται από αξιόπιστη πηγή, όπως είναι η Γερμανική Λέσχη Αυτοκινήτου (ADAC 1999), που συνεργάστηκε για μια μεγάλη μελέτη<sup>21</sup> με το Ιατροδικαστικό Ινστιτούτο του Πανεπιστημίου του Μονάχου. Όπου και όποτε μελετήθηκε η ύπαρξη φαρμάκων στο αίμα των οδηγών, τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά. Σε παλαιότερη μελέτη του ο Moller<sup>22</sup> έδειξε ότι σε λήψεις που είχαν στόχο τη μέτρηση αλκοόλης στο αίμα οδηγών, βρέθηκαν σε μεγάλο ποσοστό και φαρμακευτικές ουσίες, που και μόνες τους μειώνουν την ικανότητα οδήγησης.

**Πίνακας 1.2:** Φάρμακα στο αίμα οδηγών σε έρευνα που έγινε από λήψεις που είχαν σκοπό τον καθορισμό αιθυλικής αλκοόλης (από 4.000 λήψεις εξετάστηκε τυχαίο δείγμα)

Φάρμακο	Αριθμός εξετάσεων	Θετικές εξετάσεις
Βαρβιτουρικά	535	39 (7,3%)
Βενζοδιαζεπίνες	533	28 (5,2%)
Βουτυροφαινόνες	494	12 (2,4%)
Αλκαλ. Οπίου	535	4 (0,7%)
Μεθακουαλόνη	252	2 (0,8%)
Αμφεταμίνες	535	1 (0,2%)
Διγιοξίνη	204	0 (0,0%)
Διγοξίνη	295	3 (1,0%)
Φαινυτοΐνη	130	0 (0,0%)

ΠΗΓΗ: Έρευνα Moller (1979)

<sup>21</sup> ADAC, Motorwelt, (1996), <<Mit Pillen auf der Spur>>, ADAC Verlag, Muenchen, p. 13

<sup>22</sup> Moeller, MR. et al, (1979), <<Nachweis von Medikamenten bei verkerauffaelligen Verkehrsteilnehmern>>, Jahrestagung Dtsch.Ges.f.Verkehrsmed, Koelen, p. 24

Σε οδηγούς που προκάλεσαν ατύχημα και το αλκοτέστ ήταν **αρνητικό**, υπήρχαν φάρμακα στο αίμα (που μειώνουν την ικανότητα οδήγησης) κατά 90% (78% βενζοδιαζεπίνες, 19% αναλγητικά και 8% οπιοειδή).

**Πίνακας 1.3:** Έρευνα σε περισσότερους από 400 οδηγούς που προκάλεσαν ατύχημα ή η συμπεριφορά τους διέφερε από την “κανονική”. Σε αυτούς τους οδηγούς είχε αποκλειστεί η λήψη αλκοόλης

Έτος	Με / χωρίς ατύχημα		Ανίχνευση φαρμάκου		Βενζοδιαζεπίνες	Αναλγητικά	Οπιοειδή
	+	-	+	-			
1973	38	14	48	4	29	4 (16*)	-
1974	35	16	44	7	28	9 (26*)	-
1975	44	23	62	5	45	11 (52*)	-
1976	52	23	65	10	41	21 (40*)	7 (9%)
1977	39	38	68	9	48	17 (41*)	9 (12%)
1978	58	25	76	7	54	16 (43*)	18 (22%)
	266	139	363	(90%)	245 (60%)	78 (218*)	34 (8%)

\*Σύνθετα ιδιοσκευάσματα αναλγητικών

**ΠΗΓΗ:** Έρευνα Moller (1979)

Ο πίνακας 4 εμφανίζει τις απαντήσεις των οδηγών με τυχαία επιλογή. Γενικά, το 26,7% αναφέρει λήψη φαρμάκων που θα μπορούσαν να μειώσουν την ικανότητα οδήγησης. Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να έχει δύο αιτίες:

- α) Οι γιατροί δεν πληροφορούν τους ασθενείς τους για την επικινδυνότητα των φαρμάκων που συνταγογραφούν (έλλειψη γνώσεων; έλλειψη χρόνου;)
- β) Οι ασθενείς δεν υπολογίζουν σοβαρά τις προειδοποιήσεις των γιατρών

Το πιθανότερο είναι ότι συνυπάρχουν οι δύο αιτίες.

**Πίνακας 1.4:** Θετικές απαντήσεις 2.327 οδηγών για το εάν έχουν πάρει φάρμακα πριν από την οδήγηση

Αναλγητικά	Ψυχοφάρμακα	Ηρεμιστικά και υπνωτικά	Καρδιαγγειακά	Διάφορα	Ασαφής απάντηση
247	68	44	34	194	36
(39,6%)	(10,9%)	(7,1%)	(5,5%)	(31,1%)	(5,8%)
Συνολικά απάντησαν θετικά 623 οδηγοί (26,7%)					

ΠΗΓΗ: Έρευνα Moller (1979)

Το οινόπνευμα μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνο αν ληφθεί κατά το διάστημα που το άτομο παίρνει φάρμακα<sup>23</sup>. Ο συνδυασμός οινοπνεύματος με ορισμένα είδη φαρμάκων μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος για τον οργανισμό και ακόμα πιο επικίνδυνος στην οδήγηση.

**Πίνακας 1.5:** Κατανομή των ουσιών σε 87 θετικά ευρήματα (οδηγοί)

Ουσίες (λήψη αίματος)	Αριθμός οδηγών	%
Αλκοόλ + φάρμακα	22	25,2
Ναρκωτικά	9	10,3
Ναρκωτικά + φάρμακα	7	8,0
Φάρμακα	7	8,0
Αλκοόλ + ναρκωτικά	38	43,6

ΠΗΓΗ: Έρευνα Moller (1994)

Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι γίνεται μεγάλη χρήση φαρμάκων ταυτόχρονα με αλκοόλη και ναρκωτικά. Η επικινδυνότητα αυτών των οδηγών είναι μεγάλη.

<sup>23</sup> Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (2001), <<Φάρμακα και Οδήγηση>>, Έκδοση ΤΥΠΑΤΕ, Αθήνα, σελ 11

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ

#### 2.1 Οινόπνευμα και ικανότητα οδήγησης

Η διαμόρφωση των ερωτηματολογίων προς τους οδηγούς, για να διαπιστωθεί ο βαθμός της ενημέρωσής τους περί την επίδραση της αλκοόλης στην ικανότητα οδήγησης των ατόμων, προϋποθέτει την τεκμηρίωση της σχέσης αυτής. Στο παρόν τμήμα της εργασίας παρουσιάζονται σχετικά επιστημονικά δεδομένα.

##### 2.1.1 Το μέγεθος του προβλήματος από την κακή χρήση της αιθυλικής αλκοόλης

Τα προβλήματα (ατομικά, οικογενειακά και κοινωνικά) που δημιουργεί η κακή και ανεξέλεγκτη χρήση αλκοολούχων ποτών είναι μεγάλα, σοβαρά και παγκόσμια και δεν φαίνεται να μειώνονται. Τα προβλήματα αυτά είναι μέσα στα κυριότερα προβλήματα υγείας σε όλο τον κόσμο. Από κράτη που διαθέτουν αξιόπιστες στατιστικές μαθαίνουμε ότι στη Γερμανία υπάρχουν περίπου 2,2 εκατομμύρια αλκοολικοί (ενώ οι διαθέσιμες θέσεις θεραπείας μόνο 3.500 περίπου). Η συμμετοχή των γυναικών συνεχώς αυξάνεται (το 1986 ήταν 8%, ενώ το 1990 ήταν 35%). Το 65% των αλκοολικών γυναικών ζουν μόνες. Στην Πολωνία έχουν καταγραφεί περίπου 500.000 νεαροί πότες. Να σημειωθεί, για σύγκριση, ότι στη Γερμανία, οι εξαρτώμενοι από κλασσικά ναρκωτικά υπολογίζονται σε 80.000 και οι εξαρτώμενοι από ψυχοτρόπα φάρμακα περίπου 450.000-800.000 άτομα<sup>24</sup>. Μεταξύ έναρξης και εξάρτησης<sup>25</sup>, ο χρόνος για την ηλικία των 25 ετών είναι

<sup>24</sup> Τα κράτη της Ε.Ε. (με εξαίρεση τη χώρα μας, της οποίας το κράτος γνωρίζει όλα με ακρίβεια, διότι ποτέ δεν τα έχει ελέγξει), είναι πολύ προσεκτικά, με εύρος 80.000-100.000 ατόμων. Σε παλαιότερη μελέτη του Εργαστηρίου Φαρμακολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, δεν ήταν δυνατόν να αναφερθεί από κανένα φορέα που ανέφερε αριθμούς εξαρτημένων, η προέλευσή τους, δηλαδή τα στοιχεία με τα οποία έγινε η εκτίμηση

<sup>25</sup> Ο καλύτερος αντικειμενικός ορισμός της εξάρτησης είναι ο φαρμακολογικός που ορίζεται από την εμφάνιση συνδρόμου στέρησης μετά την απότομη διακοπή της ουσίας και την αναστολή του συνδρόμου εάν ληφθεί εκ νέου η ίδια παρεμφερής ουσία. Για τον αλκοολισμό αυτό ισχύει, διότι δημιουργεί έντονο σύνδρομο στέρησης (σωματικό και ψυχικό). Ουσιαστικότερος ορισμός είναι αυτός που παραθέτει τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης (συνεχή και έντονη αναζήτηση της ουσίας, τμήμα απόκτησης δεν παίζει ρόλο, η ουσία σαν μόνος στόχος ζωής, εμφάνιση

περίπου 12 χρόνια, για την ηλικία των 20 ετών περίπου 5 χρόνια και για την ηλικία των 15 ετών αρκούν μόνο 6 μήνες. Ο χρόνος έναρξης μέχρι την εισαγωγή σε ειδικό νοσοκομείο υπολογίζεται<sup>26</sup> για γυναίκες 6-13 χρόνια και για άνδρες 10-15 χρόνια.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την εξάρτηση (αλκοολισμό) αλλά και την κακή χρήση είναι:

- Προβλήματα υγείας (σοβαρότατες βλάβες σε όλα τα όργανα του σώματος)
- Προβλήματα οικογενειακά (30%, το λιγότερο, αιτία διαζυγίων)
- Κοινωνικά (ατυχήματα, εμπλοκή με το νόμο, εργασιακά προβλήματα).

Σε γερμανική στατιστική υπηρεσία (1997), από 360.746 εισαγωγές σε ειδικά νοσοκομεία, με αιτία την εξάρτηση, η κατανομή των επίσημων διαγνώσεων σαν αιτία εισόδου έδειξε ότι οι 279.012 εισήχθησαν λόγω προβλημάτων αλκοόλης (ψυχώσεις, εξάρτηση, αλκοολική κύρωση ήπατος και δηλητηρίαση). Διαφεύγει συχνά η συμμετοχή της κακής χρήσης αλκοόλης στον αριθμό θανάτων στο γενικό πληθυσμό. Στην Αγγλία – Ουαλία αυτή η συμμετοχή αφορούσε<sup>27</sup>:

- το 4% των θανάτων ανδρών (Α) και 6% γυναικών (Γ) με κακοήθεις όγκους
- το 12% (Α) και 2% (Γ) σε παθήσεις αγγείων εγκεφάλου
- το 11% (Α) και 2% (Γ) στο αναπνευστικό σύστημα
- το 12% (Α) και 3% (Γ) στο γαστρεντερικό σύστημα
- το 80% (Α /Γ) σε χρόνιες ηπατικές παθήσεις
- το 40% (Α /Γ) σε δηλητηριάσεις.

### 2.1.2 Κατανάλωση και ηλικίες

Πρέπει να αναφερθεί ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν επιτρέπεται η χορήγηση ή πώληση αλκοολούχων ποτών σε άτομα κάτω των 17 ετών (Ελλάδα) ή κάτω των 18 ετών (μερικά άλλα κράτη). Στην Ελλάδα φαίνεται ότι δεν εφαρμόζεται η σχετική νομοθεσία. Σε καταστήματα που προσφέρονται αλκοολούχα ποτά (ντίσκο, μπαρ

---

συνδρόμου στέρησης), δημιουργία ανοχής (συνεχώς μεγαλύτερη δόση για το ίδιο αποτέλεσμα, όχι για όλες τις ουσίες), διάλυση προσωπικής ζωής- προοπτικής- επαγγελματικής ζωής- οικογένειας. Με λίγα λόγια εξάρτηση είναι απώλεια ελέγχου της ουσίας, η απώλεια επιλογών (απώλεια ελευθερίας)

<sup>26</sup> Ο χρόνος αυτός είναι αδρά ενδεικτικός. Εάν συμπέσουν παράγοντες (π.χ. δυσκολίες ζωής) ο χρόνος αυτός μειώνεται σημαντικά

<sup>27</sup> WHO, (1991), <<Wege zur Bewaeltigung von Alkoholproblem>>, Geneve, p. 30

κλπ) συναντάς συχνά παιδιά 14 και 15 ετών (αν όχι μικρότερα) να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά και να οδηγούν κατά την αποχώρησή τους δίκυκλα, κυρίως, οχήματα. Τουλάχιστον 2 φορές κατά τα τρία τελευταία χρόνια\*, εισαγγελείς σε διάφορες περιοχές της χώρας έχουν με ανακοινώσεις τους παροτρύνει τα αστυνομικά όργανα να ελέγχουν για παραβάσεις των σχετικών διατάξεων από τους υπευθύνους καταστημάτων, που προσφέρουν αλκοολούχα ποτά σε άτομα νεαρής ηλικίας.

\* αναφέρθηκε στα μέσα μαζικής ενημέρωσης

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι, σε χρόνια βάση, η καθημερινή κατανάλωση που μπορεί να γίνει ανεκτή από τον άνδρα χωρίς βλάβες είναι 40 γραμμάρια αλκοόλης (περίπου 400ml κρασιού) και για τις γυναίκες 20 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης (200 ml κρασιού = 1 ποτήρι του κρασιού)<sup>28</sup>. Αυτά τα όρια είναι εντελώς αδρά και προσανατολιστικά και διαρκώς μειώνονται, εξαρτώνται δε σημαντικά από πολλούς ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες.

**Πίνακας 2.1:** Κατανάλωση αλκοόλης ανάλογα με την ηλικία, Γερμανία (1995, 1997)

<b>ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ</b>				
	<b>Α Ν Δ Ρ Ε Σ</b>		<b>Γ Υ Ν Α Ι Κ Ε Σ</b>	
<b>ΗΛΙΚΙΕΣ</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>
18 – 24 ετών	14,1%	13,3%	15,5%	16%
25 – 29 >>	8,2%	7,4%	11,1%	14,7%
30 – 39 >>	5,4%	8,5%	8,4%	10,8%
40 – 59 >>	7,3%	7,6%	12,9%	13,4%
<b>Σημαντική κατανάλωση (Α άνω των 40 γραμ. και Γ άνω των 20 γραμ. καθαρής αλκοόλης / ημέρα)</b>				
	<b>Α Ν Δ Ρ Ε Σ</b>		<b>Γ Υ Ν Α Ι Κ Ε Σ</b>	
<b>ΗΛΙΚΙΕΣ</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>
18 – 24 ετών	15,9%	10,1%	6,6%	5,6%
25 – 29 >>	17,4%	12,3%	10,3%	5,8%
30 – 39 >>	18,4%	13,3%	10,4%	8%
40 – 59 >>	18,4%	18,8%	11,1%	10%

**ΠΗΓΗ:** Έρευνα Jahrbuch Sucht (2000)

<sup>28</sup> Jahrbuch, Sucht., (2000), <<Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.>>, NEULAND, Geesthacht, p. 24



Για την Ελλάδα, σχετική έρευνα<sup>29</sup> πραγματοποίησε το 1998 το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Μελετήθηκε ο παράγοντας «χρήση τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα». Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τα αποτελέσματα:

**Πίνακας 2.2:** Κατανάλωση αλκοόλης από νεαρά άτομα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, Ελλάδα 1998

Είδος ποτού	11 ετών		13 ετών		15 ετών	
Μπίρα	13%*	4%**	19%	11%	42%	21%
Κρασί	13%	5%	13%	7%	17%	6%
Ουίσκι	2%	1%	8%	3%	22%	13%
Ούζο	2%	1%	2%	1%	4%	15
<b>Μέθη!</b> (μία φορά)	11%	7%	20%	16%	21%	22%
<b>Μέθη!</b> (2 ή περισσότερες φορές)	5%	1%	9%	5%	24%	21%

ΠΗΓΗ: Έρευνα Τερζίδου Μ. και Συν. Ερευνητικό Πανεπ. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (1998)

Οι αριθμοί μιλούν μόνοι τους και δείχνουν τους μεγάλους κινδύνους στους οποίους είναι εκτεθειμένα τα παιδιά και οι έφηβοι.

Ο αλκοολισμός αποτελεί μια βαριά, ανίατη (\*) και θανατηφόρα (\*\*) πάθηση, ίσως τη χειρότερη εξάρτηση από ουσίες (χωρίς να εξαιρείται η ηρωίνη από τη σύγκριση).

(\*) Ανίατη με την έννοια όχι αδυναμίας διακοπής λήψης αλλά αδυναμίας (διά βίου) ελέγχου της χρήσης. Ο αλκοολικός, εφόσον αρχίσει να πίνει, δεν μπορεί να σταματήσει.

(\*\*) Θανατηφόρα (σοβαρότατες παθήσεις όλων των ανθρώπινων συστημάτων, εφόσον δεν διακοπεί έγκαιρα).

<sup>29</sup> Παγκόσμια έρευνα για την υγεία στον μαθητικό πληθυσμό. Η έρευνα στην Ελλάδα από Τερζίδου Μ. και Συν. Ερευνητικό Πανεπ. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

### 2.1.3 Περιεκτικότητα οινόπνεύματος στα διάφορα οινόπνευματώδη ποτά

Πριν διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ οινόπνεύματος και ικανότητας οδήγησης, αναζητήσαμε πληροφόρηση σχετικά με την ποσότητα οινόπνεύματος που περιέχουν τα συνήθη οινόπνευματώδη ποτά, που καταναλώνονται σε διάφορα καταστήματα ή στο σπίτι.

**Η αιθυλική αλκοόλη** είναι μία νόμιμη ναρκωτική ουσία, η οποία παρασκευάζεται βιομηχανικά με δύο τρόπους:

- α) Με την προσθήκη νερού στο αιθυλένιο (το αιθυλένιο παρασκευάζεται από πετρέλαιο). Το οινόπνευμα που παρασκευάζεται με αυτό τον τρόπο ονομάζεται συνθετικό.
- β) Με αλκοολική ζύμωση ορισμένων σακχάρων.

**Αλκοολαιμία** ονομάζεται το ποσοστό οινόπνεύματος στο αίμα. Υπολογίζεται σε χιλιοστά του γραμμαρίου ανά χιλιοστό του λίτρου. Στην Ελλάδα η οδήγηση επιτρέπεται όταν το ποσοστό αλκοολαιμίας είναι μέχρι 0,25 gr/lt. Πάνω από αυτό το όριο ο οδηγός φέρει ευθύνη. Στην πραγματικότητα, η ποσότητα του οινόπνεύματος που επηρεάζει την ικανότητα οδήγησης διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο όσο και στο ίδιο το άτομο, ανάλογα με τη γενικότερη ψυχολογική ή σωματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται όταν καταναλώνει το οινόπνευματώδες ποτό.

Τα διάφορα είδη οινόπνευματωδών ποτών περιέχουν διαφορετική ποσότητα καθαρού οινόπνεύματος. Είναι επομένως απαραίτητο να γνωρίζει κανείς την περιεκτικότητα καθαρού οινόπνεύματος που περιλαμβάνουν τα συνήθη ποτά που κυκλοφορούν στην αγορά και κυρίως αυτά που συνηθίζει να πίνει. Η γνώση αυτή βοηθάει στον υπολογισμό της αλκοολαιμίας. Με απόφαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης όλα τα οινόπνευματώδη ποτά που κυκλοφορούν στα κράτη - μέλη υποχρεούνται να έχουν πάνω στο μπουκάλι ετικέτα, όπου να αναγράφεται η ποσοστιαία αναλογία οινόπνεύματος, με βάση το συνολικό όγκο του ποτού. Έτσι ο κάθε καταναλωτής μπορεί να γνωρίζει την ποσότητα αλκοόλης που περιέχει το κάθε μπουκάλι. Τα γραμμάρια οινόπνεύματος που έχει ένα ποτήρι ποτό

εξαρτώνται από την ποσότητα του υγρού και την αναλογία οиноπνεύματος που περιέχει.

**Πίνακας 2.3:** Περιεκτικότητα οиноπνεύματος σε διάφορα οινόπνευματώδη ποτά

Οινόπνευματώδες ποτό	Βαθμοί οινόπνεύματος	Γραμμάρια καθαρού οινόπνεύματος ανά λίτρο
Κρασί	11	88 γραμ.
Μπίρα	5	40 >>
Ούζο	40-45	320-360 >>
Λικέρ	42-45	336-360 >>
Ουίσκι-Τζιν-Βότκα	40-60	320-480 >>

ΠΗΓΗ: Χημεία, Β' τάξης Ενιαίου Πολυκλαδικού Λυκείου

Οι διάφορες φόρμες ποτηριών, στις οποίες σερβίρονται τα διάφορα είδη ποτών, χρησιμεύουν ως ένα είδος μεζούρας, που εξασφαλίζουν περιεκτικότητα ίσης περίπου αναλογίας καθαρού οινόπνεύματος σε κάθε σερβίρισμα, ανεξάρτητα από το είδος του ποτού. Έτσι, ποτά με χαμηλή περιεκτικότητα οινόπνεύματος, όπως για παράδειγμα είναι η μπίρα, σερβίρονται σε ιδιαίτερα μεγάλα ποτήρια, ενώ τα λικέρ ή η βότκα σερβίρονται σε ειδικά μικρά ποτήρια. Με δύο περίπου ποτήρια - μεζούρες από οποιοδήποτε είδος ποτού, ο οδηγός έχει φθάσει ή και ξεπεράσει συνήθως τα επιτρεπτά όρια αλκοολαιμίας και η οδήγηση από αυτόν είναι ανασφαλής.

#### 2.1.4 Οι επιπτώσεις στην ικανότητα οδήγησης, ανάλογα με την ποσότητα οινόπνεύματος

Η οδήγηση μπορεί να είναι ασφαλής μόνο αν ο οδηγός δεν έχει πει καθόλου οινόπνευματώδες ποτό. Ακόμα και η ελάχιστη ποσότητα αλκοόλης μπορεί να έχει επιπτώσεις στην οδήγηση, καθώς παρεμβαίνουν και άλλοι παράγοντες που μετριάζουν ή επαυξάνουν την επίδραση του οινόπνεύματος στον οργανισμό και κυρίως στη συμπεριφορά και την ικανότητα για οδήγηση. Σύμφωνα με

πληροφοριακά δελτία για το θέμα<sup>30</sup>, οι επιδράσεις της αλκοολαιμίας στην οδήγηση είναι οι ακόλουθες:

Αλκοολαιμία 0,20 gr/lit – 0,50 gr/lit:

- Δυσκολία στην ορατότητα
- Δυσκολία στην εκτίμηση των αποστάσεων
- Τάση για μια πιο επικίνδυνη οδήγηση.

Αλκοολαιμία 0,80 gr/ lit - 1,20 gr/ lit:

- Πολύ πιο επικίνδυνος τρόπος οδήγησης
- Οπτικές διαταραχές. Καθυστερημένη αναγνώριση της παρουσίας πεζών ή άλλων εμποδίων στο δρόμο
- Δυσκολία στην εκτίμηση των πλαϊνών αποστάσεων, της άκρης του δρόμου ή της διαχωριστικής γραμμής.

Αλκοολαιμία πάνω από 1,20 gr/ lit:

- Εξαιρετικά επικίνδυνη οδήγηση
- Προβλήματα προσανατολισμού
- Σφάλματα στην οδήγηση, π.χ. επιτάχυνση αντί για φρενάρισμα.

### *2.1.5 Ταχύτητα με την οποία απορροφάται το οινόπνευμα από τον οργανισμό*

Η απορρόφηση του οινόπνευματος από τον οργανισμό αρχίζει αμέσως με την πρώτη γουλιά. Για να απορροφηθεί πλήρως χρειάζεται μια ώρα περίπου. Η αποβολή του όμως από τον οργανισμό είναι διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο. Όταν η κατανάλωση οινόπνευματος είναι μεγάλη, ο οργανισμός μπορεί να έχει οινόπνευμα ακόμα και την επόμενη μέρα. Ενδέχεται ένας οδηγός που κατανάλωσε οινόπνευμα το βράδυ να μην είναι «καθαρός» και σε θέση να οδηγήσει την επόμενη το πρωί. Σχεδόν όλη η ποσότητα του οινόπνευματος που πίνουμε απορροφάται και με το αίμα μεταφέρεται στα διάφορα όργανα του σώματος, περιλαμβανομένου και του εγκεφάλου. Τελικά αδρανοποιείται και αποβάλλεται

<sup>30</sup> Σώκου, Κ., Ραΐση-Βολανάκη, Τ., Μασσανιώτης, Ν., και Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, (1994), <<Οδηγός Αγωγής και προαγωγής της υγείας: Πρότυπο πρόγραμμα 'Αλκοόλ και ατυχήματα'>>, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ 71-74

από το συκώτι και από τα νεφρά. Η ποσότητα που αποβάλλεται με την αναπνοή και τον ιδρώτα είναι ελάχιστη.

Η επίδραση του οινοπνεύματος στον οργανισμό είναι άμεση. Ακόμα και κατά τη διάρκεια γεύματος η επίδρασή του στον οργανισμό δεν αποτρέπεται. Επιβραδύνεται όμως η απορρόφηση και η επίδρασή του είναι λιγότερο εμφανής. Το οινόπνευμα αποβάλλεται πλήρως από τον οργανισμό με αργό ρυθμό. Απαιτείται μία ώρα για κάθε 0,10 – 0,15 γραμμάρια για τον άνδρα και ακόμα περισσότερος χρόνος για τις γυναίκες (ή μία ώρα για λιγότερη ποσότητα: 0,085 – 0,10 γραμμάρια). Τα νεαρότερα άτομα, οι γυναίκες, τα άτομα με χαμηλό βάρος, όσοι δεν έχουν συνηθίσει στη χρήση του, το αποβάλλουν με ακόμα βραδύτερους ρυθμούς. Δεν υπάρχει κανένας τρόπος για να επιταχυνθεί η αποβολή του οινοπνεύματος από τον οργανισμό. Ο καφές, το τσάι, το νερό, το φαγητό, το ντους και ο ύπνος δεν βοηθούν στην ταχύτερη αποβολή του. Τα πρώτα μάλιστα επιβραδύνουν ακόμα περισσότερο την αποβολή του οινοπνεύματος, καθώς ο οργανισμός επιβαρύνεται και με άλλες ουσίες που πρέπει να αποβάλει. Είναι επομένως χρήσιμο να υπολογίζει κανείς την αλκοολαιμία στον οργανισμό του αν πρόκειται να οδηγήσει, ώστε να γνωρίζει το χρόνο που θα έχει ανακτήσει όλες του τις ικανότητες οδήγησης.

#### *2.1.6 Παράγοντες που επηρεάζουν και μπορούν να επιδεινώσουν τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος*

Έχουν καταγραφεί<sup>31</sup> ορισμένοι σταθεροί και άλλοι αστάθμητοι παράγοντες που επηρεάζουν και επιδεινώνουν την ένταση, την ταχύτητα και τον τρόπο που επιδρά το οινόπνευμα στον οργανισμό.

Μερικοί από τους σταθερούς παράγοντες είναι:

- Το φύλο: επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες.
- Το βάρος: επηρεάζονται περισσότερο τα άτομα χαμηλού βάρους.
- Η ηλικία: επηρεάζονται πολύ περισσότερο τα άτομα νεαρής ηλικίας.

<sup>31</sup> Σώκου, Κ., Ραΐση-Βολανάκη, Τ., Ματσανιώτης, Ν. και Ινσιπούτο Υγείας του παιδιού, (1994), <<Οδηγός Αγωγής και προαγωγής της υγείας: Πρότυπο πρόγραμμα 'Αλκοόλ και ατυχήματα'>>, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ 85

- Η κράση και η σωματική διάπλαση.
- Ο μεταβολισμός: η διάρκεια της μεταβολικής διαδικασίας στο κάθε άτομο διαφέρει.

Παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος:

- Παράλληλη ή ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων: Το οινόπνευμα μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνο αν ληφθεί κατά το διάστημα που το άτομο παίρνει φάρμακα. Ο συνδυασμός οινοπνεύματος με ορισμένα είδη φαρμάκων μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος για τον οργανισμό και ακόμα πιο επικίνδυνος στην οδήγηση.
- Κούραση – Άγχος – Συναισθηματική κατάσταση – Νευρικό σύστημα: Αυτοί είναι παράγοντες που σε συνδυασμό με το οινόπνευμα μπορεί να έχουν επικίνδυνες επιπτώσεις στην οδήγηση. Ακόμα και πολύ μικρή ποσότητα οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες αντιδράσεις, επικίνδυνη κόπωση, ερεθισμό, επιθετικότητα, ανασφαλή οδήγηση.
- Φαγητό. Το οινόπνευμα επιδρά πολύ πιο άμεσα στον οργανισμό όταν το στομάχι είναι άδειο.
- Ταχύτητα κατανάλωσης. Η γρήγορη κατανάλωση αυξάνει την επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό.
- Εθισμός. Άτομα που δεν έχουν εθιστεί στην κατανάλωση οινοπνεύματος επηρεάζονται πολύ πιο γρήγορα και έντονα ακόμα και με πολύ μικρές ποσότητες. Γίνονται πιο εύκολα επικίνδυνοι οδηγοί.
- Νικοτίνη και καφές. Η κατανάλωση οινοπνεύματος, καφέ, τσαγιού, νικοτίνης, επιβραδύνει την αποβολή του οινοπνεύματος, αφού το συκώτι έχει να εξουδετερώσει και άλλες τοξικές ουσίες. Τα τσιγάρα και ο καφές διεγείρουν το νευρικό σύστημα και μπορούν να επιδεινώσουν τις συνέπειες στη συμπεριφορά.

Αυτοί είναι οι κυριότεροι παράγοντες που, όταν ενεργούν ταυτόχρονα με το οινόπνευμα, μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ατόμου στην οδήγηση και να συμβάλλουν στην πρόκληση ατυχήματος.

### 2.1.7 Η πορεία του οινοπνεύματος στον οργανισμό και οι επιδράσεις του

Το οινόπνευμα από τη στιγμή εισόδου του στον οργανισμό ερεθίζει το στόμα και τον οισοφάγο και σ' ένα βαθμό και το λάρυγγα. Στο πέρασμά του ναρκώνει ελαφρά και παροδικά τα οσφρητικά νεύρα. Στη συνέχεια περνά από το στομάχι, όπου δημιουργεί αυξημένη υπερχλωρουδρία, δηλαδή αυξημένη έκκριση γαστρικών υγρών, με αποτέλεσμα τον έντονο ερεθισμό και συχνά την πρόκληση πόνων και άλλων ενοχλήσεων. Απ' εκεί περνά στο λεπτό έντερο, όπου γίνεται η διάσπαση του οινοπνεύματος σε νερό και αλκοόλη, που είναι τοξική ουσία και μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος. Με το αίμα διαχέεται στον οργανισμό: πηγαίνει στην καρδιά, που ακόμα και μικρές ποσότητες επιταχύνουν τους ρυθμούς της και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι βλαβερό στον εγκέφαλο, όπου μπορεί να επιφέρει αλλοιώσεις, καθώς καταστρέφει έναν αριθμό εγκεφαλικών κυττάρων που δεν αναπαράγονται, κ.α. Οι άμεσες επιπτώσεις του οινοπνεύματος στο νευρικό σύστημα είναι γνωστές: μειώνει τα αντανακλαστικά, δημιουργεί αστάθεια, εμποδίζει την όραση και αναστέλλει την κριτική ικανότητα του ατόμου.

Μακροχρόνια οι επιδράσεις είναι πολύ σοβαρές. Η διεργασία για την αποβολή ή εξουδετέρωση του οινοπνεύματος γίνεται στο συκώτι. Το όργανο αυτό με τη χρόνια χρήση του οινοπνεύματος αλλοιώνεται. Η συχνή και σχετικά υψηλή χρήση της αλκοόλης δημιουργεί ένα «λιπιδώδες διηθημένο συκώτι». Τελικά μετά από μακρόχρονη και μεγάλη χρήση οινοπνεύματος τα κύτταρα νεκρώνονται και το όργανο προσβάλλεται από κίρρωση. Το οινόπνευμα εκτός από το συκώτι επιβαρύνει και τα νεφρά, που αναλαμβάνουν και αυτά ένα μικρό μέρος του έργου της αποβολής του από τον οργανισμό.

## 2.2 Χρήση φαρμάκων και ικανότητα οδήγησης

Η διαμόρφωση των ερωτηματολογίων προς τους οδηγούς και τους γιατρούς που συνταγογραφούν, για να διαπιστωθεί ο βαθμός της ενημέρωσής τους περί την επίδραση των φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης των ατόμων, προϋποθέτει την τεκμηρίωση της σχέσης αυτής. Στο παρόν τμήμα της εργασίας παρουσιάζονται σχετικά επιστημονικά δεδομένα.

### 2.2.1 Ποιες κατηγορίες φαρμάκων θεωρούνται σήμερα ότι επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητα οδήγησης

Αναζητήσαμε πληροφόρηση για τις κατηγορίες των φαρμάκων που θεωρούνται σήμερα επικίνδυνες στην οδήγηση, προκειμένου να προετοιμάσουμε την έρευνά μας, σχετικά με την ενημέρωση γιατρών που χορηγούν φαρμακευτική αγωγή σε οδηγούς, και οδηγών που βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή. Από μελέτη του Παπαδόπουλου<sup>32</sup>, σταχυολογήσαμε τα παρακάτω:

Καταρχήν **οποιοδήποτε φάρμακο** έχει ανεπιθύμητες ενέργειες, μπορεί να επιβαρύνει και την ικανότητα οδήγησης (ιδιαίτερα σε άτομα τρίτης ηλικίας), ανεξάρτητα αν η ανεπιθύμητη ενέργεια αυτή περιγράφεται ή όχι στις οδηγίες χρήσης, σαν επικίνδυνη για την οδήγηση. Επομένως, ο γιατρός ρωτά τον ασθενή για το τι αισθάνεται μετά τη λήψη και δίνει τις ανάλογες οδηγίες. Γιατρός και ασθενής έχουν νομικές ευθύνες.

**1. Αναλγητικά** (απλά αναλγητικά, σύνθετα αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή).

Τα απλά αναλγητικά σε απλές δόσεις δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης, αν και αυξάνονται οι αναφορές δημιουργίας υπνηλίας. Η φαινακετίνη που μπορεί να οδηγήσει σε ευφορική κατάσταση, έχει αποσυρθεί από την Ελλάδα (λόγω υποψίας δημιουργίας καρκίνου). Τα σύνθετα αναλγητικά (με καφεΐνη) δεν φαίνεται και αυτά να επηρεάζουν την οδήγηση σε απλές δόσεις. Ο συνδυασμός με κωδεΐνη, φυσικά, τα κάνει απαγορευμένα φάρμακα για οδηγούς. Και τα απλά όμως αναλγητικά και τα σύνθετα (με καφεΐνη) επηρεάζουν την οδήγηση σε μεγάλες δόσεις (που δεν χρειάζεται να είναι απαγορευμένες), ιδιαίτερα εάν έχει αναπτυχθεί δυναμικό εξάρτησης (από τις συνέπειες της εξάρτησης πλέον, όπως πονοκεφάλους, κακή διάθεση κλπ.). Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι κυρίως οι «extra» μορφές (πχ. ασπιρίνη extra) ασπιρίνης και παρακεταμόλης, αλλά και σύνθετα αναλγητικά, περιέχουν σημαντικές ποσότητες καφεΐνης (μέχρι και 65mg/δισκίο), οπότε με τρία δισκία την ημέρα προσλαμβάνονται μεγάλες ποσότητες

<sup>32</sup> Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (2001), <<Φάρμακα και Οδήγηση>>, Έκδοση ΤΥΠΑΤΕ, Αθήνα, σελ15-18



ουσίας: η νευρικήτητα, το άγχος, η μείωση δυνατότητας συγκέντρωσης και η υπερδιέγερση που πιθανόν δημιουργούνται, επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης. Πολλά από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στο ΚΝΣ και αντενδείκνυται για οδηγούς (πράγμα που δεν είναι γνωστό και σε γιατρούς).

**2. Αντιεπιληπτικά.** Με τη χρήση αντιεπιληπτικών σημειώνεται μείωση δυνατότητας αντίληψης και συγκέντρωσης. Το πρόβλημα εδώ είναι δύσκολο, διότι με τον καιρό εμφανίζονται φαινόμενα αντοχής και αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι εφόσον δεν υπάρχουν επιληπτικές κρίσεις και εφόσον δεν υφίσταται περίοδος αλλαγής της φαρμακοθεραπείας, θα μπορούσε ο ασθενής να αποκτήσει ερασιτεχνικό δίπλωμα οδήγησης και να οδηγή. Όμως θα πρέπει να υπάρχει διετής απουσία επιληπτικών κρίσεων και ο υποψήφιος οδηγός να εκτιμηθεί στο σύνολό του από ειδική επιτροπή.

**3. Αντιεμετικά, αντιισταμινικά.** Η ακαταλληλότητά τους προέρχεται από τη στενή τους σχέση με ψυχοφάρμακα και από τις βασικές τους ανεπιθύμητες ενέργειες, δηλαδή τη σαφή καταστολή και μείωση της ψυχοφυσικής ικανότητας επιδόσεων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε ταξιδιώτες οχηματαγωγών, οι οποίοι για λόγους πρόληψης ναυτίας λαμβάνουν τις ουσίες και θα πρέπει μετά από μερικές ώρες να οδηγήσουν. Σημαντική επομένως καθίσταται η ενημέρωση, ιδιαίτερα των οδηγών φορτηγών.

**4. Ψυχοφάρμακα** (ηρεμιστικά, αγχολυτικά, νευροληπτικά, διεγερτικά, ανορεξιογόνα). Δεν χρειάζονται ιδιαίτερα σχόλια. Οι δράσεις τους ήδη οδηγούν σε σαφή μείωση της ικανότητας οδήγησης: κόπωση, καταστολή, μείωση ικανότητας αντίδρασης, υπνηλία, ίλιγγος, αταξία, επίδραση στο συνειδητό. Η καφεΐνη που συζητιέται συχνά σαν μειωτικό των κατασταλτικών δράσεων δεν μπορεί, ιατρικά, να συστηθεί. Όσον αφορά τα «διεγερτικά», η καφεΐνη (καφές, τσάι κλπ.) δεν απαγορεύεται, εφόσον δεν χρησιμοποιούνται για να καταργήσουν ή να μειώσουν τα απαραίτητα διαλείμματα οδήγησης και την κανονική διάρκεια ύπνου. Πρέπει να τονισθεί και πάλι ότι μεγάλες ποσότητες καφεΐνης ή και κανονικές ποσότητες σε ευαίσθητα άτομα, μπορεί να οδηγήσουν σε αντίθετα αποτελέσματα, δηλαδή ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερβολικές αντιδράσεις και επομένως σε

μείωση της ασφάλειας οδήγησης. Ανορεξιογόνα, εφεδρίνη κλπ. οδηγούν, μέσω της ευφορίας, σε μείωση της κριτικής ικανότητας και σε κακή εκτίμηση των πραγματικών δυνατοτήτων και επομένως σε μεγάλο κίνδυνο ατυχήματος. Θεωρούμε τις τελευταίες δράσεις σαν μεγάλο κίνδυνο στην οδήγηση ακόμα και εάν προέρχονται από ιδιότητες του χαρακτήρα και όχι σαν δράσεις φαρμάκων.

**5. Υπνωτικά.** Μεταξύ υπνωτικών και ηρεμιστικών υπάρχουν ρέουσες μεταβάσεις. Παρόλο ότι ουσίες με μικρό χρόνο μέσης ζωής θεωρητικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν «κατάλληλες», εντούτοις υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές και είναι δυνατόν οι δράσεις να διαρκούν και την επόμενη μέρα. Αυτό είναι βέβαιο για ουσίες όπως λουταθεμίδη, βαρβιτουρικά, μεθακουαλόνη, νιτραζεπάμη. Γενικά **ΔΕΝ** συνιστώνται υπνωτικά και οδήγηση. Ήδη λόγω διαταραχών ύπνου, πιθανώς να υπάρχουν και βασικές δυσκολίες οδήγησης. Ιδιαίτερα επικίνδυνη η καθυστερημένη λήψη τους μετά τα μεσάνυχτα.

**6. Αντιπαρκινσονικά.** Δημιουργούν μεγάλη ευαισθησία σε φώτα αντίθετα πορευόμενου οχήματος, καθώς και διαταραχές προσαρμογής. Άλλωστε η ίδια πάθηση θέτει σημαντικούς περιορισμούς, αν όχι ανικανότητας οδήγησης.

**7. Αντιυπερτασικά.** Η λήψη τους απαιτεί οδηγούς με καλή δυνατότητα συνεργασίας με το γιατρό και εφαρμογής των οδηγιών του. Δεν επιτρέπεται να οδηγούν ασθενείς στη φάση ρύθμισης της φαρμακολογικής θεραπείας, καθώς και σε φάσεις αλλαγής της. Επίσης επικίνδυνη είναι η απότομη διακοπή (χρειάζεται φάση αποχής από την οδήγηση). Ο κίνδυνος βρίσκεται γενικά στην πιθανότητα υπερβολικής μείωσης της αρτηριακής πίεσης, καθώς και στις κατασταλτικές ιδιότητες μερικών αντιυπερτασικών ουσιών.

**8. Αντιπηκτικά.** Δεν αποτελούν σαν φαρμακοθεραπεία αντένδειξη οδήγησης (φυσικά ρόλο παίζει η βασική πάθηση για την οποία λαμβάνονται: έμφραγμα, θρομβεμβολές κλπ.). Ο οδηγός θα πρέπει να έχει ταυτότητα (μεταλλική) στο λαιμό του με ομάδα αίματος και την ουσία που λαμβάνει.

**9. Ινσουλίνες και αντιδιαβητικά από του στόματος.** Η δυσκολία προέρχεται από την πάθηση, σε συνδυασμό με τη λήψη αντιδιαβητικών ουσιών, κυρίως ινσουλίνης (καλή ρύθμιση).

Ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης είναι απαγορευτική ένδειξη για επαγγελματικό δίπλωμα (ακόμα και αν είναι επαρκώς ρυθμισμένος), δηλαδή στην πράξη, εφόσον μεταφέρονται άτομα (λεωφορεία, ταξί, σχολικά κλπ.). Επίσης προσοχή χρειάζεται όταν:

- μεταφέρονται επικίνδυνα υλικά
- χρησιμοποιούνται οχήματα με δύσκολη και επίμονη οδήγηση
- γίνονται μεγάλα ταξίδια
- γενικά εφόσον οι συνθήκες οδήγησης θέτουν μεγάλες απαιτήσεις.

**10. Κεντρικά δρώντα μυοχαλαρωτικά.** Μοιάζουν στη φαρμακολογική τους συμπεριφορά με τα απλά ηρεμιστικά και επομένως δεν επιτρέπεται να λαμβάνονται από οδηγούς.

**11. Τοπικά αναισθητικά και φάρμακα αναισθησίας.** Δεν επιτρέπεται η οδήγηση για 48 ώρες σε άτομα με λήψη τοπικών αναισθητικών για εξαγωγή δοντιού, μικροεπεμβάσεις κλπ. Φάρμακα σύντομης αναισθησίας (μικροεπεμβάσεις) απαιτούν επίσης 48ωρη αποχή από οδήγηση, παρόλο που οι ασθενείς «αισθάνονται ικανοί», ακόμα και μετά από 2-3 ώρες. Ικανοί σαν πεζοί είναι αυτοί οι ασθενείς μετά από 12 ώρες. Για φάρμακα γενικής αναισθησίας είναι αυτονόητη η απαγόρευση οδήγησης.

### 2.2.2 Διαταραχές από φάρμακα που μειώνουν την ικανότητα οδήγησης

#### Σωματικές διαταραχές

##### α) Μείωση λειτουργιών των αισθήσεων

- Αδυναμία προσαρμογής (νύκτα)
- Ευαισθησία θάμβωσης (φως)
- Μείωση οπτικού πεδίου
- Μείωση ακοής
- Διαταραχές ισορροπίας

Παραδείγματα: αιμορραγία υαλοειδούς, μείωση οπτικής οξύτητας, φωτοφοβία, κώφωση κλπ.

*β) Διαταραχές συνειδητού*

- Προερχόμενες από το κυκλοφοριακό σύστημα
- Εγκεφαλικές
- Τοξικές
- Υποξαιμικές (π.χ. καταστολή αναπνοής)

Παραδείγματα: εγκεφαλικό οίδημα, αμνησία, εγκεφαλική αιμορραγία, εξάρτηση, βρογχόσπασμος κλπ.

*γ) Ψυχοφυσιολογικές διαταραχές*

Οι διαταραχές μπορεί να εκδηλώνονται στις εξής λειτουργίες:

- Αντίληψη
- Ικανότητα συγκέντρωσης
- Κριτική ικανότητα
- Ταχύτητα αντίδρασης
- Κινητικός συντονισμός
- Αυξημένη κόπωση

Παραδείγματα: αδυναμία προσανατολισμού, διέγερση, δυστονία, ψευδαισθήσεις, υπνηλία, υπερκινητικότητα, καταστολή, ευφορία, νωθρότητα, άγχος κλπ.

*δ) Μεταβολές χαρακτήρα*

- Διαταραχές καθοδήγησης ορμών/ τάσεων (διαταραχή σχέσης ορμής/ αναστολής)
- Συγκινησιακές διαταραχές
- Αστάθεια προσωπικότητας

Παραδείγματα: απάθεια, διαταραχές προσωπικότητας, κατάθλιψη, μελαγχολία, επιθετική συμπεριφορά, συναισθηματική αστάθεια.

Με τη βοήθεια φαρμακοποιού συγκεντρώσαμε ενδεικτικά από την έκδοση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων «Εθνικό Συνταγολόγιο<sup>33</sup>» τις ανεπιθύμητες

<sup>33</sup> Εθνικό Συνταγολόγιο, (1997,2000), Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα, σελ 24-25

ενέργειες από φάρμακα που συνταγογραφούνται ευρέως και περιέχονται σε αυτό, τις οποίες παρουσιάζουμε συνοπτικά κατωτέρω:

<b>Γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες που επηρεάζουν την ικανότητα οδήγησης</b>	
ΚΝΣ	Μεταβολές χαρακτήρα-συναισθημάτων (άγχος, ανησυχία, διέγερση, επιθετικότητα, κατάθλιψη, νευρικότητα, παραλήρημα, ψυχωσικές εκδηλώσεις) Έκπτωση πνευματικών ικανοτήτων (αμνησία, αδυναμία προσανατολισμού, αδυναμία συγκέντρωσης, σύγχυση) Αισθητικές διαταραχές (βλάβη αιθουσαίου, διαταραχές ισορροπίας, ψευδαισθήσεις) Παρεγκεφαλικές διαταραχές (αστάθεια, αταξία, δυστονία, νυσταγμός) Εξωπυραμιδικά (δυσκινησία, παρκινσονισμός, χορεία) Διαταραχές κινητικότητας (ακαμψία, διαταραχές αντανακλαστικών, μυοκλονίες) Μείωση εγρήγορσης (απώλεια αισθήσεων, λήθαργος, νωθρότητα, υπνηλία) Επιληπτικές εκδηλώσεις – σπασμοί Εξάρτηση Διάφορα ενοχλητικά βιώματα (αδυναμία, ζάλη, θερμοπληξία, ίλιγγος, κακουχία, κεφαλαλγία)
Όραση	Διαταραχές αντανακλαστικού φωτός (μύση, μυδρίαση, φωτοφοβία, φωταψίες) Μείωση οπτικής οξύτητας – Διπλωπία Αύξηση ενδοφθάλμιας πίεσης Καταρράκτης Δυσχρωματοψία Κερατίτιδα, Ιριδίδα, Αμφιβληστροειδοπάθεια, Οπτική Νευρίτιδα Αίσθημα κνησμού, καύσου, πόνου στον οφθαλμό Διακρύρροια – Ξηρότητα οφθαλμικού βλεννογόνου Βλεφαρόπτωση
Καρδιαγγειακό	Αρρυθμίες (μαρμαρυγή, ασυστολία, διαταραχές αγωγής, έκτοπες κοιλιακές συστολές, βραδυκαρδία, ταχυκαρδία) Ισχαιμία μυοκαρδίου – στηθάγχη Υπόταση – υπέρταση Αγγειακές διαταραχές (έντονη αγγειοσυστολή, φαινόμενο Raynaud, φαινόμενο υποκλοπής) Διαταραχές θρόμβωσης – ινωδόλυσης (θρομβοεμβολικά επεισόδια, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, αιμορραγίες, εγκεφαλικό επεισόδιο) Πνευμονικές εκδηλώσεις (πνευμονική εμβολή, πνευμονική υπέρταση, πνευμονικό οίδημα) Καρδιαγγειακή καταπληξία
Αναπνευστικό	Αναπνευστική καταστολή – Άπνοια Δύσπνοια ARDS Βρογχόσπασμος – Κρίση Άσθματος
Ενδοκρινικό	Απορύθμιση σακχάρου (σακχαρώδης διαβήτης, υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία) Φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια
Μυοσκελετικό/ ΠΣΝ	Περιφερικά άλγη (μυαλγίες, αρθραλγίες, αρθρίτιδες, οστικά άλγη) Διαταραχές κινητικότητας (κράμπες, τρόμος, παράλυση, μυοχάλαση, εξάντληση μυών, μυϊκή αδυναμία – ατροφία, μυοσίτιδα) Διαταραχές αισθητικότητας (παραισθήσεις, αιμωδίες) Περιφερικές νευροπάθειες (νευρίτιδα, πάρεση)
Λοιπές ενοχλήσεις	Διαταραχές ακοής (βαρηκοΐα, κώφωση, εμβοές)

### 2.2.3 Χαρακτηριστικά παθήσεων που θα μπορούσαν να μειώσουν την ικανότητα οδήγησης

Δεν υπάρχουν για την Ελλάδα συγκεκριμένες μελέτες, που να δείχνουν τις επιπτώσεις χρόνιων παθήσεων στη συχνότητα ή/και βαρύτητα τροχαίων ατυχημάτων. Οι επιβαρυντικές τους συνέπειες κρίνονται και συμπεραίνονται με βάση την κοινή ιατρική λογική, δηλαδή από την πιθανή μείωση ικανοτήτων οδήγησης, που δημιουργούν γνωστές λειτουργικές συνέπειες ορισμένων παθήσεων. Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι η χρήση μιας τέτοιας λογικής, χωρίς αντικειμενικά στοιχεία, μπορεί να οδηγήσει σε τελείως λανθασμένα συμπεράσματα, όταν δεν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. η συντηρητικότητα με την οποία οδηγεί ένας χρονίως πάσχων, παράγων που μπορεί να αντισταθμίσει σημαντικά τη μείωση ικανοτήτων. Με βάση τους γενικούς ιατρικούς παράγοντες που ακολουθούν<sup>34</sup>, ένας γιατρός, θα μπορούσε να εκτιμήσει μια κατάσταση και να συμβουλευτεί τον ασθενή του, καθώς και ένας ασθενής θα μπορούσε (σε ορισμένα πλαίσια) να αυτοεκτιμήσει τις δυνατότητές του. Σε αυτούς τους παράγοντες δεν περιλαμβάνεται η ηλικία, η οποία αποτελεί μια αυτοδύναμη κατάσταση, που θα μπορούσε και μόνη της να επηρεάσει την ποιότητα οδήγησης.

Χαρακτηριστικά παθήσεων που θα μπορούσαν να μειώσουν την ικανότητα οδήγησης:

1. Παθήσεις με μείωση ικανοτήτων: κινητικότητας (π.χ. νευρολογικές παθήσεις, μυοσκελετικές παθήσεις), αντίληψης (π.χ. παθήσεις ΚΝΣ και αισθητηρίων οργάνων), αντίδρασης (π.χ. ΚΝΣ, αισθητήρια όργανα) και συντονισμού κινήσεων (ΚΝΣ, μυοσκελετικό σύστημα).
2. Παθήσεις με δυσκολίες ρύθμισής τους: διαβήτης (ινσουλινοεξαρτώμενος), υπέρταση και υπόταση, παθήσεις επινεφριδίων, επιληψία.

<sup>34</sup> Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (2001), <<Φάρμακα και Οδήγηση>>, Έκδοση ΤΥΓΙΑΤΕ, Αθήνα, σελ 22-23

3. Παθήσεις που προδιαθέτουν σε κρίσεις: ανεπάρκεια επινεφριδίων (σε στρες), παλιά εμφράγματα, παλιά εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακές αρρυθμίες, βρογχικό άσθμα.
4. Παθήσεις που απαιτούν συχνές θεραπευτικές παρεμβάσεις και αυτοπειθαρχία: διαβήτης, στηθάγχη, υπέρταση.
5. Παθήσεις που αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα για τραυματίες: ανεπάρκεια επινεφριδίων, διαβήτης, ανοσοκαταστολή, σοβαρές αναιμίες, αιμορραγικές διαθέσεις και γενικότερες διαταραχές πήξης αίματος.
6. Χρόνια προβλήματα / παθήσεις που επηρεάζουν τον ψυχισμό: προσωπικά, επαγγελματικά, οικογενειακά. Ψυχικές παθήσεις, πολυαπασχόληση, εξάρτηση από αλκοόλη ή κλασσικά ναρκωτικά.
7. Σύνδρομο υπερφόρτισης νευρικού συστήματος οδηγού: με διαρκή προβλήματα ελληνικής κοινωνίας (μόρφωση παιδιών, ανεργίας κλπ.), χρόνιας τρομοκράτησης πληθυσμού (σε υγεία, διατροφή, οικολογία), ανάδειξη χρηματιστηρίου σαν δείκτη οικονομικής ευεξίας, συνεχείς εξαγγελίες μεταβολών (φορολογικού συστήματος, ασφαλιστικού συστήματος, συνταξιοδότησης κλπ.), και μετατροπής ελληνικών πόλεων σε διαρκείς διαφημιστικές εκθέσεις (οπτική φόρτιση νευρικού συστήματος).
8. Παθήσεις με χρήση (κυρίως σε διαρκή βάση) ορισμένων κατηγοριών φαρμάκων: ψυχότροπα, αντισταμινικά, αντιρρευματικά, ορισμένα αντιβιοτικά και καρδιολογικά, κωδεϊνούχα, μυοχαλαρωτικά κλπ.

Εκτός από την εκτίμηση και συμβουλή του γιατρού, βασικός παράγοντας σε συνειδητοποιημένους πολίτες είναι και η αυτοεκτίμηση που κάνει ο ίδιος ο πάσχων για τις ικανότητές του. Φυσικά η αυτοεκτίμηση και κριτική είναι πολύ δύσκολη υπόθεση (γενικά και ιδιαίτερα σε Έλληνες), όμως αν γίνει καλά είναι πολύ καλύτερη από οποιαδήποτε ιατρική γνώμатеυση και συμβουλή. Διότι η αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει σε διαφοροποιημένες αντιδράσεις προσαρμογής του οδηγού και όχι κατευθείαν σε απαγόρευση οδήγησης. Η

προσαρμογή γενικά είναι η μαγική λέξη πρόληψης ατυχημάτων, η οποία ισούται με προσαρμογή στις δυνατότητες και ιδιότητες αυτοκινήτου, οδηγού, καιρού και κυκλοφοριακών συνθηκών.

### 2.3 Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων με αιθυλική αλκοόλη

Πρακτικώς όλα τα φάρμακα (με ελάχιστες εξαιρέσεις) που επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης, αλληλεπιδρούν δυσμενώς έστω και με μικρές ποσότητες αιθυλικής αλκοόλης. Επομένως, ο γιατρός πρέπει να προειδοποιήσει συγκεκριμένα και σοβαρά τους ασθενείς του, ότι δηλαδή η αρνητική επίδραση του φαρμάκου εντείνεται και ότι επιπλέον προστίθεται και η αυτόνομη αρνητική επίδραση της αλκοόλης. Παράδειγμα<sup>35</sup>: Αντιυπερτασικά και αλκοόλη, όπου στην κατασταλτική (μεταξύ άλλων) επίδραση της αλκοόλης προστίθεται και ο κίνδυνος της υπερβολικής μείωσης της αρτηριακής πίεσης.

Σε ορισμένα φάρμακα εμφανίζονται και άλλου είδους αλληλεπιδράσεις, μη αφορούσες άμεσα την ικανότητα οδήγησης. Παράδειγμα<sup>36</sup>: Ινδομεθακίνη και αλκοόλη, όπου στην ενίσχυση της μείωσης ικανότητας αντίδρασης, προστίθεται και ο αυξημένος κίνδυνος βλάβης του βλεννογόνου στομάχου. Επομένως, κανένα φάρμακο που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα οδήγησης δεν επιτρέπεται να συνδυάζεται με αλκοολούχα ποτά. Αυτό δεν αφορά μόνο τα φάρμακα, που έστω και μόνα τους δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται από οδηγούς, αλλά και τις κατηγορίες οι οποίες ενέχουν επικινδυνότητα, λόγω πιθανότητας κακής ρύθμισης (π.χ. αντιυπερτασικά, αντιδιαβητικά).

Από ιατρική πηγή μας επισημάνθηκε προφορικά ότι φάρμακο και αλκοόλη μπορεί να συνυπάρξουν στον οργανισμό, ακόμα και αν λαμβάνονται σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Ένα φάρμακο με μεγάλο χρόνο ημισείας ζωής, όπως π.χ. η πιροξικάμη, παραμένει στον οργανισμό (σε συνήθη δοσολογία) πάνω από 24 ώρες. Εάν δε, λάβει κανείς επιπλέον υπόψη του, ότι η βιολογική διασπορά του T

<sup>35</sup> Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1993), <<Βλάβες από φάρμακα>>, Πανεπιστημιακή έκδοση, Αθήνα, σελ 10-15

<sup>36</sup> Ίδια πηγή



1/2<sup>37</sup> ποικίλλει σημαντικότερα μεταξύ των διαφόρων ατόμων, μας επισημάνθηκε ότι δημιουργούνται κίνδυνοι, γιατί κανείς δεν μπορεί να εκτιμήσει στην καθημερινή ιατρική πρακτική τον T 1/2 οποιουδήποτε ασθενούς. Φυσικά υπάρχουν και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ουσιών, όταν λαμβάνονται από τον ίδιο ασθενή δύο ή περισσότερα φάρμακα.

**Πίνακας 2.4:** Παραδείγματα αλληλεπιδράσεων φαρμάκων με αιθυλική αλκοόλη

<b>ΟΥΣΙΑ</b>	<b>ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ (πιθανή αλληλεπίδραση)</b>
Βαλπροϊκό Νάτριο + αλκοόλη	Ενίσχυση κεντρικών δράσεων (λόγω αμοιβαίας αναστολής μεταβολισμού)
Εθαμβουτόλη + αλκοόλη	Ενίσχυση της οφθαλμοτοξικής δράσης της ουσίας
Μεθυλντόπα + αλκοόλη	Ενίσχυση της αντιυπερτασικής δράσης της ουσίας
Μετοκλοπραμίδη + αλκοόλη	Δυσανεξία στην αλκοόλη
Μετρονιδαζόλη + αλκοόλη	Σύνδρομο δισουλφιράμης
Μοκλοβεμίδη + αλκοόλη	Πιθανή υπερτασική κρίση
Τολβουταμίδη + αλκοόλη	Πιθανή υπογλυκαιμία. Πιθανή δράση δισουλφιράμης
Φαινυτοίνη + αλκοόλη	Μείωση της αντιεπιληπτικής δράσης της ουσίας

ΠΗΓΗ: Έρευνα Berthold (1999)

<sup>37</sup> Χρόνος ημίσειας ζωής (χρόνος που απαιτείται για την αποβολή του φαρμάκου από τον οργανισμό)

## ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στην επικινδυνότητα της αλκοόλης και των φαρμάκων και συγκεκριμένα, στις αρνητικές τους επιδράσεις, ως προς την ικανότητα οδήγησης.

Στο παρόν κεφάλαιο θα εστιάσουμε στο επίπεδο ενημέρωσης των οδηγών για τις αρνητικές επιδράσεις των φαρμάκων στην οδήγηση. Θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα έρευνας, στην οποία συμμετείχαν πολίτες οδηγοί, αλλά και γιατροί. Με την έρευνά μας προσεγγίζουμε ζητήματα που αφορούν στη γνώση των κινδύνων, που προκύπτουν από την κατανάλωση ουσιών, από τους οδηγούς. Επίσης, επιχειρήσαμε να εντοπίσουμε το κατά πόσον οι γιατροί είναι επαρκώς ενημερωμένοι, ώστε να μπορούν να συμβουλεύουν κατάλληλα τους ασθενείς τους και να τους αποτρέπουν από την οδήγηση οχημάτων, όταν βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή.

#### **3.1 Έρευνα για την ενημέρωση των οδηγών σχετικά με τις συνέπειες από τη χρήση ουσιών κατά την οδήγηση**

##### *3.1.1 Ταυτότητα της έρευνας*

Η έρευνα, τα αποτελέσματα της οποίας θα παρουσιάσουμε εδώ, έγινε με δυο διαφορετικά ερωτηματολόγια και πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο από 01/05/2005 έως 30/06/2005. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου και το μεν πρώτο απευθύνθηκε σε πολίτες που οδηγούν, το δε δεύτερο σε γιατρούς. Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων των γιατρών, όσο και των οδηγών, ως προς το βαθμό επικινδυνότητας της ταυτόχρονης χρήσης ουσιών και οδήγησης, την ενημέρωση που προσφέρουν οι γιατροί στους ασθενείς τους, ώστε να αποφεύγονται τροχαία ατυχήματα με

δυσάρεστες συνέπειες και αν η ενημέρωση αυτή γίνεται με τρόπο κατανοητό από τους ασθενείς οδηγούς, ώστε από τη μεριά τους να τροποποιούν καταλλήλως την οδηγική τους συμπεριφορά.

### 3.1.2 Περιγραφή του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 60 άτομα: 40 πολίτες οδηγούς, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ηλικιών και μόρφωσης και 20 γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

#### 3.1.2.1 Πολίτες οδηγοί

Οι ερωτηθέντες επιλέχθηκαν τυχαία από τηλεφωνικούς καταλόγους. Το δείγμα αποτελείται από οδηγούς διαφόρων ηλικιών και με διαφορετική μόρφωση.

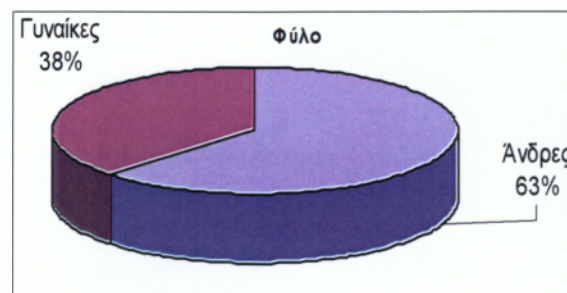
#### Φύλο

Η πλειοψηφία από τους πολίτες οδηγούς που συμμετείχαν στην έρευνά μας είναι άντρες (63%).

**Πίνακας 3.1** Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Φύλο

ΦΥΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρες	63%
Γυναίκες	38%
ΣΥΝΟΛΟ	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος



**Διάγραμμα 3.1** Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Φύλο

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος

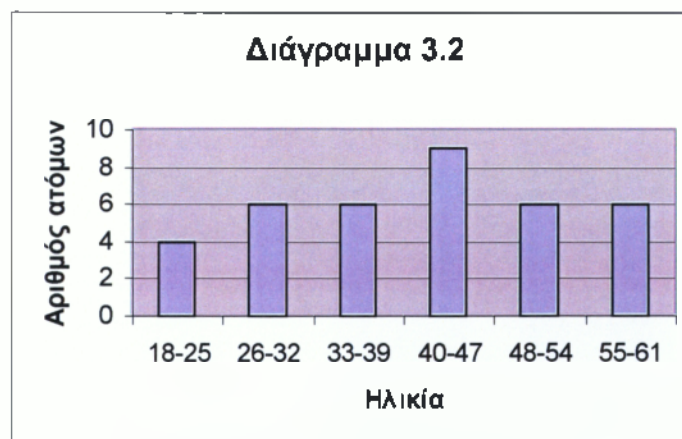
## Ηλικία

Το δείγμα μας αποτελείται από οδηγούς διαφόρων ηλικιών. Ένα 10% του δείγματος μας είναι 18-25 ετών, το 15% από 26-32 ετών, ένα 15% από 33-39 ετών, το 23% από 40-47 ετών, το 15% από 48-54 ετών, το 15% από 55-61 ετών και ένα 8% από 61 ετών και άνω.

**Πίνακας 3.2** Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ
18-25	4
26-32	6
33-39	6
40-47	9
48-54	6
55-61	6
61 και άνω	3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος



**Διάγραμμα 3.2** Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά ηλικία

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος

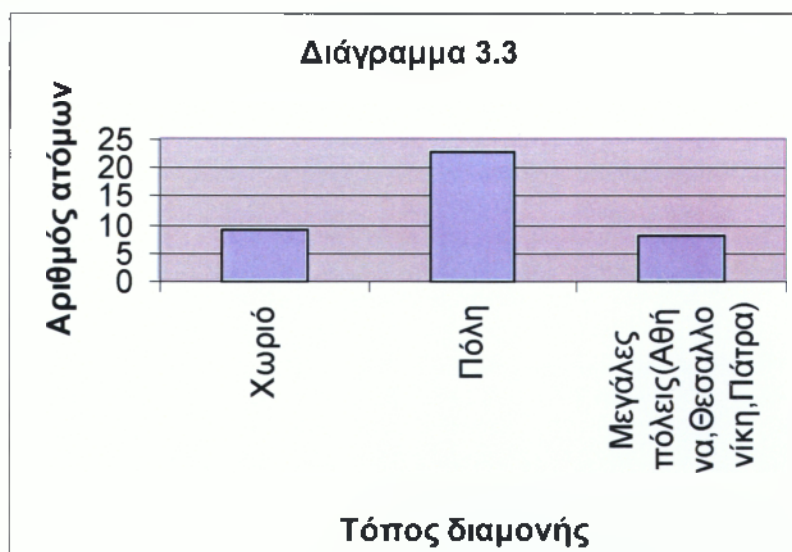
## Τόπος διαμονής

Οι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες οδηγούς που απάντησαν στην έρευνα μας (58%) διαμένουν σε πόλη, το 23% σε χωριά και ένα 20% σε κάποια μεγάλη πόλη.

Πίνακας 3.3 Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά Τόπο Διαμονής

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Χωριό	9	23%
Πόλη	23	58%
Μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα)	8	20%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.3 Κατανομή δείγματος ερωτηθέντων οδηγών, ανά τόπο διαμονής

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος

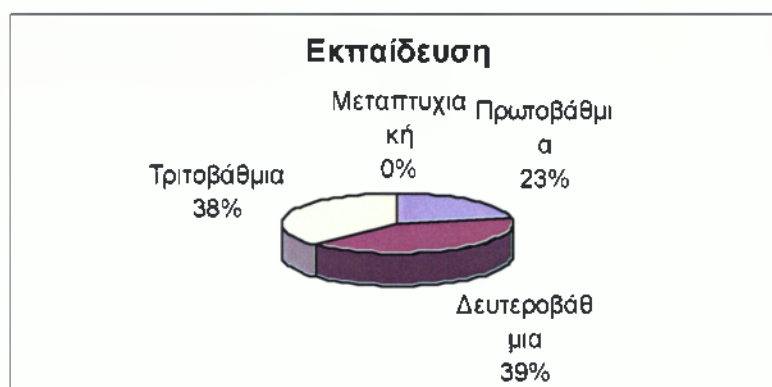
## Εκπαίδευση

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων οδηγών που απάντησαν στην έρευνα μας (39%) έχουν τελειώσει Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 38% Τριτοβάθμια. Υποχρεωτική εκπαίδευση έχει τελειώσει το 23%, ενώ κανείς δεν έχει Μεταπτυχιακή εκπαίδευση (0%).

Πίνακας 3.4 Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων οδηγών

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πρωτοβάθμια	23%
Δευτεροβάθμια	49%
Τριτοβάθμια	38%
Μεταπτυχιακή	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.4 Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων οδηγών

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δείγματος

### 3.1.2.1.1 Αποτελέσματα της έρευνας για την ενημέρωση των οδηγών

Τα βασικά ζητήματα που επιδιώξαμε να προσεγγίσουμε με το ερωτηματολόγιο προς τους οδηγούς, είναι τα παρακάτω:

- ✓ Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικό ατύχημα / Είδος ευθύνης του οδηγού.
- ✓ Ενέργειες που ακολουθούνται από τους οδηγούς σε περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλης.
- ✓ Λόγοι που δεν αποτρέπουν οι έλεγχοι της τροχαίας την οδήγηση, μετά από κατανάλωση αλκοόλης.
- ✓ Επίπεδο γνώσεων των οδηγών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα.
- ✓ Βαθμός επίδρασης φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης.
- ✓ Λήψη φαρμακευτικής αγωγής / Ενημέρωση για επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης / Πηγή ενημέρωσης.
- ✓ Βαθμός επίδρασης της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοόλης και φαρμακευτικών ουσιών στην οδήγηση.

• **Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικό ατύχημα / Είδος ευθύνης του οδηγού.**

Το 83% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είτε οι ίδιοι, είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχει εμπλακεί σε αυτοκινητιστικό ατύχημα (πίνακας 3.5) και το 55% των οδηγών είχε ευθύνη για το ατύχημα, λόγω κατανάλωσης αλκοόλης (πίνακας 3.6).

**Πίνακας 3.5:** Εμπλοκή του δείγματος των οδηγών ή μελών των οικογενειών τους σε αυτοκινητιστικό ατύχημα

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>ΝΑΙ</b>	33	83%
<b>ΌΧΙ</b>	7	18%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων

Από προσωπικές συνεντεύξεις με τα άτομα του δείγματος (συμπληρωματικές ερωτήσεις προφορικές, παράλληλα με το έντυπο ερωτηματολόγιο), διαπιστώσαμε ότι οι άντρες είναι κυρίως αυτοί που χρησιμοποιούν το όχημα τους ή τα οχήματά τους σε καθημερινή βάση και ότι οι περισσότεροι ενεπλάκησαν σε ατύχημα πάνω από μια φορά. Επίσης, από στατιστικές μελέτες και έρευνες<sup>38</sup> έχει παρατηρηθεί ότι το καλοκαίρι είναι εποχή με τη μεγαλύτερη συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας εντοπίζουν ως κυριότερη αιτία - ευθύνη (55%) των οδηγών που έχουν εμπλακεί σε ατύχημα την κατανάλωση αλκοόλης. Ακολουθεί η απάντηση «Άλλη αιτία» (33%), η οποία περιλαμβάνει είτε παραβίαση ερυθρού σηματοδότη (σε μεγάλο ποσοστό), είτε υπερβολική ταχύτητα, παραβίαση STOP, ολισθηρότητα οδοστρώματος ή βλάβη του οχήματος. Τέλος, στην οδήγηση υπό την επήρεια φαρμακευτικών ουσιών αποδίδεται σε ποσοστό 12%, η αιτία πρόκλησης ατυχημάτων.

**Πίνακας 3.6:** Η αιτία (ευθύνη του/της οδηγού) που προκάλεσε το ατύχημα, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες

	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>Είχε καταναλώσει αλκοόλη (κρασί, ποτό)</b>	18	55%
<b>Ήταν υπό την επήρεια φαρμακευτικών ουσιών</b>	4	12%
<b>Άλλη αιτία</b>	11	33%
<b>Δεν γνωρίζω</b>	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	33	100%

**ΠΗΓΗ:** Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων.



- **Ενέργειες που ακολουθούνται από τους οδηγούς σε περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλης**

Το 43% των οδηγών του δείγματος μας απάντησε ότι όταν έχει καταναλώσει αλκοολούχο ποτό δεν οδηγεί καθόλου. Το 30% δηλώνει ότι περιμένει μόνο μία με δύο ώρες να περάσει η επίδραση του ποτού και ύστερα οδηγεί. Υπήρξαν βέβαια και εκείνοι που απάντησαν ότι δεν αισθάνονται την επίδραση του ποτού και έτσι οδηγούν (20%). Να σχολιάσουμε ότι σε προηγούμενο τμήμα αυτής της εργασίας έχουμε συμπεράνει πως εάν κάποιος έχει πει δεν πρέπει να οδηγήσει, όσο ικανός και αν αισθάνεται, δεδομένου ότι η υποκειμενική αίσθηση ικανότητας εξαπατά. Επίσης, σχετικά με τη συνήθεια κάποιων να τρώνε κάτι ή να πίνουν έναν καφέ κι έπειτα να οδηγούν (8%), ότι δεν υπάρχει αντίδοτο για να εξουδετερωθεί η κακή επίδραση της αλκοόλης στην ικανότητα οδήγησης.

**Πίνακας 3.7:** Ενέργειες που ακολουθούνται από τους ερωτηθέντες οδηγούς σε περίπτωση κατανάλωσης αλκοόλης

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Περιμένω μία με δύο ώρες να περάσει η επίδραση του ποτού και ύστερα οδηγώ	12	30%
Πιστεύω ότι δεν με επηρεάζει το ποτό και οδηγώ	8	20%
Τρώω κάτι ή πίνω έναν καφέ και οδηγώ	3	8%
Δεν οδηγώ. Επιλέγω άλλο τρόπο για τη μεταφορά μου	17	43%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων.

- **Λόγοι για τους οποίους οι έλεγχοι της τροχαίας δεν αποτρέπουν την οδήγηση, μετά από κατανάλωση αλκοόλης**

Η παρουσία και τα μέτρα της τροχαίας, παρά το γεγονός ότι συνεχώς αυξάνονται και είναι πιο αυστηρά, δεν εμφανίζονται ικανά στο να αποτρέψουν τους οδηγούς

από το να μην οδηγήσουν το όχημα τους, μετά από κατανάλωση αλκοόλης. Το 55% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η πιθανότητα να ελεγχθεί είναι μικρή. Το 33% μας απάντησε ότι έχει τον τρόπο να αποφεύγει την επιβολή κυρώσεων, είτε γιατί διαθέτει κάποια γνωριμία με θέση εξουσίας, είτε λόγω προβεβλημένης κοινωνικής θέσης. Ένα 8% των οδηγών, κυρίως νέοι, θέλει να διακινδυνεύει. Αυτό είναι φυσικό, αφού τα νεαρά άτομα εμφανίζουν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από μικρότερο βαθμό αποστροφής του κινδύνου. Το 5% των ερωτηθέντων του δείγματός μας απάντησε ότι οι κυρώσεις που επιβάλλονται δεν είναι ικανές να τους αποτρέψουν.

**Πίνακας 3.8:** Έλεγχοι τροχαίας / Λόγοι για τους οποίους οι έλεγχοι της τροχαίας δεν αποτρέπουν την οδήγηση, μετά από κατανάλωση αλκοόλης

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Η πιθανότητα να ελεγχθείτε είναι μικρή	22	55%
Οι κυρώσεις που επιβάλλονται δεν είναι ικανές να σας αποτρέψουν	2	5%
Έχετε τον τρόπο να αποφεύγετε την επιβολή κυρώσεων	13	33%
Σας αρέσει να διακινδυνεύετε	3	8%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων

• **Επίπεδο γνώσεων των οδηγών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα**

Στην πιο κρίσιμη ερώτηση της κατηγορίας αυτής, αν δηλαδή γνωρίζουν οι οδηγοί το επιτρεπόμενο όριο κατανάλωσης αλκοόλης, το 40% απάντησε σωστά, ότι δηλαδή το όριο είναι 0,25 γραμμάρια ανά λίτρο εμπνεόμενου αέρα. Αυτοί που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν (23%) ή απάντησαν λάθος (38%) αποτελούν αθροιστικά την πλειοψηφία. Τα αποτελέσματα είναι αποθαρρυντικά. Άτομα που ασκούν το επάγγελμα του οδηγού ή οδηγούν πολλά χρόνια, έπρεπε να γνωρίζουν το επιτρεπτό όριο κατανάλωσης αλκοόλης από τους οδηγούς.

**Πίνακας 3.9:** Επίπεδο γνώσεων των οδηγών σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>0 gr/lt</b>	0	0%
<b>1 gr/lt</b>	0	0%
<b>0,5 gr/lt</b>	15	38%
<b>0,25 gr/lt</b>	16	40%
<b>Δεν γνωρίζω</b>	9	23%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων

• **Βαθμός επίδρασης φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης**

Όπου μελετήθηκε η επίδραση τους σε τροχαία ατυχήματα, τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά. Όπως είδαμε σε προηγούμενο τμήμα αυτής της εργασίας, Κάθε φάρμακο μπορεί να εμφανίσει σε ορισμένα άτομα ανεπιθύμητες ενέργειες, που δεν περιγράφονται στις κλασικές του ιδιότητες. Επιπλέον, κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια μπορεί να επηρεάσει την οδήγηση. Θέσαμε σχετική ερώτηση στα άτομα του δείγματος, τους οδηγούς, και προέκυψε ότι στη σχετική τους πλειοψηφία (65%) πιστεύουν ότι η επίδραση των φαρμάκων είναι μεγάλη. Πολύ μεγάλη δηλώνει το 23%, μέτρια το 13%, ενώ μικρή ή καθόλου δηλώνει ουδείς.

**Πίνακας 3.10:** Βαθμός επίδρασης φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης.

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>Καθόλου</b>	0	0%
<b>Μικρό</b>	0	0%
<b>Μέτριο</b>	5	13%
<b>Μεγάλο</b>	26	65%
<b>Πολύ μεγάλο</b>	9	23%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων.

• **Λήψη φαρμακευτικής αγωγής / Ενημέρωση για επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης / Πηγή ενημέρωσης**

Όπως προέκυψε από την επεξεργασία των απαντήσεων του δείγματος, το 80% των ερωτηθέντων οδηγών έχει ακολουθήσει στο παρελθόν ή ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή, ενώ μόλις το 20% απάντησε αρνητικά. Από αυτούς που έχουν ακολουθήσει κάποια φαρμακευτική αγωγή, μόλις το 47% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί για τις επιδράσεις των φαρμάκων που έχει λάβει. Αυτό έγινε είτε από προειδοποιήσεις του γιατρού, είτε απευθύνοντας οι ίδιοι σχετικές ερωτήσεις στο γιατρό τους. Το 53% δεν είχε καμία ενημέρωση, γεγονός που πρέπει να μας προβληματίζει, γνωρίζοντας τις επικίνδυνες επιπτώσεις των φαρμάκων. Ένας επιπλέον κίνδυνος για τα άτομα αυτά είναι το ότι χρησιμοποιούν φάρμακα από προηγούμενες θεραπείες, χωρίς να ερωτηθεί εκ νέου ο γιατρός. Το 73% των οδηγών δηλώνει ότι ενημερώθηκε από γιατρούς, το 20% από φαρμακοποιούς και ένα 7% ενημερώθηκε από άτομο του περιβάλλοντός του. Να επισημανθεί εδώ ότι, όπως προκύπτει από προσωπικές μας εμπειρίες, παρότι τα φάρμακα στη χώρα μας υποχρεωτικά χορηγούνται μόνο με συνταγή γιατρού, πλην ελαχίστων σκευασμάτων, ο περιορισμός αυτός δεν τηρείται αυστηρά.

**Πίνακας 3.11:** Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει ακολουθήσει κάποια φαρμακευτική αγωγή

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	32	80%
<b>ΌΧΙ</b>	8	20%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	100%

**ΠΗΓΗ:** Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων.

**Πίνακας 3.12:** Ενημερωμένοι οδηγοί για τις επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθούν, στην ικανότητα οδήγησης

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>ΝΑΙ</b>	15	47%
<b>ΌΧΙ</b>	17	53%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	32	100%

ΠΗΓΗ: ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

**Πίνακας 3.13:** Πηγή ενημέρωσης των ερωτηθέντων οδηγών για τις επιπτώσεις των φαρμάκων που λαμβάνουν

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>Ο γιατρός</b>	11	73%
<b>Ο φαρμακοποιός</b>	3	20%
<b>Άτομο του περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι)</b>	1	7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	15	100%

ΠΗΓΗ: ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

• **Βαθμός επίδρασης της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοόλης και φαρμακευτικών ουσιών στην ικανότητα οδήγησης**

Όπως επισημάνθηκε σε προηγούμενη ενότητα της παρούσας εργασίας, η αλκοόλη μπορεί να εντείνει τις δράσεις ενός φαρμάκου κατά πολύ και να τις κάνει επικίνδυνες, όπως επίσης και το φάρμακο μπορεί να ενισχύσει επικίνδυνα τις δράσεις ακόμα και μικρής ποσότητας αλκοόλης. Αυτό φαίνεται ότι το γνωρίζουν καλά οι οδηγοί του δείγματός μας, αφού το 60% δήλωσε ότι η ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοόλης και φαρμάκων επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ικανότητα οδήγησης, το 40% δήλωσε σε μεγάλο βαθμό, ενώ καθόλου, σε μικρό ή σε μέτριο βαθμό απάντησε ουδείς.

Αξιολογώντας το σύνολο των σχετικών απαντήσεων καταλήγουμε στο εξής: οι οδηγοί στην πλειοψηφία τους φαίνεται να γνωρίζουν γενικά για κινδύνους, δεν αντιλαμβάνονται όμως τις πραγματικές τους διαστάσεις.

**Πίνακας 3.14:** Βαθμός επίδρασης της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοόλης και φαρμακευτικών ουσιών στην ικανότητα οδήγησης

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>Καθόλου</b>	0	0%
<b>Μικρό</b>	0	0%
<b>Μέτριο</b>	0	0%
<b>Μεγάλο</b>	16	40%
<b>Πολύ μεγάλο</b>	24	60%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	40	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων

### 3.1.2.2 Γιατροί

Οι ερωτηθέντες επιλέχθηκαν τυχαία από τηλεφωνικούς καταλόγους. Εργάζονται όλοι ως ιδιώτες ιατροί σε ιδιωτικά τους ιατρεία και ασκούν διαφορετικές ειδικότητες.

#### 3.1.2.2.1 Αποτελέσματα έρευνας για τις πρακτικές ενημέρωσης των ασθενών από τους γιατρούς

Τα βασικά ζητήματα, που επιδιώξαμε να προσεγγίσουμε με το ερωτηματολόγιο μας προς τους γιατρούς, είναι τα παρακάτω:

- ✓ Επίδραση αλκοόλης στη μείωση της ικανότητας οδήγησης/  
Παράγοντες που ενισχύουν την αρνητική της δράση
- ✓ Επίπεδο γνώσεων των γιατρών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα

- ✓ Επιδράσεις φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης
  - ✓ Λόγοι που δεν επιτρέπουν την ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων ή παραλλήλων φαρμακευτικών αγωγών
  - ✓ Ενημέρωση των γιατρών για το επάγγελμα των ασθενών τους/ Χορήγηση ιατρικών σημειωμάτων απαλλαγής σε επαγγελματίες οδηγούς, λόγω χορήγησης φαρμάκων
  - ✓ Ολιγοήμερη αποχή από την οδήγηση / Περιπτώσεις εφαρμογής
  - ✓ Απαραίτητες συμβουλές προς ασθενείς/ Ορθή κρίση των οδηγών, όσον αφορά τις οδηγικές τους ικανότητες
- **Επίδραση αλκοόλης στη μείωση της ικανότητας οδήγησης/ Παράγοντες που ενισχύουν την αρνητική της δράση**

Το δείγμα των γιατρών της έρευνά μας φαίνεται να γνωρίζει καλά τις επιπτώσεις της αλκοόλης στην οδήγηση. Έτσι το 100% απάντησε ότι δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει τον χρόνο αντίδρασης, ότι μειώνει την ικανότητα όρασης, δημιουργεί κενά προσοχής και επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις. Όμως, μόνο το 40% απάντησε ότι η αλκοόλη δημιουργεί συναισθήματα ευφορίας, πράγμα επικίνδυνο, αφού οι οδηγοί στις περιπτώσεις αυτές υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους και υποεκτιμούν τους κινδύνους. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο τμήμα της εργασίας μας, οι παραπάνω επιδράσεις της αλκοόλης είναι δυνατόν να εμφανισθούν και μετά από λήψη μικρών ποσοτήτων αλκοόλης. Ακόμη και με ένα μπουκάλι μπύρας υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παρουσιαστεί μείωση της ικανότητας οδήγησης, που γίνεται μοιραία εάν απαιτηθεί άμεση αντίδραση εκ μέρους του οδηγού.

Υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν δυσμενώς την επίδραση ακόμα και μικρής ποσότητας αλκοόλης. Από αυτούς τους παράγοντες, οι γιατροί του δείγματος μας, εντοπίζουν ως κυρίαρχους με ποσοστό 100% τη σωματική κόπωση και τα φάρμακα, με 85% τη μεγάλη ζέστη - ήλιο, με 80% την κακή

διάθεση - εκνευρισμό και παρατηρούμε ότι το 45% των γιατρών θεωρεί την ηλικία ως παράγοντα που ενισχύει την αλκοόλη στην αρνητική της δράση. Εμείς έχουμε να επισημάνουμε, βασιζόμενοι σε έρευνες<sup>39</sup>, ότι οι νεαρές ηλικίες επηρεάζονται στην ικανότητα οδήγησης με αρκετά χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα. Γεγονός που φαίνεται να υποεκτιμούν οι γιατροί.

**Πίνακας 3.15.** Επίδραση αλκοόλης στη μείωση της ικανότητας οδήγησης

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει τον χρόνο αντίδρασης,	20	100%	20
Μειώνει την ικανότητα όρασης	20	100%	20
Δημιουργεί κενά προσοχής	20	100%	20
Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις	20	100%	20
Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας	8	40%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

**Πίνακας 3.16.** Παράγοντες που ενισχύουν την αρνητική δράση της αλκοόλης στην οδήγηση

	ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Σωματική κόπωση	20	100%	20
Μεγάλη ζέστη-ήλιος	17	85%	20
Ηλικία	9	45%	20
Κακή διάθεση, εκνευρισμός	16	80%	20
Φάρμακα	20	100%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

<sup>39</sup> Έρευνα SARTRE 3



- **Γνώση των γιατρών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα**

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι το νόμιμο όριο κατανάλωσης αλκοόλης για την Ελλάδα γνωρίζει μόνο το 45% των γιατρών. Ένα ποσοστό 45% απάντησε λανθασμένα, ενώ υπήρχαν κάποιοι που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν. Τα αποτελέσματα αυτά μας δημιουργούν ερωτηματικά στο κατά πόσο οι γιατροί μπορούν να ενημερώσουν σωστά και να προφυλάξουν τους ασθενείς οδηγούς.

**Πίνακας 3.17:** Γνώση των γιατρών, σχετικά με το όριο κατανάλωσης αλκοόλης στην Ελλάδα

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>0 gr/lt</b>	0	0%
<b>1 gr/lt</b>	0	0%
<b>0,5 gr/lt</b>	9	45%
<b>0,25 gr/lt</b>	9	45%
<b>Δεν γνωρίζω</b>	2	10%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	20	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία απαντήσεων

- **Επιδράσεις φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης.**

Η επίδραση των φαρμάκων μπορεί να είναι πολλαπλή. Οι εταιρείες δεν αναφέρουν αρκετές φορές όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων τους και υπάρχουν υποψίες ότι όταν τις αναφέρουν τις υποβιβάζουν σε σημασία<sup>40</sup>. Από την έρευνα μας προέκυψε ότι όλοι οι γιατροί του δείγματός μας (100%) επισήμαναν την αρνητική δράση των φαρμάκων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και στα αισθητήρια όργανα. Επίσης, όλοι συμφώνησαν (100%) ότι δημιουργούν υπνηλία ή/και καταστολή. Ότι τα φάρμακα ενοχλούν την όραση και την ακοή, το επεσήμανε το 85% των γιατρών και μόλις το 40% θεώρησε σημαντικές τις ψυχικές διαταραχές που δημιουργούνται. Το 50% των ερωτηθέντων συμφώνησε, με τη σκόπιμη λανθασμένη επιλογή στο ερωτηματολόγιο, ότι τα φάρμακα μειώνουν το χρόνο αντίδρασης, ενώ το ορθό είναι ότι τα φάρμακα αυξάνουν το χρόνο αντίδρασης.

<sup>40</sup> Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1993), <<Βλάβες από φάρμακα>>, Πανεπιστημιακή έκδοση, Αθήνα, σελ 20, 27

Αξιολογώντας το λάθος αυτό προκύπτουν ερωτηματικά για την πληρότητα των γνώσεων των γιατρών, στα σχετικά θέματα.

**Πίνακας 3.18** Επιδράσεις φαρμάκων στην ικανότητα οδήγησης

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>Ενοχλούν την όραση και την ακοή</b>	17	85%	20
<b>Δρουν αρνητικά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και στα αισθητήρια όργανα</b>	20	100%	20
<b>Μειώνουν το χρόνο αντίδρασης</b>	10	50%	20
<b>Δημιουργούν ψυχικές διαταραχές</b>	8	40%	20
<b>Δημιουργούν υπνηλία και ή καταστολή</b>	20	100%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

- **Λόγοι που δεν επιτρέπουν την ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων ή παραλλήλων φαρμακευτικών αγωγών**

Οι απόψεις των ερωτηθέντων γιατρών, σχετικά με τους λόγους που δεν επιτρέπουν την ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων ή παραλλήλων φαρμακευτικών αγωγών, παρουσιάζονται παρακάτω (πίνακας 3.19):

**Πίνακας 3.19** Λόγοι αποφυγής της ταυτόχρονης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων ή παραλλήλων φαρμακευτικών αγωγών

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>Εμφανίζονται νέες ανεπιθύμητες ενέργειες</b>	20	100%	20
<b>Ενισχύονται γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες</b>	20	100%	20
<b>Αυξάνεται η δράση ενός ή δύο φαρμάκων</b>	2	10%	20
<b>Μειώνεται η δράση ενός ή και των δύο φαρμάκων</b>	18	90%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

Το 100% των ερωτηθέντων του δείγματός μας, τονίζουν ως βασικούς λόγους την εμφάνιση νέων ανεπιθύμητων ενεργειών και την ενίσχυση γνωστών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το 90% υποστηρίζει ότι σε ταυτόχρονη κατανάλωση φαρμάκων μειώνεται η δράση ενός ή και των δύο, ενώ μόνο 10% υποστηρίζει το αντίθετο. Είναι και τα δύο εξίσου σημαντικά. Αυτό το φαινόμενο οι φαρμακολόγοι το ονομάζουν «αλληλεπιδράσεις φαρμάκων<sup>41</sup>» και έχει μεγάλη σημασία για την ασφάλεια οποιασδήποτε φαρμακοθεραπείας.

- **Ενημέρωση των γιατρών για το επάγγελμα των ασθενών τους / Χορήγηση ιατρικών σημειωμάτων απαλλαγής σε επαγγελματίες οδηγούς, λόγω χορήγησης φαρμάκων**

Οι γιατροί έχουν υποχρέωση και νομική ευθύνη να επισημαίνουν τους κινδύνους στους ασθενείς τους. Εξυπακούεται ότι οφείλουν να γνωρίζουν την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών τους, γεγονός με το οποίο συμφωνεί το 75% του δείγματός μας, ενώ το 25% δηλώνει ότι το αμελεί. Οι ερωτήσεις και οι προειδοποιήσεις αυτές έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε περιπτώσεις επαγγελματιών οδηγών, στους οποίους οι γιατροί πρέπει να χορηγούν κανονική άδεια, κατά τη διάρκεια λήψης του φαρμάκου. Από τους γιατρούς του δείγματός μας που γνωρίζουν το επάγγελμα των ασθενών τους, το 73% χορηγεί ιατρικό σημείωμα απαλλαγής.

**Πίνακας 3.20:** Ενημέρωση, σχετικά με το επάγγελμα των ασθενών τους, των ερωτηθέντων γιατρών

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	15	75%
<b>ΟΧΙ</b>	5	25%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	20	100%

**ΠΗΓΗ:** Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

<sup>41</sup> Παπαδόπουλος Ι. Στ., (1993), <<Βλάβες από φάρμακα>>, Πανεπιστημιακή έκδοση, Αθήνα, σελ 30-32

**Πίνακας 3.21:** Χορήγηση ιατρικών σημειωμάτων απαλλαγής σε επαγγελματίες οδηγούς, λόγω φαρμακευτικής αγωγής

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	11	73%	15
<b>ΟΧΙ</b>	4	27%	15

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

• **Ολιγοήμερη αποχή από την οδήγηση / Περιπτώσεις εφαρμογής**

Εάν δεν είναι δυνατό να διακοπεί η οδήγηση για όλο το διάστημα χορήγησης του φαρμάκου, προτείνεται ολιγοήμερη αποχή από την οδήγηση, σε κάθε έναρξη φαρμακοθεραπείας από το 100% των γιατρών του δείγματός μας, σε κάθε αλλαγή δοσολογίας από το 90% και σε περίπτωση διακοπής της λήψης οποιουδήποτε φαρμάκου μόνο από το 30%. Ποσοστά πολύ μικρά, αφού έχει καταγραφεί από ειδικούς<sup>42</sup>, πως φάρμακο που χρησιμοποιεί ο ασθενής για κανένα λόγο δεν πρέπει να διακοπεί, χωρίς να ερωτηθεί ο γιατρός. Θα πρέπει αμέσως να πάψει να οδηγεί. Επίσης, αποχή από την οδήγηση τουλάχιστον αρχικά, όταν ταυτόχρονα χορηγηθεί και κάποιο άλλο φάρμακο, έστω και σχετικά "αθώο" ως προς την οδήγηση, συνιστά το 100% των ερωτηθέντων, διότι οι δυνητικές δυναμικές αλληλεπιδράσεις είναι συχνά απρόβλεπτες.

**Πίνακας 3.22:** Ανάγκη ολιγοήμερης αποχής από την οδήγηση κατά την άποψη του δείγματος των γιατρών

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
<b>ΝΑΙ</b>	20	100%
<b>ΟΧΙ</b>	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	20	100%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

<sup>42</sup> Παπαδόπουλος Ι. Στ., (1999), <<Κοινωνική Φαρμακολογία>>, Έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, σελ 18-20

**Πίνακας 3.23:** Περιπτώσεις που προτείνεται ολιγοήμερη αποχή από την οδήγηση, κατά την άποψη του δείγματος των γιατρών

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>Σε κάθε έναρξη φαρμακοθεραπείας</b>	20	100%	20
<b>Σε κάθε αλλαγή δοσολογίας</b>	18	90%	20
<b>Σε κάθε διακοπή της λήψης</b>	6	30%	20
<b>Όταν ταυτόχρονα χορηγηθεί και κάποιο άλλο φάρμακο.</b>	20	100%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

- **Απαραίτητες συμβουλές προς ασθενείς / Ορθή κρίση των οδηγών, όσον αφορά τις οδηγικές τους ικανότητες**

Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και να ακολουθούν τις συμβουλές των γιατρών. Το 100% των ερωτηθέντων του δείγματος μας συμβουλεύει τους ασθενείς να μην μεταβάλλουν αυτοβούλως τη δόση του φαρμάκου, να μην καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, να ειδοποιούν τον γιατρό τους για κάθε σύμπτωμα και να είναι προσεκτικοί στην αρχή κάθε θεραπείας. Μόνο το 80% συμβουλεύει να μην παίρνουν άλλα φάρμακα, ενώ έχουμε επισημάνει από προηγούμενη έρευνα μας ότι η ταυτόχρονη χορήγηση φαρμάκων είναι εξαιρετικά επικίνδυνη. Τέλος, από ιατρική άποψη, όταν κάποιος βρίσκεται κάτω από την επήρεια αλκοόλης ή φαρμάκων δεν επιτρέπεται να οδηγή. Γεγονός που οι οδηγοί, σύμφωνα με τη γνώμη των γιατρών τους δείγματος μας, φαίνονται να το αντιλαμβάνονται σε μικρό (85%) ή μέτριο (15%) βαθμό.

**Πίνακας 3.24:** Απαραίτητες συμβουλές προς ασθενείς όταν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες γιατρούς

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
Να μην μεταβάλλουν αυτοβούλως την δόση του φαρμάκου	20	100%	20
Να μην παίρνουν άλλα φάρμακα συγχρόνως	16	80%	20
Να μην καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά,	20	100%	20
Να ειδοποιούν τον γιατρό τους για κάθε σύμπτωμα	20	100%	20
Να είναι προσεκτικοί στην αρχή κάθε θεραπείας.	20	100%	20

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

**Πίνακας 3.25:** Βαθμός αντίληψης από τους οδηγούς των οδηγικών τους ικανοτήτων, κατά τη γνώμη του δείγματος των ερωτηθέντων γιατρών

	<b>ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Καθόλου	0	0%
Μικρό	17	85%
μέτριο	3	15%
Μεγάλο	0	0%
Πολύ Μεγάλο	0	0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα. Επεξεργασία δεδομένων

## ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

#### 4.1 Βασικά συμπεράσματα για την ενημέρωση των οδηγών από την κατανάλωση αλκοόλης και φαρμάκων κατά την οδήγηση

Στο παρόν τμήμα θα αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας για την ενημέρωση των οδηγών, σχετικά με τη σχέση χρήσης ουσιών και οδήγησης. Από την αξιολόγηση αυτή θα προκύψουν προτάσεις πολιτικής προς τους αρμόδιους φορείς, που θα παρουσιαστούν στο αμέσως επόμενο τμήμα 4.2.

##### 4.1.1 Συμπεράσματα της έρευνας για την ενημέρωση των οδηγών

Διαπιστώσαμε από την έρευνά μας πως σε ότι αφορά την εμπλοκή του δείγματος σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει υπάρξει θύμα τροχαίου. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τις στατιστικές, αλλά και από έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς<sup>43</sup> και που αναφέρουν ότι το ποσοστό συμμετοχής σε ένα τροχαίο είναι αρκετά υψηλό. Αυτό, όμως, που παρατηρήσαμε και επαληθεύσαμε μέσα από τις συνεντεύξεις, είναι το γεγονός ότι οι άντρες φαίνονται να είναι πιο «επιρρεπείς» στα τροχαία ατυχήματα.

Απ' αυτούς που υπήρξαν θύμα τροχαίου ατυχήματος θελήσαμε να μάθουμε την αιτία ή τις αιτίες που οδήγησαν τους οδηγούς στο να προκαλέσουν ατύχημα. Στα αποτελέσματά μας, είδαμε ότι η κατανάλωση αλκοόλης είναι η πρώτη αιτία, ενώ στην κατανάλωση φαρμάκων οφείλεται ένα σημαντικό ποσοστό. Σε ό,τι αφορά αντίστοιχες έρευνες και στατιστικές της Ελλάδας και του εξωτερικού<sup>44</sup>, πρώτη αιτία πρόκλησης τροχαίου είναι η υπερβολική ταχύτητα. Η διαφορά μπορεί να εξηγείται από το γεγονός ότι το δείγμα μας δεν είναι αρκετά μεγάλο.

Εκείνα τα σημεία στα οποία σταθήκαμε ιδιαίτερα, είναι αυτά που αφορούν τη γνώμη των οδηγών για το βαθμό επιρροής της αλκοόλης στην οδήγηση και τη

<sup>43</sup> Έρευνα SARTRE 3

<sup>44</sup> Ίδια έρευνα

συμπεριφορά των ίδιων απέναντι στις καταστάσεις που αφορούν το ποτό. Αυτό που μας έκανε εντύπωση είναι ότι μόνο το 43% δήλωσε ότι όταν πίνει δεν οδηγεί. Οι υπόλοιποι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι είτε το ποτό δεν τους επηρεάζει ή ότι έχουν τον τρόπο να συνέλθουν από την επίδρασή του. Βέβαια, μας προβλημάτισε το γεγονός ότι οι περισσότεροι οδηγοί δεν ήξεραν ή απάντησαν λάθος στο όριο κατανάλωσης αλκοόλης για τους οδηγούς στην Ελλάδα. Η αλήθεια είναι ότι πολλοί, αφού μας απάντησαν αβέβαιοι στην ερώτηση αυτή, ζήτησαν να μάθουν πιο είναι το όριο. Όταν τους είπαμε το σωστό (0,25gr/lit) μας απάντησαν ότι δεν το ήξεραν. Από αυτό καταλάβαμε γιατί οι έλεγχοι της τροχαίας δεν τους αποτρέπουν από την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, καθώς στους περισσότερους από αυτούς δεν έχει γίνει ποτέ αλκοτέστ, ή βρίσκουν διάφορους τρόπους αποφυγής αυτών.

Συμπεράνουμε δηλαδή ότι ενώ οι οδηγοί είναι συνειδητοποιημένοι για τους κινδύνους στην οδήγηση υπό την επήρεια ποτού, δεν τροποποιούν τη σχετική συμπεριφορά τους, διότι δεν αναγνωρίζουν άμεσα το κόστος της και δεν θεωρούν ότι θα έχουν κάποιο κόστος από επιβολή ποινών.

Επιπλέον, θελήσαμε να μάθουμε πόσοι οδηγοί έχουν ακολουθήσει κάποια φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, ρωτήσαμε πόσοι από αυτούς είναι ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις των φαρμάκων στην οδήγηση και με ποιόν τρόπο ενημερώθηκαν. Όπως αναμενόταν, 4 στους 5 έχουν λάβει φάρμακα και από αυτούς ούτε οι μισοί δεν γνώριζαν για τις σοβαρές τους επιπτώσεις στην οδήγηση. Πρέπει να σημειωθεί το εξής: όταν μια θεραπευτική ουσία δημιουργεί ανεπιθύμητες ενέργειες που ταλαιπωρούν τον ασθενή, όπως π.χ. πόνο στο στομάχι, ναυτία, ευκοιλιότητα κλπ, τότε μειώνεται η ικανότητα οδήγησης, ανεξάρτητα του είδους των ανεπιθύμητων ενεργειών, δηλαδή αν αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες κατατάσσονται σε αυτές που μειώνουν την ικανότητα οδήγησης.

Θετικό είναι πάντως το συμπέρασμα ότι η πρώτη πηγή ενημέρωσης είναι οι γιατροί, οι οποίοι φροντίζουν να συμβουλεύουν τους ασθενείς οδηγούς, να τους εξηγούν τους κινδύνους και να τους τονίζουν τον μεγάλο βαθμό αρνητικής επίδρασης των φαρμάκων στην οδηγική τους ικανότητα.



#### 4.1.2 Συμπεράσματα της έρευνας για τις πρακτικές ενημέρωσης των ασθενών από τους γιατρούς

Ως κυρίαρχο πρόβλημα των γιατρών εντοπίσαμε την ελλιπή τους ενημέρωση πάνω σε βασικά ζητήματα, που αφορούν τη σχέση χρήσης ουσιών και οδήγησης (αρκετοί δεν γνώριζαν το όριο κατανάλωσης αλκοόλης από οδηγό στην Ελλάδα). Επίσης, χρειάζεται τακτική ανανέωση των γνώσεων τους πάνω στα ζητήματα που αφορούν τις επιπτώσεις των φαρμάκων και της αλκοόλης στους ασθενείς, αλλά και γνώση των παραγόντων που ενισχύουν αυτές τις επιπτώσεις. Τέλος, θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τον κάθε ασθενή ξεχωριστά και να φροντίζουν για την κατάλληλη ενημέρωσή του, ανάλογα με τις ανάγκες του (επάγγελμα, είδος πάθησης κ.λ.π.), εκτιμώντας οι ίδιοι την κατάσταση, ανεξάρτητα νόμων και διατάξεων.

Ο γιατρός έχει νομική ευθύνη για τις συνέπειες, στην περίπτωση που δεν έχει ενημερώσει κατάλληλα τον ασθενή. Συνιστάται η ενημέρωση παρουσία άλλου και πάντα με εγγραφή στο ιστορικό του ασθενούς. Αυτό ισχύει τόσο για το ιδιωτικό ιατρείο, όσο και για το νοσοκομείο. Εφόσον ο ασθενής είναι επαγγελματίας οδηγός θα πρέπει να δοθεί επίσημη άδεια ανικανότητας εργασίας για όλο το διάστημα λήψης του φαρμάκου, κάτι που συνήθως δεν συμβαίνει, σύμφωνα με την έρευνά μας, από ένα μεγάλο ποσοστό των γιατρών.

Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητη η χορήγηση ενός φαρμάκου και ο γιατρός διαπιστώσει ότι το φάρμακο αυτό μπορεί να μειώσει την ικανότητα οδήγησης, είναι υποχρεωμένος δεοντολογικά και νομικά να συμβουλευσει τον ασθενή. Εάν το φάρμακο χορηγηθεί για βραχύ χρονικό διάστημα, τότε σύμφωνα με τους γιατρούς, το καλύτερο είναι ο ασθενής να απέχει από την οδήγηση για το διάστημα αυτό. Ωστόσο, ορισμένα φάρμακα δίνονται για μακροχρόνια θεραπεία και είναι δύσκολο ο ασθενής να απέχει δια βίου από την οδήγηση. Εάν δεν είναι δυνατόν να διακοπεί η οδήγηση για όλο το διάστημα χορήγησης του φαρμάκου, οι γιατροί προτείνουν ολιγοήμερη αποχή (σε κάθε έναρξη φαρμακοθεραπείας ή αλλαγής δοσολογίας). Επίσης, προτείνουν αποχή από την οδήγηση, τουλάχιστον αρχικά, όταν ταυτόχρονα χορηγηθεί και κάποιο άλλο φάρμακο, έστω και σχετικά «αθώο» ως προς την οδήγηση, διότι οι δυνητικές δυναμικές αλληλεπιδράσεις είναι συχνά

απρόβλεπτες. Σε περίπτωση διακοπής της λήψης, διαπιστώσαμε ότι ένα σχετικά μικρό ποσοστό γιατρών ενημερώνει τους ασθενείς για τις επιπτώσεις και τους συμβουλεύει ολιγοήμερη αποχή. Αυτό είναι μεγάλο λάθος, αν ληφθεί υπόψη ότι ορισμένα φάρμακα έχουν μεγάλο χρόνο μέσης ζωής και οι επιδράσεις τους μπορεί να παραταθούν μία με δύο μέρες και μετά τη διακοπή της λήψης τους.

Οι γιατροί επισημαίνουν τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς, ώστε να είναι σε θέση να τις αναγνωρίζουν μόνοι τους στον εαυτό τους. Βέβαια, οι επισημάνσεις θα πρέπει να γίνονται σε γλώσσα και ύφος κατανοητά από τον ασθενή, πράγμα που δεν κάνει η πλειοψηφία των γιατρών.

Ακόμα και οι μικρές ποσότητες αλκοόλης στο αίμα, τονίζουν οι γιατροί, ποσότητες πολύ πιο κάτω από τα νομοθετημένα όρια (τα οποία σημειωτέον δεν γνωρίζει ένα μεγάλο ποσοστό αυτών), αρκούν για να επιφέρουν βαρύτατη κλινική συμπτωματολογία. Άλλωστε, πέρα από τα νομικά όρια, η σύγχρονη ιατρική αντίληψη θέτει το όριο ασφαλείας για το αλκοόλ, με ή χωρίς άλλα φάρμακα. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να λαμβάνουν κανένα άλλο φάρμακο επιπλέον, χωρίς να ειδοποιήσουν και πριν πάρουν την άδεια του γιατρού τους.

Όσον αφορά το βαθμό στον οποίο οι οδηγοί αντιλαμβάνονται αν είναι ικανοί να οδηγήσουν, οι γιατροί καταλήγουν με συντριπτική πλειοψηφία στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ μικρός. Γνωρίζουν πως ο άρρωστος δεν θα λάβει υπόψη τους πιθανούς κινδύνους, αν δεν του εξηγηθούν με σαφήνεια και χωρίς λανθασμένα συναισθήματα συμπόνιας και επιπτώσεων. Παρά τις προσπάθειές τους αυτές όμως, οι γιατροί τονίζουν ότι δεν εφαρμόζονται οι συστάσεις τους και οι ασθενείς λειτουργούν λανθασμένα.

#### **4.2 Προτάσεις πολιτικής για πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων, που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλης και τη χρήση φαρμάκων**

Στο τμήμα αυτό της εργασίας μας θα συνοψίσουμε προτάσεις που έχουν γίνει κατά καιρούς από διάφορους φορείς και την ορθότητα των οποίων διαπιστώσαμε από την έρευνά μας.

#### 4.2.1 Αλκοόλη και οδήγηση

Έχει προταθεί να γίνονται περισσότερα αλκοτέστ και οι ποινές σε σχετικές παραβάσεις να γίνουν αυστηρότερες. Εμείς συμπεράναμε πως μέσω των ελέγχων αυτών αρκεί να διαμορφωθεί η εντύπωση στους οδηγούς πως η πιθανότητα να συλληφθούν και να τιμωρηθούν είναι απλά πολύ υψηλή. Η πεποίθηση αυτή, κατά τη γνώμη μας, είναι αρκετή για να τροποποιήσει ατομικές συμπεριφορές, χωρίς να αυξηθεί η αυστηρότητα των ποινών, το αντίθετο. Κατόπιν συζητήσεων που είχαμε με αστυνομικά όργανα που διενεργούν τους ελέγχους, διαπιστώσαμε ότι, αν και δεν ομολογείται ευθέως, οι πολύ αυστηρές ποινές «κάμπτουν» την αυστηρότητα των ελέγχων. Με άλλα λόγια, τα αστυνομικά όργανα περιορίζονται σε συστάσεις και προειδοποιήσεις, σε ρυθμό ανάλογο με την αυστηρότητα των ποινών, οι οποίες όμως δεν επαρκούν για να «εσωτερικευθεί» το κόστος των επικίνδυνων για την οδική ασφάλεια ενεργειών από τους οδηγούς, όπως προβλέπει η οικονομική θεωρία, βάσει της οποίας θεσπίστηκε η επιβολή ποινών.

Πολλοί ισχυρίζονται ότι τα νεαρά άτομα χαρακτηρίζονται από χαμηλότερη αποστροφή ως προς τον κίνδυνο, σε σύγκριση με ενήλικες, που σημαίνει ότι η επιβολή ποινών δεν είναι συχνά αποτελεσματική μέθοδος «εσωτερίκευσης» του κόστους, στην ομάδα αυτή του πληθυσμού, όπου καταγράφονται και τα περισσότερα οδικά ατυχήματα. Για το λόγο αυτό εφαρμόζονται μέτρα που εμποδίζουν την πρόσβαση νεαρών ατόμων σε προϊόντα οινοπνεύματος, τα οποία όμως έχει καταγραφεί ότι έχουν χαλαρώσει τα τελευταία χρόνια. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί να γίνουν αυστηρότερες οι ποινές που θα επιβάλλονται στους πωλητές προϊόντων αλκοόλης σε ανήλικους. Εμείς θεωρούμε ότι η ανωτέρω πολιτική πρέπει απαραίτητα να συνοδευτεί από τακτικότερους ελέγχους και επιβολή των ποινών, σε εφαρμογή των μέτρων, διαφορετικά το κίνητρο για τους παραβάτες είναι πολύ υψηλό, λόγω των υψηλών κερδών των επιχειρήσεων αυτών.

Πολλοί έχουν εκφράσει την εμπιστοσύνη τους στο ρόλο που μπορούν να παίξουν στο σχετικό πρόβλημα οι υπάλληλοι καταστημάτων εστίασης και πώλησης οινοπνευματωδών ποτών. Αν οι επαγγελματίες αυτοί πληροφορηθούν για τις συνέπειες της αλκοόλης στην οδήγηση και εκπαιδευτούν κατάλληλα, μπορούν να

επηρεάσουν τους πελάτες τους και να προληφθεί η οδήγηση από άτομα που έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά ή να προωθούνται ποτά μη αλκοολούχα (π.χ. μπύρα χωρίς αλκοόλη). Οι εταιρίες παραγωγής και προώθησης μη αλκοολούχων ποτών, ίσως έχουν κίνητρο να ευαισθητοποιήσουν και να εκπαιδεύσουν το προσωπικό αυτό, περιλαμβάνοντας οδηγίες σε φυλλάδια προώθησης των προϊόντων τους. Εμείς θέλουμε να επισημάνουμε ότι το μέτρο αυτό μπορεί να λειτουργεί συμπληρωματικά των λοιπών, δεδομένου ότι η κινητικότητα των εργαζομένων στον επαγγελματικό αυτό χώρο είναι πολύ μεγάλη και αρκετοί απασχολούνται ευκαιριακά (φοιτητές, εποχικοί κλπ.).

Για την πληροφόρηση των οδηγών, όπως και των πωλητών οινοπνευματωδών ποτών, πρέπει να διαμορφωθούν περισσότερες πηγές σχετικής ενημέρωσης. Οι ιατρικοί σύλλογοι έχουν εκφράσει κατά καιρούς την επιθυμία τους να συνεισφέρουν προς αυτή την κατεύθυνση και εδώ απαιτείται η ανάληψη συντονιστικών πρωτοβουλιών από το Υπουργείο Υγείας. Αν και έχουμε μια επιφύλαξη για το κατά πόσο το Υπουργείο Υγείας, όπως είναι σήμερα διαρθρωμένο, μπορεί να παίξει αυτό το ρόλο, εμείς προτείνουμε ότι για να φθάσει η πληροφόρηση σε νεαρά άτομα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μέσα που τα προσεγγίζουν, όπως διαφημίσεις, αφίσες και Video clips.

#### *4.2.2 Φάρμακα και οδήγηση*

Από την έρευνά μας καταγράφηκε μη ικανοποιητικός βαθμός πληροφόρησης των οδηγών και των γιατρών, σχετικά με τη μείωση της ικανότητας οδήγησης από οδηγούς που ακολουθούν θεραπευτική αγωγή με φάρμακα. Θεωρούμε λοιπόν απαραίτητο να αναληφθούν πρωτοβουλίες ενημέρωσης. Μια πρωτοβουλία του Υπουργείου Μεταφορών για τους υποψήφιους οδηγούς, θα μπορούσε να σχετίζεται με την εκπαίδευσή τους, ώστε να περιλαμβάνει ειδικό τμήμα για τις αιτίες που μπορούν να μειώσουν την ικανότητα οδήγησης. Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκου (Ε.Ο.Φ.) θα μπορούσε να εντείνει τους ελέγχους και να επιβάλλει αυστηρές ποινές, ώστε οι φαρμακευτικές εταιρίες να ενημερώνουν στο «φύλλο οδηγιών χρήσης» κάθε φαρμάκου όλες τις επιδράσεις του στην ικανότητα οδήγησης και τις αλληλεπιδράσεις του με άλλα φάρμακα και ουσίες. Επειδή εκτιμούμε την αποτελεσματικότητα του Ε.Ο.Φ. σε τέτοιου είδους ελέγχους σχετικά

χαμηλή, προτείνουμε ενισχυτικά οι ιατρικοί σύλλογοι να εγκαινιάσουν μηχανισμούς ενημέρωσης των μελών τους από διεθνή βιβλιογραφία.

Τα μέτρα που επιδιώκουν τη μείωση της πολυφαρμακίας και τον περιορισμό της πώλησης φαρμάκων χωρίς συνταγή, έχουν εφαρμογή και στο πρόβλημα που εξετάζουμε εδώ. Ενισχυτικά των μέτρων αυτών προτείνουμε την ανάληψη πρωτοβουλιών από τους συλλόγους φαρμακοποιών, για την ευαισθητοποίηση των μελών τους, ώστε στο χώρο του φαρμακείου να απευθύνονται προειδοποιήσεις προς τους πελάτες οδηγούς, όταν διαπιστώνεται ότι η σχετική ενημέρωσή τους είναι μη επαρκής.

Σε σχετικό τμήμα της εργασίας μας επισημάνθηκε ότι οδηγοί που ακολουθούν μακροχρόνιες θεραπευτικές αγωγές, δεν είναι εύκολο να αποφεύγουν πάντα την οδήγηση ενώ έχουν λάβει τα φάρμακά τους. Ο υποστηρικτικός ρόλος των συγγενών είναι πολύτιμος εδώ. Προτείνουμε οι γιατροί να ευαισθητοποιηθούν με πρωτοβουλία των ιατρικών συλλόγων, ώστε να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο για την ενημέρωση των συγγενών τέτοιων ασθενών, με σκοπό την στενότερη παρακολούθηση και υποστήριξη των κατηγοριών αυτών ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Ελληνική βιβλιογραφία**

Γούλα, Α., (1998). «Γενικές Αρχές Μεθοδολογίας Έρευνας», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ 38-47.

Εθνικό Συνταγολόγιο, (1996). Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα.

Εθνικό Συνταγολόγιο, (1997, 2000), Εκδόσεις ΕΟΦ, Αθήνα

Καλαϊτζή, Χ. και Κοκκώση, Μ., (2005), «Αλκοόλ: κατάχρηση και εξάρτηση», Ιατρικές Εκδόσεις Π..Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ. 19-24.

Καραντζούλης, Β., Γρηγόρη Τ., Στάθη Μ., Τσιαβός Β., και Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1998), «Φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα οδήγησης», 24<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 1998.Μέρος της ομιλίας αναφέρεται στο φυλλάδιο του Παπαδόπουλου, Ι. Στ., (2001) <<Επικοινωνία 2, διαλέξτε αλκοόλ/φάρμακα ή οδήγηση>>, έκδοση ΤΥΠΑΤΕ, Αθήνα.

Καρβουντζής, Γ., Τριχόπουλος, Δ., Τριχοπούλου, Α., (1998). «Αλκοόλ και Αλκοολισμός, στην Προληπτική Ιατρική», εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, σελ 38-47.

Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1989), «Μία σοβαρή αλλά αποσιωπούμενη αιτία ατυχημάτων». Περ. «4 Τροχοί», (Οκτώβριος), Αθήνα, σελ 20-21.

Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1991α), «Ή πίνουμε ή οδηγούμε», Περ. «4 Τροχοί», (Ιούνιος), Αθήνα, σελ 38-39.

Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1991β), «Το πρώτο επιστημονικό "Alcotest" στην Ελλάδα. Οδήγηση κάτω από την επίδραση αλκοολούχων ποτών», Περ. «4 Τροχοί», (Ιούνιος), Αθήνα, σελ. 45-60.

Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1993), «Βλάβες από φάρμακα», Πανεπιστημιακή έκδοση, Αθήνα, σελ 10-15, 20-27, 30-32.

**Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (1999), «Κοινωνική Φαρμακολογία»,** έκδοση Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, σελ 18-20.

**Παρασκευόπουλος, Λ., (2004), «Κανονιστική ανάλυση δημοσίων προγραμμάτων»,** Διδακτικές Σημειώσεις για το μάθημα Δημόσια Οικονομική Ι, Τμήμα Δ.Μ.Υ.Π. ΤΕΙ Καλαμάτας, σελ. 14-18 κεφ. 2

**Πετρίδου, Ε. και Τριχόπουλος, Δ., (1998), «Το εθνικό πρόβλημα της Ελλάδας: Τροχαία ατυχήματα»,** Περ. Παιδιατρική, τεύχος 61, Αθήνα, σελ. 31-36.

**Ποταμιανός, Γ., (1991), «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ»,** εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ 35-40.

**Σώκου, Κ., (1993), «Κατανάλωση οινόπνεύματος και οδικό ατύχημα: Στάσεις και συμπεριφορές Εφήβων-Αναπηρίες»,** ΕΦΗΒΕΙΑ, Πρακτικά Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ 12-18, 20-22.

**Σώκου, Κ., Ραΐση-Βολανάκη, Τ., Μασσανιώτης, Ν. και Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, (1994), «Οδηγός Αγωγής και προαγωγής της υγείας: Πρότυπο πρόγραμμα 'Αλκοόλ και ατυχήματα',** εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 57-59, 64-65, 71-74, 85-86 και 93.

**Σώκου, Κ., (1994), <<Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία>>, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα, σελ 11,18-19,20-21,24,28,30.**

**Παπαδόπουλος, Ι. Στ., (2001), <<Φάρμακα και Οδήγηση>>,** έκδοση ΤΥΠΑΤΕ, Αθήνα, σελ 11, σελ 22-23.

**Έρευνα SARTRE 3: μέρος της αναφέρεται στην πτυχιακή των Βαρσάμη, Ν., Κομίνη, Ν., (2005), <<Τροχαία ατυχήματα – Αξιολόγηση Στατιστικών Δεδομένων>>, σελ 49-72.**

- Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

**ADAC, Motorwelt, (1996)**, <<Mit Pillen auf der Spur>>, ADAC Verlag, Muenchen, p. 13.

**Anderson, R., (1984)**, <<An Overview in European Monographs in Health Education>>, Health Promotion, Research 6, Scottish Health Education Group, Edinburgh, p. 17, 28.

**Antonovsky, A., (1981)**, <<Health Stress and Coping>>, Jossey Bass, N.Y., p. 15.

**Dubos, R., (1961)**, <<Mirage of Health>>, Anchor Garden City, N.Y., p. 32.

**Jahrbuch, Sucht., (2000)**, <<Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.>>, NEULAND, Geesthacht, p. 24.

**Moeller, MR, et al, (1979)**, <<Nachweis von Medikamenten bei verkehrsauffaeligen Verkehrsteilnehmern>>, Jahrestagung Dtsch. Ges. f. Verkehrsmed, Koeln, p. 24.

**Parsons, T., (1951)**, <<The Social System>>, Free Press, Chicago, p. 28, 40, 42, 48-49.

**The Health Policy for Europe, (1992)**, <<Targets for Health for All>>, World Health Organization, Copenhagen, p. 13-14, 17, 20-21.

**WHO, (1991)**, <<Wege zur Bewaeltigung von Alkoholproblem>>, Geneve, p. 30.

- Άρθρα σε Ηλεκτρονικά Περιοδικά - Πληροφορίες από το Διαδίκτυο

**ΑΝΩΝΥΜΟΣ, (2003)**, «Τεχνολογία και αυτοκίνητο», περ. Ασφάλεια και Αυτοκίνητο: (Ηλεκτρονική έκδοση), θεματική ενότητα: θέσεις και απόψεις, (πρόσβαση 12/05/2005) <http://www.wav.gr/print.php?sid=379&f.sid.379&article2349>



Γ. Α., (2002), «Οδική Ασφάλεια», περ. ΑΥΤΟ: (Ηλεκτρονική έκδοση), θεματική ενότητα: οδική ασφάλεια, (πρόσβαση 07/04/2005) <http://library.techlink.gr/4t/artickle-main.asp?nav=1&issue=2968&artickle=7589>

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ, (Υ.Π.Μ.Ε.),** Τροχαία ατυχήματα, (πρόσβαση 06/04/2005) <http://www.ypme.gr./arthralanatolia.gr.htm>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

	Σελ.
Ερωτηματολόγιο προς οδηγούς .....	ii
Ερωτηματολόγιο προς γιατρούς .....	iv

## «Ερωτηματολόγιο προς οδηγούς»

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1)ΦΥΛΟ:  Αντρας  Γυναίκα

2)ΗΛΙΚΙΑ:  18-25  26-32  33-39  40-47  48-54  55-61  
 61 και άνω

#### 3)ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

Χωριό  Πόλη  Μεγάλες πόλεις(Αθήνα,Θεσσαλονίκη,Πάτρα)

4)ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:  Πρωτοβάθμια  
 Δευτεροβάθμια  
 Τριτοβάθμια  
 Μεταπτυχιακή

---

#### 5) ΕΧΕΤΕ ΕΜΠΛΑΚΕΙ ΠΟΤΕ ΕΣΕΙΣ Η ΚΑΠΟΙΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΣΕ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### 6)ΑΝ ΝΑΙ, ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΕΙΧΕ ΕΥΘΥΝΗ Ο/Η ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑΤΙ:

- Είχε καταναλώσει αλκοόλη (κρασί, ποτό)
- Ήταν υπό την επήρεια φαρμακευτικών ουσιών
- Άλλη αιτία
- Δεν γνωρίζω

#### 7)ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΕΙ ΑΛΚΟΟΛΗ(ΚΡΑΣΙ Ή ΠΟΤΟ) ΤΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ;

- Περιμένω μία με δύο ώρες να περάσει η επίδραση του ποτού και ύστερα οδηγώ
- Πιστεύω ότι δεν με επηρεάζει το ποτό και οδηγώ
- Τρώω κάτι ή πίνω έναν καφέ και οδηγώ
- Δεν οδηγώ. Επιλέγω άλλο τρόπο για τη μεταφορά μου

**8)ΑΝ ΟΔΗΓΕΙΤΕ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΤΗΣ ΤΡΟΧΑΙΑΣ ΔΕΝ ΣΑΣ ΑΠΟΤΡΕΠΟΥΝ ΔΙΟΤΙ:**

- Η πιθανότητα να ελεγχθείτε είναι μικρή
- Οι κυρώσεις που επιβάλλονται δεν είναι ικανές να σας αποτρέψουν
- Έχετε τον τρόπο να αποφεύγετε την επιβολή κυρώσεων
- Σας αρέσει να διακινδυνεύετε

**9)ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΑΠΟ ΟΔΗΓΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;**

- 0 gr/ lt
- 1 gr/ lt
- 0,5 gr/ lt
- 0,25 gr/ lt
- Δεν γνωρίζω

**10)ΣΕ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ;**

- Καθόλου
- Μικρό
- Μέτριο
- Μεγάλο
- Πολύ μεγάλο

**11)ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;**

- ΝΑΙ  ΟΧΙ

**12)ΑΝ ΝΑΙ, ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΑΝ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ;**

- ΝΑΙ  ΟΧΙ

**13)ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΑΣ;**

- Ο γιατρός μου
- Ο φαρμακοποιός μου
- Άτομο του περιβάλλοντός μου(οικογένεια, φίλοι)

**14)ΣΕ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ;**

- Καθόλου
- Μικρό
- Μέτριο
- Μεγάλο
- Πολύ μεγάλο

## «Ερωτηματολόγιο προς γιατρούς»

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΔΗΓΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

#### 1) ΠΩΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΛΚΟΟΛΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ;

- Δημιουργεί κόπωση, υπνηλία και αυξάνει το χρόνο αντίδρασης
- Μειώνει την ικανότητα όρασης
- Δημιουργεί κενά προσοχής
- Δημιουργεί επικίνδυνες καταστάσεις σε προϋπάρχουσες παθήσεις
- Δημιουργεί συναίσθημα ευφορίας

#### 2) ΠΟΙΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΗΝ Ο ΔΗΓΗΣΗ;

- Σωματική κόπωση
- Μεγάλη ζέστη – ήλιος
- Ηλικία
- Κακή διάθεση, εκνευρισμός
- Φάρμακα

#### 3) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΑΠΟ ΟΔΗΓΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

- 0 gr/ lt
- 1 gr/ lt
- 0,5 gr/ lt
- 0,25 gr/ lt
- Δεν γνωρίζω

#### 4) ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ;

- Ενοχλούν την όραση και την ακοή
- Δρουν αρνητικά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και στα αισθητήρια όργανα
- Μειώνουν το χρόνο αντίδρασης
- Δημιουργούν ψυχικές διαταραχές
- Δημιουργούν υπνηλία και/ή καταστολή

#### 5) ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ Η ΝΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΟΥΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΑ ΠΟΤΑ;

- Εμφανίζονται νέες ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ενισχύονται γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Αυξάνεται η δράση ενός ή και των δύο φαρμάκων
- Μειώνεται η δράση ενός ή και των δύο φαρμάκων

**6) ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΑΣ;**

- ΝΑΙ                       ΟΧΙ

**7) ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΟΔΗΓΟΥΣ ΧΟΡΗΓΕΙΤΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ;**

- ΝΑΙ                       ΟΧΙ

**8) ΑΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΔΙΑΚΟΠΕΙ Η ΟΔΗΓΗΣΗ ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ ΟΛΙΓΟΗΜΕΡΗ ΑΠΟΧΗ;**

- ΝΑΙ                       ΟΧΙ

**9) ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ;**

- Σε κάθε έναρξη φαρμακοθεραπείας
- Σε κάθε αλλαγή δοσολογίας
- Σε κάθε διακοπή της λήψης
- Όταν ταυτόχρονα χορηγηθεί και κάποιο άλλο φάρμακο

**10) ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΕΤΕ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ;**

- Να μην μεταβάλλουν αυτοβούλως τη δόση του φαρμάκου
- Να μην παίρνουν άλλα φάρμακα συγχρόνως
- Να μην χρησιμοποιούν αλκοολούχα ποτά
- Να ειδοποιούν το γιατρό τους για κάθε σύμπτωμα
- Να είναι προσεχτικοί στην αρχή κάθε θεραπείας

**11) ΣΕ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΔΗΓΟΙ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ, ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ;**

- Καθόλου
- Μικρό
- Μέτριο
- Μεγάλο
- Πολύ μεγάλο