



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

Γιαννακαρίου Μαρίνα

Νικολοπούλου Αντωνία-Λυδία

Εισηγήτρια: Μιχαλοπούλου Ελένη

ΠΑΤΡΑ 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξάρτηση ατόμων από ουσίες αποτελεί αδιαμφισβήτητα διαχρονικό κοινωνικό πρόβλημα που απασχολεί όχι μόνο την χώρα μας αλλά και την Ευρώπη. Είναι μια κατάσταση που προκαλεί αρνητικές συνέπειες τόσο στην υγεία όσο και στην κοινωνική ζωή του ατόμου που βρίσκεται σε αυτήν. Υπάρχουν διάφοροι τύποι εξάρτησης, τις οποίες το άτομο είναι δύσκολο να ξεπεράσει. Το κοινωνικό στίγμα που ακολουθεί τους εξαρτημένους αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που μπορεί να χειροτερέψει το πρόβλημα, όταν η χρήση αφομοιώνεται σε ένα πλαίσιο περιθωριοποίησης. Ακόμα, το στίγμα είναι ένας από τους παράγοντες που συντελούν στην αποβολή τους από την αγορά εργασίας. Η θεραπεία από τις εξαρτήσεις περιλαμβάνει κυρίως προγράμματα και οργανισμούς απεξάρτησης και επανένταξης του ατόμου. Σημαντική θέση στην πρόληψη του φαινομένου και στην απεξάρτηση κατέχει ο ρόλος του νοσηλευτή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή σχετικά με εθισμό σε εξαρτησιογόνες ουσίες.

Υλικό και μέθοδος: Βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με λέξεις κλειδιά σε νοσηλευτικά και ιατρικά βιβλία και βάσεις δεδομένων (Medline, Pubmed και Science direct) στα ελληνικά και στα αγγλικά.

Αποτελέσματα: Ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες είναι μια ευρέως αναγνωρισμένη διαταραχή που χρειάζεται αντιμετώπιση. Ο θεραπευτικός του σχεδιασμός θα πρέπει να είναι συνεχείς και αποτελεσματικός, όπως και η πρόληψη.

Συμπεράσματα: Ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο και μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με συχνότερη την περίοδο της εφηβείας.

Λέξεις ευρητηρίου: εθισμός, εξάρτηση, απεξάρτηση, ναρκωτικά, ψυχική υγεία, ρόλος νοσηλευτή.

ABSTRACT

Substance abuse is undoubtedly a long-standing social problem that concerns not only our country but also Europe. It is a condition that causes negative consequences to the individuals' health and social life. Several types of addiction are difficult for a person to overcome. The social stigma that accompanies substance abuse is a deterrent that can exacerbate the problem causing social marginalization and lack of opportunities. Stigma associated with substance abuse also is a factor that causes difficulties for individuals to maintain a position in the labor force. Addiction treatment mainly includes programs and organizations for detoxification and reintegration of the individual. Nurses have a fundamental role in the prevention of substance abuse and addiction and detoxification.

Purpose: The purpose of this dissertation is to investigate the nurses' role in relation to addiction and substance abuse.

Material and Method: Bibliographic review was carried out with key words in nursing and medical books and databases (Medline, Pubmed and Science direct) in Greek and English.

Results: Substance abuse is now widely recognized that needs to be treated. Prevention and treatment should be continuous and effective.

Conclusions: Substance abuse can lead to death and can be observed in all age groups with the most frequent period in adolescences.

Key words: addiction, dependence, detoxification, drugs, mental health, nurses' role.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Κα. Μιχαλοπούλου Έλενα για την άψογη συνεργασία που συνετέλεσε στην ολοκλήρωση του παρακάτω πονήματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	8
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11
1.4 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ-ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ.....	13
1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ.....	13
1.6 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
1.6.1 ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
1.6.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΝΟΜΙΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	19
2.1 ΑΛΚΟΟΛ.....	19
2.1.1 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	19
2.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	20
2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ.....	20
2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ.....	22
2.4 ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	25
2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	25
2.6 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	27
2.7 ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	28
2.7.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	28
2.7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	29
2.7.3 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	30
2.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....	31
2.9 ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	32
ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	32
3.1 ΟΠΙΟΕΙΔΗ.....	32
3.1.1 ΟΠΙΟ	33
3.1.2 ΚΩΔΕΙΝΗ	34

3.1.3 ΗΡΩΪΝΗ.....	35
3.1.4 ΜΟΡΦΙΝΗ.....	36
3.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ	36
3.3 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	37
3.3.1 ΚΟΚΑΙΝΗ.....	37
3.3.2 ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ.....	39
3.4 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	39
3.5 ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	41
3.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	41
3.6.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	42
3.6.2 ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	42
3.7 ΚΑΝΝΑΒΙΔΟΕΙΔΗ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	44
ΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	44
4.1 ΕΘΙΣΜΟΣ.....	44
4.2 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	44
4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	47
4.4 Η ΣΚΟΤΕΙΝΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ	48
4.5 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ	49
4.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ.....	50
4.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	51
4.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ	52
4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
4.9.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	54
4.9.2 ΟΚΑΝΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	55
4.9.3 ΚΕΘΕΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	56
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	56
5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	56
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	58
5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ	60
5.4 ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ.....	60
5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	61
5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ	63
5.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)	64

5.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ	65
5.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ.....	65
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	66
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση και η κατάχρηση εθιστικών ουσιών, νόμιμες και παράνομες, είναι από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας του ανεπτυγμένου κόσμου και μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές κοινωνικές επιπλοκές (Moussas & Papadopoulou, 2017). Ανάλογα με την κουλτούρα και το ναρκωτικό, η χρήση εθιστικών ναρκωτικών κυμαίνεται από θρησκευτικά, κοινωνικά αποδεκτά έως εγκληματικά (Reid et al., 2012). Η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών έχει συσχετιστεί με μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία και ατυχήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε οικονομική δυσκολία. Επιπλέον, τα σημαντικά προβλήματα υγείας που συνοδεύουν την κατάχρηση ουσιών οδηγούν σε σοβαρή επιβάρυνση του συστήματος υγείας, ιδίως σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου το σύστημα υγείας βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη και διαδικασία ωρίμανσης. Η συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών με άλλες ιατρικές καταστάσεις σε ασθενείς με διαταραχές κατάχρησης ουσιών αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας που απαιτεί στοχευμένες ιατρικές παρεμβάσεις και εξασφάλιση οικονομικών πόρων (Moussas & Papadopoulou, 2017).

Σήμερα, όπως και σε ολόκληρο το ιστορικό, η χρήση οπιούχων για την ανθρώπινη ευημερία με λίγα ή μη αρνητικά αποτελέσματα παραμένει μια σημαντική πρόκληση. Αυτή η εργασία στοχεύει στην παρουσίαση μιας σύντομης επισκόπησης των κύριων οπιοειδών (εθιστικών ουσιών), των προσδεμάτων, των υποδοχέων και των τελεστών που εμπλέκονται σε οξείες και χρόνιες επιδράσεις, τον κοινωνικό αποκλεισμό που υφίστανται οι τοξικομανείς και ο ρόλος που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην διαχείριση των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Ουσίες/τοξική ουσία

Ουσίες είναι οποιαδήποτε απορροφούμενα υλικά που προκαλούν προσωρινά γνωστικά, συμπεριφορικά ή φυσιολογικά συμπτώματα μέσα στο άτομο. Οι αλλαγές που παρατηρούνται αμέσως μετά ή μέσα σε λίγες ώρες από την κατάποση της ουσίας ταξινομούνται ως τοξική ουσία (Bridley & Daffin, 2020).

Εξάρτηση

Με τον όρο εξάρτηση νοείται μια κατάσταση σωματική ή/και ψυχική που παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα της επίδρασης ενός φαρμάκου και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο εκδηλώσεων, στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε η διάθεση για την συνέχιση της λήψης του φαρμάκου, με σκοπό την επανεκδήλωση των φαρμακολογικών ενεργειών του ή αντίθετα, την αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων που μπορεί να εκδηλωθούν, όταν δεν έχουν ληφθεί. Είναι προφανές, ότι τα χαρακτηριστικά μιας τέτοιας κατάστασης είναι διαφορετικά και ανάλογα με την δραστική ουσία, γι' αυτό και πρέπει το είδος της εξάρτησης να προσδιορίζεται, κάθε φορά, με την αναφορά της ουσίας που την εγκατέστησε (π.χ. εξάρτηση τύπου χασίς, τύπου μορφίνης, κτλ.).

Εθισμός

Μαζί με την έννοια της εξάρτησης συνοδεύεται και η έννοια του εθισμού. Εθισμός είναι το φαινόμενο της ευαισθησίας, της προοδευτικής μεταβολής ενός οργανισμού σε μια ουσία που χορηγείται κατ' επανάληψη με τρόπο ώστε να επιτευχθεί το αποτέλεσμα αυτό μόνο μετά από σημαντική αύξηση της δόσης. Είναι προφανές ότι εθισμός δεν εγκαθίσταται με όλα τα ναρκωτικά, αφού ορισμένα μόνο από αυτά προκαλούν τέτοιες μεταβολές στο βιολογικό υπόστρωμα, ενώ στα άλλα ο εθισμός παίρνει τη μορφή της απλής συνήθειας, που εκδηλώνεται όμως στο άτομο με κυρίαρχο χαρακτήρα.

Ψυχική εξάρτηση

Η ψυχική εξάρτηση αναγνωρίζεται από διάθεση μόνο (ίσως έντονη) για την συνέχιση λήψης του φαρμάκου προκειμένου να αναπαραχθεί κάποια «ευχάριστη» διέγερση του θυμικού.

Σωματική εξάρτηση

Η σωματική ή φυσική εξάρτηση εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας προσαρμοστικής κατάστασης στη λήψη ενός φαρμάκου και παρουσιάζεται με έντονες σωματικές διαταραχές όταν αυτή η χορήγηση διακοπεί. (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου, 2000).

Στερητικό σύνδρομο

Στερητικό σύνδρομο ορίζεται η κατάσταση που προκαλείται λόγω μείωσης ή πρόσφατης διακοπής της χρήσης μιας ουσίας εφόσον έχει προηγηθεί συστηματική και σε μεγάλες δόσεις χρήση της ουσίας αυτής. Η κατάσταση αυτή αφορά σε ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων που γενικά εκδηλώνονται με τις αντίθετες από τις δράσεις της ουσίας (Καρανικόλα και συν., 2012).

Τέλος με τον όρο τοξικομανία ορίζεται η κλινική έκφραση της εξάρτησης που αναπτύσσεται σε κάποια ουσία, καθώς ο όρος τοξικομανής υπογραμίζει το άτομο που έχει αναπτύξει εξάρτηση σε μια ναρκωτική ουσία (ψυχική ή σωματική) ανεξαρτήτως βαθμού. (Παπαθανασίου & Κοτρώτσιου, 2000).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι ναρκωτικές ουσίες παρατηρούνται σε γραπτά κείμενα που όπως φαίνεται κάνουν λόγο για εκχυλίσματα παπαρούνας με ναρκωτικές ενέργειες που έχουν ανακαλυφθεί στην περιοχή των Σουμερίων στη Μέση Ανατολή και χρονολογούνται από το 4.000 π.Χ.. Οι Αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν όπιο τόσο για τις ψυχαγωγικές όσο και για τα θεραπευτικές του ιδιότητες. Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός χορηγούσε το όπιο για να καταπραΰνει τους πονοκεφάλους, τις πέτρες στα νεφρά, τις ασθένειες της χοληδόχου κύστης ή ακόμη για να ανακουφίζει τους ασθενείς που παρουσίαζαν άσθμα δύσπνοια, και καρδιακή ανεπάρκεια. Αργότερα, γύρω στον 16ο

και 17ο αιώνα οι θεράποντες ξεκίνησαν να προειδοποιούν τον κόσμο για τους κινδύνους των ναρκωτικών και ήταν οι πρώτες προειδοποιήσεις για την εξάρτηση που δημιουργούν τα ναρκωτικά (Ζώτου & Κοπακάκη, 2005).

Το όπιο ήταν γνώριμο στους αρχαίους λαούς για τις φαρμακευτικές ιδιότητες που είχε. Οι Σουμέριοι στην αρχαία Μεσοποταμία γνώριζαν το όπιο ήδη 4000 με 5000 χρόνια π.Χ. Σε πλάκα σφηνοειδούς γραφής έχει ανακαλυφθεί αναφορά στο φυτό της χαράς αλλιώς και ως hul-gill, το οποίο αφορά το όπιο. Επίσης, η υπνοφόρος μήκων παρουσιάζεται σε αναθηματικές στήλες αγαλματίδια, αγγεία, κοσμήματα και νομίσματα στα αρχαιολογικά ευρήματα του Μινωικού και του Μυκηναϊκού πολιτισμού, καθώς και σε ευρήματα αρχαιολογικών ανασκαφών στη Σπάρτη, στη Μακεδονία, στην Κόρινθο, στην Ελευσίνα κ.α.. Οι Άραβες γιατροί επίσης χρησιμοποιούσαν το όπιο για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Με τις κατακτήσεις τους μετέφεραν τις γνώσεις τους στην Ινδία (600 μ.Χ.) Τον 18ο αιώνα μεγάλες ποσότητες οπίου καλλιεργούνταν στην Ινδία, η οποία κυριαρχούνταν από Βρετανούς και εξαγονταν στην Κίνα. Στη διάρκεια του 19ου αιώνα, το λάβδανο, διάλυμα οπίου και αιθυλικής αλκοόλης, αποτελούσε φάρμακο για τα παιδιά για την αντιμετώπιση της διάρροιας καθώς και άλλων ασθενειών και για την ηρεμιστική του δράση.

Στις αρχές του 19ου αιώνα απομονώθηκε ένα φυσικό αλκολοειδές του οπίου, η μορφίνη, η οποία χρησιμοποιήθηκε για την ισχυρή αναλγητική δράση της αλλά και για την καταπολέμηση της οπιομανίας. Η εφεύρεση της σύριγγας το 1850 από τον Pravaz έδωσε τη δυνατότητα χορήγησης υποδόριας ένεσης μορφίνης και τη χρήση της σε μεγάλη κλίμακα για την ανακούφιση τραυματιών πολέμου. Έτσι, η ανακάλυψη της μορφίνης, διαφοροποίησε τη σχέση του ανθρώπου με τον πόνο. Η χρήση της μορφίνης ακόμη και σήμερα επιλέγεται σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς.

Η ηρωίνη παράχθηκε στο τέλος του 19ου αιώνα αντικαθιστώντας τη φαρμακευτική χρήση της μορφίνης, καθώς και έγινε χρήση της για την αντιμετώπιση της μορφινομανίας. Αρχικά κυκλοφόρησε στην αγορά ως μη εθιστική ουσία τρομερά αποτελεσματική ως αντιβηχικό και αναλγητικό φάρμακο. Η διακρίβωση ότι η ηρωίνη είναι περίπου τρεις φορές πιο εθιστική από τη μορφίνη, προκάλεσε την απαγόρευση της κυκλοφορίας της. Σήμερα η χρήση της ηρωίνης στην Ευρώπη έχει μειωθεί αλλά υπάρχει ανησυχία για την υποκατάστασή της από συνθετικά οπιοειδή (βουπρενορφίνη, μεθαδόνη, φαιντανύλη) καθώς και διεγερτικά (Μισουρίδου Ε., 2015).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Είναι προφανές ότι η κατάχρηση ουσιών είναι ένα διεπιστημονικό θέμα έρευνας και ανησυχίας, το οποίο συνεπάγεται την ανάγκη ταυτόχρονης χρησιμοποίησης διαφόρων θεωρητικών εξηγήσεων και εμπειρικών αποδεικτικών στοιχείων σε συνεργατικές προσπάθειες για την επίτευξη βέλτιστων λύσεων για τον περιορισμό της μεταδοτικότητας της και για τον περιορισμό κάθε άμεσης και έμμεσης βλάβης. Η κατάχρηση ουσιών έχει περιγραφεί ως «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος», με εξαιρετικά υψηλά ποσοστά υποτροπής που κυμαίνονται από 56,8% έως 81,8%. Πρόσφατα, τα Ηνωμένα Έθνη ανέφεραν ότι το 2017, 271 περίπου εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας 15-64 ετών, είχαν κάνει χρήση ουσιών το προηγούμενο έτος. Αυτό είναι 11,5% υψηλότερο από τον εκτιμώμενο αριθμό ατόμων που χρησιμοποιούσαν ουσίες το 2012 (Lo TW et al., 2020).

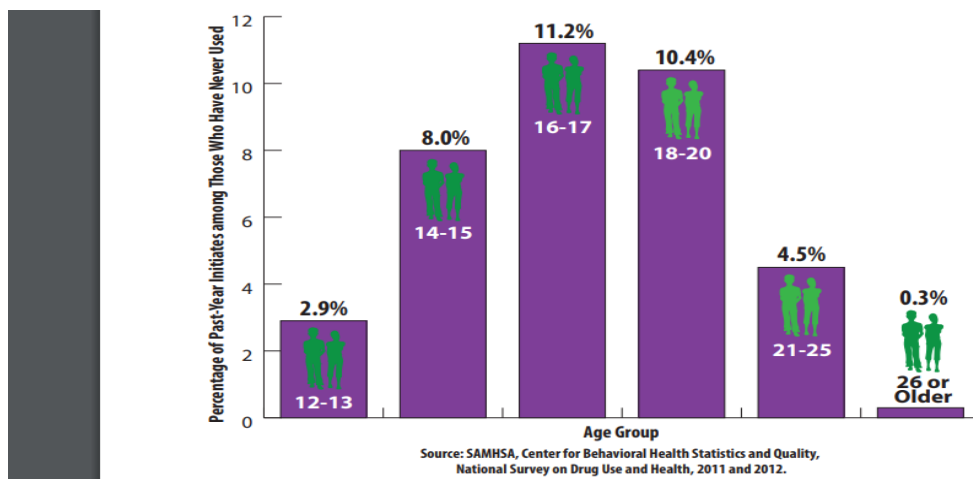
Η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ είναι η τέταρτη και πέμπτη αντίστοιχα μεγαλύτερη συνεισφορά στην παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου. Στη δυτική κοινωνία, η ηρωίνη και η κοκαΐνη κρακ συμβάλλουν επίσης σημαντικά στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μόνο στις ΗΠΑ, εκτιμάται ότι πάνω από 20 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω ταξινομούνται ως εξαρτώμενα από νόμιμα και παράνομα ναρκωτικά, με εκτιμώμενη οικονομική επιβάρυνση ετησίως για την κοινωνία των 0,5 τρισεκατομμυρίων δολαρίων (Reid et al., 2012).

Στην Ευρώπη, το Ηνωμένο Βασίλειο έχει την υψηλότερη επικράτηση για τις περισσότερες ουσίες κατάχρησης. Ορισμένες τάσεις παρατηρούνται στην Ευρώπη, για παράδειγμα η κάνναβη παραμένει το πιο διαδεδομένο ναρκωτικό και η χρήση του αυξήθηκε σημαντικά κατά τη δεκαετία του 1990, ειδικά στους νέους. Η Έκσταση έχει υπερ-ηρεμιστικές αμφεταμίνες ως το δεύτερο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο φάρμακο και τώρα έχει χρησιμοποιηθεί από το 1-4% του ενήλικου πληθυσμού στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο πέντε φορές μεταξύ του 1994 και του 2004, αν και η αύξηση αυτή γενικά δεν παρατηρήθηκε στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης παραμένει σχετικά χαμηλή, αλλά έχει τον υψηλότερο αντίκτυπο όσον αφορά τη θνησιμότητα και το κοινωνικό κόστος. Η χρήση μεθαμφεταμίνης είναι χαμηλή στην Ευρώπη, αλλά αναμένεται αύξηση μετά από μια δεκαετία εντυπωσιακά αυξημένης χρήσης στις ΗΠΑ (Reid et al., 2012).

Ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της χρήσης ναρκωτικών ή η εξάρτηση από εφήβους βρέθηκε να κυμαίνεται από 3,3% έως 9,8%. Τα ποσοστά χρήσης ουσιών μεταξύ των εφήβων παραμένουν υψηλά, αν και τα ποσοστά χρήσης αλκοόλ εφήβων έχουν μειωθεί κάπως τα τελευταία χρόνια (Simmons S & Suárez L., 2016).

Ο πιθανός αριθμός χρηστών υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα για το 2017 έχει υπολογιστεί με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου των πολλαπλών εγγράφων (multiple ή capture-recapture) στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας. Συγκεκριμένα, για το έτος 2017 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού εξαρτημένων ατόμων υψηλού κινδύνου ηλικίας 15 έως 64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή είναι 14.462 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 12.435-17.023. Η εκτίμηση αυτή παρατηρείται χαμηλότερη από την αντίστοιχη εκτίμηση για το 2016 (17.067 με 95% δ.ε. από 14.663 έως 20.103), μετά από μια τετραετία με σχετικά σταθερό συνολικό αριθμό χρηστών. Η συνολική εκτίμηση του αριθμού των τοξικομανών που κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα εκτιμάται στα 3.655 άτομα. Στατιστικά δεν υπάρχει σημαντική διαφορά από την αντίστοιχη εκτίμηση της προηγούμενης χρονιάς, η οποία εκτιμάται στα 4.173 (Ε.ΠΙ.ΨΥ., 2019).

The Drug Danger Zone: Most Illicit Drug Use Starts in the Teenage Years



1.4 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ-ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ

Ουσίες που χρησιμοποιούνται με κατάχρηση μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μορφές. Αυτά περιλαμβάνουν παράνομες και νομικά εγκεκριμένες ουσίες διαφόρων τύπων. Οι πιο συνηθισμένοι παράνομοι τύποι ουσιών περιλαμβάνουν κάνναβη, αμφεταμίνες, κεταμίνη, μεθαμφεταμίνες, κοκαΐνη, έκσταση και ηρωίνη, οι οποίες απαγορεύονται σε μεγάλο βαθμό στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, τα προϊόντα μαριχουάνας έχουν πρόσφατα νομιμοποιηθεί και εμπορευματοποιηθεί σε ορισμένες πολιτείες και περιοχές της Βόρειας Αμερικής και Δυτικής Ευρώπης υπό την ομπρέλα «ελέγχου της λογικής χρήσης», η οποία δημιουργεί μια στοχαστική αμφιβολία για την αρχική πρόθεση της μείωσης της εγκληματικότητας και των προβλημάτων δημόσιας υγείας που σχετίζεται με την κάνναβη. Ως εκ τούτου, απαιτείται περισσότερη έρευνα σε αυτό το θέμα. Ο καπνός και το αλκοόλ είναι δύο νομικά εγκεκριμένοι τύποι ουσιών που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες σε διαφορετικές κοινωνίες και πολιτισμούς. Ορισμένα νόμιμα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως φάρμακα για το βήχα και τα αντιβιοτικά, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν εύκολα και με κατάχρηση από το ευρύ κοινό, και αυτά επίσης αξίζουν την περαιτέρω προσοχή των ερευνητών (Lo TW et al., 2020).

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι ψυχοδραστικές ουσίες κατηγοριοποιούνται με διάφορα κριτήρια, όπως για παράδειγμα τη νομιμότητα, την δράση τους και άλλα. Η ταξινόμηση της με βάση τον τρόπο που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) δείχνει πως τα επίπεδα δραστηριότητας του Νευρικού συστήματος μειώνονται με την χρήση κατασταλτικών ουσιών ενώ η φυσιολογική δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος αυξάνεται με την χρήση διεγερτικών ουσιών. Τέλος, η ψευδαισθησιογόνες ουσίες προκαλούν στο άτομο παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.

Στο πίνακα 1 που ακολουθεί, παρατηρούμε πως έχουν ταξινομηθεί όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η

κατηγοριοποίηση έχει γίνει με βάση την δράση που έχουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Μισουρίδου 2015).

Πίνακας 1 κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών με βάση την δράση τους στο ΚΝΣ (Μισουρίδου 2015).

Κατηγορία	Ψυχοδραστικές ουσίες
Οπιοειδείς ουσίες	Όπιο, μορφίνη, ηρωίνη, κωδεΐνη, μεθοδόνη
Κατασταλτικά του ΚΝΣ	Αλκοόλ, βαρβιτουρικά-βενζοδιαζεπίνες-ναρκωτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης
Εισπνέσιμα	Βενζίνη, κόλλα, διαλύτες, αεροζόλ
Διεργετικά του ΚΝΣ	Κοκαΐνη, Αμφεταμίνες, Μεθαμφεταμίνες, νικοτίνη, καφεΐνη
Ινδική κάνναβη	Μαριχουάνα, χασίς
Ψευδαισθησιογόνα	LSD, ψιλοκυβίνη
Νέες ψυχοδραστικές ουσίες	Συνθετικές καθινόνες, συνθετικά κανναβινοειδή

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε και θα αναλύσουμε κάποιες από τις παραπάνω ψυχοδραστικές ουσίες.



Εικ. 1 Δίσκος με τις κατηγορίες των ναρκωτικών ουσιών πηγή: Alcohol and Drug Foundation.

1.6 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με τον Olivienstein, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών βασίζεται στην αλληλεπίδραση τριών παραμέτρων: του συνδυασμού μιας προσωπικότητας με μια συγκεκριμένη ουσία πάνω σε μια συγκεκριμένη κοινωνική και πολιτιστική στιγμή. Στο συγκεκριμένο μοντέλο η πορεία που οδηγεί εν τέλη στο πειραματισμό με τις ουσίες και στην «εδραίωση» του εθισμού είναι μια διαδικασία μεγάλης χρονικής διάρκειας, εξατομικευμένη για τον κάθε τοξικομανή η οποία προϋποθέτει τη συνάντηση προσωπικής και ψυχολογικής κρίσης με την κοινωνική (Μισουρίδου, 2015).

1.6.1 ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γενετικοί-Βιολογικοί

Μελέτες που σχετίζονται με τον ρόλο της κληρονομικότητας στον οργανισμό έχουν απασχολήσει πολλά χρόνια τους συγγραφείς και τους επιστήμονες. Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει ταυτοποιηθεί κάποιο γονίδιο που να συνδέεται με την ευαλωτότητα στην εξάρτηση. Οι αλλοιώσεις που προκαλούνται από τη μακροχρόνια χρήση ουσιών οδηγούν σε μεγάλες διαφορές στον εγκέφαλο των εξαρτημένων ατόμων συγκριτικά με μη εξαρτημένα άτομα. Αυτά συνδέονται με την προσέγγιση της εξάρτησης ως «χρόνιας υποτροπιάζουσας νόσου του εγκεφάλου», στην οποία ωστόσο έχει ασκηθεί αυστηρή κριτική από αυτούς που υποστηρίζουν τις ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις.

Ψυχολογικοί

Κάποιοι παράγοντες που συνδέονται στενά με τη χρήση ουσιών στο ατομικό επίπεδο είναι: παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία, σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία, κάπνισμα/ κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε μικρή ηλικία, άγχος/στρες, επιθετικότητα, έλλειψη θετικών προτύπων, κατάθλιψη και προβλήματα ψυχικής υγείας (Μισουρίδου, 2015). Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί το βίωμα ενός στρεσογόνου γεγονότος όπως το θάνατο ενός κοντινού προσώπου, οι αλλαγές της εμφάνισης, ο τερματισμός μιας μακροχρόνιας σχέσης κ.α. Άτομα που βιώνουν μεγαλύτερο αριθμό στρεσογόνων συμβάντων κατά την εφηβεία μέχρι και την ενηλικίωση είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν εξαρτησιογόνες ουσίες ως νεαροί ενήλικες (Stone et al., 2012).

1.6.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αν και η γενετική παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εθισμού, αυτό δεν σημαίνει ότι οι εθισμοί καθορίζονται μόνο από τα γονίδια ενός ατόμου. Οι περιβαλλοντικές επιρροές είναι επίσης σημαντικές, επειδή πολλές εθιστικές συμπεριφορές μαθαίνονται παρατηρώντας άλλους.

Οικογενειακό περιβάλλον

Παράλληλα, η οικογένεια διαδραματίζει το δικό της ρόλο στην αρχή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Η αδυναμία ανταπόκρισης στις οικογενειακές ανάγκες, τα προβλήματα, οι συγκρούσεις και οι οικογενειακοί αγώνες αποτελούν αιτίες εθισμού στα ναρκωτικά. Οι Kendler et al. διαπίστωσε ότι το διαζύγιο των γονέων ή η υψηλή γενετική ευαισθησία ήταν οι κύριες αιτίες εθισμού στους ασθενείς υψηλού κινδύνου (Pourallahvirdi et al, 2016).

Επίσης, παιδιά που έχουν τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, εγκατάλειψη, απόρριψη και παραμέληση έχουν πιο πολλές πιθανότητες να αρχίσουν να χρησιμοποιούν ουσίες σε μικρή ηλικία, σε σύγκριση με παιδιά που δεν έχουν βρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις. Ακόμη μια οικογενειακή παράμετρος που επηρεάζει τη χρήση ουσιών στην εφηβεία είναι η κατάχρηση ουσιών από τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας. Παρόλα αυτά, ο κίνδυνος έναρξης ουσιών είναι αυξημένος σε οποιαδήποτε δυσλειτουργική οικογένεια πέρα από αυτές στις οποίες το παιδί είναι μάρτυρας στην χρήση ουσιών από γονείς ή άλλα συγγενικά πρόσωπα (Αρχοντή-Γιαννίδου και συν, 2016). Για αυτό, η γονική παρακολούθηση είναι σημαντική, καθώς επιτρέπει στον γονέα να επιβλέπει τη συμπεριφορά του παιδιού γενικότερα και τη χρήση ναρκωτικών πιο συγκεκριμένα. Για παράδειγμα, η γονική παρακολούθηση σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ και χρήσης καπνού και αλκοόλ. Ο γονικός ρόλος στο πλαίσιο μιας στενής σχέσης γονέα-παιδιού είναι επίσης κρίσιμος για τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών. Δηλαδή, εάν ο γονέας απέχει από τη χρήση ναρκωτικών και ο έφηβος ταυτιστεί με τον γονέα, ο έφηβος είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσει ναρκωτικά (Brook et al., 2015).

Κοινωνικό περιβάλλον

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για να αρχίσει ένας έφηβος τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η πίεση που νιώθει από το κοινωνικό του

περίγυρο. Τις περισσότερες φορές, οι έφηβοι αρχίζουν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά μιμούμενοι τους φίλους τους, τους συμμαθητές τους ή άλλους συνομηλίκους τους. Αυτό δείχνει ότι οι έφηβοι είναι ευάλωτοι στη πίεση και επηρεάζονται εύκολα από την στάση και τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους απέναντι στη κατάχρηση ουσιών (Rafiee et al., 2020). Ταυτόχρονα, οι έφηβοι θέλουν να μοιάζουν περισσότερο με ενήλικες, με την ελευθερία να κάνουν ό,τι κάνουν οι ενήλικες. Χρησιμοποιώντας τον καπνό ή το αλκοόλ - παράνομο για τους εφήβους, αλλά νομικά και κοινωνικά αποδεκτό για τους ενήλικες - ο έφηβος αναζητά μια εικόνα ενηλίκων. Μόλις οι έφηβοι αρχίσουν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά, για οποιονδήποτε από αυτούς τους λόγους, μπορεί να διαπιστώσουν ότι δεν μπορούν να σταματήσουν. Η χρήση ενός ναρκωτικού οδηγεί συχνά στην επακόλουθη χρήση ενός άλλου ναρκωτικού. Συνήθως, ξεκινά με αλκοόλ ή κάπνισμα. Αυτά ακολουθούνται από μαριχουάνα και η περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να εξελιχθεί σε προβληματική κατανάλωση αλκοόλ. Στη συνέχεια ακολουθούν άλλα παράνομα ναρκωτικά (Encyclopedia, 2021).

Σχολικό περιβάλλον

Μια ακόμα σημαντική παράμετρος που διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη έναρξη και κατάχρηση τοξικών ουσιών είναι το σχολικό περιβάλλον. Τρεις είναι οι παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι συνδέονται με τις θετικές εκπαιδευτικές συνθήκες στο σχολείο: 1) η στήριξη από τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές συντελεί στη διαμόρφωση θετικού ψυχολογικού κλίματος και στη δημιουργία ισχυρών δεσμών μεταξύ εκπαιδευτικών-μαθητών και των μαθητών μεταξύ τους. Συγχρόνως, το θετικό ψυχολογικό κλίμα και η εμπλοκή των καθηγητών στην ανάπτυξη των σχέσεων των μαθητών συνιστούν σημαντικούς παράγοντες, καθώς συμβάλλουν στον εντοπισμό των μαθητών με τάσεις απομόνωσης 2) η έμφαση στην ακαδημαϊκή επάρκεια παράγει θετικά κίνητρα για μάθηση και διεύρυνση της γνώσης και επιτρέπει παράλληλα στους μαθητές να εδραιώσουν και να διατηρήσουν θετική εικόνα του εαυτού και γ) η ανάπτυξη της αυτονομίας προωθεί το αίσθημα της κοινωνικής ενσωμάτωσης και βοηθάει στην προσαρμογή στις ανάγκες της ενήλικης ζωής (Αντωνίου και συν, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΜΙΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

2.1 ΑΛΚΟΟΛ

Η αλκοόλη αποτελείται από τρία διαφορετικά μέλη δηλαδή μεθυλική αλκοόλη (μεθανόλη), ισοπροπυλική αλκοόλη και αιθυλική αλκοόλη (αιθανόλη, EtOH ή CH₃CH₂OH). Οι δύο πρώτες μορφές αλκοόλ είναι τοξικές και απαγορεύεται η κατανάλωση. Ωστόσο, η αιθανόλη, ή το αλκοόλ, όπως συνήθως λέγεται, είναι μια χημική ένωση που υπάρχει στην μπύρα, το κρασί και άλλες μορφές ποτού και προκαλεί μέθη. Για αιώνες, το αλκοόλ έχει γίνει το πιο κοινωνικά αποδεκτό εθιστικό φάρμακο παγκοσμίως. Τα αλκοολούχα ποτά είναι από καιρό γνωστά για τον σημαντικό ρόλο τους στις κοινωνικές δραστηριότητες. Καταναλώνονται με διάφορες μορφές, αλλά συνήθως περιέχουν επιπλέον νερό και άλλες ουσίες που δίνουν στο ποτό τη χαρακτηριστική γεύση και οσμή (Guo & Ren, 2010).

2.1.1 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Η ιστορία του αλκοολισμού είναι τόσο παλιά όσο και ο ίδιος ο άνθρωπος και παρά το γεγονός ότι έλαβε την προσοχή από την ιατρική μόνο μετά τα μέσα του 19 - αιώνα, σήμερα διαμορφώνεται ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας σε όλο τον κόσμο. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια χρόνια, πρωτοπαθής ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα σύμπλεγμα αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ανοχής στο αλκοόλ (δηλαδή, κάποιος χρειάζεται περισσότερο αλκοόλ για να γίνει μεθυσμένος), απώλεια ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ και η χρήση αλκοόλ παρά τα κοινωνικά, ιατρικά, οικογενειακά ή επαγγελματικά προβλήματα. Η κατάχρηση αλκοόλ είναι λιγότερο σοβαρή από την εξάρτηση από το αλκοόλ. Χαρακτηρίζεται από επιβλαβείς συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ (π.χ., μη τήρηση σημαντικών κοινωνικών, οικογενειακών ή επαγγελματικών υποχρεώσεων, επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε σωματικά επικίνδυνες

καταστάσεις και επαναλαμβανόμενα νομικά προβλήματα) αλλά χωρίς ανάπτυξη ανοχής στο αλκοόλ, φυσική απόσυρση ή καταναγκαστική χρήση αλκοόλης (McCaul & Furst, 1994).

2.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων γενετικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών παραγόντων. Ωστόσο, υπάρχουν πολύπλοκοι παράγοντες για τον προσδιορισμό παραλλαγών γενετικού κινδύνου, που εμπλέκονται σε φαινοτύπους που σχετίζονται με το αλκοόλ. Μέχρι πρόσφατα, οι προσπάθειες εύρεσης γονιδίων επικεντρώθηκαν κυρίως στα συγκεκριμένα γονίδια. Παράλληλα, και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στους φαινοτύπους που σχετίζονται με το αλκοόλ εκτός από τους γενετικούς. Για παράδειγμα, δυσμενείς συνθήκες ζωής, όπως το άγχος της πρώιμης ζωής και τα γεγονότα ζωής που προκαλούν άγχος (π.χ. θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο). Παρόμοια με το άγχος, η έλλειψη ικανοποίησης της ζωής έχει συσχετιστεί με τη χρήση αλκοόλ και τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές συχνά εμφανίζουν συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Η στενή σχέση μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές της προσωπικότητας, με την διαταραχή χρήσης αλκοόλ, υποδηλώνουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο έκθεσης και εθισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες (Yang et al., 2018).

2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Αξίζει να σημειωθεί ότι η υπερβολική δόση αιθυλικής αλκοόλης (οινοπνεύματος) στο αίμα προκαλεί δηλητηρίαση στον οργανισμό. Κατηγοριοποιούνται δύο μορφές δηλητηρίασης με αιθυλική αλκοόλη, η οξεία και η χρόνια. Στην οξεία δηλητηρίαση η συμπτωματολογία αποτελεί κυρίως εκδήλωση των ενεργειών της αιθανόλης στο ΚΝΣ, δευτερευόντως δε και στα υπόλοιπα συστήματα. Αντιθέτως, στη χρόνια δηλητηρίαση η επίδραση του αλκοόλ αφορά όλα τα συστήματα του οργανισμού, αφού το οινόπνευμα

είναι “δηλητήριο του πρωτοπλάσματος”, εισέρχεται στο εσωτερικό προσβάλλει δηλαδή κάθε ζωντανό κύτταρο. Ειδικότερα, οι βλάβες κατά τη χρόνια λήψη οινοπνεύματος αφορούν το ΚΝΣ, το ήπαρ, την καρδιά και την ψυχική υγεία (Κουτσελίνη, 2002).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛΗΣ (Κουτσελίνη, 2002).

Συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα (σε mg/dl)	Συμπτωματολογία
Μέχρι 50	Άτομα συνήθως νηφάλια, ελαφριές διαταραχές που δύσκολα εντοπίζονται
50-100	Άρση των φυσιολογικών αναστολών, ευφορία, φλυαρία
100-200	Μείωση ικανοτήτων, σύγχυση, ασυγχρονισμός κινήσεων, διαταραχές στην ομιλία
200-300	Επίταση των ανωτέρω, ελάττωση των αντανακλαστικών, απώλεια των αισθήσεων
300-350	Αναισθησία, καταστολή των αντανακλαστικών, απώλεια θερμοαντικτικού
>350	Κώμα- θάνατος

Ο ρυθμός απορρόφησης του αλκοόλ εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Είναι πιο γρήγορο, για παράδειγμα, όταν το αλκοόλ πίνετε με άδειο στομάχι και η συγκέντρωση αλκοόλ είναι 20-30%. Έτσι, για παράδειγμα, ένα αλκοολούχο ποτό με συγκέντρωση αλκοόλης περίπου 20% αυξάνει τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα πιο γρήγορα από ένα πιο ελαφρύ αλκοολούχο ποτό όπως για παράδειγμα η μπύρα (3-8%),

ενώ τα οινοπνευματώδη (40%) καθυστερούν τη γαστρική εκκένωση και αναστέλλουν την απορρόφηση. Ποτά αεριούχα με διοξείδιο του άνθρακα, για παράδειγμα, ούισκι, σόδα και σαμπάνια, μπαίνουν στο σύστημα πιο γρήγορα. Η τροφή και ιδιαίτερα οι υδατάνθρακες καθυστερούν την απορρόφηση: οι συγκεντρώσεις στο αίμα μπορεί να μην φτάσουν το ένα τέταρτο αυτών που επιτυγχάνονται με άδειο στομάχι. Τα ευχάριστα αποτελέσματα του αλκοόλ επιτυγχάνονται καλύτερα με ένα γεύμα ή όταν το αλκοόλ πίνεται αραιωμένο, στην περίπτωση των οινοπνευματωδών ποτών.

Το αλκοόλ διανέμεται σε όλο το νερό στο σώμα, έτσι ώστε οι περισσότεροι ιστοί, όπως η καρδιά, ο εγκέφαλος και οι μύες, να εκτίθενται στην ίδια συγκέντρωση αλκοόλ με το αίμα. Η εξαίρεση είναι το ήπαρ, όπου η έκθεση είναι μεγαλύτερη επειδή το αίμα λαμβάνεται απευθείας από το στομάχι και το λεπτό έντερο μέσω της πυλαιάς φλέβας. Το αλκοόλ διαχέεται αρκετά αργά, εκτός από όργανα με πλούσια παροχή αίματος, όπως ο εγκέφαλος και οι πνεύμονες (Paton, 2005). Η απορρόφηση της αιθυλικής αλκοόλης γίνεται από το γαστρεντερικό σωλήνα (κυρίως από το έντερο) και πολύ ελάχιστα από το δέρμα και από τους πνεύμονες. Η ολοκλήρωση της απορρόφησης του οινοπνεύματος διαρκεί σε χρόνο από 45 λεπτά έως 3 ώρες. Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αυτός, τόσο χαμηλότερες είναι οι συγκεντρώσεις στο αίμα.

Ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης υπολογίζεται σε 0,1g/kg/h. Η απομάκρυνση της συνολικής ποσότητας της αλκοόλης που έχει ληφθεί συντελείται τελείως σε 24 ώρες, πρέπει όμως να αναφερθεί ότι μέσα στις πρώτες 12 ώρες, τα 70% περίπου της ληφθείσας δόσης έχουν πλέον μεταβολισθεί. (Κουτσελίνη, 2002).

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Το αλκοόλ βελτιώνει τη διάθεση βραχυπρόθεσμα, βοηθά τον χρήστη να ξεπεράσει το κοινωνικό άγχος και την ανασφάλεια και δημιουργεί απόσταση από τα τρέχοντα αρνητικά συναισθήματα. Μακροπρόθεσμα, ωστόσο, η επίδραση του αλκοόλ στα σεροτονινεργικά και στα ντοπαμινεργικά συστήματα αυξάνει τον κίνδυνο καταθλιπτικής διαταραχής. Όπως και άλλες εθιστικές ουσίες, το αλκοόλ προκαλεί ντοπαμινεργική διέγερση στον οργανισμό, που επιβραβεύει τη χρήση αλκοόλ.

Η χρήση του αλκοόλ δεν προωθείται μόνο από διαδικασίες αντίδραση-αποτέλεσμα δηλαδή το ευχάριστο συναίσθημα της κατανάλωσης του αλκοόλ σαν ανταμοιβή, αλλά και από κλασικές μελέτες του Παυλώφ δηλαδή η συγκέντρωση προηγούμενων ουδέτερων κινήτρων σε καταστάσεις κατανάλωσης αλκοόλ μαζί με την παραγωγή και την έναρξη της επιθυμίας για αλκοόλ το οποίο οδηγεί σε καθημερινή χρήση. Ο συχνός συνδυασμός του αλκοόλ με χαρούμενες καταστάσεις, ανέβασμα του ηθικού, μη αυτοσυγκράτηση και καταστολή των αρνητικών αποτελεσμάτων αυξάνουν την πιθανότητα της καθημερινής χρήσης αλκοόλ.

Παράλληλα, το αλκοόλ προκαλεί άμεσα διαδικασίες νευρικής προσαρμογής που με τη σειρά τους, αντισταθμίζουν εν μέρει τις επιδράσεις του αλκοόλ και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ανοχής. Εάν το άτομο σταματήσει ξαφνικά να χρησιμοποιεί αλκοόλ, προκύπτει μια ανισορροπία μεταξύ της (έλλειψης) ηρεμίας που προκαλείται από το αλκοόλ και της (επίμονης) αντιρρυθμιστικής διέγερσης, οδηγώντας σε φαινόμενα απόσυρσης. Οι αυτόνομες εκδηλώσεις του αλκοόλ ειδικότερα (αδιαφορία, τρόμος, ταχυκαρδία, υπέρταση, ψυχο-αυτόνομη ευερεθιστότητα) μπορεί να οδηγήσουν το άτομο να αρχίσει να πίνει ξανά, ακόμα κι αν προτιμά να απέχει.

Η προβληματική χρήση αλκοόλ έχει υψηλή συννοσηρότητα με άλλους τύπους ψυχικών ασθενειών, όπως καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές άγχους, διαταραχή έλλειψης προσοχής, υπερκινητικότητα και διαταραχές προσωπικότητας που περιλαμβάνουν συναισθηματική αστάθεια, καθώς και επιθετικότητα που προκαλείται από το αλκοόλ (Batra et al., 2016).

2.4 ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ατέρμονη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση. Μια απότομη διακοπή ή ακόμα και έντονη μείωση της λήψης οινοπνεύματος, είναι πιθανό να προκαλέσει συμπτώματα στέρησης, όπως το τρέμουλο, έντονο άγχος, οι παραισθήσεις και οι σπασμοί. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με ελλιπή διατροφή, μπορούν να οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμη βλάβη ζωτικών οργάνων όπως ο εγκέφαλος και το συκώτι (Παρούτσας, 2021).

Ειδικότερα, η χρήση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ασθενειών της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του στομάχου, των εντέρων, του παγκρέατος, του ήπατος

και προωθώντας καρκινογένεση και επηρεάζουν φλεγμονώδεις διεργασίες. Είναι πιθανό επίσης να οδηγήσει σε καρδιαγγειακά προβλήματα όπως καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμία, αρτηριακή υπέρταση και αλκοολική καρδιομυοπάθεια, καθώς και αιμοποιητικές διαταραχές (Batra et al., 2016).

Επιπρόσθετα, το αλκοόλ αποτελεί αίτιο τραυματισμών, σωματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, διαταραχών του ανοσοποιητικού, παθήσεις των οστών, της αναπαραγωγικής ικανότητας και βλάβες στα νεογνά. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο αυτών των νόσων και των τραυματισμών με έναν δόσοεξαρτώμενο τρόπο, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις ανησυχίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση τόσο σοβαρότερος είναι ο κίνδυνος. Μια μικρή ποσότητα προσλαμβανόμενου αλκοόλ ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιακών νόσων, αν και η ακριβής έκταση αυτής της μείωσης και το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ στο οποίο παρατηρείται το καλύτερο αποτέλεσμα, είναι ακόμη υπό συζήτηση. Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μικρότερος κίνδυνος και σε χαμηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Το μέγιστο της ελάττωσης του κινδύνου μπορεί να επιτευχθεί με μία μέση κατανάλωση 10 gr αλκοόλης κάθε δεύτερη μέρα. Πάνω από 20 γραμμάρια αλκοόλης ημερησίως αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Φαίνεται ότι είναι το αλκοόλ που ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, παρά το είδος του καταναλούμενου ποτού. Πίνοντας μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ σε μία περίπτωση αυξάνεται ο κίνδυνος αρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιαγγειακού θανάτου. Επιπλέον, το επίπεδο της λήψης αλκοόλ με τον ελάχιστο κίνδυνο θανάτου είναι μηδενικό ή σχεδόν μηδενικό για τις γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 65 ετών και λιγότερο από 5 γραμμάρια ημερησίως για γυναίκες ηλικίας 65 ετών μεγαλύτερης. Για τους άνδρες, το επίπεδο λήψης αλκοόλ με τον πιο λίγο κίνδυνο θανάτου είναι μηδενικό για όσους βρίσκονται κάτω από 35 ετών, 5 γραμμάρια περίπου ημερησίως για όσους βρίσκονται στη μέση ηλικία και λιγότερο από 10 γραμμάρια ημερησίως για όσους είναι 65 ετών ή μεγαλύτεροι (Anderson et al., 2005).

Όσον αφορά τις μητέρες οι οποίες καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, υπάρχει πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με το λεγόμενο εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο. Τα βρέφη αυτά πάσχουν από νοητική υστέρηση και άλλες μη αναστρέψιμες φυσιολογικές δυσμορφίες. Πέρα από αυτά, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά από αλκοολικούς γονείς έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικά σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά (Παρούτσας, 2021)

2.4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Το κίνητρο για λιγότερη κατανάλωση αλκοόλ και η ευκαιρία αντιμετώπισης επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ και εξάρτησης από το αλκοόλ, συχνά προκύπτουν όχι μόνο από τις ιατρικές συνέπειες της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και από τις κοινωνικές παρενέργειες (απώλεια άδειας οδήγησης, διακοπή του γάμου ή άλλη σχέση, απώλεια θέσης εργασίας) (Batra et al., 2016). Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για μεγάλο εύρος κοινωνικών επιπτώσεων με δόσοεξαρτώμενο τρόπο, χωρίς ενδείξεις ανησυχίας. Για το άτομο που καταναλώνει αλκοόλ, όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος τόσο σοβαρότερος είναι ο κίνδυνος. Οι βλάβες που δημιουργούνται από τρίτους ποικίλλουν, όπως το να παραμένει κανείς ξύπνιος την νύκτα έως σημαντικότερες συνέπειες, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η κακοποίηση παιδιών, η βία, το έγκλημα και τελικά η ανθρωποκτονία. Η βλάβη σε τρίτους είναι ένας ισχυρός λόγος, για να παρέμβει κανείς στην επιζήμια και επικίνδυνη κατανάλωση οινοπνεύματος (Anderson et al., 2005).

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Ακόμα δεν έχει βρεθεί επικυρωμένη θεραπεία που θα λειτουργεί σε όλους τους οργανισμούς που πάσχουν από αλκοολισμό. Ο τύπος θεραπείας που επιλέγεται από τον ιατρό εξαρτάται από την έκταση χρήσης αλκοόλ, τα ιατρικά προβλήματα καθώς και τις προσωπικές προτιμήσεις του κάθε ασθενή.

Οξεία απόσυρση και αποτοξίνωση: χρησιμοποιείται για άτομα που χρησιμοποιούν αλκοόλ σε μεγάλο βαθμό και έχει σχεδιαστεί για την πρόληψη και τη θεραπεία συμπτωμάτων στέρησης, τα οποία διαφορετικά μπορεί να είναι σοβαρά και ακόμη και απειλητικά για τη ζωή. Αυτή η θεραπεία μπορεί να απαιτεί διαμονή σε εξειδικευμένη εγκατάσταση εκτός από στενή ιατρική παρακολούθηση (Ringold & Glass, 2006).

Φαρμακοθεραπεία: Χρησιμοποιείται για τη πρόληψη της υποτροπής. Τα φάρμακα βενζοδιαζεπίνης (π.χ. Valium, Ativan) χρησιμοποιούνται ευρέως για τη διαχείριση της

απόσυρσης αλκοόλ. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν τη θεραπεία με βενζοδιαζεπίνη για όλους τους ασθενείς με μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα στέρησης λόγω πιθανής μακροχρόνιας, αθροιστικής βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος που σχετίζεται με επανειλημμένα επεισόδια απόσυρσης αλκοόλ χωρίς φάρμακα, ακόμα και αν κάθε επεισόδιο φαίνεται αβλαβές. Άλλοι ερευνητές προσπάθησαν να αναπτύξουν τυποποιημένες προσεγγίσεις για τον εντοπισμό ασθενών που χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή και για τον προσδιορισμό των επιπέδων δοσολογίας του φαρμάκου. Για παράδειγμα, ο Wartenberg και οι συνάδελφοί του χρησιμοποίησαν την αναθεωρημένη Κλίμακα Απόσυρσης Αλκοόλ από το Κλινικό Ινστιτούτο για να παρακολουθήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων μεταξύ των ασθενών σε μια μονάδα αποτοξίνωσης εσωτερικών ασθενών. Διαπίστωσαν ότι μόνο το 13% των ασθενών χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 73% των ασθενών υποβλήθηκαν σε θεραπεία πριν από τη χρήση αυτού του εργαλείου αξιολόγησης. Αν και λιγότεροι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική αγωγή, δεν υπήρξε αύξηση στη συνολική συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών απόσυρσης ή πρόωρου τερματισμού της θεραπείας. Οι ασθενείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη μειωμένη χρήση βενζοδιαζεπίνης βιώνοντας λιγότερη καταστολή και υπνηλία, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία αποκατάστασης. Επιπλέον, οι βενζοδιαζεπίνες έχουν δικές τους δυνατότητες κατάχρησης και η εκτεταμένη χρήση τους μπορεί να προκαλέσει προβλήματα συμπεριφοράς σε ασθενείς που ζητούν μεγαλύτερες δόσεις από αυτές που συνιστώνται (McCaul & Furst, 1994).

Ατομική και οικογενειακή θεραπεία: Επειδή ο αλκοολισμός μπορεί να συνυπάρχει με ψυχικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι ασθένειες αυτές. Η παροχή συμβουλών μπορεί επίσης να περιλαμβάνει οικογένειες και συντρόφους που συχνά χρειάζονται βοήθεια για να αντιμετωπίσουν το άγχος της ζωής με ένα μέλος της οικογένειας με προβλήματα αλκοόλ (Ringold & Glass, 2006). Τα βήματα γνωστικής συμπεριφοράς μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται και τον ρόλο του στη ζωή τους, μαθαίνοντας νέες συμπεριφορές για την ανάπτυξη και την διατήρηση της αποχής ή την μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ και την αποφυγή υποτροπών.

Ομαδική θεραπεία: Η αποκατάσταση μπορεί να προσφερθεί μέσω ομάδων στις οποίες οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να μιλήσουν για τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, να εξετάσουν πώς το αλκοόλ συνέβαλε στις δυσκολίες, να αποκτήσουν υποστηρικτικούς συνομηλίκους, να βελτιώσουν τις σχέσεις τους, να αντιμετωπίσουν το άγχος, να αξιοποιήσουν στο έπακρο την εργασία και τον ελεύθερο χρόνο τους και να αποφύγουν την υποτροπή. Τέτοιες ομάδες ενθαρρύνουν τους ασθενείς να χρησιμοποιούν τις δικές τους αλλά και εμπειρίες άλλων για να εντοπίσουν καταστάσεις που σχετίζονται με τον κίνδυνο υποτροπής για να μάθουν πώς να το αποφεύγουν και πώς να αποκαθιστούν την νηφαλιότητα εάν επαναληφθεί η βαριά κατανάλωση αλκοόλ (Schuckit, 2009).

Η θεραπεία της κατάχρησης αλκοόλ και της εξάρτησης από το αλκοόλ έχει επωφεληθεί από μια ποικιλία επιστημονικών και κλινικών εξελίξεων την τελευταία δεκαετία. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των ασθενών για την παροχή υπηρεσιών θεραπείας για αλκοολικούς σε όλα τα στάδια της ανάρρωσης. Έχουν εντοπιστεί νέες εστιασμένες παρεμβάσεις θεραπείας που είναι αποτελεσματικές και μπορούν να προσφερθούν μόνες τους ή ως μέρος πιο ολοκληρωμένων προγραμμάτων θεραπείας. Για παράδειγμα, η κατάρτιση φαρμακοθεραπείας και συζυγικών δεξιοτήτων δείχνει υπόσχεση για μείωση της χρήσης αλκοόλ και του κινδύνου υποτροπής (McCaul & Furst, 1994).

2.6 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ συγκαταλέγεται στους κυριότερους προληπτικούς παράγοντες κινδύνου για σωματικές και κοινωνικές βλάβες παγκοσμίως. Οι πολιτικές κατά του αλκοόλ είναι νόμοι, κανόνες και κανονισμοί που αποσκοπούν στην πρόληψη και τη μείωση των βλαβών που σχετίζονται με το αλκοόλ. Οι πολιτικές κατά του αλκοόλ μπορούν να υπάρχουν σε παγκόσμιο, περιφερειακό, διεθνές, εθνικό ή υποεθνικό επίπεδο. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές για το αλκοόλ ενσωματώνουν μια πολυεπίπεδη, πολυσύνθετη προσέγγιση, που στοχεύει σε πολλούς καθοριστικούς παράγοντες της κατανάλωσης αλκοόλ και οινοπνευματωδών βλαβών, όπως διαθεσιμότητα, τιμή, μάρκετινγκ και οδήγηση ποτών. Αφού τα κράτη μέλη έχουν

διαμορφώσει πολιτικές κατά του αλκοόλ, οι πολιτικές πρέπει να εφαρμοστούν σωστά, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν για να είναι αποτελεσματικές.

Ορισμένες χώρες έχουν εφαρμόσει πλήρη απαγόρευση του αλκοόλ, έτσι ώστε οι κάτοικοι της χώρας να μην επιτρέπεται να αγοράζουν ή να καταναλώνουν αλκοόλ. Η Παγκόσμια Έρευνα για το Αλκοόλ και την Υγεία 2016 δείχνει ότι 11 χώρες έχουν πλήρη απαγόρευση του αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, οι νόμοι αυτών των χωρών έχουν σχέση με την ηγεσία, την ευαισθητοποίηση και την ατομική ευθύνη, την στάση των υπηρεσιών υγείας, τις πολιτικές σε σχέση με την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και την κατοχή παράνομου αλκοόλ (World Health Organization, 2018).

2.7 ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη, ένα ισχυρό αλκαλοειδές, στην καθαρή του μορφή είναι ένα διαυγές υγρό με χαρακτηριστική οσμή. Γίνεται καφέ στην έκθεση στον αέρα και είναι υδατοδιαλυτό, το οποίο διαχωρίζεται κατά προτίμηση από οργανικούς διαλύτες. Είναι μια αμίνη που αποτελείται από δακτυλίους πυριδίνης και πυρρολιδίνης. (Chaturvedi et al., 2015). Είναι διεγερτικό που μπορεί να ενισχύσει την ενέργεια και να προκαλέσει ήπια ευφορία. Επίσης, μπορεί να ηρεμήσει το άγχος και την ανησυχία, να περιορίσει την πείνα και να μειώσει τον πόνο (Snow, 2020). Το κάπνισμα συνδέεται με συγκεκριμένες συμπεριφορές όπως πίνοντας καφέ ή αλκοόλ, μιλώντας στο τηλέφωνο, οδηγώντας αυτοκίνητο ή/και ολοκληρώνοντας ένα γεύμα. Αυτές οι συμπεριφορές συμβάλλουν στη διατήρηση της χρήσης (Prochaska & Benowitz, 2016).

2.7.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι η καλλιέργεια του καπνού άρχισε κατά το 6.000 π.Χ. στην Αμερική. Αρκετούς αιώνες αργότερα, και συγκεκριμένα το 1850 κατασκευάζονται και πωλούνται τσιγάρα, «σιγαρέττα», με τη σύγχρονή τους μορφή. Μετά από τριάντα χρόνια εφευρίσκεται, από τον James Bonsack, μηχανή που αυξάνει τον αριθμό των κατασκευαζόμενων τσιγάρων από 3.000 σε 120.000 την ημέρα. Ο εικοστός αιώνας σηματοδοτείται από την ίδρυση και επέκταση των μεγάλων καπνοβιομηχανιών. Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος (ΑΠΠ) προκαλεί αύξηση στην

παραγωγή τσιγάρων, θεωρούνται απαραίτητα αγαθά για τους στρατιώτες, καθώς οι «μαλακές» ναρκωτικές τους ιδιότητες και η αύξηση της όρεξης θεωρήθηκαν ως σημαντικά βοηθήματα για την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών του πολέμου. Στα χρόνια που ακολούθησαν τον ΑΠΠ (δεκαετία 1920 και 1930) το τσιγάρο ξεκινάει να διαφημίζεται ως σύμβολο ανέμελης και καταξιωμένης κοινωνικής ζωής, εικόνα που συνεχίζει έως και σήμερα. Μέχρι το μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα υπήρχαν εκατομμύρια καπνιστές και το κάπνισμα θεωρούνταν εμπρόθετη συμπεριφορά. Από το 1970 έως και σήμερα, πολλές δημοσιεύσεις δείχνουν ότι οι φανατικοί καπνιστές έχουν μεγάλη εξάρτηση και δυσκολεύονται να διακόψουν το κάπνισμα, σε βαθμό παρόμοιο με τους χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης. Ο τρόπος δράσης της νικοτίνης στον εγκέφαλο είναι παρόμοιος με αυτόν της ηρωΐνης και της κοκαΐνης. Δεν προκαλεί μόνο συμπεριφορικές επιδράσεις καθώς και βιολογική ορμή για επανάληψη αυτής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χρόνια χρήση, η βιολογική ανοχή, η σωματική εξάρτηση και το σύνδρομο στέρησης κατά τη διακοπή της εξαρτησιογόνους ουσίας αποτελούν σαφή στοιχεία εθισμού (Κουράκος και συν, 2016).

2.7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα χαμηλά ποσοστά εφηβικού και παιδικού καπνίσματος, τα οποία παρατηρούνται στην Ελλάδα είναι εμφανές ότι έρχονται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά ενήλικων καπνιστών. Η έναρξη του καπνίσματος στην Ελλάδα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με άλλες χώρες, αλλά είναι μονιμότερη, όπως φαίνεται πολύ καθαρά από τα υψηλά ποσοστά καπνιστών. Το ποσοστό καπνιστών, ηλικίας 17-18 ετών, στη χώρα μας είναι ήδη από τα υψηλότερα (50% και 47%) στην Ευρώπη. Επιπροσθέτως, αν υπολογιστεί η εκατοστιαία αναλογία αυτών που κάνουν πάνω από 11 τσιγάρα ημερησίως, διαπιστώνεται καθαρά ότι το ποσοστό και των δύο φύλων είναι πολύ πιο ψηλό συγκριτικά με τις άλλες χώρες της έρευνας. Η έναρξη του καπνίσματος γίνεται συνήθως στη παιδική και εφηβική ηλικία. Ελάχιστοι ξεκινούν το κάπνισμα σε ηλικία >20 ετών (ποσοστό <10%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, η μέση ηλικία πρώτης απόπειρας καπνίσματος στα παιδιά που ήδη καπνίζουν στην ηλικία των 15 ετών, κυμαίνεται μεταξύ 11 έως 13 ετών. Στην Ελλάδα παρουσιάζεται η

πιο υψηλή μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών, η οποία στα αγόρια είναι 13,7 έτη ενώ στα κορίτσια 13 έτη. Αν και νεότερα ερευνητικά δεδομένα από την έρευνα που διενεργήθηκε σε 1.600 μαθητές Δημοτικού και από την πανελλαδική παρέμβαση «Κάπνισμα; Όχι εμείς» του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος στα σχολεία αναφέρουν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 0,5% των παιδιών αρχίζει το κάπνισμα από την ηλικία των 11 ετών, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 3% στην ηλικία των 13 ετών (Περδικάρης & Μάτζιου, 2015).

2.7.3 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Όταν ο καπνός του τσιγάρου φτάσει στους μικρούς αεραγωγούς και τις κυψελίδες του πνεύμονα, η νικοτίνη απορροφάται γρήγορα. Οι συγκεντρώσεις της νικοτίνης στο αίμα αυξάνονται γρήγορα κατά τη διάρκεια του καπνίσματος και κορυφώνονται κατά την ολοκλήρωση του καπνίσματος. Η ταχεία απορρόφηση της νικοτίνης από τον καπνό του τσιγάρου μέσω των πνευμόνων, πιθανώς λόγω της τεράστιας επιφάνειας των κυψελίδων και των μικρών αεραγωγών και η διάλυση της νικοτίνης στο υγρό του pH (7,4) στον ανθρώπινο πνεύμονα διευκολύνουν τη μεταφορά της διαμέσου των μεμβρανών. Μετά από μια εισπνοή, υψηλά επίπεδα νικοτίνης φτάνουν στον εγκέφαλο σε 10-20 δευτερόλεπτα, ταχύτερα από ότι με την ενδοφλέβια χορήγηση, προκαλώντας εγρήγορση της συμπεριφοράς. Η διαδικασία του καπνίσματος είναι πολύπλοκη και ο καπνιστής μπορεί να διαχειριστεί τη δόση και τα επίπεδα νικοτίνης στον εγκέφαλο σε μια εισπνοή καπνού. Επιπλέον, η πρόσληψη νικοτίνης κατά τη διάρκεια του καπνίσματος εξαρτάται από τον όγκο και το βάθος της εισπνοής, την έκταση της αραίωσης με τον αέρα του δωματίου, τον ρυθμό και την ένταση της διόγκωσης (Benowitz, 2009).

2.8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Όπως είναι γνωστό η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μια χρόνια κατάσταση που γεννά μια σειρά επιπτώσεων τόσο σε παιδιά και εφήβους όσο και σε ενήλικες. Οι κυριότερες επιπτώσεις του καπνίσματος στα παιδιά και στους εφήβους είναι ο έντονος βήχας, η βραδύτητα αναπνοής, ακόμη και σε απουσία άσκησης, η αναπνευστική δυσχέρεια, η αυξημένη απόχρεμψη βλέννας, η συχνή κεφαλαλγία, οι σοβαρές και συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού, συμπτώματα έντονου κρυολογήματος και γρίπης, κακή πνευμονική ανάπτυξη και λειτουργία, χαμηλό επίπεδο υγείας και εθισμός στη νικοτίνη.

Απεναντίας, οι κυριότερες επιπτώσεις του καπνίσματος στους ενήλικες είναι η κακή στοματική υγιεινή, η ουλίτιδα, η περιοδοντίτιδα και απώλεια δοντιών, η υπογονιμότητα και ανικανότητα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το εμφύσημα, η βρογχίτιδα, η απώλεια ακοής καθώς και τα προβλήματα όρασης που μπορεί να οδηγήσουν και σε τύφλωση. Ακόμα, αθηρωμάτωση που μπορεί να επιφέρει έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε μικρή ηλικία, καρκίνο των πνευμόνων, του λάρυγγα, του παγκρέατος, της στοματικής κοιλότητας και της ουροδόχου κύστης (Περδικάρης & Μάτζιου, 2015). Το κάπνισμα είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για την αναπνευστική οδό και άλλες λοιμώξεις, οστεοπόρωση, ανεπιθύμητες ενέργειες μετεγχειρητικά και καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων, αναπαραγωγικές διαταραχές, διαβήτη, έλκη του δωδεκαδακτύλου και του στομάχου. Επιπροσθέτως, το κάπνισμα έχει στενή σχέση με τους τραυματισμούς που προκαλούνται από φωτιά. Οι ασθένειες που προκαλούνται από το κάπνισμα είναι αποτέλεσμα έκθεσης σε τοξίνες στον καπνό (Benowitz, 2010).

2.9 ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η στερητική διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστό 50% στον πληθυσμό των καθημερινών χρηστών καπνού. Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε άτομα, που είτε δεν κάνουν χρήση καθημερινά, είτε βρίσκονται στο αρχικό στάδιο, όπως συμβαίνει στον πληθυσμό των εφήβων. Τα συμπτώματα στερητικής διαταραχής που αναφέρονται πιο συχνά είναι το άγχος, ο εκνευρισμός και η δυσκολία συγκέντρωσης. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα απόσυρσης εξαιτίας της χρήσης καπνικών προϊόντων οφείλονται κυρίως στη πτώση του επιπέδου νικοτίνης στο αίμα και εμποδίζουν τις προσπάθειες διακοπής της χρήσης. Τα συμπτώματα της απόσυρσης εμφανίζονται από τις πρώτες 24 ύστερα από τη διακοπή ή την ελάττωση της χρήσης, κορυφώνονται μέσα σε 2 με 3 ημέρες και μπορούν να επιμείνουν για αρκετούς μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Από τις πρώτες μέρες που γίνεται αποχή από το κάπνισμα, ο ρυθμός της καρδιάς αυξάνεται κατά 5 με 12 παλμούς ανά λεπτό, ενώ κατά το πρώτο χρόνο διακοπής της χρήσης του καπνού παρατηρείται ότι αυξάνεται το σωματικό βάρος κατά 2-3 κιλά (Μπεχράκης και συν., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

3.1 ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Ο εθισμός είναι ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα παγκοσμίως και η εξάρτηση από τα οπιοειδή μπορεί να θεωρηθεί ως ο ισχυρότερος και πιο δύσκολος εθισμός ως προς την θεραπεία. Οι μεσολυμβικές και μεσοκορτικές ντοπαμινεργικές οδοί παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των γνωστικών διεργασιών και στη λήψη αποφάσεων και, ως εκ τούτου, οι αλλαγές στο μεταβολισμό της ντοπαμίνης θεωρούνται η κεντρική βάση για την ανάπτυξη της εξάρτησης.

Τα οπιοειδή όπως η ηρωίνη, η μορφίνη και η πεθιδίνη είναι ναρκωτικές ουσίες που ασκούν ανασταλτικές επιδράσεις στο ΚΝΣ, ειδικά στον αισθητικό φλοιό, με αποτέλεσμα την ανακούφιση του πόνου. Τα οπιοειδή χρησιμοποιούνται επίσης συχνά για μη ιατρικούς σκοπούς καθώς προκαλούν αίσθημα ευφορίας. Λόγω του εθιστικού τους χαρακτήρα, τα οπιοειδή είναι ως επί το πλείστον ελεγχόμενες ουσίες (Kurpińska et al., 2020).

3.1.1 ΟΠΙΟ

Η εξάρτηση από τα οπιοειδή είναι ένα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα στις περισσότερες κοινωνίες, αλλά η πρόσβαση και οι πολιτιστικές συμπεριφορές επηρεάζουν τα πρότυπα χρήσης οπιοειδών μεταξύ διαφορετικών χωρών. Το όπιο χρησιμοποιείται για ευχαρίστηση, ως παυσίπονο, υπνωτικό και για τη θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτωσης. Σε χώρες καλλιέργειας οπίου και σε ορισμένους από τους γείτονές τους, η χρήση οπίου είναι συχνότερη από τη χρήση άλλων οπιοειδών. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στο Αφγανιστάν, το Λάος, τη Μιανμάρ και το Ιράν. Επιπλέον, το όπιο χρησιμοποιείται παραδοσιακά στο Πακιστάν, την Ινδία, την Κίνα, την Ταϊλάνδη, το Μπαγκλαντές, το Νεπάλ, τη Σρι Λάνκα, την Τουρκία, το Ιράκ, την Ιορδανία, την Αίγυπτο, το Μπαχρέιν, το Ομάν και το Κουβέιτ. Σε ορισμένες από αυτές τις χώρες, όπως στο Ιράν, το όπιο ήταν πάντα το πιο παράνομο ναρκωτικό που χρησιμοποιήθηκε ευρέως.

Το όπιο λαμβάνεται από τις άγουρες κάψουλες σπόρων του φυτού παπαρούνας, *Papaver somniferum*. Ο γαλακτώδης χυμός ξηραίνεται και κονιοποιείται για να παραχθεί σκόνη οπίου, το οποίο περιέχει μια σειρά από αλκαλοειδή. Αυτά τα αλκαλοειδή μπορούν να χωριστούν σε δύο διαφορετικές χημικές κατηγορίες, τα φαινανθρένια και τις βενζυλισκοκινολίνες. Τα κύρια φαινανθρένια είναι η μορφίνη (10% του οπίου), η κωδεΐνη (0,5%) και η θεβαΐνη (0,2%). Οι κύριες βενζυλισκοκινολίνες είναι η παπαβερίνη (1%) και η νοσκαπίνη (6%).

Το όπιο έχει τις ιδιότητες των οπιοειδών αναλγητικών. Οι αναλγητικές και ηρεμιστικές του δράσεις οφείλονται κυρίως στην περιεκτικότητά του σε μορφίνη. Ωστόσο, το όπιο δρα λιγότερο γρήγορα από τη μορφίνη, αφού το όπιο φαίνεται να απορροφάται πιο αργά. Η χαλαρωτική δράση της παπαβερίνης και της νοσκαπίνης στους εντερικούς μύς το κάνει πιο δυσκοίλιο από τη μορφίνη. Τα αλκαλοειδή του οπίου έχουν τους δικούς

τους μηχανισμούς δράσης. Η παπαβερίνη έχει άμεση χαλαρωτική δράση στους λείους μυς και προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές. Η νοσκαπίνη είναι ένα κατασταλτικό βήχα με κεντρική δράση. Επίσης, η κωδεΐνη χρησιμοποιείται για την καταστολή του βήχα.

Η ηρωΐνη (υδροχλωρική διαμορφίνη) είναι ένα ακετυλιωμένο παράγωγο μορφίνης και είναι ένα πιο ισχυρό οπιοειδές αναλγητικό από τη μορφίνη. Η διαμορφίνη είναι πολύ πιο λιποδιαλυτή και έχει ταχύτερη έναρξη και μικρότερη διάρκεια δράσης από τη μορφίνη. Παρόλο που η ακετυλίωση σε μορφίνη συμβαίνει γρήγορα στο αίμα, εμφανίζεται μόνο αργά στο εγκεφαλικό νωτιαίο υγρό μετά από ενδοσπονδυλική ένεση διαμορφίνης (Rahimi-Movaghar et al., 2018).

3.1.2 ΚΩΔΕΪΝΗ

Η κωδεΐνη προέρχεται από το *Paraver somniferum*, ή φυτό παπαρούνας οπίου, και εκχυλίστηκε για πρώτη φορά το 1830 από έναν Γάλλο χημικό, Pierre -Jean Robiquet. Η κωδεΐνη είναι μια αλκαλοειδής οπιούχο ένωση και χρησιμοποιείται κυρίως ως αναλγητικό και αντιβηχικό (κατασταλτικό βήχα) παράγοντα στην υγειονομική περίθαλψη. Από την ανακάλυψη της κωδεΐνης, πολλά οπιούχα και ημισυνθετικά παράγωγα έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί για πολλούς λόγους, συμπεριλαμβανομένων των αντιβηχικών ιδιοτήτων τους. Ενώ τα παρασκευάσματα μπορεί να ελέγχονται με ιατρική συνταγή, πολλά από αυτά τα φάρμακα είναι άμεσα διαθέσιμα και εύκολα προσβάσιμα σε συνδυασμένες θεραπείες με αντισταμινικά, αντιπυρετικά, αποσυμφορητικά ή αποχρεμπτικά ως μη συνταγογραφούμενα σιρόπια βήχα ή παστίλιες χωρίς ιατρική συνταγή.

Η κωδεΐνη (και τα παράγωγα) χρησιμοποιούνται ως αντιβηχικό για αιώνες. Το φάρμακο δρα κυρίως μέσω οπιοειδών υποδοχέων του κεντρικού νευρικού συστήματος, αν και οι ακριβείς μηχανισμοί δράσης είναι. Ένας εναλλακτικός μηχανισμός δράσης είναι η καταστολή. Οι φαρμακοδυναμικές ιδιότητες της κωδεΐνης στα παιδιά είναι ελάχιστα κατανοητές, αν και υπάρχουν γνωστές εγγενείς και ανεπιθύμητες παρενέργειες που σχετίζονται με αυτήν την κατηγορία αντιβηχικών.

Οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν αναπνευστική καταστολή, κνησμό, εξάνθημα, οίδημα στο πρόσωπο, έμετο και αταξία. Η κωδεΐνη μεταβολίζεται από

διάφορα ένζυμα όπως το CYP3A4 και το CYP2D6. Το τελευταίο μετατρέπει την κωδεΐνη σε μορφίνη, τον ενεργό μεταβολίτη. Υπάρχουν γενετικές παραλλαγές του CYP2D6 και οι γρήγοροι ρυθμοί μεταβολισμού αυξάνουν τον κίνδυνο καταστολής της αναπνευστικής κίνησης και ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ατομική ανταπόκριση στις συνδυασμένες θεραπείες με βάση την κωδεΐνη είναι απρόβλεπτη, καθώς η ηλικία, η γενετική σύνθεση, η εθνικότητα και η αιτιολογία των ασθενειών επηρεάζουν το αποτέλεσμα (Gardiner et al., 2016).

3.1.3 ΗΡΩΪΝΗ

Η ηρωίνη (ή διακετυλομορφίνη), κατασταλτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος, είναι ένα ημι-συνθετικό οπιούχο. Η κύρια αρνητική του επίδραση, η αναπνευστική καταστολή, μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο, ειδικά μετά από ενδοφλέβια ένεση. Με απώλεια ανοχής, μια υπερδοσολογία μπορεί να είναι θανατηφόρα μετά από χρήση ηρωίνης ύστερα από μια περίοδο αποχής (εκούσια ή μη). Το ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ των χρηστών ηρωίνης είναι μεταξύ 1 και 3%. Ο εθισμός, μετά από μια τακτική και συνεχή χρήση, εμφανίζεται σε λιγότερο από το ένα τέταρτο των ατόμων που δοκίμασαν ποτέ ηρωίνη. Οι εθισμένοι στην ηρωίνη παρουσιάζουν συχνά διαφορετικά προβλήματα (για παράδειγμα, εγκληματική συμπεριφορά), χωρίς καμία προφανή σχέση με τον εθισμό. Για ένα μέρος των εξαρτημένων, ο εθισμός γίνεται μια χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης συντήρησης. Ωστόσο, οι υποτροπές από την συνεχή χρήση ηρωίνης είναι συχνές. Για ανθεκτικούς στη θεραπεία και εξαρτημένους από ηρωίνη, η θεραπεία με ηρωίνη μπορεί να είναι μια λύση. Παρά τις πολυάριθμες διαθέσιμες θεραπείες, η ηρωίνη θεωρείται το φάρμακο με τις περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις στον χρήστη (Demaret et al., 2013).

Κάποιες από τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία βραχυπρόθεσμα είναι η ευφορία, το ξηρό στόμα, ο κνησμός, η ναυτία, η επιβράδυνση της αναπνοής και του καρδιακού ρυθμού. Από την άλλη μακροπρόθεσμα εμφανίζονται αποστήματα (πρησμένος ιστός με πύον), μόλυνση των βλεννογόνων και των βαλβίδων στη καρδιά, δυσκοιλιότητα και κράμπες στο στομάχι, πνευμονία. Άλλα θέματα που σχετίζονται με την υγεία στην εγκυμοσύνη είναι η αποβολή, το χαμηλό βάρος γέννησης, ο σύνδρομο αποχής νεογνών,

ο κίνδυνος HIV, ηπατίτιδας και άλλων μολυσματικών ασθενειών από κοινές βελόνες (NINDA, 2020).

3.1.4 ΜΟΡΦΙΝΗ

Η μορφίνη αποτελεί φυσικό παράγωγο του όπιου. Είναι μια μικρικρυσταλλική λευκή σκόνη, με πικρή γεύση που λαμβάνεται είτε από το στόμα είτε παρεντερικά. Πρώτα δημιουργήθηκε για να χρησιμοποιείται μέσω ένεσης για να ανακουφίζονται οι τραυματίες πολέμου. Με αυτόν τον τρόπο, η σχέση του ανθρώπου με τον πόνο άλλαξε, εξαιτίας της ανακάλυψης της μορφίνης (Μάτσα, 2001). Η μορφίνη χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα σε περιπτώσεις όπου η ισχυρή αναλγησία είναι απαραίτητη. Η χρήση της μορφίνης προκαλεί ένα αίσθημα ευφορίας, καταστέλλει την αίσθηση του πόνου και της αναπνευστικής λειτουργίας και επιβραδύνει την σκέψη. Αν χρησιμοποιηθεί σε υψηλές δόσεις, προκαλεί διέγερση, σπασμούς, ακόμα και κόμα, και είναι δυνατό να επιφέρει τον θάνατο (Μισουρίδου, 2015).

3.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Σε μια κλασική μελέτη, ο Himmelsbach μετρήσε τις συνέπειες του απότομου τερματισμού της μορφίνης στους ασθενείς. Ο ρυθμός αναπνοής, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία, ο βασικός μεταβολικός ρυθμός, η γλυκόζη του αίματος, το ανόργανο φωσφορικό αίμα, το γαλακτικό οξύ στο αίμα και ο ρυθμός καθίζησης αυξήθηκαν και το σωματικό βάρος, η πρόσληψη θερμίδων και ο ύπνος μειώθηκαν. Οι εκδηλώσεις δεν επέστρεψαν στην ισορροπία με τον ίδιο ρυθμό: τα επίπεδα γλυκόζης, γαλακτικού οξέος και ανόργανου φωσφορικού στο αίμα επέστρεψαν στην ισορροπία εντός ενός μήνα και η θερμοκρασία του σώματος, η θερμιδική πρόσληψη, ο ύπνος και ο αναπνευστικός ρυθμός επέστρεψαν στις κανονικές τιμές εντός δύο έως τριών μηνών.

Άλλα συμπτώματα και σημεία απόσυρσης οπιοειδών σε ασθενείς με πόνο που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με οπιοειδή περιλαμβάνουν κόπωση, χασμουρητό, δακρύρροια, διάρροια, πυρετό, εφίδρωση, μυδρίαση, ευερεθιστότητα, άγχος, κράμπες στην κοιλιά, βαθύ πόνο στα οστά, πόνους στους μυς και αύξηση του συνηθισμένου πόνου τους. Η μέγιστη ένταση του συνδρόμου στέρησης παρατηρείται εντός δύο

ημερών και τα οξεία συμπτώματα στέρησης συνήθως διαρκούν μόνο 2-3 ημέρες. Οι υπόλοιπες εκδηλώσεις επιστρέφουν σε ισορροπία εντός 4-6 μηνών (Ræder, 2020).

3.3 ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η λήψη των συγκεκριμένων ουσιών διεγείρει το ΚΝΣ, αυξάνοντας τη συγκέντρωση της σεροτονίνης, της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης στις συνάψεις του ΚΝΣ. Παρουσιάζεται λοιπόν, ένα έντονο αίσθημα ψευδούς ευεξίας και διαύγειας. Παρ'όλα αυτά, καθένα από αυτά διαφοροποιείται ως προς την ισχύ που έχει πάνω σε κάθε ασθενή (Κοκκέβη, 2008).

3.3.1 ΚΟΚΑΙΝΗ

Η κοκαΐνη λαμβάνεται από τα φύλλα του φυτού *Erythroxylum Coca*, θάμνου των θερμών χωρών της Νοτίου Αμερικής και κυρίως του Περού και της Βολιβίας. Απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας από τους Wohler και Niemann περί το 1860, η αξιολόγηση όμως της απομόνωσης αυτής έγινε πολύ αργότερα και συγκεκριμένα από τον Koller, ο οποίος και δημοσίευσε τις πρώτες παρατηρήσεις του για την τοπική αναισθητική ενέργεια της κοκαΐνης.

Τρόποι χορήγησης μπορούν να επιτευχθούν ρινικά (από τη μύτη), εισπνεόμενα και ενέσιμα (Κουτσελίνης, 2002).

Επηρεάζει την ευχαρίστηση και την κίνηση του ατόμου, καθώς αυξάνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης στα εγκεφαλικά κέντρα, που είναι υπεύθυνα για τις λειτουργίες αυτές. Είναι μία σκόνη λευκή και άοσμη και ανάλογα με τον τρόπο λήψης της προκαλείται η ένταση και η διάρκεια της επίδρασής της.

Όσον αφορά την κλινική επίδραση της κοκαΐνης, η χρήση αυτής της ουσίας αυξάνει την εγρήγορση, το έντονο αίσθημα ευφορίας, το αίσθημα αυτοπεποίθησης και τη σεξουαλική διέγερση. Επιπροσθέτως, μειώνει την ανάγκη για φαγητό και για ύπνο. Ωστόσο, μετά από τη κατάσταση ευφορίας, δημιουργείται έντονη δυσφορία και ανησυχία. Ως εκ τούτου, ο χρήστης καταφεύγει ξανά στη χρήση κοκαΐνης με

αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μέχρι να εξαντληθεί η διαθέσιμη ποσότητα ή ο ίδιος ο χρήστης. Οι δόσεις αυξάνονται όλο και περισσότερο ώστε να επιτύχει ο χρήστης την επίδραση που επιθυμεί, καθώς είναι δεδομένο ότι η ανοχή αναπτύσσεται γρήγορα (Μισουρίδου, 2015).

Η χρήση κοκαΐνης επιφέρει ψυχολογική εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο που δημιουργείται μετά τη διακοπή της χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση, ο χρήστης χαρακτηρίζεται από μεγάλη επιθυμία για χρήση, νιώθει έντονη κόπωση και άγχος και το στοιχείο που κυριαρχεί είναι η κατάθλιψη. Στη δεύτερη φάση νιώθει έντονο το στερητικό σύνδρομο και τέλος, στην τρίτη φάση, αφού έχουν περάσει μια έως δέκα εβδομάδες η επιθυμία για την ουσία είναι περιοδική (Μισουρίδου, 2015).

Επιπροσθέτως η χρήση κοκαΐνης επιφέρει αρκετά προβλήματα στην υγεία. Βραχυπρόθεσμα ο ασθενής παρουσιάζει στενωμένα αιμοφόρα αγγεία. αυξημένη θερμοκρασία σώματος, καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση. πονοκέφαλο; κοιλιακό άλγος και ναυτία ευφορία; αυξημένη ενέργεια, εγρήγορση. αϋπνία, ανησυχία ανησυχία; άστατη και βίαιη συμπεριφορά, κρίσεις πανικού, παράνοια, ψύχωση. προβλήματα καρδιακού ρυθμού, καρδιακή προσβολή. εγκεφαλικό επεισόδιο, κρίση, κόμα.

Από την άλλη, μακροπρόθεσμα παρουσιάζει απώλεια της όσφρησης, ρινορραγίες, ρινική βλάβη και δυσκολία στην κατάποση από το ροχαλητό. μόλυνση και θάνατος του εντερικού ιστού από μειωμένη ροή αίματος. κακή διατροφή και απώλεια βάρους · πνευμονική βλάβη από το κάπνισμα.

Άλλα θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη είναι ο πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης , ελλείμματα αυτορρύθμισης και προσοχή σε παιδιά σχολικής ηλικίας που εκτέθηκαν προγεννητικά.

Κίνδυνος HIV, ηπατίτιδας και άλλων μολυσματικών ασθενειών από κοινές βελόνες (NINDA, 2020)

3.3.2 ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

Η αμφεταμίνη ως εξαρτησιογόνος ουσία συγκαταλέγεται στην ομάδα των διεγερτικών ναρκωτικών με ισχυρή δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στη λαϊκή διάλεκτο παρουσιάζεται και ως “σπίντ”. Η αμφεταμίνη παρουσιάζεται άσπρη, άοσμη σκόνη η οποία καπνίζεται (αναμειγμένη με καπνό) είτε εισπνέεται είτε διαλύεται και χορηγείται ενέσιμα είτε λαμβάνεται από το στόμα. Από τη σκόνη αυτή, ένα μικρό ποσοστό είναι καθαρή αμφεταμίνη ενώ το υπόλοιπο συχνά έχει τοξικές ουσίες αρκετά επιβλαβείς στον οργανισμό. Κατά την ενέσιμη χορήγηση της, αν δεν έχουν διαλυθεί πολύ καλά οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και σε θάνατο. Η αμφεταμίνη όταν χορηγείται ενέσιμα ή καπνίζεται έχει άμεση επίδραση η οποία διαρκεί αρκετές ώρες αντιθέτως με την κοκαΐνη της οποίας η δράση σταματάει πολύ σύντομα. Η κατάποση των ουσιών επιδρά μετά από 15-20 λεπτά ενώ η εισπνοή έχει εμφανές αποτέλεσμα μέσα σε 3-5 λεπτά (Μισουρίδου, Ε. 2015).

Τα συμπτώματα της αμφεταμίνης περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, εφίδρωση διαστολή της κόρης, υπέρταση, ρίγος, ανορεξία, υπερτονισμένα αντανακλαστικά, ναυτία ή εμετούς, αϋπνία και ανώμαλη συμπεριφορά π.χ. ταραχή, επιθετικότητα και ελαττωμένη κρίση. Η χορήγηση των αμφεταμινών σήμερα περιορίζεται κυρίως στη θεραπεία της ναρκοληψίας και του συνδρόμου υπερκινητικότητας με έλλειψη προσοχής (Μαλλιώρη, 2010).

3.4 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η χρήση του οινόπνεύματος δημιουργεί στο άτομο μία ευφορία, καλύπτοντας τα κενά που αισθάνεται και βρίσκοντας μία επιφανειακή διέξοδο από τα προβλήματά του. Ένας χρήστης, προκειμένου να καταλήξει σε εξάρτηση χρόνιας μορφής, περνάει από τρία στάδια. Εφόσον περάσει από τα στάδια αυτά, ο χρήστης αυξάνει όλο και περισσότερο την ποσότητα που καταναλώνει και οι συνέπειες για την υγεία του είναι ολέθριες (Earleywine, Musty, Swift, Martin, & Perrine, 1992).

Λόγω της μακροχρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ, ο χρήστης προσαρμόζεται και δημιουργεί αντοχή και εξάρτηση. Η ανησυχία και η αυπνία είναι χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στο χρήστη από το στερεητικό σύνδρομο του αλκοόλ, ενώ όταν η εξάρτηση είναι σε υψηλότερα επίπεδα και για τη διακοπή του αλκοόλ γίνονται επαναλαμβανόμενες προσπάθειες, τότε παρουσιάζονται συμπτώματα σύγχυσης, διέγερσης καθώς και επιληπτικές κρίσεις.

Οι επιπτώσεις που εμφανίζονται στη συμπεριφορά των ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η δόση αλκοόλ που λαμβάνει ο χρήστης, η αύξηση ή η μείωση του επιπέδου αλκοόλ που λαμβάνεται και γενικά η οποιαδήποτε αλλαγή που παρουσιάζεται από τα επίπεδα λήψης αλκοόλ στο αίμα, είναι κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς. Όταν το αλκοόλ λαμβάνεται σε μεγάλες δόσεις, ο χρήστης δεν έχει καθαρή μνήμη ούτε κρίση, ελαττώνεται ο χρόνος που χρειάζεται ο χρήστης για να επεξεργαστεί μία πληροφορία και να αντιδράσει, ο συντονισμός των κινήσεων του μειώνεται επίσης και ο έλεγχος παρορμητικής και επιθετικής συμπεριφοράς αναστέλλεται. Μέσα από αυτές τις επιπτώσεις γίνεται εμφανές ότι η χρήση αλκοόλ επιφέρει καταστροφικές συνέπειες για δραστηριότητες που απαιτούν να υπάρχει εγρήγορση διαφόρων λειτουργιών, όπως παραδείγματος χάρη στην οδήγηση (Famy, Streissguth, & Unis, 1998).

Όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, τα ναρκωτικά προκαλούν μια σειρά από αρνητικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του χρήστη. Η χρήση κάνναβης σε μεγάλες ποσότητες δημιουργεί νευρικότητα, άγχος, ανησυχία, σύγχυση, πανικό, ψευδαισθήσεις, αλλοιώνει τα αντανακλαστικά και προκαλεί παρανοϊκές σκέψεις. Η συνεχόμενη χρήση μαριχουάνας και χασίς, προκαλεί ζαλάδες στο χρήστη, ξεσπάσματα γέλιο ή και κλάματος χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος, τα μάτια είναι ερυθρά και οι κόρες διασταλμένες, δημιουργούνται κενά μνήμης και υπάρχει έλλειψη συγκέντρωσης (Prut & Belzung, 2003).

3.5 ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όπως γίνεται αντιληπτό, οι σωματικές επιπτώσεις που προκαλούν οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι υψίστης σημασίας και μπορούν να σταματήσουν τον χρήστη ανεπανόρθωτα. Δυστυχώς, η επίδραση της παρατεταμένης χρήσης οπιούχων δεν σταματάει εκεί και μπορεί να προκαλέσει άλλες ασθένειες ψυχολογικής φύσεως, σε σημείο που εμφανίζεται συμπτωματολογία δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, είτε μόνιμης είτε προσωρινής φύσεως.

Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται πρώτα και στη συνέχεια ακολουθούν οι διαταραχές προσωπικότητας και η σχιζοφρένεια. Συνεπώς, οι διαταραχές της διάθεσης είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την ανάπτυξη και την διατήρηση της χρήσης ουσιών (Rounsaville, 1982).

3.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας με ασταθές και επιφανειακό συναίσθημα, ευερεθιστότητα και άγχος. Οι ασθενείς με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας θυμώνουν πολύ εύκολα, έχουν λανθασμένη αντίληψη του εαυτού τους και των άλλων, είναι ασταθείς σε έντονες διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, λειτουργούν στα άκρα χωρίς να έχουν συναίσθηση του κινδύνου, ενώ έχουν εκρήξεις δυνατών συναισθημάτων όπως θυμός, λύπη, χαρά χωρίς μεγάλη διάρκεια και συνήθως παρουσιάζουν χειριστική συμπεριφορά. Είναι πλέον εφικτό, φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπείες, σε ασθενείς που έχουν συν νοσηρότητα για να απαλλαχτούν από τις ουσίες και τις εθιστικές συμπεριφορές, καθώς και να επιτύχουν πλήρη λειτουργικότητα στο κοινωνικό σύνολο. Η μέριμνα μετά την θεραπεία και οι προσπάθειες κοινωνικής επανένταξης είναι βαρυσήμαντες για την αποφυγή υποτροπής και νέας εντατικής περίθαλψης (Verheul, 2001).

3.6.1 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

α) Κατάθλιψη: Εμφανίζεται με αισθήματα κατωτερότητας, λύπης, ενοχής, και εκνευρισμού και σκέψεις όπως επιθυμία αυτοτιμωρίας, αυτοκτονικού ιδεασμού, ευερεθιστότητα και μειωμένη δραστηριότητα. Αυτά αποτελούν συμπτώματα που συναντώνται συχνά σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη.

β) Διπολική ψύχωση: Συναισθηματική διαταραχή που τα διαστήματα νορμοθυμίας εναλλάσσονται με μανιακά επεισόδια με αισθήματα παντοδυναμίας, ευφορίας, εκρήξεις θυμού και κατάθλιψης σε μεικτές φάσεις. Οι ασθενείς που υποφέρουν από μανία είναι συνήθως υπεραισιόδοξοι, έχουν αίσθημα μεγαλείου, εμφανίζονται με υπερβολική δραστηριότητα, εκκεντρικότητα και παρορμητικότητα, έχουν προβλήματα ύπνου και ασχολούνται με επικίνδυνες δραστηριότητες.

γ) Αγχώδεις διαταραχές: Οι αγχώδεις διαταραχές κατηγοριοποιούνται σε διαταραχές πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και μετατραυματικό stress. Τα άτομα που νοσούν από τις αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν υπερπροστατευτικότητα προς τρίτους και έχουν σωματοποιημένα συμπτώματα άγχους, ένταση, φοβίες, ανησυχία, πανικό, άσχημες σκέψεις και δυσκολία συγκέντρωσης (Verheul et al., 1995).

3.6.2 ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

α) Διαταραχές σκέψης - σχιζοφρένεια: Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται με άρση αναστολών, επίπεδο συναίσθημα, αγχωτικά και καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές της σκέψης παρουσιάζουν συμπτώματα όπως σύγχυση, δυσκολία στη συγκέντρωση, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, ενώ συνήθως η συμπεριφορά τους είναι αποδιοργανωμένη και εκκεντρική.

β) Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα σχιζοφρένειας και μείζονος διαταραχής της διάθεσης καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου (Drake et al., 1998).

3.7 ΚΑΝΝΑΒΙΔΟΕΙΔΗ

Το φυτό κάνναβης (μαριχουάνα) είναι ένα από τα παλαιότερα φάρμακα στην ιστορία. Περιέχει περισσότερες από 500 χημικές ενώσεις, από τις οποίες περισσότερες από εκατό είναι κανναβινοειδή. Τα κύρια κανναβινοειδή είναι η δέλτα - τετραϋδροκανναβινόλη, το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό της κάνναβης, της κανναβιδιόλης και της κανναβινόλης.

Η κάνναβη έχει φαρμακευτικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων αντιεμετικών ιδιοτήτων, μυοχαλαρωτικών και αντισπασμωδικών ιδιοτήτων και αναλγητικών ιδιοτήτων. Παρ'όλα αυτά, είναι το πιο διαδεδομένο παράνομο ναρκωτικό στον κόσμο. Μετά από λίγες μόνο δόσεις, οι ασθενείς μπορούν να αναπτύξουν γρήγορα ανοχή στις περισσότερες επιδράσεις της κάνναβης, αλλά αυτή η ανοχή εξαφανίζεται επίσης γρήγορα. Τα συμπτώματα της απόσυρσης αποτελούνται από άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση, ήπια διέγερση, αϋπνία, μειωμένη όρεξη ή απώλεια βάρους, ναυτία και κράμπες. Η απόσυρση τείνει να επηρεάσει μόνο τους βαρείς καπνιστές (σε καθημερινή βάση) που ξαφνικά σταματούν να το χρησιμοποιούν (Beaulieu, 2017).

Βραχυπρόθεσμα: Ενισχυμένη αισθητηριακή αντίληψη και ευφορία ακολουθούμενη από υπνηλία/χαλάρωση. επιβραδυνόμενος χρόνος αντίδρασης. προβλήματα ισορροπίας και συντονισμού · αυξημένος καρδιακός ρυθμός και όρεξη · προβλήματα με τη μάθηση και τη μνήμη. Ανησυχία.

Μακροπρόθεσμα: προβλήματα ψυχικής υγείας, χρόνιας βήχας, συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις.

Άλλα θέματα που σχετίζονται με την υγεία: Προϊόντα ατμού THC αναμειγμένα με το πληρωτικό οξικό βιταμίνη E (και πιθανώς άλλες χημικές ουσίες) έχει οδηγήσει σε σοβαρές πνευμονικές ασθένειες και θανάτους . Εγκυμοσύνη: μωρά που γεννιούνται με προβλήματα προσοχής, μνήμης και επίλυσης προβλημάτων (NINDA, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΞΑΡΤΗΣΗ

4.1 ΕΘΙΣΜΟΣ

Η κατάχρηση ναρκωτικών σχετίζεται με την αλλαγή της σκέψης και της κρίσης ενός ατόμου, οδηγώντας σε προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του εθισμού και της απερίσκεπτης συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, η χορήγηση ουσιών όπως η κοκαΐνη ενεργοποιεί άμεσα και έντονα τα κυκλώματα ανταμοιβής του εγκεφάλου. Δεν γίνονται όλοι οι τοξικομανείς εθισμένοι, αλλά πολλά συστατικά μπαίνουν στο παιχνίδι για να επηρεάσουν την πιθανότητα ανάπτυξης εθισμού. Αυτά περιλαμβάνουν 1) τον παράγοντα / φάρμακο (διαθεσιμότητα, κόστος, ισχύς, τρόπος χορήγησης, ταχύτητα έναρξης και λήξη των επιδράσεων), 2) τον χρήστη (κληρονομικότητα, ψυχιατρικά χαρακτηριστικά, προηγούμενες εμπειρίες και τάση για συμπεριφορές κινδύνου), και 3) το περιβάλλον (κοινωνικό περιβάλλον, στάσεις της κοινότητας και επιρροή από συνομηλίκους, ευκαιρίες απασχόλησης ή εκπαίδευσης και ελεγχόμενα ερεθίσματα) (Beaulieu, 2017).

4.2 Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ο εθισμός μπορεί να περιγραφεί ως επαναλαμβανόμενος κύκλος με τρία στάδια. Κάθε στάδιο σχετίζεται ιδιαίτερα με μία από τις περιοχές του εγκεφάλου που περιγράφονται παραπάνω - βασικά γάγγλια, εκτεταμένη αμυγδαλή και προμετωπιαίο φλοιό. Αυτό το μοντέλο τριών σταδίων βασίζεται σε δεκαετίες έρευνας σε ανθρώπους και ζώα και παρέχει έναν χρήσιμο τρόπο για να κατανοήσουμε τα συμπτώματα του εθισμού, πώς μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί και πώς οι άνθρωποι μπορούν να αναρρώσουν από αυτόν (Yamada, 2008).

Τα τρία στάδια του κύκλου εθισμού και οι περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με αυτά είναι τα εξής:

Binge/Intoxication: το στάδιο στο οποίο ένα άτομο καταναλώνει μια μεθυστική ουσία και βιώνει τις ανταποδοτικές ή ευχάριστες συνέπειές της.

Απόσυρση /Αρνητικό αποτέλεσμα: το στάδιο στο οποίο ένα άτομο βιώνει μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση απουσία της ουσίας. και

Ενασχόληση/Πρόβλεψη: το στάδιο στο οποίο κάποιος αναζητά ξανά ουσίες μετά από μια περίοδο αποχής.

Τα τρία στάδια συνδέονται και τρέφονται μεταξύ τους, αλλά περιλαμβάνουν επίσης διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, κυκλώματα (ή δίκτυα) και νευροδιαβιβαστές και έχουν ως αποτέλεσμα συγκεκριμένα είδη αλλαγών στον εγκέφαλο. Ένα άτομο μπορεί να περάσει από αυτόν τον κύκλο τριών σταδίων κατά τη διάρκεια εβδομάδων ή μηνών ή να τον προχωρήσει αρκετές φορές την ημέρα. Μπορεί να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προχωρούν στον κύκλο και στην ένταση με την οποία βιώνουν καθένα από τα στάδια. Παρ'όλα αυτά, ο κύκλος εθισμού τείνει να ενταθεί με την πάροδο του χρόνου, οδηγώντας σε μεγαλύτερη σωματική και ψυχολογική βλάβη (Koob, 2010).

Τέσσερις συμπεριφορές είναι κεντρικές στον κύκλο εθισμού: παρορμητικότητα, θετική ενίσχυση, αρνητική ενίσχυση και ψυχαναγκαστικότητα. Για πολλούς ανθρώπους, η αρχική χρήση ουσιών συνεπάγεται ένα στοιχείο παρορμητικότητας, ή να ενεργεί χωρίς προνοητικότητα ή χωρίς συνεκτίμηση των συνεπειών. Για παράδειγμα, ένας έφηβος μπορεί παρορμητικά να πιει ένα πρώτο ποτό, να καπνίσει ένα τσιγάρο, να αρχίσει να πειραματίζεται με μαριχουάνα ή να υποκύπτει στην πίεση των συνομηλίκων του για να δοκιμάσει ναρκωτικά σε πάρτι. Εάν η εμπειρία είναι ευχάριστη, αυτό το συναίσθημα ενισχύει θετικά τη χρήση ουσίας, καθιστώντας το άτομο πιο πιθανό να πάρει ξανά την ουσία (Gelernter & Kranzler, 2010).

Ένα άλλο άτομο μπορεί να πάρει μια ουσία για να ανακουφίσει τα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, το άγχος ή η κατάθλιψη. Σε αυτή την περίπτωση, η προσωρινή ανακούφιση που φέρνει η ουσία από τα αρνητικά συναισθήματα ενισχύει αρνητικά τη χρήση ουσίας, αυξάνοντας την πιθανότητα να χρησιμοποιήσει ξανά το άτομο. Είναι σημαντικό ότι η θετική και η αρνητική ενίσχυση δεν χρειάζεται να καθοδηγούνται αποκλειστικά από τις επιδράσεις των φαρμάκων. Πολλά άλλα περιβαλλοντικά και κοινωνικά ερεθίσματα μπορούν να ενισχύσουν μια συμπεριφορά. Για παράδειγμα, η έγκριση των συνομηλίκων ενισχύει θετικά τη χρήση ουσιών σε ορισμένα άτομα. Ομοίως, εάν η κατανάλωση ναρκωτικών ή η χρήση ναρκωτικών με άλλους παρέχει ανακούφιση από την κοινωνική απομόνωση, η συμπεριφορά χρήσης ουσιών θα μπορούσε να ενισχυθεί αρνητικά.

Συστήματα ανταμοιβής εγκεφάλου εθιστικών ουσιών «Hijack»

Όλες οι εθιστικές ουσίες παράγουν συναισθήματα ευχαρίστησης. Αυτά τα «ανταποδοτικά αποτελέσματα» ενισχύουν θετικά τη χρήση τους και αυξάνουν την πιθανότητα επαναλαμβανόμενης χρήσης. Οι ανταποδοτικές επιδράσεις των ουσιών περιλαμβάνουν δραστηριότητα στον πυκνό πυρήνα, συμπεριλαμβανομένης της ενεργοποίησης του συστήματος σηματοδότησης ντοπαμίνης και οπιοειδών στον εγκέφαλο. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νευρώνες που απελευθερώνουν ντοπαμίνη ενεργοποιούνται, άμεσα ή έμμεσα, από όλες τις εθιστικές ουσίες, αλλά ιδιαίτερα από διεγερτικά όπως η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και η νικοτίνη. Επιπλέον, το οπιοειδές σύστημα του εγκεφάλου, το οποίο περιλαμβάνει φυσικά απαντώμενα μόρια οπιοειδών (δηλ. Ενδορφίνες, εγκεφαλίνες και δυναορφίνες) και τρεις τύπους υποδοχέων οπιοειδών (δηλαδή, mu, delta και kappa), παίζει βασικό ρόλο στη διαμεσολάβηση των ανταμοιβών άλλων εθιστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των οπιοειδών και του αλκοόλ. Η ενεργοποίηση του οπιοειδούς συστήματος από αυτές τις ουσίες διεγείρει τον πυρήνα που επικεντρώνεται άμεσα ή έμμεσα μέσω του συστήματος ντοπαμίνης. Μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου σε ανθρώπους δείχνουν ενεργοποίηση νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και οπιοειδών κατά τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (συμπεριλαμβανομένης της νικοτίνης). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι ανταγωνιστές ή αναστολείς των υποδοχέων ντοπαμίνης και οπιοειδών μπορούν να εμποδίσουν την αναζήτηση ναρκωτικών και αλκοόλ τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους (Koob, 2010). Τα κανναβινοειδή όπως η δέλτα-9-τετραυδροκανναβινόλη (THC), το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό της μαριχουάνας, στοχεύουν στο εσωτερικό ή ενδογενές σύστημα κανναβινοειδών του εγκεφάλου. Αυτό το σύστημα συμβάλλει επίσης στην ανταμοιβή επηρεάζοντας τη λειτουργία των νευρώνων ντοπαμίνης και την απελευθέρωση ντοπαμίνης στο ΚΝΣ (Tetsunaga et al., 2018).

Διαφορετικές κατηγορίες ουσιών επηρεάζουν τον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά με διαφορετικούς τρόπους. Αν και τα τρία στάδια του εθισμού ισχύουν γενικά για όλες τις εθιστικές ουσίες, διαφορετικές ουσίες επηρεάζουν τον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά με διαφορετικούς τρόπους σε κάθε στάδιο του κύκλου εθισμού. Οι διαφορές στη φαρμακοκινητική διαφόρων ουσιών καθορίζουν τη διάρκεια των επιδράσεών τους στο σώμα και εν μέρει οφείλονται στις διαφορές στα πρότυπα χρήσης τους. Για παράδειγμα, η νικοτίνη έχει μικρό χρόνο ημίσειας ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι οι καπνιστές πρέπει να καπνίζουν συχνά για να διατηρήσουν το αποτέλεσμα. Αντίθετα, η

THC, η κύρια ψυχοδραστική ένωση στη μαριχουάνα, έχει πολύ μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής. Ως αποτέλεσμα, οι καπνιστές μαριχουάνας συνήθως δεν καπνίζουν τόσο συχνά όσο οι καπνιστές (Koob, 2010). Τυπικά σχήματα χρήσης περιγράφονται παρακάτω για τις κύριες κατηγορίες εθιστικών ουσιών. Ωστόσο, οι άνθρωποι συχνά χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες σε συνδυασμό. Απαιτείται πρόσθετη έρευνα για να κατανοηθεί πώς η χρήση περισσότερων από μία ουσιών επηρεάζει τον εγκέφαλο και την ανάπτυξη και εξέλιξη του εθισμού, καθώς και πώς η χρήση μιας ουσίας επηρεάζει τη χρήση άλλων (Dick & Agrawal, 2008).

4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Παρακάτω ακολουθούν τέσσερα κριτήρια αναγνώρισης εξαρτημένων ατόμων από εθιστικές ουσίες σύμφωνα με τον Gutland (1985).

1. **Αλλαγές στην προσωπικότητα:** Για παράδειγμα, επιθετική συμπεριφορά που αλλάζει απότομα και γίνεται ευχάριστη. Επιπλέον τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μυστικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, απομόνωση από την οικογένεια, αδιαφορία για τους άλλους, λένε ψέματα και μπορεί να κλέβουν.
2. **Σωματική εμφάνιση:** Δηλαδή εμφανίζουν απώλεια βάρους, ανορεξία, εικόνα κατάρρευσης, αδιαφορία για την εμφάνιση τους και πολλές φορές υπάρχει εναλλαγή από την ηρεμία στην υπερδιέγερση. Παράλληλα, παρουσιάζουν ιδρωμένο πρόσωπο, χέρια που τρέμουν και ρούφηγμα της μύτης όταν δεν έχουν λάβει την δόση τους, φοράνε μακριά ρούχα για να καλύψουν τα σημάδια από τις ενέσεις και αποφεύγουν την οπτική επαφή με τον συνομιλητή τους. Όταν βρίσκονται υπό την επήρεια οι κόρες των ματιών τους είναι μικρές ενώ διαστέλλονται όταν στερούνται την δόση τους.
3. **Αίσθηση του χρόνου:** Μένουν στο κρεβάτι για αρκετές ώρες μέσα στην μέρα, ενώ κατά την διάρκεια της νύχτας βγαίνουν ως αργά και αποφεύγουν την συναναστροφή με την οικογένεια.
4. **Υποπτα αντικείμενα:** Συνήθως χρησιμοποιούν λεμόνια για την διάλυση της ηρωίνης, καθώς επίσης αλουμινόχαρτο, σύριγγες και βελόνες (Gilbert et al., 2011).

4.4 Η ΣΚΟΤΕΙΝΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Η «σκοτεινή πλευρά του εθισμού» περιλαμβάνει αλλοστατικές αλλαγές που οδηγούν στη χρήση ναρκωτικών ως μέσο για την αντιμετώπιση της δυσφορίας και της δυσφορίας που σχετίζονται με την απόσυρση και τη διακοπή των ναρκωτικών. Οι μελέτες εμπλέκουν την εκτεταμένη αμυγδαλή (κεντρικός πυρήνας της αμυγδαλής, πυρήνας κλίνης του τερματικού ραβδίου και περιοχή μετάβασης στο κέλυφος NAc), παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) και νορεπινεφρίνη σε αυτές τις αλλοστατικές αποκρίσεις. Η υπερρύθμιση του συστήματος υποδοχέων οπιοειδών δυνωρφίνης/κάπας έχει επίσης συσχετιστεί με τη δυσφορία και την αυξημένη ευαισθησία στο άγχος κατά τη διακοπή του φαρμάκου. Παράλληλα, όμως, ο περιορισμός της σηματοδότησης νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με θετικές ανταμοιβές, όπως DA, εγκεφαλίνες, ενδοκανναβινοειδή και η μειωμένη αναστολή DA μέσω του D2R της έμμεσης οδού, η οποία σηματοδοτεί αρνητικές απαντήσεις, μπορεί επίσης να συμβάλει στη δυσφορία στον εθισμό.

Πρόσφατα, μελέτες έχουν προσδιορίσει το πλευρικό ηγία (LHB) ως μία περιοχή του εγκεφάλου διασπαστούν με φάρμακα που θα μπορούσαν επίσης να συμβάλλουν στην πλευρά σκοτεινό του εθισμού. Το LHb, μέσω της προβολής του στον κολοκυθιαίο τμηματικό πυρήνα, μπορεί να αναστείλει την πυροδότηση των κυττάρων DA. Το LHb ενεργοποιείται μετά από έκθεση σε ανεκπλήρωτες προσδοκίες και αποτρεπτικά ερεθίσματα, τα οποία θα μπορούσαν επομένως να συμβάλουν επίσης στην αυξημένη ευαισθησία στο άγχος στον εθισμό.

Οι άνθρωποι εμφανίζουν ενεργοποίηση τόσο στο VTA όσο και στο habenula ως απάντηση σε αρνητικά γεγονότα. Διαπιστώσαμε ότι διάφοροι κυτταρικοί φαινότυποι VTA, οι οποίοι μπορεί να εμπλέκονται σε διαφορετικές συμπεριφορές, συνάπτουν νευρώνες LHb. Αυτή η συναπτική πολυπλοκότητα αντικατοπτρίζεται σε μελέτες συμπεριφοράς που δείχνουν ότι η φωτο-ενεργοποίηση LHb ορισμένων ιών από το VTA προκαλεί ανταμοιβή, ενώ η ενεργοποίηση άλλων προκαλεί αποστροφή. Η συναπτική πολυπλοκότητα της LHb που παρέχεται από το VTA δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς πολλαπλά ρεύματα πληροφοριών μπορούν να κωδικοποιηθούν και να αποκωδικοποιηθούν από τους διαφορετικούς τύπους κυττάρων VTA και τους

αντίστοιχους επαγωγικούς τους στόχους προς τα κάτω εγκεφάλου (Volkow & Morales, 2015).

4.5 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Όταν ο εξαρτώμενος σταματήσει να λαμβάνει τις εξαρτησιογόνες ουσίες τότε έρχεται αντιμέτωπος με το λεγόμενο σύνδρομο στέρησης. Στερητικό σύνδρομο ονομάζουμε το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται όταν μειωθεί σε σημαντικό βαθμό ή διακοπεί απότομα η δόση και η συχνότητα λήψης μιας ουσίας. Η χρονική εμφάνιση των στερητικών συμπτωμάτων δεν είναι πάντα η ίδια καθώς εξαρτάται από την ημιπερίοδο ζωής της κάθε ουσίας καθώς και τον βαθμό μεταβολισμού της στον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπροσθέτως, τα στερητικά συμπτώματα παρουσιάζονται εντονότερα σε ομάδες φαρμάκων που αποβάλλονται ταχύτερα από τον οργανισμό. Απεναντίας, φάρμακα τα οποία αποβάλλονται με πιο αργούς ρυθμούς η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη (Κοτρώτσου και συν., 2000).

Κάποια από τα συμπτώματα στέρησης είναι: Άγχος, αϋπνία, υπερδιέγερση, αίσθημα κόπωσης τα οποία τις περισσότερες φορές συνοδεύονται με αυξημένη πίεση, ταχυπαλμία, ναυτία, και διάρροια. Ακόμα ο χρήστης μπορεί να εμφανίσει λόγω του στερητικού συνδρόμου έντονους σπασμούς και μυϊκές κράμπες (Βαρβαρήγος και συν., 2014).

Έτσι έχει παρατηρηθεί ότι η κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων στέρησης που έχει επικρατήσει είναι η εξής:

-Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου κεντρικού συστήματος: Στη πρώτη φάση γίνονται αντιληπτά συμπτώματα όπως ταχυσφυγμία, εμετοί, διάρροια, ρινόρροια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και μυδρίαση.

-Νευρικήτητα: Το άγχος, το τρέμουλο, η αϋπνία και μια γενικότερη ανησυχία είναι κυρίαρχα στον οργανισμό του χρήστη σε αυτή τη φάση.

-Μυοσκελετικά συμπτώματα: Σε αυτό το στάδιο παρατηρούνται συμπτώματα όπως οσφυαλγία, αρθραλγία και γενικότερα μυοσκελετικοί πόνοι.

-Όψιμη αγγώδης αντίδραση: Η κατάσταση αυτή δεν σχετίζεται με το σύνδρομο στέρησης αλλά μπορεί να τύχει να παρουσιαστεί μετά από αρκετό χρονικό διάστημα, διακινδυνεύοντας την ψυχική υγεία του πρώην εξαρτώμενου (Κοκκέβη, 2008).

4.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ

Υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και εθισμού. Πολλοί άνθρωποι είχαν την ατυχή εμπειρία να παρακολουθούν έναν φίλο ή μέλος της οικογένειας να παλεύει με τον εθισμό. Όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί μια ουσία διαβρώνει τους κοινωνικούς δεσμούς με την πάροδο του χρόνου καθώς αρχίζει να χάνει τις κοινωνικές του υποχρεώσεις, συμπεριφέρεται μυστικά προκειμένου να αποκτήσει ή να χρησιμοποιήσει την ουσία και επενδύει λιγότερο σε σχέσεις που υπάρχουν εκτός της σφαίρας χρήσης ναρκωτικών-συμπεριφορές που σωματικά και κοινωνικά απομονώνουν το άτομο από την οικογένεια και τους φίλους του. Αυτή η αμφίδρομη σχέση δημιουργεί έναν κύκλο στον οποίο ένα άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα της απομόνωσης συμμετέχοντας στη χρήση ναρκωτικών, το οποίο στη συνέχεια το απομονώνει περαιτέρω από την κοινωνία και τα αγαπημένα τους πρόσωπα, οδηγώντας το να ασχοληθούν περισσότερο με τη χρήση ναρκωτικών και ούτω καθεξής. Ενώ η απομόνωση σχετίζεται γενικά με διαταραχές χρήσης ουσιών, υπάρχουν ενδεικτικές ενδείξεις ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική για εκείνους με διαταραχή χρήσης οπιοειδών. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν οπιοειδή είναι πιο πιθανό από εκείνα που χρησιμοποιούν άλλες ουσίες να έχουν ασταθή κοινωνικά δίκτυα, ασταθή απασχόληση και χαμηλότερα εκπαιδευτικά επιτεύγματα και να βιώνουν στίγμα για τη διαταραχή τους - οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν οπιοειδή είναι πιο κοινωνικά απομονωμένοι από τους ανθρώπους που χρησιμοποιήστε άλλα φάρμακα (Dingle et al., 2015).

Όσοι χρησιμοποιούν οπιοειδή είναι πιο πιθανό να έχουν ασταθή κοινωνικά δίκτυα εν μέρει επειδή η σύνθεση των δικτύων αλλάζει καθώς το άτομο μεταβαίνει σε χρήση οπιοειδών. Μια διαχρονική μελέτη ατόμων που κάνουν ένεση ηρωίνης (με ταυτόχρονη ένεση κοκαΐνης) διαπίστωσε ότι εκείνοι των οποίων τα κοινωνικά δίκτυα αλλάζουν περισσότερο με την πάροδο του χρόνου ήταν πιο πιθανό να ασχοληθούν με πιο επικίνδυνες πρακτικές ένεσης από εκείνους των οποίων τα δίκτυα ήταν πιο σταθερά με την πάροδο του χρόνου, ακόμα κι αν τα μέλη του σταθερού δικτύου χρησιμοποιούσαν επίσης παράνομα ναρκωτικά. Μια μελέτη σε άστεγους νέους στο Λος Άντζελες

συνέκρινε τη δομή των κοινωνικών δικτύων μεταξύ εκείνων που χρησιμοποιούσαν κοκαΐνη, μεθαμφεταμίνη και ηρωίνη και ανέφεραν διαφορές στη δομή της χρήσης του δικτύου: η κοκαΐνη χρησιμοποιείται ευρέως σε κοινωνικά δίκτυα και η μεθαμφεταμίνη συγκεντρώνεται σε ένα βασικό κοινωνικό δίκτυο. δίκτυο, ενώ η χρήση ηρωίνης τείνει να συγκεντρώνεται σε δυάδες ή μικρές κλίκες (Fosnocht et al., 2019). Επιπλέον, το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιούνται οπιοειδή και διεγερτικά συμβάλλει στη μοναχική φύση της χρήσης οπιοειδών: τα άτομα που χρησιμοποιούν οπιοειδή είναι πιο πιθανό να τα χρησιμοποιούν στο σπίτι, ενώ εκείνα που χρησιμοποιούν κοκαΐνη είναι πιο πιθανό να τα χρησιμοποιούν εκτός σπιτιού: λειτουργικά Η έρευνα απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού αναφέρει ότι η αλλαγή αυτών των πλαισίων (π.χ. ζητώντας από τους ανθρώπους να φανταστούν τη χρήση ηρωίνης εκτός σπιτιού και τη χρήση κοκαΐνης στο σπίτι) παράγει «αρνητικές» συναισθηματικές καταστάσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για την κρίση υπερδοσολογίας, καθώς η ναλοξόνη, το φάρμακο αντιστροφής της υπερδοσολογίας, είναι σχεδόν αδύνατο να αυτοχορηγηθεί ενώ γίνεται υπερδοσολογία-όσοι χρησιμοποιούν μόνοι τους αποτελούν πάνω από τις μισές θανατηφόρες υπερδοσολογίες (Wojcicki, 2019). Αυτό δείχνει ότι ενώ η κοινωνική δυσλειτουργία συνδέεται γενικά με τη χρήση ναρκωτικών, υπάρχει μια συγκεκριμένη σχέση μεταξύ οπιοειδών και απομονωμένων κοινωνικών δικτύων (Dingle et al., 2015).

4.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Όπως έχουμε αναφέρει ξανά, άτομα που κάνουν χρήση ουσιών στιγματίζονται από την κοινωνία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην ομολογούν τα προβλήματα που έχουν και να μην ζητούν βοήθεια για αυτά. Επίσης, όταν νιώθουν την αρνητική στάση από τους επαγγελματίες υγείας, τους κρύβουν πληροφορίες που σχετίζονται με τη χρήση και που είναι σημαντικές. Για τον λόγο αυτό, είναι πολύ πιο σημαντικό για έναν επαγγελματία υγείας να μην έχει αρνητική στάση και να μην κρίνει τον ασθενή που έχει να βοηθήσει, παρά να χαρακτηρίζεται από γνώσεις ειδικές για το πώς να αντιμετωπίσει το σύνολο των ασθενών που κάνουν χρήση ουσιών. Βέβαια, θα πρέπει να υπάρχει ένα μέτρο, επειδή κρατώντας σε απόσταση τους ασθενείς, νιώθουν αποξένωση και περιθωριοποίηση από το σύνολο της κοινωνίας. Μεγαλώνει η αίσθηση της απομόνωσης και προκαλείται επιθετική συμπεριφορά (Μισουρίδου Ε., 2015).

4.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Η κοινωνική επανένταξη του τοξικομανούς απαιτεί:

Από μέρους της Πολιτείας, σωστά προγράμματα επαγγελματικής και κοινωνικής μέριμνας των αποθεραπευμένων. Το εξαρτημένο άτομο πρέπει να είναι σε θέση, μετά τη θεραπεία του, να επανέλθει ενεργά στην κοινωνία και να αντιμετωπίσει δυναμικά τα προβλήματά του.

Από μέρους της οικογένειας, του περιβάλλοντος του, της εκκλησίας μια νέα θεώρησή των σχέσεων. Η γνωριμία με την κάνναβη εισάγει το άτομο στο δρόμο των «ναρκωτικών» και αργά ή γρήγορα ο χρήστης υποκινούμενος από τη περιέργεια μπορεί εύκολα να «περάσει» και στα άλλα «ναρκωτικά». Αυτό εξάλλου έχει αποδειχθεί και στην καθημερινή πράξη, αφού από επιδημιολογικές μελέτες έχει αποδειχθεί, ότι οι πιο πολλοί από τους ηρωινομανείς «ξεκίνησαν» κάποτε από την κάνναβη για να «περάσουν» αργότερα στα άλλα «ναρκωτικά» μέχρι και στην ηρωίνη.

Όλα τα ναρκωτικά, «μαλακά» και «σκληρά», επιφέρουν σοβαρή βλάβη στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη. Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες, ακόμα και η κάνναβη, μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές στη προσωπικότητα και στη συμπεριφορά. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα από την αρχή της χρήσης το άτομο οδηγείται σε μια κατάσταση παθητικότητας και παράδοσης στη δράση του ναρκωτικού. Η προσπάθειες ενεργητικούς επίλυσης των προβλημάτων εξαφανίζονται και ο χρήστης εμφανίζει μια αρνητική στάση απέναντι στη ζωή, στάση αυτοκαταστροφική και μοιρολατρική. Αυτή η παθητική συμπεριφορά συνοδεύεται άρρηκτα από αδυναμία αποδοχής ευθυνών, ανικανότητα ολοκλήρωσης των στοιχειωδών υποχρεώσεων και κοινωνική απόσυρση, κατάσταση που τείνει να οδηγήσει το άτομο σε οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική αποδιοργάνωση που ακολουθείται από ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Η κοινωνική επικινδυνότητα του χρήστη δεν είναι μικρότερης σημασίας. Το άτομο κάτω από την επήρεια μίας ναρκωτικής ουσίας δεν φθείρει μόνο τον εαυτό του, αλλά είναι επικίνδυνο και για το υπόλοιπο κοινωνικό του σύνολο, αφού κάτω από την επήρεια του ναρκωτικού και τη διαταραχή των ψυχικών του λειτουργιών μπορεί να καταλήξει σε πράξεις εις βάρος της κοινωνίας με σαφή αδικοπρακτικό χαρακτήρα.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η διάκριση ενός μόνο ναρκωτικού έστω και του πιο αθώου από τα ναρκωτικά, δεν αποκλείει αργότερα το ενδεχόμενο να προσπαθήσουμε να διακρίνουμε και άλλες ισχυρότερες εξαρτησιογόνες ουσίες με περισσότερο εμφανείς και ανεπιθύμητες ενέργειες. (Κουτσελίνης, 2002).

4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι μια κατάσταση στην οποία υπάρχει θεραπεία. Ως ένα μέρος της θεραπείας οι ασθενείς παίρνουν φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν στη καταστολή του συνδρόμου στέρησης καθώς και στην εκμηδένιση της παρουσίας τους στον οργανισμό. Το υπόλοιπο μέρος της θεραπευτικής αγωγής περιλαμβάνει συμπεριφορικές θεραπείες. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής παροτρύνετε να συμμετέχει σε ψυχοθεραπείες, σε συναντήσεις με συμβούλους, σε ομάδες αλληλοβοήθειας και σε οικογενειακές θεραπείες (Ζαφειρίδης Φ. 1998).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι όσο περισσότερο θεραπεία δίνεται στον ασθενή τόσο και καλύτερα αποτελέσματα εμφανίζει. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για περισσότερο από 3 μήνες εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα και εξελίσσονται ταχύτερα από εκείνους που λαμβάνουν θεραπεία για λιγότερο χρονικό διάστημα.

Ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή χωρίς όμως κάποια επιπρόσθετη βοήθεια από ειδικούς ψυχολόγους ή συμμετοχή σε ομάδες στήριξης δυστυχώς εμφανίζουν τα ίδια αποτελέσματα με εκείνους που δεν έτυχαν ποτέ καμίας θεραπείας. Έρευνες που διεξάχθηκαν τα τελευταία 25 χρόνια έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή επιτυγχάνει την απεξάρτηση των χρηστών από τις ουσίες και συνάμα ελαττώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται στους εθισμένους από τα ναρκωτικά. Ακόμα, οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία έχουν μεγαλύτερο ποσοστό εύρεσης δουλειάς.

Ο σπουδαιότερος σκοπός όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης είναι η διαρκής αποχή από τη λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών. Τα προγράμματα θεραπειών απεξάρτησης χωρίζονται σε διάφορες μορφές:

-Οι βραχυπρόθεσμοι μέθοδοι κρατούν για λιγότερο από 6 μήνες. Μέρος του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελεί η αγωγή εσωτερικής βάσης που διεξάγεται σε

θεραπευτική κοινότητα καθώς και θεραπευτική αγωγή επί εξωτερικής βάσης δίχως φάρμακα.

-Η μακροπρόθεσμη θεραπεία αποτελείται από τη χορήγηση μεθαδόνης σε ασθενείς εθισμένους στα οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης καθώς και αγωγή εντός της θεραπευτικής κοινότητας.

Οι θεραπευτικές κοινότητες, στις οποίες αναφερθήκαμε και πιο πάνω είναι είναι προγράμματα αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτώμενων. Οι ασθενείς διαμένουν για 6 έως και 12 μήνες σε οικιστικές μονάδες και ακολουθούν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας. Τα άτομα που εισάγονται σε αυτές τις κοινότητες έχουν μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης, έχουν συμμετάσχει σε εγκλήματα ή εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς και λειτουργικότητας μέσα στη κοινωνία. Απώτερος στόχος των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι η ομαλή επανένταξη των ασθενών στη κοινωνία δίχως λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών και διακοπή συμμετοχής σε εγκληματικές και παράνομες πράξεις (Κοκκέβη Α.1988).

4.9.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ένας χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών είναι βαρυσήμαντο να ενταχθεί σε προγράμματα τα οποία ασχολούνται με τη σωματική και ψυχική απεξάρτηση. Η πολιτεία οφείλει να μεριμνήσει και να ιδρύσει κέντρα αποτοξίνωσης που πληρούν τις απαραίτητες προδιαγραφές. Αυτά τα κέντρα απεξάρτησης θα πρέπει να περιλαμβάνουν θεραπευτικά προγράμματα τα οποία θα διεξάγονται από ειδικούς επιστήμονες υγείας που θα γνωρίζουν σε βάθος το πρόβλημα και θα έχουν εντυφώσει στο κομμάτι της απεξάρτησης. Κάποια από τα πιο σημαντικά κέντρα που έχουν ιδρυθεί τα τελευταία χρόνια είναι τα εξής:

4.9.2 ΟΚΑΝΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995 με βάση το Νόμο 2161/1993. Είναι ένα νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα παροχής υπηρεσιών στο τομέα της απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο, κύριοι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι πρώτον ο συντονισμός, ο σχεδιασμός μιας εθνικής πολιτικής που σχετίζεται με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των τοξικομανών. Δεύτερον, στοχεύει στη μελέτη του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού. Τρίτον, ο ΟΚΑΝΑ είναι υπεύθυνος για την ίδρυση και την ομαλή λειτουργία κέντρων πρόληψης, μονάδων θεραπείας και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης (ΟΚΑΝΑ, 2021).

4.9.3 ΚΕΘΕΑ: ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Το Κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων (ΚΕΘΕΑ) αποτελεί το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών που σχετίζονται με την απεξάρτηση και τη κοινωνική επανένταξη στην Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ βρίσκεται δίπλα στους χρήστες και στις οικογένειες τους από το 1983. Προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες χωρίς λίστα αναμονής σε σωφρονιστικά ιδρύματα, στο δρόμο καθώς και σε μονάδες σε όλη τη χώρα. Επιπροσθέτως το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται και σε άτομα με άλλου είδους εξαρτήσεις όπως ο τζόγος, το διαδίκτυο. Ο συγκεκριμένος οργανισμός έχει δημιουργήσει θεραπευτικά προγράμματα με στόχο την αντιμετώπιση της εξάρτησης και όλων των περαιτέρω προβλημάτων που “γεννιούνται”. Παρέχονται ειδικές θεραπείες, υποστηρίζεται η οικογένεια των χρηστών, δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση, την κατάρτιση και τέλος την επανένταξη των ατόμων στη κοινωνία. Απώτερος στόχος του ΚΕΘΕΑ είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις εξαρτήσεις και η ομαλή προσαρμογή των ασθενών στους καθημερινούς ρυθμούς της κοινωνίας, χωρίς τη χορηγία φαρμάκων ή υποκατάστατων κατά τη διάρκεια της θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι μελέτες των τελευταίων χρόνων έχουν βγεί στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη οφείλει να εστιάζει σε όλο τον πληθυσμό και όχι μόνο στα άτομα νεαρής ηλικίας. Η πρωτοβάθμια πρόληψη, λοιπόν, έχει ως στόχο τον πληθυσμό εκείνο που φέρει την ευθύνη για την ανατροφή, την διαπαιδαγώγηση και την εκπαίδευση των παιδιών. Σε μια κοινότητα, πρωτοβάθμια πρόληψη αποτελεί μια επιτροπή ψυχικής υγείας σε μια μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής, στην οποία πολύ σημαντικό ρόλο παίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος μπορεί να εστιάσει, καθώς και να παρέμβει σε σημαντικά σημεία (Κοκκέβη, 1988). Η ενημέρωση αποτελεί τον σημαντικότερο ρόλο στο κομμάτι της πρόληψης. Στηριζόμενος στην ενημέρωση αυτή, ο νοσηλευτής δημιουργεί κάποια προγράμματα εκπαιδευτικού χαρακτήρα τα οποία πρέπει να είναι στενά συνδεδεμένα με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Είναι σημαντικό να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στους παράγοντες που συνδέονται με την τοξικομανία και όχι στη συμπεριφορά του ασθενούς. Ο στόχος της πρόληψης είναι η ανάπτυξη των κατάλληλων γνώσεων στο άτομο, καθώς και απαραίτητων στάσεων και δεξιοτήτων οι οποίες είναι χρήσιμες προκειμένου να διευκολυνθεί η αντίσταση του στην προσφορά εξαρτησιογόνων ουσιών (Μπάφη, 2011). Ακόμα επιδιώκεται να δημιουργηθεί το κατάλληλο κλίμα στο περιβάλλον του ασθενούς το οποίο θα τον υποστηρίξει θετικά (Κοκκέβη, 1988).

Καταλαβαίνουμε λοιπόν, το πόσο σημαντικό είναι να ενταχθεί η πρόληψη στο εκπαιδευτικό σύστημα μέσω ειδικών προγραμμάτων. Το πιο κατάλληλο μέρος για να εφαρμοστεί ένα πρωτογενές πρόγραμμα πρόληψης αποτελεί το σχολείο καθώς εκεί βρίσκεται η πλειοψηφία των νέων. Τα άτομα αυτών των ηλικιών είναι εκείνα στα οποία οι αρνητικές συνήθειες δεν έχουν εγκατασταθεί πλήρως. Για τον λόγο αυτό η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει σε αυτά. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός καθώς είναι υποχρεωμένος να βοηθήσει προκειμένου να μπορέσουν να ενωθούν τόσο οι τοπικές υπηρεσίες υγείας όσο και οι κοινωνικές με το σχολικό σύστημα. Η μέθοδοι αυτοί πρόληψης που ακολουθούν τα σχολεία έχουν σκοπό την βελτίωση των

διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών και της ψυχικής τους υγείας καθώς επίσης και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Ένα από τα χαρακτηριστικά της μεθόδου πρόληψης που πρέπει να ακολουθείται στα σχολεία είναι η ενίσχυση της εκτίμησης των ατόμων για τον εαυτό τους και η μείωση της αποξένωσης. Ενθαρρύνει τους νέους μαθητές να παίρνουν αποφάσεις και να είναι ενεργοί κατά την διαδικασία της μάθησης, καθώς επίσης και να επιλέγουν ελεύθερα έναν τρόπο ζωής υγιούς χαρακτήρα. Τέλος, δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο οι αξίες της ζωής μπορεί να έρθουν αντιμέτωπες με την πραγματικότητα, δίνοντας τους έτσι την δυνατότητα να μπορούν να διευκρινίσουν τις αξίες αυτές (Κοκκέβη, 1988).

Εκτός από το σχολείο οι μαθητές επηρεάζονται από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον τους. Αυτοί είναι δυο παράγοντες οι οποίοι, με βάση τις αποδείξεις ερευνών, αποτελούν βαρυσήμαντοι κίνδυνοι επιρροής στην περίπτωση που κάνουν χρήση ουσιών. Όπως είναι κατανοητό, λοιπόν, το σχολείο από μόνο του δεν αποτελεί επαρκή συνθήκη πρόληψης, καθώς δε θα ήταν εφικτό να αντιμετωπίσει τέτοιες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που διατηρεί την σύνδεση της οικογένειας με την κοινότητα, καθώς είναι αυτός που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν σε κάθε οικογένεια. Επίσης, ο νοσηλευτής γνωρίζει την άμεση σύνδεση της πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες με τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών από τις οικογένειές τους. Οι γονείς πρέπει να βοηθηθούν ιδιαίτερα μέσω μιας συντονισμένης παρέμβασης στην οικογένεια, προκειμένου να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτούς και τα παιδιά τους και έτσι να γίνουν ικανοί, και μπορέσουν να πραγματοποιήσουν ένα ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με αυτά. Οι επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον των ουσιοεξαρτόμενων είναι πολλές, κάνοντας το οικογενειακό σύστημα δυσλειτουργικό. Παράλληλα, η έλλειψη κάποιου προτύπου από τους γονείς προς τα παιδιά τους, ώστε να μπορέσουν τα τελευταία να ταυτιστούν, οδηγεί σε ελλειμματικές και ανώριμες προσωπικότητες, με καταθλιπτικές τάσεις, απογοητευμένες και παραιτημένες από τη ζωή, που συχνά καταφεύγουν σε αλκοόλ προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της ζωής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη περίπτωση πρόληψης είναι να διδάξει τέτοιες μεθόδους και τρόπους στους γονείς οι οποίοι θα βοηθήσουν τα παιδιά να αρνηθούν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Συγκεκριμένα προστατεύουν τα παιδιά τα οποία τα χαρακτηρίζει η μιμητική συμπεριφορά, διδάσκοντας στα άτομα που έχουν την ευθύνη της διαπαιδαγώγησης και της ανατροφής τους τον τρόπο με τον οποίο να δίνουν το

καλό παράδειγμα. Πολύ σημαντικό ρόλο αποτελεί η ενθάρρυνση και η επιβράβευση που πρέπει να δίνεται από τους γονείς στα παιδιά τους για τις προσπάθειες που κατέβαλαν, ανεξαρτήτως αποτελέσματος. Η προσωπικότητα τους με αυτό τον τρόπο ενδυναμώνεται, εξαιτίας του αισθήματος εμπιστοσύνης που νιώθουν από τους γονείς τους. Αυτό με τη σειρά του βοηθάει να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία τους προκύψει στη ζωή (Κοκκέβη, 1988).

Όσον αφορά το φιλικό περιβάλλον των παιδιών, αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια στη ζωή τους. Πολλοί γονείς, προσπαθούν να απομονώσουν τα παιδιά τους από τις φιλικές τους παρέες, νομίζοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα τα προστατέψουν από τη χρήση ουσιών και αυτό δημιουργεί μεγάλη πίεση στους εφήβους, προκαλώντας πολλές φορές τα αντίθετα αποτελέσματα. Αντίθετα, σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σημαντικό να διδαχθούν τα παιδιά τρόπους με τους οποίους να μπορέσουν να αντισταθούν στην επιρροή κάποιου φίλου τους που κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και να απασχοληθούν με υγιείς δραστηριότητες που τους δίνουν την δυνατότητα να ξεφύγουν από τις καθημερινές πιέσεις (Κοκκέβη, 1988).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι εκείνοι που ενημερώνουν τους γονείς για τις συμπεριφορές των παιδιών τους ώστε να τους αφυπνίσουν, καθώς οι γονείς είναι οι πρώτοι που πρέπει να αντιληφθούν κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά των παιδιών τους. Συγκεντρωτικά, όσον αφορά την πρωτοβάθμια πρόληψη, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε να δημιουργηθούν αμφίδρομες σχέσεις ανάμεσα στην κοινότητα και την ομάδα ψυχικής υγείας και οι σχέσεις αυτές να παραμείνουν. Σκοπό του είναι να πραγματοποιεί και να προωθεί προγράμματα πρόληψης, ώστε να συμμετάσχει ενεργά όσο το δυνατόν γίνεται μέρος της κοινότητας. Συνεπώς, για να μπορέσει να επιτύχει τα παραπάνω θα πρέπει να γνωρίζει την κοινότητα σε άριστο βαθμό, να γνωρίζει το επίπεδο της μόρφωσης της και τη σύνθεση του πληθυσμού της, καθώς η κάθε κοινότητα είναι ξεχωριστή (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην δευτερογενή πρόληψη, περιλαμβάνονται άτομα με μακροχρόνια εξάρτηση από ουσίες, άτομα που έχουν συμμετάσχει σε κάποια δραστηριότητα εγκληματικού χαρακτήρα εξαιτίας της χρήσης ουσιών ή άτομα να οποία δυσκολεύονται να ενταχθούν

και να λειτουργήσουν στην κοινωνία (Σαρρής, 2001). Στόχος της είναι να βοηθήσει έγκαιρα τους ασθενείς μέσω φαρμακευτικής, ψυχοθεραπευτικής και συμβουλευτικής παρακολούθησης, τόσο των ίδιων, όσο και των οικογενειών τους, αφού πρώτα εντοπίσει τους ψυχικά ασθενείς και προβεί στην έγκαιρη διάγνωση τους. Επιπλέον, η δευτερογενής πρόληψη έχει στόχο να αποφευχθεί η παραβατική συμπεριφορά του ασθενούς και οι περαιτέρω παθολογικές επιπτώσεις (Κούκια, 2014). Παράλληλα, ο νοσηλευτής προκειμένου να προσεγγίσει τα άτομα που εξαρτώνται από ουσίες, αλλά και για να τους προσφέρει φροντίδα, χρησιμοποιεί τη θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία. Μέσω της επικοινωνίας αυτής το εξαρτημένο άτομο μπορεί να αντιληφθεί και να παραδεχτεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και επίσης να προσαρμοστεί σε αυτήν ενεργητικά (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

Πολύ σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να μπορέσει να διερευνήσει εάν τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια ουσία έχουν απομακρυνθεί από την οικογένεια και τους φίλους τους, και στην περίπτωση που αυτό δεν συμβαίνει, τότε να φροντίσει για τη διατήρηση και τη σύσφιξη των σχέσεων τους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι έχει να αντιμετωπίσει έναν άνθρωπο και να μην τον αντιμετωπίζει σαν ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο οι προσπάθειές του είναι πιο αποτελεσματικές και γίνεται καλύτερος επαγγελματίας. Για να το κατορθώσει αυτό θα πρέπει να φέρεται με ευγένεια στον χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών, με ενδιαφέρον και ειλικρίνεια, έτσι ώστε και ο ίδιος ο χρήστης με τη σειρά του να είναι ειλικρινής. Τέλος ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να συζητάει με τον χρήστη και δείχνει συνεργάσιμος. Η συνεχής επαφή με τον ασθενή οδηγεί στο να αναγνωρίζει ο νοσηλευτής κάθε φάση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο πρώτος, όπως για παράδειγμα την έγκαιρη αντίχρεωση στην περίπτωση υποτροπών. Τέλος, να αναφέρουμε ότι τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα, η συνεχής παροχή φροντίδας ενισχύεται από τους κανόνες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας αφορούν στην ισότιμη αντιμετώπιση των χρηστών, χωρίς οποιουδήποτε είδους ρατσιστικές τάσεις (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Έπειτα, περνώντας στην τριτοβάθμια πρόληψη, εφόσον τα άτομα έχουν καταφέρει να απεξαρτηθούν στόχος είναι να αποκατασταθούν και να συμμετάσχουν στις διαδικασίες της κοινότητας, αλλά και να συνεχίσουν ομαλά την ακαδημαϊκή και επαγγελματική τους κατεύθυνση (Κούκια, 2014). Το πρώτο στάδιο της αποκατάστασης του ατόμου είναι η εκπαίδευση του πάνω στα θέματα της καθημερινότητας, κομμάτι το οποίο αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Ακόμα ένας ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το στάδιο είναι να «εκπαιδεύσει» και τους φορείς της κοινότητας. Αυτός είναι ένας εξίσου πολύ σημαντικός ρόλος, διότι η κοινότητα συμβάλλει στο να αποκαταστήσει τόσο κοινωνικά όσο και επαγγελματικά τους ασθενείς. Λόγω του ότι ο χρήστης έχει οδηγηθεί σε ψυχική, σωματική, επαγγελματική, κοινωνική μετάπτωση, χρειάζεται η αντιμετώπισή τους προκειμένου να επιτευχθεί η αποκατάσταση και αυτό είναι κάτι που οφείλει να ξέρει ο νοσηλευτής (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

5.4 ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Ο νοσηλευτής εξαρτήσεων αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις στην κλινική πράξη, οι οποίες απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη διαχείριση αντιπαραθέσεων και στην εκτίμηση κινδύνου (Clancy et al., 2002). Οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν ικανότητα ενσυναίσθησης αλλά και διάκρισης των περιστάσεων στις οποίες καλούνται να εκφράσουν συμπάθεια προς τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Στην ουσία ενστερνίζονται μια στάση ουδετερότητας και άνευ όρων αποδοχής του ατόμου, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν ο νοσηλευτής κατανοεί τη φύση του εθισμού και τα προβλήματα του χρήστη. Η σχέση ασθενή-νοσηλευτή χαρακτηρίζεται από μια νοοτροπία αυτονομίας, η οποία δεν υπάρχει στη γενική νοσηλευτική. Στα γενικά νοσοκομεία οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της φροντίδας των ασθενών σε μεγαλύτερο

βαθμό απ' ότι στη νοσηλευτική εξαρτήσεων όπου προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής του.

Συνολικά, οι κατηγορίες ικανοτήτων που αναφέρθηκαν ήταν οι εξής: Αρχικά, ικανότητες περίθαλψης σωματικών προβλημάτων (χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και σχετική παρακολούθηση, αποτοξίνωση, ιατρικά προβλήματα) και ικανότητες αξιολόγησης του ατόμου και της οικογένειας (η αξιολόγηση είναι λεπτομερής, ολιστική, απαιτεί το αναπτυξιακό ιστορικό του ασθενή). Επίσης, ικανότητες πάνω στη διαχείριση ασθενών (τα άτομα παίρνουν αποφάσεις μέσα σε ένα δημοκρατικό περιβάλλον, μιας και παραθέτουν συχνά θέματα εξουσίας, βλέπουν το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας σαν «κατεστημένο» και έχουν έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και αυτενέργειας. Τα όρια είναι σαφή και συμφωνούνται από τη στιγμή που ξεκινάει η ένταξη του ασθενούς στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η συνέπεια βοηθά στην αποφυγή επιθετικότητας, χειριστικότητας και βίας και στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης. Τέλος, ικανότητες συντονισμού ομάδων (ο νοσηλευτής διευκολύνει την διαντίδραση των μελών με στόχο την απόκτηση αυτογνωσίας σε διάφορους τομείς) και ικανότητες επικοινωνίας.

Συνοψίζοντας, 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 δεν εξωτερικεύουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους (Ψαρούλης, 2009).

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα άτομα που κάνουν χρήση σε εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν πάψει να ενδιαφέρονται για την υγεία τους έχοντας ξεχάσει εντελώς να χρησιμοποιούν τους κανόνες υγιεινής στη ζωή τους και ακολουθώντας με αυτόν τον τρόπο μια μη ποιοτική ζωή. Τα άτομά αυτά ενδιαφέρονται κυρίως μόνο για τη διαδικασία εύρεσης

της απαιτούμενης δόσης της ουσίας από την οποία είναι εξαρτημένα (Σαρρής, 2001). Συνεπώς γίνεται αντιληπτό πως η προσπάθεια για να γίνει μια αρχή για την αυτοφροντίδα των χρηστών είναι μεγάλης σημασίας. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας λοιπόν, θα πρέπει να παρέμβει σε μεγάλο βαθμό στη διαδικασία αυτή της αυτοφροντίδας του εξαρτημένου ατόμου προκειμένου να είναι σωματικά υγιές και καθαρό.

Παράλληλα ο νοσηλευτής θα πρέπει να δίνει μεγάλη προσοχή στα φάρμακα του ασθενούς που χειρίζεται, οφείλοντας να έχει πολύ μεγάλη παρατηρητικότητα. Αρχικά, προκειμένου τα φάρμακα να αποθηκεύονται και να διατηρούνται με ασφάλεια, οι νοσηλευτές πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή αφύπνιση ώστε να προστατεύουν την υγεία των εξαρτημένων ατόμων από ουσίες με τα οποία έρχονται σε επαφή. Επιπλέον ο νοσηλευτής έχει καθήκον να τηρεί τη φαρμακευτική αγωγή που παίρνει ο κάθε ασθενής και να φροντίζει ότι τη λαμβάνει σωστά, επειδή στη περίπτωση που παραλείψει μια λήψη φαρμάκου που πρέπει να δοθεί ή τη χορηγήσει λανθασμένα ή ακόμα και αν τη σταματήσει, αυτό μπορεί να προκαλέσει υποτροπές και κρίσεις στον χρήστη. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέχει κάθε στιγμή μήπως υπάρξουν παρενέργειες από τη δράση των φαρμάκων. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί να ανακαλύψει τις δεξιότητες του ασθενή, ώστε στη συνέχεια με τη παρέμβασή του να μπορέσει να τις αναπτύξει (Σαρρής, 2001).

Λόγω του πολύ δύσκολου αγώνα που καταβάλλουν οι χρήστες ουσιών προκειμένου να απεξαρτηθούν από αυτές, σημαντικό ρόλο αποτελεί η επιβράβευση τους από τον νοσηλευτή, στην οποία πρέπει να στηρίζονται οι παρεμβάσεις του. Έτσι με αυτό τον τρόπο θα έχει αποτέλεσμα η διαδικασία της θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα κατορθώσει να κερδίσει όλο και περισσότερο την εμπιστοσύνη του χρήστη παραχωρώντας του κάποιες ευθύνες και πρωτοβουλίες, διατηρώντας μια υποστηρικτική σχέση. Αν ο ασθενής δεν τα καταφέρει, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον κάνει πιο δυνατό χωρίς να τον αφήσει να καταβληθεί, λόγω της αποτυχίας αυτής (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012). Συνεπώς το εξαρτημένο άτομο με τη βοήθεια του νοσηλευτή θα αρχίσει να προσαρμόζεται πιο εύκολα, θα καταλάβει τα προβλήματα που προκλήθηκαν από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και θα μπορέσει να βρει λύσεις οι οποίες θα είναι δημιουργικές (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2005).

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Οι νοσηλευτές εργάζονται τις τελευταίες τουλάχιστον πέντε δεκαετίες σε νευραλγικά τμήματα νοσοκομείων και κλινικών που έχουν προγράμματα διαχείρισης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά κατέχοντας ειδικούς πρωταγωνιστικούς ρόλους με τις ευθύνες τους να είναι πολλές (Rassool, 1997). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο ρόλος έχει διευρυνθεί ώστε να περιλαμβάνει τη συνταγογράφηση και οι ρυθμίσεις έχουν διαφοροποιηθεί τόσο σε νόμιμους όσο και σε οργανισμούς παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Περιλαμβάνουν εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, δωμάτια αστυνομικής κράτησης, φυλακές, προγράμματα απεξάρτησης και υπηρεσίες δομές αστέγων.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης αλκοόλ και ναρκωτικών μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην επίτευξη μιας σειράς αποτελεσμάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρέχοντας μια σειρά παρεμβάσεων όπως την σωματική και ψυχική υγεία, εκτίμηση και φροντίδα, αυξημένη επίγνωση της συννοσηρότητας της ψυχικής και σωματικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων, τη διαχείριση λοιμώξεων και ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με την κοινή χρήση μολυσμένων βελόνων, τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β και διεξαγωγή αιματολογικών τεστ ιού (BBV), τη διανομή, παρακολούθηση και αναφορά για τις παρενέργειες της υπερδοσολογίας των οπιοειδών φαρμάκων, την αναγνώριση και διαχείριση ηπατικής νόσου που σχετίζεται με τα οπιοειδη, την αναγνώριση και διαχείριση άνοιας που σχετίζεται με τα οπιοειδη (Stockwell et al., 1986).

Οι νοσηλευτές μπορούν να προσθέσουν αξία σε μια σειρά προτεραιοτήτων δημόσιας υγείας για τα άτομα και την οικογένεια των τοξικομανών αλλά και στον ευρύτερο πληθυσμό.

Οι τυπικές παρεμβάσεις στην δημόσια υγεία περιλαμβάνουν νοσηλευτές που χρησιμοποιούν τις εξειδικευμένες δεξιότητες και γνώσεις τους πάνω στον πληθυσμό και την κοινότητα για να βοηθήσουν στον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων για τη δημόσια υγεία. Παράλληλα, την συμβολή σε τοπικά συστήματα παρακολούθησης και απόκρισης σε πιθανές ασθένειες, επιδημίες και αλλαγές στο

προφίλ ασθενειών και στις ανάγκες υγείας των τοπικών πληθυσμών και την παροχή ειδικής κλινικής φροντίδας σε υπηρεσίες θεραπείας αλκοόλ και ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων των παρακάτω:

την επίβλεψη φαρμακολογικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, π.χ. αποτοξίνωση, βοηθητικά προγράμματα πρόληψης υποτροπών, μη ιατρική συνταγή, συμβουλές πάνω στον ιό BBV, δοκιμές και εμβολιασμούς όπου χρειάζεται, την ταυτοποίηση αλκοόλ και σύντομες συμβουλές, την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, την προσφορά βοήθειας για διακοπή του καπνίσματος και την παράδοση ή την παραπομπή ατόμων σε υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας. Επιπλέον, συμβουλές σχετικά με τη διατροφή, τη διατροφή και την παχυσαρκία, βασική φροντίδα και συμβουλές πληγών, την προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας, οδοντιατρικές συμβουλές και την έγκαιρη ανίχνευση θεμάτων ψυχικής υγείας και ανταπόκριση σε κρίσεις ψυχικής υγείας. Τέλος, τους υγειονομικούς ελέγχους για τους ηλικιωμένους χρήστες υπηρεσιών και συμβολή στην παρακολούθηση διακινητών παράνομων ναρκωτικών (Pavanatto et al., 2015).

5.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στις υπηρεσίες απεξάρτησης που βασίζονται σε νοσοκομεία (συμπεριλαμβανομένων αυτών που παρέχονται σε τμήματα έθκοκτης ανάγκης), παρέχοντας: εξειδικευμένο έλεγχο και αξιολόγηση ασθενών σε εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς που έχουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, συνταγογράφηση και παρεμβάσεις διαχείρισης συνδρόμου στέρησης σε περιόδους νοσηλείας, σύντομες παρεμβάσεις που διευκολύνουν την προαγωγή της υγείας, τη μείωση των βλαβών και, εάν είναι απαραίτητο, την παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας ναρκωτικών/αλκοόλ, εκπαίδευση και κατάρτιση στο προσωπικό του νοσοκομείου για την υποστήριξή τους ώστε να αναγνωρίζουν και να εργάζονται πιο αποτελεσματικά με άτομα με προβλήματα αλκοόλ και ναρκωτικών και τέλος απάντηση σε δυσμενείς επιπτώσεις που προκύπτουν από τη χρήση του NPS και αναφορά στο RIDR (αναφορά παράνομης αντίδρασης φαρμάκων) σύστημα (Γεωργιάκας, 2007).

5.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Μια μελέτη του 2016 από τον Baker και τους συνεργάτες του σημειώνει ότι υπάρχει σημαντική μεταβλητότητα στην ποσότητα των συνταγογραφούμενων οπιοειδών και ότι το πιο συχνά διανεμόμενο οπιοειδές ήταν η υδροκωδόνη (78%), ακολουθούμενη από την οξυκωδόνη (15,4%). Είναι ενδιαφέρον ότι μια μελέτη του 2015 στο American Journal of Preventive Medicine ανέφερε μείωση του ποσοστού συνταγογράφησης οπιοειδών, υποδεικνύοντας ίσως ότι περισσότεροι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης γνωρίζουν το ζήτημα του εθισμού. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εντοπίζουν ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Ένα απλό εργαλείο ελέγχου είναι το NIDA ή το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών Quick Screen . Εάν υπάρχει υποψία διαταραχής χρήσης ουσιών, η νοσοκόμα θα πρέπει να παραμένει χωρίς κρίση ενώ παραπέμπει τους ασθενείς για περαιτέρω αξιολόγηση και θεραπεία, ώστε να λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται. Ένα μοντέλο παρακολούθησης της πιθανής κατάχρησης ουσιών είναι ο έλεγχος, η σύντομη παρέμβαση και η παραπομπή στη θεραπεία (SBIRT), από τη Διοίκηση Υπηρεσιών κατάχρησης ουσιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το SBIRT είναι μια μέθοδος για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών και τα άτομα που κινδυνεύουν να αναπτύξουν αυτές τις διαταραχές λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται (Norwood et al., 2015).

5.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ

Το εθνικό σύστημα δικαιοσύνης περιλαμβάνει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης της αστυνομίας, υπηρεσίες σύνδεσης και εκτροπής, προγράμματα παραπομπής για ναρκωτικά που συνεργάζονται στενά με την αστυνομία και τα δικαστήρια, τις υπηρεσίες παραβατικότητας των νέων, τα ιδρύματα νεαρών παραβατών και τις φυλακές ενηλίκων, τα ασφαλή κέντρα παιδιών και τα κέντρα της μετανάστευσης. Οι νοσηλευτές μπορεί προσφέρουν κι εδώ τις κατάλληλες συμβουλές, υπηρεσίες παραπομπής και θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων: διαλογή και αξιολόγηση μαζί με την παροχή σύντομων παρεμβάσεων που διευκολύνουν την

προαγωγή της υγείας, τη μείωση των βλαβών και, εάν χρειάζεται, την παραπομπή σε ειδικό και σε υπηρεσίες θεραπείας οπιοειδών, ιατρική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, ψυχική και σωματική υγεία. Επιπλέον, παρεμβάσεις για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους δυσμενών επιπτώσεων/εξάρτησης που σχετίζονται με τη χρήση του NPSiv (ιδιαίτερα συνθετική χρήση κανναβινοειδών), συμβουλές σχετικά με θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών (OST), όπου απαιτείται κλινική συμβολή στα σχέδια αποδέσμευσης για την υποστήριξη της ασφαλούς μετάβασης από την κράτηση στην κοινότητα - ειδικότερα αντιμετώπιση της πρόληψης υποτροπής, κινδύνου υπερδοσολογίας από μειωμένη ανοχή και παροχή ναλτρεξόνης/ναλοξόνης, συνυπάρχοντα θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας και μια σειρά άλλων αναγκών και ευπάθειες γύρω από τη στέγαση, την ενδοοικογενειακή βία και τους κινδύνους αυτοτραυματισμού (Panhaleux & Mantelet, 2017).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Άντρας ηλικίας 33 ετών, άγαμος και άνεργος εισήχθη στα Επείγοντα περιστατικά του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών με την συνοδεία του αδερφού του με τα εξής: όπως αναφέρει ο αδερφός του τον βρήκε αναισθητο έξω από το σπίτι του με ένα μπουκάλι αλκοόλ δίπλα του, έχοντας κάνει εμετό χωρίς να μπορεί να τον συνεφέρει. Επίσης πληροφορούμαστε από τον αδερφό του ότι ο ασθενής εδώ και αρκετό καιρό έχει απομονωθεί από τον περίγυρο του.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Κατάχρηση αλκοόλ	Ριψοκίνδυνη συμπεριφορά	Αποφυγή τραυματισμών των γύρω του. Συνεννόηση με τον θεράποντα για χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου.	Περιορισμός του ασθενή στο κρεβάτι και δέσιμο των άκρων αν θεωρείται απαραίτητο. Χορήγηση ηρεμιστικής ένεσης.	Ο ασθενής είναι πιο ήρεμος και δεν εμφανίζει ριψοκίνδυνη συμπεριφορά.
Εμετός	Κίνδυνος εισρόφησης	Τοποθέτηση σε πλάγια θέση Συνεχής παρακολούθηση για αποφυγή εισρόφησης.	Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση Πραγματοποιείται συνεχής παρακολούθηση.	Μείωση κινδύνου εισρόφησης.

Απομόνωση από τον περίγυρο του	Κοινωνική απομόνωση	Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Συνεχής συζήτηση προκειμένου ο ασθενής να νιώσει οικειότητα και εμπιστοσύνη για να εκφράσει τα συναισθήματα του και τους προβληματισμούς του.	Καθημερινή συζήτηση και επικοινωνία με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής παρακινεί τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του και τους προβληματισμούς του για να ανακουφιστεί.	Ο ασθενής αισθάνεται πιο αισιόδοξος και διατεθειμένος να εκφραστεί πιο ελεύθερα.
--------------------------------	---------------------	---	--	--

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Γυναίκα 22 ετών εισήχθη στα Επείγοντα περιστατικά του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών με την συνοδεία της μητέρας της, εμφανώς ανήσυχη και με βίαιη συμπεριφορά προς την μητέρα της. Επίσης δηλώνει φόβο θανάτου ενώ η μητέρα της μας πληροφορεί πως αρκετές μέρες εμφανίζει διαταραχές στον ύπνο. Ύστερα από ειδική εξέταση στα ούρα εντοπίζεται στον οργανισμό της υψηλή ποσότητα κοκαΐνης.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διεργασία	Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Βίαιη συμπεριφορά	Κίνδυνος βίας προς τρίτους.	Περιορισμός της ασθενούς στο κρεβάτι και δέσιμο των άκρων αν θεωρείται απαραίτητο. Συνεννόηση με θεράποντα για χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου.	Περιορισμός της ασθενούς στο κρεβάτι και δέσιμο των άκρων αν θεωρείται απαραίτητο. Χορήγηση ηρεμιστικής ένεσης.	Η ασθενής είναι πιο ήρεμη και δεν εμφανίζει ριψοκίνδυνη συμπεριφορά.
Διαταραχές ύπνου	Αϋπνία	Ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος για την αποβολή της κοκαΐνης από τον οργανισμό. Χορήγηση φαρμάκου για την προαγωγή του ύπνου μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα.	Έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής κατόπιν ιατρικής οδηγίας για χορήγηση διαλύματος. Χορήγηση φαρμάκου για προαγωγή του ύπνου.	Η ασθενής κοιμάται περισσότερες ώρες και πιο ποιοτικά.

Χρήση κοκαΐνης	Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών.	Ενημέρωση ασθενή για τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στον οργανισμό.	Συζήτηση με τον ασθενή για τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στον οργανισμό.	Η ασθενής απέκτησε γνώσεις για τις επιπτώσεις της χρήσης κοκαΐνης.
Η ασθενής δηλώνει φοβισμένη	Φόβος θανάτου	Δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενή, ώστε να αισθανθεί ασφάλεια. Ενημέρωση της ασθενούς για την κατάσταση της υγείας της και τις επιπτώσεις της χρήσης κοκαΐνης στην υγεία.	Καθημερινή επικοινωνία με την ασθενή ώστε να εκφράσει τα συναισθήματα της και τους λόγους για τους οποίους αισθάνεται φόβο με σκοπό να αισθανθεί οικειότητα και ασφάλεια. Πραγματοποιήθηκε ενημέρωση της ασθενούς για τη κατάσταση της υγείας της και για τις επιπτώσεις χρήσης κοκαΐνης.	Μείωση του αισθήματος του φόβου θανάτου της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τεράστια έκταση του προβλήματος της χρήσης και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών το καθιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες μπορεί να καταστεί ολέθρια για τον χρήστη. Ακόμα και αν καταφέρει να επιβιώσει, η εμπειρία της εξάρτησης αλλά και η τυχόν απεξάρτηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα οδυνηρές και επώδυνες και να δημιουργήσουν μόνιμες

σωματικές ή ψυχικές βλάβες στα άτομα αυτά. Ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία με συνηθέστερη την περίοδο της εφηβείας και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία του περιλαμβάνει οργανωμένα προγράμματα απεξάρτησης από διάφορους κρατικούς φορείς που ειδικεύονται στις εξαρτήσεις, συμπεριλαμβάνοντας και ψυχολογική υποστήριξη. Το πρώτο στάδιο είναι το εξαρτημένο άτομο να αντιληφθεί ότι είναι εθισμένο και να αναζητήσει βοήθεια. Το κλειδί της αντιμετώπισης του φαινομένου είναι η πρόληψη και η έγκυρη ενημέρωση, στα οποία οφείλεται να δοθεί βαρύτητα. Τέλος όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος καθώς δεν περιορίζεται μόνο στον παραδοσιακό του ρόλο, δηλαδή στο να απαλύνει μόνο τα σωματικά συμπτώματα, αλλά και τα ψυχικά συμπτώματα. Με την εμπειρία και τις γνώσεις του καλείται να ανταποκριθεί στη δυσκολία αυτή με βασικό στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξάρτησης, την προστασία του θεμελιώδους αγαθού της ανθρώπινης ζωής καθώς και την προσφορά μιας ποιοτικής ζωής του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A. (2016). Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. *Dtsch Arztebl Int.*, 29;113(17):301-10.

Beaulieu P. (2017). Anesthetic implications of recreational drug use. *Can J Anaesth.* 64(12):1236-1264.

Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. (2009). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol.* (192):29-60.

Benowitz NL. (2010). Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 362(24):2295-303.

Bridley A., Daffin L. (2020). *Abnormal Psychology*, Washington State University.

Brook J.S., Pahl K., Brook D.W., Morojele N.K. (2015). Risk and Protective Factors for Substance Use and Abuse. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Springer, Milano.

Chaturvedi, P., Mishra, A., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P., & Garg, A. (2015). Harmful effects of nicotine. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 36(1), 24.

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.

Demaret I, Lemaître A, Ansseau M., (2013). L'héroïne [Heroin]. *Rev Med Liege.* 68(5-6):287-93.

Dick DM, Agrawal A. (2008). The genetics of alcohol and other drug dependence. *Alcohol Res Health*, 31(2):111-8.

Dingle GA, Cruwys T, Frings D. (2015). Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Front Psychol.* 30;6:1795.

Drake R., Mercer-McFadden C., Mueser K., McHugo G., Bond G. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), pp.589-608.

Earleywine, M., Musty, R. E., Swift, R., Martin, C. S., & Perrine, M. W. (1992). Development and Validation of the Biphasic Alcohol Effects Scale. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* , 17 (1), pp. 139-146.

Eşel E, Dinç K. (2017). Alkol Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Tedaviye Yansımaları [Neurobiology of Alcohol Dependence and Implications on Treatment]. *Türk Psikiyatri Derg*, 28(1):51-60.

Famy C., Streissguth, A. P., Unis A. S. (1998). Mental Illness in Adults With Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Effects. *The American Journal of Psychiatry* , 155 (4), 552-554.

Fosnocht AQ, Lucerne KE, Ellis AS, Olimpo NA, Briand LA., (2019). Adolescent social isolation increases cocaine seeking in male and female mice. *Behav Brain Res*.1(359), 589-596.

Gardiner SJ, Chang AB, Marchant JM, Petsky HL. (2016). Codeine versus placebo for chronic cough in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 13;7(7).

Gelernter J, Kranzler HR. (2010). Genetics of drug dependence. *Dialogues Clin Neurosci*, 12(1):77-84.

Gilbert, Schacter, Wegner. (2011). *Psychology*. Worth Publishers.2nd Edition, 552.

Guo R., & Ren J. (2010). Alcohol and Acetaldehyde in Public Health: From Marvel to Menace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1285-1301.

Koob G. F. (2010). The role of CRF and CRF-related peptides in the dark side of addiction. *Brain research*, 1314, 3–14.

Kupnicka P, Kojder K, Metryka E, Kapczuk P, Jeżewski D, Gutowska I, Goschorska M, Chlubek D, Baranowska-Bosiacka I. (2020). Morphine-element interactions - The influence of selected chemical elements on neural pathways associated with addiction. *J Trace Elem Med Biol.* 60:126495.

Lo TW, Yeung JWK, Tam CHL. (2020). Substance Abuse and Public Health: A Multilevel Perspective and Multiple Responses. *Int J Environ Res Public Health*, 10;17(7):2610.

McCaul M., Furst J. (1994). Alcoholism Treatment in the United States. *Alcohol Health Res World*, 18 (4), 253–260.

Moussas G.I., Papadopoulou A. G. (2017). Substance abuse and cancer, Department of Psychiatry, “Sotiria” General Hospital for Chest Diseases, Athens, 2nd Department of Psychiatry, “Attikon” General Hospital, Athens University Medical School, Athens, *Psychiatriki*, Greece, 28:234–241.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Commonly Used Drugs Charts. Διαθέσιμο στο: <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/commonly-used-drugs-charts#cocaine>. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 2020.

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.

Norwood CW, Biviji-Sharma R, Knotts A, Omenka I, Stone C, Purviance D. (2015). Fighting Prescription Drug Abuse Through State Policy: The Role of Nursing in Successful Implementation. *J Addict Nurs*. 26(4):203-7.

Panhaleux N, Mantelet C. (2017). L’infirmière en centre de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie [The nurse in an addiction treatment, support and prevention centre]. *Soins*. 62(816):50-52.

Paton A. (2005). Alcohol in the body. *BMJ*, 330(7482) 85-87.

Pavanatto PA, Gehlen MH, Ilha S, Zamberlan C, Rangel RF, Nietzsche EA. (2015). Contribuições do cuidado lúdico em enfermagem na desintoxicação química devido ao uso de crack [Contributions of ludic care in nursing to chemical detoxification due to the use of crack cocaine]. *Rev Gaucha Enferm.* 36(2):50-5.

Pourallahvirdi M, Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi Bakhtavar H, Ettehad A. (2016). Major Causes of Drug Abuse From the Viewpoint of Addicted Persons Referred to Addiction Treatment Centers of Tabriz City, Iran, *Arch Neurosci.* 3(3):e37653.

Prochaska JJ, Benowitz NL. (2016). The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med.* 67:467-86.

Prom-Wormley EC, Ebejer J, Dick DM, Bowers MS. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug Alcohol Depend,* 1;180:241-259.

Prut, L., & Belzung, C. (2003). The open field as a paradigm to measure the effects of drugs on anxiety-like behaviors: a review. *European Journal of Pharmacology* , 463 (1-3), 3-33.

Rafiee G., Ahmadi, J. & Rafiee F. (2020). Prevalence of Substance Abuse (Tobacco, Alcohol, Narcotics and Psychotropic Drugs) and Its Relationship to Family Factors in Pre-university Male Students in Shiraz 2017–2018. *J Community Health* 45, 176–182.

Rahimi-Movaghar A, Gholami J, Amato L, Hoseinie L, Yousefi-Nooraie R, Amin-Esmaeili M. (2018). Pharmacological therapies for management of opium withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 21;6(6).

Ræder J. (2020). Hva er riktig forbruk av opioider? [What is the correct use of opioids?]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 3;140(12).

Reid, A. G., Lingford-Hughes, A. R., Cancela, L. M., Kalivas, P. W. (2012). Substance abuse disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 419–431.

Ringold S., Lym, C., Glass, R. M. (2006). Alcohol Abuse and Alcoholism. *JAMA*, 295(17), 2100.

Risk Factors for Substance Abuse. Drugs, Alcohol, and Tobacco: Learning About Addictive Behavior. Encyclopedia.com. (2018). Διαθέσιμο στο: <https://www.encyclopedia.com/education/applied-and-social-sciences-magazines/risk-factors-substance-abuse>, τελευταία προσπέλαση 4/04/2021.

Rounsaville B. (1982). Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48 (1), 43.

Schuckit M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492–501.

Simmons S., Suárez L. (2016). Substance Abuse and Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 723–734.

Snow D. (2020). Nicotine Addiction and E-Cigarettes. *J Addict Nurs*. 31(2):77-78.

Stockwell T, Bolt E, Hooper J. (1986). Detoxification from alcohol at home managed by general practitioners. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 15;292(6522):733-5.

Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behav*. Jul;37(7):747-75.

Tetsunaga T, Tetsunaga T, Nishida K, Kanzaki H, Misawa H, Takigawa T, Shiozaki Y, Ozaki T. (2018). Drug dependence in patients with chronic pain: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*, 97(40):e12748.

Verheul R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.

Verheul R., Brown J. (2014). *Theory of Addiction*. Εκδόσεις Wiley Blackwell/Addiction Press, Chichester, West Sussex, UK.

Volkow, N. D., Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712–725.

World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health. World Health Organization. 87-124.

Yamada K. (2008). Endogenous modulators for drug dependence. *Biol Pharm Bull*. 31(9):1635-8.

Yang P, Tao R, He C, Liu S, Wang Y, Zhang X. (2018). The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders-Through Review of Its Comorbidities. *Front Neurosci*, 11;12:303.

Αντωνίου Α., Ντάλα Μ., Μάτσα Κ. (2012). Αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την εφηβεία και χρήση ουσιών, τετράδιο Ψυχιατρικής, 117, 82-91.

Αρχοντή-Γιαννίδου, Κ., Pouloroulos Charalampos. (2016). Στάσεις και αντιλήψεις των γονέων για τη χρήση κάνναβης στην εφηβική ηλικία. Εξαρτήσεις.

Βαρβαρήγος Β., Βαρδαβάς Κ., Ζηκίδου Σ. (2014). Εκπαιδευτικό υλικό αγωγής υγείας. Web Page. <http://dide-peiraia.att.sch.gr/graypeir/yliko/NoSmoking.pdf>. Τελευταία προσπέλαση 11 Ιουνίου 2014.

Γεωργάκας Π. (2007). Εξάρτηση, μία ατομική επιλογή. Απεξάρτηση, μία συλλογική διαδικασία. Εκδόσεις Επίκεντρο. Αθήνα, 213-214.

Ε.ΠΙ.ΨΥ. (2019). Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα. Εκδόσεις Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής υγείας, νευροεπιστημών και ιατρικής ακρίβειας “Κώστας Στεφάνης”. Αθήνα.

Ζαφειρίδης Φ. (1988). Πρόληψη των Ναρκωτικών. Οι αθέατες όψεις του προβλήματος. Περιοδικό Ιατρικά θέματα Τόμος 1, Τεύχος 4.

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, (8), 23-40.

Καρανικόλα Μ., Ζιώγου Θ., Νταφογιάννη Χ. (2012). Συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 275-300.

ΚΕΘΕΑ. Διαθέσιμο στο: <https://www.kethea.gr/kethea/>. Τελευταία προσπέλαση 2020.

Κοκκέβη Α. (1988). Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα;. Ψυχολογικά Θέματα 1(4), 275-283.

Κοκκέβη Α. Φωτίου Α., Κίτσος Γ. (2008). Καπνός, οινόπνευματώδη, ναρκωτικά – Η πορεία της κατάχρησης από τη δεκαετία του 80 έως σήμερα. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Κοτρώτσου Ε. Παπαθανασίου Ι. (2000). Πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες – Ο ρόλος της νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 39(4), 407 – 412.

Κούκια Ε. (2014). Ψυχιατρική νοσηλευτική, ψυχιατρική νοσηλευτικής υγείας. Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές, Αθήνα.

Κουράκος Μ., Καυκιά Θ., Φαρδέλος Ε. (2016) Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος, Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ), Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2016, 9(1):8-16.

Κουτσελίνης Αντ. Σ. (2002). Εξαρτησιογόνες ουσίες, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε., Αθήνα.

Μαλλιώρα Μ. (2010). Λεξικό για το αλκοόλ και τις λοιπές ψυχοδραστικές ουσίες. Εκδόσεις Βήτα Ιατρικές ΜΕΠΕ, Αθήνα.

- Μάτσα Κ. (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές.. το αίτιο της τοξικομανίας, Εκδόσεις ΑΓΡΑ, Αθήνα.
- Μισουρίδου Ε. (2015). Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων, Εκδόσεις Κάλλιπος, Αθήνα.
- Μισουρίδου Ε. (2015). Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων: πλαίσιο παροχής φροντίδας. HELLENIC JOURNAL OF NURSING, 54 (4), pp. 315-324.
- Μπάφη Ι. (2011). Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων: Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ).
- Μπεχράκης Π. Κούκια Ε., Σταθόπουλος Θ. Κάπνισμα Νοσηλευτική Προσέγγιση, 2018.
- OKANA. Διαθέσιμο στο: <https://www.okana.gr/el/ti-einai-o-okana>. Τελευταία προσπέλαση 2021.
- Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ.
- Παπαθανασίου Ι., Κοτρώτσιου Ε. (2000). Πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες - ο ρόλος της νοσηλευτικής, Νοσηλευτική, 39(4), 407-412.
- Παρούτσας Δ. Κ. Συγκεκριμένα ναρκωτικά και τα αποτελέσματά τους. Διαθέσιμο στο: <https://paroutsas.jmc.gr/drugs/link02.htm>. Τελευταία προσπέλαση 4/04/2021.
- Περδικάρης Π., Μάτζιου Β. (2015). Άτομα Νεαρής Ηλικίας και Κάπνισμα – Μέρος 1 Αιτίες Έναρξης, Επιδημιολογία και Επιπτώσεις στην Υγεία Παιδιών και Εφήβων, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 54(2): 93–98.

Σαρρής Μ. (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής (1^η ed.). Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012, Ιανουάριος-Μάρτιος). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. 11(1), 503-522. Το Βήμα του Ασκληπιού.

Ψαρούλης, Δ. (2009). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.