



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ναρκωτικά, ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη και στην
απεξάρτηση»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΚΑΤΣΟΥΛΙΔΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :

ΜΑΤΣΟΥΛΗ ΛΕΥΚΟΘΕΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025

Περίληψη

Εισαγωγή: Η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ένα ζήτημα το οποίο απασχολεί εδώ και πολλές δεκαετίες μεγάλη μερίδα κόσμου και λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις στους νέους και τους εφήβους. Η πρόληψη είναι ζωτικής σημασίας ενώ η επιτυχής και αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να είναι το κλειδί για την εξάλειψη της υγειονομικής αυτής κατάστασης.

Σκοπός της μελέτης: Στην παρούσα εργασία αρχικά στόχος είναι η μελέτη όρων και εννοιών που σχετίζονται με την εξάρτηση, οι παράγοντες κινδύνου που έχουν συσχετιστεί με την εγκατάσταση του εθισμού και στο τέλος να διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και τη θεραπεία.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας τα τελευταία δέκα έτη.

Αποτελέσματα: Η ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών είναι ολοένα και μειούμενη με το πρόβλημα να είναι πλέον ένα ζήτημα που απασχολεί έντονα τη σχολική κοινότητα και την κοινωνία. Η συνεχής πολιτιστική και οικονομική κρίση, τα λανθασμένα πρότυπα και η οικογένεια των ατόμων σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την έναρξη και τη χρήση ουσιών. Η πρόληψη και η θεραπεία είναι υψίστης σημασίας με το νοσηλευτή να είναι ο κρίκος σε όλους τους τομείς που εμπλέκονται.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτής είναι ζωτικής σημασίας στην πρόληψη, την ευαισθητοποίηση, και την θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου και μπορεί να εμπλακεί ισχυρά τόσο στην προαγωγή της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: εξαρτησιογόνες ουσίες, πρόληψη, θεραπεία, εξάρτηση, ρόλος νοσηλευτή

Abstract

Background: The use and abuse of addictive substances is an issue that has been of concern to a large part of the world for many decades and is taking on increasingly greater dimensions among young people and adolescents. Prevention is vital, while successful and effective treatment can be the key to eliminating this health condition.

Aim of the study: In this study, the initial objective is to study terms and concepts related to addiction, the risk factors that have been associated with the establishment of addiction and finally to investigate the role of the nurse in prevention and treatment.

Methodology: This study is a bibliographic review of Greek and international literature over the last ten years.

Results: The age of onset of substance use is increasingly decreasing, with the problem now being an issue that strongly concerns the school community and society. The ongoing cultural and economic crisis, the wrong role models and the family of individuals combined with personality characteristics constitute strong risk factors for the initiation and use of substances. Prevention and treatment are of paramount importance with the nurse being the link in all areas involved.

Conclusions: The nurse is vital in the prevention, awareness, and treatment of the addicted individual and can be strongly involved in the promotion of both physical and mental health.

Keywords: addictive substances, prevention, treatment, addiction, nurse role

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή	8
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εξαρτησιογόνες ουσίες-Γενικά στοιχεία	9
1.1. Ορισμοί	9
1.2. Η φύση της εξάρτησης	10
1.3. Ιστορική αναδρομή	12
1.4. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών	15
1.4.1. Οπιοειδή.....	16
1.4.2. Κατασταλτικά του ΚΝΣ.....	18
1.4.3. Διεγερτικά του ΚΝΣ	18
1.4.4. Παραισθησιογόνες ουσίες.....	19
1.4.5. Παράγωγα κάνναβης.....	19
Κεφάλαιο 2 ^ο : Χρήση ουσιών στον πληθυσμό	20
2.1. Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών	20
2.2. Κλινική εικόνα ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	25
2.3. Αίτια και παράγοντες που οδηγούν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ..	26
2.4. Η κατάσταση στην Ελλάδα	32
Κεφάλαιο 3 ^ο : Πρόληψη και θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες	38
3.1. Πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών	38
3.2. Θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες	41
Κεφάλαιο 4 ^ο : Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την θεραπεία των εξαρτησιογόνων ουσιών.....	45
Συμπεράσματα.....	54
Βιβλιογραφία	56

Πίνακας περιεχομένων εικόνων

Εικόνα 1: Φυσιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση εξάρτησης σε ουσίες (2).	11
Εικόνα 2: Χάρτης καταγραφής της κατανάλωσης αλκοόλ (λίτρα κατά κεφαλήν). Φαίνεται ότι η Ευρώπη εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης ενώ η Μέση Ανατολή και η βόρεια Αφρική τα χαμηλότερα ποσοστά (18).	22
Εικόνα 3: Ποσοστά χρήσης καπνού. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ευρώπη και την Ανατολική Ασία ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στις Υποσαχάριες χώρες (18).	23
Εικόνα 4: Κατανομή πληθυσμού σχετικά με την κατανάλωση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στη Βόρεια Αμερική και τη Βόρεια και Ανατολική Ευρώπη, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Αφρική (18).	24
Εικόνα 5: Ποσοστό του πληθυσμού όπου έκαναν χρήση ενέσιμων εξαρτησιογόνων ουσιών παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στη Βόρεια Αμερική και τη Ρωσία ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ευρώπη (18).	24
Εικόνα 6: Στατιστικά στοιχεία σχετικά με το ποσοστό των Ελλήνων που καταναλώνουν στις τρεις πιο δημοφιλείς εξαρτησιογόνες ουσίες. Τα αποτελέσματα αποδίδονται στο γενικό πληθυσμό, στο φύλο και σε ηλικιακές ομάδες (36).	34
Εικόνα 7: Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από μαθητές ηλικίας 15-16 ετών στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, αναφέρεται, διαγραμματικά η τάση χρήσης αλκοόλ, κάνναβης και νικοτίνης στην πορεία των ετών (36).	36
Εικόνα 8: Μέσος όρος θανάτων ανά εκατομμύριο πληθυσμού στις χώρες της Ευρώπης. Στην κορυφή της λίστας είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και οι χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου (36).	37

Εισαγωγή

Ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές και ιατρικές επείγουσες καταστάσεις οι οποίες οδηγούν σε ανάγκη για φαρμακευτική περίθαλψη ακόμα και σε νοσηλεία, αποτελεί η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων είναι, επίσης, και ένας εξαιρετικά δαπανηρός δρόμος, με πολλές κοινωνικές προεκτάσεις, ο οποίος καλείται να ακολουθηθεί από την πολιτεία. Η χρήση των ουσιών που θα αναλυθούν στην παρούσα διπλωματική εργασία οδηγούν σε εξάρτηση, είτε αυτή είναι σωματική εξάρτηση, είτε είναι ψυχική εξάρτηση, η οποία δεν επιτρέπει την διακοπή της χρήσης της από το χρήστη αλλά αντίθετα οδηγεί σε αίσθημα συνεχούς αποζήτησης της ουσίας και σε αυξανόμενες δόσεις.

Η διαδικασία της απεξάρτησης είναι μια μακρόχρονη διαδικασία η οποία για να πραγματοποιηθεί επιτυχώς και σωστά πρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένο προσωπικό είτε σε κέντρα απεξάρτησης είτε σε νοσοκομειακά ιδρύματα και να ακολουθηθούν τα ειδικά διαμορφωμένα θεραπευτικά προγράμματα. Οι επαγγελματίες υγείας μέσω της διαπροσωπικής τους σχέσης και της συνεργασίας τους με τα άτομα που βρίσκονται στην απεξάρτηση διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχή ολοκλήρωση της διαδικασίας αυτής και στην επανένταξή τους στην κοινωνία.

Στην παρούσα εργασία θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση του προβλήματος των εξαρτησιογόνων ουσιών, θα αναλυθούν οι επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, τα αίτια που οδηγούν στην κατάχρηση και θα δοθεί έμφαση στο ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη αλλά και τη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων.

Πιο ειδικά, στο πρώτο κεφάλαιο, θα πραγματοποιηθεί αρχικά η αποσαφήνιση όρων για την καλύτερη κατανόηση του υπό ανάλυση θέματος, θα πραγματοποιηθεί ιστορική αναδρομή, θα παρατεθούν επιδημιολογικά και στατιστικά στοιχεία για τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών και θα αναλυθούν οι κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών. Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναλυθεί η κλινική εικόνα των εξαρτημένων ατόμων, θα γίνει καταγραφή των αιτιολογικών παραγόντων οι οποίοι οδηγούν σε κατάχρηση ουσιών και θα αναφερθεί η υφιστάμενη κατάσταση με το τι επικρατεί στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο, θα αναλυθούν οι τρόποι πρόληψης και θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων και τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναλυθεί ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία των ατόμων με προβλήματα εθισμού.

Κεφάλαιο 1^ο: Εξαρτησιογόνες ουσίες-Γενικά στοιχεία

1.1. Ορισμοί

Η κατανόηση βασικών εννοιών είναι η βασική αρχή για την πλήρη κατανόηση του προβλήματος του εθισμού των ουσιών και αποτελεί συχνά την επιτυχημένη αφετηρία για την οριοθέτηση του προβλήματος. Υπάρχει μια σειρά από ουσίες οι οποίες οδηγούν σε εξάρτηση, από τις οποίες άλλες έχουν κλινικό ρόλο και συχνά τυχαίνουν κατάχρησης ενώ άλλες ουσίες δεν έχουν θεραπευτικό ρόλο αλλά μελετώνται εξαιτίας της ευρέως κατανάλωσής τους από σημαντικά υψηλό αριθμό ατόμων γενικού πληθυσμού (Μαρσέλος, 1997).

Αρχικά, υπάρχει ανάγκη για αποσαφήνιση της έννοιας «*ναρκωτικά*», ο οποίος επί σειρά ετών, είχε επικρατήσει να περιγράψει όλες τις ουσίες που προκαλούν εθισμό. Πλέον, ο όρος, έχει περιθωριοποιηθεί, αφού προέρχεται από τη λέξη νάρκωση, όπου εννοιολογικά οδηγεί σε μια συγκεκριμένη ομάδα ουσιών οι οποίες οδηγούν σε καταστολή του νευρικού συστήματος, υπνηλία, χαλάρωση και όχι σε άλλες ουσίες οι οποίες προκαλούν, για παράδειγμα, διέγερση ή παραισθήσεις. Ο όρος έχει αντικατασταθεί από τον όρο «*εξαρτησιογόνες ουσίες*» που συγκαταλέγουν τις ουσίες οι οποίες οδηγούν σε εξάρτηση είτε με κατασταλτική δράση είτε με διεγερτική, ακόμα και ψυχοτρόπο δράση (Μαρσέλος, 1997).

Ο *εθισμός* έχει οριστεί με αρκετούς και διαφορετικούς τρόπους εξαιτίας διάφορων ειδικοτήτων οι οποίοι προσπαθούν να αποσαφηνίσουν την έννοιά του. Κατά γενική εικόνα, *εθισμός* ορίζεται ως μια πολύπλοκη κατάσταση υγείας η οποία συσχετίζει το σώμα και το μυαλό του ατόμου, και όπου το άτομο λαμβάνει χωρίς μέτρο μια ουσία σε τακτική βάση γνωρίζοντας ότι δεν μπορεί να ελέγξει την επιθυμία του για λήψη της ουσίας αυτής, αλλά δεν μπορεί ούτε να μετριάσει την επιθυμία του ούτε να την περιορίσει (Μαρσέλος, 1997). Ο εθισμός, γίνεται ακόμα πιο κατανοητός, αν συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι οι ουσίες αυτές ενεργοποιούν τα κέντρα ανταμοιβής στον εγκέφαλο και έτσι το άτομο απολαμβάνει τη χρήση τους και του προσφέρεται ικανοποίηση ενώ ταυτόχρονα, στο «*νέο κόσμο*» που δημιουργεί αποφεύγει δυσάρεστες καταστάσεις. Η έννοια του εθισμού, πιο σωστά, ερμηνεύεται και περικλείεται στην έννοια της *εξάρτησης*, η οποία εγκαθίσταται όταν το άτομο αντιληφθεί ότι η διαρκής χρήση μιας ουσίας με εξαρτησιογόνο δράση είναι αναγκαία ενώ η διακοπή της είναι

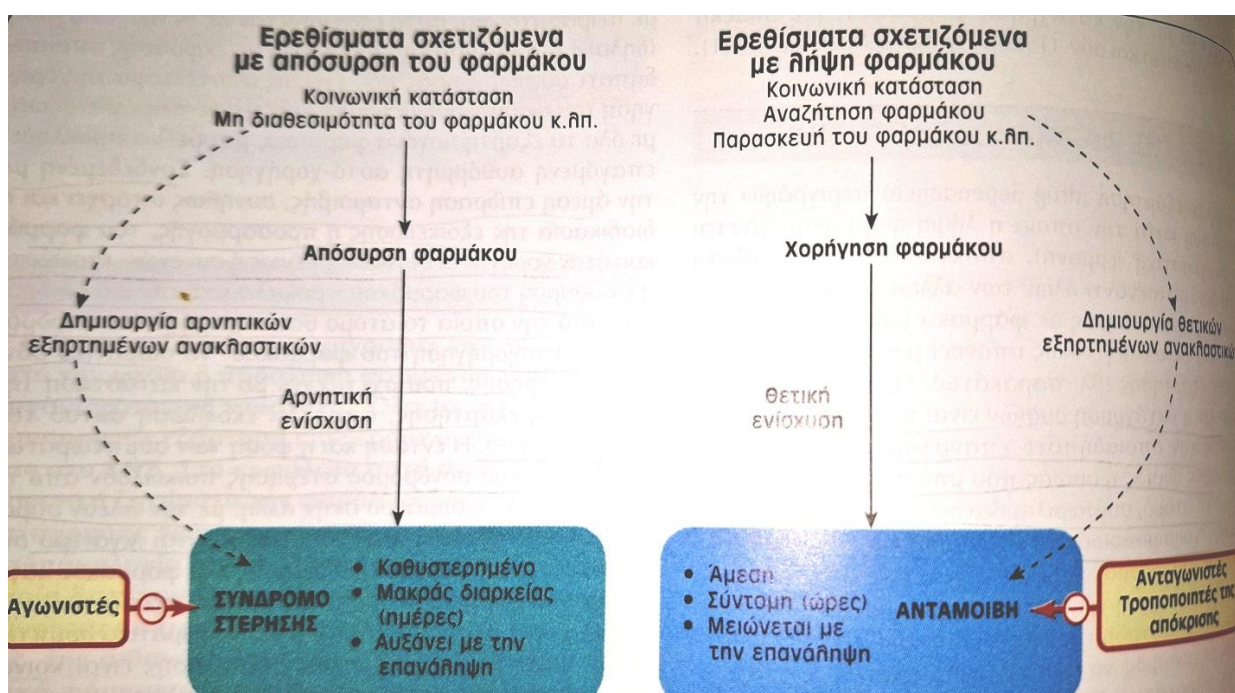
δυσχερής, επώδυνη ακόμα και αδύνατη. Από πολλούς, η εξάρτηση περιγράφεται ως μια σχέση «δουλίας» του ατόμου και της ουσίας, παρά την πλήρη κατανόηση του ατόμου για το τι προβλήματα του προκαλεί η ουσία. Μετά από ένα χρονικό διάστημα συνεχούς λήψης της ουσίας αυτής, το άτομο δεν είναι πλέον ικανοποιημένο με την ποσότητα που λαμβάνει αλλά ούτε από τη συχνότητα με την οποία λαμβάνει την ουσία επομένως οδηγείται σε *ανοχή* και *κατάχρηση*.

Η εξάρτηση μπορεί να διακριθεί σε ψυχολογική και σωματική (φυσική). Κατά την *ψυχολογική εξάρτηση*, σημειώνεται η επιθυμία συνεχούς χρήσης και κατάχρησης ουσιών, και συχνά η αύξηση της δόσης της ουσίας με στόχο την ευχαρίστηση ή την αποφυγή της δυσφορίας. Λόγω της φύσης της εξάρτησης, είναι μια αρκετά υποκειμενική μορφή εξάρτησης, η οποία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά και αντικειμενικά. Στον αντίποδα, η *σωματική εξάρτηση*, εκδηλώνεται με μια σειρά από σωματικά ή και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, τα οποία ομαδοποιούνται με τον όρο «*σύνδρομο στέρησης*» και εκδηλώνονται κάθε φορά που μειώνεται η ποσότητα της ουσίας που λαμβάνεται ή διακόπτεται και το άτομο εκδηλώνει μια σειρά από ανεξέλεγκτη επιθυμία επαναπρόσληψής της ή αύξησης της δόσης της. Η συμπτωματολογία των στερητικών συνδρόμων διαφέρει από το είδος της ουσίας, το χρόνο ημιζωής της ουσίας αλλά και το μεταβολισμό της. Πολλές κατηγορίες φαρμάκων, όπως αντιψυχωσικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα, έχουν την ιδιότητα ανάπτυξη συνδρόμου στέρησης αλλά δεν οδηγούν σε εξάρτηση αλλά σε αναπήδηση, ένας όρος που συχνά συγχέεται με την εξάρτηση.

1.2. Η φύση της εξάρτησης

Η εξάρτηση περιγράφει μια κατάσταση όπου η λήψη του φαρμάκου γίνεται με έναν ψυχαναγκαστικό, εμμονικό, τρόπο όπου οδηγεί το άτομο, στο γεγονός ότι η απόλυτη προτεραιότητά του, θα είναι η απόκτηση της ουσίας. Ο εθισμός, έχει εγκαταλειφθεί ως έννοια λόγω της αδυναμίας της να συμπεριλάβει την ψυχική εξάρτηση, και επικεντρώνεται μόνο στη σωματική εξάρτηση. Οι ουσίες που έχουν εξαρτησιογόνο δράση, προκαλούν τη *δράση ανταμοιβής*, η οποία οδηγεί σε θετική ενίσχυση συμπεριφορών, και επαγόμενη αυθόρμητη αυτό-χορήγηση της ουσίας. Μια ακόμα άμεση επίδραση είναι η διαδικασία εξοικείωσης ή προσαρμογής.

Όλες οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση, έχει φανεί ότι ενεργοποιούν την οδό ανταμοιβής, τη μεσομεταιχμιακή ντοπαμινεργική οδό, αυξάνοντας την απελευθέρωση της ντοπαμίνης ή αναστέλλοντας την επαναπρόσληψή της. Η ηδονική δράση των ουσιών αυτών, οφείλεται στην ενεργοποίηση της οδού αυτής και η διακοπή της ενεργοποίησης της οδού αυτής οδηγεί σε συμπεριφορές αναζήτησης επιβεβαιώνοντας ότι η οδός της ντοπαμίνης ευθύνεται για τα συμπτώματα ψυχικής εξάρτησης, αλλά δεν ευθύνεται για τη σωματική εξάρτηση που αναπτύσσεται σε κάποιες ομάδες ουσιών (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Φυσιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση εξάρτησης σε ουσίες (Rang, 2003).

Η πορεία της εξάρτησης περνά μέσα από τέσσερα στάδια μέχρι να δοθεί ο χαρακτηρισμός της συμπεριφοράς της εξάρτησης. Αρχικά, η χρήση της ουσίας γίνεται λόγω περιέργειας, το άτομο δοκιμάζει την ουσία, και συνήθως τα άτομα έχουν την επιθυμία να γνωρίσουν κάτι νέο και άγνωστο. Είναι το πιο καθοριστικό στάδιο και κατά κύριο λόγο εμφανίζεται η επιθυμία δοκιμής σε άτομα νεαρής ηλικίας όπου έχουν έντονα το αίσθημα της εξερεύνησης και της δραστηριότητας. Αρχικά, η χρήση μια ουσίας είναι «κοινωνικά αποδεκτή» αφού συνήθως γίνεται σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις. Εν συνεχεία, στο δεύτερο στάδιο της κατάχρησης, το άτομο οδηγείται σε

συστηματική χρήση της ουσίας. Στο στάδιο αυτό, το άτομο είναι σε θέση να καταλαβαίνει την κακή χρήση της ουσίας και προσπαθεί να σταματήσει και να επανέλθει στην προηγούμενη καθημερινότητα του χωρίς όμως να το καταφέρνει. Συχνά, τα άτομα καταλήγουν να ψάχνουν κάθε ευκαιρία για να κάνουν χρήση της ουσίας. Στο τρίτο στάδιο, ξεκινάει ο εθισμός, όπου το άτομο αρχίζει και χάνει τον έλεγχο του για ανάγκη χρήσης της ουσίας και ξεκινά η εμφάνιση των επιπτώσεων από τη χρήση ουσιών. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι σωματικές, κοινωνικές ή και ψυχολογικές. Στο τελευταίο στάδιο, εγκαθιδρύεται η εξάρτηση, όπου η χρήση ουσιών γίνεται σε χρόνια φάση και η χρήση πλέον είναι καθημερινή. Οι επιπτώσεις πλέον, σε κάθε στάδιο μεγιστοποιούνται. Στο στάδιο της εξάρτησης, εμφανίζονται και τα συμπτώματα στέρησης όπου οδηγούν το άτομο στην ανάγκη για την εκ νέου λήψη της ουσίας (Mainerova et al., 2015).

Η εξάρτηση, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, μπορεί να είναι σωματική και ψυχική. Στη σωματική εξάρτηση, εμφανίζονται διαφορετικά συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με την απόσυρση από την ουσία, και τα συμπτώματα αυτά διαφέρουν ανάλογα την ουσία που λαμβάνεται. Το σώμα, ουσιαστικά, «αντιδρά» στην έλλειψη της ουσίας. Η ψυχική εξάρτηση, σχετίζεται περισσότερο με την επιθυμία και την ανάγκη του ατόμου να λάβει εκ νέου την ουσία. Δεν εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα, παρά μόνο η έντονη επιθυμία του ατόμου (Mainerova et al., 2015).

1.3. Ιστορική αναδρομή

Από αρχαιοτάτων χρόνων, σε πολλές ιστορικές αναφορές, αναφέρονται και καταγράφονται περιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών να είναι από την πλέον διαδεδομένη χρήση με κοινωνικά στοιχεία. Οι ψυχοτρόπες ουσίες έχουν άμεση δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την αντίληψη της πραγματικότητας και την αίσθησή της. Οι ουσίες αυτές είχαν είτε κατασταλτική είτε διεγερτική δράση. Η κάνναβη, της οποίας η καλλιέργεια, χρονολογείται από το 10.000 π.Χ. στην περιοχή της Κίνας είναι από τις πλέον παλαιότερες εξαρτησιογόνες ουσίες που έχουν χρονολογηθεί. Εν συνεχεία, 4000 π.Χ. ιερείς ή σαμάνοι κατανάλωναν συγκεκριμένα είδη φυτών για χρόνια με στόχο να επάγουν μια διαχωριστική έκσταση. Αυτές οι ουσίες ονομάζοντας «entheogenics» από τα ελληνικά συνθετικά εν (μέσα)+θεό και γεν (δημιουργώ), με στόχο δηλαδή μέσα από

αυτές τις ουσίες να βρουν/ δημιουργήσουν το θεό μέσα τους. Βασικό στοιχείο των τελετών αυτών ήταν τομανιτάρι *Amanita muscaria*, ο αμανίτης γνωστός και με την χαρακτηριστική ονομασία «τρελομανιτάρο» (fly agaric). Ο αμανίτης αυτός ήταν το επίκεντρο διαφόρων θρησκευτικών τελετών για τουλάχιστον 4000 χρόνια στην κεντρική Ασία. Είναι από τα πλέον γνωστά, σε όψημανιτάρια, αφού αποτελεί το κόκκινομανιτάρι με λευκές κηλίδες που απεικονίζεται σε πλήθος παιδικών σειρών και εικονογραφημένων παιδικών παραμυθιών. Ο αμανίτης είχε και θρησκευτική σημασία στην Αρχαία Ινδία, αλλά η χρήση του είχε καταγραφεί μέχρι και την βόρεια και ανατολική Σιβηρία κατά τον 18^ο αιώνα. Πήρε πολλά χρόνια, μέχρι το 1869, όπου βρέθηκε ότι η μουσκαρίνη η οποία περιέχεται σταμανιτάρια αυτά, είναι ένας χολινεργικός αγωνιστή και οδηγεί στην εμφάνιση παραισθήσεων, και συγκεκριμένα τα συστατικά ιβοτενικό οξύ και μουσκιμόλη, είναι τα κυριότερα ψυχοδραστικά στοιχεία. Αντίστοιχη δράση, έχει στην Κεντρική Αμερική και η ψιλοκυβίνη τωνμανιταριών όπου μέσω των ψυχοδραστικών συστατικών ψιλοκίνη και ψιλοκυβίνη ασκείται η δράση τους. Ιθαγενείς της Κεντρικής Αμερικής, στην περιοχή που τώρα βρίσκεται η Κολομβία αλλά οι Ναβάχο στις νότιες και δυτικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών χρησιμοποιούσαν το πεγιότ (*Lophophora williamsi*), ένα φυτό που φύεται στις ερήμους, για πάνω από 5700 χρόνια με στόχο να πυροδοτήσουν την πνευματική τους ενδοσκόπηση. Ο κάκτος αυτός περιέχει το ψυχοδραστικό συστατικό της μεσκαλίνης. Ορισμένες ουσίες, έχουν χρησιμοποιηθεί και ως θεραπευτικά μέσα κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας. Για παράδειγμα, το όπιο έχει περιγραφεί από αρχαιότερων χρόνων. Στην Κρήτη, χρησιμοποιείται από το 2000 π.Χ. ενώ το οπιοειδές *Nepenthes pharmakon* (νηπενθές, σαρκοφάγο φυτό) αναφέρεται στην Οδύσσεια του Ομήρου από τον 9^ο αιώνα π.Χ. Αναφέρεται, συγκεκριμένα, ότι το χρησιμοποιούσε η ωραία Ελένη της Τροίας για να φτιάξει ένα φίλτρο και με αυτό να θεραπεύσει τους Έλληνες πολεμιστές. Πιο ειδικά, το έβαζε στο κρασί τους και αυτό είχε την ιδιότητα να ηρεμήσει τον πόνο και να τους κάνει να «λησμονήσουν» τη θλίψη και την οργή. Η ονομασία του [νηπενθές= νε (όχι)+ πένθες (θλίψη, λύπη)] οδηγεί στην έννοια των σημερινών αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Αντίστοιχα, δρούσαν και οι Σουμέριοι, οι οποίοι καλλιεργούσαν παπαρούνες και απομόνωναν το όπιο από τους σπόρους τους, το 3000 π.Χ. Το όπιο καλούταν ως «gil» δηλαδή, χαρά, και η παπαρούνα είχε την ονομασία «hul gil» δηλαδή το φυτό της χαράς.

Στον πάπυρο Ebers, που χρονολογείται το 1500 π.Χ., ένα από τα πλέον αρχαιότερα ιατρικά χειρόγραφα του ανθρώπου, αναφέρεται η χορήγηση φαρμάκων η οποία

προλάβαινε το υπερβολικό κλάμα σε παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνταν κόκκοι παπαρούνας, στραγγισμένοι σε πολύ και περασμένοι από κόσκινο για τέσσερις συνεχόμενες ημέρες. Ενώ το νηπενθές του Ομήρου, ήταν παρόμοιο με το λάδανο, ένα οπιούχο βάμμα το οποίο χρησιμοποιούνταν τον 16^ο αιώνα και βρέθηκε από τον Παράκελσο. Το λάδανο, κατέληξε, τον 19^ο αιώνα να χρησιμοποιείται εκτενώς σε ενήλικες και παιδιά ως ένδειξη για αϋπνία και λοιμώξεις ενώ λόγω της χαμηλής του τιμής συγκριτικά με το τζιν, η εργατική τάξη το κατανάλωνε σε μεγάλες ποσότητες. Όπως αναφέρεται σε εγκυκλοπαίδειες του 20^{ου} αιώνα, η χρήση όπιοι σε άτομα με καλή ψυχική και σωματική υγεία δεν οδηγούσε σε εξάρτηση, ενώ ο Γερμανός ψυχίατρος Griesinger, συνιστούσε τη λήψη οπίου για να θεραπευτεί το άτομο από τη μελαγχολία (Crocq, 2007).

Κατά την πορεία των ετών, μια σειρά από δυνητικά εθιστικά φάρμακα, αναφέρονται και χρησιμοποιούνται από μεγάλη μερίδα πληθυσμού σε τακτική βάση, σε σημείο που μπορούν να θεωρηθούν και βασικά προϊόντα. Για παράδειγμα, η καφεΐνη, το αλκοόλ και η νικοτίνη είναι εύγευστα, έχουν ήπια ψυχοτρόπο δράση και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξαρτησιογόνες ουσίες. Αυτές οι τρεις ουσίες, έχουν εισαχθεί τόσο ισχυρά στον πολιτισμό μας και αποτελούν τρόπο αλληλεπίδρασης και κοινωνικοποίησης και καθορίζουν ακόμα και τον κοινωνικό μας ιστό. Η κάνναβη, καπνίζεται και καταναλώνεται ευρέως στην πορεία της ιστορίας από ισλαμικούς πολιτισμούς, ενώ σπόροι αμπελιού στη Γεωργία καταναλώνονται από το 7000 έως το 5000 π.Χ., ενώ και ο καφές ξεκίνησε τον 15^ο αιώνα από το Ισλάμ και εξαπλώθηκε γρήγορα στην Ευρώπη.

Αν αναζητήσουμε, στην ιστορία όλων των πολιτισμών, θα βρεθούν πολλές μικρές ιστορίες που μαρτυρούν την κατάχρηση ουσιών είτε για την επικοινωνία με το θεό, είτε για την εύρεση ψυχικής ηρεμίας είτε ακόμα και για αναλγητική δράση. Όμως, αξίζει να σημειωθεί ότι παρά την εκτενή χρήση αυτών των ουσιών, οι άνθρωποι από τότε είχαν παρατηρήσει την εθιστική και εξαρτησιογόνο δράση των ουσιών αυτών, και την κατέγραφαν επίσης. Από το θάνατο του Μεγάλου Αλεξάνδρου, το 323 π.Χ. άρχισε η συσχέτιση ουσιών με την επιβάρυνση της υγείας, αφού σημειώνεται ότι ο θάνατος του επισπεύσθηκε λόγω του επιβαρυσμένου παρελθόντος του στην κατάχρηση αλκοόλ. Επίσης, ο Αριστοτέλης, ήταν αυτός που κατέγραψε τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η στέρηση αλκοόλ αλλά είχε προειδοποιήσει και για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ από έγκυες. Ο Ρωμαίος Κέλσος, ήταν από τους πρώτους που υποστήριξε, ότι η εξάρτηση από μια ουσία μπορεί να σημειωθεί ως ασθένεια, ενώ ο Ρέμπραντ σε

πίνακά του το 1641, προσπάθησε να εξηγήσει την απώλεια ελέγχου συμπεριφοράς μετά από τη χρήση ουσιών. Μετά την αποικιοκρατία και τη βιομηχανική επανάσταση, ο εθισμός αναγνωρίστηκε ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Η Κίνα, αναγνώρισε το πρόβλημα του εθισμού στο όπιο και προσπάθησε να καταστείλει την πώληση και τη χρήση του, ένα πρόβλημα που αντιμετώπιζε και η Ευρώπη με το αλκοόλ στις εργατικές τάξεις. Ο Emil Kraepelin ήταν ο πρώτος που κατέληξε μετά από χρόνια έρευνας ότι η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο φλοιό του εγκεφάλου και να οδηγήσει σε μόνιμες βλάβες γνωστικού επιπέδου.

Η ουσιαστική όμως δράση για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ήρθε νομοθετικά από τις ΗΠΑ, το 1914 όπου είχαν παρατηρήσει ότι η χρήση όπιου ήταν άμεσα συνδυσασμένος με την εμφάνιση εγκληματικότητας. Μέχρι το 1923, είχαν δημιουργηθεί πολλές κλινικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη στέρηση των οπιοειδών. Στο τέλος της δεκαετίας του 1930 (1939) λειτούργησαν δυο κρατικά νοσοκομεία στις πολιτείες Τέξας και Κεντάκι που είχαν εξειδίκευση στην εξάρτηση από οπιοειδή ενώ είκοσι χρόνια μετά ιδρύθηκαν και οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες απευθυνόμενες σε πρώην χρήστες.

Η καινοτομία στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιοειδή ήρθε το 1964, όπου εισήχθη η χρήση της μεθαδόνης και των ανταγωνιστών των οπιοειδών ώστε να βοηθήσουν στην απεξάρτηση και το 1968 ξεκίνησε ο σημαντικός περιορισμός της συνταγογράφησης οπιοειδών και κοκαΐνης στη Μεγάλη Βρετανία και ιδρύθηκαν κλινικές για χρήστες οπιοειδών. Μέχρι το 1975 είχαν καταφέρει να μειώσουν την εμφάνιση νέων χρηστών αλλά και θανάτων από ουσίες ενώ το 64% των χρηστών παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα σε κλινική απεξάρτησης.

1.4. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών

Ανάλογα με το σημείο στο οποίο ασκούν τη δράση τους, αλλά και με τη δράση που ασκείται, όπως για παράδειγμα αν είναι διεγερτική ή κατασταλτική (Πίνακας 1) και βάσει και της ισχυρής ή ήπιας εξαρτησιογόνου δράσης τους (Πίνακας 2).

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση εξαρτησιογόνων ουσιών βάσει της δράσης τους

Κατηγορία ουσίας	Παραδείγματα ουσιών
Οπιοειδή	Όπιο, μορφίνη, κωδεΐνη, ηρωίνη, μεθαδόνη, πεθιδίνη
Κατασταλτικά του ΚΝΣ	Βαρβιτουρικά, αλκόολ, βενζοδιαζεπίνες
Διεγερτικά του ΚΝΣ	Αμφεταμίνη, κοκαΐνη
Παραισθησιογόνα-ψευδαισθησιογόνα	LSD, μεσκαλίνη, ψιλοκυβίνη
Παράγωγα ινδικής κάνναβης	Χασίς, κάνναβη

Πίνακας 2: Κατηγοριοποίηση εξαρτησιογόνων ουσιών βάσει της εξάρτησης που προκαλούν

Κατηγορία εξαρτησιογόνου ουσίας	Παραδείγματα ουσιών	Εξάρτηση
Ναρκωτικά αναλγητικά	Μορφίνη	Πολύ ισχυρή
Γενικά κατασταλτικά του ΚΝΣ	Αιθανόλη	Ισχυρή
	Βαρβιτουρικά	Ισχυρή
	Αναισθητικά	Μέτρια
Αγχολυτικά	Βενζοδιαζεπίνες	Μέτρια
Ψυχοκινητικά διεγερτικά	Αμφεταμίνες	Ισχυρή
	Κοκαΐνη	Πολύ ισχυρή
	Καφεΐνη	Ασθενής
	Νικοτίνη	Πολύ ισχυρή
Ψυχοσεομιμητικοί παράγοντες	LSD	Ασθενής
	Μεσκαλίνη	Ασθενής
	Κάνναβη	Ασθενής

1.4.1. Οπιοειδή

Είναι φυσικές ουσίες ή ουσίες που έχουν συντεθεί χημικά και προκαλούν δράσεις όμοιες με τη μορφίνη. Τα οπιοειδή είναι τα φυσικά, τα συνθετικά και τα ημισυνθετικά και έχουν ισχυρή αναλγητική δράση μέσω της καταστολής διάφορων περιοχών στο ΚΝΣ. Η χρήση τους, κατά κύριο λόγο, ξεκίνησε ως θεραπευτική και πρότυπη ουσία αποτελεί η μορφίνη. Η **μορφίνη** είναι μια ουσία με κύρια θέση μεταβολισμού κατά κύριο λόγο στο ήπαρ ενώ η απέκκρισή της πραγματοποιείται από τη χολή και τα ούρα. Η μορφίνη καταστέλλει το κέντρο του βήχα, για το λόγο αυτό ξεκίνησε ως αντιβηχικό φάρμακο και μέσω της διέγερσης τους παρασυμπαθητικού μπορεί και καταστέλλει και το κέντρο αναπνοής. Άτομα τα οποία έχουν κάνει λήψη μορφίνης, εμφανίζουν

βραδυκαρδία, εφίδρωση, σιελόρροια, υπνηλία, ναυτία, έμετο, κατακράτηση ούρων και πτώση της αρτηριακής πίεσης, ενώ σε υψηλές δόσεις μπορεί να σημειωθεί και δηλητηρίαση από υπερβολική δόση.

Το **όπιο** είναι προϊόν ενός είδους παπαρούνας (*Papaver somniferum* L., Μήκων η υπνοφόρος) και από τα αρχαία χρόνια έχει γνωστές θεραπευτικές ιδιότητες και από το όπιο, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα απομονώθηκε και η μορφίνη. Η αρχική του στόχευση αφορούσε στην ηρεμιστική του δράση σε ασθενείς ή να προκαλέσει έναν ανώδυνο θάνατο. Στη μετέπειτα ιστορία, το όπιο χρησιμοποιήθηκε και ως καταπραϋντικό ή ευφορικό μέσο. Το όπιο τρώγεται ή καπνίζεται από τους χρήστες. Τα οπιοειδή προσδένονται σε υποδοχείς οπιοειδών κυρίως τους μ , δ και κ και η δράση τους ασκείται μέσω του αγωνισμού των υποδοχέων αυτών.

Η **ηρωίνη** είναι ένα ημισυνθετικό του οποίου και προέρχεται από την χημική τροποποίηση που υπέστη η μορφίνη, το 1899, από τη γερμανική φαρμακευτική εταιρεία Bayer, με σκοπό την αντικατάσταση της μορφίνης ως αντιβηχικό και αναλγητικό φάρμακο χωρίς να προκαλεί εξάρτηση. Παρόλα αυτά, η ηρωίνη είναι εξίσου επικίνδυνη με τη μορφίνη και πιο ισχυρά εξαρτησιογόνος αφού διαπερνά εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και δεσμεύεται ισχυρά στους υποδοχείς οπιοειδών. Η μορφίνη, αποτελεί έναν ενεργό μεταβολίτη της ηρωίνης ο οποίος παράγεται κατά τη βιομετατροπή της στον ανθρώπινο οργανισμό. Η χρήση ηρωίνης οδηγεί σε ισχυρή εξάρτηση, η οποία είναι τόσο σωματική όσο και ψυχική, οδηγώντας τους χρήστες να έχουν ως επίκεντρο την εύρεση της «επόμενης δόσης» και μέσα σε 48-72 ώρες κορυφώνονται τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου και υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα ή σε μερικούς μήνες (Molina-Fernandez, 2014). Η **μεθαδόνη** παράχθηκε επίσης κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, ως υποκατάστατο των οπιοειδών ουσιών και η απορρόφησή της γίνεται από το γαστρεντερικό σωλήνα, επομένως η δράση της διατηρείται για περισσότερο χρονικό διάστημα από την ηρωίνη και τη μορφίνη άρα το άτομο αργεί να αποζητήσει την επόμενη δόση. Αξίζει να σημειωθεί ότι προκαλεί επίσης ισχυρή σωματική και ψυχική εξάρτηση αλλά το στερητικό σύνδρομο είναι πιο ήπιο συγκριτικά με της ηρωίνης (Durrani and Bansal, 2025).

1.4.2. Κατασταλτικά του ΚΝΣ

Στην κατηγορία αυτή, υπάρχουν ουσίες διαφορετικών κατηγοριών, οι οποίες έχουν ως κοινή δράση την καταστολή στο ΚΝΣ και μπορεί κάποιος να συναντήσει το αλκοόλ, ουσίες που χρησιμοποιούνται στη σεξουαλική κακοποίηση, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες (Cordovilla-Guardia et al., 2019).

Το **αλκοόλ** είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη εξαρτησιογόνος ουσίας, και χρησιμοποιείται για την ψυχαγωγό της δράση. Αρχικά δημιουργεί μια διεγερτική δράση το άτομο, και σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις είναι κατασταλτικό και μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα αντανακλαστικά, θόλωση της σκέψης και της αντίληψης αλλά και μια σειρά από οργανικά προβλήματα όπως η νέκρωση ιστών π.χ. ήπατος (Nehring et al., 2025). Οι **βενζοδιαζεπίνες** είναι φάρμακα με αγχολυτική δράση που οδηγούν σε καταστολή, κατατονία ακόμα και στο θάνατο σε υψηλές δόσεις. Αντίστοιχα, και τα **βαρβιτουρικά** έχουν υπνωτική και αγχολυτική δράση και επί σειρά ετών χορηγούνταν με αλκοόλ και προκαλούν κατασταλτική δράση η οποία κρατά 3 έως 6 ώρες (Maust et al., 2019).

1.4.3. Διεγερτικά του ΚΝΣ

Οι ουσίες αυτές προκαλούν διέγερση του νευρικού συστήματος και η δράση τους διαφέρει στον εκάστοτε χρήστη. Η **αμφεταμίνη** είναι μια ουσία ευρέως γνωστή και διαδεδομένη στο δυτικό κόσμο και η χρήση της γίνεται είναι μέσω του ρινικού βλεννογόνου είτε σε συνδυασμό με ποτό από το στόμα. Η αμφεταμίνη επάγει την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη και αναστέλλουν την μονοαμινοξειδάση, το ένζυμο το οποίο αποικοδομεί τους νευροδιαβιβαστές. Έχει χρησιμοποιηθεί ως χάπι αδυνατίσματος, διότι μειώνει την όρεξη για φαγητό ενώ γνωστή είναι και η δράση της σε μαθητές οι οποίοι αποζητούν να μείνουν συγκεντρωμένοι και αφυπνισμένοι. Η πρώτη χρήση της ήταν ως αντικαταθλιπτικό φάρμακό και ως φάρμακο κατά της παθολογικής υπνηλίας (ναρκοληψία). Στο Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η χρήση της πραγματοποιούνταν σε στρατιώτες με στόχο την ηθική τόνωση και την καταπολέμηση της κόπωσης της μάχης. Σε χαμηλές δόσεις οδηγεί τον οργανισμό σε αύξηση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία ενώ σε μεγαλύτερες δόσεις παρατηρούνται και έντονα συναισθήματα, πονοκέφαλος,

σφίξιμο σιαγόνων και τρίξιμο δοντιών (Martin and Le, 2025). Η **κοκαΐνη** έχει βραχεία δράση στο ΚΝΣ και ιδιότητες τοπικής αναισθησίας. Η απορρόφησή της γίνεται από τους βλεννογόνους και είναι ένα παράγωγο των φύλλων του φυτού της κόκας. Η μακροχρόνια χρήση της οδηγεί σε βλάβες στο ρινικό βλεννογόνο, αναπνευστικά προβλήματα (εάν καπνίζεται) αλλά και σε αποστήματα και λοιμώξεις. Επίσης, οδηγεί σε ταχυκαρδία και υπέρταση (Roque Bravo et al., 2022). Τέλος, η **νικοτίνη** αποτελεί επίσης μια νόμιμη εξαρτησιογόνο ουσία, ένα σημαντικό πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας και ο εθισμός είναι ισχυρός. Τα προβλήματα είναι αρκετά για την υγεία του χρήστη, αφού η νικοτίνη οδηγεί σε καρδιαγγειακά προβλήματα και εξάρτηση και οι υπόλοιπες ουσίες του τσιγάρου οδηγούν σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου στ στόμα, το λάρυγγα και τους πνεύμονες (Benowitz, 2010).

1.4.4. Παισθησιογόνες ουσίες

Οι ουσίες αυτής της κατηγορίας σχετίζονται με την επίδραση στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, την αντίληψη και τα συναισθήματα και προκαλούν συχνά παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Το **LSD (λυσεργικό οξύ)**, προέρχεται από έναν μύκητα ο οποίος αναπτύσσεται στα δημητριακά, και έχει την ικανότητα να διεγείρει τη φαντασία, και μέσα από μικρές δόσεις οδηγεί σε ένα ταξίδι με παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις της οπτικής σφαίρας. Η **μεσκαλίνη** ανήκει στα αλκαλοειδή και προέρχεται από τον μπλε κάκτο Peyote και η χρήση της γίνεται ενδοφλεβίως ή από το στόμα και συχνά, λόγω της πικρής της γεύσης, διαλύεται σε τσάι ή χυμό φρούτων. Η **ψιλοκυβίνη** είναι μια φυτική παραισθησιογόνο ουσία που βρίσκεται σε παραισθησιογόνα μανιτάρια (Nichols, 2004).

1.4.5. Παράγωγα κάνναβης

Το φυτό της κάνναβης είναι αυτοφύες και συναντάται σε πολλές περιοχές εξαιτίας της ικανότητά του να προσαρμόζεται σε ειδικές κλιματολογικές συνθήκες. Η κάνναβη είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μη νόμιμη ουσία και έχει, πλέον, θεραπευτική ένδειξη για κάποιες καταστάσεις υγείας όπως η νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το AIDS. Η

τετραϋδροκανναβινόλη (THC) είναι η κύρια εθιστική ουσία της μαριχουάνας, η οποία απομονώνεται από τα λουλούδια του φυτού κατά κύριο λόγο. Η πώλησή της γίνεται ως ένα μείγμα αποξηραμένων φύλλων, άνθεων και μίσχων του φυτού. Η μαριχουάνα μπορεί να ληφθεί μέσω του καπνίσματος αλλά και να αναμειχθεί με το φαγητό, το νερό ή σε μορφή από τσάι. Η αποξήρανση των άνθεων, το κοσκίνισμα και η δημιουργία συμπαγών πλακών, οδηγεί στην παρασκευή χασίς το οποίο επίσης καπνίζεται, τρώγεται ή λαμβάνεται ως τσάι ή εισπνέεται μέσω ατμών (Gibson et al., 2024).

Κεφάλαιο 2^ο: Χρήση ουσιών στον πληθυσμό

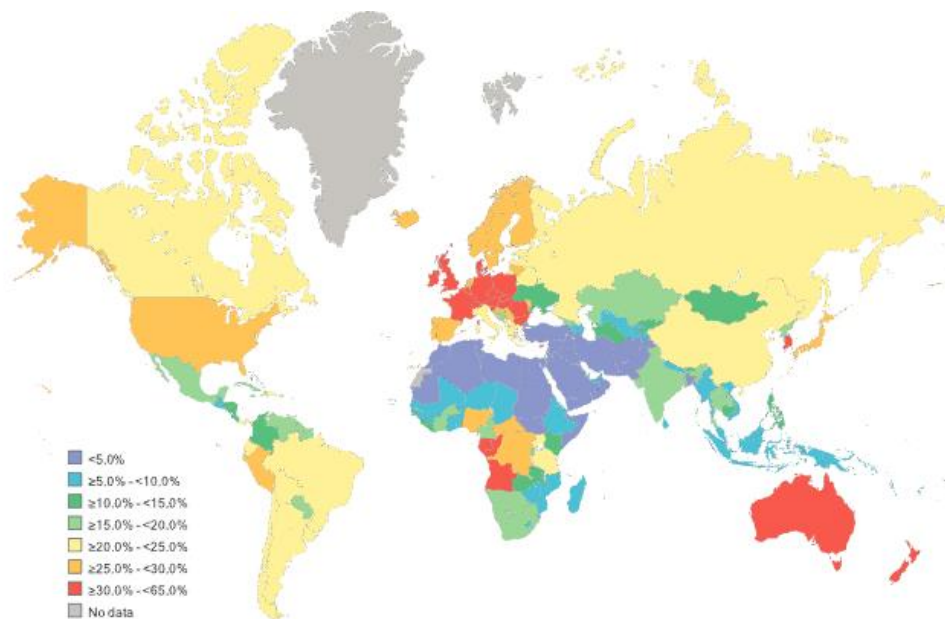
Η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελούν από τους πλέον βασικούς παράγοντες κινδύνου της ανθρώπινης υγείας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη σημαντικής αδυναμίας πραγματοποίησης καθημερινών πράξεων ακόμα και στην απώλεια ζωής. Εκτός από το υγειονομικό ενδιαφέρον, υπάρχει και έντονο οικονομικό ενδιαφέρον αφού η περίθαλψη των ατόμων, η ανάγκη για επιβολή νόμου αλλά και για τον έλεγχο της εφαρμογής της νομοθεσίας, η μειωμένη παραγωγικότητα των εξαρτημένων ατόμων και η έμμεση αλλά και άμεση βλάβη σε τρίτους, επιβαρύνουν κρατικά τα έξοδα και τα κόστη διαβίωσης. Η σημασία του προβλήματος φαίνεται πιο ξεκάθαρα όταν γίνεται βαθύτερη αντίληψη των αριθμών, αφού σημειώνεται ότι περίπου το 10% του γενικού πληθυσμού στην Αμερική εμφανίζει διαταραχές χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ένα ποσοστό που αντιστοιχεί σε περισσότερους από 23 εκατομμύρια ενήλικες. Για το λόγο αυτό αξίζει να αναλυθούν και να καταγραφούν τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών παγκοσμίως, τα αίτια που οδηγούν ένα άτομο στη χρήση και την κατάχρηση, η κλινική εικόνα που δημιουργείται και φυσικά την υφιστάμενη κατάσταση στη χώρα μας (Nessa et al., 2008).

2.1. Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση ουσιών

Μελετώντας τον επιπολασμό της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, το 2017 του Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των ΗΠΑ κήρυξε την επιδημία των οπιοειδών, θέτοντας με αυτόν τον τρόπο τις ΗΠΑ και τη δημόσια υγεία τους σε κατάσταση εκτάκτου ανάγκης. Το γεγονός που οδήγησε σε αυτή την απόφαση ήταν η υπερβολική χρήση οπιοειδών που οδήγησε σε αύξηση θανάτων κατά 42.000 περισσότερους συγκριτικά με το 2016, σημειώνοντας έτσι ένα «αρνητικό ρεκόρ». Η

αύξηση αυτή όχι μόνο δεν περιορίστηκε, αλλά συνέχισε να αυξάνεται δραματικά με την είσοδο των συνθετικών οπιοειδών στην αγορά και την περαιτέρω αύξηση της χρήσης τους εν μέσω της πανδημίας COVID-19. Η πανδημία έδωσε ένα αρνητικό δίπολο, αφού από μια πλευρά η χρήση ναρκωτικών αυξήθηκε σημαντικά όμως ταυτόχρονα, τα υγειονομικά συστήματα αντιμετώπιζαν ισχυρά προβλήματα για την περίθαλψη των χρηστών (Lee et al., 2025). Η εθνική έρευνα για τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία (National Survey of Drug Use and Health) είναι η κατεξοχήν αρμόδια για την παροχή δεδομένων σε εθνικό και πολιτειακό επίπεδο για τη χρήση καπνού, εξαρτησιογόνων ουσιών, αλκοόλ αλλά και για την ψυχική υγεία στις ΗΠΑ. Μέσα από την έρευνα, που περιλάμβανε στοιχεία από 70.000 Αμερικάνους το 2019, σημείωσε ότι οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι η νικοτίνη, το αλκοόλ και η κάνναβη τόσο ανάμεσα στους εφήβους όσο και στους ενήλικες αφού τα αποτελέσματα για ένα μήνα της έρευνας έδειξαν ότι το 61% των Αμερικανών άνω των 12 ετών κατανάλωσαν αλκοόλ, το 51% εμφάνισε περιστατικά μέθης από το αλκοόλ, το 21% έκανε χρήση καπνού και το 13% κατανάλωσε κάποια παράνομη ουσία (Fox and Hanes, 2023).

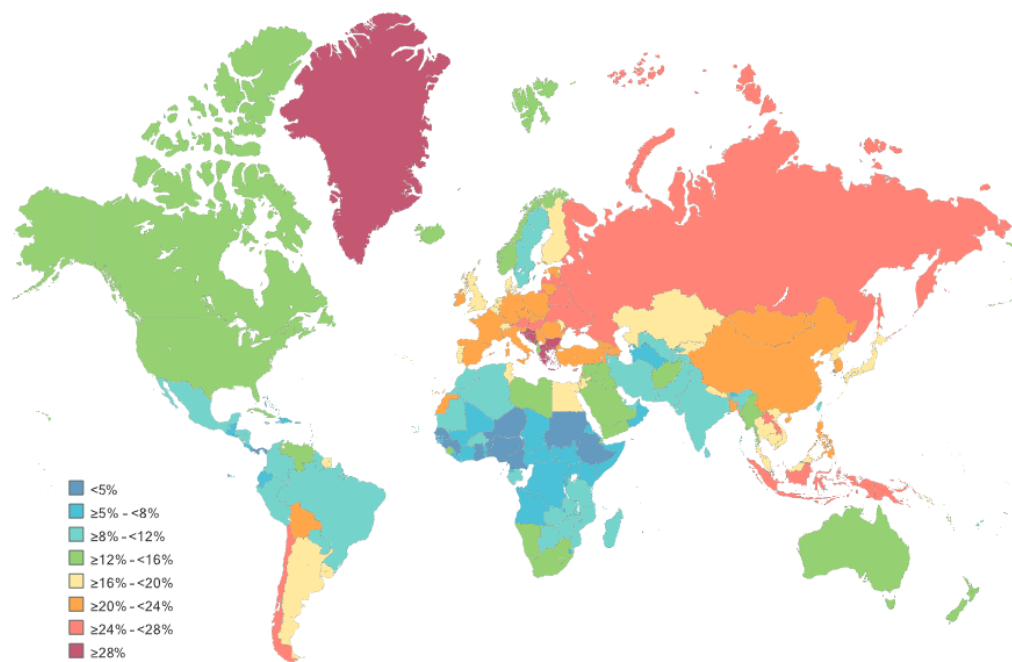
Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι περισσότερα από 6,43 λίτρα καθαρής αλκοόλης κατά κεφαλήν καταναλώθηκε από άτομα ηλικίας >15 ετών για το 2015, με το 19% των ενηλίκων να σημειώνει ένα βαρύ επεισόδιο μέθης (>60 g αλκοόλης σε μια περίπτωση). Η Ευρώπη (κεντρική, ανατολική και δυτική) σημειώνει τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ κατά κεφαλήν (11,64, 11,55 και 11,13 g αντίστοιχα) καθώς και τα υψηλότερα ποσοστά μέθης (49,5%, 46,9% και 40,2% αντίστοιχα). Στη βόρεια Αφρική και τη Μέση Ανατολή, σημειώθηκαν τα πιο χαμηλά ποσοστά κατανάλωσης (0,9 g ανά άτομο) και κατ' επέκταση τα χαμηλότερα ποσοστά μέθης (15,4%). Το παράδοξο σημειώθηκε στις περιοχές της Υποσαχάριας Αφρικής, όπου σημειώθηκαν τα υψηλότερα ποσοστά μέθης (78,9%) αλλά η χαμηλή κατά κεφαλήν κατανάλωση (4,14 λίτρα) (Εικόνα 2) (Fox and Hanes, 2023).



a. Heavy episodic alcohol use

Εικόνα 2: Χάρτης καταγραφής της κατανάλωσης αλκοόλ (λίτρα κατά κεφαλήν). Φαίνεται ότι η Ευρώπη εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης ενώ η Μέση Ανατολή και η βόρεια Αφρική τα χαμηλότερα ποσοστά (Peacock et al., 2018).

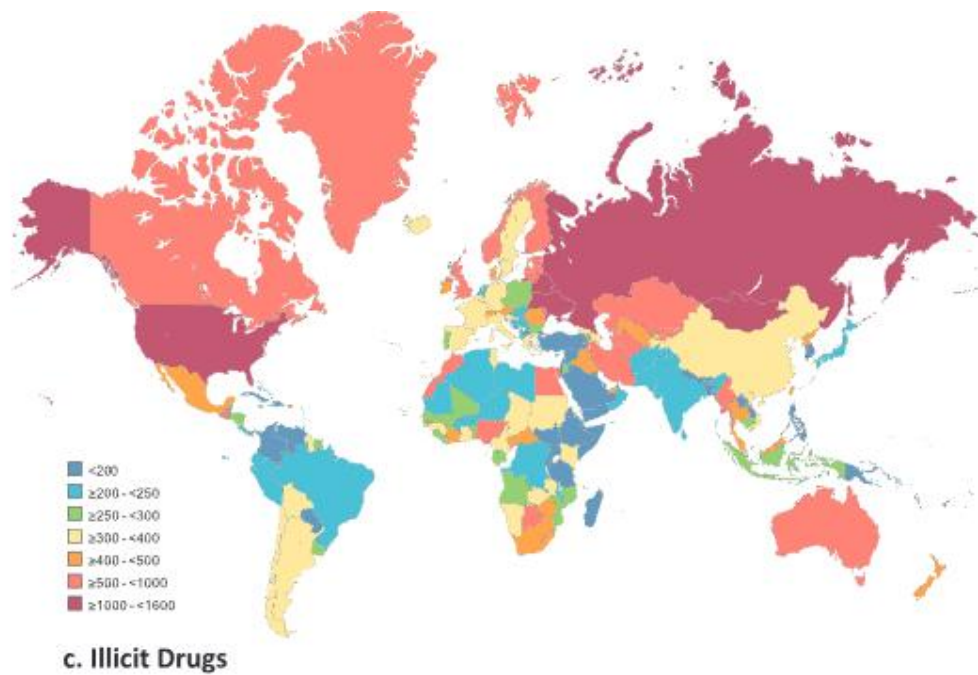
Οι Ευρωπαίοι είναι πρωτοπόροι και στη χρήση νικοτίνης και καπνού αφού σημείωσαν τον υψηλότερο επιπολασμό στην καθημερινή χρήση καπνού (24,2% στην Ανατολική Ευρώπη, 20,9% στη δυτική Ευρώπη). Τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής (4,7%). Σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με το μέσο όρο παγκοσμίως (15,7%) σημειώθηκαν και στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας, όπου το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν αγγίζει το 45,7% (Εικόνα 3).



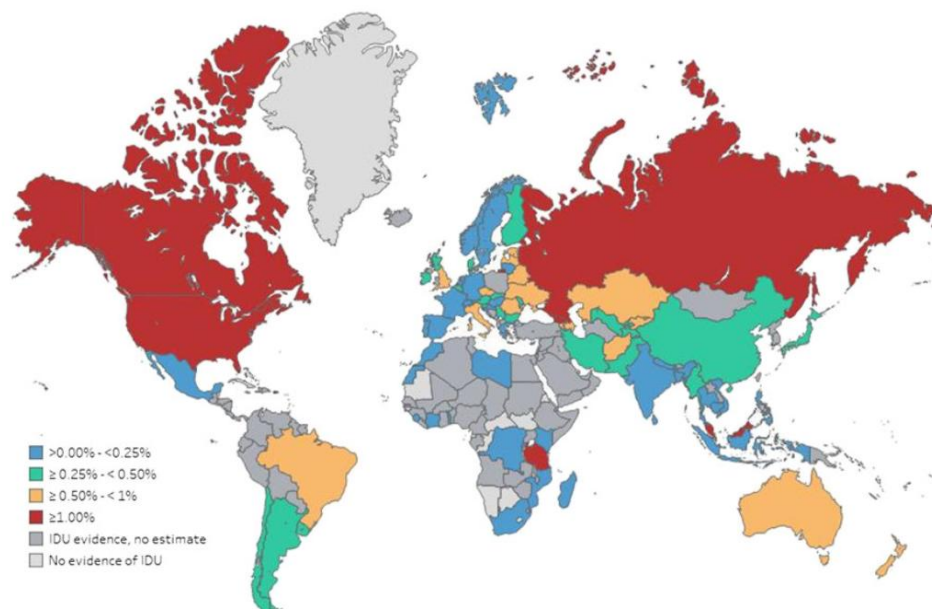
b. Daily tobacco smoking

Εικόνα 3: Ποσοστά χρήσης καπνού. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ευρώπη και την Ανατολική Ασία ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στις Υποσαχάριες χώρες (Peacock et al., 2018).

Σχετικά με τη χρήση απαγορευμένων ουσιών, σημειώνεται ότι τα υψηλότερα ποσοστά ετήσιας χρήσης αφορούν την κάνναβη (3,8%) σε άτομα ηλικίας 15-64 έτη, ακολουθεί η χρήση αμφεταμινών(0,77%) , οπιοειδών (συνταγογραφούμενων και μη) (0,37%) και κοκαΐνης (0,35%). Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης σημειώθηκαν στην Ωκεανία (10,3%) ενώ τα χαμηλότερα σημειώθηκαν στην Ασία (1,8%) (Εικόνα 4). Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι το 0,25% των ενηλίκων ηλικίας 15-64 έτη ανέφερε χρήση ενέσιμων εξαρτησιογόνων ουσιών ενώ το 0,33% του παγκόσμιου πληθυσμού σημείωσε ότι έχει κάνει χρήση ενέσιμων εξαρτησιογόνων ουσιών μέσα στο 2015 (Εικόνα 5) (Fox and Hanes, 2023).



Εικόνα 4: Κατανομή πληθυσμού σχετικά με την κατανάλωση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στη Βόρεια Αμερική και τη Βόρεια και Ανατολική Ευρώπη, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Αφρική (Peacock et al., 2018).



Εικόνα 5: Ποσοστό του πληθυσμού όπου έκαναν χρήση ενέσιμων εξαρτησιογόνων ουσιών παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στη Βόρεια Αμερική και τη Ρωσία ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ευρώπη (Peacock et al., 2018).

2.2. Κλινική εικόνα ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών

Η χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική επιβάρυνση της υγείας των χρηστών και αντιπροσωπεύει μέχρι και το 5,5% προβλημάτων υγείας τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Σε άτομα ηλικίας 15-24 έτη, τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη χρήση ουσιών όπως την κατάχρηση αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά οδηγούν σε ακόμα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι για τα έτη 2021-2022, στην Αυστραλία περίπου 131.000 άτομα έλαβαν θεραπεία έναντι της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών με τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες να αποτελούν το αλκοόλ (42%), οι αμφεταμίνες (24%) και η κάνναβη (19%) (2018).

Η κλινική εικόνα των ατόμων που είναι εθισμένοι σε μια εξαρτησιογόνο ουσία εμφανίζει μια σειρά από συμπτώματα όπως την συνεχή ανάγκη για λήψη της ουσίας σε καθημερινή βάση ή ακόμα και πολλές φορές μέσα στην ίδια ημέρα, η έντονη παρόρμηση για λήψη της ουσίας που οδηγεί σε «μπλοκάρισμα» όλων των υπόλοιπων σκέψεων, η συνεχώς αυξανόμενη δοσολογία του φαρμάκου, η μειωμένη ικανότητα ανάληψης ευθυνών που σχετίζονται με τις οικονομικές ή εργασιακές υποχρεώσεις και η κοινωνική αποξένωση. Από τα πιο συχνά όμως συναντούμενα φαινόμενα είναι φαινόμενα που σχετίζονται με τη θόλωση της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (για τις περισσότερες εξαρτησιογόνες ουσίες) αλλά και για κάποιες ουσίες συμπτώματα που σχετίζονται με τη σωματική υγεία (Ritter et al., 2019).

Η πιο συχνή διαταραχή που σημειώνεται στα άτομα που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι οι διαταραχές της ψυχικής υγείας αφού το 61,3% ανέφερε σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης και το 55% ανέφερε ότι αντιμετωπίζει σοβαρά επεισόδια άγχους. Η διέγερση και η επιθετικότητα είναι επίσης πολύ διαδεδομένες στα άτομα που κάνουν χρήση των ουσιών αυτών συνοδευόμενες από παραλήρημα και ψευδαισθήσεις (Campbell et al., 2024).

Σημαντικά αυξημένο είναι και το ποσοστό των ατόμων (10,6%) που δήλωσαν ότι ήρθαν αντιμέτωποι με ένα ψυχωτικό επεισόδιο, ενώ το 47,2% δήλωσε ότι εμφανίζει συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής και το 40,4% ανέφερε αυτοκτονικές τάσεις. Οι ψυχικές διαταραχές είναι σημαντικά αυξημένες στους νέους συγκριτικά με τους ενήλικες (Campbell et al., 2024).

Φυσικά, δε λείπουν και εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και νεφρικό σύστημα, αλλά και συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα και προβλήματα υγείας στο ήπαρ.

Για παράδειγμα άτομα τα οποία κάνουν συχνή χρήση κοκαΐνης τα κλινικά συμπτώματα που τα οδηγούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και συχνά της νοσηλείας είναι η έντονη νευρική και ευερεθιστότητα, πόνος στο θώρακα που συχνά συνοδεύεται από βήχα ή/και δύσπνοια και ψυχωτικό επεισόδιο. Η κοκαΐνη μπορεί να εμφανίζει *ήπια τοξικότητα* (συνοδεύεται από πονοκέφαλο, παραλήρημα, ναυτία, μυδρίαση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, υπερθερμία, παράνοια, επιθετικότητα και ταχύπνοια), *μέτρια τοξικότητα* (εκδηλώνεται με υπέρταση, αρρυθμίες, δύσπνοια, σπασμούς ακόμα και εγκεφαλοπάθεια) και από *σοβαρή τοξικότητα* (παρατηρούνται έντονη υπόταση, έλλειψη ζωτικών σημείων, μαρμαρυγή, συνήθως κοιλιακή, έμφραγμα του μυοκαρδίου, ακόμα και θάνατο). Αντίστοιχα, η λήψη αμφεταμίνης οδηγεί σε κλινική εικόνα όπως η ξηροστομία, ταχύπνοια, αυξημένη θερμοκρασία σώματος, διαστολή των κορών των οφθαλμών, θωρακικό άλγος και αίσθημα παλμών (Rather et al., 2013).

Η κακή υγιεινή και η κοινή χρήση βελόνων ή σκευών οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πολλών βακτηριακών και ιογενών λοιμώξεων όπως η εμφάνιση της ηπατίτιδας και ο τέτανος. Επίσης, η συνεχής και αυξανόμενη λήψη αλκοόλ οδηγεί σε καταστροφή του ήπατος, νευρολογικές διαταραχές ενώ το κάπνισμα σε ασθένειες του αναπνευστικού και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Η λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών επιβαρύνει περαιτέρω την υγεία των γυναικών εμφανίζοντας αμηνόρροια ή διαταραχές κύησης και σοβαρά προβλήματα υγείας στο έμβρυο ακόμα και αυτόματες αποβολές ή πρόωρο τοκετό (Rather et al., 2013).

2.3. Αίτια και παράγοντες που οδηγούν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και κατά συνέπεια η κατάχρησή τους εμφανίζει ένα πολυπαραγοντικό πρότυπο αιτιών και παραγόντων που αναπτύσσονται και συνήθως η αιτιολογία έχει βάση στην παιδική ηλικία του ατόμου. Η παιδική ηλικία είναι το κρίσιμο σημείο της ζωής όπου καλλιεργούνται οι αρχές, οι αξίες και οι στάσεις που εμφανίζει το άτομο απέναντι στην κοινωνία και οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι καθοριστικές για την εξέλιξη της ζωής του και του χαρακτήρα του. Στην ηλικία αυτή, το άτομο λαμβάνει επιδράσεις από την οικογένεια και επηρεάζεται σημαντικά από το

κοινωνικό περιβάλλον, το σχολείο και τους συμμαθητές και φίλους του. Στην εξίσωση, πλέον έχουν μπει τα μέσα μαζικής δικτύωσης και το διαδίκτυο τα οποία εμφανίζουν ένα νέο πρότυπο του κοινωνικά αποδεκτού ατόμου. Έτσι, φαίνεται ότι οι παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν είναι το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, διάφοροι βιολογικοί παράγοντες, η προσωπικότητα του ατόμου και η δράση της ουσίας (Medina-Martínez et al., 2024).

Οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών συνοψίζονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 3). Αξίζει να σημειωθεί ότι για να θεωρηθεί ένας παράγοντας, παράγοντας κινδύνου πρέπει να ικανοποιεί κάποια βασικά στοιχεία όπως να έχει συνδεθεί με την ασθένεια με στατιστική σημαντικότητα, να προηγείται της εμφάνισης της νόσου και η παρατηρούμενη συσχέτιση να είναι αληθής. Υπάρχει επίσης και μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να θεωρηθούν προστατευτικοί παράγοντες έναντι της χρήσης ουσιών, οι οποίοι παράγοντες επιδρούν στη σχέση ανάμεσα σε έναν παράγοντα κινδύνου και τη χρήση ή την κατάχρηση και οδηγεί συνήθως σε μειωμένη χρήση μιας ουσίας. Στους έφηβους, έχουν περιγραφεί δυο κατηγορίες προστατευτικών παραγόντων, ο πρώτος προστατευτικός παράγοντας είναι η προσωπικότητα του εφήβου, αφού μπορεί να μετριάσει σημαντικά τους παράγοντες κινδύνου για τη χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας ενώ φαίνεται ότι εάν το άτομο έχει πολλούς προστατευτικούς παράγοντες δίπλα του, αυτοί δρουν συνεργατικά και έτσι δεν αναπτύσσεται η ανάγκη για κατάχρηση ουσιών. Για παράδειγμα έφηβοι με ισχυρά στοιχεία προσωπικότητας (π.χ. αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση, στοχοθέτηση) και σημαντικές κοινωνικές δεξιότητες (π.χ. υπευθυνότητα, κριτική σκέψη, κοινωνική ευαισθησία) σε συνδυασμό με ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον και δέσιμο και πίστη στο ρόλο του σχολείου σπάνια θα οδηγηθούν σε κατάχρηση αλκοόλ (Nation and Heflinger, 2006).

Πίνακας 3: Σύνοψη παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Τομέας	Παράγοντες κινδύνου
Πολιτισμός και κοινωνία	▪ Νομοθεσία που ευνοεί τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ▪ Κανόνες της κοινωνίας που ευνοούν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ▪ Εύκολη διαθεσιμότητα ουσιών ▪ Κακή οικονομική κατάσταση ▪ Αποδιοργάνωση κοινωνίας
Διαπροσωπικές σχέσεις	▪ Οικογενειακό ιστορικό ▪ Θετική στάση της οικογένειας απέναντι στη χρήση ουσιών ▪ Μειωμένος έλεγχος από την οικογένεια ▪ Συγκρούσεις και αναταραχές στο οικογενειακό περιβάλλον ▪ Απόρριψη από συνομήλικους ▪ Χρήση από φίλους και συνομήλικους
Ψυχισμός και συμπεριφορά του ατόμου	▪ Προβληματική συμπεριφορά ▪ Αποτυχίες σε ακαδημαϊκό επίπεδο ▪ Χαμηλές επιδόσεις και χαμηλή δέσμευση με το θεσμό του σχολείου ▪ Αποξένωση ▪ Αίσθημα επανάστασης ▪ Ευνοϊκή στάση απέναντι στη χρήση ναρκωτικών ▪ Πρώιμη έναρξη χρήσης
Γενετικό υπόβαθρο	▪ Κληρονομική ευαισθησία στη χρήση ουσιών ▪ Ψυχοσωματική ευαισθησία στην επίδραση ουσιών

Στις μελέτες συμπεριφοράς, συχνά αναφέρεται ότι η καλύτερη πρόβλεψη μια μελλοντικής συμπεριφοράς είναι η μελέτη μιας προηγούμενης συμπεριφοράς. Αυτή η ρήση βρίσκει εφαρμογή και στη μελέτη της αιτιολογίας της χρήσης ουσιών. Έτσι, το παρελθόν και το ιστορικό του κάθε ατόμου που κάνει χρήση ουσιών μπορεί να μας οδηγήσει στην εξήγηση που έφτασε στην έναρξη της χρήσης. Ο κίνδυνος έναρξης της χρήσης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι τα πρώτα έτη μέχρι και το τέλος της εφηβείας. Η χρήση καπνού έχει μικρότερη ηλικίας έναρξης και τοποθετείται κατά κύριο λόγο στην πρώιμη εφηβεία ενώ η χρήση ουσιών όπως το αλκοόλ, κάνναβης

και ψυχοτρόπων και ψυχεδελικών ουσιών τοποθετούνται στα μισά της εφηβείας. Σχετικά με την έναρξη λήψης της κοκαΐνης είναι η πρώιμη ενήλικη ζωή, γύρω στα είκοσι έτη ζωής με το μοτίβο αυτό να τείνει να αλλάξει λόγω της «στροφής» των νέων σε πιο νέες μορφές και πιο φθηνές όπως το κρακ (Nawi et al., 2021, Deak and Johnson, 2021).

Για το αλκοόλ έχει αναφερθεί ότι υπάρχουν και γενετικά στοιχεία τα οποία οδηγούν στη χρήση του αν και οι περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες έχουν λάβει τη μεγαλύτερη προσοχή όσον αφορά την αιτιολογία της έναρξης χρήσης. Η επίδραση των γενετικών παραγόντων και του γονιδιακού προφίλ έχουν μεγάλο ενδιαφέρον στην εγκαθίδρυση του αλκοολισμού ενώ αρκετή συζήτηση υπάρχει γύρω από την ερώτηση «είναι ο αλκοολισμός κληρονομικός;». Μελέτες σε ζωικά μοντέλα έχουν δείξει ότι υπάρχουν μηχανισμοί που να αιτιολογούν το γενετικό κίνδυνο για την έναρξη χρήσης ουσιών και ότι πολλοί κληρονομούν μια βιολογική ευαλωτότητα στις ηδονικές επιδράσεις των ουσιών, για αυτό και κάποιοι άνθρωποι έλκονται περισσότερο από τις ουσίες έναντι άλλων ανθρώπων. Άλλοι θεωρούν τη χρήση του αλκοόλ ζωτικής σημασίας διότι πιστεύεται ότι μπορεί κάποιος να ξεκινήσει με τη λήψη μπίρας και κρασιού με συνοδεία ενός τσιγάρου και αυτό να αναβαθμίζεται συνεχώς οδηγώντας στη λήψη πιο βαριών ποτών και μη νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών όπως αμφεταμίνες και κάνναβη (Edenberg and Foroud, 2013).

Βιολογικοί παράγοντες/ γενετική ευαλωτότητα

Η γενετική ευαλωτότητα που μπορεί να οδηγήσει στην κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι συχνά στο στόχαστρο πολλών μελετών, για να δοθεί μια ξεκάθαρη εικόνα σε αυτό τον τομέα μελετώνται οι οικογενειακές σχέσεις και τα στοιχεία που αναπτύσσονται μέσα από αυτές (Hatoum et al., 2022). Για παράδειγμα μελετάται η σχέση με τις ουσίες ανάμεσα σε αδέρφια και η σχέση των γονέων με τις διάφορες ουσίες. Έτσι, έχει φανεί ότι παιδιά αλκοολικών γονέων εμφανίζουν 3 έως 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εθιστούν στο αλκοόλ συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, με την εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή να αποτελεί μια αρκετά κρίσιμη περίοδο για την έκφραση της ευαλωτότητας αυτής. Έτσι, αποδεικνύεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον και ιστορικό είναι από τους πλέον ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες ευαλωτότητας για την κατάχρηση αλκοόλ, χωρίς όμως να είναι γνωστός ο ακριβής μηχανισμός μέσω του οποίου η οικογένεια προσδίδει τον αυξημένο κίνδυνο. Έτσι, η μελέτη γίνεται και σε δίδυμα αδέρφια τα οποία έχουν κοινό γενετικό υλικό, είτε μονοζυγωτικά (με πανομοιότυπο γενετικό υλικό) είτε διζυγωτικά (που μοιράζονται

περίπου το μισό ίδιο γενετικό υλικό όπως και τα αμφιθαλή αδέρφια). Φαίνεται ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν διπλάσια πιθανότητα από τα διζυγωτικά δίδυμα να εθιστούν στο αλκοόλ αλλά η μεγαλύτερη συσχέτιση υπάρχει στη νικοτίνη και την καφεΐνη βάσει μελετών στη Σουηδία. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα, αρσενικού φύλου είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εθισμό σε μια εξαρτησιογόνο ουσία συγκριτικά με αυτά του θηλυκού φύλου και ότι η κατάχρηση αυτή σχετίζεται με διαταραχές διαγωγής κατά την παιδική ηλικία. Ενδιαφέρον έχουν και οι μελέτες υιοθεσίας, αφού φαίνεται ότι παιδιά αλκοολικών τα οποία έχουν υιοθετηθεί και μεγαλώνουν σε οικογένειες μη αλκοολικών ατόμων εμφανίζουν και πάλι αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολισμού κατά 3 με 4 φορές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αποδεικνύοντας έτσι τη γενετική συσχέτιση της εγκαθίδρυσης του αλκοολισμού (Bierut, 2011).

Φυσιολογική ευαλωτότητα

Στις φυσιολογικές επιδράσεις που μπορούν να επιδεινώσουν την ευαλωτότητα του ατόμου σχετικά με τη χρήση και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι νευροχημικές βλάβες ή και αυξημένη ευαισθησία σε κάποιες ουσίες λόγω της βιολογικής απόκρισης του οργανισμού. Παρά την εκτενή έρευνα για τις διαφορές στην ανταπόκριση στην αιθανόλη και τη νικοτίνη το τοπίο παραμένει μη πλήρως διευκρινισμένο ενώ η εξήγηση είναι ακόμα πιο δύσκολη όταν η έρευνα μεταφέρεται στις μη νόμιμες ουσίες όπως τα οπιοειδή, η κάνναβη και τα διεγερτικά του ΚΝΣ.

Αξίζουν να σημειωθούν και αρκετές διαπροσωπικές και διεθνικές διαφοροποιήσεις στη χρήση και την κατάχρηση του αλκοόλ αφού μελέτες έχουν δείξει ότι οι Ασιάτες είναι βιολογικά προστατευμένοι από τον αλκοολισμό συγκριτικά με τους Καυκάσιους εξαιτίας πολυμορφισμών που υπάρχουν στα ηπατικά ένζυμα που σχετίζονται με το μεταβολισμό της αλκοόλης. Τα ένζυμα που εμφανίζουν πολυμορφισμούς και κατ' επέκταση ετερογένεια στην ανοχή του αλκοόλ είναι η αλδεϋδική αφυδρογονάση (ALDH2) και η αλκοολική αφυδρογονάση (ADH2). Οι Ασιάτες φαίνεται ότι ως προστατευτικό παράγοντα μια απενεργοποιημένη μορφή του ενζύμου ALDH2 ενώ ταυτόχρονα εμφανίζουν υψηλή συγκέντρωση μιας μη τυπικής μορφής του ενζύμου ADH2, εν αντιθέσει με τους Καυκάσιους οι οποίοι έχουν ενεργό ένζυμο ALDH2 και την τυπική μορφή του ενζύμου ADH2. Η απενεργοποιημένη μορφή της ALDH2 θεωρείται προστατευτικός παράγοντας αφού οδηγεί σε αυξημένη συγκέντρωση της ακεταλδεϋδης στο αίμα, η οποία δε μεταβολίζεται και συσσωρεύεται με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών με πιο γνωστή την «αντίδραση έξαψης» ή

αλλιώς «ασιατική λάμψη». Έτσι, όταν οι Ασιάτες καταναλώνουν υψηλή ποσότητα αλκοόλ, εμφανίζουν έξαψη προσώπου, ναυτία και ταχυκαρδία που χαρακτηρίζεται ως δυσανεξία στο αλκοόλ ενώ έχει συνδεθεί και με πολλές μορφές καρκίνου όπως αυτόν του στομάχου και ασθματικών κρίσεων. Αυτή η αντίδραση δεν επιτρέπει στην κατανάλωση αλκοόλ από τους Ασιάτες, προστατεύοντας τους από το φαινόμενο του αλκοολισμού (Peng et al., 2014).

Επίσης, το φύλο, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο, διότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη ανοχή στις μεγάλες ποσότητες αλκοόλ χωρίς να εμφανίζουν συμπτώματα μέθης, έτσι φαίνεται ότι είναι πιο εύκολο να αναπτύξουν αλκοολισμό, σε σχέση με τις γυναίκες που λόγω της μικρότερης ανοχής δεν τους επιτρέπεται η συχνή και αυξανόμενη κατανάλωση υψηλών συγκεντρώσεων αλκοόλης (White, 2020).

Τέλος, ένας ακόμα βιοχημικός παράγοντας που μελετάται για τη σχέση του με την κατάχρηση αλκοόλης είναι η μονοαμινοξειδάση (MAO). Φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη ενεργότητα της MAO σε άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ συγκριτικά με αυτούς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα αλκοολισμού. Η MAO είναι ένα ένζυμο το οποίο είναι εξέχουσας σημασίας για το μεταβολισμό μιας σειράς από νευροδιαβιβαστές οι οποίοι επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Η MAO σχετίζεται με το μεταβολισμό της ντοπαμίνης, νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης (Cervera-Juanes et al., 2016).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι προσωπικές πεποιθήσεις και η προσωπικότητα του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη σχέση του ατόμου με την έναρξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, τη χρήση και την κατάχρηση τους. Είναι δύσκολο να γίνει να βρεθεί ακριβώς ο ρόλος της προσωπικότητας στην ανάπτυξη ανοχής, ενώ πιο εύκολα γίνεται η καταγραφή των χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε άτομα με αλκοολισμό. Η αντικοινωνική συμπεριφορά και η επιθετική συμπεριφορά είναι τα πρώτα σημάδια που οδηγούν σε πρόβλεψη της βαριάς χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους. Συνήθως, η έναρξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συνδέεται με χαμηλές προσδοκίες, χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση, αποκλίνουσα συμπεριφορά, ανοχή απέναντι στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, οικογενειακά προβλήματα και μειωμένη γνώση σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις τους.

Έχουν σημειωθεί πολύ κοινές ψυχοπαθολογίες που συχνά οδηγούν σε κατάχρηση ουσιών, αυτές είναι η κατάθλιψη, η αντικοινωνική προσωπικότητα, οι φοβικές συμπεριφορές, οι αγχώδεις διαταραχές (Adams et al., 2022).

Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνία όπως οι φιλικές σχέσεις, σχέσεις συνομήλικων και το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι μπορεί να επιδράσει στη χρήση και την κατάχρηση. Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει σημαντικά μέσα από οικογενειακές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχή της προσωπικότητας (π.χ. διαζύγιο, οξύ ή χρόνιο στρες), οι σχέσεις οικογένειας-παιδιών, η μειωμένη προσοχή των γονέων προς τα παιδιά, το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης και ζωής, η χρήση ουσιών από τους γονείς ή τα αδέρφια, η ανοχή των γονέων στη χρήση ουσιών και η κοινωνική απομόνωση. Ιδιαίτερα η χρήση από τους γονείς οδηγεί σε μιμητικές συμπεριφορές από τα παιδιά και στη μάθηση της εικόνας της χρήσης μιας ουσίας ως κάτι «φυσιολογικό» (Sudhinaraset et al., 2016).

Το περιβάλλον των συνομήλικων, φαίνεται ότι έχει αρκετά πιο ισχυρή συσχέτιση από ότι η οικογένεια με τη χρήση ουσιών, αφού οι έφηβοι έχουν την τάση να θέλουν να ανήκουν σε ομάδες όπου είναι κοινωνικά αποδεκτοί. Το αποτέλεσμα αυτό είναι έντονο σε αρκετές εθνότητες όπως του Ισπανούς, τους Αφροαμερικάνους, και τους Ασιάτες. Η πίεση των φίλων για τη χρήση ουσιών είναι συνηθισμένη κυρίως στη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και κάνναβης (Liu et al., 2023).

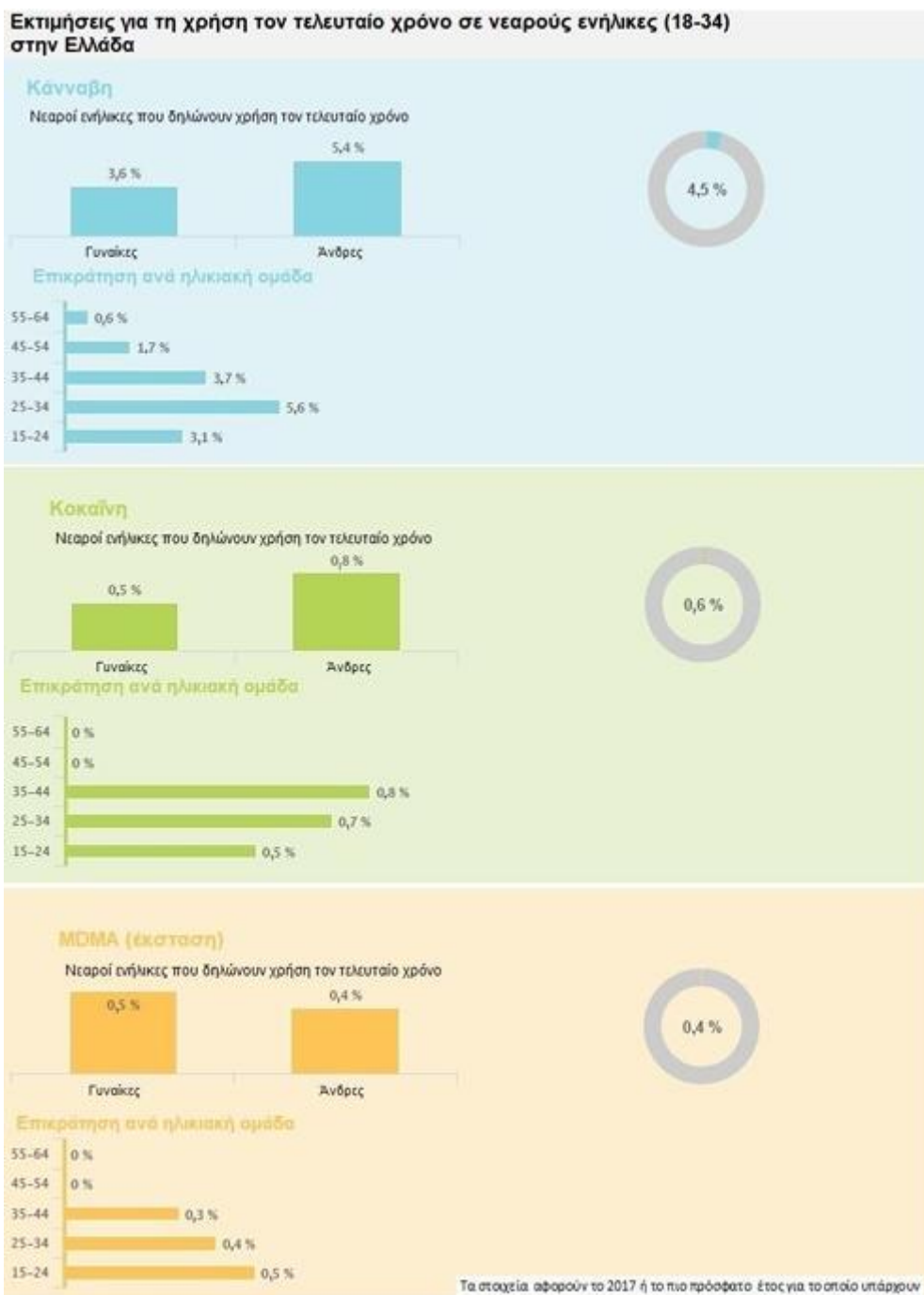
Η κοινωνία και ο πολιτισμός της κάθε ομάδας και της κάθε εθνικότητας, επίσης επηρεάζουν σημαντικά αφού οδηγούν σε νέα πρότυπα καθημερινής ζωής αλλά αποδιοργάνωσης της γειτονιάς. Το να μεγαλώνει κάποιος σε μια κοινωνία με υψηλά επίπεδα εγκληματικότητας, εύκολη πρόσβαση σε εξαρτησιογόνες ουσίες και αποδοχή των ουσιών οδηγούν σε εύκολη χρήση και κατάχρηση. Επίσης, η διαφήμιση ουσιών μέσα από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η διαφήμιση των νόμιμων ουσιών, οι εικόνες χρήσης όλων των ουσιών σε σειρές και ταινίες σε τηλεόραση και κινηματογράφο οδηγούν σε μια απενοχοποίηση της χρήσης ουσιών.

2.4. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Η Ευρώπη έχει θεσπίσει μια κοινή γραμμή έναντι της αντιμετώπισης της εξάπλωσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, επιτρέποντας όμως και τη θέσπιση κανόνων και από το κάθε κράτος ξεχωριστά. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια στη διάκριση των αδικημάτων που σχετίζονται με την κατοχή για προσωπική χρήση σε σχέση με το αδίκημα της πώλησης και της διακίνησης. Στη χώρα μας, τα στοιχεία για το 2019

δείχνουν ότι το 55% των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών κάνει χρήση ηρωίνης, το 27% κάνναβης, το 8% κοκαΐνης και τέλος το 1% αμφεταμίνης. Γενικότερα όμως, στην πορεία των ετών, η πιο συνθισμένη εξαρτησιογόνος ουσία που χρησιμοποιείται από τους Έλληνες ηλικίας 18-65 έτη είναι η κάνναβη, ενώ η αμφεταμίνη, κοκαΐνη και έκσταση παραμένουν χαμηλά στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό <1%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών είναι άντρες σε ηλικιακή ομάδα 25-44, ενώ 62 ήταν οι θάνατοι, σημαντικά μειωμένοι συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη, που σχετίζονται με την υπερδοσολογία εξαρτησιογόνων ουσιών. Αξίζει να αναφερθεί ότι 86 νέες διαγνώσεις μόλυνσης με HIV καταγράφηκαν και σχετίζονται με τη χρήση ενέσιμων εξαρτησιογόνων ουσιών ενώ αριθμούνται 17.995 νέες δικαστικές υποθέσεις έναντι των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, και συγκεκριμένα το Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας, ανάλυσε τα λύματα της Αθήνας που καταλήγουν στην Ψυττάλεια, στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος βιολογικής ανάλυσης αστικών λυμάτων. Γενικά, τα επίπεδα αμφεταμίνης και έκστασης ήταν χαμηλά για το 2018 όμως τα επίπεδα κοκαΐνης και έκστασης αυξάνονταν αρκετά τα σαββατοκύριακα. Γενικά, η χρήση κοκαΐνης και έκστασης αυξάνεται σταδιακά από το 2018 (Εικόνα 6) (Στεφανής", 2019).



Εικόνα 6: Στατιστικά στοιχεία σχετικά με το ποσοστό των Ελλήνων που καταναλώνουν στις τρεις πιο δημοφιλείς εξαρτησιογόνες ουσίες. Τα αποτελέσματα αποδίδονται στο γενικό πληθυσμό, στο φύλο και σε ηλικιακές ομάδες (Στεφανής", 2019).

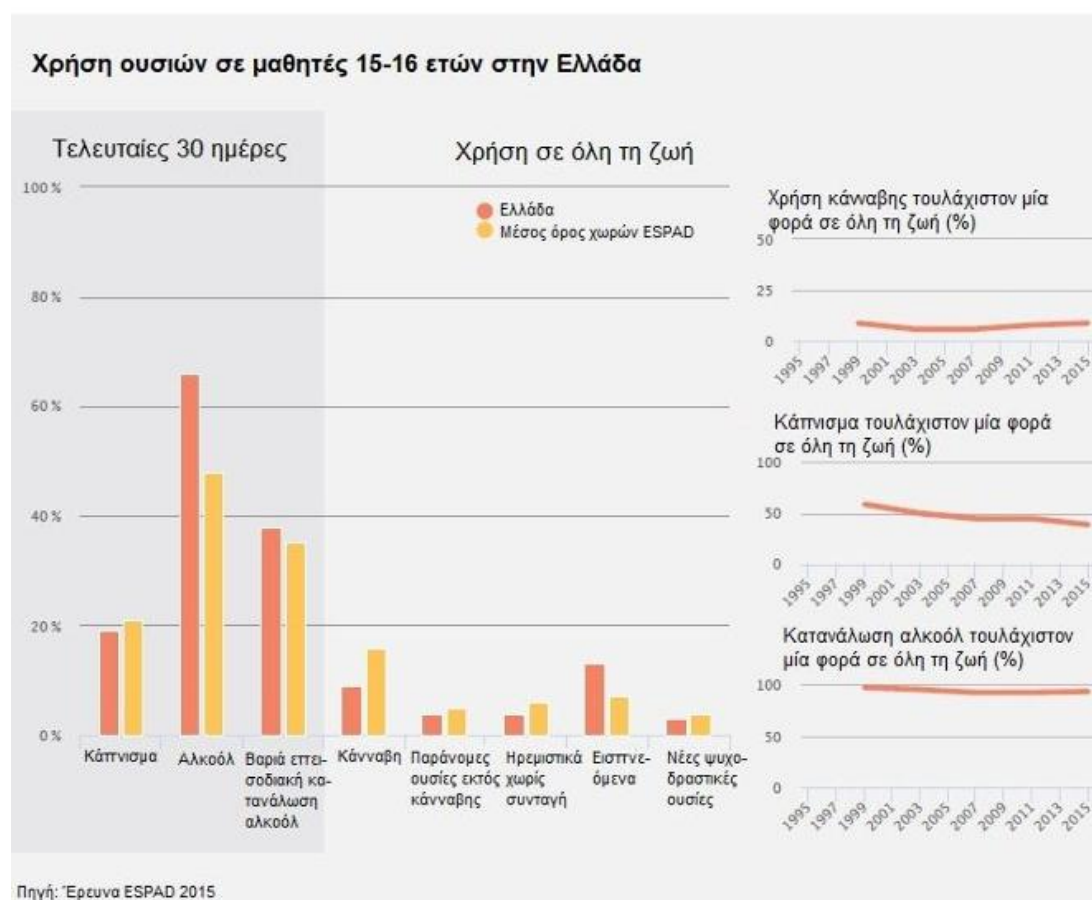
Η χώρα μας ακολουθεί, μέσω της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά, την ισορροπημένη προσέγγιση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όντας επικεντρωμένη στη μείωση προσφοράς που θα οδηγήσει στη μείωση της ζήτησης. Είναι βασισμένο σε πέντε πυλώνες, τη μείωση της ζήτησης μέσω της πρόληψης (η πρόληψη θα επιτευχθεί μέσα από την πληροφόρηση, την ευαισθητοποίηση, την έγκαιρη διάγνωση, την παρέμβαση,

τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη), τη μείωση προσφοράς, την εκπαίδευση, παρακολούθηση, έρευνα και αξιολόγηση, το συντονισμό και τη συνεργασία σε διεθνές επίπεδο. Κάθε ένας από τους ανωτέρω τομείς υλοποιείται με δράσεις και η αξιολόγησή τους πραγματοποιείται με μετρήσιμους δείκτες. Η δράση αυτή προβλέπει παρεμβάσεις θεραπείας για την εξάρτηση από ουσίες και προληπτικές δράσεις. Στόχος είναι η αυξημένη πρόσβαση στη θεραπεία, η επαγωγή της συνεργασίας μεταξύ των διάφορων φορέων και υπηρεσιών και η σωστή χρήση των διαθέσιμων πόρων. Τα στοιχεία μέσα από τα οποία θα αξιολογείται η δράση του προγράμματος θα παρέχονται από ερευνητικά προγράμματα τα οποία παρέχονται, σε ετήσια βάση, από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής ακρίβειας (ΕΠΨΥ) (Στεφανής", 2019).

Ο Ν. 4139/13 είναι αυτός που θέσπισε το διαχωρισμό της κατοχής εξαρτησιογόνων ουσιών για προσωπική χρήση έναντι της κατοχής για πώληση. Η φυλάκιση για κατοχή για προσωπική χρήση ή καλλιέργεια τέτοιας ποσότητας για προσωπική χρήση είναι 5 μήνες και δεν καταγράφεται στο ποινικό μητρώο με την προϋπόθεση ότι σε διάστημα 5 ετών δεν θα βρεθεί ξανά να κατέχει ή να καλλιεργεί. Τα άτομα με διαγνωσμένη εξάρτηση δίνεται η δυνατότητα από τον ανακριτή και τον εισαγγελέα να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα είτε στο πλαίσιο της φυλάκισής τους είτε στην κοινότητα. Η ποινή είναι με αναστολή εάν το άτομο έχει ήδη ξεκινήσει να βρίσκεται στην πορεία θεραπείας και αποκατάστασης. Τα άτομα που διακινούν ουσίες σε μια ομάδα και εμφανίζουν εξάρτηση αντιμετωπίζουν ποινή φυλάκισης έως 3 έτη, ενώ όσοι απλά διακινούν αντιμετωπίζουν φυλάκιση έως 8 έτη. υπάρχει και η δυνατότητα της ισόβιας φυλάκισης εάν το άτομο που διακινεί ανήκει στο ιατρικό, εκπαιδευτικό προσωπικό και εάν είναι θεραπευτής εξαρτήσεων.

Η χώρα μας, μέσα από τη συμμετοχή της στην «Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση ουσιών, άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές και την ψυχοκοινωνική υγεία των έφηβων-μαθητών » ("European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" - Έρευνα ESPAD) η οποία ξεκίνησε το 1984 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και συνεχίζεται έως σήμερα από το ΕΠΨΥ, έχει τη δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης του φαινομένου στη χώρα μας για πλέον 40 χρόνια. Η έρευνα αυτή διεξάγεται κάθε 4 έτη και το 2015 φάνηκε ότι παρά το γεγονός ότι η χώρας μας βρίσκεται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο χρήσης κάνναβης, εμφανίζει αύξηση στη χρήση σε μαθητές ενώ η λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και ψυχοδραστικών ουσιών είναι παρόμοια με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η κατανάλωση

αλκοόλ και η χρήση νικοτίνης είναι ευρέως διαδεδομένα σε μαθητές οι οποίοι σημειώνουν και βαριά περιστατικά κατάχρησης (Εικόνα 7) (Επιψυ | Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, 2019).

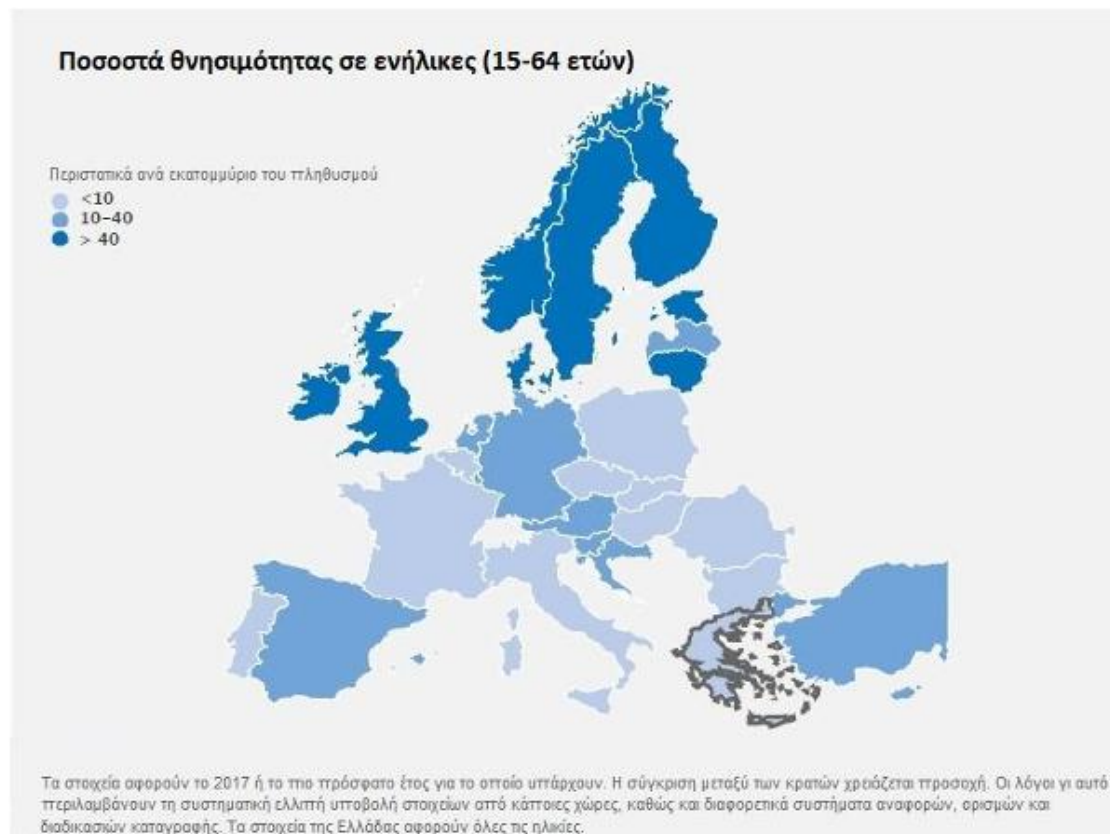


Εικόνα 7: Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από μαθητές ηλικίας 15-16 ετών στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, αναφέρεται, διαγραμματικά η τάση χρήσης αλκοόλ, κάνναβης και νικοτίνης στην πορεία των ετών (Στεφανής", 2019).

Αυξημένη είναι και η επίπτωση της χρήσης οπιοειδών, και πιο συγκεκριμένα ηρωίνης, αφού φαίνεται ότι 14.462 ήταν οι χρήστες ηρωίνης για το 2017. Η ηρωίνη είναι και η ουσία αυτή που αποτελεί και την πιο συχνή αιτία αναζήτησης θεραπείας αλλά ο αριθμός χρηστών που τελικά ακολουθούν τη θεραπεία είναι αρκετά μειωμένος συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη. Πιο αναλυτικά, το 61% των χρηστών ηρωίνης αναζητά θεραπεία, το 27% των χρηστών κάνναβης και το 9,3% των χρηστών διεγερτικών ουσιών (π.χ. κοκαΐνη).

Η χρήση ουσιών είναι υπεύθυνη για την μετάδοση λοιμώξεων (τόσο ιικών όσο και βακτηριακών) αλλά και για την οξεία δηλητηρίαση που οδηγεί σε θάνατο λόγω υπερβολικής δόσης. Βάσει ιατροδικαστικών και τοξικολογικών αναλύσεων από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, έχουν αναφερθεί για το 2017, 62 θάνατοι από ναρκωτικά, και

πιο ειδικά από τη χρήση οπιοειδών στο μεγαλύτερο ποσοστό κατά κύριο λόγο σε άνδρες άνω των 30 ετών. Στο γενικό πληθυσμό, η θνησιμότητα ήταν 6 θάνατοι ανά εκατομμύριο, αρκετά κάτω από το μέσο όρο της Ευρώπης που είναι 16 θάνατοι ανά εκατομμύριο, ενώ στους ενήλικες της Ευρώπης (15-64 έτη) για το 2017 ήταν 22 θάνατοι ανά εκατομμύριο πληθυσμού (Εικόνα 8) (Στεφανής", 2019).



Εικόνα 8: Μέσος όρος θανάτων ανά εκατομμύριο πληθυσμού στις χώρες της Ευρώπης. Στην κορυφή της λίστας είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία και οι χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου (Στεφανής", 2019).

Κεφάλαιο 3ο: Πρόληψη και θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες

Ένα από τα πλέον σημαντικά ερωτήματα στον τομέα της χρήσης, της κατάχρησης και του εθισμού από εξαρτησιογόνες ουσίες είναι με ποιους τρόπους, ποιες μεθόδους και με ποιες τεχνικές και παρεμβάσεις μπορεί να γίνει αποτελεσματικά η πρόληψη και η θεραπεία. Σε όλες τις περιπτώσεις χρήσης και εξάρτησης είναι γενικά αποδεκτό ότι η πρόληψη είναι πολύ πιο σημαντική και αποτελεσματική από τη θεραπεία, για το λόγο αυτό πολλά είναι τα προγράμματα που εστιάζουν σε τεχνικές πρόληψης. Φυσικά, υπάρχει και μια σειρά από αποτελεσματικά προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης για όλα τα είδη εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο κεφάλαιο αυτό θα μελετηθούν οι στρατηγικές σχετικά με την πρόληψη αλλά και με τη θεραπεία (Flora, 2022).

3.1. Πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών

Παραδοσιακά, οι στρατηγικές πρόληψης κατηγοριοποιούνται σε πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς παρεμβάσεις. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στην πρόληψη από τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών, η δευτερογενής πρόληψη σχετίζεται με την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών και η τριτογενής πρόληψη σχετίζεται με την θεραπεία και τη μείωση των βλαπτικών ιδιοτήτων από τη χρήση των ουσιών αυτών αλλά και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία. Επομένως, η αναφορά στην πρόληψη σχετίζεται με τα δυο πρώτα είδη ενώ το τρίτο είδος θα αναλυθεί μετέπειτα ως θεραπεία. Μια άλλη διάκριση που αξίζει να αναφερθεί τις τελευταίες δεκαετίες είναι η ταξινόμηση σε στρατηγικές πρόληψης οι οποίες χαρακτηρίζονται ως καθολικές, επιλεκτικές και ενδεδειγμένες. Οι καθολικές στρατηγικές πρόληψης εφαρμόζονται στο γενικό πληθυσμό (όπως για παράδειγμα οι μαθητές) με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση σχετικά με το ζήτημα των εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι επιλεκτικές στρατηγικές έχουν ως στόχο ομάδες ανθρώπων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο χρήσης και κατάχρησης ουσιών (απευθύνονται για παράδειγμα σε παιδιά εξαρτημένων ατόμων, ή παιδιά που

μεγαλώνουν σε περιβάλλοντα και γειτονιές υψηλού κινδύνου). Τέλος, οι ενδεδειγμένες στρατηγικές αφορούν άτομα τα οποία μπορεί να μην έχουν εμφανίσει εθισμό αλλά έχουν έρθει σε επαφή με ουσίες (π.χ. νέοι που κάνουν περιστασιακή χρήση ουσιών ή πειραματίζονται με διάφορες ουσίες) (Flora, 2022).

Οι στόχοι των διαφορετικών αυτών στρατηγικών είναι αρκετά διαφορετικοί αλλά γενικά όλες οι παρεμβάσεις, ανεξάρτητα από τον στόχο που θέτει η καθεμία έχει τους εξής ίδιους όπως την αυξημένη διάδοση της γνώσης σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες στους έφηβους, τη μείωση της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, την καθυστέρηση της πρώτης επαφής με κάποια ουσία, τη μείωση της κατάχρησης ουσιών και τη μείωση των βλαπτικών δράσεων λόγω της χρήσης ουσιών. Ενώ, ανάλογα το περιεχόμενο και την ομάδα ατόμων στην οποία απευθύνονται κατά κύριο λόγο οι παρεμβάσεις αυτές είναι σχεδιασμένες για σχολεία, οικογένειες, την ευρύτερη κοινωνία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή και μέρη στα οποία συγκεντρώνονται και μαζεύονται οι νέοι όπως καφετέριες, πάρκα, πολιτιστικά κέντρα κ.ο.κ (Cuijpers, 2009).

Ο σχεδιασμός αυτών των παρεμβάσεων απαιτεί το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο και την αξιοποίηση γνώσεων από αποτελέσματα που υπάρχουν από άλλες παρεμβάσεις είτε προηγούμενων ετών είτε άλλων χωρών. Επίσης, σε πολλές από αυτές τις δράσεις απαιτείται η ενεργός συμμετοχή και εμπλοκή παιδιών, εκπαιδευτικών και γονέων. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αποτελεί ένα σημαντικό κριτήριο της παρέμβασης, ενώ φαίνεται ότι σημαντικός παράμετρος είναι και η ενεργή συμμετοχή από μεγάλη μερίδα κόσμου δείχνει το πόσο επιδραστική και καλά οργανωμένη είναι.

Η μελέτη της βιβλιογραφίας και των οδηγιών οδηγεί σε μια ετερογένεια μεθόδων με τις περισσότερες να χαρακτηρίζονται ως περιβαλλοντικές παρεμβάσεις, οι οποίες υπογραμμίζουν κυρίως την εφαρμογή παρεμβάσεων οι οποίες θα πραγματοποιούνται σε ένα φυσικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, δηλαδή μέσα στο χώρο που τα άτομα ενεργούν και συμπεριφέρονται (Champion et al., 2013). Μια δεύτερη μεγάλη κατηγορία είναι οι μελέτες που βασίζονται στη γνώση για τις ουσίες και τον τρόπο με τον οποίο καθιστούν τον εθισμό και την γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση. Οι παρεμβάσεις αυτές βασίζονται σε γνωσιακές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Στις παρεμβάσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται παρεμβάσεις κοινωνικών δεξιοτήτων, προγράμματα ενδυνάμωσης οικογενειών και δράσεις ενδυνάμωσης της επικοινωνίας και της αυτοεκτίμησης, τυχαίους ελέγχους σε φοιτητές και ανάπτυξη και παρακολούθηση επαγγελματικών στόχων. Μια τρίτη κατηγορία πρόληψης είναι μέθοδοι που χαρακτηρίζονται, με την ευρύτερη έννοια, ως ανθρωπιστικές και

βασίζονται σε παροχή πληροφοριών από γνωστικές προσεγγίσεις και προσεγγίσεις βιωματικού χαρακτήρα. Πολλές από αυτές τις προσεγγίσεις, βασίζονται στην προώθηση της καθοδήγησης των νέων και της ανάπτυξη δικτύων επικοινωνίας, συνεντεύξεων παρακίνησης, αφηγηματικές θεραπείες, εκπαιδευτική και επαγγελματική συμβουλευτική αλλά και παροχή γνώσεων από ειδήμονες, δημιουργώντας διασύνδεση κοινωνίας, φορέων και σχολείου (Dell et al., 2013).

Για την επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης είναι η αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή η αυτοπεποίθηση στην ικανότητα ή την πιθανότητα κάποιου να ολοκληρώσει με επιτυχία μια εργασία η οποία θα έχει ευνοϊκό αποτέλεσμα. Τα άτομα τα οποία δεν εμφανίζουν εθισμό φαίνεται ότι εμφανίζουν υψηλά στοιχεία αυτοαποτελεσματικότητας, υψηλά κίνητρα και ισχυρές δεξιότητες για την αντιμετώπισης της ζωής και στη λήψη αποφάσεων. Αρκετές είναι και οι μελέτες οι οποίες διερεύνησαν την υποστήριξη από την κοινωνία με τα αποτελέσματα να κρίνονται ως αμφιλεγόμενα, αφού η επιρροή από τους φίλους και τους συνομήλικους έχει συσχετισθεί με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στο σημείο αυτό, οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να έχουν ισχυρή παρουσία και συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και το σχολείο να είναι αρωγός της πρόληψης (Snyder and Lopez, 2001).

Στη χώρα μας, η πρόληψη συσχετίζεται με δράσεις που ξεπερνούν την ενημέρωση και σχετίζονται με αλλαγή τρόπου ζωής στάσης και αξιών. Η προσπάθεια πρόληψης από τις εξαρτησιογόνες ουσίες ξεκίνησε από τη δεκαετία του 1980 αλλά χωρίς οργανωμένη δομή και προσπάθεια. Κατά κύριο λόγο η πρόληψη ξεκίνησε μέσα από την ενημέρωση των νέων σχετικά με τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Ταυτόχρονα, ξεκίνησε και η συμμετοχή της χώρας μας σε ευρωπαϊκά προγράμματα και έτσι ξεκίνησε η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης σε σχολεία και στην κοινότητα, συγκεκριμένα, οι δράσεις ξεκίνησαν από κάποιους δήμους της Αττικής. Στόχος τους ήταν η ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης των νέων, τη μείωση αρνητικών συναισθημάτων όπως του αισθήματος της μοναξιάς και η ενίσχυση δεξιοτήτων επικοινωνίας αλλά και αντίστασης με αρνητικές επιρροές. Στα πλαίσια της αντίληψης της σημασίας της πρόληψης, δημιουργήθηκε το 1995 ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), με το Ν. 2161/1993. Αυτή τη στιγμή, ο ΟΚΑΝΑ αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα παροχής υπηρεσιών στον τομέα των συμπεριφορών που σχετίζονται με την εξάρτηση και τον εθισμό στην Ελλάδα. Αποτελεί, υψίστης σημασίας οργανισμό στη θέσπιση στρατηγικών και πολιτικών για την Εθνική Στρατηγική κατά των Ναρκωτικών. Επίσης, στοχεύει στην

ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την άρση στιγματισμού από άτομα τα οποία έχουν ξεπεράσει προβλήματα με τον εθισμό. Από το 2020, με το Ν. 4737/2020, ο ΟΚΑΝΑ έχει ρόλο στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την προώθηση της πολιτικής γραμμής, στην ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση, τη μελέτη για τα προβλήματα της χρήσης και της κατάχρησης, την ανταλλαγή απόψεων και ιδεών με άλλους αντίστοιχους φορείς και την τελική σύνταξη εκθέσεων οι οποίες αποτυπώνουν την κατάσταση στη χώρα μας.

Για την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων, ο ΟΚΑΝΑ ίδρυσε το Κέντρο Εκπαίδευσης Στελεχών Πρόληψης σε συνεργασία με το ΕΠΙΨΥ. Σήμερα υπάρχουν 47 Κέντρα Πρόληψης σε όλη τη χώρα και καλύπτουν την πλειονότητα των νομών και η ίδρυσή τους έγινε προοδευτικά μέσα στην τελευταία πενταετία (Οκανα, 2023).

Η άμεση πρόληψη αφορά την ενημέρωση μέσα από δράσεις και σεμινάρια χώρων εργασίας, σχολείων, αθλητικών χώρων και χώρων όπου οι νέοι περνούν το χρόνο τους και η έμμεση πρόληψη σχετίζεται με την ενημέρωση εκπαιδευτικών, γονέων, επαγγελματιών υγείας και γενικότερα της κοινωνίας ώστε να ενισχύσουν την απόσταση μεταξύ νέων και ουσιών.

3.2. Θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες

Όταν αναφερόμαστε στον όρο θεραπεία από τις εξαρτησιογόνες ουσίες πρέπει να γνωρίζουμε έννοιες όπως η αποτοξίνωση, μείωση βλάβης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εξάρτησης ενώ φαίνεται ότι δεν αποτελεί απλά μια φαρμακολογική θεραπεία αλλά μια σειρά από υγειονομικές και κοινωνικές παραμέτρους που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Όποιο άτομο έχει διαγνωσθεί με εξάρτηση για μια ουσία, βάσει των επτά κριτηρίων της κλίμακας DSM-IV, πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένη στρατηγική θεραπείας. Η διαδικασία αυτή είναι τόσο δυσάρεστη όσο και επικίνδυνη και πρέπει το προσωπικό το οποίο διαχειρίζεται τα άτομα αυτά να είναι καλά εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο. Η θεραπεία είναι συχνά εξατομικευμένη και δε σταματά με το πέρας της αποδέσμευσης του ατόμου από την ουσία αλλά συνεχίζεται μέχρι το άτομο να μπορέσει να επανενταχθεί ξανά στην κοινωνία και να καταστεί κοινωνικά λειτουργικό. Διαφέρει από τη θεραπεία οποιασδήποτε άλλης νόσου όπου ένα φαρμακολογικό πλάνο μπορεί να αντιμετωπίσει τις δυσμενείς συνθήκες, αλλά αφορά ένα πολυπαραγοντικό μοτίβο το οποίο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Το

θεραπευτικό πρωτόκολλο αφορά φαρμακοθεραπεία, εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη και συνεχή παρότρυνση. Κατά κύριο λόγο, η γενική στρατηγική έχει βασιστεί σε τέσσερις πυλώνες θεραπείας, τη φαρμακοθεραπεία, που συνήθως παρέχεται με τη χρήση μεθαδόνης, προγράμματα όπου δεν υπάρχει πρόσβαση σε ουσίες αλλά το άτομο δεν είναι σε κάποια δομή παρακολούθησης (εξωτερικοί ασθενείς), κοινότητες θεραπείας και προγράμματα εξάρτησης από χημικές ουσίες.

Ξεκινώντας με τη φαρμακευτική αγωγή, τα φάρμακα τα οποία χορηγούνται έχουν ως στόχο την καταστολή στερεοτικών συμπτωμάτων και της ακατάσχετης επιθυμίας για την εύρεση και τη λήψη της ουσίας. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις όπου το άτομο είναι εθισμένο σε οπιοειδή (π.χ. ηρωίνη, φεντανύλη) η χορήγηση φεντανύλης σε συνδυασμό με συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική. Επίσης, άλλες εναλλακτικές φαρμακευτικές προσεγγίσεις αφορούν τη χρήση βουπρενορφίνης και ναλτρεξόνης, αφού η μεθαδόνη μπορεί να προκαλέσει και αυτή ψυχική εξάρτηση λόγω του ευφορικού συναισθήματος ύστερα από επαναλαμβανόμενη χορήγηση. Βασική αρχή της θεραπείας είναι η ψυχολογική στήριξη και ψυχοθεραπεία που αποτελούν την συμπεριφορική θεραπεία τόσο για τα εξαρτημένα άτομα όσο και για τις οικογένειες των ατόμων αυτών. Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απαλλαγμένο από ψυχολογική υποστήριξη έχει φανεί ότι είναι ελάχιστο αποτελεσματικό και συγκρίνεται με την αποτελεσματικότητα των ατόμων που δεν έλαβαν θεραπεία (Tai and Volkow, 2013).

Τα βασικά προγράμματα αντιμετώπισης είναι δυο, τα «στεγνά» προγράμματα και τα προγράμματα υποκατάστατων ουσιών ή αλλιώς μείωσης της βλάβης.

«Στεγνά» προγράμματα

Η βασική θεραπευτική στρατηγική είναι μη λήψη καμίας ουσίας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό, άρα δεν έρχεται σε επαφή με καμία ουσία και η θεραπεία δεν είναι φαρμακευτική αλλά βασίζεται στην επίπονη απεξάρτηση του ατόμου από την ουσία. Η απεξάρτηση ξεκινά πρώτα από την ψυχική σφαίρα και στην συνέχεια θα ακολουθήσει και η σωματική απεξάρτηση. Στόχος είναι η θεραπεία του σώματος από την λήψη ουσιών, με στόχο την επιστροφή στη λειτουργία του σε κατάσταση πριν από τη λήψη ουσιών. Στην Ελλάδα, οι θεραπευτικές δομές δημιουργήθηκαν το 1983, με την «Ιθάκη» να είναι το πρώτο πρόγραμμα που δημιουργήθηκε και το 1987 ακολούθησε η δημιουργία του φορέα Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Σήμερα υπάρχουν 43 στεγνά προγράμματα, τα οποία κατά κύριο λόγο

ανήκουν στις μεγαλύτερες δομές όπως το ΚΕΘΕΑ, στη μονάδα απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και στο Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας. Το προσωπικό στους φορείς αυτούς είναι εξειδικευμένο, αποτελείται από επαγγελματίες υγείας, επαγγελματίες κοινωνικών επιστημών και ψυχολογικής στήριξης και δεσμεύεται να ακολουθεί κατά κανόνα τον Κώδικα Δεοντολογίας. Η θεραπεία ακολουθεί τρεις φάσεις, τη συμβουλευτική φάση, τη φάση απεξάρτησης και τη φάση της κοινωνικής επανένταξης.

Η πρώτη φάση, η *φάση της συμβουλευτικής*, διαρκεί περίπου ένα μήνα και ρόλο έχει η ομάδα εισαγωγής όπου καλείται να τονώσει το ηθικό και την αυτοπεποίθηση των ατόμων ώστε να αποφασίσουν και να πεισθούν ότι μπορούν να διακόψουν τη χρήση. Επίσης, σε αυτή την ομάδα γίνεται και η υποδοχή ατόμων που εμφανίζουν υποτροπή, δηλαδή άτομα τα οποία διέκοψαν τη θεραπεία και επιθυμούν να ενταχθούν εκ νέου.

Η *φάση της απεξάρτησης*, έχει διάρκεια 11 μήνες και είναι το κύριο σκέλος της διαδικασίας, όπου το άτομο αφού πραγματοποιήσει τις απαραίτητες εξετάσεις, ξεκινά τη διαδικασία είτε αποτελώντας εσωτερικό ασθενή είτε εξωτερικό. Το κλίμα είναι φιλικό και συνεργατικό, και αυτό επιτυγχάνεται με ομαδικές συναντήσεις.

Προγράμματα υποκατάστατων ουσιών

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η πιο ομαλή απεξάρτηση των ατόμων και έτσι να επανέλθει στην πραγματικότητα σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο. Στα άτομα αυτά χορηγούνται νόμιμα υποκατάστατες ουσίες, και έτσι δεν έχουν ως μέλημα να ψάξουν να βρουν την ουσία, αλλά την προμηθεύονται νόμιμα και υπό παρακολούθηση αλλά και τηρώντας τους κανόνες υγιεινής. Η χρήση ουσιών γίνεται με έναν πιο ρεαλιστικό τρόπο έτσι η βλάβη μειώνεται από τη λήψη ουσιών. Οι ουσίες που χορηγούνται κατά κύριο λόγο είναι η μεθαδόνη, LAAM, ναλοξόνη, ναλτρεξόνη και βουπρενορφίνη.

Η μεθαδόνη είναι οπιοειδής που έχει την ευφορική δράση και μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό και εξάρτηση εάν λαμβάνεται επαναλαμβανόμενο και σε υψηλές δόσεις. Στη θεραπεία υποκατάστασης, χορηγείται σε μορφή πόσιμου διαλύματος σε καθημερινή βάση με εύρος δόσεων 30-120 mg ανάλογα την περίπτωση. Η δοσολογία πρέπει να μειώνεται σταδιακά (στην τάξη του 3% για κάθε εβδομάδα θεραπείας που περνά) και ολοκληρώνεται περίπου σε διάστημα 6 με 12 μήνες. Η νεότερη ουσία LAAM, είναι

ένα συνθετικό ανάλογο που μοιάζει με τη μεθαδόνη αλλά εμφανίζει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης για αυτό και οι δόσεις είναι 20-40 mg. Οι υπόλοιπες τρεις ουσίες, είναι ανταγωνιστές των οπιοειδών και ασκούν τη δράση τους μέσα από την εξουδετέρωση των οπιοειδών που εισέρχονται στον οργανισμό. Η ναλοξόνη δεν έχει εθιστική δράση, εμφανίζει μικρό χρόνο ημιζωής και εμφανίζει παρενέργειες από το γαστρεντερικό. Η ναλτρεξόνη, χορηγείται από του στόματος, για ο χρόνος ημιζωής της είναι από 24 έως και 72 ώρες. Τέλος, η βουπρενορφίνη έχει ρόλο τόσο ανταγωνιστή όσο και συναγωνιστή και χορηγείται σε μορφή δισκίων με χρόνο ημιζωής παρόμοιο με αυτόν της ναλτρεξόνης (Leyrer-Jackson et al., 2022).

Τα προγράμματα αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα και χρησιμοποιούμενα σε χώρες της Ευρώπης και λειτουργούν από τη δεκαετία του 1970, με εξειδικευμένα κέντρα να είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση και τη χορήγηση των ουσιών αυτών. Η χώρα μας, άργησε να υιοθετήσει τη θεραπεία της υποκατάστασης και θέσπιση των προγραμμάτων αυτών ξεκίνησε μέσα στη δεκαετία του 1990. Πλέον, ο ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση της θεραπείας αυτής και το 75% περίπου των χρηστών βρίσκονται στη θεραπεία της βουπρενορφίνης και το 25% στη μεθαδόνη.

Εδώ η θεραπεία ξεκινά με ένα προπαρασκευαστικό στάδιο (*φάση προεισαγωγής*) όπου οι χρήστες υποβάλλονται σε εξετάσεις και ενημερώνονται για το πρόγραμμα. Ακολουθεί η *φάση εισαγωγής*, όπου ξεκινά η χορήγηση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης, σε δόσεις εξατομικευμένες και ανάλογα με τις ανάγκες. Στα πλαίσια της θεραπείας, το κλίμα διατηρείται φιλικό, ήρεμο, με αίσθηση οικειότητας και θαλπωρής και όταν το άτομο εμφανίσει μειωμένα συμπτώματα απόσυρσης και δυσφορίας θα αρχίσει η ένταξή του στην επόμενη φάση. Στη *φάση αποκατάστασης* εμφανίζει τα ίδια χαρακτηριστικά με τη φάση εισαγωγής, όμως εδώ το άτομο εισάγεται ξανά στην κοινωνία, ξεκινά η προσπάθεια ανεύρεσης εργασίας, βρίσκει εκ νέου τις σχέσεις του με την οικογένεια και τους οικείους του και αρχίζει να συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες. Στη φάση αυτή είναι πιο ενισχυμένη η ψυχολογική υποστήριξη οι συνεδρίες είναι ατομικές, ομαδικές και οικογενειακές και αν όλα αυτά πραγματοποιηθούν σωστά, μετά από ένα χρόνο βγαίνει από αυτή τη φάση και περνά στη *φάση υποστηρικτικής φροντίδας*. Όσοι δεν καταφέρουν να ολοκληρώσουν τη φάση, παραμένουν στην αποκατάσταση επ' αόριστο και ταυτόχρονα ψάχνει το προσωπικό να βρει τους λόγους που δεν κατάφερε το άτομο να συνεχίσει. Η ολική απεξάρτηση έρχεται όταν οι δόσεις τις ουσίες μειώνονται σημαντικά μέχρι την τελική του αποχή χωρίς την εμφάνιση στερεοτικών συμπτωμάτων.

Κεφάλαιο 4^ο: Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την θεραπεία των εξαρτησιογόνων ουσιών

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι στην πρώτη γραμμή στη θεραπεία και την αντιμετώπιση όλων των υγειονομικών κρίσεων, για το λόγο αυτό δε θα μπορούσαν να λείπουν και από την πρόληψη και τη θεραπεία των εξαρτησιογόνων ουσιών (Johansson and Wiklund-Gustin, 2016). Οι νοσηλευτές, με την αμεσότητα και τη επαφή που έχουν με τους χρήστες και τις οικογένειές τους μπορούν να υποστηρίξουν την διαδικασία μέσα από πολλές σκοπιές όπως την ενίσχυση της σωματικής υγείας, την προαγωγή της υγιεινής, την ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας και την υποστήριξη τόσων των ίδιων όσο και των οικογενειών τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να εμπλέκεται και στα δυο προγράμματα απεξάρτησης που αναφέρθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο αλλά και σε όλες τις φάσεις του κάθε προγράμματος, τόσο στην εισαγωγή όσο και στη συναίνεση και τη συμμόρφωση. Για να γίνει όμως αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να είναι εξειδικευμένο, να έχει εκπαιδευτεί τόσο στα ζητήματα που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν από την σκοπιά των συμπτωμάτων και της σωματικής υγείας (λειτουργία πεπτικού, αναπνευστικού, καρδιαγγειακού συστήματος) όσο και λοιμώξεων που σχετίζονται με τις κακές συνθήκες υγιεινής ή με την αδυναμία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ξεκινώντας λοιπόν από τη σωματική υγεία, το άτομο είναι απορροφημένο με την εξεύρεση της δόσης του οπότε η σωματική φροντίδα και υγιεινή είναι σε δεύτερη μοίρα. Πρέπει να φροντίσουν να διαχειριστούν την κακή υγεία πεπτικού, του δέρματος, τη στοματική υγιεινή και τη δυσλειτουργία πολλών συστημάτων. Επίσης, πρέπει να φροντίσουν και την ψυχική υγεία των ασθενών οι οποίοι θέλουν συνεχή στήριξη, υποστήριξη, προσοχή και ενθάρρυνση (Dowdell et al., 2022).

Κατά την αρχική αξιολόγηση, ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα αντιληφθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ατόμου και της φροντίδας που θα πρέπει να λάβει. Επίσης, μπορεί να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της εξάρτησης.

Τα άτομα αυτά συνήθως εμφανίζουν δυσκολία στην αναπνοή, έμετο, πονοκεφάλους, παραισθήσεις (συχνά οπτικές και ακουστικές) και ξηροδερμία. Ο νοσηλευτής οφείλει να προλάβει πιθανό κίνδυνο πτώσης επιπέδων οξυγόνου, εναλλαγές διάθεσης και συμπεριφοράς λόγω της χρήσης ουσιών, την επικείμενη αφυδάτωση λόγω των έμετων που έχει ήδη οδηγήσει σε συμπτώματα όπως η ξηροδερμία, να αντιμετωπίσει με

αναλγητικά τον οξύ πόνο και να παρέχει ασφάλεια για να προλάβει αυτοτραυματισμό ή πιθανή πτώση.

Ο νοσηλευτής, με τη σύμφωνη γνώση και καθοδήγηση από τον θεράποντα ιατρό πρέπει να χορηγήσει οξυγόνο, να εισάγει στις συνεδρίες και τις φάσεις εισαγωγής το άτομο, να χορηγήσει ενδοφλέβιο ορό για αποκατάσταση θρεπτικών και υγρών από το άτομο και να φροντίσει να ελέγχει τα ζωτικά στοιχεία του ασθενούς και την βελτίωση της υγείας του.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός, ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να διαχειριστούν τη χορήγηση της θεραπείας σε σωστές δόσεις, να αποθηκεύουν με ασφάλεια τα φάρμακα, να τα διατηρούν και να είναι σε συνεχή εγρήγορση. Η χορήγηση πρέπει να γίνεται με απόλυτη ακρίβεια ώστε το άτομο να λάβει τη σωστή θεραπεία, στο σωστό χρόνο ώστε το άτομο να μην υποτροπιάσει και παρουσιάσει επεισόδια κρίσεων.

Ο νοσηλευτής, καλείται επίσης, να «ψυχολογήσει» το άτομο και να βρει τα δυνατά και αδύναμα σημεία του και έτσι να καταφέρει να εξατομικεύσει τη θεραπεία ενισχύοντας τα στάδια της απεξάρτησης. Σε αυτά τα πλαίσια, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να μπορεί να στηρίξει και την οικογένεια του ατόμου, αφού η καθημερινότητα του εξαρτημένου ατόμου σε ένα περιβάλλον υποστηρικτικό, χωρίς φόβο και ανησυχίες μπορεί να είναι σημαντικό για να μπορέσει να παραμείνει στη θεραπεία, να μην υποτροπιάσει και να πιστέψει στον εαυτό του. Η αποδοχή και η υποστήριξη από όλους τους τομείς μπορεί να είναι εξέχουσας σημασίας (Choate, 2015).

Εν συνεχεία, περνώντας στο ρόλο του νοσηλευτή στην προσέγγιση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου, και εκεί ο ρόλος του είναι κομβικός. Πρέπει, βάσει της σωστής και άρτιας εκπαίδευσής του και της προσωπικότητάς του να ενημερώσει αναλυτικά το οικογενειακό περιβάλλον και να το ευαισθητοποιήσει. Πρέπει αντίστοιχες δράσεις να πραγματοποιήσει και στο κοινωνικό αλλά και στο εργασιακό του περιβάλλον. Ώστε το άτομο που βρίσκεται στην αποκατάσταση να τύχει της καλύτερης δυνατής αντιμετώπισης και υποστήριξης στο μακρύ και δύσκολο δρόμο που πρέπει να πραγματοποιήσει. Οι νοσηλευτές αποτελούν τη σύνδεση του περιβάλλοντος θεραπείας του ατόμου και της κοινωνίας. Είναι το ιδανικό άτομο για να επικοινωνήσει όσο γίνεται πιο σωστά και επιστημονικά τα επικείμενα προβλήματα αλλά και την κατάσταση υγείας του ατόμου. Επίσης, αποτελεί τη στήριξη και στην οικογένεια, η οποία νιώθει ότι έχει έναν άνθρωπο να ενημερώνεται για τις φάσεις που αντιμετωπίζει το άτομο, για την κατάσταση υγείας του αλλά και για να διασφαλίσει ότι όλες οι πιθανές απορίες που θα δημιουργηθούν θα μπορέσουν να απαντηθούν ορθολογικά και

χωρίς το φόβο του στιγματισμού. Η σωστή πληροφόρηση είναι πολύ σημαντική ώστε και να αποδεχτούν καλύτερα την κατάσταση που θα ξεκινήσουν να αντιμετωπίζουν αλλά και να μην καταβληθούν τόσο πολύ από τις συμπεριφορές και τις καταστάσεις που πρόκειται να έρθουν αντιμέτωποι (π.χ. επιθετικές συμπεριφορές, πόνος και στερητικά συμπτώματα). Τα άτομα αυτά συχνά πληγώνονται εξίσου με το εξαρτημένο άτομο αλλά χωρίς να μπορούν να απαλύνουν τον πόνο τους ή να τον εκλογικεύσουν και να μπορέσουν να τον αντιμετωπίσουν.

Ο νοσηλευτής μπορεί να τους εξηγήσει επακριβώς τα στάδια της εξάρτησης αλλά και της απεξάρτησης και τι νιώθει και τι θα νιώθει το άτομο σε κάθε φάση από εδώ και πέρα. Η σωστή πληροφόρηση είναι το άλφα και το ωμέγα τόσο σε ζητήματα ψυχικής υγείας του εξαρτημένου ατόμου όσο και σε ζητήματα σωματικής υγείας. Μια ισχυρή οικογένεια, η οποία αντιλαμβάνεται επακριβώς την κατάσταση θα μπορέσει να στηρίξει ουσιαστικά το άτομο σε όλες τις φάσεις, να διασφαλίσει τη σωστή εφαρμογή των μέτρων θεραπείας και να είναι δίπλα του μέχρι και την ολοκλήρωση της πορείας αυτής (Mirlashari et al., 2020).

Τέλος, ο νοσηλευτής, ως μέλος μιας ομάδας με ποικιλία επιστημονικών ιδιοτήτων όπως ψυχολόγοι, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και στην κοινωνική επάνοδο και επανένταξη μετά την απεξάρτηση. Τα άτομα αυτά, σε συνεργασία, έχοντας τη γνώση των επιπτώσεων της κατάχρησης ουσιών μπορούν να αντιληφθούν την ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου και να το βοηθήσουν καίρια στην επάνοδό του. Το άτομο πάλεψε για τουλάχιστον έναν χρόνο με την εξάρτηση και τώρα πρέπει να σταθεί ξανά και να αντιμετωπίσει την κοινωνία, τα οικονομικά προβλήματα και την δύσκολη εύρεση εργασίας σε ένα πλαίσιο κοινωνικού στιγματισμού και ρατσισμού. Η επανένταξη είναι εξίσου δύσκολη και μακρά διαδικασία με έναν ρυθμό ο οποίος εξαρτάται από το κάθε άτομο. Το άτομο μέσα σε αυτή τη διαδικασία πρέπει να βρει την ταυτότητα του και να γράψει την προσωπική του ιστορία εκ νέου. Το άτομο μέσα από τη διαδικασία αυτή αναγεννάται. Το άτομο πρέπει να αφήσει πίσω του την παθητική στάση και το μοναχικό τρόπο ζωής και να εισέλθει σε έναν νέο τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας και να γεμίσει ξανά η ζωή του με νέα ενδιαφέροντα, σχέσεις, στόχους και να οδηγηθεί σε μια φυσιολογική καθημερινότητα. Το άτομο θα αποκτήσει αυτοπεποίθηση, αυτοεκτίμηση, να γεμίσει θετικά συναισθήματα και να μπορέσει με συναισθηματική ωριμότητα να αναπτύξει νέες σχέσεις ή να εδραιώσει τις ήδη υπάρχουσες σχέσεις. Η ψυχοθεραπεία και η ψυχική ενδυνάμωση θα δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια για αυτή τη νέα πραγματικότητα.

Επίσης, η ομάδα θα οδηγήσει το άτομο στην εύρεση τρόπων και δρόμων ενός νέου τρόπου σκέψης, αντιμετώπισης προβλημάτων καθημερινότητας αλλά και την απόκτηση ψυχική ανθεκτικότητας.

Η ομάδα, ως μεγάλο στοίχημα, έχει να αντιμετωπίσει την πρόληψη νέας υποτροπής αλλά δημιουργίας σταθερότητας και ικανότητας αντιμετώπισης αγχωδών καταστάσεων. Φαίνεται ότι ένας στους τρεις, υποτροπιάζει όταν εμπλέκεται ξανά σε στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με την κοινωνική πίεση και αποδοχή, τις διαπροσωπικές σχέσεις και φυσικά τις οικονομικές δυσκολίες.

Τέλος, ο νοσηλεύτης, εκτός από τον τομέα της θεραπείας και στήριξης του εξαρτημένου ατόμου, μπορεί να εκπαιδεύσει και να ενημερώσει και το γενικό πληθυσμό, ειδικά ομάδες κινδύνου όπως νέους, εφήβους και άτομα χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού υποβάθρου. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσα από τη διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, στη χρήση και διαμοιρασμό έντυπου ή ψηφιακού υλικού ενημέρωσης των επιπτώσεων, στη διεξαγωγή προληπτικών δοκιμασιών όπως δοκιμασίες που σχετίζονται με την αξιολόγηση συμπεριφοράς και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου (π.χ. ιστορικό χρήσης, ψυχική υγεία), τη διεξαγωγή screening tests για ενδείξεις πρώιμης χρήσης (π.χ. AUDIT, DAST) και παραπομπή σε ειδικούς φορείς όπου κρίνεται σημαντικό (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κέντρα απεξάρτησης) όταν υπάρχει υποψία ή επιβεβαιωμένη χρήση. Η είσοδος του σχολικού νοσηλευτή, μπορεί να ενισχύσει και άλλο τη δράση και το ρόλο του προσωπικού, αφού σε συνδυασμό με τη σχολική ηγεσία (διευθυντής και εκπαιδευτικοί) και τη σχολική ψυχολόγο μπορεί να πραγματοποιηθεί εκτενής ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και αφύπνιση των νέων. Επίσης, η ενημέρωσης της κοινότητας μπορεί να γίνει και σε συνδυασμό με δημόσιους φορείς όπως ο Δήμος, η Περιφέρεια, οι διευθύνσεις (κυρίως η Δευτεροβάθμια Διεύθυνση Εκπαίδευσης) αλλά και σε επιστημονικό έργο συγγραφής εργασιών (Kemppainen et al., 2013).

1. Expressions of Compassion Fatigue by Emergency Department Nurses Caring for Patients With Opioid and Substance Use Disorders

Elizabeth B. Dowdell PhD, RN, AFC-N, FAAN, Sue Ellen Alderman MSN, RN, PMHCNS, Naja Foushee MS, BSN, RN, Emily Holland BSNc, Elizabeth A. Reedy PhD, RN

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατάχρηση και ο εθισμός στα οπιοειδή αποτελούν μια εθνική κρίση για τη δημόσια υγεία. Η πολυπλοκότητα της παροχής φροντίδας ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών εκθέτει τους νοσηλευτές σε αγχωτικές εργασιακές καταστάσεις με πολύπλοκο φόρτο εργασίας ασθενών και αυξανόμενα επίπεδα κόπωσης από συμπόνια. Οι νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών ρωτήθηκαν για τα συναισθήματα κόπωσης από συμπόνια κατά τη φροντίδα ασθενών με χρήση οπιοειδών ή/και διαταραχές χρήσης ουσιών.

Μέθοδοι: Είκοσι τέσσερις ομάδες νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών (N = 53) σε κέντρο τραυμάτων επιπέδου I διεξήχθησαν στα τέλη του 2019 και στις αρχές του 2020 χρησιμοποιούνται σε αυτήν την ποιοτική μελέτη χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση που εντόπισε 1 κύριο θέμα κόπωσης από συμπόνια με 3 υποθέματα (απογοήτευση των νοσηλευτών με εθισμένους ασθενείς, συναισθηματικές αντιδράσεις και ικανοποίηση από την εργασία).

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών που εργάζονται με ασθενείς με χρήση οπιοειδών ή/και διαταραχές χρήσης ουσιών αντιμετωπίζουν μια σειρά από αρνητικούς συναισθηματικούς παράγοντες στρες και απογοητεύσεις, οι οποίοι με τη σειρά τους έχουν αυξήσει τα επίπεδα κόπωσης από συμπόνια. Αυτοί οι νοσηλευτές εξέφρασαν επανειλημμένα συναισθήματα αυξανόμενης απογοήτευσης με εθισμένους ασθενείς, αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις και μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ως συστατικά της κόπωσης από συμπόνια.

Συζήτηση: Αυτοί οι νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών εντόπισαν 3 τομείς για να βελτιώσουν τη συμπόνια τους: βελτιωμένη υποστήριξη από τη διοίκηση με ενθάρρυνση σε όλες τις βάρδιες εργασίας, ευκαιρίες ενημέρωσης και περισσότερη εκπαίδευση. Η καλλιέργεια υψηλού επιπέδου αυτογνωσίας και κατανόησης του πώς το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει την προσωπική ευημερία είναι απαραίτητες στρατηγικές για την αποφυγή των απογοητεύσεων και των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων που σχετίζονται με την κόπωση από συμπόνια

Abstract

Introduction: The misuse of and addiction to opioids are a national public health crisis. The complexity of delivering patient care in emergency departments exposes nurses to stressful work situations with complex patient loads and increasing levels of compassion fatigue. Emergency nurses were asked about their feelings of compassion fatigue while caring for patients with opioid use and/or substance use disorders.

Methods: Twenty-four focus groups with emergency nurses ($N = 53$) at a level I trauma center were conducted in late 2019 and early 2020 and are used in this qualitative study using thematic analysis that identified 1 main theme of compassion fatigue with 3 subthemes (nurse frustration with addicted patients, emotional responses, and job satisfaction).

Results: Findings highlight that emergency nurses working with patients with opioid use and/or substance use disorders are dealing with a number of negative emotional stressors and frustrations, which in turn has increased their levels of compassion fatigue. These nurses repeatedly expressed feelings of increasing frustration with addicted patients, negative emotional responses, and decreasing levels of job satisfaction as components of their compassion fatigue.

Discussion: These emergency nurses identified 3 areas to improve their compassion: improved management support with encouragement across all work shifts, debriefing opportunities, and more education. Fostering a high level of self-awareness and understanding of how the work environment influences personal well-being are necessary strategies to avoid the frustrations and negative emotional responses associated with compassion fatigue.

2. Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study

Jila Mirlashari, Jahanfar Jahanbani and Jamalodin Begjan

Περίληψη

Θεωρητικό υπόβαθρο: Η γονική προσέγγιση και οι εμπειρίες από την πρώιμη παιδική ηλικία θεωρούνται δύο σημαντικοί παράγοντες στην έναρξη της χρήσης ουσιών.

Στόχοι: Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε τον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του παιδικού εθισμού.

Μέθοδοι: Σε αυτή την ποιοτική μελέτη, πραγματοποιήσαμε εις βάθος συνεντεύξεις με νέους άνδρες και γυναίκες που είτε βρίσκονταν σε θεραπεία για τον εθισμό τους είτε ήταν ενεργοί χρήστες ναρκωτικών, καθώς και με μέλη της οικογένειας και νοσηλευτές. Η ανάλυση δεδομένων ακολούθησε τη μέθοδο συνεχούς σύγκρισης των Strauss και Corbin.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση δεδομένων αποκάλυψε έξι κατηγορίες: τραυματικά γεγονότα κατά την παιδική ηλικία, ακατάλληλη γονική προσέγγιση, έλλειψη γνώσης και ανεκτική στάση απέναντι στη χρήση ναρκωτικών, αδιαφορία για την απειλή της χρήσης ναρκωτικών, κακή εμπειρία των νοσηλευτών στην πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και έλλειψη σαφούς ορισμού του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές που εργάζονται με νέους και τις οικογένειές τους έχουν μια ιδιαίτερη ευκαιρία για πρόληψη, έγκαιρη ανίχνευση και έγκαιρη παρέμβαση για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά.

Abstract

Background: Parenting approach and early childhood experiences are thought to be two important factors in the initiation of substance use.

Aims: We aimed to explore the nurse's role in the prevention of childhood addiction.

Methods: In this qualitative study we conducted in-depth interviews with young men and women who were either in treatment for their addiction or were active drug users as well as with family members and nurses. The data analysis followed Strauss and Corbin's constant comparison method.

Results: The data analysis revealed six categories: traumatic events during childhood, inappropriate parenting approach,

Lack of knowledge and a tolerant attitude toward drug use, turning a blind eye on the threat of drug use, nurses' poor experience of drug use prevention, and the lack of a clear definition of the nurse's role in prevention of drug use.

Conclusions: Nurses who work with young people and their families have a special opportunity for prevention, early detection and timely intervention for drug dependency.

3. Nurses' Experiences and Perspectives Caring for People With Substance Use Disorder and Their Families: A Qualitative Descriptive Study

Erin Kitt-Lewis, Marianne T Adam

Περίληψη

Η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι μια κρίση δημόσιας υγείας που αποτελεί οικονομική επιβάρυνση για πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινότητες, αλλά το πιο σημαντικό, κοστίζει ζωές. Οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν με άτομα που βιώνουν διαταραχές χρήσης ουσιών και τις οικογένειές τους σε πολλά περιβάλλοντα. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες εργασίας με αυτόν τον πληθυσμό. Αυτή η περιγραφική ποιοτική μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών και των οικογενειών τους. Μετά την έγκριση της θεσμικής αξιολόγησης, χρησιμοποιήθηκε στοχευμένη δειγματοληψία για την πρόσληψη εγγεγραμμένων νοσηλευτών ($n = 16$) που εργάστηκαν σε ποικίλα περιβάλλοντα και διεξήχθησαν συνεντεύξεις. Πραγματοποιήθηκε συνεχής συγκριτική ανάλυση ταυτόχρονα με τη συλλογή δεδομένων μέχρι να επιτευχθεί κορεσμός. Η ανάπτυξη και η βελτίωση του κώδικα ήταν μια επαναληπτική διαδικασία. Από τα δεδομένα δημιουργήθηκαν τρία θέματα. Οι προσωπικές εμπειρίες επηρεάζουν την επαγγελματική πρακτική αντιπροσώπευαν ποικίλες προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων και περιελάμβαναν δύο υποθέματα: Αναστοχασμός στις προσωπικές εμπειρίες και βλέποντας το άτομο πέρα από τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Ένα δεύτερο θέμα είναι οι επαγγελματικές εμπειρίες επηρεάζουν την επαγγελματική πρακτική, το οποίο περιελάμβανε δύο υποθέματα: Οι επαγγελματικές εμπειρίες είναι αγχωτικές και ανταποδοτικές και η εκπαίδευση για τη διαταραχή χρήσης ουσιών αυξάνει την αυτοπεποίθηση. Τέλος, το στίγμα επηρεάζει τη φροντίδα της διαταραχής χρήσης ουσιών είναι το τρίτο θέμα. Οι μελλοντικές επιπτώσεις κυμαίνονται από την ατομική εμπλοκή στην αυτό-στοχασμό, έως την ηγεσία της νοσηλευτικής, η οποία δημιουργεί ένα πλαίσιο για την ενσωμάτωση της στοχασμού και τη δημιουργία μιας κουλτούρας που υποστηρίζει και ενισχύει αυτές τις δραστηριότητες. Τα ευρήματα αυτής της

μελέτης υποστηρίζουν την ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με την ευαισθητοποίηση/μείωση του στιγματισμού, ξεκινώντας από τα προπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής, καθ' όλη τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης, με επέκταση σε διεπαγγελματικές ομάδες και την κοινότητα.

Λέξεις-κλειδιά: φροντιστής, νοσηλευτική, διαταραχή χρήσης οπιοειδών, ποιοτική έρευνα, διαταραχή χρήσης ουσιών

Abstract

Substance use disorder is a public health crisis that is a financial strain to many healthcare systems and communities, but more importantly, it costs lives. Nurses interact with people experiencing substance use disorders and their families in many settings. Nurses can provide insights into the experiences of working with this population. This descriptive qualitative study aimed to examine nurses' experiences and perspectives on caring for people with substance use disorder and their families. After receiving institutional review approval, purposive sampling was used to recruit registered nurses ($n = 16$) who worked in a variety of settings, and interviews were conducted. Constant comparison analysis was conducted concurrently with data collection until saturation was reached. Code development and refinement was an iterative process. Three themes were generated from the data. *Personal Experiences Affect Professional Practice* represented participants varied personal experiences and included two subthemes: *Reflecting on Personal Experiences* and *Seeing the Person Beyond the Substance Use Disorder*. A second theme is *Professional Experiences Affect Professional Practice*, which included two subthemes: *Professional Experiences are Stressful and Rewarding* and *Substance Use Disorder Education Increases Confidence*. Finally, *Stigma Affects Substance Use Disorder Care* is the third theme. Future implications range from the individual engaging in self-reflection, to nursing leadership establishing a framework to incorporate reflection and creating a culture that supports and reinforces these activities. The findings of this study support the need for stigma awareness/reduction education starting in undergraduate nursing programmes, throughout practice, with extension to inter-professional groups and the community.

Keywords: caregiver, nursing, opioid use disorder, qualitative research, substance use disorder

Συμπεράσματα

Η χρήση, η κατάχρηση και η εξάρτηση από τις εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελεί ένα διαχρονικό ζήτημα και ένα υγειονομικό θέμα το οποίο απασχολεί όλες τις χώρες, κυρίως του ανεπτυγμένου κόσμου. Η «πανδημία» των εξαρτήσεων επηρεάζει άτομα νεότερης ηλικίας, με το όριο αυτό ολοένα να μειώνεται και να έχει γίνει ένα σημαντικό ζήτημα διαχείρισης σε σχολικές μονάδες.

Η χρήση ουσιών είναι για πολλούς μια διέξοδος από τα προβλήματα της κοινωνίας, είναι μια νέα μόδα αποδοχής ακόμα και μια συνήθεια για άτομα τα οποία μεγαλώνουν σε περιβάλλοντα χρήσης ουσιών (π.χ. παιδιά εξαρτημένων ατόμων, παιδιά χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου). Εξάρτηση σημειώνεται σε πολλές ουσίες οι οποίες, από αυτές που οδηγούν σε πιο ελαφριά εξάρτηση έως και τις πιο ισχυρά εξαρτησιογόνες ουσίες. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί πολλούς φορείς, όπως της κοινωνίας, της οικογένειας, του σχολείου και του ατόμου.

Τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις της εξάρτησης είναι εξέχουσας σημασίας για αυτό και η διαχείριση αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας. Για τη διαχείριση της εξάρτησης, πρέπει πάνω από όλα να γίνει πρόληψη της έναρξης χρήσης της ουσίας και εάν δεν πετύχει να γίνει διαχείριση της θεραπείας. Το άτομο και οι οικείοι του (οικογένεια, φίλοι) καλείται να δώσει μια μάχη δυνατή και για αυτό έχει ανάγκη για όσο το δυνατό πιο πολλή και ουσιαστική βοήθεια γύρω του.

Μια εξειδικευμένη και πολυπρόσωπη ομάδα είναι σημαντική για την επίτευξη του στόχου της απεξάρτησης και της πρόληψης. Ο νοσηλευτής είναι το πρόσωπο κλειδί σε όλες τις εκφάνσεις της πορείας αυτής. Είναι σημαντικός γιατί μπορεί να συνδέσει την επικοινωνία με το άτομο, να το εντοπίσει, να εντοπίσει τις ανάγκες του τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, να αξιολογήσει την κατάσταση υγείας του και να προετοιμάσει το άτομο για τη νέα πραγματικότητα. Σε όλη τη διαδικασία, ο νοσηλευτής είναι δίπλα τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του. Προσέχει την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, παρακολουθεί την πορεία του, το στηρίζει ψυχολογικά και τον προετοιμάζει για κάθε νέο βήμα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει. Αφού η πορεία αυτή φτάσει στο τέλος της, το άτομο προετοιμάζεται για την επανένταξή του. Παράλληλα, ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται και την πίεση και το άγχος της οικογένειας και προετοιμάζει και την οικογένεια για την μακρόχρονη αυτή πορεία. Πρέπει η οικογένεια να είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει τις νέες συνθήκες και να σταθεί δίπλα στον άνθρωπό τους στη μάχη που δίνει.

Ο νοσηλευτής, καλείται επίσης, να δράσει και στην κοινωνία, ενημερώνοντας με δράσεις και ασκώντας προληπτική δράση ώστε να εξαλειφθεί το πρόβλημα αυτό. Ο νοσηλευτής, με τη συνεχή του και απρόσκοπτη εκπαίδευσή του και τη συνεχή ανατροφοδότηση από το περιβάλλον, είναι ενεργό μέλος της διαδικασίας και καθοριστικός κρίκος στη δημιουργία μιας αποτελεσματικής στρατηγικής στην πρόληψη και την θεραπεία.

Η ενεργός συμμετοχή, η ευαισθητοποίηση, η σημασία της ψυχικής υγείας και η πρόληψη καταστάσεων είναι καθοριστικά βήματα για την αντιμετώπιση της εξάπλωσης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Βιβλιογραφία

2018. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*, 5, 987-1012.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., Hoffman, S. N., Urosevich, T. G., Kirchner, H. L., Boscarino, J. J., Dugan, R. J., Withey, C. A. & Figley, C. R. 2022. Psychological well-being and alcohol misuse among community-based veterans: results from the Veterans' Health Study. *J Addict Dis*, 40, 217-226.
- Benowitz, N. L. 2010. Nicotine addiction. *N Engl J Med*, 362, 2295-2303.
- Bierut, L. J. 2011. Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence. *Neuron*, 69, 618-627.
- Campbell, G., Pocuca, N., Newland, G., Ellem, R., Glasgow, S., Dignan, J., Stokes, H. & Hides, L. 2024. Clinical profiles of people enrolling in alcohol and other drug treatment in Australia: Do youth differ from young adults and adults? *Drug Alcohol Rev*, 43, 2010-2020.
- Cervera-Juanes, R., Wilhem, L. J., Park, B., Lee, R., Locke, J., Helms, C., Gonzales, S., Wand, G., Jones, S. R., Grant, K. A. & Ferguson, B. 2016. MAOA expression predicts vulnerability for alcohol use. *Mol Psychiatry*, 21, 472-479.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L. & Teesson, M. 2013. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug Alcohol Rev*, 32, 115-123.
- Choate, P. 2015. Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents. *Behavioral Sciences*, 5, 461-476.
- Cordovilla-Guardia, S., Lardelli-Claret, P., Vilar-López, R., López-Espuela, F., Guerrero-López, F. & Fernández-Mondéjar, E. 2019. The effect of central nervous system depressant, stimulant and hallucinogenic drugs on injury severity in patients admitted for trauma. *Gac Sanit*, 33, 4-9.
- Crocq, M. A. 2007. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci*, 9, 355-361.
- Cuijpers, P. 2009. Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 10, 7-20.
- Deak, J. D. & Johnson, E. C. 2021. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychol Med*, 51, 2189-2200.
- Dell, C. A., Duncan, C. R., Desroches, A., Bendig, M., Steeves, M., Turner, H., Quaife, T., Mccann, C. & Enns, B. 2013. Back to the basics: identifying positive youth development as the theoretical framework for a youth drug prevention program in rural Saskatchewan, Canada amidst a program evaluation. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 8, 36.
- Dowdell, E. B., Alderman, S. E., Foushee, N., Holland, E. & Reedy, E. A. 2022. Expressions of Compassion Fatigue by Emergency Department Nurses Caring for Patients With Opioid and Substance Use Disorders. *J Emerg Nurs*, 48, 688-697.
- Durrani, M. & Bansal, K. 2025. Methadone. *StatPearls*. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Kamna Bansal declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing
- Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.

- Edenberg, H. J. & Foroud, T. 2013. Genetics and alcoholism. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 10, 487-494.
- Flora, K. 2022. A Review of the Prevention of Drug Addiction: Specific Interventions, Effectiveness, and Important Topics. *Addict Health*, 14, 288-295.
- Fox, D. J. & Hanes, D. 2023. Prevalence and Correlates of Unmet Mental Health Services Need in Adolescents With Major Depressive Episode in 2019: An Analysis of National Survey on Drug Use and Health Data. *J Adolesc Health*, 72, 182-188.
- Gibson, L. P., Mueller, R. L., Winiger, E. A., Klawitter, J., Sempio, C., Williams, S., Bryan, A. D., Bidwell, L. C. & Hutchison, K. E. 2024. Cannabinoid Exposure and Subjective Effects of THC and CBD in Edible Cannabis Products. *Cannabis Cannabinoid Res*, 9, 320-334.
- Hatoum, A. S., Johnson, E. C., Colbert, S. M. C., Polimanti, R., Zhou, H., Walters, R. K., Gelernter, J., Edenberg, H. J., Bogdan, R. & Agrawal, A. 2022. The addiction risk factor: A unitary genetic vulnerability characterizes substance use disorders and their associations with common correlates. *Neuropsychopharmacology*, 47, 1739-1745.
- Johansson, L. & Wiklund-Gustin, L. 2016. The multifaceted vigilance - nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scand J Caring Sci*, 30, 303-311.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2013. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promot Int*, 28, 490-501.
- Lee, S. H., Cullen, B., Athey, A., Holingue, C., Kaufman, M. R., Nestadt, P., Samuels, J., Vannorsdall, T. & Phan, P. 2025. Representative national survey on drug use during the COVID-19 stay-at-home order in the USA. *BMJ Open*, 15, e086141.
- Leyrer-Jackson, J. M., Acuña, A. M. & Olive, M. F. 2022. Current and emerging pharmacotherapies for opioid dependence treatments in adults: a comprehensive update. *Expert Opin Pharmacother*, 23, 1819-1830.
- Liu, M., Zhao, W. Q., Zhao, Q. R., Wang, Y. & Li, S. G. 2023. The impact of the peer effect on adolescent drinking behavior: instrumental-variable evidence from China. *Front Psychiatry*, 14, 1306220.
- Mainerova, B., Prasko, J., Latalova, K., Axmann, K., Cerna, M., Horacek, R. & Bradacova, R. 2015. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 159, 44-52.
- Martin, D. & Le, J. K. 2025. Amphetamine. *StatPearls*. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Jacqueline Le declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing
Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.
- Maust, D. T., Lin, L. A. & Blow, F. C. 2019. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatr Serv*, 70, 97-106.
- Medina-Martínez, J., Aliño, M., Vázquez-Martínez, A., Villanueva-Blasco, V. J. & Cano-López, I. 2024. Risk and Protective Factors Associated with Drug Use in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *J Psychoactive Drugs*, 56, 397-411.
- Mirlashari, J., Jahanbani, J. & Begjani, J. 2020. Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study. *East Mediterr Health J*, 26, 212-218.
- Molina-Fernandez, A. 2014. *Epidemiological and social factors of Drug problems in Spain NIDA 2014*.

- Nation, M. & Heflinger, C. A. 2006. Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Ibrahim, N. & Shafuridin, N. S. 2021. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*, 21, 2088.
- Nehring, S. M., Chen, R. J. & Freeman, A. M. 2025. Alcohol Use Disorder: Screening, Evaluation, and Management. *StatPearls*. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Richard Chen declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Andrew Freeman declares no relevant financial relationships with ineligible companies.: StatPearls Publishing
- Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.
- Nessa, A., Latif, S. A., Siddiqui, N. I., Hussain, M. A. & Hossain, M. A. 2008. Drug abuse and addiction. *Mymensingh Med J*, 17, 227-235.
- Nichols, D. E. 2004. Hallucinogens. *Pharmacol Ther*, 101, 131-181.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M. & Degenhardt, L. 2018. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113, 1905-1926.
- Peng, Q., Gizer, I. R., Libiger, O., Bizon, C., Wilhelmsen, K. C., Schork, N. J. & Ehlers, C. L. 2014. Association and ancestry analysis of sequence variants in ADH and ALDH using alcohol-related phenotypes in a Native American community sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 165b, 673-683.
- Rang, H. P. 2003. *Pharmacology*, Churchill Livingstone.
- Rather, Y. H., Bashir, W., Sheikh, A. A., Amin, M. & Zahgeer, Y. A. 2013. Socio-demographic and Clinical Profile of Substance Abusers Attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area: Kashmir, India. *Malays J Med Sci*, 20, 31-38.
- Ritter, A., Chalmers, J. & Gomez, M. 2019. Measuring Unmet Demand for Alcohol and Other Drug Treatment: The Application of an Australian Population-Based Planning Model. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 42-50.
- Roque Bravo, R., Faria, A. C., Brito-Da-Costa, A. M., Carmo, H., Mladěnka, P., Dias Da Silva, D., Remião, F. & On Behalf of the Oeonom, R. 2022. Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. *Toxins (Basel)*, 14.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. 2001. *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press.
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C. & Takeuchi, D. T. 2016. Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. *Alcohol Res*, 38, 35-45.
- Tai, B. & Volkow, N. D. 2013. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. *Soc Work Public Health*, 28, 165-174.
- White, A. M. 2020. Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Res*, 40, 01.
- Επιψυ | Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Ν. Κ. Ι. Α. Κ. Σ. 2019. Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση ουσιών, άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές και την ψυχοκοινωνική υγεία των έφηβων-μαθητών (Έρευνα ESPAD).

Μαρσέλος, Μ. 1997. *ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ - ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ - ΙΣΤΟΡΙΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ - ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ*,
ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Οκανα. 2023. [Accessed].

Στεφανής", Ε. Π. Ι. Ψ. Υ. Ν. Κ. Ι. Α. Κ. 2019. Ελλάδα, Έκθεση για τα Ναρκωτικά.