



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

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

**“Drugs and the role of the nurse in prevention
and detoxification”**



Φοιτήτρια: Ελισάβετ Χανοπούλου – Δέσποινα Ψαρρουπά

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Λευκοθέα Ματσούλη

Ιωάννινα, 2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ναρκωτικά αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της κοινωνίας. Εξελίσσεται σε ένα τεράστιο πρόβλημα, ώστε να καθίσταται άκρως αναγκαία η ανεύρεση λύσεων που να τα αντιμετωπίσουν άμεσα. Αναλυτικότερα, στο παρόν πόνημα αναφέρονται οι βασικότερες εξαρτησιογόνες ουσίες και οι δράσεις τους, τα αίτια και οι παράγοντες που οδηγούν στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Αναφέρεται η επίδραση που ασκούν στον οργανισμό, είτε η χρήση είναι περιοδική είτε είναι χρόνια. Επίσης, αναλύεται η έννοια της πρόληψης σε όλες τις εκφάνσεις της, αναφέρονται τα προγράμματα που υπάρχουν στην Ελλάδα και αφορούν την πρόληψη αλλά και την απεξάρτηση των εθισμένων ατόμων από κάποια ουσία καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής και η ομάδα ψυχικής υγείας συμβάλουν ενεργά στην πρόληψη με τη βοήθεια των κέντρων πρόληψης, στην απεξάρτηση και στην επανένταξη. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην απεξάρτηση των εθισμένων ατόμων είναι πολύ σημαντικός καθώς θα πρέπει να χρησιμοποιήσει όλες τις τεχνικές προσέγγισης προκειμένου να καταστεί επιτυχημένη η συγκεκριμένη διαδικασία ενώ παράλληλα θεωρείται πολύ σημαντική η διερεύνηση των σχέσεων του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς.

Λέξεις κλειδιά: Ναρκωτικά, Εξαρτησιογόνες ουσίες, Νοσηλευτής, Πρόληψη, Θεραπεία.

ABSTRACT

Drugs consist one of the most important issues of our society. It is evolving into a huge problem, at a point where it is really necessary to find solutions that adress it immediately. In more detail, this essay lists the main addictive substances, the causes and factors that lead to the use of addictive substances. It also analyzes the concept of prevention in all its aspects, mentions the programs that exist in Greece and refers to the prevention and the rehabilitation of addicts to a substance as well as the role of the nurse.

The Community nurse and mental health team actively contribute to prevention with the help of prevention centers, in detoxification and reintegration. The role of the nurse in the detoxification of addicts is very important as he/she has to use all the technical approach in order to make this procedure successful while it is also considered very important to investigate the relationship of the patient's home environment.

Keywords: Drugs, Addictive substances, Nurse, Prevention, Treatment.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	7
1.2 ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	8
1.2.1 Γενικά Στατιστικά στοιχεία	9
1.3 ΕΙΔΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ.....	17
2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	17
2.2 ΑΙΤΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	28
2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	34
2.4 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ.....	36
3.1 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	36
3.1.1 Πρωτοβάθμια Πρόληψη	38
3.1.2 Δευτεροβάθμια Πρόληψη.....	40
3.1.3 Τριτοβάθμια Πρόληψη	40
3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
3.2.1 Θεραπεία με Υποκατάσταση	41
3.2.2 Τα «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα	43
3.2.3 Κοινωνική Επανένταξη	43
3.2.3.1 Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα. Η χρήση παράνομων ουσιών αυξάνεται, δυστυχώς, με γοργό ρυθμό στις μέρες μας, τόσο γρήγορα μάλιστα όσο και οι καταλυτικές γεωπολιτικές αλλαγές, καθώς και οι περιβαλλοντικές μεταβολές. Εξελίσσεται σε ένα τεράστιο πρόβλημα, ώστε να καθίσταται άκρως αναγκαία η ανεύρεση λύσεων που να αντιμετωπίσουν τη μάστιγα των ναρκωτικών άμεσα και καθοριστικά. Η χρήση και εξάρτηση του ατόμου από τις ναρκωτικές ουσίες, αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύ-παραγοντικό φαινόμενο, το οποίο απαιτεί αντίστοιχα ποικίλες προσεγγίσεις για το χειρισμό του σε θεσμικό και σε ατομικό επίπεδο. Οι παράγοντες που συντελούν στο να οδηγηθεί ένα άτομο στον κόσμο της ουσιοεξάρτησης είναι πολλοί και η φύση τους είναι ατομική αλλά και περιβαλλοντολογική. Όλα ανεξαιρέτως τα ναρκωτικά ασκούν επιβλαβή επίδραση στον οργανισμό (έστω και σε διαφορετικό βαθμό ή τρόπο το καθένα) ανεξάρτητα από το εάν πρόκειται για ήπια ή σκληρά ναρκωτικά και για παραδοσιακά ναρκωτικά ή ψυχοτρόπες ουσίες, και αυτό γιατί τα ναρκωτικά είναι εξ ορισμού τοξικές ουσίες, των οποίων η επανειλημμένη κατανάλωση οδηγεί σε περιοδική ή χρόνια τοξίνωση, δηλαδή σε δηλητηρίαση του οργανισμού. Η πρόληψη θεωρείται πολύ σημαντική και έχει τεράστιες διαστάσεις που αφορά τους τομείς όπως είναι ο κοινωνικός, ο επιστημονικός και ο ιατρικός. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και διακρίνεται σε πολλά επίπεδα. Η διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης πρέπει να νοηθεί σαν μια διπλή κίνηση, αμφίδρομη, μια πορεία προς τα έξω, προς την κοινωνία, και ταυτόχρονα προς τα μέσα, προς την εσωτερική πραγματικότητα του ατόμου που έχει εθιστεί και τις βαθύτερες ψυχικές ανάγκες του. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ενισχύσει και να βοηθήσει το εθισμένο άτομο που βρίσκεται στο στάδιο της συμμόρφωσης ώστε να συναινέσει και να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η στενή παρακολούθηση του ατόμου που βρίσκεται στην απεξάρτηση καθώς επίσης και η συνεργασία του νοσηλευτή με το οικογενειακό περιβάλλον του.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφουμε το πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών από παλιά έως σήμερα. Αναλύουμε τι σημαίνει ναρκωτική ουσία καθώς και την ταξινόμηση της σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με τις δράσεις της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για τα συμπτώματα της περιοδικής ή συστηματικής χρήσης των ναρκωτικών αλλά και για τα αίτια που ωθούν κάποιον να κάνει χρήση των ουσιών αυτών. Επίσης, αναφέρονται οι συνέπειες που έχουν στο άτομο και την

κοινωνία είτε αυτές είναι ψυχικά είτε σωματικά. Τέλος, δίνεται μία εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα και την Ευρώπη.

Στο τρίτο κεφάλαιο τίθεται το θέμα της πρόληψης και των στόχων της που αποσκοπούμε. Επίσης, αναλύεται η θεραπεία στην οποία πρέπει να προβεί ο χρήστης έτσι ώστε να αρχίσει η απεξάρτηση του και μετέπειτα η κοινωνική επανένταξη του στο σύνολο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μία αναφορά περί σημαντικότητας του ρόλου του νοσηλευτή στην πρόληψη.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφουμε το ρόλο που έχουν οι νοσηλευτές στην απεξάρτηση των χρηστών των ναρκωτικών. Αναφέρονται τόσο η νοσηλευτική διεργασία στην οποία πρέπει να προβούν καθώς και η σημαντικότητα της ύπαρξης ειδικευμένων Νοσηλευτών για τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1914: Με τη θέσπιση του νόμου του Harrison για τις οπιοειδείς ουσίες, η Αμερική πρώτη έκανε ουσιαστικά την αρχή για μια συστηματική προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης. Στα επόμενα χρόνια το πρόβλημα της ηρωίνης αποτέλεσε το κύριο θέμα ενασχόλησης των διάφορων υπηρεσιών των ΗΠΑ και ο κυριότερος ρόλος ήταν ότι η χρήση των οπιοειδών συνδεόταν στενά με την εγκληματικότητα.

1919-1923: Ιδρύθηκαν αρκετές κλινικές για την αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικών με τη στέρηση οπιοειδών.

1939: Άρχισαν να λειτουργούν δύο μεγάλα κρατικά νοσοκομεία στο Κεντάκι και στο Τέξας, τα οποία ήταν περισσότερο ειδικευμένα στο πρόβλημα της εξάρτησης από οπιοειδή. Οι εισαγωγές γίνονταν σε εθελοντική αλλά και υποχρεωτική βάση και η αντιμετώπιση του χρήστη βασιζόταν σε μακροχρόνιο ιδρυματικού τύπου θεραπευτικό μοντέλο.

1950-1960: Συνεχίστηκε από πολλά θεραπευτικά κέντρα παρόμοιου τύπου θεραπευτική αντιμετώπιση.

Αρχές 1960: Άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες, που διευθύνονταν από πρώην χρήστες και οι οποίες βασιζόταν λειτουργικά στο μοντέλο Synanon της Καλιφόρνιας.

1964: Εμφανίζονται δύο ριζοσπαστικές αλλαγές στη θεραπευτική φιλοσοφία της εξάρτησης από οπιοειδή: α) η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και β) η χρήση των ανταγωνιστών των οπιοειδών. Την ίδια χρονική περίοδο αρχίζουν να αναπτύσσονται και άλλοι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης των ναρκωτικών όπως ξενώνες, ειδικά κέντρα ημέρας για νέους και διάφορες φιλοσοφικοθρησκευτικές οργανώσεις.

1965: Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης εκτιμήθηκε ότι έπαιρνε επικίνδυνες διαστάσεις και νομοθετήθηκαν περιορισμοί στη συνταγογράφηση των διάφορων ουσιών.

1968: Η συνταγογράφηση οπιοειδών και κοκαΐνης περιορίστηκε σημαντικά σε όλη τη Μ. Βρετανία και γινόταν μόνο από μικρή μερίδα γιατρών, οι οποίοι ήταν εξουσιοδοτημένοι με ειδική άδεια για το σκοπό αυτό. Παράλληλα, τον ίδιο χρόνο ιδρύθηκαν στο Λονδίνο ειδικές κρατικές κλινικές για χρήστες οπιοειδών, οι οποίες συνταγογραφούσαν ηρωίνη σε ημερήσιες δόσεις, ώστε να αποφεύγεται η διοχέτευση της νόμιμης ηρωίνης στο παράνομο κύκλωμα. Ήδη το 1968 εκδηλώθηκε μεγάλο ενδιαφέρον από τους Βρετανούς επιστήμονες για την εργασία των Dole και Nyswander, που πρότεινε τη χρήση μεθαδόνης σαν αποτελεσματική θεραπεία υποκατάστασης για τους χρήστες ηρωίνης.

1973: Ο Tom Bewley εκτιμώντας τα αποτελέσματα των μέτρων του 1968, υποστηρίζει ότι η συνταγογράφηση οπιοειδών είχε ως συνέπεια να ελαττωθεί ο αριθμός των νέων χρηστών και να μειωθεί ο αριθμός των θανάτων από τη χρήση, και ότι πολλοί παλαιοί χρήστες βρίσκονταν σε μόνιμη αποχή από ουσίες και ήταν σε θέση να «ζουν μία κανονική ζωή».

1975: Το υπουργείο Εσωτερικών ανακοίνωσε ότι οι χρήστες που λάμβαναν οπιούχα μέσω επισήμων συνταγών, στο πλαίσιο θεραπείας υποκατάστασης, ήταν συνολικά 926, ενώ οι Smart και Ogbourne, καθώς και ο Bishop και οι συνεργάτες του, αναφέρουν για την ίδια περίοδο ότι ποσοστά 46,3% και 64% των χρηστών οπιοειδών που παρακολουθούσαν προγράμματα σε κλινικές του Λονδίνου και του Μπρίστολ αντίστοιχα, δεν ήταν γνωστοί στο υπουργείο Εσωτερικών.

1977: Ελάχιστοι ήταν οι χρήστες που έπαιρναν συνταγές ηρωίνης και οι περισσότεροι είχαν μετακινηθεί στο χώρο της χρήσης μεθαδόνης.

Δεκαετία του 1980: Χαρακτηρίζεται στην Αγγλία από μία μεγάλη στροφή στη θεραπευτική αντιμετώπιση των χρηστών οπιοειδών. Η γενική επικρατούσα άποψη της μακροχρόνιας συνταγογράφησης οπιοειδών σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, δίνει τη θέση της στο σταμάτημα της συνταγογράφησης και κύριος θεραπευτικός στόχος γίνεται η πλήρης αποχή από ουσία. Γενικά τα τελευταία χρόνια η ερευνητική προσπάθεια πάνω στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης γίνεται παγκοσμίως όλο και μεγαλύτερη. (Gossop, & Graut, 1994).

1.2 ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Τα ναρκωτικά είναι εκείνες οι ουσίες που λαμβάνονται συνήθως για μη ιατρικούς σκοπούς. Ειδικότερα, μπορεί να καταγραφεί ότι τα ναρκωτικά αποτελούν το «φάρμακο»

κατά την ύπαρξη διαφόρων ψυχικών συναισθημάτων καθώς και ψυχολογικών προβλημάτων. Ωστόσο, όμως σε καμία περίπτωση δε δρουν θετικά ως προς την πορεία της υγείας του χρήστη. Αντιθέτως, τον οδηγούν στον αργό θάνατο. Πιο συγκεκριμένα, η εξάρτηση από μία ουσία είναι μία ψυχολογική ή σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την ανάγκη για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλείται από τη στέρησή της. Είναι η κατάσταση του οργανισμού κατά την οποία το σώμα έχει προσαρμοστεί τόσο πολύ στη λήψη της ουσίας που η διακοπή της χορήγησης της εκδηλώνεται με έντονες σωματικές διαταραχές. Οι σωματικές αυτές διαταραχές αποτελούν το σύνδρομο στέρησης, το οποίο είναι χαρακτηριστικό για κάθε τύπο ουσίας. Τα συμπτώματά του είναι περίπου τα αντίθετα σε σχέση με αυτά που προκαλούνται κατά τη διάρκεια χρήσης της ουσίας και εξαρτώνται και από ψυχολογικούς παράγοντες, την προσωπικότητα, τη ψυχολογική κατάσταση του χρήστη και το περιβάλλον του (Κουτσελίνης, 2002).

Αυτό συμβαίνει για το λόγο ότι ο χρήστης έχει εθιστεί στη λήψη των ουσιών, δηλαδή τείνει να επαναλαμβάνει με καταναγκαστικό τρόπο την πράξη αυτή, και ο οργανισμός του αντιδρά όταν δεν παίρνει τη δόση του, προκαλώντας έντονο πόνο (Bierman et al, 2003). Είναι φανερό ακόμη ότι οι χρήστες διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από τους υπόλοιπους ανθρώπους, ως προς τη συμπεριφορά, τον τρόπο σκέψης και τη νοοτροπία. Πρόκειται κυρίως για αποξενωμένα άτομα, τα οποία δε συμβαδίζουν με τους ρυθμούς της κοινωνίας, αλλά ζουν στον κόσμο της πλάνης και του εθισμού. Η κοινωνία καταδικάζει σε μεγάλο βαθμό τη διακίνηση των ναρκωτικών, ωστόσο όμως, παρατηρείται ότι η χρήση είναι σχετικά ελεύθερη, γεγονός που συμβάλλει στη μεγιστοποίηση των θυμάτων από αυτά (Αλεξοπούλου και συν., 2014).

1.2.1 Γενικά Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνες στατιστικά στοιχεία του 2004 δείχνουν ότι το 8,6% των ηλικιών 12-64 έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Το πιο συνηθισμένο ναρκωτικό αποτελεί η κάνναβη. Μελέτη έδειξε ότι ένας στους πέντε άνδρες ηλικιών 35-44 αναφέρει την εμπειρία του από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το 2004 όλοι όσοι είχαν δοκιμάσει ναρκωτικά άγγιζαν το ποσοστό του 671.346 ατόμων και από αυτούς οι 380.414 ανήκουν σε ηλικίες 12-35 ετών. Ενώ το τρέχον έτος χρήση ναρκωτικών έκανε το 132.708 του πληθυσμού από τα οποία τα 114.124 άτομα ήταν από 12 έως και 35 ετών.

Βέβαια αξιοσημείωτο είναι ότι σε σύγκριση με παλαιότερες χρονολογικές περιόδους τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών μειώθηκαν αισθητά.

1.3 ΕΙΔΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Τα ναρκωτικά κατηγοριοποιούνται με πολλούς τρόπους ανάλογα με τη δράση τους, τη νομιμότητα της χρήσης τους ή άλλα κριτήρια. Μια ιδιαίτερα χρήσιμη ταξινόμησή τους αφορά τον τρόπο δράση τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Σύμφωνα με αυτήν, οι κατασταλτικές ουσίες μειώνουν τα επίπεδα δραστηριότητας του νευρικού συστήματος σε αντίθεση με τις διεγερτικές ουσίες οι οποίες αυξάνουν τη φυσιολογική δραστηριότητα του ΚΝΣ. Από την άλλη οι ψευδαισθησιογόνες ουσίες προκαλούν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

<i>Κατηγορία ουσίας</i>	<i>Ψυχοδραστικές ουσίες</i>
Οπιοειδείς ουσίες (οπιούχα)	Όπιο Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Μεθαδόνη Πεθιδίνη
Κατασταλτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)	Βαρβιτουρικά Βενζοδιαζεπίνες Αιθυλική Αλκοόλη (οινόπνευμα)
Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)	Αμφεταμίνη Κοκαΐνη
Ψευδαισθησιογόνες – Παραισθησιογόνες ουσίες	LSD (λυσεργικό οξύ) Μεσκαλίνη Ψιλοκυβίνη («μαγικά μανιτάρια»)
Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης	Μαριχουάνα Χασίς
Εισπνεόμενες – Πτητικές ουσίες	Κόλλες Αεροζόλ Διαλύτες

(Λιάππας, 2003).

1. **Οπιοειδείς ουσίες.** Πρόκειται για εκείνα τα ναρκωτικά που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς λόγους για συγκεκριμένες ασθένειες. Η βασική ουσία αυτής της ομάδας είναι η μορφίνη, το σημαντικότερο ενεργό συστατικό του οπίου.

- Το όπιο είναι ο αποξηραμένος ρητινώδης οπός της λευκής παπαρούνας (μήκωνος της υπνοφόρου). Η γεύση του είναι πικρή και τσουχτερή. Ωστόσο, στη σημερινή εποχή χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της διάρροιας, ενώ σε περιπτώσεις μετεγχειρητικών ασθενών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να περιορίσει την κινητικότητα του εντέρου. Συμβάλει στην καταπολέμηση του πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, που έχουν υποστεί κάποιο έμφραγμα, κάταγμα, ή έχουν έντονο βήχα και δύσπνοια. Πρόκειται κυρίως για ένα αρκετά ισχυρό ναρκωτικό (Bierman et al., 2003).
- Η καθαρή μορφίνη είναι άσπρη, κρυσταλλική σκόνη, άοσμη και πικρή. Η μορφίνη μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ, όπου μετατρέπεται σε γλυκουρονίδιο και τελικώς αποβάλλεται με τη χολή ή τα ούρα. Μπορεί να σημειωθεί ότι η μορφίνη συμβάλει στην καταστολή του πόνου και του βήχα. Ακόμη, διακρίνεται ότι επιδρά κατασταλτικά στο κέντρο της αναπνοής, δημιουργώντας διέγερση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Συνήθως η δόση της μορφίνης για θεραπευτικούς λόγους είναι 5-20 γρ. (εφάπαξ) και μέχρι 60 χιλιοστά ημερησίως. Μικρές ποσότητες μορφίνης είναι επίσης ανιχνεύσιμες στον ιδρώτα, το σάλιο και το γάλα. Γι' αυτό όποιος βρίσκεται κάτω από την επίδραση της παρουσιάζει υπνηλία, βραδυκαρδία, σιελόρροια, εφίδρωση, ναυτία, εμετό, πτώση της αρτηριακής πίεσης και κατακράτηση ούρων. Πολλές φορές από λάθος ή από κακή εκτίμηση έχουμε δηλητηρίαση από υπερβολική δόση μορφίνης. Σε περίπτωση δηλητηρίασης ο άρρωστος πρέπει να τεθεί υπό αναπνευστικό έλεγχο να του δοθούν 10 χιλιοστά του γραμμρίου υδροχλωρική λοβελίνη ενδομυϊκά. Η κατάσταση που δημιουργείται στο άτομο από την παρατεταμένη χρήση της μορφίνης ονομάζεται μορφινισμός. Στην αρχή το άτομο νιώθει έντονα συναισθήματα ψυχικής ευφορίας και μακαριότητας. Μετά αρχίζουν πονοκέφαλοι, ναυτίες εμετοί, υπνηλία και άμβλυνση της μνήμης και το άτομο εξελίσσεται σε επικίνδυνο στοιχείο με έντονη ροπή για αντικοινωνικές εγκληματικές πράξεις.

- Η ηρωίνη θεωρείται επίσης ένα ναρκωτικό, το οποίο συντίθεται μέσα από σύνδεση του οπίου με τη μορφίνη. Δυστυχώς όμως, τις περισσότερες φορές διακινείται νοθευμένη ηρωίνη, η οποία μπορεί να περιέχει άλλες ουσίες όπως καφεΐνη, παρακεταμόλη, ταμπλέτες αμύλου ή καραμέλας. Όσον αφορά την υφή της πρόκειται για ακατέργαστη λευκή σκόνη, η οποία μπορεί να διατίθεται και σε κίτρινα-καφέ κομματάκια. Με μία χρήση το άτομο δε θεωρείται εξαρτημένο, όταν όμως γίνεται συστηματική χρήση τότε ο οργανισμός τη συνηθίζει. Οι κίνδυνοι που ενέχει η χρήση της ηρωίνης είναι κυρίως η υπερδοσολογία που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο λόγω της αργής αναπνευστικής ανεπάρκειας που μπορεί να δημιουργήσει, φλεγμονή ζωτικών οργάνων και λοιμώξεις λόγω μη προσεκτικής χρήσης της ένεσης. Ακόμη, ο χρήστης δε μπορεί να νιώσει προβλήματα υγείας λόγω του ότι δεν αισθάνεται πόνο. Επίσης, οι γυναίκες χρήστες παρουσιάζουν προβλήματα στην έμμηνο ρήση τους (Αλεξοπούλου και συν., 2014). Οι τρόποι λήψεως μπορούν να γίνουν με τρεις διαδικασίες. α) Κάπνισμα: ο πιο γνωστός τρόπος, παίρνουν ένα κανονικό τσιγάρο βγάζουν από την άκρη λίγο καπνό και στη θέση του τοποθετούν ηρωίνη, β) μέσω της μύτης και γ) ενδοφλέβια ένεση.
- Η μεθαδόνη αποτελεί ένα τεχνητό οπιούχο και επιδρά περισσότερο στον οργανισμό εν συγκρίσει με την ηρωίνη. Αυτό που θεωρείται σημαντικό στην περίπτωση της μεθαδόνης είναι πως το άτομο δεν απαιτεί άλλη δόση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι ο χρήστης ζει φυσιολογικά χωρίς να ζητά αντικατάστατο ναρκωτικό. Επίσης, μπορεί να σημειωθεί ότι το εν λόγω σκεύασμα δε νοθεύεται και λαμβάνεται από το στόμα. Ωστόσο, οι κίνδυνοι που ενέχει η χρήση της μεθαδόνης συνάδουν με εκείνους της ηρωίνης (Χαραλαμπίδης, 2003).
- Η κωδεΐνη αποτελεί επίσης ένα αλκαλοειδές το οποίο μπορεί να εντοπιστεί στο ακατέργαστο όπιο σε πυκνότητα που κυμαίνεται από 0,7-2,5%. Διατίθεται κυρίως σε δύο ειδών σκευάσματα, το ένα για την καταπολέμηση του άλγους μέτριας εντάσεως και το άλλο για την αντιμετώπιση του βήχα σε υγρά σκευάσματα.
- Η πεθιδίνη αποτελεί επιπρόσθετο ναρκωτικό που χορηγείται κυρίως για την καταπολέμηση του πόνου. Ωστόσο, το εν λόγω ναρκωτικό υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσει εθισμό και σωματική εξάρτηση. Η πεθιδίνη μπορεί να χορηγηθεί είτε μέσω του στόματος είτε πιο συχνά ενδομυϊκά. (Murphey et al., 2013)

2. **Κατασταλτικές ουσίες του ΚΝΣ.** Στα πλαίσια της συγκεκριμένης κατηγορίας περιλαμβάνονται κυρίως τα φάρμακα ετερόκλητης χημικής δομής, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να καταστέλλουν τη λειτουργία του ΚΝΣ. πρόκειται κυρίως για εκείνα τα φάρμακα που χορηγούνται μόνο για να θεραπευτεί κάποια ασθένεια.

- Τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα καταπραϋντικά και υπνωτικά, ουσίες ηρεμιστικές, που σε μεγαλύτερες δόσεις δρουν σαν τα υπνωτικά χάπια. Τα βαρβιτουρικά διατίθενται σε ταμπλέτες, αμπούλες, υπόθετα, διαλύματα ή πιο συχνά σε χρωματιστές κάψουλες. Συνήθως χορηγούνται από το στόμα, σε κάποιες όμως εξειδικευμένες ιατρικές περιπτώσεις χορηγούνται με ένεση. Όσοι κάνουν κατάχρηση γενικά τα λαμβάνουν από το στόμα, κάποιες φορές με αλκοόλ, όμως περιστασιακά παρασκευάζουν και σκόνη για ένεση. Τα βαρβιτουρικά καταστέλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλούν παρόμοια επίδραση με εκείνη του αλκοόλ που διαρκεί γενικά 3-6 ώρες. Μια μικρή δόση (ένα ή δύο χάπια) συνήθως προκαλεί χαλαρότητα, κοινωνικότητα και ευδιαθεσία. Με τις μικρές δόσεις, όπως συμβαίνει και με πολλά άλλα ναρκωτικά, είναι πιθανό να ελεγχθεί σε ένα βαθμό η επίδραση, όμως με μεγαλύτερες δόσεις αυτό γίνεται δύσκολο και κυριαρχεί η καταπραϋντική επίδραση.
- Στον άνθρωπο η χορήγηση βενζοδιαζεπινών ακολουθείται από αγχώδωση, καταστολή, ύπνο, κατατονία ή θάνατο, ανάλογα με το ύψος της δόσης. Παρά το γεγονός ότι οι απλές δόσεις δεν έχουν αναισθητικό αποτέλεσμα αρκετοί καταναλωτές βενζοδιαζεπινών παρουσιάζουν απώλεια της πρόσφατης μνήμης, γεγονός που τους κάνει να πιστεύουν ότι παρουσιάζουν απώλεια των αισθήσεων. Χαρακτηριστική δράση των βενζοδιαζεπινών είναι η κεντρική μυοχάλαση, που ασκείται στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού. Η δράση των φαρμάκων αυτών στο ΗΕΓ είναι παρόμοια με των βαρβιτουρικών. Η υπερβολική λήψη των ουσιών αυτών θεωρείται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από τη δηλητηρίαση με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ. Έχει διαπιστωθεί ότι τα περιστατικά αυτών των δηλητηριάσεων πολύ σπάνια οδηγούνται τελικώς στο θάνατο.
- Η αιθανόλη (οινόπνευμα ή αλκοόλ) είναι οργανική χημική ένωση, που περιέχει άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο. Είναι πτητικό, εύφλεκτο και άχρωμο υγρό. Ανήκει στα νευροτοξικά ναρκωτικά, καθώς είναι από τα παλαιότερα ψυχαγωγικά ποτά, και ακόμη χρησιμοποιείται για αυτόν το σκοπό από τους ανθρώπους. Η αιθανόλη χρησιμοποιείται ευρύτατα ως διαλύτης διαφόρων ουσιών που προορίζονται για ανθρώπινη επαφή ή κατανάλωση, και περιλαμβάνουν αρώματα, αρωματικές ουσίες, χρωστικές ουσίες και φάρμακα. Η χρήση της ευθύνεται για πληθώρα παθολογικών προβλημάτων και για

περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη ψυχοδραστική ουσία (Λιάππας, 2003).

3. **Διεγερτικές ουσίες του ΚΝΣ.** Όσον αφορά τη συγκεκριμένη κατηγορία εμπεριέχονται κυρίως οι ουσίες που δημιουργούν έντονο αίσθημα φαινομενικής ευεξίας και διαύγειας. Ωστόσο, καθένα από αυτά διαφέρει ως προς την ισχύ του σε κάθε ασθενή (Κοκκέβη και συν., 2011).

- Η αμφεταμίνη ήταν ανέκαθεν η ευρύτερα διαθέσιμη από τις δύο αυτές ουσίες στην Ευρώπη. Είναι ένα από τα πιο νοθευμένα ναρκωτικά και στους χρήστες συχνά πωλούνται ναρκωτικά που της μοιάζουν, όπως η φαινυλπροπανολαμίνη, η εφεδρίνη ή και απλές ταμπλέτες καφεΐνης ή σκόνη. Η παράνομα παρασκευασμένη αμφεταμίνη έχει συχνά αρκετά έντονη μυρωδιά, σαν ψάρι. Η ασυνήθιστη αυτή μυρωδιά προκαλείται από την παρουσία διάφορων χημικών, που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία παρασκευής του ναρκωτικού. Διατίθεται στους χρήστες ως μια υπόλευκη ή ροζ σκόνη, η οποία μπορεί να ληφθεί από το στόμα (συχνά με ένα ποτό) ή από τη μύτη, ή να διαλυθεί και να προετοιμαστεί για ένεση.
- Η ποικιλία του φυτού από την οποία προέρχεται η κοκαΐνη, ονομάζεται ερυθρόξυλος ή κόκα και είναι θαμνώδες φυτό. Η κοκαΐνη είναι διεγερτική φαρμακευτική ουσία, μία ουσία με βραχεία διεγερτική επίδραση του ΚΝΣ και με ιδιότητες τοπικού αναισθητικού. Η κοκαΐνη απορροφάται από όλους τους βλεννογόνους του σώματος (στόμα, μύτη, έντερο, κόλπος). Από την επεξεργασία των φύλλων της κόκας παρασκευάζεται η υδροχλωρική κοκαΐνη που πωλείται σε μορφή κρυσταλλικής σκόνης που είναι άοσμη, λευκή και συνήθως εισπνέεται από τη μύτη ή διαλύεται σε νερό (σπανιότερα λαμβάνεται και ενδοφλέβια). Μπορεί επίσης να ληφθεί από το στόμα, ή να τριφτεί πάνω στα ούλα. Η χρήση κοκαΐνης μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας, συμφόρησης, εγκεφαλικής αιμορραγίας ή καρδιακής προσβολής. Η κατοχή της, η καλλιέργεια της και η διανομή της είναι παράνομες για μη φαρμακευτικούς και μη κυβερνητικά κυρωμένους σκοπούς σε όλα σχεδόν τα μέρη του κόσμου. (Κοκκέβη και συν., 2011).

4. **Ψευδαισθησιογόνες – Παραισθησιογόνες ουσίες.** Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται ουσίες που επηρεάζουν σημαντικά τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες της αντίληψης, της σκέψης και των συναισθημάτων. Ονομάζονται ψευδαισθησιογόνες, γιατί προκαλούν ψευδαισθήσεις.

- Το LSD (λυσεργικό οξύ) είναι ένα απίστευτα ισχυρό ναρκωτικό. Προέρχεται από ένα μύκητα, ο οποίος αναπτύσσεται στη σίκαλη και σε άλλα δημητριακά. Διεγείρει τη φαντασία και προπάντων την οπτική σφαίρα. Είναι ικανό να προκαλέσει ένα «ταξίδι» σε δόσεις 100-250 εκατομμυριοστά του γραμμαρίου. Αυτό δεν είναι πάντα τόσο ευχάριστο. Πιο συχνό είναι το άσχημο «ταξίδι» όπου παραμορφωμένες εικόνες είναι φρικιαστικές και τα παράδοξα συναισθήματα πολύ άσχημα. Ο χρήστης βλέπει πρόσωπα ματωμένα και φρικτά παραμορφωμένα, που απειλούν το άτομο και απόλυτα τρομοκρατημένο ουρλιάζει από φόβο και αγωνία. Η ποσότητα του LSD που φτάνει για 2.500 δόσεις ζυγίζει περίπου όσο ένα γραμματόσημο. Επτάμισι λίτρα καθαρού LSD θα επαρκούσαν για όλους τους κατοίκους των ΗΠΑ.
- Η μεσκαλίνη είναι ένα αλκαλοειδές που προέρχεται από τον μπλε κάκτο Peyote. Κυκλοφορεί σε άσπρη κρυσταλλική σκόνη χύμα, σε κάψουλες ή σε υγρή μορφή. Λαμβάνεται από τη φλέβα ή το στόμα. Επειδή είναι πικρή, τη διαλύουν στο γάλα, το τσάι ή σε χυμούς φρούτων. Η μεσκαλίνη παράγεται και συνθετικά. Δόση 350-500ml του γραμμαρίου δημιουργεί ψευδαισθήσεις για 5-12 ώρες. Η δραστηριότητα της ουσίας είναι η ίδια είτε χορηγείται από το στόμα είτε με ένεση, μόνο που με το μάρσημα χρειάζονται πολλές ώρες για να αρχίσει η επίδρασή της.
- Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στους νέους ανθρώπους για φυτικές ψευδαισθησιογόνες ουσίες, όπως η ψιλοκυβίνη. Ψευδαισθησιογόνα μανιτάρια και παράγωγά τους αγοράζονται στα smart-shops ή μέσω του διαδικτύου(Λιάππας, 2003).

5. **Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης.** Η κάνναβη είναι θαμνώδες φυτό αυτοφυές σε πολλές περιοχές της γης εξαιτίας της μεγάλης ικανότητας προσαρμογής του σε διάφορες κλιματολογικές συνθήκες. Η κάνναβη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία παγκοσμίως. Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζονται φάρμακα για ορισμένες ασθένειες, όπως το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, το AIDS κ.λπ.

- Η μαριχουάνα προέρχεται από το φυτό της ινδικής κάνναβης, και το τμήμα που περιέχει το «ναρκωτικό» βρίσκεται κυρίως στα λουλούδια και πολύ λιγότερο στους σπόρους, τα φύλλα και τον μίσχο του φυτού. Η μαριχουάνα πωλείται ως ένα μείγμα από αποξηραμένα φύλλα, μίσχους, άνθη και σπόρους του φυτού της κάνναβης. Συνήθως έχει χρώμα πράσινο, καφέ ή γκρίζο. Η χημική ουσία που προκαλεί τη μέθη ή το «φτιάξιμο» στους χρήστες ονομάζεται THC

(τετραϋδροκανναβινόλη). Το THC δημιουργεί τις επιδράσεις που αλλοιώνουν το νου. Μπορεί κανείς να καπνίσει τη μαριχουάνα με τη μορφή τσιγάρου, αλλά μπορεί επίσης και να την καπνίσει με μια πίπα ή μια πίπα νερού. Μπορεί επίσης κάποιος να την αναμίξει με το φαγητό και να τη φάει ή να την αναμίξει με νερό, με τον ίδιο τρόπο που παρασκευάζεται και το τσάι. Μερικές φορές, οι χρήστες ανοίγουν πούρα, αφαιρούν τον καπνό και τον αντικαθιστούν με αυτή. Οι διανοητικές συνέπειες της χρήσης μαριχουάνας είναι εξίσου σοβαρές. Όσοι καπνίζουν μαριχουάνα έχουν ασθενέστερη μνήμη και διανοητική ικανότητα από αυτούς που δεν κάνουν χρήση.

- Το χασίς παρασκευάζεται με διάφορους τρόπους, που σε γενικές γραμμές περιλαμβάνουν την αποξήρανση των ανθών, το τρίψιμο και κοσκίνισμά τους, και στη συνέχεια τη συμπύκνωσή τους σε "πλάκες". Το τελικό προϊόν έχει χρώμα που ποικίλλει από σκούρο πράσινο σε καφέ ή μαύρο, ανάλογα με τη συγκεκριμένη τεχνική παρασκευής του, τον τόπο προέλευσης και την ποιότητά του. Η χρήση του χασίς γίνεται καπνίζοντάς το σε ναργιλέ, τσιγάρο ή διάφορα είδη πίπας αλλά και με θέρμανσή του σε κάποιο κλειστό δοχείο (σπιρτόκουτο, ποτήρι κλπ.) και εισπνοή των ατμών. Επίσης το χασίς μπορεί να παρασκευαστεί και σε τσάι καθώς και να χρησιμοποιηθεί ως συστατικό σε διάφορα φαγητά και γλυκά (Λιάππας, 2003).

6. **Εισπνεόμενες – Πτητικές ουσίες.** Πρόκειται για πτητικές ουσίες σε αέρια μορφή, οι ατμοί των οποίων (και όχι των ίδιων των ουσιών) εισπνέονται από τη μύτη ή το στόμα προκειμένου να προκαλέσουν μια ψυχοδραστική ενέργεια. Ανήκουν στους υδρογονάνθρακες και παράγονται από το πετρέλαιο, το κάρβουνο και τη ζύμωση φυτικών υλών. Είναι ουσίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται συνεχώς αφού περιέχονται σε πάρα πολλά προϊόντα καθημερινής χρήσης (οικιακής, βιοτεχνικής, βιομηχανικής κ.ά.). Οι πιο κοινές από αυτές τις ουσίες βρίσκονται σε: ουσίες στεγνού καθαρίσματος, διαλυτικά (ασετόν, διαλύτες χρωμάτων, νέφτι), ουσίες που περιέχονται σε προϊόντα υπό μορφή σπρέι (αποσμητικά χώρου, λακ, κρέμα σαντιγί σε σπρέι), ουσίες που περιέχονται σε κόλλες, διορθωτικά υγρά, αέριο για αναπτήρες, ψυκτικά, πετρελαϊκά προϊόντα (πετρελαϊκός αιθέρας, βενζίνη, κηροζίνη κ.λπ.). (Κοκκέβη και συν., 2011).

2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Όπιο

Η χρήση οπιούχων έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ευφορίας. Τα τυχόν υπάρχοντα δυσάρεστα συναισθήματα εξαφανίζονται και δημιουργείται μια κατάσταση εφησυχασμού, συναισθηματικής αδιαφορίας, χωρίς παρορμήσεις. Ταυτόχρονα υπάρχει ισχυρή αναλγησία. Συνυπάρχουν, μικρός βαθμός υπνηλίας, μύση, βραδύπνοια (λόγω καταστολής του αναπνευστικού κέντρου) καθώς και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Τέλος, μπορεί να προκληθεί εμετός (λόγω ερεθισμού της χημειοαισθητικής ζώνης του προμήκη), δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων και δυσουρία, καθώς επίσης ελαφρά πτώση της αρτηριακής και αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

Η *οξεία τοξικότητα* στα οπιούχα εμφανίζεται με την υπέρβαση της δοσολογίας και η κλινική εικόνα της δηλητηρίασης εμφανίζεται με τη χαρακτηριστική τριάδα κώμα-βραδύπνοια-μύση. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να επέλθει ακόμα και θάνατος, από τρεις κυρίως αιτίες:

- την καταστολή του αναπνευστικού κέντρου
- την καρδιακή αρρυθμία, που οφείλεται κυρίως στην ανοξαιμία και
- το πνευμονικό οίδημα.

Όσον αφορά στη *χρόνια τοξικότητα* δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρατεταμένη χρήση οπιούχων προκαλεί οργανικές εγκεφαλικές βλάβες ή αλλοιώσεις σε άλλα όργανα. Το μόνο ίσως σύστημα που επηρεάζεται είναι το ενδοκρινολογικό και ιδιαίτερα το γεννητικό, όπου παρουσιάζεται ελάττωση της γενετήσιας ορμής και ειδικότερα στις γυναίκες καθώς και διαταραχές του φυσιολογικού ρυθμού του έμμηνου κύκλου. Τα μόνα σημεία που παρατηρούνται από τα άλλα συστήματα, είναι μια μέτρια βραδύπνοια, μια μέτρια ταχυσφυγμία και μια ελαφρά αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Μορφίνη

Η ιατρική επιστήμη μέσα από την ένεση της μορφίνης καταργεί τον σωματικό πόνο καταγράφοντας έτσι μια τεράστια επιτυχία. Η μορφίνη χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς. Οι ιδιότητες της είναι οι εξής:

- Δεν μεταβάλλει τη φυσιολογία των σκελετικών μυών ή την εν γένει λειτουργία των κινήσεων, γι' αυτό άλλωστε και δε χρησιμοποιείται ως φάρμακο κατά των μυϊκών σπασμών.
- Μεταβάλλει σημαντικά τη φυσιολογική λειτουργία των κοίλων οργάνων, όπως τα έντερα και η ουροδόχος κύστη, στα οποία μειώνει αισθητά τον πόνο.
- Επιδρά στο κέντρο της αναπνοής.
- Προκαλεί έντονη μύση.
- Προκαλεί ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.
- Ερεθίζει το στέλεχος του εγκεφάλου και συγκεκριμένα τη χημειοαισθητική ζώνη προκαλώντας έτσι εμετούς.
- Ελαφριά πτώση της αρτηριακής πίεσης και αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

Σε υψηλές δόσεις προκαλεί:

- σπασμούς,
- διέγερση,
- κώμα και
- μπορεί να επιφέρει το θάνατο.

Το *στερητικό σύνδρομο* αρχίζει να εμφανίζεται μόλις λίγες ώρες (6-12) από τη χρήση. Αρχικά, εμφανίζονται κάποια ήπια συμπτώματα όπως δακρύρροια, ρινόρροια, χασμουρητά, εφίδρωση και διαταραχές του ύπνου. Καθώς όμως το σύνδρομο εξελίσσεται, εμφανίζονται κάποια επιπρόσθετα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, διάρροια, διεσταλμένες κόρες, ανορεξία, ανατριχίλα, τάση για εμετό, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυπαλμία και πόνοι στο σώμα.

Ταυτόχρονα, εμφανίζονται και *ψυχολογικά συμπτώματα* όπως:

- έντονο άγχος
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- κατάθλιψη
- παράνοια
- αμνησία (Λιάππας, 2003)

Ηρωίνη

Η ηρωίνη διακινείται συνήθως αναμεμειγμένη με άλλες ουσίες όπως ζάχαρη, άμυλο, σκόνη γάλακτος, κινίνο, στρυχνίνη κ.ά. Το γεγονός ότι ο χρήστης δεν γνωρίζει την ακριβή ποσότητα ηρωίνης, η οποία περιέχεται στη σκόνη που διαθέτει για χρήση, μπορεί να οδηγήσει σε οξεία τοξίκωση ή και θάνατο. Στην ενδοφλέβια χρήση το 70% της ποσότητας ηρωίνης φθάνει στον εγκέφαλο μέσα σε είκοσι δευτερόλεπτα.

Τα *άμεσα συμπτώματα* της χρήσης ηρωίνης στον οργανισμό είναι:

- συναίσθημα ευφορίας και ηρεμίας,
- αναλγησία,
- υπνηλία,
- αναπνευστική καταστολή και μείωση καρδιακών παλμών,
- μύση,
- ναυτία και έμετος,
- μειωμένη κινητικότητα του εντέρου,
- καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα,
- υποθερμία και
- μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας εξαιτίας της μείωσης έκκρισης τεστοστερόνης (στους άνδρες).

Τα *μακροχρόνια συμπτώματα* της χρήσης ηρωίνης μπορεί να είναι:

- μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα και άλλες μικροβιακές μολύνσεις, όπως θρομβοφλεβίτιδα, αποστήματα, κυτταρίτιδα κ.ά.,
- χρόνια νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια,
- πνευμονολογικές επιπλοκές (πνευμονία, φυματίωση),
- αλλαγές στη δομή και τη φυσιολογία του εγκεφάλου δυνητικά μη αντιστρέψιμες,
- ασθένειες, όπως AIDS, ηπατίτιδα Β και C, λόγω μόλυνσης από μη αποστειρωμένες βελόνες ή από την πολλαπλή χρήση τους από διαφορετικά άτομα,
- βλάβη και διάτρηση των ρινικών μεμβρανών, όταν η χρήση γίνεται με εισπνοή από τη μύτη,
- μη αναγνώριση σοβαρών σωματικών προβλημάτων, λόγω της αναλγητικής επίδρασης της ηρωίνης,

- σεξουαλική ανικανότητα στους άντρες, διαταραχές ή/και διακοπή του έμμηνου κύκλου στις γυναίκες,
- αϋπνία,
- δυσκοιλιότητα,
- κοινωνική απομόνωση,
- κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (NIDA, 2014)

Το *στερητικό σύνδρομο* ξεκινά λίγες ώρες μετά τη διακοπή της χρήσης και κορυφώνεται στις 48 έως 72 ώρες. Τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν μέσα σε μια εβδομάδα αλλά σε κάποιους χρήστες επιμένουν για αρκετούς μήνες. Αυτά είναι τα εξής:

- άγχος,
- νευρική κατάσταση,
- αρθραλγίες, μυαλγίες, κοιλιακοί κολικοί,
- ναυτία, έμετος και διάρροια,
- δακρύρροια και ρινόρροια,
- ρίγος, χήναιο δέρμα,
- αϋπνία,
- ακούσιες κινήσεις των ποδιών και
- κατάθλιψη. (NIDA, 2014)

Κωδεΐνη

Η κωδεΐνη αποτελεί ένα φυσικό αλκαλοειδές του οπίου όπως και η μορφίνη, η εθιστική της όμως και αναλγητική επίδραση είναι μικρότερη από αυτή της μορφίνης. Αποτελεί ένα από τα συχνότερα συνταγογραφούμενα οπιούχα για την καταστολή του βήχα και του πόνου. Εκτός από αναλγησία προκαλεί και ευφορία. Η χρήση αυτού του σκευάσματος μπορεί να δημιουργήσει κόπωση, υπνηλία, μυδρίαση και κνησμό (Λιάππας, 2003).

Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη απορροφάται εύκολα από το γαστρεντερικό σύστημα και η διάρκεια της δράσης της είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από αυτήν της ηρωίνης και της μορφίνης. Η επίδραση είναι παρόμοια με αυτή των άλλων ισχυρών οπιούχων ναρκωτικών, αλλά με δύο σημαντικές διαφορές. Η πρώτη είναι ότι οι επιδράσεις ευφορίας και καταπράυνσης διαρκούν περισσότερο και οι χρήστες δε νιώθουν την έντονη «έξαψη» που αναφέρεται στη

χρήση ηρωίνης. Η δεύτερη διαφορά είναι ότι, αντίθετα με την ηρωίνη ή τη μορφίνη, η μεθαδόνη είναι πολύ αποτελεσματική, όταν χορηγείται από το στόμα. Η μεθαδόνη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης από άλλα ναρκωτικά, καθώς και της σφοδρής επιθυμίας γι' αυτά. Οι ασθενείς μπορούν να συντηρούνται σε σταθερές δόσεις μεθαδόνης χωρίς υπερβολικό κίνδυνο. Τα θέματα που προκύπτουν από τη *μακροχρόνια χρήση* είναι ότι η ίδια η ουσία προκαλεί εξάρτηση και οι ασθενείς υποφέρουν από χρόνια δυσκοιλιότητα. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες παρενέργειες που έχουν σχέση με τη χρόνια χρήση μεθαδόνης, όπως είναι η υπερβολική εφίδρωση, η κατακράτηση ούρων και οι ενοχλήσεις στον ύπνο (Λιάππας, 2003).

Πεθιδίνη

Η πεθιδίνη χρησιμοποιείται ως αναλγητικό στο μέτριο και έντονο πόνο. Η πεθιδίνη μπορεί, επίσης, να καταστείλει την αναπνοή. Όταν χορηγείται ενδοφλέβια προκαλεί διαστολή των αγγείων στην περιφέρεια και στον εγκέφαλο, αύξηση της αιματικής ροής, αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μπορεί επίσης να αυξήσει την καρδιακή συχνότητα. Όμως, όταν χορηγείται από το στόμα δεν επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα. *Μεγάλες δόσεις* προκαλούν άγχος, μυϊκές συσπάσεις, διαστέλλει την κόρη του ματιού και αυξάνει τα αντανάκλαστικά (Λιάππας, 2003).

Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά κατά κόρον δρουν ως αγχολυτικά για την πρόκληση ύπνου ή αναισθησίας. Ο συστηματικός χρήστης είναι επιρρεπής στη βρογχίτιδα και την πνευμονία (εξαιτίας του αντανάκλαστικού του βήχα το οποίο βρίσκεται σε καταστολή), στην υποθερμία (εξαιτίας της διαστολής των περιφερειακών αιμοφόρων αγγείων), και σε επαναλαμβανόμενη τυχαία υπερδοσολογία (εξαιτίας της νοητικής σύγχυσης και της ανοχής). Η λήψη βαρβιτουρικών με ένεση είναι πιθανόν η πιο επικίνδυνη μορφή χρήσης ναρκωτικών. Η χορήγηση μικρών δόσεων οδηγεί σε ελαφριά σύγχυση και αποσυντονισμό των κινήσεων. Σε μεγαλύτερες δόσεις τα συμπτώματα αυτά είναι εντονότερα, με προεξάρχουσα την υπνηλία, δυσαρθρία και την αστάθεια στη βάδιση. Εκτός από τους συνηθισμένους κινδύνους, όσοι κάνουν ένεση με βαρβιτουρικά διατρέχουν ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο υπερβολικής δόσης, γάγγραινας (αν η ένεση με το διάλυμα γίνει κατά λάθος σε αρτηρία) και αποστημάτων στο δέρμα. Η *μεγάλη δοσολογία* προκαλεί το θάνατο από αναπνευστική ανεπάρκεια. Τα συμπτώματα του *συνδρόμου στέρησης* από βαρβιτουρικά περιλαμβάνουν:

- ανησυχία,
- άγχος,
- αδυναμία,
- κοιλιακές κράμπες,
- ναυτία ή έμετο,
- αϋπνία και εφιάλτες,

Βενζοδιαζεπίνες

Τις πρώτες μέρες κατά τις οποίες γίνεται λήψη συνταγογραφούμενων κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), το άτομο νιώθει υπνηλία και δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων. Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών ακολουθείται από αγχώλυση, καταστολή, ύπνο, κατατονία ή θάνατο, ανάλογα με το ύψος της δόσης. Παρά το γεγονός ότι οι απλές δόσεις δεν έχουν αναισθητικό αποτέλεσμα αρκετοί καταναλωτές βενζοδιαζεπινών παρουσιάζουν απώλεια της πρόσφατης μνήμης, γεγονός που τους κάνει να πιστεύουν ότι παρουσιάζουν απώλεια των αισθήσεων. Η *υπερβολική λήψη* των ουσιών αυτών θεωρείται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από τη δηλητηρίαση με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ. Έχει διαπιστωθεί ότι τα περιστατικά αυτών των δηλητηριάσεων πολύ σπάνια οδηγούνται τελικώς στο θάνατο. Σημεία συμπτωματολογίας *συνδρόμου στέρησης* από βενζοδιαζεπίνες είναι τα ακόλουθα:

- σπασμοί,
- παραλήρημα,
- υπερπυρεξία και
- κώμα που μπορεί να καταλήξει στον θάνατο. (Κοκκέβη και συν., 2011).

Οινόπνευμα

Η χρήση οινόπνευματος ευθύνεται για πληθώρα παθολογικών προβλημάτων και για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη ψυχοδραστική ουσία. Σε μικρές δόσεις η χρήση οινόπνευματος προκαλεί:

- μείωση των αναστολών και
- αίσθημα χαλάρωσης και ευεξίας.

Μεγάλες δόσεις οινόπνευματος προκαλούν:

- ερυθρότητα προσώπου,
- αστάθεια στη βάδιση,
- αδυναμία συντονισμού κινήσεων και
- συγκεχυμένη ομιλία.

Αμφεταμίνη

Η επίδραση των αμφεταμινών στο ΚΝΣ εξαρτάται από την ποσότητα της ουσίας και τον τρόπο χρήσης της. Σε μέτριες δόσεις προκαλούν αίσθημα ευεξίας, διαύγειας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας. Οι σωματικές επιδράσεις είναι:

- ταχυκαρδία,
- εφίδρωση,
- ξηροστομία,
- διαστολή των κόρων των ματιών,
- ναυτία και εμετοί,
- τέντωμα των μυών της σιαγόνας και φθορά των δοντιών,
- θολή όραση και
- αϋπνία.

Όταν η ουσία χορηγείται ενδοφλέβια, το άτομο έχει ένα απότομο και βίαιο αίσθημα ευφορίας και αυτοπεποίθησης. Οι *υψηλές δόσεις*, ιδίως αν επαναλαμβάνονται συχνά, μπορούν να προκαλέσουν συγκεχυμένο λεξιλόγιο, παραλήρημα, κρίσεις πανικού, ψευδαισθήσεις και παρανοϊκό ιδεασμό. Επίσης, μπορεί να επέλθει συγκοπή ή έντονος πόνος στο στήθος. Μετά το τέλος της επίδρασης των μεγάλων δόσεων ακολουθεί δυσφορία, άγχος, τρέμουλο, αίσθημα κόπωσης και κατάθλιψη. (Λιάππας, 2003).

Κοκαΐνη

Στην αρχή η λήψη της κοκαΐνης προκαλεί έντονο αίσθημα ευφορίας, αυξημένη εγρήγορση, αίσθημα αυτοπεποίθησης, αυξημένες επιδόσεις σε συγκεκριμένες ψυχοκινητικές δραστηριότητες, ομιλητικότητα και σεξουαλική διέγερση. Επίσης, καταστέλλει το αίσθημα της πείνας και την ανάγκη για ύπνο. Το αίσθημα έντονης ευχαρίστησης όμως που προκαλεί σύντομα ακολουθείται από μια κατάσταση δυσφορίας, ανησυχίας και ευερεθιστότητας. Η περιστασιακή χρήση επιφέρει μπουκωμα στη μύτη ή καταρροή. Σε αντίθετη περίπτωση, η συστηματική χρήση δημιουργεί πληγές στο βλεννογόνο υμένα της μύτης. Όσο για τις συνέπειες της χρήσης της προσβάλλει τις κόρες

των ματιών και αυξάνει την πίεση του αίματος, τον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό καθώς και τη θερμοκρασία του σώματος. Ακόμη, προκαλεί αϋπνία, απώλεια όρεξης, απτικές παραισθήσεις, παράνοια και αιφνிடιαστική προσβολή. Τα οξέα συμπτώματα από *υπερβολική λήψη* κοκαΐνης είναι δυνατόν να διακριθούν σε 3 μεγάλες κατηγορίες:

1. Ψυχική διέγερση: με αίσθημα πανικού, ναυτία και εμετούς.
2. Υπερκινητικότητα: με τρεμούλα, μυϊκές συσπάσεις, γενικευμένους επιληπτοειδείς σπασμούς, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και άρρυθμη αναπνοή.
3. Γενικά κατασταλτικά φαινόμενα: με απώλεια των αντανακλαστικών, αναισθησία, κυκλοφορική και αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο. (Αλεξοπούλου και συν., 2014).

Οι επιπτώσεις από τη *μακροπρόθεσμη χρήση* κοκαΐνης είναι οι εξής:

- Χρόνια ρινική καταρροή, ρινική αιμορραγία, διάτρηση των ρινικών μεμβρανών και του διαφράγματος, απώλεια της αίσθησης της όσφρησης.
- Ανορεξία και σημαντική απώλεια βάρους.
- Διαταραχές του ύπνου.
- Άρρυθμίες, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιομυοπάθεια, έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- Μείωση της ικανότητας για συγκέντρωση.
- Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ανικανότητα.
- Σε περίπτωση εγκυμοσύνης αποβολή, αιμορραγίες, πρόωρος τοκετός και γέννηση νεκρού εμβρύου, σωματικές δυσπλασίες.
- Άγχος και κρίσεις πανικού.
- Κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός.

Η εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι ψυχολογική. Το *στερητικό σύνδρομο* εξελίσσεται σε τρεις φάσεις:

- στην *πρώτη φάση* κυριαρχεί η κατάθλιψη, το άγχος, μεγάλη επιθυμία για χρήση, αίσθημα κόπωσης και μεγάλη όρεξη,
- στη *δεύτερη φάση* εμφανίζεται ανηδονία, άγχος και έντονο αίσθημα στέρησης του φαρμάκου,

- ενώ στην *τρίτη φάση* μετά από 1-10 εβδομάδες η επιθυμία για χρήση της ουσίας εμφανίζεται περιοδικά κατά ώσεις.

LSD

Οι χρήστες του LSD συχνά αναφέρουν οπτικές ψευδαισθήσεις, όπως έντονα χρώματα, παραμορφωμένα σχήματα και μεγέθη, καθώς και κίνηση σε σταθερά αντικείμενα. Υπάρχουν και ακουστικές παραισθήσεις, όπως και αλλαγές στην αίσθηση του χώρου και του χρόνου. Γενικά ο χρήστης γνωρίζει ότι οι επιδράσεις αυτές δεν είναι πραγματικές. Υπάρχουν όμως και σωματικές επιδράσεις όπως διαστολή στις κόρες των ματιών, μικρή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ανατριχίλες, αυξημένη αυτογνωσία και μυστικιστικές ή εκστατικές εμπειρίες. Συχνά αναφέρονται και εμπειρίες διαχωρισμού από το σώμα. (Αλεξοπούλου και συν., 2014).

Μεσκαλίνη

Η μεσκαλίνη παράγεται και συνθετικά. Δόση 350-500ml του γραμμαρίου δημιουργεί ψευδαισθήσεις για 5-12 ώρες. Τα συμπτώματα που προκαλεί είναι τα εξής:

- Απόλυτη υπερίσχυση των οπτικών ψευδαισθήσεων.
- Διαταραχή του χρόνου.
- Αλληλεπίδραση αισθητηριακών εμπειριών .
- Διακύμανση του επιπέδου συνείδησης.

Ψιλοκυβίνη

Η ψιλοκυβίνη σε χαμηλές δόσεις, πρωταρχικά προκαλεί διαστρεβλώσεις στην αντίληψη και αλλοιώσεις στη σκέψη ή στη διάθεση και ελάχιστη επίδραση στη μνήμη και τον προσανατολισμό. Οι επιδράσεις κυμαίνονται από τα ήπια συναισθήματα χαλάρωσης, ζαλάδας, ευφορίας, οπτικής ενίσχυσης (ο χρήστης βλέπει τα χρώματα πιο φωτεινά), οπτικές διαταραχές (κινούμενες επιφάνειες, κύματα), παραληρητικές ιδέες, εικόνες και πρόσωπα ή πραγματικές ψευδαισθήσεις. Οι αισθητηριακές στρεβλώσεις μπορεί να συνδυαστούν με ανησυχία, ασυνέπεια, συναισθήματα άγχους, μειωμένη κρίση του χρόνου ή της απόστασης, αίσθηση ασυμμετρίας ή ακόμα και αποπροσωποποίηση. Αυτές οι επιδράσεις ενδέχεται να περιλαμβάνουν αντιδράσεις πανικού και καταστάσεις που μοιάζουν με ψύχωση (Λιάππας, 2003).

Μαριχουάνα

Σήμερα, η μαριχουάνα έχει ισχυρότερη δράση απ' ότι παλιότερα. Οι τεχνικές ανάπτυξης και η επιλεκτική χρήση των σπόρων έχουν παράγει ένα πιο δυνατό ναρκωτικό.

Η *βραχυχρόνια χρήση* μπορεί να προκαλέσει :

- απώλεια συντονισμού και παραμόρφωση της αίσθησης του χρόνου, της όρασης και της ακοής,
- υπνηλία,
- ερεθισμένα μάτια,
- αυξημένη όρεξη,
- χαλαροί μύες και
- αυξανόμενοι καρδιακοί παλμοί. (Στην πραγματικότητα, την πρώτη ώρα λήψης μαριχουάνας ο κίνδυνος να πάθει ο χρήστης καρδιακή προσβολή αυξάνεται κατά πέντε φορές).

Η *μακροχρόνια χρήση* από την άλλη μπορεί να προκαλέσει:

- ψύχωση,
- βλάβη στους πνεύμονες και στην καρδιά,
- βρογχίτιδα,
- δύσπνοια και βήχα.

Χασίς

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα της χρήσης του χασίς ποικίλλουν πολύ και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα και τις προσδοκίες του χρήστη, την ποσότητα χρήσης της ουσίας, το περιβάλλον όπου γίνεται η χρήση και την προηγούμενη εμπειρία του ατόμου. Η *άμεση επίδραση* στον οργανισμό περιλαμβάνει:

- αίσθημα ευεξίας, ευφορίας και χαλάρωσης,
- όξυνση της αισθητηριακής αντιληπτικότητας όλων των αισθήσεων,
- αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας,
- αίσθημα βραδύτητας του χρόνου,
- υπνηλία,
- ξηροστομία,
- αίσθημα πείνας ιδιαίτερα για γλυκά,

- μείωση της ικανότητας για βραχυπρόθεσμη μνήμη,
- μείωση της ικανότητας προσοχής, κρίσης και άλλων γνωστικών λειτουργιών,
- μειωμένο συντονισμό κινήσεων και ικανότητα ισορροπίας και
- αύξηση του καρδιακού ρυθμού.

Η διακοπή της χρήσης της ουσίας σε μακροχρόνιους χρήστες προκαλεί άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, νευρική κατάσταση, ελαττωμένη όρεξη, απώλεια βάρους, αϋπνία, τρόμο, ρίγη και αυξημένη θερμοκρασία του σώματος. Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα αυτά είναι ήπια και δε διαρκούν συνήθως περισσότερο από 4 με 5 ημέρες (Λιάππας, 2003).

Εισπνεόμενες ουσίες (κόλλες, αεροζόλ, διαλύτες, πετρελαϊκά προϊόντα, ψυκτικά)

Άτομα που κάνουν κατάχρηση των εισπνεόμενων ουσιών παρατηρούν σημαντικές αλλαγές στη ψυχική τους κατάσταση, αλλαγές στη διάθεση και ψευδαισθήσεις. Ενδέχεται επίσης να προκύψουν δυνητικά επικίνδυνες παραληρητικές ιδέες, οι σκέψεις πιθανόν να επιβραδυνθούν και ο χρόνος φαίνεται να περνά πιο γρήγορα. Αυτές οι συμπεριφορικές επιπτώσεις συνοδεύονται από:

- ζάλη,
- αίσθημα ευφορίας,
- διανοητική σύγχυση,
- επιθετικότητα και εριστική συμπεριφορά,
- επιβραδυνόμενη ομιλία,
- αστάθεια,
- τρόμο,
- νύστα,
- μείωση αντανακλαστικών και
- γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.

Ο θάνατος μετά από χρήση εισπνεόμενων ουσιών οφείλεται συνήθως σε:

- καρδιακή αρρυθμία και ανακοπή,
- ασφυξία,
- εισρόφηση,
- σπασμούς,

- κόμα και
- τραυματισμούς-ατυχήματα κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης. (Λιάππας, 2003).

2.2 ΑΙΤΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η κατάχρηση των ουσιών αποτελεί φαινόμενο που αυξάνεται συνεχώς και εκτείνεται σε πολλές περιοχές της γης και σε ευρύ φάσμα ηλικιών. Για διαφορετικούς τύπους συμπεριφοράς όμως, που σχετίζεται με την κατάχρηση έχουν αναφερθεί διαφορετικά αίτια. Η αρχική ή πειραματική χρήση ναρκωτικών μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού πιέσεως από μέλη της ίδιας ομάδας, περιέργειας, τιμής και διαθεσιμότητας. Η εξέλιξη προς μεγαλύτερη εμπλοκή ή εξάρτηση ενδεχομένως οφείλεται σε άλλους παράγοντες, όπως στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή στην κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν γιατί μερικοί χρόνιοι ή εξαρτημένοι χρήστες συνεχίζουν να παίρνουν ναρκωτικά με τρόπο που προξενεί βλάβη, ενώ άλλοι όχι.

Οι κύριοι παράγοντες που αποδεδειγμένως συμβάλλουν στη χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών είναι οι εξής:

1. Ατομικοί παράγοντες

- *Βιολογικοί παράγοντες και η προσωπικότητα του ατόμου.* Η προσπάθεια προσδιορισμού γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων, προτείνει μια βιολογική βάση ερμηνείας συμπεριφορών που συνδέονται με υψηλό κίνδυνο εθισμού. Πειραματικές μελέτες, κυρίως με αρουραίους, έχουν κατορθώσει να προσδιορίσουν με ακρίβεια τα ιδιαίτερα κυκλώματα του εγκεφάλου στα οποία δρουν τα διάφορα ναρκωτικά, τους μοριακούς μηχανισμούς της δράσης τους, όπως και τις διαταραχές που προκαλούνται σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο. Είναι σημαντικό ότι στα ίδια νευρωτικά κυκλώματα που δρουν τα ναρκωτικά, κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρατηρούνται αναπτυξιακές μεταβολές που σηματοδοτούν τη μετάβαση του παιδιού στην ενηλικίωση σε επίπεδο συναισθήματος, κριτικής, μνήμης και εμπειρίας. Η παρατήρηση αυτή τοποθετεί την ανάπτυξη του εθισμού σε μια νευρο-αναπτυξιακή βάση αφού η μειωμένη ωριμότητα ενός νευρολογικού συστήματος που αναπτύσσεται, μπορεί να οδηγεί σε μειωμένες αντιστάσεις σε επικίνδυνες συμπεριφορές, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η χρήση ναρκωτικών. Πρόσφατα πειράματα στο Πανεπιστήμιο του Cambridge σε αρουραίους, έδειξαν ότι κάποιοι αρουραίοι επέλεξαν τη λήψη του ναρκωτικού με

αυξημένες πιθανότητες και κάποιοι άλλοι όχι. Μελέτη του εγκεφάλου των δύο ομάδων, απέδειξε την ύπαρξη διαφορών μεταξύ τους που μάλιστα υπάρχουν χωρίς να προηγηθεί η χορήγηση του ναρκωτικού ούτε για μία φορά. Εάν αυτό συμβαίνει και στον άνθρωπο, τότε πρόκειται για μια συναρπαστική υπόθεση όπου γενετικοί παράγοντες παρεμβαίνουν σε μια νευροαναπτυξιακή διαδικασία με αποτέλεσμα την αυξημένη ευπάθεια στη χρήση ναρκωτικών. Η προδιάθεση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με μείωση του κατώτερου ορίου της έκθεσης στο ναρκωτικό που απαιτείται για να εμφανιστεί εθισμός. Επίσης μπορεί να οδηγεί στην αυξημένη πιθανότητα υποτροπής στους χρήστες που βρίσκονται σε φάση απόσυρσης, δηλαδή αποχής από τη χρήση. Εάν η γενετική αυτή βάση της προδιάθεσης ισχύει και για τον άνθρωπο, δεν αρκεί για να αιτιολογήσει την εξάρτηση κάποιου από τα ναρκωτικά (Τσίντου, 2010).

- *Σεξουαλική ταυτότητα.* Μερικές μορφές χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών εμφανίζονται πιο κοινές μεταξύ των ανδρών, παρά μεταξύ των γυναικών. Οι λόγοι δεν είναι σαφείς. Πιθανόν να ενέχονται κοινωνικές πιέσεις και συμβάσεις, όπως και η ύπαρξη ευκαιριών χρήσης: σε πολλές κοινωνίες, τα αγόρια και οι νέοι άνδρες αναμένεται να είναι πιο τολμηροί, να αναλαμβάνουν κινδύνους και να μην τηρούν τους κανόνες, σε σχέση με τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες. Βάσει αυτού, υποστηρίζεται ότι υφίσταται σχέση μεταξύ φύλου, προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση οιοπνευματωδών και εγκληματικότητας. Το εύρημα ότι σε πολλές χώρες η χρήση βενζοδιαζεπινών είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών, δείχνει, εντούτοις, πόσο επικίνδυνο είναι να γίνονται αποδεκτές άκαμπτες και στερεότυπες ερμηνείες. Το μόνο συμπέρασμα που φαίνεται ασφαλές είναι ότι ο «ανδρικός ρόλος» και ο «γυναικείος ρόλος» μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά λήψης ναρκωτικών, με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα.
- *Ηλικία.* Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και στη λήψη ναρκωτικών υπογραμμίζει τον κίνδυνο της αποδοχής στερεοτύπων ερμηνειών. Η λαϊκή σοφία συνήθως θεωρεί τα ναρκωτικά σαν «προβλήματα της νεότητας» και σε πολλές χώρες αυτό, μέχρι κάποιου σημείου, μπορεί να είναι σωστό. Η νεότητα είναι περίοδος πειραματισμών, συχνά και με τα ναρκωτικά. Η πρώτη χρήση καννάβεως μπορεί να αποτελεί μια τελετή ενηλικίωσης, όπως και η πρώτη σεξουαλική εμπειρία. Σε μια χώρα, ενδέχεται να έχουν προβλεφθεί κάποια σχετικά στενά όρια ηλικίας για την

πρώτη χρήση καπνού, οιοπνευματωδών, καννάβεως, αμφεταμινών και ηρωίνης. Με αυτή την έννοια, η έφεση προς τα ναρκωτικά, στο βαθμό που σχετίζεται με την ηλικία, μπορεί να έχει σημασία και για την πρόληψη των ναρκωτικών και για τον καθορισμό κατάλληλων στρατηγικών και στόχων.

- *Αυτοθεραπεία.* Πολλά ψυχοτρόπα φάρμακα χρησιμοποιούνται, για να μετριάσουν, έστω και βραχυπρόθεσμα, το άγχος και την κατάθλιψη. Τα οπιούχα παρέχουν άμεση ανακούφιση από τον πόνο. Ανεξάρτητα από το αν η λειτουργική χρήση των ναρκωτικών για τέτοιους σκοπούς είναι απολύτως σκόπιμη, είτε κατά ένα μέρος τυχαία, πρόκειται δηλαδή για αυτοθεραπεία είτε με παράνομα ναρκωτικά είτε με συνταγή γιατρού, σε αυτήν οφείλεται χωρίς αμφιβολία, ένα μέρος από τα προβλήματα των ναρκωτικών (Τσίντου, 2010).

2. Οικογενειακοί παράγοντες

Η οικογένεια είναι η πρώτη ομάδα κοινωνικοποίησης του ατόμου και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του. Υπάρχουν πολλές έρευνες που έχουν δείξει ότι τα προβλήματα μέσα στην οικογένεια καθώς και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με αντικοινωνική συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει στην ουσιοκατάχρηση (Κοκκέβη και συν., 2011). Σε αυτήν την κατηγορία εμπεριέχονται διάφοροι λόγοι, οι οποίοι είναι:

- *Θάνατος ενός από τους δύο γονείς.* Η έλλειψη του ενός γονέα μπορεί να δημιουργήσει πολύ άσχημα συναισθήματα στον έφηβο, ο οποίος διανύει τη πιο σημαντική περίοδο της ζωής του. Το να χάσει κανείς το γονιό του μπορεί να τον οδηγήσει σε μία άρνηση για τη ζωή του κι έτσι να μπλέξει με παρέες που θα τον οδηγήσουν ακόμη και στα ναρκωτικά. Τον κύριο ρόλο όμως, τον διαδραματίζει ο γονιός που είναι στη ζωή. Σε περίπτωση που δε δείξει κάποιο ενδιαφέρον για το παιδί του, τότε ο κίνδυνος να φτάσει στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι αρκετά μεγάλος (Lockwood, 2015).
- *Διαζύγιο.* Τα παιδιά των χωρισμένων γονιών είναι πιο επιρρεπή στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Κάποιες φορές τα παιδιά αυτά νιώθουν υπεύθυνα για το χωρισμό των γονιών τους και η ψυχολογική τους κατάσταση βάλλεται από έντονα συναισθήματα. Έτσι, προβαίνουν στην εύρεση κάποιας ουσίας για να ξεσπάσουν και να νιώσουν καλύτερα. Και σε αυτήν την περίπτωση, οι γονείς οφείλουν να αφήσουν τις διαφορές τους πίσω και να στηρίζουν το παιδί τους, προκειμένου να

μη φτάσουν σε σημείο να χρησιμοποιήσουν τις εξαρτησιογόνες ουσίες (Murphey et al., 2013). Επίσης, μπορεί να δεχθεί μία ανάρμοστη συμπεριφορά από το ευρύτερο περιβάλλον, το φιλικό και το συγγενικό, λόγω του ότι είναι παιδί χωρισμένων γονιών. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά στη ψυχική υγεία του εφήβου, κι έτσι σταδιακά να επιλέξει τον κόσμο των εξαρτησιογόνων ουσιών (Johnston et al, 2014).

- *Οικογενειακά προβλήματα.* Στα πλαίσια των οικογενειακών προβλημάτων που μπορεί να αφορούν καβγάδες μεταξύ των γονιών, οικονομικές δυσκολίες, ανύπαρκτη γαλήνη είναι κάποιοι από τους λόγους που μπορεί να οδηγήσουν τον έφηβο στις εξαρτησιογόνες ουσίες. Οι γονείς όταν είναι εγκλωβισμένοι στα προβλήματα τους συνήθως δε δείχνουν ενδιαφέρον για το παιδί τους. Εκείνο με τη σειρά του βλέποντας και βιώνοντας τέτοιου είδους καταστάσεις μπορεί πολύ εύκολα να μπλέξει με τις εξαρτησιογόνες ουσίες (Κοκκέβη και συν., 2011).
- *Ελλιπής αγάπη.* Δεν είναι λίγες οι οικογένειες που δε δείχνουν την αγάπη τους προς τα παιδιά τους. Ασχολούνται με τα προσωπικά τους ζητήματα και αδιαφορούν για το παιδί τους. Το παιδί κυρίως λόγω του ότι δεν αισθάνεται την αγάπη του γονέα του μπορεί να την αναζητήσει κάπου αλλού. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι έφηβοι υπάρχει κίνδυνος να πέσουν θύματα των εμπορών ναρκωτικών ή ήδη εξαρτημένων ατόμων, που τους οδηγούν σε αυτή την αποτρόπαια πράξη. Επίσης, κάποιοι έφηβοι μπορεί να νιώθουν ότι οι γονείς τους δεν τους αγαπούν, αλλά αυτό να μην ισχύει στην πραγματικότητα (Lockwood, 2015).
- *Υπερβολική αγάπη.* Μπορεί οι γονείς από την υπερβολική αγάπη που νιώθουν για τα παιδιά τους να τα κακομαθαίνουν και να μην ελέγχουν τις κινήσεις και τις παρέες τους. Είναι γνωστό ότι η υπερβολική αγάπη μπορεί να πνίγει τον έφηβο, ο οποίος βρίσκεται στο πιο κρίσιμο στάδιο της ζωής του, όπου θέλει να κατακτήσει τα πάντα (Murphey et al., 2013).
- *Οικονομική ανεξαρτησία.* Το μεγαλύτερο λάθος των γονιών που οδηγεί τους εφήβους στη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι η οικονομική κατάσταση τους. Συγκεκριμένα, όταν οι γονείς επιτρέπουν στο παιδί να κάνει διάφορες σπατάλες χωρίς να υπάρχει έλεγχος, όταν του παρέχουν τα πάντα σε υλικά αγαθά, όταν νομίζουν ότι με την προσφορά οικονομικής ανεξαρτησίας εξασφαλίζουν και την αγάπη του, μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι με τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Ειδικότερα, δεν υφίσταται ένας έφηβος να έχει στη διάθεση του πολλά χρήματα,

καθώς δε μπορεί να τα διαχειριστεί σωστά αλλά και ούτε να εκτιμήσει την αξία τους, καθώς δεν έχει εργαστεί ποτέ μέχρι στιγμής στη ζωή του. Η οικονομική ανεξαρτησία του δίνει την αίσθηση ότι μπορεί να έχει ότι θέλει οποιαδήποτε στιγμή. Κάποιες φορές όμως, είτε από πείσμα, είτε από ανύπαρκτο ενδιαφέρον των γονιών μπορεί να καταλήξει στις εξαρτησιογόνες ουσίες. (Ζώτου και συν., 2005).

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- *Συναναστροφές.* Κατά τη διάρκεια της εφηβείας συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές που συνοδεύονται από συναισθηματική φόρτιση, προβληματισμούς και επιθυμία διερεύνησης νέων εμπειριών τις οποίες ο έφηβος πρέπει να επεξεργαστεί για να διαμορφώσει την προσωπικότητά του. Η κοινωνικοποίηση είναι κομμάτι αυτής της διαδικασίας και επηρεάζεται από την ανάγκη του εφήβου για κοινωνική αποδοχή (Τσίντου, 2010). Η ανάγκη για αποδοχή οδηγεί στην αντίδραση προς τη γονική εξουσία και ταυτόχρονα στην προσαρμογή στην ομάδα των φίλων και συντρόφων τους. Κάτω από αυτές τις καταστάσεις και διαδικασίες ένα νεαρό άτομο είναι πιθανόν να αναθεωρήσει τις απόψεις του σχετικά με μια ουσία και να υιοθετήσει νέες. Τελικά, τα νεαρά άτομα συχνά εξωθούνται στο να δοκιμάσουν ουσίες από το φόβο μήπως περιθωριοποιηθούν από την παρέα τους. Η διαδικασία αυτή γίνεται ακόμα πιο εύκολη όταν υπάρχει η παρότρυνση από την παρέα. Η πίεση που ασκούν μέλη της ίδιας ομάδας έχει συχνά διαπιστωθεί ότι είναι το κύριο αίτιο της χρήσης ναρκωτικών για πρώτη φορά. Επίσης, η χρήση είναι εύκολη όταν ο υποψήφιος χρήστης θεωρήσει τους νέους του συντρόφους σπουδαίους και προοδευτικούς (Shapiro, 2009).
- *Μίμηση – περιέργεια.* Πρόκειται για μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες που οδηγούν τον έφηβο στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ο οποίος πιστεύει ότι μέσα από αυτή θα αποκτήσει προσωπικές εμπειρίες. Ωστόσο, όμως κάποιες φορές μπορεί το άτομο να μη συνεχίσει και να μη φτάσει στην πλήρη εξάρτηση (Τερζίδου, 2015).
- *Διαθεσιμότητα.* Ένα από τα κύρια αίτια χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών είναι η άμεση διαθεσιμότητα των ψυχοδραστικών ουσιών. Σχετικά με τα οιογενεματώδη, τον καπνό και τα συνταγογραφούμενα ναρκωτικά, είναι προφανές ότι, όπως ποικίλλουν τα επίπεδα «κανονικής» χρήσης αυτών των ουσιών, έτσι ποικίλλουν και οι βλάβες που προκαλούν. Επιπροσθέτως, φαίνεται πως όσο

διαδίδεται κάποια συγκεκριμένη μορφή χρήσης ναρκωτικών, τόσο αυξάνονται τα σχετιζόμενα με αυτήν προβλήματα. Η διαθεσιμότητα λοιπόν είναι μια πολύ περίπλοκη έννοια: περιλαμβάνει τόσο την πλήρη σωματική διαθεσιμότητα, αλλά και ότι μπορεί να αποκληθεί συναισθηματική. Το φαινόμενο της επιρρέπειας εγκατάστασης εξάρτησης στους καλλιεργητές οπίου ή των γιατρών που είναι επιρρεπείς προς εξάρτηση από τις ουσίες που χορηγούν, δείχνει σαφώς τη σπουδαιότητα της σωματικής πλευράς της διαθεσιμότητας.

- *Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.* Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν ερμηνεύσει τη χρήση ναρκωτικών μερικώς ως αντίδραση στην «αποξένωση» ή την «ανομία». Τα άτομα που δε λαμβάνουν ανταμοιβή στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνίας, αποσύρονται από αυτήν και αναζητούν εναλλακτικές ικανοποιήσεις, όπως τα ναρκωτικά. Γενικότερα, τέτοιες θεωρίες υποθέτουν ότι, ακόμη και αν η χρήση ναρκωτικών δεν είναι μια αντίδραση στην εκπαιδευτική αποτυχία ή την οικονομική στέρηση, μπορεί να προκληθεί από άλλες κοινωνικές πιέσεις και αλλαγές. Για το τελευταίο, υποστηρίζεται ότι δεν περιορίζεται στα φτωχά κοινωνικά στρώματα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι σε κοινωνίες και τμήματα της κοινωνίας, στα οποία ο συνηθισμένος κοινωνικός ιστός έχει ραγεί από τη φτώχεια, τη μετανάστευση ή την ταχεία κοινωνικοοικονομική αλλαγή, αναφύονται εντονότατα τα προβλήματα που προκαλεί η χρήση των ναρκωτικών.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα κοινωνιολογική θεωρία είναι ότι η ποινική αντίδραση στην παράνομη χρήση ναρκωτικών, κάνει τους χρήστες να απομονώνονται και να απομακρύνονται ακόμη περισσότερο από την κοινωνία. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τη δυσκολία απόσπασης των χρόνιων χρηστών από τον τρόπο ζωής που έχουν υιοθετήσει. Ωστόσο, αυτό δεν παίζει ρόλο στην έναρξη της χρήσης ναρκωτικών.

Επίσης, είναι προφανές ότι η παραγωγή (επομένως και η χρήση) ναρκωτικών, μπορεί κάποτε να είναι στερεά εδραιωμένη στην οικονομική ζωή μιας κοινότητας ή ακόμη και μιας ολόκληρης χώρας. Η παραγωγή κοκαΐνης σε ορισμένες χώρες της Νότιας Αμερικής και η παραγωγή οπίου σε ορισμένες ασιατικές χώρες είναι παραδείγματα που έρχονται αμέσως στο νου, αλλά και οι μαζικές οικονομικές επιπτώσεις της νόμιμης βιομηχανίας ναρκωτικών δεν πρέπει να παραβλέπονται. (Τερζίδου, 2015).

2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Πολλοί μπορεί να μην αντιλαμβάνονται τον άμεσο κίνδυνο της χρήσης των ναρκωτικών, η αλήθεια όμως είναι ότι τα ναρκωτικά επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στο ίδιο το άτομο, αλλά και στην κοινωνία. Έτσι λοιπόν υπάρχουν υλικές, βιολογικές, συναισθηματικές- ψυχικές και κοινωνικές συνέπειες του προβλήματος αυτού και αυτές είναι οι εξής:

- Υλικές: πολλές οικογένειες καταστρέφονται οικονομικά, κατά τη διάρκεια του αγώνα που κάνουν για να απαλλάξουν είτε το παιδί τους, είτε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, από τη χρήση των ναρκωτικών.
- Βιολογικές: η σωματική εξάρτηση, η κατάσταση δηλαδή σύνδεσης του ατόμου με το ναρκωτικό, σε βαθμό που να του γίνεται απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του. Επίσης ο εθισμός, η κατάσταση δηλαδή κατά την οποία εισάγεται η τοξική ουσία στο μεταβολισμό του και απαιτούνται διαρκώς μεγαλύτερες δόσεις της, ενώ η έλλειψη του ναρκωτικού προκαλεί συμπτώματα στέρησης. Το άτομο είναι πιο ευάλωτο σε σοβαρές λοιμώξεις όπως: ηπατίτιδα, τέτανος, λόγω άγνοιας ή αδυναμίας τήρησης βασικών κανόνων υγιεινής. Ο κίνδυνος από υπερβολική δόση ή πρόσμειξη ναρκωτικών με άλλες ουσίες μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Η λήψη ναρκωτικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ολέθρια για το παιδί, το οποίο αναπτύσσει σωματική εξάρτηση. Έχουν αναφερθεί ακόμη και περιπτώσεις τερατογένεσης, αλλά και αποβολών.
- Συναισθηματικές – ψυχικές: η ψυχική εξάρτηση είναι πολύ έντονη. Μια ψυχική ευδιαθεσία που μπορεί αρχικά να φέρει η χρήση ενός ναρκωτικού είναι μόνο παροδική. Καταρχήν έχουμε άτομα που δεν ελέγχουν την βούληση τους. Οι ουσίες αυτές τους είναι απαραίτητες για τη ψυχική τους ισορροπία. Δημιουργούν ακόμα ευερέθιστα άτομα, με φαντασιώσεις και παραισθήσεις, ανίκανα να αντιληφθούν την πραγματικότητα γύρω τους.
- Κοινωνικές: το άτομο παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά, έλλειψη ενδιαφέροντος για ότι συμβαίνει γύρω του και απάθεια για τα κοινά. Είναι επίσης επιρρεπές σε εγκληματικές ενέργειες, προς εξασφάλιση της δόσης του. (Τερζίδου, 2015).

2.4 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ευρώπη

Η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία χρήσης είναι η κάνναβη, με τη χρήση της τον τελευταίο χρόνο να αναφέρεται σχεδόν από το 20% του πληθυσμού στην ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών. Η χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών παραμένει σχετικά σπάνια, αποτελώντας κυρίως πρόβλημα για ένα πληθυσμό που γερνάει, παράγοντας ο οποίος πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά το σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχουν λόγοι ανησυχίας καθώς στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες αναφέρθηκαν περίπου 50 νέα συνθετικά οπιοειδή, κάποια εκ των οποίων συνδέονται με βαριές δηλητηριάσεις και θανάτους. Ως εκ τούτου, η βελτίωση της ευαισθησίας των πηγών πληροφόρησης στον τομέα αυτό πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα. Η έκταση της χρήσης διεγερτικών και τα πιο διαδεδομένα είδη διεγερτικών ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, ενώ αυξάνονται τα στοιχεία που φανερώνουν πιθανή αύξηση της ενέσιμης χρήσης αυτών. Η κοκαΐνη είναι η ευρύτερα διαδεδομένη παράνομη διεγερτική ουσία στην Ευρώπη. Ο συνολικός αριθμός των χρηστών κοκαΐνης που ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά αυξήθηκε κατά 37% μεταξύ 2014-2017. Η συγκεκριμένη ομάδα χρηστών κατά κανόνα αναφέρεται ότι είναι σχετικά καλά κοινωνικά ενταγμένη, με σταθερές συνθήκες διαμονής και τακτικής απασχόληση, συγκριτικά με όσους εντάσσονται σε θεραπεία για προβληματική χρήση οπιοειδών. Αυτό δεν ισχύει για τα άτομα που εντάσσονται σε θεραπεία δηλώνοντας ως κύρια ουσία χρήσης η κοκαΐνη (11.000 χρήστες-3% του συνόλου των χρηστών σε θεραπεία το 2017), οι οποίοι φαίνονται να είναι περισσότερο περιθωριοποιημένοι. Περίπου 30.000 χρήστες που εισήχθησαν σε εξειδικευμένα θεραπευτικά κέντρα στην Ευρώπη το 2017, δήλωσαν ως κύρια ουσία χρήσης τις αμφεταμίνες. Αναφορικά με τους θανάτους από υπερδοσολογία παρατηρείται συνολικά αύξηση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, ειδικότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες με τα θύματα να είναι ηλικίας 39 ετών κατά μέσο όρο (Τερζίδου, 2015).

Ελλάδα

Όσον αφορά τα δεδομένα σε εθνικό επίπεδο, για το έτος 2017, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή είναι 14.462, αριθμός χαμηλότερος από τον αντίστοιχο για το

2016 (17.067). Τουλάχιστον 4.283 άτομα με προβλήματα από τη χρήση ουσιών εισήλθαν στα εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας της χώρας το 2017, με την πλειονότητα των εισαγωγών να έχει προηγούμενο ιστορικό θεραπείας (60%) και να αναφέρει χρήση περισσότερων της μίας ουσίας (71%). Τα οπιοειδή (κυρίως ηρωίνη) εξακολουθούν να αποτελούν τη συχνότερα αναφερόμενη κύρια ουσία χρήσης στα άτομα που εισέρχονται στην θεραπεία στην Ελλάδα, 61% το 2017, ποσοστό σημαντικά μειωμένο συγκριτικά με το 2016 και επιβεβαιωτικό της γενικότερης πτωτικής τάσης του αριθμού των ατόμων με προβλήματα από τη χρήση τους. Αντίθετα, συνεχίζουν να αυξάνονται οι εισοδοί για προβλήματα από τη χρήση κάνναβης, κοκαΐνης ή άλλων διεγερτικών. Συνεχίστηκε το 2017 η πτωτική τάση στο ποσοστό των χρηστών οπιοειδών που αναφέρουν την ένεση ως το συνήθη τρόπο χρήσης της ουσίας και, ταυτόχρονα, η αυξητική τάση της ενδορινικής χρήσης (Τερζίδου, 2015).

3.1 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη στο σύνολό της είναι το κυριότερο στοιχείο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης στο σύνολο του Ελλαδικού χώρου με ξεκάθαρους στόχους που θα παίρνει υπόψη τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή του κάθε ανθρώπου. Η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα Μ.Μ.Ε., ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική κατάσταση αποτελούν μερικούς μονάχα από αυτούς. Δυστυχώς, τα πράγματα σε αυτόν τον τομέα είναι τόσο ρευστά που κατά κύριο λόγο η πρόληψη σήμερα ταυτίζεται με την ενημέρωση. (Παρασκευόπουλος, 2004).

Ένας άλλος σκοπός της πρόληψης μπορεί να είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων συνεπειών, παρά η χρήση των ναρκωτικών καθ' αυτών, με άλλα λόγια ο σκοπός μπορεί να είναι να ελαττωθεί η συχνότητα, με την οποία συμβαίνουν κάποια φαινόμενα, χωρίς απαραίτητως να γίνεται προσπάθεια αλλαγής της συνολικής συμπεριφοράς των χρηστών. Γενικά, οι σκοποί της πρόληψης στο πεδίο των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά επιλέγονται βάσει των τριών παραγόντων:

- **Επιθυμητότητα.** Αν οι περιορισμοί της χρήσης δε γίνονται αντιληπτοί ως ευεργετικοί, ούτε οι αρχές ούτε ο πληθυσμός θα τείνουν να δεχθούν ότι αποτελούν κατάλληλο σκοπό πρόληψης. Εξίσου, μια αρνητική κοινωνική αντίληψη, ακόμη και όταν είναι δυσανάλογη σε σχέση με την πραγματική βλαπτικότητα της συνήθειας που εξετάζεται, θα ήταν δυνατόν να αποτελέσει το αίτιο, ώστε μια

δεδομένη κοινότητα να υποστηρίξει την οριστική εξάλειψη της χρήσης. Δραστικές μειώσεις στη συχνότητα της χρήσης συμβάλλουν επίσης, ώστε να μειωθεί η συχνότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Εντούτοις, πριν αποφασισθεί η έναρξη τέτοιων «εκριζωτικών» εκστρατειών, πρέπει να μελετηθεί προσεκτικά η πιθανότητα να αντικατασταθούν οι συνήθειες, των οποίων θα επιχειρηθεί η εξάλειψη, από άλλες που πιθανόν να είναι λιγότερο επιθυμητές. Κοινωνίες, στις οποίες συγκεκριμένα προβλήματα ναρκωτικών έχουν σχετικά μικρή σημασία, θα μπορούσαν να εξετάσουν την επιλογή να προσπαθήσουν να διατηρήσουν την υφιστάμενη ισορροπία, παρά να προωθήσουν αλλαγές, με τις οποίες θα διακινδύνευαν να χειροτερέψουν την κατάσταση.

- **Το εφικτό της προσπάθειας.** Ο σκοπός μιας κοινωνίας «ελεύθερης ναρκωτικών» γενικά είναι ακατόρθωτος. Το μέγεθος των προσπαθειών και των πόρων που χρειάζονται για την επιδίωξή του θα ήταν τέτοιο, ώστε να θεωρηθεί όχι μόνο ως εξωπραγματικός, αλλά και ως δυσβάσταχτος. Η πρόληψη που στοχεύει σε πρότυπα μειωμένης και ελεγχόμενης χρήσης ή στον έλεγχο των επιπλοκών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μπορεί να είναι πιο κατάλληλη. Η επιλογή πραγματοποιήσιμων σκοπών δεν είναι μόνο μια ορθή διοικητική αρχή, αλλά και ένας τρόπος για να επιβεβαιωθεί ότι οι δραστηριότητες πρόληψης πράγματι θα βελτιώσουν την κατάσταση.
- **Η φύση του προβλήματος.** Όσο πιο εμφανώς επιζήμιο είναι το ναρκωτικό που λαμβάνεται, τόσο λιγότερες είναι οι επιλογές σε σχέση με τις δραστηριότητες που αφορούν στην πρόληψή του. Σχετικά με τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών που γενικά προξενούν βλάβη στο μεμονωμένο χρήστη ή και στην κοινότητα, υπάρχει η τάση να αντιμετωπίζονται με προγράμματα που αποσκοπούν στην εξάλειψη των ναρκωτικών που λαμβάνονται. Γι' αυτά που προξενούν ηπιότερη τοξίκωση και χρόνιες επιπλοκές μόνον ως συνέπεια υπερβολικής χρήσης, υπάρχει η δυνατότητα να τεθούν εναλλακτικοί σκοποί, όπως η ενίσχυση της χρήσης μέτριων ή πολύ μικρών ποσοτήτων (Λιάππας, 2003).

Για κάθε επιχείρηση ο υπάλληλος - χρήστης ουσιών σημαίνει πιθανότητα οικονομική και σωματική βλάβη, εργατικά ατυχήματα, μειωμένη εργασιακή απόδοση, καθυστερήσεις στην εργασία και απουσίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι μετά από σχετική έρευνα που έγινε σε εταιρίες στις Η.Π.Α., διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικές ζημίες που προκλήθηκαν σε εταιρίες, λόγω χρήσης ναρκωτικών και υπερβολικής

κατανάλωσης αλκοόλ από τους υπαλλήλους ανέρχεται συνολικά στο ποσό των 100 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως, σύμφωνα με το «The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information». Γι' αυτούς τους λόγους τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ιδιαίτερα ο αριθμός των εταιριών που ελέγχουν με τεστ χρήσης ουσιών το προσωπικό τους ή αυτούς που πρόκειται να προσλάβουν, για να διαπιστώσουν εάν είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις και κλάδους εταιριών η υποχρέωση εξέτασης για χρήση ουσιών επιβάλλεται από ειδικές διατάξεις νόμων. Η μεγάλη αύξηση που παρατηρήθηκε, κυρίως, στους κλάδους των ναυτιλιακών εταιριών, των μεταφορών, των συγκοινωνιών, των ορυχείων και στις μεγάλες βιομηχανίες ως στόχο έχει τον περιορισμό των εργατικών ατυχημάτων. Γιατί η αλήθεια είναι ότι η βασική επίπτωση του αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην εργασία είναι η μείωση της ικανότητας του εργαζομένου να κρίνει και να φέρει εις πέρας τα καθήκοντά του. Σύμφωνα μάλιστα με αμερικανική έρευνα (US National Institute on Drug Abuse), οι χρήστες ουσιών είναι κατά 33% λιγότερο παραγωγικοί, 3 φορές περισσότερο επιρρεπείς σε καθυστερήσεις, έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κάποιο κακό στον εαυτό τους είτε σε άλλους και αντιμετωπίζουν 10 φορές περισσότερο την πιθανότητα να χάσουν την εργασία τους. Έτσι το φαινόμενο καταστρέφει την υγεία των εργαζομένων, αλλά και μπορεί να έχει εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις στο σύνολο του εργατικού δυναμικού, στους πελάτες και στην αποδοτικότητα μίας εταιρίας ή ενός οργανισμού (Λιάππας, 2003).

3.1.1 Πρωτοβάθμια Πρόληψη

Την τελευταία εικοσαετία, μετά από πολλές προσπάθειες καθώς το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών είχε αυξηθεί πραγματοποιούνται προγράμματα τα οποία αφορούν την πρόληψη. Ορισμένοι θεωρούν ότι η πρόληψη θα πρέπει να γίνεται με την ενημέρωση και κάποιοι θεωρούν ότι ο εκφοβισμός έχει καλύτερα αποτελέσματα (Παπαδημητρακόπουλος, 2006). Όσον αφορά το κοινωνικό περιβάλλον καταβάλλονται προσπάθειες πρόληψης ώστε να μειωθεί το πρόβλημα μέσα από τα μέτρα επιβολής του νόμου και τον κοινωνικό έλεγχο. Μέχρι και σήμερα όμως το πρόβλημα διαιωνίζεται χωρίς να υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα από αυτές τις προσπάθειες. Η εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες αποτελεί ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, έχει πολλές διαστάσεις και αφορά όλες τις κοινωνικές και οικονομικές τάξεις. Στην επιστημονική κοινότητα, οι επαγγελματίες υγείας συνειδητοποιώντας την έξαρση του προβλήματος και τις αρνητικές συνέπειες που

δημιουργούνται από την εξάρτηση στον ανθρώπινο οργανισμό και στη ψυχική υγεία του προσάρμοσαν τα προγράμματα πρόληψης σε προγράμματα που επικεντρώνονται στην αρωγή και στην ενίσχυση των παραγόντων που προστατεύουν τη ψυχική υγεία του ατόμου. (Κοκκώλης, 2014). Απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και έχουν σαν στόχο να μειώσουν τη ζήτηση και να διαμορφώσουν στο κάθε άτομο μια υγιή προσωπικότητα με αισιοδοξία για τη ζωή.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη εστιάζεται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου ηλικίας στοχεύοντας περισσότερο στα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για τη διαπαιδαγώγηση και την ανατροφή παιδιών όπως είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Πρακτικά η πρωτοβάθμια πρόληψη στην κοινότητα εφαρμόζεται σε μια μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής όπου υπάρχει και λειτουργεί η επιτροπή ψυχικής υγείας. Η ενημέρωση αποτελεί το βασικότερο ρόλο για την πρόληψη. Μέσα από έρευνες αποδεικνύεται ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που είχαν σαν βάση την πληροφόρηση δεν προσέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα (Κοκκώλης, 2014). Αυτό συμβαίνει διότι τα μηνύματα που μεταδίδονταν μέσα από αυτά τα προγράμματα επικεντρώνονταν στους κινδύνους και στις τεράστιες αρνητικές συνέπειες από τη χρήση προσπαθώντας να δημιουργήσουν συναισθήματα φόβου. Αρκετές φορές όμως όλες αυτές οι πληροφορίες ήταν υπερβολικές με αποτέλεσμα να αμφισβητούνται και να χάνουν την αξιοπιστία τους. (Χαραλαμπίδης, 2003).

Όσον αφορά τις στρατηγικές πρόληψης είναι πολύ βασικό για να είναι εκπαιδευτική η πληροφόρηση να επικεντρώνεται στο γεγονός ότι βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Επιπλέον, στις στρατηγικές πρόληψης θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάγκη να προσαρμοστεί η πληροφορία στο επίπεδο της ικανότητας του πληθυσμού ο οποίος θα μπορεί να την αφομοιώσει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του. Όσον αφορά την «συναισθηματική προσέγγιση», επικεντρώνεται στους παράγοντες οι οποίοι είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την τοξικομανία και όχι με τη συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται για την πρόληψη του φαινομένου θα πρέπει να έχουν σαν στόχο να αναπτύξουν τις κατάλληλες γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες στο κάθε άτομο ώστε να μπορέσει να προβάλλει αντίσταση απέναντι στον κόσμο των ναρκωτικών. Παράλληλα είναι πάρα πολύ σημαντικό να υπάρξει το κατάλληλο οικογενειακό και κοινοτικό περιβάλλον που θα του παρέχει

θετική υποστήριξη. Επιπλέον, η ένταξη της πρωτοβάθμιας πρόληψης στον εκπαιδευτικό τομέα μέσω ειδικών προγραμμάτων μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα καθώς το σχολικό περιβάλλον είναι το πιο κατάλληλο πλαίσιο εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων διότι κατακλύζεται από νέους οι οποίοι είναι πιο επιρρεπείς. (Χαραλαμπίδης, 2003).

3.1.2 Δευτεροβάθμια Πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε άτομα τα οποία είναι ήδη χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ή με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Στόχος της είναι να ανιχνευτούν οι χρήστες, να υπάρξει άμεση διάγνωση, να πραγματοποιηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα γίνεται αποτελεσματική θεραπεία και να αποφευχθούν περισσότερες παθολογικές συνέπειες (Παπαδημητρακόπουλος, 2006). Βασικά, με τη δευτεροβάθμια πρόληψη ασχολούνται οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής οι οποίες έχουν σαν στόχο να φροντίζουν αποτελεσματικά τα άτομα τα οποία έχουν ανάγκη. Εκτιμώντας ορισμένες παραμέτρους όπως είναι η ηλικία του εξαρτημένου ατόμου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις αναπτύσσεται η συνεργασία με το εξαρτημένο άτομο και προσαρμόζεται το πρόγραμμα προσαρμογής του σύμφωνα με αυτά που βιώνει. (Χαραλαμπίδης, 2003).

3.1.3 Τριτοβάθμια Πρόληψη

Όσον αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη, προκειμένου να υπάρξουν θετικότερα αποτελέσματα οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, ανέπτυξαν διεπαγγελματικές ομάδες στις οποίες ο κάθε επαγγελματίας παρέχει τις γνώσεις και την εμπειρία του και είναι υπεύθυνος για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς (Ψαρούλης, 2009). Ο συγκεκριμένος θεσμός, εκτός από τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα που έχει επιφέρει τα τελευταία χρόνια προώθησε και την καλύτερη συνεργασία ανάμεσα στους λειτουργούς των διαφόρων επαγγελμάτων και ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή. Στα πλαίσια αυτού του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υποστηρίζεται ότι τα καλύτερα αποτελέσματα θεραπείας πραγματοποιούνται όταν συνδυάζονται φάρμακα ψυχοθεραπευτικής αγωγής και όταν πραγματοποιούνται παρεμβάσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (Παπαδημητρακόπουλος, 2006).

3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην Ευρώπη, οι βασικοί τύποι θεραπείας απεξάρτησης που παρέχονται είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και η σωματική αποτοξίνωση. Ο σχετικός βαθμός ανάπτυξης των διαφόρων τύπων θεραπείας σε κάθε χώρα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η θεραπεία απεξάρτησης παρέχεται σε πολλά και διάφορα πλαίσια: εξειδικευμένες μονάδες απεξάρτησης, μεταξύ αυτών κέντρα εξωτερικής και εσωτερικής παραμονής, ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία, μονάδες σε φυλακές, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και ιδιωτικά ιατρεία γενικών γιατρών. Στον τομέα της θεραπείας δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές από αυτόν της πρόληψης. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τοξικομανή, μέσα από τις οποίες αναπαράγεται η κυρίαρχη ιδεολογία, χαρακτηρίζονται από φόβους, προκαταλήψεις, κοινωνικό ρατσισμό. Έτσι ο τοξικομανής γίνεται εγκληματικό και επικίνδυνο άτομο και η θεραπεία του ταυτίζεται με την τιμωρία. Σε αυτά τα πλαίσια αντί η καταστολή να στρέφεται ενάντια στα ναρκοκυκλώματα, λειτουργεί ουσιαστικά ενάντια στη θεραπεία. (Παπαδημητράκοπουλος, 2006).

3.2.1 Θεραπεία με Υποκατάσταση

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε στη χώρα μας αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λπ.), οι οποίοι -ιδιαίτερα μετά το 1985- παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν διεθνώς από την εμφάνιση του ιού του AIDS και από την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και ιδιαίτερα της ηρωίνης στη χώρα μας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»). Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη

δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων. Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς, π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένεια. Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, ενώ παράλληλα στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει η δράση, ενώ η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά την λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». (Παπαδημητρακόπουλος, 2006).

3.2.2 Τα «στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δε χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης. (Παπαδημητρακόπουλος, 2006).

3.2.3 Κοινωνική Επανένταξη

Τα επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών είναι σε γενικές γραμμές υψηλά, ιδίως των χρηστών οπιοειδών. Σύμφωνα με τα στοιχεία για τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των χρηστών που ξεκίνησαν θεραπεία το 2010, περισσότεροι από τους μισούς (56 %) ήταν άνεργοι, ενώ την τελευταία πενταετία το ποσοστό των ανέργων αυξήθηκε σε 15 από τις 24 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία σχετικά με τις τάσεις. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι συχνό φαινόμενο στους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία: το 38 % εξ αυτών έχει μόνο απολυτήριο Δημοτικού, ενώ το 2% δεν έχει καν απολυτήριο Δημοτικού. Υψηλά είναι και τα ποσοστά των αστέγων, καθώς 10% των χρηστών υπό θεραπεία δεν έχει σταθερή στέγη. Η βελτίωση της απασχόλησης, της ικανότητας δηλαδή του ατόμου να αποκτήσει και να διατηρήσει μια θέση απασχόλησης, αποτελεί κεντρική συνιστώσα της κοινωνικής επανένταξης των χρηστών ναρκωτικών. Οι παρεμβάσεις στον τομέα αυτό αναγνωρίζουν ότι η χρήση ναρκωτικών και τα συνεπακόλουθα προβλήματα θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο την είσοδο ή την επάνοδο στην αγορά εργασίας αλλά και την ικανότητα διατήρησης της θέσης εργασίας. Μια ιδιαίτερα

ελπιδοφόρα προσέγγιση συνίσταται στον συνδυασμό υποστηρικτικών υπηρεσιών, όπως η επαγγελματική συμβουλευτική, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η εργασιακή τοποθέτηση, με προγράμματα θεραπείας απεξάρτησης. Επίσης, έχει αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της ατομικής επαγγελματικής συμβουλευτικής, της υποστήριξης για την εύρεση εργασίας, της υποστηριζόμενης απασχόλησης, της διαχείρισης περιστατικών και άλλων παρεμβάσεων σε χρήστες που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης. Η εργασία και οι δραστηριότητες που δημιουργούν ένα αίσθημα συμμετοχής και παρέχουν ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές συμβάλλουν στην πρόληψη της υποτροπής (McIntosh κ.ά., 2001). Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, οργανώσεις κοινωνικού επιχειρείν λειτουργούν πειραματικά τους λεγόμενους «συνεταιρισμούς ανάρρωσης» ως ένα μεταβατικό στάδιο από τη θεραπεία στην κανονική απασχόληση (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ισπανία, Λετονία, Φινλανδία). Πρόκειται για μικρές επιχειρήσεις εντός της κοινότητας, οι οποίες υποστηρίζουν άτομα που εισέρχονται ή επιστρέφουν στον κόσμο της απασχόλησης και, ταυτόχρονα, δίνουν ιδιαίτερη σημασία στη στήριξη, στην κοινωνική εργασία και στη συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας. Υπάρχουν και άλλες εξειδικευμένες παρεμβάσεις οι οποίες, όταν υλοποιούνται στο πλαίσιο προγραμμάτων απεξάρτησης ή αποκατάστασης, αυξάνουν την πιθανότητα θετικής έκβασης. Στις εν λόγω παρεμβάσεις περιλαμβάνεται η εργασιακή υποστήριξη προς ομάδες που δύσκολα τοποθετούνται σε απασχόληση, όπως οι χρήστες ναρκωτικών με ποινικό μητρώο ή με προβλήματα ψυχικής υγείας. (Χαραλαμπίδης, 2003).

- **Συμβουλευτικά κέντρα: Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία.**

Η πορεία στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει από τα συμβουλευτικά κέντρα (ή κέντρα ενημέρωσης και εισαγωγής). Το πρώτο αυτό στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες περίπου και είναι εξωτερικής παρακολούθησης. Παρέχοντας ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών, τα κέντρα προετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα, ενημερώνοντάς τα για τη λειτουργία της, ενισχύοντας το βαθμό κινητοποίησής τους και ενθαρρύνοντας τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης. Παραπέμπουν για εξετάσεις σε ιατρικές υπηρεσίες της περιοχής και παρέχουν διατροφή και τη δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης. Αποτελούν, επίσης, το χώρο πρώτης επαφής των ατόμων του στενού περιβάλλοντος του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

- **Κέντρα οικογενειακής υποστήριξης: Η δουλειά με την οικογένεια.**

Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα απεξάρτησης επηρεάζει θετικά την έκβαση της θεραπείας. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα διαθέτουν παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης που απευθύνεται στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη (γονείς, αδέρφια, παιδιά, σύντροφοι-σύζυγοι), και έχει περίπου την ίδια διάρκεια μ' αυτά. Εκεί, ενημερώνονται για τη χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης, για τον καθοριστικό ρόλο που μπορούν να παίξουν στην έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχουν σε διαδικασίες για την εξομάλυνση δυσλειτουργιών στην οικογένεια. Όταν ένα εξαρτημένο άτομο δεν είναι ενταγμένο σε θεραπευτικό πρόγραμμα, τα μέλη της οικογένειάς του μπορούν να παρακολουθούν τα ανεξάρτητα προγράμματα οικογενειακής στήριξης, όπου, εκτός των άλλων, θα εκπαιδευτούν στους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρακινήσουν το εξαρτημένο άτομο, ώστε να ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης.

- **Προγράμματα υποστήριξης κρατούμενων χρηστών: παρέμβαση στη φυλακή.**

Τα προγράμματα στήριξης κρατούμενων χρηστών πραγματοποιούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα διαφορετικών περιοχών της Ελλάδας. Στόχος τους είναι να παρέχουν ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση και τις δυνατότητες θεραπείας και να κινητοποιούν και να προετοιμάζουν για ένταξη σε θεραπεία όσους το επιθυμούν, καθώς ο νόμος δίνει τη δυνατότητα ένταξης σε θεραπευτική κοινότητα στους κρατούμενους χρήστες που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα στη φυλακή.

- **Εκπαίδευση και κατάρτιση.**

Τα τμήματα εκπαίδευσης των θεραπευτικών προγραμμάτων σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, κατάρτισης και επιμόρφωσης των μελών του προγράμματος σε όλες τις φάσεις της θεραπείας. Στόχος είναι να καλυφθούν βασικές εκπαιδευτικές ελλείψεις των μελών, να εντοπισθούν και να καλλιεργηθούν οι κλίσεις και οι ικανότητες τους και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη επαγγελματική τους αποκατάσταση. (Χαραλαμπίδης, 2003).

3.2.3.1 Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης

OKANA

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (OKANA) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Κύριοι σκοποί:

- Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτηνόμενων ατόμων.
- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την χορήγηση εμπειριστατωμένων πληροφοριών και τη ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπείας και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Για τη χάραξη και τον συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα Ναρκωτικά, ο OKANA συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.α.) καθώς και ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς. Η Μονάδα Κοινωνικής επανένταξης του OKANA ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της με θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο το Σεπτέμβριο του 2000. Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλει , μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στην ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και στην αγορά εργασίας των εξαρτημένων ατόμων καθώς και την ολοκλήρωση της θεραπείας τους στα κέντρα αποκατάστασης. Τα προγράμματα κυμαίνονται από 12-24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν οι θεραπευμένοι, οι οποίοι συνεχίζουν να βρίσκονται υπό θεραπεία με μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάζουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να απεξαρτηθούν, να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξη τους. Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται επίσης τα ιατρικά προβλήματα, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Τα μέλη κινητοποιούνται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και

στα προγράμματα που διοργανώνει το Εξειδικευμένο Κέντρο Επανάταξης και Κατάρτισης του OKANA. Αξιοποιούνται για τα μέλη της ομάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών Απεξαρτημένων Ατόμων» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Η νομική υποστήριξη που παρέχει ο οργανισμός έχει ως στόχο την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου που αποφοιτούν από τη Μονάδα ενώ η διατήρηση της επαφής με τα μέλη που ολοκληρώνεται με το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει την αποχή από τα Ναρκωτικά. Και λειτουργεί υποστηρικτικά στις προσπάθειες τους για ανεύρεση εργασίας. (<https://www.okana.gr/>).

ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας (ειδική νομοθετική ρύθμιση με Ν.1729/1987). Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 70 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι δραστηριότητές του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα τοξικοεξάρτησης και έρευνας. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ανήκουν στο προσωπικό "πρώτης γραμμής", που προσφέρει υπηρεσίες στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους. Προέρχονται συνήθως από το χώρο της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών επιστημών ή είναι απόφοιτοι αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων με κατάλληλη εκπαίδευση για να εργασθούν στο χώρο της θεραπείας και της πρόληψης. Εξειδικευμένοι επαγγελματίες στελεχώνουν επίσης τις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης επαγγελματιών, της διαχείρισης κ.λπ. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν απασχολεί βοηθητικό ή φυλακτικό προσωπικό. Στα θεραπευτικά του προγράμματα οι καθημερινές εργασίες γίνονται από ομάδες μελών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Ευαισθητοποιημένοι πολίτες που θέλουν να συνεισφέρουν στον έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. μπορούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, μετά από εκπαίδευση και κάτω από τη συνεχή εποπτεία και στήριξη του προσωπικού. Πολύπλευρα συμβάλλουν στο έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και οι εθελοντικοί σύλλογοι οικογένειας των θεραπευτικών του προγραμμάτων με δραστηριότητες όπως η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, η προσέλκυση δωρεών, η προσφορά προσωπικής

εργασίας (π.χ. στη διαμόρφωση κτηρίων για νέες μονάδες, την οργάνωση εκδηλώσεων κ.ά.) (<https://www.kethea.gr/>).

Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ)

Προκειμένου τα κράτη μέλη του ΟΗΕ να υποστηριχθούν στις πολιτικές και τις δράσεις τους για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών και του εγκλήματος σε παγκόσμιο επίπεδο συστήθηκε το Γραφείο Των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC).

Οι τρεις πυλώνες του προγράμματος εργασίας του UNODC είναι οι εξής

- Τεχνική συνεργασία για την ενίσχυση των κρατών μελών στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών, της εγκληματικότητας και της τρομοκρατίας.
- Έρευνα για την ενίσχυση της γνώσης, για την κατανόηση του φαινομένου και τη διεύρυνση της τεκμηρίωσης στο πλαίσιο σχεδιασμού και εφαρμογής πολιτικών και επιχειρησιακών αποφάσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Παροχή βοήθειας προς τα κράτη μέλη για την κύρωση και την εφαρμογή των σχετικών διεθνών συνθηκών και την ανάπτυξη και την εναρμόνιση των σχετικών εθνικών νομοθεσιών (WHO, 2010).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προγράμματα πρόληψης σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες απευθύνονται. Συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις με βασικό άξονα την εκπαίδευση σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες, οι οποίες λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη επιβλαβών για το άτομο μορφών συμπεριφοράς, όπως η εξάρτηση. Κύριο μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί η δουλειά σε ομάδες, η βιωματική και ενεργητική μάθηση, μέσα από συζήτηση, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, δημιουργική έκφραση, ασκήσεις αναπαραστάσεων (role playing), και η παροχή αντικειμενικής και κατάλληλης για κάθε ηλικιακή ομάδα ενημέρωσης.

Οι νοσηλευτές κατέχουν ένα ρόλο «κλειδί» σε πολλά από τα σημερινά συστήματα υγείας. Ο ρόλος τους εκτείνεται σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Πρόληψη σημαίνει να αποφύγει κανείς την ανάπτυξη της νόσου που είναι πιθανόν να εμφανιστεί στο μέλλον (Edelman & Mandle, 2009). Με την ευρεία έννοια, η πρόληψη αναφέρεται σε όλα εκείνα τα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης συγκεκριμένης θεραπείας, τα οποία θα ληφθούν προκειμένου να περιοριστεί η εξέλιξη μιας νόσου. Έτσι, καθορίζονται τρία επίπεδα πρόληψης, πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη προηγείται της νόσου ή της δυσλειτουργίας. Ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η προαγωγή της υγείας, δηλαδή περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι ενέργειες που σκοπό έχουν την ενημέρωση των ατόμων και των ομάδων ατόμων σχετικά με τους υπάρχοντες παράγοντες κινδύνου και τον τρόπο μείωσης αυτών των παραγόντων κινδύνου. Στη δευτερογενή πρόληψη περιλαμβάνονται οι δραστηριότητες δειγματοληψίας και θεραπείας των πρώιμων σταδίων μιας νόσου καθώς και η καθυστέρηση των συνεπειών μιας προχωρημένης νόσου. Τέλος, στην τριτογενή πρόληψη οι διαδικασίες που περιλαμβάνονται αφορούν στην ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων της νόσου με δραστηριότητες εποπτείας και διατήρησης που σκοπό έχουν την πρόληψη των επιπλοκών και της επιδείνωσης και την αποκατάσταση του ατόμου.

Όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή στην προαγωγή της υγείας, αυτός είναι πολυδιάστατος καθώς ο νοσηλευτής έρχεται καθημερινά σε επαφή με πλήθος ανθρώπων όπως άλλους νοσηλευτές, γιατρούς, ψυχολόγους, άτομα, ασθενείς και ομάδες ατόμων. Έτσι, θα πρέπει να πληροί τους ρόλους της στήριξης, του διαχειριστή φροντίδας, του

συμβούλου, του πάροχου υπηρεσιών, του επιμορφωτή, του θεραπευτή και του ερευνητή. Κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής διαδικασίας, της προσπάθειας δηλαδή να μειωθεί ή να εξαλειφτεί το πρόβλημα υγείας του ατόμου ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη συλλογή και ανάλυση των υπαρχόντων δεδομένων προκειμένου να διαπιστωθεί το υπάρχον πρόβλημα, για το σχεδιασμό της φροντίδας του ατόμου ή της ομάδας καθώς και για την εφαρμογή και αξιολόγηση του σχεδίου που επιλέχθηκε (Edelman & Mandle, 2009). Η συνεχής αύξηση των ατόμων που αναζητούν βοήθεια σε νοσηλευτικά ιδρύματα κάνει επιτακτική την ανάγκη διεύρυνσης του ρόλου του νοσηλευτή. Έτσι, ο ρόλος του εκτείνεται από τη θεραπεία ενός τραύματος που έχει προκληθεί από οξεία τοξίκωση μέχρι και την αποτοξίνωση αλλά και τη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή που σκοπό έχει την πρόληψη οποιασδήποτε υποτροπής προς την εξάρτηση. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή είναι παρόν σε όλη τη νοσηλευτική διαδικασία και σε όλα τα επίπεδα πρόληψης και πραγματοποιείται είτε επίσημα είτε ανεπίσημα κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή-χρήστη. (Edelman & Mandle, 2009).

Στην πρωτογενή πρόληψη, ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή εμφανίζεται με τη μορφή συμβουλών σε άτομα ή σε ομάδες ατόμων σχετικά με τους κινδύνους της τοξίκωσης, της δηλητηρίασης από το αλκοόλ, του συνδυασμού αλκοόλ και οδήγησης, των κινδύνων από τη χρήση εθιστικών ουσιών και τους τρόπους ελαχιστοποίησης των κινδύνων. Στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή συνίσταται κυρίως στην παροχή συμβουλών για την ελαχιστοποίηση της βλάβης που προκαλείται από τη χρήση των ουσιών αλλά και την αποφυγή της υποτροπής. Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ένας νοσηλευτής προκειμένου να πληροί και τον εκπαιδευτικό του ρόλο είναι ενεργητικότητα και διάθεση, υπομονή, κριτική ικανότητα, παιδαγωγική κατάρτιση καθώς και δεξιότητα στη μη λεκτική επικοινωνία (Φουντούκη και Θεοφανίδη, 2012). Ο ρόλος των νοσηλευτών σε περιπτώσεις χρήσης εθιστικών ουσιών δε διαφέρει από το γενικό ρόλο του νοσηλευτή κατά την τυπική νοσηλευτική διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές τις περιπτώσεις είναι του πάροχου φροντίδας, του παιδαγωγού, του συμβούλου-θεραπευτή, του συνηγόρου, του υποστηρικτή της υγείας, του ερευνητή, του επόπτη και του συμβούλου. Αξίζει να σημειωθεί ότι συχνά, αν όχι τις περισσότερες φορές, αυτός ο ρόλος του νοσηλευτή είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Οι σημαντικότεροι λόγοι σχετίζονται με την ελλιπή εκπαίδευση των νοσηλευτών πάνω σε θέματα κατάχρησης των εθιστικών ουσιών (Nkowanen & Saxena, 2004). Πιο συγκεκριμένα, συχνά οι νοσηλευτές είναι δύσπιστοι σε σχέση με τις γνώσεις και τις

ικανότητές τους και έτσι αποφεύγουν την άμεση εμπλοκή με χρήστες ουσιών. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει έντονη ανησυχία σε σχέση με τη νομιμότητα του ρόλου του νοσηλευτή στην κατάχρηση εθιστικών ουσιών, το οποίο αποδίδεται στην αβεβαιότητα και στην έλλειψη σαφήνειας σχετικά με την ευθύνη του σε αυτές τις περιπτώσεις. Όμως ακόμα και στην περίπτωση που ο νοσηλευτής είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος για να αντιμετωπίσει τέτοιες καταστάσεις, συχνά δεν υπάρχει η απαραίτητη καθοδήγηση. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η επικριτική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή δυσχεραίνει την εκπλήρωση του ρόλου του. Για την αντιμετώπιση όλων αυτών, προτείνεται από τους παραπάνω, να πραγματοποιείται κατάλληλη εκπαίδευση σχετική με τις εθιστικές ουσίες αλλά και πρακτική εξάσκηση σε περιπτώσεις χρήσης εθιστικών ουσιών και των σχετικών διαταραχών. Για το σκοπό αυτό οι ίδιοι προτείνουν αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών των σχολών νοσηλευτικής έτσι ώστε να είναι πιο αποτελεσματικά στην παροχή γνώσης πάνω σε αυτόν τον τομέα. Επίσης, να ευαισθητοποιούν τους μελλοντικούς νοσηλευτές για το κόστος των ενεργειών τους στα κλινικά αποτελέσματα και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας καθώς και να προάγουν την πληθυσμιακή προσέγγιση σχετικά με το πρόβλημα της χρήσης εθιστικών ουσιών αλλά και να ενισχύουν τη συνεχή εκπαίδευση και ανάπτυξη.

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από τα πέντε ακόλουθα στάδια: αξιολόγηση, διάγνωση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Παρακάτω θα αναλυθούν τα πέντε προαναφερθέντα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας στη συγκεκριμένη περίπτωση ατόμου που έχει κάνει χρήση εθιστικών ουσιών (Taylor et al, 2002).

- **Αξιολόγηση.** Η αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και περιλαμβάνει τη συστηματική και συνεχή συλλογή δεδομένων του ασθενούς, την επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και τη μετάδοση τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Αρχικά, γίνεται η διαλογή των ασθενών, η οποία μπορεί να διαρκέσει 2-3 λεπτά κατά τη διάρκεια της οποίας γίνεται εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας του ατόμου. Στη συνέχεια ακολουθεί λεπτομερής εκτίμηση. Σε αυτήν περιλαμβάνεται το είδος της ή των εθιστικών ουσιών που χρησιμοποιούνται καθώς και οι οδοί χορήγησης τους, ο χρόνος που έχει περάσει από τη λήψη τους, οι λόγοι που οδήγησαν το άτομο στη χρήση εθιστικών ουσιών, πιθανά φάρμακα που λαμβάνονται, συμπτώματα συνδρόμου στέρησης που έχουν εμφανιστεί ή εμφανίζονται τη δεδομένη χρονική περίοδο, η

φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, πιθανές προηγούμενες θεραπείες καθώς και η διάθεση του ατόμου να συνεργαστεί στην από κοινού προσπάθεια για τη θεραπεία του. Η διαδικασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί, όπου είναι εφικτό, με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης είτε με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου (WHO, 2010). Η αξιολόγηση είναι ένα από τα πιο σημαντικά στάδια καθώς σε αυτό το στάδιο γίνεται η αρχή της εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ατόμου που αναζητά βοήθεια και του νοσηλευτή. Η διαδικασία της αξιολόγησης πρέπει να γίνεται σε ένα ασφαλές, εμπιστευτικό περιβάλλον, με ευαισθησία απέναντι στο άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα και σεβασμό στον πολιτισμό, το φύλο, τη θρησκεία και την ηλικία του ατόμου. Επίσης, σημαντικός είναι ο καθορισμός ορίων μέσα στη θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή καθώς και η εύρεση των κινήτρων που ώθησαν τον ασθενή στην αναζήτηση βοήθειας. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης του ασθενή, όπου είναι εφικτό, πραγματοποιούνται «σύντομες παρεμβάσεις» από το νοσηλευτή. Σύμφωνα με τον WHO, οι «σύντομες παρεμβάσεις» είναι μια μορφή δομημένης θεραπείας μικρής διάρκειας (συνήθως 5-30 λεπτών) η οποία προσφέρεται για να βοηθήσει το άτομο να σταματήσει ή να ελαττώσει τη χρήση εθιστικών ουσιών. Αποτελείται από δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι αυτό της αξιολόγησης ενώ το δεύτερο στάδιο βασίζεται στις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί από τη διαδικασία της αξιολόγησης και περιλαμβάνει μια πολύ μικρή συζήτηση μεταξύ του νοσηλευτή και του ατόμου που σκοπό έχει να προβληματίσει το άτομο σχετικά με τη χρήση των εθιστικών ουσιών.

- **Διάγνωση.** Στο στάδιο της διάγνωσης ο νοσηλευτής προβαίνει στην ανάλυση των δεδομένων της αξιολόγησης προκειμένου να αναγνωρίσει τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας, τους παράγοντες που προκαλούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης ή τις δυνατότητες του ατόμου.
- **Σχεδιασμός.** Ο σχεδιασμός είναι ο καθορισμός των σκοπών από το νοσηλευτή, σε συνεργασία με τον ασθενή, για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση. Περιλαμβάνει προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή. Σε αυτό το στάδιο, απαραίτητη είναι η θέσπιση του γενικού στόχου της θεραπείας καθώς και των επιμέρους στόχων που

θα επιτευχθούν σταδιακά. Ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να είναι αποτέλεσμα διαπραγμάτευσης με το άτομο που αναζητά θεραπεία καθώς πρέπει να νιώθει ότι ο σχεδιασμός του ανήκει και ότι ο νοσηλευτής είναι μια πηγή βοήθειας προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί. Στο στάδιο αυτό ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων να βοηθιέται το άτομο στην προαγωγή της υγείας (σωματική, ψυχική, πνευματική, και κοινωνική), στην ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συνεπειών, στη μείωση του κινδύνου, στην αποχή από τις εθιστικές ουσίες, στη διατήρηση και τη σταθερότητα. Επίσης, θα πρέπει ο σχεδιασμός να στοχεύει στην παρηγοριά του ατόμου αλλά και στη χειραφέτησή του.

- **Εφαρμογή.** Η εφαρμογή είναι η εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας που έχει αποφασιστεί. Περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις που διενεργούνται από τους νοσηλευτές για την προαγωγή, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Κατά την εφαρμογή του σχεδίου απαραίτητη είναι η συνέχεια της συλλογής δεδομένων προκειμένου να διαπιστωθούν μικρές ή και μεγάλες αλλαγές στην κατάσταση του ατόμου οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και αναθεώρηση του σχεδίου που εφαρμόστηκε. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του σχεδίου, πρέπει να είναι αποφασιστικός και κατηγορηματικός και τυχόν επιθετική και τιμωρητική διάθεση από το νοσηλευτή προς τον ασθενή δε συμβάλλει στην επιτυχία του σχεδίου. Αντίθετα, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό η υπενθύμιση με σταθερό, δίκαιο και ξεκάθαρο τρόπο των συνεπειών της μη τήρησης του σχεδίου. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τη χρήση εθιστικών ουσιών. Επίσης, μέσα στις αρμοδιότητές του είναι η ατομική συμβουλευτική, η εκπαίδευση πάνω στην υγεία και η συμβουλευτική σχετικά με την αποφυγή της υποτροπής. Μπορεί να προτείνει συμπληρωματικές θεραπείες που κατά τη γνώμη του θα είναι ευεργετικές για το άτομο (τσάι αποτοξίνωσης, βελονισμός) καθώς και τεχνικές για τη διαχείριση του άγχους που εμφανίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις. Επιπρόσθετα, μπορεί να προτείνει και τη συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες εργασίας που θεωρεί ότι μπορεί να είναι ευεργετικές αλλά και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες (ανώνυμοι αλκοολικοί) (Taylor et al., 2002).
- **Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.** Η εκτίμηση είναι η μέτρηση της έκτασης στην οποία έχουν επιτευχθεί οι σκοποί του ασθενούς. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής

συνεκτιμούν το βαθμό επίτευξης των σκοπών που καθορίστηκαν στο σχέδιο της φροντίδας και προσδιορίζουν τους παράγοντες που επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την έκβαση του σχεδίου. Η ανταπόκριση του ασθενή καθορίζει αν πρέπει η νοσηλευτική φροντίδα να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί. Σε περίπτωση μη επίτευξης των στόχων, ο νοσηλευτής οφείλει να εξετάσει αν οι στόχοι που είχαν τεθεί από τον ασθενή ήταν μη ρεαλιστικοί ή αν οι στόχοι που είχαν τεθεί από το νοσηλευτή ήταν μη ρεαλιστικοί ή όχι ξεκάθαρα διατυπωμένοι. Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να εξετάσει αν υπήρχαν αλλαγές στην κοινωνική κατάσταση του ασθενή, οι οποίες τον επηρεάζουν ψυχολογικά. Για παράδειγμα, κατά την έναρξη της προσπάθειας ο φόβος για τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να ήταν καθοριστικός για την πορεία της προσπάθειας ενώ στο τέλος ο φόβος μπορεί να σχετίζεται με το άγνωστο κοντινό μέλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνεται η συνδρομή και άλλων βοηθητικών υπηρεσιών, όπως ψυχολόγων και κοινωνιολόγων. Σε περίπτωση που οι στόχοι έχουν επιτευχθεί, είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί και ένα σχέδιο μετά – φροντίδας έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα διατήρησης όσων επιτεύχθηκαν κατά της διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας. Η παροχή της μετέπειτα περίθαλψης από το νοσηλευτή θα πρέπει να θεωρείται τμήμα του όλου σχεδίου ενώ τα όρια και οι περιορισμοί που τη διέπουν θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα (Taylor et al., 2002).

Προγράμματα πρόληψης για παιδιά, εφήβους και νέους: Απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης και το περιεχόμενό τους διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά κάθε ηλικιακής ομάδας. Στοχεύουν:

- Στην καλλιέργεια των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών όπως επικοινωνία, αυτοεκτίμηση, υπευθυνότητα, λήψη αποφάσεων μετά από κριτική σκέψη, αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων, επίλυση συγκρούσεων, αντίσταση σε πιέσεις κ.ά.
- Στη δημιουργία κλίματος ομαδικότητας, συνεργασίας και αλληλεγγύης στην τάξη που ευνοεί τη μάθηση και την προσωπική εξέλιξη.
- Στη δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

- Στην αντικειμενική ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών.

Προγράμματα πρόληψης για γονείς: Απευθύνονται σε γονείς και, ανάλογα με τις ανάγκες τους, μπορεί να έχουν:

- *Βραχύχρονο ενημερωτικό χαρακτήρα.* Αφορούν κυρίως ενημερωτικές ομιλίες γύρω από το μέγεθος, την αιτιολογία και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.
- *Μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα:* σχολές γονέων και εργαστήρια. Η διάρκεια και το περιεχόμενό τους ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων. Εκτός από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση γύρω από τις διάφορες πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών, στοχεύουν στην ανάπτυξη των γονικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και των σχέσεων στην οικογένεια και στην ενθάρρυνση των γονιών για στενότερη συνεργασία με το σχολείο (Bierman et al., 2003).

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η νοσηλευτική περίθαλψη των εθισμένων ατόμων δίνει βάση σε κάποιες παρεμβάσεις οι οποίες έχουν σαν στόχο την ανεξαρτητοποίηση τους και την σωστή λειτουργία του σώματος τους και της ψυχικής τους υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενισχύσει και να βοηθήσει το εθισμένο άτομο που βρίσκεται στο στάδιο της συμμόρφωσης ώστε να συναινέσει και να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Όσον αφορά το στάδιο τήρησης τους θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη και στενή παρακολούθηση από το εξειδικευμένο προσωπικό. Το στάδιο της συντήρησης αφορά νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες που θα δοθούν ώστε να ενσωματωθεί όσο πιο ομαλά γίνεται στην κοινωνία και να μην χρειάζεται πλέον επίβλεψη. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμβάλλει στη διαδικασία της φροντίδας του εθισμένου ατόμου που αφορά τη σωματική του υγιεινή και την καθαριότητα. Αυτή η προσπάθεια είναι υψίστης σημασίας καθώς το εθισμένο άτομο όντας παγιδευμένο δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του. Το μόνο πράγμα που είναι στο μυαλό του σε αυτή τη φάση είναι η ανεύρεση της απαραίτητης δόσης τους και δεν δίνουν σημασία στους κανόνες υγιεινής. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε μια συνεχή εγρήγορση και να παρατηρεί με ιδιαίτερη προσοχή τα φάρμακα που χειρίζεται τα οποία θα πρέπει να

αποθηκεύονται και να διατηρούνται με ασφάλεια καθώς έρχονται σε επαφή με άτομα εξαρτημένα από εθιστικές ουσίες. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει τη σωστή φαρμακευτική περίθαλψη στο εξαρτημένο άτομο και να φροντίζει ώστε να λαμβάνονται σωστά. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει σωστή φαρμακευτική περίθαλψη αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να υποτροπιάσει και να παρουσιάσει επεισόδια κρίσεων. Μέσα στους ρόλους του νοσηλευτή είναι και η εξερεύνηση των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το εξαρτημένο άτομο. Μ αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να παρέμβει και να συμβάλλει στην καλλιέργεια και στην ανάπτυξη τους. Κάτι τέτοιο επίσης θα βελτιώσει την κατάσταση λειτουργίας του, θα διατηρήσει τις κατάλληλες ισορροπίες και τελικά μέσα από καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι η ατομική φροντίδα θα είναι σε θέση να ανεξαρτητοποιηθεί. Σε όλη αυτή την προσπάθεια βεβαίως ο μεγάλος συμπαραστάτης είναι ο νοσηλευτής. (Ψαρούλης, 2009).

Για την απεξάρτηση από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών υπάρχουν δύο επιστημονικές απόψεις. Η πρώτη είναι αυτή που υποστηρίζει ότι τα μαλακά ναρκωτικά δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση και συνεπώς δέχονται ότι η απεξάρτηση από τη χρήση τους ολοκληρώνεται με τη ψυχική απεξάρτηση και τη κοινωνική επανένταξη. Ενώ η απεξάρτηση από τα σκληρά ναρκωτικά τα οποία δέχονται ότι προκαλούν σωματική εξάρτηση, πιστεύουν ότι ολοκληρώνεται με τη σωματική αποτοξίνωση, τη ψυχική απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη. Η δεύτερη άποψη είναι αυτή που θεωρεί ότι όλες οι ναρκωτικές ουσίες προκαλούν σωματική εξάρτηση, απλά διαφοροποιούνται στο βαθμό εξάρτησης που προκαλούν. Επομένως η απεξάρτηση από τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας (μαλακής ή σκληρής) απαιτεί την ολοκλήρωση και των τριών σταδίων απεξάρτησης, τα οποία είναι η σωματική αποτοξίνωση, η ψυχική απεξάρτηση και η κοινωνική επανένταξη.

Με τον όρο *σωματική αποτοξίνωση*, εννοούμε τη προσπάθεια που αποσκοπεί στο να σταματήσει η οργανική ανάγκη της ναρκωτικής ουσίας η οποία οφείλεται στις αλλαγές που προκαλούν τα ναρκωτικά στον οργανισμό του χρήστη. Τα σκληρά ναρκωτικά τα οποία προκαλούν τη μεγαλύτερη σωματική εξάρτηση, δημιουργούν στον οργανισμό του χρήστη τέτοιες αλλαγές, ώστε η ουσία αυτή να λειτουργεί γι' αυτούς ως μέσο ικανοποίησης των σεξουαλικών τους αναγκών, του άγχους, της επιθετικότητας του πόνου, ακόμα και της πείνας. Στους περισσότερους από εμάς υπάρχει η εντύπωση ότι το στάδιο της σωματικής αποτοξίνωσης είναι το δυσκολότερο στάδιο της όλης διαδικασίας για την απεξάρτηση. Αυτός όμως είναι ένας μύθος, όπως έχουν επισημάνει οι περισσότεροι

επιστήμονες, που καλλιεργείται από τους ίδιους τους εξαρτημένους ως πρόφαση για την αποφυγή από την απεξάρτησή τους. Ειδικοί με θέματα απεξάρτησης υποστηρίζουν ότι το στάδιο της σωματικής αποτοξίνωσης είναι το πιο εύκολο σε σχέση με τα δύο άλλα, (ψυχική απεξάρτηση, κοινωνική επανένταξη) γιατί έχει το μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας. Έχει παρατηρηθεί πως οι χρήστες αποτοξινώνονται σωματικά γύρω στις 10 με 20 φορές το χρόνο, για λόγους συνήθως αδυναμίας εξασφάλισης της δόσης τους. Παρόλο όμως που αρκετές φορές καταφέρνουν τη σωματική αποτοξίνωση, σχεδόν ποτέ δε καταφέρνουν την οριστική απεξάρτηση.

Η *ψυχική εξάρτηση* κατά μία έννοια είναι η απώλεια ελέγχου και η αναζήτηση της ολότητας, της ευτυχίας και της γαλήνης, διαμέσου της σχέσης με ένα αντικείμενο ή με ένα γεγονός. Στο θέμα των ναρκωτικών η ψυχική εξάρτηση είναι συνήθως ο εθισμός του ατόμου στη ψυχολογία της φυγής. Άλλοι θεωρούν τη ψυχική εξάρτηση από τα ναρκωτικά ως έναν τρόπο ζωής οργανωμένο με άξονα τη ναρκωτική ουσία. Το στάδιο της ψυχικής απεξάρτησης θεωρείται από τα δυσκολότερα στάδια, γιατί δεν είναι λίγα τα άτομα που ενώ κατάφεραν τη σωματική τους αποτοξίνωση, επανήλθαν στη χρήση των ναρκωτικών ουσιών γιατί δε μπόρεσαν να απεξαρτηθούν ψυχικά. Η επιτυχία ή αποτυχία του σταδίου αυτού εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, αν όχι απόλυτα από τη πίστη, τη θέληση, και τον αγώνα του χρήστη. Μπορεί η θέληση, η πίστη και ο αγώνας του εξαρτημένου να θεωρούνται ως αναγκαίες προϋποθέσεις, δεν είναι όμως από μόνες τους και ικανές για ένα θετικό αποτέλεσμα. Γιατί θα πρέπει να υπάρξει και το κατάλληλο άτομο το οποίο θα μάθει στο χρήστη να ξεπεράσει τον εθισμό που έχει στη ψυχολογία της φυγής και να του μάθει ακόμα να οργανώνει τη ζωή του όχι πια γύρω από τον άξονα που λέγεται ναρκωτικά.

Το στάδιο της *κοινωνικής επανένταξης* είναι το τρίτο και τελευταίο από τα στάδια που οδηγούν στην ολοκλήρωση της απεξάρτησης από τη χρήση των ναρκωτικών. Η κοινωνική επανένταξη είναι ένα στάδιο το οποίο προστέθηκε τα τελευταία χρόνια ως στάδιο απαραίτητο για την ολοκληρωμένη απεξάρτηση από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη πως η σωματική αποτοξίνωση μαζί με τη ψυχική απεξάρτηση εγγυάται την οριστική απεξάρτηση από τη χρήση των ναρκωτικών. Η πράξη όμως έδειξε ότι αυτή ήταν μία λανθασμένη άποψη και ότι εξίσου σημαντικό ρόλο για την οριστική απεξάρτηση παίζει και η φάση της κοινωνικής επανένταξης, δηλαδή το στάδιο στο οποίο ο πρώην τοξικομανής (απεξαρτημένος τόσο σωματικά όσο και ψυχικά) καλείται να ενταχθεί πάλι στο κοινωνικό σύνολο, ως υγιές πια μέλος του και να αναλάβει τους ρόλους του. Το αν η κοινωνία αποδεχθεί το άτομο αυτό ως υγιές μέλος της ή το περιθωριοποιήσει,

παίζει καθοριστικό ρόλο στο αν το άτομο μείνει μακριά από τα ναρκωτικά ή υποτροπιάσει (Nkowane A.M., Saxena S., 2004).

Οι νοσηλευτές εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων για περισσότερες από πέντε δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια των χρόνων και δεδομένης της ανάπτυξης των υπηρεσιών εξάρτησης αλλά και της προτεραιότητας που λαμβάνει η αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ρόλοι, οι υπευθυνότητες αλλά και οι δυνατότητες για απασχόληση έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό (Nkowane A.M., Saxena S., 2004). Ο Π.Ο.Υ. και το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (Δ.Σ.Ν.) όρισαν τις ακόλουθες οκτώ διαστάσεις του ρόλου του νοσηλευτή εξαρτήσεων:

- Παροχή φροντίδας
- Εκπαίδευση
- Σύμβουλος/θεραπευτής
- Συνήγορος
- Προαγωγή υγείας
- Ερευνητής
- Επόπτης
- Σύμβουλος ειδικότητας

Σε γενικές πάντως γραμμές και ανάλογα με τη δομή του προγράμματος, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών εξάρτησης περιλαμβάνουν:

- Αξιολόγηση
- Συνεργασία με τη διεπαγγελματική ομάδα
- Σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου
- Αξιολόγηση και αναθεώρηση θεραπευτικού πλάνου σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Διαχείριση φαρμακοθεραπείας
- Ψυχοεκπαίδευση του ατόμου
- Συντονισμό ομάδων (ομάδες στήριξης, ευαισθητοποίησης/κινητοποίησης, αγωγής υγείας, πρόληψης και διαχείρισης της υποτροπής, αυτοβοήθειας, επανένταξης)
- Ψυχοεκπαίδευση της οικογένειας- ανάπτυξη δεξιοτήτων
- Διασυνδετική εργασία
- Πρόληψη και αγωγή υγείας στην κοινότητα σχετικά με τα προβλήματα εξάρτησης

- Υποστήριξη νοσηλευτών στα γενικά νοσοκομεία σχετικά με τη διαχείριση ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης
- Ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας.

Η έμφαση βέβαια στον ρόλο, ο οποίος εστιάζει στο «τι κάνουν οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων», αποσπά αρκετές φορές την προσοχή από το «πώς το κάνουν», τις ικανότητες δηλαδή που απαιτούνται για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Οι προκλήσεις, οι οποίες αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής εξαρτήσεων στην κλινική πράξη, απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εκτίμηση κινδύνου και στη διαχείριση αντιπαραθέσεων (Clancy et al., 2002). Επίσης απαιτούν ικανότητα ενσυναίσθησης αλλά και διάκρισης των περιστάσεων στις οποίες καλούνται να εκφράσουν συμπάθεια προς τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην ουσία υιοθετούν μια στάση φιλικής ουδετερότητας και άνευ όρων αποδοχής του ατόμου, η οποία είναι επιτεύξιμη μόνο όταν ο νοσηλευτής κατανοεί τη φύση της εξάρτησης και τα προβλήματα του χρήστη. Η σχέση ασθενή-νοσηλευτή διέπεται από μια φιλοσοφία αυτονομίας, η οποία δεν συναντάται στη γενική νοσηλευτική. Στο γενικό νοσοκομείο οι νοσηλευτές έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον έλεγχο της φροντίδας, ενώ στη νοσηλευτική εξαρτήσεων προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του. Συνολικά, οι κατηγορίες ικανοτήτων που αναφέρθηκαν ήταν οι εξής:

- Ικανότητες φροντίδας σωματικών προβλημάτων (αποτοξίνωση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και σχετική παρακολούθηση, ιατρικά προβλήματα).
- Ικανότητες αξιολόγησης του ατόμου και της οικογένειας (η αξιολόγηση είναι λεπτομερής, ολιστική, απαιτεί το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενή).
- Ικανότητες διαχείρισης ασθενών (οι ασθενείς συμμετέχουν στις αποφάσεις σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον, μιας και θέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέποντας το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας. Τα όρια είναι σαφή και συμφωνούνται από την αρχή της ένταξης στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η συνέπεια βοηθά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης.
- Ικανότητες συντονισμού ομάδων (ο νοσηλευτής διευκολύνει την διαντίδραση των μελών με στόχο την απόκτηση αυτογνωσίας σε διάφορους τομείς).
- Ικανότητες επικοινωνίας. Σε γενικές γραμμές ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει, να εκφράσει τα συναισθήματά του και τον ακούει διατηρώντας μια μη

κριτική στάση. Συναισθάνεται και υποστηρίζει τον ασθενή χωρίς να δίνει συμβουλές, να έχει τον έλεγχο, να γίνεται υπερπροστατευτικός και να παίρνει τον «ρόλο του σωτήρα». Η μη κριτική στάση είναι πολύ σημαντική σε σχέση με τις ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι ασθενείς αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους.

Η νοσηλευτική περίθαλψη των εθισμένων ατόμων δίνει βάση σε κάποιες παρεμβάσεις οι οποίες έχουν σαν στόχο την ανεξαρτητοποίηση τους και την σωστή λειτουργία του σώματος τους και της ψυχικής τους υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενισχύσει και να βοηθήσει το εθισμένο άτομο που βρίσκεται στο στάδιο της συμμόρφωσης ώστε να συναινέσει και να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Όσον αφορά το στάδιο τήρησης τους θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη και στενή παρακολούθηση από το εξειδικευμένο προσωπικό. Το στάδιο της συντήρησης αφορά νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες που θα δοθούν ώστε να ενσωματωθεί όσο πιο ομαλά γίνεται στην κοινωνία και να μην χρειάζεται πλέον επίβλεψη. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμβάλλει στη διαδικασία της φροντίδας του εθισμένου ατόμου που αφορά τη σωματική του υγιεινή και την καθαριότητα. Αυτή η προσπάθεια είναι υψίστης σημασίας καθώς το εθισμένο άτομο όντας παγιδευμένο δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του. Το μόνο πράγμα που είναι στο μυαλό του σε αυτή τη φάση είναι η ανεύρεση της απαραίτητης δόσης τους και δεν δίνουν σημασία στους κανόνες υγιεινής. (Ψαρούλης, 2009). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε μια συνεχή εγρήγορση και να παρατηρεί με ιδιαίτερη προσοχή τα φάρμακα που χειρίζεται τα οποία θα πρέπει να αποθηκεύονται και να διατηρούνται με ασφάλεια καθώς έρχονται σε επαφή με άτομα εξαρτημένα από εθιστικές ουσίες. Επίσης, θα πρέπει να παρέχει τη σωστή φαρμακευτική περίθαλψη στο εξαρτημένο άτομο και να φροντίζει ώστε να λαμβάνονται σωστά. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει σωστή φαρμακευτική περίθαλψη αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να υποτροπιάσει και να παρουσιάσει επεισόδια κρίσεων. (Sines, 2010). Μέσα στους ρόλους του νοσηλευτή είναι και η εξερεύνηση των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το εξαρτημένο άτομο. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να παρέμβει και να συμβάλλει στην καλλιέργεια και στην ανάπτυξη τους. Κάτι τέτοιο επίσης θα βελτιώσει την κατάσταση λειτουργίας του, θα διατηρήσει τις κατάλληλες ισορροπίες και τελικά μέσα από καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι η ατομική φροντίδα θα είναι σε θέση να ανεξαρτητοποιηθεί. Σε όλη αυτή την προσπάθεια βεβαίως ο μεγάλος συμπαραστάτης είναι

ο νοσηλευτής. Στη διαδικασία ανεξαρτητοποίησης του ατόμου πολύ σημαντική θέση έχουν το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενδυναμώνει τη σχέση τους, να την ενισχύει και συνεχώς να εμπνυχώνει το εξαρτημένο άτομο διότι καταβάλλει μεγάλες προσπάθειες και ο δρόμος προς την επιτυχία είναι πολύ δύσκολος.

Μέσα σε όλες τις παρεμβάσεις πολύ σημαντική είναι και η επιβράβευση του νοσηλευτή στο εξαρτημένο άτομο. Με αυτό τον τρόπο η θεραπεία μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία αντιμετώπισης. Σε όλη αυτή τη διαδικασία είναι σίγουρο ότι θα υπάρξουν και αποτυχημένες προσπάθειες. Παρόλα αυτά όμως ο νοσηλευτής θα πρέπει να δίνει δύναμη στο άτομο μέσα από την εμπειρία του και να του δίνει ώθηση να συνεχίσει. Τέλος αξίζει να αναφερθούν οι βασικότερες δραστηριότητες των νοσηλευτών στα πλαίσια της ανεξαρτητοποίησης των εθισμένων ατόμων:

- Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης.
- Παρακολούθηση και άλλων ασθενών για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης.
- Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους σε θέματα που σχετίζονται με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων.
- Υποστηρικτική και συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών.
- Ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης της τοξικομανίας.
- Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.
- Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας, κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες ευημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς.
- Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής. (Sines, 2010).

Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης μέσω διάφορων θεραπευτικών προγραμμάτων σε διάφορους συμβουλευτικούς σταθμούς που εργάζονται να συμβάλουν στην απεξάρτηση χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών μέσω των παρακάτω παρεχόμενων υπηρεσιών:

- Κλινική αξιολόγηση περιστατικών – παραπομπή.
- Κινητοποίηση και προετοιμασία για ένταξη σε θεραπευτική κοινότητα.

- Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική.
- Παραπομπή σε υπηρεσίες υγείας για ιατρικές εξετάσεις.
- Δημιουργικές δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, βίντεο, κατασκευές, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, εκδρομές).
- Ομαδική θεραπεία.
- Συναντήσεις γονέων, σεμινάρια σε γονείς.
- Αθλητικές δραστηριότητες.
- Οργάνωση και συμμετοχή σε πολιτιστικές, κοινωνικές εκδηλώσεις.
- Σεμινάρια για ζητήματα υγείας και υγιεινής.
- Δουλειά στο δρόμο (street-work).
- Ενημέρωση κοινού, φορέων και ενδιαφερομένων. (Sines, 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τεράστια έκταση του προβλήματος της χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών το καθιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας όμως συχνά νιώθουν ότι έχουν λάβει ανεπαρκή εκπαίδευση αναφορικά με τη φροντίδα αυτής της ομάδας πληθυσμού. Επιπλέον, στερεότυπες και δυσλειτουργικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν στην αποστασιοποίησή τους από τα άτομα αυτά. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες δείχνουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μάλιστα, ο ΠΟΥ συνέστησε τη χρήση του ερωτηματολογίου ASSIST στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το οποίο στοχεύει στην αναγνώριση μεγάλου εύρους συμπεριφορών χρήσης (περιστασιακή χρήση ή μη προβληματική χρήση, πιο τακτική χρήση, συχνή χρήση υψηλού κινδύνου). Όσον αφορά στη φροντίδα ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών και λοιπών εξαρτήσεων σε εξειδικευμένα κέντρα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυ-επίπεδος και περιλαμβάνει: φροντίδα, εκπαίδευση, συμβουλευτική, συνηγορία, προαγωγή υγείας, έρευνα, εποπτεία και εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών. Στους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγελματικού χώρου από τους νοσηλευτές, συγκαταλέγονται οι δυνατότητες προαγωγής και επαγγελματικής εξέλιξης καθώς και η πρόκληση και το ενδιαφέρον για την ενασχόληση με τον πληθυσμό αυτόν. Τέλος, η ενσωμάτωση δομημένων μαθημάτων νοσηλευτικής φροντίδας ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών και λοιπών εξαρτήσεων στο πρόγραμμα

προπτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων νοσηλευτικής καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών που ήδη εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση των προβλημάτων χρήσης ουσιών και στην έγκαιρη παρέμβαση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών, σχετιζόμενες με το τεράστιο θέμα των ναρκωτικών:

1. Factors such as gender, cannabis and drugs use are firmly connected to delinquency. Similarly, interpersonal violent behavior appears to be more frequent in people with lower socioeconomic status and people with lower education. The association of these factors with the violent or non-violent crimes, especially in Greek research literature, is very limited. The present study is an attempt to examine in a Greek prison population the correlation of demographic and psychosocial factors with violent and non-violent crime. The prison population sample comprised of 308 males from a total of 1300 prisoners, aged between 18 and 77 years old. The survey was conducted from January 2012 until August 2013 in Korydallos and Domokos prisons. In our prison population sample most of the crimes were non-violent. The prisoners were urban dwellers, of young age, were not married and were in short-term relationships on average. They had completed their military obligations, were not live alone, and have been working in the last six months before being imprisoned, in manual labor. They had low-grade education and poor school achievements, had been brawling with classmates and had history of antisocial behavior (liked to "put fire" and abuse animals). They report good relationships with their parents; however, they had experienced violence in parental relationships and some kind of violence, mainly by the father and secondarily by the mother. They have not been involved in gangs necessarily and have a history from a young age, of alcohol, cannabis and drugs use. Cannabis use history was reported by 208 prisoners (67.5%) and 13 (63.9%) of them started using at the age of 10-15 years old. A total of 179 prisoners (58.5%) reported a history of drug use, about half of them (50.3%) reported being addicted to a combination of drugs. For 40.8% (n=73) drug use was initiated in the age of 10-15 years old, while the largest percentage (46.4%) of prisoners mentioned as starting age 16-20 years old. Although the above features underline the great differences between prison population and the general population,

there are no significant associations of these factors with violent or nonviolent crime. However, the prisoners with drug use history were 65% less likely to have been sentenced for violent crime. Also, the prisoners exempted from their military duties, were 49% less likely to have committed violent crime.

[Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., et al. (2018). "*Prisoners in Greek prisons: Correlation of demographic and psychosocial data with committed crimes.*" *Psychiatriki*.]

1. Παράγοντες όπως το φύλο, η κάνναβη και η χρήση ναρκωτικών συνδέονται στενά με την παραβατικότητα. Ομοίως, η διαπροσωπική βίαιη συμπεριφορά φαίνεται να είναι συχνότερη σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση. Η συσχέτιση αυτών των παραγόντων με τα βίαια ή μη βίαια εγκλήματα, ιδίως στην Ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη. Η παρούσα μελέτη είναι μια προσπάθεια εξέτασης σε έναν Ελληνικό πληθυσμό φυλακών, της συσχέτισης δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων με το βίαιο και μη βίαιο έγκλημα. Η φυλακή με δείγμα πληθυσμού αποτελείτο από 308 άντρες από συνολικά 1300 κρατούμενους, ηλικίας μεταξύ 18 και 77 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Αύγουστο του 2013 στις φυλακές Κορυδαλλού και Δομοκού. Στη φυλακή από το δείγμα πληθυσμού τα περισσότερα από τα εγκλήματα ήταν μη βίαια. Οι κρατούμενοι ήταν αστικοί κάτοικοι, μικρής ηλικίας, ήταν δεν ήταν παντρεμένοι και είχαν κατά μέσο όρο βραχυπρόθεσμες σχέσεις. Είχαν ολοκληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις. Είχαν χαμηλού επιπέδου εκπαίδευση και κακά σχολικά επιτεύγματα, είχαν φιλονικία με συμμαθητές και είχαν ιστορία με αντικοινωνική συμπεριφορά (τους άρεσε να "βάζουν φωτιά" και να κακοποιούν ζώα). Αναφέρουν καλές σχέσεις με τους γονείς τους. Ωστόσο, είχαν βιώσει βία σε γονικές σχέσεις και κάποιο είδος βίας, κυρίως από τον πατέρα και δευτερευόντως από τη μητέρα. Δεν έχουν εμπλακεί αναγκαστικά σε συμμορίες και έχουν ιστορία από νέους ηλικίας, χρήσης αλκοόλ, κάνναβης και ναρκωτικών. Το ιστορικό χρήσης κάνναβης αναφέρθηκε από 208 κρατούμενους (67,5%) και 133 (63,9%) από αυτούς άρχισαν να χρησιμοποιούν στην ηλικία των 10-15 ετών. Συνολικά 179 κρατούμενοι (58,5%) ανέφεραν ιστορικό χρήση ναρκωτικών, περίπου οι μισοί από αυτούς (50,3%) ανέφεραν ότι είναι εθισμένοι σε συνδυασμό ναρκωτικών. Για φάρμακο 40,8% (n = 73) η χρήση ξεκίνησε στην ηλικία των 10-15 ετών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (46,4%) των κρα-

τουμένων αναφέρεται ως ξεκινώντας από 16-20 ετών. Αν και τα παραπάνω χαρακτηριστικά υπογραμμίζουν τις μεγάλες διαφορές μεταξύ της φυλακής πληθυσμού και του γενικού πληθυσμού, δεν υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις αυτών των παραγόντων με το βίαιο ή μη βίαιο έγκλημα. Ωστόσο, οι κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών είχαν 65% λιγότερες πιθανότητες να έχουν καταδικαστεί για βίαιο έγκλημα. Επίσης, οι κρατούμενοι που εξαιρέθηκαν από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα, είχαν 49% λιγότερες πιθανότητες να έχουν διαπράξει βίαιο έγκλημα.

[Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., et al. (2018). "Κρατούμενοι στις ελληνικές φυλακές: Συσχέτιση δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με εγκλήματα που διαπράχθηκαν." Ψυχιατρική.]

2. Objective: Cannabis is reported to be the most common illicit substance used among medical students; however, the number of related studies is limited and their results are not systematically reviewed. The aim of our study was to analyze the prevalence of lifetime and current use of cannabis among medical students worldwide. Methods: A systematic review and meta-analysis was performed with adherence to the PRISMA guidelines. The electronic databases PubMed, Scopus, and Cochrane library were searched for studies on the prevalence of cannabis use among medical students. Prevalence of lifetime, past-year, and past-month cannabis use was extracted. Pooled prevalence and relative risk for sex were calculated using the random effects model and subgroup analyses were conducted. Results: A total of 38 observational (cross-sectional and cohort) studies were included (total number of participants 19.932), and most of them were conducted in Europe, Central and Southern America, and the United States. Overall pooled prevalence of lifetime cannabis use was 31.4% (95% confidence interval [CI]: 23.7%-39.6%), past-year use was 17.2% (95% CI: 10.8%-24.6%), and past-month use was 8.8% (95% CI: 5.6%-12.5%). Men displayed higher rates of cannabis use with a pooled relative risk of 1.55 (95% CI: 1.32-1.81). Heterogeneity was high ($I^2 > 75\%$) and there were differences among continents in all outcomes ($P < .001$). Conclusions: In conclusion, 1 in 3 medical students has used cannabis, whereas 8.8% were current users. Significant differences among continents were observed, but common finding was that male students tend to consume cannabis more often than female students.

[Papazisis, G., Siafis, S., et al. (2018). "Prevalence of Cannabis Use Among

2. Στόχος: Η κάνναβη αναφέρεται ως η πιο κοινή παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται στους φοιτητές ιατρικής. Ωστόσο, ο αριθμός των σχετικών μελετών είναι περιορισμένος και τα αποτελέσματά τους δεν εξετάζονται συστηματικά. Ο στόχος της μελέτης μας ήταν να αναλύσουμε τον επιπολασμό της ζωής και της τρέχουσας χρήσης κάνναβης σε φοιτητές ιατρικής παγκοσμίως.

Μέθοδοι: Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση εκτελέστηκε με την τήρηση των οδηγιών PRISMA. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και η βιβλιοθήκη Cochrane αναζήτησαν μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό της χρήσης κάνναβης στους φοιτητές ιατρικής. Εξήχθη συγκεντρωτικός επιπολασμός και υπολογίστηκε ο σχετικός κίνδυνος χρησιμοποιώντας το μοντέλο τυχαίων αποτελεσμάτων και πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις υποομάδων.

Αποτελέσματα: Συνολικά περιλαμβάνονται 38 μελέτες παρατήρησης (συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 19.932). Τα περισσότερα από αυτά πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη, την Κεντρική τη Νότια Αμερική και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνολικά συγκεντρώθηκαν ο επιπολασμός της χρήσης κάνναβης καθόλη τη διάρκεια ζωής ήταν 31,4% (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: 23,7% -39,6%), η χρήση του προηγούμενου έτους ήταν 17,2% (95% CI: 10,8% -24,6%) και η χρήση του προηγούμενου μήνα ήταν 8,8% (95% CI: 5,6% -12,5%). Οι άνδρες εμφάνισαν με υψηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης με συγκεντρωτικό σχετικό κίνδυνο 1,55 (95% CI: 1,32-1,81). Η ετερογένεια ήταν υψηλή ($I^2 > 75\%$) και εκεί ήταν διαφορές μεταξύ των ηπείρων σε όλα τα αποτελέσματα ($P < .001$). Συμπερασματικά, 1 στους 3 φοιτητές Ιατρικής έχει χρησιμοποιήσει κάνναβη, ενώ το 8,8% ήταν τρέχοντες χρήστες. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηπείρων, αλλά κοινό εύρημα ήταν ότι οι άνδρες μαθητές τείνουν να καταναλώνουν κάνναβη συχνότερα από τις γυναίκες φοιτητές.

[Papazisis, G., Siafis, S. και συν. (2018). «Επικράτηση της χρήσης κάνναβης μεταξύ ιατρικών Φοιτητές: Μια συστηματική ανασκόπηση και μια μετα-ανάλυση».]

3. Οι σύγχρονες θεωρίες αναγνωρίζουν τη συνέργεια βιο-ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη εξάρτησης από ψυχοτρόπους ουσίες, παρά την έμφαση στην μελέτη των βιολογικών παραγόντων στο πλαίσιο του ιατροκεντρικού μοντέλου. Υπό το πρίσμα αυτό, ο ρόλος της οικογένειας ως του πρωταρχικού κοινωνικοποιητικού συστήματος είναι καθοριστικός για την ανάπτυξη εξάρτησης και τη θεραπεία της. Η εξάρτηση αποτελεί έκφραση της δυσλειτουργίας όλου του οικογενειακού συστήματος και η συμπερίληψή της στο θεραπευτικό σχεδιασμό αποτελεί συνήθη θεραπευτική πρακτική. Μάλιστα, υπάρχει σημαντική εμπειρική υποστήριξη για την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων στις εξαρτήσεις. Ωστόσο, υπάρχουν δυσκολίες στην σύγκριση των μελετών, εξαιτίας του μεγάλου εύρους των εργαλείων μέτρησης και αξιοποιούνται κυρίως ποσοτικές μέθοδοι. Επιπλέον, η έρευνα συνήθως εστιάζει στις οικογένειες εξαρτημένων εφήβων και όχι σε αυτές με ενήλικο εξαρτημένο τέκνο. Στην Ελλάδα, αν και οι οικογενειακές παρεμβάσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού των φορέων απεξάρτησης, ελάχιστες έρευνες εξετάζουν την συμβολή της οικογένειας στην θεραπεία των εξαρτημένων μελών τους. Η παρούσα μελέτη προτείνει την αξιοποίηση μιας μεικτής μεθοδολογίας, με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, για την διερεύνηση της συμβολής της οικογένειας στην θεραπεία εξαρτημένων ενήλικων μελών των προγραμμάτων υποκατάστασης του OKANA. Η έρευνα αναμένεται να εμπλουτίσει την βιβλιογραφία με εμπειρικά δεδομένα για τον Ελληνικό πληθυσμό και να συνεισφέρει στον θεραπευτικό σχεδιασμό.

[Καρακούλα, Π., Κίτσιου, Α. και συν. (2018). Αθήνα. *«Διερευνώντας πιλοτικά τη συμβολή της οικογένειας στη θεραπεία εξαρτημένων ενηλίκων μελών στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA»*.]

3. Modern theories recognize the synergy of bio-psychosocial factors in the development of addiction from psychotropic substances, despite the emphasis on the study of biological agents in its context medical center model. In this light, the role of the family as the primary socialization system is crucial for the development of addiction and its treatment. THE Dependence is an expression of the (dys) functioning of the whole family system and its inclusion in therapeutic planning is a common therapeutic practice. In fact, there is significant empirical support for the effectiveness of family interventions in addictions. However, there are difficulties in comparing studies, due to the wide range of measurement tools and mainly quantitative methods. In addition, the

research usually focuses on the families of addicted adolescents and not in those with an adult dependent child. In Greece, although family interventions constitute integral part of the treatment planning of addiction bodies, minimal research examines the family contribution to the treatment of their dependent members. The present study proposes utilization of a mixed methodology, with quantitative and qualitative methods, to investigate the contribution of the family in the treatment of dependent adult members of OKANA substitution programs. The research is expected to enrich the literature with empirical data on the Greek population and to contribute to therapeutic planning.

[Karakoula, P., Kitsiou, A. et. al. (2018). "Piloting her advice family in the treatment of dependent adult members in the programs OKANA substitution":]

4. Στο πλαίσιο αυτής της ποιοτικής έρευνας μελετήθηκαν οι σχέσεις γονέων- εξαρτημένων από την ηλικιακή περίοδο της εφηβείας μέχρι και την ενηλικίωση, συμπεριλαμβανομένων των περιόδων ενεργής χρήσης και θεραπείας. Στόχος ήταν να ταυτοποιηθούν προβληματικά χαρακτηριστικά επικοινωνίας στην σχέση αυτή, τα οποία συνέβαλλαν στην έναρξη και την συντήρηση της εξάρτησης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή των μελών Κοινωνικής Επανάταξης του Κέντρου Αποκατάστασης Εξαρτημένων "Ιανός" το οποίο υπάγεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής, δεκατέσσερις ημιδομημένες συνεντεύξεις έχουν ληφθεί από εξαρτημένους άντρες ηλικίας 30-45 ετών. Τα ευρήματα της έρευνας καταδεικνύουν πως στις περισσότερες περιπτώσεις, προϋπάρχει μια δυσλειτουργική επικοινωνία στην δυαδική αλληλεπίδραση των γονέων εξαρτημένων, η οποία φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την εφαρμογή των γονεϊκών πρακτικών, την μεταγενέστερη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και την πορεία του προς την εξάρτηση. Οι οικογένειες αυτές, στην πλειοψηφία, σημειώνουν διαχρονικά στοιχεία ακαμψίας, συνεξάρτησης και υπερεμπλοκής. Ωστόσο και ο εξαρτημένος λόγω χρόνιων κοινωνικών και συναισθηματικών αδυναμιών, φαίνεται να διστάζει να διαχωριστεί από την οικογένεια. Συμπερασματικά, για να μπορέσει ο εξαρτημένος να διατηρήσει αποχή, χρειάζεται να ανασυγκροτηθεί θεραπευτικά ολόκληρη η οικογένεια.

[Νικολάου, Κ. & Σμυρνάκη, Μ. (2018). «Ο ρόλος των δυναμικών ενδοοικογενειακών χαρακτηριστικών στην εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες».]

4. In the context of this qualitative research, the parent-age dependent relationships were studied period from adolescence to adulthood, including periods of active use and treatment. The aim was to identify problematic communication characteristics in this relationship, the which contributed to the onset and maintenance of dependence. The survey was conducted with participation of the members of Social Rehabilitation of the Rehabilitation Center for Addicts "Ianos" which belongs to the Psychiatric Hospital of Thessaloniki. In the context of this study, fourteen Semi-structured interviews were conducted with addicted men aged 30-45. Her findings research shows that in most cases, a dysfunctional communication pre-exists in binary interaction of dependent parents, which seems to negatively affect their implementation parenting practices, the child's subsequent psycho-emotional development and his or her progress towards dependence. These families, in the majority, have a record of rigidity over time, co-dependence and over-involvement. However, the addict is also chronic due to social and emotional weaknesses, he seems hesitant to separate from the family. In conclusion, so that dependent to maintain abstinence, the whole family needs to be therapeutically reorganized.

[Nikolaou, K. & Smyrnaki, M. (2018). *"The role of dynamic family characteristics in drug dependence"*.]

6. What are the early signs of risk that may predict later drug abuse? Some signs of risk can be seen as early as infancy. Children's personality traits or temperament can place them at increased risk for later drug abuse. Withdrawn and aggressive boys, for example, often exhibit problem behaviors in interactions with their families, peers, and others they encounter in social settings. If these behaviors continue, they will likely lead to other risks. These risks can include academic failure, early peer rejection, and later affiliation with deviant peers, often the most immediate risk for drug abuse in adolescence. Studies have shown that children with poor academic performance and inappropriate social behavior at ages 7 to 9 are more likely to be involved with substance abuse by age 14 or 15. [Bierman, et al. (2003).]
6. Ποια είναι τα πρώτα σημάδια κινδύνου που μπορεί να προβλέψει αργότερα η κατάχρηση ναρκωτικών; Μερικά σημάδια κινδύνου μπορούν να θεωρηθούν ήδη από την παιδική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών ή η ιδιοσυγκρα-

σία μπορούν να μπου σε αυξημένο κίνδυνο για μετέπειτα κατάχρηση ναρκωτικών. Τα αποσυρμένα και επιθετικά αγόρια, για παράδειγμα, συχνά παρουσιάζουν προβληματικές συμπεριφορές με άλλους συμμαθητές που συναντούν στα κοινωνικά στρώματα. Εάν αυτές οι συμπεριφορές συνεχιστούν, πιθανότατα οδηγούν σε άλλους κινδύνους. Αυτοί οι κίνδυνοι μπορεί να περιλαμβάνουν ακαδημαϊκή αποτυχία, πρώιμη απόρριψη από ομότιμους και αργότερα συνεργασία με αποκλίνοντες συνομηλίκους, ο οποίος είναι και ο πιο άμεσος κίνδυνος για μπλέξιμο με ναρκωτικά στην εφηβεία. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με κακή ακαδημαϊκή απόδοση και ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά σε ηλικίες 7 έως 9 ετών είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε κατάχρηση ουσιών έως την ηλικία των 14 ή 15 ετών. [Bierman, et al. (2003).]

7. India was the main producer and only licit exporter of raw opium in 2017, accounting for 432.5 tons (47.5 tons in morphine equivalent) or 98.4 per cent of total global production. It was followed by China, which produced 6.4 tons (0.7 tons in morphine equivalent) and where poppy straw has replaced opium as the main raw material used in the manufacture of alkaloids since 2000. The Democratic People's Republic of Korea also produced smaller amounts of opium in 2017, but exclusively for domestic consumption and utilization. Japan produces very small amounts for scientific purposes only. India accounted for 91.4 per cent of exports in 2017. The remaining 8.6 per cent was exported by various countries and consisted of re-exports of opium originally imported from India. [Lockwood, W. (2015).]
7. Η Ινδία ήταν ο κύριος παραγωγός και μοναδικός εξαγωγέας ακατέργαστου οπίου το 2017, που αντιστοιχεί σε 432,5 τόνους (47,5 τόνους σε ισοδύναμο μορφίνης) ή 98,4 τοις εκατό της συνολικής παγκόσμιας παραγωγής. Ακολούθησε η Κίνα, η οποία παρήγαγε 6,4 τόνοι (0,7 τόνοι σε ισοδύναμο μορφίνης). Η παπαρούνα αντικατέστησε το όπιο ως την κύρια πρώτη ύλη η οποία χρησιμοποιείται στην κατασκευή αλκαλοειδών από το 2000. Επίσης η Λαϊκή Δημοκρατία της Κορέας παρήγαγε μικρότερες ποσότητες οπίου το 2017, αλλά αποκλειστικά για οικιακή κατανάλωση και χρησιμοποίηση. Η Ιαπωνία παράγει πολύ μικρές ποσότητες μόνο για επιστημονικούς σκοπούς. Η Ινδία αντιπροσώπευε για 91,4 τοις εκατό των εξαγωγών το 2017. Το υπόλοιπο 8,6 τοις εκατό

εξήχθη από διάφορες χώρες και αποτελούνταν από επανεξαγωγές οπίου που είχαν αρχικά εισαχθεί από την Ινδία. [Lockwood, W. (2015).]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αλεξοπούλου και συν., (2014). *Διερεύνηση του προφίλ των χρηστών ναρκωτικών*. Ερευνητική εργασία.
- Ζώτου, Σ., Κοπακάκη, Μ., (2005). *Χρήση ουσιών στην εφηβεία: Παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό – Μια διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν το Δ. Υ. στροφή κατά τα έτη 2001-2004*. Εξαρτήσεις. Τεύχος 8°.
- Λιάππας, Ι., (2003). *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Παπαδημητρακόπουλος, Κ., (2006). *«Έκσταση», το ναρκωτικό της διασκέδασης*. Αθήνα: Φωτοδότες.
- Παρασκευόπουλος, Κ. (2004). *«Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα»*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.
- Κόκκεβη και συν., (2011). *Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).
- Κοκκώλης, Κ., (2014). *Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών*.
- Κουτσελίνης, Α., (2002). *Εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά: φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Τερζίδου. Μ., (2015). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).
- Τσίντου Μ., (2010). *Αιτιολογία χρήσης ναρκωτικών ουσιών – Σημεία αναγνώρισης του χρήστη*. Helmedica. τεύχος 5°. άρθρο 4°. Ανακτήθηκε την 1η Μαΐου 2013 από <http://www.helmedica.gr/items-5-4.htm>
- Φουντούκη, Α. και Θεοφανίδης, Δ., (2012). *Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού*. 11(1), 503-522.
- Χαραλαμπίδης Ε., (2003), *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Ψαρούλης, Δ., (2009). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Edelman C.L., Mandle C.L., (2009). *Προαγωγή της υγείας σε όλο το εύρος της ζωής*. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Shapiro, H., (2009). *Drugs. Ένας πλήρης οδηγός για τις νόμιμες και τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες*. Εκδόσεις Ερευνητές.
- Sines, D., (2010). *Εφαρμοσμένη κοινοτική νοσηλευτική*. Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., (2002). *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Νικολάου, Κ. & Σμυρνάκη, Μ. (2018). «Ο ρόλος των δυναμικών ενδοοικογενειακών χαρακτηριστικών στην εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες»
- Καρακούλα, Π., Κίτσιου, Α. και συν. (2018). Αθήνα. «Διερευνώντας πιλοτικά τη συμβουλή της οικογένειας στη θεραπεία εξαρτημένων ενηλίκων μελών στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA»
- Apostolopoulos, A., Michopoulos, I., et al. (2018). "Κρατούμενοι στις ελληνικές φυλακές: Συσχέτιση δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων με εγκλήματα που διαπράχθηκαν." *Ψυχιατρική*

2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Bierman et al., (2003). *Preventing drug use among children and adolescents*. National Institute on drug abuse.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2002). *Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy (MST) programmes across Europe: core competencies*. *The Drug and Alcohol Professional*. 2(4): 19- 25.
- Johnston et al., (2014). *Key Findings on Adolescent Drug Use*. National Survey Results.
- Lockwood W., (2015). *Narcotic Drugs: Handling and Documentation*.
- McIntosh C., Ritson B., (2001). *Treating depression complicated by substance misuse*, *Advances in Psychiatric Treatment*. 7, 357–364.
- Murphey et al., (2013). *Adolescent Health Highlight: Use of Illicit Drugs*.

- Nkowane A.M., Saxena S., (2004). *Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: review of the literature*. International Journal of Nursing Practice. 10, 102-110.
- NIDA. (2014). *Research Reports: Heroin*. US: National Institute for Drug Abuse.
- WHO, (2010). *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <https://www.okana.gr/> Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)
- <https://www.kethea.gr/> Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)